

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Bakalářská práce

**Sociální práce ve zdravotnictví se zaměřením na oddělení šestinedělí a
novorozenců**

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová, Ph.D.

Autor práce: Bc. Eva Kotršálová, DiS.

Studijní obor: Sociální a charitativní práce; kombinované studium

Ročník: IV.

2022

„Prohlašuji, že jsem autorkou této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.“

31. března 2022

Bc. Eva Kotršálová, DiS.

Poděkování:

Tímto bych ráda poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Heleně Machulové, Ph.D. za její ochotu, trpělivost, cenné rady, připomínky a odborné vedení. Rovněž děkuji své rodině a přátelům za podporu a trpělivost.

Obsah:

Úvod	5
1. Profil sociálního pracovníka ve zdravotnictví	7
1.1. Osobnost sociálního pracovníka ve zdravotnictví.....	7
1.2. Kompetence a spolupráce sociálního pracovníka ve zdravotnictví s ostatními organizacemi.....	8
2. Sociální práce na porodnici a oddělení šestinedělí.....	11
2.1.1. Utajované porody	12
2.1.2. Babybox v současnosti	14
2.1.3. Náhradní mateřství.....	16
2.1.4. Nezletilé matky	21
2.1.5. Matky látkově závislé	24
2.2. Sociální situace novorozenců	25
2.2.1. Postižený novorozenec	26
2.2.2. Osamocený novorozenec v porodnici	27
2.2.3. Ztráta dítě v perinatálním a časně prenatálním období.....	29
3. Metody sociální práce ve zdravotnictví	33
3.1. Přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse	33
3.2. Úkolově orientovaný přístup.....	34
3.3. Systematický přístup	35
3.4. Antiopresivní přístup.....	36
3.5. Behaviorální přístup	37
4. Závěr	38
Literární zdroje.....	39
Elektronické zdroje.....	41
Seznam použitých zkratk	43
Abstrakt.....	44
Abstract.....	45

Úvod

Bakalářská práce je zpracována na téma „*Sociální práce ve zdravotnictví se zaměřením na oddělení šestinedělí a novorozenců*“. Domnívám se, že toto téma je ještě stále v současné sociální práci málo popsáno a zpracováno. Zároveň vidím, že rodina a problematika kolem ní je v naší republice přehlíženým tématem. Rodičky, děti, ale i zdravotnická péče o ně (systém pediatrie) je komplikovaným úsekem naší společnosti. Někdy mám vtíravý pocit, že před podporou rodin náš český sociální systém zavírá oči. Tuto mou domněnku potvrdily i sociální pracovnice na Úřadu práce.

Mým cílem v této práci je: „*Popis nejčastějších náročných životních situací, se kterými se může setkat sociální pracovník na oddělení šestinedělí a dále popis nástrojů sociální práce, které mohou pomoci matce a dítěti v řešení této situace*“.

Přínosem práce je poukázání na problémové situace matek a dětí. Tyto nelehké životní události rodičů jsou mnohdy jejich okolím zlehčovány, zesměšňovány, prezírány. Okolí rodičů má obvykle rozporuplné pocity, neví, jak reagovat, např. v situaci náhlého úmrtí dítěte nebo jednoho z dvojčat.

Bakalářská práce je typu teoretického, popisující citlivé a náročné životní situace matky i dítěte pojící se s porodem a krátkým poporodním obdobím, které žena a novorozenec tráví na oddělení šestinedělí a novorozenců. Práce je koncipována do třech hlavních kapitol. První kapitola popisuje osobnost sociálního pracovníka ve zdravotnictví, jeho kompetence a spolupráci s ostatními organizacemi. V druhé kapitole popisují samotnou sociální práci na porodnici a oddělení šestinedělí. Věnují se zde tématům: utajených porodů, babyboxům, náhradnímu mateřství a matkám nezletilým nebo látkově závislým. Také obsahem této práce je složitá sociální situace novorozenců, jako jsou postižení, osamocení novorozenci, ztráta novorozence v perinatálním a časně prenatálním období. Třetí kapitola je popisem metod sociální práce ve zdravotnictví: přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse, úkolově orientovaný přístup, systematický, antiopresivní a behaviorální přístup. Samotné řazení hlavních kapitol je dle posloupnosti. Matce nemůže být poskytnuta adekvátní pomoc bez odborně vyškoleného sociálně-zdravotnického pracovníka, který je primární osobou celého procesu. Pro dítě je primární matka, proto jsem sociální problematiku matek umístila do druhého oddílu v druhé kapitole. Nejcitlivější, bezbranný a zcela závislý na předchozích rozhodnutích je novorozenec. Novorozenec, který nemůže svou vůlí nic rozhodnout. Při psaní práce jsem vycházela nejen z odborných textů, ale i z mé praxe na těchto odděleních. Po předchozích dvou kapitolách, v nichž popisují problematiku, uvádím třetí a poslední kapitolu. Metody sociální práce ve zdravotnictví jsou vyústěním celé práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví.

Níže uvedená témata jsem si vybrala z několika důvodů. Jedním z nich je mé vzdělání v oboru porodní asistence. Prakticky celý můj profesní život pracuji ve zdravotnictví s rodinou a dětmi. Další volbou tohoto tématu bylo samotné studium sociálně-charitativní práce. Zde jsem se utvrdila v tom, že pokud člověk není protkán láskou nebo Láskou již od počátku svého života, pak ho provází problémy po celý

další jeho život. Ze své praxe vím, že již narozené děti ví, že jsou odložené, „nechtěné“. Volbou tohoto tématu bylo pro mne i seskupení modlících se matek za své děti „Modlitby matek“.

Na závěr úvodu chci zejména pro toto téma uvést výstižnou pasáž z 1. listu Korintským 13, 13: „*A tak zůstává víra, naděje, láska – ale největší z té trojice je láska*“.

Klíčovými literárními zdroji, ze kterých jsem čerpala potřebné informace jsou tyto publikace:

- KUZNÍKOVÁ, I. a kol. Sociální práce ve zdravotnictví.
- URBAN, D. a kol. Příklady dobré praxe ze sociální práce ve zdravotnictví.
- KUKLA, L. a kol. Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí.
- SIVÁK, J. Náhradní mateřství v českém právu a související otázky.

1. Profil sociálního pracovníka ve zdravotnictví

V této části kapitoly se věnuji osobnosti sociálního pracovníka a jeho kompetencím. Toto téma předkládám váženému čtenáři jako první. Důvodem k tomu je to, že samotná osobnost sociálního pracovníka a jeho kompetence jsou stěžejními pro dobrou praxi a co největší blaho klienta. Ze svého pracovního prostředí mohu uvést, že někteří sociální pracovníci se osobně ani s klientkou nesetkají. Sociální anamnézu si pouze prostudují a další sociální intervence provádí zdravotnický pracovník (např. s uživatelkou drog se sociální pracovník ani nesetká a novorozenec je automaticky přeložen do náhradní rodinné nebo ústavní péče).

Vlastnosti a schopnosti jsou velmi důležité pro plnění samotné kvalitní sociální práce. Na úvod chci podotknout, že sociální práce na oddělení šestinedělí a novorozenců řeší dlouhodobé a rozsáhlé sociální problémy. Tato pomoc je poskytována ve velmi krátkém časovém úseku, na což bychom měli brát zřetel. Sociální pracovník by měl znát předchozí sociální anamnézu klientky a zároveň nabídnout návazné služby pro podporu matky a dítěte.

1.1. Osobnost sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Zdravotně sociální práce je odbornou disciplínou. Je zaměřena na sociální práci s člověkem, který se v souvislosti se svým zdravotním stavem či věkem, ale i obojím, dostal do svízelné životní situace. V této situaci mohl být již před hospitalizací či jinou intervencí ze strany poskytovatelů zdravotní péče. Tato služba je určena také těm klientům a jejich blízkým z důvodu jejich specifické sociální a kulturní potřeby, kdy jejich uspokojování přesahuje rámec standardní ošetrovatelské péče.¹

Pomáhající zdravotně sociální pracovník je ve zvýšené míře vystaven určitým rizikům, jako je např. syndrom vyhoření nebo může trpět syndromem pomáhajícího. Je důležité, aby sociální pracovník ve zdravotnictví obecně, a dovoluji si ze své zkušenosti říct, že ve zvýšené míře na oddělení šestinedělí a novorozenců, disponoval rysy, tak jak je uvádí O. Matoušek. Jsou jimi:

- **Zdatnost a inteligence** – je nutností, aby pomáhající vnímal, respektoval své tělo, pracoval pro jeho prospěch. Udržoval i zvyšoval si svou kondici, správně se stravoval. Druhou složkou je inteligence, a to také sociální a emoční. Inteligence vyžaduje touhu neustále se zdokonalovat, obohacovat své znalosti, seznamovat se s novými teoriemi a praktickými technikami. Zvyšovat své znalosti, dovednosti eventuálně i zvyšovat své vzdělání, doplňovat kurzy. Zdatnost a inteligence by se měly stát přirozenou složkou osobnosti.
- **Přitažlivost** – přitažlivost není jen vzhled, oblečení, ale také i to, jak dalece klient vnímá určitou názorovou příbuznost, myšlenkovou slučitelnost eventuálně i citový příklon k pracovníkovi. Přitažlivostí pro klienta je

¹ Srov.: KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R., *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, s. 28.

pracovníkova odbornost, jeho pověst ohledně jednání s klienty. Také to mohou být společné zkušenosti, prožitky, situace, přibližný společný věk. Výsledkem přitažlivosti může být spontánní náklonnost k pracovníkovi.

- **Důvěryhodnost** – důvěryhodnost pro klienta podle Stronga znamená: čestnost, srdečnost, otevřenost, nízká motivace pro osobní prospěch (nehledá svůj prospěch), pracovníkova samotná sociální role. K důvěryhodnosti pracovníka přispívá: diskrétnost, spolehlivost, využívání moci (pracovník se věnuje klientovi), porozumění (pochopení klientovy situace). Samozřejmě nelze opomenout fyzický vzhled, utvářející první dojem, pověst – klienti říkají, že pracovník nikdy nevypráví o svých případech. Nelze opomenout samotnou roli pracovníka, a také jeho současné chování.
- **Komunikační dovednosti** – pro pracovníka jsou nezbytnými, samy o sobě neposkytují klientovi pomoc, ale jsou základním prostředkem k navázání vztahu s klientem. Dobrý pracovník je v souladu s tím, co říká a jak se projevuje. Matoušek uvádí čtyři Eagnovy základní komunikační dovednosti, a to: fyzickou *přítomnost* – již pouhé fyzické setkání pomáhá klientovi fyzicky i psychicky. *Naslouchání* – schopnost přijímat a rozumět klientovým signálům verbálním, nonverbálním, vyjádřeným otevřeně nebo skrytě. *Empatie* – vhléd do klientova světa, vcítění se do jeho problémů, pocitů. Schopnost reagovat na jeho chování s pochopením. *Analýza klientových prožitků* – schopnost nalézt, vyjádřit a popsat klientovy zážitky, chování a pocity. To umožňuje zvládat konstruktivně klientovy problémy.
- **Zúčastněné naslouchání** – cílem je porozumění. Již jen pochopení klientovi situace je pomocí pochopit sebe samého a naučit se jednat účelněji. Pracovník sleduje veškeré klientovy projevy, umí naslouchat a chápat verbální sdělení klienta, pozoruje a čte klientovo nonverbální jednání.
- **Empatie** – je formou lidské komunikace. Je v ní obsaženo naslouchání, porozumění i sdělování porozumění klientovi. Empatie zůstává neprojevena, uzavřena v mysli pracovníka. Jedná se o citlivost ke změnám odehrávajících se v druhé osobě, v právě probíhajících prožitcích druhé osoby. Vyšší empatie umožňují pracovníkovi celkem jasně chápat zážitky klienta a ten sám je nemusí plně chápat.²

1.2. Kompetence a spolupráce sociálního pracovníka ve zdravotnictví s ostatními organizacemi

Kuzníková již v úvodu své knihy „Sociální práce ve zdravotnictví“ charakterizuje sociálního pracovníka ve zdravotnictví jako takového, který má být v první řadě kompetentním sociálním pracovníkem v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a současně i nelékařskými zdravotnickými pracovníky v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.³ § 10 odst. 2 tohoto zákona říká, že: „za výkon povolání zdravotně sociálního

² Srov. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*, s. 52–54

³ Srov.: KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 12.

*pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické, paliativní a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta“.*⁴ Jedná se o osobitou pracovní pozici, kdy sociální pracovník může působit také jako jiný odborný pracovník. Tím se rozumí provádění činnosti přímo související s poskytováním zdravotní péče. Tyto činnosti jsou ale poskytovány pouze pod odborným dohledem nebo přímým vedením ve stanoveném prováděcím právním předpisu a provádí je jako zaměstnanec poskytovatele zdravotní služby.⁵

Matoušek dodává, že mantinely pohybu sociálního pracovníka jsou v rámci jeho práv a povinností, které jsou definovány právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy. Tento institucionální rámec je důležitý, jelikož sociální pracovník zasahuje do života klientů a odhaluje jejich životní detaily. Z tohoto důvodu je nutné, aby jeho právo zasahovat bylo legitimní, a rovněž jsou důležitá pravidla, zajišťující klientům jejich ochranu.⁶

Kompetence zdravotně sociálního pracovníka můžeme též rozdělit na konkrétní části:

- 1) **Kompetence profesně oborové** – jsou to kvalitní teoretické a vědomostní znalosti, praktické dovednosti a schopnosti důležité pro profesi zdravotně sociálního pracovníka. Ten se podílí na uspokojování potřeb klientů, zejm. sociálních. Odstraňuje závažné negativní sociální faktory, ovlivňující průběh léčby a integruje klienty do společenského prostředí. Má být schopen samostatné, vysoce odborné týmové práce ve svém oboru. Spolupracuje se zdravotnickými a sociálními pracovníky při realizaci sociálních opatření. Pracuje s právními normami ve zdravotně sociální oblasti. Kontroluje dodržování a účinnost standardů a metod zdravotně sociální péče.
- 2) **Kompetence sociálně amnestické a diagnostické** – tento pracovník má být schopen vést sociální šetření u klientů, odebrání sociální anamnézy a stanovení sociální diagnózy a prognózy. Rovněž sem patří také vypracování zprávy o posouzení životní situace klienta.
- 3) **Kompetence poradenská a konzultační** – tzn. poskytnutí sociálně právního poradenství ve vztahu k onemocnění či jeho následkům. Podává informace a realizuje konzultační činnost ke klientům, jejich rodinám. Také poskytuje odborné poradenství v sociální oblasti ve vztahu k pozůstalým apod.
- 4) **Kompetence výchovné** – provádí sociální prevenci, depistážní činnost, cíleně vyhledává jedince, kteří se ocitli v důsledku nemoci své nebo svých blízkých v nepříznivé sociální situaci.
- 5) **Kompetence rozhodovací** – sestavuje plán psychosociální intervence ve vztahu k životní situaci klienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření a ve spolupráci s dalšími odborníky tato opatření realizuje. Má

⁴ Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, § 10 (2).

⁵ Srov.: MÁTEL, A., *Teorie sociální práce I*, s. 20-21.

⁶ Srov.: MATOUŠEK, O. a kol., *Metody a řízení sociální práce*, s. 45.

disponovat základními poznatky z oblasti krizové intervence a umí je uplatnit v praxi.

- 6) **Kompetence organizační** – jsou mu známy základní principy organizace a řízení zdravotnictví. Má být schopen komplexně připravovat klienty pro ústavní péči a pro zařízení sociální intervence. Průběžně sleduje zdravotnickou/sociální dokumentaci jednotlivých klientů. Vede příslušnou dokumentaci, podílí se na propouštění klientů včetně zajištění následné péče a služeb. Spolupracuje s orgány veřejné správy, či s dalšími subjekty podílejícími se na řešení sociální situace klienta či jeho rodiny.
- 7) **Kompetence metodické** – navrhuje nové standardy a metody zdravotně sociální péče ve zdravotnických zařízeních. Podílí se také na základní vědecko-výzkumné činnosti v oblasti sociální práce ve zdravotnictví.
- 8) **Kompetence jazykové** – jeho vyjadřování v českém jazyce je kultivované, v cizím jazyce komunikuje a studuje odbornou literaturu. Rovněž ovládá základní latinskou terminologii.
- 9) **Kompetence komunikativní a etické** – tyto dvě kompetence jsou klíčovými pro všechny pomáhající profese. Zdravotně sociální pracovník má věcně, správně a přesně komunikovat ve svém oboru. Adekvátním způsobem předává informace sociální povahy prostřednictvím médií. Zná a dodržuje etické kodexy ve zdravotnictví. Zachování mlčenlivosti je samozřejmostí. Ke klientům i kolegům přistupuje empaticky. Měl by být schopen efektivní a eticky přijatelné komunikace s klienty, jejich blízkými a rovněž i s kolegy. Klientům naslouchá, poskytuje jim dostatečnou sociální i emocionální oporu.
- 10) **Kompetence osobnostně kultivující** – je schopen sebereflexe, sebevzdělává se a rozvíjí své odborné znalosti a dovednosti zejména v oblasti právních norem ve zdravotně sociální oblasti.⁷

Pro dokreslení pohledu na kompetence si dovoluji ještě uvést v upravené podobě slova paní Mgr. Severové z FN Motol o právním omezení zdravotně sociálních pracovníků:

„Sociální pracovníci v nemocnici sice nemají žádné pravomoci. Mají však jisté možnosti k prosazení zájmů svých klientů. Pro jejich úspěšnou práci je nutné jasné uvědomění si cílů, kterých chtějí dosáhnout, a alternativy, které k realizaci cílů existují. Například: na jednu stranu sice nemůžeme rodičům nařídít, aby bylo jejich dítě hospitalizováno. I když to pokládáme za nezbytné, ale můžeme se obrátit na OSPOD a požádat je o pomoc a spolupráci (předběžné opatření do 24 hodin, v případě, že je ohrožen život dítěte). Stejně tak nemáme pravomoc přimět lékaře, aby pacienta nepropustil z nemocnice, pokud nemá dořešenu následnou péči. Můžeme jej však přimět k tomu, že tak neučiní, když mu vysvětlíme komplikace a ohrožení, které by pro pacienta nastaly při jeho předčasném propuštění s tím, že veškerá odpovědnost padá na něj.

⁷ Srov.: KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R., *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, s. 73–74.

Výkon sociální práce ve zdravotnictví omezují zákony, jako např. povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků, zákon na ochranu osobních údajů. Proto je nezbytně nutná jejich znalost a následně i těch, které v určitých případech umožňují mlčenlivost porušit, nebo naopak ukládají povinnost povinného hlášení, popřípadě spolupracovat s OSPOD bez souhlasu rodičů (zákon o SPO dětí).⁸

Sociální pracovnice Marie Válková z FN Brno Obilný trh uvádí, že: „Práce na porodnici je velmi různorodá, vyžadující široký přehled a znalosti z mnoha oblastí. Služby tohoto oddělení hojně využívají gynekologicko – porodnické kliniky, z toho však nejčastěji pediatri z neonatologického oddělení. Toto odvětví zdravotně-sociální práce je úzce provázáno s dalšími odděleními i úřady. Z institucí nejčastěji spolupracujeme s OSPOD. Častá spolupráce je také s Magistrátem města Brna, Odborem sociální péče, Referátem náhradní rodinné péče. Součinnost máme samozřejmě i s ostatními odděleními sociální péče jednotlivých úřadů s rozšířenou působností a PČR. Dle situace konzultujeme dosavadní péči o dříve narozené děti i s registrujícím PLDD. Pediatr je v nejužším kontaktu s rodinou. Naší snahou je vždy najít co nejvhodnější řešení daného problému“.⁹

2. Sociální práce na porodnici a oddělení šestinedělí

Předchozí kapitola pojednávala o profilu sociálního pracovníka. Na toto téma navazuje tento oddíl se samotnými sociálními případy. Stěžejním článkem, který má většinu možných rozhodnutí a jejich dopadů na své nejbližší okolí, je matka v šestinedělí se svou nejen hormonálně rozkolísanou povahou, ale i svým vlastním osobnostním naturelem. Sociální pracovník svým přístupem, adekvátní nabídkou pomoci pomáhá matce v jejích rozhodnutích.

Sociální pracovník, který působí na gynekologicko-porodnickém a novorozeneckém oddělení musí být nevyhnutelnou součástí multidisciplinárního týmu. Potřebuje velmi citlivě uplatňovat své kompetence a působit svou kultivovanou osobností na hormonálně rozkolísanou psychiku ženy po porodu. Není výjimkou, že mnohdy je zahrnuta i psychologická či psychiatrická péče.

Sociální pracovník upoutává svou pozornost zejména k opuštěným novorozencům, svobodným matkám, samoživitelkám s novorozeným dítětem, rodičům s postiženým novorozencem, gravidním ženám v termínu porodu – bez prenatální péče, rodičkám závislým na návykových látkách a jejich novorozencům. Do jeho pracovního spektra jsou zahrnuty i rodiče (zejm. matky) zřikající se novorozence, jehož osvojení je nutné zorganizovat, matky v šestinedělí s poporodní depresí a psychózou.¹⁰ K jeho dalším činnostem na porodnickém oddělení je mapování socioekonomické situace matek, podpora primiparám, rodičkám, které musí zařízení opustit, přičemž jejich dítě zůstalo v medicínské péči, nebo zemřelo. Sociální pracovník hraje významnou úlohu při identifikaci rodiček v rizikových sociálních

⁸ Srov.: SEVEROVÁ, J. *Sociální práce ve zdravotnictví* [online].

⁹ Srov.: SEŠIT SOCIÁLNÍ PRÁCE – SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ Č. 6/2019.

VÁLKOVÁ, M., *Práce sociálního pracovníka v porodnici*, s. 39. [online].

¹⁰ Srov.: KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 61.

situacích (odmítá si dítě ponechat, jeví známky psychického onemocnění, nemá zajištěné podmínky pro péči o dítě po propuštění aj.).¹¹

Z uvedených činností sociálního pracovníka jsem si vytipovala následující uvedené životně náročná témata, ve kterých by měl být sociální pracovník solidním průvodcem. Životně náročné situace mohou být společensky a eticky problematické, jiné jsou pro rodinu velmi bolestivé, jindy budí odpor členů rodiny k nově nastávajícím poměrům.

2.1.1. Utajované porody

Matoušek ve svém Slovníku sociální práce uvádí, že: „*Utajený porod (secret delivery), je dle legislativy ČR (z. 422/2004) porod, kdy žena má trvalý pobyt v ČR, a v souvislosti s tímto porodem požádala o utajení své osoby. Zdravotnické zařízení pak vede dokumentaci o těhotenství a porodu odděleně od osobních údajů o rodičce. Po skončení pobytu v porodnici se dokumentace zapečetí. Její otevření je možné pouze na základě soudního rozhodnutí. Do knihy narození se nezapisují údaje o rodičích. Děti jsou předávány do náhradní péče.*“¹²

Sociální pracovníci se s utajovaným porodem setkávají zřídka, zhruba 3x do roka. Jde o situace, když žena, která má pobyt na území ČR, chce před svým okolím utajit fakt, že je gravidní. Mohou to být např. situace, kdy se jedná o studentky VŠ, ženy, které chtějí tuto situaci utajit před rodiči, manželem. Tato forma porodu je určena pouze ženám, které jsou svobodné, eventuálně u těch, u nichž není domněnka otcovství (platí zde třísetdenní ochranná lhůta během níž nejsou rozvedeny). Tento utajený porod na území ČR nemohou využít cizinky.¹³

Pokud žena podává žádost o utajený porod, její situace není řešena přes Centrální příjem, neexistuje žádná elektronická podoba dokumentace, pouze v písemné formě. K této dokumentaci má přístup pouze: ošetřující lékař, porodní asistentka a sociální pracovník daného zařízení.¹⁴

Utajovaný porod není zcela zaznamenán do knihy narození. Uvádí se zde pouze: jméno či jména a příjmení dítěte – den, měsíc a rok narození – rodné číslo, místo narození – pohlaví dítěte. Rozhodně se nezapisuje: jméno, jména, rodná příjmení, datum a místo narození, rodná čísla, státní občanství a místo trvalého bydliště rodičů. Připojí se datum zápisu a podpis matrikáře.¹⁵

Po ukončení hospitalizace je dokumentace zapečetěna, uložena v trezoru. Žena obdrží identifikační číslo k dokumentaci, které může využít tehdy, pokud si celou situaci rozmyslí.¹⁶

Praxe sociálních pracovníků ukazuje také mnohé paradoxy, které s sebou nesou utajované porody. Příkladně může dojít k situaci, kdy je dítě do matriční knihy

¹¹ Srov.: KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 70.

¹² Srov.: MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 240.

¹³ Srov.: URBAN, D. a kol. *Příklady dobré praxe ze sociální práce ve zdravotnictví*, s. 16.

¹⁴ Srov.: tamtéž s. 16.

¹⁵ Srov.: MAREŠOVÁ, G. *Utajené (anonymní porody) versus babyboxy a návaznost zdravotní a sociální péče*. [online].

¹⁶ Srov.: URBAN, D. a kol. *Příklady dobré praxe ze sociální práce ve zdravotnictví*, s.16.

zapsané s příjmením matky. Pro případ zachování anonymity bydliště novorozence získává adresu bydliště dle místa porodnice.¹⁷

Úkolem sociálního pracovníka zdravotnického zařízení je řešení celé výše uvedené dokumentace ohledně utajovaného porodu, dále řeší otázku umístění dítěte do náhradní rodinné péče a informuje v této věci příslušný OSPOD, se kterým dále spolupracuje. Další činností je sepisovat, a to ve dvojím vyhotovení (pro matriční úřad a statistický úřad), dokument „Hlášení o narození“ (*z mé zkušenosti, toto „Hlášení o narození“ sepisuje porodní asistentka již na porodním sále po porodu rodičky*). V případě utajovaného porodu obsahuje tento dokument pouze minimální informace. Pro statistický úřad se uvádí jen základní informace o novorozenci, o matce nesmí být žádná informace. Matriční kniha je vedena zcela odděleně. Tento způsob zaručuje, že pak jsou informace vzhledem k matce zcela nedohledatelné.¹⁸

Může nastat situace, kdy žadatelkou o utajovaný porod je nezletilá dívka. Ta může využít souhlas s adoptí až v 16 letech. Pokud tato dívka porodí a je mladší 16 let, pak musí s osvojením čekat do svých 16. narozenin. Novorozenec v tomto případě musí zůstat požadovanou dobu v ústavním systému nebo náhradní rodinné péči. Po uplynutí této doby má dívka možnost vyjádřit se k osvojení.¹⁹

Podmínky „utajeného porodu“ čili porod s utajením totožnosti matky, jsou upraveny Zákonem o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., § 37 a 56. § 37 jasně stanovuje, která žena může na území ČR využít tuto službu.

Jedná se o ženu, která: 1) má trvalý pobyt na území ČR, nejedná-li se o ženu, jejímuž manželu svědčí domněnka o otcovství, pak má právo na utajení své osoby v souvislosti s porodem. 2) pokud chce žena takto родit, pak musí předložit poskytovateli příslušné zdravotní služby písemnou žádost o utajení své totožnosti při porodu a rovněž prohlášení ženy, že nehodlá o dítě pečovat. 3) provedením utajeného porodu se rozumí takové postupy, které zachovávají její anonymitu, s výjimkou postupů, které jsou potřebné k zajištění úhrady zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění.²⁰

Dále § 56 specifikuje vedení zdravotnické dokumentace v případě utajovaného porodu, tak že: „1) zdravotnická dokumentace o utajeném porodu podle §37 je vedena v rozsahu zdravotních služeb souvisejících s těhotenstvím a utajeným porodem. Odděleně od zdravotnické dokumentace je vedeno jméno, popřípadě jména, příjmení ženy, které jsou poskytovány v souvislosti s těhotenstvím a utajeným porodem zdravotní služby, písemná žádost o utajení porodu, datum narození ženy a datum porodu.

2) Po ukončení hospitalizace ženy, která utajeně porodila, poskytovatel doplní zdravotnickou dokumentaci o údaje uvedené v odstavci 1, vloží ji do vhodného obalu, který zapečetí a označí bezpečnostním kódem, který bude předán též pacientce. Otevření takto zapečetěné zdravotnické dokumentace je možné jedině na základě

¹⁷ Srov.: URBAN, D. a kol. *Příklady dobré praxe ze sociální práce ve zdravotnictví*, s. 17.

¹⁸ Srov.: tamtéž s. 17.

¹⁹ Srov.: tamtéž s. 17.

²⁰ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, § 37 (1–3).

rozhodnutí soudu; to neplatí, požádá-li o otevření zdravotnické dokumentace žena, která utajeně porodila.

3) V případě zdravotnické dokumentace vedené v elektronické podobě se zdravotnická dokumentace převede do listinné podoby a postupuje se podle odstavce 2; současně se elektronická podoba zdravotnické dokumentace odstraní z informačního systému“.²¹

2.1.2. Babybox v současnosti

Baby box je anonymní vytápěná a zabezpečená schránka pro novorozence, o které se matky nemohou nebo nechtějí starat.²²

Ženy, které sem své dítě umístí, tak většinou své těhotenství tají, a to z různých důvodů, např. nevěry nebo obavy, aby se jim nerozpadla rodina, ze strachu před agresivním partnerem nebo proto, že partner už další dítě nechce, případně u nezletilých matek, z obavy před reakcí jejich rodičů. Některá matka přiloží rodný list dítěte, případně nějaké jiné dokumenty, podle nichž je pak možné rodiče dítěte identifikovat a vyhledat. Po navázání kontaktu s nimi a nabídnutí spolupráce, včetně doprovodu při zařizování sociálních dávek a pravidelných návštěvách praktického pediatra, matky své rozhodnutí v některých případech vezmou zpět a děti nakonec vyrůstají ve své rodině.²³

Dunovský ve Škovierovi uvádí typy rodičů, kteří se rozhodnou pro odložení dítěte a jsou ve složitých životních situacích:

- 1) Rodiče, kteří se nemohou starat – ti se mohou rozhodnout z objektivních důvodů, které jsou od choroby počínaje až po výkon trestu rodičů.
- 2) Rodiče, kteří se nechtějí starat – jde o reálné zřeknutí se či odložení dítěte. Rodiče často pouze imitují péči. Na dítě nejsou tito rodiče citově vázaní a neuspokojují základní fyziologické potřeby dítěte.
- 3) Rodiče, kteří se neumějí postarat – jedná se o rodiče, kteří jsou po materiální stránce zajištěni, avšak z nějakých důvodů nezvládají péči o dítě.²⁴

Babyboxy nespádají do kompetence PČR. Po rodičích odložených dětí se nepátrá. Výjimkou jsou pouze případy, kdy to PČR ukládá zákon, neslo-li odložené dítě známky násilí a vznikne-li podezření, že se mohlo stát obětí trestného činu. V těchto případech by PČR pátrala po rodičích dítěte bez ohledu na to, zda bylo umístěno do babyboxu či nikoli.²⁵

Po otevření babyboxu se spustí alarm, sestra se jde ujistit, zda tam dítě opravdu je. Musí zaregistrovat jeho stav (zaznamená přesný čas nálezu dítěte, zapíše, kdo dítě převzal, zda dítě jeví známky zanedbání, týrání). Do záznamu se může také popsat,

²¹ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, § 56 (1-3).

²² Srov.: CHLUBNÁ, T. *Před patnácti lety zachránil babybox první dítě, ke konci minulého roku už jich bylo 214.* [online].

²³ Srov.: tamtéž

²⁴ Srov.: ŠKOVIERA, A. *10 dilém náhradnej výchovy*, s.87-88.

²⁵ Srov.: MAREŠOVÁ, G. *Utajené (anonymní porody) versus babyboxy a návaznost zdravotní a sociální péče.* [online].

např. že byl cítit cigaretový kouř, zatuchlina atd. Pátrá se po přiložené dokumentaci – vzkaz od matky, rodný list. Je provedena a zapsána podrobná prohlídka dítěte a určí se jeho přibližné stáří. Sestra neprodleně přivolá službu konajícího pediatra, v jeho nepřítomnosti přivolá druhou sestru z JIP a novorozence společně vyjmou. Vždy je ale nutná přítomnost dvou osob a také zhotovení fotodokumentace (vyhotoví podrobnou fotografii dítěte při nalezení a dále před svlékáním a při svlékání dítěte. Případně vyfotí ošetření pupečního pahýlu a zdokumentuje případné další zvláštnosti na dítěti.

Ošetřující nemocniční pediatr musí neprodleně informovat OSPOD o umístění dítěte do babyboxu. Musí být informován primář neonatologického oddělení, ten kontaktuje sociální oddělení nemocnice a její sociální pracovníci. Ta potom jedná a spolupracuje se sociální pracovníci OSPOD o umístění dítěte do kojeneckého ústavu nebo FOD (Fondu ohrožených dětí). Poté musí být informována matrika.²⁶

Ošetřující lékař novorozeneckého oddělení vypíše zprávu o nálezů dítěte. Do zprávy se napíše: datum, hodina nálezů, pohlaví, hmotnost a míra dítěte, pravděpodobné datum narození, zda u dítěte bylo nalezeno něco, co by mohlo identifikovat matku nebo dítě. Hlášení lékaře následně zašle sociální pracovníce nemocnice společně s prvním, nevyplněným statistickým hlášením na matriku příslušného města, kde bylo dítě odloženo. Jestliže má být dítě z babyboxu přeloženo ze zdravotnického zařízení do ústavní péče, musí o tom rozhodnout OSPOD a soud (viz. předběžné opatření do 24 hodin). O tomto rozhodnutí je informována sociální pracovníce v nemocnici, a ta o této skutečnosti informuje ošetřujícího lékaře dítěte, který podle jeho zdravotního stavu rozhodne o ukončení hospitalizace. Společně pak ošetřující lékař a sociální pracovníce nemocnice zajistí převoz dítěte. Pokud je identita dítěte známá, to znamená, že k němu byl přiložen rodný list, pak známe také identitu rodičů, kteří jsou stále jeho zákonnými zástupci. OSPOD je tedy vyhledá a bude s nimi řešit vzniklou situaci a snažit se o navrácení dítěte do rodiny, případně jim nabídne jiné řešení. Do té doby, než se rodiče najdou a kontaktují, chrání zájmy dítěte OSPOD.²⁷

Dítěti bez identity matrika v místě narození (nálezů, odložení) přidělí rodné číslo a vystaví první rodný list na „*nejmenovaný, nejmenovaná*“. O jeho jménu a příjmení následně rozhodne soud. Na základě jeho rozhodnutí se dítěti vystaví druhý rodný list již se jménem a rodným číslem. V tomto případě, kdy není primárně známa jeho identita a dítě je umístěno ve zdravotnickém zařízení, je podán návrh na vystavení předběžného opatření podle zákona č. 99/1963 Sb., k jeho umístění do ústavního zařízení pro děti a následně je podán návrh na jeho převzetí do náhradní rodinné péče. V tomto případě činí neodkladné úkony v zájmu dítěte bez známé identity OSPOD, konkrétně jejich soudem určený zaměstnanec, tzv. opatrovník, který rozhoduje o veškerých jeho záležitostech, tedy i uděluje souhlas se zveřejněním informací o dítěti v médiích a jiným subjektům.²⁸

²⁶ Srov.: MAREŠOVÁ, G. *Utajené (anonymní porody) versus babyboxy a návaznost zdravotní a sociální péče*. [online].

²⁷ Srov.: tamtéž

²⁸ Srov.: tamtéž

Již se zaváděním babyboxů vyvstalo mnoho argumentů, jak a k čemu by měly babyboxy sloužit. Proti nim vystupovali zástupci z řad Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí, mnozí pediatři a neonatologové i právníci. Odborníci používali různé argumenty proti jejich zřízení. Příkladně Úmluva o právech dítěte – především čl. 7 a 21), Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, zákon č. 94/1963 Sb., o rodině a další. Dalším důvodem pro odmítavý postoj byla i možnost obchodu s dětmi, snižování rodičovské odpovědnosti a odepření možnosti poznat své biologické rodiče. Matkám může být tímto nástrojem umožněno rychlé, neuvážené a nezodpovědné jednání, kde jsou práva dítěte i otce stranou. Rovněž chybějící rodinná anamnéza, zdravotní stav matky byly protiargumenty.²⁹

Po mnoha právních jednáních s odbornými zástupci vydal Ústav státu a práva AV ČR posudek z ledna 2005 ze kterého plyne, že: „...ze všech medicínských hledisek je zřízení a provoz schránek zcela jednoznačně ku prospěchu těchto dětí, a experty působícími v oblasti medicíny bylo jejich zřízení doporučováno.“³⁰

Naskytuje se však ještě mnoho dalších sporných otázek např. může docházet k nedovoleným manipulacím s dětmi? Např. prodej na orgány, k pornografii či jen prodej zájemcům o dítě? Možnost matky profitovat z toho, že když se k dítěti přizná, bude mít nějakou sociální pomoc? Babyboxy jsou sporným řešením situace a jdou zcela proti zájmům dítěte. Jako východisko se ukazuje preventivní práce s matkou, její podpora tak, aby mohla o své dítě pečovat. Pokud nechce, musí se jí dostat poučení o všech možnostech, jak dítě „odložit“, aby nemuselo do babyboxu.³¹

2.1.3. Náhradní mateřství

*„Dřív světa původ seznáme a sil všech tajné zdroje,
dřív na dno časův sestoupnem a sečtem světův roje!
Před žádnou, žádnou záhadou své šije neskloníme,
o nebes klenby nejzazší svým duchem zazvoníme“.*
Jan Neruda, Písně kosmické.

Náhradní mateřství nemá oporu v zákonech ČR a v ČR není nijak tento vztah právně upraven. Pouze jedinou zmínku nacházíme v § 804 občanského zákoníku: „osvojení je vyloučeno mezi osobami spolu příbuznými v přímé linii a mezi sourozenci. To neplatí v případě náhradního mateřství“.³² Z toho plyne, že v ČR je tento institut možný pouze v příbuzenské přímé linii a mezi sourozenci. Ve smyslu obecné právní zásady, vycházející z čl. 2, odst. 3 Listiny základních práv a svobod, která stanoví, že: „každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá“, jedná se o institut našim právním řádem dovolený. Avšak právně neupravený, nacházející se v tzv. šedé zóně. To, že náhradní mateřství není právem

²⁹ Srov.: SOVOVÁ, O., MÁZLOVÁ, M. Sociálně-právní otázky babyboxů [online].

³⁰ Srov.: tamtéž

³¹ Srov.: KUKLA, L. a kol., *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*, s.387.

³² Srov.: SIVÁK, J. *Náhradní mateřství v českém právu a související otázky*, s. 7.

regulováno, je samo o sobě v praxi problematické.³³ Je tedy postaveno pouze na důvěře lidí, kteří si sami sjednávají podmínky.³⁴

Náhradní mateřství je proces, kdy je již oplodněné vajíčko (in vitro fertilizace IVF) vloženo do dělohy náhradní matky. Podle české právní legislativy je matkou žena, která dítě porodí a stává se matkou (matkou dítěte je žena, která jej porodila – zák. 89/2012 Sb. § 775). Tuto situaci je nutné řešit také po právní stránce, a proto do dané situace musí vstoupit sociální pracovník.³⁵

V první řadě je nutné, aby budoucí osvojitelé měli podepsané již během gravidity náhradní matky příslušné dokumenty. Ty jsou potřebné již v porodnici k tomu, aby mohli získávat o dítěti např. potřebné informace, mohli na novorozence sahat, pochovat si jej a pečovat o něj již před propuštěním z porodnice. Je totiž běžnou praxí, že náhradní matka dítě porodí a péči okamžitě předává domluvené ženě či muži.³⁶ Objednavatelský pár chodí s náhradní matkou na potřebná těhotenská vyšetření. Během nich se již daná situace začíná s nemocnicí řešit. Zkušenost sociálních pracovníků je taková, že spolupráce probíhá většinou hladce, budoucí rodiče jsou aktivní a často sami dokládají potřebné dokumenty.³⁷

Objednavatelskému páru a náhradní matce se doporučuje koordinovat postup s OSPOD, což musí koneckonců učinit nejpozději ke dni převzetí dítěte do své péče.³⁸

Komplikace, které mohou nastat během gravidity, jsou:

1) Náhradní matka je vdaná, protože pak je dle občanského zákoníku 89/2012 Sb. otcem dítěte automaticky manžel dané ženy. § 776 občanského zákoníku říká že: „Narodí-li se dítě v době od uzavření manželství do uplynutí třístého dne poté, co manželství zaniklo nebo bylo prohlášeno za neplatné, anebo poté, co byl manžel matky prohlášen za nezvěstného, má se za to, že otcem je manžel matky.“ Tato komplikace vyžaduje i souhlasné vyjádření manžela, resp. zákonného (i když ne biologického) otce dítěte.³⁹

2) Matka – cizinka. V tomto případě je třeba spolupráce s Cizineckou policií ČR a Úřadem pro mezinárodněprávní ochranu dětí. S touto situací se sociální pracovníci setkávají stále častěji, zvláště se situací náhradních matek přicházejících ze zahraničí.⁴⁰

3) Změny běžného rytmu rodinného života v důsledku náhradní gravidity – péče o domácnost, možné změny v chování těhotné manželky vlivem hormonálních změn, ovlivnění intimního života manželů. Gravidita náhradní matky může být také tzv. riziková a v takovém případě hrozí dlouhodobý výpadek příjmů manželky do

³³Srov.: KOMÁRKOVÁ, L. *Právní problematika náhradního (surogátního) mateřství* [online].

³⁴ Srov.: ČAMODŽICOVÁ, S., MOTYČKA, P. *Smlouva o náhradním mateřství* [online].

³⁵ Srov.: URBAN, D. a kol. *Příklady dobré praxe ze sociální práce ve zdravotnictví*, s. 14.

³⁶ Srov.: tamtéž

³⁷ Srov.: tamtéž

³⁸ Srov.: Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 823 (1)

³⁹ Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 776 (1)

⁴⁰ Srov.: URBAN, D. a kol. *Příklady dobré praxe ze sociální práce ve zdravotnictví*, s. 15.

rodinného rozpočtu. Všechny tyto důsledky mohou pak vést k důsledkům významným také pro právo, v krajním případě až k rozvodu.⁴¹

Výběr náhradní matky je prvním a nejsložitějším úkolem všech párů. Náhradní matka by měla podstoupit různá vyšetření – praktickým lékařem, gynekologické vyšetření a psychologické vyšetření, to bývá opomíjeno a podle J. Siváka jde v tomto o zásadní pochybení. Právě to může odhadnout, zda náhradní matka zvládne vzdát se dítěte, které porodila, a jaké to pro její osobnost může mít důsledky.⁴²

Náhradní matky lze rozdělit např. na:

- 1) Altruistické – ženy jsou většinou rodinnými příslušnicemi objednatelského páru, jedná se tak o sestru či matku jednoho z objednatelského páru.
- 2) Komerční – donošení dítěte a jeho přenechání k osvojení slouží k její obživě. Některé ženy tak k osvojení přenechaly čtyři, pět či dokonce šest dětí.⁴³

Další typizaci mateřství nabízí M. O. Vácha, který uvádí, že jedno dítě může mít zároveň tři matky a to:

- 1) Matku biologickou – dárkyně genů, oocytů
- 2) Matku gestační – ta, která je s dítětem těhotná
- 3) Matku sociální – ta která dítě vychovává⁴⁴

Pokud je uzavřena dohoda, pak se uzavírá smlouva „O donošení dítěte a jeho přenechání k adopci“. Tato smlouva je však neplatná pro rozpor s dobrými mravy a rovněž odporuje zákonu a zjevně narušuje veřejný pořádek. Přesto je objednatelskými páry hojně využívána. Je zde stanoven: 1) závazek donosit dítě počaté z vajíčka a spermie objednatelského páru a přenechat dítě k osvojení. 2) závazek finančního plnění, 3) další praktické závazky (splátkový kalendář, odměny, náhrady a náhrady nákladů, jakého lékaře bude náhradní matka navštěvovat, dohodu o tom, kde bude rodit, kdy dojde k osvojení, jak to bude s péčí o dítě před osvojením apod.). V každém případě jde o smlouvu spíše gentlemanskou, nevymahatelnou, která může v rovině morální motivovat zúčastněné strany k tomu, aby byla dodržována.⁴⁵ Případné zakotvení smlouvy o náhradním mateřství by znamenalo nejistotu postavení novorozence, což lze považovat za rozporné s jeho zájmy, jež má právo povinnost v takovéto situaci chránit. Aprobace možné smluví úpravy předcházející porodu by znamenala zásah do přirozených práv dítěte. Aprobace takové smluvní volnosti by mohla být v rozporu s principy stanovenými např. Úmluvou o právech dítěte – čl. 3 odst. 1 „*Zájem dítěte musí být předním hlediskem při jakékoli činnosti týkající se dětí,*

⁴¹ Srov.: CAMDŽICOVÁ, S.; TOMAN, P. *Manželství a náhradní mateřství* [online].

⁴² Srov.: SIVÁK, J. *Náhradní mateřství v českém právu a související otázky*, s. 38-40.

⁴³ Srov.: SIVÁK, J. *Náhradní mateřství v českém právu a související otázky*, s. 38.

⁴⁴ Srov.: VÁCHA, M. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*, s. 218

⁴⁵ Srov.: SIVÁK, J. *Náhradní mateřství v českém právu a související otázky*, s. 41.

*at' už uskutečňované veřejnými nebo soukromými zařízeními sociální péče, soudy, správními nebo zákonodárnými orgány“.*⁴⁶

Dalším krokem je samotná IVF – umělé oplodnění, při kterém jí je implantováno vajíčko ženy z objednavatelského páru oplodněné jejím mužem. Pokud je gravidita pozitivní, pak uzná muž z objednavatelského páru se souhlasem těhotné ženy své otcovství. Tento otec získává všechna práva i povinnosti, a to ještě před narozením dítěte. Tak se náhradní matka může vzdát dítěte ihned po narození. Novorozence si tedy následně může vzít fyzicky do péče otec. Jak uznání otcovství, tak vzdání se dítěte ze strany matky, musí být provedeno podle předpisů ČR, tzn. před příslušnými orgány. Žena objednavatelka následně požádá o osvojení dítěte (stejně jako při adopci cizího dítěte). Soud nemá důvod jí nevyhovět, protože biologická matka se dítěte zřekla. Tím dojde k naplnění představy objednavatelského páru.⁴⁷

Náhlé situace, které musí sociální pracovník na oddělení šestinedělí či novorozenců řešit a adekvátně na ně zareagovat, jsou:

- 1) *Náhradní matka odmítne vlivem hormonálních změn předat dítě do péče zamýšlených rodičů, udělit souhlas s osvojením a bude si chtít dítě nechat.* Podle stávající právní úpravy je náhradní matkou výhradně žena, která dítě porodila. Nic na tom nemění ani fakt, že dítě bylo zplozeno za použití cizího genetického materiálu, než je genetická výbava náhradní matky, tudíž že náhradní matka není biologickou matkou dítěte. Proti vůli náhradní matky nelze dítě z její péče odebrat a předat je autoritativně do péče zamýšlených rodičů. Dítě by tak zůstalo také v péči manžela náhradní matky a až do popření otcovství by trvala jeho rodičovská odpovědnost a vyživovací povinnost. Bez popření otcovství náhradního otce není možné určit ani otcovství zamýšleného otce.⁴⁸
- 2) *Zamýšleným rodičům nevzniká přímá povinnost přijmout dítě do své péče a adoptovat jej.* Během gravidity může nastat mnoho okolností vedoucích k otázce, zda objednavatelský pár vůbec dítě chce. Co bude, když se zamýšlení rodiče v mezichase rozejdou/rozvedou? Co když se jednomu ze zamýšlených rodičů něco stane? Bude o dítě stát druhý z manželů, partnerů i sám? Budou chtít zamýšlení rodiče dítě adoptovat i v případě, že se jim v mezichase povede počít dítě přirozenou cestou? Přijmou zamýšlení rodiče dítě za své i v případě, že se dítě nenarodí zdravé? Nejistota jak na straně zamýšlených rodičů, ale také na straně náhradní matky.⁴⁹
- 3) Z předchozích dvou náhlých okolností může logicky plynout třetí sociální problém novorozence. *Novorozenec se náhle ocitá v situaci opuštěnosti.* Tomuto tématu se věnuji v pozdějším úseku práce v kapitole osamocení novorozence v porodnici.

⁴⁶ Srov.: SIVÁK, J. *Náhradní mateřství v českém právu a související otázky*, s. 8-9.

⁴⁷ Srov.: HÁTLOVÁ, P. *Náhradní matky porodily už i u nás desítky dětí* [online].

⁴⁸ Srov.: CAMDŽICOVÁ, S.; TOMAN, P. *Manželství a náhradní mateřství* [online].

⁴⁹ Srov.: CAMDŽICOVÁ, S.; TOMAN, P. *Manželství a náhradní mateřství* [online].

Haagská konference z roku 2014 označila několik právních, potažmo etických problémů:

- Má být dárce spermatu považován dle práva za otce dítěte? Potom by i „prodejce“ spermatu do banky měl být takto označován. Pokud ne, jaký je pak rozdíl mezi mužem poskytujícím sperma pro embryo, které bude do náhradní matky vloženo, a tím kdo ho poskytne anonymně do banky?
- V jakém právním postavení je žena, jež porodí negenetické dítě? Je to také matka nebo jen „stroj na děti“? Jaká jsou její práva během gravidity? Někdy se označuje ve smlouvách jako „nosička“.
- Mají biologičtí rodiče právo požadovat od náhradní matky potrat, když si vše sami během jejího těhotenství rozmysleli? Kdo ze zúčastněných je „pánem“ nad graviditou? Je to žena, co poskytla své fyzično či lidé, kteří poskytli plod?

Otázkou je i občanství dítěte. Je občanem země biologických rodičů nebo tam, kde se narodilo a co teprve poté, když je převezeno do státu, který náhradní mateřství neuznává?

Etický problém nastává tehdy, když zastánci tohoto institutu se ohánějí tím, že žena (manželský – či lesbický pár) má právo na dítě, jde však o právo virtuální. Dítě není komodita, dítě je člověk, osobnost se všemi právy, jež musí být společností zaručeny. Dítě má právo znát své biologické rodiče. Je otázkou, jak zpracuje později informaci, „že si ho rodiče objednali“. Tato situace ve své podstatě dehumanizuje náhradní matku, která není matkou, ale ze které se stává předmět a nástroj realizující přání neplodného páru za hranicí lidské přirozenosti.⁵⁰ Kedroňová ve své diplomové práci uvádí, že: Na dítě nelze nahlížet jako na předmět smlouvy, na majetek. Článek 1 Listiny základních práv a svobod stanovuje, že: „*lidé jsou svobodní a rovní si v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcižitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.*“ Pokud je dítě pouhým prostředkem a nástrojem, díky němuž bude uspokojen chtíč neplodných rodičů, nikdy nebude takové jednání vůči dítěti jako lidské bytosti důstojné.⁵¹

Možná dilemata náhradního mateřství jsou: nepřekračujeme hranici, která by neměla být překročena, a to v mnoha ohledech? Je celý systém zcela proti přirozenému postupu rození dětí? Jaký je přirozený přístup k jejich výchově? Je přípustný pro bezdětné heterosexuální páry, jedince single či homosexuální páry? Svůj pohled na toto mateřství nabízí i křesťanská morálka, na které je postavena naše morálka západní civilizace.⁵²

⁵⁰ Srov.: KUKLA, L. a kol., *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*, s. 391.

⁵¹ Srov.: KEDROŇOVÁ, S. *Právně-etické otázky náhradního mateřství*, s. 49.

⁵² Srov.: SIVÁK, J. *Náhradní mateřství v českém právu a související otázky*, s. IX.

2.1.4. Nezletilé matky

Nezletilé matky spadají většinou do období adolescence. Tento věkový rozptyl většinou zasahuje do období střední adolescence: 14–16 let věku. Evropská psychologie toto období nazývá také pubescencí – dospívání. Pozdní adolescence: 17–20 let. Toto období je považováno za most mezi dětstvím a dospělostí. Ontogenetické hledisko tohoto období spočívá zejména v dokončení pohlavního dozrávání, ve fyzickém a duševním rozvoji a sociálním učení. Výrazně se rozvíjejí základní schopnosti člověka: symbolizace, anticipace, zástupné učení, sebereflexe a seberegulace. Poslední dvě nabývají na významu samy o sobě a stávají se pro toto období významnou hodnotou.⁵³

Během časně adolescence dominují pubertální změny. Typický je např. zvýšený zájem o vrstevníky opačného pohlaví, což je dáno projeveným pohlavním pudem a výskytem sekundárních pohlavních znaků. Vývoj kognitivních procesů není v přímém vztahu k pubertě. Střední adolescence je obdobím, kdy je vlastní dospívání nejčastěji objektem úvah a hodnocení. Tito adolescenti mají snahu výrazně se odlišit od svého okolí, jinak se oblékají, preferují specifickou hudbu atd. Jde o období se specifickým životním stylem – kulturou mládeže. Děti hledají svou identitu – jedinečnost a autentičnost. Pozdní adolescence nejvíce explicitně směřuje k dospělosti. Dospívající většinou ukončují své vzdělání a hledají zaměstnání. Posiluje se sociální aspekt identity: potřeba někam patřit, podílet se na něčem a něco s druhými lidmi sdílet. Jedinec v tomto věkovém období se zamýšlí nad svou osobní perspektivou, uvažuje o budoucích cílech a plánech v oblasti profesní, ale i v oblasti partnerských vztahů. Paleta změn je závislá na tom, jak adolescenti sami časují své dospělé role, zda se rozhodují pro studium na vysoké škole, zda se ekonomicky osamostatňují, nebydlí s rodiči, vstupují do manželství nebo se rodiči stávají.⁵⁴ Matějček objasňuje tento fakt: „*Obzvláště těžkou mají situaci nezletilé dívky do 18 let, které ještě většinou nemají své povolání, často bydlí u rodičů, a hlavně právně bez jejich souhlasu nemohou nic dělat. Mezi našimi 15 nezletilými matkami byly některé, které považovaly opuštění dítěte za jediné možné řešení. Jiné, které podle našeho mínění byly schopny se o dítě starat, těžce nesly rozhodnutí rodičů, pod jejichž nátlakem se dítěte zřekly*“.⁵⁵

Zákon č. 89/2012 § 30 upravuje zletilost, kterou se stává člověk svéprávným a nabývá se dovršením 18 let. Svěprávnost lze dle tohoto zákona rovněž nabýt přiznáním svéprávnosti, nebo uzavřením manželství. Svěprávnost nabytá uzavřením manželství se neztrácí ani zánikem manželství, ani prohlášením manželství za neplatné.⁵⁶

Otěhotní-li nezletilá dívka, je velmi důležité zhodnocení všech okolností, zejména hledisko: zdravotní, psychické a sociální. Nabízí se otázky typu: zvládnou těhotenství po zdravotní stránce, budou nějaké komplikace vzhledem k věku? Jaká budu matka?

⁵³ Srov.: MACEK, P. *Adolescence*, s. 9–10.

⁵⁴ Srov.: MACEK, P. *Adolescence* s.35-36.

⁵⁵ MATĚJČEK, Z., *Náhradní rodinná péče*, s. 120.

⁵⁶ Srov.: Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 30 (1, 2).

Kde, s kým budu žít, kdo mi pomůže? Na koho se mohu obrátit? Tuto situaci lze řešit zejména s rodinou, otcem dítěte, gynekologem, sociálním pracovníkem a dalšími odborníky.⁵⁷

Jestliže je těhotenství potvrzeno gynekologem či jiným lékařem, pak je nutná spolupráce s OSPOD. Lékaři při zjištění takovéto gravidity mají zákonnou nahlašovací povinnost OSPODu. U děvčete mladšího 15 let je důležitá spolupráce s rodiči. Pokud rodič spolupracuje, může být ponechána oznamovací povinnost na něm.⁵⁸ Zákonní zástupci nemusí doprovázet k lékaři nezletilou matku nad 15 let.⁵⁹

Když se dívka rozhodne pro porození dítěte, pak se ve zdravotnickém zařízení setkává se sociálním pracovníkem. Tento pracovník spolupracuje se zákonným zástupcem a příslušným OSPOD.⁶⁰ OSPOD poté provede sociální šetření v místě bydliště rodičky, za účelem zjištění vhodnosti a připravenosti domácího prostředí po propuštění dítěte z porodnice. Na základě tohoto šetření je pak rozhodnutí o následném stavu matky a dítěte – zda budou propuštěni do domácího prostředí nebo jim bude doporučena například služba sociální rehabilitace nebo jiná institucionální pomoc, jež by vzniklou situaci pomohla řešit.⁶¹

Pokud je dívka mladší 15 let, pak nemocniční sociální pracovník kontaktuje sociálního kurátora magistrátu města nebo obvodu, kde má dívka trvalé bydliště.⁶² Zároveň všichni zúčastnění, kteří prvně zjistí těhotenství osoby mladší 15 let, mají zákonnou nahlašovací povinnost PČR. Prikazuje jim to trestní zák. č. 40/2009 Sb., § 187, který uvádí, že: „*Kdo vykoná soulož s dítětem mladším patnácti let nebo kdo je jiným způsobem pohlavně zneužije, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až osm let*“.⁶³

Obvyklý pobyt na oddělení šestinedělí jsou 4 dny, tato časová tíseň je nedostačující ke sběru rodinné anamnézy. Rovněž není výjimkou, že nemocniční sociální pracovník již není posléze informován o osudech obou dětí.⁶⁴

Postnatální období, období šestinedělí může být velmi komplikované. Tato skupina matek je specifická. Poporodní péče by měla vést k uspokojení potřeb jak matky, tak novorozence. Nezletilá dívka by měla z porodnice znát postupy v péči o dítě (kojení, koupání, přebalování, manipulace s novorozencem). Avšak pokud měla dívka laxní přístup k těhotenství, pak nejspíše bude tento přístup přetrvávat i nadále. Často tyto matky vykazují nespolehlivost ohledně zdraví svého i dítěte – nechodí na prohlídky se sebou ani s dítětem, opomíjí je či ignorují. Mladé matky rovněž méně často kojí než ženy starší.⁶⁵

Dalším negativním vlivem na zdraví matky a dítěte může být i domácí prostředí. Nezletilá matka se může vrátit do nevyhovujícího prostředí domova jak pro ni, tak pro

⁵⁷ Srov.: KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 112.

⁵⁸ Srov.: KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 114.

⁵⁹ Srov.: GARLÍKOVÁ, H. *Informace ke změně zákona od 1. 4. 2012* [online].

⁶⁰ Srov.: KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 115.

⁶¹ Srov.: URBAN, D., *Příklady dobré praxe ze sociální práce ve zdravotnictví*, s. 9-10.

⁶² Srov.: KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 114.

⁶³ Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, § 187 (1).

⁶⁴ Srov.: KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 115.

⁶⁵ Srov.: KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 118.

dítě. Rizikové faktory jsou: nedostatečné bydlení, špatná atmosféra ve vztahové rovině, nevhodný a nezdravý životní styl.⁶⁶

Mnohdy si tyto matky neuvědomují, co všechno nového, nepoznaného mateřství přináší. Mnoho z nich trpí poporodními depresemi, jsou vyčerpány z péče o dítě, prožívají frustraci z kojení. Tyto matky potřebují zvláštní pozornost.⁶⁷

Jednou z nutností, které se tyto dívky nevyhnou, je otázka rodičovství. Nezletilé matce nemůže být automaticky přiznána rodičovská zodpovědnost, tu podle zákona o rodině č. 94/1963 Sb. určuje § 34: „*Soud může přiznat rodičovskou zodpovědnost ve vztahu k péči o dítě i nezletilému rodiči dítěte, který dosáhl věku šestnácti let, má-li potřebné předpoklady pro výkon práv a povinností z rodičovské zodpovědnosti vyplývajících*“.⁶⁸ Pakliže je dívka mladší 16 let a musí čekat na dovršení 16 let, pak je novorozenci určen opatrovník. Pokud je v rodině uspokojující klima, soud určí dle zákona o rodině nejčastěji matku nezletilé matky. Pokud je otcem dítěte zletilý muž, pak rodičovská práva a povinnosti přechází na něj. Když primární rodina je nefunkční, pak soud může svěřit dítě do péče jiné fyzické osobě než rodičům. Zákon č. 94/1963 Sb., § 45 upřesňuje komu se dává přednost, pokud projeví zájem příbuzní nebo osoba blízká dítěti, pak jim většinou bývá vyhověno.⁶⁹

V případě, že matka nemá výše uvedené možnosti, může dát souhlas k osvojení, a to nejdříve 6 týdnů po narození, otec dítěte s tímto úkonem může souhlasit kdykoliv po narození dítěte, tedy i v období kratším, než je 6 týdnů od narození.⁷⁰ Lze ho odvolat i po dobu tří měsíců ode dne kdy byl dán nebo i po jejich uplynutí.⁷¹ K osvojení je třeba souhlas rodiče tohoto dítěte, i v té situaci, že rodič dítěte není zcela svéprávný. Pokud rodič dítěte nedosáhl 16 let, souhlas k osvojení dát nemůže.⁷²

S takovouto maminkou musíme jednat zcela individuálně. Ze své praxe mohu uvést, že dívky, ale i dospělé ženy, které se zřekly svého dítěte, byly uloženy na gynekologickém oddělení, ne na porodnici tak, aby se nedostaly do kontaktu nejen se svým dítětem, ale i s ostatními gravidními ženami. Novorozenec se těmto dívkám neukazuje, nesděljuje se jim pohlaví dítěte a už vůbec se takové dítě nepřikládá ke kojení a laktace se zastavuje. Jde o to, aby nebyla navázána první citová vazba. Komunikace s takovouto matkou je vždy velmi citlivá. Jemné zacházení by měl respektovat i sociální pracovník nemocnice. K citlivému přístupu se vyjadřuje Matějček: „*Matka, která se svého dítěte vzdává, je v celém adopčním ději osobou klíčovou. Ona je prvním článkem v řetězci událostí, jež nakonec vedou k přijetí dítěte do nové rodiny. Bez ní by žádné jednání ani nenastalo. Je také pro příští adopční svazek dítěte a jeho nových rodičů podstatně menší komplikací (menší hrozbou) než matka, které muselo být dítě pro hrubé zacházení nebo těžké zanedbávání z moci úřední odebráno. Zaslouží proto tím více porozumění a pomoci, aby sama mohla dospět k rozhodnutí, se kterým se může vnitřně vyrovnat. Jakýkoliv nátlak je*

⁶⁶ Srov.: KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 118.

⁶⁷ Srov.: tamtéž.

⁶⁸ Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, § 34 (3).

⁶⁹ Srov.: Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, § 45a (1).

⁷⁰ Srov.: Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 813 (1).

⁷¹ Srov.: Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 817 (1,2).

⁷² Srov.: Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, §811 (1).

*nepřípustný. Za našeho přispění by se rozhodně nemělo stát nic, čeho by později mohla litovat. Jen tak se podstatně zvyšuje pravděpodobnost, že sama nebude trpět a že ani nebude do nové rodiny svého dítěte nijak zasahovat“.*⁷³

Její další volbou a možností je využití pěstounství nebo poručnictví. V případě poručnictví je poručník ustanoven soudně. Může jím být i babička dítěte, matka si tak může plnit své studijní povinnosti a zaujímá roli „staršího sourozence“. Poručník má zodpovědnost za výchovu dítěte. Při formě pěstounské péče se o dítě stará prakticky cizí osoba.⁷⁴

Pokud má dívka zájem a chce o novorozence pečovat, má možnost rozhodnout se pro umístění obou do výchovného ústavu nebo dětského domova.⁷⁵ Sociální pracovník v nemocnici může také této mamince doporučit nebo i zkontaktovat například organizace: „Dlaň životu“ či „Na počátku“.

2.1.5. Matky látkově závislé

U závislých matek je běžné, že se chovají rizikově. Ženy látkově závislé svůj drogový abúzus často negují, zlehčují nebo přiznají pouze občasné užití, a to tehdy, když se laboratorně prokážou pozitivní testy na návykové látky u novorozence. Tyto gravidní ženy často pravidelně neabsolvuji lékařské vyšetření, neabstínují, nedodržují hygienu ani životosprávu, mají často pozitivní výsledky na hepatitidu C. Mnohé z nich po zjištění gravidity sice zahájí substituční léčbu, ale zároveň nadále užívají drogy. Mnohdy je nemocniční sociální pracovník informován terénním sociálním pracovníkem o graviditě.⁷⁶

Narození tohoto dítěte nahlásí zdravotníci sociální pracovníci v nemocnici. V případě, že chce rodička ihned odejít po porodu, je tento porod oznámen přímo z porodního sálu. Po porodu závislé nebo v substituční léčbě, sociální pracovnice nemocnice s matkou co nejdříve naváže kontakt. Rozhovor s touto ženou bývá složitý a je nutné od ní získat co nejvíc pravdivé informace o tom, zda užívala během těhotenství drogy, jaké, častost a jejich množství. Rovněž zjišťujeme, kde a v jakém prostředí bydlí, zda má pro dítě připravenou základní vybavičku, jestli má dostatečný finanční příjem, jaké je rodinné zázemí, proč nedocházela do prenatální poradny a jestli je ochotná se léčit. Důležité jsou také informace o otci dítěte. Zajímáme se o to, zda je určeno otcovství, zda je uživatelem drog. Dotazy rovněž směřují k zaměstnání otce a ochotě jeho rodičů pomoci. Někdy bývá samotný partner překvapen sdělením o abstinenci partnerky během těhotenství.⁷⁷

Sociální pracovnice nemocnice kontaktuje lékaře gynekologických, psychiatrických či adiktologických ambulancí, případně pracovníky drogových služeb, spolupracuje s praktickými pediatry, azylovými domy a dětskými centry. Narození tohoto dítěte hlásí OSPOD. Rovněž jsou obě sociální pracovnice v kontaktu

⁷³ MATĚJČEK, Z., *Náhradní rodinná péče*, s. 143-144.

⁷⁴ Srov.: CHRENKOVÁ, M., *Gravidita a mateřství nezletilých dívek v České republice*, s.44-45.

⁷⁵ Srov.: KUKLA, L. a kol., *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí* s. 257-259.

⁷⁶ Srov.: PRESLOVÁ, I., MAXOVÁ, V., *Ženy & drogy*. Sborník odborné konference, s. 85.

⁷⁷ Srov.: tamtéž.

po celou dobu hospitalizace matky a dítěte. Jejich vzájemná spolupráce je velmi důležitá, neboť jde o vzájemné ověřování a upřesňování získaných informací. S matkou dítěte, případně i s otcem opakovaně jednájí jak v terénu, tak v nemocnici. O propuštění dítěte do péče matky, nebo jiné osoby či zařízení, rozhoduje poté sociální pracovnice OSPODu.⁷⁸

Doba hospitalizace dětí trvá i několik týdnů. Personál po tuto dobu sleduje, jak často matka za dítětem dochází, zda není pod vlivem návykových látek, jak zvládá péči o dítě, jak se zapojuje i otec dítěte. O těchto návštěvách je informována zdravotně-sociální pracovnice. Sociální pracovnice spolu s ostatními členy multidisciplinárního týmu jedná se širší rodinou matky a otce dítěte, např. s babičkami, sestrami, tetami. Podpora a dohled ze strany vlastní rodiny je klíčový. Ženy bez zázemí častěji selhávají, nezvládají plnit dané povinnosti, přestávají za dítětem docházet a nedaří se jim zajistit potřebné podmínky pro péči o něj po propuštění. Po celou dobu hospitalizace dítěte je matka (případně i otec) vedena k tomu, aby pokračovala či započala substituční léčbu a docházela na terapii. Sociální pracovnice se pak se souhlasem matky v těchto zařízeních informuje o tom, jak její léčba probíhá. Pokud matka nespolupracuje nebo neprokáže, že je schopna zajistit vhodné podmínky v domácím prostředí, pak je dítě na základě předběžného opatření přeloženo z nemocnice do kojeneckého ústavu. Může být svěřeno i do péče otce nebo jiné příbuzné osoby. Při plnění požadavků matky, je před propuštěním do domácího prostředí přijata na tzv. zácvik. Tento pobyt trvá několik dní a matka se pod dohledem personálu učí správně o dítě pečovat.⁷⁹

2.2. Sociální situace novorozenců

Sociální pracovník v nemocnici a matka novorozence spolurozhodují o celé životní budoucnosti dítěte. Novorozenec je zcela závislý na rozhodnutích svého okolí. Je tím nejpotřebnějším a nejvíce bezbranným článkem celého řetězce.

Špatná praxe sociálního pracovníka a nezáměr rodiny může novorozence uvrhnout do nepochopitelné situace, kdy se dítě narodí postižené a zůstane bezprizorní po nepochopitelně dlouhou dobu v porodnici. Příkladem může být mediální případ chlapce, který během svého prvního roku života procestoval tři nemocnice v ČR (Děčín, Ústí nad Labem, Praha FN Motol). Nikomu nechyběl a nikdo o něj nejevila zájem. Co je na tomto případě odstrašující, je to, že profesionální sociální práci, kterou měla dělat kvalifikovaná, odborně vyškolená osoba, tato neprovedla. Chlapeček byl absolutně izolován také samotným zdravotnickým personálem. Ten měl také plnit jeho základní potřeby, jako jsou rozvoj motoriky – dítě mělo přivázané ručky k postýlce s minimem hraček, na které nedosáhl, potřeba tepla – ležel v postýlce pouze v plenkách, potřeba kontaktu – sestry měly zakryté obličej, při jeho ošetřování s chlapečkem nekomunikovaly, nepohládily, pouze

⁷⁸ Srov.: PRESLOVÁ, I., MAXOVÁ, V., *Ženy & drogy*. Sborník odborné konference, s. 86.

⁷⁹ Srov.: PRESLOVÁ, I., MAXOVÁ, V., *Ženy & drogy*. Sborník odborné konference, s. 86.

rektálně změřily teplotu a přebalily. Tuto práci ke šťastnému konci velmi kvalitně odvedla „pouze neškolená obyčejná maminka“. ⁸⁰

2.2.1. Postižený novorozenec

Porod postiženého dítěte z různých důvodů většinou pro mnoho rodin znamená jistou míru zátěže. Nároky jsou kladeny na všechny členy rodiny. Zejména tehdy, pokud všechny prenatalní vyšetření byly negativní. K celé nově vzniklé situaci se svolává tzv. konzilium, které vede primář neonatologie, a účastní se ho porodník, ošetřující lékař, novorozenecká vrchní a staniční sestra, psycholog, sociální pracovník a samotní rodiče. Rodičům dítěte je primárně poskytnuta psychologická péče. Mnohdy se rodiče ptají na progresi daného onemocnění, což je do prvního roku dítěte těžko definovatelné.⁸¹

Je třeba, aby sociální pracovník zjistil, zdali jsou rodiče vůbec ochotni přijmout a starat se o postižené dítě. Novotný tuto situaci výstižně definuje: *„Nelze žádné rodiče přinutit k tomu, aby milovali a přijali své dítě. Tohoto mýtu je třeba se zbavit, a to i v případě zdravého dítěte. Řekněme si již nyní, že snad největším utrpením dítěte je, když vyrůstá v prostředí nelásky, odmítání. Když je v rodině jen proto, že to žádá společenská konvence ... V tomto smyslu je umění přiznat si – nemáme na to, neumíme to, dítě u nás trpí, naše rodina je ohrožena rozpadem, nebo naše dítě s postižením opravdu diskriminuje děti zdravé apod... Nutno počítat s tím, že se některé rodiny budou za odpovědi na tyto otázky schovávat, aby ospravedlnily vzdání se dítěte nebo rozpad rodiny“.*⁸²

Další problematickou situaci, kterou musí sociální pracovník s rodiči vyřešit, je propuštění do domácí péče. Rodiče se musí dobře naučit, jak o dítě správně pečovat. Rovněž je nutností vyhledat navazující sociální služby, které mohou významně pomoci celé rodině. Řešením je rovněž i předání dítěte do péče dětského centra. Rodiče pak mají dle zájmu možnost využít různě dlouhodobé pobyty a zkoušet, zda péči o něj zvládnou.⁸³

Další možností, jak pomoci rodině, je instituce Rané péče. Je zařazena jako preventivní sociální služba pro rodiny dětí s postižením od narození do sedmi let věku dítěte.⁸⁴ Samotný zákon 108/2006 Sb., ji v §54 definuje takto: *„Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby“.*⁸⁵

⁸⁰ Srov.: PROCHÁZKOVÁ, S. *Opuštěný chlapeček strávil téměř rok po nemocnicích, Vánoce oslaví v nové rodině díky pěstounům. Co o nich možná ještě nevíte* [online].

⁸¹ Srov.: URBAN, D. a kol. *Příklady dobré praxe ze sociální práce ve zdravotnictví*, s. 23-24.

⁸² KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 141-143.

⁸³ Srov.: URBAN, D. a kol. *Příklady dobré praxe ze sociální práce ve zdravotnictví*, s. 23-24.

⁸⁴ Srov. HRADILKOVÁ T. *Praxe a metody rané péče v ČR. Průvodce sociálním modelem*, s. 12.

⁸⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., *O sociálních službách ve znění pozdějších předpisů (novela z roku 2009)*.

2.2.2. Osamocení novorozenec v porodnici

Článek 7 Úmluvy OSN o právech dítěte (UNCRC) zřetelně pojednává o tom, že každé dítě má „právo znát své rodiče a právo na jejich péči“. Jestliže rodič dítě opustí, je toto právo porušeno. Největší riziko opuštění hrozí novorozencům a malým dětem, což je znepokojující. Dítě, které v raném období svého života vyrůstá v nestabilním prostředí, může mít problémy v oblasti citového rozvoje a chování. Samotná definice, kdo je opuštěný novorozenec, neexistuje. Avšak pro projekt EU Daphne jsou opuštění definována jako:

1) **Otevřené opuštění** – což je úmyslné opuštění dítěte rodičem, kterého lze identifikovat a jehož záměrem není se vrátit, ale dobrovolně se zříct rodičovské odpovědnosti. Navíc žádný z dalších členů rodiny není schopen nebo ochoten vzít na sebe rodičovskou odpovědnost a péči o dítě.

2) **Utajené opuštění** – dítě je opuštěno utajeně rodičem, kterého nelze identifikovat a jehož záměrem není se vrátit, ale dobrovolně se zříct rodičovské odpovědnosti anonymně.

K hlavním důvodům pro opuštění dítěte, které jsou uvedeny v projektu Daphne, patří: chudoba nebo finanční těžkosti, osamělé rodičovství či obtížná sociální situace osamělé matky bez podpory a obecně nízká sociální úroveň rodiny, nevhodné bydlení nebo bezdomovectví, závislost rodičů na alkoholu či drogách, chybějící sexuální výchova, nedostatečné znalosti týkající se plánovaného rodičovství, dítě narozené s určitou formou postižení.⁸⁶

Ne všechna čerstvě narozená miminka mají takový „sociální luxus“, že mohou být položena do náručí své matky, být od ní krmena, přitisknuta k jejímu ňadru a dívat se jí do očí. Vnímat její teplo, slyšet radost a uklidňování jejího hlasu. V matčině úsměvu se odráží jeho vlastní úžasnost. Mezi matkou a dítětem tak začíná vznikat ono emocionální pouto, nazývané attachment. Tento proces začíná tvořit neurologické dráhy nezbytné pro učení a zdravé sociální vztahy. Pokud nemá dítě nablízku pečující matku, osobu, na kterou by se připoutalo, nemůže se naučit utvářet pouto s dalšími lidmi, ani zpracovávat zrakové počítky, zvuky a fyzické vjemy. Novorozenec lépe snáší špatné zacházení, ale sociální izolace mu působí daleko větší újmu. Novorozenec bez dotyků, na kterého nikdo v prvních týdnech a měsících života nemluví, může utrpět výraznou duševní újmu a mohou se u něj objevit značné poruchy chování, takový novorozenec může dokonce i zemřít.⁸⁷

Pokud se z mnoha různých důvodů nemohou či nechtějí biologičtí rodiče starat o své dítě, pak sociální pracovník v porodnici je tím, kdo kontaktuje OSPOD. K umístění dítěte lze využít několik možností. Formy náhradní rodinné péče v ČR jsou: 1) *ADOPCE* (osvojení) – dítě musí být právně volné, tj. biologičtí rodiče souhlasí s adopcí nebo byli zbaveni rodičovské odpovědnosti.

⁸⁶ Srov.: PROJEKT EU, PROGRAM DAPHNE. *Problematika opuštění dítěte a jeho prevence* [online].

⁸⁷ Srov.: PURVYS, K. B., CROSS, D. R., SHUNSHINE, W. L. *Dítě v nové rodině*, s. 35-36.

2) *PĚSTOUNSKÁ PÉČE* – je státem řízena a finančně odměňována. U novorozenců primárně přichází v úvahu pěstounství na přechodnou dobu. To trvá nejdéle jeden rok a je využíváno tam, kde je pravděpodobnost, že se pro dítě najde jiné řešení jeho situace. Jsou zachována práva biologických rodičů s výjimkou práv, která přeneše soud na pěstouny. 3) *SVĚŘENÍ DÍTĚTE DO PÉČE JINÉ FYZICKÉ OSOBY NEŽ JE RODIČ* – jedná se zpravidla o příbuzné. Využívá se v případech, kdy to vyžaduje zájem dítěte a vhodná osoba s tím souhlasí. Biologičtí rodiče mají stále vyživovací povinnost vůči dítěti v pěstounské péči i v péči jiné fyzické osoby. 4) *PORUČNICTVÍ* – je využito tam, kde rodiče dítěte nežijí, rodiče byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti, výkon této zodpovědnosti jim byl pozastaven nebo nemají způsobilost k právním úkonům v potřebném rozsahu. Poručník dítě zastupuje, vychovává a spravuje jeho majetek. Může jím být stanoven příbuzný či osoba dítěti blízká. Pokud toto není možné, poručníka stanoví OSPOD. Podstatná rozhodnutí poručníka ohledně dítěte musí být schválena soudně.⁸⁸

Po uplynutí několika let již většinou dospívající dítě pátrá po své minulosti. Nemá-li možnost, jak se dozvědět o okolnostech svého narození, aby netápal v tom, jak přišel na svět, jak vypadal a zda ho vůbec měl někdo rád, pak je mu v porodnici vytvořen kufřík (projekt se jmenuje: „Život v kufříku“). V tomto projektu by se měl angažovat a jeho uvedení do praxe iniciovat především zdravotně sociální pracovník. Ze své praxe mohu uvést i to, že tuto aktivitu v některých porodnicích nevykonává sociální pracovník. Jde zcela mimo něj a vlastně ani zdravotnické zařízení nevyžívá spolupráce s projektem „Život v kufříku“. Angažuje se pouze vedoucí zdravotní sestra (ta nakupuje, vybavuje kufřík, který pak předá dítěti). Obsahem kufříku bývá fotografie, hračka, oblečení, otisk nožičky či ručičky, porodní náramek, první dudlík, spousta osobních předmětů a vzkazů zapsaných do památníčku. Sestry mu tam píší např. kdo byl u porodu, jaké bylo počasí, když se narodilo, zda se narodil ve dne či v noci. Tento projekt tak pomáhá dítěti nacházet svou vlastní identitu. Je jedinečný a nemá ve světě obdoby. Neustále se vyvíjí obsah kufříků i svých programů. Aktivními jsou: zdravotníci, dětské psychologové, pěstouni a adoptivní rodiny – ti všichni pomáhají cenné vzpomínky uchovat. Život v kufříku symbolizuje vazby, vztahy, komunikaci, životní příběhy a kotvy, jež jsou klíčovými prvky pro sebepřijetí a identitu každého z nás. Projekt je primárně cílen na ty nejzranitelnější – novorozence, které opustili biologičtí rodiče. Projekt podporuje dětské hledání sebe sama, rodičovskou vazbu s dítětem i důležitou roli babiček a dědečků, kteří mají dar sdílení a vzpomínek. Tento kufřík ho provází po celý další život. Jeho cestu životem mu nadále zaznamenávají pečující osoby.⁸⁹

Opuštění dítěte lze předcházet, a to dle projektu EU Daphne například formou: sociální asistence, zařízení poskytující denní péči, pomoci při plánovaném rodičovství a matkám při poporodní depresi, poradenství pro celou rodinu i poradenství pro matky, finanční podpory, programů zaměřených na vysoce rizikové rodiny, „Školicích středisek“ pro rodiče, linek pomoci pro matky v nouzi, podpory ze strany

⁸⁸ Srov.: MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H., *Státní orgány sociálněprávní ochrany dětí*, s. 16-17.

⁸⁹ Srov.: NADAČNÍ FOND *Život v kufříku*. [online].

státu při prevenci případů opuštění dítěte v porodnici, sociálních pracovníků v porodnicích.⁹⁰

2.2.3. Ztráta dítě v perinatálním a časné prenatalním období

Sociální pracovník pohybující se na oddělení šestinedělí a novorozenců je primární osobou, která se setkává s truchlícími rodiči. Měl by je provést tímto počátkem náročné životní situace a poskytnout jim adekvátní oporu.

Úmrtí dítěte mohou rodiče prožívat zcela odlišně i v postupném vyrovnávání se s životní tragédií či truchlením. Většinou tato tragédie zasáhne rodiče mnohem hlouběji. Jejich smutek a bolest jsou mnohem silnější, než si jejich okolí připouští. Často pocíťují množství emočních i fyzických reakcí. Zprvu to může být šok, stav, kdy si nejsou jisti, zda se to opravdu děje. Mohou pochybovat, ptát se, zda se lékaři nezmýlili. Někteří rodiče se sebeobviňují za to, co se stalo. Mají pocit, že mohli situaci nějak předejít, mohou cítit vztek, zoufalství, ptát se, proč se to stalo právě jim. Mohou vinit okolí, zdravotníky, Boha, cítit vztek vůči dítěti, ostatním rodičům, kteří mají zdravé děti. Všechny tyto reakce jsou adekvátními k dané situaci.

Fyzické projevy, které ovlivňují i samotnou sociální práci pracovníka, mohou být např.: bolesti a tíha na hrudi, bušení srdce, nevolnost, nechutenství, někdy naopak přejídání, nespavost a zároveň velké fyzické vyčerpání, bolavá náruč, která je prázdná. Průběh šestinedělí se v ničem neodlišuje od porodu vitálního dítěte – odcházejí očišťky, tvoří se mléko. Přirozená zástava laktace může být dlouhá a bolestivá, lékař ji však může pomocí medikamentů korigovat. Rovněž tak i porodní poranění.

V obzvláště těžké situaci se nacházejí rodiče víceročet. Jejich velký smutek a bolest ze ztráty miminka se snoubí zároveň s radostí z narození dalšího děťátka nebo dětí. Komplikací může být necitlivé chování okolí zlehčující závažnost úmrtí jednoho z dětí, čímž pomyslně nepřiznává pozůstalým rodičům nárok cítit bolest a truchlit po zemřelém miminku. Okolí se může domnívat, že je ztráta o něco snesitelnější, když se narodilo i dítě zdravé.⁹¹

Oznámení smutné zprávy rodině a přátelům často plní partner nebo i osoba blízká. Rodina a známí bývají po zjištění, co se stalo, v šoku a velmi pravděpodobně neví, co říct. Rodiče dítěte nemusí na všechny otázky odpovídat a mohou sdělit pouze to, co sami uznají za vhodné. Někteří rodiče volí písemnou formu oznámení – sms, email, dopis.⁹²

Rodiče mají na toto období často málo vzpomínek. Jejich vytvoření a schování několika předmětů spojených s novorozencem na památku mohou být v budoucnu velmi cenné. Toto potvrzují mnozí rodiče s podobnou zkušeností. Tyto památky velmi pomohly nejen jim, ale i jejich okolí se s touto tragédií vyrovnat a pochopit.

⁹⁰ Srov.: PROJEKT EU, PROGRAM DAPHNE. *Problematika opuštění dítěte a jeho prevence* [online].

⁹¹ Srov.: PAZDERA, L., *Když zemře miminko*, s. 4-5 [online].

⁹² Srov.: tamtéž s. 5.

Rodiče si mohou dítě pojmenovat a tím stvrdit jeho jedinečnost. Snáze tak mohou o děťátku mluvit. Mohou i použít jeho prenatální přezdívku, změnit mu i jeho původní jméno či ho nepojmenovat. Se jménem lze počkat i na lékařské určení pohlaví či na výsledek pitvy dítěte a posléze ho pojmenovat. Jiní rodiče si sami určí, zda je miminko chlapeček nebo holčička podle své intuice či dají miminku jméno, které je možné použít pro obě pohlaví.⁹³

Mohou své zemřelé dítě vidět a držet v náručí. Některým rodičům, kteří ještě nikdy neviděli zemřelého, to může připadat nepatřičné a někdy i děsivé. Mohou tento úkon zprvu odmítnout. Pro většinu rodičů ale bylo toto setkání nejcennější vzpomínkou a zkušeností v životě. Svou nezastupitelnou úlohu zde hraje personál porodnice. Pokud mají rodiče strach dítě vidět, může porodní asistentka rodičům dítě popsat, vyfotit a ukázat fotku. Když se rodiče rozhodnou, že ho vidět nechtějí, lze jim ze zabaleného dítěte ukázat ručku nebo nožku. Dítě může vidět i jen jeden z rodičů. Rozhodnutí je zcela individuální. Toto setkání lze realizovat, i když už jsou rodiče doma z porodnice.⁹⁴

Dítě si mohou rodiče vykoupat, obléct do donesených vlastních oblečků, eventuálně použít nemocniční košilku. Zabalit ho do látkové plenky, zavinovačky nebo dečky. Záleží na stavu tělíčka a na rodičích. Personál jim s touto činností může pomoci. Pokud rodiče chtějí, mohou si pořídit fotografie dítěte nebo požádat personál o pořízení snímků a požádat je o jejich úschovu, pro případ pozdějšího rozmyšlení. Je někdy vhodné požádat osobu blízkou, aby u sebe fotografie bezpečně uschovala do doby, než toho rodiče budou schopni. Někteří profesionální fotografové snímky pořídí zdarma. Někdy se rodiče chtějí vyfotit společně s miminkem, někdy i se staršími sourozenci nebo dalšími členy rodiny. Dvojčata nebo vícčata, z nichž některé zemřelo, mohou být se sourozenci vyfoceni společně. Později může být pro pozůstalého sourozence taková vzpomínka velmi cenná.

Rodiče si mohou pořídit: otisk nožičky, ručičky, ustříhnout pramínek vlasů, identifikační náramek z porodnice, těhotenskou průkazku, obrázky z ultrazvuku, dopis nebo deníček se vzkazy, básničkami pro miminko, příkrývku, kopii části záznamu CTG, pupečnickovou svorku, oblečky, které mělo miminko na sobě nebo které mu rodiče připravili, hračky, které mu koupili. Mohou i využít tzv. vzpomínkový balíček. Obsahuje různé předměty, které si můžete nechat na památku. Mohou se lišit, zpravidla obsahují některé z následujících předmětů: malé plyšové medvídky, svíčku, krabičku a sáček na vlásy miminka, obálku se vzpomínkovým listem, drobnou květinu nebo srdíčko na památku, obálku na uschování fotek z ultrazvuku, sadu na vytvoření otisků nožiček a ručiček. I tento kufrík může být uložen u osoby blízké a s jeho otevřením čekat na příhodný čas.

Pokud rodiče chtějí, lze vykonat vlastní rituál, obřad podle své víry, přesvědčení. Každá nemocnice nejen pro tyto případy by měla mít vlastního duchovního, avšak rodiče si mohou do porodnice přivolat vlastního církevního představitele.⁹⁵ V případě nejvyšší nutnosti mohou katoličtí rodiče pokřtít své umírající dítě. Mohou požádat

⁹³ Srov.: PAZDERA, L., *Když zemře miminko*, s. 6 [online].

⁹⁴ Srov.: tamtéž s. 6-7.

⁹⁵ Srov.: PAZDERA, L., *Když zemře miminko*, s. 7-9 [online].

někoho ze zdravotníků o to, aby křest provedl, pokud bude k tomu svolný a akt provést v úmyslu konat to, co koná církev.⁹⁶

Pokud zemřel novorozenec po porodu, je mu matrikou vystaven rodný a úmrtní list na základě listu o prohlídce zemřelého, který vyplňuje lékař. Jejich podklady zasílá na matriku nemocnice, kde se miminko narodilo či zemřelo. Pokud dítě zemřelo před narozením, matrika vystaví na základě lékařské dokumentace rodný list, kde je uvedeno, že se narodilo mrtvé. Pokud se nejedná definicí o porod, rodný ani úmrtní list se nevystavuje. Zákon narození živého dítěte definuje tak, že dítě po narození jevílo některou ze známek života bez ohledu na délku trvání těhotenství (dech, srdeční činnost, pulzace pupečníku, pohyb svalstva). Porodem mrtvého dítěte se rozumí, pokud se dítě narodilo bez známek života a vážilo více než 500 gramů nebo bylo těhotenství starší 22 týdnů (jestliže dítě není možné zvážit).⁹⁷

Doklady k vydání rodného listu jsou: *hlášení o narození dítěte* – předá porodnice přímo matrice, *doklad totožnosti rodičů, oddací list*, pokud jsou rodiče sezdaní, *prohlášení o jménu a příjmení dítěte* – pokud se rodiče rozhodnou dítě pojmenovat. Pokud miminko zemřelo před narozením a rodiče nejsou sezdaní, otcovství se nezapisuje.

V případě narození živého dítěte, které později zemřelo, je potřeba matrice předložit k výše uvedeným dokladům ještě: 1) Dítě narozené mimo manželství a otec je neznámý: *rodný list matky, prohlášení o jménu a příjmení dítěte, rozsudek o rozvodu manželství* – pokud je matka rozvedená, *úmrtní list manžela* – pokud je ovdovělá. 2) Dítě narozené mimo manželství a bylo určeno otcovství: *prohlášení o určení otcovství, případně rozhodnutí soudu o určení otcovství, rodné listy obou rodičů*. 3) Dítě narozené z umělého oplodnění: *písemný souhlas muže, který dal k umělému oplodnění souhlas, potvrzený poskytovatelem zdravotních služeb*.

Rodný list musí být vydán v zákonné lhůtě 30 dnů. Na matrice ho mohou vyzvednout rodiče dítěte, prarodiče, sourozenci, případně i zmocněnec na základě úředně ověřené plné moci. Může být i zaslán doporučeně do vlastních rukou na adresu rodičů (matky).

Doklady potřebné k vydání úmrtního listu jsou: *list o prohlídce zemřelého* (předá nemocnice přímo matrice), *průkaz totožnosti osoby, rodný list dítěte, faktura o zaplacení pohřbu*. V případě vypravení pohřbu pak může pohřební služba vyřídit také vystavení úmrtního listu.⁹⁸

V těchto případech je vždy nutná pitva. Ta se dle zákona o zdravotních službách provádí u všech mrtvě rozených dětí, dětí do 18 let věku, dětí s vrozenými vývojovými vadami a po ukončení těhotenství z genetické indikace. Lékař ohledávající tělo má právo rozhodnout se o neprovedení pitvy v případě, že je příčina smrti zřejmá nebo pokud si rodiče pitvu výslovně nepřejí. Tuto informaci je nutné sdělit ošetřujícímu lékaři. Ten musí tento fakt písemně zaznamenat do dokumentace

⁹⁶ Srov.: *Kompendium katechismu Katolické církve*, s. 82.

⁹⁷ Srov.: PAZDERA, L., *Když zemře miminko*. s. 10 [online].

⁹⁸ Srov.: PAZDERA, L., *Když zemře miminko*, s. 10-11 [online].

rodičky. Jestliže smrt dítěte nastala až po narození a okolnosti smrti jsou nejasné, bude provedena soudním lékařem zdravotní pitva.

Rodiče mají právo vyžádat si ostatky dítěte k vypravení pohřbu ve lhůtě 4 dnů, tj. 96 hodin, v případě, že dítě zemřelo až po narození nebo se narodilo mrtvé a jeho narození spadá do zákonné definice porodu. O možnosti vypravení pohřbu i o zákonné lhůtě na učinění rozhodnutí mají informovat rodiče zdravotníci. Vypravení pohřbu je ze zákona povinné. V případě, že rodiče nevypraví pohřeb, pak ho musí zařídit obec, ve které dítě zemřelo. V případě, že narození dítěte nespadá do zákonné definice porodu, je ze zákona považováno za potrat. Tělíčko může být vydáno k pohřbení ve lhůtě 96 hodin. Pokud nedojde k vydání ostatků, poskytovatel zdravotní péče zajistí zpopelnění v krematoriu. Tělíčka se zpopelňují odděleně od ostatního biologického materiálu. Některé nemocnice mají uzavřenou smlouvu s občanským sdružením Tobit, které tělíčko převezme a pohřeb vypraví. V každém případě by nemocnice měla kdykoli poskytnout rodičům informaci, jak bylo s ostatky jejich dítěte naloženo. Rodiče mají volbu výběru pohřební služby. Ta na základě vydaných dokladů a uzavřené smlouvy s rodiči zajistí pohřeb dle představ rodičů. Potřebné doklady k vypravení pohřbu jsou: *doklad totožnosti objednatele pohřbu*, rodný list dítěte – pouze pokud je k dispozici. Pohřební služba převezme z nemocnice tělíčko k pohřbení i na základě Listu o prohlídce zemřelého nebo Potvrzení o potratu.

Způsob, jakým dojde k pohřbu, rozloučení je výhradně na samotné rodině. Samotný akt rozloučení s dítětem je důležitým rituálem pomáhajícím na cestě k vyrovnávání se s touto těžkou životní událostí. Pohřeb lze učinit: 1) zpopelněním v krematoriu. Popel lze uložit na hřbitově, doma, doma si na svém pozemku zřídit pomníček či rozprášit na pozemku, ale se souhlasem jeho majitele. 2) pohřeb v rakvi do země na hřbitově.⁹⁹

Pozůstalí mají nárok na pohřebné. To vzniká při vypravení pohřbu nezletilému, jeho současná výše činí 5000 Kč a příjmy rodiny se netestují. Lze ho uplatnit do jednoho roku od pohřbení dítěte.¹⁰⁰ Předkládá se daný formulář, uhrazená faktura za pohřeb a úmrtní list dítěte, ev. jeho rodný list. Žádost o porodné mohou rodiče žádat pouze tehdy, pokud se dítě narodilo živé. U mrtvě narozeného dítěte nárok na porodné nevzniká. Jestliže se dítě narodilo mrtvé, má žena nárok na 14 týdnů mateřské dovolené. Celkově mateřská dovolená nesmí být kratší než 14 týdnů a nesmí skončit dříve než za 6 týdnů ode dne narození dítěte. Pokud dojde k úmrtí dítěte během čerpání mateřské dovolené, má matka nárok ještě na 14 dnů mateřské dovolené ode dne úmrtí dítěte. Jestliže narození dítěte spadá do zákonné definice potratu, nárok na mateřskou ani rodičovskou dovolenou nevzniká. Lékař může vystavit potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti. Obecně matce náleží rodičovská dovolená. Ta začíná dnem skončení mateřské dovolené a otcí ode dne narození dítěte, pokud o ni požádají. Jestliže dítě v průběhu čerpání rodičovské dovolené zemře, pak rodičovská

⁹⁹ Srov.: PAZDERA, L., *Když zemře miminko*, s. 11-13 [online].

¹⁰⁰ Srov.: MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Pohřebné* [online].

dovolená náleží rodiči ještě 2 týdny po úmrtí dítěte, nejdéle však do dne, kdy by dítě dosáhlo věku jednoho roku.¹⁰¹

3. Metody sociální práce ve zdravotnictví

Metody sociální práce ve zdravotnictví jsou nyní jasnou volbou. Sociální pracovník již ví, s jakou klientkou jedná. Zná její problematiku a měl by mít představu o tom, jak klientka chce svou svízelnou situaci řešit. Konkrétní volba vhodných metod je tedy závislá na situaci klientky, jejím rodinném zázemí. Zároveň závisí na dovednostech a teoretických znalostech sociálního pracovníka, které jsem uvedla výše.

Individuální práce s klientem je nejužívanější a nezastupitelnou intervencí sociální práce ve zdravotnictví, která začíná již prvním kontaktem s klientem a seznámení se s jeho chorobopisem.¹⁰² První kontakt podle Řezníčka má důležitou roli. Podle něj se odvíjí následná intervence a její výsledky. První dojmy předurčují budoucí role oboustranného pracovního vztahu a vymezuje se jím jejich vzájemná spolupráce. Během prvního kontaktu dochází ke vzájemnému sondování, hledá se možnost dorozumění. Podmínky, ve kterých k setkání dochází, musí umožnit, pokud možno jasnou, přehlednou a jednoznačnou komunikaci.¹⁰³ Kopriva uvádí, že během rozhovoru je důležité respektovat časovou dotaci rozhovoru, vhodný klidný a nikým nerušený prostor pro rozhovor a samotná příprava sociálního pracovníka na rozhovor.¹⁰⁴ Je třeba také, aby byla respektována klientova autonomie, propracovávat problém otázkami, nehodnotit, být konkrétní, vyjasňovat si nedokončené situace v rozhovoru a oceňovat klienta.¹⁰⁵ V průběhu rozhovoru je umění hovořit srovnatelně důležité s uměním naslouchat. Naslouchání znamená pozorně sledovat, co klient sděluje, nevnášet do jeho řeči žádné vlastní názory, rady, komentáře, ale třeba i povzbuzující poznámky. Naslouchání je velmi aktivní proces, vyžadující stálou přítomnost naslouchajícího.¹⁰⁶ Přístupy k systematické práci volíme dle individuálních potřeb a situace klienta a jeho motivaci a ochotě ke spolupráci.¹⁰⁷

3.1. Přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse

Rogerovský přístup je jedním z možností humanistické psychoterapie. Důraz je kladen na lidskou jedinečnost a tendenci lidské bytosti k osobnímu růstu a rozvoji. „Setkává“ se zde klient a terapeut. Ten zde vystupuje osobně – nikoli jako expert. Je průvodcem na cestě za nesnadným porozuměním sobě. Snahou je vytvoření přátelské a bezpečné atmosféry zvyšující důvěru a sdílnost klientky. Jedná se o nedirektivní empatický rozhovor. Forma dialogu má podobu reálné a přirozené rozmluvy s cílem

¹⁰¹ Srov.: PAZDERA, L., *Když zemře miminko*, s. 13-14 [online].

¹⁰² Srov.: KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 65.

¹⁰³ ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*, s. 35.

¹⁰⁴ Srov.: KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese s předmluvou Jiřiny Šiklové*, s. 110.

¹⁰⁵ Srov.: KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese s předmluvou Jiřiny Šiklové*, s. 118.

¹⁰⁶ Srov.: KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese s předmluvou Jiřiny Šiklové*, s. 113.

¹⁰⁷ KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 66.

porozumět tomu, co je pro klientku subjektivně významné a co zpravidla souvisí s jejími zdravotními potížemi a životními problémy. Iniciativa je spíše na klientce, sympatizujeme s ní, akceptujeme to, co říká, projevujeme zájem a snahu být empatictí. S vlastními názory a postřehy jsme opatrní a zdrženliví, rady jsou poskytnuty jen výjimečně, otázky mají pouze podporovat sebepoznávání nemocného a dotaz má vyjádřit zájem, účast pracovníka. Klientka nesmí cítit nátlak, zvědavost nebo diagnostickou intenci. Autoritu nezdůrazňujeme, tu máme. Člověk v nouzi bývá zvýšeně sugestibilní a rozhovorem bychom jej mohli zavádět do poloh, které mu nejsou vlastní. Nedirektivní postoj někdy bývá těžké si osvojit. Cílem terapie je obnova a podpora plného osobnostního rozvoje klienta. Ten pozná a odstraní svá vnitřní omezení a vyrovná se se sebou. Nedirektivní neznámá pasivní, lhostejné, ale důsledné vycházení ze subjektivity klientky a vzdání se jakékoli formy manipulace. Rozhovor je řízen pracovníkem nepřímým s empatickým projevem. Nedirektivní postoj tlumočí přesvědčení, že člověk je schopen nejlépe řešit své problémy vlastními silami a úlohou pracovníka je vytvoření optimálních podmínek k uskutečnění tohoto procesu. Pracovník pacienta nevede, nýbrž doprovází a je mu oporou při hledání. Klientku tak vede k hovoru o pocitech, jež vedou k subjektivně významným tématům.¹⁰⁸

Tento přístup je pro sociální práci ideální zejména tam, když se situace jeví nebo opravdu jsou bezvýchodnými, neřešitelnými, např. sdělení negativní prognózy onemocnění dítěte, dítě, které se narodilo mrtvé či krátce po porodu zemřelo. Klientka, rodiče se musí adaptovat na novou životní situaci. Je vhodný také pro klienty, kteří si problém neuvědomují nebo nevnímají ho jako vlastní. Zodpovědnost přenechávají okolí. Postupnou spoluprací se učí být za problém zodpovědní. Rovněž lze tento přístup využít i s klienty nedobrovolnými, se zhoršenou schopností komunikace (smyslové, mentální handicap), s agresivními klienty.¹⁰⁹

3.2. Úkolově orientovaný přístup

Tento model byl úspěšně testován např. v oblasti péče o dítě, při práci s mládeží. Je vhodný při krátkodobé spolupráci s pozitivně motivovaným, samostatným klientem, který je ochoten podílet se na řešení své situace, souhlasí s plněním úkolů. Výsledkem je pak dosažení poměrně rychlého výsledku a orientace klienta v možnostech řešení problému.¹¹⁰ Při práci s nezletilými těhotnými dívkami můžeme tímto přístupem řešit např.: pravidelné lékařské prohlídky, prenatální přípravu na porod, školní docházku (přerušování studia, individuální plán), stanovení opatrovníka (poručníka), vyřízení sociálních dávek. Při realizaci úkolů má významný přínos okolí dívky, je pro ně nutností i vzhledem k jejich věku. Rovněž lze u těchto dívek takto realizovat i konkrétní úkony spojené s mateřstvím: preventivní pravidelná docházka k lékaři – pediatrovi, gynekologovi, příprava stravy a péče o dítě, plavání a cvičení s dítětem

¹⁰⁸ Srov.: VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie s. 149, 302.*

¹⁰⁹ Srov.: KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 66.

¹¹⁰ Srov.: KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 67.

atd. Je nutné poukázat na jejich vlastní možnosti a kapacitu na to, co mohou pro naplnění úkolu udělat a co jim toto naplnění přináší. Dívky jsou vedeny k samostatnosti. Tento přístup klade důraz na uzavírání dohody, která vymezuje vzájemná práva a povinnosti zúčastněných stran a zároveň poukazuje na časové rozpětí úkolu a daných cílů.¹¹¹

Základní prvky úkolového přístupu jsou:

- 1) Pomoc se soustřeďuje na problémy z pohledu klientů – uznání problému a souhlas s jeho řešením.
- 2) Klient je seznámen s cíli a strategií služby a schvaluje ji – klienti jsou zákazníci s rozhodovacím právem o tom, jaké změny chtějí.
- 3) Klienti jsou vnímáni jako lidé s potenciálem k řešení problémů, ne jako oběti patologických faktorů a okolností.
- 4) Problémy, stejně jako překážky a zdroje, jež tvoří jejich kontext, jsou nazírány z multisystémového hlediska.
- 5) Při řešení problémů mohou sociální pracovníci čerpat z jakékoli teorie která odpovídá danému případu.
- 6) K řešení problému dochází v důsledku činnosti a opatření, jež podnikne sám klient.¹¹²

3.3. Systematický přístup

Systematický přístup je ideální pro práci s rodinou a s nezletilými matkami. V práci s nezletilými těhotnými můžeme jeho přínos chápat zejména v nedirektivním přístupu. Tento přístup se vztahuje k jeho důležité složce, kterou je komunikace. Ta je významným prostředkem pro výměnu informací pro nezletilé těhotné dívky. Vlivem nedostatečné komunikace v původní rodině a poté i dostatečné informovanosti v průběhu gravidity a mateřství může docházet ke zkresleným a neúplným informacím. To se posléze může projevit v nedostatečné péči o sebe a dítě. Komunikace s nezletilou by měla být jasná, adresná s opakováním a souhrnem podstatných informací. Měla by probíhat na stejných úrovních – dvou dospělých osob. Avšak tyto dívky se nacházejí v období dospívání a musí se potýkat s rolí dospělých. Mají rozporuplné pocity, zda jsou dívkami nebo již ženami. Pro jejich spolupráci je nutné na ně pohlížet jako na autonomní kompetentní jedince. I když jsou v určitých rovinách dětmi, mají povinnosti spojené s rodičovstvím, a ty je začleňují do světa dospělých. Pomáhající nemá roli experta, ale měl by vystupovat jako informátor, průvodce, směřující. Pokud má tato matka návod „jak být dobrou matkou“ a nezletilá potřebuje pouze radu, pak je přístup podporující. Systematický přístup nehledá příčinu, viníka vzniku problémů (*Čí je to vina, že nezletilá dívka otěhotní? Je to vina jí samotné, její rodiny? Atd.*). Toto pojetí pohlíží na graviditu nezletilých jako na důsledek např. nefunkčnosti rodiny s více problémy a nyní s dalším problémem,

¹¹¹ Srov.: KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 120-121.

¹¹² Srov.: KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 40-41.

kterým je těhotenství. Není možné nalézt původce, gravidita může být chápána jako následek jiných problémů či může být východiskem. Tyto nezletilé dívky a matky by měly mít aktivní přístup ke své životní situaci, přebírat a uvědomovat si zodpovědnost, kterou mají za sebe a své dítě. Pomáhající by měl být v roli facilitátora s pohledem, v jehož cílové skupině jsou autonomní, schopné bytosti, které řeší své problémy na základě vzájemné spolupráce se svým nejbližším okolím.¹¹³

Jeho hlavní idea je založena na interakcích klientů a jejich prostředí. Sociální pracovník je součástí systému, tj. klientovy rodiny a pracovního týmu. Významnou složkou je komunikace mezi klientem, jeho rodinou a sociálním pracovníkem. Problémy klienta jsou ovlivňovány jeho okolím. Nehledáme příčiny problému. Předpokládáme, že problémy vznikají ve vztazích a je na ně nazíráno jako na důsledky zřetězení se různých okolností. Důležitým pojmem je pojem „problémem utvářený systém“ – do systému patří a aktivně přispívá každý, koho se problém nějak dotýká, kdo se zabývá jeho řešením a kdo o něm hovoří. Úlohou sociálního pracovníka je určit tyto osoby a zahrnout je do procesu řešení. Sociální pracovník zde funguje jako facilitátor aktivující nevyužité zdroje klienta a hledá s ním alternativy řešení. Klient je zde chápán jako autonomní a kompetentní řešit problém, je kladen důraz na jeho aktivitu, iniciativu a zodpovědnost za změnu.¹¹⁴

3.4. Antiopresivní přístup

Tento přístup je zaměřen proti znevýhodnění a utlačování. Je zaměřen na různé formy sociálního útlaku. Přístupuje k nim jako ke komplexu vztahů, na který musí být nahlíženo z jednoho, diskriminaci odhalujícího a odmítajícího zorného úhlu. Sociální pracovník může opresi posilovat nebo odstraňovat. Měl by jí však odstraňovat a zohledňovat názory prezentované utlačovanými. Základními rysy – imperativy dle Thompsona jsou: **spravedlnost** – s každým bude nakládáno podle práva, nikomu nebude odpíráno či omezováno, **rovnost** – s každým jednat rovně, ale s ohledy na individuální potřeby lidí, **spoluúčast** – zapojení klientů do plánování, koordinace a vyhodnocování služeb. Tak se klienti „zmocňují“ a služby odpovídají jejich potřebám. Lze ho chápat ve vztahu útlaku zdravých a nemocných – disabilizmus, mladší a starší generace – ageismus, žen a mužů – gender atd.¹¹⁵

Pro sociálně zdravotnického pracovníka je klient klíčovou osobou v pomáhajícím procesu. Klient je součástí systému, a právě jeho rodina je jedním z těchto systémů. Během řešení obtížné situace klienta se primárně spolupracuje s jeho rodinou. Jeho návrat do původní rodiny je upřednostňován před ústavní péčí. Jednání s nejbližšími rodinnými příslušníky je zacíleno zejména na posílení a zplnomocnění klienta, jeho

¹¹³ Srov.: CHRENKOVÁ, M., *Gravidita a mateřství nezletilých dívek v České republice*, s. 80-81[online].

¹¹⁴ Srov.: KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 79.

¹¹⁵ Srov.: NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce s. 140-141, 143.*

aktivní účast a spolupráci. Přístup sociálního pracovníka je respektující, předcházející stereotypizaci a zdůrazňuje klientovu jedinečnost.¹¹⁶

3.5. Behaviorální přístup

Chrenková tento přístup vztahuje k nezletilým těhotným dívkám. Kognitivně-behaviorální přístup lze uplatnit ve vztahu s nezletilými těhotnými dívkami. Je vázán zejména ke změně chování nácviku potřebných dovedností a využívání nejrůznějších forem učení a učení se nové roli být matkou. Sžívání se s novou rolí je znesnadněno nejrůznějšími aspekty: vývojový (nízký věk spojený s upřednostňováním vrstevnických vztahů, posléze partnerských), materiální (nemožnost ekonomické participace z pohledu financí, bydlení) a sociální (související s předchozími aspekty, kdy období nezletilosti – dospívání – se váže na sociální i ekonomickou závislost na rodině, příp. jiných institucích). Během učení je významná interakce s ostatními, kdy skupinové předávání informací upevňuje uchování získaných dovedností. Dívky se učí správně pečovat o dítě (přebalovat, koupat, kojit, eventuálně přípravu stravy). Při reflexích denních nebo týdenních dochází ke vzájemnému obohacování se klientek. Poskytují si zde zpětnou vazbu k jejich chování, péči o dítě, plnění si základních povinností během celého dne, týdne. Reflexe slouží k získání žádaných dovedností a způsobu chování a vyvarování se či předcházení těm nevhodným, nežádoucím. V případě, že zůstává ve své původní rodině nebo prostředí, odpadá možnost skupinového učení (vyjma návštěvy mateřských center). Učení může nabývat podob předávání zkušeností z matky (či jiných členů rodiny) na dceru. Novým znalostem a dovednostem se lze učit i samostatně – studiem publikací vztahujících se k těhotenství a mateřství.¹¹⁷

¹¹⁶ Srov.: KUZNÍKOVÁ, I. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*, s. 79-80.

¹¹⁷ Srov.: CHRENKOVÁ, M., *Gravidita a mateřství nezletilých dívek v České republice*, s. 81-82 [online].

4. Závěr

Problematika Sociální práce na oddělení šestinedělí a novorozenců je značně obšírná a jsem přesvědčená, že každé téma by si zasluhovalo vlastní, daleko obšírnější rozpracování. Jedná se o ryze teoretickou práci, při které jsem čerpala z různých zdrojů, jako jsou zákony, odborná literatura, internetové články zabývající se touto tematikou, různé disertační a diplomové práce.

Cíl, který jsem si zadala v úvodu práce byl: *„Popis nejčastějších náročných životních situací, se kterými se může setkat sociální pracovník na oddělení šestinedělí a dále popis nástrojů sociální práce, které mohou pomoci matce a dítěti v řešení této situace“*. Myslím si, že i přes rozsáhlost této práce jsem se snažila držet cílů, které jsem si zprvu zadala.

Tvorba této práce měla pro mě velký význam. Získala jsem hlubší pohled na sociální práci na oddělení šestinedělí a novorozenců, která se odehrává v zákulisí zdravotnické péče a zároveň se s ní snoubí a jde s ní „ruku v ruce“. Zároveň jsem zjistila, že toto téma je minimálně zpracované a chybí adekvátní literatura. Tato práce proto může posloužit jako inspirace pro ty, kteří se o tuto tematiku zajímají nebo se s ní střetávají.

Jelikož jsem v této bakalářské práci zpracovávala v mých očích těžká životní témata, pak bych celou práci uzavřela výroky o naději, která sdělil R. Honzák, D. Vávra a V. Kopecká v České televizi v pořadu *„Modlitba za domov 2021“*:

R. Honzák: *„Naděje je v podstatě jedním z hybatelů lidského života a nevěřím tomu, co říkají Poláci, že naděje je matkou hlupců. Já věřím tomu, že naděje je něco, bez čeho se žít nedá.“*

David Vávra: *„Naděje, to je přece každý den, to je přece vůbec smysl bytí. Pohon vedle lásky možná asi ten nejdůležitější. Nejdřív tu musíme být, vůbec existovat, a pak s tím můžeme vůbec něco dělat“*.

M. V. Kopecká: *„Naděje mi přináší ráno, světlo, které oznamuje to, že mám šanci pokračovat v tom, co jsem rozpracovala, v tom, co jsem začala anebo začít úplně znova. Každé ráno přináší poselství o tom, že máme šanci hledat cestu k Bohu, cestu k lidem a také jim sloužit“*.

Literární zdroje

- HRADILKOVA, Terezie. a kol., *Praxe rané péče v ČR*, Praha: Portál, 2018 vyd. 1. ISBN 978-80-262-1386-4.
- Kompendium katechismu Katolické církve*. Přeložil Josef KOLÁČEK. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. ISBN 978-80-7195-079-0.
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vydání osmé, v Portále sedmé. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1147-1.
- KUKLA, Lubomír a kol. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada, 2016. ISBN: 978-80-247-3874-1.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-7874-7.
- KUZNÍKOVÁ, Iva a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MACEK, Petr. *Adolescence*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-17178-747-7.
- MATĚJČEK, Zdeněk, a kol. *Náhradní rodinná péče*. Praha: Portál, 1999 vyd. 1. ISBN 80-7178-304-8.
- MÁTEL, Andrej. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2824-2.
- MATOUŠEK, Oldřich, PAZLAROVÁ, Hana. *Státní orgány sociálněprávní ochrany dětí: dobrá praxe z pohledu rodin a pracovníků*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3336-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008, 2. přeprac. vydání. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
- NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.
- PRESLOVÁ, Ilona, MAXOVÁ, Veronika. *Ženy & drogy*. Sborník odborné konference. SANANIM, Praha, 2009. ISBN 978-80-254-5133-5.
- PURVIS, Karyn B., David R. CROSS a Wendy Lyons SUNSHINE. *Dítě v nové rodině*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4535-0.
- ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1994. ISBN 80-85850-00-1.
- SIVÁK, Jakub. *Náhradní mateřství v českém právu a související otázky*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2021. ISBN 978-80-7552-678-6.
- ŠKOVIERA, Albín. *10 dilém náhradnej výchovy*. Bratislava: Nová práca s. r. o., 2006 ISBN 80-88929-81-4.
- URBAN, David a kol. *Příklady dobré praxe ze sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: NLN, s. r. o., 2021. ISBN 978-80-7422-785-1.

VÁCHA, Marek. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2012. ISBN 978-80-7295-104-8.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění k 22. 3. 2012.

Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách ve znění pozdějších předpisů (novela z roku 2009).

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění k 9. 2. 2009.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění k 1. 7. 2020.

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, v platném znění k 13. 2. 1963.

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění k 3. 3. 2004.

Elektronické zdroje

- CAMDŽICOVÁ, Sabina; TOMAN, Petr. *Manželství a náhradní mateřství* [online]. (cit. 10. října 2021) URL: <https://www.epravo.cz/top/clanky/manzelstvi-a-nahradni-materstvi-110768.html>
- ČAMODŽICOVÁ, Sabina, MOTYČKA, Petr. *Smlouva o náhradním mateřství* [online]. (cit. 16. listopadu 2021) URL: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/smlouva-o-nahradnim-materstvi>
- GARLÍKOVÁ, Hana. *Informace ke změně zákona od 1. 4. 2012* [online]. (cit. 20. prosince 2021). URL: <https://www.mudrgarlikova.cz/informace-ke-zmene-zakona-od-1-4-2012-formulare-ke-stazeni/>
- HÁTLOVÁ, Petra. *Náhradní matky porodily už i u nás desítky dětí* [online]. (cit. 10. října 2021) URL: <https://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/clanek/nahradni-matky-porodily-uz-i-u-nas-desitky-deti-47941>
- CHLUBNÁ, Tereza. *Před 15 lety zachránil babybox první dítě, ke konci minulého roku už jich bylo 214* [online]. (cit. 15. září 2021). URL: https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/spolecnost/babybox-prazsky-hloubetin-ludvik-hess_2102170822_ada
- CHRENKOVÁ, Monika. *Gravidita a mateřství nezletilých dívek v České republice* [online]. Ostrava, 2010 [cit. 2022-03-17]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/kadvbw/>. Disertační práce. Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce prof. PhDr. Jan Keller, CSc.
- KEDROŇOVÁ, Sabrina. *Právně-etické otázky náhradního mateřství* [online]. Brno, 2013 [cit. 2021-11-16]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/z3ckf/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Právnická fakulta. Vedoucí práce Tatiana MACHALOVÁ.
- KOMÁRKOVÁ, Lucia. *Právní problematika náhradního (surogátního mateřství)* [online]. (cit. 16. listopadu 2021) URL: <https://www.epravo.cz/top/clanky/pravni-problematika-nahradniho-surogatniho-materstvi-112201.html>
- MAREŠOVÁ, Gabriela. *Utajené (anonymní porody) versus babyboxy a návaznost zdravotní a sociální péče*. [online]. (cit. 15. září 2021). URL: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/utajene-anonymni-porody-versus-babyboxy-a-navaznost-zdravotni-a--429781>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Pohřebné* [online]. (cit. 25. prosince 2021) URL: <https://www.mpsv.cz/-/pohrebne>
- NADAČNÍ FORN LA VIDA LOCA. *Život v kufříku*. [online]. (cit. 12. prosince 2021) URL: <https://www.zivotvkufriku.cz/kopie-zivot-v-kufriku>
- PAZDERA, Lenka. *Když zemře miminko, informace pro rodiče* [online]. (cit. 17. prosince 2021) URL: <https://perinatalnihospic.cz/pro-zdravotniky/informacni-brozura-pro-rodice/>

- PROCHÁZKOVÁ, Simona. *Opuštěný chlapec strávil téměř rok po nemocnicích, Vánoce oslaví v nové rodině díky pěstounům. Co o nich možná ještě nevíte* [online]. (cit. 7. března 2022) URL: <https://www.maminka.cz/clanek/opusteny-chlapecek-stravil-temer-rok-po-nemocnicich-vanoce-oslavi-v-nove-rodine-diky-pestounum-co-o-nich-mozna-jeste-nevite>
- PROJEKT EU, PROGRAM DAPHNE. *Problematika opuštění dítěte a jeho prevence* [online]. (cit. 7. února 2022) URL: <https://www.nottingham.ac.uk/research/groups/cffp/documents/childabandonment/czech/brochure.pdf>
- SEŠIT SOCIÁLNÍ PRÁCE – sociální práce ve zdravotnictví č. 6/2019 *Práce sociálního pracovníka v porodnici* [online]. (cit. 11. listopadu 2021). ISBN 978-80-7421-184-3. URL: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Sesit+socialn%C3%AD+pr%C3%A1ce+6.pdf/96518cb7-b482-e705-4b7b-f5de78e4a430>
- SEVEROVÁ, Jana. *Sociální práce ve zdravotnictví* [online]. (cit. 11. listopadu 2021). URL: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/socialni-prace-ve-zdravotnictvi-293810>
- SOVOVÁ, Olga., MÁZLOVÁ, Marie. *Sociálně-právní otázky babyboxů* [online]. (cit. 15. listopadu 2021) URL: <https://www.planovanirodiny.cz/sbornik-2016/8-socialne-pravni-otazky-babyboxu>

Seznam použitých zkratek

AV ČR	Akademie věd České republiky
CTG	Kardiotokografie
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
FN	Fakultní nemocnice
FOD	Fond ohrožených dětí
IVF	In vitro fertilizace
JIP	Jednotka intenzivní péče
OSN	Organizace spojených národů
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
PČR	Policie České republiky
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
Sb.	Sbírka
SPO	Sociálně právní ochrana
UNCRC	United Nations Convention on the Rights of the Child
VŠ	Vysoká škola

Abstrakt

Bc. KOTRŠÁLOVÁ, EVA, DiS. *Sociální práce ve zdravotnictví se zaměřením na oddělení šestinedělí a novorozenců*. České Budějovice, 2022. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová, Ph.D.

Cílem této práce je popis nejčastějších náročných životních situací, se kterými se může setkat sociální pracovník na oddělení šestinedělí a dále popis nástrojů sociální práce, které mohou pomoci matce a dítěti v řešení této situace“.

Práce je typu teoretického, popisující citlivé a náročné životní situace matky i dítěte pojící se s porodem a krátkým poporodním obdobím, které žena a novorozenec tráví na oddělení šestinedělí a novorozenců. Práce je koncipována do třech hlavních kapitol.

Přínosem práce je poukázání na problémové situace matek a dětí. Tyto nelehké životní události rodičů jsou mnohdy jejich okolím zlehčovány, zesměšňovány, přezírány.

Klíčová slova:

Sociální práce ve zdravotnictví, sociální pracovník, osamocенý novorozenec, drogově závislé matky, porodnice, utajovaný porod, babyboxů.

Abstract

Bc. KOTRŠÁLOVÁ, EVA, DiS. *Social Work in Health-service with the Focus on the Puerperal and the Neonatal Care Unit*. České Budějovice, 2022. Bachelor thesis. University of South Bohemia in České Budějovice. Faculty of Theology. Department of Ethics, Psychology and Charity Work. Thesis supervisor. Mgr. Helena Machulová, Ph.D.

The aim of this thesis is to make a list of demanding situations connected with the delivery and the period shortly after where there is a need of the help of a social worker. The form of the thesis is theoretical. It describes emotional and demanding life situations of a mother and a child connected with the delivery and a short period of time after which the mother spends with her child on the puerperium and neonatal care unit of a hospital. The thesis is dividend into three main chapters. The contribution of the thesis is in highlighting specific problematic situations of mothers and children shortly after the delivery. These uneasy relationship situations are frequently downplayed, ridiculed or overlooked by their families, friends and neighbourhood.

Key words:

Social work in health care, a social worker, an isolated new born, drug addicted mothers, maternity hospitals, a secret delivery, babybox/baby hatch.