

Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence
Studijní obor: Porodní asistentka



Marcela Janíčková

Pěstounská péče na přechodnou dobu – šance pro nechtěného novorozence

Short-term foster care – a chance for unwanted newborn

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Jana Endlicherová

Praha, 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 29. 04. 2019

Marcela Janíčková

Podpis

Identifikační záznam

JANÍČKOVÁ, Marcela. Pěstounská péče na přechodnou dobu-šance pro nechtěného novorozence. [*Short-term foster care – a chance for unwanted newborn*]. Praha, 2019,64 stran, 2 příl. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta. Gynekologicko-porodnická klinika. Vedoucí práce Endlicherová, Jana

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Janě Endlicherové za pomoc při vedení bakalářské práce, dále Mgr. Petře Malinové za jazykovou korekturu práce a své rodině za podporu během celého studia.

Abstrakt

Práce podává ucelené informace o problematice nechtěného těhotenství, které úzce souvisí se systémem náhradní péče o dítě. Stěžejním tématem je pěstounská péče na přechodnou dobu představující náhradní rodinnou péči jako alternativu k péči ústavní. Jedná se o krátkodobou formu péče, která je využitelná u dětí, které mají reálné vyhlídky na rychlé umístění do nějaké formy péče trvalé. Děti se mohou vrátit do své biologické rodiny či být osvojeni náhradními rodiči. V teoretické části práce je uveden i vliv náhradní péče na psychomotorický a emocionální vývoj dítěte, tedy dopad ústavní či rodinné péče na budoucnost nechtěných dětí. Cílem práce bylo zjistit, zda pěstounská péče na přechodnou dobu přináší dítěti více benefitů než traumat. Praktická část práce je zpracována jako kazuistika chlapce, nechtěného jeho matkou, který byl několik měsíců svěřen do péče přechodných pěstounů. Opírá se informace ze soudních spisů, lékařských zpráv, rozhovorů s pěstouny a adoptivními rodiči a návštěv chlapce v obou rodinách. Výsledky pozorování vývoje dítěte v náhradních rodinách jsou porovnány s odbornou literaturou a výsledky lékařských vyšetření dítěte, které chlapec absolvoval během krátkodobé pěstounské péče. Ze zpracované kazuistiky vyplývá, že dítě v přechodné pěstounské péči nemusí být traumatizováno ztrátou pečovatелů při procesu předávání a může se vyvíjet jako děti vychovávané ve funkčních biologických rodinách. Pěstounská péče na přechodnou dobu je na základě výsledků této práce opravdu považována za šanci na dobrý start života pro nechtěné novorozence.

Klíčová slova

Nechtěné těhotenství, nechtěný novorozenec, náhradní péče, náhradní rodinná péče, náhradní ústavní péče, psychomotorický vývoj, odložení novorozence, pěstounská péče na přechodnou dobu, krátkodobá pěstounská péče

Abstract

The thesis gives comprehensive information on the issue of unwanted pregnancy, which is closely related with the system of substitute child care. The key theme of thesis is temporary foster care, representing substitute family care as an alternative to institutional care. It is short-term form of care, which is usable with children, who are likely to be placed in some form of permanent care. Those children could be returned to their biological family, or could be adopted by surrogate parents. In theoretical part of thesis it is also shown an influence of foster care on psychomotor and emotional development of child. Thus, influence of institutional care or family care on the future life of unwanted children. The aim of thesis was to find out, either or not the temporary foster care brings child benefits or traumas. The practical part consists of casuistry of boy, unwanted by his mother, who was entrusted to temporary foster care for the couple of months. The information is

based on court's files, medical reports, interviews with foster parents and adoptive parents, and boy's visits in both families. The results of observation of child's development in substitute care are compared with the relevant literature and with results of child's medical examinations performed during the temporary foster care. According to the casuistry, the child in temporary foster care doesn't have to be traumatized by losing caregiver during the process of handover and can develop as a child raised in functional biological families. Based on the result of this thesis, temporary foster care is really considered as a good start of life for unwanted newborns.

Key words

Unwanted pregnancy, unwanted newborn, substitute care, substitute family care, psychomotor development, short-term foster care, temporary foster care, postponing newborn

Obsah

Úvod.....	10
Teoretická část	11
1 Plánované rodičovství	11
1.1 Antikoncepce.....	11
1.1.1 Periodická abstinence	12
1.1.2 Coitus interruptus	13
1.1.3 Bariérová antikoncepce	13
1.1.4 Vaginální spermicidy	13
1.1.5 Nitroděložní antikoncepce.....	13
1.1.6 Gestagenní antikoncepce	14
1.1.7 Kombinovaná hormonální antikoncepce.....	14
1.1.8 Dostupnost antikoncepčních metod.....	15
1.2 Intercepce	15
1.3 Sterilizace.....	16
2 Řešení nechtěného těhotenství	16
2.1 Umělé ukončení těhotenství na žádost ženy	16
2.1.1 Miniinterrupce	17
2.1.2 Medikamentózní UUT.....	17
2.1.3 Klasický instrumentální potrat	17
2.2 Odložení již narozeného dítěte.....	18
2.2.1 Zanechání dítěte na novorozeneckém oddělení.....	18
2.2.2 Zanechání dítěte Fondu ohrožených dětí.....	19
2.2.3 Babybox.....	20
3 Systém náhradní péče	21
3.1 Náhradní ústavní péče	21
3.1.1 Kojenecké ústavy a dětská centra.....	22
3.1.2 Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP).....	23
3.2 Náhradní rodinná péče	23
3.2.1 Adopce.....	24

3.2.2	Poručenství	24
3.2.3	Pěstounská péče	25
4	Pěstounská péče na přechodnou dobu	26
4.1	Děti vhodné ke svěřením do PPPD	27
4.2	Výběr vhodné rodiny	27
4.3	Požadavky na pěstouny a jejich příprava	27
4.4	Předání dítěte do dlouhodobé péče	29
4.5	Zármutek pěstounů po odchodu dítěte z rodiny	30
4.6	Finanční aspekt pěstounské péče na přechodnou dobu	31
5	Nechtěné děti	33
5.1.1	Fyziologický psychomotorický vývoj dítěte do jednoho roku věku	34
5.2	Vliv náhradní výchovy na vývoj dítěte	36
	Praktická část	38
6	Metodika	38
7	Případová studie	38
7.1	Judikatura	38
7.2	Ošetrovatelská kazuistika	40
7.2.1	Ošetrovatelská anamnéza a ošetrovatelské diagnózy	42
7.3	Péče o dítě bezprostředně po propuštění z nemocnice	46
7.4	Péče o dítě v období do procesu předávání	47
7.4.1	Režim dne	48
7.5	Lékařská péče o dítě během pobytu v pěstounské péči na přechodnou dobu	49
7.5.1	Očkování	50
7.6	Proces předávání dítěte adoptivním rodičům	51
7.7	Péče o dítě v adoptivní rodině	52
7.8	Diskuze	53
8	Závěr	56
	Použité zdroje	58
	Přílohy	62
	Příloha A - Ultrazvukové typy kyčlí	62
	Příloha B – schéma psychomotorického vývoje	63

Úvod

Těhotná žena je zpravidla naší společností považována za ženu spokojenou a odhodlanou pečovat o své dítě. Některé ženy se ocitnou v situaci, kdy se o své novorozeně nemohou nebo nechtějí starat, některé těhotné vědí, že své dítě nechtějí porodit. Existuje řada důvodů, které ženu donutí vzdát se péče o svého potomka. Rodí se tedy mnoho dětí, které vstupují do života jako děti nechtěné.

Pokud se žena rozhodne, že se o své dítě nechce nebo nemůže starat, má několik legálních možností, jak situaci řešit. Prvním krokem je vůbec rozhodnutí, zda své dítě donosí či podstoupí umělé ukončení těhotenství. V případě, že těhotenství neukončí, může novorozence zanechat po porodu v nemocnici, kde se o něj postarají sociální pracovníce a dítě umístí do náhradní rodinné péče nebo péče ústavní, mohou ho také nabídnout k přímé adopci. To však nejsou jediné možnosti, které žena po porodu má. V České republice je možné využít babybox, dále žena může přenechat péči o dítě někomu z rodiny nebo dítě zanechat na příslušném úřadu. Tuto cestu volí nejčastěji ženy, které rodí mimo zdravotnické zařízení nebo si péči o dítě rozmyslí v šestinedělí.

V teoretické části práce se zabývám plánovaným rodičovstvím, řešením nechtěného těhotenství a náhradní péčí o dítě. Okrajově zmiňuji všechny možnosti, které matka má, největší důraz je kladen na pěstounskou péči na přechodnou dobu. Zde práce pojednává o výběru pěstounů, jejich přípravě na příchod dítěte do rodiny, ale také například vlivu tohoto systému péče na vývoj novorozence. Téma jsem si vybrala na základě zkušenosti právě s pěstounskou péčí na přechodnou dobu, kterou moje rodina dětem poskytuje již několik let.

Práce má za cíl podat ucelené informace o možnostech, které ženy mají, pokud se nechtějí starat o své dítě a zároveň zpracovat kazuistiku chlapce, který byl 6 měsíců v pěstounské péči a následně proběhlo předání adoptivním rodičům, tedy kazuistiku chlapce, který se narodil jako nechtěný svou matkou.

Teoretická část

1 Plánované rodičovství

Za plánované těhotenství můžeme označit stav, kdy je žena těhotná v nejvhodnější době. Sama tedy plánuje počet svých dětí a dobu jejich narození. Plánované rodičovství můžeme rozdělit na pozitivní a negativní. Pozitivní charakter spočívá v cílené snaze partnerského páru o otěhotnění. Negativní je pak snaha těhotenství zabránit užíváním některé formy antikoncepce.

V posledních desetiletích dochází k obrovskému nárůstu populace, z toho důvodu je velmi důležité rodičovství plánovat, a tím regulovat počet narozených dětí. Zároveň tento zodpovědný přístup rodičů snižuje počet dětí nechtěných. Pro zabránění těhotenství si můžeme vybrat metodu antikoncepce, intercepce nebo sterilizace. Jedná se o formy reverzibilní i nereverzibilní (PAŘÍZEK, 2015).

1.1 Antikoncepce

Termín antikoncepce se používá pro jakoukoli metodu, která brání těhotenství, aplikuje se před stykem nebo během něj a je reverzibilní. Spolehlivost antikoncepčních metod určuje tzv. Pearlův index, což je počet těhotenství na 100 žen během jednoho roku pravidelného sexuálního života, které danou antikoncepční metodu používají jako jedinou. Pro výpočet indexu je nutné brát v úvahu ideální uživatelku, která je v používání metody precizní a nedopouští se chyb a uživatelku běžnou, rozdíl indexu je například u periodické abstinence až řádově jiný.

Moderní pohled považuje antikoncepci za základní lidské právo. Česká republika se hlásí k těmto přijatým na mezinárodních konferencích:

- Rodiče mají právo rozhodovat o počtu svých dětí a rozestupu mezi nimi. Potencionální rodiče mají dostat informace a prostředky, aby tak mohli činit.
- Dítě má právo narodit se jako chtěné.
- Společnost brání nechtěným těhotenstvím zejména sexuální výchovou a dostupností antikoncepce.

Užívání antikoncepce má velký etický přínos ve snížení počtu interrupcí. Významnou skupinou stojící proti využívání moderních antikoncepčních metod je katolická církev, za přijatelnou považuje pouze metodu periodické abstinence, čerpá z encykliky Pavla VI. *Humane vitae*.

Pokud žena zvolí metodu antikoncepce, která vyžaduje lékařský dohled, musí být informována o způsobu užívání, spolehlivosti a možných komplikacích. Užívání antikoncepce podléhá lékařské mlčenlivosti. Dívky starší 15 let se mohou pro antikoncepci rozhodnout bez souhlasu rodičů. Pokud antikoncepce způsobí škodu, postupuje se podle obecných zásad jako při jiných úkonech preventivní péče, lékař nemá odpovědnost za selhání antikoncepce. Selhání nitroděložní antikoncepce se řadí mezi zdravotní důvod k provedení interrupce. V následujících podkapitolách jsou jen stručně zobrazeny některé metody antikoncepce. Kompletní výčet metod, jejich použití, kontraindikací a komplikací je nad rámec této práce (ROZTOČIL, 2011).

1.1.1 Periodická abstinence

Metoda se opírá o to, že během cyklu dochází pouze k jedné ovulaci, vajíčko může být oplodněno během 48 hodin a spermie přežijí v prostředí pohlavního ústrojí ženy nejvýše 7 dní. Ženy se tedy různým způsobem snaží určit dny, kdy k oplodnění dojít nemůže.

- Metoda kalendářní – má dnes již pouze historický význam, metoda je velmi nespolehlivá (Pearlův index až 40), nedoporučuje se tedy používat. Žena musí znát délky posledních 12 cyklů, od nejkratšího odečte 18 dní, výsledek je první plodný den. Od nejdelšího odečte 11 dní a získá tak poslední plodný den.
- Metoda teplotní – žena si měří bazální teplotu mezi 3. a 6. hodinou ranní v pochvě nebo konečníku, která po ovulaci vlivem působení progesteronu roste. Základní pravidlo praví, že neplodné dny začínají třetí večer po vzestupu teploty.
- Metoda hlenová – metoda je založená na změně hlenu během cyklu, který žena každý den vyšetřuje, vrchol tažnosti hlenu je před ovulací
- Metoda cervikální – využívá změny děložního čípku, který je na začátku cyklu a v luteální fázi tuhý, před ovulací měkký a branka je pootevřená.
- Metoda symptotermální – kombinuje ostatní metody, pokud i jediný ukazatel ukazuje na plodný den, je den považován za plodný. Při precizním používání je udáván Pearlův index nižší než 3.

Tento způsob antikoncepce nemá kontraindikace ani vedlejší účinky, nezatěžuje pár finančně, ale je vhodný pro inteligentní a dobře motivovaný pár, který má spíše nižší sexuální apetenci a pravidelný zdravý životní režim.(ROZTOČIL, 2011).

1.1.2 Coitus interruptus

Metoda založená na tom, že muž ukončí soulož před orgasmem a ejakuluje mimo rodidla ženy. Výhodou metody je její dostupnost, ale jedná se o metodu velmi nespolehlivou, u běžných uživatelů je Pearlův index 20 a výš. Příčiny selhání jsou v předejakulační tekutině, která obsahuje dostatek spermií, aby žena mohla otěhotnět, a také v tom, že mnohdy jsou spermie vmasírovány do pochvy při dalším styku nebo jiných sexuálních praktikách. Při náhodné souloži je vždy preferován kondom (ROZTOČIL, 2011).

1.1.3 Bariérová antikoncepce

Existuje jak v ženské, tak mužské formě. Ženský pesar je málo spolehlivý a v České republice nemá mnoho uživatelů. Kondom, návlek na penis, je známou formou antikoncepce a zároveň poskytuje ochranu před přenosem sexuálně přenosných chorob, Pearlův index v běžné praxi kolem 10. Používání kondomu má svá pravidla: musí se skladovat v suchu a chladu, před použitím by se měla zkontrolovat neporušenost, na kondom se nesmí sahat rukou potřenou krémem nebo rukou s dlouhými nehty, nasazuje se před zahájením styku, po ejakulaci muž přidrží okraj a penis opatrně vytáhne, zkontroluje znovu neporušenost kondomu.

Kombinace přerušované soulože a použití kondomu není doporučována, protože hrozí sklouznutí ochrany. Používání nemá negativní účinky, mimo vzácnou alergii na latex. Hlavní výhodou je finanční dostupnost, cena průměrně kolem 60 korun za 3 kusy (ROZTOČIL, 2011).

1.1.4 Vaginální spermicidy

Jsou látky poškozující spermie, zavádějí se do pochvy ve formě tablet, krémů, želé či čípků. Podle Roztočila je při precizním užívání Pearlův index asi 3, ale je velmi snadné se odklonit od doporučeného postupu použití např. umytí mýdlem před stykem, to zvyšuje index až na 20. Je doporučována kombinace s kondomem (KOBILKOVÁ, 2005).

1.1.5 Nitroděložní antikoncepce

Metoda je založená na zavedení tělíska do dutiny děložní. Tělísko může být nehormonální, využívá se toxický vliv mědi na spermie nebo hormonální, kdy je kombinovaná nitroděložní a gestagenní antikoncepce. U obou metod tělo reaguje na přítomnost cizího tělesa vznikem sterilního zánětu a makrofágy pak ničí spermie. Pokud metoda selže, je zde riziko vzniku mimoděložního těhotenství, je-li těhotenství nitroděložní, je možné požadovat interrupci ze zdravotních důvodů. Kontraindikací jsou vývojové vady dělohy a neobjasněné krvácení (KOBILKOVÁ, 2005).

1.1.6 Gestagenní antikoncepce

Metoda je založená na kontinuálním podávání systémového analoga progesteronu. Existuje v několika formách, např. intradermální implantáty, injekční forma nebo tabletky. Gestageny způsobí, že cervikální hlen ztrácí tažnost, je vazký a pro spermie je neprostupný.

Metoda má malý počet kontraindikací, jedinou absolutní kontraindikací je karcinom prsu. Vlivem gestagenní antikoncepce dochází často k nepravidelnému menstruačnímu cyklu, může se zhoršit akné a k úpravě cyklu po vysazení antikoncepce může dojít až za několik měsíců. Výhodou je ale vysoká spolehlivost, u injekčních metod je Pearlův index 0,01, což je méně než u sterilizace (ROZTČIL, 2011).

1.1.7 Kombinovaná hormonální antikoncepce

Metoda spočívá v cyklickém nebo kontinuálním užívání kombinace estrogenu a progesteronu. Tradičně se užívá 21-24 dní, následuje 4-7denní pauza, kdy je zachována spolehlivost antikoncepce a následuje pseudomenstruační krvácení. Výhodou metody je, že se může užívat i v delších cyklech bez následující pauzy v užívání, což ženě umožňuje plánovat své menstruační krvácení. Pouze jednofázové přípravky jsou vhodné ke kontinuálnímu používání.

Přípravek funguje na základě blokády ovulace zásahem do hypotalamo-hypofýzo-ovariální osy a zároveň mění vlastnosti cervikálního hlenu. Kombinovaná hormonální antikoncepce je na trhu ve formě tablet, náplastí, vaginálního kroužku nebo injekcí. Pearlův index je při správném používání pilulek 0,1-0,2.

Kombinovaná hormonální antikoncepce výrazně snižuje riziko karcinomu endometria, ovaria a kolorektálního karcinomu, zároveň snižuje výskyt dysplázií a fibroadenomů prsu a funkčních ovariálních cyst. Nespornou výhodou metody je příznivý účinek na dysmenoreu a premenstruační syndrom, lze ji využít jako terapii v nepravidelnostech cyklu i síly krvácení. Nevýhodou metody je zvýšení rizika hluboké žilní trombózy, může docházet také k mírnému zvýšení krevního tlaku a možné urychlení symptomů cholesterolové cholelitiázy. Je nutné brát v potaz lékové interakce, spolehlivost antikoncepce klesá s užíváním přípravků zvyšujících aktivitu cytochromu P450, při užívání laxativ, antacid nebo například cyklosporinů. Absolutní kontraindikací pro používání kombinované hormonální antikoncepce je šestinedělí a kojení, kouření více než 15 cigaret denně u ženy starší 35 let, hypertenze, osobní anamnéza hluboké žilní trombózy, přítomnost Leidenské mutace, závažné onemocnění jater nebo například komplikovaný diabetes mellitus (ROZTOČIL, 2011).

1.1.8 Dostupnost antikoncepčních metod

Dostupnost antikoncepčních metod pro všechny sexuálně aktivní páry je základním předpokladem pro zabránění nechtěného těhotenství. Při výběru metody by pár měl kromě ceny zhodnotit samozřejmě také spolehlivost antikoncepce a myslet i na ochranu proti sexuálně přenosným nemocem.

Tabulka ukazuje souhrn metod antikoncepce, její spolehlivosti a ceny uvedených v této práci. Ceny v tabulce jsou pouze orientační (platné v lednu 2019) a uvedené vždy za celé balení, které je pokaždé na jiný počet pohlavních styků. Pokud použijeme výsledky výzkumu doc. MUDr. Jaroslava Zvěřiny, CSc. z roku 2009, které udávají průměrnou frekvenci sexu 8krát za měsíc, vyjde nám jako nejlevnější metoda nitroděložní antikoncepce, která je z vybraných metod také nejspolehlivější. Cena jednoho styku tak činí cca 10 Kč, pokud počítáme s cenou tělíska 5000 Kč a tělísko je zavedeno na 5 let.

Metoda antikoncepce	Pearlův index ¹	Cena
Periodická abstinence	30	Zdarma
Coitus interruptus	20	Zdarma
Kondom	10	balení (3ks) cca 60Kč
Vaginální spermicidy	10	balení cca 300 Kč
Nitroděložní antikoncepce	0,3	1000-5000 Kč
Gestagenní antikoncepce (pilulky)	0,5	cca 600 Kč
Kombinovaná hormonální antikoncepce	0,5	cca 600 Kč

Tabulka 1-spolehlivost antikoncepce vs cena

1.2 Intercepce

Intercepce je metoda ochrany před otěhotněním, která je použita až po pohlavním styku. Není určena k plánovanému použití, jejich užití je na místě při neplánovaném nechráněném pohlavním styku nebo při selhání bariérové antikoncepce. Využívá se použití velké dávky sexuálních steroidů. Přípravek se musí užít do 72 hodin od pohlavního styku a mechanismus účinku závisí na fázi menstruačního cyklu. Hlavním mechanismem je nejspíše zabránění nidaci. Použití intercepce vyvolá krvácení mimo cyklus, může se objevit nauzea a zvracení. Metoda prakticky nemá kontraindikace. V praxi se nejčastěji používá levonorgestrel v dávce 1500 μ g, někdy rozdělené do dvou dávek po 12 hodinách, na trhu známé jako Escapelle nebo Postinor-2. Cena balení cca 500Kč (ROZTOČIL, 2011).

¹(ROZTOČIL, 2011)

1.3 Sterilizace

Sterilizace je nevratná forma antikoncepce, početí není možné bez další asistentce lékaře – metoda asistované reprodukce. Sterilizace je prováděna z léčebného důvodu např. u hysterektomie, salpingektomie, atd. V těchto případech není nutné schválení sterilizační komisí. V ostatních případech musí žena podat žádost sterilizační komisi pracoviště, na kterém bude sterilizace provedena. Musí být přítomny zdravotní důvody nebo musí žena splňovat zdravotní indikaci k umělému přerušení těhotenství, které má trvalý charakter. Nejčastějším uváděným důvodem je opakovaný císařský řez, který se pravděpodobně bude opakovat i v dalším těhotenství. Dále je sterilizaci možné provést ženě, která má již čtyři děti bez ohledu na věk ženy, ženě má-li tři děti a je starší 35 let nebo ženě starší 40 let bez ohledu na počet porodů. Metoda sterilizace je velmi spolehlivá – Perlův index 0,02 a více. Obvykle se sterilizace provádí laparoskopickou cestou, nejčastěji bipolární koagulace istmické části vejcovodu, ale existují i další techniky (ROZTOČIL, 2011).

2 Řešení nechtěného těhotenství

Jak již bylo výše zmíněno, každý rodič má svobodné právo se rozhodnout, kolik bude mít potomků a jaký bude časový rozestup mezi nimi a každé dítě má právo se narodit jako chtěné. Kombinací zodpovědnosti a vysokou mírou informovanosti, kterou by budoucí rodiče měli mít v rámci preventivní sexuální osvěty, by měla být nastolena stabilita, která výskyt nechtěných těhotenství sníží na minimum. Přesto se žena může ocitnout v situaci, kdy své dítě nechce porodit nebo se o něj nemůže nebo nechce starat po jeho narození (ŠÍBLOVÁ, 2007).

Nechtěné děti se rodí z různých důvodů. Některé ženy se ocitnou v těžké finanční a sociální situaci, mohou být svobodnými opuštěnými matkami. Těmto matkám chybí podpora v určité oblasti, ke svým dětem se stavějí odmítavě, protože nejsou naplňovány jejich základní potřeby. Početnou skupinou žen, které jsou nechtěně těhotné, jsou uživatelky návykových látek, k tomu je většinou vede nestabilita v jejich rodině, riziková síť sociálních kontaktů a další faktory. Přibývá také mladistvých žen, které se stanou matkami pouze na základě uspokojení sexuálního chtíče. Jejich dítě je bráno často jako hračka, neuvědomují si zodpovědnost spojenou s mateřstvím (MORAVCOVÁ, 2014).

2.1 Umělé ukončení těhotenství na žádost ženy

Umělé ukončení těhotenství (UUT) je operační výkon, který vyvolává řadu diskuzí a v různých zemích má značně rozdílný právní přístup. V České republice UUT povoluje Zákon ČNR č.66/1986 Sb. ve znění pozdějších předpisů a vyhláška MZd ČSR č. 15/1986 Sb. Zároveň se jedná o zákonné právo ženy respektující Chartu lidských práv. Umělé ukončení těhotenství může být provedeno do 12. týdne gravidity, kdy délka gravidity je počítána od prvního dne posledního menstruačního cyklu. Nesmí být přítomné akutní zánětlivé

onemocnění rodidel a od posledního UUT musí uběhnout alespoň 6 měsíců nebo se musí jednat o těhotenství ženy starší 35 let se dvěma a více dětmi či o těhotenství vzniklé v souvislosti s trestnou činností (HÁJEK, 2014). Dívky starší 16 let nepotřebují souhlas rodičů, ale zdravotnické zařízení je povinno informovat zákonného zástupce po provedení výkonu. Dívka mladší 16 let může podstoupit zákrok pouze na základě souhlasu zákonného zástupce. Žádost o UUT žena sepisuje se svým obvodním gynekologem a celý výkon si sama hradí (ROZTOČIL, 2011).

Metoda provedení UUT záleží na délce těhotenství, paritě a celkovém zdravotním stavu pacientky. Před provedením UUT je žena vždy řádně bimanuálně palpačně gynekologicky vyšetřena, je jí stanovena objektivní délka těhotenství pomocí UZ a podstoupí základní interní vyšetření (HÁJEK, 2014).

2.1.1 Miniinterrupce

Tato metoda se provádí do 49. dne od poslední menstruace. Výkon probíhá v krátkodobé anestezii v gynekologické poloze. Děložní hrdlo se fixuje americkými kleštěmi, následuje sondáž děložní dutiny a postupná dilatace děložního hrdla na průměr o 1-2 mm větší než má plastová vakuumpirační kanyla. Následuje odsátí plodového vejce a deciduí. Po dokončení aspirace je děložní dutina většinou zrevidována malou tupou kyretou. Pro šetrnější dilataci děložního hrdla se dají použít syntetické dilatátory Dilapany (HÁJEK, 2014).

2.1.2 Medikamentózní UUT

Tzv. potratová pilulka byla vyvinuta již v 80. letech minulého století ve Francii. U nás je registrován preparát Mifygene od roku 2013. V balení najedeme odděleně dvě účinné látky: mifepriston – steroid s antiprogesteronovým účinkem, který se podává per os a misoprostol – prostaglandin PGE₁posilující děložní kontrakce, který se aplikuje vaginálně. Lék není dostupný v lékárnách, disponují jím pouze lůžková gynekologická zařízení (FAIT, 2008).

Metoda je semiambulatní a vyžaduje od ženy tři základní návštěvy. Na první návštěvě je aplikován mifepriston, který devitalizuje embryo. Druhá návštěva probíhá do 48 hodin po aplikaci mifepristonu, aplikuje se na ní vaginálně misoprostol, který pomáhá vypudit zaniklé embryo. Při třetí návštěvě dochází k ověření úspěšnosti metody. Mezi kontraindikace patří těžké astma, dědičná porfyrie, porucha nadledvinek, nevhodná je tato metoda při srdečních onemocněních, hypertenzi nebo onemocnění jater (HÁJEK, 2014).

2.1.3 Klasický instrumentální potrat

Metodu lze použít do 12 týdne gravidity, provádí se za krátkodobé hospitalizace v celkové anestezii. Příprava je podobná jako u miniinterrupce, dochází ale k větší dilataci děložního hrdla. Následně se tupou kyretou odstraňuje obsah děložní dutiny. U těhotenství

delších 10 týdnů se vedle kyrety používají ještě potratové kleště k pohodlnějšímu vybavení větších částí plodového vejce. U těchto gravidit se také děložní hrdlo před výkonem farmakologicky připraví. Po výkonu následuje podání uterotonik, které udržují stálou děložní kontrakci a snižují krevní ztrátu (HÁJEK, 2014).

Všechny metody umělého ukončení těhotenství mohou doprovázet komplikace časné, kam patří například poranění nebo rezidua a pozdní, kam řadíme například záněty nebo sekundární sterilitu. U Rh negativních žen musíme brát v potaz možný vznik Rh-imunizace. Nebezpečí vzniká přestupem fetálních erytrocytů do krevního oběhu matky, proto se u žen s těhotenstvím starším 8 týdnů doporučuje včasná aplikace imunoglobulinu gama-anti-D (HÁJEK, 2014). Podstatným faktorem ovlivňujícím vznik komplikací je zkušenost personálu, je tedy nutné, aby výkony prováděl lékař školený právě v této oblasti a sestry nebo porodní asistentky znající rizika péče o ženu po UUT (<http://www.who.int/> [cit. 2019-02-14]).

K největší kulminaci UUT v ČSR a ČR docházelo během 80. a 90. let minulého století. S dostupností antikoncepce a snad i s větší informovaností podíl umělého přerušení těhotenství vzhledem k živě narozeným dětem a také k počtu samovolných potratů dlouhodobě klesá (HÁJEK, 2014).

2.2 Odložení již narozeného dítěte

Problematika nechtěných dětí je stará jako lidstvo samo. Již v 5. století byly u vchodu do chrámů ve Francii instalovány mísy umožňující odložení dítěte. V této době také vznikla první instituce pro odložené děti tzv. Brehotrophia, která byla založena církví. Během 6. století byl do některých bran nebo zdí nemocnic, klášterů či nalezinců namontován otočný systém, matka zde odložila dítě, otočením systému ho přemístila do prostoru nalezince a ještě měla možnost upozornit personál zvonkem.

Dnešní společnost v České republice nabízí několik variant, jak je možné legálně odložit novorozence. Možnosti jsou často obdobou historicky známých metod a snaží se zabránit kriminální činnosti. Matka, která nechce své dítě, ho může zanechat po porodu na novorozeneckém oddělení, může porodit diskrétně, vložit novorozence do babyboxu, anonymně předat dítě Fondu ohrožených dětí nebo podstoupit tzv. utajovaný porod (KÜMEL, JANKŮ, 2007).

2.2.1 Zanechání dítěte na novorozeneckém oddělení

Žena před opuštěním porodnice nebo ještě před porodem vysloví přání o zanechání dítěte na oddělení novorozenců. Pokud sepíše písemné prohlášení, že své dítě zanechává k adopci, zrychlí se adopční řízení, jinak se doba umístění novorozence do náhradní rodinné péče výrazně prodlužuje. Pro ženu je podstatná diskrétnost zdravotnického personálu

a jistota, že nedojde k porušení povinné mlčenlivost. V souvislosti s tím se setkáváme s pojmy diskrétní a utajovaný porod.

Diskrétním porodem myslíme porod v porodnici vzdálené od bydliště matky, novorozenec je po porodu zanechán na novorozeneckém oddělení a předán do náhradní péče. Celý systém péče i dokumentace je stejný jako u jiných porodů. Dokumentace tedy obsahuje jméno, rodné číslo, bydliště a ostatní osobní údaje o matce. Anonymita rodičky je postavená na mlčenlivosti zdravotníků (KÜMEL, JANKŮ, 2007).

Povinnou mlčenlivost zdravotnických pracovníků upravuje § 51 zákona č.372/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Zákon jasně stanovuje, že zdravotnický pracovník je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech (netýká se pouze zdravotního stavu), které se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Výjimku z povinné mlčenlivosti nemají ani rodiče, manžel, policie či jiní zdravotníci. Složitá je situace u nezletilých těhotných a zejména u dívek mladších 15 let, legislativa je zde složitá a přesahuje rámec této práce. Mlčenlivost je celoživotní i po ukončení poskytování zdravotnické péče (HÁJEK, 2014).

Utajovaný porod je termín pro porod, který má vysokou míru anonymity. Tuto možnost mohou využít těhotné, které si uvědomují rizika spojená s porodem mimo porodnické zařízení a zároveň chtějí své dítě anonymně odložit (KÜMEL, JANKŮ, 2007). Tato varianta je upravena Zákonem č.372/2011 Sb. v platném znění. Žena musí podat písemnou žádost o utajení své osoby v souvislosti s porodem a musí splňovat následující podmínky:

- Trvalý pobyt na území České republiky
- Nesmí se jednat o ženu, jejímuž manželu svědčí domněnka otcovství

Zdravotnické zařízení pak vede zdravotnickou dokumentaci pouze v rozsahu péče související s těhotenstvím a porodem, osobní údaje jsou použity k sebrání anamnézy. Jméno a příjmení ženy spolu s písemnou žádostí, datem narození a datem porodu je zaznamenáno ve zvláštním dokumentu, který je přiložen po ukončení hospitalizace ke zdravotnické dokumentaci a zapečetěn (Zákon č.372/2011 Sb.).

2.2.2 Zanechání dítěte Fondu ohrožených dětí

Fond ohrožených dětí u nás známý také jako Klokánek, je státní nezisková organizace na pomoc ohroženým dětem založený v roce 1990 (<http://www.fod.cz/> [cit. 2019-02-14]). Fond nabízí od roku 2001 službu, která umožňuje anonymní předání dítěte do péče této organizace. Je k dispozici 24 hodin denně po celý rok. Žena vytočí telefonní číslo a domluví se na místě a čase předání dítěte. Při předávání dítěte může poskytnout sociální a zdravotnickou anamnézu, ale její anonymita je pracovníky organizace garantována (KÜMEL, JANKŮ, 2007).

2.2.3 Babybox

Babybox je schránka, která umožňuje matce v naprosté anonymitě odložit její dítě. První babybox v České republice byl zřízen v roce 2005 při GynCentru v Praze v Hloubětínské ulici. Zakladatel tohoto projektu je Ludvík Hess, který babyboxy zřizuje pod záštitou nadačního fondu Statim (<http://www.hess.cz/> [cit. 2019-02-14]). Poprvé byla schránka použita k odložení novorozené holčičky v roce 2006. K 3. 2. 2019 bylo zřízeno 76 babyboxů a do nich odloženo 184 dětí, 105 děvčat a 79 chlapců (<http://www.babybox.cz/> [cit. 2019-02-14]).

Schránka je opatřena z obou stran dvířky, obsahuje vaničku pro odložení dítěte. Když dárce do schránky vloží dítě, dvířka se automaticky zavřou a lze je otevřít pouze ze strany zdravotnického zařízení. Vnitřní prostor je vyhříván na $28^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$ (GREBE-NÍČKOVÁ, 2013).

Zřizování babyboxů vyvolává řadu diskuzí. Odpůrci argumentují tím, že se snižuje odpovědnost za sexuální chování, že dítě má právo znát svoji totožnost a své rodiče. Také je zde fakt, že ženy, které odloží své dítě do babyboxu, jsou většinou ženy rodící mimo porodnické zařízení, čímž ohrožují bezpečnost svou i dítěte. Na druhé straně stojí množství přívrženců jako například přednosta Ústavu etiky a humanitních studií M. Vácha, který mluví o babyboxech jako o šanci pro nechtěné děti a pokládá za důležité, aby společnost učinila další kroky v podpoře těchto dětí, aby mohly svou šanci využít. Svoje vyjádření ukončuje větou: „*Kdo by zachránil byt jen jednu duši, jako by zachránil celý svět.*“ (<http://www.babybox.cz/> [cit. 2019-02-14]).

Ministerstvo práce a sociálních věcí v reakci na vznikající babyboxy vytvořilo metodické doporučení pro orgány sociálně právní ochrany dětí, které doporučuje, jak postupovat v případě, že známe totožnost dítěte a v případě, kdy jeho totožnost známá není (MORA VCOVÁ, 2014).

Pokud totožnost známe, matka například do schránky přiloží rodný list, tak příslušný orgán sociálně právní ochrany dětí (dále jen OSPOD) vždy nejdříve kontaktuje rodiče dítěte a nabídne jim spolupráci při řešení komplikované situace v rodině. Zajistí rodičům veškerou podporu, pokud si dítě chtějí ponechat. Pokud není možné, aby se dítě vrátilo do své rodiny, pokusí se úřad zajistit souhlas obou rodičů s osvojením, aby dítě mohlo být co nejdříve umístěno do náhradní rodiny. Pokud totožnost dítěte známá není, řeší situaci úřad, v jehož obvodu je babybox. Orgán zváží všechny aspekty a podává návrh soudu na předběžné opatření, kterým se dítě svěřuje do péče fyzické osoby nebo zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc či kojeneckému ústavu (Metodika vydaná MPSV pro případy dětí odložených do babyboxů, 2006).

3 Systém náhradní péče

Pokud dítě nemůže vyrůstat ve své biologické rodině, je nutné, aby stát zajistil jeho náhradní výchovu. V České republice je možné dítě umístit do ústavní péče, kam patří například kojenecké ústavy, dětské domovy a dětská centra nebo využít tzv. náhradní rodinné péče, tedy například adopce nebo péče pěstounské. Legislativně je náhradní péče o dítě upravena několika dokumenty. Úmluva o právech dítěte (1989) stanovuje, že dítě má vyrůstat v láskyplném rodinném prostředí. „Nejlepší zájem dítěte“ je považován za obecný princip. Dalšími dokumenty upravující práva dětí jsou například Ženevská deklarace (1924), Charta práv dítěte (1959) či Úmluva o právech dítěte přijata OSN v roce 1989. Problematiku ohrožených dětí v ČR řeší Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo spravedlnosti, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo vnitra, soudy a Orgán sociálně-právní ochrany dětí (FERDANOVÁ, 2013).

Z české legislativy vyplývá, že by vždy měla mít přednost rodinná péče před institucionální. Prioritně by měla být poskytnuta podpora biologické rodině, aby dítě mohlo vyrůstat ve svém prostředí. Pokud to není možné, je vhodné volit rodinu náhradní příbuznou dítěti a až poté náhradní rodinu zprostředkovanou úředně. Ústavní péče je tedy až poslední možností (<http://www.knihovnanrp.cz/>[cit. 2019-02-26]). Následující podkapitoly se věnují podrobněji formám náhradní péče pro děti do jednoho roku věku, největší důraz je kladen na pěstounskou péči na přechodnou dobu, protože se jedná o stěžejní téma teoretické části práce.

3.1 Náhradní ústavní péče

Ústavní péče v ČR patřila od padesátých let pod působnost tří ministerstev a tento model je zachován víceméně dodnes, přestože se již několik let mluví o jeho transformaci. Ministerstvo zdravotnictví zajišťuje kojenecké ústavy, pod Ministerstvo školství spadají ústavy pro děti starší tří let a ministerstvo práce a sociálních věcí zajišťuje domov osobám se zdravotním postižením, dětem vyžadující okamžitou péči a náhradní rodinnou péči. Česká republika je jednou z posledních zemí Evropské unie, která umísťuje zdravé děti pod tři roky do ústavní péče (PRÁVO, 2017).

O umístění dítěte do ústavní výchovy rozhoduje soud dle § 46 zákona č. 94/1963 Sb. ve znění pozdějších předpisů na základě návrhu orgánu sociálně-právní ochrany dětí a před nařízením je povinen zkoumat, jestli je možné dítě umístit do náhradní rodinné péče. Důvodem přijetí dítěte do ústavní péče může být velmi vážný zdravotní problém, který znemožňuje péči v rodině, dalšími důvody jsou důvody sociální nebo kombinace důvodů zdravotních a sociálních. Do těchto skupin patří děti, jejichž rodiče jsou například ve výkonu trestu nebo děti těžce postižené, o které se rodiče nechtějí nebo nemohou starat či děti rodičů závislých na návykových látkách.

Finanční situace v rodině nesmí být jedinou indikací k odebrání dítěte z biologické rodiny (<http://www.knihovnanrp.cz/>[cit. 2019-02-27]). Například Formánek ve své publikaci tvrdí, že děti žijící v ústavní péči nemají zkušenosti s navazováním citových vazeb, nezvládají samostatný život a často mají nižší vzdělání než děti vyrůstající v rodině (FORMÁNEK, 2004). V roce 2017 v ČR fungovalo 27 institucí poskytující náhradní výchovu dětem do tří let věku. Celkově bylo ve stejném roce přijato 1490 dětí (<http://www.uzis.cz/>[cit. 2019-02-27]).

Podle výsledků studie Ptáčka a kolektivu v roce 2011 je pouze v 12% jednoznačně oprávněný důvod k umístění dítěte do dětského domova, jedná se o případy týrání, alkoholismu rodičů a rodičů ve výkonu trestu. Zbytek dětí svěřených do institucionální péče je z rodin, které nemají finanční prostředky na výchovu, výchovu zanedbávají nebo nezvládají, v těchto případech při vhodné podpoře a sociální práci s rodinou by děti mohly vyrůstat ve svém původním rodinném prostředí (PTÁČEK ET AL., 2011).

3.1.1 Kojenecké ústavy a dětská centra

Kojenecké ústavy mají v České republice dlouhou tradici. První ústav byl zřízen v Praze v roce 1922. V období komunismu se počet dětí umístěných do těchto zařízení zvýšil a v roce 1951 byla dokonce zrušena pěstounská péče, a tak se 6000 dětí dostalo do státních institucí. Jednou z výhod těchto zařízení vždy bylo, že poskytovali odbornou zdravotnickou pomoc. V roce 2011 OSN vydalo výzvu, která po České republice požadovala snížení počtu dětí žijících v ústavní péči. Česká vláda se tak na základě této výzvy zavázala ke zrušení kojeneckých ústavů do konce roku 2013, nicméně stále ani v roce 2019 ke zrušení ústavů pro zdravé děti mladší tří let nedošlo (JÍRŮ, 2015).

Jak by měla vypadat činnost dětských center, ve svém článku popisuje MUDr. František Schneiberg. Inspiroval se v Německu, kde po roce 1989 již fungovalo asi 100 sociálně-pediatrických center.

Hlavním principem činností těchto institucí je multioborová spolupráce mezi pediatrem, pedagogem, psychologem a terapeutem. Rodina dítěte se aktivně zapojuje do péče o dítě a zároveň jí je poskytnuta sociální podpora. Pokud mají pracovníci centra kvalifikaci pro rodinnou terapii, mohou poskytovat služby v terénu, tedy přímo v rodině dítěte. Výhodou je jistá centralizace péče. Tato centra jsou zakládána na bázi původních dětských domovů. Transformace systému znamená především rozšířené poskytování ambulantních služeb, vytvoření výjezdních týmů, přijímání matek s dítětem v nouzi, včetně možnosti diskrétně porodit, rozšiřování terapeutických možností, poskytování poradenství rodinám, příprava žadatelů o náhradní rodinnou péči atd. Součástí transformace je také zajištění dostatečného personálu tak, aby na jednoho ošetřovatele byly vždy maximálně 4 děti, ideální by

bylo dosažení stavu 1 pečovatel: 1 dítě. První dětské centrum bylo založeno v roce 1990 ve Znojmě (SCHNEIBERG, 2011).

3.1.2 Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)

Tento typ zařízení poskytuje ochranu a pomoc dětem, jejichž život nebo příznivý vývoj je vážně ohrožen nebo nedostávají potřebnou péči přiměřenou svému věku. Často se jedná o děti tělesně nebo duševně týrané, zneužívané nebo zanedbávané. Může se také jednat o děti, kterým zemřeli oba rodiče nebo jsou rodiče například hospitalizováni. Hlavním cílem zařízení je zajistit uspokojení základních životních potřeb dítěte, tedy zajištění ubytování, stravování, ošacení, zdravotnických služeb a psychologické podpory. Jedná se pouze o krátkodobou pomoc do doby, než je dítěti nalezena náhradní rodina nebo se může vrátit do rodiny biologické (VODÁKOVÁ, 2017).

Děti umístěné do ZDVOP by měly mít možnost získat odstup od situace, kvůli které se v zařízení ocitly, tím dostávají pocit bezpečí a jistoty. Proto jsou v zařízení odděleny prostory, kde dítě žije od prostorů, kde probíhají odborné konzultace a řeší se zde situace dítěte a rodiny. Zařízení má vypracovaný postup pro příjem dítěte do zařízení, pro jeho návštěvy mimo zařízení a pro návštěvy rodičů a příbuzných. Cílem je podpořit kontakt s rodinou a blízkými během pobytu v zařízení. K těmto typům zařízení patří například již výše zmiňovaný Klokánek (<http://www.mpsv.cz/>[cit. 2019-02-26])

3.2 Náhradní rodinná péče

Legislativně je náhradní rodinná péče upravena Zákonem č.89/2012 Sb. ve znění pozdějších předpisů (Občanský zákoník) a Zákonem č. 359/1999 Sb. ve znění pozdějších předpisů (Zákon o sociálně-právní ochraně dětí). Ve všech formách této péče se o dítě stará jiná osoba než rodič a dítě vyrůstá v rodině náhradní. Již od 60. a 70. let minulého století je známo, že rodinná péče má nesporné výhody oproti péči ústavní, poskytuje totiž dítěti milující péči stále stejného člověka, dítě poznává chod domácnosti a žije ve svém přirozeném prostředí (<http://www.detipatridomu.cz/>[cit. 2019-03-03]).

Prof. PhDr. Zdeněk Matějček, CSc. byl světově uznávaný dětský psycholog, zabývající se o psychickou deprivaci dětí vyrůstajících v ústavech. Jeho práce se opírá o fakt, že psychická deprivace u dítěte vzniká nenaplněním pěti základních potřeb: stimulace a podněty, smysluplný svět, pocit životní jistoty, pozitivní identita a otevřená budoucnost. Ve svém rozhovoru pro rozhlasovou stanici BBC v roce 2004 uvedl, že dětem vyrůstajícím v ústavech chybí předposlední dvě potřeby, tedy pocit životní jistoty a vědomí svého já. Svě tvrzení podkládá výsledky výzkumu, které prováděl v dětském domově v Mladé Boleslavi na začátku své praxe. Upozorňuje ale, že tyto problémy se týkají i dětí vyrůstajících v nefunkčních rodinách (<http://www.bbc.com.uk/>[cit. 2019-03-03]).

Britský psychiatr a vývojový psycholog John Bowlby popisuje teorii attachmentu neboli citového pouta. Jedná se o potřebu vyhledávat a udržovat blízkost s určitou osobou. Autor uvádí, že k citovému přilnutí může dojít pouze v rodině, a i kdyby došlo k přilnutí k necitlivé matce je to pro dítě lepší, než kdyby k vazbě nedošlo vůbec. Dítě je pak schopno navázat novou vazbu například k pěstounům, celkově je schopné vytvářet vztahy, i když mu to bude činit jisté potíže. Následkem nevytvořeného připoutání může být disharmonický vývoj, neschopnost zvládat běžné sociální a emocionální situace, nemožnost navazovat zdravé citové vztahy atd. (ŠUBOVÁ, 2016).

Do náhradní rodinné péče patří adopce, poručenství a pěstounství.

3.2.1 Adopce

Adopce je nejvyšším stupněm náhradní rodinné péče. Dítě získá náhradní rodinné prostředí, které je láskyplné a stabilní. Mezi náhradními rodiči a dítětem vzniká nový rodinný příbuzenský, ale i právní vztah. Osvojitelé se stávají zákonnými zástupci, přijímají dítě za vlastní, biologická rodina dítěte ztrácí veškerá práva i povinnosti (VYSKOČIL, 2014).

Osvojení podrobně upravuje Zákon č. 89/2012 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Ze zákona vyplývá, že k adopci musí dát biologičtí rodiče dítěte souhlas, matka může dát souhlas až po šesti týdnech po narození dítěte a lze ho odvolat do tří měsíců ode dne, kdy byl dán. Souhlas rodičů není potřeba v přesně stanovených situacích. Osvojitelem může být pouze osoba zletilá a svéprávná a zavazuje se k tomu býti dobrým rodičem. O předání dítěte do péče náhradní rodiny rozhodne soud, dítě může být umístěno do osvojitelé rodiny po třech měsících od udání souhlasu. Osvojitelé mají všechny rodičovské povinnosti a práva, jsou také povinni informovat osvojence o skutečnosti osvojení nejpozději do zahájení povinné školní docházky (Zákon č. 89/2012 Sb.).

3.2.2 Poručenství

Poručenství je forma náhradní rodinné péče, pro případ, že nezletilé dítě nemá zákonné zástupce (zemřeli, nejsou způsobilí k právním úkonům). Poručník má vůči dítěti všechny povinnosti a práva jako rodič kromě vyživovací povinnosti, může ho určit pouze soud a většinou jde o někoho z osob příbuzných nebo blízkých dítěti. Poručníka můžou určit rodiče dítěte, pokud to není v rozporu se zájmy dítěte, soud k tomuto přání přihlédne, navrhovaný poručník ale může funkci odmítnout. Poručník podléhá stálému dozoru soudu, podává pravidelně zprávy o dítěti a jeho vývoji, předkládá účty ze správy jeho jmění. Poručenství zaniká, nabude-li alespoň jeden z rodičů rodičovskou povinnost, dále také zletilostí dítěte nebo jeho osvojením. V případě, že se nenajde pro dítě vhodná osoba, která by mohla vykonávat funkci poručníka, vykonává tuto funkci orgán pro sociálně-právní ochranu dětí (Zákon č.89/2012 Sb.).

3.2.3 Pěstounská péče

Pěstounská péče je v České republice nejčastější formou náhradní rodinné péče, je státem garantovaná a zajišťuje dostatečné hmotné zabezpečení dítěte a přiměřenou odměnu pečujícím osobám. Pěstoun není zákonným zástupcem dítěte, může ho tedy zastupovat pouze v běžných věcech, pokud chce například vyřídit cestovní doklad, musí požádat o souhlas zákonného zástupce nebo soud. Pěstounská péče vzniká a zaniká rozhodnutím soudu, o zrušení pěstounské péče může požádat sám pěstoun a soud mu v tomto případě musí vyhovět, dále zaniká pěstounská péče zletilostí dítěte. Rodiče dítěte neztrácejí vyživovací povinnosti, nehradí ji k rukám pěstouna, ale příslušnému Úřadu práce. Péče má dočasný charakter na rozdíl od osvojení, rodič tedy může požádat o svěřeni dítěte zpět do péče a soud mu vyhová, pokud je to v zájmu nezletilého dítěte (Zákon č.89/2012 Sb.).

Pěstounskou péči může vykonávat jednotlivec nebo manželé společně. Do roku 2000 byly do pěstounské péče svěřeny pouze děti, u kterých byla splněna podmínka tehdejšího předpisu: výchova u rodičů není zajištěna z příčin, které budou zřejmě dlouhodobé. Nyní tuto podmínku děti splňovat nemusí, protože byla vypuštěna při novelizaci zákona, který upravuje pěstounskou péči. Do pěstounské péče tak může být svěřováno více dětí. Péče může být poskytována v rodině nebo v zařízení pro výkon pěstounské péče, takovým zařízením jsou SOS dětské vesničky (FERDANOVÁ, 2013).

SOS dětské vesničky poskytují hromadnou pěstounskou péči v bytech nebo rodinných domech, prostředí je tedy co nejpodobnější běžné rodině. O děti pečuje „teta“, která zajišťuje chod domácnosti, dětem vaří, připravuje se s nimi do školy, atd. Zároveň středisko spolupracuje s pedagogy a terapeuty a snaží se zajistit podporu biologické rodině, aby se do ní dítě mohlo vrátit (<http://www.sos-vesnicky.cz/> [cit. 2019-03-05]).

Zvláštní, ale častou formou pěstounské péče je péče příbuzenská. Ve většině případů se dítěte ujímají prarodiče. Zvláštnost je právě v tom, že příspěvky pro pěstouny pobírají osoby, které mají Zákonem č.89/2012 Sb. stanovenou vyživovací povinnost k dítěti (FERDANOVÁ, 2013). Příbuzenská péče má největší úskalí v tom, že se prarodiče často odmítají obrátit na odbornou pomoc, i když by byla potřeba a zájem úředních osob vnímají často jako nadměrnou kontrolu (MATĚJČEK, 1999).

Pěstoun má povinnost udržovat, rozvíjet a prohlubovat vztahy mezi dítětem a jeho rodiči či dalšími příbuznými, musí umožnit styk dítěte s rodinou, pokud soud nestanoví jinak. Dítě by v pěstounské rodině mělo poznat normální chod domácnosti, je povinno v rodině pomáhat dle svých možností a schopností (Zákon č. 89/2012 Sb.). Pěstounská péče je finančně ohodnocena následujícími příspěvky (<http://www.prispevky.cz> [cit. 2019-03-05]):

- Příspěvek při převzetí dítěte, výše příspěvku je závislá na věku dítěte a jedná se o jednorázovou dávku
- Příspěvek na úhradu potřeb dítěte, výše příspěvku závislá na věku a zdravotním stavu dítěte, jedná se o měsíční dávku
- Odměna pěstouna, výše příspěvku se odvíjí od počtu a zdravotního stavu svěřených dětí, jedná se o měsíční dávku
- Příspěvek na zakoupení motorového vozidla, výše maximálně 70% kupní ceny, nebo maximálně 100 000 Kč, a na příspěvek mají nárok pouze tehdy, pokud mají v péči svěřeny tři a více dětí
- Příspěvek při ukončení pěstounské péče 25 000 Kč

Zvláštní formou pěstounské péče je pěstounská péče na přechodnou dobu, která je rozebrána ve zvláštní kapitole.

4 Pěstounská péče na přechodnou dobu

V české legislativě je pěstounská péče na přechodnou dobu (dále jen PPPD) zakotvena od 1. 6. 2006, nebyla ale hojně využívána. S novelou Zákona č. 359/ 1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, v platném znění, a díky kampani MPSV a neziskových organizací se dostala do povědomí občanů. Novela zákona zajišťuje podporu pěstounů finanční, ale i ve vzdělávání nebo například psychologickou (MACHOVÁ, 2016).

Dítě do PPPD svěřuje soud na základě návrhu orgánu sociálně-právní ochrany dítěte. Pěstouni jsou zařazeny do evidence osob vhodných k výkonu PPPD. Dítě je do PPPD svěřeno na dobu, po kterou rodič ze závažných důvodů dítě nemůže vychovávat, na dobu, po jejímž uplynutí lze dát souhlas rodiče s osvojením nebo na dobu pravomocného rozhodnutí soudu o tom, že není potřeba souhlas rodičů k osvojení. PPPD může trvat maximálně jeden rok, to neplatí pouze v případě, že jsou do pěstounské péče stejného pěstouna svěřeni sourozenci dítěte, o které již pečují. Pak se doba prodlužuje na maximálně jeden rok od svěřeni posledního sourozence. Každé tři měsíce by mělo dojít k přezkoumání důvodů náhradní rodinné péče. Vyživovací povinnost vůči dítěti mají biologičtí rodiče. (<http://www.mvsp.cz> / [cit. 2019-03-05]).

V podstatě každá pěstounská péče může být přechodná, protože ani v klasické pěstounské péči popisované v předchozí podkapitole nemusí dítě zůstat do své zletilosti. Rozdíl mezi pěstounskou péčí a PPPD je tedy v těchto bodech (MACHOVÁ, 2016):

- PPPD je časově omezená (PPPD může trvat nejdéle 1 rok - §27a odst. 9 zákona o SPOD)

- dítě může být do PPPD svěřeno pouze rozhodnutím soudu na návrh OSPOD a jen osobám, které jsou vedeny ve zvláštní evidenci pěstounů na přechodnou dobu
- před umístěním dítěte do PPPD neprobíhá proces zprostředkování náhradní rodinné péče
- osoby, které mohou PPPD vykonávat, jsou vedeny ve zvláštní evidenci a pobírají odměnu i po dobu, kdy o žádné dítě nepečují; jsou v pohotovosti a měly by být připraveny přijmout dítě v krizové situaci bezprostředně po rozhodnutí soudu
- přípravy na PPPD mají větší časový rozsah (72 hodin podle § 11 odst. 2 písmo b) zákona o sociálně-právní ochraně dětí)

4.1 Děti vhodné ke svěřením do PPPD

Tato forma péče je vhodná pro všechny děti, které musí dočasně žít mimo vlastní rodinu nebo pro děti, kterým se hledá dlouhodobé řešení jejich situace. Dítěti je s ohledem na věk vhodné vysvětlit, kdo jsou pěstouni, stanovit plán na styk s biologickou rodinou, dítě zařadit do plánování dalších kroků. Je také důležité kvalifikovaně získat názor dítěte na situaci. Do procesu přípravy dítěte je vhodné zapojit i biologickou rodinu, pokud je to možné. Nemalou skupinou dětí svěřených do PPPD jsou děti, které jsou do péče svěřeny ihned po narození na základě předběžného opatření soudu. PPPD je typicky využívána v případech, kdy pečující osoba dočasně nemůže zajistit péči o dítě, dítě bylo týráno a zneužíváno a hledá se pro něj trvalé řešení, rodiče dítěte nezvládají výchovu, rodiče vyjadřují úmysl svěřit dítě do dlouhodobé náhradní rodinné péče a hledá se nejvhodnější forma (Metodika MPSV o PPPD, 2013).

4.2 Výběr vhodné rodiny

Pokud se sociální pracovník dozví o dítěti, kterému je potřeba zajistit náhradní péče, kontaktuje pěstouny, kteří jsou k dispozici, a projedná s nimi umístění dítěte do jejich péče. V závažných důvodech pěstouni mohou dítě odmítnout, jedná se především o situace, kdy uplynula příliš krátká doba od odchodu předchozího dítěte nebo o zdravotní důvody na straně pěstounů. Bezdůvodné odmítnutí dítěte je jedním z důvodů pro výpověď dohody o výkonu pěstounské péče. Pokud se pro dítě nenajde rodina v kraji, ze kterého pochází, může být umístěno i k pěstounům z jiného kraje, musí být vždy zohledněn zájem dítěte, tedy kontakt s biologickou rodinou, vzdálenost od školy atd. (Metodika MPSV o PPPD, 2013).

4.3 Požadavky na pěstouny a jejich příprava

Pěstoun je profesionál poskytující péči ohroženým dětem. Tato péče by měla dětem pomoci se vyrovnat s traumaty a ztrátami z minulosti a připravit je na přechod do trvalé péče nebo na návrat do původní rodiny, proto pěstouni musí spolupracovat s rodinou bio-

logickou či náhradní, což vyžaduje dobré komunikační schopnosti. Pěstouni musí poskytnout co nejstabilnější a nejkolidnější láskyplné prostředí, proto musí splňovat přísné požadavky na práci pěstouna na přechodnou dobu. Je posuzována rodinná situace, životní zabezpečení a bydlení, osobní charakteristiky a zdravotní stav pěstouna a podpůrná síť.

V rámci rodinné situace je posuzován partnerský svazek a jeho stabilita, stabilita vztahu je indikátorem schopnosti navázat zdravý vztah a s ním stabilní prostředí. Pokud se jedná o pěstouna samožadatele, tedy o sobu nehledající partnerský vztah, musí být žadatel smířen se svou situací. Jsou-li v rodině žadatele děti, je nutné myslet na naplňování jejich potřeb, které by neměly být ohroženy přijetím dítěte do PPPD. Děti v rodině musí být schopné pochopit důležitost a smysl PPPD, což jsou většinou kolem 10. roku věku. Rodina by neměla mít více než tři děti, aby mohla přijatému dítěti věnovat dostatek času a péče.

Rodina žadatele musí mít vybavené a stabilní bydlení, které umožňuje svěřenému dítěti vytvořit určité soukromí, jeden z pěstounů by měl být připraven opustit své zaměstnání, protože by se měl dítěti věnovat na plný úvazek. Ve většině případů zůstává v domácnosti žena, která o dítě pečuje. Mužská role je ale též nezastupitelná zejména při výchově chlapců, kteří tak získávají správný vzor. Socioekonomická situace v rodině by měla být stabilní a bez závažných problémů, které by mohly výkon PPPD znesnadnit.

Osoba pěstouna musí být dostatečně vyzrálá, zohledňuje se tedy věk žadatele (28-65 let), protože péče o dítě může být vyčerpávající a náročná. Trestní bezúhonnost, vyloučení závislostí, prostituce, patologie osobnosti a psychických poruch je zcela zásadní. Je zohledňován zdravotní stav pěstounů.

V rámci spolupráce s ostatními odborníky je potřeba, aby měl pěstoun dostatečné intelektové schopnosti. Žadatel by měl mít správnou motivaci k PPPD, měl by být trpělivý, připravený předat děti do další péče.

Každý pěstoun by měl mít vyřešená všechna svá traumata a ztráty z minulosti, nikdy by neměl očekávat vděk od přijatých dětí, je schopný sebereflexe, uvědomuje si své přednosti a nedostatky. Je schopný poskytovat lásku a přijetí všem dětem bez rozdílu.

Je důležité si uvědomit, že práce pěstouna na přechodnou dobu zasahuje do všech sfér jeho dosavadního života, proto je podstatné, aby se pěstoun mohl obrátit na své přátele a příbuzné, i když neočekává, že všichni s jeho rozhodnutím poskytovat tuto formu péče souhlasí. Pěstoun by měl být schopný vyhledat a přijmout odbornou péči pro sebe i přijaté dítě a tato péče by pro něj měla být vždy dostupná.

Od všech pěstounů na přechodnou dobu se očekává, že absolvují přípravu na své povolání, pochopí důležitost vazby pro dítě, poznají projevy poruch attachmentu, jsou

schopni přijmout osobnost a historii dítěte. Další očekávání od pěstounů je schopnost zaznamenávat pokroky dítěte, jeho problémy, potřeby a přání a informovat o tom další odborníky. Důležitá je také motivace pěstounů se dále vzdělávat a účastnit se supervizí (Metodika MPSV o PPPD, 2013).

Žadatelé o práci pěstouna na přechodnou dobu musí absolvovat celkem 72 hodin přípravy. Cílem přípravy je připravit žadatele na situace, ke kterým může v rámci péče o dítě dojít a také poskytnout co nejvíce informací o potřebách dítěte, jeho vývoji, možné deprivaci. V rámci kurzů by také žadatelé měli dostat informace například o etnicích, ze kterých mohou děti pocházet. Příprava probíhá formou několika celodenních a víkendových setkání v počtu 12-20 účastníků, část přípravy je individuální, část skupinová. Žadatelé mají možnost se ptát na doplňující otázky, hodnotí celou přípravu, jsou schopni sebereflexe a ujasní si vlastní představy a reálný obraz toho, jak péče o svěřené děti vypadá. Na konci kurzů je psychologem vypracována závěrečná zpráva, která specifikuje předpoklady a limity budoucích pěstounů. Po absolvování přípravy a sepsání smlouvy o výkonu pěstouna s OSPOD nebo doprovodnou organizací pěstouni čekají na telefonát z příslušného úřadu. Je nutné brát v potaz, že přechodní pěstouni musí být připraveni přijmout dítě jakéhokoli věku, a to v podstatě ihned, což samozřejmě vyžaduje přípravu nejen psychologickou, ale i hmotnou (TÁBORSKÁ, 2016).

Schéma přípravy	
1. setkání	Zahájení kurzu Blok psychologický (11 hodin) Blok o rodině a partnerství (6 hodin) Blok pediatrický (2 hodiny) Blok sociálně-právní (6 hodin)
2. setkání	Blok psychologický (13 hodin) Blok o rodině a partnerství (8 hodin) Blok speciálně-pedagogický (4 hodiny)
3. setkání	Blok psychologický (9 hodin) Blok o rodině a partnerství (6 hodin) Závěr a shrnutí kurzu
Návštěva zařízení	Návštěva zařízení institucionální péče o dítě (2 hodiny)
Setkání s pěstounským párem	Předání praktických zkušeností (3 hodiny)
Příprava dětí	Příprava stávajících dětí v rodině na PPPD (dle potřeby)
Individuální závěrečná pohovor	Závěrečné hodnocení a pohovor (2 hodiny)
Celkový počet hodin 72	

Tabulka 2 Schéma přípravy (Příručka pro žadatele o PPPD, 2016)

4.4 Předání dítěte do dlouhodobé péče

V průběhu péče o svěřené dítě je pěstoun povinen spolupracovat se sociálním pracovníkem a připravit dítě na přechod do ideálně konečné formy péče. Dlouhodobá a šetrná

práce s dítětem a následnou rodinou, která o dítě bude pečovat, výrazně snižuje riziko traumatizace dítěte. U větších dětí se tedy jedná o pomoc dítěti porozumět důvodům změny, umožnit mu postupné seznamování s budoucími pečovateli a pravdivě a průběžně informovat o stavu situace. U novorozenců a kojenců, kteří ještě nejsou schopni verbálně komunikovat, musí být umožněno si k náhradním pečovatelům postupně utvořit vztah, a to sice formou návštěv v pro dítě známém prostředí za přítomnosti známého pěstouna, kdy si s dítětem budoucí rodiče například hrají. Následně je možné prodlužovat samostatné trávení společného času s budoucími pečovateli. Pokračuje se návštěvami v novém prostředí za přítomnosti známého pěstouna, později bez něj. Předání dítěte do dlouhodobé formy péče je tedy proces, který by neměl být náhlý (BROWNE, ET AL., 2007).

4.5 Zármutek pěstounů po odchodu dítěte z rodiny

Jedna z nejprobíranějších oblastí PPPD je odchod dítěte z rodiny, ten znamená psychickou a emocionální zátěž jak pro pěstouny, tak pro dítě. Pěstouni o tomto období mluví jako o citově náročném, odchod dítěte v nich vyvolává smutek, ticho a prázdno. PPPD má velké emoční nároky, pěstoun si musí vytvořit vazbu s dítětem, u kterého ví, že ho bude muset předat dál a je skoro nereálné si od svěřených dětí držet určitý odstup, pokud se o ně staráte každý den po několik týdnů či měsíců. Přesto se pěstoun často setkává s tím, že jeho citová vazba k dítěti je okolím přehlížena. (PRACHAŘOVÁ, 2016).

Předání dítěte do následné péče vyvolává pocity ztráty a zármutku. Je velmi důležité, aby v tomto období dostal pěstoun dostatečnou psychosociální podporu od příslušných úřadů, předchází se tím jeho syndromu vyhoření (URQUHART, 1989).

Dle Herberta se zármutek může projevat na úrovni psychické, fyzické i kognitivní. Pěstouni tak mohou pociťovat vztek a bezmoc, což může doprovázet bolest hlavy, žaludeční potíže nebo únava. Mezi kognitivní symptomy patří například nesoustředěnost. Dále Herbert popisuje tři koncepty prožívaného smutku (HERBERT, 2013):

- Nejasná ztráta je typická pro rozpor vnímání ztráty osoby, která fyzicky žije, ale není v kontaktu s pěstounskou rodinou. Stejný zármutek pociťují například rodiny pohřešovaných osob. V pěstounské péči se tak jedná zejména o situace, kdy si nová rodina nepřeje udržovat kontakt s přechodnými pěstouny a ti nevědí, jak se dítěti dále daří.
- Neoprávněnost zármutku se týká sociálního pohledu okolí na právo pěstounů truchlit. Pěstoun se setkává s názorem, že odchod dítěte byl dlouho plánovaný, a tudíž není důvod truchlit. V tomto případě je důležitá podpůrná síť a možnost promluvit si s odborníkem.

- Anticipační zármutek je charakteristický tím, že začíná již před plánovanou ztrátou. Je vyvolán zejména tím, že pěstouni nevědí, jak dlouho bude dítě v jejich péči.

4.6 Finanční aspekt pěstounské péče na přechodnou dobu

Pěstoun pobírá měsíční odměnu pěstouna, která činí 20 000 Kč hrubého příjmu, a to i po dobu, kdy nemá v péči svěřené dítě. Čistý příjem je tak cca 16 000 Kč měsíčně. Pokud jsou pěstouni manželé, pobírá odměnu pouze jeden z nich. Dále mají pěstouni nárok na příspěvek na úhradu potřeb dítěte, který je závislý na věku dítěte a jeho zdravotním stavu. Pro zdravé děti do šesti let se jedná o měsíční dávku 4 950 Kč. Další dávky pěstounům na přechodnou dobu nenáleží. Zákon nezakazuje pěstounovi mít k odměně pěstouna další příjmy. Odměny v tomto znění jsou platné od 1. 1. 2018 ([http://www.portal.mpsv.cz/\[cit. 2019-03-03\]](http://www.portal.mpsv.cz/[cit. 2019-03-03])).

Finanční situace pěstounů na přechodnou dobu je velmi diskutovaným tématem. Pěstouni často poukazují na to, že je práce finančně podhodnocena, a to zejména u starších dětí, kdy příspěvky nestačí pokrýt všechny jejich potřeby. Je třeba myslet na to, že děti školou povinné nemají výdaje pouze na ubytování, stravu a oblečení, ale je potřeba jim často zajistit školní pomůcky a dopravu do školy, zájmové kroužky, společné školní výlety či například ozdravný pobyt, aby děti nebyly vyloučeny ze své sociální skupiny. U novorozenců jsou vysoké náklady na umělou mléčnou stravu a pleny. Také počáteční investice před svěřením dítěte pěstounům je obrovská, protože je nutné mít připravené oblečení pro různě velké děti, kočárek, vaničku, přebalovací pult, hračky, autosedačku a další vybavení.

Širokou veřejností je naopak práce pěstounů často vnímána jako velmi výdělečně výhodná, proto jsem se rozhodla v této kapitole vytvořit bilanci příjmů a výdajů při péči o novorozence.

Měsíční výdaje na péči o novorozence	
Umělá mléčná výživa	cca 1 100 Kč
Pleny	cca 1 000 Kč
Léčebné výdaje	Variabilní
Doprava	Variabilní
Počáteční investice	
Kočár	cca 7 000 Kč
Autosedačka	cca 2 500 Kč
Postýlka komplet	cca 2 000Kč
Monitor dechu	cca 2 500 Kč
Vanička	cca 200 Kč
Přebalovací pult	cca 1 500 Kč
Oblečení	cca 5 000 Kč
Hračky	cca 1 000 Kč
Lahvičky	cca 1 000 Kč
Chůvičky	cca 1 000 Kč

Tabulka 3- Výdaje při péči o novorozence (autorka práce)

V tabulce jsou zobrazeny počáteční a pravidelné měsíční výdaje na péči o svěřeného novorozence. V rámci počáteční investice je třeba nakoupit veškeré oblečení potřebné v dané části roku, což má také vliv na jeho cenu, kočárek, autosedačku, přebalovací pult, vaničku a další věci potřebné při každodenní péči o novorozence. Vždy samozřejmě záleží na uvážení pěstounů, v jaké cenové relaci se při nákupu vybavení pohybují, na tyto výdaje přechodní pěstouni nedostávají žádné hmotné příspěvky od příslušných úřadů. Z tabulky vyplývá, že před zahájením péče o dítě musí pěstouni pořídit vybavu za cca 25 000 Kč.

Do pravidelných měsíčních výdajů je potřeba zahrnout umělou mléčnou stravu, pleny a pak zejména výdaje spojené s dopravou. Stěžejní část práce přechodných pěstounů spočívá v podpoře kontaktu s biologickou či náhradní rodinou, je tedy nutné často dítě na místo setkání dopravit, stejně tak je potřeba zahrnout náklady za dopravu k lékaři a drobné léčebné výdaje v podobě potřebných léků či hygienických potřeb. Tyto náklady by měl pokrýt měsíční příspěvek na úhradu potřeb dítěte.

5 Nechtěné děti

Zájem o psychické deprivace nechtěných dětí procházel několika etapami. V období od druhé poloviny 19. století až do 30. let 20. století je zjištěno, že děti vychované v ústavní péči v porovnání s dětmi vychovanými v rodině jsou méně odolné vůči nepříznivým vlivům, mají opožděný mentální vývoj a vyvíjí se nerovnoměrně, toto období bylo charakteristické nesourodým hromaděním zkušeností. Další období 30. a 40. let 20. století se vyznačuje důkladnými výzkumy duševního vývoje v nepříznivém prostředí. V roce 1951 vychází publikace Johna Bowlbyho „Mateřská péče a duševní zdraví“ a je shrnutím výsledků tehdejších výzkumů - dítě má vyrůstat ve vřelém prostředí plném lásky, má být připoutáno k matce či náhradní mateřské osobě trvalým citovým svazkem. Situace, kdy dítě v těchto ohledech strádá, vede k řadě duševních poruch, které mohou být až nenapravitelné. Třetí období bylo v 50. letech 20. století, vznikalo množství studií a za zdroj strádání nebyl považován pouze život dítěte v ústavu, tedy bez mateřské péče, ale i život v nefungujícím rodinném prostředí. V roce 1962 vyšla publikace WHO „Deprivation of Maternal Care“ a otázka deprivace dětí se stala celospolečenskou záležitostí. Čtvrté a poslední období začalo 60. lety 20. století a trvá doposud, toto období přináší významné poznatky z rané psychologie dětí a prohlubuje studium spolupráce organismu a prostředí za podmínek deprivace.

V minulosti bylo provedeno několik studií prokazujících důsledky nechtěného těhotenství pro nechtěné dítě. Studie byly provedeny na dětech, jejichž matky žádaly o interrupci a ta byla zamítnuta. Ke skupině zkoumaného vzorku byla vždy přiřazena skupina kontrolní, tedy k dítěti nechtěnému bylo přiřazeno dítě chtěné stejného pohlaví a narozené ve stejném období. První taková studie proběhla v Göterborgu v letech 1939-1942, interrupce zde byly regulovány legislativou. Výsledkem studie bylo, že děti nechtěné jsou vystaveny většímu riziku psychologických problémů během vývoje, rozdílly ale od kontrolní skupiny v dospělosti slábnou. Po zveřejnění těchto výsledků byly interrupce zlegalizovány. Následovala studie ve Stockholmu v roce 1948, která poukazovala na převahu neklidného chování u nechtěných chlapců a vyšší míru delikventní činnosti v rámci skupiny nechtěných dětí. V roce 1960 následovala tzv. Švédská studie, zde bylo prokázáno, že nejsou rozdílly ve vývoji plodu, předčasné zralosti, perinatální úmrtnosti nebo malformací plodu, výsledky tedy nepodporovaly představu, že nechtěné těhotenství má vliv na vývoj plodu a porod, ale ukazuje, že školní výkonnost nechtěných dětí je horší než dětí chtěných. Blomerg, spoluautor studie, poukazuje na fakt, že děti, které vyrůstají v nejistém prostředí, mají horší školní výsledky, častěji trpí nervovým či psychosomatickým onemocněním a hůře se přizpůsobují v sociálních oblastech.

V 60. letech 20. století probíhala longitudinální studie nechtěných dětí také v Praze. Podle statistiky se v letech 1961–1963 narodilo 316 nechtěných dětí, tedy dětí po zamítnu-

té žádosti o interrupci. Zkoumanou skupinu tvořilo 220 dětí, polovina chlapců a polovina dívek. K nim byla přiřazena stejně početná skupina dětí z plánovaného těhotenství.

První etapa výzkumu probíhala v letech 1970–1972, dětem bylo tehdy devět let a zjistilo se, že porodní hmotnost a délka dětí v obou skupinách se neliší, nechtěné děti byly kojeny výrazně kratší dobu, potřebovaly více lékařské péče, byl zaznamenán vyšší výskyt přidružených onemocnění, měly vyšší BMI a při stejné inteligenci dětí se prokázalo, že děti nechtěné mají horší prospěch ve škole, a to zejména v českém jazyce. Druhá etapa výzkumu proběhla v roce 1977, kdy dětem bylo 14 až 16 let. Rozdíl mezi skupinami byl větší. Nechtěné děti začaly pracovat bez vyučení, nechtění chlapci vykazovali větší emocionální nevyváženost, víc se prosazovali v kolektivu. Děvčata nechtěná byla naopak tichá bez větších potíží v kolektivu. Třetí etapa proběhla, když dětem bylo 21 až 23 let, zde se objevuje u zkoumané skupiny vyšší záhyt problémů v zaměstnání, nespokojenost se životem, nestabilita partnerských vztahů, rizikové sexuální chování atd. V druhé etapě výzkumu byli nechtění chlapci považováni za problematičtější než dívky, ve třetí etapě bylo zjištěno, že se prohloubil rozdíl mezi zkoumanou a kontrolní skupinou dívek. Dívky se vyznačovaly emocionální nevyrovnaností, neidentifikovaly se s mateřskou rolí, z toho vyplývá, že mohlo dojít k dalším nechtěným těhotenstvím. Poslední etapa výzkumu proběhla v letech 1992 až 1993, zde byla položena otázka, zda samotné nechtěné těhotenství je jediným důvodem problematického vývoje nechtěných dětí. Bylo zjištěno, že například 28% žen narozených jako nechtěných bylo registrováno jako problematické matky, z kontrolní skupiny to bylo 16% žen, 39% žen ze zkoumané skupiny se nevdalo, z kontrolní skupiny to bylo 17% žen. Všechny čtyři etapy výzkumu se zúčastnilo 75% původních účastníků, tzv. odpad byl způsoben odmítnutím spolupráce, emigrací, odstěhováním z Prahy, výkonem trestu, atd. Je tedy dokázáno, že nechtěné těhotenství nemá dopad pouze na psychologii matky, ale má výrazné důsledky pro vývoj dítěte, a to zejména po stránce psychologické, emocionální a sociální (ŠULOVÁ, FAIT, 2009).

5.1.1 Fyziologický psychomotorický vývoj dítěte do jednoho roku věku

Zakladatelem vývojových teorií byl Sigmund Freud, a to na počátku 20. století. Na jeho práci navazoval švýcarský psycholog Jean Piaget, který zdůrazňuje vzájemnou podmíněnost mezi vývojem centrální nervové soustavy, rozvojem kognitivních schopností a psychologickým a sociálním vývojem dítěte. Dále bylo prokázáno, že na vývoji dítěte se podílí vliv hormonů, genů a prostředí, které je podstatné například pro vývoj temperamentu a kognitivních schopností. Psychomotorický vývoj začíná již prenatálně, po porodu je v praxi rozdělen do několika období (NEJEZCHLEBOVÁ, 2014).

Prenatální motorikou se zabýval již v 80. letech 20. století Prechtel, ke zkoumání pohybů plodu v děloze použil ultrazvuk. První pohyby plodu jsou popsány již od osmého týdne těhotenství, v devátém týdnu plod nacvičuje dýchání a během dvanáctého týdne se

začíná v děloze přetáčet. Prvním vyvinutým smyslem je hmat, od 14. týdne těhotenství již plod vnímá doteky celým tělem, dotýká se samo sebe, cumlá si končetiny, vnímá, pokud matka či otec položí ruku na břicho, kůže je citlivá na chlad, teplo, bolest či tlak (NEJE-ZCHLEBOVÁ, 2014). Od 16. týdne těhotenství plod reaguje na zvuk, vnímá zvuky v těle matky, hlasy, či zvuky z vnějšího prostředí. Hlas matky má na plod uklidňující účinky. Chuť a čich se rozvíjí kolem 12. týdne nitroděložního vývoje, kdy plod začíná polykat amniovou tekutinu, na tomto podkladě je po narození schopen poznat svoji matku podle vůně mateřského mléka. Posledním vyvíjejícím se smyslem je zrak. V 16. týdnu těhotenství je plod citlivý na světlo a v 18. týdnu plod otevírá oči, schopnost vidět se ale rozvíjí až po narození (BÍLÁ, 2013). Cínová a Ondriová tvrdí, že dítě vnímá prožitky matky a je schopno s matkou prenatálně komunikovat. Milující prostředí je předpokladem pro vytvoření důvěry, otevřenosti a vstřícnosti po narození. Ve své práci popisují fyziologickou, smyslovou a emocionální prenatální komunikaci. Ve fyziologické komunikaci dítě reaguje na látky v krevním řečišti, které prostupují placentou, v rámci smyslové komunikace dítě vnímá masírování břicha, změnu polohy atd. Do emocionální komunikace patří prožívání matky, její vnímání plodu a citové prožitky, které se na plod přenášejí (ONDRIOVÁ, CÍNOVÁ, 2012).

Během prvního roku života dítě vyroste o 50% své porodní délky a ztrojnásobí svoji porodní váhu. Dochází k vývoji hrubé a jemné motoriky, kognitivních procesů, do kterých zahrnujeme představy, myšlení, paměť, učení či řeč.

Vývoj hrubé motoriky navazuje na prenatální vývoj a je ukončen ve čtyřech letech věku. V prvním roce života zahrnuje vertikalizaci a lokomoci. V rámci vertikalizace se mění držení těla, vyvíjí se sed a stoj. Ve třech měsících je kojeneček stabilní na předloktcích, v šesti měsících už je schopný stabilizovat trup opřený o dlaně, v pátém měsíci se vědomě přetáčí na bok, kde dokáže stabilně ležet, v osmi měsících se vyvíjí stabilita v kleku a v deseti měsících pak v kvadrupedálním postoji, dítě je tedy schopno chodit například kolem nábytku. Lokomoce představuje přetáčení, plazení a vývoj chůze. Po narození dítě samo neudrží hlavičku a během prvního roku se vyvine až do fáze, kdy je schopno samo chodit. Tento vývoj začíná kolem šestého měsíce, kdy se dítě otáčí, v sedmém měsíci začíná dělat tzv. „letadlo“, zvedá ručičky nad podložku. V devíti měsících dítě začíná lézt, během jedenáctého měsíce se postupně dopracuje k samostatnému postoji a během dvanáctého měsíce začíná chodit.

Vývoj jemné motoriky nejlépe sledujeme na vývoji úchopu. Během čtvrtého měsíce je dítě schopno uchopit hračku celou dlaní, postupně zapojuje do úchopu palec, ale jeho opozici dítě využije až před sedmým měsícem života. V devátém měsíci vývoje je dítě schopno, tzv. klešťového úchopu (LEBL, 2011).

Smyslové vnímání se vyvíjí chronologicky a jednotlivé smysly dozrávají s přibýváním podnětů po narození. Zrakové podněty jsou důležité pro motorický i kognitivní vývoj, protože pomáhají utvářet představy o pohybech těla. Dítě je schopno fixovat očima předmět kolem 4. týdne věku. Kojenec zapojuje nejdříve pohyby celé hlavy, poté těla a snaží se objekt uchopit, rozvíjí se tak souhra mezi rukou a okem a později mezi rukou, okem a ústy. Zlepšuje se zraková ostrost, která umožňuje vnímat i malé předměty a detaily, například prostorová orientace v místnosti se vyvíjí kolem jednoho roku věku. Na zvuky novorozeneц reaguje akustikofaciálním reflexem, rozeznává hlas matky, na hlasité zvuky reaguje úlekem, postupně se za zvukem otáčí a hledá jeho zdroj. V osmém měsíci života je ukončen vývoj akustického nervu (KIEDROŇOVÁ, 2010). Kojenec je schopen sledovat dráhu předmětu, ale v prvních šesti měsících pro něj předmět, který je mimo jeho zorné pole přestává existovat. Teprve mezi devátým a dvanáctým měsícem je schopen chápat trvalost předmětů (LEBL, 2011).

Již od prvního týdne se vyvíjí sociální kontakt, do kterého dítě zapojuje všechny smysly. Nejpodstatnější je vývoj vztahu matka-dítě, zde je velmi důležitá podpora kojení. V prvních týdnech dítě komunikuje prostřednictvím pláče, od třetího měsíce by mělo pláče ubývat, protože dítě se naučí reagovat jiným způsobem, umí se usmát, dotýkat se, začíná si dumlat. Od druhého měsíce věku se začíná komunikace mezi matkou a dítětem vokalizovat, navazuje fáze žvatlání, v jednom roce tato fáze vrcholí a dítě začíná používat jednotlivá slova, významu slov dítě rozumí již kolem devátého měsíce (NEJEZCHLEBOVÁ, 2014).

5.2 Vliv náhradní výchovy na vývoj dítěte

Prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, je úzce spojeno s jeho vývojem. Dítě potřebuje kontinuitu s osobami, které jsou mu blízké, pocit stálosti a stabilitu. Pro zdravý vývoj jedince je důležité prožít vzájemné vztahy, mít dostatek podnětů, které jsou variabilní a stabilně uspokojovat potřeby, pokud tato situace nenastane, dochází k narušení a zpomalení vývoje a rozvoji psychické deprivace.

V prvních čtyřech letech života dítěte dochází k vývoji center v mozku, které později ovlivňují osobnost jedince, proces učení a zvládání stresu a emocí. Ústavní či náhradní rodinná výchova má tedy významný vliv na kognitivní vývoj. Na základě výsledků několika studií je prokázáno, že děti svěřené do ústavní péče mají nižší hodnoty IQ a jsou opožděny v rozvoji řeči. Kognitivní vývoj dětí v rodinné péči je ovlivněn osobnostmi náhradních rodičů, motivací a jejich postoji. Významně zhoršený vývoj vykazují děti z ústavní péče zejména v oblastech socioemočních. Děti v dětských domovech nemají možnost utvořit si vztah s dospělým jedincem, jsou pak méně důvěřivé a složitě vytvářejí další citová pouta. Asi 30% dětí v ústavech trpí poruchou chování, poruchou emoční nebo

vývojovou, mají větší sklony k používání psychotropních látek a závislostem v dospělosti a často trpí poruchou seberegulace.

Deprivace v sociální oblasti se může v dospělosti manifestovat psychiatrickými problémy. Dospělí, kteří v dětství prošli institucionální péčí, mívají nižší úroveň vzdělání, nižší společenské kompetence a špatné sociální interakce.

Zpomalení psychického vývoje se může projevit také vývojem tělesným. Dle studií dochází k zpomalení růstu a nižší tělesné hmotnosti, není tomu tak v souvislosti s nutričními podmínkami. Často se také u dětí z dětských domovů objevují fyzické potíže, snížená imunita a nižší odolnost vůči zátěži (PTÁČEK ET AL., 2011).

Na základě české studie v letech 2010–2011 bylo zjištěno, že z vývojového hlediska jsou nejslabší děti v dětských domovech, o něco lépe vycházejí děti z pěstounských rodin, následují děti z rodin neúplných. Děti z dětských domovů mají špatné výsledky v oblasti expresivní řeči, špatně rozeznávají emoce a sociálně kompetentní chování. V oblasti porozumění sociálním situacím a regulací emocí jsou na tom ze všech dětí nejlépe, často ale trpí pocity osamělosti. Děti z biologických rodin se častěji spoléhají na pomoc dospělého, naopak děti z náhradních forem péče jsou samostatnější. Téměř na stejné úrovni je institucionální a pěstounská péče ve výskytu poruch chování, hyperaktivity, impulzivity, poruch opozičního vzdoru a tento výskyt až trojnásobně převyšuje výskyt v běžné populaci (PTÁČEK ET AL., 2011). Důvodem pro tyto poruchy může být i časté střídání pečujících rodin. Děti putující z rodiny do rodiny jsou často nestabilní a označované za problémové, důvodem může být například to, že nemohou plánovat svou budoucnost (LOCKWOOD ET AL., 2015). Děti z dětských domovů mají sklony k depresivitě, neumí si užívat radosti, ve škole mají nejnižší hodnocení zejména v čtení a pravopisu (PTÁČEK ET AL., 2011).

Je ale důležité vzít v potaz, že děti umístěné do náhradní péče ústavní či rodinné přicházejí ve většině případů již se zatěžující anamnézou, která je sama považovaná za silně negativní prvek. Často tak tyto děti již přichází s narušeným vývojem do náhradní péče, proto není možné jen podle těchto parametrů hodnotit kvalitu jakékoliv formy náhradní péče, přesto pěstounská péče je na tom s vlivem na vývoj dítěte o poznání lépe (PTÁČEK ET AL., 2011).

Praktická část

6 Metodika

Praktická část je zpracována formou kazuistiky chlapce vyrůstajícího v pěstounské péči na přechodnou dobu. Kazuistika zachycuje nemocniční a lékařskou péči o dítě, ale soustředí se zejména na popis péče právě v pěstounské rodině. Ke zpracování praktické části byly využity rozsudky a usnesení soudu, lékařská dokumentace za dobu hospitalizace a následně lékařská dokumentace pediatra, dále jsou použity zprávy z jednotlivých speciálních vyšetření, jako například kardiologické nebo neurologické vyšetření a informace z očkovacího průkazu.

Péče v pěstounské a následně adoptivní rodině je zpracována nejen na základě pozorování při návštěvách, rozhovorů s pěstouny a adoptivní rodinou, ale informace jsou také čerpány například z deníku, který pěstounka dítěti vedla. Kazuistika tak poskytuje ucelený popis péče o novorozence po narození, přechodu do pěstounské péče a následně o životě v ní a o přechodu do adoptivní rodiny. Praktická část má za cíl zhodnotit, zda je pěstounská péče na přechodnou dobu opravdu šancí pro nechtěné novorozeně a přináší-li dítěti opravdu více benefitů než traumat.

7 Případová studie

7.1 Judikatura

Ve věci opatrovnictví nezletilého chlapce rozhodoval okresní soud poprvé 17. 1. 2017. Bylo nařízeno předběžné opatření, kterým se chlapec předával do péče pěstounů na přechodnou dobu, a zároveň byl chlapci v tomto termínu jmenován opatrovník a to městský úřad - OSPOD. Navrhovatel tehdy uvedl, že chlapec se narodil z nesledovaného těhotenství dne 22. 12. 2016 a již v době těhotenství matka uváděla, že se o dítě nebude moci starat, neboť nemá vhodné podmínky a ani se o dítě starat nechce, chce jej přenechat k osvojení. Po narození dítě vidět nechtěla, z porodnice odešla první den po porodu. Otec nezletilého není uveden, nezletilý tedy nemá nikoho z příbuzných, kdo by se jej ujal a zajistil tak řádnou péči o něj. Chlapec je zdravý. Soud tehdy kontaktoval navrhovatele a oblastní nemocnici a ověřil si všechny údaje. Telefonický kontakt na matku nebyl znám. Z rozhodnutí Krajského úřadu Středočeského kraje ze dne 28. 12. 2016 bylo zjištěno, že pěstouni jsou plně způsobilí vykonávat tuto funkci a rovněž mají zajištěny vhodné bytové podmínky pro převzetí dítěte. Soud tedy měl za to, že jsou splněny všechny podmínky pro nařízení předběžného opatření a rozhodl, že dítě bude svěřeno do pěstounské péče na přechodnou dobu jako alternativa péče v ústavním zařízení.

Dne 21. 2. 2017 byl matkou před okresním soudem udělen předběžný souhlas s osvojením nezletilého bez vztahu k určitým osvojitelům. O důsledcích prohlášení souhlasu s osvojením, o podstatě osvojení a o podmínkách odvolání souhlasu s osvojením byla matka řádně poučena. Matka souhlas v určené lhůtě neodvolala, o syna se nezajímala.

Podruhé soud rozhodoval 30. 3. 2017 již o plném svěřeni chlapce do péče pěstounů. K soudu byla předvolána i matka dítěte. Ze zpráv opatrovníka vyplynulo, že se pěstouni o chlapce řádně starají od 17. 1. 2017 a převzali si ho přímo z novorozeneckého oddělení. Pěstouni uvádějí, že žijí s mladší dcerou v bytě 3+1, dítě navštěvovali od 4. 1. 2017, podstoupili s dítětem všechna doporučená vyšetření s ohledem na to, že je dítě nedonošené. V týdnu o chlapce pečuje převážně pěstounka, o víkendu jí s péčí pomáhá manžel. S opatrovníkem dobře spolupracují, z rodiny dítěte je zatím nikdo nekontaktoval. Matka chlapce během ústního jednání uvedla, že žije se svým přítelem, s oběma dcerami (1997,2005) a přítelem starší dcery v rodinném domě, že odešla z porodnice den po porodu a od té doby syna neviděla. Přítel o těhotenství věděl, nikoho jiného z rodiny žena nemá. Rozhodla se udělit souhlas s osvojením nezletilého, jelikož se nemůže starat o další malé dítě. Soud rozhodl o svěřeni dítěte do péče pěstounů na přechodnou dobu, u nichž se dítě nachází na základě předběžného opatření. Soud podotýká, že tato péče může trvat maximálně jeden rok, nestanovil však přesnou délku trvání péče o chlapce přechodnými pěstouny.

Třetí soudní stání ve věci péče o nezletilé dítě proběhlo 10. 7. 2017 a byl zde projednán návrh budoucích osvojitelů na svěřeni chlapce do péče před osvojením na základě předběžného opatření. Navrhovatelka pracuje jako učitelka na prvním stupni základní školy, navrhovatel jako vedoucí údržby na soukromé vysoké škole. Žijí spolu ve svém rodinném domě, který se nachází na okraji Prahy, nedaleko lesa v klidné lokalitě. Dům je přízemní a plně vybavený. Po oznámení o vhodnosti osvojení nezletilého, začali navrhovatelé chlapce navštěvovat, po několika návštěvách na ně chlapec dobře reagoval, navrhovatelé si vytvořili citovou vazbu, těší se na každou další návštěvu. Vzhledem k věku dítěte by ho chtěli mít budoucí osvojitelé, co nejdříve doma, aby mohl trvale citově zakotvit, a aby vyrůstal v budoucím domově. Navrhovatelka v době soudního řízení byla na dvouměsíční dovolené, připravená se o chlapce bez komplikací starat a následně přejít na mateřskou a rodičovskou dovolenou. Na základě těchto informací soud rozhodl o předání dítěte do okamžité péče před osvojením, opatrovníkem dítěte nadále zůstává OSPOD.

Trvale byl do péče před osvojením chlapec svěřen dne 16. 8. 2017. Při ústním jednání oba navrhovatelé trvají na tom, že dítě chtějí v budoucnu osvojit, převzali si ho do péče 21. 7. 2017 a již před tím probíhalo seznamování s chlapcem. Chlapec si u nich zvykl velmi dobře, přijala ho i celá širší rodina. Nezletilý již reaguje na své křestní jméno a navrhovatelé tedy nemají v úmyslu ho měnit. Ze zprávy o šetření městského úřadu vy-

plývá, že o dítě navrhovatelé pečují velice dobře, veškeré prostory v domě i okolí jsou v pořádku a v čistotě, nezletilý má vše potřebné ke svému vývoji a v péči navrhovatelů se mu velmi daří. Po zhodnocení všech důkazů soud rozhoduje o svěření péče před osvojením, neboť je to v naprostém zájmu dítěte.

Poslední soudní řízení proběhlo 22. 2. 2018, zde byl chlapec definitivně osvojen budoucími rodiči. Z doložených dokumentů vyplývá, že se osvojitelé o chlapce dobře starají, dítě v jejich péči prospívá, jeho psychomotorický vývoj je v normě. Například ve zprávě z OSPOD je uvedeno, že dítě projevuje náklonnost k osvojitelům, osvojitelé mají k chlapci vztah jako k vlastnímu dítěti a prarodiče dítě přijali jako své vnouče. Po prozkoumání všech důkazů soud rozhodl, že osvojení je v nelepším zájmu dítěte a žádající manželé se tak stávají rodiči chlapce. Jsou zapsáni do jeho rodného listu a chlapec nese jejich společné příjmení. Tímto celý soudní proces ve věci osvojení nezletilého končí.

7.2 Ošetřovatelská kazuistika

Dne 22. 12. 2016 v oblastní nemocnici Středočeského kraje se narodil chlapec s porodní hmotností 1840g a délkou 40cm. Matkou byla čtyřicetiletá žena počtvrté těhotná a potřetí rodičí. Porodila již dvě děvčata v roce 1997 a 2015, obě jsou zdravé. Gravidita nebyla sledována lékařem, žena podstoupila pouze prvotrimestrální screening, ve kterém vyšlo riziko Downova syndromu 1:190 a základní laboratorní vyšetření, ze kterého vyplývá, že ženina krevní skupina je A Rh pozitivní, BWR negativní, HbsAg také negativní, další vyšetření neproběhla. Těhotenství bylo zřejmě bez obtíží, pozdně zachyceno. Žena pocházela ze špatného sociálního zázemí, nepracovala, dítě nabídla k adopci.

Rodička byla přijata na porodní sál pro odtok čiré vody plodové. Porod proběhl spontánně záhlavím bez obtíží, ozvy plodu v průběhu porodu fyziologické. Odhadnuté gestační stáří chlapce bylo 32+6 týdnů těhotenství. Chlapec po porodu křičel, akci srdeční měl trvale nad 100 tepů za minutu, z počátku byl mírně akrocyanotický, ale v první minutě růžověl. Dýchal volně a v páté minutě byl bez problémů. Chlapec spontánně močil a smolil. Po páté minutě začal lehce grunting². Po zvážení je převezen na JINP a matce není ukázán. Apgar score bylo stanoveno 10-10-9, bod sražen za dech.

² Patologický poslechový nález, typicky se vyskytující u nezralých novorozenců se syndromem dechové tísně. Vzniká sevřením hlasové štěrbiny při výdechu ve snaze reflexně zabránit kolapsu plic zadržetím vzduchu v plicích a zvýšením funkční reziduální kapacity plic. (LEBL et al., 2007)

Na oddělení JINP bylo dítě ošetřeno lékařem se závěrem:

Tepová frekvence 142/min., tělesná teplota 37°C, krevní tlak 68/40, saturace 88%, 90%, dechová frekvence 48/min., lehce nezralý novorozenec, v desáté minutě grunting se zatahováním jugula, ale růžový a dobře prokrvený, kapilární návrat 2-3 vteřiny, slyšitelný srdeční šelest, hlava mesocephalická s velkou fontanelou 1 cm x 1 cm, patro celistvé, klíčky intaktní, hrudník souměrný, břicho měkké, pupeční pahýl zaklipován, genitál nezralý, testes hmatné pouze vpravo, kůže zamázkovaná, tonus, reflexy a spontánní motilita přiměřená nezralosti, bez zjevných známek VVV a porodního traumatismu

Chlapci byla nasazena distenční terapie nCPAP (PEEP 5, FiO₂ maximálně 0,25) společně s infuzní terapií (glukóza + ionty + Primene). Terapie na nCPAP byla ukončena po devíti hodinách, následovala ještě tři hodinová oxygenoterapie, dále dítě dýchalo samo, nedesaturovalo. Infuzní terapie trvala tři dny. Ze začátku hůře toleroval stravu, ublinkával a měl menší chuť k jídlu, byla mu tedy zavedena nasogastrická sonda, kterou měl do 14. dne života, postupně navyšování příjem per os. Prospíval od čtvrtého dne, předtím váhový úbytek na 1620g. Močil volně, stoličky odcházely pravidelně jednou za den. Pro mukopurulentní bilaterální conjunctivitidu byla ordinována léčba Ocuflash kapkami. Chlapec byl lehce ikterický, léčen fototerapií, v kontrolních odběrech měl hraniční hemoglobin, ferritin pod 100µg/l a lehce vyšší ALP, metabolismus Ca/P v normě. Během hospitalizace byl dítěti aplikován intramuskulárně Kanavit 0,05 ml.

Při propuštění bylo doporučeno zůstat na vyzkoušené stravě preBeba discharge 8krát 60ml nebo dle chuti, pravidelně navštěvovat pediatra, který bude sledovat růst dle percentilových grafů, pravidelně užívat Vigantol (vitamin D – vliv na vývoj a růst kostí) jednu kapku jednou denně, probiotické kapky (podpora střevní mikroflóry) pět kapek denně, Maltofer (doplnění železa v rámci léčby anémie) dvě kapky ráno a tři kapky večer každý den, oči čistit dle potřeby, při zhoršení sekrece navštívit lékaře. Dále doporučeno kontrolní vyšetření krevního obrazu, metabolismu železa a ALP. Za tři až čtyři týdny od propuštění ultrazvukové vyšetření kyčlí, za měsíc od propuštění neurologické vyšetření a kardiologické vyšetření v průběhu ledna 2017.

Na základě předběžného opatření byl chlapec propuštěn do pěstounské péče na přechodnou dobu, během pobytu pěstouni pravidelně dítě navštěvovali a byli zaučeni v péči o něj. Před dimisí byla pěstounka s chlapcem dva dny hospitalizována. Matka se během hospitalizace na chlapce neinformovala, na návštěvy nechodila. Chlapec byl propuštěn dne 17. 1. 2017 po 26 dnech hospitalizace v dobrém celkovém stavu, s váhou 2680g a délkou 45cm, anikterický, neurologicky bez problémů, ale se slyšitelným srdečním šelestem 1-2/6.

7.2.1 Ošetrovatelská anamnéza a ošetrovatelské diagnózy

Chlapce jsem sama několikrát navštívila již na klasickém novorozeneckém oddělení, během návštěv jsem podle ošetrovatelského procesu Virginie Hedersonové sebrala ošetrovatelskou anamnézu a navrhla několik možných ošetrovatelských diagnóz a plán ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelská anamnéza:

- Udržení tělesné teploty – dítě je uloženo v postýlce, oblečeno a zabaleno do peřinky, v místnosti je vhodná teplota, při přebalování či koupání se používá topné těleso nad přebalovacím pultem, tělesná teplota dítěte se pohybuje v rozmezí 36,6°C – 37,4°C
- Potřeba dýchání – chlapec dýchá spontánně, dechová frekvence se pohybuje v rozmezí 40 – 50 dechů/min, pro riziko dekompenzace dechu je uložen na monitor dechu BabySens
- Potřeba hydratace a výživy – dítě krmeno umělou mléčnou stravou preBeba discharge 8 krát denně, stravu toleruje, na váze přibývá
- Potřeba vyprazdňování – močí spontánně bez obtíží, stolička pravidelná minimálně jednou denně
- Potřeba odpočinku a spánku- chlapec je na samostatném pokoji, není tedy rušen ostatními dětmi, ošetrovatelské zásahy jsou koncentrovány do období před krmením, aby bylo dítě ve spánku, co nejméně rušeno, spí přibližně 17 hodin denně
- Potřeba polohování – dítě polohují sestry nebo pěstouni, je využívána poloha na zádech či na boku, po jídle je často dítě položeno na břicho a následně opět polohováno na bok
- Potřeba hygieny – o tělesnou čistotu pečuje sestra nebo pěstouni, koupání dítěte provádí každý den, kůži ošetřují slunečnicovým olejem, pupečnickový pahýl je ošetřován dezinfekcí, dítě je pravidelně přebalováno, oblast zadečku a genitálu je udržována v čistotě, ošetřována dětskou masťou, oči ošetřovány očními kapkami
- Potřeba bezpečí a jistoty – dítě je v postýlce uloženo do tzv. hnízda, které mu zajišťuje pocit bezpečí a jistoty
- Potřeba sociálního kontaktu – sestry dítěti poskytují kontakt, podporují kontakt s pěstouny, pěstounka s dítětem hospitalizována, matka o dítě nejeví žádný zájem

Ošetrovatelské diagnózy a plán ošetrovatelské péče

1. Nedostatečný sociální kontakt, přerušení vazby matka-dítě související s odloučením novorozence od matky z důvodu poskytnutí dítěte k adopci

Cíl: Podpora kontaktu s pěstouny

Plán péče:

- Umožnit co nejčastější kontakt dítěte s pěstouny, aby si dítě vytvořilo kladný vztah k pečujícím osobám
- Edukovat pěstouny o důležitosti pravidelných návštěv
- Zacvičit pěstouny v péči o dítě
- Nechat pěstouny dítěti dát například hračku do postýlky
- Informovat pěstouny o stavu dítěte
- Umožnit pěstounce hospitalizaci s dítětem, pokud bude mít zájem
- Pokud matka projeví zájem o dítě, umožnit kontakt s dítětem

Realizace péče:

Od 4. 1. 2017 chodili za chlapcem na oddělení pěstouni pravidelně dvakrát denně, sestry je edukovali o důležitosti pravidelných návštěv. Pěstouni dítěti donesli hračku a dudlík, k dítěti se chovali velmi přívětivě a mile. Ošetřující neonatolog navrhl pěstounce možnost hospitalizace před dimisí chlapce, ta tuto nabídku přijala a s chlapcem byla poslední dva dny hospitalizována. Péči o chlapce zvládali pěstouni po několika návštěvách zcela samostatně. Dítě rychle a dobře reagovalo na přítomnost pěstounů.

Hodnocení:

Kontakt s pěstouny byl podpořen v největší možné míře. Pěstouni dobře spolupracovali. Matka neprojevila zájem o kontakt s dítětem, ale nebylo mu nijak bráněno.

2. Riziko podchlazení související s nezralostí a nedostatečnou vrstvou podkožního tuku

Cíl: Tělesná teplota bude po celou dobu hospitalizace ve fyziologickém rozmezí 36,5°C – 37,5°C

Plán péče:

- Měřit tělesnou teplotu minimálně dvakrát denně, hodnotu zapsat do dokumentace
- Měřit teplotu správným postupem
- Při manipulaci s dítětem například při přebalování či koupání využívat topné těleso nad přebalovacím pultem
- Volit oblečení dle roční doby a teploty v místnosti, dítě nepřehřívat

Realizace péče:

Tělesná teplota dítěte byla pravidelně měřena ráno po probuzení a večer před koupáním. Používán byl digitální teploměr, teplota byla měřena podpažní jamce. Při manipulaci s dítětem spojené se ztrátou teploty sestry nebo pěstouni používali topné těleso nad přeba-

lovacím pultem, koupání a přebalování bylo provedeno pečlivě, ale rychle, aby dítě nebylo zbytečně dlouho vystavováno chladnějším teplotám. Místnost byla vytápěna na cca 23°C, dítě bylo oblečeno v overalu, zabaleno do zavinovačky a přikryto přikrývkou.

Hodnocení:

Tělesná teplota chlapce kolísala během hospitalizace v rozmezí 36,5°C - 37,4°C, byla tedy ve fyziologické normě.

3. Riziko nedostatečné výživy související s nízkou porodní hmotností

Cíl: Dítě pravidelně přibývá na váze, celkový úbytek nebude více než 10%

Plán péče:

- Dítě krmit každé tři hodiny předepsanou stravou
- Každé krmení a množství vypitého mléka zapsat do dokumentace
- Minimalizovat riziko ublinkávání, dítě se nechá po jídle odříhnout, je vhodně polohováno
- Případné ublinkávání či zvracení zaznamenávat do dokumentace
- V případě většího úbytku znovu zavést nasogastrickou sondu
- Dítě každý den vážit a váhu zaznamenávat do dokumentace

Realizace péče:

Dítě krmeno každé tři hodiny umělou mléčnou stravou v dávce 60 ml, a to i v noci. Časy krmení a množství vypitého mléka byly zaznamenány do dokumentace. Po jídle sestry nechali chlapce odříhnout nejčastěji v poloze tygřika, do postýlky bylo ukládáno v poloze na bříšku. Chlapec nezvracel, stravu dobře toleroval, ublinkával pouze minimálně.

Hodnocení:

Úbytek váhy pouze v prvních čtyřech dnech života, a to z 1840g na 1620g (12% úbytek), na klasickém novorozeneckém oddělení již chlapec přibýval na váze, nebylo nutné znovu zavést nasogastrickou sondu. Před propuštěním byla chlapcova váha 2680g.

4. Riziko dekompenzace dechu z důvodu nezralosti novorozence

Cíl: Dítě je dechově kompenzované, nemá desaturace a má stabilní dechovou frekvenci

Plán péče:

- Monitorovat saturaci krve kyslíkem, při desaturacích informovat lékaře, po ukončení monitorace dítě umístit na monitor dechu
- V případě potřeby podávat kyslík
- Pravidelně sledovat dechovou frekvenci a zaznamenávat ji do dokumentace
- Dítě vhodně polohovat, a tím podporovat snadné dýchání
- Zajistit dostatek odpočinku a klidný nerušený spánek

- Krmit dítě trpělivě v předepsaných dávkách a s vhodnou savičkou na lahvičce

Realizace péče:

První tři dny na novorozeneckém oddělení měl chlapec saturační čidlo přidělané na ručičce, desaturoval s hodnotami saturace kolem 80% pouze při jídle, po změně savičky a zmenšení dávky mléka se stav upravil. Po třech dnech monitorace saturačním čidlem ukončena, chlapec uložen pouze na monitor dechu. Sestry nepozorovaly žádné známky dekompenzace dechu.

Hodnocení:

Dítě má stabilní dechovou frekvenci kolem 40-50 dechů za minutu. Monitor dechu nesignalizoval žádné dechové apnoe.

5. Riziko syndromu náhlého úmrtí kojence související s přítomnými rizikovými faktory - nezralost, pohlaví, nízká porodní hmotnost, pozdní nebo žádná prenatální péče, spánek v poloze na břiše, přehřívání dítěte

Cíl: Minimalizovat rizikové faktory

Plán péče:

- Včas rozpoznat náznaky signalizující možnost vzniku rizika náhlého úmrtí kojence
- Edukovat pěstouny o rizikových faktorech vzniku syndromu náhlého úmrtí kojence
- Naučit pěstouny péči o dítě
- Volit vhodnou polohu dítěte při spánku, dítě nespí v poloze na bříšku
- Používat monitor dechu
- Dbát na vhodnost oděvu, dítě nepřehřívát

Realizace péče:

Sestry pravidelně monitorovaly fyziologické funkce dítěte, dítě bylo uloženo na monitor dechu, který by případně upozornil na dechovou apnoe. Pěstouni byli důkladně edukováni o rizikových faktorech vzniku syndromu náhlého úmrtí kojence spojených se zdravotním stavem chlapce. Péči o chlapce zvládali samostatně bez dopomoci sestry, dítě spalo nejčastěji v poloze na bříšku. Je oblečeno v overalu, zabaleno v zavinovačce a přikryto přikrývkou, teplota v místnosti je cca 23°C.

Hodnocení:

Kromě vhodné polohy při spánku byly rizikové faktory minimalizovány, pěstouni byli edukováni dětskou sestrou i ošetřujícím lékařem.

7.3 Péče o dítě bezprostředně po propuštění z nemocnice

Po příchodu domů pěstouni pokračovali v péči o dítě dle doporučení lékařů z neonatologického oddělení.

Mléčnou stravu neměnili, zůstali tak u mléčné formule preBeba discharge. Chlapec vypil 60 ml v každé dávce. Přes den jedl každé tři hodiny, v noci ho pěstounka nebudila, počkala, až se chlapec sám vzbudí. V tomto ohledu nebylo bráno v potaz doporučení dětských sester z neonatologie, které dítě v noci budily. Dětský lékař byl o tomto stavu při prohlídce dítěte informován a postup schválil. Chlapec byl tedy krmen v noci cca v 1 hodinu a pak až kolem 5. hodiny ranní. Vstával kolem 8:30 ráno, dále pokračováno v krmení po třech hodinách.

Vyprazdňování probíhalo ze začátku bez problémů, chlapec spontánně močil, stolička odcházela pravidelně po jídle. O kůži na zadečku bylo pečováno dětskou mastí Sudocrem, opruzeniny neměl. Přebalován byl pravidelně po jídle či dle potřeby, pěstouni používali jednorázové pleny velikosti 1.

Doma byl chlapec nejčastěji oblékán do dětského body a kalhot či punčocháčů, spal v dětském overalu. Byl zimomřivý, špatně reagoval na chlad. Často byl těsně zabalen do deky či zavinovačky. Nejčastěji spal v poloze na bříšku nebo na boku, poloha na zádech mu nevyhovovala. Pěstouni nepoužívali monitor dechu.

Pěstouni chlapce koupali každý den v 19. hodin v rámci nastavení režimu dítěte. Byl koupán ve vaničce bez lehátka s použitím dětské kosmetiky značky HIPP. V rámci koupele byly dítěti myty i vlásky, a to stejnou kosmetikou. Dítě koupání nesnášelo dobře, plakalo. Po koupání byla kůže pečlivě osušena a promazána dětským olejem, oči ošetřovány dle ordinace lékařem. Pupeční pahýl již pěstouni nedezinfikovali, byl bez známek infekce.

Dítě spalo v období mezi krmením v připraveném košíku v obývacím pokoji za běžného chodu domácnosti, či v kočárku. V noci a po obědě spal v postýlce v ložnici pěstounů, kde nebyl rušen. K nočnímu spánku byl chlapec ukládán kolem osmé hodiny večerní. Spal tedy cca 18 hodin denně.

Na první procházku šli pěstouni s dítětem druhý den po propuštění z porodnice, vyhýbali se infekčnímu prostředí. Vzhledem k zimnímu období se jednalo o krátké procházky

v okolí bydliště. Dítě přišlo nejdříve do kontaktu s dcerami pěstounů a rodiči pěstounů, později i s ostatními rodinnými přáteli. V domácnosti žila kočka a malé plemeno psa.

Chlapec byl přes den klidný, plakal velmi málo, a to zejména při pocitu hladu nebo zimy. V podvečerních hodinách vyžadoval kontakt s pečovateli v podstatě až do času koupání a u toho, jak již bylo napsáno, plakal. Dítě bylo velmi často dobře utěšitelné.

7.4 Péče o dítě v období do procesu předávání

Běžná péče o chlapce pokračovala dle popisu z přechozí podkapitoly. Dítě si velmi rychle zvyklo na zavedený systém. Dle zpráv pediatra chlapec v pěstounské péči prospíval, nijak nezaostával v psychomotorickém vývoji. V této kapitole jsou uvedeny změny v péči o dítě, důležité okamžiky chlapcova vývoje a je zde také popsán kontakt s biologickou rodinou. Denní režim dítěte je uveden zvlášť.

Dítě během prvního a druhého měsíce získává vazbu na pěstouny. Reaguje na jejich hlas. Vyžaduje jejich přítomnost. Je schopné fixovat předmět, který je mu ukázán, otáčí za ním hlavičku. V poloze na zádech je schopný na krátkou dobu zvednout nožičky nad podložku, v poloze na bříšku se dotýká podložky všemi končetinami a hlavičku je schopný zvednout jen na pár vteřin. Na konci druhého měsíce dítě trpělo kolikou, bylo hodně plačtivé, špatně utěšitelné, mělo napnuté tvrdé břicho a špatně se vyprazdňovalo. Po třech dnech pěstounka s dítětem navštívila pediatra, protože problémy neustupovaly. Pediatr naordinoval změnu umělé mléčné stravy a použití rektální rourky. Technika „rourkování“ byla pěstounce ukázána v ordinaci, sestra pěstounku trpělivě edukovala. Chlapci ordinované intervence rychle ulevily, problémy s vyprazdňováním však přetrvávaly ještě několik měsíců.

Na začátku března 2017 kontaktovala sociální pracovnice biologická matka dítěte s žádostí o kontakt s chlapcem. Žádost matka podala po poskytnutí souhlasu k adopci. Po domluvě s pěstouny byl kontakt umožněn. S matkou se pěstouni setkali na neutrální půdě. Žena přišla i s oběma dcerami, chlapce si pochovaly a vyfotily. Návštěva trvala asi čtyřicet minut, matka projevila vděk pěstounům za péči o dítě a chválila je, jak dítě v jejich péči prospívá.

Ve třetím měsíci se dítě aktivně snaží tzv. pást hříbátka, nejlépe mu to jde před koupáním, když je svlečené a na tvrdé podložce. Hlavičku už je dítě schopno udržet zdviženou delší dobu a otáčí ji za zvukem. Chlapec se v tuto dobu začíná vědomě usmívat, nejvíce reaguje na osobu pěstouna. Často si strká ručičky do úst, začíná si pobrukovat. Pěstounka chlapci začíná nabízet mimo mléčné stravy ještě vodu a neslazený fenýklový čaj, chlapec pití odmítá, pediatr radí pěstounce setrvat ve snažení, pití chlapci nabízet, ale nevi-

dí v tom žádný problém, pokud chlapec prospívá a dostatečně močí. Chlapec se přestává v noci budit na krmení, stačí ho pouze polohovat, nabídnout dudlík a dítě znovu usíná.

Během čtvrtého měsíce (duben 2017) měla proběhnout další návštěva biologické matky, matka na návštěvu nepřišla. Chlapec lépe snáší koupání, již nepláče. Pěstounka začíná chlapci nabízet příkrmy. První zkoušejí brambor s mrkví, chlapec o příkrm nejeví velký zájem, sní tak tři kávové lžičky. Postupně se situace lepší, do příkrmů je přidávána další zelenina např. brokolice, hrášek, květák a postupně je přidáváno i maso. K svačině dítě dostává ovocné přesnídávky, k večeri pak mléčnou kaši. Chlapec je často pokládán na zem na hrací deku, kde má položené různé hračky. Začíná je uchopovat do ručiček a prohlížet si je. Začíná se přetáčet ze zad na bok.

Pátý měsíc proběhla další návštěva matky, matka přinesla chlapci hračku, rozloučila se a odešla. Setkání trvalo asi deset minut a žena chlapce již neviděla. Dítě se začíná hlasitě smát, hraje si s hračkami, strká si je do úst. Dobře reaguje na zvuk klavíru, uklidní se a poslouchá. Přitahuje se ručičkami do sedu. Pokouší se přetočit na bříško, zatím mu je potřeba dopomoci přidržením zadečku a nožiček ve směru otáčení.

V šestém měsíci je chlapec schopen se otočit na bříško, přestává se v noci budit, protože zvládne změnit polohu sám. V poloze na zádech si hraje s dolními končetinami. Pozoruje okolí, umí uchopit hračku, která mu je podávána. Začíná žvatlat. Přestávají problémy s vyprazdňováním, již není nutné používat rektální rourku. Na přelomu šestého a sedmého měsíce se dítě začíná seznamovat s budoucími rodiči, dobře na ně reaguje, je usměvavé a klidné. Kontroluje přítomnost pěstounů. Chlapec si poprvé sedá, ale sed je ještě nestabilní. Má několik oblíbených hraček. V poloze na bříšku začíná zvedat ručičky nad podložku tzv. pivotovat. Na konci sedmého měsíce je dítě schopno si kleknout na kolínka s opřením horních končetin o podložku.

7.4.1 Režim dne

Pěstouni dítěti nastavili režim dne, který se snažili dodržovat za všech okolností a své plány vždy přizpůsobili právě nastavenému režimu. Dítě si na tento systém velmi rychle zvyklo, a i ho vyžadovalo, jinak bylo plačtivé, špatně utěšitelné a vyžadovalo o mnoho více chování na ruce. Režim je v práci zapsán na základě rozhovoru s pěstouny. Časy jsou uvedeny pouze přibližně.

8:30 Dítě vstávalo, pěstouni ho přebalí, ošetří zadeček, obléknou a nakrmí mléčnou formulí, poté si dítě chvíli hraje na hrací dece, či je chováno někým z rodiny.

10:00 – 11:00 Pěstouni jdou s chlapcem na procházku, ten v kočárku většinou usíná. Za špatného počasí jsou pěstouni s dítětem doma a v tuto dobu je dítě

uloženo do košíku v obývacím pokoji, kde také usne. Dítě se probouzí samo většinou po hodině spánku.

12:00 Po probuzení je dítě přebaleno a položeno na hrací deku, či do lehátka, kde má hračky s hračkami, kolem poledne je dítě nakrmeno příkrmem, dítě si odříhne a následně je uloženo ke spánku do postýlky v ložnici pěstounů.

13:00 – 14:00 Dítě spí hodinu až hodinu a půl, budilo se samo, po spinkání je opět přebaleno a dostává ke svačině umělou mléčnou stravu nebo přesnídávkou.

do 17:00 Po svačině chodí pěstouni s dítětem většinou na procházku ven. Pokud venku není hezké počasí, dítě si hraje s hračkami na dece či v lehátku. Dítě je hodně chováno i mazleno během celého dne.

19:00 Chlapec je vykoupán a přebalen, kůže ošetřena olejem, oblečen do pyžamka, zabalen do deky či zavinovačky, protože nemá rád zimu.

19:30 Dítě dostává k večeři mléčnou nebo rýžovou kaši, odříhne si a je uložen ke spánku.

20:00 Dítě většinou po položení do postýlky po chvíli pláče, po pochování pěstounkou či někým z rodiny se uklidní a v klidu usíná.

00:00 Do třetího měsíce se dítě budilo na krmení, dostávalo umělou mléčnou stravu, během třetího měsíce tento zvyk mizí. Dítě stačí zpolohovat a následně znovu usíná.

5:00 Dítě se budí na krmení, dostává umělou mléčnou stravu, je přebaleno a ještě usíná.

7.5 Lékařská péče o dítě během pobytu v pěstounské péči na přechodnou dobu

Dítě během péče v pěstounské rodině podstoupilo kromě pravidelných pediatrických prohlídek ještě vyšetření ortopedem, neurologem a kardiologem.

První ortopedické vyšetření kyčlí proběhlo 19. 1. 2017 ve věku čtyř týdnů s výsledky: abdukce volná, Barlow³ a Ortolaniho⁴test negativní, ultrazvukově stanoven typ

³ Dislokační test, při kterém se různými manévry zkouší stabilita kyčle, u nestabilní kyčle dochází k „vyklouznutí“ hlavice přes zadní hranu acetabula

kyčle Ib na obou stranách. Bylo doporučeno dítěti dávat jednu jednorázovou a jednu látkovou plenu. Druhé vyšetření proběhlo 16. 2. 2017 se stejnými výsledky, ordinováno už používání pouze jednorázové pleny. Třetí kontrolní vyšetření proběhlo 30. 3. 2017, zde byl ultrazvukovým vyšetřením stanoven typ kyčlí Ia, zůstalo doporučení s použitím pouze jedné pleny a lékař již neordinuje další kontrolu. Tabulka sonografických typů je přiložena v přílohách.

Neurologické vyšetření proběhlo 31. 1. 2017 s výsledkem: obvod hlavičky 34 cm, dítě je drobné, velká fontanela hmatná, v poloze na zádech je dítě stabilní, ale hlavičku naklání mírně ke straně, strany střídá, v pronaci není napřímení, uvolňuje dýchací cesty, ručičky drží v pěst, chabější držení těla, lehká svalová hypotonie. Závěrem vyšetření je axiální hypotonie, ale jinak fyziologický novorozenec. Doporučena stimulace, rehabilitace a kontrola v červnu 2017. V červnu bylo dítě vyšetřeno a lékařem byl stanoven závěr normálního psychomotorického vývoje, chlapec se uměl otočit na obě strany, manipuloval s hračkou, kterou předal z ruky do ruky, v pronaci byl napřímený, tonus byl symetrický, v polohování byla také symetrie.

Ve čtyřech týdnech chlapec podstoupil ještě kardiologické vyšetření na základě doporučení lékařů z neonatologického oddělení, kteří diagnostikovali slyšitelný šelest 1-2/6. Kardiolog do zprávy napsal: chlapec drobný, hraniční zralost, eupnoe, hrudník bez deformit, úder hrotu srdce v mezích, akce srdeční pravidelná 130 tepů za minutu, ozvy jasně ohraničené, šelest neslyším, dýchání sklípkové. Dále dítě podstoupilo echokardiografické vyšetření se závěrem: fyziologický obraz srdce, jemné chlopně bez turbulence, normální funkce komor, ejekční frakce 66%, typický průběh velkých cév, levostranný aortální oblouk, bez srdeční vady. Doporučena je běžná pediatrická péče v kojenecké poradně.

Kontrola dítěte pediatrem v kojenecké poradně proběhla poprvé 18. 1. 2017, následovala kontrola v šestém a osmém týdnu, ve třetím, čtvrtém, pátém, šestém a osmém měsíci věku chlapce. Na všech kontrolách byl chlapec hodnocen jako zdravý dobře prospívající fyziologický kojeneček. Poslední dvě kontroly proběhly za přítomnosti budoucích rodičů, další kontrola ordinována na desátý měsíc života byla provedena již u nového pediatra v místě bydliště budoucích osvojitelů.

7.5.1 Očkování

Dítě bylo během pěstounské péče na přechodnou dobu a následně v péči osvojitelů řádně očkováno dle platného očkovacího kalendáře. Pediatr dítě poprvé očkoval povinnou

⁴ Repoziční test, dochází při něm k repozici hlavičky do acetabula, navazuje na test dislokační. (FRYDRYCHOVÁ, 2016)

vakcínou Infarixhexa, tato vakcína je účinná proti záškrtu, tetanu, černému kašli, hepatitidě typu B, dětské mozkové obrně a heamophilu influenzae typu B. Aplikuje se intramuskulárně a jednotlivé dávky se doporučuje aplikovat na různá místa. Dítě bylo touto vakcínou očkováno třikrát, přičemž mezi jednotlivými dávkami byl vždy měsíční rozestup. Dávku určenou k přeočkování dítě dostalo podle doporučeného postupu nejdříve za 6 měsíců od poslední vakcinace, ale před dovršením osmnácti měsíců věku, tedy 9. 1. 2018.

Od druhé dávky vakcíny Infarixhexa bylo dítě očkováno ještě vakcínou Prevenar13 proti pneumokokovým infekcím způsobující respirační onemocnění, záněty dutin a středouší či zápalý plic nebo záněty mozkových plen. Očkování nepatří mezi povinná, ale bylo doporučeno pediatrem vzhledem k nezralosti a nízké porodní hmotnosti chlapce. I tato vakcína je podávána intramuskulárně, nejčastěji do stehna. Chlapec byl očkován třemi dávkami v měsíčním rozestupu a přeočkován také 9. 1. 2018. Při třetí dávce očkovací látky byly na dítěti pozorovány nežádoucí účinky – bolestivost nožičky, nechutenství, průjem a horečka. Ostatní dávky očkovacích vakcín chlapec snášel dobře.

Prozatím poslední očkování proběhlo 14. 2. 2018 vakcínou Priorix proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím. Aplikováno bylo subkutánně do horní části paže. Vakcínu dítě snášelo dobře, přeočkování zatím nebylo pediatrem ordinováno.

7.6 Proces předávání dítěte adoptivním rodičům

První návštěva budoucích adoptivních rodičů proběhla 22. 6. 2017. Pěstouni se s budoucími osvojiteli setkali v kavárně, na neutrálním území, promluvili si, nechali budoucí rodiče, aby si dítě pochovali, poté šli společně na procházku. Žadatelka byla stydlivější než její manžel, ten s dítětem velmi dobře komunikoval. Dítě na ně dobře reagovalo, bylo zvyklé na cizí lidi, ale kontrolovalo přítomnost pěstounů, při pláči bylo utišitelné pouze pěstouny. Budoucí rodiče se po první návštěvě měli předběžně rozhodnout, zda o dítě opravdu stojí a budou žádat o jeho svěřeni do péče.

Pěstounka uvádí, že po třech dnech budoucí osvojitelé volali, že jsou z dítěte nadšeni a chtějí pokračovat v poznávání chlapce, aby mohli co nejdříve zažádat o svěřeni do péče před osvojením. Budoucí rodiče a pěstouni tedy začali s intenzivními návštěvami.

Pěstouni kontakt s budoucí rodinou aktivně podporovali. Nejdříve jezdili budoucí rodiče do bytu pěstounů, kde s dítětem trávili čas, komunikovali s ním, chovali ho, později si brali dítě odpoledne na procházku. Náhradní matka byla od začátku opatrnější a uzavřenější než náhradní otec, postupně ale k dítěti přilnula a přestala cítit strach z péče o něj. Budoucí rodiče si po každé návštěvě dítě vykoukali, nakrmili a uložili ke spánku. Pěstouni jim byli se vším velmi nápomocní, ale postupně byla jejich přítomnost méně potřeba, až se vytratila úplně a budoucí osvojitelé zvládali odpoledne a večer péči o dítě samostatně.

Po několika návštěvách zkusili pěstouni umožnit náhradním rodičům péči o dítě již od probuzení po odpoledním spánku. Byli tedy první, koho dítě po probuzení vidělo, nejprve na tuto situaci chlapec špatně reagoval a plakal, bylo tedy třeba, aby pěstounka dítě utěšila, následně ale péči o chlapce opět přebírali budoucí osvojitelé. Po několika návštěvách již dítě přítomnost pěstounů nevyžadovalo.

Když dítě dobře zvládalo návštěvy budoucích rodičů ve známém prostředí, postoupilo se k návštěvám u budoucích osvojitelů v domě. První takové návštěvě byli přítomni i budoucí prarodiče chlapce, na doporučení pěstounů dali dítěti prostor se aklimatizovat a nevyžadovali od něj ihned projevy náklonosti. První taková návštěva proběhla velice dobře, dítě bylo veselé a komunikativní. Již při první návštěvě mělo dítě připravený pokojíček a hračky, odpolední spaní tedy proběhlo již v jeho nové postýlce. Celá tato návštěva proběhla bez větších problémů.

Budoucí rodiče si dítě převzali do péče před osvojením na základě předběžného opatření 21. 7. 2017, pěstouni byli v prvních dnech dvacet čtyři hodin na telefonu, kdyby rodiče potřebovali nějakou radu či pomoc. Budoucí rodiče pěstouny telefonicky informovali o průběhu péče o chlapce, ale s péčí o dítě si nakonec poradili velmi dobře sami.

Při odchodu z pěstounské péče dítě dostalo kufřík, který mu připravila pěstounská rodina. V kufříku byla chlapecova oblíbená deka, plyšový medvídek, kterého měl u pěstounů v postýlce, oblečení, ve kterém dítě odcházelo z porodnice, hračka, kterou dostal od biologické matky, hřebínek, kosmetika a jídlo, na které byl zvyklý, fotokniha plus několik samostatných fotografií dítěte a deníček, ve kterém byly zaznamenány pokroky chlapce a důležité okamžiky chlapecova dosavadního života. Budoucím rodičům pěstounka předala „manuál na chlapce“, ve kterém byl zaznamenán jeho denní režim, důvody pláče, oblíbená jídla, věci, které měl či neměl rád atd.

Pěstounská i adoptivní rodina je stále v kontaktu, posílají si fotografie chlapce a několikrát v roce se navštěvují.

7.7 Péče o dítě v adoptivní rodině

Náhradní rodiče si dítě převzali v pátek 21.7 2017, měli obavy, zda péči o dítě zvládnou, dle jejich slov ale dítě přechod do nového prostředí zvládlo velmi dobře. Rodiče se snažili dodržet nastavený denní režim dítěte, což jim velmi usnadnilo prvních pár dní. Celý první víkend byli s dítětem pouze oni. Dítě nemělo problémy se spaním, nebylo více plačtivé, pravidelně a bez obtíží se vyprazdňovalo, dobře jedlo. Na přelomu září a října 2017 (osmý/devátý měsíc) dítě začíná lézt po čtyřech, před Vánoci se dítě začíná stavět, potřebuje ještě oporu, v lednu 2018 začíná samostatně chodit. V osmém měsíci přestává spát chlapec dopoledne před obědem, prospí celou noc a budí se až kolem šesté hodiny

ranní na krmení. V roce a půl dítě začínalo říkat první slova – máma, táta, bum, báb, ba-bi... Chlapec se také v tuto dobu učil na nočník, rodiče využili letního období, aby dítě odnaučili z plen. Momentálně má dítě pleny pouze na spaní, a to spíše pro jistotu než, že by je nutně potřebovalo, umí složit krátké věty cca o třech slovech, učí se tříslabiková slova, kterým zatím rozumí převážně rodiče.

Dítě k rodičům rychle přilnulo a bez problémů si vytvořilo vazby na ně i na ostatní členy rodiny, kolem osmého měsíce trpělo separační úzkostí, vyžadovalo přítomnost matky, ale postupně se stav zlepšoval. Nyní zvládne být dítě i několik dní u prarodičů, nemá problém, pokud hlídá pouze otec, navštěvuje i nepravidelně školku. Na cizí lidi reaguje velmi dobře, je komunikativní a veselý. V kolektivu má dobré postavení, s ostatními dětmi si rozumí, půjčuje hračky, nepere se, vychází s nimi velmi dobře.

Chlapec prodělal pouze běžné dětské nemoci, nikdy vážněji nestonal a to ani po nástupu do školky. Nemá problémy se stravováním, rodiče mu nabízejí veškerou zeleninu a ovoce, těstoviny, pečivo, maso i mléčné výrobky, dítě na ně reaguje bez problémů, nemá žádné alergie.

Veškerými specialisty je dítě považováno za zdravé a správně se vyvíjející. Adoptivní rodiče mají v plánu chlapci říci, že je adoptovaný až na to přijde vhodný čas, zatím neplánují osvojení dalšího dítěte.

Já sama bych chlapce hodnotila jako veselé, komunikativní a velmi šikovné dítě, bez viditelných známek traumatu.

7.8 Diskuze

Cílem práce bylo na základě kazuistiky zjistit, jestli pěstounská péče na přechodnou dobu je pro novorozence přínosná a nepřináší mu více negativ než pozitiv, dále bylo cílem podat ucelené informace o problematice nechtěného těhotenství, o řešení takové situace a o vlivu náhradní péče na psychomotorický vývoj dítěte. Kazuistika je založena na informacích z lékařských zpráv, z rozhovorů s pěstouny a adoptivními rodiči, ze soudních spisů a z mého pozorování dítěte při mých návštěvách. Jsem si vědoma toho, že kazuistika uvedená v této práci není průkazná v hodnocení vlivu krátkodobé pěstounské péče na dítě, protože se jedná o popis jedno konkrétního případu. Vliv pěstounské péče na vývoj dítěte je ovlivněn několika různými faktory, jako je například osobnost pěstounů a jejich motivace k výkonu povolání, osobnost dítěte, jeho anamnéza a předchozí zkušenosti, spolupráce se sociálními pracovníky, spolupráce s lékaři a dalšími specialisty nebo s budoucími pečovateli či biologickou rodinou.

V tomto případě bylo dítě již od začátku života zatíženo tím, že se narodilo jako nechtěné svou matkou. Podle E. Reheinwaldové mohou nepříjemné pocity matky již

v průběhu těhotenství v plodu vyvolat strach, stres či dokonce frustraci. Podle V. Marka se v mozku vyvíjí jako jedny z prvních center právě centra emocí, tento vývoj narušuje například kouření, hádky rodičů nebo citový chlad, plod se tak nevyvíjí zcela přirozeně a zdravě. Podle T. Vernyho pak postoj matky k těhotenství ovlivňuje budoucí psychický stav člověka i jeho vztah k sexu. Dle Ratislavové mají ženy s negativním postojem k těhotenství vyšší riziko předčasného porodu. Z lékařské dokumentace vyplývá, že těhotenství v popisovaném případě skončilo již kolem 33. týdne, tedy předčasně, dítě se tak narodilo nezralé a vzhledem k tomu, že se jednalo o nesledovanou graviditu, tak se u něj daly předpokládat všechny komplikace. Dítě ale svůj počáteční handicap rychle dohnalo a propuštěno z nemocnice bylo po 22 dnech hospitalizace jako zdravé. Nebylo plačtivější než ostatní děti, nemělo žádné somatické potíže. Psychický stav novorozence se těžko posuzuje, vzhledem k tomu, že nám dítě není schopné emoce vyjádřit slovy.

Několik studií se zabývá teorií attachmentu neboli citové vazby. Jak je již uvedeno v teoretické části práce, například J. Bolwby prosazuje, že je pro dítě důležité vytvořit jakoukoli citovou vazbu, což je mu umožněno pouze v rodině. Uvádí, že i vazba k necitlivé matce je lepší než vazba žádná. Dítě se tak naučí vazby vytvářet a nemá problémy vytvářet vazby nové. Dítě, které se k nikomu nepřipoutá, neumí tedy vytvořit vazbu, má potíže v mezilidských vztazích až do konce života. Chlapec, který byl popisován v praktické části práce, byl svěřen do pěstounské péče na přechodnou dobu, tedy do náhradní péče rodinné. Bylo mu umožněno vytvářet vazby k pečovatelům a v práci je popsáno, že i pěstouni měli kladný vztah k dítěti.

Při porovnání vlivu náhradní péče ústavní a rodinné na vývoj dítěte, narážíme na problém nedostatku podkladů. V České republice je jediná velká studie zabývající se problematikou vývoje dětí v institucionální péči, a to již z 60. let minulého století a je založena na tom, že děti v ústavní péči mají nedostatek podnětů, nejsou rozvíjeny jejich motorické dovednosti a jsou vystaveny psychické deprivaci, to je snad již v dnešní době překonaný jev. Nicméně dítěti v ústavní péči vždy chybí jeden stálý pečovatel. Obecně se dá říct, že se v minulých letech objevovaly výzkumy zabývající se problematikou dětí vychovávaných v dětských domovech zejména ze zahraničí a mají kladné i negativní postoje k tomuto tématu. Například v České republice po druhé světové válce byla propagována pouze ústavní péče, institut pěstounské péče byl na několik let zcela zrušen. Většina autorů se ale shoduje, že děti vychovávané v ústavní péči mají opožděnější vývoj po stránce intelektové, emoční, sociální a také výrazně vážne jejich vývoj řeči. Z těchto sebraných informací vyplývá, že by pro dítě měla být výhodnější vždy náhradní péče ve formě rodinné, tedy i ve formě pěstounské péče na přechodnou dobu.

Asi nejdiskutovanějším obdobím v krátkodobé pěstounské péči je přechod dítěte do trvalé formy náhradní péče. Nejvýraznějším argumentem proti pěstounské péči na pře-

chodnou dobu, je domnělé trauma dítěte ze ztráty pečovatele. Ráda bych poukázala na fakt, že pokud se jedná o kojence, který je předáván například do adoptivní rodiny jako v uvedeném případě, dítě nám není samo schopné říci, co cítí, je tedy potřeba vnímat jeho emocionální, neverbální a somatické projevy. V kazuistice v této práci není popsán jediný somatický problém, který by dítě po přechodu do adoptivní rodiny mělo. Dítě nemělo poruchy spánku, jedlo pravidelně bez problémů, nebylo plačtivější než obvykle, nemělo zažívací potíže, nebálo se cizích lidí, nebylo úzkostné a ani nebylo více nemocné. Separáčnická úzkost se objevila až v době, kdy je fyziologická u všech dětí. Blatný ve své knize Psychologie celoživotního vývoje uvádí, že nejvýraznější změna v kognitivním vývoji kojence nastává kolem sedmého měsíce života, kdy dítě začíná rozlišovat mezi různými dospělými a vykazovat preference pro známé, nejčastěji tedy pro matku a otce. Dítě z uvedené kazuistiky začalo své adoptivní rodiče poznávat již v šestém měsíci, mělo tak možnost budoucí rodiče poznat ještě před uváděným obdobím výrazné preference. Cíbochová ale ve svém článku uvádí, že dítě rozlišuje cizí osoby již v pátém měsíci života. Otázkou, kterou je také potřeba si položit je, jestli si dítě na období pěstounské péče pamatuje. Dětskou paměť se zabýval již Sigmund Freud, domníval se, že člověk vytlačuje ze svého vědomí nejstarší vzpomínky, protože mají nežádoucí charakter sexuálních žádostí souvisejících s rodiči. V roce 2013 kanadští neurovědci P. Frankland a S. Josselynová přišli se zajímavou teorií, že za ztrátu paměti v útlém dětském věku může rychlý nárůst mozkových buněk, který postupně překrývá starší struktury, malé děti si tak pamatují většinou události, které zažily až po třetím roce života. Zcela určitě se ale dají negativní zážitky dítěte při předání do náhradní péče zmírnit dobrou spoluprací všech účastníků procesu předávání.

Hodnocení pouze jednoho případu dítěte svěřeného do PPPD, a to pouze v období ranného věku, nemůže přinést průkazné výsledky v tématu traumatizace dětí po přechodu do trvalé náhradní péče. Dle mého názoru by se dal dopad pěstounské péče na přechodnou dobu hodnotit například u dětí, které byly svěřeny do této formy náhradní péče mezi prvními, tedy někdy kolem roku 2006. Výzkumu by se musel účastnit dostatečně velký vzorek dětí vychovávaných nějakou dobu v krátkodobé pěstounské péči, který by se srovnával se stejným počtem dětí vychovávaných v péči ústavní, protože i tato forma péče má jistě dopady na vývoj jedince, a stejným počtem dětí kontrolní skupiny vyrůstající v biologické rodině. Děti by navíc musely být stejného věku a stejného pohlaví. Cílem by bylo zjistit, jak se jim daří nyní, dále pokračovat s výzkumem až do jejich dospělosti a samozřejmě by bylo také potřeba zvážit ostatní faktory ovlivňující psychomotorický vývoj člověka, nejen faktor náhradní péče, pak by byl výsledek výzkumu relevantní. Takováto longitudinální studie by byla ale velice náročná na realizaci i financování.

Psychomotorickým vývojem dítěte se zabývá řada pediatrů, psychologů a dalších odborníků. Zásadně se názorově neliší, spíše používají jiná kritéria pro dělení dětského

věku, proto jsem pro porovnání s kazuistikou vybrala pouze jeden odborný článek, jehož autorkou je MUDr. Renata Cíbochová z kliniky dětské neurologie 2. Lékařské Fakulty Univerzity Karlovy. Hodnoceny jsou pouze tyto okamžiky kojeneckého vývoje: první úsměv, tzv. „pasení hříbátek“, otočení se ze zad na břicho, pivotování, začátky lezení, první sed, první stoj, samostatná chůze a mluvení.

V článku je uvedeno, že první úsměv může být u dětí pozorován během druhého měsíce, ve třetím měsíci dítě „pase hříbátka“, v pátém měsíci se začíná otáčet na bok a postupně i na břicho. Během šestého měsíce tuto schopnost zdokonalí a umí se otočit ze zad na břicho a zpět na záda přes jakýkoliv bok. V sedmém měsíci dítě na bříšku pivotuje a začíná se plazit, nejdříve pozadu a až později dopředu. Lézt po čtyřech je dítě schopno někdy na přelomu sedmého a osmého měsíce života, během osmého měsíce se dítě také začíná samo posazovat a je schopno stát s oporou. V jedenáctém měsíci dítě stojí bez opory, první kroky a jednoduchá slova se objevují na konci prvního roku života. V příloze 2 je uvedena tabulka s psychomotorickým vývojem podle Vlacha a Vojty.

Chlapec z uvedené kazuistiky se poprvé usmívá na začátku třetího měsíce, během tohoto měsíce začíná i „pást hříbátka“, samostatně se otočit na břicho chlapec zvládl v šestém měsíci. Na přelomu šestého a sedmého měsíce dítě začíná pivotovat, plazí se dozadu. Na konci sedmého měsíce si dítě umí kleknout na kolínka a pokouší se o první sed, který je ještě nestabilní. Během osmého měsíce dítě začíná lézt, v devátém měsíci se poprvé postaví s oporou. Chodit začíná ve třinácti měsících, mluvit asi v roce a půl. Z porovnání vyplývá, že chlapec nijak nezaostával ve svém vývoji, pouze mluvit začal o trochu později. Navíc je potřeba brát v potaz, že dítě se narodilo jako lehce nezralé. Krejčířová a spol. uvádějí, že děti s nízkou porodní váhou mívají obtíže v psychomotorickém vývoji oproti dětem narozeným v termínu a mají větší problém s psychomotorickým vývojem než s vývojem mentálním. Čermáková upozorňuje, že opoždění vývoje nemusí znamenat žádný problém, závažné jsou patologické vzorce vývoje, jako jsou například přetrvávající novorozenecké reflexy. Tento jev u chlapce nebyl pozorován, vždy byl hodnocen pediatry jako fyziologický kojeneček.

8 Závěr

Bakalářská práce byla rozdělena do dvou částí. Cílem teoretické části bylo čtenáře seznámit s problematikou nechtěného těhotenství. Byla zde tedy uvedena definice plánovaného rodičovství a formy antikoncepce představující prevenci nechtěné gravidity. Další kapitolou bylo řešení nechtěného těhotenství, zde byly uvedeny možnosti, jaké žena má, pokud porodí dítě, o které se nemůže nebo nechce starat, ale kapitola se věnovala i možnostem, které žena má, pokud dítě porodit nechce. Následovala kapitola objasňující systém náhradní péče o dítě. Stěžejním tématem práce byla pěstounská péče na přechodnou dobu,

zde byla podrobně popsána podstata této formy náhradní péče, požadavky při výběru pěstounů, dále proces předávání dítěte do trvalé formy péče nebo například finanční aspekt přechodného pěstounství. Poslední kapitola teoretické části práce se zabývala přímo nechtěnými dětmi a porovnávala fyziologický vývoj dítěte s vývojem dětí v nějaké formě náhradní péče.

Praktická část práce byla zpracována jako kazuistika chlapce vyrůstajícího po několika měsících v pěstounské péči na přechodnou dobu. Jejím cílem bylo zjistit, zda pěstounská péče na přechodnou dobu přináší dítěte více benefitů než traumat. Případ je popsán v podstatě dvěma způsoby, a to z pohledu soudů a sociálních pracovníků, k tomu byly využity informace ze soudních spisů. Byl tedy stručně popsán celý proces soudního řízení od prvního předběžného opatření, na jehož základě se dítě z porodnice svěřovalo do péče pěstounů na přechodnou dobu až po poslední rozsudek, který trvale dítě svěřoval do péče adoptivních rodičů. Byla tak znázorněna délka celé péče v pěstounské rodině a zároveň soudní proces v případech odložených dětí. Druhý pohled ukazuje případ v rovině lékařské a ošetrovatelské, zde byl popsán průběh hospitalizace dítěte po porodu, péče o něj na novorozeneckém oddělení, následně péče po propuštění z porodnice v pěstounské rodině. Podrobně byl popsán i proces předávání a kazuistika byla ukončena popisem aktuálního stavu dítěte, které již žije v adoptivní rodině. Popis péče o chlapce byl zpracován na základě lékařských zpráv, rozhovorů s pěstouny a adoptivními rodiči a mých návštěv chlapce v obou rodinách.

Z celé kazuistiky vyplývá, že chlapci byla věnována profesionální péče, která doposud neovlivnila jeho psychomotorický a emocionální vývoj. Chlapec se v nynější době jeví jako zdravé prospívající veselé dítě, které nejeví známky traumatu. V hodnocení vlivu pěstounské péče na vývoj jedince by byl ale potřeba dlouhodobější výzkum většího vzorku dětí.

Cíle práce byly splněny.

Použité zdroje

BabyBox [online]. Praha, 2010 [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: <https://www.babybox.cz/>

BBC CZECH. *Interview s prof. PhDr. Zdeňkem Matějčkem* [online]. Česká Republika, 2004 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: http://www.bbc.co.uk/czech/interview/story/2004/10/041028_matejcek.shtml

BÍLÁ, Jana. *Prenatální komunikace*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Šámalová.

BLATNÝ, Marek. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3462-3

BROWNE, Kevin et al. *De-instituionalisation and transforming children's services: A guide to good practice*, Birmingham: Fischer Taschenbuch Verlag - Forum Wissenschaft Hochschule, 2077, ISBN 0704426269.

CÍBOCHOVÁ, Renata. *Psychomotorický vývoj dítěte v prvním roce života*. *Pediatric pro praxi*. (6) 2004. str. 291-297. ISSN 1803-5264

Děti patří domů. *Náhradní rodinná péče* [online]. Svitavy, 2019 [cit. 2019-03-03]. Dostupné z: <http://www.detipatridomu.cz/2017/12/20/nahradni-rodinna-pece/>

FAIT, Tomáš, Michal VRABLÍK a Richard ČEŠKA. *Preventivní medicína*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, c2008. Jessenius. ISBN 978-807-3452-377.

FERDANOVÁ, Michaela. *Kojenecké ústavy a mimoústavní péče*. České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce MUDr. Miloš Velemínský.

Fond ohrožených dětí [online]. Praha, 2012 [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: <http://www.fod.cz/>

FORMÁNEK, Ondřej. *Jak nabídnout více dětem i pěstounům*. *Náhradní rodinná péče*. 2004, 7(2), 15-17. ISSN 1212-3765

FRYDRYCHOVÁ, Monika et al. *Vývojová dysplazie kyčelního kloubu*. *Pediatric pro praxi*, 2016. 17(3), str. 141-145. ISSN 1803-5264

GREBENÍČKOVÁ, Kristýna. *Baby boxy - jejich význam a využití v praxi*. Olomouc, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

HERBERT, Corie et al. Grief and foster parents: How do foster parents feel when a foster child leaves their home? *Adoption & Fostering*. 2013, 37(3), 253-267. ISSN 1740-469X

Integrovaný portál MPSV. *Dávky péstounské péče* [online]. Praha, 2018 [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/dpp>

JÍRŮ, Kateřina. *Srovnání aktivity batolat v rámci vrstevnické skupiny u dětí z kojeneckých ústavů, z jeslí a rodin*. Brno, 2015. Rigorózní práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce doc. Mgr. Lenka Lacinová, Ph.D.

KIEDROŇOVÁ, Eva. *Rozvíjej se, děťátko--: moderní poznatky o významu správné stimulace kojence v souladu s jeho psychomotorickou vyspělostí*. Praha: Grada, 2010. Šťastné dítě (Grada). ISBN 978-80-247-3744-7.

KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-246-1112-0.

KOČÍ, Klára. *Problematika paměti*. Bakalářská práce. Olomouc, 2013. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce: Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.

KÜMMEL, Jan a Petr JANKŮ. Legální anonymní odložení novorozence – současné možnosti v ČR. *Praktická gynekologie*. 2007, 11(4), 174-176. ISSN 1801-8750

LEBL, Jan et al. *Preklinická pediatrie*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. s. 109. ISBN 978-80-7262-438-6.

LEBL, Jan. *Růst a vývoj dítěte v prvním roce života*. In: zdravi.euro.cz [online]. 7. 6. 2011 [cit. 05-03-2019]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/rust-a-vyvoj-ditete-v-prvnim-roce-zivota-460168>

LOCKWOOD, Katie a et al. Permanency and the Foster Care System. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2015, 45(10), 306-315. ISSN 1538-5442

Ludvík Hess [online]. Praha, 2012 [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: <https://www.hess.cz/>

MACHOVÁ, Markéta. *Profesionální pěstounská péče a její postavení v systému náhradní rodinné péče*. Hradec Králové, 2016. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové. Vedoucí práce PhDr. Alena Dědečková.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Náhradní rodinná péče: průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-717-8304-8.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha, 2014 [cit. 2019-02-26]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Metodika vydaná pro případy dětí odložených do babyboxů* [online]. Praha, 2006 [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/2583/160306b.pdf>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Formy náhradní péče* [online]. Praha, 2013 [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/14501>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Metodika MPSV o PPPD* [online]. Praha, 2013 [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/14851/umistovani_deti_PPPD.pdf

MORAVCOVÁ, Anežka. *Nechtěné těhotenství a následná péče o nechtěné dítě*. Olomouc, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Radka Kozáková.

NEJZCHLEBOVÁ, Eva. *Psychomotorický vývoj dítěte v prvních 12 měsících života*. Olomouc, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Bc. Jana Protivánková, DiS.

ONDŘIOVÁ, Iveta a Janka CÍNOVÁ. Vliv prenatální komunikace na zdravý vývoj dítěte. *Sestra*. 2012, **22**(12), 28-29. ISSN 1210-0404

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-214-5.

PRACHAŘOVÁ, Kateřina. *Pěstounská péče na přechodnou dobu: míra pěstouny prožívaného zármutku po odchodu dětí z jejich péče a její prediktory*. Brno, 2016. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita.

Příspěvky v roce 2019. *Dávky pěstounské péče 2019: příspěvek až 30 000 Kč měsíčně* [online]. Praha, 2019 [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: <https://www.prispevky.cz/rodice-těhotenství/davky-pestounske-pece>

PTÁČEK, Radek et al. *Vývoj dětí v náhradních formách péče* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011 [cit. 2019-02-27]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/13150/nahradni_pece.pdf

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN: 078-80-254-2186-4

RHEINWALDOVÁ, E. *Rodičovství není pro každého*. Praha: Motto, 1993. ISBN 80-901338-4-3

ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

SCHNEIBERG, František. Dětská centra – moderní forma komplexní péče o ohrožené děti. *Pediatric pro praxi*. 2011, **12**(2), 136-137. ISSN 1213-0494.

SOS dětské vesničky. *Okamžitá pomoc dětem* [online]. Praha [cit. 2019-03-05]. Dostupné z: <https://www.sos-vesnicky.cz/co-delame/detail/okamzita-pomoc-detem/>

ŠÍBLOVÁ, Veronika. *Nechtěné vs. vytoužené těhotenství*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce PhDr. Radka Wilhelmová.

ŠUBOVÁ, Markéta. *Využití metod attachmentu při práci s náhradními rodinami*. Olomouc, 2016. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Jaromír Maštalíř, Ph.D.

ŠULOVÁ, Lenka a Tomáš FAIT. Nechtěné děti. *Česká gynekologie*. 2009, **74**(3), 228-233. ISSN 1805-4455

TÁBORSKÁ, Alžběta. *Příprava k pěstounství na přechodnou dobu*. Brno, 2016. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Jitka Navrátilová Ph.D.

URQUHART, Lois R. Separation and loss: Assessing the impacts on foster parent retention. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 1989, **6**(3), 193-209. ISSN: 1573-2797

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Stručný přehled činnosti oboru dětské domovy pro děti do 3 let věku a dětská centra za období* [online]. Praha, 2018 [cit. 2019-02-27]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-zarizeni/kojenecke-ustavy-detske-domovy-dalsi-zarizeni-pro-deti>

Virtuální knihovna NRP. *Instistucionální (ústavní) péče o dítě* [online]. Praha, 2015 [cit. 2019-02-26]. Dostupné z: <http://www.knihovnanrp.cz/nahradni-rodinna-pece/system-nahradni-rodinne-pece-v-cr/institucionalni-ustavni-pece-o-dite/>

VODÁKOVÁ, Zuzana. *Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc v Jihočeském kraji*. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích.

VYSKOČIL, Filip. Právní úprava náhradní rodinné péče v ČR [online]. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, spolek, 2014, [cit. 03-03.2019]. Dostupné z: http://www.nahradnirodina.cz/files/File/Projekty/Pravni_uprava_NRP_v_CR_2014.pdf

World Health Organization [online]. Ženeva, 2015 [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: <https://www.who.int/>

Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 6. 11. 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Zákon č. 89/ 2012 Sb., ze dne 3. 2. 2012, občanský zákoník


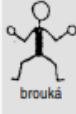


































Přílohy

Příloha A - Ultrazvukové typy kyčlí

Typ	Kostěný okraj stříšky	Chrupavčitý okraj stříšky	Úhel alfa	Úhel beta
Ia	ostrý	úzká baze, přesahuje ½ hlavice	> 60°	< 55°
Ib	zaoblený	rozšířená baze, přesahuje ½ hlavice	> 60°	> 55°
IIa+	oblý	rozšířená baze, přesahuje ½ hlavice	55–59°	> 55°
IIa-	oblý	rozšířená baze, přesahuje ½ hlavice	50–54°	> 55°
IIb	oblý (od věku 3 měsíců)	rozšířená baze, přesahuje ½ hlavice	50–59°	> 55°
IIc	oblý až kulatý	široká baze, kryje ½ hlavice	43–49°	70–77°
D	oblý až kulatý	evertovaný	43–49°	> 77°
IIIa	plochý	evertovaný	< 43°	> 77°
IIIb	plochý	evertovaný, echogenní	< 43°	> 77°
IV	plochý	výrazná everze	< 43°	> 77°

(FRYDRYCHOVÁ ET AL., 2016)

Příloha B – schéma psychomotorického vývoje

Tabulka 1. Vývojové vyšetření modifikované podle Vlacha a Vojty												
	1 měsíc	2 měsíce	3 měsíce	4 měsíce	5 měsíců	6 měsíců	7 měsíců	8 měsíců	9 měsíců	10 měsíců	11 měsíců	12 měsíců
I. poloha na zádech	 reflexní úchop	úsměv	 brouká	obrací se za zvukem	sahá po hračce		hraje si s nohama vyslovuje slabiky	opakuje slabiky	zdvojuje slabiky		jedno smyslu plné slovo	
II. posazování (trakční test)						 posazeno sedí bez opory			samo se posadí	na výzvu provede pohyb (paci-paci, pá-pá, tik-tak apod.)	shazuje hračky, podá, ev. ukáže asi pět známých předmětů	
III. poloha na břiše						 převrátí se na břicho	 dělá „Jeta-dlo“ (pivotuje)	 udrží se v trakaři	 leze po čtyřech		vyléze na schod	
IV. závěsy závěs pod břichem (Landau)	 hlava: lehce skloněná trup: lehká flexe HK a DK: volná flexe	 šije: sym. extenze až k ramenům trup: sym. extenze až po střední Th HK a DK: volná flexe	 šije: sym. extenze trup: v 6 měs. sym. extenze až k Th-L přechodu DK: v kyčli pravouhlá flexe s lehkou abdukci	od 7. měsíce se rozvíjí volná extenze DK								
V. závěsy boční polohy (Vojta)												svrchní HK a DK: volná extenze a abdukce 
VI. závěsy závěs v podpaží						DK: aktivně přitahovány k břichu 			DK: volná axt. s lehkou abdukci v kyčli 			
VII. vertikalizace	 reflexní stoj			 neudrží váhu těla	 udrží váhu těla			 postaví se samo u nábytku	chodí kolem nábytku úkroky			
VIII. závěsy Collis horizontální	 volná HK: objímací fáze jak u Moro DK: volná flexe	 volná HK i DK: volná flexe	pronace volného předloktí, vzpor ruky, DK zůstává ve volné flexi 				volná DK: flexe v kyčli, volná extenze v koleni 					
IX. závěsy Collis vertikální		volná DK: flexe v kyčli koleni dorzální flexe nohy 					volná DK: flexe v kyčli, volná extenze v koleni 					
X. závěsy Peiperbert	 HK: objímací fáze jak u Moro, flexe pánve, extenze šije	 HK: upažené ruce: otevřené pánve: flexe				 HK: poloviční vzpažení ruce: otevřené šije a trup: sym. extenze až k Th-L přechodu, flexe pánve povolí	vzpažení HK s otevřenými rukama, sym. extenze šije a trupu až k LS přechodu				 od 12. měs	
XI. úlekové reakce	Moro I. II. ±	Moro ±	Moro ±	Moro φ								

(CÍBOCHOVÁ, 2004)

