

Sociální problematika dětí na porodnickém oddělení a role sociálního pracovníka

Zlatuše Mihalová

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zlataše MIHALOVÁ**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Sociální problematika dětí na porodnickém oddělení
a role sociálního pracovníka**

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretické části- definice sociálního osíření, charakteristika poruch rodiny ve vztahu k dítěti a poruch rodičovství, řešení sociální situace dětí na porodnickém oddělení, kompetence zdravotně-sociálního pracovníka.

Zpracování praktické části - výzkum na téma sociální pracovníci na porodnických odděleních; formulace cílů a výzkumných otázek, realizace výzkumu, zpracování výsledků výzkumu, závěry pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DUNOVSKÝ, J. a kol. Sociální pediatrie: vybrané kapitoly. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-254-9.

MATOUŠEK, O. a kol. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O. Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2003. ISBN 80-86429-19-9.

ŠVEC, V. Pozvání do metodologie pedagogického výzkumu, pracovní sešit. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2006. ISBN 80-7315-121-9.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VURM, V. a kol. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-997-9.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Ivana Marášková
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

18. února 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

15. května 2009

Ve Zlíně dne 18. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

L.S.

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně

14.5.2009



1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je sociální problematika dětí na porodnici. Teoretická část se zabývá psycho-sociálními aspekty dysfunkce raného vztahu matka-dítě a diagnostikou specifických situací s návazností na zvolení vhodných terapeutických opatření. Z hlediska sociálně-právního jsou zde uvedeny všechny alternativy řešení, od konkrétní pomoci biologické rodině až po náhradní rodinnou péči. Zvláštní pozornost je věnována roli sociálního pracovníka a jeho diagnostickým, komunikativním a sociálním kompetencím s důrazem na interdisciplinární spolupráci. Výzkumná část analyzuje a srovnává přístup jednotlivých zdravotně-sociálních pracovníků při řešení dané problematiky.

Klíčová slova:

diskrétní porod, raný vztah matka-dítě, poruchy rodičovství, sociální osiření, adopce, náhradní rodičovství, zdravotně-sociální pracovník, případová práce, sociální diagnostika, terapeutické opatření, sociálně-právní ochrana dětí, dispenzární péče, kojenecký ústav, interdisciplinární spolupráce, povinná mlčenlivost

ABSTRACT

The topic of this Bachelor Thesis is social issues relating to babies at the maternity hospital. The theoretical part deals with psychosocial aspects of a dysfunction of the early relationship between the mother and the child. It deals in more detail in particular with the diagnostics of specific situations with link-up to selected suitable therapeutic measures. From the socio-legal point of view it lists all alternatives of solving the situation; starting from the concrete assistance to the biological family to foster care. Special attention is paid namely to the role of the social worker and his diagnostic, communicative and social competencies with emphasis on interdisciplinary cooperation. The research part then analyses and compares the approach of individual health and social care professionals during solution of the given issue.

Key words:

discrete childbirth, attachment theory, disorders of parenthood, social abandonment, adoption, foster parenthood, social worker in health services, case study, social diagnostics, therapeutic measures, socio-legal child protection, dispensary care, infant homes, interdisciplinary cooperation, mandatory confidentiality

Děkuji paní PhDr. Ivaně Maráškové za odborné a metodické vedení mé bakalářské práce, za její individuální přístup a cenné podněty, které mi poskytla. Velké poděkování jí patří především za velkou podporu a motivaci k realizaci výzkumné části této práce.

Chci poděkovat všem zúčastněným sociálním pracovnícím porodnických oddělení za vstřícný přístup v průběhu výzkumného šetření a především za jejich ochotu podělit se o svoji profesní zkušenost.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KLÍČOVÝ VZTAH RANÉHO DĚTSTVÍ	12
1.1 RANÝ VZTAH MATKA-DÍTĚ	13
1.1.1 Kvalita raného vztahu.....	13
1.1.2 Příčiny dysfunkce vztahu matka-dítě	14
1.2 PORUCHY RODIČOVSTVÍ	15
1.2.1 Problematické přijetí rodičovské role	16
1.2.2 Poruchy rodiny ve vztahu k dítěti.....	17
2 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA NA PORODNICKÉM ODDĚLENÍ	19
2.1 SPECIFICKÉ SITUACE NOVOROZENÝCH DĚTÍ.....	19
2.1.1 Oznamovací povinnost zdravotnického zařízení	21
2.1.2 Spolupráce s orgány sociálně-právní ochrany	21
2.2 SITUACE DĚTÍ S NESTABILNÍM RODINNÝM ZÁZEMÍM	23
2.2.1 Dohled orgánu sociálně-právní ochrany dětí.....	24
2.2.2 Ústavní péče na základě dohody s rodiči	24
2.2.3 Ústavní péče na základě předběžného opatření.....	25
2.3 SITUACE LEGÁLNĚ ODLOŽENÝCH DĚTÍ.....	26
2.3.1 Diskrétní a utajený porod, baby-box	26
2.3.2 Adopce zprostředkovaná státem.....	28
2.3.3 Přímá adopce	29
3 INTERDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE	31
3.1 INTERDISCIPLINÁRNÍ TÝM	31
3.1.1 Hlediska sociální pediatrie	32
3.1.2 Hlediska sociální práce.....	33
3.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ	35
3.2.1 Případová práce	35
3.2.2 Ochrana osobních údajů, povinná mlčenlivost	37
3.2.3 Zdravotně-sociální pracovníci	38
II PRAKTICKÁ ČÁST	39
4 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	40
4.1 CÍL VÝZKUMU	40
4.2 VÝZKUMNÝ VZOREK	41
4.3 METODY VÝZKUMU	41
4.4 PRŮBĚH VÝZKUMU	43
4.4.1 Zpracování kvalitativních dat.....	43

4.5	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	44
4.6	ZÁVĚRY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	66
	ZÁVĚR	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	70
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	73
	SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

Rodičovství je obvykle považováno za velké privilegium a zcela přirozenou součást lidského života. Rodičovská role však nemusí být vždy vnímána samotnými rodiči pozitivně. Ne všichni ji dokážou vnitřně přijmout nebo zvládnout. Některé děti se tak už na samém počátku svého života potýkají s nezájmem svých rodičů nebo se prostřednictvím nestabilního rodinného zázemí ocitají ve velmi složité sociální situaci. Přestože ze strany profesionálů existují tendence vytvářet dětem pokud možno přirozené a optimální životní podmínky v biologické rodině, rodičovské postoje jsou za těchto okolností rozhodujícím důvodem pro hledání jiných alternativ řešení.

Máme-li se zaměřit na situaci rodiči nepřijatých, nebo jiným způsobem ohrožených dětí v celém kontextu, je nutné uvést jak psychologické, tak především sociálně-právní aspekty. Z psychologického hlediska je vhodné znát jak příčiny vzniku tohoto jevu, tak i nepříznivý vliv na psycho-somatický a socializační vývoj dětí. Jedním z nejožehavějších témat této práce je v této souvislosti náhradní rodinná péče, postavená do protikladu k tzv. časné institucionalizaci dítěte. Je zde zdůrazněno, že rozhodování o dalším osudu dítěte předpokládá za všech okolností především objektivní posouzení situace. Návaznost jakékoli další péče je realizována vždy s ohledem na vztah rodičů k dítěti a snahu, jakou vyvíjí k tomu, aby se jejich nepříznivá životní situace změnila z neřešitelné na řešitelnou. Na významu zde nabývá role sociálních pracovníků na porodnicích, kteří se v těchto naléhavých situacích stávají důležitým prostředníkem mezi dítětem a rodinou, rodinou a lékaři. Sociální problematiku, kterou řeší, přitom nelze vztahovat pouze na děti z problémových a dysfunkčních rodin, není zde možné opomenout také děti nedobrovolně osamělých rodičů, nebo děti, které vzhledem ke svému zdravotnímu postižení mají mnohdy možnost vyrůstat v přirozeném prostředí rodiny uzavřeno.

Sociální problematika novorozenců není ojedinělým jevem, naopak se stále častěji stává závažným medicínským, sociálním a etickým problémem, který nastoluje četné otázky. Pro hlubší pochopení souvislostí dané problematiky, a také z hlediska mé původní profese ve zdravotnictví, jsem považovala za nutné oslovit právě sociální pracovníky na porodnicích. Výzkumná část práce je věnována jejich individuálním zkušenostem, názorům a postojům, které k výkonu své profese zaujímají. Cílem bylo pokusit se formou kvalitativního výzkumu analyzovat a srovnat přístup jednotlivých sociálních pracovníků při řešení sociální problematiky na porodnici a nastínit danou problematiku v širších souvislostech.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KLÍČOVÝ VZTAH RANÉHO DĚTSTVÍ

Těhotenství a narození dítěte znamená v životě rodiny vrcholnou událost. Stejně ji vnímají nejen oba partneři, ale i jejich širší sociální prostředí, společnost a instituce. Podle postoje, který rodina a její příslušníci k tomuto mezníku svého vývoje zaujme, hodnotí sebe navzájem a jsou hodnoceni okolím. Jednu z vedoucích úloh zde, mimo systému sociální péče, zaujímají zdravotnické instituce, které berou přípravu, organizaci a vedení porodu do svých rukou. Žena se od okamžiku zjištění gravidity stává objektem soustavné (dispenzární) zdravotní péče, při periodických prohlídkách je kontrolován její fyziologický stav, sleduje se vývoj a stav plodu. Současně se jí dostává určitého typu zdravotní výchovy, která se týká životosprávy, hygienických návyků a mnoha poučení. Již v první polovině minulého století se někteří lékaři začali zamýšlet nad tím, jaký vliv má těhotenství i samotný porod na zdraví dítěte. Jejich argumenty přispěly k později formulovanému tvrzení, že nejen na příznivý vývoj těhotenství, ale především budoucí mateřský vztah matky k dítěti má vliv skutečnost, že je žena na jeho průběh plně soustředěna a prožívá jej klidně, šťastně, bez úzkostí a obav. K celkovému pocitu klidu přispívá, když budoucí matka ví, co se v jejím těle odehrává i to, jak bude probíhat samotný porod. Postupně přestala být žena vnímána jen v biologických termínech. Začala být vnímána především jako sociální tvor, který je schopen uvažovat, představovat si, a tedy i aktivně a uvědoměle napomáhat jevům, které se jí bezprostředně týkají (Kapr, Koukola, 1998). Přijetí mateřské role nepřichází vždy snadno a samozřejmě. Očekávání dítěte je, v průběhu náročného čtyřicetitýdenního období, poznamenáno nejen pozitivními, ale mnohdy i negativními emocemi. Vztah, který si vytváří budoucí matka k nenarozenému dítěti, je daný psychologickými aspekty (osobnost matky, její zralost a psychické vyladění, hodnotový systém, rodičovské postoje, které se vytváří celým předchozím životem) a také faktory socio-kulturními a situačními (pevnost a stabilita vztahu s partnerem, sociální zázemí, kterým je obklopena). Nejvýznamnějším aspektem je zde především hodnota samotného dítěte, tak jak ji vnímá nejen matka, ale oba rodiče, jeho „chtěnost“ nebo „nechtěnost“.

Ještě než se dítě narodí, je tak jeho život v mnohém předznamenán. Významný je nejen biologický vývoj v prenatálním období a dědičná výbava vloh a dispozic. Důležité jsou také postoje, které k nenarozenému dítěti zaujalo sociální okolí. Skutečnost, jestli je dítě očekávané, plánované, vytoužené nebo zda je někým, kdo svou existencí narušuje existenci těch, kteří jej počali, kterým se narodí (Matějček a kol., 2002).

1.1 Raný vztah matka-dítě

Dítě přichází na svět s vrozenou preferencí podnětů sociálního charakteru. Jeho potřeba připoutání k lidské bytosti nemá pouze primárně biologicky-adaptivní charakter, v rámci vztahu s matkou získává potřebné zkušenosti. Bezpečný raný vztah pozitivně ovlivňuje další rozvoj dětské osobnosti, zejména emoční prožívání a sociální adaptabilitu. Ovlivňuje způsob, jak bude dítě interpretovat různé projevy lidského chování i to, jaká k nim bude mít očekávání. Matka, eventuelně jiná lidská bytost, tak umožňuje dítěti splnit první vývojový úkol: získat základní důvěru ve svět (Vágnerová, 2005).

1.1.1 Kvalita raného vztahu

Na specifika rané vazby poprvé upozornil lékař a psychoanalytik J. Bowlby. Za klíčové pro duševní rozvoj a zdraví malého dítěte považuje vytvoření spolehlivého a stabilního vztahu, kdy matka reaguje na signály dítěte bezprostředně a efektivně. Chybí-li tyto reakce nebo je-li matka dokonce fyzicky nepřítomná, dítě prožívá stres a situací je traumatizováno. Bowlbyho teorie rané citové vazby (attachment theory) předpokládá, že primární vztah vytváří základ pro všechny ostatní mezilidské vztahy a jeho narušení může vést k závažným důsledkům ve vývoji dítěte. Společně s psycholožkou M. Ainsworthovou detailně analyzoval několik typů raného připoutání, které se vytváří v průběhu prvního roku života:

- **Vazba „jistá“**

Rodič je dítěti plně k dispozici, je přítomen, na jeho signály reaguje adekvátně. Dítě vnímá matku jako dostupnou a její chování jako láskyplné, srozumitelné a předvídatelné. Snadno zvládá exploraci a vzdalování se od matky. Také matka se cítí v tomto vztahu dobře, je odměňována pozitivními zpětnými vazbami dítěte, jeho prosperitou, osobnostním růstem, intenzivními projevy lásky. Případný nesoulad bývá vzápětí harmonicky doladěn.

- **Vazba „nejistá“ úzkostná/vzdorující**

Dítě si není jisté přítomností a dostupností rodiče, ani tím, zda bude reagovat na jeho signály, když bude potřebovat pomoci. Je zcela zaujato starostí o svoji bezpečnost a psychicky zatíženo pocitem úzkosti a strachu ze ztráty rodiče. Vazba se vyvíjí, když je matka dítěti někdy k dispozici, adekvátně na ně reaguje a zcela nečekaně tomu tak není. Matka je fyzicky přítomná, ale její reakce jsou méně čitelné, psychicky je dostupná méně (neempatická nebo opilá matka). Vazba ztrácí vzájemnou oboustrannost.

- **Vazba „nejistá“ úzkostná/vyhýbavá**

Dítě nemá žádnou důvěru v to, že se v případě potřeby dočká pomoci nebo prospěšné reakce ze strany rodiče. Vazba se vytváří odmítáním dítěte matkou. Extrémním případem je brutální manipulace s dítětem, jeho brzké předání do ústavní péče nebo opakované odkládání do péče jiných lidí. Jedná se o dítě přivyklé žít bez citové podpory druhých. Lze u něj očekávat nárůst problémů v dalším osobnostním vývoji (Bowlby 1992, In Šulová, 2005).

Vzhledem k individuální variabilitě v této oblasti je mnohdy obtížné určit, zda je chování matky jednoznačně pozitivní nebo negativní. Za užitečný lze tedy považovat termín dětského psychoanalytika B. Bettelheima (1988) „přijatelná matka“. Matka nepřijatelná svým chováním nenaplnuje potřeby svého dítěte, nedokáže vytvořit potřebnou rovnováhu. Negativní zkušenost je zpracována různým způsobem, v závislosti na odolnosti a vrozených dispozicích dítěte. Tato odolnost (resilience) závisí na tom, jak dítě interpretuje a prožívá, především však souvisí s jeho schopností využívat nabízející se pozitivní podněty a z jejich působení profitovat (Vágnerová, 2005).

1.1.2 Příčiny dysfunkce vztahu matka-dítě

Raná interakce může být po porodu v mnoha případech znemožněna nebo znesnadněna určitými objektivními danostmi, přesněji vlivy, vyplývajícími ze sociálního kontextu. Synchronicitu rané vazby mohou ovlivnit následující faktory:

- **Na straně matky:** osobnostní zralost: připravenost pro mateřství, postoj vůči dítěti, převzaté výchovné principy a praktiky, schopnost empatie, sebedůvěra a sebehodnocení; bio-psycho-sociální situace: zdravotní stav, pozitivní přijetí okolím, kvalita vztahu s partnerem, odpočinek; ekonomická situace, počet dalších dětí. **Příčinami asynchronie** může být drogová závislost, psychiatrická diagnóza (nepravidelné, nečitelné reakce nebo nereagování a nevěšmavost k signálům, které dítě vysílá), negativní naladění vůči dítěti (dítě s „nesprávným“ partnerem, děti narozené z negativních partnerských vztahů a situací), osobnostní nezralost, stresující vzpomínky z dětství (neřešené trauma), vlastní negativní nebo ambivalentní pocity vůči sobě samým nebo okolí, poporodní stres (více pociťovaná zranitelnost se sklonem k neadekvátnímu prožívání), sociální izolace.

- **Na straně dítěte:** disponovanost (kvalita a funkčnost smyslů, schopnost organismu vyrovnávat se s postnatálními nároky). **Příčinami asynchronie** může být onemocnění dítěte, dysfunkce jeho smyslů, zvýšená dráždivost (Šulová, 2005).

1.2 Poruchy rodičovství

V současné medicíně jsou oba rodiče vnímáni od počátku těhotenství jako přirození pomocníci budoucího porodu a dítě jako bytost s prvky elementárního vědomí. Otázky úspěšného narození se neřeší pouze na operačním sále. Porod není jen jakousi formou zdravotního ohrožení, ale především vrcholem v dynamice rodinného společenství. Vztah partnerů je širším a komplikovanějším celkem, který se utváří před porodem i po něm. Působí na něj mnoho vlivů. Tvoří jej nejen celkový vzájemný vztah partnerů, ale i kvalita jejich rodinného života, rozdělení rolí, hodnotová orientace a životní postoje (Kapr, Koukola, 1998). Dítě se rodí do určité sociální situace, kterou mění a vyvádí z rovnováhy. V tomto období je především záležitostí rodičů, jak novou situaci zpracují a vyrovnají se s ní. Ve většině případů jim může být dítě nápomocno. Prosociální chování, kterým je vybaveno, dokáže rodiče smířit se změnou nebo dokonce pozitivně vyladit pro přijetí rodičovské role (Le Camus, Zaouche-Gaudron, 2000, In Šulová, 2005). Hlavním přínosem rodičovství může být:

- **Rozvoj vztahů:** radostný vztah k dětem; celkově dodává novou dimenzi ve vztahu k partnerovi.
- **Osobní naplnění:** rodičovství je vnímáno jako příležitost k sebevyjádření a osobnímu rozvoji, dodává pocit osobní hodnoty a smysluplnosti života (Sobotková, 2001).

Z hlediska samotného přijetí mateřství podle Šulové (2005) hraje věk matky a její vzdělání méně významnou roli. Výraznější roli má nejen její původní rodina, ale i její vize a očekávání rodičovského či mateřského chování. Významnou je v této souvislosti její vlastní partnerská situace a také zázemí, podpora a klid, které jí partner poskytuje. To ovlivňuje její vyladění, soustředěnost na dítě a hrdost na sociální status matky, životní perspektivu, sebevědomí a sebedůvěru. Psychickému nastavení matky a její akceptaci mateřské role, především pozitivnímu „vyladění“ na dítě, je přikládán mimořádný význam již v průběhu gravidity. Důležitá není jen vztahová harmonie, ale zejména těšení se na dítě nebo naopak obavy, případně nežádoucnost těhotenství. Negativní psychická vyladěnost matky je vý-

znamným rizikovým faktorem pro prenatální vývoj dítěte i pro zahájení rané interakce matka-dítě v období před narozením.

1.2.1 Problematické přijetí rodičovské role

Péče o potomstvo je považováno za součást genetického programu muže a ženy. Na tomto biologickém základě vypěstovala kultura bohatý a diferencovaný citový vztah, mnohdy silnější než vztah k partnerovi nebo vlastním rodičům. Mnohdy je to však vztah složitý, nepřehledný, zraňující a mnohdy až patogenní (Říčan, 2004).

Většina rodičů nemá soustavné vzdělání ve věcech výchovy a za normálních podmínek rodinného soužití je ani mít nemusí. Výchova dítěte v rodině by měla spočívat spíše ve spontánním soužití, které přináší převážně uspokojení, i když zřejmě nikdy se nevyvaruje případných obtíží (Langmeier, Krejčířová, 2007). Významným úkolem rodiny je především realizovat svou funkčnost vůči dítěti tím, že jsou uspokojovány primární potřeby dítěte v raných stadiích jeho života, a to jak potřeby biologické, tak i psychické potřeby bezpečí, pravidelného životního rytmu, lásky, přiměřeného množství i intenzity podnětů. Uspokojuje také potřebu organické přináležitosti dítěte: potřebu domova, potřebu mít „svého člověka“ (svou matku a svého otce) a identifikovat se s ním (Helus, 2007). Matějček (1992) o rodině napsal, že zde existuje odpuštění bez odčinění, jež platí mezi dětmi a rodiči často až do dospělosti a doprovází jen málo dalších mezilidských vztahů v lidském životě (Šulová, 2005). S touto zdánlivou samozřejmostí se nelze setkat tam, kde byl postoj k rodičovství jakkoli narušen. Podle Říčana (2004) rodičovská láska není dogma, ale jakási norma, žádoucí stav, ke kterému se blížíme někdy těžce, nejistě, pomalu a složitými oklikami, zvláště, jestliže jsme byli sami v dětství milováni složitě, nejistě, vlažně, nebo vůbec ne.

Existuje zde určitá analogie. Rodiče mají více nebo méně podobné dispozice jako děti a v závislosti na svých schopnostech je určitým způsobem vychovávají. V rodinném prostředí se odráží hodnotový systém rodiny a celková úroveň obou rodičů (osobnost a míra vzdělanosti), její celkový kontext. Posiluje se v něm rozvoj kompetencí, které jsou považovány za důležité a naopak cíleně nejsou rozvíjeny ty, které zde významné nejsou. Může je dokonce i potlačovat. Každý jedinec tak již od svého útlého dětství získává nejen pozitivní, ale i negativní zkušenosti (Vágnerová, 2005). Jedinci se zkušeností citové deprivace zvládají v dospělosti svoji vlastní rodičovskou roli jen obtížně. Schází jim potřebná emoční a sociální zkušenost, fungují zde pouze biologické dispozice a i ty mohou být značně problematické,

jelikož u jejich biologických rodičů se pud péče o potomstvo také příliš neprojevoval. Mají tendenci opakovat tytéž chyby, jako rodiče. V jiném případě se snaží o pravý opak, ovšem i zde je základem zkušenost získaná v dětství (Vágnerová, 2008).

V sociálně-pedagogické a psychologické diagnostice se setkáváme s pojmem „rizikové rodiče“ z hlediska výchovného stylu uplatňovaného na dětech. Charakterizováni jsou jako:

- **Jedinci bez rodičovské kompetence:** lidé bez rodinného zázemí, s drogovou závislostí, velmi mladí a nezralí rodiče, anomální nebo psychopatické osobnosti. Na běžné životní situace reagují obvykle nepřiměřeně, a to formou agrese, apatie nebo útěku.
- **Jedinci bez motivace k rodičovství:** lidé soustředění na své zájmy (kariéra) nebo problémy (zklamání ve vztahu, onemocnění). Péče o dítě je pro ně zatěžující.
- **Jedinci, kteří proklamativně o dítě nikdy nestáli a nestojí:** postoj těchto lidí je dán jejich hodnotovým systémem, ve kterém dítě nemá místo. Někdy se mohou stát „rodičem proti své vůli“, a to jak vlastním, tak nevlastním (Musilová, Musil, 2008).

1.2.2 Poruchy rodiny ve vztahu k dítěti

Uvedené poruchy rodičovství nelze zdůvodnit pouze osobními předpoklady rodičů nebo tím, že by jejich chování odpovídalo nevhodným způsobům výchovy, kterým byli sami jako malé děti vystaveni. Stres aktuálně působící na rodinu a v rodině (společenská izolace, chudoba, problémy s bydlením, mimomanželský vztah jednoho z rodičů) může být činitelem, který uvolní chování, které by za jiných okolností rodič mohl mít pod kontrolou. Zmíněné druhy stresorů se mohou umocňovat, zejména chudoba v kombinaci se společenskou izolací zvyšuje riziko, že dítěti nebude poskytována pozornost a péče, jakou potřebuje (Matoušek a kol., 2003).

Poruchy rodičovství a poruchy rodiny tedy nejsou totožné termíny, avšak velmi úzce spolu souvisí. Prof. Dunovský (1986a, 1986b, 1999) se pokusil kvalifikovat důvody, pro které se rodiče nemohou nebo nedokážou o dítě postarat a současně vymezil, do jaké míry může být dítě v tomto vztahu ohroženo. Sleduje tak především aspekt etiopatogenetický. Příčiny dělí na objektivní (na vůli rodičů nezávislé), subjektivní (na vůli rodičů závislé) nebo smíšené:

- **Rodiče nemohou o dítě pečovat**

Důvody spočívají v poruchách fungování rodinného systému (rozpad rodiny, izolace, ovdovění, výkon trestu, velký počet dětí) nebo jedincích samých (tělesné nebo duševní onemocnění rodičů, nepříznivý zdravotní stav dítěte). Nedostatky péče o dítě jsou v uvedených případech často provázeny zájmem rodičů, někdy i velice značným.

- **Rodiče nedovedou o dítě pečovat**

Příčiny lze nalézt v rodinném systému a rodičích. Rodiče nejsou schopni zajistit dětem přiměřenou péči z důvodu vlastní nezralosti, psychického nebo somatického onemocnění, neschopnosti vyrovnat se se zvláštními situacemi (mimomanželské narození dítěte, dítě s vrozenou vývojovou vadou). Je možné sem zařadit i situace, kdy rodiče nejsou schopni přijmout základní společenské normy. Zájem rodičů o dítě je v těchto případech různý (nadměrný zájem, formální zájem nebo nezájem).

- **Rodiče nechtějí o dítě pečovat**

Důvody spočívají v poruchách osobnosti rodičů (anomální, emočně chladná osobnost; maladaptace, disharmonický vývoj). Zájem o dítě ze strany rodičů je minimální nebo žádný. Dětem není poskytnuta potřebná péče, rodiče děti zanedbávají nebo opouštějí. V extrémních případech se lze setkat s hostilním postojem vůči dítěti. Končí zde veškerá podpora a pomoc, dítě musí být z rodiny odebráno.

Harmonický vztah s vlastními rodiči není samozřejmostí. Uvedené psycho-sociální faktory (individuální psychopatologie, složité mezilidské vztahy) a faktory situační („příchod dítěte v nepravou chvíli“) mohou vést k obtížnému zvládnutí mateřské role. Na místě je otázka, jakým způsobem lze v těchto případech adekvátně rozvíjet to, co je nazýváno intuitivním mateřstvím a spontánním rodičovským chováním. Častokrát je nutné respektovat skutečnost, že někteří rodiče jsou z hlediska samé podstaty rodičovství indisponováni. Svou rodičovskou roli z mnoha závažných důvodů vnitřně nepřijímají, nejsou schopni své dítě akceptovat a vnímat jeho potřeby. Na významu v této souvislosti nabývá hodnota náhradního neboli psychologického rodičovství. Podle Kovaříka (2004) lze považovat náhradní rodičovství často za daleko plnohodnotnější a kvalitnější než rodičovství biologické. Je tu možnost zplodit dítě ve smyslu psychologickém a sociálním, dát mu možnost růst, vyvíjet se a zrát. Rodiči se stávají na základě svobodné volby a slibu, což pro mnohé biologické rodiče neplatí.

2 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA NA PORODNICKÉM ODDĚLENÍ

Sociální problematika rodiči nepřijatých, nebo jiným způsobem ohrožených novorozených dětí je značně diferencovaná. Její řešení vyžaduje nejen pomoc medicínskou, ale především pomoc sociálně-právní a psychologickou.

Situaci dítěte nelze posuzovat jako situaci samotného a izolovaného jedince, ale za všech okolností v rámci jeho biologické rodiny (Matoušek a kol., 2003). Příchod dítěte na svět je nejen zlomovou životní událostí, současně jde o období náchylné ke krizím. Jakékoli problémy v subsystému rodič-dítě jsou signálem přinejmenším latentní instability rodiny. Na dysfunkci rodinného systému se pohlíží z obecného hlediska jako na prostředí, kde jeden nebo více členů produkuje maladaptivní chování. Dysfunkční rodinný systém může, avšak nemusí, produkovat individuální psychopatologii. Tato psychopatologie jednotlivých členů působí zpětně na fungování rodiny jako celku (Sobotková, 2001).

Ve výjimečných a zpravidla extrémně negativních případech jsou instituce nuceny zaobírat se rodinou jako celkem. Zabývají se postojem k dítěti, vzděláním rodičů, úrovní bydlení, vizí změny v rodinném životě i skutečností, zda tuto zásadní událost vítají, nebo zda je pro ně narození dítěte nežádoucí (Kapr, Koukola, 1998). Sociální pracovníci zkoumají sociální zázemí dítěte a zjišťují, zda jsou zde podmínky pro naplňování jeho životních potřeb. Současně jsou tyto podmínky z jejich strany blíže specifikovány. Zkoumány jsou nejen zdroje, rezervy a silné stránky daného rodinného prostředí, ale také to, co zřejmě bude nutné změnit, aby byly zmiňované potřeby uspokojovány optimálním způsobem. Vydatnou pomoc zde poskytuje zkušený pediatr (Matoušek a kol., 2005).

2.1 Specifické situace novorozených dětí

- Matka, případně oba rodiče, si dítě po porodu nechávají, nedochází však k plnému přijetí dítěte. Dítě je překážkou ve vyhraněných situacích, ve kterých se rodiče nacházejí. Za jiných okolností by bylo dítě přijato, ale za dané konkrétní životní fáze jej přijmout nechtějí, často ani objektivně nemohou například z důvodu závažné sociální krize rodiny.
- Dítě je po svém narození odmítnuto (tzv. sociální osíření). Matka po porodu dává dítě do péče jiných osob, aby bylo osvojeno nebo vychováváno příbuznými (Dunovský a kol., 1999).

Intervence sociálních pracovníků a zajištění zvláštní péče je nezbytné za následujících okolností:

- zřetelný nezáměr o dítě po narození, minimální citová angažovanost rodičů, negativní hodnocení dítěte; obecně nespokojenost s rodičovskou rolí, rodičovství bez motivace
- rodiče dali souhlas k adopci již u některého z dříve narozených dětí
- těhotenství probíhalo bez prenatální péče: jde buď o podcenění příznaků nechtěné gravidity, nebo o projev minimálního zájmu o své vlastní zdraví
- neplánované osamělé rodičovství: rozpad vztahu, opuštění partnerem; sociální izolace bez zájmu přátel a rodiny; nedůvěra ve vlastní rodičovské schopnosti; vysoce zátěžová situace spojená se vznikem poporodní deprese
- problematické a bolestné přijetí dítěte s vrozenou vývojovou vadou
- celkově nepříznivé životní podmínky rodiny (nízký stupeň socio-kulturní úrovně rodiny): riziková socio-ekonomická situace, tzn. finanční nouze, bytová tíseň, komplikované vztahy, domácí násilí, poruchy komunikace
- rizikové (asociální) formy chování: promiskuita, drogová nebo alkoholová závislost spojená s absencí sociálních dovedností, specifickým životním stylem a postoji zneumožňujícími poskytovat dítěti systematickou pozornost a adekvátní péči

Uvedené situace souvisí s poruchami rodičovství a poruchami rodiny. Na porodnickém oddělení se jedná nejčastěji o:

- děti, u kterých se biologická matka rozhodne pro adopci
- děti matek s drogovou nebo alkoholovou závislostí
- děti nezletilých matek
- děti matek se závažným psychickým nebo somatickým onemocněním
- děti matek s mentální retardací (nízký intelekt)
- děti matek s nestabilním nebo ohrožujícím rodinným zázemím

Za samostatný a velmi častý okruh sociálních problémů dětí lze považovat:

- narození dítěte s vrozenou vývojovou vadou
- děti etnických minoritních skupin
- děti osamělých matek

2.1.1 Oznamovací povinnost zdravotnického zařízení

Každá společnost by měla mít zájem na ochraně práv dětí a prevenci jevů, ohrožujících jejich zdravý vývoj. Jelikož v určitých situacích by mohla být povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků překážkou této prevence, zákon o sociálně-právní ochraně dětí stanovuje oznamovací povinnost zdravotnických zařízení v případech, které nasvědčují tomu, že vývoj dítěte je ohrožen (Uherek, 2008). Ustanovení § 10 odst. 4 a § 53 zákona o sociálně-právní ochraně dětí ukládá zdravotnickému zařízení povinnost oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti nasvědčující tomu, že se jedná o děti uvedené v § 6 odst. 1, a to bez zbytečného odkladu po tom, kdy se o takové skutečnosti dozví. Současně opravňuje orgán sociálně-právní ochrany dětí požadovat od zdravotnického zařízení určitá sdělení a jejich povinnost sdělení učinit. Podle § 52 zákona o sociálně-právní ochraně dětí jsou zaměstnanci orgánu sociálně-právní ochrany oprávněni navštěvovat dítě a rodinu ve zdravotnickém zařízení nebo v jiném prostředí, kde se dítě zdržuje a zjišťovat, jak rodiče nebo jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte o dítě pečují, v jakých sociálních podmínkách žije.

2.1.2 Spolupráce s orgány sociálně-právní ochrany

Základními předpisy, které zavazují stát a jím určené instituce k poskytování sociálně-právní ochrany dětí jsou Ústava České republiky, Listina základních práv a svobod, Úmluva o právech dítěte, zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů. V Úmluvě o právech dítěte je například uvedeno, že *„každé dítě je registrováno ihned po narození a má od narození právo na jméno, právo na státní příslušnost, a pokud je to možné, právo znát své rodiče a právo na jejich péči“* (článek 7). V listině základních lidských práv a svobod (článek 32) je uvedeno, že *„rodičovství a rodina jsou pod ochranou zákona a zvláštní ochrana dětí je zaručena“*. Listina zaručuje rodičům, kteří pečují o děti, právo na pomoc státu. Práva rodičů mohou být omezena a nezletilé děti mohou být od rodičů odloučeny proti jejich vůli pouze rozhodnutím soudu, na základě zákona. Z obsahu Listiny vyplývá, že na jedné straně je právem každého, aby bylo chráněno jeho soukromí a rodinný život, včetně nedotknutelnosti obydlí, na straně druhé se však dětem zaručuje zvláštní ochrana. Poskytnutí sociálně-právní ochrany může nastat jen za určité, zákonem vymezené

situace a musí být provedeno takovým způsobem, aby nebyly porušeny ústavní principy (Krausová, Novotná, 2006).

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí ve zmiňovaném ustanovení § 6 odst. 1 vymezuje okruh dětí, kterým sociálně-právní ochrana náleží. Jedná se o děti, jejichž rodiče z vážných důvodů neplní, nemohou plnit nebo plní nedostatečně povinnosti, které vyplývají z rodičovské zodpovědnosti. Zákon tímto způsobem pouze demonstrativně stanoví okruh dětí, které lze považovat za ohrožené při vědomí daleko větší škály situací, jevů a vlivů, které děti ohrožují nebo narušují. Smyslem tohoto ustanovení je předcházet působení nepříznivých vlivů na děti, přijímat včas potřebná preventivní opatření nebo zajistit odpovídající pomoc (Krausová, Novotná, 2006). Důležitou roli zde zastávají zejména obecní úřady obcí s rozšířenou působností, které kromě nezbytné preventivní a poradenské činnosti činí návrhy a podněty na soudní řízení ve prospěch dětí (§ 10 až § 17). Nejvýznamnější opatření, která se týkají rodičů a dětí, pak náleží výlučně do pravomoci soudu.

Obecní úřad obce s rozšířenou působností (sociální odbory městských úřadů a magistrátů) plní následující kompetence:

- Podává podnět soudu k opatřením, která se týkají výchovy dětí, například dohled nad výchovou. Při méně závažných nedostatcích ze strany rodičů může rozhodnout o tomto výchovném opatření přímo spádový obecní úřad.
- Podává návrh soudu na omezení nebo zbavení rodičovské zodpovědnosti nebo pozastavení jeho výkonu.
- Podává návrh na vydání předběžného opatření u dítěte, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj jakkoli ohroženy. O návrhu je okresní soud povinen rozhodnout nejpozději do 24 hodin od jeho podání a případně provést výkon rozhodnutí za asistence pracovníka orgánu sociálně-právní ochrany.
- Podává návrh soudu na nařízení ústavní výchovy.
- Podává návrh soudu o splnění podmínky osvojení dítěte, o které rodiče neprojeví zájem.
- Vykonává funkci opatrovníka, který bude dítě zastupovat a hájit jeho zájmy v soudním řízení nebo při určitém právním úkonu (omezení rodičovské zodpovědnosti, o řízení o osvojení, při určení nebo popření otcovství, nařízení ústavní výchovy).
- Vykonává funkci poručníka v případě, že rodiče dítěte zemřeli, byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti, výkon rodičovské zodpovědnosti byl pozastaven nebo rodiče nemají

způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu. Činí neodkladné úkony v zájmu dítěte a v jeho zastoupení v době, kdy není dítěti ustanoven poručník nebo dokud se neujme své funkce.

- Ve zvláštních případech je povinen u dítěte cizí státní příslušnosti, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo ohroženého na životě, učinit nezbytná opatření směřující k jeho ochraně a neprodleně uvědomit zastupitelský úřad státu, jehož je dítě občanem (podání návrhu na předběžné opatření, podání návrhu na ustanovení poručníka nebo opatrovníka, podání návrhu na ústavní výchovu).

2.2 Situace dětí s nestabilním rodinným zázemím

Potřeby dítěte jsou v rodině někdy plněny pouze zčásti nebo patologickým způsobem. Jednotlivé složky sociálního prostředí tak mohou být zdrojem zátěžových vlivů. V krajním případě může být tato zkušenost traumatizující a může způsobit, zejména u nepříznivě disponovaného jedince, narušení jeho psychické rovnováhy. Rodinný systém může být uspořádán různě, může postrádat potřebný řád, jasná pravidla i srozumitelnou hierarchii postavení jednotlivých členů. Může být také příliš rigidní, neschopný reagovat na individuální potřeby dítěte. Dítě se tak pro svou závislost a bezbrannost stává obětí tohoto systému (Vágnerová, 2008). Sociální patologii rodiny lze nejlépe charakterizovat z hlediska úrovně funkčnosti podle Dunovského (1986a, 1986b, 1999):

• Rodina problémová (12-13 % v běžné populaci)

V rodině se vyskytují závažnější poruchy některých funkcí (emocionální, socializačně-výchovná, ekonomicko-zabezpečovací), které však nemusí vývoj dítěte vážněji ohrozit. Rodina je schopna tyto problémy řešit vlastními silami, případně je kompenzovat za jednorázové, dočasné pomoci zvenčí. Je zapotřebí nejen dispenzární péče pediatrů, ale taktéž zvýšená pozornost a sledování rodiny ze strany pracovníků péče o děti.

• Rodina dysfunkční (2 % v běžné populaci)

Rodina s výskytem dlouhodobých, závažných poruch některých nebo všech funkcí. Zdravý vývoj dítěte je v bezprostředním ohrožení. Tyto poruchy rodina není schopna sama zvládnout ani kontrolovat, k jejich odstranění je potřeba odborné pomoci. Z hlediska patologie rodiny a její terapie představuje zmíněné pásmo nejobtížnější problémy i metody na jejich

zvládnutí. Jde o to, do jaké míry lze takovou rodinu podporovat a kdy nastává okamžik, kdy je v zájmu dítěte nutné postavit se proti ní, například zbavením rodičovských práv.

- **Afunkční rodina (0,5 % v běžné populaci)**

Poruchy jsou závažného rázu, dítěti hrozí závažné poškození až ohrožení v samotné existenci. Jakákoli pomoc rodině je zcela bezpředmětná a zbytečná. Jediným řešením, jak dítěti pomoci, je jeho odebrání z rodiny a zajištění náhradní rodinné péče, případně péče ústavní.

Jakákoli terapeutická opatření jsou realizovatelná pouze tehdy, jsou-li známy základní příčiny narušené funkčnosti rodinného systému (Dunovský a kol., 1999). Zcela jiná je situace u dítěte, o které se rodiče nejsou schopni postarat dočasně (krizi se časem podaří překonat) a zcela jiná v případech, kdy rodiče neprojevují snahu o upravení nepříznivých životních podmínek. Situace dětí je řešena, na základě spolupráce sociálního pracovníka zdravotnického zařízení s orgánem sociálně-právní ochrany dětí, individuálně několika možnými způsoby.

2.2.1 Dohled orgánu sociálně-právní ochrany dětí

Dítě je propuštěno do péče biologické rodiny za předpokladu další spolupráce rodičů s orgánem sociálně-právní ochrany dětí a zajištění dispenzární pediatrické péče. V případě projevovaného zájmu o dítě ze strany biologických rodičů jde v rámci sociální práce s rodinou o posílení zdravých funkcí rodiny a poskytnutí takových forem pomoci, které povedou k zajištění optimálních podmínek k péči o novorozence. Dodatečně může být podán návrh soudu na konkrétní opatření, například nařízení soudního dohledu nad dítětem.

2.2.2 Ústavní péče na základě dohody s rodiči

Dítě je umístěno z porodnice, na základě dohody s rodiči, na přechodnou dobu v kojeneckém ústavu nebo dětském centru (tzv. dobrovolný pobyt). Rodiče podepisují dohodu v průběhu hospitalizace, sami mají možnost pro výběr konkrétního zařízení. Tato možnost je rodičům navržena v případě, kdy je rodině nutné poskytnout čas na upravení sociálních poměrů a přítomnost dítěte v rodině není po tuto dobu vhodná. Nezbytná je další intenzivní spolupráce rodičů s pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí a společná snaha ve-

doucí k dořešení nepříznivé sociální situace. Rodina je podporována v kontaktu s dítětem, jeho propuštění do péče rodičů je realizovatelné kdykoli po úpravě rodinných poměrů. V některých případech je využívána možnost přechodného pobytu dítěte společně s matkou.

2.2.3 Ústavní péče na základě předběžného opatření

Dítě je umístěno v ústavní péči na základě předběžného opatření. Rozhodnutí soudu má v těchto případech mimořádně závažný důvod. Jedná se o děti, u kterých je vyloučeno propuštění do péče biologické rodiny. Roli zde nehraje pouze zřetelný nezáměr rodičů o dítě, mnohé děti tímto opatřením (odloučením od matky) doplácí na rizikový životní styl svých rodičů (alkoholová závislost apod.). Ústav je v těchto případech neutrálním prostředím, kde se dětem dostává nezbytné ochrany a bezpečí před stresovými situacemi, kterým by mohly být v rodinném prostředí vystaveny. Zůstávají zde do doby, než je jejich sociálně-právní situace ujasněna. U dětí, které nemají funkční rodinné zázemí, které by poskytlo odpovídající péči, má opatření za cíl motivovat rodiče k výrazné změně v rodinném systému (léčba závislosti, ujasnění vztahů, zajištění bydlení), především však vyloučení ohrožujících faktorů, které by mohly ohrozit jejich zdravý vývoj. Předpokládá další intenzivní spolupráci rodičů s orgánem sociálně-právní ochrany dětí.

Ústavy pro nejmenší děti jsou začleněny pod resort Ministerstva zdravotnictví, dětem je zde poskytována převážně zdravotní péče. I když primární snahou je uspokojení všech potřeb dítěte (tedy i psychických), je zřejmé, že kolektivní zařízení nemůže nahradit individuálně zaměřenou péči. V případě umístění dítěte v kojeneckém ústavu, ať již na základě dohody s rodiči nebo předběžného opatření, je vždy nutné rodičům nabídnout perspektivu a především takové alternativy pomoci, které umožní časný návrat dítěte do rodiny. Dle Kovaříka (2004) ve všech uvedených případech rodinným prostředím ohrožených dětí, je nutné pomoci rodičům tak, aby jako rodiče opravdu fungovali. Je nutné povzbudit a rozvinout jejich rodičovské schopnosti a dovednosti, za předpokladu, že jsou ochotni převzít za tento proces odpovědnost. Není-li možné tento první krok realizovat, je nutné hledat vhodné psycho-sociální rodiče a rodinu. V obou případech platí: čím dříve a rychleji, tím lépe. Samozřejmě se vší uvážlivostí.

2.3 Situace legálně odložených dětí

Podle Kovaříka (2004) ztráta biologických rodičů znamená ztrátu téměř veškerých pokrevních vazeb, biologických kořenů a biologického příbuzenství. Přijetí opuštěného dítěte náhradními rodiči však může rozlomit bludný kruh sociální dědičnosti, ze kterého by jinak bylo jen velmi obtížné (ne-li nemožné) vystoupit.

Po porodu někdy nedochází k přijetí dítěte. Žena již zvážila všechny okolnosti osobní a citové a na základě svobodného rozhodnutí vyslovuje přání svěřit dítě do osvojení. Stává se tak v rámci **tzv. utajeného nebo diskrétního porodu**. Z hlediska nechtěných dětí, jejichž sociální situace po porodu není dlouhou dobu ujasněna vzhledem k postojům biologických rodičů, jde o velmi zodpovědné rozhodnutí. Biologická matka dává dítěti šanci na plnohodnotný život v podmínkách, které by mu nebyla sama schopna poskytnout.

2.3.1 Diskrétní a utajený porod, baby-box

„Diskrétní“ a „utajené“ porody jsou vhodnými alternativami pro nastávající matky, jejichž těhotenství bylo nechtěné a které si z jakéhokoli důvodu přejí udržet porod v utajení před svým nejbližším okolím. Jak napovídají názvy obou forem porodu, vyznačují se určitým stupněm anonymity. Diskrétnost ze strany zdravotnického personálu by měla být v obou případech zaručena, na veškeré údaje a záznamy o porodu se vztahuje povinná mlčenlivost a zákon o ochraně osobních údajů. V obou případech je porod hrazen z veřejného zdravotního pojištění, žena má možnost obrátit se na libovolné zdravotnické zařízení v České republice. Oba způsoby umožňují ženě porodit při poskytnutí veškeré odborné lékařské péče a v případě diskrétního porodu i nezbytného sociálně-právního poradenství. Na rozdíl od tzv. anonymních porodů v domácnosti a následného umístění dítěte do baby-boxu jsou významné především vzhledem k ochraně zdraví novorozeného dítěte a matky, navíc umožňují znát jeho původ. Za mimořádně důležitou lze považovat především možnost dodatečného zjištění a využití informací zdravotní povahy z anamnézy matky. V případě diskrétního a utajeného porodu je ženě dána ze zákona šestitýdenní lhůta, která ji má chránit před neuváženým rozhodnutím. Shoda této zákonné lhůty na rozmyšlenou s obdobím šestinedělí není náhodná. I když naznačujeme především složitou situaci dětí, matky samotné se po porodu ocitají ve velmi náročné psychologické situaci. Ne ve všech případech je rozhodnu-

tí matky definitivní. Za všech okolností je tedy již v průběhu hospitalizace kladen důraz na individuální, trpělivý a empatický přístup personálu.

- **Diskrétní porod**

Na rozdíl od utajeného porodu jej mohou podstoupit i vdané ženy. Anonymita rodičky je pouze částečná, dítě je zapsáno do matriky v místě narození, odkud je následně informován i matriční úřad v místě bydliště matky. V rodném listu dítěte je biologická matka uvedena, popřípadě i otec, jestliže mu svědčí domněnka otcovství (vdané ženy nebo rozvedené ženy před uplynutím třicátého dne od zániku manželství). V těchto případech dávají písemný souhlas k adopci oba rodiče. Matka je po porodu hospitalizována na gynekologickém oddělení, mimo lékařské péče je jí dána příležitost konzultovat svoji životní situaci se sociální pracovníci. V průběhu rozhovoru se zjišťují podstatné anamnestické údaje k sociální diagnóze dítěte. Matka podepisuje souhlasné prohlášení o umístění dítěte v kojeneckém ústavu z důvodů jeho předání k adopci a současně získává potřebné informace.

- **Utajený porod**

Utajený porod, respektive porod s utajením totožnosti matky, je definován zákonem č. 422/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, zákon č. 301/2002 Sb., o matrikách, jménu a příjmení a o změně některých souvisejících zákonů, a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Podstoupit jej může pouze žena s trvalým pobytem na území České republiky, svobodná nebo rozvedená, jejímuž manželovi nesvědčí domněnka otcovství. Ve zdravotnické dokumentaci jsou vedeny pouze údaje související s těhotenstvím a porodem, které jsou nezbytné ke zjištění anamnézy rodičky. Ostatní osobní údaje jsou vedeny odděleně a po ukončení hospitalizace jsou, společně s porodopisem, zapečetěny. Otevření zapečetěného spisu za účelem zjištění identity matky, je možné pouze na základě rozhodnutí soudu. Do knihy narození na příslušném matričním úřadu jsou zapsány pouze údaje o dítěti, údaje o matce, respektive rodičích, se neuvádí. Matka není uvedena v rodném listu dítěte. Na rozdíl od tzv. anonymního porodu dítě nemá status nalezence. Biologická matka je, i přes utajení totožnosti, zákonnou zástupkyní dítěte (dle § 50a zákona o rodině „mateřství je dáno faktem porodu“). Právní vztah mezi matkou a dítětem může definitivně zaniknout teprve tehdy, až bude dítě nezrušitelně osvojeno (Hrušáková, Králíčková, 2005).

- **Baby-box**

Legální odložení nechtěného dítěte, zpravidla na základě anonymního porodu, umožňují schránky zřizované a provozované Nadačním fondem Statim. Rodiče odložených dětí nejsou známi, stejně jako místo a datum narození, dítě má právní status nalezence. U zdravých dětí existuje šance na relativně brzké umístění v náhradní rodinné péči. V České republice bylo dosud ve zdravotnických zařízeních zprovozněno 23 schránek.

2.3.2 Adopce zprostředkovaná státem

V § 10 odst. 5 zákona o sociálně-právní ochraně je uvedena povinnost zdravotnického zařízení neprodleně oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, že matka po narození dítě opustila a zanechala je ve zdravotnickém zařízení. Od včasného oznámení je odvozována potřeba včasného řešení další situace opuštěného dítěte, a to zpravidla svěřením do náhradní rodinné péče, čemuž však předchází řada správních a soudních úkonů ve smyslu zákona o sociálně-právní ochraně dětí, zákona o rodině a občanského soudního řádu (Krausová, Novotná, 2006). Dítě oddělené od svých rodičů má právo na zvláštní ochranu a pomoc. Stát je povinen dítěti zabezpečit náhradní rodinnou péči (§ 20 a násl. zákona o sociálně-právní ochraně). Dítě, které je umístěno v náhradní rodinné péči, má právo na pravidelné hodnocení způsobu, jak je s ním zacházeno, stejně jako všech okolností, které jsou spojeny s jeho umístěním (Matoušek a kol., 2001). Všeobecně platí, že pro opuštěné dítě jsou vybírání vhodní náhradní rodiče, nikoli naopak. Současně je však třeba, aby dítě bylo pro budoucí rodiče dítětem vhodným, tedy dítětem, které budou bezpodmínečně akceptovat. Přijetí dítěte je považováno za základní složku psycho-sociální dimenze náhradního rodičovství. Potřeby dítěte a potřeba budoucích rodičů, jejich nároky a představy a požadavky, si mají vzájemně odpovídat (Matoušek a kol., 2003). Za účelem výběru nejvhodnějších žadatelů pro konkrétní dítě se schází v rámci krajských úřadů komise odborníků, tzv. poradní sbory. Tvoří je profesionálové působící v oblasti sociálně-právní ochrany, odborníci z řad pediatrie, psychologie, zástupci zdravotnických nebo sociálních zařízení pro výkon ústavní výchovy (Gabriel, Novák, 2008).

Osvojení je vymezeno v § 63 až 77 zákona č. 94/1963 Sb., o rodině. Pravomocným rozhodnutím soudu o osvojení zaniká rodičovská zodpovědnost ve vztahu k biologickým rodičům, veškerá práva a povinnosti přechází v plném rozsahu na náhradní rodiče. K osvojení

dítěte je však zapotřebí dořešení právního vztahu s biologickými rodiči, tedy tzv. právní uvolnění dítěte, které je možné několika způsoby:

- Biologičtí rodiče podepíší po uplynutí zákonné šestitýdenní lhůty souhlas s adopcí bez vztahu k určitým osvojitelům. Tzv. blanketový souhlas (§ 68 zákona o rodině), je udělen před soudem (nezletilí rodiče) nebo před orgánem sociálně-právní ochrany dětí.
- Soud vydal v incidenčním řízení rozhodnutí o absolutním nezájmu biologických rodičů (§ 68 odst. 1 písm. b/ zákona o rodině). Znamená to, že matka po porodu neprojevila minimálně po dobu dvou měsíců jakoukoli snahu o kontakt s dítětem, ačkoli jí v projevení zájmu o dítě nebránila závažná překážka.
- Soud vyslovil tzv. kvalifikovaný nezájem (§ 68 odst. 1 písm. a/ zákona o rodině), v případě rodičů, kteří po dobu nejméně šesti měsíců neprojevovali opravdový zájem o dítě. Rodiče se neinformovali na zdravotní stav dítěte, nenavštěvovali jej, neplnili pravidelně vyživovací povinnost nebo neprojevili snahu o úpravu rodinné situace tak, aby mohli dítě převzít do své péče.
- Biologičtí rodiče byli soudní cestou zbaveni rodičovské zodpovědnosti (§ 44 odst. 3 a 4 zákona o rodině), nebo nemají způsobilost k právním úkonům (§ 10 občanského zákoníku).

Jelikož biologičtí rodiče následně nejsou účastníky soudního řízení o osvojení, anonymita budoucích osvojitelů je zajištěna. Dle zákona o rodině je v uvedených případech potřeba k osvojení souhlasu opatrovníka, který byl dítěti ustanoven.

2.3.3 Přímá adopce

Je-li rodič zákonným zástupcem dítěte, je osud dítěte v jeho rukou. Může tak rozhodnout o jeho krátkodobém, přechodném nebo dlouhodobém umístění do péče třetí osoby (Králičková, 2003). Biologická matka se může po porodu rozhodnout pro alternativu tzv. přímé adopce, má-li pro své dítě osobně vybrány vhodné osvojitele. Tuto variantu umožňuje zákon o rodině (§ 67), kde je souhlas rodičů o svěřením dítěte do adopce myšlen ve vztahu k určitým osvojitelům. Zprostředkování přímé adopce není v kompetenci zdravotníků, v této situaci by mezi biologické a náhradní rodiče neměla vstupovat třetí osoba. Dítě je matkou osobně svěřeno do péče náhradních rodičů často již několik dnů po porodu.

Tímto aktem je realizována faktická preadopční péče, která je jednou z podmínek pro vyslovení osvojení soudem (§ 69 zákona o rodině). Po uplynutí tří měsíců mohou zájemci

podat návrh na zahájení soudního řízení o tzv. prosté osvojení, ve kterém budou biologičtí rodiče účastníky řízení a kde budou muset vyslovit svůj souhlas k osvojení. Rodinně-právní vztah rodič-dítě zůstává zachován i po předání dítěte osvojitelům, do právní moci rozhodnutí o osvojení mohou biologičtí rodiče svůj souhlas s osvojením odvolat a vyžadovat své dítě zpět (Králičková, 2003). Zákon o sociálně-právní ochraně dětí v ustanovení § 10 a odst. 2 ukládá povinnost každému, kdo se souhlasem rodiče nebo jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte a bez rozhodnutí příslušného orgánu převezme dítě do své péče s úmyslem přijmout dítě do své trvalé péče, oznámit tuto skutečnost neprodleně obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností. Hlavní smysl této právní úpravy je posílení ochrany dětí tím, že o situaci vzniklé po předání nebo převzetí dítěte by měl být co nejdříve informován orgán sociálně-právní ochrany, protože dítě, které rodič nechce vychovávat, patří jednoznačně mezi děti, na které je sociálně-právní ochrana dětí zaměřována. V § 19 odst. 5 je uloženo pracovníkům orgánu sociálně-právní ochrany dětí sledovat vývoj dítěte, které bylo svěřeno do péče jiných fyzických osob než rodičů (§ 45, § 45 a, § 78 zákona o rodině) formou návštěv rodiny, kde dítě žije. V případě dítěte v předadopční péči je rodina takto sledována pouze do pravomocného rozhodnutí soudu o osvojení (Krausová, Novotná, 2006). Orgánu sociálně-právní ochrany dětí je uvedena povinnost pomoci tzv. legalizovat vztah. Dle § 64 zákona o rodině se osvojiteli mohou stát pouze fyzické osoby, které zaručují způsobem svého života, že osvojení bude ku prospěchu dítěte. Podle § 70 zákona o rodině má soud povinnost zjistit na základě potřebných vyšetření zdravotní stav osvojitelů a jejich osobnostní dispozice i motivaci k osvojení a posoudit, zda se nepřičí účelům osvojení. V ideálním případě by se mělo jednat o prověřené osvojitele.

Lze se často setkat s názorem, že novorozenci je lhostejné, kdo o něj pečuje, je-li zajištěna kvalitní péče o něj. Současně se hovoří o tom, že profesionálové dokážou dítěti zajistit kvalitnější podněty a rozvoj jeho vývojových potencialit než matka. V celé řadě případů to může být i pravda, avšak kde je ponechán vývoj člověka s jeho přirozeností? Různí autoři sledující raný vývoj dítěte z mnoha hledisek i význam mateřské role se shodují na tom, že stálá a trvalá přítomnost matky v každodennosti dítěte alespoň do tří let věku, patří mezi základní podmínky jeho normálního a zdravého vývoje. Dětský organismus je zcela jistě velmi adaptabilní, aby se dokázal vyrovnat s nároky separace od matky a přizpůsobil se pobytu v ústavním zařízení, avšak má-li být alternativní prostředí alespoň zčásti úspěšné, je nutné uchýlit se ve většině případů k simulaci rodiny a mateřské postavy (Šulová, Zaouche-Gaudron, 2003).

3 INTERDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE

V Úmluvě o právech dítěte je aplikována zásada, že ve všech aktivitách, které se týkají dětí, ať je uskutečňuje veřejnost, sociální instituce, soudy, správní úřady nebo legislativní instituce, by měly být primárním hlediskem zájmy dětí. Tyto zájmy by měly převažovat nad všemi ostatními zájmy, například zájmy rodičů. Za nejdůležitější zájem je považován plný a harmonický vývoj v rodinném prostředí, v ovzduší lásky a pochopení, s potřebnou ochranou a pomocí. Úmluva však bere v úvahu také skutečnost, že některé děti žijí ve výjimečně obtížných podmínkách. Jedná se o děti, které byly připraveny o rodinné prostředí, o děti s duševním nebo tělesným postižením, děti patřící k jakýmkoli menšinám. Úmluva pokládá za škodlivou a nepřijatelnou jakoukoli diskriminaci dětí, která by dítěti mohla uškodit, která postihuje jeho práva na základě narození, etnického nebo sociálního původu, zdravotního postižení nebo materiálního postavení. Dítě bývá často diskriminováno nejen, nebo nikoli hlavně, kvůli své vlastní osobní situaci, ale kvůli situaci svých rodičů (Kovařík a kol., 2001). Intervence a poskytnutí pomoci rodině ze strany odborníků již na samém počátku života dětí, jak byla naznačena v předchozí kapitole, má tedy svůj zásadní význam.

3.1 Interdisciplinární tým

Anglickým ekvivalentem českého výrazu interdisciplinární přístup je označení „working together“. Již z tohoto názvu je zřejmé, že odborníci by měli pracovat ve vzájemné spolupráci a kooperaci, nikoli nezávisle na sobě. Důvodem je skutečnost, že ochrana klientů není předmětem zájmu výhradně jednoho resortu a jedné instituce, ale vždy je zapotřebí propojení služeb mnoha institucí, aby ochrana byla efektivní. Je vhodné mít na zřeteli, že všechny bio-psycho-sociální prvky lidského žití mají souvislost, ovlivňují se navzájem. Především z tohoto důvodu je při samotné práci s klienty zapotřebí komplexní pojetí práce. Pozitivní stránka spolupráce spočívá v poskytnutí rychlé a adekvátní péče. Je velmi důležité, aby prolínání poskytované odborné péče bylo koncepční, aby o sobě jednotliví odborníci vzájemně věděli a dokázali nalézt místo pro vzájemný respekt. Výsledkem navazující spolupráce by měla být vysoká kvalita služeb, které jsou vykonávány v zájmu a pro potřeby dětí a jejich rodin (Hanušová, Hellebrandová, 2006).

Princip partnerské spolupráce odborníků s rodinou má mimořádný význam. Partnerství je zde vymezeno jako pracovní vztah mezi rodiči a odborníky, odborníky a dětmi, rodinou a podpůrnými organizacemi. Je charakterizováno:

- společným cílem (prospěch dítěte a celé rodiny)
- vzájemným respektem
- ochotou jednat
- sdílením informací, odpovědností, procesem rozhodování, uplatněním všech znalostí, dovedností a kontrolovatelností

Předpokladem je, že profesionálové všech pomáhajících profesí budou rodinu vidět jako systém v celé komplexnosti (vnitřní i vnější vazby) a budou mít nezbytné vědomosti o základních psychologických principech rodiny. Odtud lze vycházet například při plánování terapie (Sobotková, 2003).

3.1.1 Hlediska sociální pediatrie

Sociální pediatrie akcentuje sociální aspekty zdraví a nemoci u dítěte jako jedince i jako člena rodinného společenství, se snahou o jeho optimální vývoj, rozvinutí všech jeho dispozic a ochranu jeho práv, jsou-li jakkoli dotčena. Jelikož jakékoli onemocnění nebo jiné ohrožení dítěte výrazně mění jeho sociální postavení, zabývá se problematikou změněných vztahů mezi dítětem a rodinou a jejich důsledků v celé jejich dynamičnosti. V tomto smyslu slouží jako komunikační činitel s ostatními obory péče o dítě a napomáhá tak spolu s nimi vytvářet její komplexní, interdisciplinární podobu. Ve své činnosti využívá spolupráce s medicínskými obory (lékařská genetika, hygiena, neurologie aj.) i obory nemedicínskými (psychologie, sociologie, právo apod.) a navazuje na systém sociálních služeb (Dunovský a kol., 1999). Druhým podoborem pediatrie je preventivní pediatrie, která si klade za cíl zabránit tomu, aby vůbec došlo k poškození dítěte, jak z hlediska somatického, tak i psychického a sociálního (Vurm a kol., 2007). Spolupráce lékaře a sociálního pracovníka se tak stává stále větší nezbytností. Nikdy by neměla spočívat pouze v zasílání písemných formálních závěrů. Při řešení konkrétní situace jakkoli ohroženého dítěte by měla být cíleně vytvářena příležitost k detailnímu prodiskutování jeho vývojové problematiky (Langmeier, Krejčířová, 1998).

3.1.2 Hlediska sociální práce

Při současném zvýšeném zájmu o problematiku dětí, ohrožených vlastním rodinným prostředím, narůstá i snaha o časný screening tzv. rizikových rodin a preventivní práci s nimi. Ve snaze zachytit tyto rodiny, ve kterých je dítě do budoucna ohroženo zanedbáváním, byla vypracována celá řada dotazníků a posuzovacích škál. Jsou užitečnými nástroji pro včasnou identifikaci ohrožených rodin s možností zahájení intervence (Říčan, Krejčířová a kol., 2006). V sociální práci konkrétně rozlišujeme:

- **fázi diagnostickou:**
 - vyhledávání, včasné zachycení sociální problematiky (klient nebo rodina sama požádá o pomoc; na rodinu nebo klienta upozorní orgán sociálně-právní ochrany nebo lékař; klient je náhodně objeven při depistáži)
 - navázání a vytvoření terapeutického vztahu
 - analýza: základní situace klienta; komplexní sociální šetření
- **plán sociální terapie:** odborný zásah k odstranění nebo zmírnění problému (Matoušek a kol., 2003)

Pro pochopení souvislostí je vhodné uvést diagnostická kritéria prof. Dunovského (1986a, 1986b), která analyzují role a fungování rodičů a zhodnocují komplexně aktuální rodinnou situaci. Jsou těžištěm funkčnosti rodiny jak v pozitivním, tak i negativním směru:

- **Složení rodiny:** úplná rodina; rodina osamělého rodiče se sledovaným dítětem nebo dalšími vlastními nebo nevlastními dětmi.
- **Stabilita rodiny:** vnitřní vztahy mezi rodiči a dalšími členy rodiny; z hlediska emočních vztahů (rodina pevná: trvalé, vyvážené vztahy s nevýznamnými problémy; rodina narušená: závažnější důvod, avšak soužití trvá v přijatelné podobě, případné konflikty se nedotýkají dítěte; rodina rozvrácená: vztahy zakládají konkrétní možnost rozpadu rodiny).
- **Osobnost dítěte:** dítě se v nejtětlejším věku na poruše rodiny příliš nepodílí, nejde-li o dítě s vrozenou vývojovou vadou nebo onemocněním.
- **Osobnost rodičů:** tělesný a psychický stav rodičů: vyrovnaná osobnost bez problémů, s dobrou adaptací, osobnost se závažnějšími odchylkami (chronická onemocnění, lehčí stupeň oligofrenie, neuróza s narušenou společenskou adaptací), patologický stav osobnosti (psychické onemocnění, trestná činnost, alkoholismus).

- **Sourozenci dítěte:** jejich přítomnost v rodině je pozitivní socializační činitel, jde-li o zdravé a dobře komunikující jedince; jsou-li zdrojem závažných problémů, mohou se podílet nebo vyvolávat větší nebo menší rodinnou poruchu.
- **Zájem o dítě:** pozitivní vztah rodičů k dítěti v oblasti emocionální; rozlišuje se zájem opravdový až uspokojující, formální zájem (bez skutečného obsahu navenek simulovaný až opravdový), zájem nadměrný, zájem nedostatečný (rodičům je dítě zcela lhostejné, nejsou respektovány jeho práva a potřeby a posledním je vztah nenávistný: nepřátelské postoje, poškozující dítě).
- **Péče o dítě:** velmi dobrá péče (všechny nebo hlavní potřeby dítěte jsou zajištěny), uspokojivá péče (s drobnými chybami, vývoj dítěte není narušen), dostatečná péče (objevují se podstatnější chyby, zatím ne trvalého rázu, ale již zjevně poškozující vývoj dítěte), špatná péče (spojena se závažnými chybami, které zjevně poškozují vývoj dítěte), velmi špatná, tzn. nedostatečná a traumatizující péče: dítě poškozují řada hrubých, trvalých chyb a nedostatků mnohdy se záměrným ubližováním.
- **Sociálně-ekonomická situace rodiny**

Při samotném řešení sociální problematiky dětí hraje zásadní a rozhodující roli přístup rodičů a jednotlivých rodin. Liší se především podle stupně solidarity v rodinném systému a ochoty řešit případné problémy. Sobotková (2003) uvádí model rodinné resilience, vypracovaný týmem H. McCubbina na Univerzitě ve Wisconsinu-Madisonu. Podle něj mají na resilientnost rodiny vliv následující faktory:

- **Závažnost stresoru:** do jaké míry ovlivňuje stabilitu rodiny, jak vysoké nároky představuje s ohledem na reálné možnosti rodiny.
- **Zranitelnost rodiny:** je dána vzájemnými vztahy a organizační strukturou rodiny.
- **Typ rodinného fungování:** nejpříznivější jsou flexibilní vzorce chování, kombinované s bezpečnými citovými vazbami.
- **Hmotné a psychosociální zdroje odolnosti rodiny:** sociální podpůrná síť, socioekonomická stabilita a kulturní úroveň rodiny, soudržnost, schopnost otevřeně komunikovat, jasně formulovaná rodinná pravidla, tradice; individuální inteligence, znalosti a dovednosti rodičů, zdraví, sebedůvěra, pozitivní sebepojetí, pocit smysluplnosti života, pocit kontroly nad životními událostmi, aktivní přijímání životních výzev.

- **Způsob, jak rodina hodnotí a interpretuje stresovou situaci.**
- **Strategie řešení problémů:** jak je rodina schopna zorganizovat se, iniciovat kroky ke spolupráci, hledat nové způsoby činnosti a komunikace.
- **Strategie zvládnání těžkostí:** to, co rodina dělá; jde o prostředky k získávání a využívání zdrojů odolnosti, např. nejbližší sociální podpůrná síť, redefinice stresující události, hledání zdrojů ve společnosti: svépomocné organizace, poradenské, sociální a zdravotní služby; neefektivní strategií je únik před problémem nebo pasivita.
- **Osobnost rodičů a jejich vzájemný vztah:** jedná se o faktor nadřazený předchozím faktorům; z hlediska dobré odolnosti jsou uváděny čtyři výhodné osobnostní kvality: pocit kontroly dění a zvládnutelnosti situace, pocit zakořeněnosti a odevzdanosti určitým hodnotám, přijímání životních výzev jako užitečných a podporujících osobnostní růst, aktivní životní orientace.

3.2 Sociální práce ve zdravotnictví

Všude tam, kde je poskytována a zajišťována zdravotní péče, je zapotřebí současně zajistit a poskytnout péči sociální. Jakákoli snaha o rezortní rozdělení problematiky na zdravotní oblast a sociální oblast vychází často z nepochopení celé citlivé oblasti životního dění (Vurm a kol., 2007). Sociální práci ve zdravotnictví lze charakterizovat především jako činnost poradenskou, sociálně-diagnostickou, konzultační a výchovnou. Nezbytnou součástí výkonu této profese je kontinuální vzdělávání, sledování legislativy a právních norem (Mojžíšová, Nekola, 2005).

3.2.1 Případová práce

Sociální práce s rodinou obnáší celou škálu možných intervencí od preventivních aktivit až po případovou (individuálně zaměřenou) sociální práci s konkrétní rodinou (Matoušek a kol., 2005). Zaměření na případ patří v oblasti sociální práce mezi často uplatňovaný přístup, umožňující věnovat soustředěnou pozornost člověku, který sociální službu potřebuje. Jedná se o přístup náročný jak z hlediska profesionální vybavenosti, tak i osobnostních dispozic sociálního pracovníka. Základem je pochopení jedince, porozumění rodině, společnosti, kultuře a znalost sociálně-zdravotních služeb, které mohou pomoci zbavit se obtížných životních podmínek. Sociální pracovník, který řídí intervenci, musí znát možnosti a

nabídky nejrůznějších institucí, které poskytují sociální služby, stejně i způsoby jak s nimi komunikovat a jakým způsobem na ně odkazovat klienty. Důležité je napojení na další odborníky. V případové práci jsou respektována základní lidská práva klienta, jeho důstojnost a příležitost vyjadřovat svou individualitu. Předpokládá se, že klient má schopnost řídit své kroky, je schopen se sám rozhodovat, vůči svému problému není bezmocný. Kompetentní sociální pracovník pouze pomáhá klientovi orientovat se v dané situaci a vyhodnocovat možné alternativy řešení. Jeho snahou je podepření a zvýraznění sil a schopností člověka, nikoli jeho bezmoci, závislosti nebo očekávání pomoci. V procesu případové práce může pracovník diskutovat i zvažovat různé možnosti, analyzovat jejich klady i záporny, může nabízet doporučení, ale stále by měl respektovat klientova nezadatelná práva. Princip sebeurčení znamená, že záleží pouze na klientovi, zda se bude v průběhu případové práce angažovat nebo nebude. Sebeurčení je základním principem interakce klienta a pracovníka a musí být zdůrazňováno a diskutováno v průběhu celého procesu případové práce. Podstatné je projevení lidského zájmu a emoční podpory. Případová práce zahrnuje dle Havrdové (1995) následující fáze:

- **Sociální studie.** Etapa prozkoumávání, ale i důležitých rozhodnutí, například zda vstoupit do procesu terapie nebo nevstoupit. Anamnéza, kterou je potřeba během této fáze zaznamenat, má zachytit pouze důležité body.
- **Vyšetření.** Dynamický a stále se proměňující proces, který prostupuje celým obdobím trvání případové práce. Jde o přesné vymezení problému a stanovení pracovní hypotézy, která by měla být pouze vodítkem pro potřebnou intervenci. Upřesňují se cíle, které odpovídají klientovým potřebám a které reagují na dostupnost služeb.
- **Intervence neboli terapie.** Začíná už prvním kontaktem a spočívá v rozhovorech, v uklidňování hladiny emocí, ve vztahu, který je zásadním léčebným prostředkem. Cíle určuje jak pracovník, tak i klient společně. Jestliže je zapotřebí speciální služba, případový pracovník pomáhá vyhledat a zprostředkovat kontakt s příslušnou institucí nebo odborníkem.
- **Ukončení.** Mělo by být dohodnuto předem, za jakých okolností bude proces poskytování profesionální pomoci ukončen (Matoušek a kol., 2003).

V každé z etap sociální práce jsou mimořádně důležité zejména komunikační dovednosti. Ke čtyřem základním dovednostem v této oblasti G. Egan (1986) počítá:

- fyzickou přítomnost: často pracovník účelně pomáhá klientovi už jen tím, že se s ním setkává, fyzicky i psychologicky
- naslouchání: schopnost přijímat a rozumět signálům, které klient vysílá (verbální, neverbální, vyjádřené otevřeně nebo skrytě)
- empatii: znamená vhled do světa klienta, vcítění se do jeho uvažování, pocitů a jeho problémů. Znamená schopnost reagovat na jeho chování s pochopením
- analýzu klientových prožitků: schopnost nalézat, vyjádřit a popsat klientovy zážitky, chování a pocity, což vše umožňuje během zvládání klientových problémů pracovat konstruktivně (Matoušek a kol., 2003).

Profesionál pomáhá tím, že vede rozhovor a tím, jakým způsobem jej vede. Jeho otázky mohou pomoci si cokoli ujasnit, podívat se na situaci jiným způsobem, zaujmout k situaci jiný postoj, posunout jej od prožitku neřešitelnosti k řešení. Tímto způsobem klienta zplnomocňuje, otevírá jeho vlastní zdroje. V mezilidských vztazích je však každá změna nepředvídatelná a vždy ji můžeme pouze odhadovat. Není v silách pracovníka, aby přímo způsobil změnu klientova přístupu ke světu, nebo k problému, který jej tíží. Může však vytvářet prostředí nebo nabízet možnost, ze kterých si klient pro svou vlastní změnu může vybrat to, co potřebuje. Požadavek etiky vystupuje se zvláštní naléhavostí tím spíše, oč je zřejmější, jak křehký a nejistý je pracovní vztah klienta a pracovníka. Jak obtížné je pro oba, aby došlo k dohodě, ke spolupráci a k oboustranné spokojenosti s jejím výsledkem. Proto tak často zdůrazňovaný respekt k lidské důstojnosti druhého a proto opakované poukazy na to, že i profesionál potřebuje být respektován a mít pro svou práci podmínky (Úlehla, 2005).

3.2.2 Ochrana osobních údajů, povinná mlčenlivost

Ve všech profesích, kde se pracuje s lidmi, jsou spisy důvěrné a chráněné před nežádoucími zraky jiných osob. Důvěrnost je zajišťována zákony a normami, vycházejícími z oprávněné potřeby chránit klientovo soukromí a osobní záležitosti. Z hlediska mravního pracovník nesmí vykonat nic, o čem by klient, jehož se problém dotýká, neměl vědět (Úlehla, 2005). Tradičně je na zdravotnickou sféru vznášen požadavek na respektování důvěrnosti

vztahu, který vzniká při poskytování zdravotní péče. Povinná mlčenlivost, uložená zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, je tedy povinností nejen právní, ale i vysoce morální (Vurm a kol, 2007). Dle legální definice předmětu povinné mlčenlivosti pod mlčenlivost spadají údaje, které se zdravotnický pracovník dozvídá přímo od pacienta v souvislosti s péčí, ale i údaje soukromého charakteru (údaje o rodinné a finanční situaci, ale například i samotný fakt hospitalizace). Zdravotnický pracovník by měl k předmětu a rozsahu povinné mlčenlivosti přistupovat tak, že povinnou mlčenlivostí jsou chráněny jak citlivé osobní údaje, tak i obecné údaje. Citlivé údaje požívají vyšší ochrany pouze z hlediska zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (Uherek, 2008).

Výjimky z povinné mlčenlivosti:

- sdělování informací se souhlasem pacienta
- oznamovací povinnost na základě zvláštních předpisů

3.2.3 Zdravotně-sociální pracovníci

Možnost získat odbornou způsobilost k výkonu profese nabízí sociálním pracovníkům Ministerstvo zdravotnictví České republiky prostřednictvím Národního centra ošetrovatelství a jiných nelékařských oborů v Brně. Středoškolsky vzdělaným sociálním pracovníkům je určeno pomaturitní specializační studium, absolventům vyšších odborných škol a vysokých škol akreditovaný kvalifikační kurz. Na základě absolvování těchto kurzů je sociálním pracovníkům udělena registrace v oboru.

Sociální práce ve zdravotnictví je specifikována v zákonech:

- **Zákon č. 96/2004 Sb.**, o nelékařských zdravotnických povoláních
(upravuje podmínky k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání nebo k výkonu činností spojených s poskytováním zdravotní péče)
- **Vyhláška č. 424/2004 Sb.**, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Mezi nejvýznamnější činnosti v sociální práci patří sociální diagnostika. Umožňuje spolehlivou orientaci v sociální situaci dítěte a volbu adekvátních terapeutických opatření vedoucích k zajištění optimálních podmínek pro jeho další vývoj. Z těchto hledisek lze roli sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu označit za nezastupitelnou. V praktické části se v této souvislosti zaměříme na diagnostické, komunikativní a sociální kompetence sociálních pracovníků, především pak na jejich individuální zkušenost týkající se dané problematiky. Kromě možných alternativ pomoci dětem a matkám, nás bude zajímat spolupráce zdravotně-sociálních pracovníků s dalšími odborníky a podmínky pro výkon jejich profese.

4.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumného šetření bylo zmapování řešení sociální problematiky na porodnickém oddělení v celém jejím kontextu, přístupu jednotlivých sociálních pracovníků a jejich vzájemné srovnání. Pro upřesnění cíle výzkumu byly zvoleny následující výzkumné otázky:

- V jakém rozsahu je řešena sociální problematika na porodnických odděleních? Jaké jsou nejčastější důvody pro intervenci sociálního pracovníka?
- Jakým způsobem funguje návaznost péče při interdisciplinárním způsobu práce? Jak velký prostor je dán k prošetření sociální situace dětí?
- Jakým způsobem je realizováno řešení sociální problematiky novorozeneckých dětí ve spolupráci s orgány sociálně-právní ochrany?
- Jakým způsobem je řešena specifická situace dětí s vrozenou vývojovou vadou?
- Jakým způsobem je řešena situace dětí z diskretních a utajených porodů? Jaké změny v legislativě by mohly prospět v případech sociálně osiřelých dětí?

4.2 Výzkumný vzorek

Výběr vzorku pro účely výzkumného šetření byl záměrný. Ve všech případech se jednalo o ženy (respondentky). O rozhovor byly požádány specializované zdravotně-sociální pracovnice tří fakultních nemocnic a dvou městských nemocnic na území České republiky. Specifikace míst, kde výzkumná šetření probíhala (město a kraj), nebude z důvodu snahy o zachování anonymity uváděna.

Ve všech případech jde o vysoce erudované sociální pracovnice s mnohaletou praxí v oboru (rozmezí 8 až 25 let). V jednom případě se jedná o absolventku gymnázia, ve dvou případech pak o absolventky střední školy sociálně-právní a dvě absolventky střední zdravotnické školy. Jedna z účastnic výzkumu je absolventkou magisterského studijního oboru sociální práce-pedagogika, další z nich Vyšší školy sociálně-právní. U všech respondentek proběhlo doplnění odborné kvalifikace formou specializačního studia pro pracovníky ve zdravotnictví v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

4.3 Metody výzkumu

Pro zjišťování cíle a hlubšího proniknutí do tématu byl použit kvalitativní výzkum uskutečněný metodou polostrukturovaného rozhovoru formou otevřených a polootevřených otázek. Dle Gavory (2000) kvalitativní výzkum umožňuje vysvětlovat jevy pohledem zkoumaných osob. Všimá si i rozdílů mezi zkoumanými a zjišťuje, zda existují rozdíly v tom, jak se dívají na daný problém. Všechny pohledy se následně konfrontují, čímž se vytváří celistvý, ale i vnitřně diferencovaný obraz prostředí. Dle Šváříčka (2007) je kvalitativní přístup procesem zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí. Jeho cílem je získat komplexní obraz jevů založený na hlubokých datech. Záměrem výzkumníka je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu. Pro polostrukturované interview je nutné vytvoření schématu, které je pro tazatele závazné. Toto schéma specifikuje okruhy otázek, na které se bude ptát. V průběhu rozhovoru je možné užívat různé strategie, obvykle se mění pořadí, drobné nuance ve znění a stylu pokládání otázek. Lze klást doplňující otázky a téma tak rozpracovávat do hloubky, do jaké je to užitečné s ohledem na cíl a definované výzkumné otázky. U polostrukturovaného rozhovoru je především definováno tzv. jádro interview, tedy minimum témat a otázek, které si badatel klade za cíl probrat. Na toto jádro se nabaluje množ-

ství dalších doplňujících témat a otázek, které se tazateli jeví jako smysluplné nebo vhodně doplňující původní zadání. Při následném zpracování a analýze je možné s touto nadstavbou pracovat nebo ji ponechat stranou. Obvykle však doplňující otázky přináší mnoho kontextuálně vázaných informací, které mohou pomoci daný problém lépe uchopit. Samotným cílem hloubkového polostrukturovaného rozhovoru je pak získání detailních a komplexních informací o studovaném jevu. Pomocí otevřených otázek lze porozumět pohledu a postojům jiných lidí, aniž by jejich pohled byl omezován pomocí výběru položek v dotazníku. Otevřené otázky se snaží přirozeně stimulovat účastníka rozhovoru k vyprávění. Rozhovor tak umožňuje zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě (Lofland, 1971, In Šváříček, Šedřová a kol. 2007).

Stylizované rozhovory s respondentkami jsou obsahově velmi široké (viz. Příloha I až V). Pro účely výzkumu byly, vzhledem k jejich rozsahu, použity pouze nejstěžejnější údaje související s cíly výzkumu. Podrobněji byly popsány nejzávažnější témata sociální práce na porodnickém oddělení, ostatní problematika byla pouze naznačena. Bylo vytýčeno následující schéma tématických okruhů:

- **Rozsah řešení dětské sociální problematiky v daném zdravotnickém zařízení**
- **Spolupráce v interdisciplinárním týmu**
- **Oznamovací povinnost zdravotnického zařízení**
- **Důvody k intervenci sociálních pracovníků**
- **Spolupráce se spádovými privátními gynekology**
- **Diskrétní porody**
- **Porody s utajením totožnosti matky**
- **Přímá adopce určitým osvojitelům**
- **Dobrovolné pobyty dětí v kojeneckém ústavu**
- **Situace etnicky odlišných dětí**
- **Situace dětí nezletilých matek**
- **Narození dítěte s vrozenou vývojovou vadou**
- **Syndrom vyhoření**

4.4 Průběh výzkumu

Rozhovory s jednotlivými účastnicemi výzkumu byly realizovány v období leden až březen 2009. Na základě předchozí domluvy probíhaly vždy v prostorách daných zdravotnických zařízení. Respondentky byly informovány o tématu výzkumného šetření předem, samotný cíl šetření byl upřesněn při osobním setkání. Na předem připravený okruh otázek k dané problematice každá z respondentek odpovídala ve volném rozsahu, podle vlastního uvážení. Každý z rozhovorů trval v průměru 1,5 hodiny, ve všech případech byla data fixována formou audiozáznamu. Jelikož výzkum byl prováděn s ohledem na ochranu osobních údajů, všem pěti respondentkám byla přislíbena absolutní anonymita. I přes tuto dohodu byly rozhovory po převedení do textové podoby dodatečně zaslány respondentkám k autorizaci. Z interpretovaných dat byly odstraněny všechny údaje, které by mohly vést k identifikaci zdravotnického zařízení.

4.4.1 Zpracování kvalitativních dat

Získaná data byla upravována tak, aby s nimi bylo možné provádět analýzu. Po následné transkripci (převedení dat do textové podoby) byla provedena systematizace dat pro zahájení kvalitativní analýzy. V průběhu kvalitativní analýzy bylo nutné se k procesu systematizace dat opakovaně vracet, doplňovat a rozšiřovat dle potřeby a nových zjištění. Na začátku procesu zpracování a třídění dat bylo kódování dat. Jedná se o proces, v němž jsou neorganizovaná (prvotní, autentická) data převáděna do datových segmentů, s nimiž je možné dále pracovat. Vyžaduje konzistentní úroveň provádění segmentace, tzn. při procesu porovnání a hledání podobností segmentů je nutné užívat jednotná kritéria. Další fází analýzy kvalitativních dat bylo hledání spojitostí v datech a vzájemné propojování částí ve větší celky, vytváření a identifikace kategorií (Miovský, 2006).

4.5 Výsledky výzkumného šetření

Výzkumným šetřením byly zodpovězeny tématické okruhy dotýkající se jednotlivých aspektů sociální problematiky dětí a činnosti sociálních pracovníků:

1) Rozsah řešení dětské sociální problematiky v daném zařízení

A: Ve své péči má gynekologicko-porodnické oddělení, novorozenecké oddělení a dětskou kliniku. Řeší tedy výhradně veškerou závažnou problematiku dětí. Na dětské klinice věnuje pozornost všem dětem v tíživé sociální situaci, zaměřuje se především na úrazy dětí v souvislosti se syndromem CAN (Child Abuse and Neglect). Aktualizuje metodiky, směrnice a postupy tak, aby odpovídaly provozním podmínkám a legislativě.

B: Konzultace poskytuje, coby jediná sociální pracovnice, pro všechna oddělení nemocnice, nejen pro gynekologicko-porodnické oddělení. Denně absolvuje lékařské vizity na velkých odděleních (chirurgie, neurologie), tudíž dětské problematice se může věnovat jen zčásti. Jelikož problémem je obvykle malý časový prostor, sociální problematika matek a dětí je řešena výhradně na výzvu personálu porodnice.

C: Sociální poradenství poskytuje, coby jediná sociální pracovnice, pro všechna oddělení nemocnice, včetně gynekologicko-porodnického oddělení.

D: Kromě gynekologicko-porodnického oddělení má v péči onkologické oddělení a dětskou kliniku. Na porodnici dochází, stejně jako na všechna ostatní oddělení, na avízo personálu.

E: Ve své péči má gynekologicko-porodnické oddělení a onkologické oddělení. Zajišťuje taktéž poradenství a konzultační činnost pro ambulantní trakt, kam ji lékaři volají v případě naléhavosti. Jedná se převážně o poradenství zájemcům o adopci nebo o řešení situace nezletilých pacientek, které otěhotněly před patnáctým rokem.

2) Spolupráce v interdisciplinárním týmu

Do jaké míry jsou lékaři a ostatní zdravotníci informováni o kompetencích sociálních pracovníků? Jak velký prostor je prošetření sociální situace dětí?

A: S lékaři a ošetrovatelským personálem je ve velmi úzkém kontaktu. Díky seminářům a veřejným prezentacím, které má osobně na starost, toho vědí o sociální problematice dětí a kompetencích sociálního pracovníka hodně. Rozlišují co je zákonná povinnost a které další skutečnosti je ještě nutné ohlásit v zájmu dítěte (signalizace nepříznivého sociálního zázemí, zanedbávání potřebných lékařských kontrol, známky špatného zacházení s dítětem).

Někteří lékaři rozhodnutí OSPOD někdy zpochybňují. Jejich argumenty jsou takové, že dítě si zaslouží být doma nikoli v kojeneckém ústavu. Vždy se jim snaží vysvětlit, že řešení jde mimo zdravotnické zařízení, je zcela v kompetenci spádového OSPOD a soudu. Každé předběžné opatření je vydáváno po velmi důkladném zvážení situace. Ze strany sociálních pracovníků jde o krajní řešení, kdy důvody pro odebrání dítěte jsou skutečně opodstatněné a závažné.

B: Velmi dobrá spolupráce je především s vrchní sestrou gynekologie. Lékaři, pokud se neprojeví jakákoli patologie při porodu, v podstatě nemají prostor sociální situaci ženy v průběhu hospitalizace sledovat. Za jasný signál problémů, kterých by si měl lékař všimnout a upozornit na něj, je nedostatečná nebo scházející prenatální péče. Pokud personál na oddělení sama obeznámí, že v daném případě není něco v pořádku, sondují jaký je vztah matky k dítěti, jak zvládá péči, jak dalece je nutné jí pomáhat, v čem se problém děje a jestli je natolik závažný, že by se měl navrhnout dohled OSPOD, případně zda bude nutné prošetření situace před propuštěním dítěte. Pediatrii na propuštění dítěte nikdy nespěchají a vychází vstříc do doby, než je sociální situace prošetřena a je jistota, že dítě bude zajištěno buď s dohledem OSPOD, nebo umístěno v KÚ na základě předběžného opatření.

C: V nemocnici celkově funguje všeobecné povědomí o tom, jaká je činnost sociální pracovníce. Spolupráci s lékaři na porodnici považuje za velmi dobrou. Lékaři vědí o tom, že ze zákona vyplývá oznamovací povinnost, ve všech případech je považována za důležitý poradní hlas. Pokud se objeví jakákoli kauza, pak se domlouvá jak s gynekology, tak s pediatrii. Při řešení problematiky dětí lékaři vychází vždy maximálně vstříc. Mnohdy rodiče dokonce sami aktivně informují. Ve všech případech, kdy se v rodinném zázemí dítěte vyskytují potíže, pediatrii ochotně vyčkají na výsledek šetření OSPOD, i když je zdravotní stav dítěte stabilizovaný.

D: Domnívá se, že personál na oddělení mnohdy ani netuší, co všechno sociální pracovníci zaštiťují, jaký je obsah sociální práce, kam až zabíhá, co je v kompetenci sociálního pracovníka a co od něj mohou očekávat. Spolupráce však funguje. Na oddělení šestinedělí dokážou rozeznat u rodičky problém dle svých určitých norem. Mají možnost sledovat například jak se matka chová, jaká je její snaha při péči o dítě. Často se na ni kontaktují pediatrii, pokud tuší problém se zajištěním další péče u novorozence. Lékaři vyžadují sociální šetření, které se dokládá do zdravotní dokumentace dítěte a do porodopisu. Dokládá se celý postup řešení případu, se kterými úřady bylo jednáno, případně se kterými příbuznými. Je

to vždy několik rozhovorů telefonických a osobních, než je případ dítěte uzavřen, respektive než se najde určité řešení. Dítě je do doby, než se situace prošetří, vždy v péči novorozeneckého oddělení, na jeho propuštění se nikdy nespěchá.

E: Spolupráci s lékaři na oddělení označuje za perfektní. Mají velmi dobré vztahy, vědí, co od sociální pracovnice můžou očekávat, její kompetence znají. Pokud upozorní, že se jim matka nezdá, sociální situace se prošetřuje nebo se oznamuje, že matka s dítětem bude propuštěna a bude nutný dohled. Lékaři vždy chtějí vědět, jaká šetření proběhla, jaká opatření jsou navržena, jak je to v rodině zajištěno, zda je přichystaná výbavička. Vždy s výsledkem, zda je možné dítě propustit domů (viz. téma 6).

3) Spolupráce se spádovými privátními gynekology

Jaká je spolupráce se spádovými privátními gynekology? Jak často ohlašují, že gravidní žena se nachází v tíživé životní situaci (adopce)?

A: Málokdy se dozvídá dopředu, ale tím, kdo obvykle hlásí tyto ženy před porodem, jsou pracovníci nestátních zařízení, na které se žena obrací s prosbou o radu. Obvykle je to Poradna pro ženy a dívky a Fond ohrožených dětí. Občas je kontaktována ze strany OSPOD, a to zejména v případech, jestliže byl s rodinou již dříve řešen sociální problém. OSPOD má terén velmi dobře zmapovaný, zázemí jednotlivých rodin znají velmi dobře.

B: O rodinách s nevyhovujícími podmínkami a zázemím ví zpravidla předem OSPOD, který často také ví, jestli je žena v očekávání, i když nepodstupuje pravidelné lékařské prohlídky.

C: Velkou roli sehrává OSPOD, které má svůj terén individuálně hodně zmapovaný. Velmi často hlásí maminku i dva měsíce před očekávaným porodem a současně naznačí, jaký konkrétně bude problém. Jedná se o zkušené sociální pracovnice, které problematiku těchto rodin znají velmi důvěrně. V evidenci vedou převážně rodiny, které byly v minulosti problémové a dnes už dospívají jejich děti a ty rodí děti. Pokud žena podstupuje v průběhu těhotenství kontroly u lékaře, stává se, že včas informuje i privátní gynekolog.

D: Někdy kontaktují předem samotné maminky, obvykle ale tuto skutečnost oznámí až na porodním sále. Stává se, že matka má problém vůbec sdělit, že dítě nechce. Pokud personál tuší jakýkoli problém, volají k intervenci sociální pracovníci. Některé ženy se svěří teprve až při důvěrném rozhovoru.

E: V době příchodu matky na porodní sál už většinou personál o adopci ví. V převážné většině případů OSPOD dává vědět již v době před porodem, upozorňují, že je nutné pohlídat konkrétní rodičku. Ženy také zpravidla navštěvují gynekologa v terénu, který někdy předem případ nahlásí. Domnívá se, že v ideálním případě by měl privátní gynekolog informovat porodnici pokaždé.

4) Důvody pro intervenci sociálních pracovníků.

Jaká sociální problematika novorozených dětí je řešena nejčastěji? Čím jsou děti nejvíce ohroženy?

A: Jednoznačným důvodem k intervenci a řešení situace dítěte je matka toxikomanka, dále nezletilá matka nebo adopce. Řeší také narození dítěte s vrozenou vývojovou vadou.

B: Problematiku dětí považuje za stejnou jako v jiných zdravotnických zařízeních. Nejčastěji řeší děti ze sociálně slabých rodin, adopce nebo například svobodné nezletilé rodičky.

C: Nejčastěji řeší nezletilé matky a romské matky. Adopce se týkají se svobodných matek, ale i provdaných žen, které už si další dítě nemohou dovolit. Domnívá se, že adopce jsou záležitostí větších porodnic, ženy většinou mívají, kvůli anonymitě, porodit mimo své město.

D: Při depistáži jsou zachyceny nezletilé matky, drogově závislé, s těžším psychickým nebo somatickým onemocněním, ženy bez příštěší. Výjimečně z oddělení hlásí i velmi simplexní osobnost, kdy existuje obava o zajištění další řádné péče o dítě. Mnohdy matka nejeví o dítě zájem. To všechno značí, že péče o dítě může být ohrožena.

E: Děti k adopci z utajených a diskrétních porodů, nezletilé matky, děti s vrozenou vývojovou vadou.

Jaké jsou nejčastější důvody předání dítěte k adopci?

A: Důvody vidí na prvním místě v ekonomické situaci ženy, na druhém místě v problémových vztazích. Třetím hlavním faktorem je nezodpovědnost. Patří sem hlavně ženy, které početí dítěte berou na lehkou váhu, což jsou v drtivé většině ženy ze špatných sociálních poměrů.

B: Mnohdy jde o osamělé ženy, i když nechtěné děti se rodí i v manželství. Častý problém je, kdy otěhotní několikanásobná matka, která ví, že další dítě si nemůže dovolit a nezvládla by jej. Jedná se o problém sociálně slabých rodin, kde největší roli hrají nedořešené finance a zaměstnání, s čímž mnohdy souvisí i nižší vzdělání. Nemyslí si, že odmítnutí péče

o dítě je vrozená záležitost, spíše se jedná o věc výchovy k mateřství ze strany rodičů a původní rodiny matky vůbec. Některé z těchto matek byly v péči OSPOD v době, kdy byly samy malými dětmi, nebo jako adolescentky.

C: Podle respondentky bývá pravidlem, že tato problematika se týká výhradně matek ze sociálně slabších rodin, kde generačně selhává problém výchovy. Jedná se většinou o neúplné rodiny s nižším vzděláním, kde chybí výchova k jakékoli zodpovědnosti. Domnívá se, že matka si ani mnohdy není schopna uvědomit své počínání vůči dítěti, nemá k němu žádný vztah, není schopna si ho k dítěti vytvořit. Pokud je navíc problém i v partnerovi a širší rodině, pak není schopna tento problém sama zvládnout.

D: Vždy se jedná o individuální záležitost. Podle respondentky důvody mohou být různé, nelze sázet pouze na jediný. Ve všech případech jsou pro ženu natolik zásadní, že adopce je v převážné většině dotažena do konce. U vícerodiček a ostatních je problém v nepoužívání antikoncepce. Zdá se jim jako zbytečný výdaj, protože mají málo financí. Hlavním důvodem adopcí je bývá velmi často celková finanční nouze rodiny, bytový problém, těžké sociální poměry. Mnohdy je jedním z důvodů partner. Roli zde může hrát i nezodpovědnost.

E: Maminky vysokoškolačky jako důvod oznamují, že chtějí dostudovat. Jiný problém je, že je opustil přítel. Pokud je s přítelem a je na něj fixovaná, tak dítě nechce z toho důvodu, že si péči netroufá zajistit, nebo má obavu z reakce rodičů kvůli možnému nedokončení studia. Někdy je problémem nevyzrálost, rodiče nejsou na dítě připravení, přitom žena jako partnerka chce s přítelem udržet kontakt i nadále. Adopce v těchto případech bývá společnou dohodou partnerů.

5) Diskrétní porody

A: Pokud žena sociální pracovníci navštíví ještě v době před porodem a sdělí, že chce uskutečnit adopci, domlouvají se společně na konkrétní formě porodu (diskrétní nebo utajený porod). Při diskrétním porodu je žena povinna po šesti týdnech na náhradní rodinné péči oficiálně podepsat souhlasné prohlášení o předání dítěte k adopci. Matrika má ze zákona o matrikách, za povinnost poslat do místa trvalého bydliště ženy hlášení o narození dítěte, aby dítě bylo přihlášeno k trvalému pobytu. Nastává tak problém. Žena přijede kvůli soukromí porodit do velké vzdálenosti, ale pokud do místa jejího trvalého bydliště, na malý obecní úřad nebo menší městský úřad, přijde toto hlášení, může dojít k úniku informací. Ženy se tohoto velmi obávají, proto někdy volí formu utajeného porodu. Počet adopcí se

celkově utlumuje. Dříve bylo maximum 10 adopcí ročně, loňský rok zaznamenali pouze 3 adopce.

B: Nikdy se nestalo, že by se matka rozhodla dát dítě k adopci v průběhu hospitalizace, vždy to ví už před porodem nebo tuto skutečnost oznámí v rozmezí několika hodin po porodu. Většina žen je už před porodem pevně rozhodnutá, některé dokonce mají vše předjednáno se spádovým OSPOD. Pokud matka sdělí, že chce dát dítě do adopce, sociální pracovnice ji při rozhovoru nikdy nepřemlouvá, tuto skutečnost bere jako fakt. Je přesvědčená, že žena ví, co dělá. Pokud nemá mateřský pud, roli nehraje jen ten. Existuje vždy víc okolností, které ji k adopci vedou. V průběhu rozhovoru se ptá pouze na základní věci, zásadní otázkou, kterou pokládá je: „Zvážila jste to dobře?“ „Opravdu si myslíte, že byste to nezvládla?“ Ženě jsou opakovaně vysvětleny její práva, sepisuje se souhlasné prohlášení o umístění dítěte v KÚ. V závěru rozhovoru je matce doporučeno popřemýšlet v klidu i doma, popřípadě se ještě s někým blízkým poradit. Především je jí předán kontakt na konkrétní sociální pracovníci OSPOD, za kterou by se měla po šesti týdnech dostavit. Současně získává od matky telefonní kontakt a nejen trvalou, ale i přechodnou adresu. Vždy to usnadní celou adopci tak, aby dítě bylo brzy právně volné.

C: Matka dítěte je po porodu navštívena na oddělení. Při pohovoru jsou probírány hlavní důvody, proč se rozhodla dát dítě k adopci. Sepisuje se záznam a jediné, co je od matky požadováno, je souhlasné prohlášení o tom, že dítě bude umístěno v KÚ. Všechny ostatní formalities proběhnou až 6 týdnů po porodu, matka má tuto zákonnou lhůtu využít k tomu, aby své konečné rozhodnutí řádně zvážila. Teprve po uplynutí této doby podepisuje protokol na spádovém OSPOD. Každé ženě je předán písemný telefonní kontakt na příslušnou sociální pracovníci tak, aby všechny formalities proběhly včas a dítě se brzy dostalo bez problémů do náhradní rodiny. Další postup závisí na další domluvě sociální pracovníci KÚ se spádovým OSPOD. Adopce se vyskytují 3 až 4 ročně.

D: Vždy u každé ženy, která se rozhoduje pro adopci, se snaží o to, aby měla všestranné informace a mohla situaci zvážit. Ženě je dán čas na rozmyšlenou i prostor k tomu, aby se mohla poradit s rodinou (má-li nějakou). Rozhovor vždy probíhá podle individuálního posouzení celé situace. Pokud žena zvážila své podmínky a je zřetelné, že situace je pro ni velmi obtížná, tyto informace i slova povzbuzení, považuje za důležité.

E: Při každé matka podepisuje prohlášení o tom, že si přeje své narozené dítě umístit v konkrétním zařízení. Při pohovoru probíhá domluva o tom, že zápis o adopci bude prove-

den za šest týdnů na náhradní rodinné péči v příslušném městě, kde žena porodila, nikoli v místě trvalého bydliště. Matrikářka, která vyhotovuje rodný list, má ze zákona povinnost kopii rodného listu poslat do místa bydliště matky na evidenci obyvatel. Také, i když se zápis o adopci dítěte provede na místním úřadě, sociální pracovníci musí následně kontaktovat náhradní rodinnou péči v místě trvalého bydliště ženy. Jak respondentka dodává, je samozřejmě velký rozdíl, pokud matka bydlí ve velkoměstě, nebo na malém městě, kde zná soused souseda. K eventuálnímu úniku informací by mohlo dojít. V každém případě jsou všichni zúčastnění úředníci povinni mlčenlivostí. Ze strany porodnice nevyjdou nikdy žádné informace. Pokud přijde žena rodit, na porodním sále podepisuje, komu se můžou podávat informace. Jestliže si je nepřeje podávat nikomu, tak se informace nepodávají. Pokud přijde žena k porodu, tak se sociální pracovnice vždy dotazuje, zda to ví alespoň rodiče. Pokud se podává zpráva na náhradní rodinnou péči, tato informace je ve zprávě uvedena, že se podařilo ženě tuto informaci utajit. Matka je vždy informována, že za šest týdnů se musí dostavit na úřad k podpisu souhlasu o adopci, získává telefonický kontakt s tím, že je nutné se omluvit, pokud se nemůže dostavit. Jestliže není na úřadě po uplynutí šesti týdnů zápis proveden a matka se nehlásí, pak sociální pracovníci mají povinnost ji předvolat, nebo nějakým způsobem kontaktovat, aby matka neblokovala umístění dítěte do nové adoptivní rodiny. O tom, zda matka adopci utajila před rodinou je tedy úřad vždy informován, aby nedošlo k jejímu vyzrazení. Pokud se dozví o adopci někdo, komu si to matka nepřála sdělit, je to pro ni nepříjemná situace.

6) Porody s utajením totožnosti matky

A: Utajené porody proběhly za celou dobu pouze tři. Žena je po celou dobu pobytu vedena v evidenci pod fiktivním rodným číslem a fiktivním jménem. Lékaři mají při přijetí matky na oddělení přichystán metodický postup, tiskopis žádosti matky, žena pouze doplní své údaje. Veškeré údaje zná pouze lékař a příjmová sestra. Lékař data ověřuje dle občanského průkazu s tím, že se neověřují na matrice. Tato problematika byla řešena s právníkem a není povinností zdravotnického zařízení ověřovat totožnost pacienta, naopak pokud by se přišlo na to, že šlo o podvod, například vdaná matka bude stíhaná za to, že uvedla porodnici v omyl. V žádosti je věta, kde matka prohlašuje, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé, potvrzená podpisem. Po ukončení hospitalizace se celý chorobopis a obálka s pravými údaji zapečetí a ukládá dle zákona. Dítě je nahlášeno na OSPOD ihned, jelikož se jedná o sofistickované opuštění dítěte. Dítě je bez zákonného zástupce, tudíž OSPOD rozhodne o dal-

ších záležitostech. Při utajených porodech s matkou hovoří výhradně lékař. Jelikož je porod skutečně utajený, o těchto matkách by sociální pracovnice neměla vědět. V žádosti o UP je však i kolonka žádám/nežádám o konzultaci se sociální pracovnící. Rozhovor si vyžádaly zatím všechny maminky. Rozhovor pak probíhá stejně jako u diskrétních porodů, jde se do hloubky tolik, kolik matka sama dovolí. Ženě jsou podány důležité informace, jsou jí sděleny její práva a povinnosti. Zpravidla prožívá velkou krizi, proto ji sociální pracovnice nikdy nepřesvědčuje, aby se rozmyslela. Respondentka se domnívá, že matka k rozhodnutí dochází po velmi zralé úvaze. Zatím se nikdy nestalo, že by své rozhodnutí vzala zpět. Po matce jsou žádány pouze důležité anonymní informace o údajném otci dítěte (zdravotní stav, vzdělání).

B: Adopce celkově řeší velmi málo, pouze 2 až 3 případy za rok. Utajené porody se v jejich zařízení nevyskytují, řada žen si pravděpodobně porod domlouvá předem mimo své bydliště, v jiné porodnici. I v případě utajeného porodu existuje riziko, že na porodnici by mohly potkat někoho známého.

C: Na porodnici se realizoval pouze jeden utajený porod, v případě adopcí jsou běžné diskrétní porody. Většina žen, dávajících dítě k adopci rodí, kvůli zachování soukromí, mimo spádovou porodnici, mimo město.

D: Za celou dobu v porodnici proběhl jediný utajený porod. Každá adopce je problém, v místě bydliště ji mnohdy není šance utajit. Žena by měla odjet někam daleko a tam nahlásit, že chce rodit utajeně. V nemocnici není neobvyklé potkat kohokoli známého. V případě utajené adopce existuje i jiný problém. Například utajený porod nemůže, dle zákona, absolvovat vdaná žena. Mnohdy chce ale žena adopci utajit hlavně před manželem, jelikož hlavním důvodem je mimomanželské dítě.

E: Jak sdělila respondentka, v době vzniku zákona o utajených porodech se realizoval jeden utajený porod za druhým. V loňském roce neproběhl ani jeden. Postup je stejný jako všude jinde. Rodička před porodem oznámí svůj úmysl rodit utajeně, lékař s ní zpracuje anamnézu, dle občanského průkazu vypíše veškeré údaje, které zapečetí do obálky a obálka se ukládá v trezoru. Pacientka není vedena v počítačové databázi, má pouze chorobopis, kde je zapsáno číslo UP, rok porodu a pořadí. Jediný, kdo se dostane k údajům dle občanského průkazu, je matrikářka, která má pověření zkontrolovat, že se tato žena může utajit. Stalo se několikrát, že rodička předložila občanský průkaz, kde měla uvedeno, že je svobodná a na matrice bylo následně zjištěno, že je vdaná. Tyto podvody fungují, například

účelové sňatky. Na matrice na tuto skutečnost vždy přijdou a zde je zřejmé, že ověření matricářem je nutnost a utajení rodičky v souvislosti s porodem neodporuje zákonu. Údaje, které má k dispozici zůstávají uloženy na matrice a neposílají se dále na evidenci obyvatel a ani na statistiku, jako u ostatních porodů. U utajeného porodu mají na statistice pouze údaje o dítěti. Rozdíl mezi adoptí normální neboli diskretní a UP je ten, že když matka odrodí do adopce, tak v knize narození je zapsána a tento zápis zde navždy zůstane. Po přepsání rodného listu dítěte, o čemž rozhodne soud, jsou pak adoptivní rodiče připsáni. Při utajení rodičky v souvislosti s porodem jsou na matrice záznamy zachovány – uloženy, ale v knize narození je matka utajena.

Jaká je možnost rychlejšího umístění dítěte do náhradní rodinné péče v případě utajených porodů?

(Pozn. odpovídají pouze respondentky A a E, které mají zkušenost s utajenými porody)

A: Zatím se nestalo, že by si matka adopti rozmyslela, zpravidla jsou již dlouho dopředu skálopevně rozhodnuté. Každopádně zdravotnické zařízení zprostředkovávat adopce nemůže, propustit dítě ihned z porodnice do náhradní rodiny nelze. V tomto případě porodnice získává z OSPOD předběžné opatření na umístění do kojeneckého ústavu. Jelikož je dítě bez zajištění, zdravotnické zařízení nejprve OSPOD dává podnět a OSPOD dává následně podnět soudu.

E: U utajených porodů bylo dříve dítě překládáno tam, kam si rodička přála, tzn. stejně jako u diskretních porodů. Dítě čekalo šestinedělí. Následně se začala situace dětí narozených v utajených porodech řešit ve spolupráci s magistrátem. Bylo jednáno o tom, z jakého důvodu čekat šestinedělí, když dítě se jeví naprosto zdravé. I kdyby matka mohla do konce šestinedělí všechno stopnout a požádat soud o odtajnění, je to jen malá pravděpodobnost. Pokud už se rozhodla pro utajení osoby, tak má vše rozmyšleno dobře. Dosud se porodnice nikdy nesečkala s tím, že by taková situace nastala. Ve dvou posledních případech utajené adopce děti putovaly z porodnice přímo do náhradní rodiny. Byl svolaný náhradní poradní sbor, který jako vždy musel zasedat a rozhodnout, z pořadníku vybral rodiče a dítě přidělil. Rozhodli o tom, že náhradním rodičům bude tato možnost nabídnuta s tím, že neproběhlo ještě šestinedělí, a tudíž je tam eventuelně nějaké procento nebezpečí, že by se matka rozmyslela. Samozřejmě, že osvojitelé souhlasili.

7) Náhradní rodinná péče versus kojenecký ústav

Jaké změny v legislativě z hlediska dopadu na dítě by mohly prospět?

B: Někdy není dítě právně volné jenom z toho důvodu, že je problém matku po zákonné ochranné šestitýdenní lhůtě dohledat. V podstatě jej nechává citově živořit v kojeneckém ústavu. Pokud by tedy měly být nějaké změny v legislativě, nebylo by od věci zkrátit zákonnou lhůtu maximálně na 3 týdny až 1 měsíc. Pokud se matka jednou svého dítěte vzdá, pak to musí být právně ošetřeno. Domnívá se, že je potřeba udělat radikální řez. Pokud se náhradní rodiče jednou rozhodli, že se o adoptivní dítě postarají, poskytnou mu veškerou lásku a péči, jde o to, aby prožili celý další život bez jakýchkoli dalších zásahů biologické matky.

C: Domnívá se, že chyba v legislativě rozhodně je. Pokud se matka rozhodne, že dá dítě do adopce, pak šestitýdenní lhůta, která je matce dána na rozmyšlenou, je zcela zbytečná. Proč by měla biologická matka takto žonglovat se životem svého dítěte, jestli ano nebo ne? Pro dítě je velmi důležité, aby se dostalo do nové rodiny co nejdříve. Za celou dobu praxe se setkala pouze s jediným případem, kdy se oba rodiče rozhodli adopci zrušit. Většinou se jedná o jednoznačné, předem promyšlené a pevné rozhodnutí matky, kdy má pádný důvod, z její strany je nechtěné. Roli zde hraje i fakt, že dle informací OSPOD jsou tyto matky po uplynutí šestitýdenní zákonné lhůty nedohledatelné. Přitom skutečně každá žena je při adopci upozorněna na nutnost dostavit se po porodu na spádové OSPOD a podepsat rozhodnutí o předání dítěte do adopce. Celá doba pobytu dítěte v kojeneckém ústavu se tedy nadále prodlužuje. Myslí si, že zákon by to neměl biologické matce, s ohledem na prospěch dítěte, umožňovat.

D: Domnívá se, že v případě ochranné lhůty nejde ani tak o čas, jako spíše o samotné rozhodnutí. Má logiku, že pokud chce žena utajený porod, je již definitivně rozhodnutá, že dítě nechce. Jiná je situace u diskrétních porodů, kdy si ženy své rozhodnutí mnohdy i rozmyslí. Je to běžné, půl na půl. Především ty, které už mají doma několik dětí a rozmyšlí si další dítě, většinou nakonec situaci neunesou a rozhodnutí vezmou zpět. Každopádně šest týdnů na rozmyšlenou je daných z důvodů poporodních změn, kdy by mohla být matka rozrušená a mohla se špatně rozhodnout.

E: Pokud se rodiče rozhodnou pro adopci, tak většinou skutečně znají své možnosti, vědí, že nechtějí nebo nemají možnost dítě zajistit. Situace je pro ně jiným způsobem neřešitelná. Názor lékařů je ten, že žena je po porodu ovlivněna hormonálně, což je pravda. Do-

mnívá se však, že žena, která je rozhodnutá celé těhotenství, že dítě nechce a nabídne jej do adopce, své rozhodnutí mění těžce. Bylo to tak vždy. Dříve, když matka nabídla dítě do adopce, přijela pracovnice z magistrátu, v kanceláři se provedl s matkou zápis, který se běžně provádí až po šestinedělí a dítě šlo do kojeneckého ústavu s tím, že bylo už tehdy právně volné. Pak ale vzniklo rozhodnutí, že prohlášení matky je nutné sepsat na půdě magistrátu, že v nemocnici je to ovlivněno mnoha faktory. Matky jsou tedy propuštěny vždy s kontaktem na magistrát, kam se následně dostaví k vyhotovení zápisu.

Některé matky mají zájem své dítě určené k adopci po porodu vidět. Jak často se stává, že své rozhodnutí následně přehodnotí?

B: Respondentka uvádí, že přání vidět své dítě si volí žena sama. Odmítnout matce toto přání nelze, obzvláště pokud existuje šance, že si může své rozhodnutí rozmyslet. Instrukce z dřívějších let, že matka nesmí vědět ani pohlaví svého dítěte, nikdy neuznávala. Jedná se o svobodné rozhodnutí matky, stejně jako skutečnost, že své dítě dává k adopci. Pokud by své rozhodnutí vzala matka zpět, tak i kdyby nebyla sociálně silná, úkolem a povinností OSPOD je zajistit, aby se o dítě postarala jeho biologická matka. Je už záležitostí OSPOD poskytnout matce takovou pomoc, aby mohla péči v rámci svých možností zajistit. I kdyby existovalo podezření, že dítě nebude vyrůstat v dobrém prostředí, pokud žena původně zvažovala adopci, tak má právo na to, aby se jí poskytla maximální pomoc péči zajistit. Jestliže je problémem výhradně skutečnost, že matka je sociálně slabá, tak se nejedná o výraznější problém, než jak je tomu v případě nezájmu rodičů.

E: Zkušenost respondentky je taková, že někdy se maminky ptají, jestli můžou za dítětem chodit. Pokud jsou po porodu hospitalizovány a mají zájem, pak je jim samozřejmě umožněno dítě navštěvovat na oddělení. Vždy vědí, že konkrétní souhlas je možné dát až po šestinedělí. Dle informací pracovníků Dětského centra, kam jsou děti určené k adopci umístěovány, třetina maminek si souhlas s adopcí rozmyslí a dítě si vezme domů. Vždy je to složitá situace. Matka má ze všeho panickou hrůzu, těhotenství prožívá v depresích. Po porodu se jí souhlasem s adopcí uleví, ale může přijít změna. Po propuštění z porodnice dost často zapůsobí rodina. Například matka matky se to někdy nějakým způsobem dozví.

Jak se realizují přímé adopce určitým osvojitelům?

A: Zájemci o adopci porodnici kontaktují. Pokud se biologická matka před porodem dohodne s cizími manželi, že dítě po porodu svěří do jejich péče, jsou obeznámeni, že pokud trvají na tom, že to takto provedou, v okamžiku porodu dítěte bude tato skutečnost hlášena na OSPOD. Matka má samozřejmě právo dát dítě do výchovy někomu, ale náhradní rodiče o tom za těchto okolností musí vyrozumět OSPOD, který pomůže zprostředkovat ofiiality k tomu, aby dítě mohli mít. Přes nemocnici toto zprostředkovávat nelze, porodnice nemá žádné kompetence. Zařídit předání dítěte do náhradní rodinné péče může dle zákona o sociálně-právní ochraně dětí OSPOD, který musí posoudit vhodnost náhradních rodičů. Jakékoli uspíšení adopce je obcházením zákona. Biologická matka může učinit oficiální souhlas s tím, že se již pevně rozhodla o tom, že o dítě nestojí a hodlá jej dát k adopci až po šesti týdnech po porodu. To riziko, že matka si vše do šesti týdnů rozmyslí, vždy existuje. Pokud už má někdo dítě v péči dva měsíce a biologická matka přijde s tím, že dítě jí musí vrátit zpět, považuje za tragédii. Rovněž nesouhlasí s tím, že je dobře, pokud je dítě šest týdnů v kojeneckém ústavu. Zákonodárci však zařídili, aby žena měla na lhůtu šest týdnů na to, aby se řádně rozmyslela s ohledem na poporodní hormonální změny. Tento fakt by se měl respektovat, i když žena má nejméně sedm měsíců od chvíle, kdy se dozví, že je těhotná, na rozmyšlenou, co bude dělat.

B: Nemají v této záležitosti zkušenosti, domnívá se, že všechno by se mělo řešit zaběhlou cestou. Vůči dětem to považuje za správné. Sama považuje riziko kontaktování biologickými rodiči za velmi nebezpečné. Dle zákona má biologická matka ochrannou lhůtu 6 týdnů, kdy si může vše rozmyslet. Domnívá se tedy, že 6 týdnů dobré kvalitní péče lékařů a sester o dítě v kojeneckém ústavu je lepší, než situace, kdy je dítě vydáno po porodu do náhradní rodiny a biologická matka si vše rozmyslí. Přestože náhradní rodiče můžou být vyrozuměni o tomto riziku, nastalá situace musí být pro ně velmi překvapivá a krizová. Nebezpečí vydírání existuje v kterémkoli věku dítěte. Pokud se rodiče vzájemně znají, je riziko obrovské. Náhradní rodiče, v případě klasické adopce, mohou své budoucí dítě v kojeneckém ústavu pravidelně navštěvovat ještě před svěřením do péče. V případě, že biologická matka po šesti týdnech potvrdí svůj souhlas s adopcí, mohou si dítě bez jakýchkoli rizik a nebezpečí odvézt z ústavu domů.

C: Na porodnici se odehrála pouze jediná přímá adopce, kdy OSPOD reagovalo velmi podrážděně. OSPOD zásadně nedoporučují jiné instituce v péči o dítě, především se naprosto

distancují od Fondu ohrožených dětí. Sama tuto možnost zamítá. Riziko vydírání ze strany biologických rodičů považuje za mimořádně vysoké a velmi nebezpečné. Uznává ale, že na jejím postoj mají částečně vliv média. Je přesvědčena, že dítě se může dostat formou adopce do ideální rodiny, kde je předpoklad, že se bude mít dítě po všech stránkách dobře především na základě psychotestů, kdy jsou posuzovány všechny důležité aspekty pro další život dítěte. Jde o záležitost dalšího jednání s OSPOD.

D: Ve dvou případech matka porodila a v rámci adopce přímým osvojitelům se podařilo dítě umístit do rodiny přímo z porodnice. V obou případech měla biologická matka i náhradní rodiče vše předem domluveno na sociálním odboru. Tato forma je tedy reálná, i když samozřejmě obnáší hodně rizik. Jednak noví rodiče se znají s biologickou matkou, což je velmi nebezpečné. Nefér je to ale především vůči čekatelům, kteří jsou v pořadníku řadu let a čekají na přidělení zdravého novorozence. Pro samotné dítě je samozřejmě tato forma nejlepší. Nemusí absolvovat kojenecký ústav.

E: Stávají se. Dítě je určité matky, která má samozřejmě právo takto s dítětem manipulovat. V chorobopisu je však kolonka „přebírám své dítě“, což znamená, že matka by si je měla skutečně přebrat. Nikdo jiný to udělat nemůže, ani když někdo přijde s potvrzením z notářství, že jim matka dítě svěruje. Jsou to zcela cizí, neproověření lidé. Magistrát v tomto případě trvá na tom, že se jedná o dítě konkrétní matky, která je tudíž povinna za těchto okolností si sama dítě převzít, protože zdravotnické zařízení nemůže vydat dítě cizím lidem. Funguje to tedy tak, že matka odrodí, následně si přijde pro dítě, s sebou už si ale může vzít kohokoli. Pediatři samozřejmě chtějí poučit toho, kdo se bude o dítě starat. Pokud tedy přijdou všichni, matka přebírá dítě, informace získává náhradní matka. Může se stát, že matka odrodí a sdělí, že má určité rodiče. Sociální pracovnice se ihned dotazuje na údaje, aby bylo zřejmé, o koho se jedná a u koho dítě bude. Informace o této skutečnosti jsou zaslány na OSPOD, aby bylo možné předem zjistit, zda jsou žadatelé a zda jsou prověřeni. Pokud se matka stará, po třech měsících si podá návrh na svěřeni dítěte do péče a náhradní rodinná péče o ní neví, může nastat problém. Situace je přitom naléhavá. Je nutné provést všechny psychologické testy, které jsou podmínkou osvojení dítěte. Pokud nejsou žadatelé, nejsou prověřeni. OSPOD potřebuje mít jistotu, že žadatel je schopen se o dítě starat, že se neprojevuje žádná odchylka. Mají na to tři měsíce, než proběhne soud. Pokud ale už v archivu jsou, je všechno v pořádku.

Jaký je Váš názor na matriční nikoli biologické otcovství a svěření dítěte do péče otce?

A: Tam není co řešit. Otec přiznal otcovství, což je formalita, biologická matka souhlasila. Osobně se s touto situací ve své praxi setkala, za maminkou docházeli na oddělení cizí manželé. Právně je to nezpochybnitelné. Z osobního pohledu je zde obrovské riziko toho, že tito lidé se osobně znají, což je mimořádně nebezpečné. Nikdy otec nemůže vědět, co ženu k odevzdání dítěte donutilo. Drtivá většina těchto žen pochází z nižších sociálních poměrů, kde se může vyskytovat někdo, kdo ji přesvědčí k vydírání. Ona sama tyto myšlenky mít vůbec nemusí, ale pokud se pohybuje v nižší sociální skupině, s kriminální činností a bude-li mít finanční tíseň, pak je riziko obrovské.

E: Tato situace se neřeší. Nezkoumá se, jestli se jedná o pokrevního nebo pouze matričního otce. Pokud prohlásí na matrice otcovství, je to nezpochybnitelné, nezkoumá se.

8) Oznamovací povinnost zdravotnického zařízení

Jak je hodnocena spolupráce se spádovým oddělením sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD)? Jaká je úspěšnost při řešení sociální problematiky dětí?

A: S OSPOD funguje spolupráce až nadstandartně. Vynikající spolupráce je především s magistrátem a úřady spádových velkých měst. V případě naléhavosti velmi rychle vyhoví se sociálním šetřením a telefonicky sdělí nejdůležitější informace o rodinné situaci.

B: OSPOD vyhoví všem požadavkům na sociální šetření, spolupráce je dobrá. Sama vždy hodně zvažuje, jestli je důvod k intervenci OSPOD a provedení návštěvy v domácnosti, opravdu závažný. V případě jakéhokoli problému nejprve zrealizuje rozhovor s matkou na oddělení. Ženě vysvětlí, z jakých důvodů ji navštěvuje, snaží se vždy zjistit pouze nejdůležitější informace. Současně vysvětlí, že bude informováno spádové OSPOD a předává kontakt na konkrétní sociální pracovníci. V podstatě nemá žádný písemný souhlas pacientky k sociálnímu šetření, žena vždy pouze ústně sdělí souhlas, jestli je ochotna se sociální pracovníci komunikovat a rozebrat případně svůj problém. OSPOD je informováno až po celkovém zhodnocení situace. Jedná se například o situaci, kdy matka dítě chce, ale doma nemá připravené podmínky. Ženě může být nabídnuta, ve spolupráci s OSPOD, možnost dobrovolného pobytu dítěte v kojeneckém ústavu. Matka může za dítětem libovolně dojíždět a po úpravě podmínek v domácnosti si jej vezme z ústavu k sobě domů. Pokud se jedná o předběžné opatření, sociálním pracovníkům OSPOD jsou poskytnuty veškeré písemné

podklady, především informace o matce. Následně je vše vyřízeno na soudu, předběžné opatření je doručeno do nemocnice. Další řešení situace dítěte se už řídí tímto předběžným opatřením.

C: Úkolem sociální pracovníce je případný problém, který se na porodnici vyskytl, OSPOD včas nastítnit a následně jej ve spolupráci s ním řešit. Nejedná se nikdy pouze o osobní iniciativu sociální pracovníce porodnice, vše je záležitostí této spolupráce. Problematika dané rodičky je sociální pracovníci známa buď předem na základě informací OSPOD, případně se problém projeví až na oddělení. OSPOD se podává klasické hlášení o porodu, včetně žádosti o prověření rodinné situace dítěte sociálním šetřením v domácnosti, nebo s žádostí o sledování rodiny po propuštění z porodnice. Po právní stránce se vše posunulo hodně dopředu, spolupráce je velmi dobrá. Pokud je OSPOD nahlášeno jméno rodičky, velmi často už vědí, o koho se jedná a vědí také velmi dobře, v jakém zázemí bude o dítě pečováno. OSPOD má většinou tyto rodiny důkladně zmapovány, častokrát jsou pod jejich průběžným dohledem. Rozhodnutí OSPOD je vždy respektováno. Pobyt na porodnici je krátkodobý, personál nemůže za tuto dobu vědět o matce dítěte všechno. Některé dysfunkce se mohou projevit (například u prvního dítěte) až později v domácnosti. Spolupráce s matkami v průběhu hospitalizace je individuální. Některé jsou velmi otevřené a vstřícné k řešení situace, jiné se naopak vůči personálu uzavírají, konzultace berou jako zásah do soukromí, nemají potřebu se bavit o svých problémech a potížích. Pokud se nejedná o naléhavý problém řešení situace dítěte, například předběžné opatření ze strany OSPOD, matka mnohdy získává kontakt na příslušnou pracovníci OSPOD s tím, že ji může sama kdykoli později kontaktovat.

E: Každé odebrání dítěte se hodně prožívá, velmi bouřlivé to bývá především u předběžných opatření. Pokud se matce vysvětlí, že se jedná pouze o předběžné opatření, že do třech měsíců soud rozhodne případně o výchovném opatření, je to pro ni lepší, než kdyby jí dítě bylo vydáno hned. Tak by mohl OSPOD zjistit velmi nepříznivé okolnosti, nevhodnost zázemí a dítě by jí mohlo být odebráno, což je první mínus. Pokud je ale dítě umístěno z porodnice do zařízení, matka má dva měsíce na to, aby si doma všechno upravila. OSPOD může předběžné opatření zrušit. Vždy se snaží každou matku povzbudit, že dítě určitě dostane zpět, že to dokáže. Pokud by tato situace nenastala, matka by nebyla vybičovaná k tomu, aby na zlepšení situace zapracovala. Takto dítě na ni čeká, až zburcuje celou rodinu, aby mohlo být propuštěno domů. Matky samy mnohdy nakonec i poděkují, protože v reálu

zjistí, že situace se zlepšila. Spolupráci s OSPOD označuje za perfektní. Jestliže se vyskytne cokoli naléhavého, OSPOD situaci rychle prošetří, protože ví, že hospitalizace na porodnici je maximálně čtyřdenní. Sociální pracovníce se ženou nejprve pohovoří na oddělení. U větších problémů, kde tuší velké problémy, hlásí přímo OSPOD. Kontaktována je konkrétní sociální pracovníce, se kterou se domlouvá na dalším postupu, především zda je vhodné propustit dítě do konkrétní rodiny. OSPOD následně zasílá písemnou zprávu, například, že souhlasí s propuštěním, nebo že je nutné vyčkat na vydání předběžného opatření. Lékaři chtějí každé sociální šetření OSPOD písemně, dokládají je do zdravotní dokumentace dítěte. Rozhodnutí OSPOD nikdy nezpochybňují, naopak jsou velmi důslední. Pokud OSPOD dává doporučení, že je možné dítě propustit (jeví se jim, že zázemí by mohlo fungovat), je možné se spolehnout na dohled OSPOD i zdravotního střediska. V rodině je mnohdy i další člověk. Pokud má dítě vývojovou rehabilitaci, může se docházet zacvičovat například babička dítěte. Kdykoli se jedná o casus socialis, o termínu propuštění dítěte je obeznámen také obvodní pediatr. Spolupráce je v tomto směru výborná a oboustranně vítaná. Pokud už má matka více dětí, pak jsou i údaje o rodinné situaci, poskytnuté pediatrem, velmi spolehlivé a mnohdy rychlejší a dostupnější než ze strany OSPOD. Například sdělí, že matka dvě starší děti sama po porodu nikdy nenahlásila, nebo že u dětí chybí spousta očkování, kdy matka nechodí na kontroly ani na předvolání. Většinou lékaři sami kontaktují OSPOD s žádostí o pomoc. Mnohdy se stane, že matka se následně nad sebou zamyslí a přidá v péči. Někdy je v rodině zajištěna i dopomoc nestátních organizací. Zkušenější pracovníci pomáhají matkám, jak si poradit s péčí. Jedná se o bezplatnou službu, kterou financuje stát.

9) Dobrovolné pobyty dětí v kojeneckém ústavu

Jak často a za jakých okolností je rodinám doporučován pobyt dítěte v kojeneckém ústavu na základě dohody?

A: Pokud je to odůvodněné, doporučuje. Pokud je si matka sama vědoma, že je nutné si upravit podmínky v domácnosti nebo v rodině vůbec, pak je to z její strany odpovědné chování. Samozřejmě pokud se této situace nezneužívá stylem, že matka si dítě vyzvedne k sobě domů až má dítě první nejnáročnější měsíce života za sebou. V reálném životě to některé ženy takto dělají, jsou to opakované a ve své podstatě neodůvodněné pobyty dětí v KÚ. Na tuto situaci pamatuje zákon o sociálně-právní ochraně dětí, kde jsou zmíněny děti, které jsou umístěny neoprávněně do ústavní péče.

C: Dobrovolný pobyt dítěte v kojeneckém ústavu je jednoznačně podporován. Je to doba, kdy si matka může na své dítě zvyknout, má zde možnost naučit se kompletní péči. Dnes bývá propouštění z porodnice velmi rychlé a některé maminky mají velký problém, nemají zkušenost, trápí je jejich osamělost nebo nemají ani vhodné bytové podmínky. Jde o to nepřerušit kontakt matky s dítětem, naopak jej prohloubit do doby, než se upraví podmínky doma. Není také případně problém domluvit, aby za nimi do KÚ pravidelně docházel otec dítěte. Vždy je to i o vzájemné diskusi v týmu, nic nelze prosazovat proti něčí vůli, roli hraje domluva. Spolupráce se spádovým KÚ je výborná, naprosto bezproblémová.

D Dobrovolný pobyt dítěte v KÚ se maminkám někdy navrhuje s tím, že se může projevit, jak je schopná si vše zařídit a rozhodnout se, zda péči zvládne. Například u adopcí matky vždy informuje, že si můžou vše rozmyslet i po podepsání předběžného souhlasu. Pokud je dítě v KÚ, můžou ještě situaci změnit, mají na to minimálně dva měsíce. Podpis je pouze formalita, která nehraje téměř žádnou roli. Matkám je vše vysvětleno. Tyto informace jsou pro ně důležité, protože pak mají možnost svobodné volby.

10) Situace etnických odlišných dětí

Jak často je řešena problematika romských dětí nebo dětí emigrantů?

A: Na porodnici rodí poměrně často romské maminky. Nedá se říct, že by byly problémy. Některé jsou hospitalizovány s dětmi, některé jdou druhý den na reverz domů. Jelikož neonatologická společnost doporučuje, že dítě musí být 72 hodin po porodu observováno, je nutné udělat screening, veškerá vyšetření, očkování, teprve poté může být propuštěno domů. Matka dítě navštěvuje, přináší mléko. Pokud je jednou z oddělení propuštěna, už nemůže být na oddělení přijata zpět, s výjimkou přijetí ze zdravotního důvodu na oddělení gynekologie. Mezi důvody, proč odchází dříve, patří především mladší děti, o které se partner v průběhu hospitalizace nepostará.

B: Romské maminky neřeší často. Řešila se jediná maminka mongolské národnosti, která tady nechala své dítě k adopci, protože v ČR byla na pracovní povolení. Domnívá se, že v tomto případě zřejmě došlo k pochybení. Považuje za nejasné, že někdo může obnovit povolení k pracovnímu pobytu ženě ve vysokém stupni těhotenství. Pro zjištění důležitých údajů bylo nutné sehnat tlumočnicka. Jako jediná z matek, se kterými se v průběhu své praxe při adopcích setkala, měla tato žena zájem vědět, jakým způsobem probíhá adopce a k jakým lidem se její dítě dostane.

C: Na porodnici je řešena problematika romských dětí velmi často. Celkově u této populace není zjevný nezáměr o dítě, ale jistou zvláštností a pravidlem je, že bezprostředně po porodu, většinou tentýž den, se matka dítěte nechá propustit na revers domů. Pokud dítě na porodnici opustí a je propuštěna na reverz, dítě si může už jen vyzvednout, nemůže být přijata zpět. Rodinám je poskytováno poradenství, vše potřebné je jim vždy vysvětleno.

D: Hospitalizace romských maminek jsou časté. Posun nastal v tom, že všechny romské maminky nejdou domů na reverz, to už jen málokdy. Reverz využívají spíše hodně mladé a nezralé ženy, nebo naopak ženy, které už mají doma děti, které nikdo nepohlídá. To je závažný důvod, který je dán tradicemi a způsobem života. Spěchají domů, aby je zajistily. Není důvod v tom, že by se necítily dobře mezi ostatními pacientkami. Psychicky délku hospitalizace nevydrží. Domnívá se, že hodně bychom jim křivdili, kdybychom toto nerespektovali. Ve všech těchto případech platí, že děti jsou propouštěny až čtyři dny po porodu, nikdy ne zároveň s matkou. Děti bývají svými rodiči dodatečně vyzvednuty na oddělení a zpravidla není problém.

E: Matky romských dětí obvykle jdou domů na reverz. Na oddělení se vždy domlouvají na tom, kdy si přijde pro dítě, jestli má nachystanou výbavičku. Sociální pracovníce se dotazuje na zdravotní středisko, kam dítě přihlásí a především vyžaduje telefonní kontakt. Tato situace se nehlásí nikam, maminka normálně nosí dítěti mléko, běžně chodí každé odpoledne i ostatní příbuzní. Každé dítě je hospitalizováno čtyři dny, poté jde domů. Zkušenost je dobrá, rodiče si vždy dítě vyzvednou. Pouze hlášení na dětské středisko si sociální pracovníce bere na starost sama a informuje obvodního pediatra, že dítě propouští. V těchto případech se nejedná o ambulantní porod, protože matka jde domů, dítě zůstává. Romské matky netrvají na tom, že chtějí zároveň s sebou i dítě, čekají, až se naočkuje a až proběhnou prohlídky.

11) Situace dětí nezletilých matek

Jakým způsobem je řešena situace dětí nezletilých matek?

A: U nezletilých matek ve věku nad 15 let vždy ve spolupráci s OSPOD, který má situaci v terénu velmi dobře zmapovanou. Pokud se jedná o rodinu, se kterou již v minulosti pracovali, vědí o ní. Pokud o ní nevědí, je ihned zajištěno sociální šetření v terénu za účelem zjištění podmínek. Jelikož sociální pracovníce porodnice nemá oprávnění, OSPOD je jediným pověřeným orgánem. Velmi promptně vyhoví, protože vědí, že třetí den je maminka

propuštěna. Poskytnou zprávu, jestli je možné propustit, protože zpravidla vše domluví s matkou nezletilé, mnohdy poskytnou poradenství ohledně určení otcovství a dají potřebné instrukce, aby otec mohl být zákonným zástupcem. Pokud není otec, poručnictví je většinou svěřeno babičce dítěte a to až do doby nabytí zletilosti matky. Jestliže toto není realizovatelné, tak se snaží o dohodu, že dítě půjde do kojeneckého ústavu. Pokud dohodu nechtějí akceptovat, vydává se předběžné opatření na umístění do KÚ. V tomto případě se už jedná o řešení mezní situace.

B: V těchto případech většinou zájem o dítě je. Situace svobodných nezletilých matek je řešena s otcem dítěte, pokud jej matka dítěte uvádí, je zletilý a k dítěti se zná. Jde v podstatě jen o dořešení určení otcovství. Matky na oddělení jsou většinou před návštěvou sociální pracovnice již obeznámeny ze strany matrikářky. Pokud otec dítěte uveden není a je z jeho strany problém, pak se jedná o vyřízení poručnictví ze strany rodičů nezletilé matky. Občas se ale jedná také o případ, kdy dítě jde po porodu k adopci.

C: Na radu právníka je trend takový, že dítě není propuštěno domů, dokud není soudem sepsán návrh na určení poručníka (většinou rodiče nezletilé matky) nebo dokud není vyřízeno určení otcovství. V den propuštění se domlouvá sociální pracovnice na soudu, na opatrovnickém oddělení, kam se následně dostaví nezletilá maminka se svým zákonným zástupcem. Pokud je otec dítěte zletilý, tak před soudem prohlásí otcovství a tím pádem je možné dítě propustit do péče otce. Pokud otec není přítomen této akci, tak většinou se jako poručník navrhuje matka nezletilé a pak je dítě propuštěno do její péče. Nezletilá matka nenese plnou zodpovědnost za dítě, proto není možné novorozené dítě propustit do její péče bez této procedury. Mnohdy se hospitalizace u těchto dětí a matek z těchto důvodů prodloužuje. Matka je tedy zainteresována do situace tak dalece, že před propuštěním dítěte přinese ze soudu formulář, kdo je navrženým poručníkem dítěte. Většinou nebývá problém. Rodiče nezletilé matky totiž mají zodpovědnost pouze za svoji dceru, nikoli za dítě dokud nejsou soudně určeni jako poručníci. Někdy nastává problém, kdy nejsou rodiče nezletilé matky ochotni vypomoci s péčí o novorozence a pak nastupuje například péče prarodičů. U nezletilých matek je do budoucna výrazný handicap nedokončeného vzdělání. Problém tady je i ten, že rodiče nezletilé si uvědomí většinou až velmi pozdě, že ve výchově zřejmě něco důležitého podcenili.

D: Povinnost sociální pracovnice obnáší rozhovor s matkou novorozence a především babičkou novorozence, které podává důležité informace. Následně je podáváno hlášení na

OSPOD kvůli dořešení svěřením do péče prarodiče nebo určení otcovství. Současně tak získává informace, o jaké rodinné zázemí se jedná. Pokud rodinu znají, sdělí například, že se jedná o rodinu, kde nebude problém se zajištěním další péče. Pokud neznají, provádí sociální šetření dodatečně. V těchto případech tedy stačí prohlášení matky nezletilé o převzetí vnučete do vlastní péče. Všechno je jištěno, na soudní rozhodnutí by porodnice čekala dlouho, což není možné.

E: U nezletilých by se mělo začít především s prevencí, což je výchovný problém. V případě porodu nezletilé je situace řešena pozváním zákonných zástupců, zpravidla je zvána babička dítěte. Provádí se zápis, že se coby zákonný zástupce matky zavazuje zajistit řádnou péči o dítě společně se svojí nezletilou dcerou. Sociální pracovnice jej nechává podepsat. Při propouštění dítěte se dostaví rodiče společně s nezletilou matkou i za dětským lékařem, který je informuje, o všem co je nutné. Vždy se provádí hlášení na dětské středisko, žádá o provedení návštěvy, a když ví, že bude určovat otcovství, taktéž tuto skutečnost nahlásí na OSPOD. Za 14 dnů se má vyzvednout rodný list na matrice a dostavit se k soudu ohledně určení otcovství (určuje se na soudu, nikoli na matrice). Babička dítěte je požádána, aby se následně i s rodným listem dítěte dostavila na náhradní rodinnou péči, aby se ustanovilo poručnictví. Muselo by se dlouho čekat s propuštěním dítěte, což je nereálné. Šlo by to řešit také předběžným opatřením, ale toto je spolehlivý způsob. Spolupráce s OSPOD funguje, dohled existuje, rodiče přebírají zodpovědnost za nezletilou matku. Mnohdy i OSPOD rodinu už zná, jelikož je například kvůli starším dětem pod dohledem, ale podmínky se snaží upravit. Obvodní pediatři to vědí také, vždy následující den provádí návštěvu, po své linii si dítě hlídají.

12) Narození dítěte s vrozenou vývojovou vadou

Jakým způsobem je zajištěno poradenství rodičům dětí s vrozenou vývojovou vadou?

A: Pokud lékaři vidí, že rodiče projevují velký zájem, ale jsou bezradní a nevědí, jak to bude dál, nabízí rodičům konzultaci se sociální pracovnicí. Sociální pracovnice nejprve vše sama konzultuje s ošetřujícím lékařem, od kterého získává informace, jak to s dítětem vypadá prognosticky (někdy je diagnóza infaustní). Lékař ji současně informuje, jak hluboce je rodina obeznámena. Převážná většina těchto dětí je propuštěna do péče rodičů, protože rodina jeví zájem. Porodnice spolupracuje se střediskem rané péče, tudíž podmínky ve vět-

šině domácností jsou pro tyto děti zajištěny s dopomocí profesionálů. Zprostředkování zajišťují, se souhlasem rodičů, lékaři.

B: Děti s vývojovou vadou bývají většinou transportovány do specializovaného zařízení, kde se následně řeší i případná sociální problematika. Domnívá se, že při řešení této problematiky záleží především na lékařích, jak rodičům tuto zprávu oznámí a jak s rodiči dále komunikují. Záleží na tom, jestli je lékař ten, který uznává skutečnost, že i postižené dítě má právo vyrůstat v rodině, nejen v ústavní péči. Vždy hodně závisí nejen na osobnosti lékaře, ale i sociální pracovnice. Nepovažuje za správné, pokud sociální pracovnice matku do něčeho tlačí nebo manipuluje. Roli hraje i to, jaká osobnost je matka, případně oba rodiče. Úkolem personálu je pouze vysvětlit, jaká rizika existují, a naopak jaké jsou klady. Dítě s postižením potřebuje víc než dítě zdravé, a to by měl vědět i otec dítěte. Rodiče poskytují dítěti to, co mu nedá žádné zařízení. V případě, kdy není propuštění dítěte do domácí péče realizovatelné, je tedy potřeba alespoň přesvědčit oba rodiče, aby své dítě v kojeneckém ústavu navštěvovali a neztratili s ním kontakt. Alespoň po této stránce je to malá výhra.

C: Situace novorozeneckých dětí se zdravotními riziky není řešena z důvodu jejich transportu na specializované pracoviště.

D: Děti jsou po narození v péči novorozenecké JIP, kde mají lékaři velký přehled o možnostech výpomocí v rámci tzv. rané péče. Rodičům vždy poradí, předají kontakt na organizace pro ranou péči. V nemocnici funguje mj. riziková poradna. Rodiče se samozřejmě vždy rozhodují a váhají. V případě, že péči o dítě odmítnou, sociální pracovnice spolupracuje s lékaři při umístění dítěte do kojeneckého ústavu.

E: Jedná se o děti, které jsou hospitalizovány vždy déle, patří sem i nedonošené děti. Prostor k řešení je dostatečný. Pediatři vždy informují o tom, že rodiče například dítě chtějí za každou cenu k sobě domů, do vlastní péče. Také jestliže rodiče váhají, pediatři ihned volají a domluva je opět společná. Mají kontakty na Centra rané péče, které jsou schopné pomoci rodičům s těmito dětmi. Vyskytne se mnohdy i situace, že rodiče situaci nezvládnou a dítě odmítají. Pokud si je nevezmou domů, maminka říká, že nezavinila to, že je dítě poškozené. Mamince je možné vysvětlit, že s ní všichni hluboce soucítí, vychází jí vstřícné umístěním dítěte do ústavní péče, ale není možné se dítěte zříct. Dítě se narodilo, existuje, za své postižení nemůže. Je lepší doma říct, že je dítě nemocné a zatím nemůže domů, že potřebuje zdravotní péči. Zájem okolí časem odezní. Někdy se v Dětském centru podaří umístit i těžce postižené děti do pěstounské rodiny. Rodiče, kteří mají zájem péči zajistit,

se domlouvají s pediatry, jezdí následně do rizikové poradny, získávají veškeré potřebné informace jak ze strany sociální pracovnice, tak i ze strany lékařů. Mnohdy se může ještě lescos probrat, i když už je dítě doma.

13) Syndrom vyhoření

Necítíte se někdy v průběhu své praxe ohrožená syndromem vyhoření? Co Vás před ním ochránilo?

A: Povolání ve zdravotnictví považuje za profesně uspokojivé. V počátcích byla po emoční stránce vyčerpávající sociální práce na dětské klinice a především děti s těžkým postižením, zejména hospitalizované na hematoonkologii. Ochranu si našla ve vlastním rodinném zázemí, které mělo pro tuto práci vždy velké pochopení. Důležité je si tzv. práci nenosit domů, dokázat aktivně relaxovat a odpočívat.

B: Při sociální práci se nejde vyhnout stresovým situacím, občas si myslí, že je vyhořelá. Za velkou nevýhodu považuje, že na sociální problematiku je v nemocnici sama, neexistuje ani zástup v případě dovolené nebo onemocnění. Jelikož pracuje s plným nasazením, považovala by za potřebné svoji práci konzultovat s odborníky. Nyní přijala nabídku být účastníkem supervizní skupiny, která se bude týkat některých oblastí sociální práce. Za celou dobu své praxe tuto příležitost nikdy neměla, několikrát došlo pouze k předání zkušeností s kolegyněmi z oboru v rámci proškolení na OSPOD.

C: Nemá možnost supervize. Nejvíce jí v tomto směru dávala setkání s kolegyněmi z ostatních nemocnic při studiu v NCO NZO. Se syndromem vyhoření nemá osobní zkušenost, práce ji především baví, má ji ráda. Svou profesí celkově získala do života hodně pozitivního, spoustu životních událostí bere s potřebným nadhledem. Domnívá se, že všechno je o komunikaci a o kompromisech.

D: Na porodnici ani dětské klinice se nedá vyhořet, je to nádherná práce. Potíže jsou spíše na onkologickém oddělení, kde hrozí riziko vyčerpání z důvodu náročnosti problematiky. Míra stresu je tam obrovská, řeší se krizová situace rodiny, osamělí pacienti v terminálním stadiu, zajištění hospice. Zažila krátké krizové období, které naštěstí odeznělo. energii „dobíjí“ právě na porodnici.

E: Považuje za výhodu, že sociální práci vykonává společně s matrikou, obojí je pěkná práce. Celkově považuje řešení sociální problematiky na porodnici za velmi přínosné.

4.6 ZÁVĚRY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V uvedených případech jsou porodnická oddělení součástí velkých nemocnic, činnost sociálního pracovníka je zde zpravidla rozdělena mezi vícero oddělení. Pouze v jediném případě má sociální pracovníce možnost orientovat se výhradně na dětskou problematiku v celé její komplexní podobě (gynekologicko-porodnické, novorozenecké a dětské oddělení). Ve dvou případech respondentky dělí pozornost na problematiku porodnického oddělení a onkologicky nemocných, další dvě respondentky poskytují konzultace a poradenství pro všechna oddělení nemocnice, včetně porodnického oddělení. Pokud o případné sociální problematice nejsou obeznámeny v předstihu ze strany privátního gynekologa nebo OSPOD, jakékoli konzultace na porodnici jsou realizovány výhradně na podnět zdravotnického personálu. V situacích, kdy je signalizována sociální problematika, jde vždy především o velmi úzkou spolupráci s gynekology a pediatry, pro které je směrodatná informace, do jakého zázemí bude dítě propuštěno, jakým způsobem bude zajištěna péče. Až na dvě výjimky, vnímají respondentky vzájemnou spolupráci jako velmi dobrou a pozitivní. Důvodem pro intervenci je například řešení situace dětí ze socio-kulturně znevýhodněného prostředí, děti nezletilých matek nebo adopce. Důvody pro odložení dítěte obvykle pramení z neuspokojivých partnerských vztahů, z obtížné socio-ekonomické situace rodiny, v některých případech souvisí s normalitou osobnosti matky. Podle respondentek není rozhodující, zda je žena svobodná/osamělá nebo vdaná, sociální problematika se dotýká obou skupin. Přestože se vždy jedná o individuální důvody, tři z účastnic výzkumu se shodly na tom, že v mnoha případech existuje určitá spojitost s mezigeneračním přenosem chování v rodině matky. Adopcí celkově není mnoho, dle sdělení respondentek, v průměru 3 až 4 ročně. Rozhodnutí ženy je vždy respektováno, v průběhu hospitalizace se zjišťují pouze nejpodstatnější anamnestické údaje potřebné k dalšímu řešení situace dítěte. Matka získává důležité informace, především je obeznámena o šestitýdenní lhůtě, která je jí dána ze zákona na rozmyšlenou. Po porodu plní zdravotnické zařízení oznamovací povinnost OSPOD, který má další řešení situace dítěte zcela ve své kompetenci. Matkou je podepsáno prohlášení o umístění dítěte v kojeneckém ústavu (pouze v jednom případě je nabízena jako alternativa Klokánek FOD), kam je dítě po stabilizaci stavu přeloženo. V obou městských nemocnicích se adopce odehrávají výhradně touto formou, přímé adopce se zde nerealizují. Ve fakultních nemocnicích je situace podstatně odlišná. Adopcí je zde více než v menších městech, ženy sem přijíždí porodit z důvodu ochrany soukromí. Zpravidla jsou zde informová-

ny také o možnosti porodu s utajením totožnosti. Ve všech třech fakultních nemocnicích se výjimečně realizují přímé adopce. Vždy se jedná o záležitost vzájemné domluvy biologických rodičů, náhradních rodičů a OSPOD. Časné adopce dětí z porodnice v případech tzv. utajených porodů uvedla na přímý dotaz pouze jedna z respondentek. Zrealizovány byly ve spolupráci se spádovým magistrátem, o umístění do konkrétní rodiny rozhodl poradní sbor. Dvě z respondentek zmínily umístění dítěte do péče otce, na základě tzv. předem určeného otcovství k nenarozenému dítěti. Přestože biologická matka získává zákonnou šestitýdenní lhůtu dostatečný časový prostor ke zvážení situace a případné úpravě podmínek a vztahů, respondenty se shodly na tom, že převážně jde o pevné a neměnné rozhodnutí. Osobní důvody ženy k odložení dítěte jsou natolik závažné, že svůj souhlas po uplynutí zákonné šestitýdenní lhůty potvrdí. U utajených porodů je pak tato situace zřejmá. Obvykle se nejedná o spontánní, ale naopak o zralé rozhodnutí, kdy je gravidita od prvopočátku z mnoha důvodů nechtěná. Svůj úmysl tyto ženy zpravidla oznámí již v době před porodem (OSPOD, nestátní organizace, privátní gynekolog), nebo záhy po narození dítěte. Po porodu je žena v průběhu rozhovoru vždy informována o tom, že bude-li její rozhodnutí neměnné, má povinnost dostavit se po uplynutí zmiňované zákonné lhůty k podepsání protokolu o předání dítěte k adopci. Ve dvou případech respondenty uvádí zpětnou informaci OSPOD, že matka je po uplynutí této zákonné lhůty mnohdy nedohledatelná, přestože jí informace i potřebné kontakty byly předány i písemnou formou. Považovaly by za vhodné zákonnou lhůtu podstatně zkrátit. Domnívají se, že matka rozhodnutí, které učinila dlouho před tím, než dítě porodila, mění jen velmi těžce. Jakýkoli další časový prostor, který je dán po porodu na rozmyšlenou, je újmou dítěti (několikatýdenní pobyt v kojeneckém ústavu). Názor na tuto problematiku však není jednoznačný. Tři respondenty současně zmiňují zkušenost s tím, že matky své rozhodnutí někdy mění. V těchto případech jsou obvykle zřetelné náznaky váhání a rozhodování již v průběhu hospitalizace, zejména přání dítě vidět. Konečné rozhodnutí je vždy svobodnou volbou ženy, velkou roli hraje skutečnost, jaké opory se jí dostává ze strany rodiny.

Samostatnou kapitolou činnosti sociální pracovnice na porodnici je poradenství rodičům dětí s vrozenou vývojovou vadou. Řešení této složité situace je dáno úzkou spoluprací lékaře a sociálního pracovníka. Respondenty zařízení, kde se tato problematika vyskytuje, se shodly na tom, že vzájemná spolupráce funguje velmi dobře. Lékař vždy informuje, jak dalece jsou rodiče obeznámeni o diagnóze, do jaké míry je realizovatelná péče o dítě v domácím prostředí a současně naznačí postoj rodiny. Rodiče vždy zažívají dilema, ve většině

případů však projevují zájem. Jelikož roli zde hraje spíše bezradnost v situaci, kterou nepředvídali, nejdůležitější zásadou je dostatečný časový prostor na zodpovězení všech otázek rodičů. Pokud chtějí péči zajistit, je jim poskytnuto poradenství a nabídnuty, případně i zprostředkovány, adekvátní formy výpomoci v rámci rané péče. Někteří rodiče naopak nejsou schopni dítě s jeho postižením akceptovat, proto dochází k jeho odmítnutí. V průběhu rozhovoru se sociální pracovníci podepisují prohlášení o umístění dítěte v kojeneckém ústavu, kam je následně zrealizován jeho překlad. Rodičům zůstává vyživovací povinnost, přestože mnohdy s dítětem přeruší jakýkoli kontakt. V městských porodnicích není situace těchto dětí řešena, po porodu bývají transportovány do vyššího typu zdravotnického zařízení, kde je podchycená i případná sociální problematika.

Řešení jakékoli nepříznivé sociální situace matky a dítěte probíhá vždy ve spolupráci se spádovým OSPOD. Zdravotně-sociální pracovník zde funguje především jako velmi důležitý prostředník, který dává podnět, uzná-li, že k intervenci OSPOD existují důvody. Současně má důležitou úlohu být v kontaktu s matkou dítěte, kterou je vždy nezbytné o účinných krocích informovat. Spolupráci se spádovými OSPOD označují všechny respondentky (s výjimkou jediné, která se zdržela odpovědi), za vynikající, mnohdy až nadprůměrnou. Pokud je vznesen požadavek na prověření rodinné situace dítěte, OSPOD vyhoví bezodkladně a navrhne konkrétní opatření. V rámci terénní práce má obvykle tzv. rizikové rodiny podchyceny, a tudíž ví, v jakém zázemí bude péče o dítě probíhat. Dle konkrétního rozhodnutí se realizuje buď propuštění dítěte do péče rodičů (za předpokladu průběžného dohledu OSPOD) nebo do ústavní péče. Předběžná opatření jsou krajním řešením v situacích, kdy je zřejmé, že péče o novorozence by nebyla v domácím prostředí zajištěna adekvátním způsobem. Mnohem častěji jsou matkám dětí, ve spolupráci s OSPOD, nabízeny v průběhu hospitalizace spíše alternativy pomoci, například dobrovolný pobyt dítěte v kojeneckém ústavu nebo průběžný dohled a podpora OSPOD. Konkrétně jedna z respondentek má situaci jištěnou také přes spádové dětské lékaře, kterým v těchto případech vždy oznamuje termín dimise dětí. Pediatr tuto spolupráci vítá, navíc je schopen situaci v rodině pohlídat a v případě naléhavosti kontaktovat spádové OSPOD. Interdisciplinární spolupráce (porodnice – OSPOD, dispenzární pediatriká péče) by měla fungovat právě v této návaznosti.

ZÁVĚR

Podnětem k napsání této práce byla vlastní zkušenost z praxe sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Snahou bylo vysvětlit význam sociální práce na porodnicích, která zahrnuje široký kontext všestranné péče o jakkoli sociálně znevýhodněné děti. Její význam při interdisciplinárním způsobu řešení specifických situací dětí je zcela zásadní. Znalost rodinného zázemí dítěte umožňuje volit opatření, která mohou zabránit prohlubování problémů rodiny, do které se dítě rodí, a která mohou pomoci zajistit optimální podmínky pro jeho vývoj. V mnohých situacích tak může být sociální problematika podchycena v samém počátku. Jsou-li rodičům nastíněny možnosti podpory a perspektivy řešení jejich nepříznivé situace již v průběhu hospitalizace, krize rodiny je mnohdy, za následné podpory pomáhajících profesionálů, zvládnuta. Významnou úlohu zde sehrává terénní sociální práce a s ní především sociální pracovníci OSPOD, v jejichž kompetenci je objektivní posouzení, zda bude možné péči o dítě zvládnout v domácích podmínkách. U obzvláště závažných sociopatologických jevů v rodinném zázemí mnohdy není sociální prognóza dítěte příznivá. I když prioritou sociálních pracovníků je, formou dlouhodobé a systematické práce s rodiči, posílit základní funkce rodinného systému, jejich úloha je zde často znesnadněna skutečností, že samotní rodiče nejsou mnohdy vstřícní jakékoli navrhované pomoci, svoji závažnou situaci si neuvědomují nebo se naopak obávají svého selhání. Vzhledem k postoji biologické rodiny často není realizovatelné jiné řešení než časná institucionální péče. Z hlediska sociálně-právního je pak problematika tzv. sociálně osiřelých dětí řešena jednotným způsobem, což znamená, že biologičtí rodiče získávají maximální prostor svoji situaci v prvních týdnech po porodu zvážit a pokusit se o úpravu poměrů. Ne vždy je tento prostor využit. Sociálně-právní situace dítěte se mnohdy vyjasňuje až po proběhnutí dvouměsíčního nezájmu biologické rodiny.

Příčiny krize rodičovství, které se vážou na fungování celého rodinného systému, není možné hledat pouze v osobnostních předpokladech rodičů, velmi často souvisí s negativními civilizačními faktory, které s sebou přináší současnost. Ze zjištěných skutečností vyplývá, že včasná prevence a zvolení vhodné alternativy řešení situace dítěte je vždy mnohem efektivnější než jakékoli pozdější pokusy o nápravu. Je zvláštním paradoxem, že prevence tohoto jevu by neměla spočívat pouze v osvětě ze strany zdravotníků, sociálních pracovníků nebo pedagogů, spočívat by měla především v předávání pozitivních postojů k rodičovství a k výchově dítěte ze strany samotných rodičů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- DUNOVSKÝ, J. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum, 1986.
- DUNOVSKÝ, J. *Rodina a její poruchy ve vztahu k dítěti*. Praha: MPSV ČSR, 1986.
- DUNOVSKÝ, J., a kol. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-254-9.
- GABRIEL, Z., NOVÁK, T. *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1788-3.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- HANUŠOVÁ, J., HELLEBRANDOVÁ, K. *Interdisciplinární spolupráce*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-79-2.
- HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1168-3.
- HRUŠÁKOVÁ, M., KRÁLÍČKOVÁ, Z. Anonymní a utajené mateřství v České republice – utopie nebo realita. *Právní rozhledy: časopis pro všechna právní odvětví*, roč. 2005, č.2, s. 53-57.
- KAPR, J., KOUKOLA, B. *Pacient: Revoluce v poskytování péče*. Praha: Slon, 1998. ISBN 80-85850-49-4.
- KOVAŘÍK J. a kol. *Dětská práva, právní povědomí, participace dětí a sociální služby*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2001. ISBN -80-7040-531-7.
- KOVAŘÍK, J. a kol. *Náhradní rodinná péče v praxi*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178 957-7.
- KRÁLÍČKOVÁ, Z. Právní aspekty přímého osvojení. *Náhradní rodinná péče*, roč. 2003, č. 3, s. 24-27.
- KRAUSOVÁ, L., NOVOTNÁ, V. *Sociálně-právní ochrana dětí*. Praha: ASPI, 2006. ISBN 80-7357-214-1.
- LANGEMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 80-247-1284-9.
- MATĚJČEK, Z. a kol. *Osvojení a pěstounská péče*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-637-3.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 978-80-7367-331-4.

- MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MOJŽÍŠOVÁ, A., NEKOLA, V. Zdravotně-sociální pracovník a jeho příprava k zapojení do práce multidisciplinárního týmu ve zdravotnickém zařízení. In *Sborník - Quo vadis zdravotníci?* Prešov: Prešovská univerzita, Fakulta zdravotnictva, 2005, str.1-9. ISBN: 80-8068-392-1.
- MUSIL, J.V., MUSILOVÁ, M. *Sociografie: Milieusociogram v sociálně pedagogické a psychologické diagnostice*. Olomouc: Jiří Musil-Psychologická a výchovná poradna, 2008. ISBN: ISBN 978-80-903449-5-2.
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7367-124-7.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol., *Dětská klinická psychologie*, Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
- SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001. ISBN 978-80-7367-250-8.
- SOBOTKOVÁ, I. Odolná a funkční rodina - jeden z předpokladů zdravého vývoje dětí. *Peditrie pro praxi*, roč. 2003, č. 5, s. 256-258.
- ŠULOVÁ, L., ZAUCHE-GAUDRON, Ch. *Předškolní dítě a jeho svět – L'enfant dans l'age préscolaire et son monde*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0752-2.
- ŠULOVÁ, L. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0877-4.
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-313-0.
- ŠVEC, V. *Pozvání do metodologie pedagogického výzkumu, pracovní sešit*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2006. ISBN 80-7315-121-9.
- UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2658-8.
- ÚLEHLA, T. *Umění pomáhat. Učebnice metod sociální praxe*. Praha: Slon, 2005. ISBN 978-80-86429-36-6.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 978-80-246-0956-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN

978-80-7367-414-4.

VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-997-9.

Právní prameny

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotních povoláních

Zákon č. 422/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 301/2000 Sb., o matrikách, jménu a příjmení a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Listina základních lidských práv a svobod (č. 2/1993 Sb.)

Úmluva o právech dítěte (č. 96/2004 Sb.)

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

OSPOD Orgán sociálně-právní ochrany dětí.

UP Utajený porod.

KÚ Kojenecký ústav.

NCO NZO Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I – Rozhovor A

Příloha II – Rozhovor B

Příloha III – Rozhovor C

Příloha IV – Rozhovor D

Příloha V – Rozhovor E

PŘÍLOHA I: ROZHOVOR A

Máte na starosti výhradně porodnické oddělení? V péči mám porodnické oddělení, novorozenecké oddělení a dětskou kliniku. Pokud se vyskytne případ dítěte v tíživé sociální situaci, tak spolupracuji i s psychiatrií, například u poruch chování, drogové závislosti dětí, šikany, úrazů dětí v souvislosti se syndromem CAN. Při své práci navíc aktualizuji metodiky, směrnice, postupy, aby odpovídaly našim provozním podmínkám a legislativě.

Vaše práce je podmíněna velmi úzkou spoluprací v interdisciplinárním týmu. Vědí lékaři a ostatní personál, jaké jsou Vaše kompetence? Určitě. Jsem s nimi ve velmi úzkém kontaktu, jak s lékaři, tak s ošetrovatelským personálem. Vědí samozřejmě o mé práci hodně, důsledně na to dbám. Organizuji semináře, mám veřejné prezentace sociální problematiky. Samozřejmě bez lékařů se neobejdu, jsou pro mne mimořádně důležitými partnery. Například z dětské kliniky mi hlásí, že dítě jeví známky podvýživy nebo špatného zacházení. Za celé roky spolupráce už vědí, jaké skutečnosti jsou nutné oznámit. Rozlišují co je zákonná povinnost a co ještě je nutné ohlásit v zájmu dítěte jako například signalizace špatných podmínek v rodině, kdy dítě přijde do nemocnice viditelně zanedbané nebo kdy rodiče opakovaně nechodí na lékařské kontroly tak, jak mají. To vše je známkou zanedbávání dítěte a nevědomým ubližováním na jeho zdraví. Prostřednictvím OSPOD jsme například podávali podnět soudu k trestnímu stíhání matky, která dítěti neaplikovala přes opakované upozornění lékařů inzulin. Byla odsouzená pro nedbalostní trestný čin. Nebylo to zřejmě záměrné, ale matka byla natolik laxní, že dítěti zkrátka svým jednáním ubližovala. Nebyla simplexní osobnost, byla vyučená prodavačka, tudíž informaci lékařů o důležitosti aplikace musela pochopit. Spíše měla v popředí zájmu své osobní zájmy, než péči o dítě.

Od koho se dozvídáte, že matka chce dát dítě k adopci nebo že bude zřejmě s následnou péčí o dítě problém? Jakým způsobem funguje spolupráce se spádovými privátními gynekology? Málokdy se dozvídám dopředu, ale tím, kdo mi obvykle hlásí tyto ženy před porodem, jsou pracovníci nestátních zařízení, na které se žena obrací s prosbou o radu. U nás je to Poradna pro ženy a dívky a Fond ohrožených dětí, což jsou dvě nejstěžejnější instituce. Občas jsou to i pracovnice z magistrátu z OSPOD. Tam, kde už někdy nějaký sociální problém řešily nebo kde se rodina na ně sama obrátila, mají terén velmi dobře zmapovaný, zázemí znají velmi dobře.

Ze zákona pro Vás vyplývá oznamovací povinnost. Jak hodnotíte Vaši spolupráci se spádovým oddělením sociálně-právní ochrany dětí? Jaká je úspěšnost řešení sociální problematiky novorozeneých dětí? Dá se říct, že s OSPOD mám dobrou, až nadstandardní spolupráci. V případě řešení matek na porodnici mi velmi rychle vyhoví se sociálním šetřením a telefonicky mi sdělí nejdůležitější informace o rodinné situaci. Vynikající spolupráce je především s magistrátem a úřady spádových velkých měst. Spolupráce s obecními úřady, které nemají rozšířenou působnost, tedy OSPOD jako takový, už je o něco horší. Výhodou je, že na menších obcích znají pracovníce úřadu problematiku v rodině naprosto dopodrobna, ovšem nemají kompetence. Bohužel, stává se, že někteří naši lékaři někdy rozhodnutí OSPOD zpochybňují, mají tendenci rozhodovat i v záležitosti, která jim není důvěrně známá, což je nepochybně rodinné zázemí dítěte. Jejich argumenty jsou takové, že dítě si zaslouží být doma nikoli v kojeneckém ústavu. Nepochybně každé dítě si zaslouží být doma, ale není to možné! Vždy jim vysvětluji, že řešení jde mimo nás, je zcela v kompetenci spádového OSPOD a soudu. Nemocnice pouze dává podnět OSPOD, v jaké situaci se dané dítě nalézá, OSPOD dá následně veškeré podklady soudu, který rozhodne.

Jakou problematiku novorozeneých dětí nejčastěji řešíte, respektive čím jsou děti nejvíce ohroženy? Co je pro Vás zásadním a rozhodujícím momentem, kdy nemůžete dítě propustit domů? Jednoznačně například matka toxikomanka. Rozlišujeme ale, zda byla někdy v minulosti léčená, sama uvádí, že například před dvěma roky skončila s tvrdými drogami. Matce bereme odběry biologického materiálu, pouze pokud nesouhlasí, sdělím jí, že ze zákona je nutné vzít odběry dítěti. Vždy jí sdělím, že si může sama dělat, co chce, ale nemůže ohrožovat dítě. Pokud jej sama nedokáže ochránit, nad dítětem přebírá záštitu stát. Vykonáme zákonnou povinnost, odebereme dítěti vzorek, a jestliže se prokáže, tak je to jednoznačné, dáváme prostřednictvím OSPOD podnět soudu. Ten rozhodne, zda bude dítě odebráno nebo ne. Vzpomínám si na záchyt matky, u které se jednalo o dlouhodobý problém aplikace drog. Vždy zatvrzele odmítala krevní testy, teprve až odběry u dítěte prokázaly přítomnost amfetaminu. Matce se tehdy odebíraly dvě děti. Její starší syn (3 roky) byl již před časem hospitalizován na dětské klinice s poleptaným jícnem, druh matky byl dokonce souzen za neúmyslné ublížení na zdraví. Vždy se ale těmto matkám snažím pomoci. Bylo by velmi jednoduché jim pouze říct, že selhala a tudíž dítě nedostane. Vždy se jim snažíme pomoci nabídkou alternativních možností, například tím, že dítě zabezpe-

číme v KÚ po dobu, kdy si bude upravovat podmínky. Jedná se o pobyty v KÚ s matčíným souhlasem, tudíž ne soudní cestou. Pokud si matka dodatečně podmínky upraví pod dohledem OSPOD, dítě si může dodatečně vzít do své péče. Jedná se o formu dohody. Jestliže na tuto dohodu matka nepřistoupí a je známo, že zázemí je pro novorozence zcela nevyhovující a pro dítě ohrožující, teprve pak dáváme podnět soudu k předběžnému opatření. Bez souhlasu matky pochopitelně nemůžeme dítě nikam umístit.

Jak často jsou děti odebírány na základě tzv. předběžných opatření? Každé předběžné opatření je vydáváno opravdu po velmi důkladném zvážení situace. Sociální pracovníci znají přesné důvody, které soud uzná za důležité a opodstatněné. Když konzultujeme jakýkoli složitý případ vždy zvažujeme, zda jsou důvody pádné. Přesně víme, jaké argumenty u soudu neobstojí. Rozhodně jde z naší strany o krajní řešení, není to samozřejmost, skutečně se velice důkladně zvažuje, protože jde o poslední možnou alternativu. Vždy se snažíme rodině pomoci tak, aby si upravila podmínky nebo navrhnout nějaká jiná řešení, především úpravu ve vztazích, aby dítě mohlo být propuštěno domů. Samozřejmě všichni víme, že i špatná rodina je lepší než zdravotní zařízení.

Jaký je Váš osobní názor na dobrovolné pobyty dětí v KÚ? Pokud je to odůvodněné, tak chápu. Pokud je si matka sama vědoma, že je nutné si upravit podmínky v domácnosti nebo v rodině vůbec, pak je to z její strany odpovědné chování. Samozřejmě pokud se toho zneužívá stylem, že matka si dítě vyzvedne k sobě domů až má dítě první nejnáročnější měsíce života za sebou, tak to ne. V reálném životě to některé ženy takto dělají, jsou to opakované a v podstatě neodůvodněné pobyty dětí v KÚ. Na tuto situaci pamatuje zákon o sociálně-právní ochraně dětí, kde jsou zmíněny děti, které jsou umíst'ovány neoprávněně do ústavní péče.

Co podle Vás hraje roli při rozhodování ženy dát dítě k adopci? Co jsem vysledovala, tak se domnívám, že klesá počet adopcí. Jinak důvody vidím na prvním místě v ekonomické situaci ženy, na druhém místě jsou problémy ve vztazích. Partneři neměli vztahy až tak pevné, což se žena rozhodla řešit početím dítěte a došlo k opuštění partnerem. Přitom se mnohdy jedná o několikaleté partnerské soužití. Máme tady ale i vdané maminky, které se rozhodnou dát dítě k adopci. Obvyklým důvodem předání dítěte do adopce u vdaných žen

je mimomanželské dítě, kdy již není možná interrupce. Opakovaně se lze také setkat s tím, že žena je těhotná a už v průběhu těhotenství si najde nového partnera, se kterým následně žije. Pak je na jejich domluvě, jestli si dítě ponechají, nebo bude předáno do adopce. Třetím hlavním faktorem je nezodpovědnost. Patří sem hlavně ženy, které početí dítěte berou na lehkou váhu ve smyslu „však to nějak dopadne“, což jsou v drtivé většině ženy ze špatných sociálních poměrů. Život přináší tolik situací, že je obtížné je kategorizovat..

Myslíte si, že v mateřském chování hraje roli i transgenerační přenos, tedy chyba v dětství matky ze strany jejich rodičů? Určitě ano. Jestliže má žena problém se zanedbáváním péče o dítě, neadekvátním chováním k dítěti, nepřiměřeným a nadměrným trestáním vzhledem k nízkému věku dítěte, tak je to téměř pravidlo. U nás se s matkami, které byly v dětství týrány a teď jsou jimi týrány nebo zanedbávány jejich malé děti, setkáváme. Spolupracuji s psychologkou, a ta je schopna zachytit různé psychosomatózy, které vyplývají z rodičovského působení v původní rodině matky. Ženy si totiž skutečně tyto modely chování s sebou nesou. Vždy je nutné udělat si čas, promluvit s nimi v klidu, bez emocí, bez odsuzování. Jde o to bezvýhradně je přijímat takové, jaké jsou, snažit se je pochopit. Za takových okolností se otevřou a jsou vstřícné ke spolupráci. O všem intimním, co mi sama klientka sdělí, zachovávám mlčenlivost, aby ke mně měla důvěru. Některé jsou samozřejmě i odmítavé, jsou neustále v opozici. Nikdy striktně nenařizujeme, vždy se snažíme pomoci. Je ale třeba říct, že zároveň se setkáváme se ženami, které byly v dětství samy týrané, ale které se naopak starají o své děti vzorně. Pokud o dítě projevují velký zájem, pak když oznamují závěry šetření OSPOD lékařům, říkám jim, že je vůbec zázrak, že se dokážou chovat k dítěti pěkně a že dítě chtějí.

Vědí ženy, že kromě diskrétního porodu existuje i možnost porodu s utajením totožnosti? Ano, vědí to předem. Když přijdou za mnou před porodem a sdělí mi, že chtějí uskutečnit adopci, domlouváme se i na formě. Při diskrétním porodu je žena samozřejmě povinna po šesti týdnech na náhradní rodinné péči oficiálně podepsat souhlasné prohlášení o předání dítěte k adopci. Matrika má ze zákona o matrikách, za povinnost poslat do místa trvalého bydliště ženy hlášení o narození dítěte, aby dítě bylo taktéž přihlášeno k trvalému pobytu. Což je obrovský problém! Žena sice přijede porodit do velké vzdálenosti od místa trvalého bydliště, aby měla soukromí, ale pokud do místa jejího bydliště, například na malý

obecní úřad nebo menší městský úřad, přijde toto hlášení, může dojít k úniku informací. Ženy se tohoto velmi obávají, proto někdy volíme formu utajeného porodu. Matrikář nezapíše do knihy narození údaje o matce, tudíž nikdo neví. Matka se ale tímto samozřejmě dobrovolně vzdává porodního. Tyto informace ode mne ženy získávají vždy předem. Ještě nikdy se mi nestalo, že by se matka rozmyslela a své rozhodnutí vzala zpět. Utajené porody u nás proběhly za celou dobu pouze tři. Po poradě s primáři a staniční sestrou byl vypracován metodický postup. Při současném elektronickém způsobu zpracování dat je téměř nemožné utajit identitu (žádanky na vyšetření, odběry), takže jsme ve spolupráci s informatiky vše vyřešili tak, že maminka je po celou dobu pobytu vedena v evidenci pod fiktivním rodným číslem a fiktivním jménem. Lékaři mají při přijetí matky na oddělení přichystán metodický postup, tiskopis žádosti matky, tudíž žena pouze doplní své údaje. Veškeré údaje zná pouze lékař a příjmová sestra. Lékař data ověřuje dle občanského průkazu s tím, že se neověřují na matrice. Řešili jsme tuto problematiku s právníkem a není naší povinností ověřovat totožnost pacienta, naopak pokud by se přišlo na to, že šlo o podvod, například vdaná matka, bude stíhaná za to, že nás uvedla v omyl. V žádosti je věta, kde matka prohlašuje, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé, potvrzená podpisem. Po ukončení hospitalizace se celý chorobopis a obálka s pravými údaji zapečetí a ukládá dle zákona. Porod účtujeme pojišťovně dle předložené průkazky pojištěnce rodičky. Matrice se ohlašuje také jak je v zákoně uvedeno, tzn. s uvedením údajů matky, ale matrica tyto údaje neuvádí ani v knize narození, ani v rodném listu dítěte, ukládá je v archivu odděleně od ostatních matrik. Do tohoto archivu mají přístup pouze matrikáři. Dítě nahlašuji na OSPOD ihned, protože se vlastně jedná o sofistikované opuštění dítěte. Dítě je bez zákonného zástupce, tudíž OSPOD rozhodne o dalších záležitostech. V dřívějších letech jsme měli maximum 10 adopcí a zdá se mi, že se to utlumuje. Loňský rok jsme měli pouze 3 adopce.

Jaké informace o biologických rodičích považujete ve vztahu k dítěti za důležité, myslím tím pro náhradní rodiče a především pro ty, co rozhodují o umístění dítěte do konkrétní rodiny? Při utajených porodech s matkou samozřejmě hovoří výhradně lékař. Jelikož je porod skutečně utajený, o těchto matkách bych ani vůbec neměla vědět. Vše jsme ale domysleli. V žádosti o UP je i kolonka žádám/nežádám o konzultaci se sociální pracovnící. Rozhovor si vyžádaly zatím všechny maminky. Rozhovor pak probíhá stejně jako u diskretních porodů, jdu do hloubky tolik, kolik ona sama dovolí. Snažím se jí vysvětlit situaci, nenutím ji k žádným velkým výpovědím, sdělím jaká má práva a povinnosti. Je to

velmi citlivá záležitost, žena zpravidla prožívá velkou krizi, proto ji nikdy nepřesvědčuji, aby se rozmyslela. K rozhodnutí dochází zpravidla po velmi zralé úvaze, kdy je dítě skutečně nechtěné. Zpravidla po nich žádám pouze informace o věku, barvě pleti, dosaženém vzdělání a především zdravotním stavu.

Jaká je možnost rychlejšího umístění dítěte do náhradní rodinné péče v případě utajených porodů? Zatím se nestalo, že by si matka adopci rozmyslela, zpravidla jsou již dlouho dopředu skálopevně rozhodnuté. Každopádně my jako zdravotnické zařízení zprostředkovávat adopce nemůžeme, propustit dítě ihned z porodnice do náhradní rodiny nelze. V tomto případě získáváme z OSPOD předběžné opatření na umístění do kojeneckého ústavu. Jelikož je dítě bez zajištění, nejprve OSPOD musíme dát podnět a OSPOD dává následně podnět soudu. Neříkám, že by nás nekontaktovali zájemci. Stalo se nám, že biologická matka se před porodem dohodla s cizími manželi, že dítě po porodu svěří do jejich péče. Sdělila jsem jim, že pokud trvají na tom, že to takto provedou, v okamžiku porodu dítěte tuto skutečnost hlásíme na OSPOD. Pokud paní porodí a dítě si předá za zdi kliniky cizím lidem, je samozřejmě její svobodná volba. Matka má právo dát dítě do výchovy někomu, ale náhradní rodiče o tom za těchto okolností musí vyrozumět OSPOD, který pomůže zprostředkovat oficiální k tomu, aby dítě mohli mít. Přes nemocnici toto zprostředkovávat nelze, ty kompetence zkrátka nemáme. Zařídít předání dítěte do náhradní rodinné péče může dle zákona o sociálně-právní ochraně dětí OSPOD, který musí posoudit vhodnost náhradních rodičů. Jakékoli uspořádání adopce je obcházením zákona, protože ten říká, že preadopční péče může být uskutečněna nejdříve po šesti týdnech od narození dítěte. To znamená v době, kdy biologická matka učiní oficiální souhlas s tím, že se již pevně rozhodla o tom, že o dítě nestojí a hodlá jej dát k adopci. To riziko, že matka si vše do šesti týdnů rozmyslí, vždy existuje. Osobně považuji odebrání dítěte z rodiny za takových okolností za tragédii. Pokud už má někdo dítě v péči dva měsíce a biologická matka přijde s tím, že dítě jí musí vrátit zpět, že je její, to ne. Netvrdím, že je dobře, pokud je dítě šest týdnů v kojeneckém ústavu. To také není správně. Dřív, pokud skutečně neměla biologická matka zájem, doprovodila jsem ji z porodnice na matriku, kde se s potřebnými doklady vyřídil rodný list dítěte. Na tehdejší Okresní úřad pak hned sepsala souhlasné prohlášení o předání dítěte k adopci, rodný list nechala tam. Odcházela a všechno měla za sebou. Dítě bylo právně volné a mohlo se velmi brzy někam umístit. Teď to nejde. Zákonodárci zařídili, aby měla žena lhůtu šest týdnů na to, aby se řádně rozmyslela s ohledem na popo-

rodní hormonální změny. Mám na mysli psychiku a emoce. Žena má přitom nejméně sedm měsíců od chvíle, kdy se dozví, že je těhotná, na rozmyšlenou, co bude dělat. Každopádně, musíme to respektovat.

Jaký je Váš názor na matriční nikoli biologické otcovství ? Tam není co řešit. Otec přiznal otcovství, což je formalita, biologická matka souhlasila. Ve své praxi jsem se s tímto setkala, za maminkou docházeli na oddělení manželé. Právně je to nezpochybnitelné. Z osobního pohledu je tam obrovské riziko toho, že tito lidé se osobně znají. Považuji to za mimořádně nebezpečné. Nikdy otec nemůže vědět, co tu ženu k odevzdání dítěte donutilo. Navíc drtivá většina těchto žen pochází z nižších sociálních poměrů, kde se může vyskytovat někdo, kdo ji přesvědčí k vydírání. Ona sama tyto myšlenky mít vůbec nemusí, ale pokud se pohybuje v nižší sociální skupině, s kriminální činností a bude-li mít finanční tíseň, pak je riziko obrovské.

Jak u Vás probíhá poradenství rodičům dětí s vrozenou vývojovou vadou? Pokud lékaři vidí, že rodiče projevují velký zájem, ale jsou bezradní, nevědí, jak to bude dál, nabízí rodičům konzultaci se sociální pracovníci. Nejprve vše sama konzultuji s ošetřujícím lékařem, který mne obeznámí, jak to s dítětem vypadá prognosticky, informuje mne také, jak hluboce je rodina obeznámena. Někdy je samozřejmě diagnóza infaustní. S rodiči o tom pochopitelně nehovořím, ale o těchto záležitostech musím být informována. Jestliže mají rodiče nějaké dalekosáhlé úvahy a plány, zbrzdím je tím, že nejprve bychom se měli zaměřit na konkrétní záležitost, že na ostatní je ještě brzy. Můžu ale říct, že drtivá většina těchto dětí jde domů. Máme velmi dobrou spolupráci s místním Střediskem rané péče, tudíž podmínky ve většině domácností jsou pro tyto děti zajištěny s dopomocí profesionálů. Lékaři mnohdy sami tuto péči se souhlasem rodičů zprostředkují.

Jak řešíte situaci dětí nezletilých matek? U nezletilých ve věku nad 15 let vždy ve spolupráci s OSPOD, který má situaci v terénu velmi dobře zmapovanou. Pokud je to rodina, se kterou již v minulosti pracovali, vědí o ní. Pokud o ní nevědí, je ihned zajištěno sociální šetření v terénu za účelem zjištění podmínek. Nemám oprávnění, OSPOD je jediným pověřeným orgánem. Velmi promptně vyhoví, protože vědí, že třetí den maminku propouštíme. Poskytnou zprávu, jestli je možné propustit, protože zpravidla vše domluví s matkou nezle-

tilé, mnohdy poskytnou poradenství ohledně určení otcovství a dají potřebné instrukce, aby otec mohl být zákonným zástupcem. Pokud není otec, poručnictví je většinou svěřeno babičce dítěte a to až do doby nabytí zletilosti matky. Není problém. Pokud to ale nejde, tak se snažíme o dohodu, že dítě půjde do kojeneckého ústavu. A pokud dohodu nechtějí akceptovat, vydává se předběžné opatření na umístění do KÚ. To jsou ale až ty mezní situace. Měli jsme tady i těhotnou před patnáctým rokem a hlásilo se vše jako zneužívání na policii. Samozřejmě se jednalo o „zneužití“, které oba chtěli. Situace byla tedy řešena tak, že případ byl odložen, otec dítěte musel přislíbit, že s nezletilou matkou bude žít a bude ji při péči o dítě podporovat.

Řešíte také problematiku etnicky odlišných dětí? Máme zde hodně romských dětí. Nedá se říct, že by byly problémy. Některé maminky jsou hospitalizovány s dětmi, některé jdou druhý den na reverz domů. Jelikož neonatologická společnost doporučuje, že dítě musí být 72 hodin po porodu observováno, je nutné udělat screening, veškerá vyšetření, očkování, teprve poté může být propuštěno domů. Matka dítě navštěvuje, přináší mléko. Pokud je jednou z oddělení propuštěna, už nemůže být na oddělení přijata zpět, s výjimkou přijetí ze zdravotního důvodu na oddělení gynekologie. Mezi důvody, proč odchází dříve, patří především mladší děti, o které se partner v průběhu hospitalizace nepostará.

Necítla jste se někdy v průběhu své bohaté praxe ohrožená syndromem vyhoření? Co Vás před ním ochránilo? Už při studiu jsem se specializovala především na problematiku dodržování dětských práv. Více než úřad mne vždy přitahovalo zdravotnictví. Tím, že v něm pracuji, jsem si svoji touhu profesního uplatnění uspokojila. V počátcích mne velmi vyčerpávala práce na dětské klinice a především děti s těžkým postižením, zejména hospitalizované na hematoonkologii. Měla jsem problém udržet emoce, někdy jsem měla slzy v očích společně s maminkami. Uchránilo mně moje vlastní rodinné zázemí, které mělo pro moji práci vždy velké pochopení. Důležité je si tzv. práci nenosit domů, dokázat aktivně relaxovat a odpočívat.

PŘÍLOHA II: ROZHOVOR B

Co Vaše pozice obnáší? Máte na starosti výhradně porodnické oddělení? V naší nemocnici zajišťuji poradenství pro všechna oddělení. Odkazují se na mne veškeré možné problémy pacientů, řeším toho opravdu hodně. Denně absolvuju lékařské vizity na velkých odděleních, například na chirurgii, neurologii, kde si mohu sama zjistit, který pacient bude potřebovat z mé strany konkrétní pomoc. Problematice porodnice věnuji, vzhledem k velkému záběru, jen „píd“ času a navštěvuji ji výhradně na avízo personálu. V takových případech vždy reaguji okamžitě.

Čím jsou novorozené děti nejvíce ohroženy, respektive jaké sociální problémy dětí řešíte nejčastěji? Problematika na porodnici je u nás stejná jako všude jinde. Řeším především děti se sociálně slabých rodin, adopce a například svobodné nezletilé rodičky.

Při řešení sociální problematiky dětí úzce spolupracujete v interdisciplinárním týmu.

Jak byste charakterizovala spolupráci s lékaři a ostatním personálem na porodnici?

Veškerou problematiku na porodnici řeším výhradně na jejich upozornění. Na jakýkoli problém mne může upozornit kdokoli, není to omezeno pouze na lékaře. Může mne volat i sestra, pokud je všímavá a neopomíjí sociální stránku věci. Osobně mám velmi dobrou spolupráci s vrchní sestrou gynekologie, která po mnoha letech praxe reaguje na danou problematiku mnohdy citlivěji než lékaři. To, co by u nás lékaři mnohdy ani neřešili, mi vždy nahlásí. Měla jsem zde maminku, svobodnou prvorodičku, o dítě zájem měla, ale celou graviditu nechodila na prenatální prohlídky. Už to by mělo být pro lékaře signálem, že něco není v pořádku. Při rozhovoru mi, bohužel, sama nebyla schopna říct, proč gynekologa nenavštěvovala, současně se projevila řada dalších nedostatků. Co se týká spolupráce s lékaři, tak se zdá, že pokud se neprojeví jakákoli patologie při porodu, v podstatě nemají prostor sociální situaci ženy v průběhu hospitalizace sledovat. Pokud už se z mé strany ví, že v daném případě není něco v pořádku, pak nejen já, ale i personál na oddělení matku sonduje, především jaký je její vztah k dítěti, jak zvládá péči, jak dalece je nutné jí pomáhat, v čem se problém děje a jestli je natolik velký, že by se měl navrhnout dohled OSPOD, případně zda bude nutné prošetření situace před propuštěním dítěte. Musím dodat, že pediatrii na propuštění dítěte nikdy nespěchají a vychází vstříc do doby, než je sociální situace

prošetřena a je jistota, že dítě bude zajištěno buď s dohledem OSPOD, nebo například umístěno v KÚ na základě předběžného opatření.

Jsou si matky dětí, které dávají dítě k adopci, v něčem podobné (vzdělání, životní úroveň)? V případě adopce je častý problém, kdy otěhotní už několikanásobná matka, která ví, že další dítě si nemůže dovolit a nezvládla by jej. Podle mne je to většinou problém sociálně slabých rodin, kdy největší roli hrají především nedořešené finance a zaměstnání, s čímž mnohdy souvisí i nižší vzdělání. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že se jedná většinou o ženy s vyučením, maximálně ženy se středoškolským vzděláním. Není neobvyklá situace, kdy matka už má doma nějaké děti, žije na sociálních dávkách, nemá dobré zázemí a podmínky. O těchto rodinách OSPOD zpravidla ví předem a často také ví, jestli je žena v očekávání, i když třeba nepodstupuje pravidelné lékařské prohlídky. S otci dětí většinou nejsem v kontaktu, většinou jde o osamělé ženy. I když nechtěné děti se rodí i v manželství. Manžel může říct „s dítětem se mi nevracej domů“. Zažili jsme to zde několikrát. Nemyslím, že odmítnutí péče o dítě je vrozená záležitost, podle mne se jedná o věc výchovy k mateřství ze strany rodičů a původní rodiny matky vůbec. Je to zpravidla záležitost toho, jak matka byla sama vychovávána. Pokud o Vás Vaše vlastní matka nebude mít zájem, budete vychovávána citově chladně, nebude k Vám přistupováno tak, že jste v životě matky vítaná, nebudete cítit tu odezvu, nemůžete mít pozitivní vztah k životu. Myslím si totiž, že ten se musí pěstovat, ať už optimismus, nebo naopak pesimismus. V takovém případě už pro vás nebude skutečnost, že dáte dítě do adopce zase tak závažný problém. Podle mne ty ženy necítí to nejdůležitější, že je jejich dítě potřebuje. Chci tím říct, že některé z těchto matek byly v péči OSPOD v době, kdy byly samy malými dětmi, nebo jako adolescentky. Ta rodina bývá celkově sociálně slabá. Navíc, každá žena v sobě nemá mateřský pud. Dříve to bylo bráno tak, že kdo by tohle přiznal, tak byl v podstatě úplně vyloučený ze společnosti. Ta nebyla schopna respektovat, že se žena může vzdát svého vlastního dítěte. Dnes se to, hlavně u mladší generace, zase tak nebere. Adopcí přichází příležitost pro rodiče, kteří po dítěti bezmezně touží a nemůžou je mít.

Vzhledem k současné přístupnosti antikoncepce by se dalo čekat, že nechtěných dětí se rodí jen velmi málo... Podle mne je problém s antikoncepcí hlavně v tom, že matky na ni nemají peníze. Totéž problém interrupce. Schází finance, což je absurdní.

Jak probíhá pohovor s rodičkou, která dává dítě k adopci? Při rozhovorech nejdu do detailu a nevyptávám se i z toho důvodu, že ta matka mi v podstatě může říci cokoli. Nikdo Vám nemusí tvrdit absolutní pravdu. Pokud už se žena dostane do takovéto situace, kdy dítě chce dát k adopci, může být v takovém stavu, kdy může opravdu lhát. Nikdy se nestalo, že by se matka rozhodla dát dítě k adopci v průběhu hospitalizace, vždy to ví už před porodem nebo tuto skutečnost oznámí v rozmezí několika hodin po porodu. Jak už jsem se zmínila, většina žen je už před porodem pevně rozhodnutá, některé dokonce mají vše předjednáno se spádovým OSPOD. Pokud mi matka sdělí, že chce dát dítě do adopce, nikdy ji nepřemlouvám. Nikdy! Možná bude někomu připadat, že nejsem empatický člověk, ale podle mě ta matka ví, co dělá. Jsem o tom opravdu přesvědčená. I když vím, že nemá každá mateřský pud, roli nehraje jen ten. Ona totiž zvážila i jiné důvody. Existuje vždycky víc okolností, které ji k tomu vedou. A druhá věc je, když to udělá, protože nemá mateřský cit, tak je pořád lepší, když to dítě půjde k někomu, kdo ho má a kdo ho dítěti bude dávat najevo. Je to lepší, než zůstat u matky, která by ho vychovávala za absence citu. Já opravdu nevím, proč to skutečně dělá, takže i když mi řekne, že nemá peníze, nemá dobré bydlení, nemá vytvořené sociální zázemí, nemá otce dítěte, protože se k dítěti nehlásí, můžou tam být jiné důvody, které mi ona nesdělí. Je tolik věcí, které může mít na srdci a já nemám právo jí to rozmlouvat. Já ji neodsuzuju, nepřemlouvám, беру to jako fakt. Jediná zásadní otázka, kterou pokládám je: Zvážila jste to dobře? Opravdu si myslíte, že byste to nezvládla? Ať už mi sdělí jakékoli důležité důvody, jsou pro mne směrodatné. Několikrát jí vysvětlím jaká má práva a sepíšeme souhlasné prohlášení o umístění dítěte v kojeneckém ústavu. Podepsaný protokol o souhlasu získává matka, spádové OSPOD, jedno putuje do zdravotní dokumentace dítěte, následně do KÚ a jeden zůstává v mé dokumentaci. V závěru rozhovoru doporučuji matce popřemýšlet v klidu i doma a popřípadě se ještě s někým poradit. Především jí ale předám kontakt na konkrétní sociální pracovníci OSPOD, za kterou by se měla po šesti týdnech dostavit. Současně zjišťuji od matky její telefonní kontakt a nejen trvalou, ale i přechodnou adresu. Vždy to usnadní celou adopci tak, aby dítě bylo skutečně brzy právně volné. Sama také vždy domlouvám a realizuji přijetí a převoz dítěte sanitou do KÚ, záleží na domluvě s pediatry, kteří rozhodnou o tom, že zdravotní stav dítěte je stabilizovaný a je možný převoz. V KÚ předávám dokumentaci dítěte a očkovací průkaz, své sociální šetření nepředávám písemnou formou, sociální pracovníci pouze ústně informují. Sama by si totiž měla veškeré potřebné údaje o sociálním zázemí dítěte zajistit na spádovém OSPOD, se kterým je následně v úzkém kontaktu.

Je maminkám umožněna rekonvalescence? Ano, u nás se o tyto ženy po porodu pečuje na klasickém gynekologickém oddělení a délka hospitalizace je stejná, jako by dítě měla u sebe. Celková doba rekonvalescence je tedy 4 až 5 dnů. Dříve se propouští pouze v případě, kdy rodička naléhá na propuštění, což bylo zatím pouze u dvou až tří žen.

Z vlastní praxe vím, že některé ženy chtějí dítě po porodu vidět... Ano, stává se to. Přání dítě vidět si volí žena sama. Odmítnout matce toto přání nelze, obzvlášť když existuje šance, že si může své rozhodnutí rozmyslet. Neuznávala jsem instrukce v předchozích letech, kdy matka nesměla vědět ani pohlaví dítěte, to je podle mne hloupost. Je to svobodné rozhodnutí matky, stejně jako skutečnost, že své dítě dává k adopci. Pokud jej chce po porodu vidět, tak proč ne? Pokud by si své rozhodnutí rozmyslela, tak i když nebude třeba sociálně silná, úkolem a povinností OSPOD je zajistit, aby se o dítě postarala jeho biologická matka. Je už záležitostí OSPOD poskytnout jí takovou pomoc, aby mohla péči v rámci svých možností zajistit. I kdyby bylo z naší strany tisíc podezření, že to dítě nebude vyrůstat v dobrém prostředí, když žena původně zvažovala adopci, tak podle mne má právo na to, abychom jí maximálně pomohli péči zajistit. Pokud je problémem výhradně to, že matka je sociálně slabá, tak osobně nevidím výraznější problém, než jak je tomu v případě nezájmu rodičů.

Kolik žen u Vás využilo možnosti tzv. utajovaného porodu? Adopce celkově řeším velmi málo, pouze 2 až 3 případy za rok. Utajený porod jsme ale měli hned první den, kdy zákon vešel v platnost. Vše se řešilo přes právníka, protože celá situace byla komplikovaná tím, že matka porodila doma a až následně byla s dítětem přijata na porodnici. Jednalo se o ženu se staršími dětmi, která se o této možnosti doslechla v médiích. V naší porodnici se tento problém tak často nevyskytuje, myslím, že řada žen si porod domluví předem mimo své bydliště, v jiné porodnici. I v případě utajeného porodu existuje riziko, že ve spádové porodnici by mohly potkat někoho známého.

Zajímá matky, kam se dítě po porodu dostane? Záleží jim na tom? Na to se mne nikdy, snad kromě jedné maminky mongolské národnosti, žádná neptala. Možná ale, že to ví. Dnes už je celý ten systém budoucích adoptivních rodičů vyřešen natolik dobře, že matky nemusí mít strach, že by se jejich dítě dostalo do nepravých rukou. V povědomí veřejnosti

to existuje a to si myslím, že může být také jeden z faktorů, proč se o to na porodnici konkrétně nezajímají.

Vyrůstat v ústavu, v problematické rodině nebo spokojené adoptivní rodině je velký rozdíl. Myslíte si, že je nějaký problém v legislativě ohledně adopcí? Bylo by, podle Vás, potřeba něco změnit z hlediska dopadu na dítě? Někdy není dítě právně volné jenom z toho důvodu, že je problém matku po zákonné ochranné šestitýdenní lhůtě dohledat. V podstatě jej nechává citově živořit v kojeneckém ústavu. Pokud by tedy měly být nějaké změny v legislativě, nebylo by od věci zkrátit zákonnou lhůtu maximálně na 3 týdny až 1 měsíc. Každopádně si myslím, že pokud se matka jednou svého dítěte vzdá, pak to musí být právně ošetřeno. Je potřeba udělat radikální řez, protože jak by to dítě mohlo dál žít? V případě adopcí se jedná především o to, že je to obvykle pevné rozhodnutí, ty ženy ke svým dětem nemají absolutně žádný vztah. Netvrdím, že nebude mít výčitky svědomí, že si na své dítě v průběhu života nevzpomene, obzvlášť pokud by už jako starší nemohla mít další děti. Ale nejde přece, aby si biologičtí rodiče takto zahrávali jednak s osudem dítěte a jednak s osudem rodičů, kteří se rozhodli vzít velkoryse dítě do náhradní péče. Velké riziko podobné situace je, podle mne, hlavně v případě přímých adopcí určitým rodičům. Pokud se náhradní rodiče jednou rozhodli, že se o adoptivní dítě postarají, poskytnou mu veškerou lásku a péči, jde o to, aby byli celý další život v klidu, bez jakýchkoli dalších zásahů biologické matky.

Okolo zmiňovaných adopcí určitým osvojitelům panuje mnoho předsudků. Jaký je Váš názor na přímé adopce určitým rodičům? Například s Fondem ohrožených dětí osobně zkušenosti nemám, ale rozhodně si myslím, že všechno by se mělo řešit zaběhlou cestou. Osobně to totiž považuji vůči dětem za správné. Je fakt, že při proškolení zdravotně-sociálních pracovníků na spádovém OSPOD nám bylo vždy řečeno, že dítě nikdy nemáme vydávat do žádné nestátní organizace. Sama považuji riziko kontaktování biologickými rodiči za velmi nebezpečné. Dle zákona má biologická matka ochrannou lhůtu 6 týdnů, kdy si to může rozmyslet a podle mne 6 týdnů dobré kvalitní péče lékařů a sester o dítě v kojeneckém ústavu je lepší, než situace, kdy jej vydám po porodu někam do rodiny a biologická matka si všechno rozmyslí. Jsem velmi racionální, takže si myslím, že jakkoli může být právně ošetřeno, že rodiče jsou vyrozuměni o riziku, kdy biologická matka bude

chtít dítě zpět, nastalá situace musí být pro ně velmi překvapivá a velmi krizová. Začnou obrovské tahanice, které zasáhnou nejen dítě, ale především náhradní rodiče, kteří mnoho let toužebně čekali na dítě. Riziko vydírání existuje v kterémkoli věku dítěte. Těch případů může být velice málo, ale existují. Pokud se rodiče vzájemně znají, tak to je obrovské riziko. Náhradní rodiče, v případě klasické adopce, mohou své budoucí dítě v kojeneckém ústavu pravidelně navštěvovat ještě před svěřením do péče. V případě, že všechno klapne a biologická matka po šesti týdnech potvrdí svůj souhlas s adoptí, mohou si dítě bez jakýchkoli rizik a nebezpečí odvézt z ústavu domů.

Oslovují vás i rodiče, kteří by chtěli adoptovat dítě přímo z porodnice? Nikdy se mi to nestalo. Ale opakuji, že si velmi vážím všech rodičů, kteří si adoptují dítě.

Ze zákona máte oznamovací povinnost. Jak probíhá spolupráce se spádovým oddělením sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) a jaká je úspěšnost řešení sociální problematiky dětí? OSPOD vyhoví všem mým požadavkům na sociální šetření bez problémů. Sama nerada zasahuju do soukromí pacientky ve velké míře. Hodně zvažuju, jestli je problém, respektive důvod, opravdu natolik závažný, že je nutná intervence OSPOD, aby bylo provedeno sociální šetření v domácnosti. Ať je tedy jakýkoli problém, nechám si ho projít hlavou, zrealizuju rozhovor s matkou na oddělení, zeptám se na vše, co si myslím, že je důležité vědět. Po zhodnocení situace volám většinou ihned OSPOD a současně pro usnadnění vyřizování a rychlejší vzhled do problematiky sepisuju tiskopisy, které mám pro danou situaci vypracované. Jedná se například o situaci, kdy matka dítě chce, ale doma nemá připravené podmínky. V takových případech nabízíme, ve spolupráci s OSPOD, možnost dobrovolného pobytu dítěte v kojeneckém ústavu. Matka může za dítětem libovolně dojíždět a po úpravě podmínek v domácnosti si jej vezme z ústavu k sobě domů. Pokud zařizuju předběžné opatření, telefonuju pracovníci OSPOD, které dodatečně poskytuju taktéž veškeré písemné podklady, především informace o matce. Daná pracovnice následně vše vyřídí na soudu, předběžné opatření sama doručí do nemocnice. Další řešení situace dítěte se už řídí tímto předběžným opatřením.

Setkáváte se v těchto případech při rozhovoru s matkou se vstřícným nebo odmítavým postojem? Jak kdy. Navštívím matku na oddělení a vysvětlím, z jakých důvodů ji

navštěvuji. V podstatě nemám žádný písemný souhlas pacientky k sociálnímu šetření, matka mi ústně sdělí souhlas, jestli je ochotna se mnou komunikovat a rozebrat případně svůj problém. Někdy bývají před rozhovorem negativně naladěné, mají problém s tím, proč přicházím, ale většinou v průběhu pohovoru pochopí, že mojí snahou je jim jakkoli pomoci v jejich svízelné sociální situaci. Zažila jsem za celou dobu mé praxe dvakrát nesouhlas, jednalo se o celkově hodně nepřizpůsobivé a nespolupracující matky. Snažím se vždy zjistit pouze to nejdůležitější. Každé matce vysvětlím, že bude informováno spádové OSPOD, které se jí současně snažím naklonit kladně. Nejedná se o žádné „udání“, jedná se o to, že jsou schopni pomoci matce v případě naléhavosti s jakýmkoli problémem. Předávám obvykle kontakt na konkrétní sociální pracovníci. Mnohdy matka péči o dítě doma nezvládne, rodiče neplní své povinnosti, ale to už je skutečně záležitostí spádového OSPOD, které si tyto rodiny hlídá.

Kolik toho, podle Vás, může zachránit sociální poradenství? Nikdy nic nepodceňuji, každý případ se snažím mít dotažený do detailů tak, aby matka a především dítě byli zajištěni. Sama se obávám případných komplikací a nepředvídaných situací, které by mohly nastat. Jsem ráda, pokud vím, že mám vychytaných 99% komplikací, které můžou nastat a vím, jak na ně máme zareagovat.

Při Vaší práci se setkáváte i s nezletilými rodičkami... Ano, v těchto případech většinou zájem o dítě je. Svobodné nezletilé matky řeším buď s otcem dítěte, pokud jej matka dítěte uvádí, je zletilý a k dítěti se zná. Jde v podstatě jen o dořešení určení otcovství. Matky na oddělení jsou většinou před mou návštěvou již obeznámeny ze strany matrikářky. Pokud otec dítěte uveden není a je z jeho strany problém, pak se jedná o vyřízení opatrovnictví ze strany rodičů nezletilé matky. Občas se ale jedná také o případ, kdy dítě jde po porodu k adopci. Řešila jsem případ sedmnáctileté maminky, která měla těžké psychické problémy. Jak jsem dodatečně zjistila, nevyrovnaná byla především vinou svých rodičů. S dítětem jí měli zájem pomoci, ale matka sama se rozhodla dát dítě k adopci. Problém byla nejen škola, kterou chtěla dokončit, ale také situace, kdy by musela být se svým dítětem u rodičů, se kterými představy o výchově dítěte vůbec nesdílela. Chování rodičů bylo silně manipulační. Matka hysterická osobnost, otec naopak velmi autoritativní, chtěl mít nad dcerou absolutní a neomezený dohled, vůbec nepřipouštěl, že by mohla mít dcera svůj vlastní ná-

zor, v podstatě ji chtěl k péči o dítě jakkoli přinutit. Ze strany nezletilé matky byl vůči dítěti absolutní blok až odpor. Podle mne tedy učinila zralejší rozhodnutí než ti rodiče. Dítě nechtěla přivést do prostředí, ve kterém zřejmě dost nešťastně vyrůstala, zároveň si sama na péči naprosto netroufala, mj. proto, že údajný otec dítěte ji po zjištění gravidity opustil.

Pokud bychom trošku odbočili, všeobecně se ví, že role otce je v současné rodině oslabena. Některé ženy se plánovitě snaží o to, aby mohly své dítě vychovávat samy bez otce. Vyžadují vaši pomoc nebo poradenství? V první řadě musím říct, že sama považuji za velmi důležité mít potomka i za cenu toho, že žena zůstane sama. Dříve možná hrály roli sociální výhody, které už dnes ale nejsou tak významné a rozhodující. Problém je v dnešní době hlavně v partnerských vztazích, v schopnosti najít si ideálního partnera a vychovávat společně dítě. Ve smyslu poradenství považuji za důležité přiznat otcovství. Jak už jsem uvedla, dochází sem matrikářka, která na oddělení funguje i ve věci poradenství o určení otcovství.

Jak u Vás probíhá poradenství rodičům dětí narozených s vrozenou vývojovou vadou? Děti s vývojovou vadou bývají od nás většinou transportovány do specializovaného zařízení, kde se následně řeší i případná sociální problematika. Při řešení této problematiky podle mne velmi záleží především na lékařích, jak rodičům tuto zprávu oznámí a jak s rodiči dále komunikují. Záleží totiž na tom, jestli je lékař ten, který uznává skutečnost, že i postižené dítě má právo vyrůstat v rodině, nebo naopak rodině doporučí jeho umístění v kojeneckém ústavu. Vždy hodně závisí nejen na osobnosti lékaře, ale i sociální pracovnice. Pokud sociální pracovnice bude matku do něčeho tlačit a manipulovat, tak určitě to není dobrý přístup. Roli hraje i to, jaká osobnost je matka, případně oba rodiče. Je tolik věcí, které nejdou odhadnout, nemůžeme na ty situace dávat šablonu. Naším úkolem je pouze vysvětlit, jaká rizika existují, a naopak jaké jsou klady. Postižené dítě pochopitelně potřebuje víc než dítě zdravé, a to by měl vědět i otec dítěte. Měl by hlavně vědět, že bude muset své ženě velmi pomoci, protože její toto dítě, oproti dalším jejích zdravým dětem, bude stát více otcovské péče. Není možné, aby žena sama zvládala tři děti včetně handicapovaného a celou domácnost. Ta matka potom může s postiženým dítětem zažít něco velmi obohacujícího a pro ni i dítě moc důležitého. Rodiče poskytují dítěti to, co mu nedá žádné zařízení. Je však potřeba zvážit, pokud bych otce dítěte přesvědčila i přes jeho původní radikální ne,

a dítě šlo domů, jak by ta situace v domácnosti vypadala. Pokud si matka péči o toto dítě přeje a partner nesouhlasí, pak záleží na ženě, zda dá přednost životu s tímto mužem. Je potřeba alespoň přesvědčit v tomto případě oba rodiče, aby své dítě v kojeneckém ústavu navštěvovali a neztratili s ním kontakt. Alespoň po této stránce by to byla malá výhra. Matka už zřejmě nikdy nebude šťastná, ale to by nebyla, ani kdyby si dítě prosadila domů za výčitek otce a hrozby rozvodu.

Řešila jste někdy problematiku romských maminek nebo emigrantů? Romské maminky většinou nemívám. Měla jsem tady maminku mongolské národnosti, která tady nechala své dítě k adopci, protože je tady na pracovní povolení. Myslím si, že v případě této matky, došlo k velkému zádrhelu. Není mi totiž jasné, jak může někdo obnovit povolení k pracovnímu pobytu ženě ve vysokém stupni těhotenství. Musela jsem sehnat tlumočnici a zjistilo se, že k otěhotnění došlo již před jejím odjezdem do ČR. Údaje o otci byly směrodatné především kvůli zjištění, zda dítě bude občanem ČR. Už jsem zmiňovala, že jako jediná z matek, se kterými jsem při adoptcích setkala, měla tato žena zájem vědět, jakým způsobem probíhá adopce a k jakým lidem se její dítě dostane.

Vstupují v případě řešení sociální problematiky dětí na porodnici ještě další osoby, například prarodiče nebo jiní příbuzní? Ano, někdy je to další ze způsobů, jak se o rodiče dozvídám. Buď to tito rodinní příslušníci už vědí, nebo se o mně dozvědí na porodnici a zavolají mi nebo mne navštíví v pracovně.

Sociální pracovník by neměl být jen odborník se širokým spektrem znalostí, ale také silná osobnost, která dokáže odolat zátěžovým situacím. Jaká je Vaše prevence před syndromem vyhoření? Když jsem před lety přijala nabídku na post sociální pracovnice, přiznám se, že jsem zpočátku vůbec nevěděla, co se ode mne čeká. Původní profesí jsem zdravotní sestra, a když jsem pracovala na oddělení, v podstatě jsem sama nikdy nevnímala sociální pracovníci tak, že by řešila něco zásadního. Jelikož předání agendy od předchozí pracovnice i celé zapracování do problematiky bylo velmi rychlé, musela jsem na spoustu věcí přijít sama praxí. Zpočátku mi hodně pomohly předchozí několikaleté zkušenosti práce s lidmi, o rok později už jsem zahájila studium pomaturitního specializačního studia sociální práce ve zdravotnictví. Při naší práci samozřejmě zažijeme spoustu stresu. Občas

si myslím, že jsem vyhořelá. Velkou nevýhodou je, že na sociální problematiku jsem v naší nemocnici sama, neexistuje ani zástup v případě dovolené nebo onemocnění. Jelikož pracuji s plným nasazením, potřebuji nutně svoji práci konzultovat s odborníky. Nyní jsem dostala nabídku být účastníkem supervizní skupiny, která se bude týkat témat sociální práce se seniory a lidmi se zdravotním postižením, tedy skupiny lidí, která je v mé práci zastoupena nejvíce. V průběhu jednoho roku by mělo proběhnout pět supervizních sezení. Za celou dobu své praxe jsem tuto příležitost nikdy neměla, v podstatě jsem si pouze několikrát předávala své zkušenosti s kolegyněmi z oboru v rámci proškolení na OSPOD.

PŘÍLOHA III: ROZHOVOR C

Co obnáší Vaše pozice? Máte na starosti výhradně porodnické oddělení nebo zajišťujete sociální práci pro celou nemocnici? Zajišťuji sociální poradenství pro celou nemocnici, včetně porodnického oddělení. Obnáší to širokou znalost veškeré sociální problematiky pacientů, včetně těch nejmenších. Bohužel, sociální práce se v nemocnicích nikdy moc neprezentovala z toho důvodu, že hospitalizace by měla být ze zdravotních nikoli sociálních důvodů. Sociální problematika dětí je však velice častá a činnost sociálního pracovníka naprosto nezbytná. V našem zařízení není problematika na porodnici pilířem sociální práce také z toho důvodu, že jsem tady jediná sociální pracovnice.

Vaše práce je podmíněna úzkou spoluprací v interdisciplinárním týmu. Jak byste charakterizovala spolupráci s lékaři a ostatním personálem na porodnici? V nemocnici celkově funguje všeobecné povědomí o tom, jaká je činnost sociální pracovnice. S lékaři na porodnici nemám absolutně žádný problém, naše spolupráce je velmi dobrá. Pokud se objeví nějaká kauza, pak se domlouvám jak s gynekology, tak s pediatry. Vědí o tom, že ze zákona nám vyplývá oznamovací povinnost a ve všech případech mne berou především jako důležitý „poradní hlas“. Při řešení problematiky dětí mi vychází vždy maximálně vstříc. Mnohdy lékaři rodiče dokonce sami aktivně informují, což samozřejmě vítám. Nejen z tohoto hlediska jsou u nás na porodnici maminky velmi dobře informované a je jim tedy poskytnuta maximální péče a pomoc i po stránce sociální.

Jakou problematiku novorozeneých dětí řešíte nejčastěji, respektive čím jsou děti nejvíce ohroženy? Řeším osamělé ženy, které dávají dítě k adopci nebo i provdané matky, které už si další dítě nemohou dovolit. Většinou se jedná o porod třetího dítěte. Adopce se u nás vyskytují pouze 3 až 4 ročně. Právě adopce jsou zřejmě záležitostí větších porodnic, ženy většinou mívají, kvůli anonymitě, porodit mimo své město. Řeším spíše nezletilé rodičky a romské maminky. Drogově závislé matky u nás rodí jen velmi málo, i když naše město oplývá různými distributory. Děti těchto matek se většinou rodí s určitými zdravotními riziky a tudíž, v případě porodu, není transport dítěte do jiného zařízení nic neobvyklého. Větší nemocnice jsou v tomto směru samozřejmě více specializovanější. Všeobecně se dá ale říct, že věková hranice matek se posouvá směrem nahoru, dnes se rodí poprvé zpravidla

později, než tomu bylo dříve, spíše ve věku něco pod třicet let a děti jsou plánované. Podle mne je to přirozený vývoj.

Jaké bývají důvody předání dítěte k adopci? Je zajímavé, že většinou bývá pravidlem, že tato problematika se týká výhradně matek ze sociálně slabších rodin, kde generačně se-
lhává problém výchovy. Jedná se většinou o neúplné rodiny s nižším vzděláním. Podle mne si matka dítěte ani mnohdy není schopna uvědomit své počínání vůči dítěti, nemá k němu žádný vztah, není schopna si ho k dítěti vytvořit. Celkově je můj názor takový, že společně s výchovou hrají v poměru 50% na 50% geny. Mimo to, že celkově chyběla výchova k jakékoli zodpovědnosti, jsou ženám dány určité sklony, jakým způsobem je realizována jejich rodičovská role. Pokud je navíc problém i v partnerovi a širší rodině, pak nastává velký problém. Například jsem se nikdy v těchto případech nesetkala ani s tím, že by partner ženu přesvědčoval o tom, aby se dítě pokusili vychovat. Vždy je do věci narození dítěte v těchto případech zainteresována spíše jen ta matka. Z profesního hlediska je jasné, že porodem dítěte dává biologická matka šanci náhradním rodičům, kteří po dítěti velmi touží.

Vzhledem k snadné dostupnosti antikoncepce by se dalo čekat, že nechtěných dětí se rodí jen velmi málo. Tak to právě ne. Sama nad tím často přemýšlím. Dnes je všechno opravdu tak neuvěřitelně dostupné, informace jsou všude: v médiích, hlavně na internetu. Ženy to mají po stránce plánování rodičovství, oproti dřívější době, kdy neexistovalo, aby lékař automaticky antikoncepci předepsal, velmi jednoduché. Řekla bych, že roli hraje především neznalost, možná i jakýsi „stud“ zjišťovat si informace.

Od koho se dozvídáte, že matka chce dát dítě k adopci nebo že bude zřejmě s následnou péčí o dítě ze strany matky nějaký problém? Existuje spolupráce se spádovými privátními gynekology? Spíše bych řekla, že velkou roli tady sehrává OSPOD, které má svůj terén individuálně dost zmapovaný. Velmi často nám hlásí maminku i dva měsíce před očekávaným porodem a současně naznačí, jaký konkrétně bude problém. Jedná se o zkušené sociální pracovnice, které problematiku těchto rodin znají velmi důvěrně. V evidenci vedou převážně rodiny, které byly v minulosti problémové a dnes už například dospívají jejich děti a ty rodí děti. Sociální pracovnice jsou schopné si situaci v rodině pohlídat, aby

výchova dětí a péče o ně po propuštění z porodnice byla v pořádku. Pokud žena podstupuje v průběhu těhotenství kontroly u lékaře, stává se, že nás včas informuje i privátní gynekolog.

Jakou máte zkušenost s tzv. utajenými a diskretními porody? Měli jsme zde zatím pouze jeden utajený porod, v případě adopcí jsou běžné diskretní porody. Matku dítěte po porodu navštěvuji na gynekologii a při pohovoru probíráme hlavní důvody, proč se rozhodla dát dítě k adopci. Sepíši s ní záznam a jediné, co od ní požaduji, je souhlasné prohlášení o tom, že dítě bude umístěno v kojeneckém ústavu. Všechny ostatní formalities proběhnou až 6 týdnů po porodu, matka má tuto zákonnou lhůtu využít k tomu, aby své konečné rozhodnutí řádně zvážila. Teprve po uplynutí této doby podepisuje prohlášení na spádovém oddělení sociálně-právní ochrany dětí. Každé ženě předávám písemný telefonní kontakt na příslušnou pracovníci OSPOD tak, aby všechny formalities proběhly včas a dítě se brzy dostalo bez problémů do náhradní rodiny. Převoz dítěte do kojeneckého ústavu sanitou zajišťuji osobně po předchozí domluvě se sociální pracovnící ústavu. Podávám jí předběžně informace, které potřebuje vědět. Kromě souhlasného prohlášení matky o umístění dítěte v kojeneckém ústavu jí nedávám žádné jiné písemné informace. Vše už totiž závisí na další domluvě sociální pracovníce kojeneckého ústavu se spádovým OSPOD, který by jí měl dát k dispozici kompletní dokumentaci dítěte. Měla bych podotknout, že většina žen, dávajících dítě k adopci rodí, kvůli soukromí, mimo spádovou porodnici, mimo město. Vždy existuje riziko, že na porodnici v místě bydliště potká někoho známého.

Je ženám umožněna v případě adopce další hospitalizace na oddělení gynekologie a možnost rekonvalescence? V případě adopcí se ženy většinou nechají samy propustit druhý den po porodu. Pokud by to však vyžadoval zdravotní stav možnost hospitalizace samozřejmě je.

Jak je to v případě dětí s neuspokojivým sociálním zázemím, kdy matka nebo oba rodiče mají zájem zajistit další péči? Jak probíhá rozhovor s rodičkou na oddělení? Setkáváte se se vstřícným nebo odmítavým postojem? Některé matky jsou velmi otevřené a vstřícné při jejich řešení situace. Naopak některé se vůči mně, ale i jinému personálu, naprosto uzavírají, konzultace berou jako zásah do soukromí, samy nemají jakoukoli

potřebu se bavit o svých problémech a potížích. Pokud se nejedná o naléhavý problém řešení situace dítěte, například předběžné opatření ze strany OSPOD, vždy to řeším tak, že dostanou kontakt na příslušnou pracovníci OSPOD s tím, že ji mohou samy kdykoli později kontaktovat.

Jaký je Váš názor na dobrovolné pobyty dětí v kojeneckém ústavu, na základě dohody s matkou? Máte nějaký vyhraněný názor na to, zda dítě do kojeneckého ústavu nebo raději do domácí péče za předpokladu dohledu orgánu sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD)? Dobrovolný pobyt dítěte v kojeneckém ústavu rozhodně podporuji. Je to doba, kdy si matka může na své dítě zvyknout, má zde možnost naučit se kompletní péči. Dnes bývá propouštění z porodnice velmi rychlé a některé maminky skutečně mají velký problém, nemají zkušenost, trápí je jejich osamělost nebo nemají ani vhodné bytové podmínky. Jde o to nepřerušit kontakt matky s dítětem, naopak jej prohloubit do doby, než se upraví podmínky doma. Není také případně problém domluvit, aby za nimi do KÚ pravidelně docházel otec dítěte. Vždy je to i o vzájemné diskusi v týmu, nic nelze prosazovat proti něčí vůli, roli hraje domluva. Spolupráce se spádovým KÚ je výborná, naprosto bezproblémová.

Pokud bychom odbočili, je známo, že role otce je v dnešní rodině všeobecně oslabena. Nejenže rodí stále více svobodných maminek, některé ženy se dokonce snaží o to, aby mohly své dítě vychovávat samy bez otce. Vyžadují vaši pomoc nebo poradenství? Dnes je skutečně spousta emancipovaných matek a je těžké je jednoznačně nějak posuzovat a hodnotit. Důvody pro to mít dítě sama jsou různé, a proto je neodsuzuji. Rozdíl ale vidím a velký. Podle mne má každé dítě právo mít oba rodiče. Rozhodně bych ale řekla, že dnes jsou ženy například všeobecně velmi dobře informované. Dnes už matky, které oslovím s tím, jestli by nepotřebovaly poradit, odmítají, samy si všechno zjistily už v době před porodem. Systém je celkově jednodušší, žena najde vše na jednom kontaktním místě, není už většinou nutné navštěvovat vícero úřadů. Dříve jsem v tomto směru tedy poskytovala poradenství častěji. V některých případech ženy informuji pouze o postupu při určení otcovství. Osobně je považuji za velmi nutné, snažím se matky přesvědčit, aby je vyřizovaly, byť za cenu soudní cesty. Roli hrají nejenom finanční důvody, které jsou pro mnoho osamělých maminek s dětmi velmi důležité. Genetika jde dnes velmi rychle dopředu a je dobré vědět, kde má člověk své základy. Myslím si ale, že problematika mateřství je celkově jiná

než dříve. Mnoho mladých lidí dnes naopak nemá naprosto dobrovolně děti. Plnými douškami si užívají toho, že tuto povinnost nemají a mateřství si dopřávají z mnoha důvodů až později. Jsou si toho vědomi, ale mají své pádné důvody.

Velmi často pracujete s rodinami romských dětí... Ano, velmi často. Ze zkušenosti mohu říct, že celkově u této populace není zjevný nezáměr o dítě, ale jistou zvláštností a pravidlem je, že bezprostředně po porodu, většinou tentýž den, se matka dítěte nechá propustit na revers domů. Pokud dítě na porodnici opustí a je propuštěna na reverz, dítě si může už jen vyzvednout, nemůže být přijata zpět. Od počátku jsem vždy poskytovala romským rodinám intenzivně poradenství a vše jim vysvětlovala.

Ze zákona pro Vás vyplývá oznamovací povinnost. Jak hodnotíte Vaši spolupráci se spádovým oddělením sociálně-právní ochrany dětí? Jaká je úspěšnost řešení sociální problematiky dětí? Mým úkolem je problém, který se na porodnici vyskytl, OSPOD včas nastínit a následně jej ve spolupráci s ním řešit. Není to nikdy vyloženě jen moje vlastní osobní iniciativa, vše je záležitostí této spolupráce. Buď je mi celá problematika dané rodičky známa předem právě na základě informací OSPOD, nebo se problém mnohdy projeví až u nás na oddělení. V tomto případě píšu na OSPOD klasické hlášení o porodu, kdy je upozorním, že na porodnickém oddělení je dítě s určitým problémem. Danou situaci dítěte, kterou jsem vysondovala, popíšu a požádám, aby z jejich strany byla rodina dítěte prověřena, například sociálním šetřením v domácnosti, nebo je požádám, aby rodina byla po propuštění z porodnice sledována. Po právní stránce se vše posunulo hodně dopředu, spolupráce je velmi dobrá. Pokud jim nahlásím jméno rodičky, velmi často už vědí, o koho se jedná a vědí také velmi dobře, jaké zázemí bude dítě skýtat. Jak už jsem opakovaně uvedla, OSPOD má tyto rodiny opravdu důkladně zmapovány. Častokrát jsou pod jejich průběžným dohledem tak, aby výchova dětí a péče o ně po propuštění z porodnice probíhala v pořádku. Rozhodnutí OSPOD na porodnici vždy respektujeme. Pobyt na porodnici je krátký, nemůžeme za tuto dobu vědět o matce dítěte všechno. Některé dysfunkce, například u prvního dítěte, se projevují až později v domácnosti a to už je skutečně záležitost OSPOD.

Jaká je maximální možná délka hospitalizace dětí na oddělení, je dán prostor k prošetření sociální situace dítěte? V tomto směru nikdy nebyl žádný problém. I když je zdra-

votní stav dítěte stabilizovaný a v jeho rodině se vyskytují potíže, pediatři vždy ochotně vyčkají na výsledek šetření OSPOD. Stejně jako já potřebuji mít jistotu, že bude následná péče o dané dítě v pořádku. OSPOD písemnou formou oznámí, zda je možné dítě propustit domů, případně jakou jinou formu řešení navrhuje. Složitější je to například v případě předběžného opatření. Dítě odváží z nemocnice soudní exekutor za doprovodu a dohledu OSPOD.

Obrací se na Vás případní zájemci o adopci? Potenciální zájemci o adoptivní dítě mne nikdy nekontaktovali. Odehrála se u nás pouze jediná přímá adopce, kdy OSPOD reagovalo velmi podrážděně. Můj osobní názor na ni je zamítavý a to v tom smyslu, že riziko vydírání ze strany biologických rodičů považuji za mimořádně vysoké a velmi nebezpečné. Doba je natolik složitá, že coby náhradní rodiče nemůžete nikdy vědět, kdy se někdo dostane do situace, že by z tohoto chtěl vytěžit.

Jaký je Váš názor na přímé adopce určitým rodičům? Vím, že OSPOD zásadně nedoporučuje jiné instituce v péči o dítě, především se naprosto distancuje od Fondu ohrožených dětí. Sama samozřejmě vím, že existují dva způsoby cesty řešení adopce, ale nevím, co si o tom myslet. Možná hraje roli vliv médií, tudíž této instituci příliš nefandím. Dítě se může dostat formou adopce do ideální rodiny, kde je předpoklad, že se bude mít dítě po všech stránkách dobře především na základě psychotestů, kdy jsou posuzovány všechny důležité aspekty pro další život dítěte. Je to záležitost dalšího jednání s OSPOD.

Vyrůstat v ústavu, v problematické rodině nebo spokojené adoptivní rodině je velký rozdíl. Myslíte si, že je nějaký problém v legislativě ohledně adopcí? Bylo by, podle Vás, potřeba něco změnit z hlediska dopadu na dítě? Chyba v legislativě podle mne rozhodně je. Myslím si totiž, že pokud se matka rozhodne, že dá dítě do adopce, pak šesti-týdenní lhůta, která je matce dána na rozmyšlení, je podle mne zcela zbytečná. Proč by měla takto žonglovat se životem svého dítěte, jestli ano nebo ne? Pro dítě považuji za velmi důležité, aby se dostalo do nové rodiny co nejdříve. Za celou dobu své praxe jsem se setkala pouze s jediným případem, kdy se oba rodiče rozhodli adopci zrušit. Většinou se totiž jedná o jednoznačné, předem promyšlené a pevné rozhodnutí matky, kdy má pádný důvod dát dítě pryč, z její strany je nechtěné. Nehledě na fakt, že dle informací OSPOD jsou tyto

matky po uplynutí šestitýdenní zákonné lhůty nedohledatelné! Přitom skutečně každou ženu při adopci upozorňuji na nutnost dostavit se po porodu na spádové oddělení péče o děti a podepsat rozhodnutí o předání dítěte do adopce. Celá doba pobytu dítěte v kojeneckém ústavu se tedy nadále protahuje. Děti zůstávají zbytečně v ústavech jenom proto, že legislativa je taková. Zákon by to neměl biologické matce, s ohledem na prospěch dítěte, umožňovat.

Jak je u Vás řešena problematika nezletilých maminek? Na radu našeho právníka je u nás trend takový, že dítě není propuštěno domů, dokud není soudem sepsán návrh na určení poručníka, většinou rodiče nezletilé matky nebo dokud není vyřízeno určení otcovství. V den propuštění se domlouvám na soudu, na opatrovnickém oddělení. Dostaví se tam nezletilá maminka se svým zákonným zástupcem. Pokud je otec dítěte zletilý, tak před soudem prohlásí otcovství a tím pádem můžeme dítě propustit do péče otce. Pokud otec není přítomen této akci, tak většinou se jako poručník navrhuje matka nezletilé a pak je dítě propuštěno do její péče. Nezletilá matka nenese plnou zodpovědnost za dítě, proto není možné novorozené dítě propustit do její péče bez této procedury. Mnohdy se hospitalizace u těchto dětí a matek prodlužuje, protože musíme vyčkat, až bude mít daný soud úřední dny. Matku tedy zainteresujeme do situace tak dalece, že nám před propuštěním dítěte přinese ze soudu formulář, kdo je navrženým opatrovníkem dítěte. Většinou nebývá problém ani ze strany matky, ani ze strany oddělení. Rodiče nezletilé matky totiž mají zodpovědnost pouze za svoji dceru, nikoli za dítě dokud nejsou soudně určení jako opatrovník. Spolupráce se soudem je v tomto ohledu naprosto bezproblémová, vychází vstříc. Nezletilé matky jsou ale někdy skutečně tvrdý oříšek. Někdy nastává problém, kdy nejsou rodiče nezletilé matky ochotni vypomoci s péčí o novorozence a pak pochopitelně nastupuje například péče prarodičů. U nezletilých matek je do budoucna výrazný handicap nedokončeného vzdělání. Problém tady je i ten, že rodiče nezletilé si uvědomí většinou až velmi pozdě, že ve výchově zřejmě něco důležitého podcenili.

Necítíte se někdy ohrožená vyhořením? Co Vás od něj uchránilo? Sama například nemám možnost supervize, tudíž nejvíc mi v tomto směru dávala setkání s kolegyněmi z ostatních nemocnic při studiu v NCO NZO. Všude je ta problematika totiž hodně podobná. Sama jsem ale nikdy nevyhořela, moje práce mne především baví, mám ji ráda. Profese mi

celkově dala do života hodně, spoustu životních událostí beru jinak, fůra věcí už mne nerozlítostňuje, získala jsem jakýsi potřebný nadhled. Sociální práce v resortu zdravotnictví totiž obnáší něco zcela jiného než sociální práce v jiných odvětvích, hlavně je pro mne přínosné, že mám možnost vidět výsledky své práce. Není to jen o papírování, naopak především o komunikaci s pacienty, kterým mohu pomoci a to je velmi uspokojující. Pořád ještě vidím do těch situací tak, že mne zajímají, dovedu se vcítit. Vždycky mi udělá radost, když si pozvu příbuzné a ti mi pak sdělí, jaký měli před setkáním strach a pak jsou spíš zaskočení a překvapení, že jsme došli k vyřešení problému úplně bezkonfliktně. Podle mne je to všechno o komunikaci a o kompromisech. Bohužel, v pohledu na sociální práci a sociální pracovníky hrají, podle mne, velkou roli média. A je to role samozřejmě negativní, taková soudružka Zubatá v Koljovi je toho jasným důkazem. Sociální pracovnice prezentují jako zlé, odpudivé a neempatické ženské, které odebírají lidem děti, což má zřejmě dost velký vliv na část laické veřejnosti. Předpoklady pro výkon sociální práce jsou přitom zcela jasné. Měla by to být příjemná, komunikativní, empatická osobnost, nemluvě o tom, že důvody pro odebrání dítěte bývají vždy velmi vážné. Naše práce vyžaduje především znalosti z psychologie, protože u každého klienta musíte vědět, jaký přístup zvolit. Nemyslím si ale, že toto konkrétně je výhradně záležitost vysokoškolského studia, tyto schopnosti zahrnuju do jakýchsi přirozených osobnostních předpokladů. Někdo může být superstudent, ale pokud neumí komunikovat s klienty, nebude schopen zvládnout praxi.

PŘÍLOHA IV: ROZHOVOR D

Co Vaše pozice obnáší? Máte na starosti výhradně porodnické oddělení nebo zajišťujete sociální práci pro celou nemocnici? Kromě porodnického oddělení mám osobně na starosti ještě onkologii a dětskou kliniku. Na gynekologické oddělení docházím, stejně jako na ostatní oddělení, na avízo personálu.

Jak byste charakterizovala spolupráci s lékaři a ostatním personálem na porodnici?

Personál na oddělení mnohdy ani neví, co všechno zaštiťujeme. Dá se říct, že sociální pracovníce jsou téměř „neviditelné“, ale sociální problematika dětí se neřeší sama. Vůbec nevědí kolik jednání, schůzek, telefonátů se skrývá za každým jedním případem dítěte, než je propuštěno domů nebo přeloženo do kojeneckého ústavu. Celkově netuší, jaký je obsah naší práce, kam až zabíháme, co všechno pro děti a matky děláme, co je v naší kompetenci nebo co mohou od nás očekávat. Každopádně spolupráce funguje. Na oddělení šestinedělí dokáží rozeznat u rodičky problém dle svých určitých norem. Samozřejmě mají možnost sledovat, jak se matka chová, jaká je její snaha při péči o dítě, kdo za ní na oddělení dochází. Pokud rodička vybočuje z této normy, zpravidla mne ihned informují. Kontaktují se na mne často i pediatři, pokud tuší problém se zajištěním další péče u novorozence.

Jaká je spolupráce se spádovými privátními gynekology? Hlásí Vám předem ženy, které se rozhodnou pro adopci? Samozřejmě. Někdy mne kontaktují předem i samotné maminky, obvykle ale tuto skutečnost oznámí až na porodním sále. Stává se, že matka má problém vůbec sdělit, že dítě nechce. Pláče a z oddělení mne volají na pomoc. Svěří se teprve až při důvěrném rozhovoru.

Jak probíhají rozhovory s rodičkami na oddělení? Vždy u každé ženy v nesnázích, kdy je vidět, že se rozhoduje, se snažím o to, aby měla všestranné informace. Vše co vím, jí řeknu, aby mohla situaci zvážit. Dám jí čas na rozmyšlenou, nechám jí, ať se poradí s rodinou, pokud nějakou má, nikdy ji netlačím do ničeho. Vše je otázkou jejího svobodného rozhodnutí. Při adopci se ženu snažím uklidnit, aby se nebála, že je vše v pořádku, že vše má svá pozitiva, dítě bude v dobrých rukou v nové rodině. Pokud zvážila své podmínky a z celé její osobnosti vidím, že to bude dost těžké, než se ze všeho dostane, tyto informace pro

ni považují za důležité. Vždy samozřejmě individuálně posuzuju celou situaci a podle toho rozhovor probíhá.

Jaké jsou vaše zkušenosti s diskrétními porody a porody s utajením totožnosti matky?

Za celou dobu u nás proběhl pouze jediný utajený porod. Podle mne je každá adopce problémem, v místě bydliště ji mnohdy není šance utajit. Rozhodně si myslím, že žena by měla odjet někam daleko a tam nahlásit, že chce rodit utajeně. V nemocnici vždy hrozí, že někoho potkáte, nebo i na matrice stačí jediný pracovník, který nezná přesný postup, například nezaloží dokument tak jak má, provede zápis a vše je zmařeno. Dokud to není běžná praxe, tak to nebude fungovat. Je tam tolik dalších zádrhelů. Například utajený porod nemůže, dle zákona, absolvovat vdaná žena. Mnohdy chce ale žena adopci utajit hlavně před manželem, jelikož hlavním důvodem je mimomanželské dítě.

Myslíte si, že je nějaký problém v legislativě ohledně adopcí? Bylo by, podle Vás, potřeba něco změnit z hlediska dopadu na dítě? Myslím si, že v případě ochranné lhůty nejde ani tak o čas, jako spíše o samotné rozhodnutí. Podle mne má logiku, že když chce žena například utajený porod, že je již definitivně rozhodnutá, že dítě nechce. Jinak ženy, které dávají dítě do adopce při diskrétním porodu si to rozmyslí. Je to běžné a je to tak půl na půl. Hlavně ty, které už mají doma tři nebo čtyři děti a rozmyslí si další dítě, většinou nakonec situaci neunesou a rozmyslí se. Každopádně těch šest týdnů je daných z důvodů poporodních změn, kdy by mohla být matka rozrušená a mohla se špatně rozhodnout.

Jaké závažné důvody vedou ženy předat dítě k adopci? Jsou různé příběhy, vždy je to individuální záležitost. Naposled tu byla romská maminka, která měla už deváté dítě, některé už dospělé, ale tři z toho ještě hodně maličké děti. Byla už velmi unavená, o všechny děti se starala, měla je ve své péči. Poslední dítě chtěla dát do adopce, ale její muž ji nakonec přemluvil, aby si i poslední dítě vzali domů. Byla to tradiční romská rodina, pro dítě si nakonec skutečně přišli. Měla jsem tady i maminku, která měla první dítě extrémně hyperaktivní, tudíž se v průběhu gravidity rozhodla dát druhé dítě do adopce. Rodinná anamnéza byla přitom taková, že rodina byla velmi dobře finančně zajištěná, matka rodičky byla podnikatelka, která ale dceři neumožnila bydlet v žádném ze svých volných bytů, proto byla odkázaná i s prvním dítětem na azylový dům. Dítě se tehdy hned po porodu umístilo do

kojeneckého ústavu. Matku v azylovém domě následně přemluvili, aby si je přece jen zkusila vzít do péče, že je to škoda. Dítě si tedy z ústavu vyzvedla, ale už po dvou měsících byl chlapeček, po proběhlém infektu, přijat zpět do kojeneckého ústavu. Matka to zkusila, přestože byla vnitřně už dávno rozhodnutá o tom, že dítě nechce. Byla velmi unavená a rozzlobená, že se nechala zviklat k péči, že měla chvilkově špatné svědomí a dítě si vzala domů. Mělo se od prvopočátku respektovat její původní přání. Ty důvody mohou být opravdu různé, nesázela bych pouze na jediný. Je to nestandardní, ale ve všech případech jsou pro ženu natolik zásadní, že adopce je v převážné většině dotažena do konce. U mladých nezletilých je například problém, že vše nahlásí své matce pozdě, že to zpočátku tají. U vícerodiček a ostatních je problém v nepoužívání antikoncepce. Zdá se jim jako zbytečný výdaj, protože mají například málo financí. Hlavním důvodem adopcí je totiž dost často celková finanční nouze rodiny, bytový problém, těžké sociální poměry. Těch důvodů může ale být hodně. Neznáme partnera rodičky, ten také může být mnohdy důvodem. Antikoncepci paradoxně nepovažuje za správné řešení, současně ženě nedovolí ani sterilizaci. Roli zde může hrát samozřejmě i nezodpovědnost. Je to ale vážně s podivem, protože dnes už je antikoncepce zcela dostupná, běžná, není to žádné tabu.

Jaký je Váš názor na přímé adopce určitým osvojitelům? Dvakrát jsme tu měli porod, kdy matka porodila a v rámci adopce přímým osvojitelům se podařilo dítě umístit do rodiny přímo z porodnice. V obou případech měla biologická matka i náhradní rodiče vše předem domluveno na sociálním odboru. Je to tedy možné, i když tahle forma má samozřejmě hodně rizik. Jednak noví rodiče se znají s biologickou matkou, což osobně považuji za velmi nebezpečné. Nefér je to ale především vůči čekatelům, kteří jsou v pořadíku řadu let a čekají na přidělení zdravého novorozence. Pro samotné dítě je samozřejmě tato forma nejlepší, to rozhodně. Nemusí absolvovat kojenecký ústav.

Jakou problematiku novorozeneckých dětí, mimo adopcí, řešíte nejčastěji, respektive čím jsou děti nejvíce ohroženy? Při depistáži mne zajímají matky nezletilé, drogově závislé, s těžším psychickým nebo somatickým onemocněním. Výjimečně mi z oddělení hlásí i velmi simplexní osobnost, kdy existuje obava o zajištění další řádné péče o dítě. Některé matky na oddělení například otevřeně prohlašují, že nemají finanční prostředky na vybavičku, v rodině je svízelná finanční situace. Varovným signálem také je, že za matkou dochází na

oddělení ne příliš solidní návštěvníci, což se týká hlavně žen bez příštěší. Mnohdy matka nejeví o dítě zájem, odchází například neustále kouřit, nebo se o samotném dítěti nevyjadřuje pěkně. To všechno značí, že péče o dítě může být ohrožena.

Jaký je Váš názor na tzv. dobrovolný pobyt dítěte v kojeneckém ústavu na základě dohody s matkou? Dobrovolný pobyt dítěte v KÚ maminkám samozřejmě někdy navrhuju, s tím, že se může projevit, jak je schopná si vše zařídit a rozhodnout se, zda péči zvládne. Například u adopcí matkám vždy říkám, že si můžou vše rozmyslet i po podepsání předběžného souhlasu. Pokud je dítě v KÚ, můžou ještě situaci změnit, mají na to minimálně dva měsíce. Podpis je pouze formalita, která nehraje téměř žádnou roli. Vše jim vysvětlím, většinou jsou opravdu uklidněné. Tyto informace jsou pro ně důležité, protože pak mají možnost svobodné volby.

Jaká je maximální možná délka hospitalizace dětí na oddělení, je dán prostor k prošetření sociální situace dětí? Lékaři vyžadují sociální šetření, které se dokládá do zdravotní dokumentace dítěte a do porodopisu. Dokládá se celý postup řešení případu, například kdy jsme dítě převzali pod svůj dohled, se kterými úřady jsme jednali, případně se kterými příbuznými a podobně. Je to vždy několik rozhovorů telefonických a osobních, než je případ dítěte uzavřen, respektive než se najde určité řešení. Dítě je do doby, než se situace prošetří, vždy v péči novorozeneckého oddělení, na jeho propuštění se nikdy nespěchá.

Jak je zajištěno poradenství rodičům dětí narozených s vrozenou vývojovou vadou? Tyto děti jsou v péči novorozenecké JIP, kde je naštěstí spousta mladých a ambiciozních lékařů, kteří mají velký přehled o možnostech výpomocí v rámci tzv. rané péče. Rodičům vždy poradí. Existují u nás organizace pro ranou péči, v nemocnici funguje riziková poradna. Rodiče se samozřejmě vždy rozhodují a váhají. V případě, že péči o dítě odmítnou, spolupracuji s lékaři při jeho umístění do KÚ.

Jak často pracujete s rodinami etnicky odlišných dětí? Často. Posun nastal v tom, že všechny romské maminky nechodí domů na reverz, to už jen málokdy. Spíš jsou to hodně mladé a nezralé ženy, nebo naopak ženy, které už mají doma děti, které nikdo nepohlídá. To je závažný důvod, který je dán i tradicemi a způsobem života. Spěchají domů, aby je

zajistily. Myslím, že v tom není ten důvod, že by se necítily dobře mezi ostatními pacientkami. Psychicky to zkrátka nevydrží. Hodně bychom jim křivdili, kdybychom toto nerespektovali. Ve všech těchto případech platí, že děti jsou propouštěny až čtyři dny po porodu, nikdy ne zároveň s matkou. Děti bývají svými rodiči dodatečně vyzvednuty na oddělení a zpravidla není problém.

Jakým způsobem řešíte problematiku nezletilých matek? Moje práce obnáší jednak rozhovor s matkou novorozence, pak především babičkou novorozence, které podávám důležité informace. Následně podávám hlášení na OSPOD kvůli dořešení svěření do péče prarodiče nebo určení otcovství. Současně tak získávám informace, o jaké rodinné zázemí se jedná. Pokud rodinu znají, sdělí mi například, že se jedná o rodinu, kde nebude problém se zajištěním další péče. Pokud neznají, provádí sociální šetření dodatečně. V těchto případech nám tedy stačí prohlášení matky nezletilé o převzetí vnučete do vlastní péče. Všechno je jištěno, na soudní rozhodnutí bychom dlouho čekali, což není možné.

Cítila jste se někdy v průběhu své praxe ohrožená syndromem vyhoření? Co vás před ním uchránilo? Na porodnici se nedá vyhořet, je to nádherná práce. Pokud by se jednalo pouze o porodnici a dětskou kliniku, pak bych neměla nikdy problém. Potíže jsou ale například na onkologickém oddělení, kde hrozí riziko vyčerpání z důvodu náročnosti problematiky. Téměř jsem to zažila, protože se nahromadily potíže. Bylo dost obtížné je zvládnout. Míra stresu je tam obrovská, řeší se například krizová situace rodiny, osamělí pacienti v terminálním stadiu, zajištění hospice. Bylo to krátké krizové období, které naštěstí odeznělo. Energii „dobívám“ právě na porodnici.

PŘÍLOHA V: ROZHOVOR E

Co obnáší Vaše pozice? Máte na starosti výhradně porodnické oddělení nebo zajišťujete sociální práci pro celou nemocnici? Jsem k dispozici vyloženě pro porodnici, ale není to pouze gynekologicko-porodnické oddělení, máme tady ještě onkologické oddělení. Zajišťuji také poradenství pro ambulantní trakt, kde si mne lékaři volají v případě naléhavosti. Radím klientům, když mají zájem o adopci nebo mám na starosti nezletilé pacientky, které měly pohlavní styk před patnáctým rokem. V případě nezletilek mám za povinnost kontaktovat sociální pracovníci OSPOD, která už si po své linii dělá další potřebná šetření. Ve smyslu prevence nemám příliš šanci fungovat, viděla bych ji spíš na ambulantních složkách v terénu.

Od koho se dozvídáte, že matka chce dát dítě k adopci nebo že bude zřejmě s následnou péčí o dítě ze strany matky nějaký problém? Když matka přijde na porodní sál, tak už většinou personál o adopci ví. Ženy zpravidla navštěvují gynekologa v terénu, který nám někdy předem případ nahlásí. V ideálním případě by nám tuto situaci měl hlásit vždy.

Jak byste charakterizovala spolupráci s lékaři a ostatním personálem na porodnici? S lékaři funguje spolupráce naprosto perfektně, je velice dobrá, máme jen ty nejlepší vztahy. Volají za každou drobnost, vědí, co ode mne můžou očekávat, znají mé kompetence.

Jaké jsou nejčastější důvody předání dítěte k adopci? Často se jedná o situaci, kdy gravidita byla zjištěna pozdě a interrupci už nebylo možné podstoupit. Když dělám rozhovory s maminkami vysokoškolačkami, tak mi jako důvod oznamují, že chtějí dostudovat. Jiný problém je, že je opustil přítel. Pokud je s přítelem a je na něj fixovaná, tak dítě nechce z toho důvodu, že si péči netroufá zajistit, nebo má obavu, že by se rodiče zlobili, když ji drží na studiích a hrozilo by, že by studium nedokončila. U studentek, které jsou zpravidla z jiného města a bydlí tady na kolejích, se to většinou nedozví ani rodiče. Někdy je problémem nevyzrálost, rodiče nejsou na dítě připravení, přitom žena jako partnerka chce s přítelem udržet kontakt i nadále. Většinou s tímto partnerem skutečně zůstane a nic mu nevyčítá. Adopce byla jejich společná dohoda. Mám ale zkušenost, že čím je žena starší, tím je pro ni těžší dát dítě pryč.

Přemýšlí matky, jak by se dala situace změnit? Stává se Vám, že svá rozhodnutí přehodnocují? Co se týká utajených i diskrétních porodů, tak většinou jdou matky už druhý den na reverz domů, vždy se může stát, že v nemocnici někoho potká. Někdy se ale maminky ptají, jestli mužou za dítětem chodit. Pokud tady leží a mají zájem, pak je jim samozřejmě umožněno dítě navštěvovat na oddělení. Vždy vědí, že konkrétní souhlas je možné dát až po šestinedělí. I posléze, když se ptám pracovníků Dětského centra, tak třetina maminek si souhlas s adopcí rozmyslí a dítě si vezme domů. Například nedávno si matka po měsíci vše rozmyslela a projevovala velký zájem, protože její situace se vyjasnila. Vždy je to složité. Matka má ze všeho panickou hrůzu, těhotenství prožívá v depresích, pak se jí po porodu souhlasem s adopcí uleví, ale může přijít změna. Propustíme ji domů a dost často zapůsobí rodina. Například matka matky se to někdy nějakým způsobem dozví. My to nikam nehlásíme, od nás nevyjdou žádné informace. Když přijde žena rodit, na porodním sále podepisuje, komu můžeme podávat informace. Jestliže si nepřeje podávat informace nikomu, tak se informace nepodávají. Pokud je matka na kolejích a rodiče má daleko, tak to třeba ani nevědí. Pokud odrodí a druhý den je propuštěna, je to pouze odskočení na dva dny někam, nikomu dramaticky neschází, nikdo se ani neptá. Pokud sem přijde, tak se vždycky ptám, zda to ví alespoň rodiče. Pokud totiž dávám zprávu na náhradní rodinnou péči, tak tam tuto informaci píš, například: utajila před rodinou. Vždycky matky informuji, že za šest týdnů se musí dostavit na úřad k podpisu souhlasu o adopci, předám telefon s tím, že je nutné se omluvit, pokud se nemůže dostavit. Jestliže není na úřadě po uplynutí šesti týdnů zápis proveden a matka se nehlásí, pak sociální pracovníci mají povinnost ji předvolat, nebo nějakým způsobem kontaktovat, aby matka neblokovala umístění dítěte do nové adoptivní rodiny. Vždy tedy informuji úřad o tom, zda to matka utajila, aby nedošlo k jejímu vyzrazení. Je to důležité, protože pokud se dozví o adopci někdo, komu si to matka nepřála sdělit, je to pro ni nepříjemná situace.

Jak to funguje u diskrétních porodů? Pokud jde o diskrétní porody, tak to jsou maminky, které přijedou třeba ze Zlína. Chtějí porodit tady, takže vyhovíme, maminku odrodíme a ona nabídne dítě do adopce. Domluvíme se na tom, že i zápis o adopci chce provést tady. Po šesti nedělích přijede a na náhradní rodinné péči dá písemný souhlas. My to dál nikam nehlásíme. Když žena rodí diskrétně, tak matrikářka vyhotovuje rodný list tady, protože vždy je to samozřejmě dle místa narození. Ze zákona má ale povinnost kopii rodného listu

poslat do místa bydliště matky na evidenci obyvatel. Taktéž, i když se zápis o adopci dítěte provede tady na úřadě, sociální pracovníci musí kontaktovat náhradní rodinnou péči v místě trvalého bydliště ženy. V každém případě jsou všichni zúčastnění úředníci povinni mlčenlivostí. Takže tato informace by se z daného úřadu neměla dostat ven. Je ale samozřejmě velký rozdíl, pokud matka bydlí ve velkoměstě, nebo na malém městě, kde zná soused souseda. Mohlo by zde k uniklu informací dojít. V každém případě je matka ochráněna chodit po úřadě v místě bydliště. Matka má také nárok přijít na matriku sem, dostane potvrzení o porodu a může nebo nemusí zažádat o porodné. Opět dle trvalého bydliště. Studentky se většinou porodného vzdají, ale mám tady i ženy, které si o porodné žádat zajdou. Někdy kvůli porodnému proběhne i změna z původního utajeného porodu na diskrétní, protože při UP není možné porodné vyplatit.

Využívají ženy možnost utajení osoby v souvislosti s porodem? V době, kdy vznikl zákon o utajených porodech, měli jsme tady jeden utajený porod za druhým. Hodně se o tom mluvilo, ženy začaly této možnosti využívat, ale například v loňském roce jsme neměli utajený porod ani jeden. Postup je stejný jako všude jinde. Rodička před porodem oznámí, že by chtěla rodit utajeně, lékař s ní zpracuje anamnézu, dle OP vypíše veškeré údaje, které zapečetí do obálky a obálka se ukládá v trezoru. Pacientka není vedena v počítačové databázi, má pouze chorobopis, kde je zapsáno číslo UP, rok porodu a pořadí. S tímto funguje na oddělení. Při propuštění z porodnice se chorobopis přidá k zapečetěné obálce a obojí se zapečetí ve velké obálce. Jediný, kdo se k těm údajům dostane dle OP, je matrikářka. Ze zákona musíme provést zápis na matriku, a ten se provádí s údaji podle OP z jediného důvodu. Matrikářka má pověření zkontrolovat, že se tato žena může utajit. Stalo se nám několikrát, že rodička předloží občanku, kde má uvedeno, že je svobodná a pak nám matrikářka například volá, že matka je vdaná. Takové podvody fungují, například sňatek s cizincem, který se uskutečnil v zahraničí. Cizinec si v ČR potřebuje zařídit trvalý pobyt a tak vznikají účelové sňatky. Na matrice na tuto skutečnost samozřejmě vždy přijdou a zde je vlastně vidět, že ověření matrikářem je nutnost a utajení rodičky v souvislosti s porodem neodporuje zákonu. Údaje, které má k dispozici zůstávají uloženy na matrice a neposílají se dále na evidenci obyvatel a ani na statistiku. Jak je běžné u ostatních porodů. Při každém porodu se totiž zápis posílá na matriku dvojité. Jedno vyhotovení (originál se zápisem matky s údaji kolikáté dítě se narodilo, bydliště, rodné číslo a ze zadu údaje matky) končí na matrice a jedno matrika zasílá na český statistický úřad. U utajeného porodu budou mít na statistice

pouze údaje o dítěti, které potřebují pro své statistické účely. Na matrice rozdíl mezi adoptcí normální neboli diskretní a UP je ten, že když matka odrodí do adopce, tak v knize narození je zapsána a tento zápis zde navždy zůstane. Po přepsání rodného listu dítěte, o čemž rozhodne soud, jsou pak adoptivní rodiče připsáni. Při utajení rodičky v souvislosti s porodem jsou na matrice záznamy zachovány – uloženy, ale v knize narození je matka utajena. Každý z nás má právo požádat matriku o nahlédnutí do knihy narození, kdo je naše matka. Tudíž pokud vím, že jsem byla adoptovaná, můžu zjistit, kdo byla moje biologická matka.

Do jaké míry se snažíte od matky dozvědět podstatné informace, které jdou následně s dítětem do kojeneckého ústavu? Když jdu za matkou na oddělení, tak mám k dispozici základní údaje z porodního sálu. Vždy jí vysvětlím, že pokud chce, má právo uvést otce dítěte. Bude zapsaný v rodném listě tak jako ona, ale musí dát rovněž souhlas s adoptcí, protože je oficiálně uveden jako otec. Maminka takto zjistí, že je pro ni výhodnější otce raději neuvést. Pak uvádím pouze matku, ale stejně jí vysvětluju, že bych o otci dítěte něco ráda věděla. Může se stát, že biologický otec má v anamnéze nějaké onemocnění a my bychom mohli něčemu vážnému předejít. Každá matka při rozhovoru skutečně spolupracuje, tudíž mi říká i závažné skutečnosti, například že je otec alkoholik, že bere drogy, a když jej zná důvěrně tak například i to, že v jeho rodině se vyskytuje diabetes a podobně. Tyhle údaje si vždycky značím s tím, že to bude vlastně anonymní, otec nebude sice v rodném listu, ale údaje o něm budou v anamnéze dítěte. Ptám se i na vzdělání rodičů, sourozenců, abychom znali kompletní anamnézu. Je dobré vědět, jak vysoké mohou osvojitelé klást na dítě nároky. Při každé adoptci vypisuju evidenční list dítěte do KÚ, kde je i důvod jeho umístění. Na evidenčním listu se mi ale nelíbí, že je tam spousta podrobných informací, které matka na závěr podepisuje. Tudíž si matkou nechávám vypsát většinou jen tzv. prohlášení. Pomáhám jí vypsát jméno dítěte a prohlášení o tom, že své narozené dítě si přeje umístit v konkrétním zařízení z důvodu předání k adoptci. Konkrétní důvod umístění napíše matka tak, jak to sama cítí, například, že ji opustil partner, nemá podmínky k péči, netroufá si na péči. Zdá se mi to přehlednější, matka ví, co podepisuje.

Pokud jde dítě po porodu do adopce, chtějí biologické matky vědět, kam bude dítě umístěno? Například u vysokoškolaček je vždy zájem o to, co s dítětem bude dál, chtějí

pro dítě to nejlepší. Proto přemýšlí o tom, která z možností bude lepší. Chtějí hodně informací, chtějí vědět, jaký je rozdíl, ptají se mne, že slyšely, že v Dětském centru to dítě drží i půl roku a dlouho a teprve pak jde do rodiny. Což ale není pravda. Všechno jde velmi rychle a pružně. Zájem je, aby byl novorozenec co nejdříve v rodině, protože pro jeho vývoj je to velmi důležité. Většina matek si myslí, že v Klokánku jde dítě k adopci mnohem rychleji, ale vždycky musí být dodržena zákonná ochranná lhůta 6 týdnů. Pokud má dítě zdravotní problémy, ať už je v Klokánku nebo v Dětském centru, vždy se to pozdrží. Vždy, když s matkami sepisují prohlášení o umístění dítěte do KÚ z důvodu adopce, tak jim samozřejmě řeknu obě možnosti umístění, že tady funguje Klokánek i Dětské centrum a matka si sama vybere. Vždy má šanci rozhodnout sama. Pokud se matky ptají, jaký je mezi těmito zařízeními rozdíl, pak vždy vysvětluju, že Klokánek je zařízení nezdravotnické, dětské centrum zdravotnické. V Dětském centru pracují zdravotníci, lékař je k dispozici i v noci. V Klokánku o děti pečují tety-obyčejné ženy, které vychovaly děti nebo děti nevychovaly a byly nějakým způsobem zacvičeny v péči. Výhodou Klokánku je, že tety se střídají po týdnu, je tam týden jedna teta a týden druhá. Zdravotníci se střídají v dětském centru směnově, neustále se mění. V Klokánku mají maximálně čtyři děti, například jedno má pětileté, druhé osmileté a jednoho našeho novorozence. My pokud máme dítě s porodní váhou 1 500 gramů, které je nějakou dobu na JIP, dost často je následně nařízená rehabilitace. Znamená to při přebalování cvičit minimálně 4x denně Vojtovu metodu. Je nutné se děťátku věnovat, protože po neurologické stránce není dost dobře vyvinuté a mohlo by být opožděné v růstu a ve vývoji. Můj názor je takový, že v těchto případech je vždy lepší propuštění dítěte do zdravotnického zařízení, kde je rehabilitační pracovnice, která s dítětem cvičí odborně a dítě dodržuje správný režim.

Ze zákona pro Vás vyplývá oznamovací povinnost. Jak hodnotíte Vaši spolupráci se spádovým oddělením sociálně-právní ochrany dětí? Naše spolupráce s OSPOD je perfektní. Pokud cokoli potřebuju, tak rychle situaci prošetří, protože vědí, že hospitalizace na porodnici je pouze dočasná. Matka jde zpravidla čtvrtý den domů, a jestliže je tam problém a odrodí v pátek, pak nelze situaci řešit až v pondělí. Prostor k řešení situace je vždy velmi malý, proto mi z porodního sálu volají zpravidla bezprostředně po porodu. Za maminkami se v případě problému zajdu podívat a pohovořím s nimi. U větších problémů, kde tuším velké problémy, hlásím přímo OSPOD. Volám konkrétní sociální pracovníci a domlouváme se na dalším postupu, zda je například vhodné propustit třetí dítě do konkrétní rodiny.

U každé pacientky, u které se vyskytuje problém, si zakládám osobní kartu. Jestliže přijde rodič už potřetí, pak už mám docela jasnou představu o sociální situaci, vím, že je to casus socialis, vím na koho se mám obrátit, kdo má rodinu pod dohledem. V naprosté většině případů ale OSPOD dává předem vědět, upozorňují, abychom pohlídali konkrétní rodičku. Vše máme poznačeno v kalendáři. Lékaři na oddělení chtějí každé sociální šetření OSPOD písemně, dokládají je do zdravotní dokumentace dítěte. Někdy se jim matka nezdá, proto se sociální situace prošetřuje nebo se oznamuje, že matku s dítětem propouštíme a bude nutný dohled. Chtějí vědět, jaká šetření proběhla, jaká opatření jsou navržena, jak je to v rodině zajištěno, zda je přichystána výbavička a podobně. Vždy s výsledkem, zda je možné dítě propustit domů. Zprávy mi z OSPOD posílají faxem, například, že souhlasí s propuštěním nebo že je nutné vyčkat na vydání předběžného opatření. Lékaři rozhodnutí OSPOD nikdy nezpochybují. Naopak. Jsou důslední, záleží jim na sociální situaci dětí. Mnohdy na mne naléhají, že přece matku nemůžeme s dítětem pustit domů, že matka zřetelně péči nezvládá. Vždy se jim snažím vysvětlit, že tam bude dohled OSPOD i zdravotního střediska, navíc mnohdy je v rodině další člověk. Pokud má dítě vývojovou rehabilitaci a začneme zvat, může se chodit zacvičovat například i babička dítěte. Osobně pak nevidím problém, protože OSPOD dává doporučení, že můžeme dítě propustit, jeví se jim, že zázemí mi mohlo fungovat. Pokud by to nefungovalo, tak i lékař, který dělá dohled, a se kterým jsme předběžně domluveni, že tam bude dělat častější návštěvy, zavolá v případě jakéhokoli problému OSPOD. Dítě se v naléhavých případech může odebrat. Netvrdím totiž, že neproklouzne i ten, kdo neměl. Porodů je u nás opravdu hodně, takže někdy se stane, že matka odrodí, žádné náznaky problémů nejsou, dítě se propustí. Následně volají z OSPOD, z jakého důvodu jsme rodičku propustili, když v bytě je varna pervitinu. Z jejich strany není možné nás upozornit předem, pokud netuší, že je žena gravidní a náš odhad je v takových případech těžký. V jiných případech, i když matka vypadá, že je pod drogami, jsou totiž výsledky krevních testů často negativní. Jsem mnohdy vděčná, že dítě je propuštěno i za dozoru matky rodičky. Dohled OSPOD je vždy nezbytný.

Hlásíte dimisi dětí, u kterých bude probíhat dohled OSPOD, i spádovým pediatrům?

Samozřejmě. Pediatr by měl jít do rodiny na návštěvu do 48 hodin po propuštění z porodnického oddělení. Nikdy ale nemám jistotu, že se matka do 48 hodin sama nahlásí, přitom považují za nutné, aby se situace v rodině zkontrolovala. Byl by hřích pediatrovi nezavolat. Kontrola je, a i když se může stát pochybení a propouštíme dítě, které bychom neměli, ob-

vodní pediatr to zachytí. Kdykoli se tedy jedná o casus socialis nebo například nezletilou matku, tak vždy o tom ví i pediatr, nejen sociální pracovníci na OSPOD. Spolupráce je v tomto směru výborná a oboustranně vítaná. Pokud už má matka více dětí, pak jsou i údaje o rodinné situaci, poskytnuté pediatrem, velmi spolehlivé a mnohdy rychlejší a dostupnější než ze strany OSPOD. Například sdělí, že matka dvě starší děti sama po porodu nikdy nehlásila, nebo že u dětí chybí spousta očkování, kdy matky nechodí na kontroly ani na předvolání. Většinou se lékaři domnívají, že vše zvládnou domlouvanou, ale pokud se očividně mýjí účinkem, sami často kontaktují OSPOD s žádostí o pomoc. Mnohdy se stane, že matka se následně nad sebou zamyslí a přidá v péči.

Jak probíhá Vaše spolupráce s rodiči v případě narození dítěte s vrozenou vývojovou vadou? U poškozených dětí to bývá vždy hodně náročné, vždy se domlouváme společně s pediatry. Jsou to děti, které jsou u nás vždycky déle, patří sem i nedonošené děti. Je tam prostor k řešení, pediatři mne vždy obeznámí, že rodiče například dítě chtějí za každou cenu k sobě domů, do vlastní péče. Také jestliže rodiče váhají, tak mi pediatři ihned volají a domlouváme se všichni společně. Máme tady kontakty na Centra rané péče, které jsou schopné pomoci rodičům s těmito dětmi. Vyskytne se ale mnohdy i situace, že rodiče situaci nezvládnou a dítě odmítají. Pokud si je nevezmou domů, maminka říká, že nezavinila to, že je dítě poškozené. Myslím, že je lepší doma říct, že je dítě nemocné a zatím nemůže domů, že potřebuje zdravotní péči. Zájem okolí časem vyšumí. Měla jsem tady mladou maminku, která porodila dítě s Downovým syndromem. Dítě odmítala, obviňovala zdravotníky. Matce jsem vysvětlila, že s ní hluboce soucítíme, vycházíme jí vstříc umístěním dítěte do ústavní péče, ale dítěte se nemůže zříct. Nemůže je odložit jako balík, říct, že není. Dítě se narodilo, existuje, za své postižení nemůže. Vyživovací povinnost rodičů zůstává. Bylo to velmi nepříjemné, ale nakonec to pochopil i manžel matky. Dítě za takových okolností umístíme v ústavním zařízení, s matkou se sepisuje prohlášení. Někdy se v Dětském centru podaří umístit i těžce postižené děťátko do pěstounské rodiny. Rodiče, kteří mají zájem péči zajistit, se domlouvají s pediatry, jezdí sem následně do rizikové poradny, mají od nás veškeré informace jak z mé strany, tak i ze strany lékařů. Mnohdy se může ještě cokoli probrat, i když už je dítě doma.

Jestliže v případě utajeného porodu biologičtí rodiče dítě „neblokují“, je jeho možnost umístění do náhradní rodiny rychlejší? U utajených porodů jsme dříve dítě překládali tam, kam si rodička přála stejně jako u diskrétních porodů a dítě čekalo šestinedělí. Pak jsme ale situací dětí narozených v utajených porodech začali řešit ve spolupráci s magistrátem. Jednali jsme o tom, proč čekat šestinedělí, když dítě se jeví naprosto zdravé. I když by matka mohla do konce šestinedělí všechno stopnout a požádat soud o odtajnění, je to jen malá pravděpodobnost. Pokud už se rozhodla pro utajení osoby, tak to má rozmyšlené dobře a dosud jsme se nikdy nesetkali s tím, že by taková situace nastala. Tudíž naposled jsme dávali děti z porodnice přímo do náhradní rodiny. Naposled to bylo u rodičky, která docházela na gynekologii, bylo to sledované těhotenství, nebyla nalezena žádná zdravotní problematika, v rodinné anamnéze taktéž žádný problém. Dítě bylo naprosto zdravé. Urychlili jsme to tak, že dítě jsme tady nenechali 4 dny, jak tomu bývá běžně, měli jsme jej tady 10 dnů a přišli si pro něj náhradní rodiče. Byl svolaný náhradní poradní sbor, který jako vždy musel zasedat a rozhodnout, z pořadníku vybral rodiče, přidělil dítě. Rozhodli o tom, že rodičům bude tato možnost nabídnuta s tím, že neproběhlo ještě šestinedělí, a tudíž je tam eventuelně nějaké procento nebezpečí, že by se matka rozmyslela. Samozřejmě, že souhlasili, protože každý náhradní rodič by do toho šel. Stalo se nám to dvakrát.

Myslíte si, že je nějaký problém v legislativě ohledně adopcí? Bylo by, podle Vás, potřeba něco změnit z hlediska dopadu na dítě? Pokud se rodiče rozhodnou pro adopci, tak většinou skutečně znají své možnosti, vědí, že nechtějí nebo nemají možnost dítě zajistit. Situace je pro ně jiným způsobem neřešitelná. Názor lékařů je ten, že žena je po porodu ovlivněna hormonálně, což je pravda. Po šestinedělí je žena schopna nastoupit do práce, organismus se dává do pořádku, tak jak má, hormony poklesnou a předpokládá se, že v této době už má jasnou mysl. Ale upřímně si myslím, že před porodem, pokud je rozhodnutá celé těhotenství, že dítě nechce a nabídla jej do adopce, pak své rozhodnutí mění těžce. Bylo to tak vždy. Pamatuju dobu, kdy matka nabídla dítě do adopce, přijela pracovnice z magistrátu, sedli jsme si v kanceláři a matka udělala tento zápis, který se běžně dělá až po šestinedělí a dítě šlo do kojeneckého ústavu s tím, že bylo už tehdy právně volné. Pracuju tady už dvacet let a tak to probíhalo v tehdejší době. Pak ale vzniklo rozhodnutí, že prohlášení matky je nutné sepisovat na půdě magistrátu, že v nemocnici je to ovlivněno mnoha

faktory. Matky tedy propouštíme s kontaktem na magistrát, kam se následně dostavila k vyhotovení zápisu.

Jaký je váš názor na adopce určitým osvojitelům? Stávají se. Před časem si pro dítě jedné naší rodičky, kterou jsme propustili na její žádost hned z porodního sálu domů, přišla cizí manželská dvojice s notářsky ověřeným zápisem, ve kterém jim matka svěřovala dítě za účelem budoucího osvojení. Manželům jsem se snažila vysvětlit, že dítě je určité matky, která má samozřejmě právo takto s dítětem manipulovat, ale... V chorobopisu je kolonka přebírám své dítě, což znamená, že matka by si je měla skutečně přebrat. Nikdo jiný to udělat nemůže, ani když někdo přijde s papírem z notářství, že jim matka dítě svěřuje. Jsou to zcela cizí, neprověřeni lidé. Tehdy na mne byla stížnost u ředitele. Magistrát v tomto případě ale trval na tom, že se jedná o dítě konkrétní matky, která je tudíž povinna za těchto okolností si sama dítě převzít, protože my jako zdravotnické zařízení nemůžeme vydat dítě cizím lidem. Funguje to tedy tak, že matka odrodí, následně si přijde pro dítě, s sebou už si ale může vzít kohokoli. Pediatři samozřejmě chtějí poučit toho, kdo se bude o dítě starat. Pokud tedy přijdou všichni, matka přebírá dítě, informace získává náhradní matka. Může se stát, že matka odrodí a sdělí, že má určité rodiče. Ale vždy se ptám ihned na údaje, abychom věděli, o koho se jedná, abychom vůbec věděli, u koho dítě bude. Osobně ihned zasílám informaci o této skutečnosti na OSPOD, aby mohli předem zjistit, zda jsou žadatelé, jestli jsou prověřeni. Pro ně je problém, pokud se matka stará, po třech měsících si podá návrh na svěřeni dítěte do péče a náhradní rodinná péče o ní neví. Situace je přitom naléhavá. Pak jsou všichni ve stresu. Je nutné provést všechny psychologické testy, které jsou podmínkou osvojení dítěte. Pokud nejsou žadatelé, nejsou prověřeni. OSPOD potřebuje mít jistotu, že žadatel je schopen se o dítě starat, že se neprojevuje například žádná úchylnka. Mají na to tři měsíce, než proběhne soud. Pokud ale už v archivu jsou, je všechno v pořádku.

Jaký je Váš názor na matriční nikoli biologické otcovství? Tato situace se neřeší. To nelze řešit. Nezkoumá se, jestli je to pokrevní nebo pouze matriční otec. Pokud prohlásí na matrice otcovství, je to nezpochybnitelné, nezkoumá se.

Jakou zkušenost máte s rodinami romských dětí? Matky romských dětí chodí domů hodně často na reverz. Domlouváme se především, kdy si přijde pro dítě, jestli má nachystanou výbavičku, ptáme se na zdravotní středisko, kam dítě přihlásí a především si na ně vyžaduju telefon. Tato situace se nehlasí nikam, maminka normálně nosí dítěti mléko, běžně chodí každé odpoledne i tatínci. Kontakt je, všechno je v pořádku. Každé dítě je tady čtyři dny, poté jde domů. Naše zkušenost je skutečně dobrá, rodiče si vždy dítě vyzvednou. Pouze hlášení na dětské středisko si, jako obvykle, беру na starost sama a informuju obvodního pediatra, že dítě propouštíme. V těchto případech se nejedná o ambulantní porod, protože matka jde domů, dítě zůstává. Romské matky netrvají na tom, že chtějí zároveň s sebou i dítě, čekají, až se naočkuje a až proběhnou prohlídky. Ambulantní porod u nás využívají hodně vysokoškolačky, které nemají odvahu na domácí porod s dulou. Tyto porody jsou velmi rizikové a nebezpečné pro rodičku i dítě.

Angažujete v péči o dítě i výpomoc nestátních organizací? Když k nám přijde matka rodit a má už starší děti, tak při domluvě s pediatrem většinou vyplyne napovrch, že v rodině jsou problémy, matka se musí neustále předvolávat, pak jsme schopni zapojit i sociální pracovníky v terénu. Stalo se nám, že matka s vícero dětmi nebyla ochotna chodit s novorozencem do rizikové poradny. Domluvili jsme se tedy s nestátní organizací na pomoc v péči o dítě. Zkušení pracovníci nehlídají děti, ale pomáhají matkám, jak si poradit s péčí. Pokud pouštíme například nezkušenou matku, která bydlí sama, zdá se mi toto řešení ideální. Pokud je u maminky nižší IQ, pak jsou skutečně zásadní problémy. Pokud si myslím, že pomoc by byla na místě, pak se domlouvám na zajištění této dopomoci. Je to bezplatná služba, financuje ji stát. Pracovník pak doprovází matku na termínované návštěvy rizikové poradny, protože osamělá maminka s několika dětmi sama většinou řekne, že toto všechno není sama schopna zvládnout. Někdy i prvorodičky mají podobný problém.

Jak je řešena problematika nezletilých maminek? U nezletilých by se mělo začít především s prevencí, což je výchovný problém. V případě porodu nezletilky je situace řešena pozváním zákonných zástupců, zpravidla je zvána babička dítěte. Provádíme zápis, že se jako zákonný zástupce matky zavazuje zajistit řádnou péči o dítě společně se svojí nezletilou dcerou. Nechávám jej podepsat. Při propouštění dítěte se dostaví rodiče společně s nezletilou matkou i za dětským lékařem, který je informuje, o všem co je nutné. Vždy nahlá-

sím na dětské středisko, žádám o provedení návštěvy, a když vím, že se tam bude určovat otcovství, taktéž nahlásím na OSPOD. Za 14 dnů se totiž má vyzvednout rodný list na matrice a dostavit se k soudu ohledně určení otcovství (určuje se na soudu nikoli na matrice). Požádám babičku dítěte, aby si následně i s rodným listem dítěte zašla na náhradní rodinnou péči, aby se ustanovilo opatrovnictví. Museli bychom dlouho čekat s propuštěním dítěte, což je zde nereálné. Šlo by to řešit také předběžným opatřením, ale toto je spolehlivý způsob. Spolupráce s OSPOD funguje, dohled existuje, rodiče přebírají zodpovědnost za nezletilou matku. Mnohdy i OSPOD rodinu už zná, protože je třeba kvůli starším dětem pod dohledem, ale podmínky se snaží upravit. Pediatři to vědí také, vždy následující den provádí návštěvu, po své linii si dítě hlídají.

Necítila jste se někdy ohrožená vyhořením? Co vás od něj uchránilo? Výhodou je, že sociální práce se u nás vždy vykonávala společně s matrikou. Obojí je pěkná práce. Člověk se samozřejmě během let hodně změní. Každé odebrání dítěte se hodně prožívá, někdy to bývá velmi bouřlivé u předběžných opatření. Pokud ale matce řeknete, že je to pouze předběžné opatření, potom teprve bude výchovné, že teprve do třech měsíců soud rozhodne, je to pro ni lepší, než kdybychom jí dali dítě hned. Tak by mohlo OSPOD zjistit velmi nepříznivé okolnosti, nevhodnost zázemí a dítě by jí mohli odebrat, což je první mínus. Teď, když jí dítě dáme do zařízení, matka má dva měsíce na to, aby si doma všechno upravila. Přijde OSPOD a předběžné opatření se zruší. Vždy každé matce říkám, že jí věřím, že dítě určitě dostane zpět, že to dokáže. Tu matku stimuluju, že je to dobře, že jsme na to přišli tak brzy, že nemá pro dítě nic přichystáno, nebo že je situace svízelná. Někdy to na dobrovolný pobyt v KÚ není, je to určité opatření. Pokud bychom toto neudělali, tak matka není vybičovaná k tomu, aby na zlepšení situace zapracovala, bude se v tom plácet pořád a nakonec jí dítě stejně vezmou. Takto dítě na ni čeká, až zburcuje celou rodinu, aby mohlo být propuštěno k ní domů. Je to mnohem lepší. Matky samy mnohdy nakonec i poděkují, protože v reálu zjistí, že je to opravdu lepší. Není takových případů ale mnoho, za totality bylo předběžných opatření daleko více.