

O NEGENETICKÉM RODIČOVSTVÍ TROCHU JINAK

Informace pro zdravotníky

Hana Konečná

O „negenetickém“ rodičovství trochu jinak

Informace pro zdravotníky

**Středisko náhradní rodinné péče, o. s.
Praha 2012**

Tato publikace byla vydána v rámci projektu „Náhradní rodina + dítě + odborník jako partneři“ (Metodické centrum pro NRP), který byl podpořen Nadací Sirius z grantového řízení programu: preventivní programy a systematická řešení. Více informací o projektu a dalších publikacích naleznete na www.nahradnirodina.cz.

O „negenetickém“ rodičovství trochu jinak

Informace pro zdravotníky

© **doc. PhDr. Ing. Hana Konečná, Ph.D.**

© Středisko náhradní rodinné péče, o. s.

Praha 2012

Vydání první

Vydalo Středisko náhradní rodinné péče, o. s.

Jelení 91, 118 00 Praha 1

info@nahradnirodina.cz

www.nahradnirodina.cz

jako svou 12. publikaci

Odborný garant: PhDr. Věduna Bubleová

Odborný metodik: Mgr. Petr Vrzáček

Jazyková korektura: Zuzana Straková

Recenzent: prof. MUDr. Jiří Šantavý, DrSc.

Obálka, sazba: Ing. Radek Hlavsa

Tisk: ETOA Solutions s. r. o.

ISBN 978-80-87455-11-1

Obsah

Úvod	5
Současný stav	6
Proč chceme děti?	6
Kdo je rodič?	7
Čí je to dítě?	9
Co je to identita?	10
Co děti potřebují?	12
Jaká je dostupnost zdravotní historie?	14
Dostupnost informací o rodinné anamnéze	14
Dostupnost informací o průběhu těhotenství	14
Dostupnost informací o průběhu porodu, stavu dítěte po porodu	15
Je právní a/nebo genetická vazba dostačující pro naplňování potřeb dítěte?	16
Je rodičovství právo, nebo povinnost?	19
Rodičovství jako právo	19
Rodičovství jako povinnost	22
Rodičovství jako dobrá vůle	24
Závěr má být happy end	25
Literatura	27
Kde je možné hledat další informace?	29

Úvod

Vážení přátelé,

představuji Vám další publikaci O „negenetickém“ rodičovství trochu jinak naší milé kolegyně Hany Konečné z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Autorka se dlouhodobě věnuje problematice asistované reprodukce a s naší organizací spolupracuje již od roku 2007. V rámci projektu „Náhradní rodina + dítě + odborník jako partneři“ zpracovala téma negenetického rodičovství pro oblast zdravotnictví. Čerpá rovněž ze své bohaté výzkumné činnosti, která je podpořena grantem GAČR P407/10/0822.

Odpradávná se na „rodičovské“ škále objevují dvě extrémní skupiny: na jedné straně škály ti, co se rodiči stali, ale být jimi nechtěli a nechtějí, a na druhé straně škály ti, co by rodiči moc chtěli být, ale z nejrůznějších důvodů jimi být nemohou. Vždycky tu byla větší či menší snaha tyto dvě skupiny alespoň nepřímo zkontaktovat a umožnit jim vzájemně harmonizovat své rodičovské záměry.

Tento text je určen pro ty, kteří se na harmonizaci rodičovských záměrů obou skupin nějakým způsobem podílejí z titulu své zdravotnické profese. Rádi bychom touto cestou oslovili a nabídli své poznatky a zkušenosti především praktickým gynekologům, praktickým andrologům, porodníkům, odborníkům z oblasti reprodukční medicíny (především asistované reprodukce), neonatologům, pediatrům, porodním asistentkám, zdravotním sestřám a dalším odborníkům, setkávajícím se ve své praxi s těmito lidmi:

- s rodiči opouštějícími své dítě (dávajícími své dítě k adopci nebo do pěstounské péče);
- s opouštěnými dětmi;
- s těmi, jejichž touha po dítěti se nenaplnuje;
- s dárci gamet.

Hlavními tvůrci textu jsou dvě neziskové organizace: Adam Česká republika, organizace zaměřená na pomoc lidem, jejichž rodičovství se nenaplnuje, a Středisko náhradní rodinné péče, zaměřené na pomoc opuštěným dětem a jejich novým rodinám. Obsah textu ovlivnil jednak recenzent prof. MUDr. Jiří Šantavý, DrSc., přednosta Ústavu lékařské genetiky a fetální medicíny FNOL a LF UP Olomouc, jednak odborní konzultanti: psycholožky, neonatoložka, právník, dospělě adoptované děti. Srdečně jim za jejich čas, vstřícnost a spolupráci děkujeme.

Srdečně zdraví

Věduna Bubleová

Současný stav

V posledních desetiletích do plánování rodičovství výrazně zasáhl ohromný pokrok reprodukční medicíny. Spolehlivá, bezpečná a ve vyspělých zemích snadno dostupná antikoncepce umožnila oddělit sex od početí dítěte, a tak je celkem snadno možné rodičovství cíleně plánovat. Velmi časná diagnostika těhotenství umožňuje párům věnovat pozornost těhotenství od samého počátku, případně ho s minimálními zdravotními riziky ukončit, pokud přišlo nevhod. Špičková prenatální, natální i postnatální péče velmi zvyšuje šance na porod dítěte zdravého či včas zabezpečit péči o dítě handicapované; někdy dokonce ještě dřív, než se narodí. A metody asistované reprodukce umožňují mít děti těm, komu by se o tom před pár lety ani nesnilo. Očekávali jsme, že tento pokrok vymaže obě extrémní skupiny – tu, která dítě (momentálně) nechce, i tu, která se na ně těší – ale nestalo se tak; změnilo se pouze složení těchto skupin.

Technický pokrok tradičně – a naprosto logicky – silně předbíhá jeho psychosociální a legislativní zpracování a ukotvení.

Proč chceme děti?

Odborná literatura obvykle zmiňuje následující důvody, proč chce člověk mít dítě: motivaci biologickou (rodičovský pud či instinkt) a motivaci psychologickou a sociální. Odborníci setkávající se s páry usilujícími o miminko obvykle vidí ženy připravené udělat cokoliv, aby si svůj sen splnily, a s nimi poněkud v závěsu jejich partnery; mají pocit, že vidí mateřský pud v akci. O biologicky založeném rodičovském instinktu jsou však v poslední době mezi odborníky velké pochybnosti. „Pokud bychom hledali speciální instinkt pro plození dětí, nenašli bychom jej, neboť sám o sobě neexistuje. A ani nemusí. Není totiž přítomen ani v živočišné říši. Tam stačí, aby zvířata byla vybavena silným instinktem pro sexuální aktivitu, což spolu s mechanismem, který jim velí ochraňovat a ne požírat vlastní mláďata, naprosto postačuje k tomu, aby plození probíhalo zcela přirozeně,“ říkají sociologové (Rabušic, 2001) a pokračují: „Je pravda, že bezdětnost není ani v moderní hedonistické společnosti masovým jevem, což značí, že existence dětí musí mít v sobě něco, co nás fascinuje a co nás vede k tomu, že je plodíme.“ A pediatři (Dunovský, 1999) tvrdí: „Schopnost žít v partnerském páru je v ideálním případě následována schopností přijmout důležitou životní roli, jakou je rodičovství. Tento postupný proces však není zdaleka tak jednoduchý a přímočarý. Předpokládalo se, že je řízen instinkty, že zde hraje roli tendence k zachování rodu, že existuje téměř všudypřítomný mateřský instinkt, který nutí ženu, aby

v určitém období svého života cítila neodolatelnou touhu naplnit svůj život narozením dítěte. Tento jednoduchý koncept však přestává postupně platit v tzv. vyvinutých zemích a zdá se, že je čím dál tím více překrýván mocnými faktory kulturními a obecně sociálními.“ Dokonce i klasici sociobiologie, vědeckého studia biologického základu všech forem sociálního chování u všech druhů organismů včetně člověka tvrdí, že „mezi zvířaty se člověk odlišuje tím, že je ovládán kulturou, tedy naučenými a předanými podněty“ (Dawkins, 2003). K této verzi se přiklání i psychoterapeuti pracující s rodinami: za touhou po dítěti často vidí spíš snahu ženy udržet partnerství, partnerství vytvořit, dostát očekávané společenské roli, najít sebe sama či naplnit nějak svůj život. Problém biologie vs. kultura není a zřejmě nikdy nebude vyřešen, ale lepší bude se na rodičovský instinkt nespoléhat a uvažovat o rodičovství jako psychosociálně založeném.

Motivace k rodičovství je podle výzkumů velký komplex více či méně vědomých a více či méně důležitých, zároveň se vyskytujících motivů. Obvykle se za hlavní považují tyto (Stöbel-Richter et al., 2005; Silke et al., 2007):

- touha po emoční stabilizaci a nalezení smyslu (pokračování sebe sama v dětech, upevnění vztahu s partnerem prostřednictvím společného dítěte, štěstí a radost pramenící z kontaktu s dítětem, překonání samoty, ...);
- touha po společenském uznání a sebeuznání (identita sebe jako dospělé osoby, jako člověka schopného provést dítě úspěšně všemi nástrahami až k dospělosti, ...).

V obecném laickém povědomí ovšem stále přetrvává představa o touze po dítěti jako jednoznačně a nezrušitelně biologicky dané, především (či výhradně?) u žen, tedy jako mateřský pud. V „biologii“ se také hledá původ vztahu k dítěti a schopnost rodiče (opět především ženy) dítě milovat, rozumět mu a starat se o ně. Názor přetrvává přesto, že pro něj není žádný empirický podklad.

Kdo je rodič?

Rodičovství je postaveno na dvou naprosto odlišných pilířích: na genetických vazbách a na právních aktech. Podobně jako touhu po dítěti i rodičovství tedy lze rozdělit na rodičovství biologické a psychosociální (Matějček, 1994). Obvykle jsou oba pilíře v jednotě, biologické a psychosociální (či právní) rodičovství přirozeně splývají. Situace, kdy je biologické a psychosociální rodičovství odděleno, je ale stále častější. Je to například proto, že je stále ještě mnoho dětí z rodin, které se o ně nemohou, neumějí nebo nechtějí starat, a dítě pak putuje

k rodičům tzv. náhradním. K oddělení genetické a psychosociální vazby k dítěti dochází také v reprodukční medicíně při léčbě infertility, konkrétně v asistované reprodukci s využitím dárcovských gamet a u využití tzv. náhradní matky (jiná žena donosí embryo). Je-li použito dárcovské vajíčko nebo embryo, je dokonce oddělena ještě i vazba genetická od biologické. Těmto metodám se odborně říká 3rd party reproduction (kromě páru do procesu vstupuje ještě další subjekt nebo subjekty). Zájem o tuto formu řešení nedobrovolné bezdětnosti v posledních letech významně roste, především o léčbu pomocí darovaných vajíček. Důvodem je hlavně odklad mateřství do vyššího věku, ale také například úspěchy onkologické léčby mladých nemocných.

Máme tedy mnoho osob s různě definovaným rodičovstvím:

- dárce spermií a dárkyně vajíčka – mají k dítěti vazbu genetickou, ale ne právní; právně jsou rodiči příjemci gamet;
- náhradní matka – má k dítěti vazbu biologickou (prožila těhotenství a dítě porodila), právní (podle českých zákonů je matkou dítěte žena, která ho porodila), ale obvykle ne genetickou (European Society of Human Reproduction and Embryology nedoporučuje procedury s využitím vajíčka náhradní matky);
- manžel náhradní matky – má k dítěti vazbu právní (dle zákona o rodině č. 94/1963 Sb., v platném znění, je za otce dítěte považován manžel matky, pokud nepodá v zákonem stanovené lhůtě námitku, nebo jinak muž, jehož otcovství bylo určeno souhlasným prohlášením rodičů před matričním úřadem nebo soudem), ale ne genetickou;
- rodiče, kteří se dítěte vzdali/bylo jim odebráno – mají k dítěti vazbu biologickou a genetickou, ale právní vazba je soudním aktem buď do různé míry omezena nebo úplně zrušena;
- „přirozené“ rodičovství – genetické, biologické a právní rodičovství splývá;
- 3rd party reproduction – genetická vazba chybí u jednoho nebo obou rodičů, právní vazba je u obou rodičů (oba partneři podepisují písemný souhlas s léčbou; pokud jde o „singles“ – v ČR není možná asistovaná reprodukce u ženy nebo muže nežijících v heterosexuálním partnerském svazku);
- osvojení – genetická vazba k dítěti chybí, vztah mezi dítětem a rodičem vzniká soudním rozhodnutím;

- pěstounská péče – genetická vazba chybí a právním rozhodnutím nevzniká mezi pěstounem a dítětem vazba jako mezi rodičem a dítětem; přesto zde pěstounskou péči uvádíme. V ČR má pěstounství tradičně blízko k osvojení; dítě obvykle pěstounům říká mami a tati, obvykle žije v rodině i po ukončení pěstounské péče (na náklady pěstounů), pěstouni se často stávají babičkou a dědou dětí porozených pěstounským dítětem. Není tu tedy ani genetická ani právní vazba, přesto jsou vztahy mezi pěstounem a dítětem často více „rodinné“ než v původní „genetické“ rodině dítěte.

Jednotlivé státy, kulturní komunity, odborné a zájmové skupiny či jednotlivci připisují těm dvěma (případně třem) pilířům různý význam. Na státní úrovni se to projevuje ve významu, který stát přikládá náhradní rodinné péči a asistované reprodukci, v jejich právní regulaci, a v právním ukotvení rodinných vztahů definicí toho, kdo je rodič. Matka je u nás i v ostatních evropských zemích právně definována jako osoba, která dítě porodila. Otec pak jako její partner (který v případě léčby asistovanou reprodukcí podepsal informovaný souhlas s použitím svých nebo dárcovských spermií). I v zemích, kde zdůrazňují genetickou vazbu a dárcovství je odanonymněno, psychologové nedoporučují pojmenovávat dárce gamet biologickým či genetickým rodičem, ale trvají na označení „dárce“.

V obecném laickém povědomí je ovšem za to pravé a správné rodičovství považováno biologické či genetické rodičovství (hlavně mateřství). Názor přetrvává přesto, že pro něj není žádný empirický podklad. Názvy rodičovských osob bez genetické vazby k dítěti, například macecha či otčím, dostaly používáním v negativním kontextu pejorativní hodnotu, kterou přenáší na své nositele. Podobně negativně či neplnohodnotně je mnohými lidmi vnímán i „náhradní“ rodič.

Čí je to dítě?

Z předchozího vyplývá, že dítě může mít až šest osob, které bychom mohli označit za jeho rodiče: ženu, z jejíhož vajíčka je počato, muže, z jehož spermie je počato, ženu, která ho donosila v děloze a porodila, jejího manžela, a ženu a muže, kteří jsou k němu připoutáni právní vazbou, například ho osvojili. Situace může být ještě složitější, a to jak biologicky (jádro ve vajíčku může být „vyměněno“ za vaječné jádro jiné ženy), tak právně (některé děti putují od jedněch sociálních rodičů k dalším...). Vedou se odborné debaty o tom, zda některé rodičovství považovat za důležitější a hlavní, a označit za rodiče pouze jednu ženu a jednoho muže, nebo připustit složitost života a „nabídnout“ dítěti více rodičů. Zatímco dříve se upřednostňovala jednoznačně první varianta (adopce byly anonymní

a dárcovství gamet také), nyní se v některých zemích upřednostňuje druhá varianta, tedy adopce už v podstatě nejsou, jen pěstounská péče, a v dárcovství gamet se přistupuje k tzv. „open identity“, kdy dítě má právo v určitém věku zjistit identitu dárce. Důvodem pro přechod k druhé variantě je i citování Úmluvy o právech dítěte, která v čl. 7 říká, že dítě má „pokud to je možné, právo znát své rodiče a právo na jejich péči“ a pokračuje v čl. 8: „Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, se zavazují respektovat právo dítěte na zachování jeho totožnosti, včetně státní příslušnosti, jména a rodinných svazků v souladu se zákonem a s vyloučením nezákonných zásahů.“ Není ale definováno, kdo je rodič ani co je to totožnost (identita). (Mimochodem podle vysvětlení právníka „jméno“ zde není jménem ve smyslu příjmení apod., ale něčím jako dobrým jménem, tj. jakýsi „goodwill“ člověka.)

A opět – jednotlivé státy, kulturní komunity, odborné a zájmové skupiny či jednotlivci se k problematice staví různě, viz předchozí část. A podobně jako u určování „správného“ rodičovství je v obecném laickém povědomí dítě, které nevychovávaní jeho genetičtí rodiče, považováno v lepším případě za znevýhodněné, v horším případě za méně hodnotné. Pro zdůvodnění tohoto postoje není žádný empirický podklad.

Co je to identita?

Odborná literatura obsahuje desítky definic identity. Jsou velmi různorodé, někdy i protikladné až vzájemně se vylučující. Při troše dobré vůle se v nich dají vysledovat dva hlavní proudy či dvě koncepce (Paleček, 2008; Výrost a Slaměník, 2008):

1. Tzv. „silné“ či „esencialistické“ koncepce mluví o základní stejnosti v čase a mezi osobami. Předpokládá se tu nějaké tajemné jádro – esenciální vlastnosti. To, co se děje s esencí (identitou), je nahodilé.
2. Tzv. „slabé“ či „konstruktivistické“ koncepce považují identitu za měnící se podle situace, času, místa, okolností. Je produktem sociální interakce a jako taková je fluidní, nestabilní. Nahodilá je tedy samotná identita.

Navíc nemáme jen jednu identitu, ale nepřeberné množství identit: sociální, osobní, kulturní, národní, firemní, gender, pohlavní, skupinovou, regionální, vizuální, klubovou, religiózní, ... Moderní filosofie, sociologie, antropologie, psychologie a další humanitní obory se přiklánějí spíše k druhé koncepci identity, tedy k identitě jako proměnlivosti, stále přetvářené v sociálních interakcích.

A protože koncepce konstruktivistické jsou vlastně antidefinicemi identity, mnozí odborníci doporučují, aby se termín identita přestal používat úplně: „Samotná ‚identita‘ je matoucí a vlastně zbytečná. Ve svém silném slova smyslu znamená příliš mnoho, ve slabém slova smyslu (konstruktivistickém) zase příliš málo na to, aby byla užitečná“ (Paleček, 2008). A když si dáte „identitu“ do vyhledávače, po chvíli pátrání zjistíte, že častější je pojem „krize identity“ než samotná „identita“.

Laická představa identity člověka, či spíše její tvorby, je silně esencialistická, podobná skládačce typu puzzle, kde jsou jednotlivé části dopředu známy, definovány, ohraničeny, jsou neměnné a mají své jasné místo. Pouze zbývá je všechny najít a zasadit do správného místa; pak je skládačka hotová, jasná, definitivní. Jednou ze součástí skládačky „identita“ by měl být genetický původ. Představa je to naivní, navíc poškozující. I když teoreticky přistoupíme na tuto koncepci identity, je třeba vzít v úvahu, že v momentě, kdy nějaká autorita (formální, např. zákon, či neformální, např. guru nějaké skupiny) dá důraz na význam nějaké součásti identity, pak může tento dílek narůst do obrovských rozměrů a úplně zastínit jiné, podstatně významnější dílky. Velmi dobře je to patrné z různých skupin, od neproblematických či problematických až po patologické (sportovní klub, sekta či extrémistická skupina).

Odborníci asi mají pravdu, když doporučují termín „identita“ nepoužívat. Jenže život příliš málo dbá na výzkumné závěry a doporučení odborníků a používání termínu „identita“ se běžná denní praxe asi hned tak nevzdá. Navíc v oblasti rodičovství má i ta esencialisticky pojatá definice své opodstatnění: je jasné, že bez splynutí dvou esencí, vajíčka a spermie, by žádná nová identita (dítě) nevznikla. Dříve se stopa esencí hledala v podobě dítěte rodičům, dnes, se vznikem a pokroky v genetice, ta esence dostala i svůj název: DNA či lidověji „geny“.

Genetici však upozorňují, že většina nemocí, charakteristik či schopností má určitý větší, menší či zanedbatelný genetický podklad, který se ale projeví (či neprojeví) až v závislosti na vztazích s dalšími částmi DNA, s vnitřním prostředím, okolními vlivy atd. Odborníci varují před unáhlenými závěry, upozorňují, že genetická diagnostika a terapie je teprve ve svých počátcích a jakkoli je slibná, nelze v nejbližší době očekávat výraznější posun, a zcela určitě nebudou ani v budoucnu odpovědi jednoduché. Že tedy ta esence je esencí velmi složitou a problematickou. V laické interpretaci genetiky, podporované mediálními prezentacemi jejích možností, ovšem není pro hlasy genetiků místo: v genech spolehlivě hledáme nemoci, podobu, schopnosti, temperament, vlastnosti, inteligenci, dokonce i charakter a morální postoje.

Co děti potřebují?

Lidské potřeby se obvykle didakticky rozdělují na potřeby biologické a psychosociální. V návaznosti na stať o identitě začneme **psychosociálními potřebami**. Psychologové a pediatři říkají, že pro zdravý psychický vývoj dítěte je zásadní naplňování těchto základních potřeb (Bakalář a Klégrová, 2000):

1. Potřeba určitého množství, kvality a proměnlivosti vnějších smyslových podnětů (nezbytnost stimulace, včetně taktilní).
2. Potřeba poznávání, experimentování, hraček odpovídajících věku, hry volné, tvořivé i vázané pravidly (takže i nezbytnost prostoru pro sebevyjádření, sebeprojevení, seberealizaci, a dále i prostoru pro fantazii, volný pohyb, pro pěstování zájmů od sportu po odborné koníčky apod.).
3. Potřeba prvotních citových a sociálních vztahů, tj. vztahů k rodičům či k jiným osobám prvotních vychovatelů, a to formou jejich bezpodmínečné lásky (nezbytnost zažít akceptování, zájem, mazlení, kladné hodnocení, pochvalu, povzbuzení, porozumění, přízeň, sympatii, srdečnost, trpělivost apod.).
4. Potřeba jistoty ve vztazích a z ní odvozený pocit základní životní důvěry – bezpečí (důležitost zážitku fungující ucelené rodiny, přítomnosti důležitých osob, „vypočitatelnosti“ rodičů, možnosti komunikovat, svěřit se, mít zázemí, pocitu spolehnutí se na pomoc, na podporu v tísní, a tak se naučit překonávat úzkost a strach).
5. Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech, potřeba vedení, autority, disciplíny, důslednosti ze strany rodičů (takže i požadavek pravidelnosti, režimu, rituálu, srozumitelnosti světa apod. a tedy i cíleného zaměstnání a vzdělávání, znát svá práva a povinnosti).
6. Potřeba kontaktu v jeho různých podobách: a) při styku s vrstevníky (souhra, součinnost, partnerství, kamarádství, přátelství), b) při setkání s malými dětmi i s dětmi odrostlejšími (zkušenost starat se o malé, spolupráce s většími), c) při soužití s jinými dospělými i s generací prarodičů (zkušenost pomáhat v domácnosti, nemocným a ubližovaným, učit se chování i znalostem od starších a také úctě k nim).
7. Potřeba modelu vhodného, slušného řešení mezilidských konfliktů, potřeba mužského a ženského vzoru a zkušenosti rodinného života.

8. Potřeba identity: a) tj. nezbytnost vědět kdo jsem, jaký jsem, odkud přicházím, kdo jsou mí příbuzní, z jaké rodiny pocházím, jaké v ní mám místo apod., b) nezbytnost prožitku někam patřit, mít domov, teritorium (tedy i soukromí, svůj svět, svá tajemství), ale i potřeba sounáležitosti s rodinou apod.
9. Potřeba samostatnosti, soběstačnosti, nezávislosti, tendence dělat věci po svém – v tom je obsažena i nezbytnost prostoru k projevení nesouhlasu, vzdoru, agrese, ale i k prosazení se, k projevení své svobodné vůle.
10. Potřeba společenského uplatnění, sebevědomí a společenské hodnoty (něco dokázat, dosáhnout úspěchu, uznání své osobnosti, nárok být respektován jako individualita).
11. Potřeba otevřené budoucnosti či životní perspektivy (tedy moci se těšit na něco, na někoho, mít naději, mít plány či představy, čím bych chtěl být apod.).
12. Potřeba spravedlnosti, spravedlivého hodnocení i jiných „přesahů“ (patří sem úvahy o budoucnosti lidstva, víra v Boha, ale i účast v občanských, sociálních aktivitách atd.).

Naplňování těchto potřeb je mimořádně náročný úkol. Tím nejdůležitějším článkem, který zajišťuje jejich naplňování, tedy i tvorbu identity dítěte, je ten, který se o dítě stará a je s ním v denním kontaktu; ideálně rodič. Ke splnění úkolu je nutné, aby rodič byl sebevědomý, vědomý si své hodnoty a nezastupitelnosti, aby měl důvěru ve své kompetence, aby měl motivy k naplňování dětských psychických potřeb (Sullerot, 1998). Jenže při stále větším zdůrazňování významu „genů“ se málo zvažuje, co to udělá s „negenetickým“ či „náhradním“ rodičem. Nebude se nakonec i on sám považovat za neplnohodnotnou rodičovskou osobu? Bude schopen poskytnout svému dítěti jistou, láskyplnou náruč?

Důležitým východiskem pro péči o zdravý fyzický rozvoj dítěte je kromě naplňování jeho základních **biologických potřeb** (dostatečná výživa, teplo, čistota, ...) také znalost jeho zdravotní historie. Mám-li naplňovat dobře dětské potřeby, je nutné znát zdravotní stav dítěte a možnosti jeho ovlivňování. Informace o rodinných genetických dispozicích, o průběhu těhotenství a porodu, o zdravotních potížích a jejich řešení v prvních a dalších letech života jsou tedy velmi potřebné.

Jaká je dostupnost zdravotní historie?

Jak jsou tyto informace dostupné v případech komplikovaného rodičovství? Jaký mohou mít význam a jak je možné je nahradit?

Dostupnost informací o rodinné anamnéze je ztížená u asistované reprodukce s darovanými gametami v „anonymním“ režimu, u dětí z babyboxů, ale i u dětí k adopci a pěstounské péči. Znalost anamnézy genetických rodičů hraje velmi významnou roli, pokud je některý z předků nositelem známé geneticky podmíněné nemoci s vysokou penetrací. Pokud tomu tak není, tyto znalosti jsou méně významné; nositeli geneticky podmíněných nemocí polygenních s malou penetrací jsme všichni, jejich projev je významně závislý na kombinaci částí DNA matky a otce, na vlivech prostředí atd. Genetická rizika konkrétního jedince podstatně přesněji než rodinná anamnéza ukáží dnes již dobře dostupné genetické testy. Etici, genetici a psychologové naopak v souvislosti s tak hlubokými budoucími možnostmi genetické diagnostiky přicházejí s debatami o „right not to know“ (de Wert, 2011; Rehmann-Sutter, 2011), a to v případech, že pravděpodobnost vzniku či projevu polygenní nemoci je malá, nebo pokud není známá žádná cesta, jak nemoci předejít, léčit ji či alespoň mírnit její průběh. Diskutují o (možná zbytečném) ohrožení otevřené budoucnosti a životní perspektivy jedince a o hranicích autonomie pacienta při rozhodování o velmi komplikované problematice (např. O'Neill, 2002; Manson a O'Neill, 2007). Pokud jde o asistovanou reprodukci s dárcovskými gametami, pak je třeba vědět, že dárci jsou velmi přísně geneticky testováni na nejčastější geneticky podmíněné nemoci, a tak je při tomto druhu početí dítěte menší riziko narození dítěte s geneticky podmíněným handicapem než při početí přirozeném – málokterý pár se před rozhodnutím mít spolu dítě podrobí genetickým testům. Riziko je menší, ale nikoliv nulové: i těch monogenně podmíněných genetických nemocí, tedy s vysokou penetrací, je mnoho (genetici říkají, že zatím je známých kolem 2 100) a dárci, ač testováni přísně, nejsou pochopitelně testováni na všechny. Další velmi častou obavou je obava z budoucího setkání geneticky příbuzných dětí jako partnerů – a tím z rizika porodu dítěte s geneticky podmíněnou nemocí. Šance na takové setkání je ovšem velmi nízká (je omezen počet dětí, které se mohou narodit z gamet jednoho dárce nebo dárkyně), je spočítáno, že je výrazně nižší než očekávaná přirozená frekvence takových partnerských sňatků v populaci (Vyjádření SAR ČGPS z 27. 4. 2012). Navíc setkání příbuzných osob jako partnerů zdaleka neznamená, že se děti musí narodit nemocné.

Dostupnost informací o průběhu těhotenství, například matčině užívání léků či různých návykových látek, jejím zdravotním stavu atd., je u asistované

reprodukce stejná jako při kterémkoliv jiném „normálním“ těhotenství. U adopcí novorozenců jsou tyto informace dostupné hůř: matky velmi často nenavštěvují pravidelné těhotenské prohlídky a dostaví se až k porodu. Někdy potřebné informace ani nejsou schopné podat (nižší intelektuální úroveň, vliv drog, ...), jindy nejsou ochotné je podat, protože se jedná o velmi tíživou situaci, jindy informace úmyslně zkreslují, snaží se budít „lepší dojem“, přejí si, aby se dítě bez problémů dostalo do nové rodiny, nebo se zkreslováním brání před přílišnou pozorností státních orgánů. O otci dítěte často nevědí vůbec nic, nejsou si jisté, kdo vlastně otcem dítěte může být, či o něm nechtějí mluvit. U dětí z babyboxů informace dostupné nejsou vůbec. Mnohé se dá zjistit důkladným vyšetřením dítěte (abstinenční syndrom novorozence, fetální alkoholový syndrom, ...), něco se zjistit nedá.

Dostupnost informací o průběhu porodu, stavu dítěte po porodu, jeho výživě, očkování a dalším vývoji krátce po porodu je neproblematická u všech dětí, jejichž matky rodily v porodnici. Tyto informace nemáme u dětí vložených do babyboxu. U dětí svěřovaných do adopce a pěstounské péče se zdá být situace poněkud jednodušší, soud má možnost v průběhu řízení se rodičů dítěte doptávat na důležité okolnosti, které mohou ovlivňovat další vývoj dítěte, navíc pěstouni ve většině případů jsou nadále s biologickou rodinou dítěte v kontaktu. Ale je třeba brát v úvahu úroveň spolehlivosti takto získaných informací.

Úroveň a rozsah získaných informací záleží hlavně na umění toho, kdo s rodičkami a případně jejich partnery vede rozhovor před sepsáním souhlasu s osvojením či předáním do pěstounské péče. Zdravotníci by měli velmi pečlivě zvažovat jak možnosti získání a dostupnost validních informací o dítěti, tak by měli realisticky a odpovědně hodnotit i jejich důležitost. Názory námi dotazovaných odborníků na důležitost anamnestických údajů a možnost získání potřebných informací jinými způsoby se velmi lišily: někdo anamnestické údaje považoval za podstatné a nenahraditelné, jiný je za významné nepovažoval a viděl dobré cesty k jejich náhradě. V zájmu o tyto údaje se prý liší i budoucí rodiče: někteří o dítěti nechtějí vědět nic, jiným jsou málo i velmi podrobné údaje.

Na informace o rodinné anamnéze a zdravotním stavu svých rodičů ale nemá právní nárok ani dítě z nijak nekomplikované rodiny; jaksí samozřejmě se předpokládá, že jsou potomkům tyto informace běžně dostupné. Jistě by byl také velmi zajímavý výzkum validity těchto informací a jejich skutečný medicínský přínos...

Je právní a/nebo genetická vazba dostačující pro naplňování potřeb dítěte?

Dobrá vývoj dítěte je závislý na naplňování jeho potřeb, a naplňování potřeb je závislé na tom, zda je tu osoba připravená a schopná se úkolu ujmout. Definovali jsme, že rodičovství stojí na dvou (či třech) pilířích: genetických (a biologických) vazbách a právních aktech. Ani jedno ani druhé ovšem není zárukou dobrého vztahu rodič–dítě, tedy dobrých perspektiv pro obě strany. Na zásadní význam psychosociálních vazeb pro zdravý vývoj dítěte poukázali Langmeier a Matějček (1963) ve světově uznávané studii, která vedla k vytvoření pojmu „psychická deprivace“, a potvrzen byl v dalších studiích.

Jak psychosociální vazby vznikají? Velmi hluboce je zakořeněná představa, že schopnost naplňovat dětské potřeby je daná zralostí člověka, tedy biologickým dozráním jeho kognitivních a emočních struktur. Za dobu jejich probuzení či dovytvoření se považuje porod dítěte. Předpokládalo se, že hormonální změny v těhotenství působí takové změny kognitivních a emočních funkcí, že žena po porodu začne své dítě bezvýhradně milovat a je schopná hluboké empatie, tedy intuitivně poznává dětské potřeby a chce a umí je naplňovat. U muže se předpokládá složitější vznik vztahu k dítěti právě proto, že neprochází hormonálními změnami. Tím se vysvětloval i mužův menší podíl na péči o malé děti. V posledních letech se toto silně biologizující stanovisko opouští a zdůrazňuje se emocionální vliv situace porodu. Důkazem je snaha umožnit ženě porod bez bolesti, v co nejpříjemnějších podmínkách, s možností sama volit způsob stravení jednotlivých dob porodních, a otevření porodnic mužům, snaha jim umožnit sdílet se ženou ten silný okamžik. Výzkumy ovšem nepodporují ani tento předpoklad jako zásadní. U mnohých rodičů však mediální prezentace této situace vyvolává nerealistická očekávání, která, když nejsou při porodu naplněna, přinášejí v lepším případě jisté pocity zklamání, v horším případě pocity viny a rodičovské nekompetence (Konečná et al., 2009). Zdá se, že vztah k dítěti není vytvářen biologicky ani pro něj není zásadní doba porodu. Spíše se vytváří dlouhodoběji a kontinuálně. Uvědoměním si toho vztahu je pak pro někoho už objevení se dvou čárek na gravitestu, pro jiného obrázek na ultrazvuku, pro dalšího porod. Není málo ani těch, kteří v sobě objeví hluboký vztah k dítěti až po několika týdnech či měsících po porodu, a často si lidi sílu a hodnotu vztahu uvědomí až pod tíhou nějakých nepříznivých okolností, například když dítě onemocní (jedno, jestli geneticky vlastní, z dárcovských buněk nebo adoptované).

Biologizujícím teoriím odporují i zkušenosti z náhradní rodinné péče. Jsme každodenně svědky situací, kdy se budoucí náhradní rodič doslova zamiluje do

dítěte z kojeneckého ústavu nebo dětského domova, někdy stačí dokonce ho i vidět na fotce, a někdy stačí i informace, že dítě se pro budoucí rodiče konečně už našlo... Dalším zajímavým a nikoliv výjimečným úkazem jsou sourozenecské skupiny: setkáváme se s velmi malými dětmi, které se staly velmi dobrými rodičovskými osobami pro své ještě menší sourozence, protože jejich dospělí rodiče tuto roli neplní. Vztahem k dítěti jako instinktem se zabývala francouzská socioložka Elisabeth Badinterová. Na základě své obsáhlé analýzy historických materiálů, zachycujících především chování matek k dětem, dochází k závěru, že „materský instinkt je mýtus. Nestretli sme sa s nijakým univerzálnym a nevyhnutným správaním matky... materská láska je len cit a jako takový je v svojej podstate náhodný... Všetko závisí od matky, od jej súkromných dejín a od dejín ako takých... Materská láska neprichádza sama od seba. Je „navyšé““ (Badinter, 1998).

Rodičovskou lásku jako něco navíc potvrzuje také významná longitudinální studie o nechtěných dětech. Její autoři (Kubicka a kol., 2002) našli významné rozdíly ve zdravotním stavu, sociální integraci, školních výsledcích, psychické kondici a rodinných vztazích mezi dětmi chtěnými a nechtěnými v neprospěch nechtěných. Nechtěnými dětmi byly děti matek, jež během téhož těhotenství žádaly o interrupci dvakrát (tehdy obvodní i odvolací interrupční komisi), přičemž oběma komisemi byla žádost zamítnuta, a které nakonec dítě vychovávaly (nedaly ho do náhradní rodinné péče).

Hormonální změny v těhotenství a porodu a psychická náročnost této doby jsou na druhé straně důvodem, proč je matka chráněna v šestinedělí. Chráněna je i před svým neuváženým rozhodnutím: rozhodnutí vzdát se dítěte může podepsat právě až po uplynutí šestinedělí. Ani pak ale neztrácí svá rodičovská práva, stejně jako je neztrácí vložení dítěte do babyboxu. Do doby, než je dítě svěřeno rozhodnutím příslušného úřadu budoucím rodičům do předadopční péče, či do doby, než je soudem rozhodnuto o osvojení, má možnost vzít svůj souhlas s osvojením zpět. U pěstounské péče rodičovská „šance“ trvá skoro stále, rodič totiž v tomto případě nebývá zbaven rodičovských práv. Pokud si upraví poměry, dítě se k němu může vrátit... Zdá se ale, že rozhodnutí není způsobeno hormonálními změnami či psychickou a fyzickou náročností porodu a že po odeznění vyčerpání a návratu do hormonálního normálu se rodičovské citění neprobudí. Málokdy je také odložení dítěte do náhradní rodinné péče způsobeno opravdu akutní a krátkodobou nepříznivou životní situací. Happyendů z románů pro ženy a dívky, kdy si matka či otec upraví své poměry, vrátí se pro své odložené dítě a pak se o ně dlouhodobě vzorně a s láskou stará, je bohužel málo.

Podle informací občanského sdružení Statim, které zakládá babyboxy a sleduje osud a vývoj odložených dětí, se pro dítě – z odložených 74 (stav duben 2012) – vrátilo pět matek, z toho jen tři děti jsou u biologické matky i nadále. Na babyboxu i na webu je přitom telefonní číslo, na které mohou ženy v nouzi kdykoliv zavolat a dostane se jim potřebné pomoci (bez zásahu úřadů), aby si dítě mohly ponechat. Podle dostupných informací ze Slovenska se vrátily matky pro sedm dětí ze čtyřiatřiceti odložených do slovenské verze babyboxu – Hniezda (<http://www.sancaoz.sk/sanca/34-zachranenych-deti>), ale dvě se ho zase vzdaly.

Souhrnné informace o tom, kolik žen rozhodnutých v porodnici dát dítě k adopci si dítě nakonec nechalo, nejsou; odborníci ale říkají, že pokud je žena dopředu rozhodnutá dítěte se vzdát, mění toto rozhodnutí jen výjimečně. Přesné informace máme o dětech, které prošly kojeneckými ústavy a dětskými domovy pro děti do 3 let, každoročně je totiž uvádí (s ročním zpožděním) na svém webu Ústav zdravotnických informací a statistiky. Podle této statistiky (ÚZIS, 2011a) odešlo v roce 2010 do vlastní rodiny 54 % dětí, 23 % bylo osvojeno, 9 % jiná NRP, 13 % mimo rodinné prostředí (to znamená nějaká forma ústavní výchovy).

Důvodem zavedení pěstounské péče na přechodnou dobu bylo také to, aby dítě nemuselo do ústavní péče, ale žilo v rodině i po dobu, než si jeho rodina vyřeší své problémy. Zdá se však, že z této formy pěstounské péče bude odcházet do svých původních rodin jen velmi málo dětí. U nás zatím statistiky nemáme, protože se tato forma pěstounské péče teprve začíná uplatňovat, ale slovenské statistiky říkají, že je to jen 18 % dětí (Filadelfiová, 2008). Většina dětí odchází z pěstounské péče na přechodnou dobu (na Slovensku se to nazývá profesionálna rodina) do adopce nebo do dlouhodobé pěstounské péče. Tato očekávání vyslovili i čeští odborníci a náhradní rodiče ve výzkumu názorů na pěstounskou péči na přechodnou dobu (Konečná a Sudová, 2011), když upozornili, že dobře sociálně zakotvený člověk obvykle nepotřebuje při akutní či krátkodobé nouzi pomoc institucí: pomohou mu totiž příbuzní či blízcí přátelé...

I na ta procenta dětí vrácených k biologickým rodičům je třeba se dívat s jistou skepsí. Ač bychom rádi věřili obecnému mínění, že špatný biologický rodič je vždy lepší než sebelepší „děcák“, naše zkušenosti nám to nedovolují. Že se dítě vrátilo domů ještě neznamená stoprocentně, že mu tam bude dobře. Že je ve statistikách vedeno jako odcházející ještě neznamená, že v těchže statistikách není vedeno jako do ústavní péče či náhradní rodiny opět přicházející...

Je rodičovství právo, nebo povinnost?

Právo založit rodinu je považováno za tak důležité, že je uznáváno za jedno ze základních lidských práv. Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948 v článku 16 říká: „Muži a ženy, jakmile dosáhnou plnoletosti, mají právo, bez jakéhokoli omezení z důvodů příslušnosti rasové, národnostní nebo náboženské, uzavřít sňatek a založit rodinu.“ Novější důležitá formulace práva na rodičovství je z první světové konference o populaci World Population Plan of Action 1974 Článek 14(f): „Všechny páry a osoby mají základní právo svobodně a odpovědně rozhodnout o počtu svých dětí a jejich věkovém odstupu a mají právo na informace a na prostředky, jak toho dosáhnout; při uplatňování těchto práv páry i jednotlivci odpovědně zohledňují potřeby svých žijících i budoucích dětí a mají odpovědnost ke společnosti.“ V této formulaci už je patrný vliv nových reprodukčních technologií: vznikla v době nástupu spolehlivé a bezpečné antikoncepce a blížícího se příchodu asistované reprodukce. Nejsou zde deklarována jen práva, ale je zde jasně deklarována i odpovědnost, tedy povinnosti budoucích rodičů zohledňovat práva a zájmy dětí a společnosti. Důležitým právním dokumentem je také Charta práv dítěte z roku 1989.

Jednotlivé státy, kulturní komunity či zájmové skupiny rozumějí těmto dokumentům různě. Na státní úrovni se to projevuje například v rodinné politice, dostupnosti antikoncepce či interrupcí, podpoře a dostupnosti asistované reprodukce, a také v regulaci náhradní rodinné péče a významu, který jí stát přikládá.

Rodičovství jako právo

O rodičovství se ví, že je to mimořádně náročná úloha a závazek na mnoho let. Proto jsou děti od mala vedeny k odpovědnosti, k tomu, aby se pro rodičovství rozhodly v době, kdy budou schopné tu roli zvládnout. Do té doby se mají mladí pomocí antikoncepce chránit před neplánovaným či nechtěným těhotenstvím. Možná, že i užívaný termín „chránit“ má podíl na tom, že když se pak otěhotnění nedaří, je to obrovský šok; chráníme se (máme se na pozoru) přece před něčím, co číhá na každém kroku.

Rozhodnutí k rodičovství přichází se snahou naplnit motivy k rodičovství, o kterých jsme se už zmínili. Neúspěšné pokusy při snahách otěhotnět přinášejí pocity zklamání, zmaru, neschopnosti. Přinášejí také osobní krizi, vždyť jedním z motivů bylo potvrdit se jako žena nebo muž, jako dospělý člověk, jako člověk zdravý a výkonný. Protože se jedná o párový problém, a je to tedy krize dvou

lidí, přináší často také potíže v partnerské komunikaci. Situaci ztěžuje i to, že pár není izolován od okolí. Rodičovství je považováno za něco velmi samozřejmého, tudíž je důležitým tématem komunikace, kterou ovšem pár s nabouraným sebevědomím vnímá jako ohrožující. Poruchy plodnosti se v laickém podání vnímají jako zapříčiněné psychickou disharmonií (může za to psychický blok či stres), což ještě snižuje sebevědomí partnerů a zvyšuje pocit neschopnosti, nedostatečnosti, méněcennosti a viny. (Empirické podklady ovšem teorii psychogenní neplodnosti nepodporují, např. Wischmann, 2010; Boivin a Griffiths, 2011.) Partneři vnímají situaci jako nespravedlivou, může dojít k obviňování sebe či druhých, a pod tlakem okolí nakonec mohou rodičovství vnímat až jako povinnost, které nemohou dostat.

Léčba poruch plodnosti bývá obvykle běh na dlouhou trať, vyžadující dobrou souhru obou partnerů a jejich odolnost vůči dočasným či dlouhodobějším neúspěchům. A i když reprodukční medicína přinesla výrazné šance pro mnoho partnerských dvojic, zdaleka ještě neznamena jistý a bezbolestný úspěch, tedy geneticky vlastního zdravého potomka.

Zkušenosti i výzkumy ukazují, že strategie zaměřené na redukci stresu páru jsou účinné málo či vůbec. Za nejlepší pomocné strategie jsou považovány tzv. „managing patient expectations“ (Verberg et al., 2008), tedy vedení párů k realistickým očekáváním, pomoc při hledání alternativních řešení a přijetí těch řešení za plnohodnotné, s perspektivou šťastného a smysluplného života. Alternativní řešení jsou od přijetí možnosti léčby darovanými gametami přes přijetí adoptivního či pěstounského rodičovství až po připuštění toho, že život může být prožít šťastně a plodně i bez dětí. Jenže v akceptaci alternativních řešení párům obvykle brání nejen vlastní předsudky, ale i mediální prezentace vzniku rodičovského vztahu jako okamžitého, bezpracného, samovolného, bezbolestného. Podobnou překážkou jsou vlastní představy i mediální prezentace genetického rodičovství jako přímé cesty do ráje, kdy jsou děti krásné, zdravé, hodné a chytré, zatímco prezentace nebiologického či náhradního rodičovství jako oběti, kdy vztahy vznikají těžko a děti jsou nemocné, s rodiči si kvůli genetické nepřibuznosti nerozumějí, kdy za „špatnou genetikou“ stojí i neúspěchy ve škole, drogové závislosti, kriminální delikty atd.

Za obavou připustit náhradní rodičovství jako dobré řešení stojí někdy i strach ze vzhledové odlišnosti. I ten je ovšem přehnaný: známe spousty rodin, kde není mezi rodiči a dětmi či sourozenci žádné genetické spojení, přesto jsou si velmi podobní. Podobu totiž tvoří jen fyziognomické prvky, ale také druh účesu, způsob oblékání, způsob gestikulace, mimiky a mluvy, obvykle převzaté od

osob, s nimiž dítě tráví nejvíc času. Nemluvě o tom, že ani mnoho fyziognomických prvků není v dnešní době fatálních: všichni jsme denně svědky proměn blondýnek v černovlásky či útlých žen na prsaté. K dispozici jsou umělé řasy, příčesky, barevné kontaktní čočky, podprsenky či kalhotky s vycpávkami. Některé z úprav, například přišití odstátých uší, dokonce dětem platí zdravotní pojišťovny. Změn vzhledu se nebojí už ani mladí muži. Podobnou obavou je obava z odlišnosti inteligence, temperamentu a dalších očekávaně dědičných psychosociálních charakteristik, někdo k nim přidává dokonce i charakteristiky morálně volní. Vznik a vývoj těchto charakteristik je mimořádně komplikovaný, ovlivněný spoustou dalších faktorů. Od 19. století je známý jako „regrese ke střední hodnotě“ (Stewart, 2009), což znamená, že hodnoty nějaké charakteristiky mají sklon v další generaci směřovat ke statistické střední hodnotě. Srozumitelně řečeno to například znamená, že děti vysokých rodičů jsou v průměru menší, děti menších rodičů v průměru větší (totéž je možno pozorovat u dalších charakteristik, např. nadání, inteligence, ...). Je to důkaz, že u mnoha charakteristik jde působení náhodných jevů s dědičnými tendencemi ruku v ruce.

Rozhodnutí k podání žádosti o dítě do osvojení oddaluje rovněž naivní představa mnoha lidí, že kojenecké ústavy jsou plné dětí čekajících na nové rodiče. Opak je pravdou; spolehlivá antikoncepce má jasný dopad na počty i demosiální charakteristiky opouštěných dětí. Právně volných dětí, vhodných k adopci (tedy malých a zdravých nebo s malými handicapy), je velmi málo, na dítě se čeká i několik let. Proces prověřování páru a jejich příprava na tuto formu rodičovství zdaleka není takovou lustrační procedurou, jak se někdy popisuje. Naopak, z našich zkušeností i výzkumů vyplývá, že je pro pár přirozenou a nenásilnou možností najít ztracené sebevědomí a realistickou víru v optimistickou budoucnost. Při přípravách se totiž zájemci zbaví mnoha mýtů spojených s náhradní rodinnou péčí a hlavně se setkají s lidmi, kteří řeší stejný problém, či ho už dobře vyřešili. Registrace párů v seznamu zájemců o adopci neznamená, že pár musí ukončit snahy o těhotenství a že musí přijmout nabízené dítě. Odborníci z náhradní rodinné péče dobře znají situaci párů, jejichž plodnost je snížena, a pokud pár nahlásí úspěch léčby, radují se z těhotenství s ním.

Představa, že život bez dítěte nemůže být šťastný, stojí zase za obavou z bezdětnosti. Mnohé výzkumy ale dokládají opak: „Rodiče malých dětí referují mnohem více deprese, emocionálního distresu a dalších negativních emocí než bezdětní“ (Evenson a Simon, 2005). „Rodiče dospělých dětí nemají vyšší well-being než celoživotně bezdětní“ (McLanahan a Adams, 1989). „Rodiče jsou v manželství méně spokojeni než bezdětní“ (Twenge et al., 2003).

Rodičovství jako povinnost

I přes dostupnou spolehlivou antikoncepci přijde těhotenství k někomu neplánovaně. Pokud je zjištěno včas a žena má schopnosti, možnosti a vůli hledat řešení v ukončení těhotenství, pak je problém jen její, případně jejího partnera či nejbližšího okolí; dítě nepřijde, není nutno hledat řešení jeho situace. To ovšem neznamená, že problém nevznikl. Interrupce je stále většinou osob vnímána jako něco negativního, jako překročení nějakých lidských dimenzí. Jen tak pro zajímavost – v roce 2010 bylo v ČR téměř 24 tisíc interrupcí, z toho téměř 18 tisíc miniinterrupcí (ÚZIS, 2011b). Nejčastější žadatelkou o interrupci je žena vdaná, se dvěma dětmi, středoškolačka.

Stává se ale stále, že žena těhotenství včas nerozpozná či nemá schopnosti, prostředky, podporu okolí či psychické síly zajistit si a podstoupit interrupci. Žena, která vnímá svou rodičovskou roli jako pro ni nepřijatelnou nebo neovladatelnou, má několik možností, jak se jí vzdát. Může předběžně vyjádřit svůj souhlas s adopcí a po porodu dítě nechat v porodnici a odejít bez něj. (Ročně se v ČR adoptuje kolem 500 dětí – viz Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí na webu MPSV: <http://www.mpsv.cz/cs/3869> – ovšem ne vždy jsou to děti odložené hned v porodnici.) Náš právní řád umožňuje využít i institutu tzv. utajeného porodu a někdy se zmiňuje i anonymní porod. Rozdíl mezi nimi je ten, že při utajeném porodu jsou iniciály rodičky známy, ale utajeny (skutečné jméno, příjmení a datum narození ženy je ve zdravotnickém zařízení vedeno odděleně od zdravotnické dokumentace), na rozdíl od porodu anonymního, kde o ženě žádné informace nejsou poskytnuty. Protože u nás ale není možné pečovat o ženu, aniž by nebyly známé údaje o ní, anonymní porod je vlastně nemožný. V případě porodu s utajenou totožností dítě právně matku má až do okamžiku, kdy bude nezrušitelně osvojeno. Dokumentace se žádostí o utajený porod s pravdivou identifikací rodičky se zapečetí a uloží do trezoru zařízení, kde žena rodila; otevřena může být jen nařízením soudu. Z dikce zákona však není jasné, z jakých důvodů by bylo možné zapečetěnou dokumentaci otevřít a kdo je oprávněným subjektem k podání návrhu. Zřejmě tedy jedinou opravdu anonymní možností, jak se v ČR dítěte vzdát, je využití babyboxů.

Souhlas s adopcí je platný až po uplynutí šestitýdenní poporodní ochranné lhůty, proto je potřeba, aby se žena dostavila k podpisu. Pokud nepijde, je nutné čekat na tzv. nezájem, a dítěti se tak oddaluje jeho odchod k novým rodičům. Podle našeho právního řádu je možný souhlas k adopcí tzv. blanketový (žena neurčí osobu, které má být dítě předáno) nebo adresný (žena konkrétní osobu určí); někdy se to nazývá zprostředkovaná vs. přímá adopce.

Nejjednodušším řešením samozřejmě je, když si žena dítě, které porodila, nechá ve své péči. Nemusí to ale být řešení z hlediska dítěte nejlepší. Je naprosto přirozené, že se někdy může ve zdravotníkovi probudit zlost, zvláště když má dojem, že žena má na vzniklé situaci lví podíl. Je ale nutno uvažovat velmi racionálně, nahradit principiální stanovisko typu „jak by to bývalo mohlo být lepší, kdyby“ stanoviskem praktickým, typu „jak to bude možná lepší, když“. Odborníci, kteří se s takovou ženou dostanou do styku, by jí měli nabídnout všechnu dostupnou pomoc a podporu, aby mohla dostát nejen svému rodičovství definovanému právně, ale také rodičovství definovanému psychosociálně. Ona sama však nejlépe může zhodnotit svou situaci vnitřní i vnější, proto je nepřijatelný jakýkoliv nátlak. Je neetické vysvětlovat jí, že svého kroku později bude litovat, a je neprofesionální upozorňovat ji na rodičovské povinnosti a odpovědnost: vzdání se dítěte včas je možná nejodpovědnější krok, který může ve své situaci udělat.

Profesionál by měl ženu ujistit, že pro dítě je mnohem podstatnější psychosociální rodičovský vztah než vztah založený na genetice, a uklidnit ji, že o dítě, které porodila, se budou starat milující rodiče. Že vlastně svou racionální odpovědnou volbou v obtížné situaci pomohla jiným lidem vyřešit jejich jinou obtížnou situaci. Zdravotník by také měl ženu vést k řešení její osobní nepříznivé situace: probrat s ní možnosti antikoncepce, odkázat na příslušné odborníky zaměřené na řešení závislostí, bytových, vztahových či pracovních problémů.

Situace, když se rodič dítěte vzdává, je paradoxně velmi podobná té, kdy po dítěti marně touží. Také řeší naplnění či nenaplnění svých různých motivů, také řeší otázku kdo je rodič a čím je to dítě, také řeší rodičovská práva a povinnosti, a také část boje, který se zde svádí, je s vlastními předsudky a předsudky ostatních. Profesionál, se kterým se žena setká, by jí měl její situaci co nejvíce ulehčit. Je v zájmu všech zúčastněných stran (dítěte, ženy i společnosti), aby se žena necítila v ohrožení a v nejvyšší možné míře se aktivně podílela na řešení. Zdravotník by měl velmi zvážit, jaké informace o ní potřebuje opravdu nutně vědět, které nejsou nijak jinak nahraditelné, nedají se získat jinými cestami a pro budoucí život dítěte jsou zásadní. „Dolování“ anamnestických údajů může v ženě vyvolávat pocit jako u výslechu, tedy že je za něco trestaná. Nemluvě o tom, že nikdo nezaručí pravdivost informací, které za takové situace poskytne – nebudou ty informace nakonec zavádějící a v neprospěch dítěte?

V této části o rodičovství jako povinnosti či odpovědnosti jsme se nezmiňovali o mužích. Je to pochopitelné: je to žena, která dítě odnáší a porodí, na ní je odpovědnost „viditelná“. Otec zde většinou nefiguruje, což může být pro něj výhoda

(není na něm žádná odpovědnost, nemá žádné starosti, není nijak stigmatizován), ale může to být i porušení jeho otcovských práv (možná by se o dítě rád staral, ale neví o něm, případně nezná cesty, jak svá otcovská práva uplatňovat). To je ale jiné téma. Zde prosíme ty, jejichž filosofické chápání identity je čistě esencialistické a velmi špatně proto přijímají skutečnost, že se žena vzdává dítěte, aby zůstali esencialisty i vůči mužům. Prosíme je, aby velikost odpovědnosti, kterou očekávají od rodičky, čistě racionálně a matematicky vydělili dvěma: spermie je přece také esence nutná k početí dítěte – a mužská antikoncepce přece také existuje a je dobře dostupná.

Rodičovství jako dobrá vůle

Zdravotník se ještě může setkat se třetí rodičovskou skupinou: s pěstouny. S dítětem v pěstounské péči se může setkat pediatr či specialista, poskytující tomuto dítěti běžnou nebo specializovanou péči, ale také porodník, když dítě odchází do pěstounské péče přímo z porodnice. Pěstounská péče je státem garantovaná forma náhradní rodinné péče, která zajišťuje dostatečné hmotné zabezpečení dítěte a přiměřenou odměnu těm, kteří se ho ujali. V laickém povědomí je pěstounská péče spojována s dlouhodobostí, ale není tomu tak – v zákoně nikdy nebylo vymezeno jasné časové ohraničení; pouze se v roce 2006 zvýraznila možnost krátkodobé pěstounské péče tím, že získala speciální název a podléhá trochu speciálnějšímu režimu.

Pěstouni přijímají do své péče dítě sociálně opuštěné, ale ne natolik, aby jeho genetickým rodičům byla odebrána všechna rodičovská práva; není tedy tzv. právně volné. Do pěstounské péče odcházejí také děti, které sice právně volné jsou, ale nejsou vhodné pro adopci: jsou to například děti staršího věku, se zdravotním či psychickým handicapem, sourozenecké skupiny či děti jiného etnika. V případě svěření dítěte do pěstounské péče není vyloučen styk genetického rodiče s dítětem.

Výchova dítěte v rodině, třeba i té náhradní, má přednost před výchovou dítěte v ústavním zařízení. Děti vyrůstající v pěstounské péči jsou ve srovnání s těmi vyrůstajícími v ústavech lépe sociálně zakotvené, díky podpoře pěstounské rodiny získávají tyto děti tolik potřebný pocit bezpečí a zázemí, který jim pomáhá lépe překonávat problémy běžného života. Uvědomují si, že někomu na nich záleží, že někam patří, což má významný vliv na jejich sebevědomí. Díky citovému připoutání k nové rodině se postupně učí navazovat i kvalitnější vztahy se svým okolím a do budoucna je u nich lepší předpoklad, že také dokáží

navázat kvalitnější partnerské vztahy, než je tomu u dětí, které zůstávají v ústavní péči do své dospělosti. Přijetí nové rodiny se velmi často odráží i ve zlepšení školních výsledků a schopnosti se učit. Dítě se učí od svých nových členů rodiny novými strategiím chování i novými hodnotám. Tyto děti lépe rozumějí samy sobě, svým potřebám, svým pocitům, a tak se učí i empatii k potřebám druhých. V neposlední řadě získávají vzor fungující rodiny, učí se sociálnímu chování, které společnost toleruje (Matějček et al., 1997). Pro společnost je to výhodnější i z ekonomického hlediska – pěstouni jsou výrazně levnější než provoz ústavů. Podstatně náročnější je to ovšem na personální zabezpečení: zatímco pracovník z ústavu měl normální pracovní dobu a možnost vybírat si dovolenou (o možnosti změnit zaměstnání nemluvě), pěstounství je práce s velkým psychickým a fyzickým nasazením 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce, a to velmi často po mnoho let. Emocionální odměna za vysoké nasazení obvykle nebývá taková, jaká je, když člověk vychovává zdravé dítě od narození: tyto děti mívají těžký start do života, který se často neobejde bez následků.

Paradoxně hlavními problémy, které ztěžují až znemožňují dobrou práci pěstounům, jsou nepochopení, předsudky a netolerance okolí. To totiž pěstounství chápe jako soukromou věc pěstounů (Konečná a Koubová, 2010). Dalším problémem je nedostatek podpůrných služeb pro pěstouny, jako je například dostupnost specializované zdravotní péče pro děti s handicapem, ať už psychickými, či fyzickými. Sebelépe zorganizovaná péče je ovšem neúčinná tam, kde se nesejdou lidé s dobrou vůlí, připraveni porozumět situaci druhého a rozhodnutí udělat pro něj vše, co je v lidských silách.

Závěr má být happy end

Nejlepší je, když se narodí zdravé dítě lidem, kteří ho plánovali, chtěli a těšili se na ně, když k němu co nejdříve navážou pevný láskyplný vztah, když si obě strany vzájemně rozumějí a prožijí spokojený, úspěšný, šťastný život. Jenže život nenabízí jen pohádkové příběhy, občas se někdo dostane do těžkostí.

Pro lidi, kteří se dostanou do nějakých těžkostí s naplňováním rodičovských práv či povinností, je obvykle nejbližší a nejpřirozenější kontaktní osobou gynekolog, androlog, zdravotní sestra, porodní asistentka, neonatolog či pediatr. Na těchto odbornících hlavně záleží, zda se i po počátečních potížích přece jen podaří dosáhnout nějakého happy endu. Na jejich odborných znalostech a lidském pochopení záleží, zda ti, co se dostali do nouze, budou umět otevřít oči pro nestandardní řešení a uvidí v něm řešení dobré, zda budou umět překročit své vlastní

předsudky, pozměnit svá očekávání, udržet si sebeúctu, neutopit se v osobní krizi, a zda se v nouzi a krizi neocitne pak dítě. Právě z těchto důvodů vznikla publikace pro zdravotníky, kterou držíte v rukou.

Genetika se svými skutečnými úspěchy a také s (často problematickým) stylem mediální prezentace znovu přinesla do povědomí lidí staré otázky „Kdo jsem já?“, „Kdo je ten druhý?“, „Kam jdu?“ a „Proč?“. Není možné je opomíjet. Hledání odpovědi na existenciální otázky v genetice je formou zmírnění existenciální úzkosti v našem nejistém postmoderním světě: máme vysvětlení pro naše odlišnosti či podobnosti s osobami bližšími i vzdálenějšími. Jen nepatrná část odpovědi na tyto otázky ale v biochemické substanci nazvané DNA skutečně leží. Ostatní části vysvětlení jsou obvykle výsledkem procesu, který psychologové nazývají projekce; vždycky ve svém (či partnerově) příbuzenstvu najdeme někoho, kdo je nositelem podobných schopností, talentů, podoby, vlastností. Když tedy ty charakteristiky u něj vidět chceme...

Považujeme-li odpovědi na zásadní otázky za předem někde dané, může to vést k fatalismu, beznaději, pasivitě a zoufalství, zvláště v oblastech komplikovaného rodičovství a dětství, jako je právě náhradní rodinná péče či asistovaná reprodukce.

Při hledání odborných podkladů o identitě jsme narazili na názor, že „termín identita je moderní formulací, která vyjadřuje uznání, úctu, důstojnost, hrdost, respekt a čest osoby či společenství lidí“ (Výrost a Slaměník, 2008). Moc se nám tento názor líbí, vyjadřuje naše přesvědčení, že ne biologická danost, ale právě jmenované charakteristiky jsou podstatou identity člověka jako takového, včetně jeho identity jako někoho rodiče a někoho dítěte... a také někoho jako dobrého odborníka.

Literatura

Badinter, E. (1998). *Materská láska od 17. storočia po súčasnosť*. Bratislava, Aspekt.

Bakalář, E., Klégrová, J. (2000). Dětské psychické potřeby. *Právo a rodina*, č. 5/2000.

Boivin, J., Griffiths, E. (2011). A meta-analysis of prospective studies investigating pre-treatment anxiety and depression and their effect on the success of assisted conception. *British Medical Journal*. BMJ. 342: 223–231.

Dawkins, R. (2003). *Sobecký gen*. Praha, Mladá fronta.

de Wert, Q. (2011). Comprehensive preimplantation genetic screening: what about the future child's right not to know? Comprehensive preimplantation screening: dynamics and ethics, ESHRE Campus symposium, Maastricht, NL 13–14 October 2011.

Dunovský, J. (1999). *Sociální pediatrie*. Praha, Grada.

Evenson, R. J., Simon, R. W. (2005). Clarifying the Relationship Between Parenthood and Depression. *Journal of Health and Social Behavior*. 46(4): 341–358.

Filadelfiová, J. (2008). *Zvyšovanie kvality poskytovania starostlivosti a výchovy deťom v detských domovoch – zameranie na profesionálne rodiny zamestnancov*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny.

Konečná, H., Koubová, L. (2010). *Monitoring příprav na náhradní rodinnou péči v České republice*. Praha: SNRP.

Konečná, H., Sudová, M. (2011). *Jak dál s pěstounskou péčí na přechodnou dobu?* Praha: SNRP.

Konečná, H., Bubleová, V., Janků, V. (2009). *Reprodukční zdraví 2009*. Praha: Galén.

Kubicka, L., Roth, Z., Dytrych, Z., Matejcek, Z., David, H. P. (2002). The mental health of adults born from unwanted pregnancies, their siblings, and matched controls; A 35-year follow-up study from Prague, Czech Republic. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 190: 653–662.

Langmeier, Z., Matějček, Z. (1963). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: SZN.

Manson, N. C., O'Neill, O. (2007). *Rethinking Informed Consent in Bioethics*. Cambridge University Press.

Matějček, Z. (1994): O rodině vlastní, nevlastní a náhradní. Praha, Portál.

Matějček Z., Bubleová V., Kovařík J. (1997). *Pozdní následky psychické deprivace*. Praha: PCP.

McLanahan, S., Adams, J. (1989). The effects of children on adults' psychological well-being. *Social Forces*. 68(1): 124–146.

O'Neill, O. (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge University Press.

Paleček, M. (2008). Identita – podivný pojem. *AntropoWEBZIN* 1/2008. Západočeská univerzita.

Rabušic, L. (2001). *Kde ty všechny děti jsou? Porodnost v sociologické perspektivě*. Praha, SLON.

Rehmann-Sutter, Ch. (2011). How to deal with unexpected findings. Comprehensive preimplantation screening: dynamics and ethics, ESHRE Campus symposium, Maastricht, NL 13–14 October 2011.

Silke, D., Ntebaleng, M., Johannes, M., van der Spuy Zephne (2007). Motives for parenthood among couples attending a level 3 infertility clinic in the public health sector in South Africa. *Human Reproduction*, doi: 10.1093/humrep/dem279.

Stewart, I. (2009). *Hraje Bůh v kostky?* Praha: Argo/Dokořán.

Stöbel-Richter, Y., Beutel, M. E., Finck, C., Brähler, E. (2005). The „wish to have a child“, childlessness and infertility in Germany. *Human Reproduction*. 20(10): 2850–2857; doi: 10.1093/humrep/dei121.

Sullerot, E. (1998): *Krise rodiny*. Praha, Karolinum.

Twenge, J. M., Campbell, W. K., Foster, C. A. (2003). Parenthood and Marital Satisfaction. *Journal of Marriage and Family*. 65(3): 574–583.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2011a). Činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů do 3 let rok 2010. ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 18/2011.

Ústav zdravotnických informací a statistiky (2011b). Potraty ČR 2010. ÚZIS ČR, <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/potraty>

Verberg, M. F. G., Eijkemans, M. J. C., Heijnen, E. M., Broekmans, F. J. M., de Klerk, C., Fauser, B. C. J. M., Macklon, N. S. (2008). Why do couples drop-out from IVF treatment? A prospective cohort study. *Human Reproduction*. 23(9): 2050–2055.

Vyjádření výboru SAR ČGPS k otázce OPEN IDENTITY v programu dárcovství pohlavních buněk, Benice, dne 27. 4. 2012.

Výrost, J., Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada.

Wischmann T. (2010). Macht „Stress“ subfertil? Psyche und Mythen in der Reproduktionsmedizin. *Gynäkol Endokrinol*. 8: 124–128.

Kde je možné hledat další informace?

Adam Česká republika – www.adamcr.cz. Nezisková organizace zaměřená na psychosociální a informační podporu lidí, jejichž rodičovství se nenaplnuje.

Genetika – Biologie – www.genetika-biologie.cz. Webové stránky zaměřené na kvalitní informování široké populace o genetice srozumitelným způsobem.

Středisko náhradní rodinné péče o. s – www.nahradnirodina.cz. Nezisková organizace zaměřená na pomoc opuštěným dětem.

Nadace Sirius

Nadace Sirius se zapojila mezi organizace charitativního sektoru v červnu 2008 se záměrem všestranně přispívat ke zlepšování a rozvoji kvality života dětí. Svým působením se snaží přispět k lepší situaci dětí, které neměly v životě štěstí.

Nadace Sirius iniciuje systematická a účelná řešení problémů dětí na základě profesionálního a transparentního přístupu. Podporuje takové aktivity, které směřují k účinným preventivním opatřením a k eliminaci problému.

Chce řešit ty problémy, které jsou v současnosti nejpálčivější, a proto jejím prvním krokem bylo zmapování aktuálního stavu řešení dětských problémů v České republice. Jeho výsledky se staly základem pro rozhodnutí, kam pomoc nadace směřovat.

Nadace Sirius spolupracuje s předními odborníky ze všech oblastí a oborů, kteří se zabývají řešením problematiky dětí. Jejím snahou je, aby se v praxi aplikovaly nejlepší metody a postupy a aby se žádné dítě nemuselo potýkat s problémy, které již své řešení mají.

Nadace Sirius

Thunovská 12, 118 00 Praha 1

info@nadacesirius.cz

www.nadacesirius.cz

tel.: +420 257 211 445

Středisko náhradní rodinné péče, o. s.

Středisko náhradní rodinné péče, o. s., je občanské sdružení, které se od roku 1994 zabývá problematikou dětí, které se ocitly ve zvláště obtížných životních situacích, a dětí, které vyrůstají mimo vlastní rodinu.

Cílem Střediska NRP je, aby rodinná péče o ohrožené děti převládala nad péčí ústavní a aby se všestranně rozvíjel a změnil systém náhradní rodinné péče u nás.

Hlavní činnosti Střediska NRP:

- snaha o všestranný rozvoj náhradní rodinné péče a zavedení a poskytování systematických kvalitních, profesionálních a veřejně dostupných služeb pro rozvoj a podporu náhradní rodinné péče;
- poskytovat poradenství a provádět přípravu zájemců o náhradní rodinnou péči;
- doprovázet a podporovat rodiny, které pečují o svěřené dítě;
- připravovat a vzdělávat dobrovolníky, kteří pomáhají realizovat některé aktivity Střediska NRP;
- provádět osvětovou, vzdělávací, výzkumnou a publikační činnost.

Středisko náhradní rodinné péče, o. s.

Jelení 91, 118 00 Praha 1

info@nahradnirodina.cz

www.nahradnirodina.cz

tel.: +420 233 355 309

Středisko NRP dosud vydalo:

Monitoring příprav na náhradní rodinnou péči

Základní informace o náhradní rodinné péči

Základní informace o osvojení (adopci)

Základní informace o pěstounské péči a péči poručníka

Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči

Dítě jiného etnika v náhradní rodinné péči

Dítě v náhradní rodinné péči potřebuje i vaši pomoc (Informace a pracovní listy pro pedagogy)

Metodika práce s dobrovolníky

Jak dál s pěstounskou péčí na přechodnou dobu

Sociálně-právní analýza přechodné pěstounské péče v České republice

Dítě v náhradní rodinné péči očima pediatra (Informace pro zájemce o NRP a náhradní rodiny)

Středisko NRP vydá:

Metodika podpůrných aktivit pro náhradní rodinnou péči (Podpora pěstounských a osvojitelských rodin s romskými dětmi, Arteterapie, Klub náhradních rodin, VTI)

Přípravy pro budoucí náhradní rodiče (metodika)

Psychický vývoj dítěte v náhradní rodinné péči

