

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**Přírodovědecká fakulta  
Katedra demografie a geodemografie**



**SOUVISLOSTI ČASNÉHO RODIČOVSTVÍ V ČESKÉ  
REPUBLICCE:  
ŽIVOTNÍ STRATEGIE TĚHOTNÝCH ŽEN A MATEK DO DVACETI LET**

Disertační práce

**Renáta Kyzlinková**

- duben 2010 -

Vedoucí disertační práce: Prof. RNDr. Jitka Rychtaříková, CSc.

## **Prohlášení**

Já, Renáta Kyzlinková, čestně prohlašuji, že jsem předkládanou disertační práci vypracovala samostatně pouze pod vedením své školitelky a s řádně citovanými zdroji. Dále prohlašuji, že jsem nepředložila tuto práci ani její podstatnou část k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 10. 4. 2010

## Poděkování

Tuto disertační práci jsem dokončovala v době, kdy jsem sama prožívala první fáze mateřství a pocítila, co to znamená být odpovědný za někoho jiného. Nelze tvrdit, že by tento fakt nějakým způsobem ovlivnil závěry a zjištění přednesené v této disertační práci, ale je pravdou, že jsem si ex-post začala některých svých respondentek, které se ke svému mateřství postavily tím správným směrem, více vážit a svým způsobem je i obdivovat. Mezi prvními bych tedy chtěla poděkovat svým respondentkám, že si na rozhovor udělaly v kolotoči svých povinností čas, a to u některých případů i v období, které je pro ženu jedním z nejnáročnějších, tj. v období šestinedělí. Mé poděkování patří i paní Prof. RNDr. Jitce Rychtařikové, CSc., která mi v průběhu psaní disertační práce poskytovala cennou zpětnou vazbu a připomínky. Výzkum by dále nemohl proběhnout bez finanční podpory Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, kde bych chtěla poděkovat zejména Mgr. Aleši Kroupovi za jeho ochotu a podporu mého snažení. Zdroje literatury a metodologické postupy kvalitativního výzkumu jsem měla možnost studovat na University of Otago na Novém Zélandě. Velké díky tedy náleží i Univerzitě Karlově a Hlávkově nadaci, které mi tento studijní pobyt umožnily. V neposlední řadě vřelé díky směřují i mé rodině, bez jejíž podpory a pomoci bych jen stěží mohla tuto práci dokončit.

## **SOUVISLOSTI ČASNÉHO RODIČOVSTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE: ŽIVOTNÍ STRATEGIE TĚHOTNÝCH ŽEN A MATEK DO DVACETI LET**

### **Abstrakt**

*Data získaná kvalitativním výzkumem prostřednictvím 58 polo-standardizovaných rozhovorů byla použita k analýze relativně širokého spektra životních situací spojených s těhotenstvím v raném věku. Autorka zjišťovala, jaké důvody stály za otěhotněním mladé dívky, jak respondentky na těhotenství reagovaly a jak se s ním vyrovnávaly, případně jak se změnily jejich životní strategie pod tlakem této nepředvídané události. Při studiu sexuálního chování adolescentních matek kladla autorka důraz na partnerskou komunikaci spojenou s prvním pohlavním stykem a na zvýšené riziko sexuálního zneužívání u zkoumané populace. Dále byla diskutována role původní rodiny v procesu tzv. „sexuální socializace“. Pokud jde o rozhodovací proces týkající se otázky, zda si dítě ponechat či ne, autorka se soustředila zejména na vliv sociální opory. V této části studie byl také analyzován velmi důležitý fenomén spojený s časným rodičovstvím, a to fenomén „přání mít dítě“. Práce se věnovala i tématům, jakými jsou budování rodiny jako samostatné jednotky či strategie bydlení poté, co se dívky rozhodly pro mateřství. Ve spojitosti s tím byla diskutována důležitost manželství a přítomnosti partnera pro těhotnou –náctiletou dívku. V poslední části této práce byly rozebírány postoje a pohledy adolescentních těhotných žen a matek na problémy spojené s péčí o dítě, s nově nabytou zodpovědností a hodnocení jejich rodičovských dovedností. Změna životního stylu spojená s rodičovskými povinnostmi byla diskutována i ve spojení se vzdělanostními a profesními aspiracemi.*

**Klíčová slova:** kvalitativní výzkum, těhotenství adolescentů, reprodukční strategie adolescentů, rodičovství nezletilých, nezletilé matky, sexuální chování adolescentů, sociální opora, volba mateřství, péče o dítě, rodina

## **CIRCUMSTANCES SURROUNDING EARLY PARENTHOOD IN THE CZECH REPUBLIC: LIFE STRATEGIES OF PREGNANT WOMEN AND MOTHERS UNDER THE AGE OF 20**

### **Abstract**

*The data gathered in the qualitative study by 58 semi-structured interviews with pregnant teenage girls or teenage mothers were used to describe relatively large scope of life circumstances connected to early pregnancies. The author examines what was the reason for becoming pregnant, how the teenagers' decision about how to respond to getting pregnant was made and how their life strategies changed under the pressure of this unpredictable event. Studying sexual behavior of adolescent mothers the author placed emphasis on partners' communication connected with first sexual intercourse and the increased risk of sexual abuse among the observed population. Furthermore, the role of "sexual socialization" in the family of origin was discussed. Concerning decision-making process- "keeping the baby or not", the main emphasis was placed on the social support networks and their influence on pregnant women's decisions. Very important issue analyzed in this part of the study is phenomenon of „wishing to have a baby“. Another topics covered are the family formation process and housing conditions after opting for motherhood, in particular, the importance of marriage and the partner's presence for pregnant teenage women in such an important life transition period. In addition, the study presents the adolescent mothers' views and attitudes towards parenting skills and their perception of newly gained responsibility. Change of life style associated with parenthood was discussed even in the light of educational and professional aspirations.*

**Key words:** qualitative study, adolescent pregnancy, adolescent reproduction strategies, adolescent parenthood, adolescent sexual behaviour, social support, opting for motherhood, family formation, child care

# Obsah

<b>1. Úvod do problematiky</b> .....	12
1.1 Podstata výzkumu a výzkumné otázky .....	12
1.2 Těhotenství adolescentů a jejich časné rodičovství: zdravotní, sociální a ekonomické riziko? .....	17
1.2.1 Biologická podmíněnost zdraví adolescentních matek a jejich dětí .....	18
1.2.2 Je časné rodičovství sociálním problémem a ekonomickou zátěží pro společnost? ....	19

## *Část I*

### *Adolescentní matky podle dat demografické statistiky*

<b>2. Demografické souvislosti reprodukčního chování adolescentů v České republice</b> .....	23
2.1 Reprodukční chování adolescentů v kontextu vývoje reprodukčních strategií ČR .....	23
2.2 Ženy ve věku 15-19 let v absolutních číslech: základní přehled .....	26
2.3 Plodnost žen v životní etapě adolescence .....	28
2.4 Indukovaná potratovost a struktura ukončených těhotenství žen v životní etapě adolescence .....	35
2.5 Regionální analýza plodnosti a indukované potratovosti žen ve věku 15-19 let v ČR .....	39
2.6 Rizika pro matku a dítě: vybraná data zdravotnické statistiky .....	46
2.7 Sňatkové chování a věkový rozdíl mezi snoubenci při sňatku u –náctiletých žen .....	52
2.7.1 Pravděpodobnost uzavření sňatku .....	52
2.7.2 Věkový rozdíl snoubenců u adolescentních žen a jeho trendy .....	54
2.8 Závěr .....	58

## *Část II*

### *Výsledky kvalitativního výzkumu na populaci –náctiletých těhotných žen a matek.*

<b>3. Metodologické a technické parametry výzkumu</b> .....	61
<b>4. Sexuální a antikoncepční chování matek do dvaceti let</b> .....	66

4.1	Sexualita v období adolescence: teoretické perspektivy .....	66
4.1.1	Fáze sexuálního vývoje v období adolescence .....	67
4.1.2	Reflexe genderových rozdílů ve světle biologických a sociálních determinant sexuality .....	69
4.1.3	Zdravé reprodukční chování a antikoncepce .....	72
4.2	Okolnosti prvního pohlavního styku –náctiletých matek: analýza dat .....	75
4.2.1	Věk prvního pohlavního styku .....	75
4.2.2	Sexuální zneužívání .....	77
4.2.3	Věkový rozdíl mezi partnery .....	79
4.2.4	První sexuální zkušenost –náctiletých matek: uvážený akt či náhodná událost .....	80
4.3	Antikoncepční chování adolescentních matek: postoje k chráněnému pohlavnímu styku .....	85
4.3.1	Dostupnost antikoncepce v ČR a právní normy .....	86
4.3.2	Odpovědné sexuální chování –náctiletých matek: analýza dat .....	89
4.3.2.1	Věk a použití antikoncepce .....	89
4.3.2.2	Genderové stereotypy a komunikace mezi partnery: faktory ovlivňující využívání moderních antikoncepčních prostředků .....	92
4.4	Vliv rodiny a referenčních vrstevnických skupin na sexuální a antikoncepční chování –náctiletých těhotných žen a matek .....	96
4.4.1	Vliv rodiny .....	99
4.4.2	Vliv vrstevníků, médií a ostatních institucí .....	106
4.5	Výhled do budoucna: zkušenost s těhotenstvím a pozdější používání antikoncepce .....	109
4.6	Závěr .....	113
<b>5.</b>	<b>Volba mateřství a rozhodovací proces těhotné –náctileté dívky .....</b>	<b>116</b>
5.1	Poznatky literatury a teoretické koncepty .....	116
5.2	Dimenze rozhodovacího procesu vedoucího k rodičovství adolescentů: výsledky kvalitativního výzkumu .....	120
5.2.1	Možnost volby: dítě versus adopce .....	123
5.2.2	Možnost volby: dítě versus interrupce versus adopce .....	128
5.2.2.1	Přání mít dítě .....	128
5.2.2.2	Odmítavý postoj k interrupcím .....	131
5.2.2.3	Silný vliv partnera .....	133
5.2.2.4	Vliv kulturních rozdílů a tradice .....	135
5.2.2.5	Mezigenerační /vrstevnické vzory .....	136
5.2.2.6	Silný pozitivní vliv rodiny .....	138
5.2.2.7	Únik/ Změna životního stylu .....	140
5.2.2.8	Zdravotní důvody .....	141
5.2.2.9	Sebenaplňující se proroctví .....	141
5.3	Závěr .....	142
<b>6.</b>	<b>Bariéry a předpoklady vzniku nové rodiny jako samostatné jednotky u –náctiletých matek .....</b>	<b>144</b>
6.1	Partnerské vztahy –náctiletých matek s otci jejich dětí .....	145
6.2	Postoje –náctiletých těhotných dívek a matek k manželství .....	149

6.3	Závěr .....	155
<b>7.</b>	<b>Reflexe rodičovství a změny životního stylu z perspektivy –náctiletých matek .....</b>	<b>157</b>
7.1	Vyrovnění se s péčí o dítě – rodičovská odpovědnost .....	157
7.1.1	Péče a schopnost vychovávat své dítě: poznatky z literatury .....	157
7.1.2	Zdravá sebejistota či odvaha nic netušících? .....	160
7.1.3	Neznalost a pokora .....	169
7.1.4	Změna životního stylu/ pocit dospělosti .....	171
7.2	Vzdělanostní aspirace a kariéra –selhání v roli nebo konflikt rolí .....	175
7.2.1	Propojení vzdělání a atributů vedoucích k časnému rodičovství .....	175
7.2.2	Nížší vzdělání –náctiletých matek .....	175
7.2.3	Vzdělávací strategie –náctiletých matek podle dat kvalitativního výzkumu .....	179
7.2.4	Vzdělanostní aspirace: preference návratu do školních lavic .....	186
7.3	Představy a plány do budoucna .....	192
7.4	Závěr .....	196
<b>8.</b>	<b>Sociální opora –náctiletých matek z pohledu empirického výzkumu s použitím standardizovaného nástroje NSSQ .....</b>	<b>199</b>
8.1	Pojem sociální opora a charakteristika výzkumného nástroje .....	199
8.2	Sociální opora –náctiletých těhotných žen podle výsledků standardizovaného dotazování dle Jane Norbeck (NSSQ) .....	203
<b>9.</b>	<b>Závěry a diskuse .....</b>	<b>208</b>
9.1	Shrnutí výsledků kvalitativního výzkumu .....	208
9.2	Výzkum a jeho možné využití v praxi: diskuse .....	214
	Bibliografie .....	220
	Přílohy .....	229

## Seznam grafů

Graf 2.1	Vybrané státy podle úrovně kumulativních měr plodnosti mladších a starších adolescentů v roce 1980 .....	25
Graf 2.2	Vývoj úhrnné plodnosti ČR a kumulovaných měr plodnosti adolescentů (-19 let) v České republice 1970-2008 .....	29
Graf 2.3	Podíl plodnosti žen ve věku do 20 let na úhrnné plodnosti České republiky 1990-2008.....	30
Graf 2.4	Míry plodnosti mladších a starších adolescentů v České republice 1970-2008; průměry.....	30
Graf 2.5	Porovnání trendu měr plodnosti a umělé potratovosti u mladších a starších adolescentů v České republice 1971-2008; průměry.....	32
Graf 2.6	Podíl plodnosti mladších adolescentů (15-17 let) na míře plodnosti žen ve věku 15-19 let, v České republice 1970-2008.....	33
Graf 2.7	Míry umělé potratovosti u 15-19letých žen podle jednotek věku v České republice v letech 1971-2008 .....	35
Graf 2.8	Vztah indukované potratovosti a plodnosti adolescentů (založeno na kumulativních měřích) v České republice 1971-2008 .....	37
Graf 2.9	Struktura ukončených těhotenství v České republice u 14-19 letých žen ve vybraných letech .....	39
Graf 2.10	Míry plodnosti a indukované potratovosti u žen ve věku 15-19 let v jednotlivých krajích ČR v letech 1999 a 2008, průměry .....	42
Graf 2.11	Struktura ukončených těhotenství v krajích ČR u 17 a 19letých žen ve vybraných letech .....	45
Graf 2.12	Mrtvorozenost v ČR (na 1000 narozených dětí) podle věku matky v letech 1993, 2000 a 2008 .....	48
Graf 2.13	Průměrná hmotnost živě narozených dětí v ČR podle věku matky v letech 1993 a 2008.....	49
Graf 2.14	Podíl předčasných porodů do 36 týdne gestačního stáří plodu podle věku matky, 2008	51
Graf 2.15	Pravděpodobnost uzavření sňatku svobodnými v letech 1991, 2004 a 2008 (pravděpodobnosti jsou počítány z jednovýchodných tabulek sňatečnosti) .....	53
Graf 2.16	Vývojové změny vztahu mezi věkem nevěsty a ženicha vyjádřené mediánovými, kvartilovými a průměrnými hodnotami, Česká republika 1990-2008 .....	55



Graf 2.17	Vztah mezi věkem nevěsty a ženicha při sňatku vyjádřený mediánovými, kvartilovými a průměrnými hodnotami, Česká republika 2004 .....	57
Graf 2.18	Procentuelní vyjádření věkového rozdílu ženicha a nevěsty při sňatku u skupiny žen, které v letech 1990, 1995, 2004, 2008 uzavřely sňatek ve věku 16-19 let .....	58
Graf 4.1	Vývoj průměrného věku při prvním pohlavním styku u mužů a žen v letech 1993, 1998, 2003 a 2008 .....	72
Graf 4.2	Použití antikoncepce při prvním pohlavním styku u mužů v letech 1993, 1998, 2003 a 2008 .....	74
Graf 4.3	Použití antikoncepce při prvním pohlavním styku u žen v letech 1993, 1998, 2003 a 2008 .....	74
Graf 4.4	Rozložení respondentek podle dokončeného věku při prvním pohlavním styku .....	77
Graf 4.5	Používání antikoncepce se stálým partnerem (ženy) .....	86
Graf 4.6	Z jakého zdroje byly převážně získány informace o sexualitě, muži, 1993-2008 ....	98
Graf 4.7	Z jakého zdroje byly převážně získány informace o sexualitě, ženy, 1993-2008 .....	98
Graf 5.1	Věk partnerů –náctiletých dívek při jejich otěhotnění .....	133
Graf 7.1	Struktura výzkumného souboru podle pětiletých kohort narození a věku při porodu ..	176
Graf 7.2	Adolescentní matky, které ukončily střední školu až po porodu - kumulativní procenta .....	179
Graf 8.1	Struktura zdrojů sociální opory u –náctiletých těhotných žen a matek .....	204
Graf 8.2	Struktura zdrojů sociální opory u neromských –náctiletých těhotných žen a matek ..	206
Graf 8.3	Struktura zdrojů sociální opory u romských –náctiletých těhotných žen a matek ....	206
Graf 8.4	Průměrná skóre jednotlivých ukazatelů sociální opory v třídění dle typu původní rodiny .....	207

## Seznam tabulek

Tabulka 2.1	Vývoj absolutních počtů žen a vybraných demografických událostí ve sledované věkové skupině .....	26
Tabulka 2.2	Míry manželské plodnosti 16-19letých žen podle jednotek věku 1990-2008 v České republice .....	34
Tabulka 2.3	Podíl vdaných žen z celkového počtu žen ve věku 16-19 let podle SLDB 1980, 1991 a 2001 .....	35
Tabulka 2.4	Rodičky ve věku do 20 let podle kraje bydliště v roce 2007 .....	40
Tabulka 2.5	Rodičky podle začátku prenatální péče a věku .....	50
Tabulka 2.6	Rodičky podle počtu kontrol a věku .....	50
Tabulka 2.7	Průměrný věk ženicha při sňatku u 16-19 letých nevěst podle jednotek věku (1990-2008) .....	56
Tabulka 4.1	Souvislost průměrného věku při prvním pohlavním styku a využití antikoncepce při prvním pohlavním styku .....	92
Tabulka 4.2	Porovnání skutečného věku při porodu u –náciletých dívek a věku, kdy si dívky myslí, že by bylo ideální mít první dítě .....	113
Tabulka 5.1	Věkový rozdíl partnerů v okamžiku otěhotnění –nácileté dívky .....	134
Tabulka 5.2	Mezigenerační závislost časných těhotenství .....	137
Tabulka 6.1	Vztah –náciletých matek s otcem dítěte .....	147
Tabulka 6.2	Přání sňatku z perspektivy každého z partnerů .....	151
Tabulka 6.3	Převažující rodinné uspořádání, ve kterém –nácileté matky dospívaly a přítomnost násilí, alkoholismu či sexuálního zneužívání v původní rodině .....	154
Tabulka 7.1	Dokončené vzdělání podle věku při porodu prvního dítěte; respondenty ve věku 18-50 let .....	177
Tabulka 7.2	Dokončené vzdělání podle věku při porodu prvního dítěte; respondnetky ve věku 29-50 let .....	178
Tabulka 8.1	Porovnání normativních hodnot standardizovaného dotazníku sociální opory NSSQ s hodnotami, které byly zjištěny u adolescentních matek .....	203

## Seznam schémat a obrázků

Obrázek 2.1	Podíl umělých přerušení těhotenství z úhrnu těhotenství ženám ve věku 17 let v krajích ČR, 2008 .....	43
Obrázek 2.2	Podíl umělých přerušení těhotenství z úhrnu těhotenství ženám ve věku 19 let v krajích ČR, 2008 .....	44
Schéma 4.1	Faktory ovlivňující použití antikoncepčních prostředků v rámci jednotlivých sociálních systémů .....	85
Schéma 4.2	Využívání antikoncepce adolescentními matkami ve vazbě na reprodukční plány .....	90
Schéma 5.1	Kritické body a východiska těhotenství adolescentů .....	117
Schéma 5.2	Volba mateřství – determinanty figurující v rozhodovacím procesu těhotné -náctileté dívky zjištěné na základě provedených hloubkových rozhovorů .....	122
Schéma 5.3	Plánování rodičovství a přijetí neplánovaného dítěte .....	123
Schéma 7.1	Charakteristiky –náctiletých matek jako predikátory kognitivního a emocionálního opožděného vývoje jejich dětí .....	159
Schéma 7.2	Vzdělání a vzdělanostní aspirace –náctiletých matek ve výzkumu <i>NTŽM (2004)</i> ..	180
Schéma 7.3	Diferenciace životních drah ve vzdělávacím procesu – respondentky s ukončeným základním vzděláním .....	181

## **Kapitola 1**

### **1. Úvod do problematiky**

#### **1.1 Podstata výzkumu a výzkumné otázky**

Zdálo by se, že časně rodičovství je možné označit v České republice za „vymírající a ohrožený druh“. V roce 2008 se stalo matkou ve věku 15-19 let pouze 3 596 žen. Tyto ženy představují asi 11,5 % ze všech žen dané věkové kategorie. Uvědomíme-li si však, že každá z těchto dívek si musela projít jistě nelehkým procesem rozhodování, který ústil v přijetí velké zodpovědnosti ve věku, kdy samy nejsou hotovou osobností a nemají vytvořené základní podmínky pro založení nové rodiny, bude jistě zajímavé se o této skupině žen dozvědět více. Přiblížení životních osudů a strategií –nácitiletých matek nás totiž může poučit a také nasměrovat, jak s danou skupinou, která je často pod institucionálním dohledem a v péči sociálních pracovníků, zacházet či komunikovat, jaké jsou její potřeby a jak poskytnou jim i jejich dětem šanci na důstojný život.

Problematika adolescentních matek není v České republice téměř vůbec zmapována. I to byl jeden z hlavních důvodů, proč jsme zaměřili naši pozornost právě na tuto skupinu žen. Ačkoliv je dnes časně rodičovství vnímáno jako marginální sociální problém, jsme přesvědčeni, že dlouhodobé negativní sociální následky časného rodičovství mohou být stejně závažné, ne-li závažnější v porovnání se společnostmi, kde je rodičovství –nácitiletých více rozšířené, jako např. v USA, Velké Británii či na Novém Zélandu. V současné společnosti je normou odklad rodičovství do pozdějšího věku a menší nukleární rodina zpravidla závislá na dvou příjmech, ve které je profesní kariéra ženy samozřejmostí. V případě –nácitiletých matek tak může docházet k sociálnímu vyloučení, jelikož základními mechanismy sociální inkluze jsou dokončené vzdělání a participace na trhu práce. Odpovědnost k rodině, rodičovství a výchova dětí jsou často společensky podhodnocovány. Ve světle tohoto společenského diskurzu je pak na –nácitileté matky a jejich děti apriori pohlíženo jako na deviantní případy či nechtěné následky jednoho omylu. Přitom by bylo správné si uvědomit, že mladá matka a její dítě tvoří rodinu a pohlížet na ně spíše touto optikou. Otevírá se nám tak svět skupiny žen, která se vyhraňuje oproti svému okolí, a která si „zaslouží“ být samostatným objektem

výzkumu. Zároveň je nutné již v úvodu zmínit, že jsme si vytkli za cíl nepřístupovat k životní situaci dívek a jejich jednání pouze jako k sociálně-problematické oblasti. Nelze však popřít, že kvalitativním výzkumem získaná narativa nás často vrátila zpět do reality, a jen v některých případech lze hovořit o funkční soběstatčnosti matky a schopnostech jejich „významných druhých“ zajistit sobě a dítěti slušné podmínky pro život. Na druhou stranu, jak bude v textu zřejmé, nevyhýbali jsme se ani pozitivním zjištěním, která hovoří ve prospěch –náctiletých matek.

Základem pro analýzu reprodukčních strategií –náctiletých těhotných dívek a matek a následných životních kroků, které musely přijít jako reakce na tyto strategie, bude smíšený výzkum s použitím kvantitativní a kvalitativní metodologie. Kvantitativní analýza agregovaných dat nám poskytne určitý rámec pro detailnější a v této práci stěžejní kvalitativní přístup a poukáže na základní trendy reprodukčního chování –náctiletých žen v České republice. Konkrétně budou v části práce, která čerpá z dat demografické statistiky, analyzovány trendy úrovně plodnosti –náctiletých a změny v počtu a podílu narozených dětí dle legitimacy. Dále bude soustředěna pozornost na změny v úrovni indukované potratovosti této věkové skupiny žen a představeny budou i změny v čase a ve struktuře způsobu ukončení těhotenství. Zmíněné demografické události budou studovány i z regionálního pohledu. Reprodukční strategie jdou ruku v ruce s úvahami o založení rodiny a legitimizací partnerských vztahů. V kvantitativní analytické části tak nebude chybět ani rozbor sňatkového chování –náctiletých žen. Výše uvedené demografické souvislosti budou doplněny ještě o data ze zdravotnické statistiky, která eviduje pravidelnost prenatální péče dle věku, rizikové chování rodiček a porodní hmotnost narozených dětí.

Zatímco kvantitativní výzkum zahrnuje statistickou analýzu, kvalitativní výzkum používá interpretativní metody hledáním témat a pravidelností v narativních datech. Analýza kvalitativních dat nám poskytla odpovědi na rozličné výzkumné otázky, které vzešly ze základní charakteristiky jevu, který je předmětem našeho studia:

*„Přetrvávající rodičovství v raném věku, v době, kdy je informovanost a dostupnost antikoncepčních prostředků na vysoké úrovni a ve společnosti, kde je časování realizace reprodukce odkládáno stále do vyššího věku“*

Kvalitativní výzkum nám umožňuje detailně zhodnotit úvahy –náctiletých těhotných dívek a matek o sexualitě a reprodukčních strategiích. Námi studovaný společenský fenomén se tak díky „vyprávění“ rozmanitých příběhů stává mnohorozměrný a plastičtější. Tato mnohorozměrnost je účinnou prevencí pro vyvarování se unifikovaných soudů a uvíznutí ve stereotypních úvahách o rodičovství –náctiletých.

Práce bude tematicky sledovat linii, která může být označena jako „biografická“ a jejímž středobodem je narození dítěte –náctileté dívky. Nejprve se budeme zabývat sexuální chováním –náctiletých těhotných dívek a matek, tj. chováním, které vedlo k početí dítěte.

Poté bude následovat analýza a popis rozhodovacího procesu a strategií, jakým způsobem dívky na zjištěné těhotenství reagovaly. Po rozhodnutí, jakým způsobem se s těhotenstvím vyrovnat, většinou následují snahy svůj život připravit na příchod dítěte, a to jak z pohledu ekonomického zázemí a bydlení, tak z pohledu emocionální opory. V další části studie tak bude analyzována snaha dívek o zformování rodiny a řešení jejich bytové situace. Zvládnutí péče o dítě a plný pocit zodpovědnosti, který přijde s narozením dítěte, je v životě –náctiletých matek dalším důležitým mezníkem. Připravenost dívek na příchod dítěte na svět, případně jejich reflexe zvládnání každodenních povinností spojených s péčí o dítě a jeho výchovou, je tedy předmětem studia v další kapitole. Biografickou linii práce budou uzavírat dvě kapitoly, které svou podstatou již směřují spíše do budoucnosti. Jedná se o analýzu vzdělanostních a kariérních aspirací –náctiletých těhotných žen a matek a jejich představy a přání do budoucna. Poslední kapitola bude věnována analytickému zpracování dotazníkového šetření na téma sociální opory, které bylo provedeno současně s polostandardizovanými rozhovory. Sociální opora, která prostupuje všechna výše uvedená témata, je důležitou součástí problematiky časných rodičovství a budeme se jí v této kapitole věnovat více do detailu za pomoci standardizovaného výzkumného nástroje NSSQ vyvinutého Jane Norbeck<sup>1</sup>.

Využijme nyní výše uvedenou osnovu k představení výzkumných otázek, které jsme si v souvislosti s danými tematy kladli a které se staly odrazovým můstkem pro kvalitativní analýzu dat. Jak bude řečeno v metodologické části práce, námi provedený kvalitativní výzkum je spíše induktivního charakteru a nesnaží se primárně ověřovat předem dané hypotézy. Pro možnost porovnávat narativa však musel být stanoven alespoň stručný scénář rozhovorů, který byl vypracován na základě předem stanovených výzkumných otázek. Tyto výzkumné otázky jsou spíše orientační a zpravidla nemají kauzální charakter.

***Kapitola: Sexuální a antikoncepční chování matek do dvaceti let.***

- V jakém věku začínají dívky, které otěhotní jako –náctileté, svůj pohlavní život?
- Jak vzpomínají –náctileté těhotné ženy a matky na svůj první pohlavní styk?
- Byl první pohlavní styk plánovaný?
- S kým tuto životní událost prožily? Jednalo se o stálého partnera?
- Používali se svým partnerem ochranu?
- Jaký vliv měl na použití ochrany při styku názor partnera?
- Dokázaly dívky se svým partnerem hovořit o možnostech antikoncepční ochrany při pohlavním styku?
- Jak dívky zacházejí s antikoncepčními prostředky ve svém dalším sexuálním životě?
- Jak dívky hodnotí vliv rodiny, vrstevníků a institucí na jejich odpovědné sexuální chování?

---

<sup>1</sup> Norbeck Social Support Questionnaire (vyvinut 1980, revidován 1981 a 1995)

***Kapitola: Volba mateřství a rozhodovací proces těhotné –náctileté dívky.***

- Jak bylo činěno rozhodnutí o ponechání si dítěte v tak mladém věku?
- Jaké jsou hlavní důvody toho, že se těhotné mladé dívky rozhodnou pro mateřství v sociálním prostředí, které považuje –náctileté matky za špatně připravené, finančně i kognitivně?
- Kdo byl v rozhodování zainteresován?
- Kteří aktéři měli největší vliv na finální rozhodnutí (sociální opora, pochopení)?
- Jakým způsobem probíhala komunikace týkající se rozhodování (přesvědčující, konzultující, participativní, delegování...)?
- Jak si byla dívka jistá svým rozhodnutím (pochybnosti, výčitky, strach)?

***Kapitola: Bariéry a předpoklady vzniku nové rodiny jako samostatné jednotky u –náctiletých matek.***

- Pociťují dívky tlak ze strany rodiny či společnosti přivést dítě do manželského vztahu?
- Jaký je obecně názor dívek na manželství a nesezdaná soužití?
- Jaké typy vztahů můžeme nalézt u –náctiletých těhotných dívek a matek s otci jejich dětí?
- Změnily dívky názor na svého partnera poté, co se musely vypořádat se zodpovědností plynoucí z rodičovství?
- Jaký mají vliv socio-ekonomická situace a bytové podmínky respondentek na jejich partnerské vztahy?

***Kapitola: Reflexe rodičovství a změny životního stylu z perspektivy –náctiletých matek.***

***Péče o dítě***

- Jsou –náctileté těhotné dívky dobře připraveny na zvládnutí povinností, které výchova a péče o dítě obnáší?
- Kde dívky nejčastěji získávají informace, jak správně o dítě pečovat?
- Z jaké strany přichází nejužitečnější pomoc s péčí o dítě (jak funguje rodina, partner, instituce)?
- Jsou dívky vůbec schopny přijmout zodpovědnost, která s narozením dítěte přijde?
- Jakým směrem proběhla změna životního stylu spojená s narozením dítěte (pozitivní či negativní orientace)?
- Shledávají –náctileté dívky mateřství jako věc, která přináší do jejich života radost?
- Je možné, že mateřství zvýšilo některým dívkám sebevědomí a povzbudilo jejich pocit užitečnosti?

***Vzdělanostní aspirace a kariéra***

- Dosahují –náctileté matky v průměru nižšího vzdělání než matky starší?

- Rezignovaly ženy, které otěhotněly do 20 let, na vzdělání ještě před tím, než přišly do jiného stavu?
- Je možné, že je těhotenství záměrným důvodem pro vyvázání se ze vzdělávacího systému?
- Mají –náctileté těhotné dívky a matky ambice pokračovat dále ve vzdělávání i po narození dítěte?
- Za jakých podmínek jsou –náctileté těhotné dívky a matky schopny pokračovat ve studiu, případně studium dokončit?
- Spatřují respondentky své obecně nižší vzdělání za limitující?
- Jakou roli sehrává rodinné prostředí ve vzdělanostních aspiracích studované populace?

***Představy a plány do budoucna.***

- Plánují vůbec –náctileté těhotné dívky a matky svou budoucnost nebo žijí ze dne na den?
- Jaké plány do budoucna jsou mezi –náctiletými matkami prioritní?
- Jsou respondentky s něčím nespokojeny a chtěly by to změnit?

***Kapitola: Sociální opora –náctiletých matek z pohledu empirického výzkumu s použitím standardizovaného nástroje NSSQ.***

- Od koho může dívka čekat materiální a emoční podporu a jakým směrem tato podpora plyne?

Objektem výzkumu jsou tedy –náctileté těhotné ženy a matky. V každém výzkumu je důležité specifikovat a odůvodnit, podle jakých kritérií byl objekt výzkumu vybírán. V našem případě je stěžejní právě věkové vymezení populace, jelikož při studiu reprodukčního a sexuálního chování zkoumáme věkově nespolehlivě definovatelnou životní etapu, která se nachází mezi dětstvím a dospělostí. Otázkou je, v jakém věku se jedinec do tohoto období dostává a kdy z něho vystupuje. V české terminologii by toto období mohlo být označeno jako období dospívání. Není zde však vymezena žádná věková hranice ani právní normou, ani sociálním postavením a ani biologické aspekty nejsou vždy determinující. Tato nejasnost dělicích hranic se v současnosti ještě více prohlubuje. V kulturách některých národů je pro vstup do světa dospělých vymezen přesný věk, kdy jedinec podstupuje tzv. iniciační obřad a skládá zkoušku dospělosti. Také u nás byla tato situace dříve jednoznačnější. Mladý člověk, který uzavřel sňatek nebo vstoupil do zaměstnání, se automaticky pokládal za dospělého. Dnes je však situace rozdílná. Mladí lidé sňatky odkládají a doba, kterou stráví člověk ve vzdělávacím procesu, se zřetelně prodlužuje. Navíc samostatná životní etapa mezi dětstvím a dospělostí často nazývaná jako adolescence až do konce 19. století prakticky neexistovala. Přichází spolu s industriální společností a nezávislostí mladých lidí migrujících do měst (Wilson a Huntington, 2006). Jak tedy přesně určit období mezi dětstvím a dospělostí?



Mnoho zahraničních publikací se zabývá problémem dospívajících jako problémem teenagerů tj. dívkami a chlapci ve věku od 13 do 19 let. Pro zachování tohoto věkového rozmezí hovoří možnost alespoň částečné komparability výsledků se zahraničními zdroji. Užívat pojem „teenager“ by tedy bylo adekvátní, ne však příliš obvyklé v odborném jazyce. České termíny, které by připadaly v úvahu jsou „mládež“ a „dospívající“, oba termíny ovšem vyznívají příliš obecně. V textu tedy bude většinou používán český ekvivalent anglického „teenager“, tedy „-náctiletý“. V některých publikacích je také pojem „mládeže“ stavěn na roveň k pojmu „adolescence“ (VSS, 1996). Termín „adolescence“ je odvozen z latinského slova *adolescere*, jehož český význam je dorůstat, dospívat, mohutnět. Věkové vymezení „mládeže“ je např. podle V. Srba a M. Kučery mezi 14 a 18 rokem věku, kdy dolní hranice je určena dokončením povinné školní docházky a horní nabytím právní subjektivity (VSS, 1996). Podle Petra Macka je v české terminologii adolescence určena věkovou skupinou od 15 do 20 let. Této etapě předchází období pubescence, která je zde definována od 11 do 15 let (Macek, 1999).

Data demografické statistiky často dělí dospívající ženy do věkových kategorií „do 15 let“ a „15-19 let“. Vzhledem k tomu, že se horní věková hranice tohoto rozdělení shoduje i s tzv. –náctiletou populací, bude v této práci používán převážně termín „-náctileté“, případně bude populace našeho zájmu označována také jako „adolescenti“.

## **1.2 Těhotenství adolescentů a jejich časně rodičovství: zdravotní, sociální a ekonomické riziko?**

Domníváme se, že je vhodné v souvislosti s časným rodičovstvím již v úvodu diskutovat, proč je tomuto fenoménu věnována v ekonomicky vyspělých zemích zvýšená pozornost a z jakého důvodu je tato oblast označována jako sociálně problematická.

Snad každá společnost má zájem na zdravém vývoji mladé generace. Znamená to snahu snížit rizikové chování mládeže v mnoha oblastech. Jednou z těchto oblastí je zajistit tzv. reprodukční zdraví v dospívání. Pro úspěšné rodičovství je totiž vhodná zralost-dospělost rodičů jak biologická, tak psychosociální. Reprodukční zdraví v dospívání tedy znamená nepřítomnost jevů jakými jsou např. předčasný sexuální život a s ním časté střídání partnerů nebo nadměrná expozice sexuálně přenosným chorobám a jejich následkům (gynekologické záněty, poruchy plodnosti, mimoděložní těhotenství atd.) (Hamanová, 1998). Patří sem i časná nechtěná těhotenství a ovšem i jejich umělé ukončení. Všeobecně přijímaný negativní postoj v rozvinutých zemích vůči těmto jevům podporuje i mezinárodní usnesení Světové zdravotnické organizace, která těhotenství před 20 rokem pokládá za časně a nežádoucí, přinášející rizika:

- 1) **pro matku:** vyšší nemocnost a úmrtnost související s těhotenstvím a porodem, prohloubení nedostatku některých důležitých látek v těle (železo, jod, atd.), omezení profesního a sociálního vývoje matky
- 2) **pro dítě:** častější nedonošenost, častější novorozeneckou nemocnost, poruchy socializace dítěte
- 3) **pro rodinu:** nepřipravenost a nezralost pro rodičovství, poruchy funkce rodiny, zvýšenou rozvodovost (*Hamanová, 1998*)

Populační komise při OSN shrnula problémy, které s sebou přináší těhotenství v raném věku takto:

- 1) Samotný porod znamená pro -náctiletou matku větší zdravotní riziko než pro dospělou ženu. Dítě -náctileté matky je většinou nedonošené, má nižší porodní hmotnost, a je zde větší riziko úmrtí. Odklad mateřství do věku 20 let a více významně snižuje mateřskou a dětskou úmrtnost.
- 2) Mnoho těhotenství v raném věku, zvláště týkají-li se nevdaných žen, končí umělým přerušáním těhotenství. Umělé přerušování těhotenství v tomto věku je vysoce riskantní a může ohrozit pozdější plodivost ženy.
- 3) Těhotenství a porod omezují další vzdělání a pracovní kariéru mladé matky. Adolescentní matky většinou nedokončí základní či střední vzdělání. Časové požadavky na výchovu dítěte omezují možnost získat zaměstnání a zároveň nedokončené vzdělání limituje budoucí finanční ohodnocení ženy.
- 4) Majetkové poměry -náctiletých rodin jsou výrazně horší než u starších párů, tudíž je jejich dítě značně znevýhodněno. Situace osamocených matek jsou samozřejmě většinou ještě horší. Studie z rozvinutých zemí poukazují na deficit kognitivního rozvoje dítěte. Děti adolescentních matek vyrůstají většinou v neúplné rodině a s větší pravděpodobností inklinují rovněž k těhotenství v raném věku (*World Development Report 1978 – 1997*).

Světová zdravotnická organizace i Populační komise OSN tedy definují těhotenství v raném věku jako závažný sociální problém. V současnosti se však tato problematika diskutuje a zúčastněné strany se snaží objektivně posoudit všechna kritéria týkající se těhotenství adolescentů.

### **1.2.1 Biologická podmíněnost zdraví adolescentních matek a jejich dětí**

Z předcházejících odstavců charakterizujících těhotenství v raném věku je patrné, že těhotenství a porod jsou pro dospívající matku více rizikové než pro ženu starší. Jsou však

výše zmíněná rizika, opravdu způsobeny pouze faktorem věku, jak se zde uvádí? Nejde pouze o falešnou korelaci, za kterou jsou skryty hlubší souvislosti?

Sir Dugald Baird<sup>2</sup>, dnes již klasik na výzkumném poli v oblasti reprodukčního chování, v roce 1967 řekl, že: „Těmi nejlepšími předpoklady pro úspěšné donošení plodu jsou: mládí, zdraví a odpovídající lékařská péče (Morris, 1981).“ Ještě donedávna byl věk 16-19 let považován za fyziologicky ideální věk pro početí dítěte, zatímco matky nad 30 let představovaly problém (Walker et al., 1976). Zdálo by se tedy, že z biologického hlediska, je dospívající žena vhodnou kandidátkou na těhotenství, jestliže bude zdravá a budou pro ni vytvořeny podmínky zajišťující hladký průběh nejen samotného porodu, ale také celého období těhotenství. Toto tvrzení však není tak jednoznačné. V současné společnosti může žena, které je méně než dvacet let, být sice fyzicky dospělá a projít nekomplikovaným porodem, ale na straně druhé, nemusí být dostatečně emocionálně vyspělá, aby byla schopna nést odpovědnost za mateřství, popřípadě manželství. Zůstaňme však nyní u biologických výhod mladé matky. Je totiž dokázáno, že ženy mezi patnáctým a devatenáctým rokem věku nepodstupují větší riziko vzhledem ke svému zdraví a zdraví svých dětí, jestliže jsou pro ně zajištěny adekvátní podmínky, jakými jsou výživa a prenatální péče spolu s příznivou sociální a rodinnou situací (Stern, 1997). Rizikové těhotenství z hlediska věku se vyskytuje pouze u velmi mladých žen, které jsou ve věku ne starším než dva roky po své první menstruaci. To znamená, že přibližně čtrnáctiletá matka představuje možnost rizikovějšího těhotenství oproti ostatním, ne však již matka, které je více než šestnáct let (Stern, 1997).

Rizikovost časných těhotenství by tedy neměla být apriori spojována s biologickým věkem, ale se sociálními, ekonomickými a kulturními podmínkami, ve kterých se těhotná žena vyskytuje. Toto bychom měli mít vždy na paměti, pokud hovoříme o těhotenství adolescentů jako o rizikové záležitosti. Nelze tedy na těhotné –náctileté ženy a matky nahlížet stereotypní a uniformní optikou a rovnou je řadit do škatulky „problematické“. I z tohoto důvodu jsme volili pro bližší poznání fenoménu časných rodičovství v České republice kvalitativní výzkum, jehož hlavní výhodou, kterou představuje rozmanitost a pestrost narativ, jsme se snažili maximálně využít.

### **1.2.2 Je časně rodičovství sociálním problémem a ekonomickou zátěží pro společnost?**

Jako neblahý důsledek těhotenství a rodičovství v raném věku je tedy zmiňována nejen míra zdravotního ohrožení pro matku a dítě, ale i, a to především, sociální a ekonomické znevýhodnění rodin, kde se žena stala tak časně matkou. Jako sociálně patologické je vnímáno zejména přerušení vzdělávacího procesu matky, které později vede k zařazení do

---

<sup>2</sup> Baird, D.: Prerequisites for Successful Childbearing. Medical Services Journal, 23, 1967.  
<http://www.abdn.ac.uk/dugaldbairdcentre/>

nízkopříjmových profesí nebo dokonce k nezaměstnanosti. Děti těchto matek pak tedy většinou pocházejí ze sociálně slabších rodin, které jsou často neúplné, a tudíž závislé pouze na příjmu matky. Ze zahraničních zdrojů je známo (např. *Olausson et al., 2001* nebo *Singh, Darroch a Frost, 2001*), že většina -náctiletých matek má původ v ekonomicky ne příliš silných rodinách a ani jejich děti nebudou s velkou pravděpodobností, podle toho, co již bylo zmíněno, vyrůstat ve stabilních rodinných podmínkách. Lze tedy příjmu tezi o reprodukci chudoby mezi generacemi adolescentních matek? Není tomu dávno, kdy se reprodukce chudoby považovala za neoddiskutovatelný fakt. V posledních dvaceti letech však bylo napsáno mnoho statí a provedeny některé výzkumy, které se snaží objektivně posoudit a porozumět, proč a jestli vůbec jsou časná těhotenství tak závažný sociální problém (*Furstenberg, 1996; Geronimus a Korenman, 1992; Hoffman, 1998*).

Většina pozornosti a publikovaných prací zabývajících se sociálními aspekty časného rodičovství byly iniciovány ne ze zájmu o zdravý vývoj dítěte a rodiny, ale ze zájmu odhadnout ekonomické a sociální výdaje pro společnost (*Furstenberg, 1996*). Poslední studie však poukazují na to, že politika státu zabývající se reprodukčním zdravím, ať již v rámci prevence nebo sociálních dávek, staví na zjednodušených, často nepravdivých avšak populárních závěrech. Jako příklad uveďme již zmíněnou tezi o tom, že časné rodičovství významně přispívá ke koloběhu chudoby z jedné generace na druhou. Proto, aby se snížil počet těhotenství -náctiletých na nejnižší možnou úroveň a investovalo se do preventivních opatření správným směrem, je třeba si uvědomit základní věc, že se porod u -náctiletých žen nevyskytuje náhodně. Důležitou determinantou je skutečnost, že dívka začne velmi brzy sexuálně žít, při pohlavní styku se s partnerem chovají nezodpovědně a pokud otěhotní, rozhodne se donosit dítě až do termínu porodu. Výše uvedené skutečnosti jsou okamžiky, za kterými pravděpodobně stojí již nějaké znevýhodnění v předchozím životě. Pokud budeme hovořit konkrétně, život v nuzných podmínkách, špatné školní výsledky, původ v rodině s omezenými zdroji obživy, deprese a nejistota do budoucnosti jsou jedny z mnoha faktorů, které předcházejí těhotenství v raném věku (*Furstenberg, 1996*). Otázkou však zůstává, zda žena, která vyrůstala v určitých znevýhodněných podmínkách a má dítě mezi patnáctým a devatenáctým rokem života, nebude mít v průběhu života stejný životní standard jako žena, která vyrůstala v totožných podmínkách, ale odložila narození prvního dítěte například o pět let.

Na tuto otázku se pokoušely odpovědět některé studie, které se snažily zmapovat životní dráhy žen pocházejících sice ze stejných podmínek, ale u nichž byla plodnost realizována v různém věku. Na konci osmdesátých let byl ukončen longitudinální výzkum prováděný Frankem F. Furstenbergem (*Furstenberg, 1987*) na populaci těhotných žen do dvaceti let. Výzkum byl realizován ve čtyřech etapách po dobu 18 let. Dotazovány byly jak matky, tak jejich děti, které v poslední etapě longitudinálního výzkumu byly právě v podobném věku, jako když jejich matka byla už těhotná. Šetření bylo zaměřeno především na vzdělání matek,

zařazení do pracovního procesu, závislost matek na sociálních dávkách, schopnost matek najít si životního partnera, socializaci dítěte atd. Otázka vzdělání ženy, která se rozhodne mít dítě velmi mladá, je často diskutovaný problém. Je-li dívka těhotná, musí zákonitě dojít k přerušení vzdělávacího procesu, matka je tedy následně limitována i v případě získání lépe placené práce. Nebyla by však budoucnost dívky podobná, i kdyby neotěhotněla? Musíme se především zamyslet, jestli dívka neopustila školu ještě před tím, než otěhotněla. Výzkum Furstenberga ukazuje, že tomu tak pravděpodobně bylo u většiny později –náciiletých matek. Další možností je, že si žena doplní vzdělání až po narození dítěte a její znevýhodnění v této oblasti se tak zmírňuje. Z Furstenbergova výzkumu vyplývá, že snaha žen zlepšit si své vzdělání není zanedbatelná a řadě z nich se v průběhu výzkumu opravdu podařilo zvýšit si své vzdělání<sup>3</sup>, avšak v porovnání s ženami, které realizovaly plodnost až po svém dvacátém roce, stále nedosahují adolescentní matky tak vysokých podílů ukončeného středoškolského vzdělání.

Pokud jde o ekonomický status a pracovní zařazení adolescentních matek, Furstenbergův výzkum se rozchází s obecně přijatým míněním, že jsou –náciileté matky trvale závislé na sociálních dávkách. Většina sledovaných žen se nestala chronickými příjemci sociálních dávek a mnohé z nich si našly stálé zaměstnání. Studie také poukazuje na to, že ekonomické zdroje velmi determinují úroveň rozvoje dítěte. Podle Furstenbergovy studie byl u 15-16 letých dětí -náciiletých matek zaznamenán oproti ostatním dětem starších matek vyšší podíl těch, které někdy opakovaly ročník, měly kázeňské problémy ve škole, byly někdy zadrženy policií, utekly z domova nebo již měly pohlavní styk. Autor dodává, že ač mají děti adolescentních matek zhoršené životní podmínky, bylo nalezeno jen velmi málo případů, kdy by matky své děti zanedbávaly.

Analýza partnerkých vztahů ukazuje, že svobodné -náciileté matky se sice po porodu snažily uzavřít sňatek častěji než starší svobodné matky, ten byl ale většinou nestabilní a po krátké době se rozpadl. Adolescentní matky zahrnuté v této studii uváděly, že pro ně není právě lehké najít si vhodného partnera. Furstenbergova studie však byla prováděna v sedmdesátých a osmdesátých letech minulého století a lze předpokládat, že se ochota vstupovat do nejistých manželství u –náciiletých matek snižuje. Lze však předpokládat, že i v dnešní době není pro –náciileté matky, které jsou připoutány ke svému dítěti, snadné najít a udržet si vhodného životního partnera.

Jako další šetření, kde byly porovnávány životní podmínky adolescentních matek s ženami, které měly děti v pozdějším věku, uveďme *Geronima a Korenmana (1992)*, kteří se rozhodli porovnávat sestry, které měly své první dítě v rozdílném věku. Svůj záměr odůvodňují tím, že sestry spolu sdílí rodinné zázemí zahrnující mnoho rodinných

---

<sup>3</sup> Z počátečních 50 % středoškolsky vzdělaných –náciiletých matek se jejich podíl v závěrečné fázi výzkumu zvýšil až na 71 %.

charakteristik, které je velmi obtížné nějakým způsobem měřit. Rozdíl v jejich socio-ekonomickém postavení dosaženém v pozdějším věku tak může být způsoben převážně odlišným načasováním prvního porodu. Výsledky porovnávací životní dráhy sester naznačily, že tradiční analýzy přecenily negativní dopady těhotenství adolescentních dívek. Autoři *Geronimus a Korenman* uvádějí, že ačkoliv adolescentní matky s menší pravděpodobností než jejich sestry dosáhly vyššího než středního vzdělání nebo se vdaly, nebyl zaznamenán žádný rozdíl v ukazatelích měřících jejich ekonomický status několik let po porodu.

Musíme si uvědomit, že některé ženy mají opravdu málo co ztratit, pokud budou mít dítě před svým dvacátým rokem. Řada preventivních programů pro práci s rizikovou mládeží tedy upozorňuje na to, že nestačí pouze povzbuzovat mladé ženy, aby své těhotenství odložily, ale musí jim také být nabídnuty alternativy, vysvětlující, proč je tento odklad atraktivní. V této disertační práci však budou zmíněny i případy, kdy těhotenství a mateřství vyprovokovalo pozitivní změnu životního stylu např. skoncování s drogami či alkoholem, případně opuštění původní rodiny, kde byla dívka zneužívána. O pozitivním vlivu mateřství na životní dráhu adolescentních dívek hovoří i některé zahraniční studie např. *Rais et al. (1998)* nebo *Lesser et al. (1998)*. Jiné studie (*Arenson, 1994; Hanna, 2001; Schultz, 2001*) poukazují i na další z příznivých zvrátů, které mohou být důsledkem časného rodičovství, a to např. opětovné navázání vztahu s původní rodinou, nárůst sebevědomí adolescentní dívky, pocit, že život má řád, směr a smysl nebo prostý fakt, že se dívky v mateřství realizují a mateřství je těší a uspokojuje. V této práci se tedy budeme snažit nenásledovat slepě pouze dominantní diskurs týkající se -náctiletých matek, který je vidí v negativním světle a popisuje je prostřednictvím termínů, jakými jsou „selhání“, „nepřipravenost“ nebo „bezohlednost“. Domníváme se, že je důležité posuzovat -náctileté matky i z jejich vlastního pohledu, k čemuž nám dopomůže právě kvalitativní výzkum. Mateřství, které je společností u starších žen vnímáno jako něco „normálního“ nebo dokonce u bezdětných žen vyššího věku jako něco nevyhnutelného, je u -náctiletých žen apriori přirovnáváno k osobní tragédii a velkému omylu. Na závěr úvodních odstavců si tedy zkusme představit, že mateřství může být důstojnou a rozumnou volbou v jakémkoliv věku, pokud je žena schopná se o dítě odpovědně postarat a dát mu svou lásku.

## *Část I*

### *Adolescentní matky podle dat demografické statistiky*

## **Kapitola 2**

### **2. Demografické souvislosti reprodukčního chování adolescentů v České republice**

#### **2.1 Reprodukční chování adolescentů v kontextu vývoje reprodukčních strategií ČR**

Reprodukční chování obyvatel České republiky prošlo od pádu železné opony velmi významnou změnou, která se projevila především dramatickým poklesem celkového počtu narozených dětí v druhé polovině devadesátých let minulého století s jeho opětovným zvyšováním v posledních pěti letech, zvýšením podílu dětí narozených mimo manželství, poklesem intenzity sňatečnosti a zvyšováním průměrného věku při narození dítěte. Skupinou, u které byl zaznamenán nejvýraznější propad počtu narozených dětí, byly ženy nejmladší věkové kategorie do 20 let.

Ohlédneme-li se zpět do minulosti a zvážíme-li vliv totalitního politického režimu, bylo reprodukční chování v bývalém Československu formováno prostřednictvím cílených pronatalitních opatření sice intenzivního, avšak krátkodobého vlivu a na základě specifických ekonomických a sociálních podmínek se demografický vývoj ubíral jiným směrem, než tomu bylo ve vyspělých západních zemích. Charakteristickým rysem odlišným od rodinného a reprodukčního chování v západní Evropě či Skandinávských státech<sup>4</sup> byl velmi nízký průměrný věk matek při narození prvního dítěte (22,5 let v roce 1990). Realizace plodnosti byla koncentrována do mladších věkových skupin s nejvyššími hodnotami plodnosti

---

<sup>4</sup> Pro země střední a východní Evropy byla v období sedmdesátých let typická vyšší plodnost a sňatečnost, nižší věk při prvním porodu a sňatku, vysoká rozvodovost a nízký podíl dětí rodících se mimo manželství. Pro země severní a západní Evropy byla charakteristická nízká plodnost, vyšší průměrný věk při prvním porodu, nižší sňatečnost a také rostoucí rozvodovost (*Palonciová a Matějková, 2004*).

zaznamenanými u žen ve věku 20-24 let. Ani rodičovství 18 a 19letých žen (tzv. starších adolescentů) nebylo výjimkou. Ještě v roce 1990 byla intenzita plodnosti žen ve věku 18 a 19 let vyšší než intenzita plodnosti žen starých 30 a více let. Založení rodiny v časném věku bylo většinou jedinou možnou formou seberealizace a cestou k samostatnému životu. Často se však jednalo o samostatnost značně omezenou skutečností, že mladé rodiny zůstávaly závislé na pomoci svých rodičů. Nepříznivá bytová situace a nedostatečné finanční prostředky mladých rodin způsobily, že se alespoň dočasné bydlení s rodinami rodičů v jednom bytě či rodinném domě stalo v době socialistické éry téměř pravidlem.

Dalšími faktory ovlivňujícími raná těhotenství byly omezený přístup k antikoncepčním prostředkům, jejich nedostatečná propagace a téměř neexistující sexuální výchova o zdravém reprodukčním chování. I když se u skupiny –náctiletých žen jednalo v první řadě o neplánovaná početí a převažovaly předmanželské koncepce, děti mladých maminek se rodily většinou do manželství; v roce 1990 tvořily nevdané ženy do 20 let mezi matkami pouze 18 % (Pavlík, 2003), oproti roku 2004<sup>5</sup>, kdy to bylo již 85 %.<sup>6</sup> V kontextu analýzy změny plodnosti od počátku 90. let do současnosti se právě věková skupina adolescentních dívek v porovnání s ostatními věkovými kategoriemi vyznačuje nejvýznamnější změnou poměru manželsky narozených dětí a dětí narozených nevdaným, v této věkové skupině většinou svobodným, matkám. Společenské klima sedmdesátých a osmdesátých let tedy nebylo nakloněno svobodným matkám, které se často setkávaly se stigmatizací ze strany veřejnosti. Z tohoto důvodu bylo početí dítěte provázeno snahou těhotných dívek samotných, a často i celé jejich rodiny, dítě, které se mělo narodit, co nejdříve legitimizovat sňatkem.

Pokud jde o mezinárodní kontext, lze konstatovat, že se Československo na počátku osmdesátých let řadilo mezi země s vyššími měrami plodnosti starších adolescentů (viz graf 2.1).

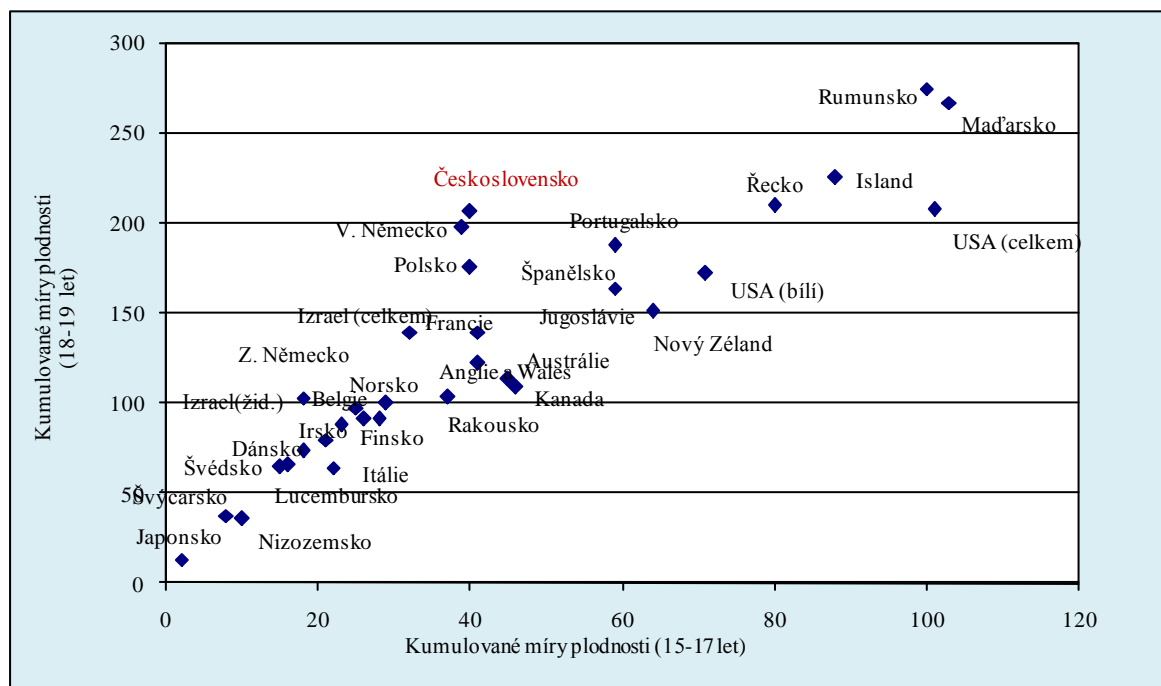
---

<sup>5</sup> Rok 2004 bude v této práci často zmiňován a používán jako referenční rok vzhledem k tomu, že ve stejném roce proběhl kvalitativní výzkum, o jehož výsledky se opírá stěžejní část této práce.

<sup>6</sup> V souvislosti s uvedenými hodnotami je nutné brát v úvahu skutečnost, že v rámci ČR není fakticky možné uzavřít sňatek před šestnáctým rokem věku (§ 13 zákona 94/1963 Sb., o rodině, odst. 1 a 2). Počet narozených dětí matkám ve věku mladším než 16 let je však v ČR minimální.



**Graf 2.1: Vybrané státy podle úrovně kumulativních měr plodnosti mladších a starších adolescentů v roce 1980**



Zdroj: Singh, S., Darroch, E.: *Adolescent Pregnancy and Childbearing: Levels and Trends in Developed Countries. Family Planning Perspectives*, 32 (1), 2000.

Po politickém převratu jsme mezi odborníky svědky nejednotného názoru a četných polemik, zda demografická situace v bývalých komunistických zemích po roce 1990 kopíruje ve zrychleném tempu trendy druhého demografického přechodu, kterým si postupně od 60.let minulého století postupně prošly státy severní a západní Evropy, nebo zda jde svou specifickou cestou, kde můžeme srovnávat pouze některé podobné atributy demografického vývoje. Na počátku nového tisíciletí převažuje názor, že vyspělé evropské státy jsou následovány v mnoha společenských aspektech, nejen v těch reprodukčních, ale především v přijetí podobného životního stylu. Hodnotové systémy mladé generace se díky rozrůznění a růstu příležitostí odlišují od hodnotových systémů lidí o generaci starších; v životním stylu dominuje snaha o seberealizaci, kariérní ambice a celkový přístup k životu často ovládají individualistické hodnoty s určitou dávkou hédonismu (Lipovetsky, 1999). Rodinný život se tak dostává do pozadí a v České republice dochází k prudkému poklesu úhrnné plodnosti až na minimální hodnotu 1,13 v roce 1999 (z 1,87 v roce 1990), roste počet a podíl dětí narozených mimo manželství a zvyšuje se průměrný věk snoubenců při sňatku. Průměrný věk matek při narození prvního dítěte stoupá pozvolna. Z hlediska legitimacy byl v ČR zásadní pokles úrovně plodnosti vdaných žen. Plodnost žen nevdaných se až do konce devadesátých let výrazně nezvyšovala. Na přelomu milénia a v jeho počátku však dochází k mírnému růstu intenzity mimomanželské plodnosti. I tento vývoj přispěl k postupnému nárůstu celkové úhrnné plodnosti až na hodnotu 1,5 dítěte na jednu ženu v roce 2008. Postupné zvyšování úhrnné plodnosti v první dekádě milénia je odrazem nového natalitního chování silných

populačních ročníků žen narozených v druhé polovině sedmdesátých let dvacátého století, které své reprodukční strategie časovaly v širším věkovém pásmu a obecně dochází k odkládání rození dětí do vyššího věku.

Řada zde uvedených demografických trendů je patrná i u věkové skupiny 15 až 19letých žen, avšak s jednou podstatnou výjimkou, a tou je věk matky při narození prvního dítěte. V tomto ohledu jde námi studovaná populace výrazně proti hlavnímu proudu, kde převažuje neustálé oddalování narození prvního dítěte v životě ženy.

## 2.2 Ženy ve věku 15-19 let v absolutních číslech: základní přehled

Před tím, než přejdeme k analýze demografických ukazatelů mapujících reprodukční chování nejmladší věkové skupiny žen, podívejme se stručně na základní statistické údaje v absolutních číslech.

**Tabulka 2.1: Vývoj absolutních počtů žen a vybraných demografických událostí ve sledované věkové skupině**

rok	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Počet žen (15-19 let) k 1.7.	334158	339865	343143	341675	336776	335081	339458	349496	366284	389139
Živě narození (15-19 let)	17 729	17 298	18 146	18 957	18 685	17 852	17 170	17 047	17 715	17 456
UPT (15-19 let)	4 454	5 096	5 441	5 718	6 393	6 561	6 708	9 289	9 860	9 377
Ukončená těhotenství (15-19 let)	24 100	24 446	25 668	26 908	27 269	26 467	25 950	28 371	29 593	28 811
Sňatky (nevěsty do 20 let)	22 452	22 838	23 655	24 928	24 030	22 631	22 641	22 829	23 397	23 743
rok	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Počet žen (15-19 let) k 1.7.	412053	428811	440761	444960	439712	425388	405787	386340	367326	349402
Živě narození (15-19 let)	18 386	20 026	19 696	19 062	14 320	10 595	8 116	6 923	6 030	5 335
UPT (15-19 let)	10 220	10 784	10 719	8 656	6 507	5 266	5 059	4 330	4 259	3 595
Ukončená těhotenství (15-19 let)	30 843	33 009	32 689	29 806	22 399	17 100	14 207	12 223	11 218	9 714
Sňatky (nevěsty do 20 let)	29 205	23 906	24 549	20 158	14 614	10 872	8 070	6 696	5 269	4 037
rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Počet žen (15-19 let) k 1.7.	337312	332396	326915	324140	322481	320052	318580	316379	313123	
Živě narození (15-19 let)	4 451	3 810	3 775	3 687	3 645	3 483	3 471	3 516	3 596	
UPT (15-19 let)	2 990	2 818	2 782	2 640	2 417	2 405	2 269	2 355	2 415	
Ukončená těhotenství (15-19 let)	8 091	7 239	7 129	6 838	6 643	6 447	6 267	6 399	6 577	
Sňatky (nevěsty do 20 let)	3 014	2 404	1 960	1 504	1 393	1 218	1 071	1 063	846	

Zdroj: Demografická příručka 2007 a Demografická ročenka 2008, ČSÚ

Pozn.: Ukončené těhotenství: počet všech ukončených těhotenství porodem živého i mrtvého dítěte nebo potratem.

Studovaná populace žen ve věku 15-19 let byla nejpočetnější<sup>7</sup> mezi lety 1988 až 1998, kdy do tohoto věku dorůstaly ženy narozené v období vysoké natality sedmdesátých let. Vrcholu dosáhl absolutní počet žen ve věku 15-19 let v roce 1993, kdy demografická statistika eviduje 444 960 žen. V současnosti jsou absolutní počty populace žen ve věku 15-19 let na nejnižší úrovni za posledních třicet let a lze předpokládat, že se jejich počet bude, v důsledku nízkého počtu narozených dětí v devadesátých letech minulého století, pravděpodobně ještě po následujících deset let snižovat<sup>8</sup>. V roce 2008 tedy sledujeme 313 123 žen ve věkové skupině 15-19 let, tj. za posledních patnáct let klesl počet žen ve sledovaném věku o necelou jednu třetinu.

Tabulka 2.1 představuje také základní demografické události relevantní pro analýzu reprodukčního chování –náctiletých žen tj. absolutní počet UPT (umělých přerušeni těhotenství), živě narozených dětí a celkový počet ukončených těhotenství. Obecně lze konstatovat, že vývoj absolutních počtů vybraných demografických událostí nekopíruje hned v několika případech vývoj počtu jejich nositelek. Pokud jde o vývoj počtu živě narozených dětí, zásadním zlomem byla změna politického režimu, která s sebou přinesla mimo jiné i různorodost a dostupnost moderních antikoncepčních prostředků. Od roku 1991 tak zaznamenáváme strmý pokles v počtu živě narozených dětí matkám ve věku 15-19 let. Počet živě narozených dětí se mezi lety 1991 a 2001 snížil o neuvěřitelných 80 % (z počtu 20 026 živě narozených v roce 1991 na 3 810 v roce 2001). Od počátku nového milénia dodnes lze pravděpodobně hovořit o dosažení určitého equilibria na velmi nízké úrovni s relativně stabilním počtem dětí narozených adolescentním matkám. Absolutní minimum v celkovém počtu živě narozených dětí nejmladší věkové skupině žen bylo evidováno v roce 2006 (3 471 živě narozených). V posledních dvou letech došlo k mírnému navýšení tohoto počtu a v roce 2008 se živě narodilo v porovnání s minimem z roku 2006 o 125 dětí více.

Sledujeme-li vývoj počtu UPT ve věku 15-19 let, lze konstatovat, že ani nejmladším dívkám se nevyhnuly trendy patrné ve vyšších věkových skupinách, determinované zejména liberalizující se legislativou platnou pro provádění interrupcí (vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 75/1986 Sb.). Zásadní růst počtu umělých přerušeni těhotenství u žen ve věku 15-19 let je tak zřetelný na konci osmdesátých let minulého století, poté co došlo k přijetí výše uvedené vyhlášky. Během dvou let (1986-1988) jsme tak svědky markantního nárůstu UPT o téměř 50 % původního počtu z roku 1986 (6 708 UPT). Maxima absolutního počtu umělých přerušeni těhotenství však populace 15-19letých žen nedosáhla ve stejném roce jako celá populace žen ČR tj. v roce 1988, ale až o tři roky později v roce 1991 hodnotou 10 784 UPT ženám ve věku 15-19 let. Tento vývoj je opodstatněný z hlediska vývoje počtu žen v dané věkové skupině. Po roce 1992 zaznamenáváme, stejně jako v případě živě

---

<sup>7</sup> Za sledované období od roku 1970.

<sup>8</sup> Je možné porovnat s projekcí obyvatelstva České republiky do roku 2065, kterou v roce 2009 vypracoval ČSÚ (<http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/4020-09>).

narozených dětí, konstantní pokles až do roku 2006, kdy počet UPT provedených ženám ve věku 15-19 let klesl až na hodnotu 2 269 UPT. Oproti maximu z roku 1991 se tak tento počet snížil asi na 20 % původní hodnoty. Výkyv směrem vzhůru v posledních dvou sledovaných letech 2007 a 2008 je podobný již zmíněnému výkyvu ve vývoji počtu živě narozených dětí. Oproti roku 2006 bylo provedeno ženám ve věku 15-19 let o 125 interrupcí více.

Zmíněné trendy počtu živě narozených dětí a umělého přerušeni těhotenství jsou základní složkou vývoje celkového počtu ukončených těhotenství. Zvýšení počtu interrupcí v letech 1987 a 1988 se projevilo i v křivce vývoje celkového počtu ukončených těhotenství. Na její další směřování měl pak významný vliv následný prudký propad v počtu živě narozených dětí po celé období devadesátých let. Nejvyšší počet ukončených těhotenství tedy byl v roce 1991, kdy bylo evidováno 33 009 těhotenství žen ve věku 15-19 let. Stejně jako u interrupcí, klesl během patnácti let počet ukončených těhotenství na necelých 20 % hodnoty maxima z roku 1991. V posledním sledovaném roce 2008 bylo ženám ve věku 15-19 let ukončeno ať porodem či potratem 6577 těhotenství.

Absolutní počty sňatků nevěst mladších 20 let se po celá osmdesátá léta udržovaly na poměrně vysoké hladině nad 20 tisíc sňatků ročně. V roce 1990 došlo k jejich jednorázovému nárůstu, který byl způsoben plánovaným rušením výhodných novomanželských půjček k 1.1.1991. Na počátku devadesátých let se navíc do adolescentního věku dostávaly ženy narozené v natalitně silném období druhé poloviny sedmdesátých let. Od roku 1992 dochází k trvalému velmi prudkému poklesu počtu sňatků této nejmladší věkové skupiny. V posledním sledovaném roce 2008 klesl počet sňatků nevěst mladších 20 let až na 846.

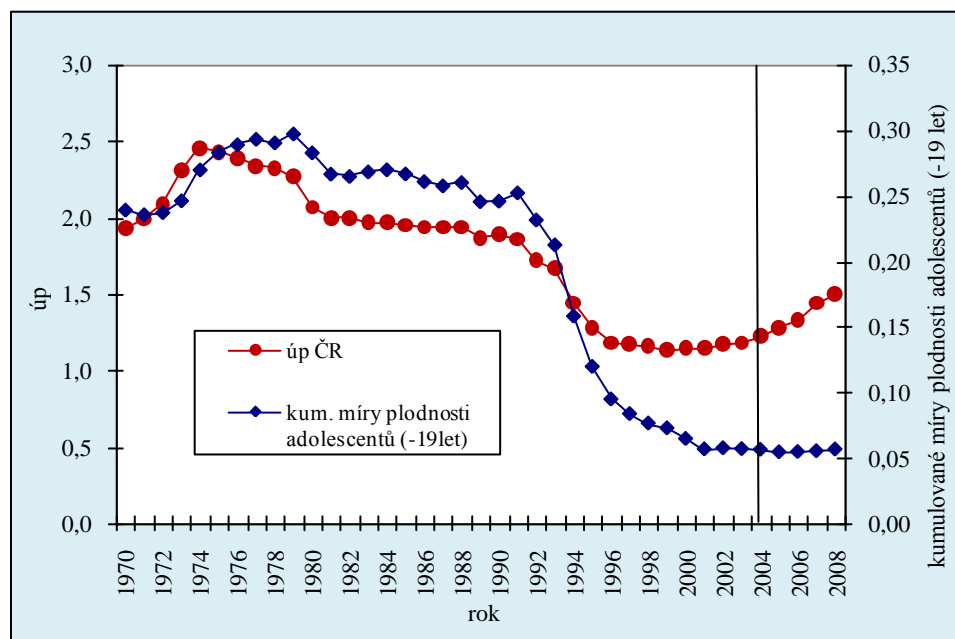
## **2.3 Plodnost žen v životní etapě adolescence**

Křivka trendu plodnosti žen v nejmladší věkové skupině do 20 let vyjádřena kumulativními specifickými měrami ve věku 15-19 let<sup>9</sup> sleduje trend vývoje úhrnné plodnosti celé ženské populace až do poloviny devadesátých let. V roce 1994 nastává zlom a intenzita plodnosti adolescentů do 20 let klesá strměji než úhrnná plodnost všech žen, která se od roku 1996 do roku 2004 stabilizovala okolo hodnoty 1,2 dítěte na 1 ženu. Od roku 2004 dochází ke stabilnímu nárůstu úhrnné plodnosti všech žen a obě křivky se při stagnaci kumulativních měř plodnosti adolescentů od sebe ještě více vzdalují (viz graf 2.2).

---

<sup>9</sup> Kumulované specifické míry plodnosti ve věku 15-19 let budou v textu a v grafech někdy označeny jako úhrnná plodnost adolescentů nebo také úhrnná plodnost žen do 20 let. Terminologicky je toto označení převzato z publikací Guttmacherova institutu (<http://www.agi-usa.org>).

**Graf 2.2: Vývoj úhrnné plodnosti ČR a kumulovaných měr plodnosti adolescentů (-19 let) v České republice 1970-2008**

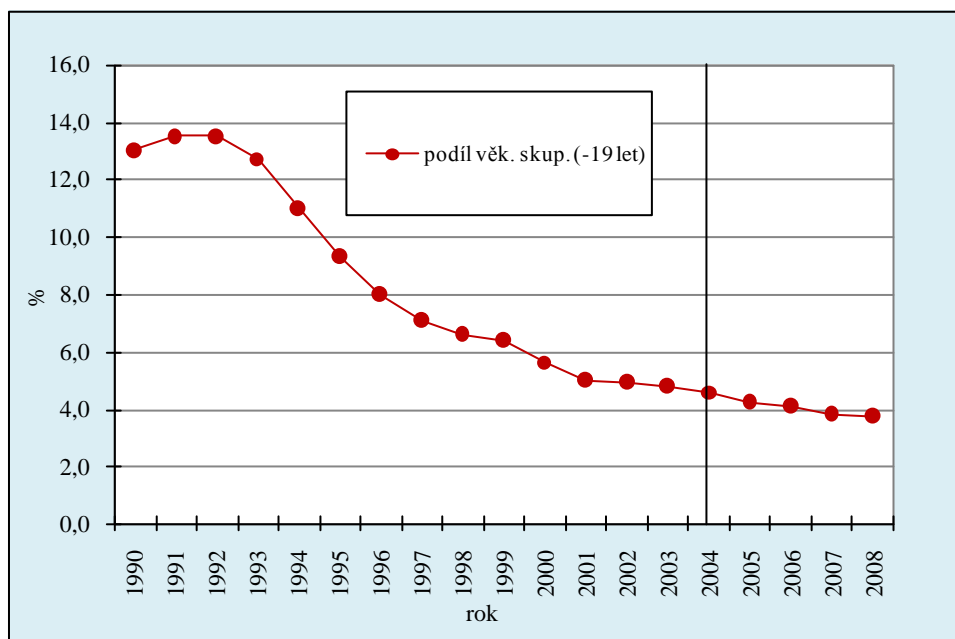


Zdroj: Vlastní výpočty (Pohyby obyvatelstva ČR 1970-2008, ČSÚ) a <http://popin.natur.cuni.cz/html2/index.php>  
 Pozn. Svislá čára protínající osu x a datové body v roce 2004 označuje referenční rok pro kvalitativní výzkum NTŽM 2004.

Diskrepance rychlosti poklesu kumulativních specifických měr plodnosti adolescentů a celkové úhrnné plodnosti v druhé polovině 90. let je patrná i z analýzy podílu plodnosti nejmladší věkové skupiny na úhrnné plodnosti (viz graf 1.3). Počátkem devadesátých let tvořila nejmladší věková skupina téměř 14% podíl na úhrnné plodnosti ČR. V roce 2004 tvoří tento podíl pouze 4,6 % a v posledním analyzovaném roce 2008 pouze 3,8 % .

Je zřejmé, že natalitní opatření z poloviny 70. let ovlivnila i reprodukční chování nejmladší věkové skupiny žen do 20 let. Výrazným momentem, kdy plodnost této věkové skupiny dosáhla maxima, byl rok 1979 (0,29 dítěte na jednu ženu ve věku do 20 let). Sedmdesátá léta v kontextu propopulačního společenského klima jsou výstižným obdobím netradičního charakteru formování rodiny v socialistickém státě. Založení rodiny před politickým převratem totiž nepředpokládalo tradiční posloupnost vzorců chování vedoucích ke sňatku, kterými jsou především získání ekonomické autonomie a vlastního bydlení. Posloupnost těchto vzorců byla v socialistickém státě opačná, sňatek mladých lidí a zejména narození dítěte se často staly podmínkou pro získání vlastního bydlení (státní, obecní a podnikové byty se přidělovaly podle uvážení úředníků na příslušném úřadě, jejichž agendou byly dlouhé pořadníky čekajících na vlastní bydlení).

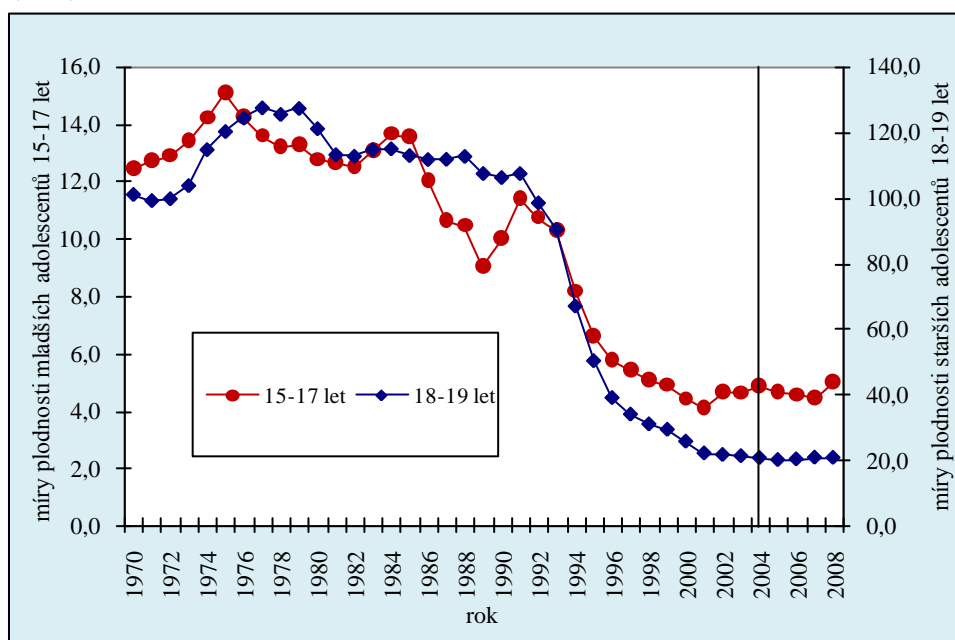
**Graf 2.3: Podíl plodnosti žen ve věku do 20 let na úhrnné plodnosti České republiky 1990-2008, (v %)**



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty (Pohyby obyvatelstva ČR 1990-2008, ČSÚ)

Sňatek a těhotenství partnerky také často předcházely vlastnímu etablování se v profesi. Ženy tak svou profesní kariéru začínaly ve většině případů až po narození prvního, případně druhého dítěte. Pokud tedy žena neplánovaně otěhotněla v 18 či 19 letech, pouze se o málo uspišilo to, co by jí čekalo o dva nebo tři roky později.

**Graf 2.4: Míry plodnosti mladších a starších adolescentů v České republice 1970-2008; průměry, (v ‰)**



Zdroj: Vlastní výpočty (Pohyby obyvatelstva ČR 1970-2008, ČSÚ)

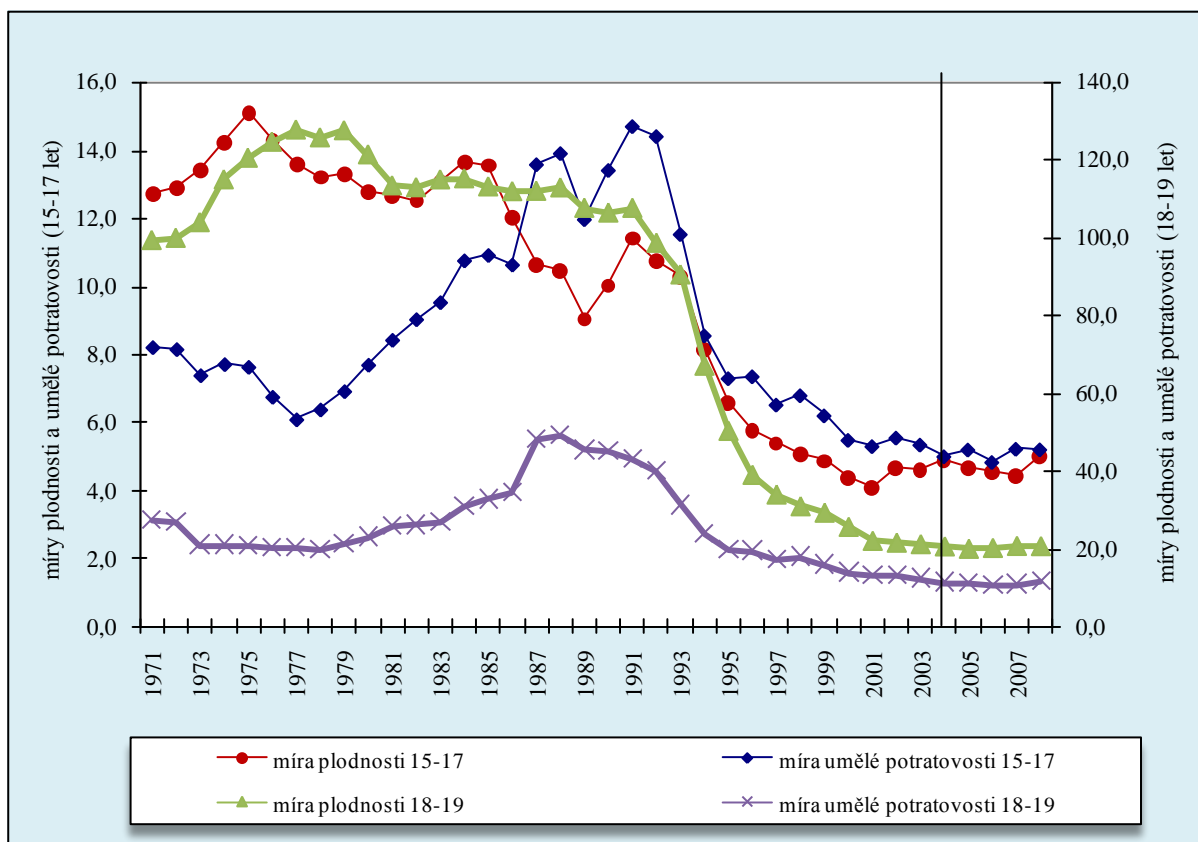
Hodnoty zanesené v grafu 2.4 jsou názorným příkladem toho, že na skupinu adolescentních dívek je nutné uplatňovat diferencovaný pohled. Vývojový trend měr plodnosti ve věkové skupině 15-17 let je více rozkolísaný než vývojový trend specifických měr plodnosti starších dívek.<sup>10</sup> Nejvýznamněji patrný rozdíl sledujeme v letech 1986-1989, kdy intenzita plodnosti 15-17letých dívek prudce klesla z důvodu přijetí nové liberálnější legislativy týkající se interrupcí (zákon č. 66/1986 Sb.), která ruší činnost interrupčních komisí. Některá omezení pro nezletilé žadatelky sice stále přetrvávala, ale celkově se přístup k umělému přerušení těhotenství (UPT) liberalizoval. Velmi mladé těhotné dívky po usnadněném přístupu k umělému přerušení těhotenství tedy volily raději interrupci než mateřství. Index indukované potratovosti se v letech 1987-1990 pohyboval v rozmezí 120-135 interrupcí na 100 živě narozených dětí.

Intenzita plodnosti žen ve věku 18-19 let nebyla přijetím nového zákona o umělém přerušení těhotenství výrazně ovlivněna. Lze se domnívat, že zákon přispěl spíše k uvolněnějšímu sexuálnímu chování, které se projevilo zvýšenými hodnotami úhrnu těhotenství tj. zvýšenou intenzitou indukované potratovosti. Nárůst počtu UPT totiž nebyl kompenzován poklesem intenzity plodnosti této věkové skupiny (srovnej graf č. 2.5).

---

<sup>10</sup> V této práci budeme pracovat s konceptem „mladších“ a „starších“ adolescentů, který dělí skupinu žen podle věku na 15-17leté a 18-19leté. Tento koncept je v souladu s mezinárodní metodikou a data je tudíž možné porovnávat s ostatními státy. Zmíněnou kategorizaci například používá většina analytiků Guttmacherova institutu (<http://www.gi-usa.org>), který se primárně zabývá reprodukčním a sexuálním chováním adolescentů nejen v USA, ale i v ostatních zemích.

**Graf 2.5: Porovnání trendu měr plodnosti a umělé potratovosti u mladších a starších adolescentů v České republice 1971-2008; průměry (v ‰)**

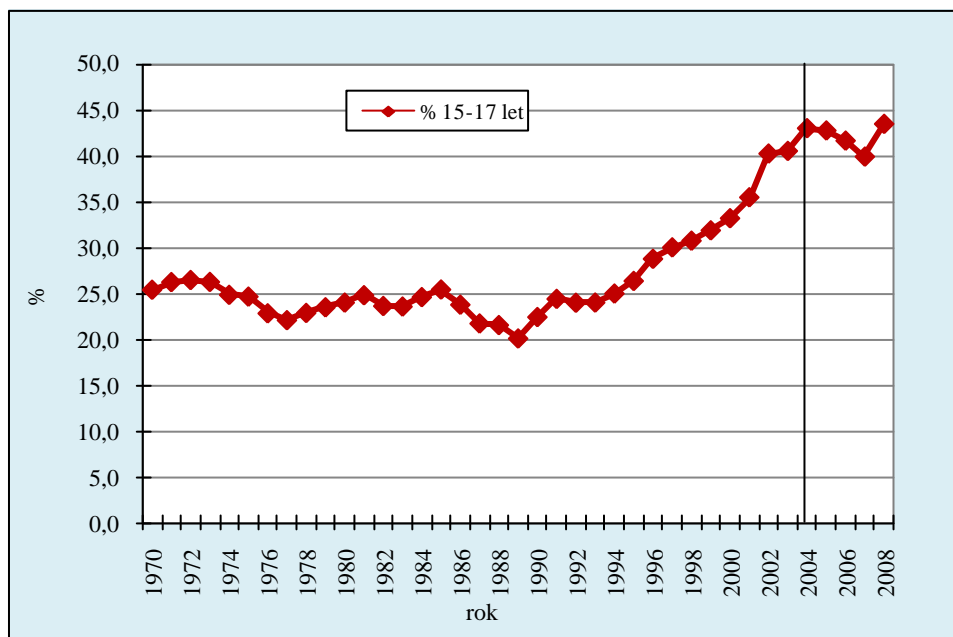


Zdroj: Vlastní výpočty (Pohyby obyvatelstva ČR 1971-2008, ČSÚ)

Snížení intenzity plodnosti mladších adolescentů po přijetí liberalizující legislativy o umělém přerušení těhotenství v roce 1986 snížilo i jejich podíl na zastoupení v míře plodnosti celé věkové skupiny 15-19letých až na 20 % v roce 1989 (viz graf 2.6).



**Graf 2.6: Podíl plodnosti mladších adolescentů (15-17 let) na míře plodnosti žen ve věku 15-19 let, v České republice 1970-2008, (v %)**



Zdroj: Vlastní výpočty (Pohyby obyvatelstva ČR 1970-2008, ČSÚ)

Na počátku devadesátých let se započal prudký pokles intenzity plodnosti u obou studovaných věkových skupin. U 15-17letých žen však tento pokles byl méně výrazný a nebyl schopen vyvážit snížení intenzity plodnosti u starší věkové kategorie. Proto od počátku devadesátých let zaznamenáváme pravidelné zvyšování podílu 15-17letých žen na plodnosti věkové skupiny 15-19letých kulminujícího na úrovni 43 % v roce 2004 (viz graf 2.6). Poté došlo v letech 2005-2007 k přechodnému výkyvu způsobenému mírným poklesem intenzity plodnosti mladších adolescentů, aby v roce 2008 podíl mladších adolescentů na plodnosti sledované skupiny dosáhl opět hodnoty okolo 43 %.

Zatímco těhotenství 15-17leté dívky může být pokládáno za víceméně náhodnou událost a bylo společensky nepřijatelné i za dob totalitního režimu, těhotenství 18-19letých žen bylo zpravidla společensky akceptovatelné a běžné. Politická změna a s ní změna celospolečenská tedy ovlivnily přístup k plánovanému rodičovství u 18-19letých dívek, avšak její dopad byl již nižší u 15-17letých, kde vliv osvěty a informovanosti o zdravém reprodukčním chování zklamal.

**Tabulka 2.2: Míry manželské plodnosti 16-19letých žen podle jednotek věku 1990-2008 v České republice, (v ‰)**

Rok	Věk ženy			
	16	17	18	19
1970	1000,0	800,3	504,6	449,9
1975	1000,0	913,9	602,9	496,4
1980	772,6	865,2	602,3	492,2
1990	1058,5	874,1	539,5	464,8
1991	980,6	926,6	564,1	458,6
1992	1076,9	884,7	576,2	462,9
1993	1265,1	862,3	585,3	464,0
1994	895,1	795,5	553,8	403,8
1995	1088,9	848,2	537,9	398,4
1996	1290,3	787,2	552,9	395,1
1997	1318,2	869,1	543,1	411,6
1998	1314,3	891,5	547,1	423,9
1999	666,7	812,2	568,4	434,5
2000	909,1	904,1	486,9	413,5
2001	521,7	796,5	495,1	379,1
2002	1238,1	754,4	451,5	382,8
2003	736,8	583,3	470,6	353,5
2004	421,1	578,9	469,8	341,9
2005	1466,7	642,0	382,8	344,0
2006	1200,0	560,0	402,9	353,0
2007	1142,9	633,3	380,3	352,3
2008	1600,0	615,4	539,2	328,8

Zdroj dat: 1) Pohyby obyvatelstva ČR 1990-2008, 2) Bilance obyvatelstva ČR podle věku a rodinného stavu 1989-1999, 3) Rychtaříková, 1986.

Míry manželské plodnosti, jak je můžeme sledovat v tabulce 2.2, mají svou výpovědní hodnotu především u analýzy sňatkového chování (viz. subkapitola 1.4). Vysoké hodnoty měr manželské plodnosti –náciiletých dívek dokládají, že motivací pro uzavření manželství u této věkové skupiny je především těhotenství partnerky. U žen ve věku 16 a 17 let odpovídá přibližně počet vdaných žen počtu dětí narozených v manželství. Roční výkyvy u nejmladších věkových kategorií 16-17letých jsou způsobeny velmi malým zastoupením vdaných. U starších dívek (18-19 let) lze konstatovat v průběhu času jednoznačný pokles intenzity plodnosti vdaných žen. Je zřejmé, že pokles plodnosti vdaných žen byl prudší než samotné snižování intenzity sňatečnosti a tedy i podílu vdaných žen v této věkové kategorii. Zatímco podle sčítání 1991 bylo ve věku 19 let vdaných 27,3 % žen, o deset let později tento podíl klesl až na 2,8%. I při tomto výrazném propadu jsme svědky klesajícího trendu manželské plodnosti 19letých žen (viz tabulka 2.3).

**Tabulka 2.3: Podíl vdaných žen z celkového počtu žen ve věku 16-19 let podle SLDB 1980, 1991 a 2001**

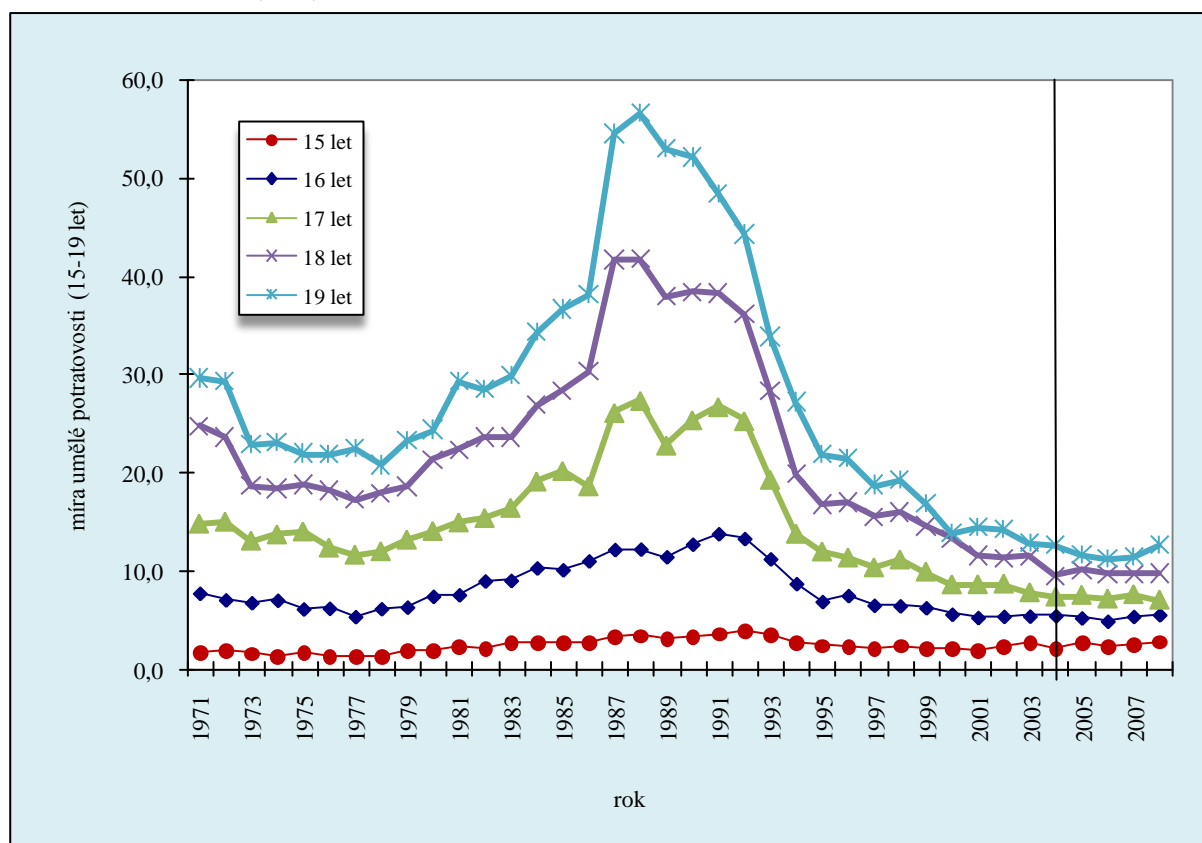
věk	1980 (%)	1991 (%)	2001 (%)
16-17 let	1,5	0,9	0,0
18 let	12,6	11,3	0,8
19 let	29,1	27,3	2,8

Zdroj: Zdroj: ČSÚ, [http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/880036AD05/\\$File/snatecnost.pdf](http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/880036AD05/$File/snatecnost.pdf)

## 2.4 Indukovaná potratovost a struktura ukončených těhotenství žen v životní etapě adolescence

Mladá dívka je s ohledem na svou budoucnost vystavena velmi těžkému životnímu rozhodnutí, zda si dítě ponechat, zvolit interrupci nebo případně, pokud interrupci z různých důvodů nelze nebo nechce provést, dát dítě k adopci. Volba každé z těchto variant s sebou přináší jak rizika zdravotní, tak psychická. Je zřejmé, že každá z těchto voleb je pro mladou dívku krokem do neznáma, a především narození dítěte si vyžaduje naprostou změnu nároků, které jsou na dívku kladeny. Dívka totiž přebírá odpovědnost nejen za dítě, ale mnohdy i sama za sebe.

**Graf 2.7: Míry umělé potratovosti u 15-19letých žen podle jednotek věku v České republice v letech 1971-2008, (v ‰)**

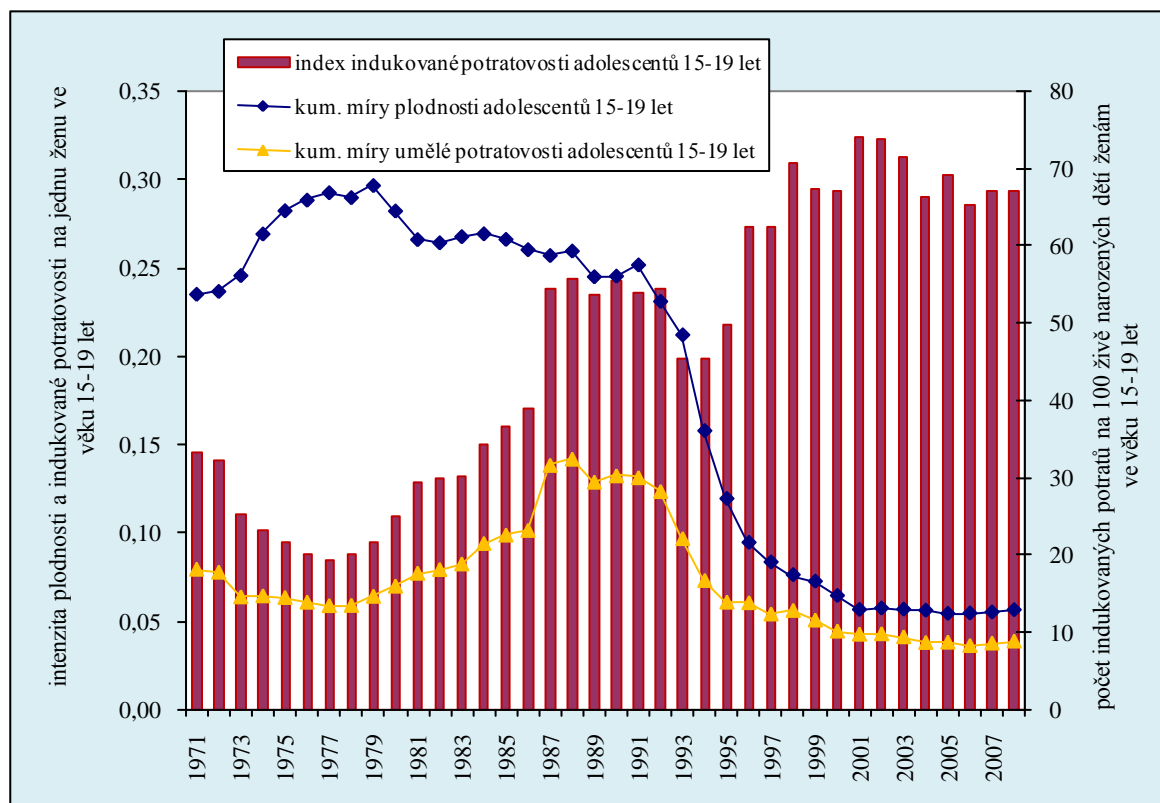


Zdroj: Vlastní výpočty (Pohyby obyvatelstva ČR 1971-2008, ČSÚ)

Rozhodnutí dívky je přímo ovlivněno legislativou, která dívce umožňuje volit v případě neplánovaného těhotenství alternativní možnosti k mateřství. Liberálnost legislativy ve vztahu k interrupcím je předpokladem pro svobodnou možnost volby adolescentní dívky. Vývojové trendy indukované potratovosti jsou v kontextu České republiky úzce vázány na dostupnost a rozšíření vhodných druhů antikoncepce a nepochybně pak také na povědomí populace o možnostech jejich využití.

S koncem totalitního režimu se objevuje více možností kvalitní, bezpečné a snadno dostupné antikoncepce, která umožnila nejen omezit porodnost, ale i plánovat rodinu. Vliv široce dostupné antikoncepce měl v ČR za následek prudký pokles počtu provedených interrupcí, které se před rokem 1989 díky velmi liberální legislativě často používaly jako antikoncepce ex-post. Vývoj specifických měr indukované potratovosti ve věkových skupinách 15-19 let ilustruje graf 2.7. Vysoké hodnoty měr indukované potratovosti ve druhé polovině osmdesátých let odrážejí výše zmíněné uvolnění legislativy týkající se umělého přerušování těhotenství v roce 1986. Jak již bylo řečeno, po tomto zvýšení však nenásledoval pokles intenzity plodnosti ve studované věkové skupině žen (viz graf 2.5 a 2.8). Po roce 1990 jsme svědky jak prudkého poklesu intenzity plodnosti adolescentů, tak intenzity indukované potratovosti. V druhé polovině devadesátých let se obě hodnoty úhrnných ukazatelů k sobě začínají přibližovat a od nového milénia zaznamenáváme podobný počet umělých přerušování těhotenství a živě narozených dětí na 1 ženu. Konkrétní hodnoty v roce 2008 byly 0,04 UPT na jednu žen ve věku 15-19 let, respektive 0,06 živě dítěte na 1 ženu v této věkové kategorii. Propad počtu interrupcí v nejmladší věkové skupině žen byl opravdu strmý, jelikož se počet provedených UPT snížil o celé dvě třetiny. Vztah mezi počtem interrupcí a počtem živě narozených dětí udává ukazatel indexu indukované potratovosti. Ve věkové skupině 15-19letých dívek bylo od počátku sedmdesátých let zjištěno maximum u 15letých dívek v roce 1989 a sice 362 interrupcí na 100 živě narozených dětí. V roce 2004 již v této věkové skupině připadalo na 100 živě narozených dětí 174 interrupcí. Naopak u starších 18-19letých dívek se po celé sledované období hodnota indexu indukované potratovosti udržuje pod hodnotou 100, i když počet interrupcí na 100 živě narozených dětí u starších adolescentů vykazuje stoupající trend od poloviny osmdesátých let až do konce let devadesátých minulého století. V novém tisíciletí pak hodnoty indexu v těchto věkových kategoriích stagnují (v roce 2008 byla hodnota indexu indukované potratovosti 19letých dívek 50 interrupcí na 100 živě narozených dětí).

**Graf 2.8: Vztah indukované potratovosti a plodnosti adolescentů (založeno na kumulativních měřácích) v České republice 1971-2008**

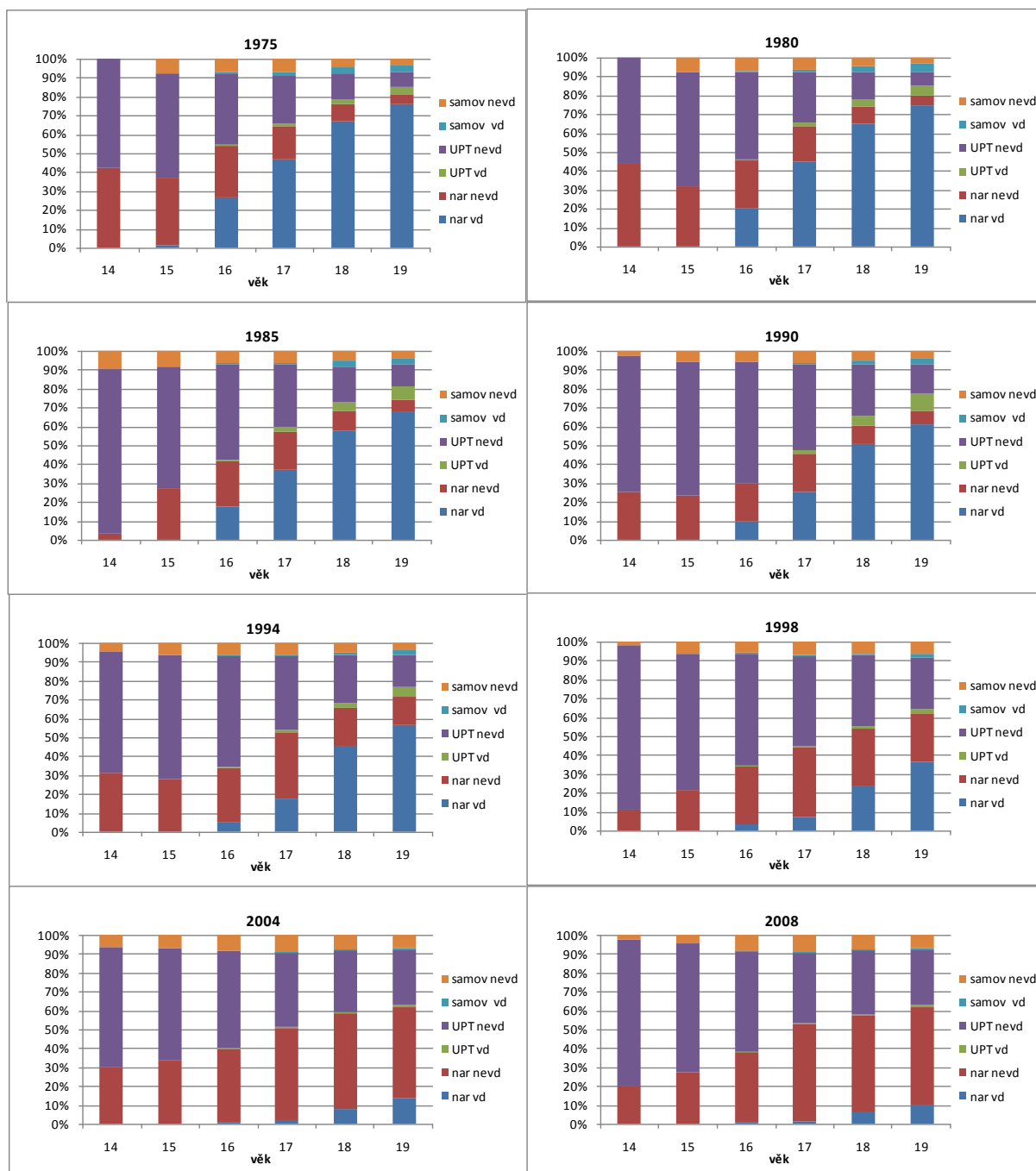


Zdroj: Vlastní výpočty (Pohyby obyvatelstva ČR 1971-2008, ČSÚ)

Kvantitativní zhodnocení rozhodovacího procesu mladé těhotné ženy lze sledovat i ze struktury ukončených těhotenství podle rodinného stavu. Studovanými událostmi byly samovolný potrat, umělé přerušení těhotenství, narození dítěte, a to vždy v třídění podle vdaných a nevdaných žen. Z grafu 2.9 je zřejmé, že je preference způsobu ukončení těhotenství diferencovaná jak podle věku, tak podle jednotlivých časových období. Zatímco v polovině sedmdesátých let ještě u 16letých dívek převažovalo rozhodnutí si dítě ponechat a téměř polovina z nich se rodila do manželství, o tři dekády později volí takto staré dívky především interrupci. Pokud se dívka rozhodne pro mateřství, dítě se rodí téměř vždy svobodné matce. U 17letých dívek je situace velmi podobná, i když ještě v polovině devadesátých let se polovina dětí rodila do manželství, dnes se takto starým matkám rodí v manželství pouze 5 % dětí. Jak již bylo zmíněno, před politickým převratem a významnou změnou reprodukčního chování v průběhu devadesátých let, byla plodnost realizována především v manželství. Podíl mimomanželsky narozených dětí všem ženám byl velmi nízký (1990; 8,6 %). Lze tedy usuzovat, že pod tlakem veřejnosti se i takto mladé dívky a s nimi jejich nejbližší rodina snažily vyhovět a následovat celospolečensky uznávaný vzorec chování, že se dítě má rodit v rámci manželského svazku. U starších dívek (18-19 let) přetrvává až do současnosti preference volby narození dítěte, přestože se podíl narozených dětí z celkového úhrnu těhotenství stále snižuje. Výraznou změnou, která nastala u těchto

věkových kategorií po roce 1990, je prudký pokles podílu manželsky narozených dětí. Ještě v roce 1990 činil u 18letých matek podíl narozených dětí v manželství 83,4 % z celkového počtu všech narozených dětí; u 19letých dokonce tento podíl dosahoval 90 %. V roce 2004 se podíl manželsky narozených dětí snížil až na pouhých 14 % u 18letých žen, respektive 23 % u žen 19letých. Důvody tohoto snížení lze hledat v celospolečenské změně přístupu ke svobodným matkám, kde si již dívka i její okolí uvědomují, že není třeba uzavírat vynucený nestabilní sňatek jen proto, aby dívka nebyla v očích veřejnosti stigmatizována. Dále se jeví jako podstatný vliv změny postavení ženy ve společnosti. Lepší postavení ženy ve společnosti je významným předpokladem pro nezávislé rozhodování o osudu svém i o osudu svého dítěte. Mladá žena raději volí život bez závazků k muži, kterého často nemiluje a který má špatné postavení na trhu práce. Fakt, že se -náctileté matky již nehrnou do neuvážených manželství, je způsoben i generační změnou vnímání rodinných hodnot, kde je tolerováno jak partnerské soužití bez manželského svazku, tak mateřství svobodné ženy. Příčinou poklesu podílu manželsky narozených dětí může být i současný systém sociálních dávek, který je pro svobodné matky do jisté míry příznivější než pro ženy vdané. Rozvoj sociálního státu, který zajišťuje svobodným matkám určitou finanční podporu a tedy i určitou nezávislost na rodičích či otci dítěte, je rovněž důležitým předpokladem pro svobodné rozhodnutí ženy o způsobu ukončení těhotenství.

**Graf 2.9 : Struktura ukončených těhotenství v České republice u 14-19 letých žen ve vybraných letech**



Zdroj: Pohyby obyvatelstva 1975-2008 ČSÚ. Vlastní výpočty

## 2.5 Regionální analýza plodnosti a indukované potratovosti žen ve věku 15-19 let v ČR

Výše uvedenou analýzu plodnosti a indukované potratovosti v ČR jsme se rozhodli doplnit ještě o analýzu stejných jevů na krajské úrovni. Domníváme se totiž, že vliv prostředí a tedy i sociokulturního kontextu je v případě časného rodičovství významný. Sledovat

budeme zejména strukturu ukončených těhotenství podle krajů, tzn. jak se liší u –náctiletých těhotných dívek v jednotlivých regionech rozhodovací strategie, jakým způsobem těhotenství ukončit. Výzkumy v anglosaských zemích ukazují, že v regionech, které jsou považovány za chudší s vyšším podílem rodin s nízkým socio-ekonomickým statusem se spíše –náctileté těhotné dívky rozhodnou si dítě ponechat než podstoupit interrupci. Naopak v bohatších regionech tyto dívky častěji volí umělé přerušování těhotenství (Woodward et al., 2001).

Základní přehled o počtu narozených dětí nejmladším ženám v krajích ČR si můžeme utvořit z procentního rozložení rodiček, jak je eviduje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. V roce 2007<sup>11</sup> připadl nejvyšší podíl rodiček ve věku do 18 let a ve věku 18-19 let z celostátního počtu na kraje Ústecký (17,6 %; 15,0 %) a Moravskoslezský (15,9 %; 15,2 %). Naopak nejnižší zastoupení rodiček v nejmladším věku z celostátního počtu bylo v roce 2007 evidováno na Vysočině (2,9 % do 18 let; 3,3 % ve věku 18-19 let) a ve Zlínském kraji (2,4 % do 18 let; 3,9 % ve věku 18-19 let) (viz tabulka 2.4). Analyzujeme-li věkovou strukturu rodiček v každém z krajů, pak byla nejmladší skupina žen do 20 let nejvíce zastoupena v Karlovarském a Ústeckém kraji, kde představovala 6,5 %, respektive 5,8 % ze všech rodiček. Na druhé straně rodičky ve věku do 20 let byly zastoupeny pouhým 1,5% v Hl. městě Praze a 2,1% ve Zlínském kraji.

**Tabulka 2.4: Rodičky ve věku do 20 let podle kraje bydliště v roce 2007**

	Absolutní počet rodiček ve věku do 20 let		% z celostátního počtu rodiček ve věku do 20 let		% věkové skupiny na celkovém počtu rodiček v kraji		
	do 17 let	18-19 let	do 17 let	18-19 let	do 17 let	18-19 let	do 20 let celkem
Praha	46	160	5,4	6,0	0,3	1,2	1,5
Středočeský kraj	82	266	9,7	9,9	0,6	1,9	2,5
Jihočeský kraj	51	161	6,0	6,0	0,8	2,4	3,2
Plzeňský kraj	38	148	4,5	5,5	0,6	2,4	3,0
Karlovarský kraj	52	168	6,1	6,3	1,5	5,0	6,5
Ústecký kraj	149	401	17,6	15,0	1,6	4,2	5,8
Liberecký kraj	46	133	5,4	5,0	0,9	2,7	3,7
Královhradecký kraj	40	138	4,7	5,2	0,7	2,3	3,0
Pardubický kraj	32	130	3,8	4,9	0,6	2,3	2,9
Vysočina	25	89	2,9	3,3	0,5	1,7	2,2
Jihomoravský kraj	74	224	8,7	8,4	0,6	1,9	2,5
Olomoucký kraj	59	147	6,9	5,5	0,9	2,2	3,0
Zlínský kraj	20	105	2,4	3,9	0,3	1,8	2,1
Moravskoslezský kraj	135	407	15,9	15,2	1,0	3,1	4,1
Celkem	849	2677	100,0	100,0	0,8	2,4	3,1

Zdroj: Rodička a novorozenec 2007, ÚZIS

Jak ukazuje graf č.2.10 je úroveň plodnosti a indukované potratovosti nejmladší věkové skupiny žen z hlediska krajů ČR poměrně výrazně diferencovaná. Z křivek obou ukazatelů v posledním sledovaném roce 2008 je zřejmé, že diferenciaci je zřetelnější u hodnot měř plodnosti než u hodnot měř indukované potratovosti, u kterých došlo během posledních deseti

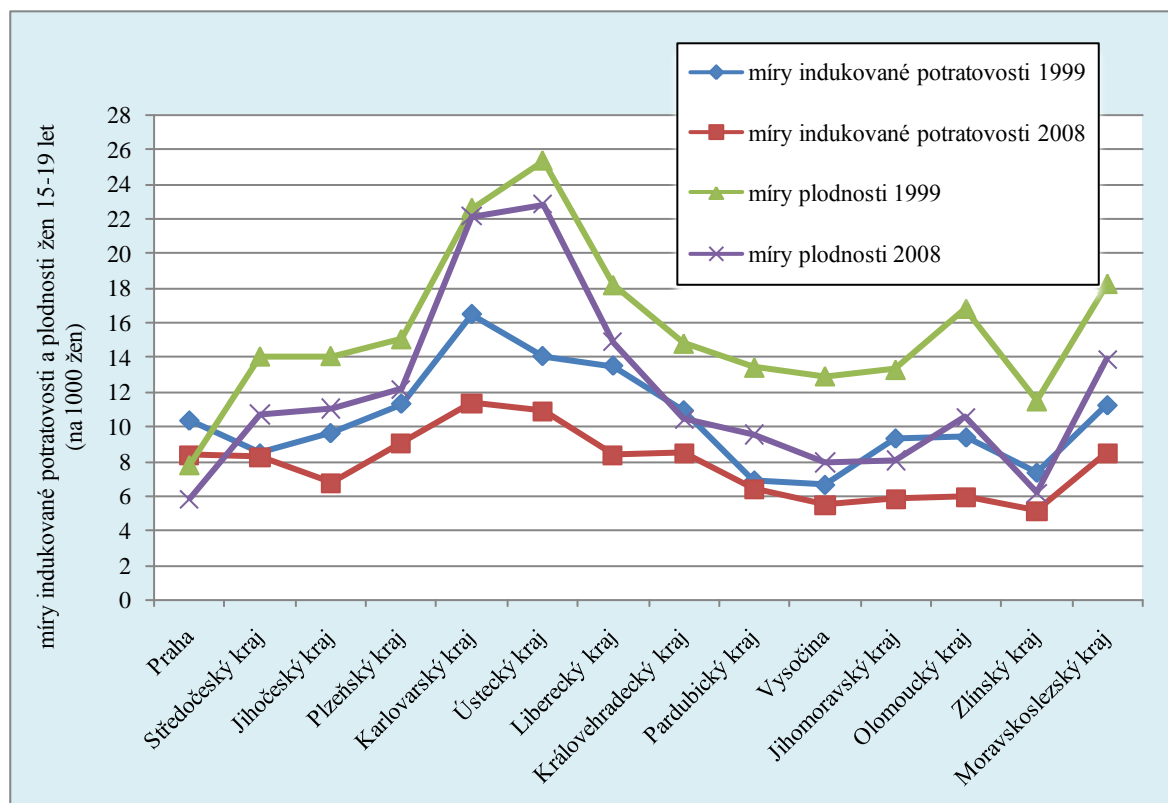
<sup>11</sup> Poslední rok, za který jsou data publikována.



let v rámci krajů k určité nivelizaci. Nejvíce vystupují, pokud jde o plodnost a indukovanou potratovost adolescentů, kraje Karlovarský a Ústecký, kde byly hodnoty obou ukazatelů jednoznačně nejvyšší. V roce 2008 se dívkám ve věkové skupině 15-19 let živě narodilo 22,8 dětí na 1000 žen této věkové skupiny v Ústeckém kraji a 22,1 dětí v kraji Karlovarském. Přestože téměř ve všech regionech došlo během posledních deseti let k výraznému poklesu intenzity plodnosti nejmladší věkové skupiny žen, v těchto krajích s nejvyšší intenzitou obou ukazatelů se situace oproti roku 1999 změnila jen minimálně. Relativně vyšší průměrné míry plodnosti adolescentních žen byly v roce 2008 zaznamenány ještě v Libereckém a Moravskoslezském kraji, a to na úrovni 14,9, respektive 13,9 živě narozených dětí na 1000 žen ve věku 15-19 let. Naopak nejnižší míry plodnosti žen ve věku 15-19 let si po celé desetileté období udrželo hlavní město Praha a Zlínský kraj. V Praze byla míra plodnosti nejmladší věkové skupiny žen v roce 2008 rovna pouhým 5,8 živě narozeným dětem na 1000 žen dané věkové skupiny a ve Zlínském kraji byla tato hodnota jen o tři desetiny vyšší.

Míry indukované potratovosti u žen ve věku 15-19 let klesly během posledních deseti let téměř ve všech krajích s výjimkou krajů Středočeského, Pardubického a Vysočiny, kde již na konci devadesátých let minulého století byla intenzita umělé potratovosti na velmi nízké úrovni. Největší pokles intenzity umělé potratovosti zaznamenáváme v Karlovarském a Libereckém kraji. I přes tento příznivý trend však byla intenzita indukované potratovosti v Karlovarském kraji v roce 2008 stále nejvyšší. Nejnižší hodnoty tohoto ukazatele byly v roce 2008 zejména na Moravě – v krajích Zlínském, Olomouckém, Jihomoravském a na Vysočině (tj. v převážně zemědělských a religioznějších krajích). Pouze v Praze byla míra indukované potratovosti žen ve věku 15-19 let vyšší než míra plodnosti stejné věkové skupiny.

**Graf 2.10: Míry plodnosti a indukované potratovosti u žen ve věku 15-19 let v jednotlivých krajích ČR v letech 1999 a 2008, průměry, (v ‰)**



Zdroj: ČSÚ, Vlastní výpočty.

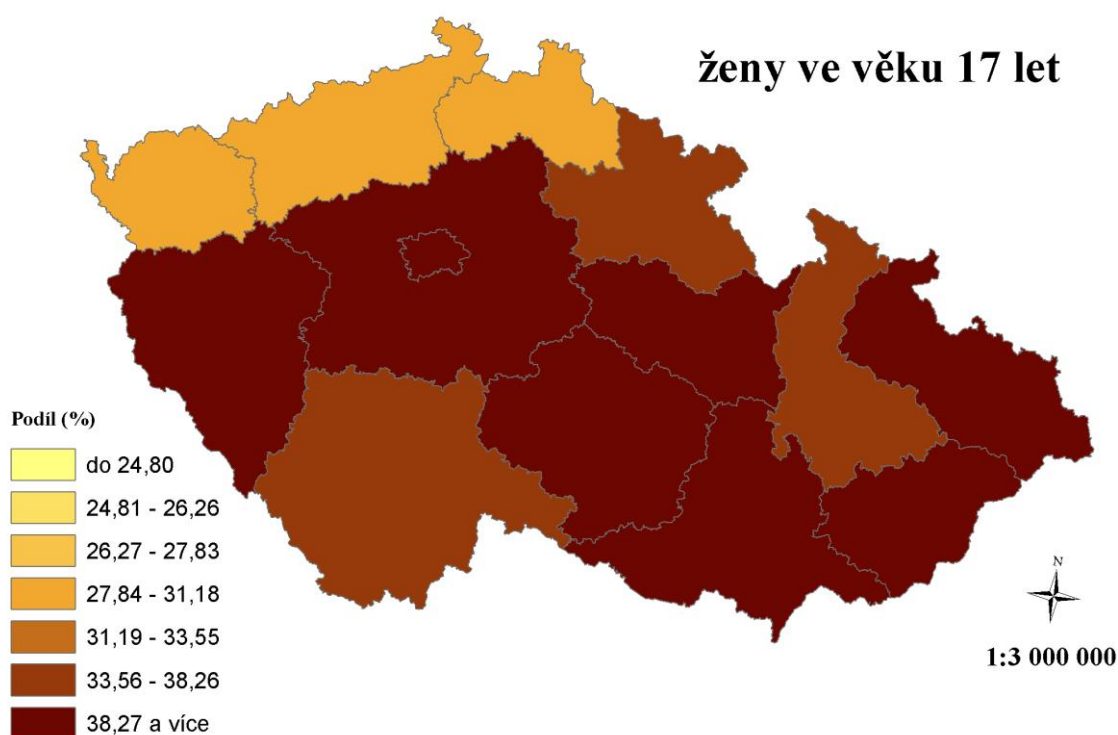
Obecně lze tedy shrnout, že pokud má v krajském porovnání určitý region relativně vyšší intenzitu plodnosti věkové skupiny 15-19 let, pak má i relativně vyšší intenzitu umělé potratovosti stejně starých žen; tj. vykazuje celkově vyšší míru úhrnu těhotenství.

Posuny ve struktuře ukončených těhotenství od počátku devadesátých let minulého století jsou podobné těm popsaným na celostátní úrovni v kapitole 2.4 zejména pokud jde o poměr narozených vdaným a nevdaným ženám. Pro ilustraci jsme vybrali způsob ukončení těhotenství dívek ve věku 17 a 19 let v letech 1992, 1998 a 2008. Zatímco v roce 1992 se rodily děti ženám ve věku 19 let v naprosté většině do manželství<sup>12</sup> (zvýšený podíl narozených nevdaným ženám byl zaznamenán pouze u Ústeckého a Karlovarského kraje, kde ze všech narozených dětí tvořily děti narozené nevdaným ženám 23 %, respektive 28 %), v roce 1998 se podíly dětí narozených nevdaným výrazně zvyšují a o deset let později jsou děti narozené v manželství stejně vzácné, jak tomu bylo u dětí narozených mimo manželství na počátku devadesátých let. Ještě v roce 1998 bylo možné sledovat územní rozdíly pokud jde o strukturu dětí narozených vdaným a nevdaným 19letým ženám s tím, že se zachovaly vyšší podíly narozených nevdaným ženám v již zmíněném Ústeckém a Karlovarském kraji. Vyšší podíly narozených nevdaným byly na konci devadesátých let zaznamenány ještě v Praze a

<sup>12</sup> Ve většině krajů se podíl dětí narozených nevdaným ženám pohyboval okolo 10 %.

v Moravskoslezském kraji. Naopak po celá devadesátá léta se relativně častěji rodily děti do manželství na Vysočině a ve Zlínském kraji<sup>13</sup>. Jak je z grafu 2.11 zřejmé, změny rodinného chování se dotkly všech krajů a v současnosti je vhodné hledat spíše opačné specifikum a sice, ve kterých krajích se ještě rodí děti mladých matek do manželství. V roce 2008 byl dle regionální analýzy nejvyšší podíl narozených dětí vdaným devatenáctiletým matkám ve Zlínském kraji (32 % ze všech narozených dětí), Praze (27 %) a Královéhradeckém kraji (24 %).

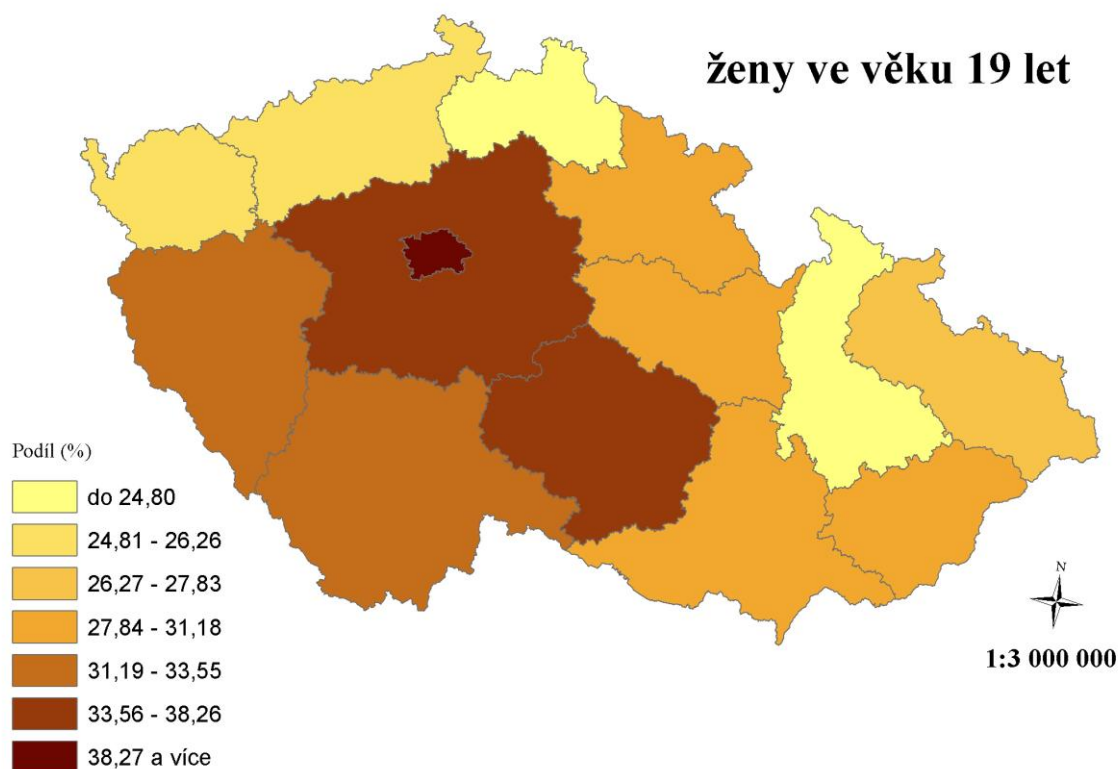
**Obrázek 2.1: Podíl umělých přerušení těhotenství z úhrnu těhotenství ženám ve věku 17 let v krajích ČR, 2008**



Zdroj: ČSÚ, Vlastní výpočty

<sup>13</sup> V roce 1992 byl podíl dětí narozených vdaným ženám ve věku 19 let 95 % ze všech narozených dětí. V roce 1998 byly hodnoty tohoto ukazatele stále relativně vysoké, a to 77 % ve Zlínském kraji a 79 % na Vysočině.

**Obrázek 2.2: Podíl umělých přerušení těhotenství z úhrnu těhotenství ženám ve věku 19 let v krajích ČR, 2008**



Zdroj: ČSÚ, Vlastní výpočty

Pokud jde o poměr narozených dětí k počtu umělých přerušení těhotenství, pak situace v České republice do určité míry potvrzuje předpoklady zmiňované v úvodu. V bohatších regionech<sup>14</sup> jakými jsou Praha, Plzeňský kraj a Středočeský kraj bylo umělé přerušení těhotenství jak u 17letých, tak u 19letých žen upřednostňováno oproti narození dítěte častěji než v ostatních regionech. V roce 2008 skončilo v Praze umělým přerušením každé druhé těhotenství, a to jak u 17letých žen (55 %), tak u 19letých žen (49 %). Praha je specifická zejména takto vysokým podílem UPT u „starších“ adolescentních matek. Kraje Vysočina, Středočeský a Plzeňský kraj, které obsadily pomyslnou druhou až čtvrtou příčku, měly hodnoty podílu UPT na celkovém počtu těhotenství u 19letých již výrazně nižší, a to okolo 35 %. Na opačném konci zmiňovaného žebříčku krajů s nejvyšším podílem narozených tj. nejnižším podílem UPT ve struktuře ukončených těhotenství se v roce 2008 nacházely kraje spíše s obecně nižší životní úrovní obyvatel. V Karlovarském a Ústeckém kraji bylo mezi 17letými dívkami narozením dítěte ukončeno těhotenství v 63%, respektive 62% případů. U stejně starých dívek pak bylo rozhodování ve prospěch narození dítěte ještě častější v kraji

<sup>14</sup> „Bohatší“ a „chudší“ regiony jsou rozlišovány na základě životní úrovně měřené „čistým disponibilním důchodem domácností“ a „hrubým domácím produktem“ na obyvatele. Pořadí jednotlivých krajů ve vybraných letech lze sledovat na stránkách ČSÚ. ([http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/78003484BB/\\$File/13820905.pdf](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/78003484BB/$File/13820905.pdf))

Olomouckém, Libereckém a na Vysočině. U starších, 19letých dívek, se regionální rozložení s výjimkou situace na Vysočině podobá rozložení popsanému u 17letých dívek ovšem s tím, že difference mezi kraji nejsou tak velké.

**Graf 2.11: Struktura ukončených těhotenství v krajích ČR u 17 a 19letých žen ve vybraných letech**



Zdroj: ČSÚ, Vlastní výpočty

Změny způsobu ukončení těhotenství v čase jsou poměrně zřetelné zejména u mladších dívek. U 17letých dívek totiž můžeme sledovat určitou slabou tendenci návratu k upřednostnění ponechání si dítěte na úkor umělého přerušování těhotenství. Ve většině krajů došlo v porevolučním období během devadesátých let k poklesu podílu narozených dětí z úhrnu těhotenství. Během posledních deseti let se však rozhodování mění a preference těhotných dívek pro narození dítěte se opět zvyšují. Tento vývoj byl zaznamenán zejména na

Moravě a v severních Čechách, celkem v 8 krajích (Praze, kraji Karlovarském, Ústeckém, Libereckém, Pardubickém, Jihomoravském, Olomouckém a Zlínském).

Pokles zastoupení UPT na celkovém počtu těhotenství byl nejvíce markantní v Praze, přestože hlavní město stále v porovnání s ostatními kraji vykazuje u 17letých dívek nejvyšší podíl ukončení těhotenství interrupcí. Zatímco v roce 1992 ukončily interrupcí své těhotenství více než dvě třetiny 17letých dívek, v roce 2008 stejně řešila své těhotenství jen každá druhá stejně stará dívka. Pokud jde o vývojové tendence ve struktuře ukončených těhotenství u starších 19letých dívek, došlo v průběhu devadesátých let k poklesu preference ukončení těhotenství porodem, a to ve všech krajích. Největší změnu vykazoval Ústecký kraj, kde v roce 1992 skončilo umělým přerušáním pouze 10 % těhotenství a o šest let později se tento podíl zvýšil až na 40 %. Stejně jako u 17letých dívek prošlo i u starších adolescentních žen rozhodování určitou změnou a zastoupení žen, které ukončily těhotenství narozením dítěte, se začalo v některých krajích opět zvyšovat. V roce 2008 tak podíl narozených dětí z celkového úhrnu těhotenství stoupl v kraji Karlovarském, Ústeckém, Libereckém, dále pak v Praze, Jihočeském kraji, Plzeňském a Olomouckém.

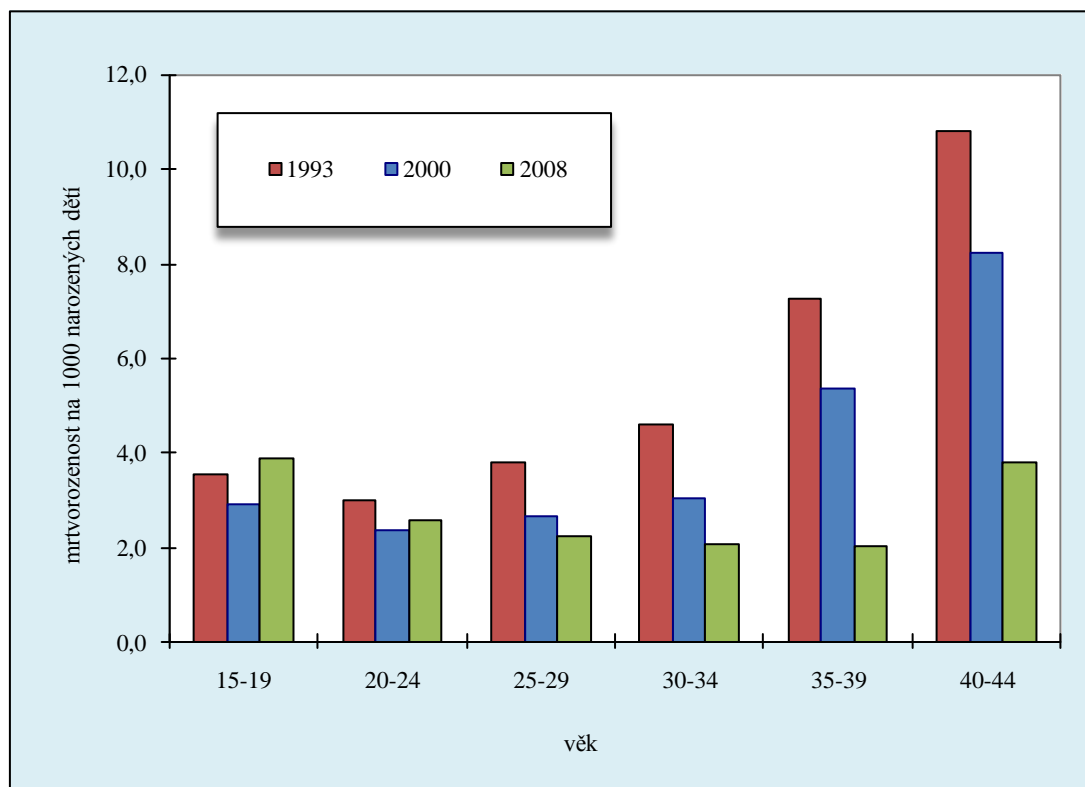
Z výše uvedené analýzy vyplývá, že rodinné chování je do určité míry determinováno i ekonomickou úrovní regionu. Není to však jen samotný fakt, zda jde o region bohatší či chudší, ale v úvahu je nutné brát i souhrn dalších faktorů, jakými jsou religiozita regionu, etnické složení jeho obyvatelstva, jeho vzdělanostní struktura či životní styl (převažující venkovský či městský způsob života). Vliv ekonomické úrovně regionu tedy lze považovat spíše za zprostředkovaný a lze usuzovat, že jsou to právě vyhlídky na dobré vzdělání a pracovní uplatnění, které hrají důležitou roli při rozhodování o způsobu ukončení těhotenství. Navíc jde o socio-kulturní prostředí jako celek a vzájemné interakce ve společnosti. V prostředí, které vyzdvihuje vzdělání a kariéru, je těžké se rozhodnout pro rodinu v mladém věku a naopak v prostředí, kde se máte možnost častěji setkat s velmi mladými rodiči, je zase snadnější následovat jejich způsob života. Mezi kraji České republiky tak zřetelně vystupuje hl.město Praha jako nositel způsobu života s akcentem na vzdělání, kariéru, dobré ekonomické zajištění a neomezené možnosti životních stylů. Na druhé straně pak stojí zejména Ústecký a Karlovarský kraj jako jedny z nejchudších regionů s vysokým podílem romské populace a s předpokládanými limity pokud jde o vzdělání a dobře placenou práci.

## **2.6 Rizika pro matku a dítě: vybraná data zdravotnické statistiky**

Již v úvodu jsme se prostřednictvím stanoviska OSN a Světové zdravotnické organizace k rodičovství –náciťetých matek dostali k problematice zdravotních rizik spojených s těhotenstvím a porodem v časném věku. Ověřme si tedy jejich platnost na aktuálních datech pro Českou republiku.

**Mrtvorozenost** se v České republice pohybuje od poloviny devadesátých let minulého století na velmi nízkých hodnotách okolo 3 ‰ a v současnosti (2008) dosahuje dokonce hodnoty 2,2 ‰. Pozice –náctiletých těhotných žen je vůči ostatním v průběhu posledních patnácti let rozkolísaná, ačkoliv lze za tímto vývojem tušit určité souvislosti. V roce 1993, kdy byla intenzita plodnosti žen ve věku 15-19 let ještě na relativně vysoké úrovni, nebyla mrtvorozenost této věkové skupině zdaleka nejvyšší a z celkového počtu narozených byl podíl mrtvě narozených vyšší již u žen 25letých a starších (viz graf 2.12). Zatímco v roce 1993 byla mrtvorozenost u 15-19letých dívek 3,6 ‰, u starších žen ve věku 30-34 let to bylo již 4,6 ‰ a ve vyšší věkové kategorii 35-39 let dokonce 7,3 ‰. V průběhu posledních patnácti let spolu se zvyšujícím se průměrným věkem rodiček a modernizací prenatální péče však mrtvorozenost u starších žen významně klesá. V roce 2000 jsme tak zaznamenali u žen ve věku 15-19 let mrtvorozenost na úrovni 2,9 ‰, což bylo na podobné úrovni jako u žen ve věku 35-39 let. U žen starších byla mrtvorozenost ještě stále relativně vysoká, a sice 5,4 ‰ u žen ve věku 35-39 let a 8,2 ‰ ve věku 40-44 let. V roce 2008 však nejmladší věková skupina rodiček přebírá prvenství, jelikož úroveň mrtvorozenosti byla dokonce vyšší než u nejstarší věkové skupiny. V roce 2008 bylo u žen ve věku 15-19 let zjištěna nadprůměrná hodnota mrtvorozenosti 3,9 ‰, což je hodnota na úrovni mrtvorozenosti žen nejstarší sledované věkové kategorie 40-44 let (3,8 ‰). Z výsledků je zřejmé, že modernizace zdravotnictví a nové poznatky v oblasti prenatální péče věkovou skupinu žen ve věku 15-19 let příliš nezasáhly. Lze se domnívat, že spolu se snižujícím se počtem těhotenství –náctiletých se zvyrazňují specifika této skupiny žen. Pravděpodobně jde totiž o dívky původem ze sociálně slabého prostředí s inklinací k rizikovému chování, které se snaží své těhotenství dlouho tajit či ignorovat. Patrně tak dochází k nedostatečné prenatální péči, což lze považovat za jeden z důvodů vyššího počtu mrtvě narozených dětí. Dalším důvodem mohou být i sklony k nižší odpovědnosti za své zdraví a zdraví dítěte způsobené méně rozvinutými kognitivními schopnostmi a sklony pokračovat v rizikovém chování (např. kouření) i v průběhu těhotenství.

**Graf 2.12: Mrtvorozenost v ČR (na 1000 narozených dětí) podle věku matky v letech 1993, 2000 a 2008**



Zdroj: Pohyby obyvatelstva 1993, 2000 a 2008, ČSÚ

Jiným ukazatelem, ve kterém se pravděpodobně odráží sklony k rizikovému chování i během těhotenství, je **porodní hmotnost narozených dětí**. Z grafu 2.13, kde můžeme sledovat průměrnou porodní hmotnost narozených chlapců a dívek matkám různého věku v letech 1993 a 2008, je zřejmé, že v obou sledovaných letech byla průměrná hmotnost dětí narozeným matkám v nejmladších věkových skupinách jednoznačně nejnižší. Podle MUDr. Evy Račanské, Ph.D.<sup>15</sup> se lze domnívat, že nízká porodní hmotnost dětí –náciťetých matek je způsobena zejména nedodržováním doporučených dietních opatření, kdy těhotné dívky nepřijímají v potravě dostatek živin nutných ke správnému vývoji plodu. Jak již bylo řečeno, k nižší porodní váze dětí přispívá i vysoké procento kuřáček v této věkové skupině těhotných<sup>16</sup>. Podíl kuřáček mezi rodičkami klesá se zvyšujícím se věkem. Vyšší podíl kuřáček mezi mladými matkami dokládají data ÚZIS z roku 2007, kde jedna čtvrtina z rodiček do 18 let uvedla, že kouří. O tři procentní body bylo zastoupení kouřících matek nižší u 18-19letých žen. U starších rodiček jsou podíly kuřáček výrazně nižší, a sice 4,3 % u rodiček ve věku 25-29 let a 3,1 % ve věku 30-34 let.

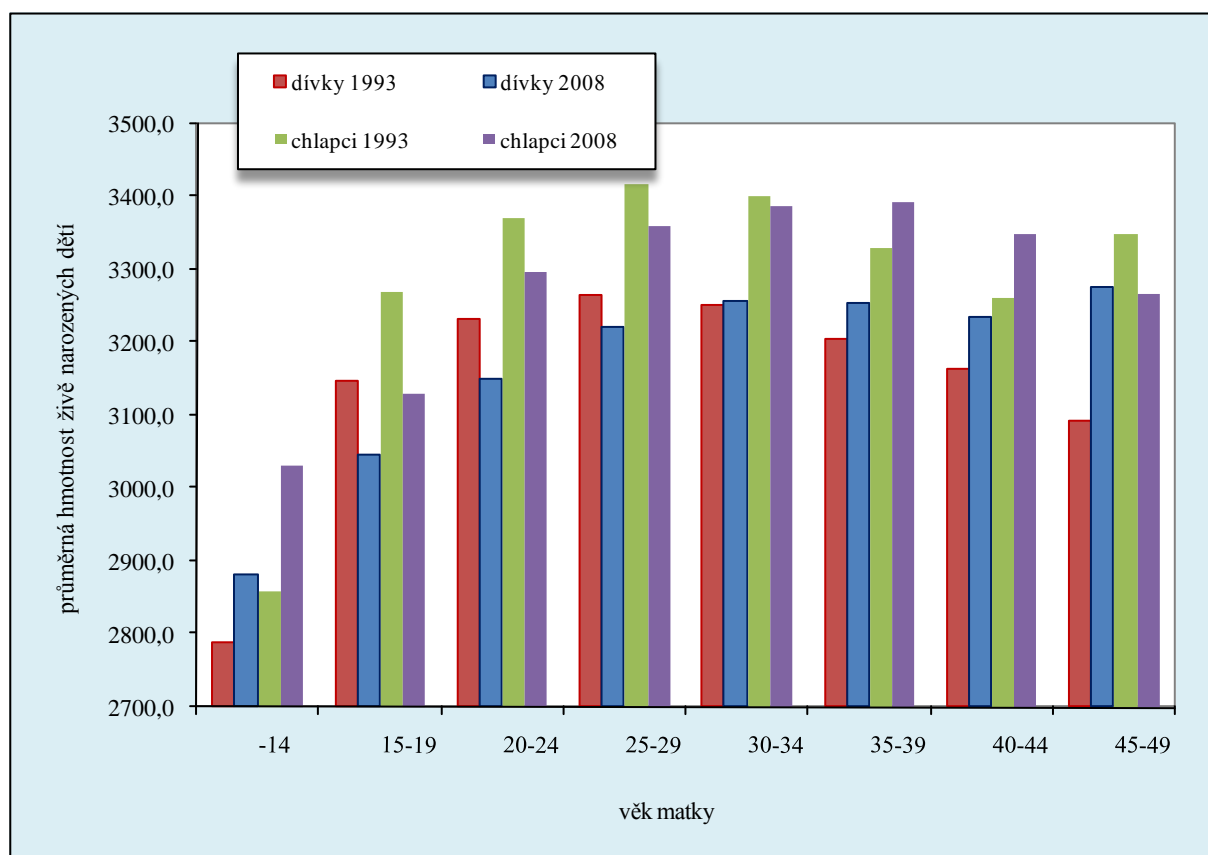
<sup>15</sup> <http://www.babyonline.cz/tehotenstvi/tehotenstvi-nactiletých.html>

<sup>16</sup> V námi provedeném kvalitativním výzkumu *NTŽM 2004* bylo z 51 dívek, které byly ochotné o svém kouření hovořit, 41 kuřáček, a to většinou poměrně silných s 10 a více vykouřenými cigaretami denně. Tzn. pouze dvě z deseti –náciťetých matek byly v našem výzkumu nekuřáčky. Většina dívek ze sledovaného souboru nepřizpůsobila rizikové chování své graviditě a pokračovala v kouření i během těhotenství. Během těhotenství výrazně omezilo kouření nebo s ním přestalo pouze 10 dívek.



Ačkoliv se v některých zahraničních studiích setkáváme s tím, že adolescentní matky mají zvýšené riziko **spontánní potratovosti** (Winter and Simmons; 1990), data za Českou republiku tuto souvislost spíše popírají. Podle zprávy Českého statistického úřadu „Vývoj potratovosti v České republice“<sup>17</sup> z roku 2004 nejsou v dlouhodobém vývoji nejmladší ženy do 20 let zatíženy zvýšeným rizikem spontánního potratu, a to zejména v porovnání s ženami ve vyšším věku od 34 let výše.

**Graf 2.13: Průměrná hmotnost živě narozených dětí v ČR podle věku matky v letech 1993 a 2008**



Zdroj: Pohyby obyvatelstva 1993, 2000 a 2008, ČSÚ

Některé z příčin výše zmíněných negativních jevů jsme již uvedli. Jednou z nejvýznamnějších, která je popisována i v druhé části práce prostřednictvím kvalitativních dat, je **nedostatečná zdravotnická péče v prenatálním stádiu**, tedy nepravidelné nebo dokonce žádné návštěvy těhotenských poraden. Ústav zdravotnických informací a statistiky sleduje rodičky podle počtu kontrol, začátku prenatální péče a absolvování ultrazvukových vyšetření. Z výsledků z roku 2007 je zřejmé, že nejmladší rodičky do dvaceti let oproti starším rodičkám absolvovaly v průměru méně kontrol v těhotenské poradně a s prenatální péčí začínaly později. Zatímco ve věkové skupině 25-29 let začalo s prenatální péčí již v prvním trimestru 82 % rodiček, ve věku do 18 let to bylo jen 54 % a u 18-19letých 66 %

<sup>17</sup> <http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4028-04>

rodiček. Každá desátá rodička do 18 let začala s prenatální péčí až po 22. týdnu svého těhotenství. Pro porovnání, mezi rodičkami ve věku 25-34 let začala být takto pozdě pod odborným dohledem pouze každá stá žena (viz tabulka 2.5). S pozdějším začátkem prenatální péče koreluje i nižší počet kontrol u lékaře mezi nejmladšími rodičkami. Průměrný počet kontrol 11 a více absolvuje 59,8 % těhotných, ale pouze 38,5 % rodiček ve věku do 18 let. Nedostatečný počet kontrol 5 a méně byl zaznamenán u 10 % rodiček ve věku do 18 let a u 8 % rodiček ve věku 18-19 let (viz tabulka 2.6). Je to o 6-8 procentních bodů více než činil průměr za všechny ženy. Jak dokládají data, počet absolvovaných kontrol má souvislost s úrovní mrtvorozenosti, která při 11 a více kontrolách činí jen 0,9 ‰, zatímco při 1–2 kontrolách 10,3 ‰ (Rodička a novorozenec 2007, ÚZIS).

**Tabulka 2.5: Rodičky podle začátku prenatální péče a věku**

Začátek prenatální péče	Věková skupina						Celkem
	-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35+	
<b>absolutně</b>							
1.-12. týden	457	1766	12317	33729	31251	9227	88793
13.-22. týden	281	670	3057	6237	6485	2340	19120
23.-32. týden	64	132	349	290	193	151	1191
33. týden a více	19	26	86	76	66	49	324
neudáno	28	83	347	824	935	337	2560
<b>Celkem</b>	<b>849</b>	<b>2677</b>	<b>16156</b>	<b>41156</b>	<b>38930</b>	<b>12104</b>	<b>111988</b>
<b>v %</b>							
1.-12. týden	53,8	66,0	76,2	82,0	80,3	76,2	79,3
13.-22. týden	33,1	25,0	18,9	15,2	16,7	19,3	17,1
23.-32. týden	7,5	4,9	2,2	0,7	0,5	1,2	1,1
33. týden a více	2,2	1,0	0,5	0,2	0,2	0,4	0,3
neudáno	3,3	3,1	2,1	2,0	2,4	2,8	2,3
<b>Celkem</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Rodička a novorozenec 2007, ÚZIS

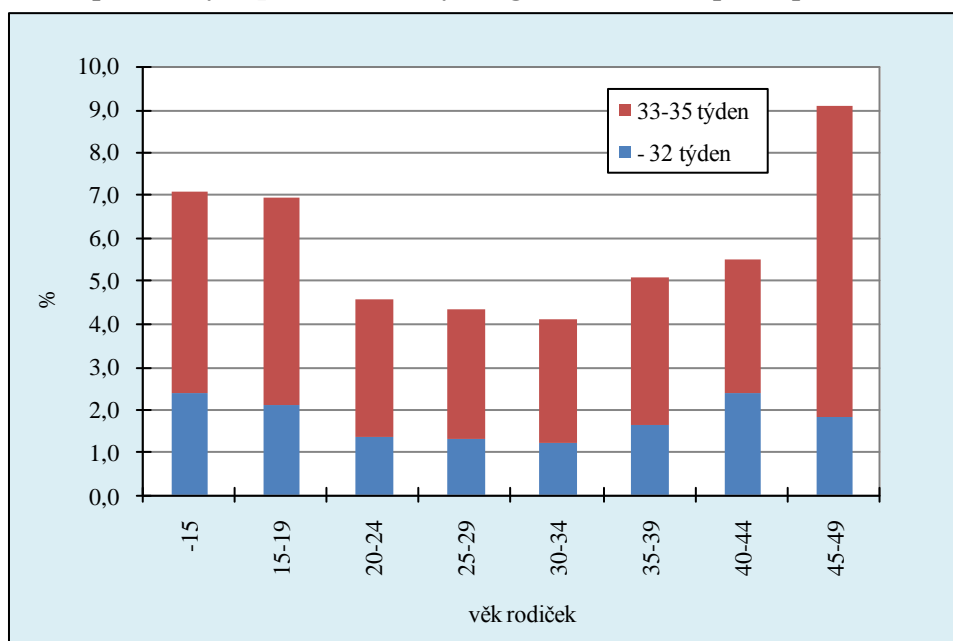
**Tabulka 2.6: Rodičky podle počtu kontrol a věku**

Počet kontrol	Věková skupina						Celkem
	-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35+	
<b>absolutně</b>							
neudáno	41	115	588	1469	1683	600	4502
1-2	17	55	176	136	114	73	571
3-5	67	166	489	583	482	263	2059
6-10	397	1124	5688	13445	12957	4225	37896
11+	327	1217	9215	25523	23694	6943	66960
<b>Celkem</b>	<b>849</b>	<b>2677</b>	<b>16156</b>	<b>41156</b>	<b>38930</b>	<b>12104</b>	<b>111988</b>
<b>v %</b>							
neudáno	4,8	4,3	3,6	3,6	4,3	5,0	4,0
1-2	2,0	2,1	1,1	0,3	0,3	0,6	0,5
3-5	7,9	6,2	3,0	1,4	1,2	2,2	1,8
6-10	46,8	42,0	35,2	32,7	33,3	34,9	33,8
11+	38,5	45,5	57,0	62,0	60,9	57,4	59,8
<b>Celkem</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Rodička a novorozenec 2007, ÚZIS

S nepravidelnými návštěvami v těhotenských poradnách souvisí i zvýšené riziko **předčasného porodu**. Zahraniční studie poukazují na zvýšenou incidenci předčasných porodů<sup>18</sup> u –náctiletých matek (*Fraser et al., 1995; Olausson et al., 1999*). Zmíněné studie však většinou své závěry neočišťují o faktory, které mají na zvýšené riziko předčasných porodů zásadní vliv, tedy o kouření v průběhu těhotenství a špatné socio-ekonomické zázemí. Analýzu, která kontroluje tyto proměnné, provedli *Smith a Pell* v roce 2001 a zjistili, že samotný věk je asociován s předčasnými porody pouze u druhého a dalšího porodu –náctiletých žen. V České republice lze sledovat předčasné porody podle věku matky prostřednictvím Národního registru rodiček vedeného v ÚZIS. Dostupná data nám neumožňují analýzu s kontrolou vlivu rizikového chování matek. Zajímavá je však i informace o pouhém podílu předčasných porodů z celkového počtu porodů v třídění podle věku rodičky. Z dat totiž vyplývá, že riziko předčasného porodu u –náctiletých rodiček je výrazně vyšší než u rodiček starších s výjimkou nejstarší věkové kategorie žen 45-49 let (srovnej graf 2.14). Zatímco předčasné porody do 36. týdne gestačního stáří plodu tvořily v roce 2008 u rodiček ve věku 15-19 let téměř 7% podíl, mezi staršími rodičkami ve věku 20-34 let se tento podíl pohyboval od 4,1 % do 4,6 %. U starších matek ve věku 35-44 let bylo riziko jen mírně vyšší (do 5,5 %).

**Graf 2.14: Podíl předčasných porodů do 36 týdne gestačního stáří plodu podle věku matky, 2008**



Zdroj dat: Národní registr rodiček, ÚZIS ČR

Předčasné porody mohou být rozděleny podle gestačního stáří plodu na porody do 33. týdne, které se vyznačují extrémní a těžkou nezralostí dítěte, a porody od 33. do 36. týdne,

<sup>18</sup> Předčasný porod se v těchto studiích určoval dle gestačního stáří plodu tímto způsobem: velmi raný předčasný porod 24.-32. týden gestačního stáří a mírně předčasný porod 33.-36. týden gestačního stáří plodu.

kteří se vyznačují střední nezralostí dítěte. Téměř ve všech věkových kategoriích tvořily velmi rané předčasné porody do 33. týdne asi jednu třetinu ze všech předčasných porodů.

## **2.7 Sňatkové chování a věkový rozdíl mezi snoubenci při sňatku u –náctiletých žen**

### **2.7.1 Pravděpodobnost uzavření sňatku**

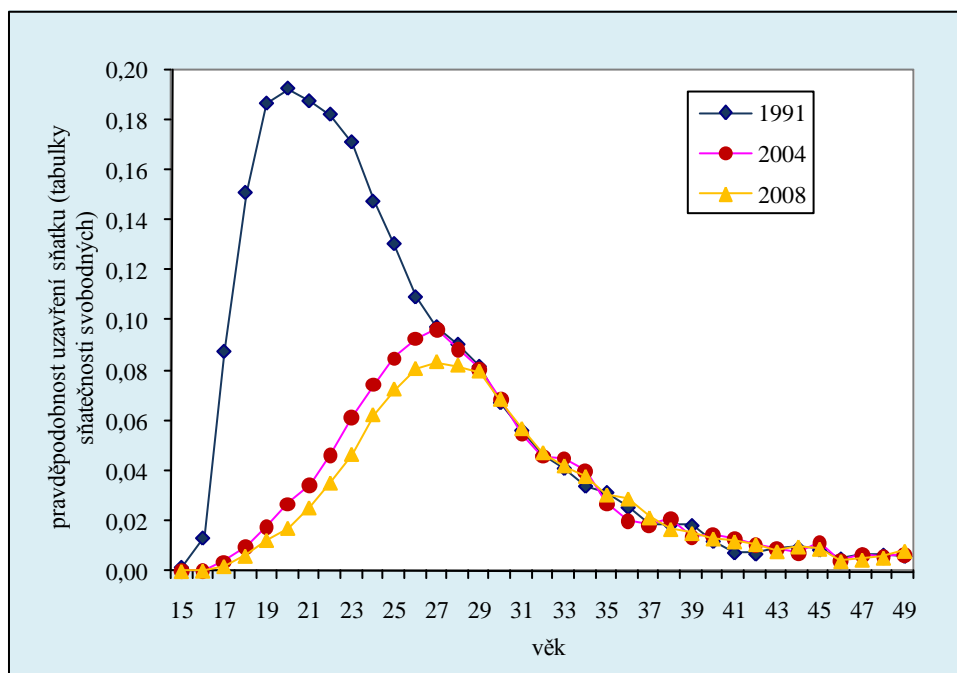
Před rokem 1990 se Česká republika řadila v mezinárodním kontextu k zemím s vysokou úrovní sňatečnosti 18letých a 19letých žen. Na konci osmdesátých let minulého století byla v ČSR míra sňatečnosti 18letých žen, které ještě nedosáhly věku 19 let spolu s Bulharskem nejvyšší v Evropě a počet sňatků v tomto věku dosahoval podílu 15 % ze všech uzavíraných sňatků (*Wynnyczuk, 1990*). Charakteristickým rysem věkové struktury sňatečnosti v českých zemích bylo prudké narůstání intenzity po osmnáctých narozeninách (*Rychtaříková, 1986*). Ještě v roce 1991 pravděpodobnost uzavření sňatku svobodných žen<sup>19</sup> kulminovala v relativně mladém věku 20 let. Během posledních patnácti let však intenzita sňatečnosti věkové kategorie –náctiletých žen prudce klesla. Docházelo zejména ke snižování pravděpodobnosti uzavření sňatku svobodných ve věku do 27 let, v tomto věku byly v roce 2004 také zaznamenány nejvyšší hodnoty tohoto ukazatele (viz graf 2.15). V roce 2008 došlo k určitému poklesu pravděpodobnosti uzavření sňatku žen, a to zejména ve věku od 20 do 28 let. Vrchol zůstal, stejně jako před čtyřmi lety ve věku 27 let, ovšem došlo k jeho zploštění a s velmi podobnou pravděpodobností uzavření sňatku se tak setkáváme u žen v širší věkové skupině 26-29 let.

---

<sup>19</sup> Pravděpodobnost uzavření manželství svobodnými je jednou z funkcí tabulek sňatečnosti, jednoho z nejspolehlivějších nástrojů pro analýzu intenzity sňatečnosti.

**Graf 2.15: Pravděpodobnost uzavření sňatku svobodnými v letech 1991, 2004 a 2008**

(pravděpodobnosti jsou počítány z jednovýchočných tabulek sňatečnosti)



Zdroj: ČSÚ, <http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/p/4007-04>

Pokles sňatečnosti žen v nejnižší věkové kategorii se samozřejmě odvíjí i od poklesu intenzity plodnosti stejné kategorie, jelikož většině manželství uzavřených v tomto věku předcházely předmanželské koncepce. Intenzita sňatečnosti však neklesá jen z tohoto důvodu. Děti -náciťetých matek se v dnešní době rodí většinou mimo manželství; v roce 2008 se v ČR matkám do 20 let narodilo pouze 10,7 % dětí v rámci manželského svazku<sup>20</sup>. Společenský tlak na legitimizaci dítěte je již v dnešní době spíše zanedbatelný a jak již bylo řečeno, právě v této věkové skupině nastala během posledních 15 let v porovnání s ostatními věkovými kategoriemi žen v reprodukčním věku nejvýraznější změna poměru manželsky narozených dětí a dětí nevdaným matkám

Pokud se zaměříme na kategorii adolescentních žen podle jednotek věku, je zřejmé, že nejstrměji klesla oproti roku 1991 pravděpodobnost uzavření sňatku svobodnými ženami v nejstarší kategorii 19letých. U nejmladších 16letých dívek sledujeme pouze nepatrný pokles již tak velmi nízkých hodnot. U 17letých dívek je již časový rozdíl více patrný. Pravděpodobnost uzavření sňatku 17letých svobodných žen byla v roce 1991 0,088, zatímco v roce 2004 to bylo jen 0,004 a v roce 2008 jen 0,002. Pro dokreslení posunu intenzity sňatkového chování adolescentních dívek lze uvést, že pravděpodobnost uzavření sňatku 16letou dívkou byla v roce 1991 podobná hodnotě současné pravděpodobnosti uzavření sňatku ženy 19leté. A to přesto, že dívky mladší 18 let byly a stále jsou ze zákona povinny žádat o povolení k sňatku.

<sup>20</sup> V době roce 2004, v době výzkumu *NTMŽ 2004* to bylo 14,8 % živě narozených dětí v manželství.

### 2.7.2 Věkový rozdíl snoubenců u adolescentních žen a jeho trendy

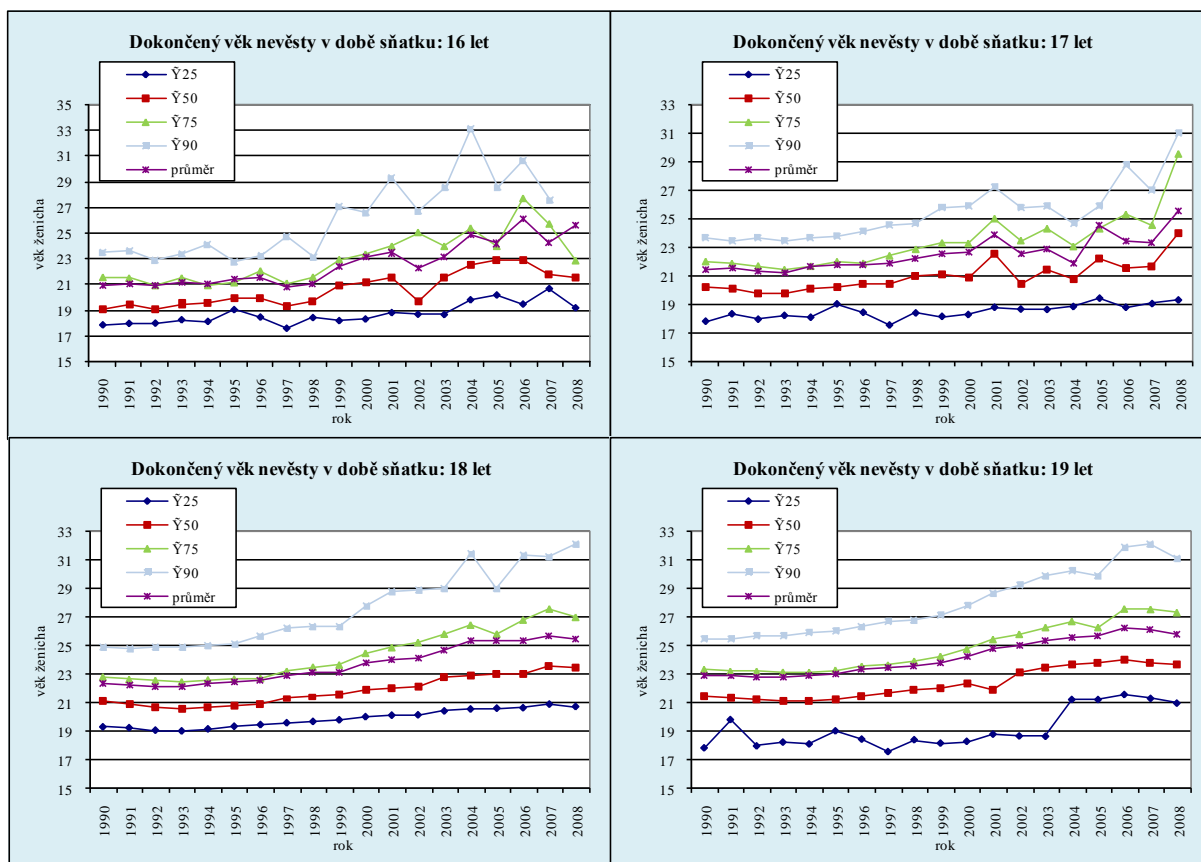
Jak ukazuje graf č.2.16, věk snoubenců adolescentních dívek vykazuje po předchozí stagnaci v průběhu druhé poloviny devadesátých let 20. století pravidelně stoupající trend, a to u všech věkových kategorií. V posledních pěti letech zaznamenáváme u 16letých a 17letých dívek meziroční výkyvy z důvodu nízkého počtu uzavřených manželství v tomto věku. S výjimkou posledního sledovaného roku 2008 přetrvává u starších 18-19letých dívek nárůst průměrného věku snoubenců i v posledních letech. V roce 2008 došlo pouze k velmi mírnému poklesu průměrného věku snoubenců dívek ve věku 18-19 let.

Průměrný věk snoubenců 16letých dívek byl v roce 2004<sup>21</sup> 24,7 let, u dívek 17letých 21,9 let, u 18letých dívek bylo partnerům v průměru 25,3 let a partnerům 19letých dívek 25,5 let (viz tabulka 2.7). Oproti roku 1990 došlo u všech kategorií ke zvýšení průměrného věku ženichů; u 16letých dívek o 3,8 roku u 17letých o 0,5 roku, u 18letých dívek o 3 roky a u 19letých nevěst o 2,6 roku. Z analýzy mediánových věků vyplývá, že polovina 18letých dívek se v roce 2004 vdala za partnera mladšího 22,8 let a polovina 19letých dívek uzavřela manželství s partnerem mladším 23,7 let. Mediánový věk rovněž vzrostl oproti roku 1990 u snoubenců 19letých žen o 2 roky a u snoubenců 18letých žen o 1,8 roku. Dynamičtější nárůst věku snoubenců -náctiletých žen lze vyčíst především z hodnot horního kvartilového věku a věku devátého decilu, a to zejména v období od konce devadesátých let do současnosti (viz graf 2.16). Hodnoty horního kvartilového věku snoubenců vzrostly v porovnání s rokem 1990 u 18letých a 19letých nevěst o více než 3 roky. Na počátku devadesátých let se 75% 18letých a 19letých nevěst vdávalo za muže, který nebyl starší než 22,8 let, respektive 23,3 let. V roce 2004 byly hodnoty horního kvartilového věku snoubenců 26,4 let u 18letých a 26,7 let u 19letých nevěst. Pouze 10% 18letých nevěst vstupovalo do manželství se snoubencem starším než 31,4 let. Mezi 19letými nevěstami byla tato hranice 30,2 let.

---

<sup>21</sup> Rok 2004 je uveden z důvodu shody s rokem kvalitativního výzkumu *NTMŽ2004*. Poslední dostupná data z roku 2008 jsou uvedena v tabulce 2.7.

**Graf 2.16: Vývojové změny vztahu mezi věkem nevěsty a ženicha vyjádřené mediánovými, kvartilovými a průměrnými hodnotami, Česká republika 1990-2008**



Zdroj: ČSÚ, Pohyb obyvatelstva 1990-2003; Vlastní výpočty z věkového rozložení absolutních počtů sňatků

**Tabulka 2.7: Průměrný věk ženicha při sňatku u 16-19 letých nevěst podle jednotek věku (1990-2008)**

kalendářní rok	věk nevěsty			
	16	17	18	19
1990	21,0	21,4	22,4	22,9
1991	21,0	21,6	22,3	22,8
1992	20,9	21,3	22,2	22,8
1993	21,2	21,2	22,1	22,7
1994	21,1	21,6	22,3	22,9
1995	21,4	21,8	22,4	23,0
1996	21,5	21,8	22,6	23,3
1997	20,8	21,8	22,9	23,4
1998	21,0	22,2	23,1	23,6
1999	22,3	22,5	23,2	23,8
2000	23,1	22,7	23,8	24,2
2001	23,4	23,9	24,0	24,8
2002	22,2	22,5	24,2	25,0
2003	23,2	22,8	24,7	25,4
2004	24,8	21,9	25,3	25,5
2005	24,2	24,5	25,4	25,7
2006	26,0	23,4	25,4	26,2
2007	24,2	23,3	25,7	26,1
2008	25,5	25,5	25,5	25,8

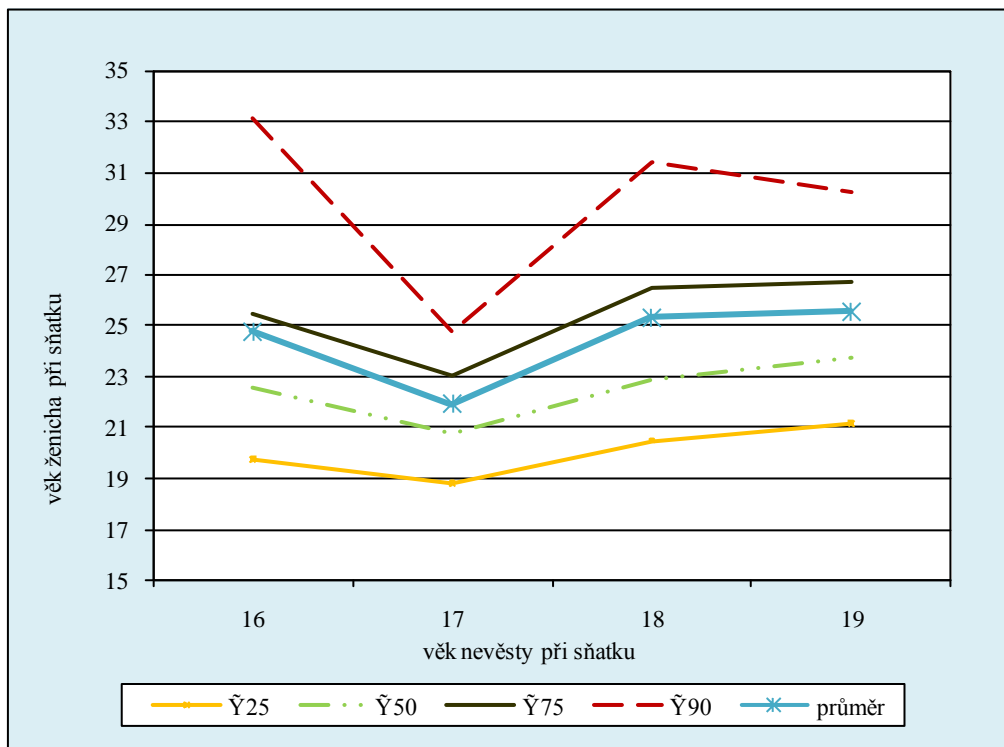
Zdroj: ČSÚ, Pohyb obyvatelstva 1990-2008; Vlastní výpočty z věkového rozložení absolutních počtů sňatků

Z výše uvedené analýzy se lze domnívat, že v porovnání se situací za minulého režimu, kdy převažoval spíše model, ve kterém si –náctileté ženy braly za muže podobně staré, většinou také -náctileté partnery, dochází k výraznému posunu a současné –náctileté nevěsty se častěji vdávají za starší, již dospělé muže. Toto tvrzení lze dokumentovat i analýzou věkového rozdílu snoubenců a jeho změnou v čase, jak ho vidíme v grafu č 2.18. Zatímco na začátku a v polovině devadesátých let minulého století byl modální věkový rozdíl mezi partnery, kde je partnerka ve věku 16-19 let, 2 roky, v roce 2004 byla nejčtenějším věkovým rozdílem kategorie 5 let. Mezi snoubenci byl v roce 2004 zjištěn věkový rozdíl 5 let ve 12,3 % případů. Obecně lze pozorovat i nárůst podílu sňatků, kde je partner od své –náctileté partnerky starší o 5 a více let. Na počátku devadesátých let 20. století se podíl manželství stejně starých snoubenců, kde je nevěsta stará 16-19 let, pohyboval okolo 9 %. V roce 2004 byl tento podíl téměř o 5 procentních bodů nižší. Stejně tak klesl podíl sňatků, kde je snoubenec mladší než snoubenka. Maximální podíl během devadesátých let činil 3 % manželství –náctiletých žen, a to v roce 1992. O dvanáct let později byl tento podíl pouze 1,5 % a o šestnáct let později již jen 0,7 %. V posledním sledovaném roce 2008 se křivka procentuálního vyjádření věkového rozdílu snoubenců do určité míry zplošťuje a nabývají více na intenzitě i kategorie vyššího věkového rozdílu. Věkový rozdíl mezi snoubenci u



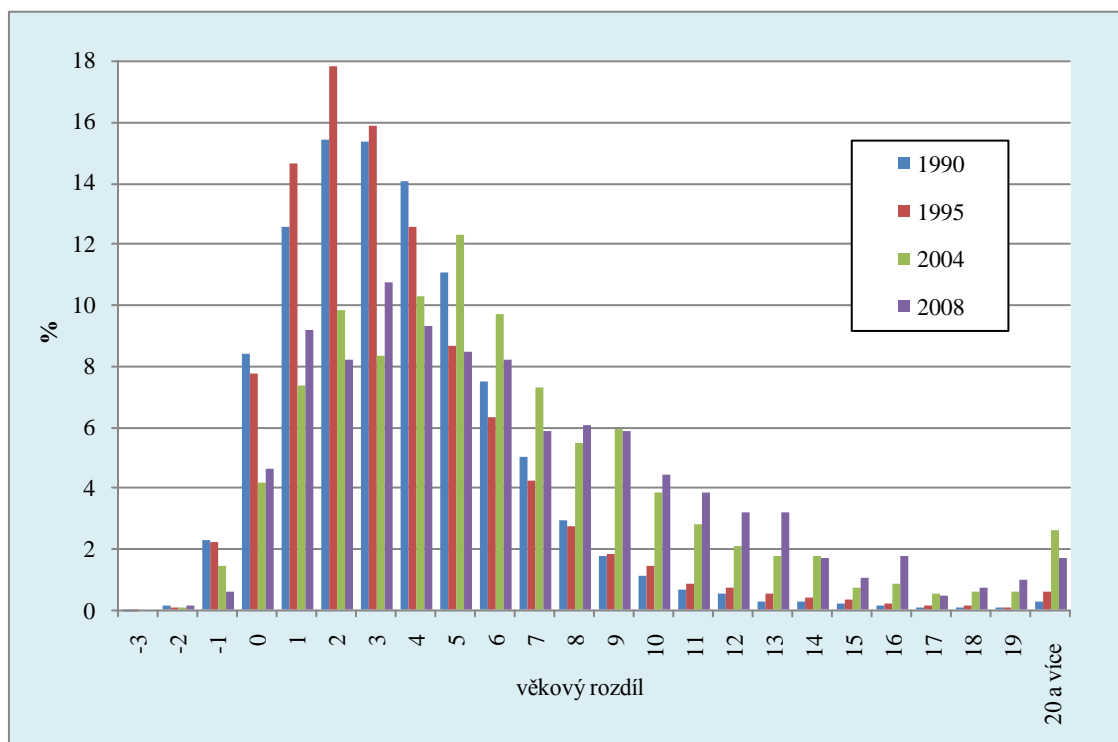
něvěst ve věku 16-19 let byl v roce 2008 10 a více let téměř ve 23 % případů. Modální kategorií věkového rozdílu snoubenců byl v roce 2008 rozdíl 3 let.

**Graf 2.17: Vztah mezi věkem nevěsty a ženicha při sňatku vyjádřený mediánovými, kvartilovými a průměrnými hodnotami, Česká republika 2004**



Zdroj: ČSÚ, Pohyb obyvatelstva 2004; Vlastní výpočty z věkového rozložení absolutních počtů sňatků

**Graf 2.18: Procentuelní vyjádření věkového rozdílu ženicha a nevěsty při sňatku u skupiny žen, které v letech 1990, 1995, 2004, 2008 uzavřely sňatek ve věku 16-19 let**



Zdroj: ČSÚ, Pohyb obyvatelstva 1990,1995, 2004 a 2008; Vlastní výpočty z věkového rozložení absolutních počtů sňatků

## 2.8 Závěr

Změny reprodukčního chování v devadesátých letech podmíněné změnou vnějších socio-ekonomických podmínek byly s ohledem na jejich intenzitu relativně dramatické, a to i u nejmladší skupiny žen v reprodukčním věku. Zatímco v sedmdesátých a osmdesátých letech realizovaly ženy svou reprodukci poměrně brzy a plodnost byla koncentrována do mladších věkových kategorií, v devadesátých letech minulého století a na přelomu nového milénia došlo k odkládání narození dětí do vyššího věku. V tomto období došlo k nejstrmějšímu propadu počtu narozených dětí právě u nejmladší skupiny žen v reprodukčním věku. Ještě na počátku devadesátých let měla skupiny žen do 20 let na úhrnné plodnosti všech žen 14% podíl. V roce 2008 toto zastoupení dosahovalo pouze necelých 4 %.

Další významnou demografickou změnou devadesátých let týkající se celé populace žen v reprodukčním věku je rapidní nárůst podílu neprovdaných matek. Tento trend byl opět nejsilnější u nejmladší věkové skupiny, u které sice nedocházelo ke zvyšování úrovně mimomanželské plodnosti, ale rapidním poklesem úrovně plodnosti vdaných žen došlo v relaci se staršími ženami k nejvýraznějšímu zvýšení podílu dětí narozených mimo manželství. Zatímco u celé populace se dnes podíl dětí narozených nevdaným matkám

pohybuje okolo jedné třetiny, u nejmladších žen dosahuje tento podíl téměř 90 %. Výzkumy posledních let ukázaly (Hamplová, 2006; Hamplová, 2007; Šalamounová a Šamanová, 2005), že mimomanželská plodnost je v České republice stále fenoménem spojeným s ekonomicky slabšími regiony a nižším vzděláním ženy. Typickou neprovdanou matkou tak není žena úspěšná, vzdělaná a emancipovaná. V tomto směru jsou tedy –náctileté matky charakteristickými reprezentantkami dané skupiny. Vyšší podíly neprovdaných matek mezi ženami ve věku 15-19 let byly zjištěny v krajích Karlovarském, Ústeckém a Moravskoslezském. Tento regionální determinant se během času příliš nemění.

Analýza také ukazuje, že se pravděpodobně v čase mění profil a specifika skupiny –náctiletých matek. Lze konstatovat, že v sedmdesátých a osmdesátých letech byly natalitní a rodinné plány žen ve věku 18 a 19 let často spojeny s tradičním uspořádáním rodiny a nebyly výrazně odlišné od reprodukčních životních strategií starších žen. Partnerství, do kterého se mělo narodit dítě ženě ve věku 18 a 19 let, zpravidla končilo sňatkem a nebylo v tehdejší společnosti výjimkou. Žena si většinou brala muže, který byl podobně starý jako ona. Průměrný věk ženicha 18letých nevěst byl v roce 1990 22,4 let a 75 % 18letých nevěst se vdávalo za muže, který nebyl starší než 22,8 let. V současnosti, pokud se –náctiletá žena rozhodne pro sňatek, je to většinou s již dospělým mužem. Průměrný věk ženichů nevěst ve věku 18 a 19 let v roce 2008 dosahoval 25,5, respektive 25,8 let a o téměř čtyři roky se posunula i věková hranice horního kvartilu. Dnes, kdy společenský tlak na legitimizaci dítěte sňatkem výrazně polevil, –náctileté matky nejeví zájem o neuvážená manželství. Lze se také domnívat, že pokud ke sňatku dojde, je to již se starším partnerem, který je pravděpodobně spíše schopen se o rodinu postarat a finančně ji zabezpečit.

Strmý propad úrovně indukované potratovosti ve sledované věkové skupině během posledního desetiletí minulého století byl od počátku nového milénia vystřídán stagnací intenzity indukované potratovosti na velmi nízkých hodnotách. Oproti počátku devadesátých let se počet provedených interrupcí snížil až o dvě třetiny. Proto se lze domnívat, že právě dívky ve věku 15-19 let nejvíce profitovaly ze společenské změny, která s sebou přinesla lepší dostupnost antikoncepčních prostředků, variabilitu jejich forem a především jejich dostatečnou propagaci.

Ačkoliv byl trend poklesu plodnosti a umělé potratovosti žen ve věku 15-19 let po roce 1990 víceméně podobný, rozhodovací strategie, zda v případě těhotenství zvolit interrupci či si dítě ponechat, se změnily. Zatímco v polovině sedmdesátých let převažovalo mezi 16letými dívkami rozhodnutí dítě si ponechat a donosit (54 % narozených z úhrnu těhotenství), na začátku devadesátých let takto staré dívky většinou volí umělé přerušení těhotenství (pouze 30 % narozených z úhrnu těhotenství). Počátkem devadesátých let zesiluje na intenzitě rozhodnutí ukončit těhotenství interrupcí i u 17letých dívek. Podíl těhotenství ukončených interrupcí u 16letých a 17letých žen se však v průběhu dalších patnácti let mírně snižoval a

dnes se rozhodují takto staré těhotné dívky, že si dítě ponechají v 38 %, respektive 52 % případů. Pokud jde o starší 18leté a 19leté dívky, preference narození dítěte dodnes stále převažuje, přestože se podíl narozených dětí z úhrnu těhotenství v průběhu devadesátých let snížil. Během posledních deseti let, kdy podíly narozených z úhrnu těhotenství stagnují, se pro narození dítěte rozhoduje asi 60 % těhotných 18letých a 19letých žen.

Obecně lze konstatovat, že fenomén rodičovství a těhotenství v raném věku se společensky marginalizoval a tím i do značné míry specifikoval. Lze předpokládat, že touto marginalizací se celá skupina –náctiletých matek začala svými charakteristikami od ostatní většinové populace ještě více odlišovat a předpokládáme, že v čase zesílil i její možný handicap v porovnání s ostatními matkami.

## Část II

### Výsledky kvalitativního výzkumu na populaci –náctiletých těhotných žen a matek.

## Kapitola 3

### 3. Metodologické a technické parametry výzkumu

#### Primární cíl výzkumu ve vztahu k charakteru výzkumu

Kvalitativní studie jsou čím dál tím více považovány za relevantní při přípravě nástrojů politiky zaměřené na zlepšení životních šancí skupin, u kterých lze předpokládat určitá znevýhodnění. Kvalitativní výzkum totiž nabízí celé spektrum metod, jakými lze promítnout "skutečný život" do opatření sociální politiky.

Kvalitativní přístup ke skutečnosti je totiž charakteristický tím, že se nesnaží vnutit výseku reality svou jazykovou hru, ale jeho úsilí je snahou o pochopení jazykové (a jiné) hry žité aktéry sociálních situací. Účastníci sociálních situací jsou odborníky na život, který žijí. Oni (alespoň zčásti) rozumí sociální jevům, neboť oni sami je musí zvládat (Švaříček, 2005). Z uvedeného je zřejmé, že výchozím paradigmatem výzkumu je interpretativní přístup<sup>22</sup>. Naším úkolem tedy bude porozumět jevům a situacím, *jak jsme je specifikovali prostřednictvím otevřených otázek* již v úvodní kapitole, a to za pomoci narativ jejich samotných aktérů.

Metodologicky jsme se rozhodli následovat induktivní přístup tzv. zakotvenou teorii (grounded theory) představenou metodology zabývajícími se kvalitativním výzkumem

---

<sup>22</sup> Kromě interperetativního paradigma rozeznáváme v kvalitativním výzkumu ještě zpravidla paradigma „pozitivistické“ a „kritické“. Interpretativní přístup výzkumníka je založen na předpokladu, že přístup k realitě vede pouze skrze její sociální konstrukci tj. jazyk, vědění a sdílené významy. Interpretativní výzkum se tedy pokouší porozumět fenoménu pomocí významů a smyslu, který mu jeho aktéři přisuzují.

Anselm Straussem a Barney Glaserem<sup>23 24</sup>. Zakotvená teorie je poměrně propracovaným metodologickým konceptem od sběru dat až po jejich zpracování a analýzu. Pojetí výzkumu založené na zakotvené teorii je kvalitativní výzkumná metoda, která používá systematický soubor postupů ke tvorbě induktivně odvozené zakotvené teorie o nějakém jevu (*Strauss a Corbinová, 1999*). Cílem zakotvené teorie je teoretické vyjádření zkoumané reality, které je induktivně odvozené, tj. vychází přímo z dat. Nezačínáme tedy předem postulovanou teorií, kterou bychom následně ověřovali, ale vycházíme ze zkoumané oblasti a analyticky usilujeme o to, aby se z dat vynořilo, co je v této oblasti významné. Shrnutí poznatků ze zahraniční literatury, jak bude uváděno ke každému tématu v této práci, tedy nepokládáme za premisy, které chceme ověřovat, ale spíše za cestu k celistvému přístupu k problematice.

Bylo by nesprávné tvrdit, že náš výzkum je pouze deskriptivní, explorační či explanační. Lze však říci, že převažují explorační a deskriptivní prvky<sup>25</sup>, jelikož problematika časných těhotenství není a ani nebyla během období samostatného trvání České republiky komplexně zpracována. Ani v minulosti, před pádem totalitního režimu nebyly nezletilé či –náctileté matky často objektem samostatného rozsáhlejšího vědeckého bádání. Jediná vědecká studie, kde jsou –náctileté matky samostatným objektem bádání, byla zpracována týmem Výzkumného ústavu zdraví dítěte v Brně v roce 1995<sup>26</sup>. Studiemi z problematiky časných rodičovství se lze inspirovat především v USA a zemích Commonwealthu, kde je tento fenomén řešen jako závažný sociální problém. Na rozdíl od těchto zemí však vycházíme z odlišného kulturně sociálního prostředí a je třeba na tuto problematiku pohlížet z jiné perspektivy. Výše zmíněný metodologický přístup byl tedy zvolen pro podrobnější deskripci a pochopení jevů asociovaných s časným rodičovstvím.

## Velikost výzkumného vzorku

Abychom naplnili v úvodu specifikovaný výzkumný záměr a zároveň byli schopni odhalit všechny podstatné souvislosti týkající se životních a reprodukčních strategií žen, které otěhotněly jako –náctileté, bylo v období od března do června roku 2004 provedeno 58 hloubkových polostandardizovaných rozhovorů se ženami, které byly těhotné nebo porodily své první dítě do přesného věku 20 let. Aby data byla aktuální a reflektovala současnou situaci, byla určena hranice stáří respondentky do 23 let. V návaznosti na metodu „zakotvené teorie“ nebyla velikost vzorku předem určena. Dotazování jsme ukončili v momentě, kdy jsme předpokládali, že je vzorek tzv. „teoreticky nasycený“ (*srovnej Strauss a Corbinová,*

---

<sup>23</sup> Glaser, B.G., Strauss, A. (1967): *Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Sociology Press, 1967

<sup>24</sup> Metodologickým zdrojem byla i publikace Zdroj: Miles, M. B, Huberman, A.M.: *An Extended Sourcebook. Qualitative data analysis*. Sage, 1994.

<sup>25</sup> Tyto prvky jsou charakteristické pro induktivně zaměřené metodologické výzkumné koncepty.

<sup>26</sup> Winkler, J, Hrdinová, J., Balharová, J., Šamšula, I. (1995): *Těhotenství adolescentních matek*. MZČR, Výzkumný ústav zdraví dítěte v Brně, 1995.

1999). Přehledová tabulka se základními údaji o všech respondentkách je uvedena v příloze č. 1.

## Metodika výběru vzorku

Výběrový vzorek je tvořen skupinou –náctiletých žen reprezentujících specifické reprodukční chování. *Huberman a Miles (1994)*<sup>27</sup> vytvořili typologii strategií výběru výzkumného vzorku pro kvalitativní výzkum. Dle této typologie můžeme řadit metodu výběru výzkumného vzorku do kategorie: „dle kritéria“ tj., výběr dle jednoho základního kritéria, které v tomto případě představuje těhotenství před dvacátým rokem věku. Screening –náctiletých těhotných dívek a matek byl prováděn oslovenými pracovníky ve zdravotnických zařízeních<sup>28</sup>, pracovníky v různých sociálních centrech, občanských sdruženích a charitách. Kontaktní osoba těhotnou dívku nebo mladou maminku nejprve informovala o podmínkách výzkumu a zeptala se jí, zda by byla ochotna na výzkumu spolupracovat. Pokud pacientka s rozhovorem souhlasila, kontaktní osoba ji požádala o kontaktní údaje, které nám následně předala. V některých případech jsme byli kontaktováni přímo samotnými dívkami. Místo a čas si určila sama –náctiletá dívka.

Jelikož lze celkem snadno dohledat –náctileté matky v ústavních zařízeních a jiných domovech pro matku a dítě, za významný byl považován krok oslovit zdravotnická zařízení. Zajímaly nás totiž i případy, kdy se mladé mamince dostane plné opory ze strany rodiny či partnera a dívka není odkázána na pomoc výchovných zařízení a jiných sociálních institucí.

Výzkumný vzorek však s ohledem na svou podstatu není a ani nemůže být reprezentativní. Při čtení studie je nutné mít na vědomí možnost určitého zkreslení, pokud například uvádíme některé kvantitativní informace týkající se zkoumaného souboru.

## Rozhovory

Rozhovory proběhly po celé České republice a doba trvání se pohybovala od 35 min do 1 hod 30 min. Osnova rozhovorů (viz příloha č. 3) byla předem jen velmi stručně vymezena, jelikož jsme se chtěli vyvarovat jisté svázanosti a rizika opomenutí důležitých informací. Byly určeny pouze základní, obecné vrstvy kódovacího listu. Čím je totiž osnova volnější, tím se výzkumník stává citlivější k osobitému vyprávění a informačním detailům. Zároveň jsme však chtěli udržet alespoň základní strukturu rozhovorů pro možnost vzájemného porovnání jednotlivých případů. Proto byl jako základní metodický instrument pro sběr dat zvolen **polostandardizovaný rozhovor**. Všechny rozhovory byly provedeny samotnou autorkou

---

<sup>27</sup> Typologie zahrnuje metody výběru jako např. : metoda maximální variace, homogenní skupiny, metoda vycházející z teorie, potvrzující a vyvracející, metoda typického příkladu, náhodný účelný výběr, stratifikovaný účelný výběr, metoda sněhové koule atd. (*Miles, B.M., Huberman, A.M. (1994): An expanded sourcebook, Qualitative data analysis. Sage.*)

<sup>28</sup> Kontaktní dopis naleznete v příloze č. 2

disertační práce. Intervence výzkumníka v průběhu kvalitativního rozhovoru je vždy do jisté míry riziková, ve finálním záznamu má výzkumník vždy určité spoluautorství. Interakce však bývá při rozhovoru nutností a respondent může během rozhovoru objevovat nové vazby a souvislosti, jelikož výzkumník většinou do jisté míry shrnuje a reflektuje ze své pozice a zkušenosti fakta, která byla respondentem řečena. Toho jsme si vědomí, ale jsme přesvědčení, že ve většině případů bylo toto „spoluautorství“ intervencí výzkumníka ku prospěchu věci.<sup>29</sup>

Respondentky byly předběžně informovány o základních tématech rozhovoru již při prvním telefonickém kontaktu. Informace o tom, čeho se rozhovor bude týkat a o tom, k čemu budou data sloužit, byla respondentkám přednesena vždy ještě jednou před samotným začátkem rozhovoru. Respondentky byly ujistěny, že data nebudou využita pro jiné než vědecké účely a že bude přísně zachována jejich anonymita. V textu byla z důvodu anonymity změněna všechna jména respondentek, případně jména jejich dětí a příbuzných. Autorka si také vždy vyžádala souhlas, zda může být rozhovor nahráván na diktafon. Takto zaznamenány byly všechny rozhovory, ze strany respondentek tedy nedošlo k odmítnutí ani v jednom případě.

## Postup zpracování dat

Již bylo několikrát řečeno, že cílem naší analýzy je postihnout životní strategie –náctiletých dívek v okamžiku, kdy se čerstvě staly matkou, nebo se jí v blízké budoucnosti mají stát. Zajímá nás i racionalizace jejich jednání, a to zejména v případě rozhodnutí stát se matkou v tak mladém věku. Dále se budeme zajímat o vztahové vazby mezi raným mateřstvím a vybranými socio-ekonomickými charakteristikami adolescentních matek. Pomocníkem k dosažení výše uvedených cílů bude interpretace skutečnosti, jak je podána samotnými –náctiletými matkami.

Všechny provedené rozhovory byly doslovně přepsány a okódovány podle kódovacího předpisu, který byl v průběhu kódování rozšiřován podle relevantních témat a struktury rozhovorů<sup>30</sup>. V souladu s „filosofií“ zůsobu analýzy dat v „zakotvené teorii“, která předpokládá ustavičnou interakci mezi sběrem dat a jejich analýzou, byla data analyzována již v počáteční fázi výzkumu poté, co byly provedeny jedny z prvních rozhovorů, a to z důvodu možné identifikace případných mezer předběžného konceptu. Prvotní kódovací předpis byl tedy vytvořen na základě otevřeného kódování. Po provedení většího množství rozhovorů začala být data systematicky kódována a zpracovávána, opět s vědomím, že dle přístupu

---

<sup>29</sup> Například v osmnáctileté Lence, která je matkou již tříletého syna, vyvolal rozhovor tak silné emoce, na které tazatel musel reagovat odpovídajícím způsobem. Lenka pak na závěr konstatovala, že pro ní byl rozhovor lepší než sezení u psychologa.

<sup>30</sup> Na rozdíl od induktivního přístupu je možné provádět kódování pomocí přesně stanoveného podrobného kódovacího listu vytvořeného na základě již provedených výzkumů. V tomto případě se jedná o metodiku deduktivní. Tato metodika je používána zejména při ověřování již existujících teorií. Náš výzkum je však spíše exploračního charakteru.



„zakotvené teorie“ je pro úspěšné zachycení reality zdůrazňován kontext a zasazení dat do širších souvislostí. Zároveň jsme si však byli vědomi faktu, že včasné kódování podněcuje a pobízí k další analýze, proto jsme nenechali kódování rozhovorů až po provedení všech rozhovorů. Během analýzy byly vytvářeny různé mapy kódů a zkoumány jejich vzájemné relace. Tento způsob nazýváme v „zakotvené teorii“ dle *Strausse a Corbinové (1999)* axiálním kódováním. Kategorie získané v první fázi otevřeným kódováním dosazujeme do tzv. paradigmatického modelu. Paradigmatický model<sup>31</sup> je soubor vztahů kategorií a subkategorií, kde je identifikovaný jev, jeho příčinné podmínky, kontext a intervenující proměnné, strategie jednání, interakce jednání a jeho následky. V závěru jsme se snažili již podstatně zahuštěnou a rozvinutou kódovací síť pojmově utřídit, aby mohlo dojít ke krystalizaci teoretických konceptů.

Pro analýzu byl použit statistický software Atlas.ti.<sup>32</sup>, který nám velmi dobře umožnil přehledně s daty pracovat.

Ke každému rozhovoru byl navíc vytvořen formulář, který shrnoval základní deskriptivní charakteristiky respondentek a základní zjištění plynoucí z provedeného rozhovoru. Tento formulář je standardizován a poskytuje i určitou základnu pro komparativní analýzu (vzorový formulář viz příloha č. 4).

---

<sup>31</sup> Za určitou podobu paradigmatického modelu lze považovat schéma 5.2.

<sup>32</sup> Pro zajímavost lze připomenout, že pro vývoj tohoto softwaru byla metodologie Glasera a Strausse jedním z hlavních inspirativních zdrojů (Konopásek, Z.: <http://www.adiktologie.cz/download/941/Konopasek-Co-znamenat-interpretovat-text.pdf?acc=enb>)

## **Kapitola 4**

### **4. Sexuální a antikoncepční chování matek do dvaceti let**

#### **4.1 Sexualita v období adolescence: teoretické perspektivy**

V souvislosti s životními strategiemi, kde je důraz kladen na strategie reprodukční, a které jsou zpravidla předmětem zájmu odborníků zabývajících se problematikou adolescentních matek, je důležité zkoumat také sexuální chování a časování prvních sexuálních zkušeností této skupiny žen. Úroveň a okolnosti sexuální aktivity totiž významně predikují demografické události, jakými jsou úroveň plodnosti a potratovosti -náctiletých.

Adolescence je obdobím významných fyzických a emocionálních vývojových změn. Sexualita a sexuální chování a s nimi spojená rozhodování se stávají důležitější součástí života, a to především díky fyziologickým změnám, sociálním a mediálním tlakům, následováním vrstevnických hodnot, osobní zvědavosti a v neposlední řadě také touze po nezávislosti od původní rodiny. Sexualita jde v součinnosti s celkovým fyzickým a psychickým vývojem jednotlivce a je důležitým faktorem při přechodu jedince z dětství do dospělosti.

V období adolescence dochází k jistému zintenzivnění sexuality. Jedinec v této životní etapě většinou nechápe svou sexualitu jen jako základní vlastnost člověka, která zajišťuje reprodukci lidského rodu, ale především jako potřebu, která může člověku přinést chvíle radosti, potěšení a uspokojení. Na druhé straně si však většinou neuvědomuje, že může být spojena i s mnoha komplikacemi, problémy a dokonce i osobními katastrofami. Zahájení sexuálního života, máme zde na mysli časování prvního pohlavního styku, je totiž mezníkem ve fyzickém i psychickém vývoji muže a ženy ve všech společenstvích. To, v jakém věku k zahájení pohlavního života dojde, společně s okolnostmi, které tento akt provází, může mít momentální či dlouhotrvající následky pro jedince, který touto zkušeností prošel. Jen pro ženu, která začne pohlavně žít, můžeme nalézt zdravotní a sociální dopady jejího jednání, obzvláště jestliže otěhotní a těhotenství povede k neplánovanému rodičovství nebo umělému

přerušeni těhotenství. V některých případech dochází k časnému pohlavního styku nedobrovolně - např. znásilnění, incest, prostituce z finančních a jiných důvodů. Kromě toho se jedinec počínaje svým prvním pohlavním stykem vystavuje riziku spojeným se sexuálně přenosnými chorobami (Alan, 1989). Ve světle těchto skutečností jsou to pak právě –náctileté matky, jejichž sexuální chování je paušálně označováno za rizikové.

#### **4.1.1 Fáze sexuálního vývoje v období adolescence**

Adolescence je životní etapou, kdy si jedinec začíná uvědomovat svou sexualitu. Do té doby formování jeho sexuálního života sice intenzivně probíhalo, ovšem spontánně, bez hlubšího vědomí vlastní sexuality. Svou roli zde sehrávají především hormonální procesy, které ovlivňují sexualitu jedince již v prenatálním stádiu života. Myšleno je zde především utváření zevního pohlavního ústrojí a vliv hormonů na nervová centra v mozku. Po narození dochází k pohlavní identifikaci jedince, ta se utváří asi během tří let života a během dalších šesti let se formují základní postoje i k dalším otázkám pohlaví. Po šestém roce života dítěte nastává vývojové období, kdy morální normy a restrikce ze strany společnosti formují jeho sexuální chování více než rodina. V procesu sexuální socializace se výrazněji začíná uplatňovat vliv školy, různých zájmových organizací, kulturního prostředí a především názory věkových vrstevníků dětí. Jan Raboch k tomu podotýká: „Všichni rodiče by si měli uvědomit, že sexuální výchova začíná již v prvním roce života dítěte a zdá se, že období několika málo let je rozhodující pro sexuální „osudy“ jejich dětí v dospělosti (Raboch, 1988).“

Předmětem našeho studia je však především vývoj sexuální aktivity v období časně a střední adolescence. Uvedme si zde proto hned několik pohledů na jednotlivé fáze sexuálního vývoje u této věkové skupiny.

Jaroslava Pondělníčková člení fáze sexuální aktivity podle věku takto:

12 let : Již v dřívějším věku začínají rozhovory se sexuální tematikou. Tyto rozhovory ve věku 12 let stále pokračují. Baví se spolu však chlapci a děvčata odděleně. Pátrají po sexuologické literatuře a vzájemně si ji půjčují. Dívky mají své idoly, herce a zpěváky, v tomto období však již na ně myslí jako na muže. Vzniká první výraznější zájem o konkrétní chlapce a dívky. U ojedinelých chlapců dochází k prvnímu výronu semene buď při polucích nebo při onanii. U dívek se dostavuje menstruace. Velkou pozornost u dívek vyvolává růst prsů. Pokud je tento vývin předčasný, u dívek to vyvolává pocity studu a nejistoty. Naopak předčasná fyzická zralost u chlapců je okolím přijímána kladně a tito chlapci jsou často zvýhodněni v interpersonálních kontaktech.

13-15 let: Dostavuje se první, často neopětované zamilování. Nejen dívky se v tomto období zamilovávají do starších chlapců, i chlapce sexuálně přitahují dívky starší než jsou oni sami. Chlapci již pravidelně a častěji onanují, a to s charakteristickými průvodními sexuálními představami. Dívky se v tomto období v představách obírají vysloveně

platonickými láskami, chlapci však si již představují sexuální kontakty a touží nějaký uskutečnit.

15-18 let: První citové vztahy, první zamilování, první sexuální kontakty. Prohlubují se znalosti ze sexuální oblasti, adolescenti se zajímají o polohy při styku, techniku milostné přede hry nebo odchylné projevy v sexu (*Pondělníčková, 1990*).

Více do detailu tuto naposledy uvedenou životní etapu 15-18 let rozebírá v souvislosti s vývojem sexuálních zkušeností anglický psycholog *M. Schofield (1969)*, který rozlišil jejich pět stádií.

- I. Malý nebo žádný kontakt s druhým pohlavím; někdy však dochází ke schůzkám, avšak k žádnému líbání.
- II. Lehký petting. Rozumí se tím líbání s partnerem druhého pohlaví a často též dráždění prsů přes šaty.
- III. Intenzivní petting: přímé dráždění prsů, někdy též manuální dráždění pohlavního ústrojí a pouze zevní dotyk pohlavních orgánů. Ještě nedochází k žádnému koitu.
- IV. Pohlavní spojení s jedním partnerem.
- V. Pohlavní styky s více partnery.

*C. Chilman (1978)* člení sexuální vývoj během celého života do 8 základních etap. Podle věku rozlišuje jednotlivé zprostředkovatele sexuální socializace. Opět si přiblížíme pouze dvě etapy, které jsou vymezeny věkem 11-14 let a 15-18 let.

11-14 let: Na psychosexuální vývoj jedince v tomto věku mají nejvíce vliv rodina, vrstevníci stejného pohlaví a média. Jedinec si poprvé v tomto věku uvědomuje svou roli sexuálního aktéra ve společnosti. Objevuje se první zjevná sexuální aktivita. Onanie je již v tomto období častější. Plně se již rozvíjí sexuální fantazie. Počátky v otevřeně projevované diferenciaci mužské a ženské sexuality. Rodina začíná postupně nad jedincem ztrácet morální kontrolu.

15-18 let: Stále je velmi podstatný vliv stejného pohlaví, ale na intenzitě nabírá vliv vrstevníků opačného pohlaví. V tomto věku je již omezen vliv rodiny, naopak působení médií na jedince v sexuální oblasti se stupňuje. Zvyšuje se snaha integrovat sexuální potřeby do ostatních asexuálních potřeb. Zvyšuje se frekvence sexuální aktivity a jedinec má sexuální zkušenost s více partnery.

Navazování a rozvoj partnerských erotických vztahů jsou projevy psychosexuálního vývoje adolescentů, který zasahuje celé období adolescence. Podstatné je, že neprobíhá izolovaně od uspokojování dalších potřeb, především blízkosti, bezpečí a intimity, resp. potřeby vzájemného vztahu, který je založený na porozumění a spolupráci.

Podmínkou pro zahájení odpovědného plnohodnotného sexuálního života by tedy měla být emocionální zralost. Předpokladem emocionální zralosti je skutečné vlastnění sebe sama tj. nutnost, aby fázi intimity předcházelo nalezení vlastní identity s vytvořením vlastní hierarchie hodnot. *Rauh (1973)* extrahoval devět faktorů, které musejí být naplněny, aby jedinec byl schopen zdravého a odpovědného sexuálního života.

1. dosažení emocionální a psychické nezávislosti na rodičích
2. dosažení stabilního vědomí sebe sama
3. dostatečná vlastní vůle a motivace k jednání
4. vyvinutý hodnotový systém
5. dostatečně pevná sebekontrola a schopnost lpět na etických hodnotách
6. dostatečně vyvinutá schopnost empatie a vzájemné spolupráce
7. dostatečný intelekt
8. schopnost mít dobré vztahy se svými vrstevníky
9. absolvování vzdělání/tréninku umožňujícího získat ekonomickou nezávislost

Tyto předpoklady však většinou vznikají až v pozdní adolescenci, tedy po osmnáctém roce života. Mnoho mladých lidí však začíná žít sexuálně mnohem dříve a již ve fázi střední adolescence většina významných emocí a citů souvisí s erotickou sférou života. Hovoříme-li konkrétně o adolescentních matkách, je zřejmé, že řada z těchto vzájemně působících podmínek nebyla splněna.

#### **4.1.2 Reflexe genderových rozdílů ve světle biologických a sociálních determinant sexuality**

První fáze utváření erotických vztahů je tedy obvykle datována již od pubescence a souvisí s uvědoměním si vlastní sexuality. Ta má však již od počátku jiný kontext u mužů než u žen. Je známo, že dívky dospívají v průměru o jeden rok dříve než chlapci. Ke srovnatelným výsledkům dospěly studie ve většině evropských zemích. Období dospívání je velmi těžké přesně vymezit, jelikož se jedná o jev značně individuální zasahující do širšího věkového intervalu. Fyzická dospělost je většinou určena první menstruací u dívek a schopností ejakulace u mužů. Dívky obecně zaznamenají první menstruaci kdykoliv mezi 10 a 17 rokem s průměrem kolem 12,5 let. Ve většině průmyslových zemí průměrný věk při první menstruaci během času klesá. Podle C. Chilmanové je prokázán od roku 1850 pokles průměrného věku při první menstruaci o 4 měsíce na dekádu (*Chilman, 1978*). Podle odborných studií, věk první menstruace koreluje s věkem při prvním pohlavním styku. Dívky, u kterých se objevila první menstruace časněji, začínají také časněji sexuálně žít (*Udry, 1979*;

*Udry et al., 1986; Manlove, 1997*). U těchto dívek je pak podle autorů i vyšší riziko, že otěhotní v nízkém věku, jelikož jsou tomuto riziku vystaveny po delší časové období.

Avšak nejen biologicky podmíněné odlišnosti mezi pohlavími jsou indikátorem pro rozdílné zahájení pohlavního života mužů a žen. V úvahu musíme brát rovněž vrozené psychické odlišnosti mezi mužem a ženou a socio-kulturní zázemí, ve kterém se jedinec nachází. Kulturně vázána je především sexualita dívek. Ještě nedávno byla role muže a ženy v sexuálním životě ostře vymezena. Zatímco role muže se během doby relativně nezměnila, role ženy v sexuálním životě prošla velkou proměnou a přiblížila se mužskému pojetí sexuality. Ještě v minulém století byly dívky již od mládí vychovávány pro manželství a rodičovství. Ochraňovaly své panenství, jelikož to podle tehdejších kulturních vzorců bylo považováno za důležité v zájmu získání „dobrého“ manžela. Genderová identita byla tedy velmi jednoduše předurčena a alternativní varianty byly společensky nepřijatelné. V současné západní společnosti však zrovnoprávnění mužské a ženské sexuality a emancipace žen obecně vykonalo své a ženy dnes prožívají svůj první pohlavní styk převážně mimo manželství.

*Ann Oakleyová (2000)* na základě studia genderových rozdílů v sexuálním chování hovoří o v západní kultuře typické „latentní“ sexualitě žen a „manifestní“ sexualitě mužů. Fakt, že si ženy často nechtějí otevřeně přiznat svou sexualitu, ovlivňuje již raná socializace v rodině. Přiměřené chování dospívající dívky totiž podle očekávání rodičů vylučuje sexuální aktivitu, avšak přiměřené chování chlapce ji nevylučuje. Z toho vyplývá, že kontrola rodičů a společnosti obecně zpožďuje počátek sexuální aktivity většiny dospívajících dívek. Pokud tomu tak není, je sexuální aktivita spojena s delikventním chováním (nebo je tak charakterizována), protože sexuální aktivita dospívající dívky je chápána jako společensky nežádoucí. Dívka, která rebeluje proti společenským normám<sup>33</sup>, může dávat nesouhlas s nimi najevo právě sexualitou, a naopak sexualita může být pojímána jako odchylka.

Ann Oakleyová psala svou knihu na počátku sedmdesátých let, proto nám některé její teze mohou připadat již zastaralé a nepoplatné současné situaci, kdy se zdá naše společnost sexualitou přesycena. Nenechme se však zmýlit a zmást mediálním obrazem sexuality v západních společnostech. Stále totiž tyto stereotypy v mužském a ženském pojetí sexuality ještě existují a zcela nevymizely, jen se možná v některých případech hranice mezi mužským a ženským světem poněkud rozostřily. Stále je chování dětí a tedy i utváření hodnot v dospívání nevyhnutelnou reflexí sociálního světa dospělých a v pasti genderových stereotypů se ocitáme již od svého narození.

---

<sup>33</sup> Vymezení normality v oblasti sexuálního chování je silně podmíněno jak historicky, tak transkulturně. Typickým příkladem je ochrana dospívajícího či dítěte před předčasnou sexualizací. Víme, že v současných rozvinutých zemích je minimální věková hranice pro legální pohlavní styk stanovena různě. Více k tomuto tématu: *Weiss, P. (1997): K otázce normality sexuálního chování. Československá psychologie, ročník XLI, č. 4., str. 370-374.*

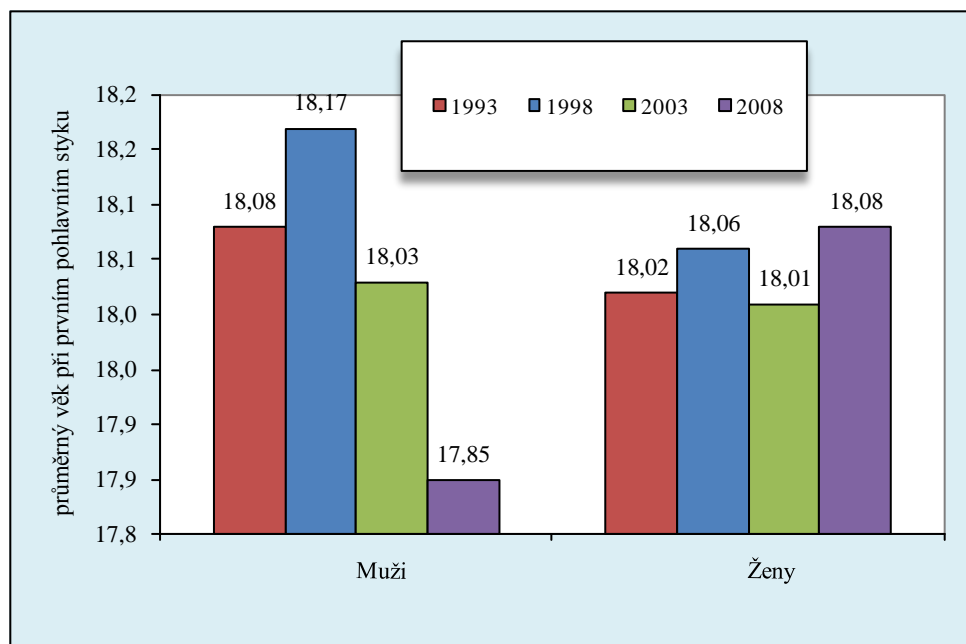
Psychických rozdílů u mužů a žen v souvislosti se zahájením pohlavního života můžeme nalézt hned několik. U chlapců je např. vědomí vlastní sexuality obvykle bezprostředně spojeno s potřebou ventilace pohlavního pudu, u dívek tato potřeba není obvykle až tak zřetelná (Macek, 1999). Dalším faktorem může být celková orientace mužského pohlaví na výkon a seberealizaci, oproti dívkám, které jsou většinou více emotivní a orientovány na citové stránky života. Zatímco mužské pohlaví má většinou jasnou představu své sexuality, která je především orientována na dosažení cíle, kterým je vlastní uspokojení, někdy i uspokojení partnerky, ženy svou sexualitu vnímají více ambivalentně, kdy se jejich pozitivní pocity z pohlavního styku mohou mísit s pocity úzkosti a strachu (Chilman, 1978). Tyto rozdíly mezi muži a ženami se pak ukazují jako klíčové při studiu partnerské komunikace o používání antikoncepce při styku.

O překonávání stereotypů prisuzovaných mužské a ženské roli v sexuálním chování usuzujeme i z údajů o sblížování průměrného věku při prvním pohlavním styku chlapců a dívek. Zároveň rovněž platí celkový pokles průměrného věku při prvním koitu u obou pohlaví zaznamenaný během druhé poloviny 20. století, přičemž u dívek je tento pokles strmější než u chlapců. Ačkoliv v posledních patnácti letech je průměrný věk při prvním pohlavním styku stále o málo vyšší u mužů než u žen, jeho hodnoty se k sobě velmi přiblížily. M. Tuček a J. Holub (1994) přinesli srovnání dvou rozsáhlých výzkumů náhodného vzorku populace, a to z roku 1988 a z roku 1993. Podle prvního z nich byl průměrný věk při zahájení pohlavního života u českých mužů 18,3 let a u žen 17,9 let, o pět let později však byl u obou pohlaví nižší: u mužů 18,0 a u žen 17,5 let. Petr Weiss a Jaroslav Zvěřina jsou autory periodického výzkumu sexuálního chování provedeného na reprezentativním vzorku obyvatelstva České republiky v letech 1993, 1998, 2003 a 2008.<sup>34</sup> U reprezentativního vzorku populace ČR staršího 15 let autoři zjišťují, že během posledních patnácti let se průměrný věk koitarché výrazně nemění a osciluje okolo věku osmnácti let (viz graf 4.1), přičemž u žen jsou výkyvy v časovém trendu menší než u mužů, u kterých byl zaznamenán nepatrný pokles průměrného věku při prvním pohlavním styku mezi lety 2003 a 2008 o necelé dvě desetiny z hodnoty 18,03 na hodnotu 17,85. U žen byl v roce 2008 průměrný věk při koitarché 18,08 let.

---

<sup>34</sup> Dotazováno bylo celkem 1 719 osob v roce 1993, 2 003 osob v roce 1998, 2 000 osob v roce 2003 a 2 000 osob v roce 2008.

**Graf 4.1: Vývoj průměrného věku při prvním pohlavním styku u mužů a žen v letech 1993, 1998, 2003 a 2008**



Zdroj: Sexuologický ústav I. lékařské fakulty UK a VFN, prezentace "Sexuální chování v ČR srovnání z let 1993, 1998, 2003 a 2008" ze dne 21.4.2009.

### 4.1.3 Zdravé reprodukční chování a antikoncepce

Sexualita adolescentů je často neoprávněně spojována s rizikovým životním stylem, který zahrnuje užívání drog, kouření, špatné školní výsledky atd. Ovšem sexualita, kde nedochází ke zneužívání a která je bezpečná jak ze zdravotního, tak z psychického hlediska, by neměla být považována za problematickou. Taková sexualita spíše pozitivně přispívá k osobnostnímu vývoji adolescenta ve smyslu podpory jeho nezávislosti, zdravého sebevědomí a sociální kompetence. Zdravá sexualita je tedy důležitou součástí procesu vytváření vlastní identity v období adolescence. Teoretik psychosexuálního chování *Peter Blos (1988)* k významu sexuality v období adolescence říká, že sexualita je nedílnou součástí druhého<sup>35</sup> individualizačního procesu, který je procesem učení se, jak přetřhnout emocionální vazby s rodiči a poznání, že emoční a sexuální potřeby musí být naplněny také mimo rodinu. Tento proces se však většinou neobejde bez problémů a obtíží, jakými jsou pocity izolace, zmatku a nevyhnutelně i konflikt emocí.

Většina odborníků se tedy shodne na názoru, že by se spíše mělo podporovat zdravé sexuální chování bez následků, jakými jsou sexuálně přenosné choroby a nechtěná těhotenství, než nekompromisní naléhání na abstinenci v tomto věku. Účinnost obou rozdílných konceptů sexuální výchovy a osvěty byla porovnávána i v rámci mezinárodní komparativní studie (*Darroch, 2001*), která dospěla ke zjištění, že v zemích, kde sexuální

<sup>35</sup> První individualizační proces probíhá asi ve věku dvou let, kdy se dítě osmělí vzdálit se od matky.



výchova klade důraz na abstinenci (USA, Kanada), je obecně výrazně vyšší intenzita plodnosti adolescentů než v zemích (Francie, Švédsko), kde je prosazována komplexní sexuální výchova s důrazem na osvětu zdravého sexuálního života a odtabuizování sexu v komunikaci mezi rodiči a jejich dětmi.

Základním předpokladem zdravého sexuálního chování je znalost a správné využívání antikoncepčních prostředků. V současné české společnosti je dostupnost moderních antikoncepčních metod a osvěta týkající se jejich funkce, omezení a správného používání již na velmi dobré úrovni. Stále však poměrně vysoké procento sexuálně aktivních mladých lidí žádnou formu antikoncepce nevyužívá a vystavuje se tedy jak riziku neplánovaného rodičovství, tak zdravotnímu riziku onemocnění některou ze sexuálně přenosných chorob. Je proto zřejmé, že vysvětlení rizikového chování spojeného s časnou sexuální aktivitou založené na jednoduchém konceptu nedostatečné znalosti antikoncepčních metod či nezodpovědnosti, postrádá komplexní charakter, jakým se sexuální život v období adolescence vyznačuje (*Runčan, 2003; Rabušic a Kepáková, 1999; Stone and Ingham, 2002*).

Při studiu zdravého sexuálního chování adolescentů je tedy nutné zaměřit pozornost i na ostatní hlediska jakými jsou:

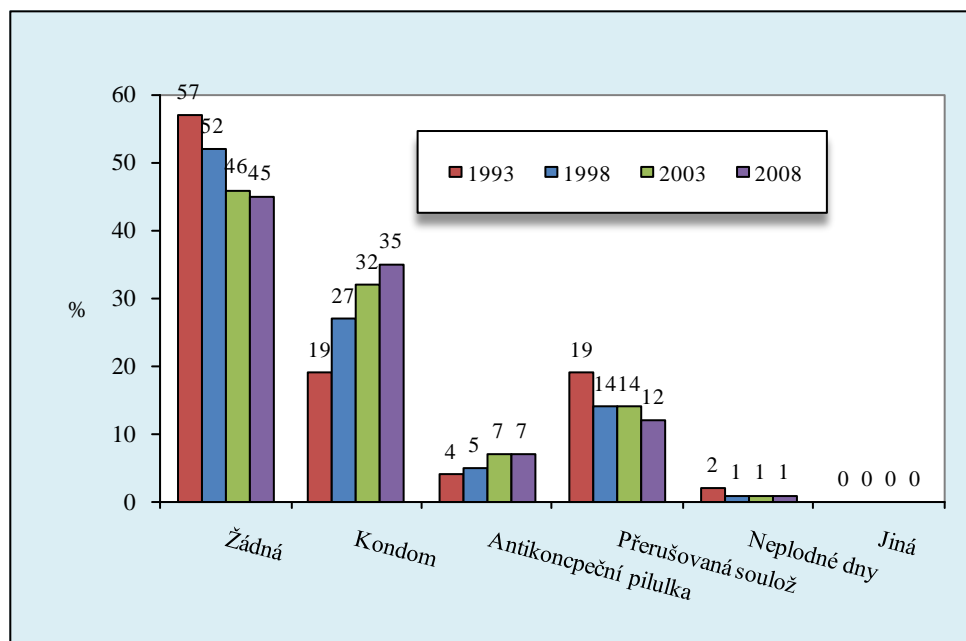
- 1) dostupnost antikoncepce
- 2) přístup partnera/tlak partnera na to, aby byl styk bez ochrany
- 3) potřeba být žádoucí
- 4) touha po dítěti
- 5) schopnost efektivně komunikovat
- 6) vliv alkoholu a drog
- 7) vliv touhy, důvěry, lásky a oddanosti a další. (*srovnej Stone and Ingham, 2002*)

Podle posledního výzkumu sexuálního chování obyvatel ČR nepoužilo při prvním pohlavním styku žádnou antikoncepci 45 % mužů a 49 % žen<sup>36</sup>. Trendy ukazují, že se v čase tento ukazatel snižuje a vzhledem k tomu, že se jedná o celou populaci, lze předpokládat, že zlepšení mají na svědomí především současní mladí lidé.

---

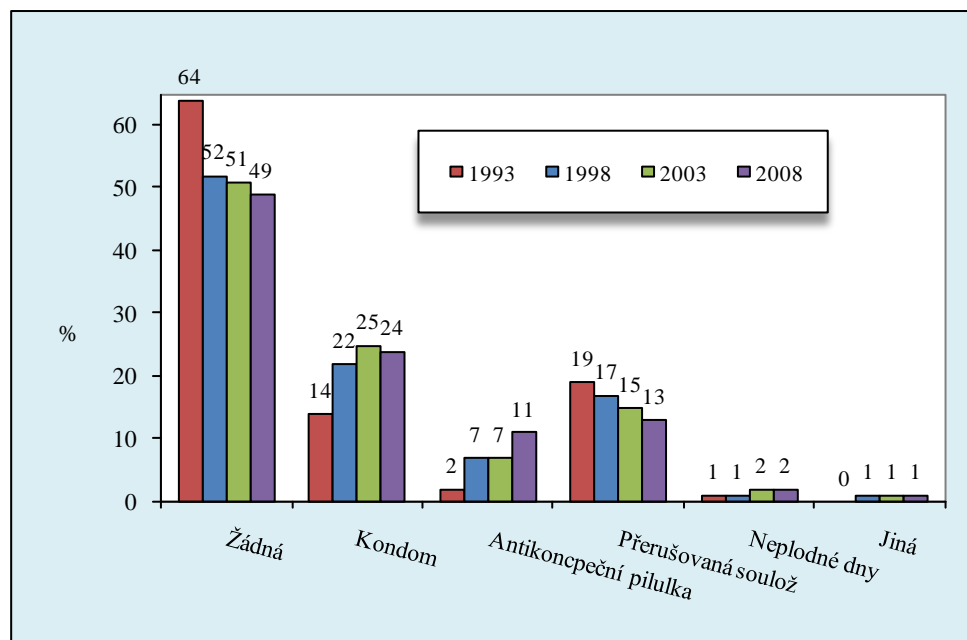
<sup>36</sup> Údaje bohužel nejsou dostupné v třídění podle věku. Zahrnutím celé populace se reálný vývoj ukazatele do určité míry zastírá.

**Graf 4.2: Použití antikoncepce při prvním pohlavním styku u mužů v letech 1993, 1998, 2003 a 2008**



Zdroj: Sexuologický ústav I. lékařské fakulty UK a VFN, prezentace "Sexuální chování v ČR srovnání z let 1993, 1998, 2003 a 2008" ze dne 21.4.2009.

**Graf 4.3: Použití antikoncepce při prvním pohlavním styku u žen v letech 1993, 1998, 2003 a 2008**



Zdroj: Sexuologický ústav I. lékařské fakulty UK a VFN, prezentace "Sexuální chování v ČR srovnání z let 1993, 1998, 2003 a 2008" ze dne 21.4.2009.

## 4.2 Okolnosti prvního pohlavního styku –náctiletých matek: analýza dat

Otázky kdy, kde a jak probíhá první pohlavní styk, jsou nedílnou součástí studia sexuálního chování obyvatelstva. U adolescentů se pak znalost problematiky prvního pohlavního styku stává stěžejní, jelikož předurčuje celkové postoje k sexuálnímu chování a reálné sexuální chování v této životní etapě vůbec.

Otázky v kvalitativním výzkumu *NTŽM 2004* na okolnosti prvního pohlavního styku byly pro většinu dívek nepříjemné a řada z nich nebyla schopna se o tématu více rozprávět. Problematičnost tématu měla své základy i v retrospektivě, jelikož se u některých dívek jednalo třeba i o 4-5 let starou událost, na kterou si, přestože se jedná o velmi důležitý krok v životě, nemohly nebo možná nechtěly vzpomenout. Navíc náš scénář dotazování nebyl primárně cílen na problematiku sexuálního života, ale spíše na problematiku rodičovství a sociální opory v této životní etapě.<sup>37</sup> Proto budou výpovědi –náctiletých matek do jisté míry omezené a diskurz ohledně této problematiky neúplný.

První pohlavní styk, pokud zdůrazníme zdravotní hledisko, by měl ideálně být předpokládán (nemělo by k němu dojít neuváženě), chtěný (ze strany obou partnerů), chráněný (proti nechtěnému těhotenství a sexuálně přenosným chorobám) a partnerům by měl přinést požitky a radost (*Mitchel and Wellings, 1998*). Ideální věk prvního pohlavního styku je těžké vymezit a záleží především na individuálních předpokladech každého jednotlivce. V úvahu bychom měli brát asynchronickou povahu dospívání tj. urychlené biologické dospívání v rozporu k psychickému a sociálnímu zrání (viz subkapitola 4.1.1).

Na úvod lze konstatovat, že pokud jde o populaci –náctiletých matek, jejich deskripce aktu, jakým je první pohlavní styk, má k výše vymezenému ideálu poměrně daleko.

*„No to bylo na oslavě...jsme slavili narozeniny, no a já jsem se strašně opila. No a pak nevím, jsem si prostě začla s nějakým klukem, jsem ho ani neznala. Pak když jsem ho viděla, tak jsem zjistila, že se mi vůbec jako ani nelíbí.“* (Felicita, 19 let, holčička 2 měsíce)

### 4.2.1 Věk prvního pohlavního styku

Jak již bylo zmíněno v teoretickém úvodu (subkapitola 4.1.2), průměrný věk prvního pohlavního styku u žen a u mužů se během posledních desetiletí vzájemně přiblížil na srovnatelnou úroveň. Výzkumy také ukázaly, že během posledních deseti let nedochází v České republice k urychlování zahájení pohlavního života. Zatímco v roce 1993 byl

---

<sup>37</sup> Přestože by bylo nadmíru zajímavé zkoumat, zda se okolnosti prvního pohlavního styku liší u žen, které se rozhodly být rodiči ve velmi raném věku, a jejich vrstevnicemi, rozsah výzkumu a časová kapacita nám k tomu nedává příležitost.

průměrný věk prvního pohlavního styku u mužů 18,1 let a u žen 18,0 let, o patnáct let později byly zaznamenány téměř stejné hodnoty tj. 17,9 let, respektive 18,1 let. (*Sexuologický ústav, Weiss a Zvěřina, 2009*)

Jestliže se tedy zaměříme na populaci –náctiletých matek, je zřejmé, že se jejich **sexuální debut odehrál významně dříve** než činí průměr ČR. V námi sledovaném souboru činil průměrný věk dívek při prvním pohlavním styku 15,2 let. Fakt, že ženy, které se stanou matkami jako – náctileté, začínají dříve pohlavně žít než jejich vrstevnice, potvrzuje i řada zahraničních odborných studií. Většinou se však tato závislost udává v opačném směru tj. dívky, které začaly sexuálně žít dříve než jejich vrstevnice, vykazují vyšší pravděpodobnost, že do 20 let otěhotní (*Hofferth et al, 1987; Harvey a Springer, 1995*).

Dvanáct dívek (21 %) z našeho souboru začalo sexuálně žít dokonce **před patnáctým rokem věku**, který je podle platné legislativy ČR<sup>38</sup> zákonem povolenou věkovou hranicí pro pohlavní styk. Tři z dívek (Dana, Zuzana, Nela) byly v raném věku sexuálně zneužívány otcem/nevlastním otcem a jejich první koitus tedy proběhl za těchto smutných okolností.

T<sup>39</sup>.: „*Takže to bylo asi hodně špatný, vy jste se hodně stěhovali a pak od 14 let jste šla do dětského domova a někdo na to asi přišel, že vás doma bijou?*“

R.: „*Ne to nebylo kvůli tady tomu, on mě táta znásilnil, tak jsem to šla říct na policajty no a máma mi nevěřila, tak mě dali do dětského domova.*“

T.: „*Kde jste vzala tu odvalu, to jít říct na policii?*“

R.: „*Kamarád mi k tomu pomohl. Já jsem měla staršího kamaráda. Ale asi až po tejdnu jsem to šla nahlásit.*“

T.: „*Takže ten vás podpořil, jinak byste se asi sama bála to říct?*“

R.: „*No to by asi nikdo nevěděl až do dneška.*“

T.: „*No a měl z toho nějaký postih otec?*“

R.: „*No vyšetřovali ho, ale já jsem to potom stáhla a řekla jsem, že to není pravda. Mně to lezlo na hlavu na nervy. To věčné vyslýchání a tak.*“ (Nela, 19 let, holčička 6 měsíců)

Kromě sexuálního obtěžování klasifikovaly další tři dívky svůj první sexuální zážitek jako znásilnění (Lenka, Martina, Erika). Romana, jiná dívka, svůj první pohlavní styk neoznačila za znásilnění, ovšem styk byl podle jejích slov nedobrovolný a vynucený, přestože se jednalo o stálého partnera.

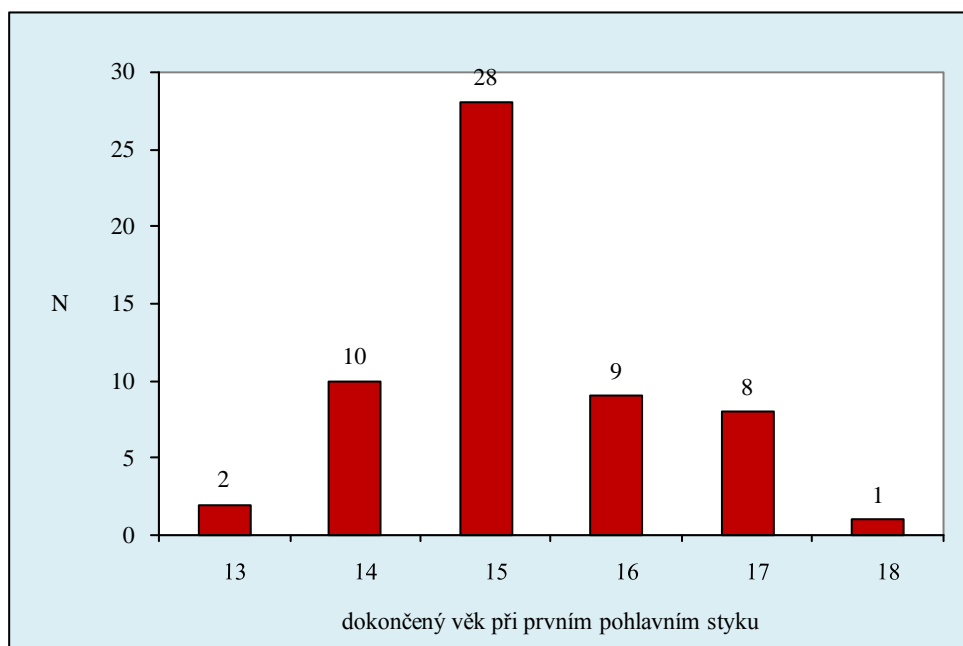
„*Po měsíci (spolu začali pohlavně žít), ...jsem nechtěla, protože já jsem byla panna do 16 a půl, tak jsem nechtěla a on mě k tomu vždycky úplně nutil.*“ (Romana, 17 let, chlapeček 1 měsíc)

---

<sup>38</sup> Podle ustanovení § 242 zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon (§ 187 zák. č. 40/2009 Sb.účinného od 1.1.2010) se trestného činu pohlavního zneužívání dopouští ten, který vykoná soulož s osobou mladší patnácti let nebo kdo takové osoby jiným způsobem pohlavně zneužije.

<sup>39</sup> T.: Tazatel, R.: Respondent

Graf 4.4: Rozložení respondentek podle dokončeného věku při prvním pohlavním styku



Zdroj: Kvalitativní výzkum NTŽM (2004)

#### 4.2.2 Sexuální zneužívání

Sexuální zneužívání se tedy jeví v souvislosti s časným rodičovstvím jako ne příliš výjimečný faktor, s jehož důsledky se dívky zřejmě budou vyrovnávat po celý svůj život. Pro všechny dívky, které byly zneužívány či znásilněny, byla tato vzpomínka velmi živá, přestože o ní většina z nich vypravovala s odstupem několika let. Emocionální náročnost tématu se projevovala i během nonverbálních reakcí při samotném rozhovoru, kdy se dívky nebyly schopny vyvarovat pláče. Pro ilustraci si uvedme životní příběh Dany, která po rozvodu rodičů zůstala bydlet s otcem, zatímco sestra se odstěhovala pryč s matkou. Dana odmalička tíhla více k otci než k matce. Otec se jí věnoval, podnikal s ní výlety do přírody atd. Před 15. narozeninami se však jeho chování změnilo. Dodnes, přestože si je vědoma, jak jí otec ublížil, je schopna o něm mluvit i pozitivně.

R.: „Před 15. narozeninami o Vánocích to bylo, to mě připadal takovej divnej, to mě odšoupl když jsem spala, pak jsem se probudila a už to dělal. Já jsem se prostě bála něco říct, tak jsem dělala, jako že spím.“

T.: „A to došlo přímo ke styku?“

R.: „Jo přímo no. On byl vždycky takovej vzor pro mě, tak mě pořád nedocházelo co dělá, a říkala jsem si, protože je rozumném, tak toho musí nechat, tak to vás napadne, že to není normální... Tak jsem zkoušela se zamykat, chodila jsem spát na půdu. Tam jsem měla taky jeden pokojíček, tak jsem myslela, že to pochopí, že je mi špatně.“

(Dana, 19 let, 9. měsíc těhotenství)

Před matkou se o sexuálním zneužívání bála mluvit. Strach svěřit se byl umocněn i obavami, že pokud půjde otec do vězení, nebude mít kam jít. Následovaly útky z domova, při kterých se seznámila se svým současným partnerem a otcem dítěte. Partnerovi se svěřila a ten jí podpořil v jejím rozhodnutí celou věc oznámit na policii. Otec byl na základě jejího obvinění uvězněn a Dana začala žít ve společné domácnosti se svým přítelem.

Naše zjištění, že –náctileté matky často vyrůstají **v rodinném prostředí, kde dochází k násilí a sexuálnímu obtěžování**, je ve shodě se zahraničními zdroji (Boyer a Fine, 1992; Swenson, 1992), které udávají úzkou souvislost mezi těhotenstvím případně rodičovstvím –náctiletých a sexuálním zneužíváním v minulosti. Sexuální zneužívání je vázáno i na dřívější začátek pohlavního života. Ženy, které začaly sexuální žít velmi časně, tj. před 15 rokem věku, častěji než ostatní udávaly, že byly znásilněny, že jejich první pohlavní styk nebyl dobrovolný nebo že se udál mimo stálý partnerský vztah. Stejně tak vyšší věkový rozdíl mezi partnery indikuje nižší pravděpodobnost stálého partnerského vztahu a faktu, zda šlo o dobrovolný pohlavní styk (Ingham et al., 1991; Elo et al., 1999).

Nejen sexuální zneužívání samotné, ale i sexuální obtěžování v rámci rodiny, při kterém nedochází k samotnému pohlavnímu styku či fyzickému kontaktu, se jeví jako faktor determinující pozdější obavy a strach ze sexuálního života.

*R.: „Pak jsem po tejdnu zase jela spát já k němu [partnerovi] ... A navnadil atmosféru... byli jsme v bytě sami, a to se taky nezvrtlo. A druhej den jsme se probudili..on se mazlil psem a když jsem viděla, že má rád zvířata, tak jsem si řekla, že by mohl mít rád i lidi. Tak druhej den ráno teprve [došlo k prvnímu pohlavnímu styku].“*

*T.: „Ale vždyť jste spolu chodili docela dlouho, tak jste z toho měla pořád strach?“*

*R.: „Když nebudu vůbec nic tajit, tak já jsem se toho bála, že máma jak měla toho Zdenka, jak s náma žil 4 roky, tak jsem ho neměla ráda asi z jakýho důvodu.. že jo...“*

*T.: „Protože vás ten Zdeněk obtěžoval...“*

*R.: „Obtěžoval...“*

*T.: „A došlo k něčemu?“*

*R.: „Ne nedošlo, ale chtěl.... I chodil nahatej...Třeba máma tý jsem to naznačovala, když jsem byla menší, tak jsem od ní dostala ještě vynadáno, co si vymejšlim, máma přes chlast neviděla.“ (Kamila, 19 let, 2letý chlapec)*

Výzkum ukazuje, že v tomto směru jsou –náctileté matky velmi zranitelné. Většina z nich žila v nestabilním rodinném prostředí, kde docházelo k častému střídání mužských protějšků jejich matek, což zvyšovalo riziko možného zneužívání. Pokud k takovému chování ze strany partnera matky došlo a dívka se odvážila matce svěřit, matka ve snaze zachránit partnerství dívce nevěřila a její výpověď buď ignorovala nebo, v těch horších případech, dívku obvinila, že za takové chování je odpovědná sama tím, že se chová vyzývavě.

*„Potom se to stupňovalo, on [partner matky] si ke mně dovoloval i před kamarádkou, třeba šel a zezadu mi šáhl na kalhotky, tak jsem to řekla naší mami ...I podle její rodiny*

*[rodičů matky tj. prarodičů], jsem prej dělala všechno, abych ho dostala do postele, že jsem ho mámě záviděla... tak mi začal rozepínat zip u bundy, já jsem si myslela že si dělá srandu, pak mě začal sahat na prsa, jako že se chce jenom podívat, ale to bylo strašný, to jsem v životě nezažila, tak jsem se tam s ním přetahovala, protože se mi snažil dostat se pod tílko, a říkala jsem, že ne a on furt ať nekřičím...šla jsem na ulici, tak jsem se složila, tak mě kamarádky odvedly k doktorovi, tam jsem nechtěla nic říct, jenom se brečela...od té doby se o nás začala zajímat rokcanská sociálka.“ (Romana, 17 let, chlapeček 1 měsíc)*

K sexuálnímu zneužívání došlo i ve dvou případech, kdy dívka po rozpadu rodiny byla svěřena do péče otce, který neměl stálou partnerku.

*T.: „S tátou to bylo jak, byla to přísná výchova, vadilo vám to tenkrát?“*

*R.: „Když jsem byla malá tak ne, ale pak se to vyvíjelo jináč, jak jsem byla starší, já už jsem dospívala, ale táta byl sám, tak to začalo být takový krušný... Bylo to tím dospíváním, že on byl chlap a já jsem byla holka...já jsem to tenkrát nechápala, já nevím jestli se mi to pokoušel vysvětlit, ale bylo to intimní, takový nepříjemný.“*

*T.: „On vás nějakým způsobem zneužíval?“*

*R.: „Ano.“*

*T.: „Kolik vám bylo když to začalo?“*

*R.: „Já jsem chodila do šestý třídy.“*

*T.: „Dovoloval si na vás takový věci, týkající se sexu?“*

*R.: „Tak přiměřeně. V dnešní době se to dá říct přiměřeně. Nepřímo ten styk, ale to ohmatávání.“*

*T.: „A to jste to někomu řekla?“*

*R.: „A když jsem to někomu řekla, tak samozřejmě, kdo by věřil takový malý žábě, že jo?“  
(Patricie, 19 let, 4. měsíc těhotenství)*

### 4.2.3 Věkový rozdíl mezi partnery

Skupina žen, která v našem šetření zažila svůj první koitus před patnáctým rokem věku, bohužel nemůže být charakterizována věkovou diferencí mezi partnery. Na základě omezené velikosti výzkumného vzorku by nebylo správně tvrdit, že věkový rozdíl mezi partnery je vyšší než u ostatních dívek. Jeden společný znak však tato skupina má, a sice, převažují v ní dívky romského původu. V celém výzkumném souboru máme 12 dívek romského původu, z nichž přesně polovina měla svůj první pohlavní styk ve věku mladším 15 let. Partneři romských dívek většinou sami nebyli dospělí muži a jejich věk se pohyboval v rozmezí 15-19 let.

Věkový rozdíl partnerů při prvním pohlavním styku je hojně diskutovaným problémem především ve státech, kde je těhotenství nezletilých považováno za tíživý sociální problém. Statistiky v USA totiž dokazují, že polovina otců dětí narozeným matkám ve věku 15-17 let je starší 20 let tj., že za „děti dětí“ jsou zodpovědní dospělí muži (Elo et al., 1999). Tato zjištění

podněcují v některých státech veřejnou debatu, zda nezvýšit legální věkovou hranici pro první pohlavní styk.<sup>40</sup> Praktickým gynekologům, ale i vědeckým a sociálním pracovníkům se tento postup příliš nezamlouvá, jelikož by mohl tyto dívky zastrašit od toho, aby vyhledávaly zdravotnickou, sociální či jinou pomoc. Navíc věkový rozdíl mezi nezletilými matkami a otcí jejich dětí nemusí odpovídat věkovému rozdílu mezi partnery při prvním pohlavním styku. Je důležité si uvědomit, že ženy se rozhodnou ponechat si dítě spíše v případě, kdy v partnerovi mají oporu tj. v případě, že je partner dokáže ekonomicky zajistit a dá se předpokládat, že s nimi bude dítě vychovávat. Je tedy zřejmé, že již zde probíhá selekce (*Hardy et. al., 1988; Lindberg, 1997*).

#### **4.2.4 První sexuální zkušenost –náctiletých matek: uvážený akt či náhodná událost**

Obecně lze tvrdit, že svůj první pohlavní styk jako rozumově uvážený, plánovaný a rozmyšlený akt hodnotí pouze mizivý počet dívek, přestože u **nadpoloviční většiny došlo k iniciaci sexuálního života v rámci stálejšího vztahu**. Řada narativ o prvním pohlavním styku však jednotně obsahovala charakteristické slůvko „úlet“. Jako známost na jednu noc, i když se většinou ani o celou noc nejednalo, popsalo svůj první sexuální zážitek 21 dívek.

Pouze dvě z dívek uvedly, že se na svůj první pohlavní styk s partnerem připravovaly. Obě dívky svůj první pohlavní styk prožily s partnery, pro které to byla rovněž první sexuální zkušenost. Důležité je, že partneři byli schopni před tím, než k této zkušenosti došlo, o ní komunikovat.

*„My jsme se na to připravovali, takže oba dva jsme byli takoví rozesmátý, spousta humoru, povídali jsme si tak a mě to ani nepřišlo...My jsme se toho oba dva báli, protože jsme oba dva byli první, tak jsme z toho měli strach, ale tak jsme to společně zvládli.“*  
(Daniela, 19 let, 6.měsíc těhotenství)

Ačkoliv ve sledovaném souboru jsou dívky, které svůj sexuální debut prožily se stálým partnerem, žádná z nich, kromě zmiňovaných dvou, svůj první pohlavní styk s partnerem předem neprobírala. Časování první sexuální zkušenosti, přestože se jednalo o stálý partnerský vztah, bylo charakterizována jako „*přišlo to z nenadání*“, „*prostě se to stalo*“, „*přišlo to najednou*“ atd..

Andrea zpětně svůj první pohlavní styk, který zažila s přítelem po jednoletém vztahu, popisuje takto:

*„Přišlo to z nenadání, no my jsme šli na večeři, pak jsme si šli zatancovat a pak to vyplynulo z okolností“* (Andrea, 20 let, chlapeček 1,5 roku)

---

<sup>40</sup> V ČR se diskutuje spíše opačný postup, kdy řada politiků, ale i odborníků navrhuje snížit věkovou hranici trestní odpovědnosti z 15 na 14 let a v souvislosti s tím i věkovou hranici, kdy je přípustný pohlavní styk.



Podobně vzpomíná na svůj první pohlavní styk po roční známosti devatenáctiletá Míša:

T.: „Po jaké době jste se spolu poprvé milovali?“

R.: „Po roce, v 16 letech.“

T.: „A to jste plánovali?“

R.: „Ne. To přišlo samo.“ (Míša, 19 let, holčička 2 roky)

Z dat je tedy zřejmé, že **verbální komunikace týkající se prvního pohlavního styku je pro nezkušené adolescenty velmi obtížná**. Absence komunikace o sexuálním životě se pak projevuje především v nedostatečném použití ochranných prostředků při styku, což může mít dalekosáhlé následky (více následující kapitola 4.3).

Fakt, že je první pohlavní styk provázen mlčením, může být příčinou ambivalentních pocitů ze strany dívek. Tyto pocity mohou plynout ze vzájemně nevyvážených očekávání partnerů. Kasuistiky potvrzují jiná empirická zjištění, že muži jsou k podnětům a situacím příhodným k sexuálnímu styku citlivější než ženy (Moore et al., 1993; Mitchel a Wellings, 1998), což je determinováno jak biologicky, tak sociálně. Vlastnosti přisuzované mužům, jakými jsou orientace na cíl a na úspěch spolu se sebejistotou, se mohou projevat i v jejich sexuálním sebevyjádření. Nezřídka se tak stává, že se **realizují očekávání mužů na úkor očekávání jejich partnerek** a dívky jsou tlačeny do něčeho, co samy nechtějí nebo o tom nejsou zcela přesvědčeny. Převaha mužů je patrná především tam, kde dívky nejsou schopné, stydí se, či mají obavy si o sexuálním styku otevřeně s partnerem pohovořit. Tyto okolnosti mohou nakonec vyústit ve zmatené pocity dívek a nespokojenost s celým sexuálním aktem.

T.: „Kdy jste se poprvé s někým milovala, v kolika letech?“

R.: „Hm, to mi bylo nějak, já nevím, asi něco, nějak patnáct asi.“

T.: „A to bylo s kým? Jako byl to někdo, s kým jste chodila delší dobu?“

R.: „Ne, jako znala jsem ho delší dobu, pak jsem se s nim ještě stýkala, ale to bylo takový, nevím, my jsme spolu jako ani nikdy nechodili...No tak jako on, já nevím, on jako na mě narážel, měl takový návrhy a třeba mně se taky líbil, tak prostě jsme se nějak to... a tak se to prostě se nějak to...“

T.: „... Jak se Vám líbil ten první pohlavní styk?“

R.: „No tak to bylo takový nic. Takový prostě šup sem, šup tam, takže vůbec.“ (Aneta, 18 let, 5. měsíc těhotenství)

Na základě dat, které máme k dispozici, je zřejmé, že podobné pocity z prvního pohlavního styku převažovaly u většiny dívek. Pouze čtyři dívky výslovně uvedly, že se jim první pohlavní styk líbil a že si ho užily. U ostatních bylo hodnocení buď neutrální anebo, a to v naprosté většině, převažovaly bolestivé pocity či pocity zklamání.

T.: „Dobře, tak jak se vám líbil tenkrát ten první pohlavní styk? Jak se vám to líbilo?“

R.: „Ne.“

T.: „Ne? Bolelo to nebo, jako jak by jste to popsala? Nic moc?“

R.: „No bolelo.“

T.: „Jo? Bolelo? A tenkrát vy jste se milovali proč, protože třeba holky z okolí to taky měly už za sebou, nebo jste se dohodli s tím přítelem nebo jak to bylo?“

R.: „Já nevím.“

T.: „Jste byla zvědavá nebo jak to bylo?“

R.: „Ne. Já nevím, jak se to..., jak se to to...“

T.: „No a potom, když to poprvý bolelo, tak jste to potom taky chtěla...?“

R.: „Ne, ne, já myslela, že jako druhé den, to jsem nechtěla, protože to bolelo a pak už jako normálně.“ (Sylva, 15 let, 8. měsíc těhotenství)

T.: „Ještě se vrátím k tomu vašemu prvnímu vlastně pohlavnímu styku, jaký byly pocity, líbilo se vám to tenkrát nebo ne?“

R.: „Ne, vůbec nic jsem z toho jako že žádné zázrak.“ (Katka, 23 let, dvě děti 5 let a 3 roky)

„...Strašná rychlovka. Já vim, že prostě tenkrát holky říkaly, že bych si to měla tak nějak vychutnat, že prostě, že to má být něco krásného, a to, ale to byla tenkrát strašná rychlovka...To bylo prostě z ničeho nic.“ (Vlasta, 17 let, 7denní chlapeček)

Bolestivost prvního pohlavního styku není žádnou výjimkou ani v průměrné české populaci. Podle *Weisse a Zvěřiny (2004)* byl pro poměrně vysoký podíl žen (36 %) první pohlavní styk nepříjemný až bolestivý. Stejně procento žen pak udávalo, že styk byl příjemný, ovšem bez dosažení orgasmu. Zahraniční studie *D.L. Weise (1985)*, který zkoumal reakce 200 amerických studentek, uvádí, že po prvním styku necítilo bolest pouze 27,7 % z nich. Bolest byla při prvním koitu přítomna hlavně u těch, které měly styk v mladším věku, měly konzervativní postoje a při prvním styku bolest neočekávaly.

**Bolest** jako nezbytný průvodce prvního sexuálního styku je zřetelně přítomna i v diskurzu současných adolescentů. Řada dívek uváděla, že měla z prvního sexuálního styku strach podložený informacemi od kamarádek.

R.: „Já jsem se poprvé i bála, no ale líbilo se mi to“

T.: „Ale měla jste z toho strach?“

R.: „No měla.“

T.: „A proč?“

R.: „Tak holky... já jsem byla panna, ty měly už zkušenosti, tak mi říkaly, že to nebolí moc, potom jedna holka mi říkala, že to strašně bolí, že teče krev.“ (Veronika, 16 let, 3. měsíc těhotenství)

Objevovaly se i názory, že první pohlavní styk je v podstatě **vynucené zlo** a je dobré, pokud ho má dívka již za sebou.

„Když to bylo poprvé, tak určitě ne [nelíbil se styk]. Měla jsem asi dobřej pocit, že už to mám konečně za sebou.“ (Lydie, 19 let, chlapeček 1 rok)

R.: „*Ono to bylo rychlý, my jsme byli na diskotéce, a já jsem s nervama pryč, protože ona [konkurentka] po něm pořád jela, tak jsem se pěkně dojela ... nevěděla jsem o sobě.*“

T.: „*Takže jste si to moc neužila?*“

R.: „*Já jsem byla i docela ráda.*“ (Patricie, 19 let, 4. měsíc těhotenství)

S otcem dítěte zažilo svůj první styk 21 dívek tzn. asi jedna třetina studovaného souboru. 16 (28 %) –náctiletých matek mělo ve svém životě pouze jednoho sexuálního partnera tj. otce dítěte. Samozřejmě, že výzkumný vzorek je velmi rozmanitý a najdou se v něm jednak dívky, které dávaly přednost dlouhodobým vztahům, ale i dívky, které za svůj život vystřídaly již několik partnerů a náhodných známostí. Vzhledem k věkově heterogennímu souboru by tedy bylo nesprávné sledovat průměrný počet sexuálních partnerů. Zajímavé ale je, že některé z dívek ani nebyly schopné určit, kolik sexuálních partnerů měly, a že se soubor do určité míry polarizoval na dvě skupiny. První skupinou byly právě dívky, které měly pouze jednoho sexuálního partnera, a druhou skupinou byly dívky, které vystřídaly 5-6 známostí. Pouze v jednom případě (Nela) si dívka nebyla jista otcovstvím. Na základě dat lze zobecnit, že dívky s promiskuitnějším způsobem sexuálního života většinou pocházely ze sociálně slabších rodin nebo vyrůstaly v ústavních zařízeních a obecně měly sklony k rizikovějšímu chování (útěky z domova, užívání drog, večírky a alkohol atd.). Rizikové chování ve spojitosti s časnější sexuální aktivitou, střídáním partnerů a vyšší frekvencí sexuálních styků dokládají i zahraniční studie (Hockaday et al., 2000; Harvey, 1995; Gillmore, 1992)

T.: „*Karel je uvedený jako otec?*“

R.: „*Já jsem neuváděla nikoho, protože jsem chodila s jedním klukem, pak jsem se seznámila s Karlem a nevěděla jsem, či to je. Já jsem chodila s Karlem, ale měla jsem ještě bokovku, protože jsem nevěděla, jestli to se mnou Karel myslí vážně.*“

T.: „*Jak jste na to přišla, že to je Karlovo?*“

R.: „*No ona mu je docela teď podobná a říká to každé.*“

T.: „*Vy si nejste ještě jistá?*“

R.: „*No nejsem si jistá.*“ (Nela, 19 let, holčička 6 měsíců)

Jednou z nejdůležitějších okolností koitarché je motivace, s níž k zahájení pohlavního života mladí lidé přistupují. Weiss, Urbánek a Procházka (1996) uvádějí, že jednou z nejčastějších odpovědí u mladších věkových skupin je v této souvislosti zvědavost – dle A.M. Johnsonové (1994) byla motivem u 55% britských mužů a 42% britských žen. U českých adolescentů však podle Leontjevičové (1994) tento motiv udala pouze jedna čtvrtina respondentů, zatímco až polovina uvedla jako hlavní motiv zamilovanost.

Na populaci –náctiletých matek bylo velmi těžké hlavní motivaci k prvnímu pohlavnímu styku zkoumat. Dívky jednoduše nebyly schopny zformulovat důvody, které vedly k tomu, že se dívka rozhodla začít sexuálně žít. Jak již bylo zmíněno, většinu dívek k prvnímu sexuálnímu zážitku nedovedla rozumová kalkulace, ale především sled mnoha okolností a nevysvětlitelných pocitů, které lze jen stěží zúžit do jednoho aspektu, jak ho udávají výše

zmínění autoři. Zamilovanost jako hlavní a jediný faktor se v námi sledovaném souboru objevila pouze výjimečně. Stejně jako fenomén „uchování“ si panenství pro toho pravého.

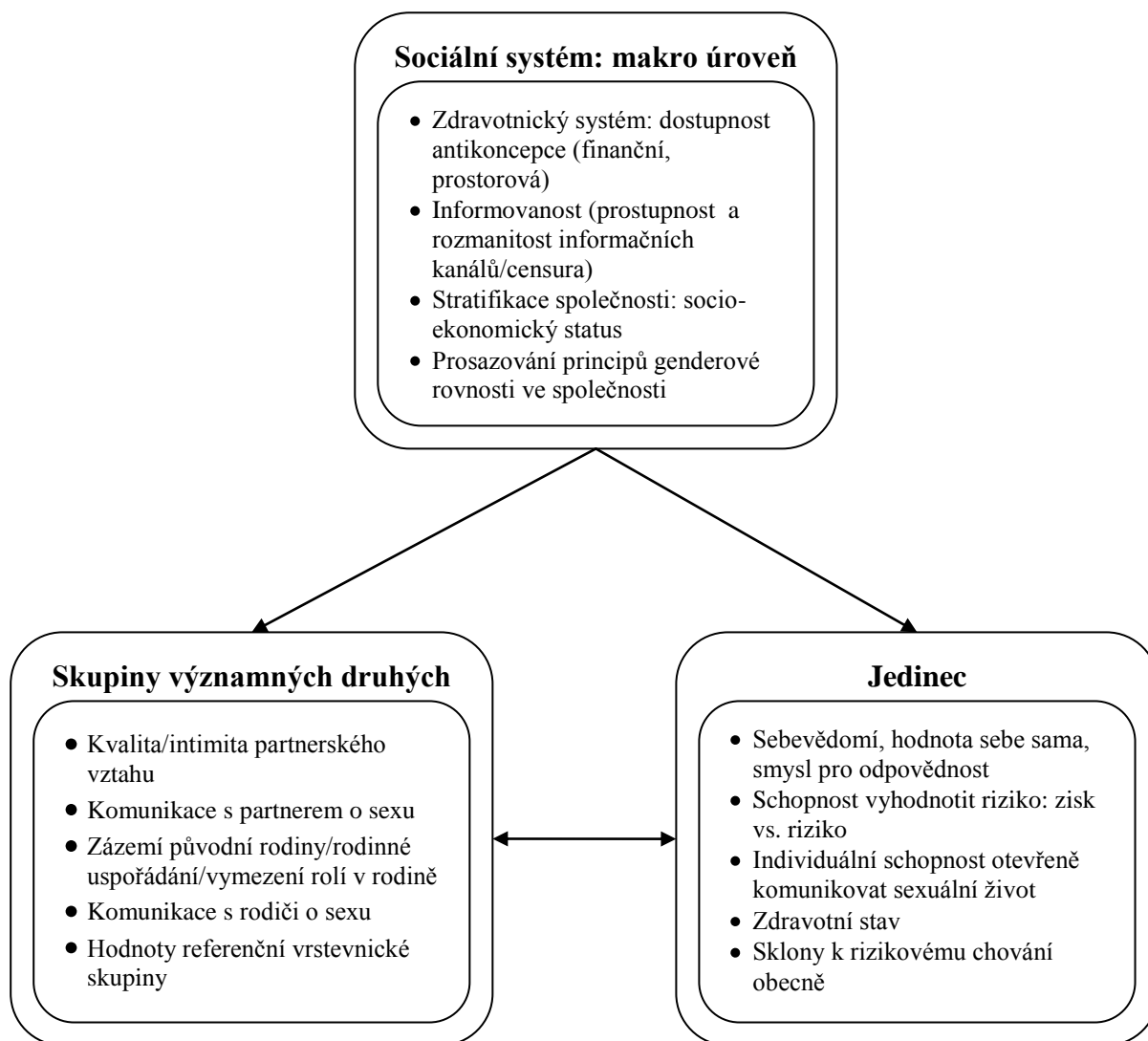
Devatenáctiletá Stáňa se poprvé milovala s otcem svého ještě nenarozeného dítěte, se kterým má harmonický vztah již téměř dva roky. Děťátko společně plánovaly a Stáňa kvůli tomu vysadila hormonální antikoncepci. Do budoucna plánují svatbu. Ke svému prvnímu pohlavnímu styku říká:

*„...protože jsem prostě cítila, že on je ten pravej, protože jsem byla v tehdejší době ještě panna, jsem si to schovávala, prostě pro svýho, prostě kterýho fakt budu mít ráda a jako měla jsem hodně příležitostí, že kluci na diskotékách, na zábavách, ... ale tak jako vždycky jsem odmítla, že prostě do toho nejdu, že si počkám na toho prostě pravýho a pak jsem cítila prostě, že to je on.“ (Stáňa, 19 let, 5. měsíc těhotenství)*

*„No, že bych byla nepoctivá do 15 let, to jsem teda nebyla. V 15 jsem potkala svou první velkou lásku a pro tu jsem si to schovávala. (Lydie, 19let, chlapeček 1 rok)“*

### 4.3 Antikoncepční chování adolescentních matek (postoje k chráněnému pohlavnímu styku)

Schéma 4.1: Faktory ovlivňující použití antikoncepčních prostředků v rámci jednotlivých sociálních systémů



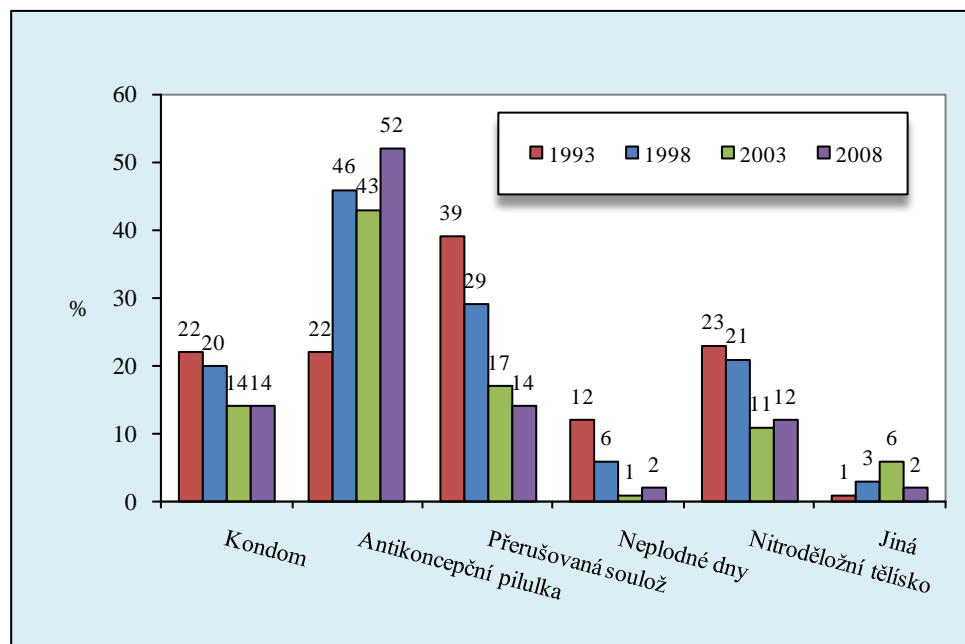
Zdroj: Vlastní nákres

Pozn. : Terminologický pojem „významní druzí“ poprvé koncepčně použil G.H. Mead (1934) ve své teorii socializace a utváření vlastního já (Self). Významní druzí jsou představováni konkrétními osobami, které jsou dítěti blízké již v útlém věku jako např. rodiče, sourozenci, učitelé atd.. Významní druzí mají hlavní podíl na utváření identity jedince. Svými reakcemi potvrzují to, čím je. Tato teorie byla dále rozvinuta např. Berger a Luckmann (1999).

### 4.3.1 Dostupnost antikoncepce v ČR a právní normy

Pokud jedinec v české společnosti dosáhne věku patnáct let, může se svobodně rozhodovat o svém pohlavním životě. Tato svoboda se pak vztahuje i na možnost využívat různé formy antikoncepčních prostředků. Ženy v ČR mohou využívat různé způsoby zabránění nechtěnému otěhotnění.<sup>41</sup> Z moderních antikoncepčních prostředků je ve stálém partnerském vztahu nejčastěji využívána hormonální antikoncepce, následuje kondom a dále nitroděložní tělísko (srovnej graf 4.5) Využívání přerušované soulože, která se ovšem řadí mezi nepříliš spolehlivé přirozené antikoncepční metody, je svou intenzitou na úrovni použití kondomu. Přitom ještě před patnácti lety se jednalo o nejrozšířenější kontracepční metodu. Kondom jako antikoncepční prostředek pak převažuje zejména při pohlavním styku s náhodnou známostí (*Sexuologický ústav, Weiss a Zvěřina, 2009*).

Graf 4.5: Používání antikoncepce se stálým partnerem (ženy)



Zdroj: Sexuologický ústav I. lékařské fakulty UK a VFN, prezentace „Sexuální chování v ČR srovnání z let 1993, 1998, 2003 a 2008“ ze dne 21.4.2009.

Spolehlivost antikoncepce<sup>42</sup> se jeví jako zásadní faktor i při studiu těhotenství –náciitelych, jelikož případy, kdy antikoncepce selže, nejsou ojedinělé. Selhání antikoncepce u této skupiny je umocněno i obecně menšími zkušenostmi s jejím používáním.

<sup>41</sup> Uvádíme úmyslně pouze variantu „nechtěného otěhotnění“, jelikož pouze bariérové antikoncepční metody jako kondom současně výrazně omezují možnost nákazy sexuálně přenosnými chorobami.

<sup>42</sup> Procento žen, které otěhotní v průběhu jednoho roku při užívání vybraných forem antikoncepce respektive při nechráněném styku: 1) nechráněný styk – 80 %, 2) výpočet neplodných dnů – 25 %, 3) přerušovaná soulož – 17 %, 4) kondom – 10 %, 5) nitroděložní tělísko – 2 %, 6) hormonální pilulky – 1 % (*Paseka, 1995*)

Zatímco lidem, kteří se rozhodnou použít při styku kondom, neklade systém téměř žádné překážky v jeho dostupnosti, kondomy lze zakoupit v různých prodejnách spolu s ostatním spotřebním zbožím, rozhodnutí nechat si zavést nitroděložní tělísko či začít užívat hormonální antikoncepci vyžaduje v ČR návštěvu a vyšetření u lékaře. V poslední době došlo také k rozšíření způsobů aplikace hormonální antikoncepce. Kromě pilulek, jejichž užívání je náročnější na disciplínu, lze aplikovat hormonální antikoncepci také injekčně, formou podkožního implantátu či prostřednictvím speciálně upravených náplastí. Všechny tyto formy hormonální antikoncepce však musí předepsat lékař. Vzhledem k našemu tématu je důležité, že u nezletilých starších patnácti let není třeba souhlasu rodičů k užívání kterékoliv z antikoncepčních metod<sup>43</sup>. K tomuto problému se vztahuje především ustanovení obsažené v Úmluvě o lidských právech a biomedicině, kde se říká, že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možné provést pouze za podmínky, že k němu dotyčná osoba poskytla souhlas. Pokud jde o nezletilé osoby<sup>44</sup>, je k provedení zákroku vždy třeba souhlas zákonného zástupce v případech, kdy nezletilá osoba není podle zákona způsobilá k udělení tohoto souhlasu (Čl.6, odst. 2 Úmluvy). Způsobilost je hodnocena podle Občanského zákoníku ČR. Víme, že plnou právní způsobilost mají podle platné právní úpravy v ČR osoby starší 18 let nebo osoby, které dovrší věku 16 let a uzavrou manželství. Osoby mladší 18 let, které nevstoupily do manželství, mají způsobilost pouze k takovým právním úkonům, které jsou přiměřené jejich rozumové a volní vyspělosti (dle ustanovení § 9 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník). Pokud je tedy nezletilý schopen pochopit účel a povahu zákroku, rozhoduje o něm jen on a přivolení jeho zákonného zástupce je irelevantní. Právní jistota sice není v tomto ohledu příliš vysoká, obecně se však soudí, že vzhledem k poměrně dobré informovanosti a osvětě v otázkách antikoncepce budou dívky ve věku od patnácti do osmnácti let způsobilé k udělení informovaného souhlasu. Dalším významným důvodem pro argument, že není třeba souhlasu zákonného zástupce, je skutečnost, že právní řád dává dívce od patnácti let možnost rozhodovat se samostatně o svém pohlavím životě (*Michanek, 2004*).

V našem výzkumném souboru se však objevily i dívky, které svůj pohlavní život začaly v rozporu s platnou legislativou před patnáctým rokem věku. Otázkou mezi odborníky zůstává, zda má lékař vyhovět žádosti dívky, která je přesvědčena, že chce a bude sexuálně žít již v tak raném věku, o předpis hormonální antikoncepce. Stále totiž platí, že pokud je dívka schopná pochopit smysl antikoncepce, je způsobilá udělit lékaři informovaný souhlas k lékařskému výkonu (předpisu antikoncepce). I kdybychom předpokládali, že toho schopna je, nastupuje jiná závažnější okolnost, a sice, že na dívky mladší 15 let dopadá ustanovení § 242 zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon<sup>45</sup> (viz. subkapitola 4.2.2), které má dívky chránit

---

<sup>43</sup> Na rozdíl od umělého přerušení těhotenství, kde se v případě, že se jedná o dívku mladší 16 let, tento souhlas vyžaduje.

<sup>44</sup> V této souvislosti hovoříme pouze o nezletilých osobách starších patnáct let, které podle platné legislativy ČR mohou být pohlavně aktivní.

<sup>45</sup> (§ 187 zák. č. 40/2009 Sb. účinného od 1.1.2010)

před pohlavním zneužitím. Dívka, pokud sama zákon poruší, žádné následky nenes, jelikož toto ustanovení má sloužit na její ochranu. *Michanek (2004)* ve svém textu k této problematice provádí argumentaci obsahující jak názory pro, tak proti předepisování antikoncepce nezletilým dívkám mladším patnácti let. Zaměříme-li se na argumentaci, proč by měl lékař dívce mladší patnácti let na její vyžádání hormonální antikoncepci předepsat, hraje v ní podstatnou roli právě ochrana dívky. Jestliže dívka nehodlá respektovat věkovou hranici danou zákonem, nebylo by lepší ji alespoň chránit jinými prostředky? Navíc k dispozici jsou i jiné volně dostupné antikoncepční prostředky jako např. kondom. Ty jsou však méně spolehlivé než hormonální antikoncepce. Tím, že dívce hormonální antikoncepci lékař nepředepíše, ji jen stěží odradí od sexuální aktivity. Je však zřejmé, že řada lékařů takový rozumový rozbor neprovádí a antikoncepci dívce mladší patnácti let rovnou odmítne předepsat. Je však vždy nutné zohlednit specifika případu<sup>46</sup> a lékař se nemusí vždy dopustit trestního činu, pokud dívce antikoncepci předepíše.

Tablety hormonální antikoncepce tedy nelze volně zakoupit v lékárně. Většina zdravotních pojišťoven v ČR na hormonální antikoncepci nepřispívá. Finanční nákladnost ochrany jednoho cyklu se pohybuje okolo 150 Kč.

V souvislosti s hormonální antikoncepcí se také často diskutují její zdravotní rizika. Současná lékařská věda však užívání hormonální antikoncepce u adolescentek jednoznačně doporučuje a považuje ji za bezpečnou metodu. Na rozdíl od dospělých žen má užívání hormonální antikoncepce v období adolescence ještě své další specifické výhody. Kromě snížení zdravotního rizika při nežádoucím otěhotnění se udává i snížení výskytu funkčních ovariálních cyst a benigních lézí prsů, v adolescenci poměrně častých, regulace často nepravidelného menstruačního cyklu nebo příznivý efekt na kožní androgenní projevy dospívajících dívek atd. (*Geržová, 2005*).

Samostatnou otázkou je tzv. postkoitální antikoncepce. Hojně diskutovaná pilulka RU486<sup>47</sup>, která se dá označit za farmaceutické rané abortivum, u nás stále ještě, jako v jedné z mála rozvinutých evropských zemí, není povolena. Pilulka brání do 72 hodin po rizikovém pohlavním styku spojení vajíčka a spermie, případně jeho uhnízdění v děloze. Jako

---

<sup>46</sup> K předepisování antikoncepce dívkám mladším patnácti let by podle J. Michanka (2004) mělo docházet jen výjimečně a jen při současném splnění všech následujících podmínek: 1) Nelze dívku přesvědčit, aby se zahájením pohlavního života posečkala do doby, kdy dosáhne patnácti let. Podmínka, že dívku „nelze přesvědčit“, se má za splněnou např. pokud dívka již alespoň podruhé nechtěně otěhotněla a není důvod se domnívat, že se její postoj k pohlavnímu životu změnil. 2) Dívka chápe význam antikoncepce. 3) Nelze dívku přesvědčit, aby projednala svůj záměr s rodiči. 4) Předepsání antikoncepce je pro dívku co možná nejpříznivější.

<sup>47</sup> RU486, účinná látka: Mifepriстон, antagonist progesteronových receptorů, byl poprvé registrován v roce 1988 pod názvem *Mifegyne* pro medikované ukončení těhotenství v počátečním stádiu v kombinaci s analogem prostaglandinu. Mifepriстон, známý také jako RU-486, je prodáván pod obchodním názvem *Mifeprex* v USA a pod názvem *Mifegyne* ve Francii a ostatních trzích mimo USA. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3224726> a <http://cs.wikipedia.org/wiki/Abortivum>)



farmakologické aboritivum je řadou lékařů označována za šetrnější oproti chirurgickému zákroku.

### **4.3.2 Odpovědné sexuální chování –náctiletých matek: analýza dat**

#### **4.3.2.1 Věk a použití antikoncepce**

Časná sexuální aktivita se většinou vyznačuje značnou nepravidelností a tedy i špatnou předvídatelností. Odpovědný přístup k sexuálnímu životu tedy vyžaduje od adolescentů větší disciplínu a sebekázeň než od lidí, kteří žijí pravidelným pohlavním životem. Problémy s nespolehlivým antikoncepčním chováním jsou umocněny nezkušeností a nevyzrálostí jedince v této životní etapě. Ačkoliv mladí lidé mohou být vybaveni teoretickými znalostmi, chybí jim praktická zkušenost, jak správně různé druhy antikoncepce používat. Navíc se do hry dostávají vlastnosti a pocity, které jsou typické pro životní fázi, kdy se identita jedince teprve formuje, tj. vlastnosti jakými jsou nedůvěra v sebe sama, nerozhodnost, zmatenost atd. Ty pak například způsobí, že celý proces fyzického získání přístupu k určitému kontracepčnímu prostředku, může být pro jedince nepřekonatelný z důvodu pocitů studu a zahanbení. Nezvyk spoléhat se pouze sám na sebe také může vést k přenášení odpovědnosti na partnera (více v kapitole 4.3.2.2 „Genderové stereotypy ...“)

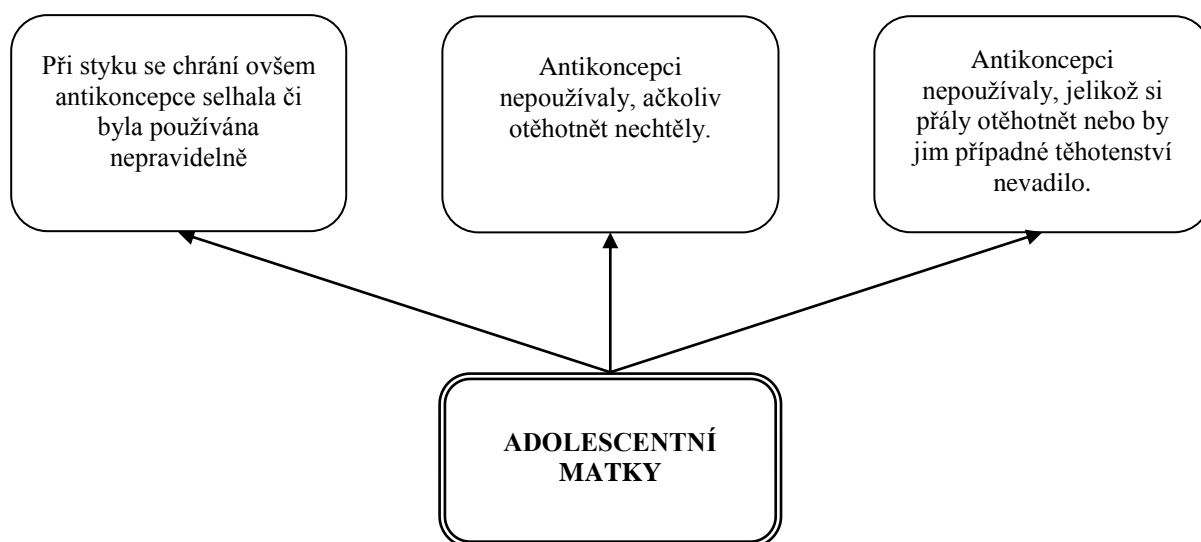
Jak bylo zmíněno, –náctileté matky začínají svůj sexuální život velmi brzy a často za nepříliš příznivých okolností. Jejich současný stav je důkazem, že svůj přístup ke zdravému sexuálnímu životu podcenily.

Může se zdát poněkud zarážející, že v době, kdy je informovanost a dostupnost moderních antikoncepčních prostředků poměrně široká, neplánovaná těhotenství –náctiletých stále přetrvávají. Při studiu kontroly početí u mladých žen, je však třeba analyzovat nejen vnější faktory, jakými jsou osvěta a dostupnost antikoncepce, ale, a to především, zaměřit se na komplexní studium jejich úvah o sexualitě a reprodukčních strategiích. Ne všechny ženy, které otěhotněly, totiž provozovaly zcela nechráněný styk. Na druhou stranu ne všechny ženy, které při sexuálním styku nepoužily antikoncepci, pokládaly otěhotnění za velkou životní překážku. Odborná literatura se však většinou zaměřuje pouze na selhání bariér vedoucích k časnému rodičovství a málokdy si připouští, že některé dívky mohou vnímat rodičovství v pozitivním světle a nemusí se mu bránit. Výzkumy provedené v USA většinou dochází k poměrně vysokým podílům dívek, které zpětně udávají, že si otěhotnět přály (srovnej kapitola 5.2.2.1). *Stevens-Simons (1996)* dospěl na základě výzkumu 200 těhotných nezletilých dívek k závěru, že 17,5 % dívek chtělo otěhotnět a další jedné pětina těhotenství nevadilo. K podobnému podílu (20,0 %) dospěli ve svém výzkumu i *Forrest a Singh (1990)*.

Nutno však poznamenat, že podíly mohou být nadhodnocené, jelikož postoje a názory dívek byly zjišťovány retrospektivně a lze se domnívat, že si dívky mohly během času celý proces racionalizovat či prostě nebyly ochotny přiznat chybu.

Náš výzkumný vzorek –náctiletých matek tedy lze rozdělit do tří hlavních skupin (viz schéma 4.2). Můžeme rozlišovat ženy, které se chránily, ovšem antikoncepce selhala, či byla používána nepravidelně, dále ženy, které antikoncepci při styku nepoužívaly, ačkoliv otěhotnět nechtěly, tato skupina je tou nejvíce rizikovou a také nejčtetněji zastoupenou, a nakonec ženy, které antikoncepci nepoužívaly, jelikož by jim otěhotnění nevadilo nebo si ho dokonce přály.

**Schéma 4.2: Využívání antikoncepce adolescentními matkami ve vazbě na reprodukční plány**



Zdroj: Vlastní nákres

V této kapitole budou diskutovány především první dvě skupiny žen tj. ty ženy, které musí za své nebo partnerovo neodpovědné sexuální chování nést nežádoucí následky. Skupina žen, která sexuálně žila s vědomím, že by těhotenství nebylo v jejich životní situaci na překážku, je diskutována v kapitole 5.2.2.1.

T.: „Prvně jste se milovala v kolika letech?“

R.: „Ve 13.“

T.: „A to jste věděla, že je antikoncepce, že něco takového existuje?“

R.: „Já jsem to nechtěla.“

T.: „Proč?“

R.: „Protože jsem chtěla miminko.“ (Johana, 15 let, holčička 4 dny)

Při studiu antikoncepčního chování je důležité rozlišovat ochranu při prvním pohlavním styku a ochranu, jestliže adolescent v sexuálním životě pokračuje. Pokud jde o různé formy antikoncepčních prostředků, zaměříme se především na přístup k použití kondomu a hormonální antikoncepce, tedy na dvě nejčastěji používané moderní formy antikoncepce mezi

mladými lidmi. Je zřejmé, že důvody k používání nebo naopak zamítnutí obou dvou výše uvedených prostředků se velice různí a je tedy nutné při analýze obě formy antikoncepce rozlišovat. Dále bude diskutována i popularita tzv. „přerušované soulože“, reprezentanta přirozených antikoncepčních prostředků.

Jak již bylo řečeno, první pohlavní styk byl pro naprostou většinu dívek neplánovaný. **Nepředvídatelnost prvního sexuálního aktu** tak například snižuje pravděpodobnost, že se dívka bude chránit před nechtěným otěhotněním hormonální antikoncepcí.

Mezi –náctiletými těhotnými ženami a matkami se jich 28 (48 %) při svém prvním pohlavním styku chránilo některou ze spolehlivých antikoncepčních metod. Pokud se dívky chránily, většinou použily **kondom** (18 dívek). **Hormonální antikoncepci** v době svého prvního pohlavního styku užívalo 10 dívek. Zdálo by se, že počet dívek, které již při prvním styku užívaly hormonální tabletky, je relativně vysoký. Tento fakt lze vysvětlit poměrně vysokým počtem dívek ve sledovaném výzkumném vzorku, které prošly ústavní výchovou, kde je, podle slov respondentek, hormonální antikoncepce předepisována většině dívek automaticky po dosažení patnáctého roku věku.

Pokud orientačně srovnáme populaci –náctiletých matek s jejich vrstevníky, docházíme k závěru, že míra ochrany před nechtěným otěhotněním při prvním pohlavním styku se u této specifické populace od ostatních příliš neliší. Podle výzkumu „Biografický výzkum mladé generace“ z roku 2002 (dále jen BVMG02) použilo antikoncepci při prvním pohlavním styku 57 %<sup>48</sup> respondentů<sup>49</sup>. Rozdíly mezi muži a ženami nebyly zjištěny. Nejčastěji byl při prvním pohlavním styku použit kondom, stejně jako v populaci –náctiletých matek. Kondomem se chránily celé dvě třetiny mladých lidí, kteří nějakou antikoncepci při prvním koitu použili. Hormonální antikoncepci využilo 18 % párů a postkoncepční pilulku asi 4 % dotázaných. Z výzkumu lze také vyčíst poměrně zajímavé zjištění, že použití antikoncepce při prvním pohlavním styku je závislé na věku, kdy k němu dochází. Respondenti, kteří uvedli, že při svém prvním pohlavním styku žádnou antikoncepci nepoužili, zažili svůj sexuální debut v průměrně nižším věku, než ti, kteří uvedli, že se při prvním pohlavním styku chránili (viz tabulka 4.1).

---

<sup>48</sup> Ot. „Použili jste tehdy s partnerem nějakou antikoncepci?“ Kladně mohli odpovědět i respondenti, kteří praktikovali přerušovanou soulož nebo výpočet plodných a neplodných dnů. Tyto kontracepční postupy však nepovažujeme za spolehlivé a nezahrnujeme je tak do kategorie odpovědného sexuálního chování.

<sup>49</sup> 895 respondentů ve věku 25-34 let. Výzkum byl proveden ve třech regionech: Praze (50 % respondentů), Severočeském kraji (30 % respondentů) a Jihočeském kraji (20 % respondentů) metodikou reprezentativního kvótního výběru pro zvolené regiony.

**Tabulka 4.1: Souvislost průměrného věku při prvním pohlavním styku a využití antikoncepce při prvním pohlavním styku**

Průměrný věk při prvním pohlavním styku		Použili antikoncepci	Nepoužili antikoncepci	F– stat.	Sign.
	Muži		17, 6	16, 6	21, 08
Ženy		17, 7	16, 9	20, 88	0,000
Celkem		17, 7	16, 7	42, 98	0,000

Zdroj: BVMG02

Nepoužití ochrany při prvním pohlavním styku má řadu příčin, z nichž bude řada diskutována v následujících odstavcích. Mezi ty stěžejní patří nepochybně neschopnost partnerské komunikace na téma sexuálního aktu a jeho okolností, submisivita ženy ve vztahu k partnerovi a jeho názorům na antikoncepci a v neposlední řadě také určitý pocit nezranitelnosti.

#### 4.3.2.2 Genderové stereotypy a komunikace mezi partnery: faktory ovlivňující využívání moderních antikoncepčních prostředků

Pokud jde o dlouhodobější ochranu, dívky většinou hledají antikoncepci, která by byla spolehlivá, snadná k užívání, nesnižovala by sexuální požitek a neměla nepříznivé vedlejší účinky.

**Kondom** jako bariérový kontracepční prostředek chránící jak před nechtěným početím, tak před sexuálně přenosnými chorobami, se zdá být v případě nepravidelné sexuální aktivity adolescentů ideálním řešením. Výzkum však ukazuje, že pokud se nejednalo přímo o první pohlavní styk, bylo jeho užití u populace žen, které otěhotněly do dvaceti let, spíše sporadické, a to zejména z důvodu **odmítnutí ze strany partnera**. Partneři si dívkám často stěžovali na **pocit diskomfortu** při styku s kondomem, případně kondom jako ochranu odmítli rovnou. Z výpovědí je pak zřejmé, že dívky ve většině případů partnerům neodporovaly a podvolily se jejich přání.

*T.: „A to jste nevěděla, že byste měla něco používat?“*

*R.: „To jsem věděla, ale tak já jsem prášky nebrala a ten druhý jako nechtěl se nějak chránit, že si bude jako dávat pozor, tak si dával pozor teda, no.“*

*T.: „Takže tomu jste věřila, že když si někdo bude dávat pozor, takže to vyjde?“*

*R.: „No nevěřila jsem mu právě poprvý, nějak, ale nějak jsem do toho to...“*

*T.: „...přeci se hodně propaguje to, že i ta přerušovaná soulož, jak se tomu říká, je hrozně nespolehlivá.“*

*R.: „To jsem mu taky říkala a on mi vždycky na to řekl, že, že se mu ještě nikdy nic nestalo a že to takhle dělá jako furt a že se mu teda ještě nikdy jako nějak...“*

(Denisa, 16 let, 9. měsíc těhotenství)

T.: „A když jste spolu spali, používali jste nějakou antikoncepci?“

R.: „Ne nikdy. Na prášky ty jsme neměli peníze pořád. A on dával pozor prostě.“

Říkal, že jednou v životě měl kondom a že je to strašně hnusný.“

T.: „A to jste se nebála, že můžete otěhotnět?“

R.: „Nevím, prostě jsem mu věřila, procházelo nám to tři roky.“

(Dana, 19 let, 9. měsíc těhotenství)

T.: „Nechtěla jste používat třeba kondom, nebo nějakou jinou formu?“

R.: „To zase by se mu to asi nelíbilo. To by ho nebavilo...“

(Zlata, 19 let, chlapeček rok a půl, v současnosti 5. měsíc těhotenství)

T.: „Ještě jsou kondomy...“

R.: „No to jsme taky zkoušeli, ale to se nelíbilo ani mě ani jemu.“

(Adéla, 22 let, chlapeci 2 a 4 roky)

T.: „A kondom?“

R.: „To jo, ale potom řekl, že už ne, že to nechce. Že se mu to nelíbí.“

(Jana, 18 let, holčička 1 měsíc)

Jen minimum dívek se po takovém přístupu partnera rozhodlo pro hormonální antikoncepci a tedy i převzít vlastní odpovědnost za ochranu před nechtěným početím. Obvyklým schématem bylo spíše **spoléhání na metodu přerušované soulože**, což znamená **přenechání plné zodpovědnosti na partnerovi**. Spoléhání na opatrnost partnera je pro –nácitělé těhotné dívky a matky do jisté míry typická.

T.: „A to vás nenapadlo, že byste mohla být těhotná?“

R.: „Ne, mě to nenapadlo.“

T.: „Jak to?“

R.: „Já nevím, on prostě říkal, že si dává pozor, tak já jsem mu úplně důvěřovala, jo?“

(Andrea, 20 let, chlapeček rok a půl)

T.: Vy jste se nebála, že budete těhotná?

R.: Malinko, říkala jsem si, že on si dá pozor. (Nela, 19 let, holčička 6 měsíců)

Je tedy zřejmé, že sexuální život zkoumané populace vykazuje poměrně **zřetelné známky partnerské nerovnosti**. Ačkoliv by se zdálo, že submisivita žen v sexuálním životě je již z velké části překonána, pro adolescentní matky jakoby to neplatilo. Nerovnováha v partnerském sexuálním vztahu pak má za následek neschopnost dívek si uvědomit, že se musí spoléhat především samy na sebe. Určité ústupky partnerovi však vycházejí nejen z neschopnosti komunikovat o intimních věcech, ale i z obav o osud partnerského vztahu. Řada -nácitělých dívek je ve vztahu s mužem velmi nejistá a strach, že by mohly svého partnera ztratit, je nutí k neuváženým krokům negativně ovlivňujícím jejich reprodukční zdraví.

Emoční a partnerské vztahy tak v jejich uvažování mají přednost před zdravím reprodukčním. Vyžadovat po partnerovi použití kondomu může být totiž určitou známkou projevu nedůvěry.

Pokud budeme usuzovat, že určité sebejistoty nabývá jedinec spolu s věkem, jsou – náctileté matky v tomto směru se svým dřívějším začátkem pohlavního života do jisté míry znevýhodněny. Sebeprosazení se v partnerském vztahu ve smyslu dovednosti sdělit partnerovi své představy a očekávání tedy bylo většinou na velmi špatné úrovni.

*R.: „Ne. Mě to vůbec nenapadlo, že bych byla v 15 těhotná. Jako říkala jsem si, že bych mohla třeba otěhotnět, ale myslela jsem si, že to bude blbost a já jsem se zas tolikrát nemilovala.“*

*T.: „No ale člověk může otěhotnět v těchto letech při prvním styku. Vy jste si říkala, že vám se to stát nemůže, nebo?“*

*R.: „Bála jsem se toho, aby se to nestalo, no tak věděla jsem že se to může stát, ale...“*

*T.: „Bála jste se partnerovi říct, neměli bychom si koupit kondom?“*

*R.: „Já jsem se styděla mu to říct. To bylo takový blbý.“*

*T.: „No a on s tím sám nepřišel?“*

*R.: „Ne.“ (Lucie, 15 let, 8. měsíc těhotenství)*

Komunikace v partnerském vztahu o použití antikoncepce také vážne, pokud se dívka v intimních chvílích **cítí nepřírozně či dokonce je pro ní akt spojen s bolestí či nepříjemnými pocity**. Jak již bylo řečeno v subkapitole 4.2.4, nepříjemné pocity byly ať již před samotným pohlavním aktem nebo při něm součástí intimního života nejedné ze sledovaných dívek. Dostupná literatura dokládá, že dívky obecně zažívají nepříjemné pocity svázané se sexuálním životem z důvodu stále přetrvávajících konvencí ve společnosti, kdy by dívka měla ochraňovat své panenství a svou sexualitu nedávat příliš otevřeně najevo. Ve výsledku jsou pak dívky svázané konvencemi vystrašené z nastalé situace a nejsou schopny odpovědného chování. Naopak dívky, které našly v aktu potěšení, jsou spíše schopné se chránit, než dívky, které pocítují úzkost nebo strach. Také dívky nahlížející na vztah muž – žena rovnocenně spíše použily při styku antikoncepci a věděly, že se musí spoléhat především samy na sebe (*Rosen a Ager, 1981; Monsour a Stewart, 1973*).

Vedle bariér způsobených špatnou komunikací můžeme neodpovědné sexuální chování přičítat i velmi rozšířenému tzv. **"pocitu nezranitelnosti"**. Zejména velmi mladé dívky jsou přesvědčeny, že se jich těhotenství nemůže týkat, přestože většinou mají o rizicích nechráněného pohlavního styku velmi dobré informace.

*R.: „Jo to jo, to jsme se chránili. To jsme měli kondom. A později jak kdy, někdy jsme to riskli.“*

*T.: „Vás nenapadlo, že byste mohla být těhotná?“*

*R.: „To mě napadlo, ale věřila jsem, že to nebude.“ (Šárka, 17 let, holčička 10 měsíců)*

T.: „A vy jste ale věděla, to jste si jako pamatovala, že tam k něčemu došlo na tý zábavě?“

R.: „No, ale jako jsem si myslela, že jakože bych nemohla bejt těhotná, říkám to není možný abych mohla bejt těhotná.“ (Erika, 15 let, 6. měsíc těhotenství)

Pocit nezranitelnosti však nelze zaměňovat s **nevědomostí a neinformovaností**, kterou jsme sice zaznamenali, ale pouze ve 4 případech.

T.: „To jste nepoužívali žádnou antikoncepci?“

R.: „Ne.“

T.: „A to jste o tom vůbec neuvažovala?“

R.: „Ne.“

T.: „Že byste třeba mohla otěhotnět, to vás nenapadlo?“

R.: „Ne nenapadlo.“

T.: „Ani jste se nebála nějakých sexuálně přenosných chorob?“

R.: „Vůbec mě to nenapadlo.“ (Líba, 19 let, 8. měsíc těhotenství)

Cílená kontrola početí prostřednictvím **hormonální antikoncepce** je většinou praktikována **až v souvislosti se stálým partnerským vztahem**. Jak bylo zmíněno v úvodu, řada dívek hormonální antikoncepci, alespoň po nějaký čas užívala. Jako největší problém se však ukázala **neschopnost důsledného užívání** pilulek. Většina dívek by tak na otázku, zda s partnerem používali nějakou formu antikoncepce v době, kdy došlo k otěhotnění, pravděpodobně odpověděla kladně.

Dalším problémem při používání hormonální antikoncepce jako výhradní ochrany před neplánovaným otěhotněním je kromě nepravidelného užívání také **neznalost a nedostatečné seznámení se** s pravidly užívání tohoto antikoncepčního prostředku. Ve dvou případech totiž došlo k otěhotnění při přechodu na jiný druh (značku) hormonální antikoncepce, v jednom případě došlo k prodlevě předepsání pilulek při změně lékaře. Všechny tři dívky se domnívaly, že užívání pilulek po dobu celého cyklu jim zajišťuje po nějakou dobu určitou ochranu, i když přípravky přestaly užívat.

T.: „Takže vy jste si pak našla současného přítele, a to jste měla pořád ty prášky...“

R.: „No.“

T.: „A to jste teda musela vynechat.“

R.: „Asi jo no.“

T.: „Já jsem se to snažila hlídat, ale občas jsme zapoměla, asi jsme prostě musela...“

(Simona, 18 let, 8. měsíc těhotenství)

R.: „Tak jsem to občas brala, občas jsem to nebrala, tak jak kdy jsem si na to vzpomněla.“

T.: „...a potom vlastně, když už jste byla těhotná ty čtyři měsíce, tak to jste taky pořád brala?“

R.: „No. To už jsem právě že vůbec. To jsem přestala brát, nevím proč jako.“

T.: „Takže to bylo takový jako že jste na to moc nedbala, na nějakou jako preciznost, kdy si to vzít a kdy ne.“

R.: „Asi jo. Mě spíš do toho hnala kamarádka, jako že to, že jsem měla i tu kartičku, jako že mi to zazvonilo. Buďto jsem nebyla v pokoji nebo jsem prostě na to zapoměla.“  
(Kristýna, 19 let, holčička 2 měsíce)

„No a po půl roce, já jsem brala prášky ... jsme se hodně hádali a já ho mám strašně ráda a jak jsem byla v tom stresu, tak jsem asi zapomínala brát prášky a jak jsem to zapomněla, tak potom jsem to chtěla dohnat a pak jsem to brala normálně, jenomže to nemělo žádný účinek, prostě vynechala jsem a tím jsem skončila takhle teď, že jo.“  
(Helena, 17 let, 8. měsíc těhotenství)

Skutečnost, že dívky přestaly užívat hormonální antikoncepci, či s ní vůbec nezačaly, ačkoliv o tom vážně uvažovaly, byla významně ovlivněna i **finanční nákladnost** této formy kontracepční ochrany. Výpadek užívání byl zřetelný především u dívek, které po dosažení dospělosti odešly z výchovných ústavů či dětských domovů. Zde se opět setkáváme se sníženou schopností **komunikace mezi partnery**. O dělbě finančních nákladů na hormonální antikoncepci nebyla schopna naprostá většina dívek se svým stálým partnerem hovořit. Pouze ve dvou případech ze sledovaného souboru se na finančních nákladech za hormonální antikoncepci podíleli i partneři dívek.

T.: „Takže jste brala ty prášky, a proč jste to v těch 18 přestala brát?“

R.: „Protože jak jsem odešla z domova, tak jsem na to neměla peníze. Já jsem odešla z domova a neměla jsem žádný finance, vůbec nic.“ (Adéla, 22 let, chlapci 2 a 4 roky)

#### **4.4 Vliv rodiny a referenčních vrstevnických skupin na sexuální a antikoncepční chování –náctiletých těhotných žen a matek<sup>50</sup>**

Úvodem této kapitoly si připomeňme, jaké by měly být hlavní cíle sexuální výchovy, ať již se jedná o intervenci ze strany rodičů či vzdělávacích institucí. Níže uvedený seznam cílů pochází z knihy *Sexuality in adolescence* (Moore, Rosenthal, 1993) a byl zde vybrán, jelikož se domníváme, že řeší problematiku komplexně a dotýká se daného fenoménu i pod povrchem.

Sexuální výchova by si měla klást tyto cíle:

- 1) Naučit a usnadnit komunikaci na téma sexualita a partnerské vztahy.
- 2) Přiblížit procesy emočního a fyzického zrání jedince.
- 3) Seznámit s procesem socializace a jejími vlivy na osobní rozhodování jednotlivce.
- 4) Podporovat odpovědné a ohleduplné jednání a schopnost činit informovaná rozhodnutí týkající se partnerských vztahů a sexuality.

---

<sup>50</sup> Dalšími významnými vlivy, které zde však nebudou diskutovány, jsou vlivy sociokulturní.



- 5) Rozvíjet dovednosti potřebné pro potencionální budoucí rodičovství.
- 6) Budovat os větu ohledně možností zdravotnických zařízení a zdravotnické pomoci.

Vrstevnické vlivy, vliv rodičů a ostatní sociální vlivy, zejména pak působení vzdělávacích institucí, jsou vzájemně spojené nádoby, které společně přispívají k tomu, zda jedinec bude schopen zdravého sexuálního chování.

Ve veřejném i soukromém diskursu sexuality pak lze nalézt 4 dominující témata (*Fine, 1988*).

***Diskurs morálky, jehož nositeli jsou rodiče, školní a církevní instituce atd.***

Je často založen na morálním odsouzení sexu před svatbou, ale součástí diskurzu je i sexuální život založený na láskyplném vztahu.

***Diskurs touhy, jehož nositeli jsou média, naopak ignorováno rodiči, školou, atd.***

Pocity touhy a vzrušení jsou často prezentovány jak v tištěných, tak elektronických médiích jako stav, ke kterému nepatří racionální uvažování o ochranných prostředcích. Navíc se nedá tvrdit, že by se výše zmíněná témata objevovala v médiích pouze poskrovnu. Naopak rodiče a školní instituce dospívající mládež příliš nepodporují v tom, aby o svých sexuálních touhách otevřeně hovořili. Dospělí se většinou při konfrontaci s tímto tématem cítí nepříjemně a nepohodlně.

***Diskurs nebezpečí, jehož nositeli je většina institucí***

V sexuální výchově a v komunikaci o sexu obecně převažuje apel na negativní dopady sexuální aktivity, jakými jsou časně rodičovství, sexuálně přenosné choroby a s nimi spojené psychické strádání z důvodu změny plánované životní dráhy, veřejného odsouzení, ztráty reputace atd.

***Diskurs obětí, jehož nositeli je většina institucí***

Obecně je sexuální vyjednávání představováno jako pole se zřejmou nerovnováhou sil, kde jsou muži připraveni využít ženu ke svým "nízkým" pudům. Ženy jsou tedy potenciální oběti a musí být ochraňovány rodinou a společností (např. zákonem).

Je zřejmé, že se výše uvedené diskursy nejen vzájemně doplňují, ale že mezi nimi existují i výrazné rozpory. Konflikty mezi uvedenými diskursy pak stěžují celkovou orientaci adolescentů v problematice.

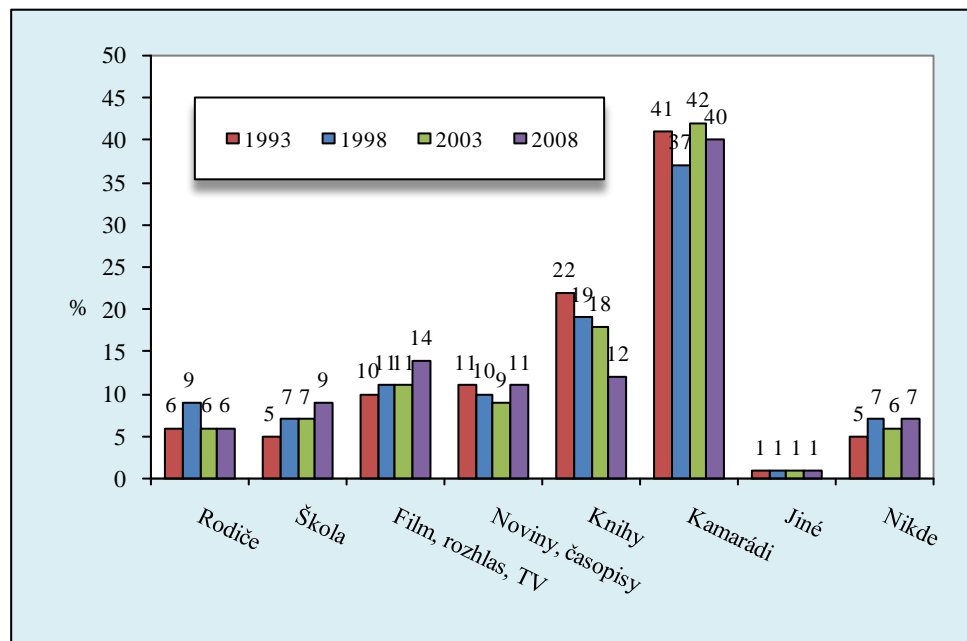
Poslední výzkum Sexuologického ústavu 1. LFUK o sexuálním chování populace ČR z roku 2008 ukazuje, že obecně jsou v populaci zdrojem informací o sexu nejčastěji kamarádi. Tento zdroj informací využívají více muži (40 %) než ženy (30 %). Muži také více než ženy využívají jako zdroj informací televizi, video či rozhlas (14 %, respektive 7 %)<sup>51</sup>. Naopak se zdá být poměrně vysoký podíl žen, které nebyly o sexu informovány nikde (17 %). Rodiče

---

<sup>51</sup> Internet jako zdroj informací neměli respondenti v dotazníku na výběr.

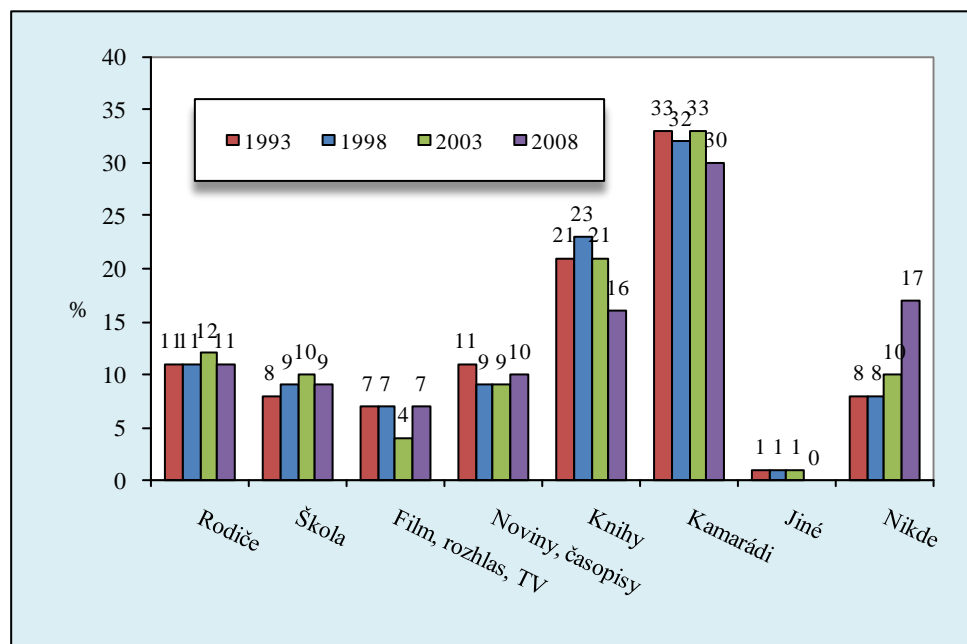
byli zdrojem informací o sexu u 11 % žen a u 6 % mužů. Zajímavé je, že jedenáctiprocentní podíl u žen je během patnáctiletého období periodického výzkumu víceméně konstantní a liberálnější postoje ve společnosti vůči sexu a všeobecná propagace účasti rodiny při zasvěcování potomků do zdravého reprodukčního chování se tedy v tomto směru v reálném chování rodičů zřejmě příliš neodrazily.

**Graf 4.6: Z jakého zdroje byly převážně získány informace o sexualitě, muži, 1993-2008**



Zdroj: Sexuologický ústav I. lékařské fakulty UK a VFN, prezentace "Sexuální chování v ČR srovnání z let 1993, 1998, 2003 a 2008" ze dne 21.4.2009.

**Graf 4.7: Z jakého zdroje byly převážně získány informace o sexualitě, ženy, 1993-2008**



Zdroj: Sexuologický ústav I. lékařské fakulty UK a VFN, prezentace "Sexuální chování v ČR srovnání z let 1993, 1998, 2003 a 2008" ze dne 21.4.2009.

#### 4.4.1 Vliv rodiny

Na základě společenských norem a postojů se učíme, jak interpretovat a vyjádřit naše sexuální pocity a potřeby, které extrahujeme z našeho kulturního kontextu. Je zřejmé, že rodina je nositelem primární socializace u většiny jedinců. Stejně jako rodiče učí své potomky základním dovednostem a vštěpují jim řadu svých názorů a postojů ke světu, tak je důležitý i jejich vliv na sexuální aktivitu dospívajícího. Na sexuální chování pak má dopad nejen to, jak se rodiče přímo staví k intimnímu životu svých dětí a jaké sami zastávají názory týkající se sexuality, ale svou roli zde hrají i jejich skutečná partnerská životní dráha, vzdělání, pracovní zařazení, náboženské vyznání atd..

Sexuální výchova v rodině má určité specifické charakteristiky. Je více emocionální a citová, než může být např. ve škole, je více spontánní a méně řízená a organizovaná, je méně uvědomovaná a záměrná a začíná již v útlém věku dítěte. Rodinná sexuální výchova s sebou nese ne vždy uvědomovaný prvek, kterým jsou rodičovské vzory (*Šilerová, 2002*).

Řada výzkumů ukazuje, že celkový vztah rodič/dítě a převládající výchovný styl mají ve vztahu k odpovědnému sexuálnímu životu větší význam než dobře míněné rady (*Miller, Benson a Galbraith, 2001*). Je zřejmé, že v rodině, pro kterou je charakteristická zásadovost a harmonie, vyrůstají děti méně úzkostné než v rodinách, kde je výchova nekonzistentní plná rozporů, kritiky a bez jakýchkoliv pravidel (*Bolton, 1980*). To se pak odráží v sebevědomí jednotlivce a jeho schopnosti naplnit již zmíněné předpoklady pro zdravý sexuální život (srovnej kapt. 4.1.1 – „Fáze sexuálního vývoje...“)

Obecně lze tvrdit, že brzká zkušenost s pohlavním stykem a riziko promiskuity je častější u těch adolescentů, jejichž rodiče praktikují neautoritativní výchovný styl, jsou více tolerantní, ale zároveň neposkytují dítěti dostatečnou oporu (*Inazu a Fox, 1980; Jessor a Jessor, 1977; Rosenbaum a Kandel, 1990*)<sup>52</sup>. Naopak u dospívajících, jenž jsou podrobeni přísnější rodičovské kontrole a dohlížení, dochází k odkladu prvního pohlavního styku a méně promiskuitnímu chování. Nepřiměřeně silná rodičovská kontrola má však většinou protichůdný efekt (*Jacobson a Crockett, 2000; Upchurch et al., 1999*). Vědci se shodují, že pro zdravé reprodukční chování je tedy základem rodina s nepokřiveným hodnotovým systémem, která dítě podporuje a projevuje o něj dostatečný zájem. Výzkumy také poukazují na to, že dospívající v neúplných či rozvedených rodinách jsou dříve a častěji sexuálně aktivní

---

<sup>52</sup> Vliv rodičovské komunikace, kontroly a podpory pokud jde o časování prvního pohlavního styku a sklon k promiskuitě byl prokázán ve většině vědeckých studiích (*Rodgers, 1999; Whitaker et al., 1999; Hogan a Kitagawa, 1985; Miller, McCoy, Olson a Wallace, 1986; Jaccard a Dittus, 1991 atd.*). Je však nutné připomenout, že existují i výzkumy, které zmíněnou souvislost nepotvrdily (*Kahn, Smith a Roberts, 1984; East 1996*). Pomineme-li studie zaměřující se primárně na vliv rodiny, je v této souvislosti vhodné uvést i výsledky výzkumů, které dokazují, že časování prvního pohlavního styku a případné následné sklony k promiskuitě jsou ovlivněny zejména a především biologickými proměnnými jakými jsou předčasná pubertální vyspělost (*Zabin et al., 1986*) nebo hladiny mužských hormonů (*Udry a Billy, 1987*). Vliv prostředí je pak v porovnání s tímto považován za minimální a druhořadý.

než jejich vrstevníci, kteří jsou vychováni oběma rodiči (Ellis et al., 2003; Stone, Ingham, 2002; Newcomer, 1983; Whitbeck, Simons, a Kao, 1994). Časování prvního pohlavního styku je také determinováno socio-ekonomickým zázemím rodiny, kdy nižší životní úroveň rodiny a nižší dosažené vzdělání rodičů zvyšují pravděpodobnost dřívějšího startu v pohlavním životě (Crockett, Raffaelli, Moilanen, 2003). Tato souvislost může být vysvětlena rozdíly ve vnímání životních příležitostí a kariérních aspirací.

Výchovné styly a jejich vliv na časná těhotenství a rodičovství jsme mohli vzhledem k metodice našeho výzkumu sledovat jen okrajově. V našich možnostech však je soustředit se konkrétně na přímou intervenci rodičů týkající se sexuálního života dospívajících, tj. na intenzitu komunikace na téma sex, intimity, antikoncepční prostředky, partnerské vztahy atd..

Je zřejmé, že pokud debata na toto téma v rodině probíhá, je častější mezi dcerou a matkou než např. mezi otcem a dětmi nebo matkou a synem (Moore et. al., 1993). Tento jev se do jisté míry potvrdil i ve výpovědích studovaných dívek, jejichž reakce na otázku ohledně komunikace s rodiči o sexuálním životě se téměř vždy automaticky vztahovaly pouze k matce.

Kasuistiky sledovaného souboru ukazují, že dívky, které otěhotněly před dvacátým rokem věku, vyrůstaly z velké části v rodinách či v prostředí, kde se o **sexu a antikoncepci téměř vůbec nehovořilo**. Pouze **pětina dívek uvedla**, že s matkou toto téma někdy otevřeně **diskutovaly**. Nulová komunikace týkající se zdravého sexuálního života se objevuje jak v rodinách s mnoha dalšími problémy (alkoholismus rodičů, zneužívání, napjaté vztahy matka-dcera), tak v rodinách, které se zdají být navenek funkční a vzájemné vztahy neproblematické.<sup>53</sup> Absence vhodně předaných informací z oblasti sexuální výchovy je zřejmá i u dívek vyrůstajících v institucionálních zařízeních.

*T.: „... vy jste říkala, že jste se s mamkou o sexuálních věcech moc nebavila. Jaké si myslíte, že jsou mamčiny postoje k sexuální aktivitě, takhle u těch patnáctiletých...?“*

*R.: „Já si teďko myslím, že to spíš odsuzuje, ale nevím, jak jsem vám řekla, že jako jsme se o tom nebavily, tak natož teďka, no...“*

*T.: „A to vám třeba neříkali, že přerušovaná soulož není vůbec 100%...?“*

*R.: „No určitě no, jenže já jsem si o tom chtěla třeba vždycky pohovořit s mamkou, a to jsem se styděla, nebo prostě, ona ani nějak k tomu, aby si se mnou prostě popovídala nebyla no.“ (Andrea, 20 let, chlapec 1,5 roku)*

*T.: „Vztahy s mamkou byly kamarádský, nebo že to byl vztah spíš autoritativní?“*

*R.: „Spíš to rodiče dítě, mámě jsem nikdy všechno neřekla.“*

*T.: „Takže o takovejch věcech jako jsou třeba sexuální?“*

---

<sup>53</sup> Svou roli zde hraje i fakt, že zkoumaný soubor představují pouze dívky. Stále se totiž udržují jisté genderové stereotypy, které již byly popsány v předcházejících kapitolách, a sice že přiměřené chování dospívající dívky podle očekávání rodičů většinou vylučuje sexuální aktivitu, avšak přiměřené chování chlapce ji nevylučuje (Oakleyová, 2000).

R.: „*No to vůbec.*“ (Klára2, 18 let, chlapec 2 měsíce)

Pro rodiče je často iniciovat diskusi, jejímž centrálním tématem je sex a ochrana při něm velmi obtížné. Mnoho rodičů vzdá předem boj s hledáním vhodných slov, která jsou tak důležitá pro nasměrování potomka ke zdravému sexuálnímu životu. Řada mladých žen je vzhledem k informacím o sexuálním životě tzv. „zvědavě pasivní“ (Davies et al., 2001) a jistá angažovanost v tomto směru z druhé strany by mohla jen prospět.

R.: „*Ne, mně přijde máma taková, ona jako ráda by asi věděla, ale neví, jak se má zeptat.*“

T.: „*Takže nikdy jste se o tom tak vyloženě nebavily? Tabu to úplně nebylo, ne, ale ...*“

R.: „*No obě jsme věděly, že jako to, ale, jo, já jsem nedokázala přijít, sednout si, říkat jí, ... a ona nedokázala asi se mě zeptat, no.*“ (Světлана, 23 let, holčička 4 roky)

T.: „*Takže doma třeba s mamkou nebo s tátou jste se o těch intimních věcech moc nebavili?*“

R.: „*Ne. Já bych řekla, že možná mamka chtěla, ale nějak k tomu nenašla odvahu nebo spíš nevěděla, jakým způsobem nám to má říct. A i se sestrou jsme se jako o tom bavily, ale mamka, že by někdy přišla za náma a řekla, jak se to dělá nebo jaký ona měla první sexuální styk, tak to ne.*“

T.: „*Takže ta komunikace tam byla taková, prostě trochu omezená ...?*“

R.: „*No.*“

T.: „*Ale jinak jaký je, jak by jste popsala Váš vztah s mámou?*“

R.: „*Myslím, že velice dobrý.*“ (Jiřina, 19 let, 7. měsíc těhotenství)

Častým úkazem je jistá angažovanost matky až poté, co zjistí, že dcera má partnera a sexuálním životem již žije. V této souvislosti nelze nezmínit rčení „*Lepší pozdě než nikdy*“, avšak v případě adolescentních matek mohla tato prodleva zabránit nejednomu nechtěnému těhotenství za předpokladu, že by intervence matky byla efektivní. Bohužel však je nutné konstatovat, že podle vyjádření dcer se jejich matky po zjištění, že dcera žije sexuálním životem, omezily pouze na obecně používanou frázi: „*Dej si pozor!*“ bez dalšího vysvětlování. V případě sexuální výchovy ze strany rodiny u adolescentních matek se tedy jedná spíše o „**reaktivní**“ než „**proaktivní**“ působení rodičů.

Devatenáctiletá Míša, která otěhotněla v sedmnácti letech, má velmi vstřícné rodinné zázemí. Její rodiče i rodiče partnera jí poskytli plnou podporu při výchově dítěte a otevřeli jí tak dveře pro další studium. Manžel je ekonomicky aktivní a rodina netrpí finanční tísní. Přesto se v dobře fungující rodině o sexu nikdy nehovořilo.

T.: „*Když věděla [matka], že máte stálého partnera, tak vám neřikala: „Běž si pro ty prášky?“*“

R.: „*O tomto zrovna ne, ale říkala, dávejte si bacha hlavně.*“

T.: „*A ty prášky, to vás nenapadlo, že byste si mohla nechat předepsat?*“

R.: „*Já jsem o těch práškách vůbec tehdy nepřemýšlela.*“ (Míša, 19 let, holčička 2 roky)

T.: „A neříkala vám [matka] ani, že byste měla používat ten kondom, nedala vám nějakou přednášku?“

R.: „Řekla mi jenom, že si mám dávat pozor.“

T.: „Že si máte dávat pozor, ale jak, to už nerozvedla?“

R.: „Ne.“ (Jana, 18 let, měsíční holčička)

Jediná informace, kterou rodina podává, když se snaží sexualitu ignorovat, je ta, že sexualita není téma, které může být v rodině otevřeno. Jeden z nejnebezpečnějších elementů strachu z otevřené komunikace o sexuálním životě s dětmi je falešná domněnka, že mlčením budou problémy se sexuálním životem potomka odstraněny. Naopak strach adolescenta ze sexuality a jeho ambivalentní pocity jsou o to intenzivnější, o co je urputnější mlčení na toto téma ze strany rodičů (Bolton, 1980). Nastává tak blok i ze strany dívek. Dívky jsou velmi často k hovorům o sexuálním životě rezervované a uvádějí, že o nic takového nestojí. Neochota dívek diskutovat svůj sexuální život s rodiči může pramenit z neschopnosti rodičů najít citlivý kompromis mezi předáním základních informací, hodnotovým rámcem a respektováním soukromí adolescenta. Typickým příkladem je výpověď sedmnáctileté Vlasty, která se obávala nevhodných matčiných otázek. „Mně se nechtělo přijít za mámou a říct, hele mami, já potřebuju antikoncepci, pojď tam se mnou nebo to, protože já nevím, mě připadalo, že by to máma se mnou začla všechno hrozně moc probírat a začla by se ptát, jako kolikrát denně, jestli jsem ten den měla sex nebo něco takovýho a to mi připadalo strašný.“ Nepříjemné pocity z komunikace s matkou o sexuálním životě měla i devatenáctiletá Patricie, které vadila především neschopnost matky udržet tajemství. „Já jsem se o tom s mámou nikdy nebavila, protože to je věc moje a jeho. A dál bych to prostě neříkala. Ani s mámou bych se o tom nemohla bavit, protože já ji znám, ona by hned jela k sestře a hned bla, bla, bla. Takže v žádným případě.“

Tématům spojeným s intimním životem se také cíleně vyhýbaly dívky, které předpokládaly nebo dokonce věděly, že jim rodiče partnera neschválí či přímo s jeho výběrem nesouhlasí.

R.: „Mámě jsem vlastně nic neřekla, že začínám, že prostě, že už jsem s někým něco měla. Protože jsem se vlastně bála... máma nemá ráda Slováky a Marek byl Slovák no, máma nemá ráda Slováky z toho důvodu, že ...se rádi napijou a pak jako že, máma má strach, že kdybych eventuelně s nějakým Slovákem byla, že by si mě odvez na Slovensko...no a pak mi to samozřejmě vyčítala, proč jsem za ní nešla, proč jsem prostě nešla s ní ke gynekologovi pro antikoncepci...“ (Vlasta, 17 let, 7 denní chlapeček)

T.: „Takže nakonec potom, když jste spolu spali, až po těch patnácti, tak jste taky nic nepoužívali, neříkala jste si, že byste si mohla nechat předepsat antikoncepci?“

R.: „Ne.“

T.: „Vůbec? Ne? Ani mamka vám to neříkala? Věděla, že máte takhle toho přítele, věděla to?“

R.: „No. Jo, ona nám v tom i bránila, ale nepomohla nám, no...No nechtěla, abych s ním byla.“

T.: „Ne? On se jí nelíbil, nebo proč?“

R.: „Jo jako mamka ho taky znala, ale že, že jsem prostě pro něho mladá, no ale nějak nám to nepomohlo.“ (Sylva, 15 let, 8. měsíc těhotenství)

Komunikace o sexu mezi rodiči a potomky je často zabarvena negativní konotací a pozitivní diskurz jako např. vnímání sexu jako prostředku, jak druhému vyjádřit lásku se objevuje pouze minimálně. Je také evidentní, že mnoho dospělých nejen neumí najít správná slova, se kterými by k dceři přistoupili, ale ani samotnou problematiku neznají a neorientují se. Stává se tak, že buď sami podají mylné informace nebo raději odkáží dceru na jiný informační zdroj např. časopisy, knihy, vrstevníky atd. Devatenáctiletá Stáňa ve své výpovědi popisuje, jak jí matka poradila vyčíst informace o antikoncepčních prostředcích v časopisech a jak jí Stáňa posléze musela přesvědčit, že hormonální antikoncepce není zdraví škodlivá.

R.: „...Ať si všechno vyčtu z knížek... a že kdybych něčemu nerozuměla, takže mám za ní přijít. No ale jako třeba vím, že byla proti práškům, že jako jsou škodlivý určitě a takový prostě. Tak jsem to brala tak, že je prostě ze starší doby...“

T.: „A ty prášky, jak jste brala, tak to jste před ní musela tajit nebo ne?“

R.: „Nakonec se ukázalo, že jako je tolerantní, takže to bylo všechno v pořádku. Stejně tak jak byla proti tamponům, že jako to se to nemá používat, že je to nebezpečný a byla jako dlouho, no a třeba myslím, že aj ještě pořád je, ale tak prostě je to každé věc, že.“ (Stáňa, 19 let, 5. měsíc těhotenství)

T.: „A s mamkou jste se o tom nebavily?“

R.: „Ne vůbec.“

T.: „Řekla byste, že je sex u vás v komunikaci tabu?“

R.: „Tak to asi ne, ale ona věděla, že takhle v těch časopisech to tam všechno je.“ (Simona, 18 let, 8. měsíc těhotenství)

Stejně tak s užíváním hormonální antikoncepce nesouhlasila matka sedmnáctileté Šárky, která jinak jako zdravotní sestras s dcerou na téma sex a antikoncepce neměla zábrany hovořit.

T.: „A o nějakých sexuálních věcech jste se doma bavili?“

R.: „Před tím jsme se třeba bavili jak se chránit, nebo tak, mamka byla ze začátku proti, třeba s tou antikoncepcí, protože si myslela, že v 16 nebo v 17 je to moc brzy, že třeba ty prášky, že to není zrovna moc zdravý.“ (Šárka, 17 let, holčička 10 měsíců)

Otevřená komunikace o sexuálním životě v rámci rodiny má i sekundární efekt. Dívky, v jejichž rodinách není sexualita tabu, budou jistě snáze komunikovat na toto téma i se svým partnerem. A jak již bylo zmíněno, komunikace mezi partnery je prvním krokem k bezpečnému sexuálnímu aktu. Rodiče by tedy měly své děti vybavit schopností bavit se otevřeně o sexuálním životě beze studu a strachu.

Rodiče mají často o svých dětech zkreslené představy. Smýšlí o nich pozitivněji, i když jsou si vědomi, že jejich vrstevníci často sexuálním životem žijí. Je také pravděpodobné, že si chování svých dětí do jisté míry idealizují a vidí to, co by rádi viděli. Mnoho rodičů si odmítá přiznat, že jejich dítě již vede sexuální život.

*T.: „A povídáte si třeba i o takovejch jako intimnějších věcech, s kým chodíte a jakýho jste kdy měla kluka ...?“*

*R.: „To jo, tady to jo, ale nikdy jsem se s ní nebavila jako o sexu.“*

*T.: „To mamka Vám neřekla, ještě k tomu, když je zdravotní sestra?“*

*R.: „Ona si to nedokázala nějak připustit, jako že bych jako mohla...už s někým mohla spát.“ (Denisa, 16 let, 9. měsíc těhotenství)*

*T.: „Jaké byly postoje vašeho tatky k vašemu sexuálnímu životu?“*

*R.: „Já jsem to vlastně tátovi tajila a ten si myslel, že jsem ta nejslušnější holčička na celém světě.“ (Lydie, 19 let, chlapeček 1 rok)*

Dívky se pak obávají, že by tuto iluzi a zkreslenou představu rodičů narušily, a proto se raději o tématu, který by mohl jejich obrázek hodných a spolehlivých dcer pošramotit, ani nezmiňují. Takto hýčkaná iluze však může mít mnohem závažnější následky než by se mohlo na první pohled zdát. Výstižný je případ osmnáctileté Lenky, která ze strachu, aby nezklamala důvěru rodičů, mlčela o otěhotnění ve svých patnácti letech až do čtvrtého měsíce těhotenství. Důvěra rodičů byla pro Lenku tak cenná a strach z jejich zklamání natolik silný, že svým chováním a zapíráním riskovala zdravím své a zdravím dítěte.

*T.: „Postoj rodičů vůči sexuální aktivitě. To jste říkala, že Vaši byli spíš takoví puritánský, že jste se o tom doma nebavili.“*

*R.: „Mamka... věk 15 let, to si nedokázala představit, že by nějaká holka spala s klukem takhle brzo. Když jsem jí říkala, že zákon je od 15, tak říkala že to není možný, že až od 18ti.“*

*T.: „Komu jste to řekla jako prvnímu?“*

*R.: „Kamarádkám. Mamce jsem se to bála říct, protože mamka mě vždycky měla jako takovou hodnou. Myslela jsem si, že bych jí i tím zklamala ...tak jsem do osmého měsíce tvrdila, že jsem s nikým nespala.“ (Lenka, 18 let, 3letý chlapeček)*

*T.: „Bavila jste se o těch sexuálních věcech s matkou, když jste byla v pubertě?“*

*R.: „Ne. O takových věcech jsme se vůbec nebavily, ani se ségrou. Jenom s kamarádkami.“*

*T.: „Proč s rodiči ne, oni se styděli, nebo na to nejsou?“*

*R.: „Oni si spíš mysleli, že jsem taková hodná nevinná dceruška.“ (Alice, 19 let, 9. měsíc těhotenství)*



*„Tak jako já bych to dohromady nedala [peníze na hormonální antikoncepci], když jsem byla ve škole, on taky vlastně ne. A mamka, vlastně té kdybych to řekla, tak by mě asi zarazila.“ (Martina, 17 let, 6. měsíc těhotenství)*

*T.: „S mamkou jste se o tom nikdy nebavily?“*

*R.: „Já se přiznám, že se hrozně stydím. I teď se stydím, a když mi máma něco řekne, tak já na ní koukám, jak se mnou mluví. Snad by to mělo bejt normální, že bych se jí měla ptát, ale já se mámy hrozně stydím a radši zeptám kamarádky než jí.“*

*T.: „Takže na téma sex u vás komunikace spíš vážne?“*

*R.: „My spolu nemluvíme vůbec, akorát nedávno se mě máma ptala na to a já jsem jí neodpověděla nic, a řekla jsem jí, ať se mě na to neptá. Já se před ní hrozně stydím.“ (Marie, 18 let, 4. měsíc těhotenství)*

Z uvedeného vyplývá, že komunikace mezi matkou a dcerou o věcech týkajících se zdravého sexuálního života není jednoduchou záležitostí a zasahuje do ní řada vnitřních i vnějších faktorů. Již byly zmíněny případy, kdy dcery z nejrůznějších důvodů před rodiči svůj sexuální život včetně toho, že užívají hormonální antikoncepci, tajily. Bylo by však zkreslením, kdybychom nezmínili, že v řadě případů jsou to právě matky, od kterých vzejde prvotní impuls k tomu, aby dcera antikoncepci, zejména tu hormonální, užívala. Pro ilustraci si uveďme dva případy dívek ze sociálně odlišného prostředí.

Šestnáctiletá Vladka má se svou matkou velmi blízký, téměř kamarádský vztah. Přestože je matka na Vladku a její sestru sama, dokázala je vždy finančně zabezpečit a vést ke správným životním hodnotám a cílům. Matka svou pomocí s výchovou dítěte dá Vladce šanci, aby dokončila střední školu.

*T.: „No a třeba, že by jste měla používat ten kondom, tak kdo byl takový ten hlavní zdroj informací? S kým jste se o tom bavila?“*

*R.: „No od mamky hodně. Vždycky říkala musíš, potom mi hodně prášky nutila, ale nějak to nevyšlo. Ale hodně od mamky, ale taky škola, taky se o tom mluví, třeba ve škole, v televizi, ale hlavně mamka.“ (Vladka, 16 let, 5. měsíc těhotenství)*

Přístup matky dvaadvacetileté Petry se zdá být ve výsledku podobný, avšak výpověď dává tušit, že matka neočekává od dcery stabilní vztah a zodpovědné jednání. Petra pochází z problémové rodiny. Po zkušenostech s vlastním otcem alkoholikem a nevlastním otcem, který se u Petry dožadoval sexuálních služeb, skončila Petra kvůli častým útěkům z domova ve výchovném ústavu. Matka během dvou let jejich pobytu o Petru nejevila zájem. V současnosti žije s matkou v jedné domácnosti.

*R.: „Já jsem měla, já sem brala antikoncepci.“*

*T.: „To jste měli povinně v ústavu nebo jak...?“*

*R.: „Neměli.“*

*T.: „Jak to, když jste vlastně s nikým nespala pravidelně ...?“*

R.: „*No. Mně mamina řekla, vlastně když potom už to bylo všechno v pořádku a my jsme se bavily, že by to bylo nejlepší jako ochrana. Já říkám, ale dyť nikoho nemám. A ona prej, no může se stát, že třeba se ti někdo zalíbí a budeš, vlezeš s ním do postele. Jsem říkala, mami během jedny noci nemůžu přijít do jiného stavu. No a ona prej aby si se nedivila...*“ (Petra, 22 let, 3 letá holčička, v současnosti znovu těhotná).

#### 4.4.2 Vliv vrstevníků, médií a ostatních institucí

V životní etapě adolescence si jedinec začíná mnohem více všimnout toho, jak je hodnocen druhými. Nejvýznamnější roli pak hrají „hodnocení vrstevnická“. V adolescenci tedy výrazně stoupá význam vrstevnických vztahů a „veřejného mínění“ - rozšiřují se projevy skupinové konformity. Vrstevnické skupiny nezřídka představují i jakási „cvičná pole“, ve kterých si mladí lidé „nanečisto“ prověřují různé formy mezilidské interakce a společenského styku. (Čačka, 1995). „Kultura mladých“ má velkou sílu a málokterý teenager se vyhne tomu, aby neformovala jeho názory a postoje. Konformita je zřejmá v hudbě, módě či volno-časových aktivitách. Silný vliv vrstevníků lze očekávat i v případě prvních sexuálních zkušeností.

Fakt, že vrstevníci jsou hlavním zdrojem informací o sexu, byl prokázán nejen na české populaci v již zmiňovaném výzkumu Sexuologického ústavu (viz kapitola 4.4), ale stejné závěry plynou i z několika zahraničních výzkumů, kde jsou vrstevníci kromě hlavního zdroje informací týkajících se sexuality označeni i za hlavní „zprostředkovatele“ sexuální aktivity (např. vzájemná výpomoc při půjčování bytu, auta, organizace různých párty vhodných k seznámení atd.) (Davis, Harris, 1982).

Řada sledovaných dívek uvedla, že je pro ně snazší diskutovat problémy týkající se sexuálního života spíše s kamarádkami než s rodiči.

T.: „*Takže vaše mamka se zajímala? Takže neměla vůbec zábrany se s vámi na tohle téma bavit?*“

R.: „*No to ne. Já jsem se radši o tom bavila s kamarádkou, než s mamkou.*“  
(Pavla, 19 let, 6. měsíc těhotenství)

Vliv vrstevníků na sexuální chování dívek samozřejmě nelze paušalizovat. U některých byly kamarádky hlavním zdrojem informací, u většiny to byl pouze jeden z mnoha zdrojů a některé dívky, které samy sebe klasifikovaly jako uzavřené, se na toto téma s vrstevníky nebavily vůbec.

T.: „*Takže třeba tu antikoncepci, když jste začala brát ty prášky, tak kdo byl takovej ten první impuls, kdo Vám řekl, že byste to měla brát?*“

R.: „*Kamarádky.*“ (Světlana, 23 let, holčička 4 roky)

T.: „*Nikdy ale neřekla [matka], že byste si tu antikoncepci neměla brát?*“

R.: „*Ne.*“

T.: „*Nikdy jste se o tom přímo nebavili? Proč?*“

R.: „Nikdy. Nevím, já jsem byla od malička uzavřená do sebe a nikdy jsem se nikomu s ničím nesvěřovala... Ani tátovi, ani mámě. Ani kamarádkám.“

(Daniela, 19 let, 6. měsíc těhotenství)

T.: „Ani s holkama jste si třeba nepovídaly?“

R.: „Ne. Já co jsem měla kamarádky, tak ty se o tom styděly bavit, my jsme se spíš bavily o tom, kdo s kým chodí.“ (Helena, 17 let, 8. měsíc těhotenství)

Z rozhovorů však vyplývá fakt, který pravděpodobně dívky, které otěhotněly jako –náciťeté, odlišuje od jejich vrstevnic. Brzký začátek sexuálního života u zkoumané populace dívek způsobuje, že jejich vrstevníci mnohdy žádné sexuální zkušenosti a relevantní informace ještě nemají. Často citovaná skutečnost, že vrstevnické informační kanály týkající se zdravého sexuálního života jsou nezřídka zavádějící a mylné (Moore et al., 1993), se může u studované populace projevit z výše zmíněných důvodů o to silněji.

R.: „Mně když bylo 15, tak o tom mluvily holky vždycky tak, že antikoncepce, ale já jsem nevěděla co to je. A když jsem se zeptala kamarádky co to je, tak ona mi řekla, že jsou to ty prášky na to otěhotnění, ale já jsem si z toho nic nedělala, my jsme spolu byli rok a nic.“ (Marie, 18 let, 4. měsíc těhotenství)

T.: „No. A co holky takhle, o tom jste se nebavila s holkama stejně starýma, jaký je to u gynekologa?“

R.: „No já jsem se právě zmínila a oni tam jako vůbec nějak moc takhle jako nechoděj. U nás v prváku ve třídě jsem se ptala, tak jako antikoncepci tam snad nebral nikdo.“ (Denisa, 16 let, 9. měsíc těhotenství)

Je tedy zřejmé, že dívky nemají příliš velké zábrany svěřit se se svými sexuálními zkušenostmi kamarádkám. Pokud však jde o praktickou stránku věci jako např. shánění ochrany, podpora při návštěvě gynekologa atd., role vrstevníků je spíše minimální.

Standardy, které jsou prezentovány prostřednictvím médií (TV, internet, časopisy), jsou relativně hluboce absorbovány v celkových postojích a chování adolescentů. Z převažujících diskurzů<sup>54</sup> zmíněných na začátku kapitoly lze zdůraznit zejména v médiích tolik vyzdvihoanou maskulinní sexualitu<sup>55</sup>. Tento diskurz pak posiluje u mužů pocit sexuální nadřazenosti a u žen naopak pocit sexuální podřízenosti. Submisivita žen již byla diskutována v předchozích částech v souvislosti s partnerskou komunikací o používání antikoncepčních prostředků. Na diskurz nebezpečí je v tomto případě nutné nahlížet ve vztahu k diskurzu oběti, a sice v tom smyslu, že si dívky tuto submisivitu neuvědomují nebo nedokáží přiznat. Varující diskurz s důrazem na nebezpečí, která plynou ze sexuální aktivity, by tedy měl

---

<sup>54</sup> Diskurz morálky, touhy, nebezpečí a oběti

<sup>55</sup> Např. reklama na Coca-cola Zero, v médiích na přelomu roku 2008/2009

(<http://www.youtube.com/watch?v=WB5aG4NyoYk&feature=related>), reklama na Fernet Stock, kde muž vypustí ženu jako nafukovací pannu (<http://fernet.stock.cz/tvspot/index.html>) nebo reklama na půjčku pod podmínkou sňatku atd.

zahrnovat i debatu o problémech, které dohromady s časným rodičovstvím ženskou submisivitu umocňují. Tyto problémy jsou např. finanční závislost, omezené kariérní možnosti, deprese, izolace atd. Tato témata jsou však teenagerům spíše cizí a lze pochybovat, že by byla součástí jejich konverzace.

Jak bylo řečeno, většina dívek odpověděla, že informace o zdravém sexuálním životě získávaly z různých zdrojů. R.: „*Já jsem koukala pořád na televizi, ty co byly starší kamarádky, třeba 17, 18 ty to věděly. Ty mi to vysvětlily... Švagrová, ta jak žila s bráchou, tak mi to taky řekla.*“ (Jana, 18 let, měsíční holčička)

R.: „*Máte to v televizi, v časopisech, holky si o tom povídají, to už jsme věděli od 7. třídy.*“ (Romana, 17 let, chlapeček 1 měsíc)

Celkem patnáct (25 %) adolescentních matek spontánně uvedlo, že informace o typech antikoncepčních prostředků získaly zejména z přednášek ve škole.

T.: „*A od koho jste měla informace, že byste měla brát tu hormonální antikoncepci, že tu je ta možnost?*“

R.: „*Od rodičů ne. To, to jsem se toho nedozvěděla moc, to teda ne. Spíš z té literatury a ve škole se to pořád omílalo teďka dokola.*“ (Jiřina, 19 let, 7. měsíc těhotenství)

T.: „*Co byl hlavní zdroj informací o tom, že byste se měla chránit?*“

R.: „*Spíš škola.*“

T.: „*Měli jste ve škole přednášky nebo kamarádky, spíš časopisy a tak?*“

R.: „*Ne. Spíš rodinná výchova. To nás učitelka všechno učila, ona už byla stará. Bylo jí padesát taková, o všem mluvila no.*“ (Klára2, 18 let, chlapeček 2 měsíce)

Efektivita sexuální výchovy ve školách, její program a zacílení je předmětem diskusí řady odborníků<sup>56</sup>. Z rozhovorů je však zřejmé, že ačkoliv většina základních škol nabízí informace týkající se zdravého sexuálního chování, nejsou tyto informace často reflektovány v reálném chování.

R.: „*My jsme toho měli, ale my jsme to většinou neposlouchali nebo jsme se tomu smáli. Nijak jsme to vážně nebrali.*“ (Lenka, 18 let, 3letý chlapeček)

T.: „*Že byste třeba mohla otěhotnět, to vás nenapadlo?... A vy jste sexuální výchovu neměli ve škole?*“

R.: „*Měli jsme to ve škole, ale mě to nenapadlo.*“ (Líba, 19 let, 8. měsíc těhotenství)

Dívky přiznaly, že se spíše budou rozhodovat podle toho, co jim řekne kamarádka, než by poslouchaly, co jim říká učitelka v hodině rodinné výchovy. Řada dívek, ačkoliv přiznala, že sexuální výchovu ve škole měly, vzápětí konstatovala, že si z těchto hodin mnoho neodnesla. Proto je také v anglosaských zemích velmi populární osvěta týkající se sexuální výchovy

---

<sup>56</sup> Viz každoroční konání konferencí organizovaných Sexuologickou společností, kde je téma sexuální výchovy ve vzdělávacích institucích převažujícím tématem.

formou tzv. „peer education“<sup>57</sup>, tj. formou, kdy debatu o sexuálním životě vedou vyškolení jednotlivci stejného věku jako jejich posluchači.

T.: „Takže jste věděla, že existují pilulky a kondom?“

R.: „No.“

T.: „Odkud jste se to dozvěděla?“

R.: „Tak ve škole jsme se to učili a koukali na videokazety.“ (Veronika, 16 let, 3. měsíc těhotenství)

## 4.5 Výhled do budoucna: zkušenost s těhotenstvím a pozdější používání antikoncepce

Aby byl obrázek o používání antikoncepčních prostředků u -náctiletých matek úplný, je třeba zmínit užívání prostředků a způsobů ochrany při sexuálním styku i po porodu. Riziko dalšího otěhotnění je podle zahraničních zdrojů u této skupiny žen poměrně vysoké a má značný dopad na životní úroveň mladých rodin. Jelikož je však náš výzkumný soubor heterogenní z hlediska ukončeného těhotenství (necelá polovina respondentek byla v době rozhovoru teprve těhotná), informace o používání antikoncepce po porodu jsou nekonsistentní a nekompaktní. Problematika antikoncepce po porodu bude tedy představena spíše prostřednictvím jiných zdrojů a v této části studie budou prezentovány zejména výsledky zahraničních výzkumů. V ČR bylo v roce 2008 z dětí narozených matkám do dvaceti let 13 % dětí druhého a vyššího pořadí. Je tedy zřejmé, že problematika užívání antikoncepce po porodu je aktuální i v České republice. Lze konstatovat, že mezi čerstvými matkami koluje mnoho zavádějících informací a mýtů týkajících se bezpečného užívání antikoncepce po porodu. Řada novopečených matek (nejenom adolescentních matek) zažívá spolu s narozením dítěte nespočetně nových zkušeností a je vystavena relativně náročné nové životní roli, takže pod tíhou nových podnětů a značného úsilí při péči o dítě se přestává zabývat otázkou ochrany při sexuálním styku. Mezi základní mýty týkající se antikoncepce, které jsou mezi mladými matkami rozšířeny, patří následující:

### MÝTUS 1: *Po porodu již nikdy nebudu mít chuť na sex*

Mnoho žen má tento pocit vzápětí po porodu. Je však časté, že si ženy vychutnají sexuální styk s partnerem již brzy po porodu.

### MÝTUS 2: *Narození dítěte nemůže mít vliv na výběr antikoncepce*

Je zřejmé, že jednotlivé druhy antikoncepčních prostředků jsou vzápětí po porodu vhodnější a jiné méně vhodné. Některé formy antikoncepce není možno aplikovat vůbec. Kondomy jsou bezpečné bezprostředně po porodu. O hormonální antikoncepci je nutné se poradit s lékařem.

---

<sup>57</sup> srovnej např. <http://her.oxfordjournals.org/cgi/content/full/17/3/327>

**MÝTUS 3: *Nemůžu otěhotnět dříve než půl roku po porodu.***

Žena může otěhotnět hned po porodu, pokud není plně kojící.

**MÝTUS 4: *Nemůžu otěhotnět pokud kojím.***

Plné kojení funguje jako forma antikoncepce pouze za podmínky, že je dodržen dostatečný a pravidelný odběr mléka. Žena musí kojit často tj. nejméně 6 krát za 24 hodin (raději častěji). Nejdelší přestávka mezi dvěma epizodami kojení nesmí v žádné případě přesáhnout 6 hodin v noci a 4 hodiny ve dne. Od porodu neuplynulo více než 6 měsíců. Dítě je „téměř plně“ kojeno (může být přikrmováno nápoji, „avšak nikoli pravidelně“).

**MÝTUS 5: *Nemůžu otěhotnět pokud nezačnu znovu menstruuovat.***

Žena může ovulovat ještě před tím, než dojde ke krvácení.

**MÝTUS 6: *Porodní asistentky a sestry nerady dávají informace o antikoncepci -náctiletým matkám.*** Tento mýtus pramení ze strachu z odsouzení a strachu zeptat se na radu.

*(převzato od Barlow, 2005)*

Příběh Lindy, která otěhotněla po selhání hormonální antikoncepce v osmnácti letech, dokládá rozšíření výše uvedených mýtů v praxi. Linda byla v době vedení rozhovoru znovu těhotná a narození dalšího potomka očekávala do měsíce. Linda otěhotněla v průběhu kojení svého prvního syna. *T.: „No a vy jste se pak už nechránili po tom prvním dítěti?“ R.: „Teďka právě už po Lukášovi ne. Že vlastně nejdřív jsem kojila, tak to ani nedoporučují a pak se tvrdí oficiálně, že teda by se nemělo otěhotnět, když matka kojí... no a stalo se [smích]“ (Linda, 20 let, chlapeček 1 rok).*

Další těhotenství je však většinou žádoucí až později v momentě, kdy jsou dívky emocionálně a ekonomicky připravené na větší rodinu. V životním příběhu Lindy znamená další těhotenství velmi malou pravděpodobnost, že Linda dokončí střední školu a najde si slušně placené zaměstnání. Přitom po prvním dítěti znovu nastoupila do školy a snažila se za pomoci rodiny školu dokončit.

*R.: „Dělala jsem normálně čtyřletý denní a teď jsem přerušila z důvodu dítěte, abych mohla přestoupit na dálkový s tím, abych si dodělala tu maturitu.“*

*T.: „A chceš?“*

*R.: „No určitě. Tak teďka po Lukášovi vlastně jsem odchodila půl roku čtvrtáku. A pak jsem pro změnu zase přerušila [smích a poklepání na břicho].“ (Linda, 20 let, chlapeček 1 rok)*

V anglosaských zemích, kde je těhotenství a rodičovství –náctiletých relativně více rozšířené, bylo provedeno několik výzkumů zabývajících se determinanty dalšího rozšiřování rodiny mladých matek a zároveň efektivitou programů na podporu odpovědného sexuálního chování u této skupiny. Detailně se používání antikoncepce po porodu u –náctiletých matek věnovali např. *Orcutt a Cooper (1997)*, kteří ověřovali souvislost mezi neplánovaným těhotenstvím či strachem z neplánovaného těhotenství (opoždění menses, falešný poplach při

nespolehlivosti testu gravidity) a následným užíváním antikoncepce. Prožitek neplánovaného těhotenství či opodstatněný strach z této skutečnosti by podle jejich hypotézy měl sloužit jako určitý alarm, který vede ke zlepšení kontracepčních praktik. Dalším faktorem úzce spojeným se zjištěním gravidity je nutnost kontaktu zdravotnického zařízení, kde lze snáze získat informace o způsobech efektivní ochrany při sexuálním kontaktu. Výzkum na relativně rozsáhlém vzorku adolescentů<sup>58</sup> žijících v USA (Buffalo, New York) však tuto hypotézu nepotvrdil a výsledky byly spíše ve shodě s alternativní hypotézou. Dívky, které měly zkušenost s otěhotněním, po této zkušenosti nezačaly významně více využívat antikoncepční prostředky a nadále vykazovaly nižší úroveň používání antikoncepce než jejich sexuálně aktivní vrstevnice, které zkušenost s otěhotněním neměly<sup>59</sup>. Na nedůslednost při používání antikoncepce po porodu poukazuje i další výzkum z roku 1994 (Maynard, Rangarajan, 1994), který sledoval po dobu 24-29 měsíců všechny –náctileté matky pobírající sociální dávky ve městech Newark, Camden a Chicago (USA). Výzkumný vzorek čítal 3412 žen, které porodily své dítě jako –náctileté a které se pod hrozbou krácení sociálních dávek povinně účastnily tematicky různě zaměřených kurzů (prevence STD, antikoncepce, příprava na povolání a další studium atd.). Ačkoliv většina mladých matek uvedla, že v současnosti (v průběhu šetření) používají některou z forem moderní antikoncepce, 64% žen z výzkumného vzorku během 29 měsíců alespoň jednou otěhotnělo. Asi pětina dívek otěhotněla dokonce dvakrát či vícekrát. Tři čtvrtiny z dívek, které v průběhu studie otěhotněly, se rozhodly dítě donosit. Ty ženy, které otěhotněly podruhé, pak prokazatelně žily ve větší chudobě než ženy, které ve sledovaném období zůstaly pouze u jednoho dítěte. Zmíněná čísla tedy ukazují, že strategie nabídnout mladým matkám kurzy plánovaného rodičovství s cílem zabránit opakovaným těhotenstvím a snížit jejich počet neměla kýžený efekt. Tyto snahy tedy nejsou dostačující a většinou přicházejí pozdě. Výsledky jsou překvapivé hlavně z toho důvodu, že autoři během hloubkových rozhovorů a focus-groups s účastnicemi kurzů došli ke zjištění, že aspirace mladých matek týkající se vzdělání a ekonomické nezávislosti jsou podobné jako u matek starších. Náctileté matky většinou vykazovaly pozitivní postoj k práci a zaměstnání, aspirovaly na zvýšení kvalifikace a doplnění si dalšího vzdělání a toužily po pohodlném místě k životu a finanční nezávislosti. Mnohé z nich také uvedly, že naplnění těchto cílů je motivací pro oddálení dalšího těhotenství. Některé dívky dokonce uvedly, že nechtějí mít již žádné děti.

V našem případě chtělo zůstat pouze u jednoho dítěte 7 respondentek. Tyto dívky však odmítaly rozšiřování rodiny zejména **z důvodu čerstvého prožitého těžkého a bolestivého porodu.**

*T.: „Takže teď už používáte tu antikoncepci?“*

*R.: „Ne, ještě ne. Teď po šestinedělí budu brát prášky nebo si dám udělat Danu. Už*

---

<sup>58</sup> Velikost výzkumného vzorku byla 466 sexuálně aktivních dívek.

<sup>59</sup> K podobným výsledkům došli i Radecki a Beckman (1994) nebo Durant et al. (1990)

*nechci další, protože jsem měla těžký porod, měla 4 kg, byla jsem tak zašitá, že jsem nemohla ani chodit.*“ (Jana, 18 let, holčička 1 měsíc)

*T.: „Ještě mi řekni, kolik bys chtěla mít děti?“*

*R.: „Už žádný. Jenom tohle. To říkám jenom teď, protože mě všechno ještě bolí. Já nevím, tohle a možná ještě jedno, ale víc už ne.“* (Lucie, 14 let, chlapeček 14 dní)

Dalším důvodem pak byla absence spolehlivého partnera. Ty ženy, které odpověděly, že by měly rády více dětí, však většinou vzápětí dodaly, že mají v úmyslu si na další dítě delší dobu počkat, až bude jejich životní situace více stabilizována; budou mít zaměstnání případně dokončenou školu, vyřešenou bytovou situaci a stálého životního partnera. O preferovaném odkladu rozšiřování rodiny může vypovídat i ukazatel **subjektivně vnímaného ideálního věku pro narození prvního dítěte**. Naprostá většina dotázaných uvedla jako ideální věk pro narození prvního dítěte 25 let. Pouze u osmi dívek se ideální věk přibližně shodoval s věkem (rozdíl 0-1 rok), kdy samy realizovaly své rodičovství. Jednalo se ale převážně o starší dívky, které se staly matkami ve věku 19 let.

*T.: „Jaké jsou vaše plány do budoucna?“*

*R.: „Nevím jestli mám říkat, že chci mít děti, .....ale já je mít nechci.“*

*T.: „Už nechcete?“*

*R.: „On [nový partner] říká, že jo, ale já už ne.“* (Bára, 19 let, 3letý chlapec)

*R.: „Já už žádný dítě nechci.“*

*T.: „Myslíte to vážně, že už byste nechtěla žádný dítě?“*

*R.: „Zatím to myslím vážně, ale vím, že když si někoho najdu, tak bude chtít mít vlastní dítě a toho se bojím, protože jsem to viděla u nás, když bratr byl nevládní, na mně nikdo nekřičel, protože mě táta měl rád, a bojím, se že malej by byl potom odstrkovanej a tak.“* (Svatka, 17 let, chlapeček 8 měsíců)

*T.: „Jak velkou rodinu byste chtěla mít?“*

*R.: „Jenom jedno dítě.“*

*T.: „Takže teď a dost?“*

*R.: „Jestli jo tak třeba až za nějakých 10 let. Já bych nechtěla, aby to bylo 2 roky po sobě nebo... já vím, že v dnešní době je jedno dítě přepych. Já se ani na 2 děti necítím.“* (Helena, 17 let, 8. měsíc těhotenství)

Asi jedna třetina respondentek považuje za ideální věk pro narození prvního dítěte věk do 20 let včetně. Naopak sporadicky je považován za ideální věk nad 25 let (viz tabulka 4.2), a to přesto, že ve většinové populaci byl v roce 2004 průměrný věk při narození prvního dítěte 26,3 let (v roce 2008 již 27,3 let).



**Tabulka 4.2: Porovnání skutečného věku při porodu u –náciletých dívek a věku, kdy si dívky myslí, že by bylo ideální mít první dítě**

Věk (předpokládaný věk) při porodu 1. dítěte	Jaký si myslíte, že je ideální věk, aby žena měla své první dítě?													
	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	Celkem
15	1				1									2
16						2		2	1		4	1		10
17				1	1	3		2	1		5		2	15
18						2		1	2		6	1		12
19					1	5	1	3		1	6		1	18
Celkem	1	0	0	1	3	12	1	8	4	1	21	2	3	57

Zdroj: Kvalitativní výzkum NTŽM (2004)

## 4.6 Závěr

V adolescenci se sexualita a sexuální chování a s nimi spojená rozhodování stávají velmi důležitou součástí života. Intenzivní probuzení sexuality v tomto věku může přinést řadu radosti a potěšení, zároveň však může být zdrojem obtížně řešitelných problémů a nezřídka i osobních katastrof. Neplánované těhotenství, které představuje hlavní objekt zájmu našeho studia, je právě jedním z negativních důsledků spojených s neodpovědnou sexuální aktivitou.

V této kapitole proto byly diskutovány okolnosti prvního pohlavního styku a vybrané faktory ovlivňující používání antikoncepce u –náciletých těhotných žen a matek. Lze shrnout, že první pohlavní styk je u studované populace ve většině případů neplánovaný a neočekávaný s absencí partnerské komunikace provázející tento akt. Adolescentní matky jsou dále vystaveny poměrně značnému riziku sexuálního zneužívání, které pramení z nestabilního prostředí původní rodiny svázaného s častým střídáním mužských protějšků jejich matek.

K sexuálnímu debutu žen, které otěhotněly nebo se staly matkami před dvacátým rokem věku, dochází časněji než u průměrné populace. Jedna pětina dívek ze studovaného souboru zažila svůj první pohlavní styk před dovršením patnácti let. Jednalo se převážně o dívky romského původu. Právě velmi časný začátek sexuálního života má významný vliv na rovné postavení partnerů v partnerském vztahu. U velmi mladých dívek, které jsou si málo jisté samy sebou, se zřetelně projevovala neschopnost efektivně s partnerem komunikovat o intimním životě. Submisivita vůči partnerovi pak měla výrazný dopad i na odpovědné sexuální chování. Naprosté spoléhání na partnera je pak jeden z hlavních důvodů, proč došlo k neplánovanému otěhotnění. Partneři velké části respondentek odmítali použití kondomu z důvodu nepříjemného pocitu při pohlavním aktu. Někteří partneři se dokonce uchýlili i k tvrzení o své neplodnosti. Dívky pak většinou slepě důvěřovaly metodě přerušované soulože. Vlastní odpovědnost za ochranu při pohlavním styku prostřednictvím hormonální antikoncepce nebyla možná u všech dívek. U některých z nich bylo užívání vyloučeno ze

zdravotních důvodů. Jistou roli v odmítnutí hormonální antikoncepce však sehrála i její vyšší finanční náročnost, dostupnost svázaná s nutností návštěvy lékaře či obavy z vedlejších účinků např. přibývání na váze. Jako největší problém tohoto druhu antikoncepce se však ukázalo jeho nepravidelné užívání. Neznalost a neinformovanost o různých způsobech ochrany při pohlavním styku byla ve zkoumaném souboru pouze sporadická. Spíše než s neznalostí jsme se setkali s určitým vnitřním pocitem nezranitelnosti či přesvědčením o vlastní neplodnosti.

Další téma, které bylo diskutováno ve vztahu k sexuálnímu a antikoncepčnímu chování dospívajících, byla role rodiny v procesu tzv. sexuální socializace. U –náctiletých těhotných žen a matek se projevilo působení rodiny jako velmi silný determinant, nejen ve vztahu k užívání ochranných prostředků, ale, a to především, ve vztahu k celkovému vnímání vlastní sexuální identity. V tomto směru se ukázal jako klíčový vztah matky a dcery.

Z výzkumů, které se zabývají sexualitou adolescentů, je zřejmé, že brzká zkušenost s pohlavním stykem a zvýšené riziko promiskuity jsou charakteristické pro dospívající vyrůstající v neúplných a rozvedených rodinách a v prostředí, kde rodiče o své děti nejeví příliš velký zájem. Dále jsou to horší socio-ekonomické podmínky v původní rodině a nižší dosažené vzdělání rodičů, které determinují nezájem dospívajícího o životní dráhu, jejíž podstatnou složkou je vzdělání a výkon kvalifikované profese. Vzdělanostní a profesní aspirace pak mají podstatný vliv na přístup k sexuální aktivitě. Sexuální život žen, které se staly či stanou matkami v raném věku, je tedy předem ovlivněn řadou negativních faktorů, jelikož většina z výše uvedeného je pro tuto skupinu aktuální.

Výzkum však ukázal, že komunikace o intimních věcech vážla nejen v problémových rodinách, ale i v rodinách, které se zdály být navenek funkční bez zjevně patologických jevů, jakými jsou např. alkoholismus rodičů, násilí či sexuální zneužívání v rámci rodiny nebo vyhocené konflikty mezi členy rodiny. O chápavý a spontánní přístup a individuální osvětu na téma sexuálních vztahů pak byly logicky ochuzeny i dívky vyrůstající v institucionální péči, které jsou ve sledovaném souboru –náctiletých matek relativně významně zastoupeny.

Z dat lze jen stěží identifikovat, kdo je za absenci komunikace odpovědný, i když bychom se přikláněli spíše k tomu, že to jsou rodiče a především matky dívek, které by měly debatu na toto téma iniciovat. Postoje obou stran (dívek a jejich matek) ke komunikaci na toto téma bychom tak mohli přirovnat k vzájemnému kroužení, které se však jen zřídka kdy protne. Dívky podvědomě jistě tuší, že by matka měla být tím člověkem, kdo si s nimi promluví o odpovědném sexuálním chování. Výpovědi však ukázaly, že pro mnohé matky bylo nejen poměrně obtížné najít vhodná slova pro tak intimní téma, ale v několika případech se dcery domnívaly, že jejich matky ani neznají problematiku moderních forem antikoncepce a zásady jejich užívání. Sexuální výchova v rodinách –náctiletých matek tak většinou neprobíhala buď vůbec nebo převažovala její „reaktivní forma“. Absence komunikace byla sice na jedné straně

způsobena neschopností rodičů předat relevantní informace, ale nezájem samotných dcer také nelze považovat za zanedbatelný. Obavy z komunikace na téma sexu ze strany dcer však většinou byly odůvodněné. Uváděny byly důvody jako nesouhlas rodičů s výběrem partnera, neschopnost matky udržet tajemství či nepřiměřeně silná intervence do dívčina soukromí. Jako významný se projevil i stereotypní způsob uvažování, že sexualita do života mladé dívky nepatří. Dívky tak nechtěly ztratit kredit hodných, nevinných a poslušných dcer.

Z toho, co bylo uvedeno, vystupuje poměrně tristní obrázek fungování sexuální výchovy a osvěty o zdravém reprodukčním chování v rodině. Nutno však říci, že několik málo respondentek uvedlo, že to byla právě matka, která s dívkou probrala možné varianty ochrany při styku a která podnikla i praktické kroky k zajištění hormonální antikoncepce u lékaře.

Výzkum ukázal, že převažujícím zdrojem informací o sexu a antikoncepčních prostředcích byli pro –náctileté matky zejména vrstevníci, se kterými bylo snazší diskutovat intimní problémy než s rodiči. Tento závěr však nelze zobecnit na všechny dívky, jelikož řada z nich uvedla, že se o intimních věcech nebaví vůbec s nikým a pro některé byli kamarádi pouze jedním z mnoha informačních kanálů na toto téma. Specifikum studované skupiny ve vztahu k vlivu vrstevníků na sexuální život tkví také v tom, že brzký začátek sexuálního života u zkoumané populace dívek způsobuje, že jejich vrstevníci mnohdy žádné sexuální zkušenosti a relevantní informace ještě nemají. Role vrstevníků zkoumané skupiny se tak redukuje, a to zejména v praktických věcech jako jsou např. shánění ochrany, podpora při návštěvě gynekologa atd..

Škola v primární prevenci týkající se sexuálního chování a antikoncepce hraje dle vyjádření respondentek spíše okrajovou roli. Není to však tím, že by na školách prevence chyběla, ale její obsah měl jen velmi slabý praktický dopad.

## **Kapitola 5**

### **5. Volba mateřství a rozhodovací proces těhotné –náctileté dívky**

V předchozí části byl diskutován sexuální život dívek, které se staly matkami ve velmi raném věku. Výzkumná cílová skupina se tedy následkem nechráněného pohlavního styku či následkem selhání antikoncepce dostává před zásadní životní rozhodnutí, jak naložit s otěhotněním, které bylo většinou neplánované. Rozhodnutí ovlivňuje řada determinant, jejichž analýza nám zároveň představuje a odkrývá biografický obrázek -náctiletých matek a těhotných dívek. Rozhodovací proces těhotné -náctileté dívky je tedy jedním ze stěžejních atributů výzkumu této specifické populace.

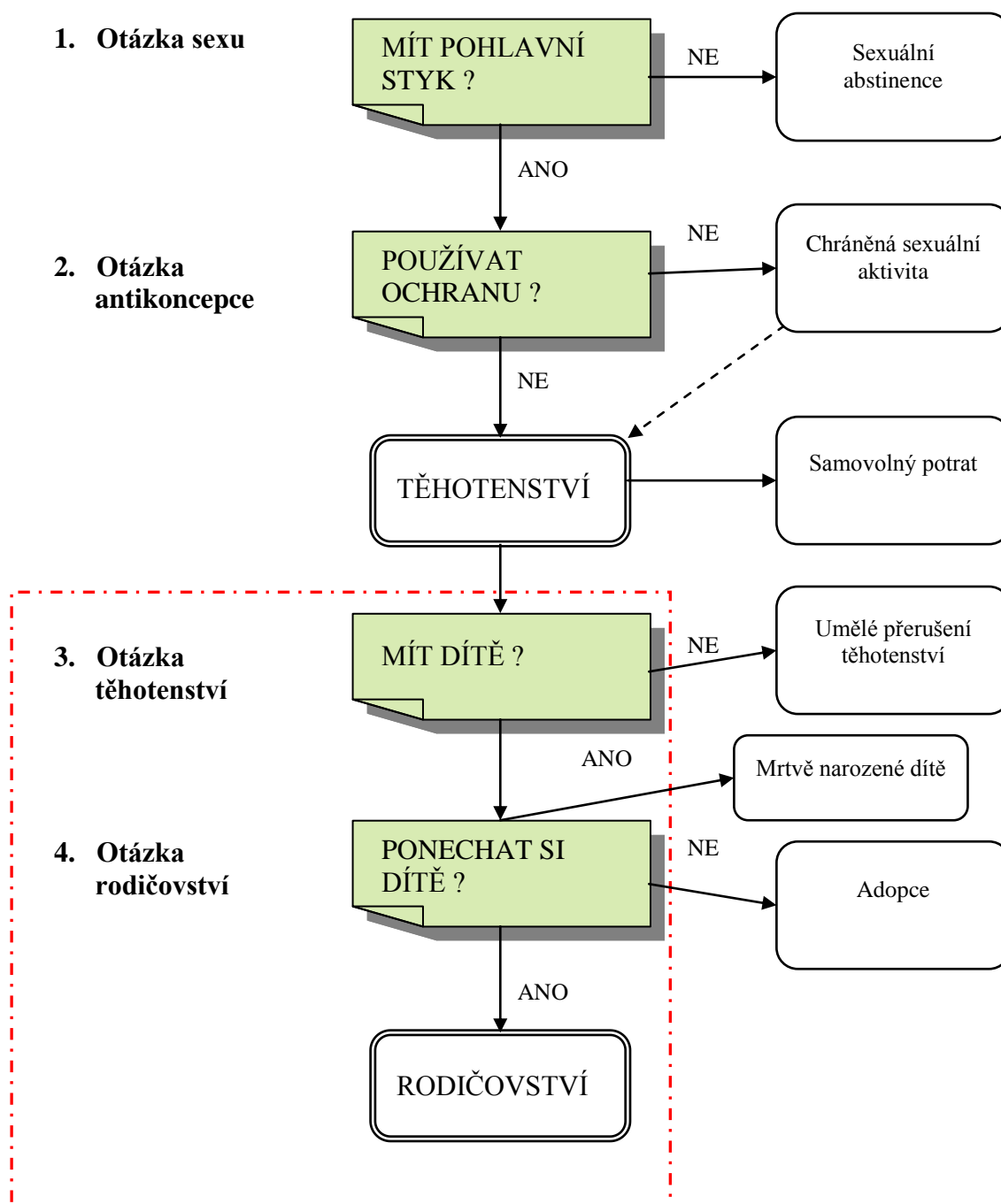
#### **5.1 Poznatky literatury a teoretické koncepty**

Chceme-li poznat a pochopit, jak funguje rozhodování –náctileté dívky v momentě, kdy si připustí, že je těhotná, je nutné si uvědomit zásadní věc, o které jsme psali již v úvodu a sice, že se situace, kdy se nezletilá dívka stává matkou, nevyskytuje náhodně, ale je výsledkem daných predispozic a sledu důležitých životních rozhodnutí. Náctileté matky totiž většinou začínají svůj vlastní život již s určitou nevýhodou buď ekonomického, sociálního nebo psychologického charakteru. Přehledně je celý proces znázorněn schématem 5.1. V této části studie se budeme věnovat procesu vedoucímu k rozhodnutí, že se nezletilá dívka stane matkou<sup>60</sup>; (ve schématu vyznačeno červeným rámečkem).

---

<sup>60</sup> Ostatní varianty nejsou předmětem našeho výzkumu. Výzkumný vzorek je složen pouze z žen, které se rozhodly pro mateřství.

Schéma 5.1: Kritické body a východiska těhotenství adolescentů



Zdroj: Miller, B.C.. Families, Science, and Values: Alternative Views of Parenting Effects and Adolescent Pregnancy. Journal of Marriage and Family; Feb 1993, 55, 1; str. 13.

Uvažujeme-li v kontextu reprodukčních strategií, ubírá se těhotenství a následně pak rodičovství nezletilých dívek proti dominantnímu celospolečenskému proudu. Nabízí se tedy otázka, jaké okolnosti a vlivy vedou mladou těhotnou dívku k volbě mateřství v prostředí, které je charakteristické odkládáním narození dítěte až do pozdějšího věku? Navíc je období adolescence v dnešním industrializovaném světě všeobecně považováno za svébytnou etapu v životě člověka, kam podle převažujícího diskursu zakládání vlastní rodiny nepatří. V této

životní etapě zdaleka není dokončen vývoj jednotlivce a jeho identita ještě není zcela zformována a zakořeněna (Nath et al., 1991). Z tohoto důvodu adolescence, jako období velké vývojové změny, spolu s těhotenstvím představuje mnohdy neúnosnou zátěž, se kterou se –náctiletá dívka, která ještě nedosáhla ani fyzické ani psychické zralosti, musí vyrovnat. Potřeba stability a jistoty pro dítě se stěží naplňuje, když tyto potřeby nejsou naplněny ještě ani u samotné matky.

Již bylo několikrát zmíněno, že těhotenství a následně i mateřství mladé dívky je více rizikové než těhotenství a mateřství dospělé ženy. Společnost vnímá –náctileté matky jako nezralé a kognitivně nepřipravené poskytnout dítěti odpovídající péči. L. Smith Battle (2000) však zdůrazňuje, že dívky své mateřství často nevnímají jako selhání a berou ho jako jedinou věc, která dává smysl sociálnímu světu, ve kterém žijí. Četné studie prokázaly, že matky v adolescentním věku pocházejí převážně z neutěšených sociálních poměrů, konfliktního rodinného prostředí nebo rozvrácených rodin a jsou vystaveny demotivujícím přístupům ke vzdělání a případné profesní kariéře ze strany rodiny (Nagin et. al., 1997; Manlove, 1997; Furstenberg, 1996; Narring, 1996; Woodward and Ferguson, 1999). Zodpovědnost za dítě a životní styl svázaný s rodičovskou rolí se tak pro ně stává jedinou jistotou v jejich strastiplném a neukotveném životě. Památný a často citovaný je Campbellův (1968) výrok:

*„Má-li dívka ve svých šestnácti letech dítě, aniž je provdána, 90 % jejího budoucího života je tím náhle napsáno. Pravděpodobně nedokončí školu. A i když bude mít ve svém okolí někoho z příbuzných, kteří jí s dítětem pomohou, nebude schopna si najít stabilní zaměstnání, ve kterém bude vydělávat takové peníze, aby uživila sebe i své dítě. Tento fakt přispěje k tomu, že se vdá za někoho, koho by si jinak nevzala. Má velmi málo životních voleb a většina z nich jsou volby špatné.“*

Tento výrok sice poukazuje na negativní perspektivy mladé matky, ale nabízí i otázku, zda by se život dívky, která by otěhotněla o pár let později, neubíral podobným směrem. Dítě jako životní náplň spolu s pocitem vlastní ceny a užitečnosti je pro mladou maminku uspokojivou kompenzací nedostatku životních šancí, o které se mateřstvím pravděpodobně připraví. Teoreticky je tento koncept zastřešen studií „An Uncertainty Theory of Parenthood (UTP)“ představenou v roce 1994 Debrou Friedman, Michaelem Hechterem a Satoshi Kanazawou, kteří se zabývají hodnotou dítěte v životě člověka a snaží se doplnit některé sporné aspekty teorie racionální volby (Becker, 1960) o fenomén redukce nejistoty v životě člověka. Snaha o redukci nejistoty ve svém životě je zde považována za univerzální vnitřní hodnotu. Důvody k rodičovství jsou důraznější, pokud jedinec nemá přístup k alternativním zdrojům redukce nejistoty, které podle autorů představují stabilní zaměstnání nebo manželský svazek. Nezletilá těhotná dívka často neplánuje kariéru, ale ani manželství, a tak podle výše zmíněné teorie je nejpříjemnějším zdrojem redukce nejistoty rodičovství, které vnáší do jejího života určitá daná a opakující se sociální schémata.

Vedle výše uvedené teorie omezených alternativních možností nezletilé matky redukujících nejistotu jejího života se setkáváme i s řadou jiných vysvětlení a důvodů pro volbu rodičovství –náctiletých. Rozhodnutí adolescentů, jakým způsobem řešit těhotenství, jsou činěna ve společenském a rodinném kontextu. Dalším z motivů je tedy například změna postavení dívky v očích jejích významných druhých. Jakmile se zjistí, že je dívka těhotná, začíná být středem pozornosti a předmětem zájmu rodinných příslušníků, vrstevníků, doktorů, úřadů a jiných pro dívku významných osob. Pro mnohé dívky je tak těhotenství prvním zábleskem jejich identity a statusu ve společnosti (*Hudson and Ineichen, 1991*). *Lee Smith Battle (2000)* zase označuje mateřství –náctiletých jako určitý katalyzátor k tomu, aby se člověk stal dospělým, a který orientuje jejich životy více pozitivně.

Citová deprivace mnohých těhotných dívek je dalším důvodem rodičovství –náctiletých. Komplexní emocionální potřeba je patrná především u dívek vyrůstajících v ústavních zařízeních. Pro tyto dívky představuje dítě objekt uspokojení citové potřeby. Jedná se zde o lásku bez jakýchkoliv podmínek či výhrad (*Pawlby et al., 1997*). Motiv podobný zmíněným citovým vazbám nalézáme ve studii *Paula Trada (1999)*, který rozvíjí úvahy o potřebě těhotné dívky být na někom závislá, pokud tuto funkci neplní vlastní rodiče.

Výše uvedené teorie a názory na motivy skrývající se za rozhodnutím mladé těhotné dívky jsou pouze určitým pozadím celého koloběhu rozhodovacího procesu. Je důležité zmínit, že se uvedené koncepce týkají především situace, kdy dívka, ať se jedná o těhotenství plánované nebo neplánované, projevuje přání stát se matkou. Většina dívek však dospívá k tomuto přání až v pozdní fázi svého těhotenství nebo dokonce až po porodu a důvody, proč nakonec volí variantu mateřství, mohou být do jisté míry prozaické – např. striktní odmítání interrupce.

Hovoříme-li o rozhodovacím procesu dívky, byl by celý koncept neúplný, kdybychom nezmínili zásadní vliv sociální opory, které se matce v různé míře dostává od původní rodiny, partnera, partnerových rodičů, vrstevníků a reprezentantů vzdělávacích či jiných sociálních institucí. Pokud nezletilá dívka otěhotní, konzultuje většinou svůj stav a možné cesty řešení nastalé situace se svou rodinou a partnerem. Mnohdy je matka dívky prvním člověkem, kterému se se svým problémem svěřuje. Nabídnutá pomoc a opora ze strany rodiny je silným argumentem, který dívka při svých plánech do budoucna bere v úvahu. Často se setkáváme se všeobecně zakořeněnou představou, že těhotenství nezletilé dívky způsobuje rozvrat v původní rodině a narušuje vzájemné rodinné vztahy. Tuto domněnku vyvrací řada výzkumů, které uvádějí, že se dostalo pomoci ze strany rodiny asi 85% mladých matek (*Bergman, 1989; Carvera, 1991; Moore, 1990; Furstenberg and Crawford, 1978*). Dochází i k případům, kdy příchod dítěte do rodiny změní vzájemné vztahy jejích členů k lepšímu. Těhotenství a mateřství mladých dívek s sebou může přinášet jako vedlejší produkt větší emocionální blízkost mezi matkou a dcerou a určité vyhlazení jejich případného předchozího nepřátelského vztahu (*Carvera, 1994*).

Vliv významných druhých na rozhodnutí těhotné dívky může být buď přímý skrze přímo mířená slova, rady či akce, nebo nepřímý vycházející ze socializačního procesu a odpozorovaných vzorců chování. *Ann Evans (2001)* ve svém výzkumu došla k závěrům, že přímý vliv rodičů na rozhodování, zda zvolit interrupci nebo narození dítěte, neměl s konečným rozhodnutím souvislost. Vliv rodičů, a to zejména matek, se projevoval spíše nepřímo než přímo. Pokud měla matka dívky své děti také jako teenager, dívka se s větší pravděpodobností rozhodla dítě donosit. Pokud ale měl někdo z rodiny, většinou matka nebo sestra, zkušenost s interrupcí, dcera inklinovala ke stejnému chování. Naopak jako významný se jevil přímý vliv partnera. Dívky, jejichž partner je přesvědčoval, aby zvolily interrupci, nakonec s větší pravděpodobností podstoupily UPT než dívky, kde se partner stavěl k nastalé situaci indiferentně nebo byl pro variantu si dítě ponechat.

Specifickým, avšak ne ojedinělým případem jsou těhotné dívky, za které rozhodnutí o tom, zda jít na interrupci nebo si dítě ponechat, zcela učiní jejich rodiče, případně partner.

## 5.2 Dimenze rozhodovacího procesu vedoucího k rodičovství adolescentů: výsledky kvalitativního výzkumu

*„Protože je to (dítě) jako sice nevím s kým, ale je to moje dítě prostě, má to i prostě v žilách mojí krev a prostě se to ve mně hejbe, cejtím ted'ko jeho pohyby a všechno a prostě, když už vím, že se to má jednou narodit, tak jako je to moje a já si to chci nechat prostě. Jen kvůli tomu, že prostě už mám i toho přítele a řekli jsme si to, že to miminko takhle chceme spolu jako mít do budoucna. Že už jako jsem udělala ostudu mámě i tátovi, že jsem je už jako zklamala a všechno, když už to ví všichni, ví to celá škola, ví to skoro celej Most, a v partě už to skoro všichni ví, tak proč bych jako už si to nemohla nechat, když jsem podstoupila vším tady tím“ (Erika, 15 let, 6. měsíc těhotenství)*

Na základě dat pořízených z rozhovorů s –náctiletými gravidními dívkami a matkami bylo vytvořeno schéma (schéma 5.2), které se pokouší o co nejpodrobnější výčet motivů vedoucích k rozhodnutí, že si mladá těhotná dívka dítě ponechá. V některých případech se jedná i o důvody, které samostatné rozhodnutí dívky vylučují. Klasickým případem je zjištění, že dívka otěhotněla, až po vypršení zákonné lhůty pro provedení interrupce.

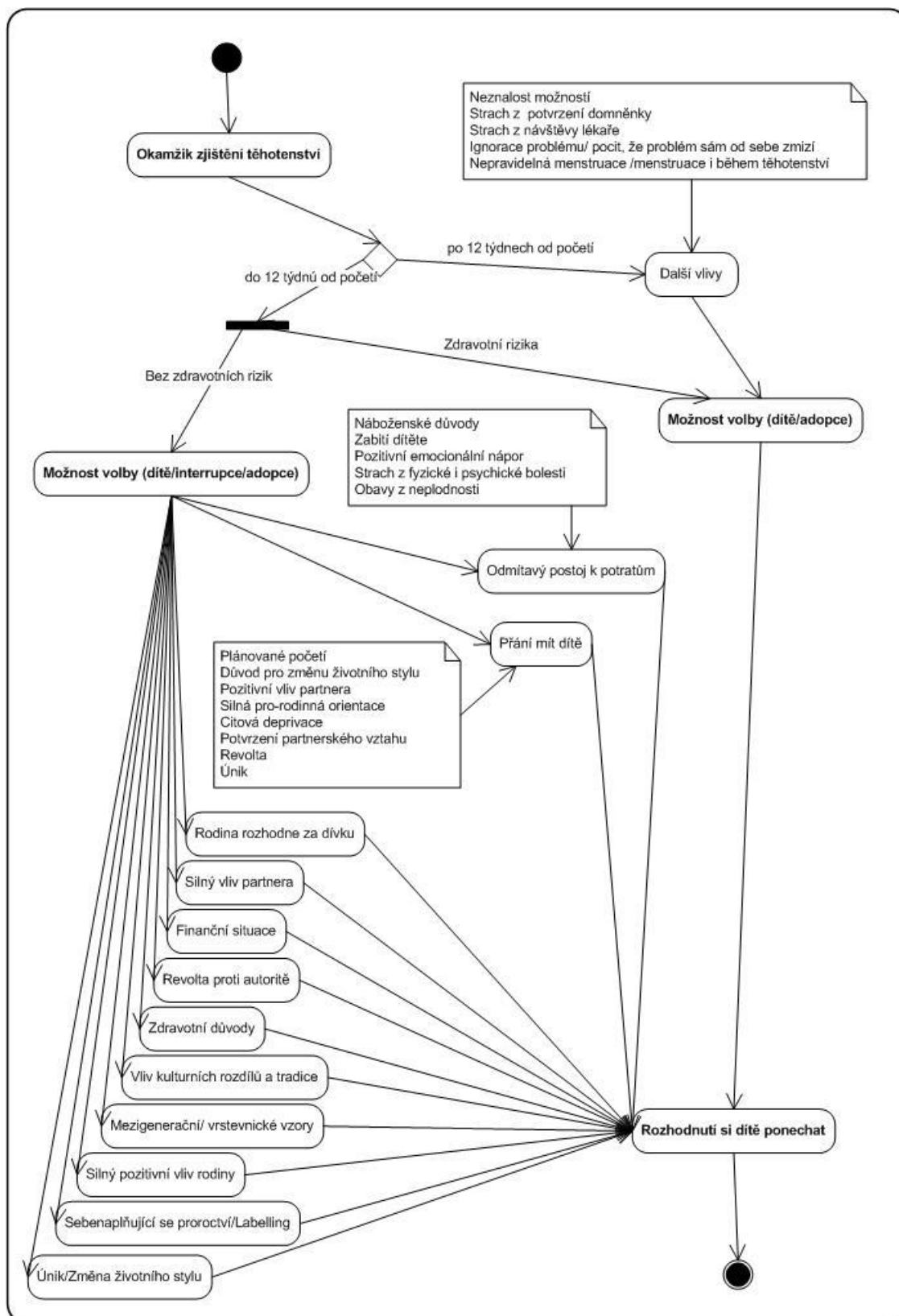
Zároveň nelze posuzovat jednotlivé důvody jako výlučné a samostatně působící. Většinou totiž při rozhodování koexistuje a působí více faktorů najednou. Rozhodovací proces týkající se těhotenství adolescentů je tedy mnohorozměrnou problematikou s kulturními, sociálními, osobnostními a kognitivními komponentami.

Je důležité si uvědomit, že v období adolescence jedinec jen zřídka řeší pohotově problematické situace (*Trad, 1999*), jelikož mu chybí životní zkušenosti. Rozhodování



těhotné nezletilé dívky je provázeno vysokou mírou nejistoty, poněvadž ani v jednom případě si dívka nedokáže přesně představit, co ji čeká. Jak její tělo a psychika zareaguje na takový zásah do organismu, jakým je umělé přerušování těhotenství? A jakým směrem se bude ubírat její život, když se rozhodne si dítě ponechat? Dokáže se o své dítě svědomitě postarat a řádně ho vychovat? A bude k tomu mít vůbec podmínky?

**Schéma 5.2: Volba mateřství – determinanty figurující v rozhodovacím procesu těhotné -náctileté dívky zjištěné na základě provedených hloubkových rozhovorů**

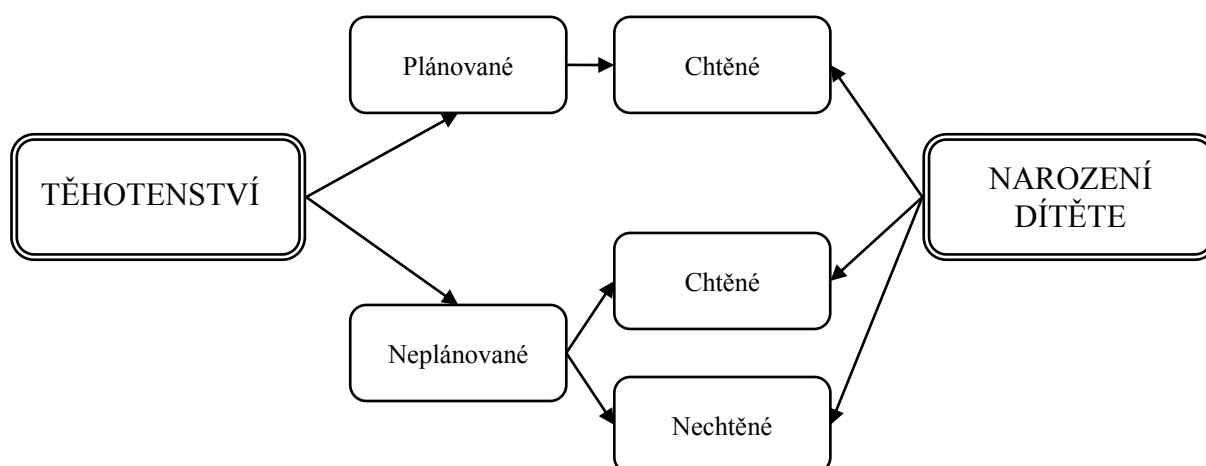


Zdroj: Vlastní nákres

Pozn. Z právního hlediska lze těhotenství uměle přerušit, pokud délka těhotenství nepřesahuje 12 týdnů, respektive 24 týdnů ze zdravotních důvodů. V praxi se jedná o týdny porodnické, které se počítají od prvního dne poslední menstruace.

Je nesprávné předpokládat, že všechna těhotenství teenagerů jsou neplánovaná, viz schéma 5.3. Dívky si buď přejí mít dítě a těhotenství je pro ně radostnou událostí, nebo dochází k bilanci všech negativ a pozitiv mateřství ve vztahu k možnostem a konkrétní ekonomické a sociální situaci nezletilé těhotné dívky. V některých případech tento proces probíhá dokonce velmi systematicky, většinou však, a to zejména u mladších adolescentů, nejsou dívky schopny objektivně posoudit svou situaci, neboť mají jen mlhavé povědomí o tom, jak by se jejich budoucnost měla nebo mohla vyvíjet. V těchto případech je při rozhodování klíčová podpora a pomoc rodiny, která dívkám s problémem pomůže a poukáže na možné strategie řešení.

Schéma 5.3: Plánování rodičovství a přijetí neplánovaného dítěte



Zdroj: Vlastní nákres

Jiné dívky se zase snaží před velmi obtížným rozhodováním uniknout a ignorují svůj stav až do té doby, než jsou na něj upozorněny lékařem nebo okolím.

### 5.2.1 Možnost volby: dítě versus adopce

Rozhodování těhotné –náctileté dívky závisí na okamžiku, kdy své těhotenství zjistí. V našem výzkumu jsme se setkali s nemalým počtem dívek (25 %), které zjistily nebo si plně uvědomily své těhotenství až po uplynutí zákonné lhůty pro provedení interrupce. Možnosti, jak reagovat na graviditu, se tak významně zúžily. V ČR jsou dány zákonem o umělém přerušení těhotenství (č. 66/1986 Sb.) podmínky, za kterých je možné provést interrupci u nezletilé dívky. Ženě se uměle přerušit těhotenství, jestliže o to písemně požádá, nepřesahuje-li těhotenství dvanáct týdnů a nebrání-li tomu její zdravotní důvody. Ženě, která nedovršila

šestnácti let, lze uměle přerušit těhotenství pouze se souhlasem zákonného zástupce, popřípadě toho, jemuž byla svěřena do výchovy. Jestliže bylo uměle přerušeno těhotenství ženě ve věku od šestnácti do osmnácti let, vyrozumí o tom zdravotnické zařízení jejího zákonného zástupce.

Vycházejme nyní z kazuistik dívek, které svou graviditu již nemohly řešit interrupcí a rozhodly se pro rodičovskou roli. V našem výzkumném vzorku nefigurovaly dívky, které by se vzdaly svého dítěte a poskytly ho k osvojení. Adopce jako volba je mezi –náctiletými dívkami jen málo přijatelnou variantou. V rozhovorech stále zřetelně vystupovala zakořeněná představa, že donosit dítě a pak se ho následně vzdát ve prospěch adoptivní rodiny je něco patologického a nenormálního. Ačkoliv většina z 58 dívek zvažovala nebo je alespoň napadla varianta interrupce, o adopci vážně uvažovaly pouze 3 dívky, a to hlavně pod tlakem rodičů. Když byly dívky během interview dotázány na tuto variantu rozhodnutí o svém těhotenství, následovala většinou rychlá zamítavá odpověď.

Dívky jsou většinou na možnost dát dítě do osvojení upozorněny svým lékařem při odhalení gravidity a nebo v případě sociálně slabších rodin sociální pracovníci. Zajímavé je, že dívky k tomu, aby daly dítě k adopci, přesvědčují zejména jejich otcové, a to i přes rozdílný názor matky těhotné dívky. Nesetkali jsme se ani s jedním případem, kde by na těhotnou dívku naléhala v této věci její matka. Tento jev se zdá být vysvětlitelný z perspektivy společné zkušenosti, kdy mají během těhotenství matky se svými těhotnými dcerami mnohem více společného než dcery s otci. Rozcházející se názory rodičů, jakým způsobem se s těhotenstvím vyrovnat, jsou nepochybně pro těhotnou dívku významným stresujícím faktorem a zdrojem napětí a nepřispívají tak ke klidnému průběhu těhotenství.

*„Ten (otec) to dotedka rozchází, byl to teda krutej boj, a hlavně když jsem mu telefonovala, že jsem v tolikátém měsíci, tak strašně nadával, že jsem to nemohla zjistit dřív, ten by byl pro tu interrupci, ten mě ted'ka tlačí, ať to dám k adopci. To nehrozí teda. Tlačil mě, ale ted' ví, že mám před porodem, tak mě nechává, ale před tím jo. To říkal, že to je jediný východisko.“ (Alice, 19 let, 9. měsíc těhotenství)*

Jak vidíme na případu Alice, dívka bojuje proti názoru svých blízkých s pocitem, že nikdo nemůže zvrátit její svobodné rozhodnutí. Je ale zřejmé, že pro Alici bude naplnit její rozhodnutí dítě vychovat i proti vůli otce velice obtížné. Alice žije s otcem v bytě sama a bez partnera. S pomocí matky nemůže počítat, jelikož to její zdravotní stav nedovoluje. Čeká ji tedy období bez výrazné podpory ostatních, kdy se bude moci spolehnout pouze sama na sebe.

Další rodinou, kde otec nechtěl slyšet o jiné variantě pro svou těhotnou dceru než o adopci, je rodina Vlasty (17letá matka ). Zde došlo ke střetu rodičů, ve kterém se matka Vlasty postavila proti svému manželovi a chtěla, aby si Vlasta dítě ponechala. Vlasta nemohla zůstat s dítětem u svých rodičů, jelikož životní podmínky nebyly pro novorozence hygienicky

vyhovující, a tak o variantě adopce opravdu uvažovala až do 9. měsíce těhotenství. Vlasta si dokonce zjistila i všechny podrobnosti týkající administrativy pro osvojení. Její dilema nakonec vyřešila babička, která jí nabídla bydlení u sebe a sdílení společné domácnosti.

*„Já jsem se rozhodla až v tom posledním v tom devátým. Když už jsem měla prostě všechno, když už jsem měla skoro všechny věci, tak jsem se rozhodla, že přeci je to jen moje dítě a já to prostě už nějak zvládnou, už jsem věděla, že vlastně mi babička bude pomáhat, že budu s ním mít kde bejt. Já jsem se ještě pořád rozhodovala, kvůli tomu, že jsem nevěděla, jestli s ním budu v azyláku, protože kdybych byla v azylovém domě, tak bych byla až někde u Nymburka“ (Vlasta, 17 let, 7denní chlapeček)*

Otec se s rozhodnutím Vlasty nakonec smířil a v současnosti spolu komunikují. Neshody v rodině, jak řešit těhotenství, naopak způsobily trvalé odcizení dcery a otce v případě devatenáctileté Kamily. Kamila otěhotněla v 16 letech s násilnickým přítelem, v období, kdy trpěla mentální anorexií. I kvůli jejím zdravotním problémům se přišlo na těhotenství až ve 4. měsíci a na interrupci bylo již pozdě. Kamila před otěhotněním zrovna nastoupila do prvního ročníku střední školy a začala se pomalu zbavovat závislosti na svém agresivním příteli. Dítě v této životní situaci nepřicházelo v úvahu. Dohodla se proto se svým otcem a jeho druhou ženou, že jim dítě přenechá do pěstounské péče třetí měsíc po porodu, aby dítě ještě bylo kojeno. Když se dítě narodilo, nedokázala je Kamila otci předat a svůj slib si rozmyslela. Od té doby s ní otec přerušil veškeré kontakty a Kamila žije se svým synem v azylovém domě.

*„Táta za náma jezdil celý ty tři měsíce. A pak jsem mu řekla, že jim ho prostě nedám, že si ho chci nechat, že ho miluju, a že vím že jsem sice mladá, ale že i mladší matky to zvládají, tak proč to nemůžu zvládnout já. Tak táta zase začal brečet, teta začala brečet taky a od té doby se spolu nebavíme.“ (Kamila, 19 let, 2letý chlapeček)*

Přejdeme nyní k jiné problematice, a sice k otázce, z jakého důvodu dívka nezjistila těhotenství včas, aby případně mohla využít všechny možné cesty řešení svého těhotenství. Důvodů je mnoho a dělíme je na dvě hlavní skupiny: na důvody zdravotního charakteru a důvody psychologické. Nezřídka jsou ale tyto důvody vzájemně provázány.

Jednou z nejčastějších příčin pozdního určení gravidity byl **nepravidelný menstruační cyklus dívky** ještě před otěhotněním. Dívky tak nepřikládaly větší pozornost tomu, když se jim menstruace zpozdila. Fakt, že dívka svůj nepravidelný menstruační cyklus nekonzultovala s lékařem, je úzce spojen s nedostatečnou komunikací o intimních záležitostech s matkou, případně jiným členem rodiny, který by dívce doporučil návštěvu gynekologické ordinace. Zjištění těhotenství je pro skupinu mladých matek většinou první zkušeností s návštěvou gynekologa.

*„Já jsem neměla ranní nevolnosti, vůbec nic, takže jsem si říkala, že zase to blbne, až když jsem to nedostala potřetí, tak říkám, že bude nějaký problém. Takže jsem to zjistila až ve třetím měsíci“ (Sofie, 18 let, 8. měsíc těhotenství)*

Dívky provází často **strach a stud při návštěvách lékařského zařízení**, který se pak odráží i v nezdravém reprodukčním chování, protože dívka nechce absolvovat nepříjemnou cestu k lékaři pro hormonální antikoncepci<sup>61</sup>. Tento fenomén ilustruje výrok 15leté těhotné Lucie.

*„Mně by to bylo takový blbý jít si pro tu antikoncepci, to by mi tam radši došla asi mamka. To bych se styděla, prostě.“* (Lucie, 15 let, 8.měsíc těhotenství)

V naší studii se vyskytl i případ, kdy dívka měla podle svého tvrzení **menstruaci během těhotenství** až do 7. měsíce. Tato maminka si přiznala, že je těhotná v 7. měsíci, až když jí o tom začalo přesvědčovat okolí, které si všimlo navenek patrných fyziogonických změn.

*„Já jsem měla menstruaci do sedmého měsíce těhotenství, takže to na mě bylo vidět a už to vlastně poznali všichni. Nedělala jsem si ani testy a šla jsem rovnou na gynekologii.“*  
(Linda, 20 let, chlapeček 1 rok)

Dostáváme se tak k velmi častému jevu těhotenství –náctiletých dívek souvisejícím s nezralou psychikou adolescentů, a sice k **ignoraci vyvstalého problému**. Dívka si nedokáže představit, že by se jí otěhotnění také mohlo týkat. Veškeré příznaky těhotenství tak úspěšně ignoruje, často s pocitem, že problém sám od sebe zmizí.

*„Já jsem právě nic neměla. A právě když jsem říkala i holkám, že se mi jako třeba hejbe trochu břicho, tak ony řekly, že mi buší srdce a že takhle se mi hejbe břicho, já říkám tak aha. Jsem myslela, že je to z toho. Já jsem si vůbec nepřipustila, že bych mohla být těhotná.“* (Erika, 15 let, 6. měsíc těhotenství)

*„Já jsem si to nechtěla vůbec připouštět. Já jsem byla asi ta, která nejdýl tvrdila, že tloustnu. Já jsem vždycky byla na sladký, takže čokoládky to nikdy nechodilo daleko ode mne. Takže jsem všude tvrdila, že tloustnu a to...“* (Linda, 20 let, chlapeček 1 rok)

Někdy dívky opravdu svůj stav zcela ignorují, jindy ale mají pochybnosti a o problému přemýšlejí. **Strach z oficiálního potvrzujícího verdiktu** však způsobí, že se svůj problém snaží vytěsnit a nijak ho neřeší. Hlavním důvodem ignorace problému a snahy co nejdéle oddalovat přiznání sobě samé i svému okolí zatajováním příznaků těhotenství je **strach z reakce rodičů, partnera a veřejnosti**. Dívky mají obavu, že ztratí důvěru svých rodičů a zklamou jejich představu o nich samotných. Jindy jsou tyto obavy také důsledkem přepokládaného nátlaku ze strany rodiny, aby dívka podstoupila interrupci. Zajímavou skutečností je, že se dívkám opravdu, pokud si tak usmyslely, dařilo těhotenství maskovat a tajit až do pokročilého stádia. Lenka, 15letá matka, uvedla, že vždy měla nějaká kila navíc a nosila volné oblečení, takže se nikdo nad ničím nepozastavoval. Naopak ostatní dívky byly

---

<sup>61</sup> Stud a strach z lékaře samozřejmě není jediným důvodem, proč dívky nepoužívají hormonální antikoncepci. Jedním z těch hlavních je například fakt, že si dívky hormonální antikoncepci nemohou finančně dovolit (více v kapitole 4).

tak drobné tělesné konstituce, že na nich byly patrné známky těhotenství skutečně až ke konci druhého trimestru.

*„Mamce jsem se to bála říct, protože mamka mě vždycky měla jako takovou hodnou. Myslela jsem si, že bych jí i tím zklamala nebo to...tak jsem do osmého měsíce tvrdila, že jsem s nikým nespala. Ve čtvrtém měsíci mě vzala mamka na gynekologii a zjistila, že jsem těhotná.“* (Lenka, 18 let, 3letý chlapeček)

*„Máma to nevěděla, že jsem těhotná. Já jsem se jí to styděla říct. Já jsem se nebála, ale styděla. Já jsem jí to řekla 5 minut před dvanáctou. Termín na potrat byl v úterý a já jsem jí to řekla v pátek.“* (Barbora, 15 let, 6. měsíc těhotenství)

V našem výzkumném souboru byly zaznamenány tři případy, kdy se dívky rozhodly svůj problém nikomu nesdělit, jelikož měly obavu, že je bude okolí přemlouvat, aby šly na interrupci. Extrémním případem je patnáctiletá Lucie, která otěhotněla ve 14 letech na útěku z dětského domova. Lucie se dá považovat za silně citově strádající dítě se sklony k rizikovému chování. Když zjistila, že je těhotná, byla šťastná a uvedla, že si miminko velmi přála. Polemiky, nakolik je přání mít dítě u adolescentních matek vyvoláno romantickou představou a prostředkem vstupu do dospělého života bez jakéhokoliv objektivního posouzení reality, budeme rozebírat později. Po návratu do dětského domova bylo pro vedení instituce umělé přerušování těhotenství jasnou záležitostí. Lucie se však s touto variantou nechtěla smířit a znovu z ústavu utekla na dobu, kdy bylo ještě možné interrupci provést. Lucie nyní žije se svým synem ve výchovném ústavu pro nezletilé matky s dětmi.

*„Oni mi říkali, že ať máma podepíše papír, že záleží na mně, ale že bych to měla udělat. To mi říkala psychologka, že to bude pro mě lepší, že si dodělám školu a že budu mít ještě hodně dětí. Pak dělali všelijaký vyšetření, pak jestli jsem si to nerozmyslela no a už zbývaly jenom tři dny, furt do mně hučeli, ale já jsem to nechtěla dát pryč. Mně to už lezlo na nervy, jak na mě pořád tlačili dej to pryč, dej to pryč. Tak jsem odtamtud utekla zase, pak jsem se tam vrátila asi za týden, a to už jsem to nemohla dát pryč.“*

(Lucie, 15 let, 7denní chlapeček)

Jak již bylo zmíněno, blízké okolí mnohdy rozezná jiný stav dívky dříve než dívka samotná. Častými případy jsou i **zjištění těhotenství u lékaře, za kterým jde dívka s jinými problémy než je gravidita**. Sedmnáctileté Svatce, která pravidelně užívala drogu a domnívala se, že vynechání menstruace je její příčinou, bylo zjištěno těhotenství při preventivní sedmnáctileté prohlídce. Patnáctiletá Erika zjistila, že je gravidní až v 5. měsíci těhotenství, kdy šla k lékaři s bolestí hlavy a opakovanými závratěmi. Při pohmatu břicha zjistil lékař abnormalitu a následně ultrazvukem diagnostikoval graviditu. Těhotenství šestnáctileté Petry bylo zjištěno v souvislosti s lékařskou prohlídkou iniciovanou v průběhu vyšetřování sexuálního zneužívání Petry nevlastním otcem.

Pozdní zjištění těhotenství s sebou přináší jak psychickou zátěž, tak, a to především, **zdravotní rizika pro matku i její plod**. Prenatální péče je často oddalována nebo je nedostatečná (srovnej s výsledky ÚZIS kapitola 2.6). Zároveň je velmi pravděpodobné, že dívka nezmění svůj případný rizikový životní styl a dále bude konzumovat např. alkohol nebo drogy. Dívka může zjistit své těhotenství relativně brzy, ale z důvodů utajení před rodiči navštěvuje pravidelné prohlídky pouze sporadicky. Lékařská péče je dívce zaručena většinou po tom, co jí těhotenství zjistí lékař. Tři čtvrtiny dívek (N=44) z naší studie zjistily svou graviditu v prvním trimestru těhotenství. V druhém trimestru přišlo na své těhotenství 22,5 % dívek (N=13), z nichž třem byla diagnostikována gravidita až v poslední fázi druhého trimestru, tj. v 6. měsíci těhotenství. Pouze jedna dívka navštívila lékaře s podezřením na graviditu až ve třetím trimestru. Dívce se naštěstí i přes zanedbání prenatální lékařské péče narodil zdravý chlapec.

Dalším případem, kdy se dívka začne zabývat svým těhotenstvím až po 12týdenní lhůtě, je **neznalost možností**, které se jí naskýtají a celkově špatné povědomí o pravidlech výkonu umělého přerušení těhotenství. Tato neznalost souvisí se strachem a **nedůvěrou ve zdravotnická zařízení**. Šestnáctiletá Denisa zjistila po vynechání menstruace pomocí těhotenského testu, že je těhotná. Děsila ji však představa, že se o jejím stavu dozví matka. Denisa, která pomýšlela na pěveckou kariéru, by si nejraději nechala dítě vzít, ale nikdo jí nebyl schopen zodpovědět otázku, zda lze provést interrupci bez souhlasu a vědomí rodičů.

*„A já jsem se hrozně bála gynekologů navíc, já nevím proč. Ne a teď jsem nevěděla, jako co mě tam čeká a jestli se můžu rozhodnout sama prostě o tom potratu nebo jestli to musím říct doma. A každej mi říkal něco jiného...“ (Denisa, 16 let, 9. měsíc těhotenství)*

Prozatím byly diskutovány pouze případy, kdy bylo těhotenství oficiálně potvrzeno, až když nebylo možné provést interrupci. Varianta interrupce však nepřipadá v úvahu, i když se zjistí těhotenství včas, a to v případě ohrožení zdraví matky. Z dotazovaných dívek byly zaznamenány čtyři případy, kdy dívka znovu otěhotněla bezprostředně (do šesti měsíců) po provedení interrupce či po samovolném potratu. Znovu uměle přerušit těhotenství by znamenalo vysoké zdravotní riziko.

## **5.2.2 Možnost volby: dítě versus interrupce versus adopce**

### **5.2.2.1 Přání mít dítě**

Přestože jsou nezletilé matky vnímány jako ženy, které se vzpírají společenským normám, většina z nich bere své mateřství jako životní výzvu. Role matky se pro ně stala tou nejdůležitější rolí v životě. Setkáváme se tak s fenoménem, kdy si nezletilá dívka výslovně přeje mít děťátko a své těhotenství nevnímá výlučně jako nešťastnou událost. S některými faktory ovlivňujícími přání mít dítě v tak raném věku jsme se setkali již v teoretickém úvodu



(kapitola 5.1). Různé motivy vedoucí u -náctiletých dívek k přání stát se matkou byly zaznamenány i v našich případových studiích a jsou souhrnně prezentovány schématem 5.2.

V souvislosti s touhou mladé dívky po vlastním dítěti a rodině je nutné konstatovat, že většina z nich přímo zakládání rodiny neplánuje, a nejde tedy o chtěný, rozmyšlený a uvážený krok. Dívky, které uvedly, že si přály mít dítě, se totiž zpravidla aktivně nesnažily otěhotnět. Tyto dívky jen nepokládaly prevenci proti otěhotnění za důležitou a jejich kontracepční chování bylo ovlivněno postojem, který nepokládá těhotenství a mateřství za závažnou životní překážku. Dívky jsou tedy, pokud taková situace nastane, ochotné své mateřství akceptovat.

**S plánovaným počtím**, kdy dívka cíleně vysadila hormonální antikoncepci, aby otěhotněla, jsme se setkali pouze u tří případů již starších dívek, osmnáctileté Sandry, devatenáctileté Jitky a stejně staré Líby.

Přání mít dítě bylo zjištěno především u dívek ze silně dysfunkčních, většinou rozvrácených rodin, kde byla objektivně zanedbávána rodičovská péče a kde dívky alespoň část života strávily v ústavních zařízeních. **Citová deprivace** vzešlá z nezájmu rodičů je příčinou zvýšené potřeby dívek **vlastnit alespoň nějaký objekt lásky**. Šestnáctiletá Markéta se po smrti obou rodičů dostala do péče nevlastní sestry, se kterou nevycházela. Během rozhovoru uvedla, že si ji sestra stejně vzala k sobě jen pro peníze a nikdy ji neměla ráda. Markéta kvůli problematickému chování a častým útěkům z domova skončila v diagnostickém ústavu, kde byla zjištěna také její gravidita.

*T: „No a tys třeba vůbec neuvažovala o interrupci?“*

*R: „Ne. Napadlo mě to, ale nechtěla jsem to. Protože když už mě ségra nechce, tak budu alespoň s někým.“ (Markéta, 16 let, 4. měsíc těhotenství)*

U sledované skupiny se dále vyskytuje naléhavá **potřeba být pro někoho důležitou** a dokázat tak sobě i ostatním, že jsou schopné úspěšně čelit výzvám.

*„Já prostě když už se to stalo, tak se chci o to dítě postarat. V tom mi nikdo nezabrání.“ (Romana<sup>62</sup>, 17 let, chlapeček 1 měsíc)*

Často si dívky, u kterých jsou silně narušeny citové vazby, i po neplánovaném otěhotnění doslova vysní idylický rodinný život s partnerem a dítětem. Mnohdy ale pod vlivem **romantických představ o rodinném životě** zůstávají s partnery, kteří užívají drogy, alkohol, mají agresivní sklony a partnerku pouze využívají. Dívky se brání napodobovat rozvrácené partnerské vztahy svých rodičů a rády by zajistily svému potomkovi život v úplné rodině i za cenu vlastních útrap. Již zmiňovaná Lucka, která otěhotněla ve 14 letech, na dotaz, co se jí honilo hlavou, když zjistila své těhotenství, odpověděla: „*Nic, já jsem chtěla miminko.*“.

---

<sup>62</sup> Fyzicky i psychicky týrána vlastní matkou a nevlastním otcem. Vlastní otec, se kterým měla hezký vztah, zemřel. Romana nyní žije i se svým dítětem v azylovém domě.

Vzhledem k tomu, že byla na útěku z výchovného ústavu zcela bez finančních prostředků, a partnerovi hrozilo trestní stíhání za zneužití nezletilé, jde o naprostou neschopnost objektivně posoudit dopady svého těhotenství na život svůj i dítěte.

Kromě respondentek citově deprivovaných v dětství se objevuje přání mít dítě u dívek, v jejichž rodinách je silně ztotožňována role ženy s rolí matky. S tímto jevem se setkáváme zejména v některých romských rodinách, kde je žena často určena především k plození dětí a převažuje stereotypní názor, že „Romka je jako strom a rodí každý rok“. S mateřskou rolí se identifikují již malé holčičky, které se starají o své mladší sourozence a přebírají za ně veškerou zodpovědnost (více v kapitole 7.1.2).

**Socializace do mateřské role** byla patrná také u ostatních dívek žijících většinou v neúplné rodině osamělé matky s několika sourozenci. Matka samoživitelka, která je nucena finančně rodinu zajistit, deleguje řadu povinností na nejstarší dívku v rodině, která často přebírá zodpovědnost za chod celé domácnosti a mnohdy i péči o sourozence.

Stát se rodičem je rovněž jednou z cest jak **revoltovat proti autoritě**, zpravidla pak proti svým rodičům. Ema otěhotněla již jednou před tím, než se jí v 17 letech narodil chlapec. Matka Emy však s prvním těhotenstvím nesouhlasila a ze své pozice zdravotní sestry jí zařídila a nátlakem donutila podstoupit interrupci. Ema celou situaci špatně psychicky snášela, přičemž nejvýznamnějším zdrojem psychických problémů byl negativní vztah matky vůči partnerovi Emy. Ema se ve svých 16 letech po dohodě s partnerem tedy rozhodla, že znovu otěhotní, jelikož byla přesvědčena, že to je jediný způsob, jak přinutit matku, aby akceptovala její partnerství se starším mužem jiné národnosti. Otěhotněla tedy znovu v půlroční ochranné lhůtě, kdy nelze znovu opakovat interrupci. Těhotenství a následně mateřství bylo klasickým příkladem revolty vůči nepřiměřeně autoritativnímu chování matky a snahou o **potvrzení partnerského vztahu**.

Základní princip dalšího motivu, kdy si -náctiletá dívka přeje mít dítě, nalzáme v již zmíněné „Uncertainty reduction theory“ (viz kapitola 5.1). Edukační ambice a profesní aspirace nejsou většinou u nezletilých matek příliš vysoké. Jak ale prokazují četné výzkumy, těhotenství samotné není hlavní příčinou nižšího průměrného dosaženého vzdělání – náctiletých matek. Školní neúspěchy a selhání se objevují u této cílové skupiny již mnohem dříve (viz kapt. 7.2, „Vzdělanostní aspirace a kariéra...“).

*„Já jsem věděla, že to neudělám. Prostě podle známek, podle toho, že mě to nebavilo.....  
No. Já jsem věděla, že prostě nechci dodělat školu a potřebovala jsem vlastně nějaký  
důvod.“ (Sandra, 18 let, holčička 1 měsíc)*

Nezájem o učivo a školní povinnosti, neschopnost dostát pravidlům a dodržovat určitý řád vedoucí ke kázeňským problémům a lhostejnosti vůči sebevzdělávání se objevovaly jako typické atributy chování námi šetřeného souboru. Mateřství je pro takové dívky vhodným

argumentem pro **únik ze vzdělávacího systému**. Dívka nově nabytou rolí matky tak ospravedlňuje sobě i svému okolí vlastní selhání ve vzdělávacím procesu.

*„Všichni se ve mně viděli, že půjdu támhle studovat, támhle pracovat, a že pojedu do Ameriky, ale nikdo se mě neptal na můj názor, jestli to chci nebo ne. A já to nechci.“*  
(Antonie, 18 let, 3. měsíc těhotenství)

Dívky, které si nedokáží představit, že by jejich identita byla založena na dosaženém vzdělání a určitém postavení v zaměstnání, volí jako svou **životní náplň výchovu dítěte**. Podstatnou se stává realizace v roli matky a alternativní varianty jsou vnímány jako tabu.

*„Ale já bych to nedala pryč. Stejně jsem si říkala, co bych dělala. Prostě jsem chtěla miminko. Měla jsme si s čím hrát. O co se starat.“* (Bára, 19 let, 3letý chlapec)

Náctileté matky často nemají dostatečné sebevědomí a kognitivní připravenost pro uplatnění se na trhu práce. Subjektivní i objektivní nedostatek životních šancí způsobený převážně vyrůstáním v dysfunkční rodině, která není schopna předat dítěti hodnoty související s významem práce v životě člověka, je základním motivem pro rozhodnutí dívky založit vlastní rodinu, prostřednictvím které je možné se realizovat.

### 5.2.2.2 Odmítavý postoj k interrupcím

V současné době připadá v České republice ženám ve věku 15-19 let 67 umělých přerušení těhotenství na 100 narozených dětí. Nejednou učiní – náctiletá dívka rozhodnutí si dítě ponechat pouze pod vlivem svého definitivního postoje vůči interrupcím. Striktní odmítnutí interrupce jako rizikového zákroku s možností poškození fyzického i psychického zdraví bylo uváděno u 24 dívek, tj. u více než 40 % sledovaného výzkumného souboru. Zbývající dívky (34) by byly ochotné na umělé přerušování těhotenství přistoupit, kdyby se výrazně zhoršily stávající podmínky pro výchovu dítěte.

Kazuistiky ukazují pět hlavních důvodů vedoucích k zásadnímu odmítání interrupcí.

- Náboženské důvody
- Interrupce je považována za zabití i bez náboženského přesvědčení
- Strach ze zdravotních rizik – neplodnost
- Strach z fyzické i psychické bolesti
- Pozitivní emocionální nápor

Řada dívek považuje interrupci za **morálně nepřijatelnou věc**. Některé z nich dokonce projevíly po zvážení všech okolností velmi vyspělou rozumovou argumentaci, z jakých důvodů je pro ně umělé přerušování těhotenství morálně přijatelné. Většinou však odmítnutí interrupce pramenilo ze **strachu o poškození reprodukčních orgánů a obav z následné neplodnosti**. Osmnáctiletá Nad'a uvedla, že by na interrupci nešla, ani kdyby otěhotněla o dva roky dříve.

*„Jenže já bych na potrat v životě nešla, ani kdybych teď čekala dvojčata tak já nejdu. Já jsem nějak proti tomu. Mně to přijde jako zabít člověka a tak. Byla jsem hodně nešťastná z toho, ale ne.“* (Lenka, 18 let, 3letý chlapeček)

*„Nenechám si to vzít, protože pak nechci mít pocit a celej život žít s tím, že pak nemůžu mít dítě.“* (Naďa, 18 let, 3. měsíc těhotenství)

Dívky často nepovažují svůj věk za handicap při výchově dítěte. Pokud je těhotné dívce zajištěna dostatečná opora ze strany příbuzných či partnera, dívka se snáze rozhoduje, že si dítě ponechá. Šestnáctiletá Vladka si po tom, co ji sice opustil partner, ale pomoc jí nabídla matka i babička, nepřipadá, že by byla v extrémní životní situaci, ve které je nevyhnutelné jít na interrupci.

*„No já jsem věděla, že to je taky jedna možnost, ale když vím, že mi třeba mamka pomůže, tak že se to dá zvládnout, já nevím, interrupce mi třeba nevadí, že nejsem nějaká to, že by to nemělo bejt, ale jako nechtěla bych to u sebe, protože když to není nějak v krajní nouzi, že bych byla nemocná nějak vážně, nebo to miminko, tak určitě bych to nechtěla udělat.“* (Vladka, 16 let, 3. měsíc těhotenství)

**Strach z fyzické i psychické bolesti a strach z neznámého** je dalším důvodem, proč dívky interrupci odmítnou. Někdy se samozřejmě vyskytuje více důvodů najednou jako například u sedmnáctileté Anny.

*„Já jsem nevěděla co to je. A oni mi řekli, že poprvý mi dají injekci, jenže já jsem to pořád odkládala, potom jsem jednou řekla, co kdybych šla, a ono to už stálo přes dva tisíce, to už bylo někde na 3. měsíc a řekli, že už to je riziko. Že už bych nemusela mít děti. Měla jsem strach a tak jsem si to radši nechala.“* (Anna, 17 let, 8. měsíc těhotenství)

Uvědomění si faktu, že těhotenství neznamena pouze fyziognomické a hormonální změny, které na sobě dívka pozoruje, ale také možnost existence nového života, není pro -náctileté dívky úplnou samozřejmostí. Dívky si někdy plně uvědomí, že v nich roste nový život až poté, když ho vidí na vlastní oči pomocí ultrazvuku. Občas tento vizuální styk s realitou vyvolá tak **silné emoce**, že dívka, která byla rozhodnutá podstoupit interrupci, si nakonec dítě ponechá.

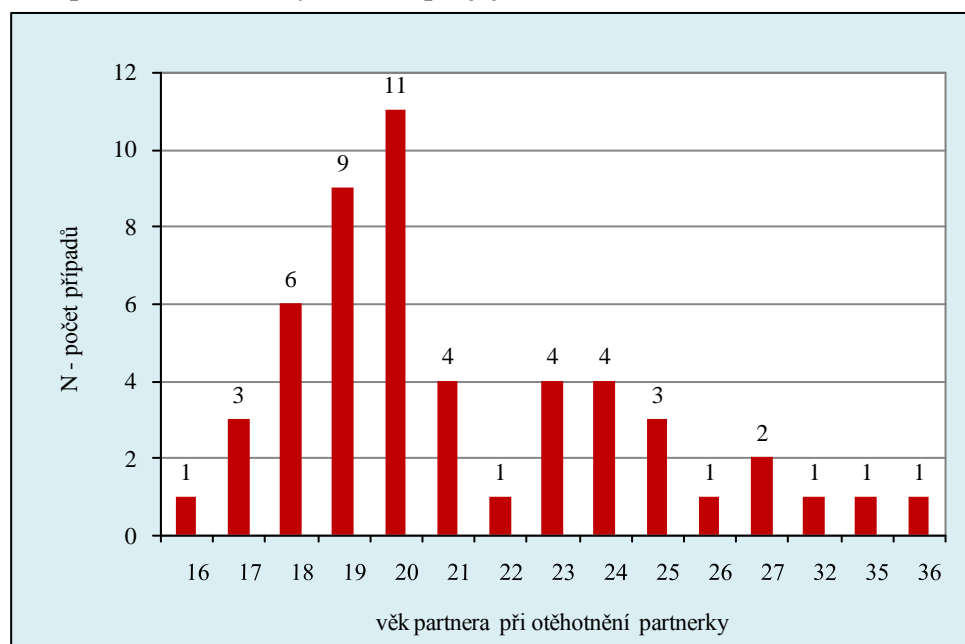
*„No, že půjdu na potrat a dodělám školu. Pak jsem přišla na gynekologii a když mi tam ukázali tou vnitřní kamerou, ten váček, tak jsem se rozbrečela a řekla jsem si, že na ten potrat nepůjdu. Mně to přijde, že ten potrat je vražda.“* (Romana, 17 let, dítě 1 měsíc)

Volba ponechat si dítě je někdy i paradoxně výsledkem neutěšené ekonomické situace dívky, která nedokáže sehnat dostatečný obnos peněz na provedení interrupce, který je však v porovnání s budoucími náklady na dítě velmi nízký (cca 3500 Kč).

### 5.2.2.3 Silný vliv partnera

Silný pozitivní vliv partnera je další příčinou, která vede k rozhodnutí těhotné -náctileté dívky si dítě ponechat. Výzkum ukázal, že vliv partnera na rozhodnutí těhotné -náctileté dívky byl stěžejní v porovnání s vlivem rodiny, vrstevníků či ostatních institucí v případě, že se jednalo o dlouhodobější relativně stabilní partnerský vztah. Během rozhovorů byly tyto tendence zaznamenány, když dívky uváděly, že měly největší strach, jak na těhotenství zareaguje jejich partner.

Graf 5.1: Věk partnerů –náctiletých dívek při jejich otěhotnění



Zdroj: Kvalitativní výzkum NTŽM (2004)

*„Nejdřív jsem byla úplně hotová, když jsem šla od doktora, a pak jsme šli s Tomášem [partner-otec dítěte] do hospody pokecat kvůli tomu, a tak nějak to ze mě spadlo, hlavně když jsem potom věděla, že Tomáš to bere v pohodě. Že vlastně jsem měla největší strach, jak to vezme Tomáš.“ (Linda, 20 let, chlapeček 1 rok)*

Další proměnnou hrající klíčovou roli v rozhodovacím procesu a samotném postoji partnera k těhotenství –náctileté dívky je jeho věk. Lze usuzovat, že pozitivní vliv partnera na ponechání si dítěte najdeme u starších mužů, u kterých můžeme předpokládat větší sklony k založení rodiny.

**Tabulka 5.1: Věkový rozdíl partnerů v okamžiku otěhotnění –náctileté dívky**

Věkový rozdíl	N	%
Mladší partner	1	1,9
0-1 let	14	26,9
2-3 roky	10	19,2
4-5 let	13	25
6 a více let	14	26,9
Celkem	52	100

Zdroj: Kvalitativní výzkum NTŽM (2004)

Realizované šetření ukazuje, že mezi otci dětí -náctiletých matek převažují spíše starší muži<sup>63</sup>. Pouze 36,5 % otců patřilo do kategorie –náctiletých a zbývajících 63,5 % bylo starších 19 let. Modální věkovou kategorií byl věk 20 let. Modální kategorií rozdílu věku obou partnerů byl 1 rok, kam spadalo 11 šetřených případů. Pokud se však zaměříme na strukturu rozdílu věku partnerů, z tabulky 5.1 je zřejmé, že u 52 % párů činí věkový rozdíl více než 4 roky a celá čtvrtina párů, kde dívka počala dítě jako –náctiletá, je od sebe věkově vzdálena 6 let a více. Z toho lze usuzovat, že otcové dětí –náctiletých matek většinou nepatří do kategorie adolescentních otců. Zaměříme-li se na celkovou stabilitu partnerství těhotných nezletilých dívek, převažují ty, které partner v jejich rozhodnutí podpořil a nabídl dívce svou pomoc. Tuto zkušenost jsme zaznamenali u 62 % (N=36) respondentek. Otcové většinou nechávají rozhodnutí ohledně těhotenství pouze na své partnerce. Role otců je tedy na pozadí problematiky těhotenství –náctiletých poněkud ambivalentní. Společností jsou totiž muži často pokládáni za viníky celé situace. Jsou to ti, kteří jsou jedinými zodpovědnými aktéry za graviditu dívky i přes to, že by měla být ochrana při pohlavním styku a komunikace o kontracepčním chování záležitostí obou partnerů.<sup>64</sup> Druhou stranou této ambivalentní role je vytěsnění otců z rozhodovacího procesu, kdy má partner jen velmi malé šance rozhodnout o osudu dítěte. Situace je o to vyhrocenější, pokud je partner podobně starý jako dívka a nedokáže si svou roli otce obhájit. Mnohdy se ho tedy na názor nikdo neptá a dívka rozhoduje sama nebo pod vlivem své rodiny.

*„Já nevím, měla jsem v tom hroznej zmatek. Já jsem se hrozně bála, že ji Petr [partner-otec dítěte] nebude chtít a pak jsem zas nevěděla, jestli ji budu chtít já, ale nemohla jsem ji dát pryč, prostě to nešlo. On řek, že to nechává na mně.“*

(Iveta, 18 let, holčička 3 měsíce)

<sup>63</sup> Několik výzkumů z americké odborné literatury dochází k podobným zjištěním, že za rodičovství –náctiletých matek jsou zodpovědní hlavně dospělí muži ve věku 20 let a více. Polovina otců dětí narozených 15-17letým matkám byla starších 20 let. Věkový rozdíl 6 let a více mezi otcem dítěte a matkou byl prokázán u jedné pětiny párů (Elo, 1999)

<sup>64</sup> Tato problematika souvisí s pasivní rolí ženy během komunikace o sexuálním životě a v sexuálním životě vůbec. Celospolečenský trend posunu sexuální aktivity do mladšího věku je spojen s fyzickou a psychickou nevyzrálostí, která často brání zodpovědnému vyrovnání se se svou sexualitou.

Přesvědčivost partnera a prosazení jeho názoru je snazší, pokud je do něj dívka zamilovaná a je pro ni zásadním zdrojem sociální opory<sup>65</sup>. Iveta, osmnáctiletá matka tříměsíční holčičky uvedla, že hlavním zdrojem jejího rozhodnutí si dítě ponechat byla láska k partnerovi, který jí poskytoval určitý druh životní jistoty.

Maximální oporu ve svém partnerovi našla i devatenáctiletá Dana, která zpřetrhala veškeré kontakty s původní rodinou, kde byla sexuálně zneužívána otcem, a partner se tedy stal jedinou a nejvýznamnější osobou v jejím životě.

*„Pořád říká, jsou lidi, kteří nepracujou, jsou na podpoře a ty děti užívají, proč bysme to neuživili my. To už jsme se o tom bavili, ještě když to nebylo, a on říkal, že by se mnou nebyl, protože bych zabila jeho dítě.“ (Dana, 19 let, 9. měsíc těhotenství)*

Zesílený tlak na těhotné –náctileté dívky byl zaznamenán u romských mužů, kteří berou své první dítě do jisté míry materiálně jako prestižní záležitost. Zajímavý je poznatek, že romští otcové si zakládají především na ponechání prvního dítěte a brání své partnerce jít na interrupci i přes to, že finanční a bytové podmínky nebo ostatní okolnosti nejsou pro narození dítěte právě vhodné. Následky pak mohou být tragické.

*„On nechtěl, abych šla na potrat. On že nemá ještě svoje dítě, tak chtěl mít první svoje.“ (Zlata, 19 let, chlapec rok a půl, v současnosti 5. měsíc těhotenství)*

Poněkud netradiční byla i reakce osmnáctiletého přítele romské národnosti patnáctileté Sylvy, která v době rozhovoru čekala dvojčata.

*„A přítel zase řek, že jestli to udělám, že jestli si je prej dám pryč tak, že prostě se mnou nepromluví, že on ...už na to má taky věk, aby něco vychovával.“ (Sylva, 15 let, 8. měsíc těhotenství)*

#### **5.2.2.4 Vliv kulturních rozdílů a tradice**

Problematika časných těhotenství vyžaduje reflexi kulturních diferencí, jelikož hodnota rodiny je vnímána rozdílně v různých etnických skupinách. Stejně jako se setkáváme v americké odborné literatuře s oddělenou analýzou pro afro-americkou populaci a populaci „bílých“, je vhodné sledovat v kontextu ČR fenomén časných těhotenství z pohledu romské národnostní menšiny. Jak vnitřní, tak instrumentální hodnota dítěte v životě romské populace je obecně velmi vysoká. Dle výše uvedeného romské děti jsou zpravidla vítané i přes nevhodné socio-ekonomické zázemí obou partnerů. V romské populaci však není narození dítěte vázáno na založení nové rodiny jako samostatné jednotky. Pro Romy tak typická velká rodina sestávající se často z párů více generací je základem pro vyšší mezigenerační solidaritu charakteristickou vzájemnou výpomocí žen při výchově dítěte. Mladá matka tak nemusí řešit

---

<sup>65</sup> Kvantitativně byla intenzita vlivu partnerů a dalších významných druhých sledována v australské studii Ann Evans (2001) a Madeline Zavodny (2001).

problém, zda bude schopna se o dítě postarat, jelikož se může spolehnout na přítomnost své matky, která se většinou již stará o jiné děti v rodině, ať své nebo děti svých dětí<sup>66</sup>.

Z perspektivy socializace jedince se zvyšuje pravděpodobnost časného těhotenství dívek dospívajících ve velkých rodinách plných dětí. Časné těhotenství je v romské komunitě vnímáno více jako norma a je víceméně považováno za zcela přirozenou věc v porovnání s majoritní populací, kde je těhotenství –náctiletých chápáno spíše jako deviace.

U všech Romek, se kterými byl proveden rozhovor, jsme se setkali s výpověďmi, že se „u nich“, u Romů, první dítě nikdy „pryč“ nedává. Tolerance interrupcí v romské komunitě je větší v případě dětí vyšších pořadí.

*„Když jsem byla měsíc a dva týdny takže ještě jsem měla čas, ale máma mně říkala, že můžu jít na interrupci, ale já jsem jí řekla, že ne. Protože u nás není zvykem první dítě dávat pryč.“ (Marie, 18 let, 4. měsíc těhotenství)*

*„Stalo se, tak co. Když jsem o tom přemýšlela, jestli bych to dala pryč, tak první miminko bych nedala nikdy pryč. U nás se říká, že když se dá první miminko pryč, že byste potom nemusela být znovu těhotná a je to takový, že první miminko na něj byste se měla těšit, než ho dávat pryč.“ (Sylva, 15 let, 8. měsíc těhotenství)*

### 5.2.2.5 Mezigenerační /vrstevnické vzory

V návaznosti na předchozí subkapitulu je nemožné se vyhnout problematice mezigenerační reprodukce časného rodičovství. Tento jev přímo souvisí s výše uvedenými poznatky, avšak není vázán pouze na chování romské menšiny. Rodinné hodnoty a význam mateřství jsou totiž často přenášeny z generace na generaci u celé populace. Pokud matka těhotné –náctileté dívky začala svou reprodukci rovněž jako teenager, dívka se s větší pravděpodobností rozhodne si dítě ponechat než jít na interrupci. Pozitivní postoj k časnému rodičovství u dcer –náctiletých matek byl potvrzen například výzkumem *Jennifer Manlove* z roku 1997, která zjistila vyšší riziko stát se rodičem v mladém věku u dívek, jejichž matky začaly svou reprodukci ve velmi mladém věku.<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> Dokladem vzájemné výpomoci v romských rodinách je vysvětlení Jany, která na náš dotaz, zda se nebude cítit s dítětem izolována od svých vrstevníků, odpověděla, že může chodit kamkoliv, jelikož její švagrová rovněž kojí, a kdyby měla dcera hlad, není problém, aby jí v kojení zastoupila.

<sup>67</sup> Mezigenerační dědičnost časného rodičovství byla zkoumána i v dalších studiích např. *Kahn a Anderson (1992)* uvádějí, že mezigenerační reprodukce časného rodičovství není zakódována biologicky, ale pramení z celkového socioekonomického a rodinného kontextu, ve kterém dívky vyrůstají.



**Tabulka 5.2: Mezigenerační závislost časných těhotenství**

Věk matky respondentky při porodu 1. dítěte	(N =58)	%	Počet sourozenců respondentky, kteří se stali rodiči před 20. rokem věku	(N=58)	%
13-19	21	36,2	0	45	77,6
20-24	30	51,7	1	9	15,5
25-29	5	8,6	2	3	5,2
30 a více	2	3,4	3	1	1,7
<b>Celkem</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>	<b>Mezisosoučet</b>	<b>13</b>	<b>22,4</b>
			<b>Celkem</b>	<b>58</b>	<b>100,0</b>

Zdroj: Kvalitativní výzkum NTŽM (2004)

Deskriptivní charakteristiky všech 58 respondentek a jejich matek z našeho výzkumného souboru odpovídají výše uvedeným zjištěním, jelikož každá třetí dívka pocházela z rodiny, kde měla matka své první dítě do 20 let. Je zřejmé, že tento podíl se dotýká matek příslušejících k různým kohortám. Pokud však srovnáme trendy celé populace za minulé tři dekády, nikde nedosahoval podíl živě narozených dětí matekám do 20 let hodnot 36 % na celkovém počtu. Populace –náctiletých těhotných dívek se tedy nachází v tomto směru nad celorepublikovým průměrem. I když jde pouze o ilustrativní metodologicky neporovnatelné údaje, výše zmíněná fakta alespoň poukazují na pravděpodobnou existenci vzájemné mezigenerační závislosti časných těhotenství v České republice.

*„Jí [matce] se to taky narodilo, brácha se jí narodil nějak 16 maximálně 17 jí mohlo být. Takže to vlastně máme do rodiny.“* (Zlata, 19 let, chlapecek rok a půl, v současnosti 5. měsíc těhotenství)

*T.: „Co vaše mamka, jak na to reagovala, když jste přišla s tím, že jste těhotná?“*

*R.: „No mamka nejdřív křičela, protože to bylo, tady před tím mě varovala pořad, jenže ona mě měla taky v 18, tak potom to jako pochopila, co jinýho jí zbývalo.“* (Katka, 23 let, děti 5 let a 3 roky)

Jako zajímavá se jeví skutečnost, že dcery –náctiletých matek reprodukuje jejich chování i v případě, že si matky po většinu svého života byly vědomy určitého znevýhodnění a sociální exkluze způsobené časným rodičovstvím.

*„Ona [matka] první dítě měla v 18, takže svoje mládí trávila u plotny, protože jenom vařila, uklízela a starala se o děti. To byly tři věci, který ona dělala. Opravdu žít začala až teď, až odjela pryč [zpívat do Německa]. A řekla, že to je pozdě, ať takovou blbost neudělám, že ona v tom životě neměla nic.“* (Helena, 17 let, 8. měsíc těhotenství)

Odpovědi na dotaz, zda pro ně ve vztahu k okolí znamená být –náctiletou matkou něco výjimečného, jsme zaznamenali protikladné odpovědi. Zpravidla bylo ale mateřství nezletilých hodnoceno samotnými nezletilými matekami jako vcelku běžná událost. Téměř každá zná ve svém okolí stejně staré dívky, které jsou buď těhotné nebo mají dítě. Znamená to, že hranice, kde se nachází norma, je u námi sledované populace poněkud rozvolněna.

Charakteristiku vrstevnické referenční skupiny je tedy nutné brát jako silný indikátor, který přispívá k míře akceptování časného rodičovství.

*„No tak já tam nejsem jediná. U nás v prváku bylo 6 holek těhotnejch. Ty šly na potrat, já jediná jsem zůstala, a v druháku celá třída těhotná. Učitelé říkali, že nás tady napadla nějaká epidemie.“* (Barbora, 15 let, 6. měsíc těhotenství)

### 5.2.2.6 Silný pozitivní vliv rodiny

Opора, která se dívce dostane ze strany rodičů v průběhu těhotenství, je klíčová, pokud jde o celkovou kvalitu života –náctileté matky a jejího dítěte. Dívky se často tím, že otěhotní, dostávají ve vztahu ke své rodině do velmi těsné závislosti. Dospívání je důležitou životní etapou, během které se formuje sebevědomí jedince skrze prezentaci vlastních názorů a postojů. Těhotenství může celý tento křehký proces získávání vlastní identity zvrátit, jelikož se teenager opět musí ve většině případů spolehnout na názor a rozhodnutí svých rodičů. Je tedy velmi důležité, jak se rodina k celému problému postaví a jakým způsobem bude intervenovat.

Problematika sociální opory –náctiletých matek je velmi široká<sup>68</sup>. Proto se z důvodu povahy této studie zaměříme pouze na kazuistiky dívek, kde rodinný vliv byl jedním z nejdůležitějších motivů pro rozhodnutí dívky si dítě ponechat. Budou zde zmíněny jednak případy dívek podporovaných a přesvědčovaných rodiči, že jsou schopné a kompetentní se samy o dítě postarat. V těchto případech je mateřství dívce prezentováno jako rozumná a důstojná volba, se kterou se sice bude těžké vyrovnat, ale s pomocí rodiny, případně s pomocí partnera se dívka bude moci plnohodnotně zhostit role matky. Dále bude představen druhý typ přístupu rodičů k těhotenství dcer postavený na autoritativním zacházení, kdy se dívka pouze podvolí rodičovské direktivě.

Nátlak rodičů, aby si dívka dítě ponechala, je pro většinu dívek spíše ulehčením, a tudíž ho přijímají, i když si nejsou schopny představit sebe samu v roli matky a povinnosti s tím související. Nebezpečí tohoto přístupu spočívá v nedostatečně rozvinuté mateřské afiliaci<sup>69</sup>, jejímž extrémním dopadem může být zanedbávání povinností vůči dítěti a jeho postupné přenechání do péče prarodiče dítěte, který za jeho narození intervenoval. Žádná z dívek, ač za ně byla na rodičovské dovolené jejich matka, nepřiznala, že by dominantní kontrola nad dítětem byla v rukou prarodiče. Přivlastnění dítěte bylo zaznamenáno pouze v jednom případě romské dívky Adély, která otěhotněla v osmnácti letech s partnerem nezdravě závislým na své matce, jež od počátku nepřála jejich partnerskému vztahu. Adéla se rozhodla si dítě ponechat, i když jediné místo, kde mohly žít, byl byt partnerovy matky<sup>70</sup>. Tchýně si postupně začala

---

<sup>68</sup> Problematika sociální opory je dále diskutována na základě empirického výzkumu dle NSSQ v kapitole 9.

<sup>69</sup> Mateřská afiliace je chápána jako citové pouto mezi matkou a jejím dítětem.

<sup>70</sup> Adéla vyrůstala od 3 do 18 let v dětském domově.

dítě přivlastňovat a začala ho vychovávat. Adéla uvedla, že když necítila žádnou podporu přítele, o kterém hovoří jako o „*maminčákovi*“, nedokázala se tchýni vzepřít, jelikož neměla kam jít. Adéla byla neustále vyhazována z domu a, jak uvádí, nemohla přeci jít s dítětem na ulici. Nad dítětem tedy převzala absolutní kontrolu tchýně. Celková životní nejistota a podlomené sebevědomí z neustálých narážek ze strany tchýně, že o dítě nedokáže správně pečovat, způsobily, že Adéla nebyla schopná za své dítě bojovat. Adéla otěhotněla podruhé o rok později těsně před tím, než partner nastoupil výkon trestu za loupežné přepadení do vězení. V současnosti žije se svým druhým synem v azylovém domě, kde si prostřednictvím zpětných vazeb ze strany vedení azylového domu ověřuje, že je schopná dát dítěti dostatečnou péči a lásku. Čeká na svého přítele, až se vrátí z vězení a plánuje vymoci první dítě zpět do své péče. Prvorozený chlapec oslovuje v současnosti svou matku pouze křestním jménem.

V případě našeho výzkumného vzorku těhotných žen a matek do 20 let pouze necelá pětina (10 dívek) využila nabídku matky, že za ní půjde na mateřskou, respektive rodičovskou dovolenou. Jednalo se především o velmi mladé dívky, jejichž věk byl při narození dítěte 15-17 let. Pokud máme na zřeteli pouze tuto věkovou kategorii mladších adolescentů, nastoupila babička na mateřskou dovolenou v případě každého třetího narozeného dítěte matkám ve věku 15-17 let. Lze tvrdit, že všeobecně bylo důvodem zastoupení na rodičovské dovolené, pokud pomineme velmi mladé dívky do 16 let, které nemají nárok na rodičovský příspěvek, dát dívce prostor pro dokončení školy. Důležitým souvisejícím faktorem byl, mezi jinými, také charakter zaměstnání matky nezletilé dívky. Mnohdy byla matka nezaměstnaná nebo pracovala doma a nástup na mateřskou dovolenou pro ni nebyl závažnou překážkou.

Jelikož –náctileté těhotné dívky často nenacházejí oporu v osobě partnera, prvním, na koho se většina z nich obrací, je jejich rodina, od které očekávají pomoc jak finanční, tak emoční.<sup>71</sup> Pokud je jim taková podpora přislíbena, rozhodování, zda si dítě ponechat nebo jít na interrupci, je v mnohém usnadněno. Dívka nemusí řešit existenční problémy a může počítat s tím, že její základní potřeby a potřeby dítěte budou pravděpodobně naplněny. Určitá jistota je však vykoupena ne vždy příjemnou závislostí na rodičích. Dívka se totiž jen stěží, pokud zůstává v původní rodině, vyděluje jako samostatná rodinná jednotka a hůře získává status dospělého za sebe zodpovědného jedince. I když mateřství posouvá dívku jiným směrem a vůči partnerovi i vrstevníkům se může cítit dospělejší, v prostředí rodiny, na kterou je vázána, je stále považována za dítě. Mateřství tedy neznamená automaticky vstup do dospělosti. **Povinnost poslechnout rodinu** objevujeme i na pozadí problematiky rozhodovacího procesu v případě těhotenství –náctiletých. Osmnáctiletá těhotná Aneta si dítě ponechala na nátlak matky a sestry, které demonstrovaly svou kontrolu nad Anetou a jejím

---

<sup>71</sup> Zde je nutné poznamenat, že naprostá většina dívek pochází z rozvrácených a dysfunkčních rodin, kde mají rodiče často problémy sami se sebou, a nejsou tedy schopni podat pomocnou ruku dceři, která v době těhotenství a rané fáze mateřství pomoc potřebuje. Nežádá se stává, že je situace obrácená a dcera se musí nejen sama vyrovnat se svým těhotenstvím a mateřstvím, ale i řešit problémy svých rodičů.

rozhodnutím tím, že jí vyhrožovaly vyhozením z bytu. Přes počáteční nesouhlas s názorem rodiny se dnes Aneta již na miminko těší.

*„No tak vlastně pak jsem si udělala ten test, zjistila jsem, že jsem. Byli jsme nějak rozhádaný, já jsem si to nechtěla nechat. Protože hlavně tady v tý době to je hrozně drahá záležitost. Ale máma to chtěla a ségra taky. Ta řekla, že pokud si to nenechám, tak půjdu z bytu prostě, jo. Říkám: „Ale já to prostě nechci, chápeš to, já nejsem připravená prostě být mámou“. Ted' už trošku jo, už se na to těším, ale zase nevím jako, co mám dělat, prostě když něco jako. Naštěstí mám třeba mámu, ale být sama, tak jako si to nenechám za žádnou cenu.“ (Aneta, 18 let, 5. měsíc těhotenství)*

Jiné řešení svého těhotenství by volila i osmnáctiletá Jana, která těsně před otěhotněním získala zaměstnání a měla perspektivu pravidelného příjmu. Partner opustil Janu po tom, co mu oznámila těhotenství. Na nátlak autoritativní matky si dítě nechala. Jelikož jde o romskou rodinu, dítě je pozitivně vnímáno jako přírůstek do rodiny s tím, že se na jeho výchově bude podílet většina žen žijících ve společné domácnosti<sup>72</sup>.

Klasickým případem, kdy rodiče učinili rozhodnutí za těhotnou dívku, je případ patnáctileté Eriky. Erika nezjistila své těhotenství včas a rodina tedy rozhodovala mezi variantou adopce a variantou dítě si ponechat. Bezmeznou odevzdanost a vůli podřídit se názoru rodičů dokresluje výňatek z rozhovoru, kde Erika říká:

*„Ale jak pak viděli [rodiče], že se to ve mně hejbe a takovýhle věci, tak jako řekli, že jako ne, že ne, že mi to nechaj.“ (Erika, 15 let, 6. měsíc těhotenství)*

### 5.2.2.7 Únik/ Změna životního stylu

Změna životního stylu, která se stala apriori důvodem mateřství, byla již popisována v případě matek, které otěhotněly s cílem vyvázat se ze školních povinností. Na základě zjištění z provedených rozhovorů se v tomto případě jednalo o plánovaná rodičovství. Mateřství jako cesta k lepšímu životu a důvod ke změně životního stylu však bylo přijato také u některých dívek, které otěhotněly neplánovaně a dítě si původně nepřály. Hlavním motivem pro rozhodnutí si dítě ponechat a vychovávat se stal únik ze života naplněného rizikovým chováním, kde bylo mateřství příležitostí pro nápravu a možnost usadit se prostřednictvím založení rodiny. Dítě dalo těmto dívkám příležitost se nad sebou zamyslet a změnit tak rizikový životní styl.

Explicitně tento důvod pojmenovala osmnáctiletá Aneta, která pochází z dysfunkční rodiny plné násilí a agresivity. Aneta začala ke konci základní školy užívat drogy. Její přítel, se kterým čeká dítě, byl na drogách rovněž závislý. Aby měl peníze na zakoupení drogy pro sebe i Anetu, podílel se na trestné činnosti, za kterou se dostal na delší dobu do vězení. V té

---

<sup>72</sup> V jedné domácnosti žije asi 6 dospělých žen tří generací. Jana nemá svůj vlastní pokoj.

době začala Aneta odvykací kúru, která byla údajně úspěšná a v současnosti již drogy nebere. Dítě se stalo dobrým důvodem, proč se závislostí skoncovat.

*„No já nevím, já jsem si zase na jednu stránku říkala, když budu mít dítě, tak budu zase daleko od drog, budu se věnovat tomu dítěti.“* (Aneta, 18 let, 5. měsíc těhotenství)

### 5.2.2.8 Zdravotní důvody

Zdravotní problémy a pozitivní postoj k dětem obecně jsou často koexistujícími faktory pro rozhodnutí –náctileté dívky si při neplánovaném těhotenství dítě ponechat. Hovoříme zde o situaci, kdy jsou dívky lékařem výslovně upozorněny na riziko neplodnosti ať již v souvislosti s gynekologickou či jinou chorobou. Dívka si tedy raději dítě ponechá, než aby do budoucna riskovala, že nebude moci mít děti.

Zdravotní problémy s ledvinami jsou příčinou traumatizujícího zážitku ze samovolného potratu tehdy sedmnáctileté Evy. S vědomím, že pro ni bude velmi těžké otěhotnět a dítě donosit, se Eva podruhé rozhodla pro mateřství i přesto, že jí partner přestal během těhotenství podporovat a začaly se u něho projevovat násilnické sklony. Eva kvůli dítěti také opustila relativně stabilní a finančně uspokojivé zaměstnání.

*R.: „Já už jsem potratila jednou když mě bylo 17.“*

*T.: „To jste šla na miniinterrupci?“*

*R.: „Ne, to bylo samovolně. Oni říkají, že to bylo kvůli těm ledvinám. Tak jsem měla strach, že bych nemusela mít děti, protože mám jednu vadnou ledvinu a s tou druhou to taky není žádný valný.“* (Eva, 19 let, 4 týdenní holčička)

### 5.2.2.9 Sebenaplnující se proroctví

Jako další důvod, proč se dívka rozhodne stát matkou, si představme dobře známý sociologický fenomén, o kterém se zmiňuje na konci čtyřicátých let minulého století *R.K. Merton*, a sice fenomén **sebenaplnujícího se proroctví**, jež lze parafrázovat asi takto: „Lidé nejednají dle toho, jaký svět je, ale jak si ho vykládají. Je-li určitá situace definovaná jako reálná, stává se reálnou ve svých důsledcích.“ (*Merton, 2000*). Spolu s interakcionistickým pojetím teorie deviance tzv. **labelling theory** lze vyvodit, že dívky jednají na základě vlivu prostředí s různě stanovenými kritérii, kdy a kterému jedinci je dána „nálepka“ deviantního chování.

Dívka, které je po většinu života zdůrazňováno její rizikové chování a která je považována za bezcharakterní osobu s chováním mimo celospolečensky uznávané normy, se do tohoto obrazu (proroctví) bude ať již vědomě či nevědomě stylizovat.

V tomto případě se nejedná pouze o špatné chování, ale i o stylizaci např. do mateřské role, která je dívce neustále předhazována. Tento jev je charakteristický pro již diskutovanou romskou populaci.

*„Já mám moc hodnou učitelku, ta byla ráda, ona mi to už říkala před rokem, že ani nedochodím školu a budu těhotná. Přesně se to stalo.“ (Johana, 15 let, holčička 4 dny)*

### **5.3 Závěr**

V této části studie byly pojmenovány hlavní determinanty vlivu na rozhodnutí –náctileté těhotné dívky si své dítě ponechat. Je však nutné poznamenat, že závěry zde přednesené mají svá určitá omezení způsobená konstrukcí dotazovaného vzorku populace –náctiletých matek. Téma, kterým jsme se zabývali, je retrospektivní povahy, což znamená, že dívky musely vzpomínat na okolnosti vedoucí k jejich rozhodování. Mezi dotazovanými se však nacházely jak dívky, pro které bylo rozhodování čerstvou záležitostí a emoce byly v tomto směru stále rozjitřeny, tak matky se staršími dětmi, které se již ve velké míře vyrovnaly s důsledky svého rozhodnutí.

Naším cílem nebylo pouze postihnout kauzalitu některých vztahů, ale především poukázat na variabilitu a propojenost jednotlivých determinant vedoucích k rozhodnutí stát se matkou v adolescentním věku. Jako zásadní se v celém rozhodovacím procesu jeví okamžik, kdy začne dívka spolu se svým blízkým okolím své těhotenství reflektovat. Čtvrtina dotazovaných zjistila či si přiznala své těhotenství až po uplynutí prvního trimestru. Jelikož adopce nebyla téměř pro žádnou z respondentek přijatelnou volbou a vzdát se svého vlastního dítěte ve prospěch jiné rodiny bylo považováno za patologické, ocitá se značná část (25 %) těhotných –náctiletých dívek v situaci, kdy je nutné, aby své mateřství akceptovaly a sžily se s novou rolí matky. Hlavními důvody pro pozdní zjištění těhotenství byly vědomá i nevědomá ignorace nastalé situace často pramenící z neznalosti (dívka se mylně domnívá, že ve svém věku a se svými často sporadickými sexuálními zkušenostmi otěhotnět nemůže), dále ze strachu z podlomení rodičovské důvěry a v neposlední řadě také z obav ze stigmatizace ze strany blízkého i širšího okolí. Nepravidelný menstruační cyklus před otěhotněním mnohdy svázaný s rizikovým životním stylem (např. užívání drog) byl také jedním z významných důvodů, proč dívky nepřikládaly vynechání menses větší váhu.

Dívky, jež se měly možnost skrze umělé přerušení těhotenství vyhnout časnému rodičovství, ale neučinily tak, byly ve svém rozhodnutí často ovlivněny původním rodinným prostředím, a to jak přímo, tak nepřímo. Za přímý vliv objevující se převážně u mladších dívek (15-17 let) považujeme, pokud rodina dívku explicitně přesvědčovala, aby si dítě ponechala. V několika případech jsme se setkali s přístupem rodičů k těhotenství dcer postaveným na autoritativním zacházení, kdy se dívka pouze podvolila rodičovské direktivě. Nátlak rodičů, aby si dívka dítě ponechala, byl pro většinu dívek spíše ulehčením, a tudíž ho přijímaly, i když si nebyly schopny sebe samu v roli matky představit. Neschopnost se rozhodnout podle svého uvážení pak může ovlivnit vzájemný vztah –náctileté matky se svým

dítětem a potvrdit její stále přetrvávající pozici nedospělého jedince v rámci okruhu významných druhých. Naléhání, aby si dívka dítě nechala, bylo zaznamenáno ve většině případů ze strany matky, nikoli otce. Jako nepřímý vliv se prokázal mezigenerační přenos raných rodičovství, kde 36 % respondentek mělo matku, která své první dítě porodila do 20 let. Silné prorodinné hodnoty a nutnost postarat se o domácnost a sourozence byly dalšími nepřímými faktory ovlivňující motivaci dívek si dítě ponechat. Většina dotazovaných dívek nebyla vedena ke vzdělávání a zázemí původní rodiny nepřispívalo k posílení vzdělávacích či kariérních ambic. Tři čtvrtiny matek dotazovaných dívek měly pouze základní vzdělání nebo byly vyučeny bez maturity. Nedostatečné sebevědomí a kognitivní nepřipravenost pro uplatnění se na trhu práce vedoucí k subjektivnímu i objektivnímu nedostatku životních šancí jsou výsledkem neschopnosti rodiny předat dítěti hodnoty související s významem práce v životě člověka, a tak se dívka realizuje a upevňuje své sebevědomí prostřednictvím založení rodiny.

Pokud šlo o stabilní a dlouhodobější partnerský vztah, byl vliv partnerů na rozhodnutí těhotné dívky zásadní a ve většině případů i silnější než vliv původní rodiny. Zesílený tlak na ponechání si dítěte byl zaznamenán u romských otců, a to zejména pokud se jednalo o jejich první dítě. V odborné literatuře jsme se setkali s důvody, kdy nezletilá dívka otěhotněla a rozhodla se ponechat si dítě, jen aby si zachovala vzpomínku na partnera, do kterého byla zamilována a na němž byla do jisté míry závislá (*Crockenburg, 1989*) nebo kdy vedoucím motivem jednání byla snaha udržet si partnera v rámci nestabilního partnerského svazku (*Hudson and Ineichen, 1991*). Ani jedna z těchto variant se však v našem výzkumu neprokázala.

## Kapitola 6

### 6. Bariéry a předpoklady vzniku nové rodiny jako samostatné jednotky u –náctiletých matek

*„Spolu jsme začli bydlet úplně sami až letos v březnu. Tak si zatím pomaličku dáváme dohromady svůj život, peníze, finance, zařízení bytu a všechno do kupy. A teprve potom jsme si říkali, že se vezmem. Ted' si chceme koupit byt, pak se chceme vzít a pak teprve druhé [dítě].“ (Martina, 18 let, syn 2 roky)*

Rozhodnutí stát se rodičem, které bylo analyzováno v předchozí kapitole, jde většinou ruku v ruce s dalším důležitým životním rozhodnutím, a sice jakým způsobem uspořádat rodinný a partnerský život.

Během posledních patnácti let jsme svědky významné diferenciaci životních stylů mladých lidí, která vede k obecně vyšší toleranci a rozvolnění normativních hranic, což se projevilo mimo jiné i větší akceptací osamělého rodičovství a soužití partnerů v kohabitaci. Zvýšenou toleranci k rodinným formám alternativním k manželství heterosexuálních párů prokazují také četná sociologická šetření hodnotových orientací (např. Paloncyová, 2002; Chaloupková, 2004; Hamplová 2003). V této části práce nás zajímaly postoje –náctiletých matek k tradičnímu rodinnému modelu partnerů žijících manželství a alternativním formám partnerského soužití. Lze totiž předpokládat, že z určitého uvolnění týkajícího se dodržování tradičního modelu, že se dítě má rodit do manželství, budou profitovat především –náctileté matky, které nebudou společností nuceny vstupovat do neuvážených a nestabilních manželství<sup>73</sup>.

---

<sup>73</sup> Manželství uzavřená ženami ve věku do dvaceti let se vyznačují vyšší pravděpodobností rozpadu. Příčinou jsou právě vynucené sňatky, kde se partneři neměli možnost blíže poznat a zároveň jsou nuceni se vyrovnávat s dalšími novými rolemi (rodičů, manželů, zaměstnanců apod.).



## 6.1 Partnerské vztahy –náciiletých matek s otci jejich dětí

Tradiční posloupnost vstupu do rodinného života, kde sňatek předchází založení vlastní domácnosti a narození dítěte, se ke konci dvacátého století boří a dochází k rozrůznění forem rodinného soužití i k individualizaci posloupnosti jednotlivých událostí při zakládání vlastní rodiny. Tyto trendy dozajista ovlivnily i chování adolescentních matek, které můžeme sledovat na změnách ve struktuře ukončených těhotenství podle rodinného stavu matky v průběhu posledních třiceti let (viz kapitola 2). Podíl mimomanželsky narozených dětí matkám ve věku do 20 let tedy v České republice během posledního desetiletí výrazně vzrostl.

Předsudky, že má být těhotná dívka co nejrychleji provdána a o kterých by se dalo tvrdit, že byly ještě ke konci minulého století aktuální, jsou dnes již spíše raritou. S případem, kde otec nutil těhotnou dívku do sňatku s cizím člověkem, jen aby v době porodu měla při sobě manžela, který by jí finančně zajistil a poskytl bydlení, když toho sama rodina nebyla schopna, jsme se setkali pouze jednou, a to u sedmnáctileté Vlasty.

*R: „No já vám to řeknu takhle na rovinu, já už jsem se jednou vdávat měla, jako protože táta našel někoho, kdo by si mě eventuelně jako vzal, byl rozvedený, měl barák, měl auto, měl zaměstnání, všechno a vlastně byl furt sám. Ale prostě my když jsme se o tom spolu tak nějak bavili, on říkal, že by mu nevadilo, že Míša není jeho, ale že má ještě starosti, že měl firmu a ta firma zkrachovala a on musí platit dluhy, tak měl strach z toho, že by to nezvládal.“*

*T: „To by jste si vzala jako někoho cizího?“*

*R: „On nebyl cizí, my se jako známe už od té doby, co máme tu chatu a to jsou nějaký ty roky. Není on není cizí, já ho беру jako strejdu.“*

*T: „A to by jste si vzala někoho koho berete jako strejdu?“*

*R: „No tak v tu dobu já jsem nad tím ani nějak nepřemýšlela. Já jsem v tu dobu, pro mě prostě hlavní vyřešit, abychom s Míšou měli kde bejt, aby jsme nezůstali na ulici nebo tak.“ (Vlasta, 17 let, 7 denní chlapeček)*

Rodiče hledali Vlastě partnera, jelikož vlastní otec dítěte Vlastu opustil ještě před tím, než se dozvěděl, že je Vlasta těhotná. Stejnou zkušenost, kdy **otec dítěte nejevil o svého potomka zájem** a partnerku opustil, jsme zaznamenali u 19 respondentek, tj. zhruba u každé třetí –náciileté těhotné dívky nebo matky.

*„Když jsem byla v porodnici, tak to přišel a pak tady byl jednou a potom mi přinesl rodnej list, ani se nepodíval do kočárku a odešel. Od té doby se mi neozval. Nic o něm nevím a ani nemám o něj zájem.“ (Eva, 19 let, 4 týdenní holčička)*

Pokud se partnerství rozpadlo, otec se většinou přestal zajímat i o své dítě. Pouze ve dvou případech měl otec i po rozpadu partnerství zájem nadále své dítě vídat. Těhotenství dívky jako hlavní důvod rozpadu partnerství bylo zaznamenáno hned u několika případů. Partneri

se nedokázali vyrovnat s rolí otce a proto přestali být se svým dítětem i jeho matkou v jakémkoliv kontaktu. Došlo i k situacím, kdy partner zcela odmítl své otcovství s dovětkem, že dítě je někoho jiného.

*„Marek ten se mě furt neozýval. Já jsem mu to volala, že jsem ve čtvrtym a zavěsil mi to. Tak holt měl smůlu. Já už jsem plánovala, že mu to teda ani připomínat nikdy nebudu.“*  
(Kamila, 19 let, 2letý chlapeček)

*„Bohužel ten to psychicky nezvládl a řekl mi, že na otcovství není připraven a opustil mě.“* (Alice, 19 let, 9. měsíc těhotenství)

*„Řekl, že to není jeho. Já vím svý a ty víš svý. Tak jsem mu řekla, že je mladej ať si užívá, že já se postarám.“* (Jana, 18 let, dcera 1 měsíc)

Za rozpadem partnerského vztahu však nestojí vždy jen muž. Partnerský vztah se pod vlivem všech událostí vyvíjí a mění. Je nasnadě se domnívat, že dívky se s těhotenstvím a mateřstvím stávají dospělejší a jejich život se posouvá jiným směrem. Dívka je zpravidla nucena změnit dosavadní životní styl a celkově reorganizovat svůj život, aby byla schopna poskytnout kvalitní a dostatečnou péči svému dítěti. Propast mezi životním stylem –náctileté těhotné dívky a jejím partnerem se zvětšuje. Nežřídká tedy dochází k tomu, že těhotná dívka opustí svého partnera, jelikož si uvědomí, že by nebyl dobrým otcem pro její dítě.

*„Já nevím, a vůbec nevím, jak to bude. Myslela jsem, že mu tu šanci dám, že by měl mít právo na malého, ale nepřijde mi, že by na to byl připravený.“* (Svatka, 17 let, chlapeček 8 měsíců)

*„Ze začátku mně připadal takový úplně normální kluk, dokud jsem nebyla těhotná, ale potom se nějak strašně změnil a potom už to bylo takový horší, byl náladovej, chodil pryč a tak, za mnou tak ani nechodil, no chtěl si pořád užívat.“* (Lucie, 15 let, 8.měsíc těhotenství)

Tři dívky ze šetřeného souboru uvedly, že jim **není známa totožnost otce** dítěte. K otěhotnění došlo ve všech třech případech na zábavě nebo na diskotéce při neplánovaném a nechráněném styku pod vlivem alkoholu. Pro čtrnáctiletou Eriku byla tato zkušenost dokonce prvním pohlavním stykem vůbec a patnáctiletá Barbora otěhotněla s neznámým mužem při svém celkově druhém pohlavním styku.

**Tabulka 6.1 : Vztah –náciiletých matek s otcem dítěte**

Partnerské uspořádání	Dokončený věk dívek v době rozhovoru					
	celkem 14-22 let		14-17 let		18-22 let	
	N	%	N	%	N	%
1 manželé	8	13,8	0	0	8	21,6
2 nesezdané soužití	20	34,5	7	33,3	13	35,1
<b>Mezisoučet (1+2)</b>	<b>28</b>	<b>48,3</b>	<b>7</b>	<b>33,3</b>	<b>21</b>	<b>56,8</b>
3 odděleně/zájem otce	6	10,3	3	14,3	3	8,1
4 zánik partnerství/zájem otce	2	3,4	2	9,5	0	0
<b>Mezisoučet (1+2+3+4)</b>	<b>36</b>	<b>62,1</b>	<b>12</b>	<b>57,1</b>	<b>24</b>	<b>64,9</b>
5 otec nejví zájem	19	32,8	7	33,3	12	32,4
6 otec není znám	3	5,2	2	9,5	1	2,7
<b>Mezisoučet (5+6)</b>	<b>22</b>	<b>37,9</b>	<b>9</b>	<b>42,9</b>	<b>13</b>	<b>35,1</b>
Celkem	58	100,0	21	100,0	37	100,0

Zdroj: Kvalitativní výzkum NTŽM (2004)

Pozn.: Do nesezdaných soužití byly zahrnuty i těhotné dívky, které plánovaly společně žít s partnerem až po porodu za podmínky, že partneři již měli zajištěné společné bydlení.

Lze konstatovat, že necelé dvě třetiny otců dětí žen do 20 let projevují o své děti či těhotné partnerky nějaký zájem a 48 % respondentek žilo a hospodařilo s partnerem ve společné domácnosti (viz tabulka 6.1). Pokud dívka setrvává v partnerství s otcem dítěte, je jeho nejčastější formou nesezdané soužití; asi jedna třetina ze zkoumané populace. Málokdy jsou však partneři, kteří spolu zůstanou, schopni se zcela osamostatnit a vytvořit ekonomicky nezávislou domácnost. Pouze jedna třetina mladých rodičů žijících v kohabitaci měla v době rozhovoru samostatné bydlení. Ostatní kohabituující (N=13) sice žili spolu, ale sdíleli domácnost ještě s rodiči jednoho z partnerů. Tento rodinný model byl většinou vykoupen nedostatkem soukromí a významným omezením pro –náciiletou matku na její cestě k dospělosti.

T.: „Kde vy spíte?“

R.: „Já spím v obýváku, a ten je udělanej tak, že tam je televize, všechno a je tam velká válenda roztahovací gauč a taková ložnicová jakoby.“

T.: „Takže v jednom pokoji jste všichni čtyři?“

R.: „No, a ještě je kuchyň.“

T.: „A to vám nevadí, že takhle jste v jednom pokoji s tátou a jeho přítelkyní?“

R.: „Právě ten pokoj je strašně velkej, že to nevadí.“ (Anna, 17 let, 8. měsíc těhotenství)

Navíc **bytové podmínky** většinou nebyly adekvátní pro soužití více rodin a bezpochyby tím **trpěla i stabilita partnerství mladých rodičů**. Mladá rodina mohla hovořit o štěstí, když pro ni byl vyčleněn samostatný pokoj. Matky se se svým dítětem i partnerem musely často spokojit pouze s provizorně vytvořeným obytným koutem v rámci kuchyně nebo společným pokojem se sourozencem.

*„Hádky občas byly, když jsme bydleli na tom ..., protože tam už bylo strašně moc lidí v rodině, ačkoliv sociální případy jsme vlastně nebyli [ironicky], bylo to naprosto v pořádku..tolik lidí v takovymhle bytě. Tak teda občas se Tomáš i nerad vracel domů, jak nás tam byla hromada, večer ani nebylo kam si sednout k televizi. Tak večer víc chodil do hospod, tak to jako to občas byly hádky.“ (Linda, 20 let, chlapeček 1 rok)*

Jelikož mladá rodina zpravidla zůstává v původní rodině dívky, je pro muže velmi obtížné si vytvořit uznávanou pozici v rodinné struktuře. Nezanedbatelným důvodem je celkově **negativní vnímání mužského elementu** v těchto rodinách, které pramení z často agresivních sklonů otců, respektive nevlastních otců -nácíletých matek. Příčiny však nejsou pouze v agresivním či sexuálně nevhodném chování otců vůči dcerám a partnerkám, ale v celkovém rodinném modelu, ve kterém dívky vyrůstaly a který většinou staví na matce jako jediné jistotě v rámci rodiny.

Negativní postoj k mužskému elementu ilustruje reakce osmnáctileté Sofie na ztrátu partnera, který ji opustil, když otěhotněla. Je nutno poznamenat, že přítel Sofie během trvání partnerského vztahu nejevil žádné známky agresivního chování a ani neměl sklony k alkoholismu.

*„No ale pak jsem si řekla, co z toho budu mít, když on se mnou bude jenom kvůli děcku a kdo ví, co bude dělat. Jestli se někde vožere a potom mě zmlátí, a budu mít to samý, co jsem měla jako děcko, radši se na něho s odpuštěním vykašlat a radši budu sama.“ (Sofie, 18 let, 8. měsíc těhotenství)*

*„Já jsem si říkala, že dítěti nepřeju, aby vidělo, jak si něco vyčítáme, jak se o nic neumí postarat... ne to mu nepřeju.“ (Irena, 18 let, 4. měsíc těhotenství)*

Strach z navázání trvalého vztahu a z investic do nového citového života jsme sledovali i u devatenáctileté Báry, matky chlapce, která podstoupila umělé přerušování těhotenství, když otěhotněla s novým partnerem. Bára řekla, že interrupce byla především výsledkem obav, že jí přítel zklame a opustí.

*R.: „Já jsem s ním ani nechtěla žít“.*

*T.: „Jak to? On na tebe byl nějak zlej?“*

*R.: „Ne to ne právě že naopak. Z toho jsem měla strach.“*

*T.: „Měla jsi strach, že tě opustí?“*

*R.: No..nechtěla jsem vůbec s nikým žít. Nechtěla jsem nikoho mít..jsem si říkala, že budu sama. Mně bylo líp, jo, mně bylo dobře.“ (Bára, 19 let, tříletý chlapec)*

Ve společné domácnosti s rodiči setrvávají i mladé rodiny, které své partnerství potvrdily oficiálně sňatkem. Sezdaných párů bylo v našem šetření 8, z nichž 6 (75 %) stále žilo s rodinou jednoho z manželů. Dospěli jsme ale k závěru, že manželský status poskytuje partnerům přece jen více autonomie. Sezdané páry měly pro sebe vždy alespoň jednu místnost, která byla většinou zřetelně oddělena od obývacích prostor ostatních členů rodiny.

Za vedení domácnosti byla zpravidla zodpovědná –náctiletá matka, která zůstávala v pokročilém těhotenství nebo s dítětem doma.

Společné bydlení s rodiči není pro mladou rodinu pouze nevýhodou, ale na druhou stranu je často zárukou, že dívka bude nabídnuta pomocná ruka v počáteční péči o dítě<sup>74</sup>, které by jinak mohly být stresující (více v kapt. 7.1) . V mnoha případech byl mladý pár bez ohledu na to, zda byli partneři sezdáni, finančně rodiči podporován.

*T.:* „Nebála jste se, jak vůbec zvládnete to miminko? Že nebudete vědět co s tím?“

*R.:* „Nad tímhle tím jsem tolik nepřemýšlela, protože jsem věděla, že budu bydlet s rodičema, takže mi pomůžou.“ (Šárka, 17 let, holčička 10 měsíců)

Poměrně vysoký se zdá být podíl partnerství, která jsou stále živá a partneři se intimně stýkají, avšak nemají možnost soužití ve společné domácnosti (10,3 %). Většinou se jednalo o dívky z vysoce dysfunkčních rodin, které jim a jejich dětem nemohly nebo nechtěly nabídnout potřebné zázemí. Tyto dívky byly nuceny vyhledat pomoc a nalézt útočiště v azylových domech. Režim azylových domů však partnerskému životu příliš neprospívá a dá se tvrdit, že vyžaduje od partnerů mnoho úsilí, aby si svůj vztah udrželi. Dalším důvodem odděleného partnerství je špatná bytová situace a nedostatek finančních prostředků tuto situaci změnit. **Model víkendového rodičovství** funguje již téměř rok u sedmnáctileté Šárky a dvacetiletého Michala, kteří bydlí každý zvlášť v malých bytech svých rodičů. Šárka stále studuje a žije u rodičů. Michal však s náklady na dítě významně pomáhá. Rádi by se v budoucnu od obou rodin osamostatnili.

## 6.2 Postoje -náctiletých těhotných dívek a matek k manželství

Postoje lidí k manželství se v české společnosti během posledních patnácti let významně změnil. Objevuje se větší tolerance k alternativním formám partnerského soužití a spolu s emancipací žen mizí základní předpoklad manželství jako svazku, kde jsou role mužů a žen diferenciovány a navzájem komplementární. *Valerie Oppenheimerová (1988)*, jejíž teorie o sňatkovém chování je jednou z nejznámějších, poukazuje na souvislosti manželství a kariérních ambic. Říká, že ženy, které nehledají seberealizaci na pracovním trhu, spoléhají na sňatek jako určitý prostředek k zajištění sebe sama a je pro ně výhodné uzavřít sňatek již v nízkém věku, jelikož jejich hodnota spočívá právě v atraktivním vzhledu a orientaci na rodinu a domácnost.

Nízké profesní a edukační aspirace jsou jedním ze společných rysů námi zkoumaného souboru adolescentních matek. Podle zmíněné teorie by tedy -náctileté matky měly stát o

---

<sup>74</sup> Odborná literatura se zmiňuje o případech, kdy může být přehnaná sociální opora zdrojem konfliktu a vyvolávat pocity kontroly (*Nath, 1991; Coates and Wortman, 1980; Perrin, 1997*) .My jsme se však nesešli s případem, kdy by dívka přišla pomoc matky s výchovou dítěte a péčí o něj nevhod.

uzavření manželství, navíc pokud je ve hře také dítě obou partnerů. Zjištění, ke kterým jsme došli v našem výzkumu, podobné tendence podporují, ale také popírají. Na základě těhotenství partnerky se při očekávání prvního dítěte či bezprostředně po jeho narození vdalo pouze 7 respondentek a 1 respondentka až při příchodu druhého dítěte. Manželství uzavřeli zejména partneři, kteří se znali delší dobu ještě před otěhotněním partnerky. Délka vztahu před otěhotněním partnerky zpravidla přesahovala jeden rok. Pouze 2 dívky si vzaly otce dítěte po známosti, která trvala 2, respektive 4 měsíce před otěhotněním. Více přístupnou variantou v porovnání se sňatkem se pro mladé rodiče stalo nesezdané soužití. Adolescentní matky tak ve většině případů zastávají stejné názory jako jejich vrstevníci a sice, že děti nemusí nutně vyrůstat v manželství a v úplné rodině a nesezdané soužití je tolerováno i za předpokladu, že partneři neplánují sňatek (*Paloncyová, 2002*).

*Já si myslím, že v dnešní době už na tom tak lidi nestavějí, jestli jsou spolu nebo ne. Když budou šťastný a malej taky, tak nám nemůže nikdo vytknout ani slovo. (Lydie, 19 let, chlapeček 1 rok)*

Z tabulky 6.2 je patrné, že 13 párů ze sledovaného výzkumného souboru by rádo v budoucnosti uzavřelo sňatek. Sňatkový potenciál lze tedy hledat zhruba u jedné čtvrtiny –náctiletých těhotných žen a matek, které jsou svobodné. Ačkoliv je sňatek přáním obou partnerů, je pro mnohé páry obtížné kvůli nepříznivým podmínkám toto přání zrealizovat. O sňatku uvažuje více než polovina partnerství žijících v nesezdaném soužití. Zatím je však pro ně svatba finančně neúnosná nebo nechtějí vyplňovat složité formuláře a procházet komplikovanými procedurami za účelem zplnoletnění partnerky, resp. partnera. Další nejčastější překážkou je nepříznivá bytová situace. Dívky, které by se rády vdaly, uvádějí, že je pro ně přednější investovat nejprve do vlastního bydlení než do finančně náročného svatebního obřadu. Z tabulky 6.2 také vyplývá, že pokud o sňatek stál pouze jeden z partnerů, byl to většinou muž. Toto zjištění popírá všeobecně zakořeněný stereotypní názor, kde je žena považována za tu polovičku v partnerství, která touží po sňatku a pasivně čeká, až jí muž požádá o ruku. V populaci –náctiletých matek jsou tendence spíše opačné a dívky se nechtějí vdávat za otce svých dětí, kteří často nenaplnují jejich očekávání v roli celoživotního partnera a v roli otce. K možnosti odmítnout otce dítěte jako celoživotního partnera přispívá i rozvinutá síť sociálních dávek, kdy dívka nezůstane zcela bez prostředků. Atraktivita mužů jako výhradních živitelů rodiny slábne, a tím se snižuje i potřeba žen vstoupit do manželství. Vědomí, že se dívka neocitne bez prostředků, rovněž posiluje její rozhodnutí nenahlásit partnera, ve kterém se zklamala, jako otce dítěte. Nezletilá matka se rozhodne k tomuto kroku, pokud chce přerhat veškeré kontakty s otcem dítěte většinou z důvodu, aby si otec nikdy nemohl na dítě dělat nároky. Tyto dívky většinou předpokládají, že otec kvůli svému špatnému socio-ekonomickému postavení nebude schopen platit na ně a na dítě výživné.

*„Sháněla jsem ho, protože jsem potřebovala tam jeho rodný číslo, všechno jo a nedal mi nic prostě, asi ani nechce, aby tam byl uvedenej, takže jsem ho neudala jako otce. Tak*

aspoň nebude vyžadovat žádný práva. Protože stejně, peníze bych od něj asi neviděla, protože když nedělá, tak asi nějaký výživný by nebylo, no nevím asi je to zbytečný, abych ho tam psala a nahlásila jako otce, protože on se asi ani tak necítí, protože jinak by se o to aspoň trochu zajímal.“ (Vladka, 16 let, 3. měsíc těhotenství)

R.: „Protože jsem věděla, že to není správněj kluk na to, jak žil, tak jsem za ním ani nešla. Třeba máma říká, že je grázl, ale on se na mě ani nevykašlal, když jsem mu to přišla říct, tak byl hrozně rád, ale byl rád, protože si to neumí představit, jaký to je, teď. On říkal, že budeme spolu, ale kdybych mu řekla jo, tak myslím, že by to stejně neudělal.“

T.: “Napsala jste ho jako otce?”

R.: „Ne.“ (Svatka, 17 let, chlapeček 8 měsíců)

Dívky, pokud zůstaly bydlet i s dítětem u rodičů, byly většinou schopné ze sociálních dávek uspokojit základní potřeby své i dítěte. Nadstandardní výdaje např. za sport, kulturu, dovolenou, vzdělávací kurzy aj. si však již dovolit nemohly.<sup>75</sup> Ve stejné situaci však byla i většina dívek žijících v kohabitaci s partnerem, který do rodiny přinášel příjem ze zaměstnání.

**Tabulka 6.2: Přání sňatku z perspektivy každého z partnerů**

Přání sňatku	Dokončený věk dívek v době rozhovoru					
	celkem 14-22 let		14-17 let		18-22 let	
	N	%	N	%	N	%
Manželé (již po sňatku)	8	14,0	0	0	8	22,2
Oba	13	22,8	5	23,8	8	22,2
Pouze muž	9	15,8	4	19	5	13,9
Pouze žena	3	5,3	1	4,8	2	5,6
Nikdo	24	42,1	11	52,4	13	36,1
Celkem	57	100,0	21	100,0	36	100,0

Zdroj: Kvalitativní výzkum NTŽM (2004)

Pozn: V úvahu je brán pouze názor otců dětí, jak byl uveden partnerkami

Sňatkové chování populace –náctiletých matek je tedy ovlivněno **třemi hlavními bariérami** vstupu do manželství, které dělíme na **institucionální, socio-ekonomické a psychické**. Mezi **institucionální** se řadí nedostatečný věk partnerky, respektive partnera pro uzavření sňatku. Z hlediska právního systému ČR může být podle § 13 zákona (94/1963 Sb., o rodině ve znění dalších předpisů) odst. 1 a 2 uzavřeno manželství nezletilým, pokud dosáhl 16 let. Toto manželství může být uzavřeno pouze na základě povolení soudu, je-li to v souladu se společenským účelem manželství (např. těhotenství partnerky). Návrh na uzavření manželství podává sám nezletilý, kterému není nutno ustanovit opatrovníka. To znamená, že manželství může uzavřít nezletilý, aniž by k tomu měl svolení zákonného zástupce. Během rozhovorů jsme se setkali s neznalostí legislativy ze strany partnerů toužících po sňatku, kteří se mylně domnívali, že nezískají -li souhlas matky dívky, nebudou moci své plány realizovat.

<sup>75</sup> Sociální exkluze –náctiletých matek je tedy alarmující, i když lze tvrdit, že na základě rozhodnutí si dítě ponechat v tak mladém věku jde do jisté míry o dobrovolně přijatou chudobu.

T.: „Pomýšlíte na svatbu?“

R.: „My jsme chtěli teď udělat svatbu, jenže musí být povolení matky a matka by nepovolila. Tak musíme čekat do osmnácti.“ (Anna, 17 let, 8. měsíc těhotenství)

Často byl také uváděn důvod, že sňatek nestojí za veškeré papírování a psychologické testy partnerů před soudem. Dívky uváděly, že by sice o svatbu stály, ale počkají si raději, až budou plnoleté.

„Mohli bychom se vzít, ale sociální pracovnice řekla, že bysme se mohli zplnoletit, že mi to prostě nevyjde, že se o to může požádat, ale jelikož fetoval a byl zavřený a oni na něj vědí úplně všechno, mají všechny záznamy, tak sociální pracovnice mu řekla, že to chtít může, ale že mu to v žádném případě nevyjde.“ (Markéta, 16 let, 4. měsíc těhotenství)

„Samozřejmě prej si mě vezme až mi bude 18. Že to nechce nějak uspěchat, ale že si mě stoprocentně vezme. To mi řekl teď nedávno a znova mi to zopakoval. Já nevím jak to bude přesně. Rozhodně si nechci dokupovat roky nebo vlastně měsíce, asi počkám až mi bude 18.“ (Helena, 17 let, 8. měsíc těhotenství)

Mezi institucionálními bariérami nesmíme opomenout ani případy, kdy partnerem dívky a otcem dítěte je cizinec bez trvalého pobytu v České republice jako v případě osmnáctileté Simony.

T.: „A co svatba, to neplánujete?“ R.: „Tak ono je to složitý, jak je cizinec, tak je to strašně moc papírů a kamarádka, co si taky brala cizince, tak ty že to vyběhávali půl roku. No ono vlastně až se to miminko narodí, tak on jako otec by tady mohl dostat trvalej pobyt, takže pak by to mohlo být bez problémů.“ (Simona, 18 let, 8. měsíc těhotenství)

Mezi **socio –ekonomické bariéry** patří, jak již bylo zmíněno, nepříznivá bytová situace partnerů, kteří většinou žijí s rodiči a jsou na nich nezřídká ekonomicky závislí. Ačkoliv partneři žijící s –náctiletými matkami v kohabitaci byli ve většině případů zaměstnaní a byli hlavními živiteli rodiny, výdaje „navíc“ jakými by byl svatební obřad nebo samostatné bydlení bez sdílení nákladů s rodiči si mladý pár dovolit nemohl.

„Chtěli jsme udělat svatbu, tu jsme měli naplánovanou na listopad, ještě jsem se vešla do šatů, ale žádná banka nám nepučila peníze a z výplaty to bysme nezvládli svatbu. Jenom šaty stály 5 000, 4 000 (Kč) to byly ty nejlevnější, jezdili jsme po bankách, ale asi že měl výplatu jenom 9 000, tak se jim to zdálo málo.“ (Dana, 19 let, 9. měsíc těhotenství)

„Teďka máme hodně starostí se zařizováním a vydáváme hodně financí jako do vybavení bytu a to, a kdyby do toho měla být ještě svatba, tak to vážně nevím, jak by se to všechno zvládlo. Taková svatba taky stojí hodně peněz, to je všechno o penězích, prostě a bůhví jak dlouho se z toho ještě budeme vzpamatovávat, z toho všeho.“ (Stáňa, 19 let, 5. měsíc těhotenství)



Je nutné zmínit, že partneri –náctiletých matek mají rovněž nižší dokončené vzdělání. U partnerů žijících v kohabitaci byl zaznamenán pouze jeden muž s ukončeným středoškolským vzděláním. Ostatní byli buď vyučení nebo měli pouze základní školu. Od jejich kvalifikace se odvíjelo i pracovní zařazení. Partneri –náctiletých matek zpravidla vykonávali nízko kvalifikované a zastávali méně finančně ohodnocené profese.

Některé dívky také uváděly, že je pro ně finančně výhodnější být matkou samoživitelkou kvůli sociálním dávkám, které mohou od státu požadovat.

*„Já si tedy nejdřív říkala, že, než druhý [dítě], tak se nejdřív jako vdám, pak jsem od toho ale upustila. Radši bych to miminko, než tu svatbu. No tak teď taky když už vím, jak je to s těma penězma a všechno, takže jako je to z jedny strany i výhodnější [být matkou samoživitelkou]“ (Světlana, 23 let, holčička 4 roky)*

*„No, oni k tomu nebyly ani moc finanční prostředky, říkali jsme si, že si nejdřív postavíme barák, ono se nejdřív říkalo po maturitě, ale určitě to plánujem. Ono je to taky tak, že když jste jako svobodná matka, tak dostanete o těch 1500 Kč víc.“ (Míša, 19 let, holčička 2 roky)*

**Psychické bariéry** k uzavření manželství jsou ovlivněny především uspořádáním a partnerským chováním v původní rodině dívky. Sociologické výzkumy a demografické analýzy ukazují, že na stabilitu partnerství, respektive manželství působí negativní zkušenost z původní rodiny. Lidé, kteří zažili rozvod svých rodičů, se s větší pravděpodobností přiklání k nesezdanému soužití než k přímému sňatku.

*„Za první z toho mám strach a za druhý se zase rozvádět, to já nechci. Bydlet s ním to jo, ale vdávat ne, to je jenom na papíře.“ (Romana, 17 let, chlapeček 1 měsíc)*

*„Já si myslím, že už dneska se lidi nemusejí brát a navíc jsme spolu teprve 3 roky, tak nevím jak to bude vypadat za 7 let. Stát se může cokoliv a myslím si, že potom je zbytečný rozvod, takže můžeme být spolu a nic s tím neztrácíme. Jestli spolu budeme za 7 let, tak není problém, abychom se vzali.“ (Lydie, 19 let, chlapeček 1 rok)*

Jelikož intenzita rozvodovosti je v České republice relativně vysoká, je častý i fenomén tzv. sociálního osíření<sup>76</sup>. Je prokázáno, že rozvod rodičů ovlivňuje postoje k rozvodu i u jejich potomků; tyto postoje jsou pak liberálnější. Vzhledem k tomu, že –náctileté matky pocházejí především z rozvedených neúplných či rekonstruovaných rodin, lze předpokládat, že se u nich projeví zvýšená tendence k zakládání nesezdaných soužití, z důvodu obavy a nedůvěry ve stabilitu partnerství.

---

<sup>76</sup> Termín „sociální osíření“ vystihuje skutečnost, že čím dál tím více dětí dospívá v neúplných či rekonstruovaných rodinách. Sociální osíření je v současnosti mnohonásobně častější než osíření faktické, tj. osíření z důvodu úmrtí jednoho z rodičů. (Šťastná, 2005)

**Tabulka 6.3: Převažující rodinné uspořádání, ve kterém –náctileté matky dospívaly a přítomnost násilí, alkoholismu či sexuálního zneužívání v původní rodině**

Převažující rodinné uspořádání v původní rodině	Jev domácího násilí/sexuálního zneužívání/alkoholismu v původní rodině					
	nepřítomen		přítomen		celkem	
	N	%	N	%	N	%
Úplná rodina s oběma biologickými rodiči	11	78,6	3	21,4	14	100,0
Rekonstruovaná úplná rodina od narození dívky	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Zkušenost s rozvodem rodičů do 15ti let	12	41,4	17	58,6	29	100,0
Matka samoživitelka od narození dívky	2	66,7	1	33,3	3	100,0
Převážná část života v ústavní výchově	5	83,3	1	16,7	6	100,0
Jeden z rodičů zemřel	1	50,0	1	50,0	2	100,0
Celkem	34	58,6	24	41,4	58	100,0

Zdroj: Kvalitativní výzkum NTŽM (2004)

Rozvod rodičů zažila každá druhá dívka ze sledovaného souboru, přičemž 50 % rozvodů dané skupiny se uskutečnilo do 6 let věku dívky. Dívky z rozvedených rodiny byly také častěji vystaveny zkušenosti s domácím násilím či sexuálním obtěžováním (59 %), což ještě zesilovalo jejich negativní přístup k mužskému elementu v rodině. Většinou bylo násilí otce důvodem k rozvodu. Vyšší pravděpodobnost násilí v rozvedené rodině je však způsobena i pozdějšími partnerskými vztahy matek, které často hledají dalšího životního partnera za každou cenu.

*„...Ten chlap, kterej prostě má manželku, tak si dělá větší nároky. Prostě, jsi můj majetek a budeš se chovat podle mě. I když jsem svobodná matka se dvouma dětma, radši jsem teď sama, než s nějakým manželem. Nemůže mi nikdo říct tady z okolí, že ta holka je mlácena kvůli tomu, jakýho má tátu.“ (Petra, 22 let, holčička 3 roky)*

Pouze necelá jedna třetina zkoumaného souboru vyrůstala v úplné rodině, a to buď s oběma biologickými rodiči nebo s nevlastním otcem, se kterým žila matka v jedné domácnosti od raného dětství dívky. Dospívání v úplné rodině však nezaručuje těmto dívkám harmonické dětství. V několika případech se i v úplných rodinách vyskytly problémy s alkoholismem a násilím páchaným otcem na dětech a matce. Skutečnost, že dívky vyrůstají převážně v dysfunkčních rodinách, kde více než 40 % z nich zažilo nějakou formu fyzického násilí či sexuálního obtěžování, vede k předpokladu, že –náctileté matky spíše nebudou uzavírat unáhlená manželství a více pravděpodobnou volbou bude soužití s partnerem v kohabitaci. Vliv rozvodu rodičů na životní dráhu dětí a perspektivu uzavřít manželství můžeme sledovat prostřednictvím následujících citací –náctiletých těhotných dívek a matek.

*T.: „A vy se nechcete vdávat?“ R.: „Zatím ne, až časem.“ T.: „Jak to?“ R.: „Nevím. Mám zatím z toho strach. Jak to vlastně dopadlo u našich, že? Tak mám prostě strach, abych se potom najednou nemusela rozvádět, až časem ...“ (Táňa, 21 let, holčička 2 roky)*

„Kdybych se vdala, tak by to dlouho trvalo, a o to dítě bychom se museli soudit, kdybych se rozváděla, a to nechci“ (Veronika, 16 let, 3. měsíc těhotenství)

„Já jsem mu to ale i řekla, že nechci. To je takový, já si myslím, že když jako takhle jste spolu několik let, tak to jde. A já znám lidi, který spolu nebyli a pak se vzali a začalo to být jako špatný, protože si pak ten jeden na druhého dělá nárok. Já si myslím, nevím, že pokud to klapě i bez toho, jako nechci prostě [se vdávat].“

(Aneta, 18 let, 5. měsíc těhotenství)

„Já se nechci vdávat. Mně se prostě do vdávání nechce. Kvůli rozvodu. Třeba bychom se pohádali, kvůli rozvodu a jako tahat se pak u soudu o dítě se mi fakt vůbec nechce. Já se prostě vdávat nechci.“ (Zuzana, 17 let, holčička 19 dní)

Za psychologickou bariéru lze považovat i situaci, kdy si dívka není s otcem svého dítěte zcela jistá a otec dítěte nespĺňuje její **představy o celoživotním partnerovi**. Dívky si někdy pod vlivem romantických představ, někdy pod vlivem zcela objektivních skutečností, jakými jsou např. násilnické sklony partnera představují, že mohou najít lepšího druha pro celý život než je otec jejich dítěte.

T.: „Takže na svatbě jste se nedohodli?“ R: „Ne to ne, on chtěl, ale já jsem řekla, že ne, že nechci. On byl takovej puťka.“ (Zlata, 19 let, chlapeček rok a půl, v současnosti 5. měsíc těhotenství)

T.: „Takže teď říkáte, že si ho nechcete brát, a v budoucnu byste nějakou svatbu chtěla?“  
R.: „Chtěla bych, ale možná ne s ním.“ (Lucie, 15 let, 8. měsíc těhotenství)

T.: „A třeba o svatbě jste se nebavili?“ R: „Jo. Jako on si mě chce vzít, ale já nevím. Já se nechci vdát“ T.: „Proč?“ R.: „No, tak nevím, třeba přijde někdo lepší. To nikdo neví, že jo?“ (Kristýna, 19 let, holčička 2 měsíce)

### 6.3 Závěr

Nezletilé matky jsou většinou svobodné. Z výzkumného souboru 58 –náctiletých těhotných žen a matek bylo pouze 8 vdaných před narozením nebo bezprostředně po narození prvního dítěte. Každá z těchto žen se vdávala kvůli tomu, že přišla do jiného stavu, který byl hlavním impulsem pro založení rodiny. Pokud dívky setrvaly v partnerství s otcem dítěte, jeho nejčastější formou bylo nesezdané soužití. Sňatkový potenciál s biologickým otcem dítěte lze očekávat asi u jedné čtvrtiny –náctiletých matek, které zůstaly svobodné a u jedné poloviny matek žijících s partnerem v kohabitaci. Ačkoliv většina -náctiletých matek není otcem dítěte opuštěna a nezůstává tedy bez partnera, jejich sociálně-ekonomická situace není v porovnání se ženami, které partner opustil, o mnoho lepší. Partneri -náctiletých matek jsou

většinou nezaměstnaní s nízkým vzděláním a nedokáží tak zajistit svému dítěti ani partnerce důstojnou životní úroveň. Dívka je pak odkázána na nízké sociální dávky, pomoc rodičů, případně pomoc neziskových organizací či občanských sdružení administrujících azylové bydlení pro matky s dětmi.

Výzkum identifikoval tři zásadní bariéry bránící uzavření sňatku mezi mladými partnery, kde je –náctiletá žena těhotná nebo se stala matkou ve velmi mladém věku. Jedná se o bariéru institucionální, a to u nezletilých dívek, které jsou ze zákona povinny žádat soud o uznání zletilosti za účelem sňatku. Dívky většinou nechtějí tento administrativně-právní krok podstupovat a raději žijí s partnerem v kohabitaci s tím, že sňatek uzavřou až po dovršení 18 let. Dále jde o sociálně-ekonomickou bariéru, jejíž podstatou je zejména finanční nákladnost samotného svatebního obřadu a také zvýhodnění matek samoživitelek v systému sociálních dávek. Za velmi důležitou považujeme poslední bariéru – psychickou. Dívky se vyhýbají sňatku z důvodu prožitku špatné zkušenosti z původních rodin. Naprostá většina dívek v dětství prožila rozvod rodičů, vyrůstala v prostředí, kde matka střídala partnery, nebo naopak v prostředí s absencí mužského vzoru. Dále se v rodinách respondentek objevovala velmi často násilí a sexuální zneužívání. Lze tedy předpokládat, že dívky nechtějí uzavírat manželství z důvodu obavy a nedůvěry ve stabilitu partnerského vztahu.

## **Kapitola 7**

### **7. Reflexe rodičovství a změny životního stylu z perspektivy –náctiletých matek**

#### **7.1 Vyrovnaní se s péčí o dítě – rodičovská odpovědnost**

*„No a to si myslím já, že prostě matka obnáší to, že prostě ví, že při tom dítěti musí stát ať ve dne, ať v noci, ať se to dítě probudí ve dvě ráno, ať třeba spí celou noc, prostě, že ví, že se může kdykoliv otočit to dítě, že ji tam u sebe má, protože ona si věří, že to dítě vychová.“ (Petra, 22 let, 3letá holčička, v současnosti znovu těhotná)*

##### **7.1.1 Péče a schopnost vychovávat své dítě: poznatky z literatury**

Pokud je nám známo, v českém prostředí se ještě žádný výzkum nevěnoval otázce, do jaké míry a jakým způsobem jsou adolescentní matky připraveny na každodenní povinnosti spojené s péčí o malé dítě. Určitý obrázek si můžeme vytvořit pouze ze zahraničních zdrojů, kde byl porovnáván přístup k malým dětem a péče o ně u skupiny –náctiletých matek a skupiny matek ve vyšším věku. Existují i výzkumy, které porovnávají znalosti, dovednosti a postoje k výchově u stejně starých adolescentů v různých skupinách: zda již mají zkušenost s těhotenstvím nebo zda se již stali rodiči a ostatními. Většina těchto studií nahlíží na problematiku připravenosti adolescentních matek na rodičovství především z důvodu možných rizik ohrožujících zdravý vývoj jejich dětí.

Výzkumy se více méně shodují v tom, že adolescentní matky mají horší znalosti o meznících ve vývoji dítěte (*Brooks-Gunn, 1986; Elster, 1983*) a jejich styl výchovy je spíše autoritativní tj. přísný a trestající (*Ester a kol, 1988; Field, 1980; Greene, 1981; Camp, 1995*). Často je také zmiňována zvýšená nechuť –náctiletých matek vykonávat rodičovské povinnosti, která se projevuje např. nižší tolerancí vůči dětskému pláči či větší netrpělivostí s malými dětmi (*Ruff, 1990; Marshal et al., 1991*). *East a Felice (1990)* porovnávali –náctileté matky se staršími matkami stejného socio-ekonomického původu a zjistili, že mladší

matky mají tendenci si s dítětem méně povídat, méně se na něj usmívat nebo se ho dotýkat. Dále tvrdí, že mladší dívky jsou méně vnímavé k chování a projevům svého dítěte a jejich očekávání, pokud jde o vývoj dítěte, spíše neodpovídají realitě.

Odborníci se většinou shodují na čtyřech základních charakteristikách –náctiletých matek, které vedou ke zvýšenému riziku vývojového zaostávání dítěte způsobeného nedostatečnou péčí a intenzivním mateřským stresem. Jedná se o 1) nižší IQ, 2) neadekvátní kognitivní připravenost na rodičovství, 3) nedostatečnou sociální oporu a 4) psychickou a sociální nevyrovnanost (viz schéma 7.1). Pokud se objeví výše zmiňované predikátory, pak lze s větší pravděpodobností pozorovat u dětí zvýšenou agresivitu, vznětlivost či roztržitost (*Hechtman, 1989*) nebo odmítání autorit. Mladší děti jsou pak většinou méně komunikativní. Autoritativní styl výchovy je pak konkrétně spojován s nadprůměrnou hyperaktivitou dětí a horšími školními výsledky (*Camp, 1996*).

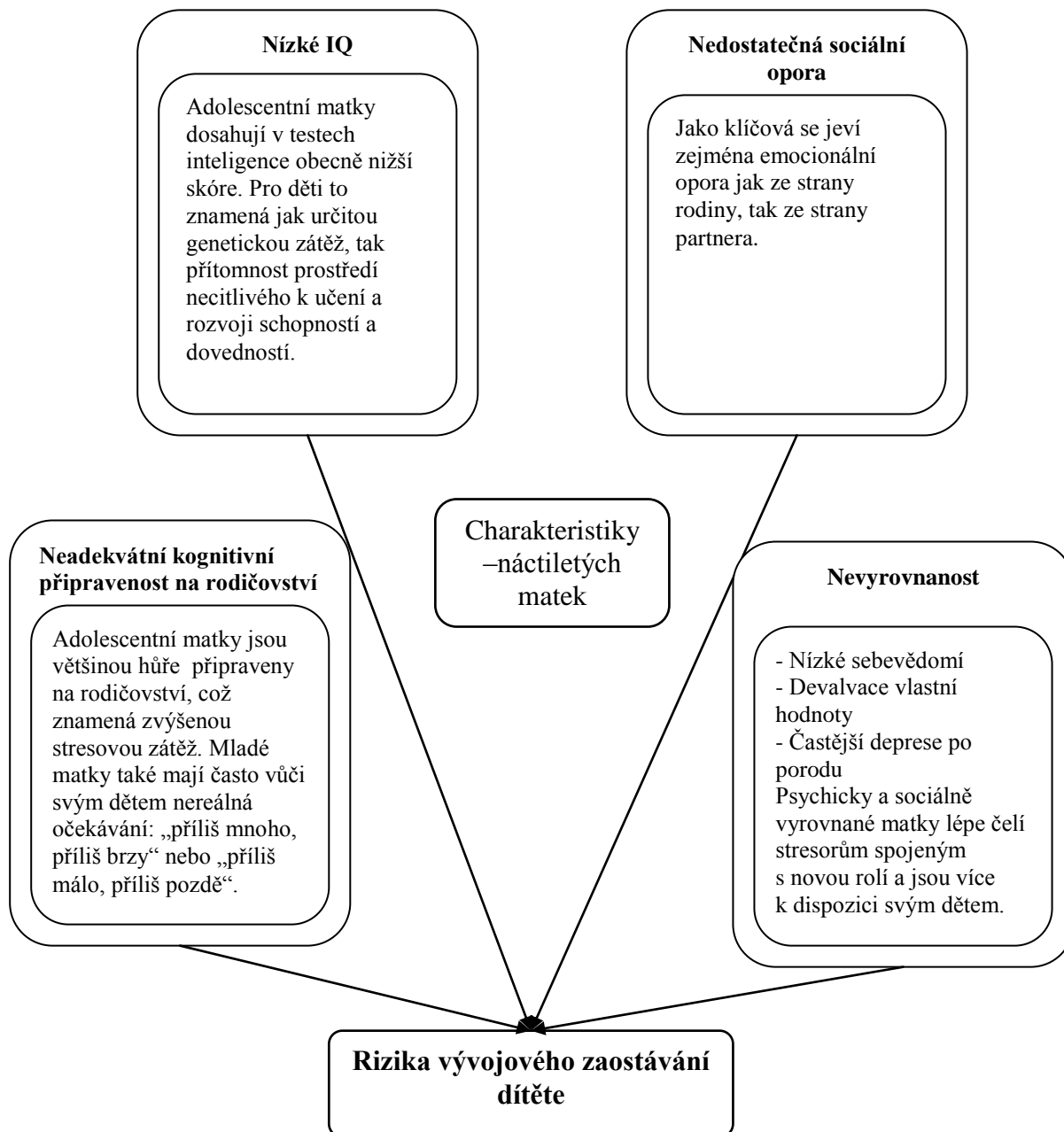
Nižší skóre –náctiletých matek při zjišťování inteligence vzhledem k referenční populaci s podobnými charakteristikami, jakými jsou věk, socio-ekonomický status, etnicita atd. bylo potvrzeno hned v několika výzkumech (*Sommer et al, 2000; Shearer et al. 2002*). Je důležité zmínit, že právě rodičovství v tak nízkém věku může být následkem nižší kognitivní dovednosti, kdy jedinec vykazuje omezenou schopnost pochopit vztah mezi sexuální aktivitou, reprodukci a možnými formami antikoncepce. Charakteristické je také zajišťování místa a uznání ve vrstevnické skupině prostřednictvím sexuální aktivity. Dívky s nižšími kognitivními dovednostmi dále většinou nevykazují dobré výsledky ve studiu a jedinou pro ně schůdnou možností seberealizace se tak stává těhotenství a následně rodičovství.

*Wasserman, Brunelli a Rauh (1990)* uvádějí, že adolescentním matkám se dostává větší sociální opory než starším matkám, a to zejména díky babičkám. O pozitivních i negativních aspektech<sup>77</sup> sociální opory jsme již psali kapitole 5. Ačkoliv se většina vědeckých studií shoduje na faktu, že dostatečná sociální opora přispívá ke zdravému vývoji dítěte –náctileté matky, existují i studie (*Spieker a Bensley, 1994*), které poukazují na určitá pozitiva v případě, že matce do výchovy nikdo výrazně nezasahuje. Spieker a Bensley zjistily, že adolescentní matky žijící pouze se svými jednoročními dětmi, tj. bez partnera a bez rodičů, měly ke svým dětem mnohem lepší vztah než matky, které žily s partnerem či rodiči. Tyto ženy však musely pociťovat oporu ze strany rodičů, zejména svých matek.

---

<sup>77</sup> Sociální opora může nejen přispět ke snazšímu vyrovnávání se se stresovými faktory, ale může být i zdrojem dalších konfliktů způsobených nevyžádaným vměšováním se a problematickou interakcí.

**Schéma 7.1: Charakteristiky –náctiletých matek jako predikátory kognitivního a emocionálního opožděného vývoje jejich dětí**



Zdroj: Vlastní nákres podle teorie uvedené v (Sommer, K. S., Whitman, T. L., Borkowski, J. G., Gondoli, D., Burke, J., Maxwell, S., Weed, K. (2000): Prenatal maternal predictors of cognitive and emotional development in children of adolescent mothers. *Adolescence*, 35, 137, str. 87-112)

Výsledky výše zmíněných výzkumů jsou většinou založeny na longitudinálním pozorování, které vyžaduje dlouhodobou angažovanost výzkumníka. Jedná se také většinou o multidisciplinární výzkumy s převahou psychologie a využitím psychologických měřících

nástrojů. V našem výzkumu si neklademe za cíl provést exaktní psychologickou analýzu. Výše představenou teorii chápeme spíše jako úvod k orámování životních zkušeností a představ, jak je uvádějí samy –náctileté matky.

Jelikož se v našem případě jedná o velmi heterogenní vzorek dívek, tj. jde o dívky, které se již se svou mateřskou rolí vypořádaly, ale i o dívky, které se na mateřství teprve připravují a mnohdy ani netuší, co od nich bude nová role vyžadovat, nelze využít jednotnou metodiku zjišťování postojů vztahujících se k péči a výchově dětí. V našich interview však otázka na tuto problematiku nemohla chybět, a tak jsme se ptali, jak si těhotné dívky konkrétně představují, že péči budou zvládat, zda navštěvují přípravné kurzy nebo zda si čtou příslušnou literaturu. Ptali jsme se také na možnosti a zdroje opory a pomoci ze strany rodiny, partnera, případně různých institucí. Zde je nutné připomenout rozdílné prostředí, kde dívky své děti vychovávají nebo budou vychovávat a naprosto rozdílné podmínky, pokud jde o zdroje opory. Retrospektivní otázky na výše uvedenou přípravu na příchod dítěte jsme položili i respondentkám, které již zkušenost s mateřstvím mají. U matek jsme pak představy porovnávali s prožitou realitou.

Těhotným dívkám tedy byla většinou položena otázka: „Jak si představujete, že budete péči o dítě zvládat?“ nebo „Dokážete si již představit samu sebe v roli matky?“ Ženy, které již o dítě pečují, dostaly otázky „Jak zvládáte roli matky?“ nebo „Jakými problémy jste si musela projít při péči o dítě?“ atd.

### **7.1.2 Zdravá sebejistota či odvaha nic netušících?**

Obecně lze říci, že –náctileté těhotné dívky většinou nemají velké obavy z toho, zda se budou umět správně postarat o své dítě. Jejich reakce na toto téma byly poněkud překvapivě plné sebejistoty a odhodlání, ačkoliv v ostatních životních situacích bychom po sebedůvěře marně pátrali. Rozsah výzkumu nedovoluje mapovat, do jaké míry existuje u této skupiny možnost zanedbávání dětí. Z rozhovorů však byla patrná energie, s jakou se dívky snažily zajistit odpovídající péči o dítě, případně se na příchod dítěte zodpovědně připravit. Respondentky – matky také o svých dětech hovořily bez výhrad s láskou a v jejich reakcích se často objevovala hrdost, že jsou schopny se o dítě postarat a dostát svým povinnostem i přes nepříznivé životní podmínky (násilí, zneužívání, psychický teror, partnerské problémy, problémy s bydlením, finanční tíseň atd.). U několika dívek jsme zaznamenali jev, který bychom mohli definovat jako „**objevení sebe sama**“, kdy v sobě dívky prostřednictvím dítěte nalézají dobré vlastnosti a začínají si samy sebe vážit, pokud vidí, že se o dítě dokáží postarat.

*R.: „Máma mi hodně říkala, že to asi zvládat nebudu, kolikrát mi říkala, že na to mít nebudu, že to dítě bude chudák, že se o něj nedokážu postarat.“*

*T.: „Ted' změnila názor?“*



R.: „*Ted' změnila názor.*“

T.: „*Myslíte si o sobě, že máte velké sebevědomí?*“

R.: „*Než jsem otěhotněla, tak jsem neměla moc velký sebevědomí. Ale potom, když jsem porodila, tak mi to sebevědomí stoupl.*“ (Eliška, 17 let, holčička 1 rok)“

Petra, která se měla stát velmi brzy po interview již dvojnásobnou maminkou, byla během svého života vystavena řadě negativních jevů. Poté, co ji matčin přítel slovně opakovaně sexuálně obtěžoval, začala utíkat z domova. Skončila ve výchovném ústavu a matka se o ní přestala zajímat. Po propuštění z výchovného ústavu brzy otěhotněla s psychicky nemocným mužem, který měl násilnické sklony. „*No a jinak on [otec dítěte] se vlastně choval ke mně slušně všechno, až potom vlastně v šestém měsíci, nevím co to do něj vjelo, to do dneška neví nikdo ani kdo, v těch léčebnách, když mi svázal ruce a nohy a típal o mě cigarety. A to jsem vůbec nevěděla co, co ho to napadlo, proč to udělal ...*“ (Petra, 22 let, 3letá holčička, v současnosti znovu těhotná). Výchova dítěte v těchto podmínkách a s minulostí, kde nebyly vytvořeny dostatečně silné sociální vazby tvořící základ možné opory (finanční či materiální), není rozhodně jednoduchá. Přesto, nebo možná právě proto, je v Petřiných slovech patrná jistá dávka satisfakce odrážející skutečnost, že je a byla schopná se o své dítě postarat.

T.: „*A nebála jste se toho, když jste viděla, že jste na všechno sama, jak budete třeba zvládat to mateřství, jak budete holku vychovávat?*“

R.: „*Já jsem se hlavně bála o to, abych to vůbec zvládla finančně. Vo tu psychiku mi tak nešlo, protože jsem si říkala musím bejt tak silná, když už jsem vlastně silná na to, že už jsem vlastně dokázala od psychopata utýct. Musím si věřit, že vlastně to dítě zvládnou vychovat. Nemůžu se přece starat o sebe a prostě dítě dát do kojeňáku a říct ty si buď v kojeňáku a mně se to nějak vyřeší... To jsem se snažila najít všechno možný a dělat vlastně všechno, abych tu holku mohla nějak zabezpečit. A vlastně díky tomu Nýrsku, kde byl ten podnájem, se mi to vlastně všechno povedlo. Mně přiznali všechny dávky, všechno holku, nebyly stížnosti na to, že holka chodí špinavá, já chodím špinavá, žádný takovýhle stížnosti nebyly. Tak jsem si říkala, aspoň že tak, že jsem to nějak zvládla.*“ (Petra, 22 let, 3letá holčička, v současnosti znovu těhotná).

Kasuistiky ukazují, že **sebejistota dívek**, pokud jde o výchovu dětí či péči o ně, pramení hned z několika skutečností:

- 1) důvěra ve své vlastní schopnosti, zpravidla posílená zkušenostmi s péčí o mladší sourozence
- 2) důvěra v mateřské instinkty
- 3) spoléhání se na výpomoc ze strany rodiny či partnera

## Důvěra ve vlastní schopnosti

Respondentky často pocházely z prostředí, kde byly v rodinách přítomny malé děti. Na dotaz, zda se budou schopné o dítě postarat, tedy nezřídka odpovídaly, že mají bohaté zkušenosti s péčí o ně. Zkušenosti se týkají nejen mladších sourozenců, ale také např. neteří,

synovců nebo dětí kamarádek. Blízký kontakt s malými dětmi je u –náctiletých těhotných žen a matek umocněn i z důvodu nepříznivé sociálně ekonomické situace celé rodiny. Není výjimkou, že v jednom bytě žije hned několik rodin, které nemají dostatečné finanční prostředky na vlastní bydlení.

*T.: „Nebojíte se, že nezvládnete všechny ty povinnosti jako přebalování, vaření a tak?“*

*R.: „Já jsem vyučená od sestry, my jsme spolu o 8 let. Já jsem pomáhala mamce, když byla nemocná, když třeba přebalovala, krmila jsem jí. Mě to bavilo.“*

*T.: „Takže to se nebojíte?“*

*R.: „Vůbec. Akorát se bojím koupání, to je jediné. Pak jsem říkala, že porodu se bojím.“*  
(Antonie, 18 let, 3. měsíc těhotenství).

*T.: „Když se pak narodil, neměla jste strach, jestli se dokážete postarat?“*

*R.: „No to jsem jako vůbec neměla no.“*

*T.: „Ne?“*

*R.: „Já jsem si byla jistá.“*

*T.: „Že to budete umět?“*

*R.: „No, protože jak jsem se vlastně starala o mladší sestry, předtím vlastně, když já jsem byla ještě malá, tak mamka říkala, že jsem byla strašně šikovná, že jsem je přebalovala a tak, no takže já jsem to všechno zvládala.“* (Katka, 23 let, dvě děti 5 let a 3 roky)

*T.: „Tak teď budete maminka a nebojíte se, jak se o to mimčo budete starat, budete to umět?“*

*R.: „Kamarádka mně pučila knížku, ale dřív žádný knížky neměli a taky se o to postarali. Kamarádka, co má roční dítě, tak jsem k ní chodila každé den, tak jsem to okoukala všechno, jak se to přebaluje, koupá a tak si myslím, že to zvládnu.“* (Dana, 19 let, 9. měsíc těhotenství)

Objevily se i případy, kdy péče o sourozence byla do jisté míry vynucená. Dívky vyrůstaly v nefunkčních rodinách, ve kterých se jim samotným nedostávalo dostatečné péče a nezbývalo jim nic jiného než se o sebe a případně i o své mladší sourozence postarat. Těmto dívkám pak péče o dítě nepřijde jako zátěž a berou ji jako přirozenou věc.

Na sedmnáctileté Romaně, která v době rozhovoru žila spolu se svým měsíčním synem v azylovém domě, ležela od té doby, co byl její otec nemocný a pak zemřel, starost o chod domácnosti a péče o mladší sourozence. S otcem si Romana dobře rozuměla a měli spolu hezký vztah. Matka byla podle jejích slov psychicky nemocná a velmi nespolehlivá. Po smrti otce se soužití s matkou změnilo v psychický teror, který byl přiživován i agresivitou ze strany matčiny milenců.

*R.: „Já jsem se ho [otce] jednou zeptala a on mi říkal,... že chce, abych až umře, se vlastně o mámu a o všechny postarala.“*

*T.: „Vy mluvíte jenom o tom, že vás vychovával táta, a máma s vámi nemluvila?“*

R.: „*Ne, to je histerička, ta křičí kvůli rozházeným ponožkám, začne řvát hystericky, a to se někdy všichni smáli, že to vypadalo, jako když bych vychovávala já ji a ne ona mně.*“

T.: „*V tom těhotenství, nebála jste se, jak se o miminko postaráte, jestli to budete umět?*“

R.: „*Já jsem k tomu vychovávána, abych se starala. Takže mi to nedělá žádný problém...*“

T.: „*Změnilo vás těhotenství nebo ne?*“

R.: „*Ne. Já jsem měla zodpovědnost za rodinu a teď mám zase zodpovědnost, takže je to jedno.*“ (Romana, 17 let, chlapec 1 měsíc)

T.: „*Myslíte si, že budete mít ten pocit, že jste matka?*“

R.: „*Já, co jsem byla doma, tak jsem se musela chovat v podstatě jak dospělá, protože jiná možnost nebyla. Buď jsem se o sebe dokázala postarat nebo nedokázala. Neuvaříš si, nejíš, neuklidiš, máš tu bordel.*“ (Sofie, 18 let, 9. měsíc těhotenství)

Jak se tedy ukazuje, -náctileté matky, které byly v minulosti v každodenním kontaktu s malými dětmi, příliš nedávají najevo nejistotu týkající se péče o své dítě a jeho výchovu. Kvalita poskytované péče je však sporná, jelikož –náctileté matky pouze výjimečné konzultovaly své „zkušenosti“ s jinými zdroji jako např. literaturou či odborníky v předporodních kurzech. Moderní poznatky pediatrie tedy mohou být v tomto směru opomenuty, neboť se často stává jediným a hlavním poradcem ve výchově a péči o dítě o generaci starší matka (více v textu níže).

U některých velmi mladých maminek byla znát určitá naivita. Tu přiznává s odstupem i devatenáctiletá Bára, která má již tříletého chlapce. Svůj přístup k dítěti, když jí bylo šestnáct let, popisuje jako hraní si s panenkou.

T.: „*Dělalo ti problémy se potom o Martina starat?*“ R.: „*Ne mě to bavilo. Já jsme ho měla jako hračku, jsem ho pořád přebalovala, převlíkala.*“ (Bára, 19 let, 3letý chlapec)

Na knihy a na literaturu zaměřenou na průběh těhotenství a péči o dítě se, jak již bylo řečeno, –náctileté matky příliš nespolehnají.

T.: „*Nemáte strach z toho, že se o to malinký nebudete umět starat?*“

R.: „*To já budu umět, protože já jsem se starala, můj strejda má taky družku, má s ní tři děti a já jsem je vždycky hlídala od malička. Takže já vím, jak s ním zacházet.*“

T.: „*Četla jste si k tomu nějaké knížky a tak?*“

R.: „*To nepotřebuju, protože všechno vím.*“ (Anna, 17 let, 8. měsíc těhotenství)

Informace prostřednictvím literatury získávala asi jedna třetina z nich. I tyto dívky však literaturu nepovažují za jediný a nejdůležitější zdroj. Jako užitečnější spatřují praktické informace od svých matek, případně od jiných maminek ze svého blízkého okolí. Předporodní kurzy, které jsou v současnosti velmi populární a mají maminku připravit jak na porod, tak na první dny a měsíce života s dítětem, navštěvovaly pouze dvě respondentky (Šárka, Jiřina). Nezáměr o kurzy pramenil jednak z pocitu, že už dívky vše o malých dětech

ví, ale nemalou roli sehrála i finanční náročnost těchto akcí<sup>78</sup>. Svůj vliv mohl mít i strach z konfrontace těhotné velmi mladé matky s prostředím, kde převažují starší ženy. Podobné obavy vyslovila patnáctiletá Lucie, která se již ve společnosti s otevřeným odsouzením setkala.

T.: „Chodíte na nějaký předporodní kurzy?“

R.: „Nechodím.“

T.: „Víte, že něco takového existuje?“

R.: „Jo vím, že to, ale mě to ani neláká, to jsem si říkala, že tam budou takový velký maminky a teď já tam budu s břichem nebo tak. Já bych se cítila jiná mezi nima.“

T.: „Takže z toho máte trochu strach?“

R.: „Hm. Už se tak dívají, když někam jdu, že jsem vlastně těhotná, a potom si povídají... Já jsem byla jednou i u doktora a tam jedna mi říkala, že kdybych byla její dcera, že by mě vyfackovala, a tak i u těch sestřiček to bylo taky takový, a venku mezi lidmi, které vůbec neznám, tak si taky hodně mluvili.“ (Lucie, 15 let, 8. měsíc těhotenství)

## Důvěra v mateřské instinkty

Objevilo si i několik případů, kdy sebedůvěra matek, pokud jde o péči o potomka, vyplývala z přesvědčení, že **mateřství je přirozená věc**, kterou není potřeba se výrazně učit. Mateřská role je tedy naplňována spíše **instinktivně**. Na dotaz, zda budou schopny se o dítě postarat, jsme pak obdrželi odpovědi ve smyslu „*Já jsem takovej mateřskej typ, myslím, že to zvládnou úplně v pohodě* (Alice, 19 let, 9. měsíc těhotenství)“ nebo „*Já si myslím, že to přijde, jako když je první milování, tak taky nevíte, jak do toho a najednou to jde...* (Patricie, 19 let, 4. měsíc těhotenství)“

Sedmnáctiletá Eliška odkazuje na mateřské instinkty při porovnávání přístupu -náctiletých a starších matek k péči o dítě.

T.: „A myslíte, že ty starší maminky jsou třeba schopny se o to mimčo lépe postarat, že mají víc zkušeností než třeba ty mladší maminky?“

R.: „Já myslím, že ne. Záleží na tom, jak to kdo cítí. Starat se o to dítě je takovej ten instinkt matky.“ (Eliška, 17 let, holčička 1 rok).

Ačkoliv naprostá většina –náctiletých matek neměla problémy s **mateřskou afiliací** a přirozeným vytvořením dyády matka-dítě, u některých dívek se mateřské instinkty naplno neprojevíly. Tzv. **odstup od role** jsme zaznamenali u čtyřech dívek (Nela, Kristýna, Lucie a Adéla). U Adély, jak již bylo popsáno výše, došlo k tomu, že tchýně svou intervencí zcela podkopala vztah matky s dítětem a postupně došlo k jejich úplné separaci. Nela a Kristýna se zase se svou rolí ještě nesžily a na dítě si postupně zvykají. Obě o sobě prohlašují, že se necítí

---

<sup>78</sup> Předporodní příprava a těhotenské cvičení jsou u většiny pojišťoven propláceny z tzv. kreditu prevence, který je většinou pro těhotné ženy ještě navýšen. Domníváme se však, že respondentky o této možnosti spíše nevěděly. Jedinou respondentkou, která využila refundaci prostřednictvím zdravotní pojišťovny byla devatenáctiletá Jiřina

být matkou, přestože obě o dítě plně pečují bez pomoci kohokoliv z rodiny v azylovém domě. Odstup Lucie je do jisté míry pochopitelný, jelikož Lucii ještě nebylo patnáct let a v době rozhovoru byla maminkou teprve čtrnáct dní.

*T.: „Připadáš si teď jako máma?“ R.: „Mně to vůbec nepřipadá, že je to moje miminko. Já si nepřipadám jak máma.“ (Lucie, 14 let, chlapeček 14 dní)*

*T.: „A dokázala jste si to představit, že budete mamka?“  
R.: „Tak ségra už měla děcko, tak jako koupat, a to, to už jsem uměla, ale jako, že já, já si to nepřipouštím ještě teďka jako... Si furt myslím, že ho někomu hlídám nebo...“  
(Kristýna, 19 let, holčička 2 měsíce)“*

*T.: „Když se vám narodila, cítila jste se od začátku jako maminka, brala jste to tak?“  
R.: „Ne, mně to vůbec nepřišlo, že jsem máma, kolikrát si myslím, že to není moje, že to mám jenom pučený.“ (Nela, 19 let, holčička 6 měsíců)*

Vědomý odstup od role si pěstovala během těhotenství i sedmnáctiletá Vlasta, která vážně uvažovala o adopci. *R.: „Dával mi hlavu na břicho, už kope konečně nebo co? Ale já jsem to opravdu nějak nevnímala.“ T.: „Ne? Ale vy jste si možná nechtěla vytvořit nějakou tu citovou vazbu.“ R.: „Jo přesně, kdybych ho eventuálně dala k adopci, no.“ (Vlasta, 17 let, 7denní chlapeček) I přes tyto snahy si Vlasta k miminku našla cestu a nedokázala ho opustit.*

## Spoléhání se na výpomoc ze strany rodiny či partnera

Jak jsme již psali v teoretickém úvodu ke kapitole, opora a zájem o život dívky a jejího dítěte ze strany rodiny, zejména matky, jsou velmi důležité, jelikož se pak dá spíše předpokládat, že o dítě bude dobře postaráno. Nemluvíme zde pouze o konkrétní fyzické či materiální pomoci, ale také, a to především, o pomoci emocionální, která přispívá k lepšímu zvládnutí zvýšené stresové zátěže spojené s výkonem nové role. Emocionálně vyrovnané dívky se pak dokáží o své děti postarat lépe než dívky, které se s novou rolí v životě musí vyrovnávat samy.

Málokteré –náctileté matce se poštěstí, aby jí s péčí o dítě pomáhal jeho otec. V kapitole 6.1 („Partnerské vztahy s otci jejich dětí“) jsme již zmiňovali, kolik matek ani neuvedlo své partnery jako otce do rodného listu dítěte a kolik partnerství ztroskotalo ještě před jeho narozením. Pouze necelá polovina dívek sdílí s otcem dítěte domácnost. Tento fakt však ještě neznamená, že se otcové ve výchově dětí výrazněji angažují. Pokud jsme se ptali na pomoc s péčí o dítě, žádná matka spontánně nezmínila jako hlavního pomocníka svého partnera. Zásadní oporou jsou většinou matky, tj. babičky dětí, které nezřídka přebírají roli toho, kdo má vedle matky dítěte také zodpovědnost za narozené dítě a často nahrazují „druhého

rodiče<sup>79</sup>. Pokud jsou vztahy v rodině nenarušené, pak většinou těhotné dívky na svou matku bezmezně spoléhají a berou jí jako naprosto spolehlivý zdroj informací týkajících se péče o dítě.

*T.: „A bojíte se toho, jak to budete zvládat, jako jak se o mimčo postaráte?“*

*R.: „No, tak toho se nebojím. Já nevím, já se prostě na jednu stranu furt spolím na mámu...Máma už má zařízenou dovolenou, na ty začátky, jo? A hlavně jako vim, že já porodím, třeba můžu bejt chvíli doma a pak můžu jít do práce, protože máma je vlastně ráno doma a chodí až ve čtyři hodiny do práce.“*

*T.: „Sháníte si nějaký informace, právě o tom těhotenství, o porodu, o tom, jak se potom o mimčo starat a tak? Máte nějaký knížky?“*

*R.: „Ne. Já mám mámu...já si myslím, že třeba i ty knížky a takhle, to je na nic. Jako prostě když to můžu mít naživo, máma to prostě prožila, máma odrodila pět dětí prostě, tak se zeptám prostě odborníka.“ (Aneta, 18 let, 5. měsíc těhotenství)*

V případě deseti dívek, místo kterých šly na mateřskou, respektive rodičovskou dovolenou jejich matky (srovnej kapitolu 5.2.2.6, „Silný pozitivní vliv rodiny“), nelze hovořit o úplném vyvázání se z mateřské a pečovatelské role. Za mladou maminku přebírá pečovatelské povinnosti její matka zejména v případě, kdy dívka dodělává školu nebo se snaží finančně zajistit rodinu.

Patnáctiletá Lenka otěhotněla s chlapcem, který se s ní rozešel ještě před tím, než mu o těhotenství řekla. Těhotenství dlouho tajila. Když se o tom, že je Lenka v jiném stavu, dozvěděli rodiče, na interrupci bylo již pozdě. Nicméně rodiče Lenky se postavili k nastalé situaci čelem a poskytli své dceři veškerou možnou pomoc. Jelikož Lence ještě nebylo v době porodu 16 let, musela se stát opatrovníkem svého vnuka babička, která šla zároveň také na mateřskou dovolenou. Potom, co Lenka dovršila osmnácti let, se s matkou na rodičovské dovolené vyměnily. Lenka si během doby, kdy byla matka na mateřské dovolené, dodělávala rekvalifikaci v oboru kuchařka a chodila si brigádně přivydělávat. Lenka přiznává, že ze začátku se o jejího syna starala více matka, ale že se během času vše naučila a nyní je hlavní pečovatelkou ona sama.

*R.: „Ze začátku určitě mamka, protože já jsem o tom nic nevěděla, taky jsem se jí ptala, jak co mám dělat, tak mě to všechno ukazovala, mamka se bála u mě nechat ze začátku spát malého, abych ho nezalehla, tak spal vedle ní chvíli a potom jsem se to každým dnem učila čím dál víc.“*

*T.: „Teď teda myslíte, že už plníte tu roli matky?“*

*R.: „Mamka mi občas taky ještě pomůže, protože já většinou uklízím, vařím, mamka zatím zabaví malého.“*

*T.: „A vy jste dělala co v té době [kdy byla matka na mateřské]?“*

---

<sup>79</sup> Fenomén druhého rodiče „second parent“ popisuje ve své knize „Adolescent mothers in later life“ i Frank Furstenberg (1987), který zasvětil výzkumu časného rodičovství většinu své vědecké kariéry.

R.: „Pak to byly spíš takové brigády, že to nebylo na furt. „Na Blázinci“ jsem dělala v kuchyni, pak mě chytly strašně záda, takže jsem byla po rehabilitacích, takže jsem toho musela nechat, protože si tam zatím, co jsem byla nemocná, našli náhradu. Hlavně jsem nechtěla dělat nikde ty dvanáctky, osmnáctky kvůli malýmu, že já jsem ho skoro vůbec nevidala, mně hrozně chyběl.“ (Lenka, 18 let, 3letý chlapeček)

Výše zmíněné řešení péče o syna nezletilé těhotné dívky výstižně uvádí problematiku, kterou v souvislosti s kvalitou péče o děti narozené mladým matkám nelze opomenout, a sice, že v životě mladých matek hrají důležitou roli tzv. „**konkurenční aktivity**“ nebo bychom také mohli říci „**konkurenční povinnosti**“, které odvádějí matky od jejich dětí. Hlavní konkurenční aktivitou je v případě adolescentních matek škola. Lenka, která odešla z učebního oboru v prvním ročníku, si bezprostředně po porodu dodělávala rekvalifikaci v oboru kuchařka. Patnáctiletá Johana, která v době rozhovoru měla těsně po porodu, rovněž plánuje chodit od nového školního roku do školy.

T.: „Plánovala jste, že půjdete někam dál, když vám to ve škole šlo?“

R.: „Jo. Já se jdu teďka učit na prodavačku.“

T.: „Jak to uděláte s malou, kdo vám bude hlídat?“

R.: „Máma. Já jí ráno nakojím, máma jí bude dávat přes den Sunar a já jí zas večer nakojím.“

T.: „Takže určitě si chcete udělat ten výuční list?“

R.: „Jo.“ (Johana, 15 let, holčička 4 dny)

Nutno dodat, že společenský diskurz spíše vyzdvihuje –náctileté matky, které se věnují škole, přestože jsou jejich děti ještě malé, a naopak se negativně pohlíží na matky, které „pouze“ zůstávají s dětmi doma a plně se jim věnují.

Vzhledem k sociálnímu systému ČR mladé matky většinou nemusí po dobu mateřské a rodičovské dovolené do zaměstnání, pokud ji za ně nepobírá jiná osoba. Zaměstnání jako „konkurenční aktivita“ tedy není ve většině případů u –náctiletých matek aktuální.

Intervence matek-babiček, pokud jde o výchovu a péči o dítě, nemusí být ze strany mladých maminek přijímána výhradně pozitivně a může vést k řadě vypjatých situací a **emočnímu strádání**. Krajním případem, kdy matka přišla zcela o vliv na výchovu svého dítěte, je případ již zmiňované dvaadvacetileté Adély (srovnej kap. 5.2.2.6, „Silný pozitivní vliv rodiny“). Obavy z přílišné angažovanosti matky měla i sedmnáctiletá Jarka, která si rovněž plánuje dokončit střední školu. Rodiče Jarce poté, co neplánovaně otěhotněla, nabídli pomoc, hlavně z důvodu pokračování ve studiu. Jejich podmínkou však bylo, že se jejich vztah s dcerou nezmění tj. dcera bude stále v roli dítěte, které musí své rodiče poslouchat. „No, řekli, že pokud vlastně budu žít tady s nima, budou se o mě starat, tak potom musím poslouchat (Jarka, 17 let, 6. měsíc těhotenství)“ Jarka tuto podmínku chápe, ale přesto má ze soužití obavy, zejména pokud jde o rodičovskou autoritu a výchovu svého dítěte.

R.: „No my jsme se domlouvaly s mamkou tak vlastně, že ona nastoupí ted'ko na mateřskou místo mě, abych nemusela přerušovat studium a dodělám si školu a pak [až bude Jarce 18 let] vlastně se to přepíše zpátky na mě.“

T.: „Nebojíte se, že třeba, když se vlastně mamka bude starat o to mimčo, nebude si ho trochu přivlastňovat? Nebojíte se toho?“

R.: „No toho se právě taky trošku bojím, ale s mamkou jsme se o tom bavily a vlastně já budu asi tak dva měsíce doma, asi pak nastoupím do školy a přemejšlela jsem spíš o tom, že po tu dobu, co budu doma, že budu jezdit aj s malou prostě pryč [k rodičům přítele], aby nebyla furt s mamkou, aby si na ní mamka moc nezvykala.“ (Jarka, 17 let, 6. měsíc těhotenství)

Osmnáctiletá Jana romské národnosti jako jediná přiznává, že o dítě pečuje intenzivněji její matka než ona sama. Z rozhovoru je však zřejmé, že Jana k zodpovědnosti ještě nedozrála. První den po propuštění z porodnice se šla bavit na diskotéku. Svou holčičku sice kojí, ale říká, že není problém kamkoliv zajít, jelikož ji v kojení může zastoupit švagrová pečující rovněž o malé dítě. Obecně byla **mezi romkami mezigenerační výpomoc** v péči o dítě poměrně častá a respondentky-romky příliš neřeší problém, zda se o dítě budou umět postarat, neboť vždy je v rodině přítomen někdo, kdo již má s péčí o malé děti zkušenosti.

T.: „Nebála jste se toho, když jste byla těhotná, jak se o to malý postaráte?“

R.: „To jsem se bála, jestli to budu umět nebo tak. Ale to, že mám mámu, ta mi pomůže.“

T.: „A co ted' řekla byste, že se o ní stará víc máma nebo víc vy?“

R.: „Asi máma víc.“

T.: „A není vám to líto?“

R.: „Jo je, ale když chci něco udělat, tak.. jdi pryč, ty to neumíš, já si to udělám sama. Já jsem taková pomalá, ale už se učím. Ale ještě se bojím koupat, to mám strach.“ (Jana, 18 let, holčička 1 měsíc)

Ačkoliv je pro Janu určitě možnost spolehnout se na pomoc matky pohodlná, přiznává, že je jí občas líto, když si nemůže dělat věci po svém a její jednání je neustále kontrolováno. Je zřejmé, že za těchto okolností bude pro Janu proces budování vlastní identity, dospívání a osamostatňování se od rodiny nelehkým úkolem. Lze předpokládat, že podobná dynamika rolí v rodině nepřispívá pozitivně k vybudování dostatečně silného vztahu mezi matkou a dítětem.

Hovořili jsme o dívkách, které se spoléhají při péči o dítě na pomoc své matky. Je však nutné zmínit i opačnou situaci dívek, které se v době těhotenství nebo již s dítětem ocitly v azylovém domě či výchovném ústavu pro nezletilé matky s dětmi. Tyto dívky se na oporu rodiny spolehnout nemohou. Je zřejmé, že jejich rodiče mají často problémy sami se sebou a je pro ně zátěží ještě podávat pomocnou ruku dceři, která v době těhotenství a rané fáze mateřství pomoc potřebuje. Objevují se i případy, kdy je situace obrácená a dcera se musí vyrovnat jak sama se sebou, tak musí podat pomocnou ruku svým rodičům.

Světlana, která bydlí i po porodu se svými rodiči, popisuje těžkosti s otcem alkoholikem a



matkou, která jeho stavy psychicky nezvládá. Řešení praktických věcí v domácnosti tedy většinou zbude na ní samotné včetně splácení dluhů. „*Prostě já, když jsem byla sama, než jsem si našla přítele, tak vlastně když jsem chtěla, aby mi nějak pomohli jako, že bych se osamostatnila a to, tak to nešlo, protože máma, ta z něj [z otce] byla úplně pryč...on taky prostě pije, pije, pije, takže občas se stalo, že nezaplatil, jo. Máma na to už jako [neměla] nervy, takže já jsem tady řešila problémy ještě za ně vlastně. Jsem chodila po bytáčkách a platila dluhy...*“ (Světлана, 23 let, holčička 4 roky)

### 7.1.3 Neznalost a pokora

Mezi dotázanými se samozřejmě vyskytly i dívky přiznávající určitou nejistotu, která se nejen v jejich situaci, ale i v situaci starších matek, zdá být přirozená. Nedopustíme se snad přílišné spekulace pokud řekneme, že větší váhání a pochyby, zda se budou schopny vyrovnat s péčí o dítě, jsme paradoxně zaznamenali u dívek, které celkově působily velmi bystře a v porovnání s ostatními i vyrovnaněji. Řčení „Vím, že nic nevím“ se zdá být v tomto případě na místě.

*T.: „No a když jste otěhotněla, neměla jste strach ...?“*

*R.: „Určitě jsem měla strach.“*

*T.: „A kdo vám nejmíc poradil v tom, jak se o to malý starat a tak?“*

*R.: „...Ta moje gynekoložka objednává 3 knížečky...tak tam jsem si to všechno vyčetla, no ale jako samozřejmě, že jsem se bála, ale podporovali mě, že to prostě zvládnou. No a nejmíc v porodnici jsem se asi bála koupání, protože tam ho musíte mít takhle na ruku a pod vodovod, to jsem se prostě hrozně bála jako jo, to jsem byla úplně celá mokrá a opravdu jsem se bála, ale jinak to bylo dobrý no.“ (Andrea, 20 let, chlapeček 1,5 roku)*

Určitou nejistotu přiznává i osmnáctiletá Sofie, ačkoliv studovala necelé tři roky na střední zdravotnické škole. Tato nejistota se však dá považovat za „zdravé váhání“, jelikož respondentka přesně věděla, kde a u koho má shánět informace v případě, že by si s péčí o dítě nevěděla rady.

*T.: „Čtete si nějaký knížky, jak se postarat a tak?“*

*R.: „Já mám za sebou dvě učebnice pediatrie, tak nějaký ty základy tam jsou. Tři synovci, tak to je další velkej základ.“*

*T.: „Nemáte strach z toho, že byste se nedokázala postarat, až se to narodí?“*

*R.: „Moc si jistá nejsem, ale co zbývá jiného, že?“*

*T.: „Tady [v azylovém domě] vám může někdo pomoci?“*

*R.: „Tady mají holky děcka, tak když nebudu vědět, tak mi poradí. Mám číslo i na poradnu, tak můžu volat i do poradny.“ (Sofie, 18 let, 8. měsíc těhotenství)*

Váhání a neznalost zpětně přiznává i osmnáctiletá Ema, která má již ročního chlapečka. Jak je ale patrné, určitá nejistota vede k většímu zájmu o problematiku a je hnacím motorem aktivit vedoucích ke zkvalitnění péče o dítě. Ema se snažila svou situaci konzultovat jak

s literaturou, tak se svou matkou – zdravotní sestrou, a to přesto, že spolu nevycházely, aby pak následně došlo ke ztotožnění se s rolí matky a adaptaci na novou situaci.

*T.: „Když jste byla těhotná, neměla jste strach, jestli se budete umět postarat o to mimčo?*

*R.: No tak já jsem si koupila knížky časopisy, drahý všechno to bylo, bála jsem se jak budu kojít, jak mám držet flašku, bála jsem se hodně...měla jsem strach, že ho nemůžu držet.“*

*T.: „Poradila vám tady v tom máma nebo ne?“*

*R.: „Jo, jak si to mám uspořádat, protože v porodnici vám ho strčejí a dělejte si s ním co chcete... já jsem nechtěla být doma sama, takže tam někdo pořád se mnou byl, nevěděla jsem, jak ho mám oblíct, já jsem vůbec nevěděla, co s tím mám dělat. Doma mi pomohla mamka, jak ho mám přebalovat a ty postupy u všeho na tom to vlastně záleží. Potom jsem si to udělala podle sebe, jak mi to nejvíc vyhovuje a tomu děcku.“ (Ema, 18 let, chlapeček 1 rok)*

Extrémním případem, kdy je dívka zmitána řadou pochybností, zda je vůbec schopna pečovat o dítě, je případ dvaadvacetileté Adély, o které jsme již psali dříve (viz kapt. 5.2.2.6). Adéla vyrůstala v dětském domově, její partner je v současnosti ve výkonu trestu za loupežné přepadení a prvorozený syn je i přes její nesouhlas v péči tchýně. Adéla bere ztrátu prvního syna jako velké selhání. Proto také při druhém dítěti zažívala velikou nejistotu a z obavy, že se nebude umět o dítě postarat, dokonce uvažovala o interupci. Nakonec, i přes vyřešení bytové situace přidělením obecního bytu, se Adéla rozhodla uchýlit do azylového domu, kde se jí dle očekávání dostává potřebné opory a pomoci s péčí o dítě.

*R.: „Já jsem na tom byla tak psychicky blbě a ta paní vedoucí [azylového domu] se dověděla, co oni [rodina přítele] se mnou dělají, tak ona [vedoucí azylového domu] mi nabídla, že se můžu vrátit zpátky, že mají zrovna volný pokoj. Já jsem nechtěla, ale nakonec jsem si řekla, že to budu mít lepší a vrátila jsem se. A teď jsem šťastná, že tady jsem. Protože nevím, jestli bych se tam dokázala postarat o toho Igora, já vůbec nevím. A když mi vzali toho malého [prvorozeného syna], tak jsem z toho byla úplně v šoku a byla jsem na tom hrozně psychicky blbě.“*

*T.: „A nebála jste se, jak to budete zvládat se o něho starat?“*

*R.: „Bála jsem se, protože u Dominika mě ona [tchýně] urážela tím, že se o něj neumím starat a že jsem taková a taková a že budu jako moje matka<sup>80</sup>, ale potom, jak se Igorek narodil, tak uběhl měsíc, tak jsem si říkala, že se o něj umím starat a dokazovala jsem si, že nejsem taková, jak ona říká, tak jsem byla šťastná, že to dokážu.“ (Adéla, 22 let, chlapci 2 a 4 roky)*

---

<sup>80</sup> Matka Adély byla několikrát trestána a Adéla prožila téměř celé dětství v dětském domově.

### 7.1.4 Změna životního stylu/ pocit dospělosti

Zodpovědnost za dítě za to, jak roste a prospívá, je svázána s nevyhnutelnou změnou životního stylu. Jako zásadní změnu pociťují, jak těhotné respondentky, tak respondentky, které se již staly matkou, omezení týkající se pobytu ve společnosti svých vrstevníků. Na zábavu poplatnou jejich věkové skupině např. návštěva diskoték, kina a barů či poflakování se na lavičkách v parku nemají čas a většinu z nich podobný styl trávení volného času již ani neláká. Hodnotnějším způsobům trávení volného času jako jsou např. sportovní aktivity, návštěva jazykových kurzů nebo jiné kulturní zájmy se dívky většinou nevěnovaly ani před otěhotněním<sup>81</sup>. V naprosté většině případů se dívky necítí být se svými dětmi izolovány a večerní zábava, i když není dostupná tak často jako před těhotenstvím, také není vyloučena díky pomoci rodiny, která se snaží s dětmi pomáhat.

*T.: „Vám není líto, že ostatní holky dělají úplně jiné věci než se starají o miminko?“*

*R.: „Vždyť já nejsem jenom doma, já vím, že je to závazek, ale přijde mi to menší závazek, než mi všichni vyprávěli. Že to bude strašný, že vůbec nevím, do čeho se ženu. Není to tak hrozný. Dá se dělat spoustu věcí i s dítětem.“ (Iveta, 18 let, holčička 3 měsíce)*

*„Že bysme museli chodit na nějaký diskotéky nebo párty, to už ne. Maximálně dvakrát do roka, když je něco extra, dáme syna pohlídat. A teď zase naopak Martin [partner a otec syna] už moc nikam nechodí, protože doma jsme sami a máme tam svůj klídek. Naopak si pozveme spíš nějaký kamarády, takže, že aby to byla extra velká překážka ten mrňous, tak bych řekla, že až tak ne.“ (Linda, 20 let, chlapeček 1 rok).*

Stejně jako v předchozí citaci Linda, i další dvě dívky (Alice a Eliška) uvedly, že není problém se stýkat s kamarády, protože za nimi vždycky rádi přijedou. Většina jejich kamarádů je ještě bezdětných, takže to pro ně prý nepředstavuje větší problémy.

*T.: „Změnil se ten váš život, před tím jste asi hodně chodila ven.“*

*R.: „No, chodila jsem na diskotéky, ale teď co vím, že jsem těhotná, tak nic a už mě to ani nebaví.“*

*T.: „Nebaví vás to proč, taky kvůli tomu, že jste opatrná na to dítě?“*

*R.: „Ne, že jsem opatrná, já nevím, já se cejtím tak jako, jak jsem zjistila, že jsem těhotná tak taková jiná...“*

*T.: „Jako dospělejší?“*

*R.: „No jako dospělejší. Chci být doma celý to těhotenství a až se to narodí, tak budu doma.“ (Marie, 18 let, 4. měsíc těhotenství)*

---

<sup>81</sup> „To byly takový ty sídlištní partičky, seskupení na lavičce, každodenní nuda. Teď jsem objevila, že se dá dělat spoustu věcí. Jezdíme na kole třeba i po Praze, neznám ještě spoustu míst. Určitě se už tolik nenudím. Na základce jsem přišla domů, najedla jsem se, podívala jsem se na oblíbený seriál a vypadla jsem ven. Chvilí jsem hledala někoho, za kým bych se stavila. Pak se sešlo 4-5 lidí a seděli někde na lavičce a přemýšleli, co budou dělat.“ (Iveta, 18 let, hočička 3 měsíce)

Odpoověď na otázku, proč dívky ztrácejí zájem o volnočasové aktivity svých vrstevníků, lze hledat i v odcizení témat ke společné konverzaci. Dívky se ve společnosti vrstevníků, jejichž životní styl, hodnoty a cíle jsou diametrálně odlišné od těch jejich, necítí dobře. Častým argumentem dívek vysvětlujícím neporozumění si se svými vrstevníky je zesílený **pocit dospělosti** pramenící z nově nabyté zodpovědnosti.

T.: „Není vám teď líto, že jste si neužila ty nejlepší léta bezstarostnosti?“

R.: „Jsou to jistě starosti, ale i s těma starostma se dá užívat. Když mamka pohlídá, můžu jít na pivo, není to tak hrozný, že sedím doma jako puška. Když vidím ty děcka na diskotéce, jak tancují, tak se mi tam ani nechce jít, v těch 18 jsem už tak stará, že mě to už ani moc nebaví.“ (Ema, 18 let, chlapec 1 rok)

T.: „Cítíte se být dospělá?“

R.: „Jak kdy...Nepřemýšlím nad těma věcma, nad kterýma přemýšlejí holky v mém věku, že prostě ty chtějí chodit na diskotéky, pobavit se mezi klukama, a o to já už vůbec nestojím. Já, když se jdu někam podívat, tak jdu na hodinu a můžu vám říct, že se nudím, tam si sednu, začne mě bolet hlava, tam to duní prostě jsem si odvykla. Já jsem se už myslím dost natancovala.“ (Helena, 17 let, 8. měsíc těhotenství)

Jak již bylo uvedeno, u některých dívek je vazba na dítě velmi silná, a z tohoto důvodu dívky uvádějí, že i když mají možnost jít do společnosti, ani si nedokáží zábavu užít, jelikož musí stále myslet na to, zda je jejich dítě v pořádku.

T.: „Necítíte se v těhotenství izolovaná, když vaše vrstevnice mají úplně jiné zájmy?“

R.: „Ne necítíte. Já když chci jít s holkama ven, tak jdu. Hlídaní mám. Ale ani se mi moc nechce, vždycky myslím, jestli spí nebo toto. Ještě je malá.“ (Míša, 19 let, holčička 2 roky)

„...Já když, když mě po tom půl roku někam vytáhli, tak já opravdu byla během dvou hodin zpátky, jo. Protože já prostě na tom dítěti byla vyloženě závislá, jo. A prostě jsem se od ní nehla.“ (Světlana, 23 let, holčička 4 roky)

Výše uvedený „**pocit dospělosti**“ je zajímavý nejen ve vztahu k ostatním vrstevníkům, ale i ve vztahu k partnerovi a k dalším členům rodiny, se kterými dívky zpravidla sdílejí stejnou domácnost. V kapitole 6.1 jsme již zmínili, že právě změna náhledu na svět a změna životního stylu spojená s otěhotněním a rodičovstvím, které se většinou dotýká více dívky než jejího partnera, jsou jedněmi z hlavních příčin rozpadu mladého páru. Partneři si přestávají rozumět a mají každý jiné priority. Dále je vnímání své dospělosti odrazem toho, kde se dívky nacházejí v procesu budování **vlastní identity**. Aniž by o tom věděly, výstižně se tohoto fenoménu dotkly osmnáctiletá Antonie a stejně stará Klára. Obě totiž vyzdvihly k tomu, aby člověk dosáhl dospělosti, **jiné životní zkušenosti a dovednosti než je mateřství**.

R.: „Když každý říkal, že v 18 si můžeš dělat, co chceš, tak já jsem říkala, že já se v 18 necejtím dospělá, i když třeba budu matkou ... Až pojedu do Ruska, tak budu dospělou.“ (Antonie, 18 let, 3.měsíc těhotenství)

T.: „Cítíte se už jako dospělá?“

R.: „Tak já nevím, ale hlavně, že se dokážu o to dítě postarat.“

T.: „To jo, ale sama na sobě?“

R.: „Dospělá, možná až budu mít nějaký to vzdělání, tak to možná budu dospělá.“

(Klára2, 18 let, chlapeček 2 měsíce)

Kasuistiky ukazují, že dívky, které mají partnera, s nímž sdílejí společnou domácnost, ať již s rodiči nebo samostatně, si o sobě spíše myslí, že jsou dospělé, než dívky, které žijí pouze s rodiči. Je zřejmé, že u dívek, které zůstávají samy s rodiči, je poněkud problematické opustit roli závislého dítěte a vybudovat si vlastní identitu<sup>82</sup>. Tento problém se týká velkého počtu –náctiletých matek a není tedy překvapivé, že naprostá většina respondentek si myslí, že se nachází někde **mezi dětstvím a dospělostí**, což je, vzhledem k jejich věku, adekvátní. Otázkou je, zda je tato pozice adekvátní i vzhledem k mateřské roli, kterou musí plnit.

T.: „A cítíte se být dospělá ... že prostě už jste dospělá?“

R.: „Ne, ne, v žádném případě.“

T.: „Ještě ne? Ještě si myslíte, že to nedospělo do toho stádia?“

R.: „Myslím si, myslím si, že v devatenácti člověk ještě není vůbec vyzrálý.“

(Jiřina, 19 let, 7. měsíc těhotenství)

T.: „Takže cítíte se být už dospělá?“

R.: „Ne“

T.: „Jste stále dítě ještě, které musí poslouchat maminku?“

R.: „Jo.“ (Lucie, 15 let, 8. měsíc těhotenství)

T.: „Řekla byste o sobě, že už jste dospělá nebo ještě ne?“

R.: „Já nevím.“

T.: „Jak se cítíte? Cítíte se ještě jako dítě nebo jako dospělá?“

R.: „Taková mezi.“ (Erika, 15 let, 6. měsíc těhotenství)

Vraťme se ale od diskuse vnímání dospělosti na základě přijetí důležité životní role-role rodičovské, k diskusi změny životního stylu. Ne všechny dívky vypověděly, že je život, který vedly před otěhotněním neláká, a že se necítí být díky dítěti izolovány. Ve dvou případech se jednalo o dívky, které se jejich matky snaží chránit před vnějším světem a možná i před nimi samotnými. Již několikrát v tomto textu zmiňovaná sedmnáctiletá Svatka, která před tím, než

---

<sup>82</sup> Počet –náctiletých matek, s nimiž zacházejí vlastní rodiče jako s malými dětmi se nám podaří zjistit jen stěží. Jako ilustraci však uvedme zkušenost z terénu, kdy jsem zazvonila na respondentku (Marie, 18 let, 4. měsíc těhotenství), od které jsem sice měla souhlas k rozhovoru, ale neměly jsme přesně stanovený jeho termín. Vzhledem k tomu, že respondentka nebyla z Prahy, snažila jsem se jí přemluvit, aby si na mě našla čas. Marie, ačkoliv byla doma, mě odmítla, že má hodně povinností v domácnosti, a že je musí mít splněny, než přijde její matka domů. Domluvily jsme se tedy, že přijdu za hodinu a půl a rozhovor, který byl velmi otevřený a spontánní, proběhl v autě. Rozhovor byl ukončen její matkou, která si pro svou dceru přišla a začala na ni nevybíravě křičet, že si nemůže dělat co chce, a že jí doma postrádá otec.

otěhotněla, bojovala s drogami, si v rozhovoru relativně otevřeně stěžuje na nedůvěru své matky a na její neochotu pohlídat vnuka, když chce jít Svatka za zábavou.

*T.: „Změnilo vás to hodně, mateřství?“*

*R.: „Určitě. Ale máma říká, že jak jsem s holkama, třeba venku odpoledne, tak říká, že jsem zase úplně jiná, že jak jsem s níma, tak jsem drzá. Malému je 8 měsíců a od té doby jsem byla 2x v kině do půl deváté a v devět doma. Máma ho nehlídala ještě nikdy v noci. Ona má strach, že budu chodit na diskotéky a ani jí nenapišu, kdy přijdu. Máma se zase o mě bojí.“ (Svatka, 17 let, chlapec 8 měsíců)*

Svatka svou izolaci způsobenou mateřstvím nese velmi těžce a bývalí kamarádi jí chybí. Přesto říká, že by svého syna za svoje staré přátele nevyměnila. Ostatním dívkám by však poradila, aby si dávaly větší pozor a s mateřstvím počkaly. *T.: „Kdyby se vás někdo zeptal...“ R.: „Tak bych mu řekla, ať to nedělá takhle brzo, protože je to hrozné omezení, všechno končí. Já jdu maximálně do Delvity na procházku a s mámou se hádám, na co si kupuju džíny, když je nemám kam vzít.“ (Svatka, 17 let, chlapec 8 měsíců)*

Vliv matky na společenský život a volnočasové aktivity je rozhodující i u patnáctileté Lucie.

*T.: „A to že už nemůžete chodit na diskotéky s kamarádkama?“*

*R.: „No to mi chybí.“*

*T.: „To vám chybí hodně? Chodila jste na diskotéky?“*

*R.: „Chodila jsem pořád s holkama, ze začátku toho těhotenství jsem taky chodila, ale potom jsem nechodila, protože mě mamka nechtěla ani tak pouštět.“ (Lucie, 15 let, 8. měsíc těhotenství)*

Svoje možnosti pokud jde o volný čas bilancuje zpětně i jedna z nejstarších respondentek tříadvacetiletá Katka, která je již dvojnásobnou matkou. Na dotaz, zda by si přála, aby bylo něco v jejím životě jinak, odpověděla: *„No, vyřadila bych se asi, bylo by to lepší, bylo by to bez těch problémů, co jsme měli předtím, že jsem chtěla někam jít a musela jsem být doma, tak jsem kvůli tomu byla hodně nešťastná. No, měla bych nějakou školu, že jo... měla bych tím pádem práci a peníze, no takže by to bylo lepší i finančně.“ (Katka, 23 let, děti 5 let a 3 roky)*

Naopak dívky, které neměly před otěhotněním příliš přátel, se na dítě těší jako na společníka a někoho, kdo je z izolace vyvede. Tento fakt je úzce vázán na životní strategii a rozhodovací proces následující těhotenství, kdy si dívka výslovně přeje mít dítě (srovnej kapitola 5.2.2.1).

*T.: „Nemáte strach, že budete izolovaná, když budete s malým doma?“*

*R.: „Ne, já bez Martina [partner] stejně nikam nechodím. Jsem na něm taky závislá, když on byl v práci, tak já jsem byla pořád doma, protože ta kamarádka ta teď bydlí v Chomutově ...jinak tady nikoho nemám, tak budu ráda, když bude v práci, že budu mít někoho doma. Že se budu mít o koho starat, že nemusím jít sama ven. Chtěli jsme psa*

vlčáka a to v podnájmu nejde, protože jsme se pořád stěhovali, to jsme nemohli mít, tak teď budu mít zábavu.“ (Dana, 19 let, 9. měsíc těhotenství)

## 7.2 Vzdělanostní aspirace a kariéra –selhání v roli nebo konflikt rolí

### 7.2.1 Propojení vzdělání a atributů vedoucích k časnému rodičovství

Je nesporné, že řada tematických okruhů prezentovaných v této práci je vzájemně provázána. Stejně jako sociální opora prostupuje většinu zde rozebíraných fenoménů, faktor vzdělání je dalším „universálem“, který zasahuje do rozhodování, jednání a životních situací námi zkoumané skupiny žen. Abychom hovořili konkrétně, aspirace týkající se vzdělání a dobrý prospěch ve škole totiž hrají např. významnou roli jako ochranné faktory proti neplánovanému rodičovství. Podle *Landryho (1986)* je rozhodnutí pro interrupci častější u dívek majících více školních plánů do budoucnosti a těhotné dívky, které se rozhodly dítě donosit, měly průměrně nižší vzdělání než ty dívky, které volily UPT. Vzdělání je také spojováno se znalostí kontracepčních metod a regulací plodnosti (*Hanson, 1987 in Corcoran, 1999*). Dále je vzdělání významným prediktorem socio-ekonomického statusu, je vstupenkou na trh práce a tedy i prediktorem životní úrovně –náctiletých matek a jejich dětí. Navíc bylo prokázáno, že ekonomická situace –náctiletých matek má na zdravý vývoj jejich dětí podstatný vliv. Vzdělanější matky se totiž dětem více věnují, více si s nimi čtou, mají doma knihy a dokáží lépe verbalizovat projevy své či dítěte (*Furstenberg a kol., 1987*).

### 7.2.2 Nižší vzdělání –náctiletých matek

Řada studií prokazuje, že ženy, které měly své dítě před dosažením dvacátého roku věku, mají nižší vzdělání než ženy, které své natalitní plány realizovaly později. Např. *Klepinger et al. (1995)* ve svém longitudinálním výzkumu zjistil, že –náctileté matky mají za sebou signifikantně méně let školní docházky než starší matky, a to i po kontrole ostatních proměnných popisujících personální charakteristiky a socio-ekonomické zázemí respondentek.

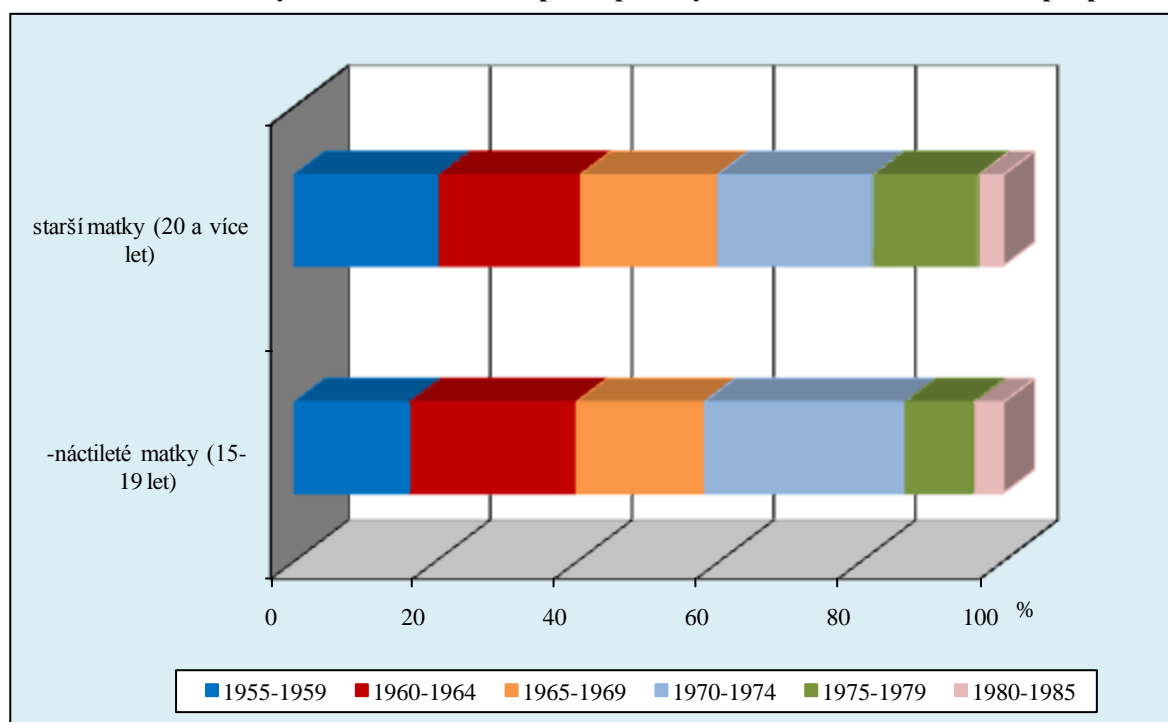
K ilustraci poměrů v České republice jsme využili datový soubor GGS 2005<sup>83</sup>. Výběrový soubor jsme zúžili pouze na ženy, které svou plodnost realizovaly v šedesátých letech a

---

<sup>83</sup> Jedná se o mezinárodní projekt., který byl v České republice realizován pod názvem „Muži a ženy v ČR: životní dráhy a mezigenerační vztahy (GGS: Generations and Gender Survey)“ v rámci grantového projektu MŠMT „Aktivní stárnutí, rodina a mezigenerační solidarita“ (č. 2D06004). Realizaci projektu zajišťovala Katedra demografie a geodemografie PřFUK a VÚPSV. Data byla sbírána v únoru až září roku 2005 metodikou pravděpodobnostního stratifikovaného výběru. Výběrový soubor čítal 10 006 respondentů české národnosti ve věku 18-79 let.

později. Nejstarší ženy v naší analýze dosáhly v roce 2005 maximálně padesáti let. Ve zúženém souboru se vyskytovalo 334 žen, které porodily své první dítě do dvaceti let. Je evidentní, že zde prezentovaná kvantitativní analýza slouží pouze k dokreslení situace představené na základě kvalitativního výzkumu. Hlavní omezení představuje sama okrajovost studovaného tématu a tedy i nízké zastoupení –náctiletých matek v jednotlivých kohortách. Konkrétně u porovnávání vzdělanostní úrovně je věk žen a doba, kdy procházely školským systémem, velmi důležitá. Těžko však můžeme s takto malým zastoupením sledovat generace žen odděleně. Na výsledky, které jsou popsány níže, je tedy nutné pohlížet s tímto vědomím. Zkreslení však nemusí být výrazné, jelikož struktura výzkumného souboru obou sledovaných skupin tj. –náctiletých a starších matek je v třídění podle ročníku narození velmi podobná (viz. graf 7.1)

**Graf 7.1: Struktura výzkumného souboru podle pětiletých kohort narození a věku při porodu**



Zdroj: Vážený soubor GGS2005, respondentky 18-50 let.

Analyzujeme-li soubor za všechny ženy-matky, je zřejmé, že ženy, které porodily své první dítě jako –náctileté, dosahují v průměru nižšího vzdělání, než ženy, které rodičovství odkládaly do vyššího věku. Ze sledovaného souboru vystudovalo vyšší odbornou školu nebo dosáhlo na vysokoškolský titul pouze 3 % adolescentních matek. Mezi staršími matkami to bylo o necelých deset procentních bodů více. Statisticky významný rozdíl<sup>84</sup> mezi -náctiletými a staršími matkami je patrný i pokud jde o dosažení středního vzdělání s maturitou. Zatímco u

<sup>84</sup> Pokud hovoříme o rozdílech, máme na mysli statisticky vyznané rozdíly, empiricky doložené na datech na hladině významnosti  $\alpha \leq 0,05$ .



starších matek bylo v průměru zaznamenáno 35 % žen, jejichž nejvyšší vzdělání končí maturitou, u adolescentních matek bylo takových žen pouze 27 % (viz tabulka 7.1).

Dalo by se namítnout, že řada žen–matek z výzkumného souboru ještě nemá vzdělávací proces ukončený. Analýzu jsme proto provedli jen pro ženy, které se narodily mezi lety 1955 a 1976. Výsledky však ukazují pouze nepatrné rozdíly oproti původnímu souboru (srovnej tabulka 7.1 a 7.2) a lze tedy konstatovat, že –náctileté matky i v České republice dosahují průměrně nižšího vzdělání než ostatní ženy, které realizovaly své natalitní plány později. Celá pětina mladých matek zůstává pouze se základním vzděláním. Otázkou je, jak se bude toto číslo vyvíjet, jelikož je zřejmé, že v současné společnosti a tržní ekonomice roste důležitost vzdělání a je kladen veliký důraz na vzdělávání celoživotní. S tímto postojem se také rozšiřují možnosti a nabídka vzdělávacích aktivit. Lze tedy předpokládat, že do budoucna se podíl mladých matek, které mají pouze základní vzdělání bude spíše snižovat.

**Tabulka 7.1: Dokončené vzdělání podle věku při porodu prvního dítěte; respondentky ve věku 18-50 let**

		Vzdělání				Celkem
		ZŠ	SŠ bez maturity	SŠ s maturitou	Vyšší odborné a VŠ	
-Náctileté matky (15-19 let)	N	79	154	88	10	331
	%	23,9	46,5	26,6	3,0	100,0
Starší matky (20 a více let)	N	155	740	613	223	1731
	%	9,0	42,7	35,4	12,9	100,0
Celkem	N	234	894	701	233	2062
	%	11,3	43,4	34,0	11,3	100,0

Zdroj: Vážený soubor GGS2005, respondentky 18-50 let.

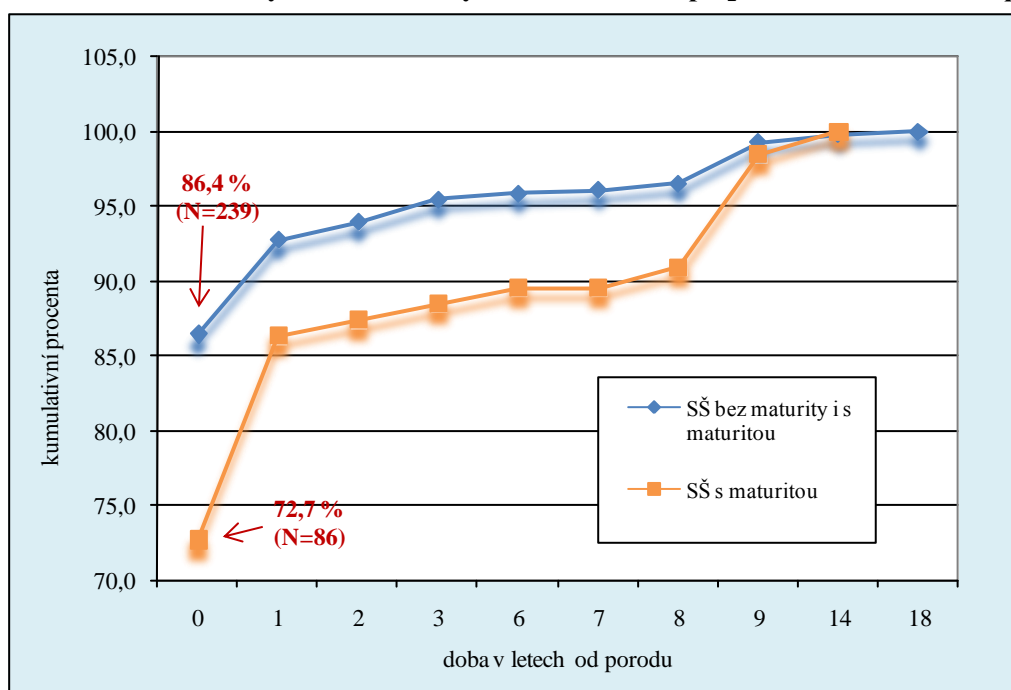
**Tabulka 7.2: Dokončené vzdělání podle věku při porodu prvního dítěte; respondentky ve věku 29-50 let**

		Vzdělání				Celkem
		ZŠ	SŠ bez maturity	SŠ s maturitou	Vyšší odborné a VŠ	
-Náctileté matky (15-19 let)	N	61	136	78	10	285
	%	21,4	47,7	27,4	3,5	100,0
Starší matky (20 a více let)	N	120	609	486	195	1410
	%	8,5	43,2	34,5	13,8	100,0
Celkem	N	181	745	564	205	1695
	%	10,7	44,0	33,3	12,1	100,0

Zdroj: vážený soubor GGS2005, respondentky 29-50 let (narozené 1976 a starší).

Data získaná prostřednictvím kvalitativního výzkumu nám podrobně popisují rozmanité vzdělávací strategie dívek, které se rozhodly pro přijetí role matky, která je ve vztahu k roli studentky významným konkurentem. Graf 7.2 ilustruje, jaký podíl dívek se rozhodl, že obě role skloubí a dokončí studium i pod tlakem povinností svázaných s mateřskou rolí. Podle dat GGS 2005 mělo asi 86 % -náctiletých matek, které v dotazníku uvedly, že ukončily střední školu, tuto školu ukončenou ve stejném roce, kdy porodily. Znamená to tedy, že s již narozeným dítětem dokončovalo střední školu necelých 14 % -náctiletých matek. Pokud bychom výběr zúžili pouze na dívky, které dokončily **střední školu s maturitou**, v době porodu jich mělo dostudováno 73 %. Dívky, které dodělávaly střední školu až po narození dítěte, ji většinou ukončily **do jednoho roku od porodu**. V dalších letech byly již podíly těch, které studují s dítětem, výrazně nižší.

Graf 7.2: Adolescentní matky, které ukončily střední školu až po porodu - kumulativní procenta



Zdroj: vážený soubor GGS2005, respondentky 18-50 let.

### 7.2.3 Vzdělávací strategie –náctiletých matek podle dat kvalitativního výzkumu

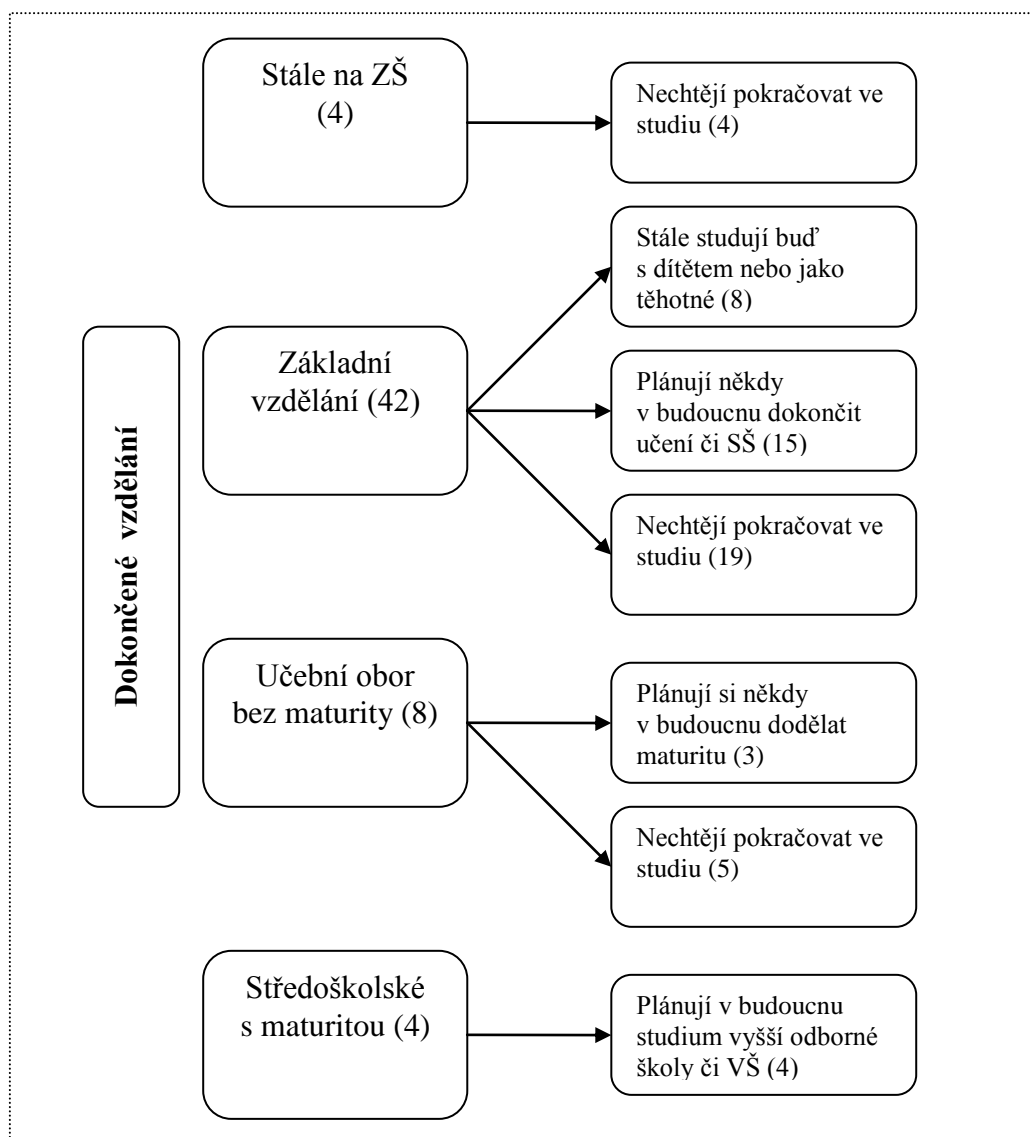
Na rozdíl od kvalitativního výzkumu nám data z GGS 2005 umožnila srovnání vzdělanostní úrovně adolescentních matek a starších matek. Výhodou kvalitativního šetření je zase možnost vysvětlit důvody nižšího vzdělání a vzdělanostních aspirací –náctiletých matek. Jak záhy uvidíme, výsledky kvalitativního šetření budou v jistém smyslu kopírovat a tedy i potvrzovat závěry z dat výzkumu GGS<sup>85</sup>.

<sup>85</sup> Vzájemné potvrzování výsledků a interpretace z různých datových zdrojů je odborně nazývána triangulací. Termín „triangulace“ se užívá především v souvislosti s kombinací kvalitativních a

---

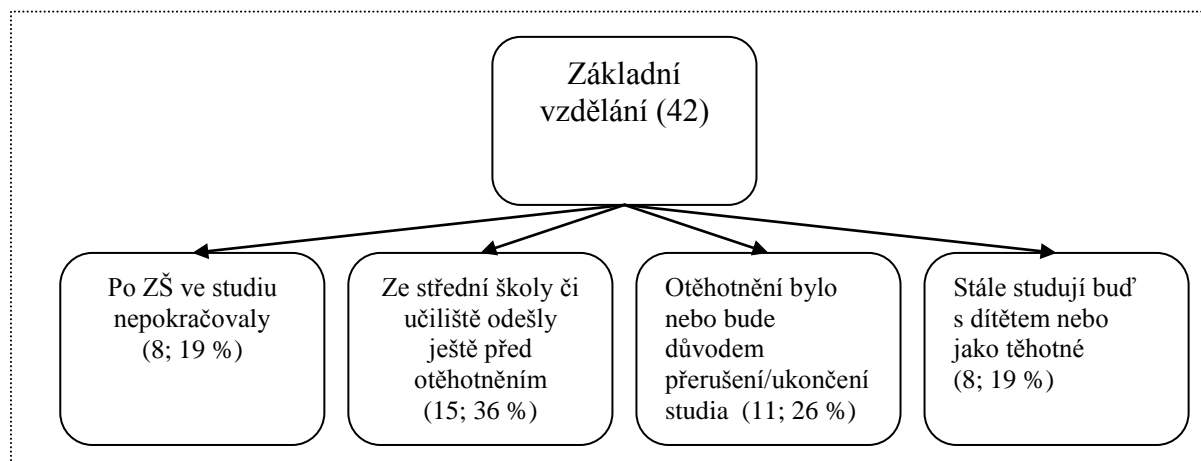
kvantitativních metod výzkumu. Zastáncem kombinace metod pro vícečetné ověření výsledků je např. sociolog a metodolog *Norman Denzin*.

Schéma 7.2: Vzdělání a vzdělanostní aspirace –náctiletých matek ve výzkumu NTŽM (2004)



Zdroj: NTŽM(2004), Vlastní nákres

**Schéma 7.3: Diferenciace životních drah ve vzdělávacím procesu – respondentky s ukončeným základním vzděláním**



Zdroj: NTŽM(2004), Vlastní nákres

Ve schématu 7.2 můžeme sledovat dokončené vzdělání a vzdělanostní aspirace zkoumaného souboru výzkumu NTŽM(2004). Mezi respondentkami výrazně převažují dívky, které mají ukončené pouze základní vzdělání (43 dívek), čtyři dívky ještě neukončily ani základní školu, sedm dívek se stihlo vyučit a čtyři dívky dokonce odmaturovaly. Přestože je věk respondentek v době výzkumu nebo přesněji v době otěhotnění zásadním kritériem dosaženého vzdělání, bylo by nesprávné tvrdit, že dívky ukončují školní docházku až tehdy, když jim gravidita nedovolí pokračovat ve studiu. Osm dívek po ukončení základní školní docházky k dalšímu studiu vůbec nenastoupilo. Z důvodu gravidity ukončilo studium střední školy či odborného učiliště pouze 6 dívek a dalších 5 dívek plánuje s postupujícím těhotenstvím studium přerušit či ukončit. Naopak 15 dívek ukončilo své pokusy o další vzdělávání ještě před otěhotněním, a to z různých důvodů<sup>86</sup>. Fakt, že dívky opouštějí školu bez absolutoria, je prokazován i v zahraničních výzkumech. Např. *Fergusson and Woodward (2000)*, kteří se rovněž zaměřili na důležité mezníky v životní dráze studovaných adolescentních matek, zjistili, že mezi ženami, které porodily dítě do svých osmnácti let, jich tři čtvrtiny odešly ze školy ještě před tím, než otěhotněly.

Z dat NTŽM(2004) vyplývá, že většinou jde o dívky, které si **při studiu přivydělávaly** a obě role najednou nezvládly. Jednalo se jak o dívky, které se ocitly v životní situaci, kdy se musely samy o sebe postarat a nezbylo jim nic jiného než při škole pracovat, ale i o dívky, které měly základní potřeby zajištěné od rodičů a zvykly si používat peníze z brigád na určitý nadstandard. Výsledkem pak bylo u obou případů zanedbávání školních povinností a následně předčasný odchod ze školy, případně přechod na méně náročnou školu (většinou ze střední školy s maturitou na učební obor).

<sup>86</sup> Existují studie, které prokazují, že předčasný odchod ze školy zvyšuje mezi adosescenty riziko otěhotnění (*Maynard, 1995; Moore a Snyder, 1991*)

„Potom jsem šla na střední obchodní. První rok jsem studovala s dvěma trojkami, tak jsem to docela zvládla, ale tím, že jsme se přestěhovali do Plzně, tak tady jsem to absolutně nezvládala, protože tady jsou asi větší nároky. Tím, že jsem byla u ségry, tak jsem začala chodit na brigády, no a dělala jsem na jedné diskotéce přes víkendy, a to jsem byla strašně unavená, a tak jsem tu školu začala flákat, tak jsem z druhého ročníku přešla na prodavačku a tam mě to nebavilo, tak jsem odešla.“ (Lydie, 19 let, chlapeček 1 rok)

T.: „Servírka vás taky nebavila... tu průmyslovku jste skončila proto, že vám to nešlo, nebavilo... nebo proč?“ R.: „Všechno dohromady“ T.: „A ta servírka?“

R.: „Tam zase ty lidi, oni byli vyloženě hloupí... Tak jsem odešla do Prahy a bydlela jsem s přítelem, se kterým jsem vlastně doted'ka. Chtěla jsem začít školu, jenže jsme na to neměli dost peněz, tak jsem chodila do práce a do školy půjdu dálkově od září tady na obchodku.“ (Simona, 18 let, 8. měsíc těhotenství)

Preference „špatného –nízkokvalifikovaného“ zaměstnání na úkor vzdělání a tedy investice do budoucnosti zde jasně převažovala. Jedním z hlavních důvodů byly zajisté nízké aspirace, jejichž původ lze hledat zejména v rodinném zázemí a rodičovské motivaci (více diskutováno v závěru kapitoly 7.2.4)

Dalším důvodem, kromě výše uvedené nabyté finanční svobody, který nutil dívky školu ukončit, byl naopak **nedostatek financí**. S problémem finanční nákladnosti školy jsme se setkali především mimo větší města, kdy dívky musely na střední školu dojíždět a rodiče jim nechtěli nebo nemohli na jízdné či na život na internátě přispívat. V některých sociálně slabých rodinách byly náklady spojené se studiem na střední škole či s vyučením v oboru dokonce poměřovány vzhledem k částce, kterou na dítě dostávají rodiče od státu.

R.: „Pak jsem se dostala domů [z dětského domova]<sup>87</sup>, to jsem ještě tady dělala osmičku, devítku, pak jsem se šla učit do Čáslavi, tak mi to nechtěli [rodiče] platit, bylo na mě jenom 700, to jsem byla i na intru a na víkendy jsem jezdila domů... Vlastně ten táta mi řekl, že mi to nebude platit, ať si na to seženu, kde bych já tenkrát sehnala peníze na to, tak jsem řekla, že skončím.“ (Zlata, 19 let, chlapeček rok a půl, v současnosti 5. měsíc těhotenství)

Typický příklad, kdy **finanční problémy** a nezodpovědnost rodiny měly velký vliv na ukončení školní docházky, nacházíme v narativu osmnáctileté Sofie, která začala studovat střední zdravotnickou školu. Jelikož Sofie byla, alespoň ze subjektivního pohledu výzkumníka, velmi bystrá dívka, schopná svůj příběh srozumitelně a jasně formulovat, ponecháváme v textu poměrně rozsáhlou citaci popisující celý sled událostí vedoucích k ukončení školní docházky.

---

<sup>87</sup> Zlata žila střídavě v dětském domově a u rodičů. Otec byl v průběhu jejího dětství několikrát trestán a nevlastní otec, se kterým nějaký čas žila, byl agresivní. Matka je alkoholička. V současnosti čeká své druhé dítě a bydlí v azylovém domě.

R.: „Jak jsem se v 15 dostala na zdrávku, tak začal [otec] dělat velký ramena, že jako má dceru na střední škole, protože jsem byla jediná z jeho dětí, kdo se na školu dostal. I ze strany bráchy všichni dělali velký ramena, jak se o mě budou starat, no a první rok jsem potřebovala na učebnice, tak se matka s otcem dohodli, že to budou platit na půl. Nakonec jsem neměla knížky do prvního ročníku. Já jsem měla ani ne čtvrtinu ...co jsem měla dělat, musela jsem to nějak zvládat. Jenomže potom začal být problém s dojížděním; maminka neuměla šetřit...Projela jsem 50 Kč, ale pořád to bylo levnější, než kdybych byla na internátě. Jenže zvládla jsem to první měsíc, a pak už to šlo od deseti k pěti. Maminka 14. brala vejplatu a 19. neměla peníze. Tak to bylo: „Mami potřebuju, druhý den zase mami potřebuju“, nebo na sousedku: „Prosím vás mohla byste mi pučit, mamka mi zapomněla....“ Nemohla jsem jí říct, že zase nemá peníze. Takže já jsem v té škole víc nebyla než byla.“

T.: „Jsou také příspěvky na dopravu, to jste nedostávala?“

R.: „To jsme dostávali, ale mamka musela zaplatit dluhy po dědině a zbylo jí o pár korun víc, a to šlo na její útraty.“

T.: „Ve škole jste to neříkala, že máte takový a takový problémy?“

R.: „Já jsem se za to upřímně styděla. A dusila jsem to v sobě. Jenom jsem měla jednu velice dobrou kamarádku, tak té jsem to řekla, že už nemůžu, že končím. Samozřejmě, že se to odráželo na známkách, když jsem odcházela ze základky s pěti dvojkami, na střední jsem byla ráda, že jsem prolezla. To bylo pro mě docela těžký...Tak jsem za matkou chodila, aby šla za sousedkou, aby jí půjčila alespoň na tento týden. „No jo, já tam půjdu, neboj se neboj se, ráno to budeš mít nachystané.“ Ráno jsem vstala a peníze nikde, nebo jsem ráno vstala, šla jsem za ní ráno do práce do Zemědělského podniku a tam jsem jí pérovala před ostatními, co s ní dělali, ty na ní koukali, jenomže co já jsem mohla dělat, já jsem musela do školy a ona mi na to řekla: „No tak nikam nepojedeš!“ (Sofie, 18 let, 9. měsíc těhotenství)

V případě osmnáctileté Sofie vidíme snahu a motivaci ve vzdělání pokračovat. Sofie dokonce plánuje, že po narození dítěte školu dokončí, jelikož se již vymanila ze svazujícího rodinného prostředí. Zde narážíme na jev, který již byl diskutován v souvislosti s vedlejšími aktivitami spojenými s výdělečnou činností. Na rozdíl od Sofie, značná část dívek, které školu nedokončily, byla spíše **demotivována**. Škola je nebavila a informace nebo čas strávený v ní považovaly za zbytečný. Lze však předpokládat, že příčiny vyvázání se ze vzdělávacího procesu jsou zpravidla kombinované a provázané. Za výroky o nezáživnosti učiva tak v některých případech pravděpodobně stojí i prosté **nezvládnutí látky, špatný prospěch** a s tím spojený stres a touha školu opustit.

R.: „Obchodní akademie, ale vykašlala jsem se na to v prváku a šla jsem radši pracovat.“ T.: „Z jakého důvodu jste se na to vykašlala?“

R.: „Měla jsem takový to období, že to ty děti nějak moc nebaví.“ (Klára2, 18 let, chlapeček 2 měsíce)

R.: „No není to tak náročný zase, ale já jsem prostě uměla tu němčinu, ale oni chtěli po mně tu angličtinu a mně se to pletlo dohromady prostě...navíc jsem tam nechodila hodně. My jsme měli prostě blbej rozvrh. My jsme měli třeba pět hodin, hodinu přestávku a pak ještě dvě. No a já jsem na ty odpoledky nechodila.“ T.: „Nechodila?“ R.: „No, protože to bylo za prvý daleko, jako než se dostanu domu. Nevim, prostě ta škola mě nebavila.“ (Aneta, 18 let, 5. měsíc těhotenství)

T.: „Nevadilo vám to, že nebudete chodit do školy?“

R.: „Ne.“ T.: „Ne? Ani si třeba neplánujete v budoucnu tu školu dodělat, někdy?“

R.: „Ne, protože mě škola nebavila.“

T.: „Nebavilo vás to? ...třeba, když má někdo školu, tak lépe získá práci, to se nebojíte?“

R.: „Ne, protože do práce by mě stejně nikam nevzali, já s těma ledvinama nemůžu, mě až bude 18, tak mi pani doktorka vypíše to, invalidní důchod.“ (Sylva, 15 let, 7. měsíc těhotenství)

R.: „Hlásila jsem se do Frýdlantu na pečovatelské práce a nedodělala jsem jí.“

T.: „Jak to?“ R.: „Já jsem to tam už nezvládala.“ T.: „A z jakého důvodu?“

R.: „Bylo to těžký a vlastně v 1. pololetí jsem propadla a byla jsem hodně nemocná, byla jsem v nemocnici, chyběly mi hodiny, tak jsem propadla a dělala jsem zkoušky a podruhé jsem neprošla.“ (Líba, 19 let, 8. měsíc těhotenství).

Schopnost absolvovat studium na střední škole či učilišti většinou vyvěrá ze schopnosti učit se a dosahovat uspokojivých výsledků již na základní škole. Většině dívek, která odešla ze vzdělávacího systému aniž by dosáhla na střední vzdělání, dělalo učivo problémy již na škole základní. Líba, která hovoří v poslední citaci, uvádí ke svému prospěchu na základní škole: „R.: Na základce mně to nešlo. To učivo, to jsem prošla s odřenýma ušima. (Líba, 19 let, 8.měsíc těhotenství)“

V posledních dvou citacích byly také zmíněny **zdravotní problémy**, které v několika případech byly hlavním důvodem zameškání školní docházky a následného selhání při studiu.

R.: „Já jsem chtěla být zdravotní sestra, tam jsem se nedostala.“

T.: „Tak jste šla kam?“

R.: „Tak jsem šla na servírku. Tam jsem byla 2 měsíce, pak jsem přešla na prodavačku.“

T.: „Servírka vás nebavila?“

R.: „Já jsem si servírku dala jako druhou možnost, ale mně se tam nelíbilo.“

T.: „Na prodavačce se vám líbilo?“

R.: „Jo mě chválili, ale já jsem odešla v polovině druháku kvůli ledvině, protože jsem byla často nemocná. Měla sem furt problémy s ledvinami, tak jsem odešla a už jsem se tam nevrátila. Ani jsem si tam nerozuměla s těma lidma, já jsem měla plno kamarádů mimo školu, ale ve třídě ne.“

T.: „Vy nemáte k tomu chuť, začít někdy se školou?“

R.: „Mě nejde teorie, mě jde praxe. Špatně si to tam narvu do tý hlavy.“

T.: „Takže nechcete pokračovat, nevadí vám, že máte základní vzdělání?“



R.: „Vadí mi to.“

T.: „Stydíte se za to?“

R.: „Jo.“ (Eva, 19 let, 4 týdenní holčička)

U dvou dívek mělo hlavní podíl na ukončení školní docházky **užívání drog**. V jednom případě se jednalo o dívku, která ještě na základní škole prospívala s relativně slušným ohodnocením. „Prostě jsem se chtěla vyučit a dělat nějaký smysluplný povolání. Chtěla jsem, aby ze mě něco bylo. No, ale začla jsem fetovat no ... (Bára, 19 let, tříletý chlapec)“

Sedmnáctiletá Svatka, která od patnácti let brala drogy<sup>88</sup> a většina jejích partnerů byla drogově závislá, přiznává, že na střední škole vydržela relativně dlouho, jelikož se jednalo o soukromou školu, kde nebyla kontrola studentů tak přísná a panoval tam volnější režim. Ačkoliv tedy škola evidovala její neomluvené hodiny a měla tušení o jejím užívání drog, u rodičů si nestěžovala a poměrně dlouho tolerovala její chování, pokud dostávala včas školné.

T.: „Takže vy jste chodila na základku a jak vám to šlo?“

R.: „Tam jsem už začala zlobit, hádala jsem se s učitelkami a tak, vychodila jsem to s čtyřkami, ale spíš jsem na to kašlala a nebavilo mě to. Potom jsem nastoupila na učňák prodavačskéj, z toho jsem přestoupila na soukromou střední školu, tam jsem chodila dva roky a ten druhý už jsem nedokončila. Já jsem tam spíš nechodila.“ (Svatka, 17 let, chlapeček 8 měsíců)

Nejen fyzická kondice, ale i **psychické problémy** mohou výrazně ovlivnit školní výsledky. Jak již bylo řečeno, skupina –náctiletých matek je vysoce rizikovou, pokud jde o výskyt násilí, alkoholismu a sexuálního zneužívání v rodině. Stejně tak tyto dívky nadprůměrně pocházejí z rozvrácených rodin a řada z nich si prošla institucionální výchovou. Problémy v rodině tak představují často neúnosnou zátěž na psychiku a stává se, že dívky přirozeně nejsou schopné soustředit pozornost na nic jiného. Šestnáctiletá, nevlastním otcem dlouhodobě sexuálně zneužívaná Zuzana, se s traumatem stále ještě vyrovnává a přiznává, že kvůli němu nebyla schopná ve studiu pokračovat.

T.: „Dávala jste si teda někam přihlášku dál?“

R.: „No, na zdrávku, ale tam jsem vlastně byla rok, jelikož jsem to vlastně nezvládala, protože to tam bylo jako hodně těžký, to učení. Prostě bylo toho hodně, tak jsem to nestíhala, tak jsem tu školu vlastně ukončila.“ (Zuzana, 17 let, holčička 19 dní)

---

<sup>88</sup> „Takovej frajírek od nás ze třídy mi dal extázi, podruhé fakt už vážně mě dal přítel pervitin, potom jsem ho dostávala častěji, potom jsem ho kupovala, pak jsem ho kupovala i jinejm, pak jsem občas i kradla, jenom doma mámě, tátovi, potom jsem jim ukradla 40 000...“ (Svatka, 17 let, chlapeček 8 měsíců)

## 7.2.4 Vzdělanostní aspirace: preference návratu do školních lavic

V předcházející kapitole jsme se podrobně pokusili analyzovat příčiny odchodu ze vzdělávacího systému ještě před tím, než dívka otěhotní. V jednom případě bylo těhotenství žádané právě jako dobrý argument pro zanechání studia, kde se respondentka spíše trápila špatnými výsledky a pro ní nezajímavým učivem (viz Sandra v subkapitole 5.2.2.1, „Přání mít dítě“). Na druhou stranu ty dívky, pro které se těhotenství stalo hlavním důvodem přerušení či ukončení školní docházky, většinou dodávají, že by si vzdělání chtěly někdy v budoucnu doplnit. Ze schématu 7.2 je zřejmé, že pokud dívka stihla před tím než otěhotněla odmaturovat, její ambice pokračovat ve studiu byly relativně velmi vysoké. Všechny respondentky, které již odmaturovaly, se chtějí dále vzdělávat většinou formou dálkového studia na vyšší odborné či vysoké škole.

*„Otěhotněla jsem v 17, chodila jsem do školy na gymnázium, které jsem ani nepřerušila, hned jsem dokončila školu. Mamka mně jí se sestrou hlídaly, maturitu jsem udělala a příští rok nastupuju na výšku dálkově. (Míša, 19 let, holčička 2 roky)*

Pokud však dívky ukončily pouze učební obor bez maturity, jejich aspirace na maturitní vzdělání nebyly značné. Pouze tři z osmi dívek uvedly, že by si rády dodělaly maturitu. Stejně tak se všechny čtyři dívky, které v době rozhovoru ještě nedokončily základní školu, vyjádřily, že se k dalšímu studiu nechystají. V jejich případě se zdá být cesta k dalšímu vzdělání a lepší pozici na trhu práce téměř uzavřena. Znamená to pro ně začarovaný kruh závislosti na sociálních dávkách, partnerovi či rodině, ze kterého je jen velmi těžké se vymanit. Ve výzkumném souboru tvoří nejpočetnější skupinu dívky, které mají ukončené základní vzdělání; celkem 42 respondentek. Tento soubor je, pokud jde o ambice v dalším vzdělávání, poměrně heterogenní. Necelá polovina z nich uvedla (19), že si již vzdělání zvyšovat nechce a ani neplánuje a jejich budoucnost, ačkoliv si to některé dívky nemyslí, bude zřejmě podobná jako u naposledy zmíněné skupiny. Devatenáctiletá Lydie odešla ze školy ještě před otěhotněním a její aspirace ve vzdělávání jsou téměř nulové i z toho důvodu, že spoléhá na finanční pomoc přítele, respektive jeho rodiny, která mladý pár drží nad vodou.

*T.: „Nemrzí vás to, že jste nedodělala školu, takže vás nějaká kariéra moc nečeká?“*

*R.: „Ne mně je to jedno.“*

*T.: „[A co váš přítel] dokončil ten učňák?“*

*R.: „ Ne. Rodiče jsou docela finančně zabezpečení, že řekli, že mu seženou práci, tak mu sehnali práci v rodinném podniku, takže prej bude do konce života finančně zajištěný... Jo, máme všechno, auto, máme kde bydlet, malej má všechno... “ (Lydie, 19 let, chlapeček 1 rok)*

Z této zkušenosti Lydie nabyla dojmu, že se peníze dají vydělat i bez jakéhokoliv vzdělání a jít zpátky do školy, která jí nebavila, jí připadá zcela zbytečné.

Je nepochybné, že znovu „naskočit“ do vlaku školních povinností, řádu a disciplíny, jestliže se současně musíte starat o malé dítě, je velikou výzvou. Některé dívky, které se dále vzdělávat nechtějí, ale které na rozdíl od Lydie přiznávají, že je vzdělání potřebné, se velmi často rozhodnou preferovat mateřství na úkor vzdělání. U těchto respondentek jsou **role matky a studentky neslučitelné** a ve vzájemném konfliktu. V jejich případech převažuje pocit, že pokud by měly trávit čas studiem, dítěti by se nemohly plně věnovat. Stejný model se pak týká i zaměstnání.

T.: „...Myslíš, kdybys nebyla tadý<sup>89</sup>, pokračovala bys dál v tom učňáku?“ R.: „Ne.“

T.: „Proč?“ R.: „Protože bych chtěla být pořád s tím malým jenom, já nevím, nechodila bych do té školy.“ (Lucie, 14 let, chlapec 14 dní)

R.: „To nevím, jak to bude s hlídáním, až půjde do školky, tak nevím. Chtěla bych si sehnat domácí práci. Sousedka malovala džbánky, teta ta malovala odznaky, když měla 3 děti, tak měla domácí práci.“

T.: „A domácí práci už teď, a nebo až budou malýmu tři?“

R.: „Spíš až potom, teď budu potřebovat čas, abych se mu mohla věnovat.“ (Dana, 19 let, 9. měsíc těhotenství)

Mezi osmi dívkami, u kterých lze předpokládat, že pravděpodobně dokončí střední školu nebo se vyučí, byly dívky, které pokračovaly ve studiu i s dítětem nebo pokračovaly ve studiu i přes vysoký stupeň těhotenství a měly již rozmyšlenou a zajištěnou strategii, jak školu dokončit. Součástí strategie byla ve všech případech aktuální pomoc rodičů, respektive matky, která místo své dcery čerpala mateřskou potažmo rodičovskou dovolenou nebo, která se intenzivně věnovala péči o svého vnuka/vnučku.

T.: „No a jak to bude dál, když vlastně jste těhotná?“

R.: „No my jsme se domlouvaly s mamkou tak vlastně, že ona nastoupí teďko na mateřskou místo mě, abych nemusela přerušovat studium a dodělám si školu a pak vlastně se to přepíše zpátky na mě.“ (Jarka, 17 let, 6. měsíc těhotenství)

Je zřejmé, že pouze skutečně motivované dívky se během těhotenství a po porodu kontinuálně vzdělávají a toto úsilí vyžaduje disciplínu a poměrně složitou koordinaci celé rodiny. Sedmnáctiletá Šárka studuje i s dítětem za cenu toho, že nebydlí s partnerem v jedné domácnosti, ale bydlí oba odděleně u svých rodičů. Ačkoliv se touží osamostatnit, plánuje ve studiu pokračovat ještě na vyšší odborné škole.

R.: „...Od toho třetáku jsem poprosila sousedky u nás v paneláku, které hlídaly i mě, když jsem byla malinká, tak když bych potřebovala jít na nějaké hodiny, jestli by mi jí nepohlídaly, oni že jo, že velice rádi, a někdy hlídá tatka, když jde třeba na odpolední.“

---

<sup>89</sup> Ve výchovném ústavu pro nezletilé matky s dětmi; nezletilé matky s dětmi mají ve výchovných ústavech povinnost školní docházky. O dítě je mezitím postaráno vyškoleným a kvalifikovaným personálem výchovného ústavu.

T.: „Tak jste se v rodině dohodli, že doděláte školu?“

R.: „No, že by to bylo lepší dodělat to rovnou.“

T.: „A jak to brali učitelé?“

R.: „No myslím, že pro ně to byl taky trošku šok, ale hodně mně pomáhali, upřednostňovali mě.“ (Šárka, 17 let, holčička 10 měsíců)

R.: „Těším se, až dodělám školu, že bych se chtěla osamostatnit od rodičů, ale musím přiznat, že rodiče jsou hrozně dobří, že nám pomáhají, nebýt rodičů tak nevím, jak by to bylo dál.“ (Šárka, 17 let, holčička 10 měsíců)

Dívky, které se rozhodnou pokračovat ve studiu, vyžadují ve většině případů i podporu institucionální. Zpravidla se jedná o úpravu studijního plánu na individuální či dálkové studium<sup>90</sup>. Pokud se jedná o nezletilé dívky ve výchovných ústavech a dětských domovech, školní docházka je povinná s tím, že péči o dítě zajišťuje personál a vychovatelky ústavu.

Celkem patnáct dívek, které měly v době rozhovoru dokončené základní vzdělání uvedlo, že by se rády někdy v budoucnu do školy vrátily. Z kvantitativních dat GGS 2005 lze předpokládat, že naděje na úspěch je spíše nižší. Přesto byla u některých z jejich výpovědi cítit relativně vysoká dávka odhodlání. Toto odhodlání většinou pramenilo z určitého „vystřízlivění“ a z právě nabytého reálného pohledu na svou životní situaci. Šlo zejména o dívky, které neměly oporu partnera nebo rodiny, případně rodina nebyla dostatečně finančně zajištěna.

„To těhotenství jsem moc šťastný neměla, protože jsme neměli peníze a máma nevěděla, za co druhý den nakoupíme, a tady nebylo nic, co by se prodalo, protože brácha mámě prodal všechno zlato, co tady měla, takže jsme si pořád půjčovali. Bylo to fakt stresující. Já jsem si říkala, do čeho jsem to dítě přivedla. Proto si chci dodělat školu a chci ho uživit a ne být prodavačka nebo někde zametat chodníky.“ (Svatka, 17 let, chlapeček 8 měsíců)

Zaznamenali jsme také, že úmysl doplnit si vzdělání byl umocněn **negativní zkušeností s prací rutinního a monotónního charakteru**. Tato prožitá deziluze se týkala dvou respondentek (Světlana, Klára2), které předčasně opustily školu a začaly pracovat jako dělnice v továrně.

T.: „Ale ta práce sama o sobě, to jste byla dělnice ne?“ R.: „No dělnice.“

T.: „Nebylo to takové rutinní ta práce?“

R.: „No bylo no. S tou maturitou bych mohla dělat něco jiného samozřejmě.“

T.: „Kdy jste si začala uvědomovat, že byste potřebovala nějaké vyšší vzdělání?“

R.: „Až tam, když jsem nastoupila a když poznáte tu práci.“

---

<sup>90</sup> V některých státech USA, kde je rodičovství adolescentů rozšířenější než v ČR, jsou zaváděny různá institucionální opatření na podporu školní docházky –náctiletých matek. Jedním z opatření je např. vázanost sociálních dávek na školní docházku nebo speciální vzdělávací kurzy pouze pro –náctileté matky.

(Klára2, 18let, chlapeček 2 měsíce)

Cílevědomě se projevila i devatenáctiletá Kamila, která byla rozhodnuta ukázat svému okolí, že je schopná se osamostatnit a dobře se o svého malého syna postarat. Kamila žila v době rozhovoru se svým dvouletým synem v azylovém domě pro matky s dětmi. Její odhodlání může pramenit i ze skutečnosti, že si prošla životními zkouškami, kde se přesvědčila o tom, že se nemůže spolehnout na nikoho jiného než sama na sebe<sup>91</sup>.

*T.: „Co do budoucna nějaká škola, vzdělání, to si chcete dodělat?“*

*R.: „Jo to si 100% chci dodělat už z toho důvodu, že si všichni myslí, že nikdy nic nedokážu. Tady [v azylovém domě] máme angličtinu. Předtím jsem se učila 5 let angličtinu, tak se jí budu snažit zrenovovat. Chodím na počítače. Školu si dodělám, protože chci být švadlenou a pak mít živnostník a mít svůj krcálek.“ (Kamila, 19 let, 2letý chlapeček)*

Zajímavé je, že skupina –náctilých matek má obecně velmi nízké aspirace i pokud jde o pracovní uplatnění. Dívky si ve svém **profesním životě kladou velmi malé cíle**, pokud si vůbec nějaké kladou. Většinou již předem předpokládají, že budou vykonávat **nízko kvalifikované profese**, jako jsou např. uklízečka, servírka, prodavačka, pomocná síla v kuchyni nebo v lepším případě cukrářka či kuchařka. Tyto profese byly respondentkami jmenovány i v případě, kdy jsme se ptali na jejich vysněné povolání. Otázkou je, zda se dívky ve svém domácím prostředí setkaly i s jinými druhy zaměstnání, které se jim mohou zdát dosažitelné. V této situaci jsou dozajista důležité vzory významných druhých, což představuje u –náctiletých matek pocházejících většinou z ekonomicky a sociálně slabého prostředí problém. **Podpora vzdělání a účinná motivace ke vzdělávání ze strany rodičů** je velmi důležitá pokud jde o snížení rizika časného těhotenství<sup>92</sup>, ale následně i pokud jde o socio-ekonomické zázemí nové rodinné jednotky. Jako zásadní se jeví, co rodiče od svého dítěte očekávají a k jakým cílům jej vedou (Hanson, 1987; Thornberry, 1997). Motivovat je snazší pokud sami rodiče mají vyšší vzdělání. Pak jsou lépe schopni předat a vysvětlit hodnotu vzdělání případně i hodnotu „užitečné“ práce i svým dětem. Ve výzkumném souboru byla pouze jedna čtvrtina matek dotazovaných dívek, která dosáhla maturity nebo vyššího vzdělání. Na druhou stranu i rodiče s nižším vzděláním si jeho hodnotu mohou uvědomovat, jak lze ilustrovat případem sedmnáctileté Jarky. Matka těhotné Jarky slíbila veškerou možnou pomoc s dítětem, jen aby mohla dcera školu dokončit. Přestože otec i matka Jarky jsou jen vyučení, o školní výsledky a učivo svých dětí se vždy zajímali.

*T.: „A třeba mamka nebo táta se s Vámi učili nebo ne?“*

*R.: „Jo učili, pomáhali nám hodně.“*

*T.: „Takže snažili se vás vést k tomu, abyste chodili do školy a tak?“*

---

<sup>91</sup> Otec se o dceru dlouho nezajímal, matka je alkoholička a otec jejího dítěte Kamilu krutě týral. Další partnerské vztahy Kamile rovněž nevyšly.

<sup>92</sup> Zahraniční studie dokazují, že vzdělání rodičů a těhotenství adolescentů spolu úzce souvisí (např. Manlove, 2000; Lundberg a Plotnick, 1995).

R.: „*Hm. U nás se vždycky vedlo do školy vlastně, že vlastně učíme se pro sebe a ne pro ně, že oni tu školu nepotřebujou.*“ (Jarka, 17 let, 6. měsíc těhotenství)

Nezájem o vzdělání svých dětí častěji projevovali rodiče romských dívek. Romky také byly znevýhodněny v tom, že třetina z nich měla nějakou zkušenost s dětským domovem. Přístup otce devatenáctileté Zlaty ke vzdělávání již byl zmíněn v souvislosti s rodinnými financemi. Barboru, dívku s polovičním romským původem, vychovávala babička, která ji, podle jejích slov, spíše využívala na domácí práce než vedla ke studiu. Patnáctiletá Barbora byla z babiččiny péče svěřena zpět matce a v současnosti pokračuje ve studiu i v těhotenství na učebním oboru „sociální pečovatelka“, který ji baví a zajímá.

T.: „*Pak jste se rozhodla, že se půjdete učit a jaký obor?*“ R.: „*Sociální pečovatelka.*“

T.: „*To jste si sama vybrala?*“

R.: „*Sama. Potom co jsem se domluvila s mámou a s tátou, že by to bylo nejlepší, oni mi řekli, že mi do toho nebudou mluvit, ať se rozhodnu sama.*“

T.: „*Nechtěla jste jít někam na střední školu?*“

R.: „*Ani na základce mi to nešlo... Já jsem ani neměla čas na učení. U babičky jsem dělala pořád něco, plno zvířat sušila jsem ráno a večer na louce seno pro zvířata, babička ta seděla u stolu, luštila křížovky a já jsem dělala domácnost sama. Děda ten byl v práci nebo prostě po hospodách.*“ (Barbora, 15 let, 6. měsíc těhotenství)

Další dívku (Annu) zase odvezl otec za svou rodinou na Slovensko, aniž by jí zajistil školní docházku v jiné škole či kontinuitu vzdělávání na škole původní. Fakt, že by sice Anna musela opakovat ročník kvůli častým absencím ze zdravotních důvodů, nepopírá skutečnost, že se rodiče o vzdělání své dcery příliš nezajímali.

T.: „*Vy jste dodělala devítku a zapsala jste se potom někam dál?*“

R.: „*Potom jsem se hlásila na kuchař číšník, ale tam jsem byla jenom 3 měsíce, protože za 3 měsíce jsem byla 3x v nemocnici na 14 dní nebo na 3 neděle, takže jsem učivo nestíhala, tak jsem toho musela nechat.*“

T.: „*To jste nemohla opakovat?*“

R.: „*Já jsem o tom přemýšlela, ale měla jsem strach, že budu zase nemocná, tak jsem chtěla přestoupit na něco jiného, ale to už jsme zase odjeli na Slovensko s tátou, tam jsme jeli jako na dovolenou, jenomže jsme tam byli trošku dýl, tak na půl roku, ale tam to bylo dobrý. Jeli jsme k rodině od táty.*“ (Anna, 17 let, 8. měsíc těhotenství)

Ani devatenáctiletá Bára, která se jevila autorce výzkumu jako velmi bystrá dívka, nepokračovala ve studiu a ukončila pouze základní školu. Bára žila střídavě u rodičů a v dětském domově. Na základní škole patřila mezi nadanější žáky a přestože většina kamarádů z dětského domova navštěvovala zvláštní školu v místě, Bára dojížděla do školy do vzdálenější vesnice.

T.: „*A tobě to na základce šlo jak?*“

R.: „*Mně to šlo. Já jsem vlastně v tom děcáku, když jsem byla, chtěla do zvláštní.*“

T.: „Proč?“ R.: „Protože jsem jako jediná chodila do základky. Všichni ostatní chodili do zvláštní. Takže ta zvláštní škola byla tam v tý vesnici. Takže já jsem chtěla taky, ale oni mě tam nedali. Takže já jsem musela dojíždět vlakem do jiný vesnice... prostě jsem byla líná. musela jsem vstávat o 2 hodiny dřív než ostatní. Ale pak už jsme toho začala trochu využívat. začala jsme chodit na basket, takže jsme nebyla v ústavě celej den. Pak jsem se učila ty angličtiny a tak, zvlášť. A to kvůli tomu, abych nemusela bejt v tom ústavě...“

...

T.: „Když jsi byla menší a chodila jsi na základku, měla jsi nějaké sny, co bys chtěla jednou v životě dělat? jaký povolání?“

R.: „No to jo. Já jsem chtěla bejt kosmetičkou. To jsem si i vyplňovala ty přihlášky, ale zbytečně. Teď je mám doma... a pořád si je prohlížím.“

T.: „U vás rodiče vzdělání nijak nepodporovali, vid?“

R.: „Ne, vůbec.“ (Bára, 19 let, tříletý chlapec)

Problém nastává i v případě, když rodiče s nižším vzděláním nedokáží dětem poskytnout náležitou oporu, pokud jde o pomoc s učením.

T.: „Mamka se s váma nesnažila učit potom?“

R.: „Ne, ta mě učila prostě, abych se osamostatnila a když jsem chtěla s něčím poradit, tak to nevěděla.“ (Andrea, 20 let, chlapecek 1,5 roku)

Nejen vzdělanostní úroveň rodičů, ale i styl rodičovské výchovy je podstatný, pokud jde o vzdělanostní aspirace dívek. Výzkum ukazuje, že v tomto směru negativně působí spíše volná liberální výchova bez daných mantinelů, autority a kontroly dítěte. Pozitivně lze hodnotit spíše autoritativní výchovný styl, který ovšem dává dítěti určitý prostor pro vyjádření vlastních názorů a vlastní rozhodnutí.

T.: „Jak ti to šlo ve škole?“

R.: „Jelikož táta nebyl vůbec přísněj, tak ve škole mi to vůbec nešlo. Měla jsem trojky, čtyřky, někdy i pětky. Z chování to bylo hrozný, dvojku z chování jsem neměla, ale málem. Ale třídní a ředitelský důtky, to jo. Byla jsem třeba drzá, chodila jsem za školu, chodila jsem pozdě do školy.“ (Markéta, 16 let, 4. měsíc těhotenství)

Výchovou v rodině je ovlivněna další velmi důležitá vlastnost jedince, která určuje jeho zápal a motivaci něčeho v životě dosáhnout, a tou je **víra v sebe sama a zdravá sebedůvěra**. Setkali jsme se s tím, že rodiče cíleně podkopávali sebedůvěru svých dcer pokud šlo o školní výsledky a schopnost učit se. Stejně tak jsme byli svědky podlomené sebedůvěry kvůli protěžování údajně chytřejšího a akademicky schopnějšího sourozence.

T.: „No a co říkala máma na to, že jste nedodělala tu školu?“

R.: „Mámě to bylo úplně jedno.“

T.: „Jak to?“

R.: „Máma vůbec ani nechtěla, abych šla na školu.“

T.: „Proč?“

R.: „Ona řekla, na co se budeš učit, když se stejně nevyučíš. To mi řekla na rovinu.“

T.: „Ona chtěla, abyste šla pracovat?“

R.: „To taky ne, abych byla doma. Ona mě chtěla mít pořád u sebe, i když jsem šla do školy, tak byla úplně jako nepřítel.“ (Anna, 17 let, 8. měsíc těhotenství)

Motivace samotných dívek a očekávání ,jakého stupně vzdělání dosáhnou, je tedy také výsledkem víry, že se věci nehýbou pouze rozhodnutím osudu, ale naší aktivitou. Hybnou silou je především sebedůvěra a předsvědčení, že máme nad svým životem kontrolu<sup>93</sup>.

### 7.3 Představy a plány do budoucna

Vize, cíle a plány do budoucna jsou jistě předzvěstí toho, že dívky nevzdávají boj se životem, který je, jak jsme si již mohli přečíst v předchozích kapitolách, často zasazen do nepříliš příznivého prostředí, a který je ovlivněn řadou negativních sociálních jevů. Jak si dívky představují budoucnost a co od svého života očekávají, tedy považujeme za důležité a zajímavé téma, přestože do určité míry již kopíruje to, co bylo řečeno v minulých kapitolách a svým rozsahem, který jsme mu mohli v rozhovorech věnovat, nevydá na více než pár stránek. Analýza plánů do budoucnosti vycházela mimo jiné z **analýzy spokojenosti se současným životem**, jelikož právě nespokojenost obvykle generuje snahu a akci vedoucí ke změně životního stylu.

Za nejdůležitější poznatek při analýze tohoto jevu považujeme skutečnost, že **ne všechny dívky nějaké plány do budoucna mají**. Asi třetina dívek svou budoucnost vůbec nepromýšlí a žije pouze problémy současnosti. Pokud však dívky nějaké plány do budoucna vyjádřily, **chtěly formovat svůj život podle** konkrétních a povětšinou **reálných představ**. Romantické snění o bohatém a hodném „princi“ a domečku s velkou zahradou se vyskytovalo opravdu jen sporadicky.

Představy, jak by měla vypadat budoucnost, se téměř vždy orientovaly na velikost rodiny, vhodného partnera, bydlení, osamostatnění se od rodičů, zaměstnání a doplnění si vzdělání.

Vycházíme-li ze současného stavu, lze tvrdit, že **naprostá většina respondentek byla se svým životem celkově spokojena** a těhotenství, případně rodičovství k této spokojenosti významně přispívalo. Výzkum totiž ukazuje, že otěhotnění dívek paradoxně spíše přispívá k odbourání pocitu beznaděje, plynoucího z neutěšených životních poměrů dívek. Otěhotněním, respektive mateřstvím, jakoby se vše uklidnilo a dostalo smysluplný řád. Jiný stav dívek a příprava na jasně specifikovanou životní roli je totiž přinutí řešit zásadní životní otázky, jakými jsou finance, bydlení a možná pro dívky to nejpodstatnější - vzájemné vztahy

---

<sup>93</sup> Pojem „locus of control“ používá při vysvětlování příčin chudoby - náctiletých matek i tým vědců okolo T.Younga (Young et al., 2004).



se svými blízkými. Často se také vymaní z prostředí plného agresivity a sexuálního zneužívání. Dítě se navíc stává životní náplní a životním cílem.

*T.: „Změnilo to [mateřství] hodně ten váš život?“ R.: „Asi jo.“*

*T.: „V jakém směru?“ R.: „Oživilo ho... Nevím, ale je to příjemnější takový, je to dobřej pocit.“ (Iveta, 18 let, holčička 3 měsíce)*

*T.: „Změnilo Vás nějak to mateřství?“*

*R.: „No myslím si, že jsem teď spíš trochu klidnější.“*

*T.: „Jako v jakém směru?“ R.: „No prostě spíš že i mluvím polohlasně a všechno, prostě teď mám prostě spíš jako pro co žít, no.“ (Jitka, 19 let, dvojčata 6 týdnů)*

Výše zmíněná změna životního stylu následující těhotenství, respektive mateřství, tedy pravděpodobně vede k tomu, že si dívky na svoje leckdy skrovné poměry a závislost na ostatních nestěžují. „*Tak teď jsem spokojená se svým životem, jsem šťastná, ale dřív ne. Před dvouma třema rokama to bylo špatný.*“ (Bára, 19 let, 3letý chlapec)

*R.: „Spokojená jsem. Nemůžu si stěžovat.“ T.: „Čím to je, že jste spokojená?“*

*R.: „Tak teď jsem si našla takovou zajímavou práci, dělám kosmetickou poradkyni a to mě baví. Před měsícem jsem se vdala...“ (Pavla, 19 let, 6. měsíc těhotenství)*

*„Tak tady jsme spokojený. Jinak všeobecně zatím taky. Je to lepší než předtím o 100 %.“ (Kamila, 19 let, 2letý chlapeček)*

*T.: „Kdybyste mohla cokoliv ve svém životě změnit, bylo by to něco, nebo byste neměnila nic?“ R.: „Ne, já bych neměnila nic.“*

*T.: „Takže teď jste spokojená?“ R.: „Jsem spokojená.“ (Iveta, 18 let, holčička 3 měsíce)*

Celkovou nespokojenost se svým současným životem přímo vyjádřily pouze dvě dívky (Zlata a Markéta), které se ocitly v obdobné životní situaci. Obě neměly ke komu jít a byly nuceny využít institucionální pomoci. Zlata byla ubytována v azylovém domě pro matky s dětmi a Markéta ve výchovném ústavu pro nezletilé matky s dětmi daleko od svého původního bydliště. Obě dvě byly v novém „domově“ velmi krátkou dobu a nevěděly, co je čeká. Tato nejistota významně přispěla k jejich životní nespokojenosti.

*T.: „Tak, teď byste mohla zbilancovat svůj život. Jestli jste spokojená nebo nespokojená, šťastná?“ R.: „Nespokojená.“*

*T.: „Co je toho příčinou?“ R.: „Nejvíc to bydlení. Že nemám kam jít.“*

*T.: „Nemáte kam jít, představovala byste si to jak?“*

*R.: „Abych měla svůj byt a konečně pořádněj život, abych konečně pořádně žila. ... Zdá se mi někdy, že ty blízký jsou ode mě daleko, že jsem někde zavřená na ostrově, tady se cejtím sama.“ (Zlata, 19 let, chlapeček rok a půl, v současnosti 5. měsíc těhotenství)*

Plány do budoucna jsou nejčastěji orientovány na rozšiřování rodiny, přestože jde v tomto případě většinou o plány v horizontu delším jak pět let. Z toho je zřejmé, že dítě, případně

děti, jsou středobodem života většiny respondentek. O tom, že více dětí nechce celkem sedm respondentek v našem výzkumu, jsme již psali v kapitole 4.5 („Výhled do budoucna: zkušenost s těhotenstvím a pozdější používání antikoncepce“)

*T.: „Kdyby jsi si představila, jak by měl vypadat život do budoucna, abys byla spokojená. Třeba tak za 5 let?“ R.: „Nevím jestli mám říkat, že chci mít děti, .....ale já je mít nechci. On říká, že jo, ale já už ne.“ (Bára, 19 let, 3letý chlapec)*

*„No já chci malou krásnou dlouhovlasou holčičku, ale tak ve 30. Já až jí budu mít, tak si jí vychutnám.“ (Katka, 23 let, děti 5 let a 3 roky)*

Děti se týkají i plány ve smyslu dostatečně se dítěti věnovat a dobře své dítě vychovat. Dívky myslí na své dítě, respektive děti, i v případě, kdy plánují svou budoucnost, ať již s konkrétním partnerem nebo partnerem, který ještě nevstoupil do jejich života. Stává se, že mají z nového partnerství obavy, právě kvůli tomu, zda dokáže potenciální nový partner jejich dítě přijmout. Za nejdůležitější vlastnost případného „nového“ partnera tak považují jeho schopnost mít jejich dítě rád. Některé dívky (např. Svatka) dokonce domýšlejí své partnerské plány ještě dál, a sice uvažují o situaci, jak budou v rodině fungovat vztahy, pokud by s „novým“ partnerem měli dalšího potomka. Tyto úvahy, jelikož byly vedeny spíše v „obranářském“ duchu, tedy ve smyslu, zda nebude nový partner protěžovat vlastní dítě na úkor nevlastního atd., pak výstižně dokresluje lásku –náctiletých matek ke svým dětem.

V minulé kapitole jsme se dozvěděli, pro kolik respondentek je v budoucnu doplnění vzdělání prioritou. Plány do budoucna, ale zahrnují i hledání zaměstnání, aby dívky žijící většinou bez partnera, byly schopné se o dítě postarat, případně se osamostatnit od rodičů, u kterých bydlí nebo odejít z institucionálních zařízení, která jim poskytla azyl. Již bylo zmíněno, že kariérní aspirace –náctiletých matek jsou obecně spíše nízké a týkají se profesí na spodních příčkách statusového žebříčku. Nutno však poznamenat, že pro některé z dívek jsou i profese jako např. uklízečka, servírka či kuchařka něčím, za co stojí bojovat.

*T.: „Ještě mi řekni, jak by sis představovala budoucnost? Jak by to vypadalo třeba za 5 let?“*

*R.: „Tak odsud až půjdu pryč. Mít svoji domácnost, chtěla bych pracovat, to je jedno co, ale aby to hlavně byla nějaká normální práce.“*

*T.: „Co je normální práce?“*

*R.: „Aby to nebylo někde stát na cestě nebo se točit někde v baru.“*

*(Lucie, 14 let, chlapeček 14 dní)*

Zaměstnání však některé respondentky nevnímaly pouze jako zdroj financí, ale také jako příležitost k sociálním kontaktům a změně prostředí. Potřebu změny, pokud je žena delší dobu na rodičovské dovolené, a zvýšený pocit sociální izolace uvádějí relativně častěji ženy s vyšším vzděláním a ženy, které před nástupem na rodičovskou dovolenou zastávaly kvalifikované profese (Kuchařová a kol., 2006). Data však ukazují, že ani –náctiletým

matkám se nevyhýbají obavy z uvěznění v jedné životní roli, tj. v roli matky, a některé by rády prostřednictvím zaměstnání udělaly svůj život pestřejší.

*„Tři roky budu s tím miminem doma, pak ho dám někam do školky a půjdu někam uklízet nebo něco, protože bych se doma zbláznila. Nebo bych někam šla, třeba na nějakou brigádu.“* (Antonie, 18 let, 3.měsíc těhotenství)

*T.: „Dobře a potom jako do budoucnosti, plány? ...“*

*R.: „...No tak já až vystuduju, tak já bych chtěla být třeba účetní, protože máme normálně účetnictví a já z toho budu maturovat, tak by mě možná i bavilo a nebo něco v ekonomice takovýho... tak jestli taky najdu práci, protože přijdu z mateřský, bude mi 20 nebo 21, tak mě asi možná ani nikde moc chtít nebudou, že už mam dítě takhle mladá.“*

(Vladka, 16 let, 3. měsíc těhotenství)

Obavy ze znevýhodnění při hledání zaměstnání kvůli časnému mateřství uvedla pouze jedna dívka. Tato respondentka však plánuje dokončit střední školu a jejím cílem je výše kvalifikované zaměstnání.

Řada dívek by do budoucna chtěla řešit hlavně svou bytovou situaci<sup>94</sup>. Většina z nich si uvědomuje, že závislost na rodičích či jiných institucích není v pořádku. Samostatné bydlení měly v plánu zejména dívky, které udržovaly partnerský vztah. Vyhledky na samostatné bydlení však byly pro většinu dívek či mladých párů nepříznivé vzhledem k omezeným finančním prostředkům. Nejméně příznivá byla situace dívek žijících v azylových domech<sup>95</sup>, jelikož i zde je délka pobytu pouze dočasná a dívky jsou po uplynutí určité lhůty<sup>96</sup> nuceny si hledat jiný domov. Často toho nejsou schopny a chovají naději, že se pro ně najde místo v jakémkoliv jiném azylovém domě, i za cenu toho, že bude na opačném konci republiky.

Devatenáctiletá Kristýna, která poté, co odešla z domu kvůli násilnickému otci, byla na doporučení sociální pracovnice umístěna v Domečku<sup>97</sup>. Zde se také setkala se svým partnerem a otcem dítěte. Oba měli problémy s drogami, ze kterých se již, podle slov Kristýny, vymanili. Po otěhotnění žije Kristýna již v druhém azylovém domě. Partner Kristýnu i dceru pravidelně navštěvuje. Vlastní bydlení je pro ně v současnosti prioritou.

*T.: „Co byste chtěli, jak si představujete budoucnost? Jak by to mělo vypadat?“*

*R.: „No tak chci dát holku, až holka povyroste, tak jí chci dát do jeslí nebo do školky. Chci si najít práci a no chtěla bych, aby ten přítel našel ten byt, aby nám klapl ten byt teďka.“*

(Kristýna, 19 let, holčička 2 měsíce)

---

<sup>94</sup> O bytové situaci –náctiletých matek a počtu párů, které žijí ve společné domácnosti více v kapitole 6.1 („Partnerské vztahy –náctiletých matek s otci jejich dětí“).

<sup>95</sup> V azylovém domě žilo v době rozhovoru celkem sedm respondentek. Dvě respondentky byly v péči výchovného ústavu pro –nezletilé matky s dětmi.

<sup>96</sup> Většina azylových domů provozovaných nestátní humanitární organizací Charita má stanovenou maximální délku pobytu v azylovém domě na 12 měsíců.

<sup>97</sup> Sociální péče pro sociálně a ekonomicky handicapované mladé, kde jim pomáhají se startem do života.

Pro sedmnáctiletou Šárku a devatenáctiletou Stáňu, které stále žijí rodiče, je zase důležitost řešení bytové situace v pořadí hned za dokončením školy. Obě dívky stále udržují partnerství s otcem dítěte.

*T.: „Takové plány, že byste začli žít spolu a vzali si podnájem?“*

*R.: „To jo, že až dodělám tu školu, že bysme si vzali podnájem, a to je zhruba za rok a půl.“ (Šárka, 17 let, holčička 10 měsíců)*

*T.: „A teď vás ještě žijí rodiče?“*

*R.: „No žijí ještě, no.“*

*T.: „A bude nějaká změna potom až porodíte?“*

*R.: „No vlastně já teďka, jak odmaturuju a jak si pak pomalu začnu vydělávat, tak se budu stěhovat už k příteli, tedy, že tady už nebudu vůbec bývat a vlastně tím odpadne naším povinnost mě živit, že? Že prostě budu už stát na vlastních nohou.“*

*(Stáňa, 19 let, 5. měsíc těhotenství)*

Pokud jsou dívky samy bez partnera, osamostatnění se od rodičů není zdaleka takovou prioritou, jako u dívek, které mají partnerský vztah. Krajním případem je postoj patnáctileté Barbory, která byla v době rozhovoru svěřena do péče rodičům pouze krátkou dobu a jejíž situace již byla popsána v závěru subkapitoly 7.2.4.

*T.: „Chtěla byste v budoucnu bydlet sama?“*

*R.: „Nechci. Já jsem si hodně na mámu a na tátu zvykla, že se bojím jít i sama do nemocnice, i když vím, že tam druhý den přijedou, ale je to hroznej pocit bez nich tam bejt. A za druhý, ztratila jsem hodně let, tak už nechci.“ (Barbora, 15 let, 6. měsíc těhotenství)*

## **7.4 Závěr**

V této kapitole jsme se zabývali tím, jaké změny životního stylu musely respondentky přijmout z důvodu jejich rozhodnutí zhostit se nové role – role matky. Změnu životního stylu jsme sledovali nejen u žen, které se již staly matkami, ale podstatné změny si již uvědomovaly i respondentky, které byly v době výzkumu teprve těhotné. Zásadní zlom, který s narozením dítěte přijde, je nová zodpovědnost za jiného člověka. Mateřské povinnosti, péče o dítě a jeho výchova jsou totiž velmi náročné, a to nejen pro mladé maminky. Je zřejmé, že dostání těmto povinnostem vyžaduje značnou dávku energie a odhodlání. Zajímalo nás tedy, zda a jakým způsobem jsou –náctileté těhotné ženy připraveny těmto povinnostem čelit. S příchodem dítěte byly –náctileté matky nuceny zásadně svůj život reorganizovat a změnit své životní plány. Sledován byl tedy zejména dopad rodičovství na přerušení vzdělávacího procesu a změnu kariérních aspirací.

Výzkum ukázal poněkud překvapivé zjištění, že –náctileté těhotné dívky většinou nemají velké obavy z toho, zda budou péči o dítě zvládat. Jejich výpovědi na toto téma byly plné sebejistoty, která nejčastěji pramenila z jejich poměrně obvyklého soužití s malými dětmi v jedné domácnosti již v období jejich raného dospívání. Respondentky tak měly s péčí o malé děti nejen pasivní, ale často i aktivní předchozí zkušenost. Sebevědomí dívek bylo v tomto směru často podloženo i spoléháním se na pomoc matky či partnera nebo prostou důvěrou v mateřské instinkty. Pouze výjimečně se dívky snažily čerpat informace o průběhu těhotenství, porodu a mateřství z jiných zdrojů jako např. z literatury nebo v předporodních kurzech. Zůstává tak otázkou, do jaké míry je sebejistota dívek týkající se zvládnutí péče o dítě oprávněná a do jaké míry odpovídají jejich znalosti moderním pediatrickým poznatkům. Funkci „druhého rodiče“ většinou u dětí –náctiletých matek neplnili partneři-otcové, ale spíše jejich babičky, které se podílejí intenzivněji na výchově dítěte. Tento jev byl aktuální i v případě, kdy respondentka sdílela se svým partnerem společnou domácnost. Přestože matky-babičky svým dcerám velmi často s dětmi pomáhaly, stalo se pouze v jednom případě, že matka ztratila nad svým dítětem kontrolu. Nevítaná intervence matek-babiček se tak v našich datech téměř nevyskytovala.

Ačkoliv v datech převažovala sebejistota, vyskytly se případy, kdy dívky přiznávaly, pokud jde o péči o dítě, váhání a neznalost. Pochybnosti byly většinou k dobrou věci, jelikož nutily dívky si o těhotenství a péči o dítě aktivně zjišťovat informace.

Kromě toho, že se dívky musely připravit na příchod dítěte ve smyslu zajištění vhodného bydlení a pořízení vybavy, musela řada z nich svůj dosavadní život dítěti značně přizpůsobit. Tyto změny se jistě dotkly i samotného ještě neukončeného vývoje osobnosti adolescentní matky. Dívky uváděly, že se pod tíhou odpovědnosti za někoho jiného cítí dospělejší než jejich vrstevníci a tím pádem i ztrácejí zájem být s nimi v kontaktu. Pouze několik málo dívek uvedlo, že jim předchozí život chybí. Ostatní dívky si na izolaci od svých vrstevníků většinou významně nestěžovaly a uváděly, že je způsob trávení volného času před tím, než otěhotněly, případně se jim narodilo dítě, již nepřitahuje. Naopak dívky, které neměly před otěhotněním příliš přátel, se na dítě těšily jako na společníka a někoho, kdo je z izolace vyvede. Narozením dítěte se tedy životní styl adolescentních dívek nemusí vždy otočit k horšímu. A to platí zejména v případech, kdy si dívky začaly s narozením dítěte samy sebe podstatně více vážit, začaly se cítit užitečné a uvědomily si vlastní hodnotu.

Závěrem ještě podotkněme, že respondentky, které v době výzkumu již byly matkami, neměly zpravidla s mateřskou afiliací problémy. Odstup od role matky jsme zaznamenaly pouze ve čtyřech případech, kdy dívky tvrdily, že si připadají spíše jako sestry, případně, že dítě pouze někomu hlídají.

V době, kdy dívky v tomto věku obvykle chodí do školy, tráví dívky z našeho výzkumu většinu času starostí a péčí o dítě. Analýza kvantitativních dat ukázala, že mateřství je

opravdu silnou konkurenční aktivitou vzhledem ke vzdělání, jelikož ženy, které se v ČR staly matkou do dvaceti let, vykazovaly významně nižší úroveň vzdělání než ženy, které porodily své první dítě až později. Pokud –náctiletá matka ukončila střední školu, pak to zpravidla stihla ještě před porodem. Již s dítětem dokončovalo středoškolské vzdělání pouze 14 % -náctiletých matek z generací žen narozených v letech 1955-1985. Kvalitativní výzkum zase ukázal, že gravidita u zkoumaného vzorku žen nebyla zásadním důvodem pro ukončení či přerušení školní docházky. Nadpoloviční většina respondentek, která v době výzkumu měla ukončené pouze základní vzdělání, svou další studijní dráhu ukončila ještě před otěhotněním, případně s ní vůbec nezačala. Za hlavního viníka špatných ekonomických podmínek v rodinách –náctiletých matek, jejich nekvalifikovaných zaměstnání a časté závislosti na sociálních dávkách tak v těchto případech nelze paušálně označit časné rodičovství. Příčinou odchodu ze školy byly často finanční důvody, nedostatečná motivace, zdravotní a psychické problémy či život v prostředí, které dalšímu vzdělávání nebylo nakloněno. Samozřejmě se objevilo i prosté nezvládnutí učiva a špatný prospěch, které stály za opuštěním školy. Příčiny vyvázání se ze vzdělávacího procesu však byly zpravidla kombinované a provázané.

Odchod ze školy hodnotily zpětně některé dívky pod tíhou finančních problémů jako chybu. Zároveň však jedním dechem dodávaly, že výchova a věnování se dítěti je pro ně přednější než si vzdělání na jeho úkor doplnit. Respondentky, které ve studiu pokračovaly i ve vysokém stupni těhotenství, případně i s dítětem, měly za sebou vždy intenzivní výpomoc a podporu ze strany své rodiny. Z výzkumu vyplývá, že je to především rodina, která určuje, zda se bude dívka vedle mateřské role ještě věnovat studiu. U naprosté většiny respondentek, jejichž rodiče mají sami zpravidla nízké vzdělání, však rodina v tomto směru spíše zklamala. V několika případech jsme se setkali dokonce s tím, že dívky byly rodiči výslovně ze školní docházky zrazovány. Reprodukce vzorů významných druhých z původní rodiny byla patrná i v případě profesních aspirací, které byly u většiny respondentek velmi nízké. Většina dívek si o sobě nikdy nemyslela, že by mohla vykonávat profesi na vyšším stupni statusového žebříčku.

## Kapitola 8

### 8. Sociální opora –náctiletých matek z pohledu empirického výzkumu s použitím standardizovaného nástroje NSSQ

#### 8.1 Pojem sociální opora a charakteristika výzkumného nástroje

Jak již bylo několikrát v této práci zmíněno, vliv partnera či rodičů a ostatních příbuzných je stěžejní, pokud chceme blíže nahlédnout do problematiky časných těhotenství. Sociální opora je fenomén, který transversálně prostupuje všechny zde zmiňované oblasti výzkumu (sexuální a antikoncepční chování, rozhodovací procesy týkající se rodičovství a forem partnerského soužití nebo strategie při péči a výchově dítěte). Každý jedinec je součástí systému sociálních vztahů, ve kterých si buduje sociální síť různé důležitosti. Některé sociální síť jsou pak důležitým zdrojem opory při řešení a zvládnání obtížných životních situací. V této části studie chceme připomenout obecný význam sociální opory v životě adolescentních matek a představit zde výsledky šetření, které probíhalo současně s kvalitativním rozhovorem a jehož základem byl standardizovaný dotazník NSSQ (viz příloha č. 5)<sup>98</sup>. Konkrétní formy pomoci a intervence blízkých osob týkající se těhotenství - náctiletých dívek již byly diskutovány v ostatních tematicky specifických kapitolách.

Pojmu „sociální opora“ není obtížné porozumět a představit si dle vlastní zkušenosti vztahové síť, které hrají v našem životě významnou roli. Jednoznačnou definici „sociální opory“ však společenské vědy nenabízejí. Důvodem je především neshoda badatelů, jaké typy opory do obecného konceptu sociální opory zařadit. Uveďme si tedy na ukázkou vybrané definice sociální opory a představme si některé z jejích typologií. *Hupcey (1998)* definuje sociální oporu jako dobře míněné jednání, které je s ochotou činěno vůči člověku, ke kterému

---

<sup>98</sup> Norbeck Social Support Questionnaire (vyvinut 1980, revidován 1981 a 1995)

- Norbeck, J.S., Lindsey, A.M., Carrieri, V.L. (1981): The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30, str. 264-269
- Norbeck, J.S., Lindsey, A.M., Carrieri, V.L. (1983): Further development of the Norbeck social support questionnaire: Normative data and validity testing. *Nursing Research*, 32, str. 4-9.

existuje osobní vztah. Toto jednání ústí v okamžitou či opožděnou pozitivní odezvu příjemce. *Lin a kol. (1979)* zase říkají, že sociální opora je mnohorozměrný soubor prostředků, které má jedinec k dispozici skrze sociální vazby k ostatním jedincům a skupinám. *Vaux (1988)* uvádí, že koncept sociální opory spočívá na dvou základních předpokladech a) vědomí, že existuje dostatečné množství lidí, na které se mohu v případě potřeby obrátit a b) na míře spokojenosti s dostupnou sociální oporou.

Fakt, že by člověk měl být se svými zdroji sociální opory spokojen, je velmi důležitý, jelikož dostatečně rozvinutá vztahová síť nemusí jen přispívat k psychické pohodě, ale může být i zdrojem napětí, a to zejména pokud nabízí nevídané rady, příliš závazků nebo např. vyvolá případné zklamání z nesplněných slibů.

Definice a typologie sociální opory většinou také záleží na studované populaci a zpravidla se odvíjí od škály stresových faktorů, které jsou dané populaci vlastní. Sociální opora je tak tříděna podle její možné efektivity při reakci na konkrétní potřebu evokovanou stresem. Některé stresory například zvyšují potřebu emocionální podpory, jiné si naopak žádají podporu hmotnou. Samozřejmě existuje i řada stresorů, které vyvolávají potřebu obou zmíněných typů podpory. Kromě níže popsané typologie, která je použita v instrumentu Jane Norbeck, lze také uvést rozšířenou typologii dle autorů jiného standardizovaného instrumentu měřícího intenzitu sociální opory, jehož autory jsou *Barrera a Ainlay (1983)*. Barrera a Ainlay rozlišují emocionální podporu, socializační podporu, praktickou pomoc, finanční podporu a radu/vedení.

Z výsledků prezentovaných v předchozích kapitolách je zřejmé, že těhotenství a následně pak výchova dítěte nejsou pro –náctiletou dívku právě jednoduchým úkolem a přináší s sebou celou řadu stresorů. Dívky v životní etapě adolescence ještě neukončily své dospívání a nevybudovaly si vlastní identitu a už mají vychovávat vlastní dítě a předat mu správné hodnotové vzorce. Musí se tedy simultánně vyrovnat s několika obtížnými úkoly. Navíc bylo prokázáno, že –náctileté matky jsou oproti starším matkám obecně méně kognitivně připraveny pro rodičovství, v roli rodiče se cítí být více stresovány (*Mercer, 1977; Sommer et al., 1993*) a v období šestinedělí jsou k dítěti méně vnímavé (*Jones et al., 1980*). Mezi další stresové faktory, kterým jsou adolescentní matky vystaveny, jsou např. nutnost čelit zklamání rodiny, nestabilní vztah, ekonomické obtíže, zdravotní problémy apod. Využití podpory významných druhých je základní strategií, která matkám pomáhá se s rodičovstvím vyrovnat a adaptovat se na stres, který s sebou mateřství přináší.

Jak ukazuje řada výzkumů, funkční sociální opora zmírňuje či odstraňuje řadu negativních dopadů časného rodičovství. Bylo prokázáno, že dostatečná sociální opora měla pozitivní vliv na celkové zdraví a duševní pohodu –náctiletých matek a v porovnání s matkami, kterým se adekvátní sociální opory nedostalo, také na silnější citové pouto mezi matkou a dítětem, lepší přizpůsobení se mateřské roli, menší komplikace v těhotenství, méně depresivních stavů nebo



vyšší průměrnou porodní váhu novorozenců. Dále je přítomnost sociální opory dávana do souvislosti s prevencí proti zneužívání dětí a zanechání školní docházky (Logsdon *et al.*, 2002).

Rozsah sociální opory adolescentních matek byl zjišťován prostřednictvím dotazníku<sup>99</sup> NSSQ<sup>100</sup> přeloženého do českého jazyka. Tento dotazník byl vyvinut speciálně pro hodnocení rozsahu a struktury sociální opory a vymezení sítí sociálních vztahů. Instrument se opírá o teoretický koncept multidimenzionálního pojetí sociální opory představený Kahnem (1979), který definuje sociální oporu jako „mezilidské jednání, které zahrnuje jedno nebo více z následujících: vyjádření kladné emoce jedním člověkem druhému; podpora a ujištění v jednání, představách a názorech; poskytnutí symbolické či materiální pomoci jinému“. Standardizovaný nástroj tedy staví na třech dimenzích, které by mohly být nazvány „EMOCE (affect)“, „UJIŠTĚNÍ (affirmation)“ a „POMOC (aid)“. Vzhledem k silné korelaci mezi faktory „EMOCE“ a „UJIŠTĚNÍ“ během validizačních studií se v revidované verzi instrumentu z roku 1995 pracuje také s užším konceptem, kde se rozlišuje pouze „EMOCIONÁLNÍ“ a „MATERIÁLNÍ“ podpora.

Princip dotazníku spočívá v tom, že respondent nejprve vyjmenuje všechny osoby, které hrají v jeho životě významnou roli a které jsou pro něj osobně důležité. U každé z těchto osob označí, v jakém jsou k němu vztahu. V následujících otázkách jsou pak osoby hodnoceny na pětibodové Likertově škále. Poslední tři otázky se týkají ztráty důležitých osobních vztahů. Dotazník vyplňovaly respondentky samostatně.

### Seznam otázek:

- Otázka 1. Jak velký podíl má uvedená osoba na tom, že se cítíte být milována?
- Otázka 2. Jak velký podíl má uvedená osoba na tom, že se cítíte respektována a obdivována?
- Otázka 3. Do jaké míry se můžete na uvedenou osobu spolehnout?
- Otázka 4. Do jaké míry souhlasí uvedená osoba s vašimi názory a podporuje vaše jednání?
- Otázka 5. Pokud potřebujete půjčit např. 500 Kč, svézt k doktorovi nebo jakoukoliv jinou okamžitou pomoc, do jaké míry je Vám ochotna uvedená osoba pomoci?
- Otázka 6. Představte si, že jste několik týdnů připoutána na lůžko, do jaké míry je Vám schopna uvedená osoba pomoci?
- Otázka 7. Jak dlouho znáte uvedenou osobu?
- Otázka 8. Jak často jste s uvedenou osobou v kontaktu (telefonáty, návštěvy, dopisy)?
- Otázka 9. Ztratila jste během těhotenství nebo po narození dítěte nějaký důležitý osobní vztah, ať již díky přerušení školy, rozchodu, úmrtí, přestěhování, změny zaměstnání nebo z jakéhokoliv jiného důvodu?
- Otázka 9a. Udejte prosím v každé kategorii počet lidí, kteří s Vámi již nejsou v kontaktu.

<sup>99</sup> Kompletní dotazník viz příloha č. 5.

<sup>100</sup> NSSQ se vyznačuje průměrnou úrovní konvergentní validity a vysokou vnitřní konsistencí – reliabilitou (Crombach's  $\alpha$  od 0,89 do 0,97). Dále je patrná vysoká korelace mezi škálami „EMOCE“ a „UJIŠTĚNÍ“.

Otázka 9b. Pokud budeme mluvit všeobecně, kolik podpory jste ztratila tím, že již tito lidé s Vámi nejsou v kontaktu?

Naším cílem bylo zjistit strukturu sociální opory –náctiletých matek a porovnat rozdíly mezi oporou, která byla zjištěna u **standardu**. Dále jsme si kladli za úkol prověřit vzájemné **rozdíly v sociální opoře mezi specifickými skupinami matek v rámci studovaného souboru**, a to zda existují diference podle věku, etnické příslušnosti, vztahů v původní rodině nebo vzdělání rodičů atd.

Výše vymezené cíle jsme se pokusili naplnit pomocí indexů škál vypočtených z dotazníků.

Základními indexy jsou tedy v tomto případě:

EMOCIONÁLNÍ OPORA = EMOSUP

MATERIÁLNÍ OPORA = AID

CELKOVÁ FUNKČNÍ OPORA = TLFUNCT

CELKOVÉ SKÓRE PODPŮRNÉ SÍTĚ = TLNETWRK

CELKOVÁ FUNKČNÍ OPORA

- PARTNERA
- RODINY ČI PŘÍBUZNÝCH
- KAMARÁDŮ/PŘÁTEL
- SPOLUŽÁKŮ/KOLEGŮ V PRÁCI
- SOUSEDŮ
- POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE
- SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ/UČITELŮ/TERAPEUTŮ atd.
- KNĚZE
- OSTATNÍCH

Pro jednotlivé kategorie osob, které mohou být označeny jako zdroje sociální opory, lze dále spočítat ukazatele jakými jsou např. Počet blízkých v každé kategorii (XCOUNT); Průměrná podpora na jednoho blízkého v dané kategorii (XAVEPFOR); Podíl osob v kategorii na celkovém počtu (XPERCNOL) nebo Procentuální podíl opory dle zdrojové kategorie (XPERCFUN).

Indexy slouží při podrobnější analýze jako závisle proměnné. Nezávisle proměnnými jsou potom, jak již bylo uvedeno, např. etnická příslušnost, věk dívek při otěhotnění, vzdělání rodičů atd.

## 8.2 Sociální opora –náctiletých těhotných žen podle výsledků standardizovaného dotazování dle Jane Norbeck (NSSQ)

Tabulka 8.1: Porovnání normativních hodnot standardizovaného dotazníku sociální opory NSSQ s hodnotami, které byly zjištěny u adolescentních matek

NSSQ proměnné	Normativní hodnoty NSSQ (ženy, USA, 1067 respondentů) <sup>101</sup>				Hodnoty pro –náctileté matky (ČR, 57 <sup>102</sup> respondentů)			
	Průměr	Směrodatná odchylka	95% Interval spolehlivosti		Průměr	Směrodatná odchylka	95% Interval spolehlivosti	
Počet uvedených osob <sup>a</sup>	10,9	5,9	10,5	11,3	8,4	3,7	7,4	9,4
Emocionální opora <sup>b</sup>	127,2	72,7	122,8	131,6	89,6	39,9	79,3	100,0
Materiální opora <sup>c</sup>	53,1	33,4	51,1	55,1	47,7	20,1	42,5	53,0
Celková funkční opora <sup>d</sup>	179,4	102,1	173,3	185,5	137,4	58,9	122,1	152,6
Celkové skóre podpůrné sítě <sup>e</sup>	98,5	53,8	95,3	101,7	72,1	31,8	63,9	80,4

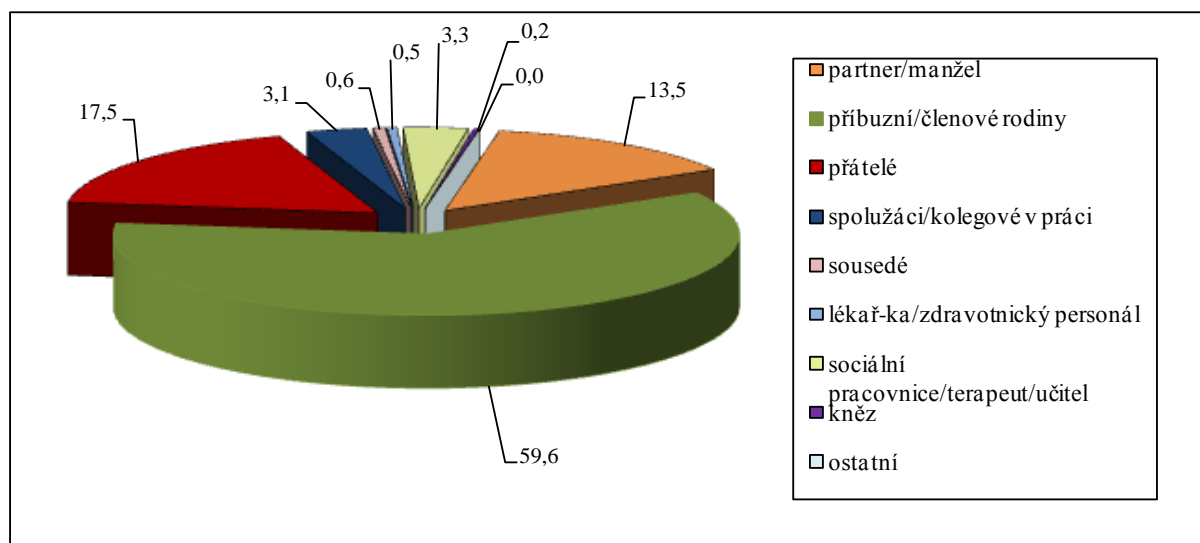
<sup>a</sup> Number listed, <sup>b</sup> Emotional Support, <sup>c</sup> Tangible Support, <sup>d</sup> Total Functional Support, <sup>e</sup> Total Network Score

Výše zmíněná tabulka č. 8.1 slouží spíše pro ilustraci a případně také jako vodítko pro další bádání. Z výsledků je zřejmé, že –náctileté matky se hodnotami, které dosáhly u jednotlivých indikátorů sociální opory, **pohybují spíše pod průměrem normativních skóre.** Znatelný rozdíl nacházíme především u skóre emocionální podpory, která je v porovnání se standardem u -náctiletých matek nižší. Průměrný počet uvedených významných osob na jednu dívku dosahoval hodnoty 8,4, v porovnání se standardem je tedy tato hodnota v průměru o 2,5 osoby nižší. **Pokud jde o strukturu zdrojů sociální opory u –náctiletých matek, jednoznačně převažuje funkční podpora ze strany rodiny, která činí více než 59 %.** Druhým nejsilnějším zdrojem jsou přátelé a kamarádi, jejichž opora z celkové sociální podpory čítá 17,5 %. Podobně silnou oporu pak nabízí partneři či manželé –náctiletých těhotných dívek a matek (13,5% podíl). Významněji je pak ještě zastoupena kategorie spolužáci a kategorie sociální pracovníci/terapeuti/učitelé; obě okolo 3 %.

<sup>101</sup> Výzkum sociální opory u –náctiletých těhotných žen (N=161) z roku 1993 v USA vykazuje rovněž vyšší průměrný počet uvedených osob na jednu dívku (9,08)

<sup>102</sup> U jedné z respondentek byl dotazník vyplněn chybně.

**Graf 8.1: Struktura zdrojů sociální opory u –náctiletých těhotných žen a matek**



Zdroj: NSSQ\_Kvalitativní výzkum NTŽM

Pozn. Struktura je počítána z průměrů procentního zastoupení jednotlivých zdrojů podpory u každého z respondentů.

Nejsilnější podpora ze strany rodiny je pochopitelná z důvodu možnosti četného zastoupení. Jako člověka, který hraje v životě respondentek významnou roli a je pro ně osobně důležitý, uvedlo 53 dívek (93 %) svou matku. Ze zahraničních zdrojů víme, že pokud mají dívky sociální oporu matky, pak jsou ve výchově dítěte více zodpovědné a mají užší citovou vazbu ke svému dítěti (Collete, 1981; Crnic a kol., 1983). Data získaná z kvalitativních rozhovorů potvrzují, že role matky je pro zvládnutí časného těhotenství a následně rodičovství klíčová. Dívky se většinou pomoci matky nebránily a ani v jednom případě si nestěžovaly na vážnější konflikty či tenze týkající se intervence matky do výchovy dítěte. Výzkumy také ukazují, že dívky, které bydlely v době narození dítěte u svých rodičů, byly méně stresovány než dívky, které bydlely samostatně (Wahler, 1980). Na druhou stranu otcové –náctiletých dívek jako zdroj sociální opory často nefigurují; svého otce označilo za důležitého člověka pouze 34 dívek tj. necelých 60 %.

Pouze 46 dívek z 57 uvedlo jako významného a důležitého člověka ve svém životě partnera, otce dítěte či manžela. Pokud se tak stalo, průměrná podpora [Průměrná podpora na jednoho blízkého v dané kategorii (XAVEPFOR)] poskytovaná z těchto zdrojů je v porovnání s ostatními kategoriemi jednoznačně nejvyšší. Zatímco na jednoho partnera dosahuje průměrné skóre funkční opory hodnoty 19,9<sup>103</sup>, u rodiny je toto skóre 16,7 a u přátel 17,2. Alespoň jednoho z příbuzných jako zdroj své sociální opory jmenovaly všechny dívky.

První tři kategorie opory (partner, rodina a přátelé) činí více než 90 % z celkové funkční sociální podpory adolescentních matek. Přestože se řada dívek díky své situaci dostává do

<sup>103</sup> Maximální skóre u celkové funkční podpory dosahuje hodnoty 24.

kontaktu s různými institucemi a jejich pracovníky (lékařská zařízení, sociální pracovníci, azylové domy atd.), pocíťovaná podpora z této strany je minimální.

U dívek, které většinou nejsou v kontaktu s otcem dítěte nebo pro ně není tato osoba důležitá, se v porovnání s dívkami, které mají v partnerovi oporu, neprojevíly zvláštní vazby na intenzitu opory z ostatních zdrojů. Tento závěr je v rozporu s výsledky výzkumu z USA (Perrin, McDermott, 1997), kde bylo zjištěno, že ztráta partnera redukuje dostupnost ostatních forem personální, materiální a emocionální podpory. To má pak vliv na všeobecné přizpůsobování a obnovování sebevědomí adolescentních matek.

Analýza dat podle třídících charakteristik dospěla ke zjištění, že věk dívek v době rozhovoru nesouvisí ani s intenzitou, ale ani se strukturou sociální opory. Statisticky významné rozdíly<sup>104</sup> byly zjištěny až v třídění podle **věku při otěhotnění**, kdy dívky, které otěhotněly jako velmi mladé, tj. do 16 let včetně, vykazovaly relativně nižší skóre emocionální opory než starší –náctileté matky. Skóre emocionální opory pro respondentky ve věku 13-16 let (celkem 24 respondentek) dosahovalo hodnoty 77,0 (S.D.=24,3) a pro respondentky ve věku 17-19 let (celkem 33 respondentek) 98,7 (S.D.= 46,4). Tento výsledek lze zčásti vysvětlit tím, že relativně více velmi mladých těhotných dívek prošlo ústavní výchovou nebo v současnosti žije v azylových domech.

Další charakteristikou, která diferencuje mezi sociální oporou –náctiletých matek, je **etnická příslušnost**. Výše základních ukazatelů jako EMOSUP, AID a TLFUNCT je sice u romských a neromských dívek podobná, zásadní rozdíly však shledáváme ve struktuře sociální opory. Zatímco u romských respondentek je objem podpory signifikantně vyšší ze strany rodiny, u neromské populace je zase vyšší objem podpory získané od přátel a známých (srovnej graf 8.2 a 8.3) . V celkové sociální podpoře zaujímá podíl rodiny u dívek romské národnosti 75 %, u neromských dívek je tento podíl výrazně nižší, a sice 56 %. Pohlédneme-li na rozdíly dle etnika z jiné perspektivy a přepočítáme průměrnou intenzitu podpory na jednu blízkou osobu v dané kategorii, zjistíme, že průměrná podpora (emocionální i hmotná) na jednoho člena rodiny je podobná jak u romských, tak neromských dívek. **Lze tedy konstatovat, že rozdíly nejsou ani tak v kvalitě rodinných vztahů, jako spíše v jejich kvantitě.**

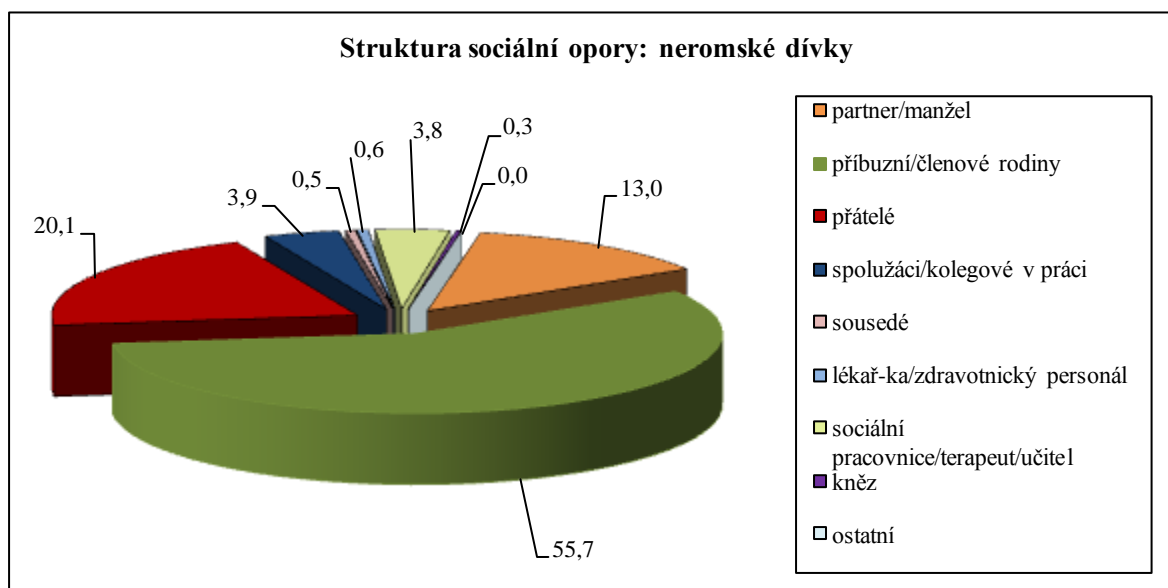
Na druhou stranu u **podpory ze strany přátel** byly zaznamenány rozdíly jak v **kvantitě vztahů, tak v jejich kvalitě**. Romské dívky uváděly nejen méně přátel, kteří jsou pro ně osobně důležití, ale když už někoho z této kategorie uvedly, přiřadily mu většinou i nižší skóre poskytované podpory. Skóre průměrné podpory na jednu osobu v kategorii přátel bylo u romských dívek 13,8, u ostatních byla hodnota ukazatele znatelně vyšší, a sice 17,7<sup>105</sup>.

---

<sup>104</sup> Statisticky významný rozdíl na hladině  $\alpha \leq 0,05$ .

<sup>105</sup> One-way ANOVA test rozdílů průměru prokázal statisticky významný rozdíl na hladině  $\alpha \leq 0,05$ .

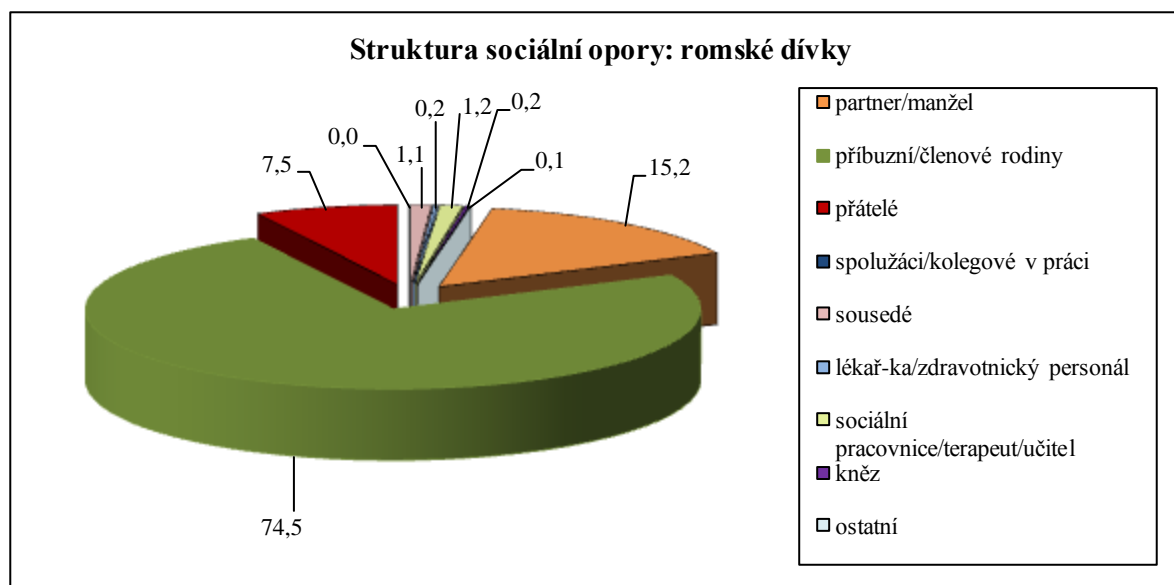
**Graf 8.2: Struktura zdrojů sociální opory u neromských –náctiletých těhotných žen a matek**



Zdroj: NSSQ\_Kvalitativní výzkum NTŽM

Pozn. Struktura je počítána z průměrů procentního zastoupení jednotlivých zdrojů podpory u každého z respondentů.

**Graf 8.3: Struktura zdrojů sociální opory u romských –náctiletých těhotných žen a matek**



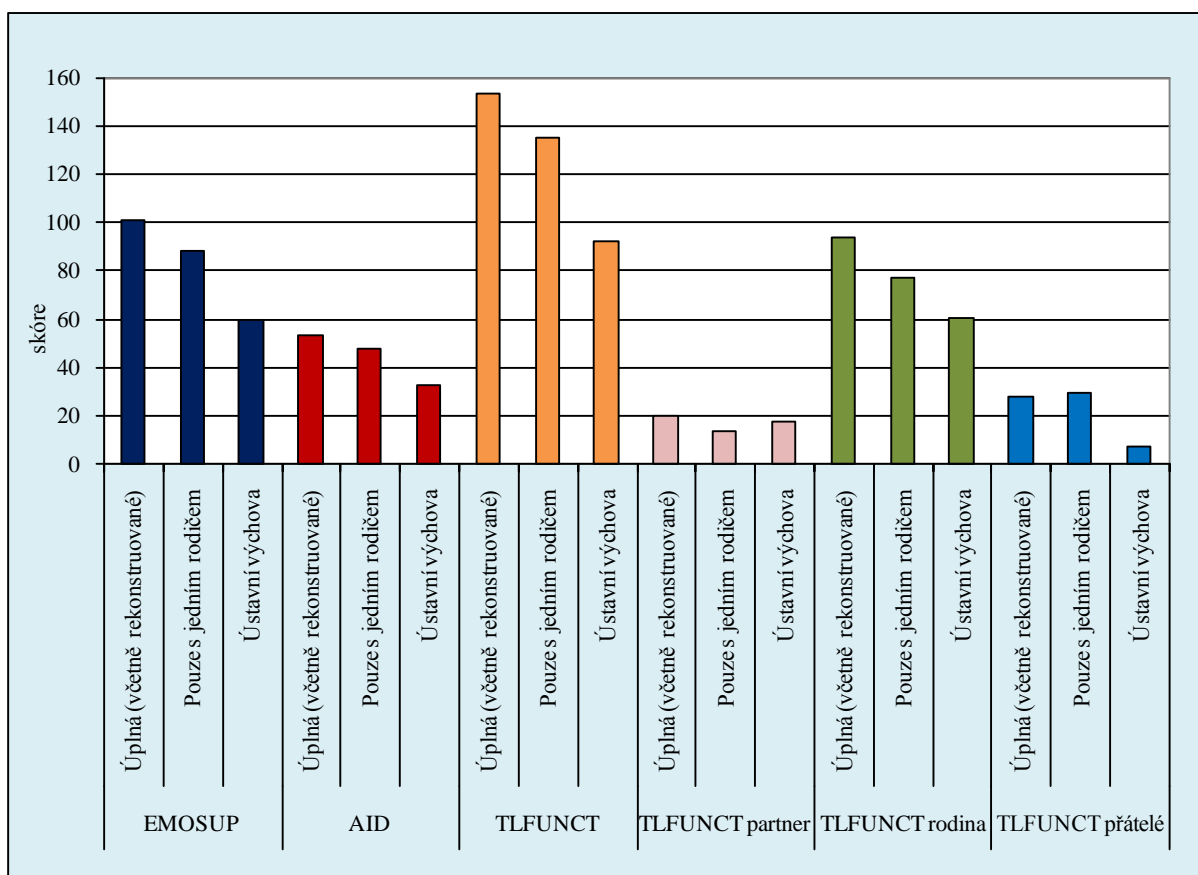
Zdroj: NSSQ\_Kvalitativní výzkum NTŽM

Pozn. Struktura je počítána z průměrů procentního zastoupení jednotlivých zdrojů podpory u každého z respondentů.

U ostatních třídících proměnných jakou jsou vzdělání matky a socio-ekonomické zázemí rodiny jsme nezaznamenaly žádné statisticky významné rozdíly, pokud jde o intenzitu a strukturu sociální opory.

Určité tendence lze sledovat ještě při pohledu na problematiku z **perspektivy typu rodiny, ve které dívky vyrůstaly**. Rodinné typy byly rozděleny podle toho, který převažoval do 16 let věku dívky, následovně: úplná rodina (včetně rekonstruované), neúplná rodina, ústavní výchova. Vzhledem k tomu, že v ústavech strávilo podstatnou část svého dětství pouze 6 dívek, je statistické testování významnosti poněkud nepřesné a zkreslující. Z tohoto důvodu hovoříme pouze o pravděpodobných tendencích, v nichž se ukazuje snadno předvídatelný fakt, že sociální opora dívek vyrůstajících v ústavní péči je výrazně nižší než opora dívek vyrůstajících alespoň s jedním rodičem (srovnej graf 8.4). Podobný profil je patrný i v případě objemu hmotné podpory. Pokusíme-li se charakterizovat intenzitu sociální opory v jednotlivých kategoriích, je zřejmé, že celková opora rodiny je u dívek vyrůstajících v ústavu nejnižší. Ještě výraznější rozdíl však nalzáme v případě opory poskytnuté kamarády a přáteli. Zdá se totiž, že dívky vyrůstající v ústavní péči, oporu ze strany přátel a kamarádů oproti ostatním většinou postrádají. Naopak celková podpora ze strany partnera je podobná u všech dívek bez ohledu na typ rodiny, ve které vyrůstaly.

**Graf 8.4: Průměrná skóre jednotlivých ukazatelů sociální opory v třídění dle typu původní rodiny.**



Zdroj: NSSQ\_Kvalitativní výzkum NTŽM

## **Kapitola 9**

### **9. Závěry a diskuse**

Cílem této práce bylo zmapovat životní a reprodukční strategie žen, které otěhotněly nebo se staly matkami jako –náctileté. Odrazem toho, že fenomén časného rodičovství v České republice slábne, je i velmi malý zájem o rodičovství adolescentů ze strany akademické obce a ze strany tvůrců sociálních politik. Přestože se počet –náctiletých matek během posledních dvaceti let výrazně snížil, z výsledků kvalitativního výzkumu je zřejmé, že tyto ženy přes mnohdy unikátní životní osudy tvoří stále poměrně ucelenou skupinu, která se potýká s podobnými problémy, na které je nutné, v souvislosti s možným rozšířením cíleně orientovaných forem pomoci, upozornit. Soustředili jsme se proto na poměrně široký sled událostí a okolností, které těhotenství v raném věku provázejí. Snažili jsme se pochopit, proč k otěhotnění došlo, jakým způsobem se dívky s těhotenstvím vyrovnávaly a jak musely měnit své životní strategie pod tlakem této události.

#### **9.1 Shrnutí výsledků kvalitativního výzkumu**

Z větší části retrospektivně orientovaný kvalitativní výzkum nám přinesl poměrně plastický obrázek světa –náctiletých těhotných žen a matek. Domníváme se, že byla zmapována většina podstatných témat, která se k těhotenství a rodičovství adolescentů váží a která mohla být samotnými respondentkami popsána, diskutována a interpretována.

Výzkum byl prováděn již ve společnosti, která si za patnáct let<sup>106</sup> od změny politického režimu prošla poměrně rozsáhlou transformací, a to v mnoha sférách života. Veřejné mínění a společenské hodnoty se výrazně od pádu totalitního režimu změnily. Během devadesátých let se české populaci otevřely rozmanité možnosti seberealizace, které za dob komunistického režimu byly tabu. Zároveň došlo k posunu vnímání role mladého člověka. V současné společnosti existuje určitá představa, čemu se má mladý člověk věnovat, a očekává se od něj

---

<sup>106</sup> Výzkum byl realizován v roce 2004.



do jisté míry racionální chování zahrnující vzdělávání, cestování a budování pozice na pracovním trhu. Před rokem 1989 nebylo těhotenství 18 a 19letých žen z důvodu omezených možností seberealizace nikterak výjimečné, dnes, jelikož neodpovídá všeobecnému očekávání o rolích mladého člověka, je vnímáno spíše jako něco nepatřičného. Jak vnímají –náctileté dívky svou „výhybku“ ze všeobecně následovaného kurzu, vnímají ji opravdu jako deviaci? Jak k této výhybce došlo a kdo je v ní podporoval a následoval je? Domníváme se, že výzkum na tyto otázky přinesl odpovědi, jejichž shrnutí si nyní představme.

Když jsme se v počátečních fázích výzkumu zabývali tím, jaká témata jsou v souvislosti s těhotenstvím adolescentních žen relevantní, bylo zřejmé, že nelze vynechat a opomenout prostředí, ve kterém probíhá zásadní socializace jedince, a sice prostředí původní rodiny. Původní rodině respondentek jsme sice v práci nevěnovali samostatnou kapitolu, ale jak analýza ukázala, vliv původní rodiny a její opory byl silně zastoupen ve všech studovaných tematických oblastech. Začněme proto formulovat naše závěry právě z této perspektivy.

Ačkoliv jsme výše psali, že zkoumaný soubor má mnoho společného, nelze jednoznačně říci, že jde o dívky z jednoho určitého typu původní rodiny. Převažují však neúplné rodiny a rodiny, kde matka představuje středobod rodinného života. Časté střídání protějšků matky v původní rodině vytváří rizikové prostředí z hlediska vyšší pravděpodobnosti výskytu sexuálního zneužívání a agrese. Násilí a sexuální zneužívání je tak u žen, které se staly matkami v raném věku, velmi rozšířený fenomén a lze ho považovat za důležitý determinant časného rodičovství. Rodinné zázemí, vzájemné vztahy, finanční možnosti rodiny, vzdělanostní a profesní dráha rodičů, výchovný styl a otevřenost komunikace hrají v problematice raného mateřství velmi důležitou roli. Situaci v původní rodině můžeme v mnohých případech označit nejen za „původce“ těhotenství v raném věku, ale pokud k otěhotnění dojde, tak rodina sehrává další důležitou roli, a to roli „průvodce“. Je totiž nutné zdůraznit významné postavení matky-babičky v celém procesu od vlivu na výběr kontracepčních prostředků při prvních sexuálních zkušenostech, vlivu na rozhodnutí o způsobu ukončení těhotenství až po vliv na výchovu dítěte případně výběr partnera své dcery. Dívky, které se ocitly ve výchovných ústavech či azylových domech, často o „průvodce“, kterého představuje rodina přišly, ačkoliv je jasně patrné, že nedostatečný zájem rodiny případně její úplná absence jsou s časným rodičovstvím také významně propojeny. Empirický výzkum sociální opory pak ukázal, že rodina byla základním zdrojem opory hlavně u romských dívek, které se v průběhu studované životní fáze mohly spolehnout na rozsáhlejší síť rodinných vazeb než ostatní respondentky. Náš výzkum zkoumal vliv rodiny pouze zprostředkovaně z pohledu samotných respondentek. Jistě by otázka ohledně vlivu původní rodiny na těhotenství adolescentních dívek byla lépe zodpovězena, kdyby se k situaci mohly vyjádřit i rodinní příslušníci, ke kterým má dívka vztah. To je však spíše námět pro další případná zkoumání.

Fakt, že dívka otěhotní ve velmi mladém věku, tak jistě nezačíná pouhým selháním antikoncepce či stykem bez jakékoliv ochrany, ale již mnohem dříve. Hodnoty a normy, které si během socializace osvojíme, pak determinují i pozdější reprodukční strategie a způsoby jednání v sexuálním životě. Adolescentní matky začínají s pohlavním životem dříve než průměrná populace. Každá pátá dívka z výzkumného vzorku zažila svůj první pohlavní styk dříve než to dovoluje zákon, tj. před dovršením 15 let. Nevyzrálost a nízké sebevědomí, které v tak nízkém věku nejsou výjimkou, se pak podílely na neschopnosti diskutovat svůj intimní život a zodpovědné sexuální chování se svým partnerem. Ochota a dovednost bavit se s partnerem o věcech týkajících se sexu jsou do určité míry ovlivněny i mírou komunikace o těchto věcech v rodině. Jelikož v naprosté většině původních rodin adolescentních matek byla zřejmá absence komunikace na téma zdravého sexuálního života, respondentky si neuměly poradit ani s komunikací na toto téma se svým partnerem. Ať se jednalo o první pohlavní styk nebo o další sexuální aktivitu, adolescentní matky se jevíly vůči svým partnerům zpravidla jako submisivní a ochotné se podvolit jejich vůli i za cenu rizika nechtěného těhotenství či sexuálně přenosných chorob. Ještě při prvním pohlavním styku byla míra ochrany před nechtěným těhotenstvím poměrně vysoká a dala by se přirovnat k míře ochrany populace, která svůj sexuální debut prožila ve vyšším věku. Relativně vysoká míra ochrany při prvním pohlavním styku byla do jisté míry překvapivá, jelikož až na některé výjimky respondentky svůj první pohlavní styk většinou neplánovaly a hovořily o něm jako o něčem, co „přišlo z nenadání“, „stalo se to náhle“, „byl to úlet“ apod.. S další sexuální aktivitou však přesvědčení o zodpovědném chování ubývá na síle a svou roli sehrávají právě vliv partnera, nepravidelnost sexuálních styků nebo rizikové chování obecně spojené s užíváním drog a alkoholem. V životní etapě adolescence ještě není sexuální aktivita natolik pravidelná, aby dívky považovaly za nejvhodnější druh antikoncepční ochrany hormonální antikoncepci. Užívání hormonální antikoncepce je také podmíněno pravidelnou návštěvou lékaře a pravidelnými finančními výdaji, což bylo problematické zejména pro dívky, jejichž rodiče nevěděly, že je dívka sexuálně aktivní. Jako největší problém ve spojitosti s hormonální antikoncepcí se však ukázala neschopnost jejího pravidelného užívání. Kondom, jako jediný spolehlivý způsob ochrany před sexuálně přenosnými chorobami při pohlavním styku, byl zpravidla partnery –náctiletých matek odmítán z důvodu nepříjemného pocitu. Významný vliv mají na užívání antikoncepce a sexuální chování obecně vrstevnické vzory. Obecně respondentky uváděly, že s kamarádkami měly menší zábrany hovořit o svém intimním životě než s rodiči nebo dokonce i než s partnerem. Specifikum studované skupiny žen však spočívá v tom, že to jsou právě ony, kdo jako první začal ve vrstevnické skupině s pohlavním životem a není proto lehké promluvit si o záležitostech týkajících se sexu s někým podobně starým, zkušeným a dobře informovaným. I v tomto výzkumu byly zaznamenány fámy šířící se napříč vrstevnickou skupinou o bolestivosti prvního sexuálního styku, o tom, že k předepsání

hormonální antikoncepce je třeba souhlasu rodičů, nebo že při prvním pohlavním styku nemůže dívka otěhotnět.

Některé respondentky měly v době výzkumu již dvě děti, nebo byly těhotné a své druhé dítě teprve čekaly. Nelze zobecnit, zda tyto druhé děti byly plánované a jakou souvislost hraje nové partnerství respondentky pro její rozhodnutí mít další dítě. Ve výzkumu se však objevily dva případy, kdy dívky podcenily užívání antikoncepce po porodu a znovu neplánovaně otěhotněly. Obě se domnívaly, že nemohou v době, kdy kojí, otěhotnět. Všechny respondentky, které měly již dvě děti, nebo druhé dítě čekaly, měly ukončené pouze základní vzdělání.

Následkem sexuální aktivity bez ochrany, respektive s ochranou, která selhala, byla u studovaného souboru gravidita, na kterou musely dívky ať dříve nebo později nějakým způsobem reagovat, případně zvolit strategii, jak se s ní vyrovnat. Nutné připomenout, že výzkumný soubor byl tvořen respondentkami, které se rozhodly stát se matkou a dítě si ponechat. Obecně lze říci, že rozhodnutí o tom, dítě si ponechat, bylo determinováno křehkou souhrou mezi individuálním rozhodnutím založeným na zvážení osobních a ekonomických předpokladů dohromady se sociálními normami reflektujícími všeobecné kulturní a subkulturní názory na věkově příslušné chování.

Každá čtvrtá dotazovaná dívka začala své těhotenství řešit až po uplynutí prvních 12 týdnů, kdy by případně mohla volit i variantu interrupce. Za pozdním zjištěním však stály pouze výjimečně zdravotní důvody jako např. menstruace během těhotenství, nepravidelná menstruace či velmi dlouhý menstruační cyklus již před otěhotněním. V tomto směru totiž panovalo u studované populace poměrně těžko pochopitelné iracionální chování. Pokud jsme však poznali detailně životní situaci respondentek dokreslenou jejich pocity, dá se tomuto iracionálnímu jednání porozumět. Mladé těhotné dívky se buď mylně domnívaly, že se jich těhotenství týkat nemůže, nebo na základě fyziognomických změn tušily, že zřejmě těhotné jsou, ale snažily se problém vytěsnit, ignorovat, často s mlhavým pocitem, že problém, když se o něm nebude hovořit, sám od sebe zmizí. Strach z reakce okolí byl silnější než obavy o vlastní zdraví či zdraví dítěte. Zvýšené zdravotní riziko pro mladou matku a její dítě dokumentují i data ze zdravotnické statistiky. Bylo prokázáno, že děti narozené ženám ve věku do 20 let měly průměrně nižší porodní hmotnost. Rovněž byla u těchto matek zaznamenána vyšší pravděpodobnost, že se dítě narodí předčasně nebo dokonce mrtvé. Rizika jsou svázána právě s pozdním zjištěním těhotenství a pozdní reakcí na jiný stav. Dívky, které si graviditu nepřipouštěly totiž většinou neměnily svůj životní styl, jehož součástí bylo zejména kouření a v některých případech i užívání drog. Zvýšená zdravotní rizika pramenila pak i z nedostatečné zdravotnické péče v prenatálním stádiu. Nejmladší rodičky do dvaceti let oproti starším rodičkám absolvovaly v průměru méně kontrol v těhotenské poradně a s prenatální péčí začínaly později. Ve výzkumném vzorku žen, kterých se netýkala možnost

volby ukončit své těhotenství interrupcí, se všechny rozhodly pro to, si dítě ponechat. Adopce jako volba, byla respondentkami reflektována, jako něco patologického.

Ve většině případů však dívky zjistily a plně si uvědomily svou graviditu v momentě, kdy ještě měly možnost na novou životní situaci reagovat volbou umělého přerušení těhotenství. Přesto se rozhodly si dítě ponechat a učinily tak z velmi rozmanitých důvodů, které se však nevyskytovaly v rozhodovacím procesu samostatně, ale byly spíše vzájemně propojeny.

Natalitní plány sledované skupiny žen jsou obecně orientovány spíše do nižšího věku než je tomu ve skutečnosti u celé populace. Asi jedna třetina respondentek považovala za ideální věk pro narození prvního dítěte věk do 20 let včetně. Naopak sporadicky je považován za ideální věk nad 25 let. S touto skutečností tak korespondovaly i výroky některých respondentek, že pro ně otěhotnění nepředstavuje problém, a že si dítě přejí. Dívky, jak jsme již psaly, pocházely zpravidla z disfunkčních rodin a dítě jim mohlo uspokojit potřebu vlastnit alespoň nějaký objekt lásky. Většina respondentek se nechtěla realizovat profesně a vzdělání pro ně nebylo příliš důležité. Je tedy zřejmé, že dítě pro některé z nich představovalo možnost seberealizace a nalezení určitého smyslu života. Těhotenství a rodičovství znamenalo pro mnohé první záblesk potvrzení vlastní identity a statusu. Dávalo jim pocit, že jsou dospělé ženy. Citová deprivace dívek, která se promítala do jejich pozitivního postoje k rodičovství v ranném věku, pramení z nefungující rodiny a často stresujícího rodinného zázemí. Ačkoliv ani jedna z dívek explicitně neuvedla těhotenství jako cestu, kterou by se mohla osvobodit od špatného rodinného zázemí (*Možný, 1999*), lze předpokládat, že některé respondentky k tomuto řešení špatné situace v rodině podvědomě směřovaly např. rizikovým chováním, a to v různých směrech. Rodičovství pak donutilo dívky uspořádat si život tak, aby ony i jejich dítě měly alespoň nějakou jistotu a aby měl život řád a smysl. Tato skutečnost pak vedla k tomu, že naprostá většina respondentek nahlížela na svůj současný život v roli matek pozitivně a vyjadřovala se tak, že v mateřství jsou více spokojeny než tomu bylo před tím, než otěhotněly. Popsané vlivy rodinného prostředí lze nazvat tzv. „nepřímými vlivy“. Mezi nepřímé vlivy rodinného prostředí lze řadit i mezigenerační vzory a intenzitu přítomnosti prorodinných hodnot v původní rodině. Data potvrdila tendenci k mezigeneračnímu přenosu raných rodičovství, kde 36 % respondentek mělo matku, která své první dítě porodila do 20 let. Silné prorodinné hodnoty a nutnost postarat se o domácnost a sourozence byly dalšími nepřímými faktory ovlivňující motivaci dívek si dítě ponechat. Většina dotazovaných dívek nebyla vedena ke vzdělávání a zázemí původní rodiny nepřispívalo k posílení vzdělávacích či kariérních ambic.

Za přímý vliv na rozhodnutí –náctileté těhotné dívky považujeme explicitní přesvědčování rodiny o způsobu ukončení těhotenství. Nátlak rodičů, aby si dívka dítě ponechala, byl přítomen zejména u velmi mladých respondentek do 17 let a pro většinu z nich byl spíše ulehčením. Pasivní přijetí cizího rozhodnutí však v sobě skrývá rizika pro budoucí

mateřskou afiliaci, jelikož tyto dívky si nebyly schopny samu sebe v roli matky představit. Rodičovská direktiva v tak závažném životním rozhodnutí také uvěžňuje dívku v pozici nedospělého jedince v okruhu významných druhých.

Pokud měly dívky stálého partnera, objevily se i případy, kdy to byl on, kdo o osudu těhotenství rozhodl, případně dívku v jejím úsudku podpořil. Autoritativní jednání bylo zaznamenáno u některých romských otců, u kterých se zdálo, že berou dítě jako věc osobní prestiže. Interrupci pak svým partnerkám, pokud se jednalo o první dítě, většinou zakázali. V odborné literatuře jsme se setkali s důvody, kdy nezletilá dívka otěhotněla a rozhodla se ponechat si dítě, jen aby si zachovala vzpomínku na partnera, do kterého byla zamilována a na němž byla do jisté míry závislá (*Crockenburg, 1989*) nebo kdy vedoucím motivem jednání byla snaha udržet si partnera v rámci nestabilního partnerského svazku (*Hudson and Ineichen, 1991*). Ani jedna z těchto variant se však v našem výzkumu neprokázala.

Rozhodnutí stát se matkou bylo pro většinu dívek velmi obtížné a vyžadovalo od nich notnou dávku odhodlání a často i silnou vůli trvat na vlastním názoru i přes nesouhlas jejich blízkých. Důležité je, že ani jedna dívka svého rozhodnutí si dítě ponechat nelitovala a u významné většiny byla jasně patrná snaha dokázat okolí, že jsou schopné se o dítě postarat přinejmenším stejně dobře jako starší matky.

Dívky si většinou začaly budovat zázemí pro sebe, své dítě, případně i partnera až po té, co se opravdu rozhodly, že si dítě ponechají. Těhotenství také znamenalo u studované populace iniciaci úvah o případném manželském svazku. Výsledky ukazují, že –náctileté těhotné dívky příliš o neuvážené sňatky nestály a dávaly přednost soužití v kohabitaci. Zpravidla se však jednalo o společné soužití mladého páru dohromady s rodiči jednoho z nich. Pouze jedna třetina mladých párů měla samostatné bydlení. Jako pozitivní se jeví fakt, že partneři –náctiletých žen, respektive otcové jejich dětí, většinou projevovali o osud svého dítěte i partnerky zájem. Přesto jsme naráželi na významné psychologické bariéry související s negativním vnímáním mužského elementu v rodině, které určovaly postoje –náctiletých matek k manželství. Dívky se obávaly nespolehlivosti, agresivity a ekonomické nesoběstačnosti partnera. Naopak obrázek muže jako živitele rodiny nebyl mezi –náctiletými těhotnými ženami a matkami příliš rozšířen. Další bariérou bránící sňatku byla u velmi mladých dívek do 18 let povinnost žádat soud o uznání zletilosti. Respondentky měly navíc často manželské soužití spojené s určitou dávkou samostatnosti a nezávislosti na rodičích. Tento přepych si však mohlo dovolit jen velmi málo mladých párů a dívky tak zpravidla plánovaly sňatek až poté, co si budou schopny zajistit vlastní bydlení.

S rozhodnutím –náctileté dívky stát se matkou nesouvisí jen reorganizace širší rodiny tak, aby byla zajištěna adekvátní péče pro dítě, případně bilance životních strategií týkajících se partnerství, ale i celková změna životního stylu a nucené vytržení z doposud prioritních aktivit, jakými bylo vzdělávání či výkon profese. V našem výzkumu jsme se v této souvislosti

zabývali zásadní otázkou, zda k ukončení školní docházky došlo kvůli konfliktu rolí tj. kvůli otěhotnění, nebo zda dívky v roli studentek selhaly ještě před tím než otěhotněly. Výzkum ukázal, že původcem nízké kvalifikace a vzdělání u –náctiletých matek není ani tak jejich výkon mateřské role, ale spíše jejich „selhání“ v roli studentek ještě před tím než k otěhotnění došlo. Z dat jsme mohli vymezit celou škálu důvodů, proč dívky školu předčasně opustily. Tyto příčiny byly zpravidla vzájemně provázané a kombinované. Často se jednalo o finanční důvody, nedostatečnou motivaci, zdravotní a psychické problémy, či život v prostředí, které dalšímu vzdělávání nebylo nakloněno. Souběh studia a výkonu mateřské role byl ve všech případech podmíněn silnou angažovaností a podporou ze strany původní rodiny. V případě adolescentních matek je také jasně patrná tendence k mezigenerační reprodukci chudoby plynoucí z nízkého vzdělání rodičů, kteří nejsou schopni předat dětem příklady a vzory nesoucí informaci o důležitosti vzdělání a hodnotě práce. Významná většina rodičů respondentek význam vzdělání v životě nevyzdvíhovala a v několika případech jsme se dokonce setkali s tím, že dívky byly rodiči ze školní docházky výslovně zrazovány.

Seberealizace dívek tak byla u většiny respondentek založena pouze na dobrém zvládnutí mateřské role. Respondentky většinou neměly obavy z toho, zda budou péči o dítě a jeho výchovu zvládat. Spoléhaly zejména na svou předchozí zkušenost s malými dětmi v rodině, svůj mateřský instinkt a pomoc matky-babičky. Sebedůvěra v tomto směru však měla za následek, že si většina dívek sama aktivně nezjišťovala a nevyhledávala aktuální informace na téma těhotenství, porod či péče o dítě. Změna životního stylu svázaná s nově nabytou zodpovědností za jiného člověka nebyla naprostou většinou respondentek vnímána negativně. Některé dokonce uváděly, že se po společenské stránce s narozením dítěte jejich život zlepšil. Pro jiné se zase mateřství stalo smyslem života a potvrzením toho, že je dívka schopná něco dokázat a může se tak cítit užitečnou.

## 9.2 Výzkum a jeho možné využití v praxi: diskuse

Již v úvodu jsme nadnesli, že bychom neradi apriori přistupovali k těhotenství a rodičovství adolescentů jako k sociálnímu problému a pohlíželi tak na respondentky v negativním světle. Studované kasuistiky však ukázaly, že mnohé z adolescentních matek musí bojovat se svou rodinou, se svou ekonomickou závislostí, se svou neznalostí a nevyzrálostí a případně se vyrovnat se ztrátou opory ze strany přítele. Z rozhovorů je zřejmé, že –náctileté matky musí neustále hledat zdroje emocionální, materiální a praktické pomoci. Většinou si však na toto hledání příliš nestěžovaly a prokazovaly poměrně značnou dávku houževnatosti, vůle a schopnosti se přizpůsobit podmínkám. Výsledky výzkumu prokazují, že studovaná skupina žen je vystavena vyššímu riziku sociálního vyloučení způsobeného předčasným ukončením školní docházky, nedostatečnou kvalifikací, nízkokvalifikovaným zaměstnáním nebo špatnými vyhlídkami na prosté získání placeného zaměstnání. K

sociálnímu vyloučení této skupiny však nepřispívá pouze materiální hledisko, ale také jejich odlišnost od obecně zažitého pohledu na roli „matky“ a roli „adolescenta“ v současné společnosti. Svobodné –náctileté matky již nemusí být současnou společností otevřeně stigmatizovány, přesto se ale nemusí ony samy cítit dobře v okruhu žen-matek, které obecně přijatou představu naplňují. Dokážeme si představit, že v současnosti, kdy se v České republice rodí relativně vysoké počty dětí ženám ve vyšším věku a společnost je více prorodinně orientována s akcentem na aktivity, jakými jsou např. zakládání mateřských center, center orientovaných na činnost rodičů s dětmi nebo na vzdělávání rodičů ve výchově dětí atd., bude pro velmi mladé maminky obtížné se těchto aktivit účastnit a potvrzovat si tak tímto způsobem své počinání v roli matky. V této souvislosti si neodpustíme uvést ještě jednou citát patnáctileté Lucie, který hovoří za vše: „... jsem si říkala, že tam budou takový velký maminky a teď já tam budu s břichem nebo tak. Já bych se cítila jiná mezi nima.“ Je tedy zřejmé, že najít si místo mezi staršími ženami, které ale mají podobnou náplň života a podobné zájmy a starosti, vyžaduje značnou dávku odvahy. Vyloučení z interpersonálních vztahů je u –náctiletých matek zesíleno i skutečností, že řada z nich pod tíhou povinností spojených s péčí o dítě ztrácí kontakt se svými vrstevníky. Stejně tak jako –náctileté matky nenaplňují obecně vžitou představu ženy-matky, nenaplňují ani obecně vžitou představu, jak by měla vypadat životní etapa v období adolescence.

Ačkoliv řada respondentek uvedla, že je se svým životem spokojena, bylo zřejmé, že se musí každodenně potýkat se znevýhodněním různého charakteru. Prostý fakt, že musí o skromné poměry a důstojný život svůj a svého dítěte usilovně bojovat, staví –náctileté dívky do role potencionálního příjemce institucionální a jiné pomoci (sociálně, ekonomicky, zdravotně, výchovně či psychologicky orientované<sup>107</sup>).

V České republice existují určité formy institucionální pomoci pro velmi mladé matky, které se ocitnou v tísní. Z nezávislého pohledu lze říci, že se dívka může s žádostí o pomoc obrátit na relativně široký okruh odborníků z různého prostředí. Pomoc může hledat jak v prostředí důvěrně známém, které představuje např. škola nebo lékař, tak v prostředí, které se na pomoc rizikovým skupinám a ženám v ohrožení přímo specializuje tj. u sociálních pracovníků, na policii nebo v různých neziskových organizacích zaměřujících svou činnost např. na pomoc zneužívaným a týraným ženám nebo matkám s dětmi v nouzi. Otázkou je, zda tyto složky pomoci fungují tak, jak by měly a zda je dívka o možných formách pomoci informována a ví, na koho se při řešení problémů spojených se svou situací obrátit. Z výzkumu totiž vyplývá, že se dívky samy v možnostech institucionální pomoci příliš neorientují a často mají neopodstatněné zábrany svůj problém s někým diskutovat, ať již se jedná o lékaře, učitele či sociální pracovníky. Tento jev byl prokázán i ve výzkumu sociální

---

<sup>107</sup> Jelikož se výzkum týkal pouze žen, které se rozhodly pro mateřství, nebudeme se zde věnovat formě institucionální pomoci jako je možnost náhradní rodinné péče či možnost utajených porodů (Zákon č. 20/1966 Sb.).

opory podle standardizovaného nástroje NSSQ (viz kapitola 8), kdy osoby mimo rodinu, přátel a partnera nebyly jako zdroje praktické, emocionální a materiální pomoci téměř vůbec zmiňovány.

Sociální pomoc –náctileté těhotné dívky by měla být orientována především na schopnost dívky samotné, její rodiny, partnera, případně partnerovi rodiny vybudovat zázemí a určitou životní jistotu pro nově vzniklou rodinnou jednotku (za rodinnou jednotku považujeme i uskupení, kdy zůstane matka s dítětem bez partnera), a to v prostředí, které je dívka známé, a ve kterém pravděpodobně bude umět najít různé zdroje opory. Většina původních rodin dívek, které jsme ve výzkumu sledovali, se nacházela spíše na nižších příčkách statusového žebříčku. Znamená to tedy, že finanční a bytové možnosti původních rodin byly zpravidla neuspokojivé a nedostatečné na to, aby mohly novou rodinnou jednotku podporovat. Přesto jsme byly svědky toho, že se řada dívek u své původní rodiny setkala s neuvěřitelnou schopností adaptace na nově vzniklou situaci. V nejednom případě se rodiče v zájmu svých dětí byli ochotni uskrovnit a podat pomocnou ruku. Pomoc rodičů je jistě nejlepším řešením celé situace, úskalí však nalézáme i zde. S dítětem se –náctiletá dívka dostává ještě do větší závislosti na rodině a cesta ke zdravému vývoji vlastní identity a osamostatnění se stává poměrně obtížnou. Jako potenciálně rizikové se jeví i vynucené ukotvení v rodině, která se potýká se svými dalšími závažnými problémy, jako např. alkoholismus nebo násilí. Dalším problémem je soužití rodin více generací, pokud rodinné jednotky nemají zajištěno alespoň částečné soukromí, což byl případ několika mladých rodičů v našem výzkumu. Absence soukromí totiž připínala k častým hádkám ve vztahu a k partnerským krizím. Problematické může být i poměrně nestandardní, ale v případě adolescentních matek časté, rozdělení rolí v rodině, kdy matka-babička plní roli druhého rodiče, a to i za situace, kdy partnerství s otcem dítěte zůstalo zachováno. Toto rozložení rolí vychází z nezralosti, nedůvěry v sebe sama a nedostatečných kognitivních schopností –náctiletých matek při výchově a péči o dítě. Dovedeme si tedy představit, že by byla užitečná existence poradenských center, které by nabízely rodinám strategie, jak se vypořádat s rozvržením rolí v nově formované, širší rodině, případně která by pomohla svým klientům nalézt zdroje potenciálních konfliktů. Z výzkumu je také zřejmé, že pro některé rodiny nemusí být těhotenství –náctileté těhotné dívky ústředním problémem. Tyto rodiny se potýkají s dlouhodobě trvajících psychosociálně-ekonomickými těžkostmi a je možné, že by byly pod dohledem odborníku schopné vytvořit a udržet pro své děti zázemí domova. U těchto rodin by mohla pomoci tzv. sanace rodiny – doprovázení rodiny s rizikovým profilem multidisciplinárním týmem odborníků, kteří jim pomáhají situaci řešit<sup>108</sup>.

---

<sup>108</sup> Jednou z nejznámějších organizací působících aktivně v této oblasti je občanské sdružení STŘEP: české centrum pro sanaci rodiny; <http://www.strep.cz/>.



Pro mladé matky, které nežijí se svým dítětem v institucionálních zařízeních<sup>109</sup>, rovněž neexistují téměř žádné programy orientované na poradenství o problémech spojených s výchovou a péčí o dítě. Bylo by vhodné tyto programy cílit pouze na tuto věkovou skupinu žen. V případě adolescentních matek považujeme také za důležité posilovat jejich sebedůvěru a přesvědčení, že jsou schopné být dobrou matkou. Ve spojitosti s již zmíněnou sociální exkluzí je nutné adolescentním matkám vštěpovat, že pokud svou roli matky plní dobře, nemají se za co stydět a jako matky vykonávají velmi hodnotnou práci. Programy, které mohou pomoci –náciétélym dívkám se identifikovat s novou mateřskou rolí, jistě nejsou zbytečné, neboť výzkumy ukazují, že mateřská role je komplexní kognitivní a sociální proces, který je naučený, interaktivní a reciproční (Rubin, 1967; Sartore, 1996). Jelikož jde víceméně o naučený proces, může být podporou a cíleným vedením mateřská identita u adolescentních matek zesílena.

Ve sledovaném výzkumném souboru byly dvě dívky umístěny do výchovného ústavu pro nezletilé matky s dětmi a sedm dívek muselo hledat zázemí v azylových domech.

Pokud je dívka nezletilá, a rodina nebo partner nemůže nebo nechce jí, ani jejímu dítěti poskytnout zázemí, soud uloží nad nezletilou matkou ochrannou, případně ústavní výchovu a dívka se i s dítětem ocitá v některém ze školských ústavních zařízení sloužících k tomuto účelu. Síť dětských domovů a výchovných ústavů pro nezletilé matky s dětmi však není v České republice příliš rozsáhlá a stres z nově nastalé situace je často umocněn tím, že jsou dívky umístěny do zařízení daleko od svého původního prostředí. Ztrácejí tak kontakt se zbytky své rodiny, přáteli a nezřídka i se svým partnerem, který je sice nedokázal finančně zabezpečit, ale mohl být důležitým zdrojem emocionální opory. Případy, kdy se dívka dostává do institucionální péče až poté, co otěhotní, se vyskytují spíše sporadicky. Ve školských zařízeních pro nezletilé matky s dětmi převažují dívky, které měly uloženy ochrannou či ústavní výchovu z jiných důvodů ještě před tím než otěhotněly.

Po dosažení zletilosti mohou mladé matky s dětmi z oblasti sociálních služeb využít zejména azylové domy<sup>110</sup> nebo azylové domy pro matky s dětmi<sup>111</sup>. Variantou jsou rovněž domy na půli cesty určené zejména pro ty, kteří dosáhli zletilosti a vyrůstali v dětských domovech a výchovných ústavech. I v těchto případech je z důvodu nedostatečné kapacity zařízení aktuální vytržení z původního rodinného prostředí. Azylové domy pro matky s dětmi také zpravidla nabízejí své služby maximálně na 12 měsíců, během kterých si klientka musí hledat jiné trvalé bydlení. Během výzkumu jsme se setkali s několika respondentkami, které si bydlení nenašly a pouze se přemístily do azylového domu v jiném regionu. Kromě ztráty

---

<sup>109</sup> V azylových domech pro matky s dětmi a výchovných ústavech je podobné poradenství součástí služeb.

<sup>110</sup> Největším nestátním zřizovatelem azylových domů a poskytovatelem sociálně zdravotních služeb v ČR je nezisková humanitární organizace Charita Česká republika..

<sup>111</sup> Legislativně je pomoc těchto zařízení ukotvena Zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

kontaktu s blízkými lidmi je to tedy také nejistota ohledně bydlení, která představuje pro –náciiletou matku další významnou zátěž.

Řada dívek tedy prožije období těhotenství a rannou fázi mateřství, které nejvíce stmelují rodinu osamoceně bez podpory blízkých. Tyto dívky přicházejí většinou od nikud a nemají kam jít. Zázemí, které dříve nebylo důležité, je teď klíčové. Dívka se porodem mění a přijímá zodpovědnost za dalšího člověka. Musí si zvyknout na fakt, že první v životě je vždy dítě a ne ona sama. Proto také byly respondentky, vědomy si nedostatečných kapacit podobných zařízení, až na jednu výjimku, za možnost ubytování v azylovém domě velmi vděčné.

Již zmiňované negativní aspekty časného rodičovství směřují k otázce, zda a jakým způsobem by bylo možné počet –náciiletých matek ještě redukovat. Na tuto otázku je velmi těžké odpovědět a hlavně nalézt praktická a fungující doporučení aplikovatelné pomoci. Problematika je totiž natolik komplexní, že lze jen stěží orientovat preventivní programy na minimalizaci časného rodičovství jen jedním směrem. Navíc, jak již bylo zmíněno, ne všechna těhotenství –náciiletých dívek byla neplánovaná. Snad nejvíce efektivní, avšak z praktického hlediska těžko uskutečnitelná, se jeví forma pomoci orientovaná přímo na rodiče, a to nejlépe rodiče malých dětí. Rodina, jako hlavní nositel primární socializace, má totiž zásadní vliv na sebevědomí člověka, toho, jak si sám sebe váží, a jak vnímá vlastní hodnotu. Sebevědomí a schopnost stát si za svým vlastním názorem jsou pak klíčové v dalších mezilidských vztazích, tedy i ve vztazích sexuálních. Jak je patrné z výsledků výzkumu, hlavní příčinou selhání v podobě nechráněného styku byla nesmělost dívek a jejich nedůvěra v sebe sama. Pomoci by mohly i programy přímo cílené na schopnost rodičů komunikovat se svými dětmi více otevřeně a citlivě o sexuálních tématech. Výzkumy také ukazují (*Franklin, 1988; Hurlbut et al., 1997*), že sebevědomí a vlastní sebeúcta jedince je silně podkopána, pokud se v jeho rodině vyskytovaly negativní sociální jevy, jako jsou např. alkoholismus, násilí, sexuální zneužívání, psychické zneužívání-deprivace atd.. Prevence a sociální práce v těchto oblastech se tedy přímo dotýká i fenoménu časného rodičovství.

Další variantou mohou být programy cílené přímo na adolescenty, případně pubescenty obecně. Zde nemůžeme vynechat primární prevenci v oblasti sexuální výchovy, kterou zajišťují různé instituce, mezi nimiž je na prvním místě většinou škola. Z výpovědí –náciiletých matek jsme pochopili, že sexuální výchova, tak jak byla prováděna prostřednictvím školy, neměla na reálné chování respondentek, případně jejich znalosti o zdravém reprodukčním chování, příliš velký vliv. Výukové metody v této oblasti je tedy třeba přizpůsobit tak, aby co nejvíce refletovaly a odrážely praktické problémy adolescentů. V této souvislosti lze doporučit programy, které sice nebudou nabádat mladé lidi k sexuální abstinenci, ale které se budou alespoň snažit o odklad počátku sexuální aktivity do vyššího věku. Jak bylo v práci zmíněno, mladí lidé, kteří použili při prvním pohlavním styku antikoncepci, prožili tento debut později, než ti, kteří se při styku nechránili. Z kvalitativních

dat lze také usuzovat na spojitost špatné dovednosti hovořit s partnerem o kontracepční ochraně při styku a nízkým věkem dívek. Programy, které by si kladly za cíl oddálit časování prvních sexuálních zkušeností u mladých lidí, by pak také mohly prakticky provádět nácvik dovedností, jakými jsou např. odmítnutí partnera, pokud není jedinec na styk připraven, jasná a zřetelná formulace svého přesvědčení a hodnot spojených s intimním životem, komunikace s partnerem o věcech spojených se sexuálním životem, případně také nácvik strategií, jak odolat tlaku vrstevnické slupiny. To vše znovu souvisí s posilováním sebevědomí a sebejistoty mladého člověka. Vedle těchto aktivit pak musí být samozřejmě kladen důraz na zdravé sexuální chování, které předchází nechtěnému otěhotnění či riziku nákazy sexuálně přenosnými chorobami. Zde bychom vedle informací o rozmanitém spektru dostupných antikoncepčních prostředků kladli akcent zejména na praktické věci spojené s užíváním různých druhů antikoncepce, konkrétně např. na pravidla užívání hormonální antikoncepce (jak je důležitá pravidelnost užívání, kdy začne být žena chráněna po prvním užití pilulky, zda je přerušena ochrana při změně antikoncepčního prostředku apod.).

Jak jsme psali v této práci již několikrát, časné rodičovství významně ovlivňuje absence alternativních životních možností. Proto lze jistě mezi aktivity přispívající zásadně k prevenci časného rodičovství řadit i veškeré programy nabízející mladým lidem smysluplnou seberealizaci.

Je zřejmé, že sociální pomoc orientovaná konkrétně na skupinu –náctiletých matek bude vážnou z důvodu jejich relativně nízkého zastoupení v populaci. Každá služba musí totiž mít dostatečný počet „odběratelů“, aby byla efektivní. Domníváme se však, že dostatečná klientská základna by jistě mohla být v Ústeckém nebo Moravskoslezském kraji. Kromě azylových domů a školských institucí pro nezletilé matky s dětmi nevíme o žádném centru, projektu či programu, který by umožnil vzájemné setkávání těhotných –náctiletých žen a –náctiletých matek. Přitom jsme přesvědčeni, že sdílení a konzultace problémů s ostatními, kteří se ocitli ve stejné situaci, může mít důležitý terapeutický efekt. Do budoucna by to byl alespoň dobrý začátek, jak se začít o tuto skupinu žen v oblasti sociální práce zajímat a nabídnout jí pomocnou ruku.

## **Bibliografie**

Alan, J. (1989): *Etapy života očima sociologie*. Panorama, Praha.

Arenson, J. (1994): Strengths and self perceptions of parenting adolescent mothers. *Journal of pediatric nursing*, 9,4, str. 325-331.

Barlow, J. (2005): Young mothers: Contraception choices and other concerns. *Practice Nurse*, May 27; 29; str. 10-24.

Barrera, M.J. & Ainlay, S. L. (1983). The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*, 11, 133-143.

Becker, G.S. (1960): An economic analysis of fertility. Pages 29-31 in *Demographic and Economic Change in Developed Countries*. Edited by the Universities-National Bureau Committee for Economic Research, Princeton: Princeton University Press.

Berger, P.L., Luckmann, T. (1999): *Sociální konstrukce reality (pojdnání o sociologii věděni)*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.

Bergman, A.G. (1989): Informal support systems for pregnant teens. *Social Case*, 70, str. 523-524.

Blos, P. (1988): The inner world of the adolescent“ in A.E.Esman (eds.) *International Annals of Adolescent Psychiatry* 1, Chicago: University of Chicago.

Bolton, G.B. (1980): *The pregnant adolescent: problems of premature parenthood*. Beverly Hills, Calif : Sage Publications.

Boyer, D., Fine, D. (1992): Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. *Family Planning Perspectives*, 24, str. 4-11.

Brooks-Gunn, J., Furstenberg, F. (1986): The children of adolescent mothers: Physical, academic and psychological outcomes. *Developmental Review*. 6, str. 224-251.

Camp, B. (1995): Maternal characteristics of adolescent mothers and older mothers of infants. *Psychological reports*, 77, str. 1152-1154.

Camp, B.W. (1996): Adolescent Mothers and Their Children: Changes in Maternal Characteristics and Child Developmental and Behavioral Outcome at School Age. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, Vol. 17, 3.

Campbell, A. (1968): The role of family planning in the reduction of poverty, *Journal of Marriage and the Family*, 30(2), str. 236-245.

Carvera, N. (1991): Unwed teenage pregnancy: Family relationships with the father of the baby. *Families in Society*, 72, str. 29-37.

- Carvera, N. (1994): Family Change During Unwed Teenage Pregnancy. *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 23, No 1.
- Coates, D., Wortman, C.B. (1980): Depression maintenance and interpersonal control. In A . Baum, Singer, J. (eds.), *Advances in environmental psychology: Applications of personal control* (Vol. 2, pgs. 149-182), Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Collete, N.D. (1981): Social support and the risk of maternal rejection by adolescent mothers. *Journal of Psychology*, 109, str.191-197.
- Crnic, K.A., Greenberg, M.T., Ragozin, A.S., Robinson, N.M., Baham, R.B. (1983): Effects of stress and social support on mothers and premature and full term infants. *Child Development*, 54, str. 209-217
- Crockenburg, S., Soby, B. (1989). Self-esteem and teenage pregnancy. In *The social Importance of self-esteem*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Crockett, L.J., Raffaelli, M., Moilanen, K.L. (2003): Adolescent Sexuality: Behavior and Meaning. str. 371-392 In.: *Handbook of Adolescence*. Eds. Adams, G.R., Berzonsky, M.D., Blackwell Publishing, 2003.
- Čačka, O. (1995): *Přehled psychologie obecné, dospívání a pracovní výkonnosti*. Vydavatelství MU, Brno. .
- Darroch, J.E., Frost, J.J., Singh, S.(2001): Teenager sexual reproductive behavior in developed countries. Can more progress be made? Occasional report No. 3., November 2001, The Alan Guttmacher Institute, NY and Washington.
- Davies, L., Mc Kinnon, M., Rais, P. (2001): Creating family: perspectives from teen mothers. *Journal of progressive human services*, Vol.12 (1).
- Davis, S. M., Harris, M. B. (1982): Sexual knowledge, sexual interests, and sources of sexual information of rural and urban adolescents from three cultures. *Adolescence*, 17, str. 471–492.
- Durant, R.H., Jay, S., Seymore, C. (1990): Contraceptive and sexual behavior of Black female adolescents: A test of a social-psychological theoretical model. *Journal of Adolescent Health Care*, 11, str. 326-334.
- East, P. L. (1996): The younger sisters of childbearing adolescents: Their attitudes, expectations and behaviors. *Child Development*, 67, str. 267–282.
- East, P.L., Felice, M.E.(1990): Outcomes and parent-child relationships of formel adolescent mothers and their 12-year-old children. *J Dev Behav Pediatr*, 11, str.175–183.
- Ellis, B.J., Bates, J.E., Dodge, K.A., Fergusson, D.M., John Horwood, L., Petit, G.S., Woodward L. (2003): Does Father Absence Place Daughters at Special Risk for Early Sexual Activity and Teenage Pregnancy? *Child development*, May/June, Vol. 74, No 3.
- Elo, I.T., Berkowitz -King, R., Furstenberg Jr., F. (1999): Adolescent females: Their sexual partners and the fathers of their children. *Journal of Marriage and Family*, 61, 1, pg.74-84.
- Elster, A., McAnarney, E., Lamb. M. (1983): Parental behavior of adolescent mothers. *Pediatrics*, 71, str. 494-503.
- Ester, A., Appelbaum, M., Osofsky, J. and Levy, J. (1988): Adolescent and older mothers: Comparison between parentel maternal variables and newborn interaction measures. *Infant behavior and development*, 11, str. 353-362.
- Evans, A. (2001): The Influence of Significant Others on Australian Teenagers Decisions About Pregnancy Resolution. *Family Planning Perspectives*, 33(5), str. 224-230.
- Fergusson, D.M., Woodward, L.J. (2000): Teenage pregnancy and female educational underachievement: A prospective study of New Zealand birth cohort. Vol. 62, Issue 1, str. 147-161.

Field, Z., Widmayer, S., Stringer, S., Ignatoff, E. (1980): Teenage, lower-class, black mothers and their preterm infants: An intervention and developmental follow-up. *Child Development*, 51, str. 426-436.

Fine, M. (1988): Sexuality, schooling, and adolescent females: the missing discourse of desire. *Harvard Educational Review*, 55(1), str. 29-53.

Forrest, J.D., Singh, S.(1990): The sexual and reproductive behaviour of American women 1982-1988. *Family Planning Perspectives*, 22, str..206-214.

Franklin, D.L. (1988): Race, class, and adolescent pregnancy: Anecological analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, str. 339-354.

Fraser, A.M., Brockert, J.E., Ward, R.H. (1995): Association of young maternal age with averse reproductive outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 332, str.1113-1117.

Friedman, D., Hechter, M., Kanazawa, S. (1994): A Theory of the Value of Children, *Demography*, Vol. 31, No.3, str. 375-397.

Furstenberg, F. (1996): Teen Pregnancy and Parenting: What is the Problem?. Paper presented at Wellesley College, Massachusetts, April, 1996.

Furstenberg, F. F., Crawford, A. (1978): Family support: helping teenage mothers to cope. *Family Planning Perspectives*, 10, str. 322-333.

Furstenberg, F., Brooks-Gunn, J., Morgan, S.P. (1987): *Adolescent mothers in later life*. Cambridge University Press, New York.

Geronimus, A.T., Korenman, S.(1992): The socioeconomic consequences of teen childbearing reconsidered. *Quarterly Journal of Economics*, 107, 4, str. 1187-1214.

Geržová, H. (2005): Současný pohled na hormonální antikoncepci u adolescentek. *Gynekolog*, 14, 4. str. 156-160.

Gillmore, M.R., Butler, S.S., Lohr, M.J., Gilchrist, L. (1992): Substance use and other factors associated with risky sexual behavior among pregnant adolescents. *Family Planning Perspectives*, 24, 255-268.

Greene, J., Sandler, H., Altemeier, W., O'Connor, S. (1981): Childrearing attitudes, observed behavior and perception of infant temperament in adolescent vs. older mothers. *Pediatric Research*, 15, str.442.

Grogger, J., Bronars, S.G.(1993): The socioeconomic consequences of teenage childbearing: findings from a natural experiment, *Family Planning Perspectives*, 1993, 25(4), str.156-161.

Hamanová, J.(1998): Rizikové chování mládeže z pohledu dorostového lékaře. Příloha časopisu *Budoucnost církve* č. 4.

Hamplová, D. (2003): Preferované partnerské uspořádání: sociodemografické a hodnotové rozdíly. *Demografie* 45 (3), str.166-176

Hanna, B. (2001): Negotiating motherhood: The struggles of teenage mothers. *Journal of Advanced Nursing*. 34, 4, str. 456-464.

Hanson, S.L., Myers, D.E., Ginsburg, A.L. (1987): The role of responsibility and knowledge in reducing teenage out-of-wedlock childbearing. *Journal of Marriage and the Family*, 49, str. 241-256.

Hardy, J.B., Duggan, A.K.(1988): Teenage fathers and the fathers of infants born to urban, teenager mothers. *American Journal of Public Health*, 78, str. 919- 922.

Harevey, S.M., Springer, C. (1995): Factors associated with last sexual behavior among adolescents: A multivariate analysis. *Adolescence*, 30, str. 253-264.

- Hechtman, L. (1989): Teenage mothers and their children- Risks and problems: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, str. 569-575.
- Hockaday, C., Crase, S.J., Shelley, M.C., Stockdale, D.,F.(2000): A prospective study of adolescent pregnancy. *Journal of Adolescence*, 23, str. 423-438.
- Hofferth, S.L., Kahn, J.R., Baldwin, W. (1987): Premarital sexual activity among U.S. teenager women over the last three decades. *Family Planning Perspectives*, 19 (2), pg. 46-53.
- Hoffman, S.D. (1998): Teenage childbearing is not so bad after all - or is it? A review of the new literature. *Family Planning Perspectives*, 30, 5, str. 236-239.
- Hotz, V.J., McElroy, S.W., Sanders, S.G. (1997): The impacts of teenage childbearing on the mothers and the consequences of those impacts on government In: *Kids Having Kids*. Maynard, R. (ed.), Washington, DC: The Urban Institute Press.
- Hogan, D., Kitagawa, E. (1985): The impact of social stratus, family structure and neighborhood on the fertility of black adolescents. *American Journal of Sociology*, 90, str. 825-836.
- Hudson, F., Ineichen, B. (1991): *Taking it lying down: Sexuality and teenage motherhood*. Macmillian Education LTD, London.
- Hupcey, J.E. (1998): Social support: Assessing conceptual coherence. *Qualitative health research*, 8, str.304-318.
- Hurlbut, N.L., McDonald Culp, A., Jambunathan, S., Hitler, P. (1997): Adolescent mothers' self-esteem and role identity and their relationship to parenting skills knowledge. *Adolescence*, 32, 127, str. 539-554.
- Chaloupková, J., Šalamounová, P. (2004): Postoje k manželství, rodičovství a k rolím v rodině v České republice a v Evropě. *Sociologické studie, SOÚAV, č. 7*.
- Inazu, J.K., Fox, G.L. (1980): Maternal influence on the sexual behavior of teen-age daughters. *Journal of Family Issues*, Mar;1(1), str. 81-102
- Ingham, R., Woodcock, A., Stenner, K. (1991): Getting to know you...young people's knowledge of their partners at first intercourse. *Journal of Community and Applied Social Psychology (Special Issue on AIDS)* 1,2, str.. 117-132.
- Jaccard, J., Dittus, P. (1991): *Parent-teen communication: Toward te prevention of unintended pregnancies*. New York, Springer-Verlag.
- Jacobson, K. C., Crockett, L. J. (2000): Parental monitoring and adolescent adjustment: An ecological perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 10, str. 65-97.
- Jessor, R., Jessor, S.L. (1977): *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. New York, Academic Press, 281 stran.
- Johnson, A.M., Wadsworth, J., Wellings, K., Field ,J., Bradshaw, S.(1994):*Sexual Attitudes and Lifestyles*. Blackwell, Oxford.
- Jones, F.,A., Green, V., Krauss, D., R. (1980): Maternal responsiveness of primiparous mothers during the postpartum period: Age differences. *Pediatrics*, 65, str. 579-584.
- Kahn, J.R., Anderson, K.E. (1992): Intergenerational Patterns of Teenage Fertility. *Demography*, Vol.29, No. 1, str. 39-57.
- Kahn, J.R., Smith, K.W., Roberts, E.J. (1984): *Family communication and adolescent sexual behavior*. nepublikovaný rukopis, American Institute for Research, Cambridge, MA.
- Kahn, R.L. (1979): Aging and social support. In Riley, M.W. (ed.):*Aging From Birth to Death: Interdisciplinary Perspectives*. Boulder, Colo., Westview Press, 1979, str. 77-91.

- Klepinger, B.H., Lundberg, S., Plotnick, R.D. (1995): Adolescent fertility and the educational attainment of young women. *Family Planning Perspectives*, 27, str. 23-28.
- Kuchařová, V., Ettllová, S., Nešporová, O., Svobodová, K. (2006): *Zaměstnání a péče o malé děti z perspektivy rodičů a zaměstnavatelů*. Praha, VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-18-2
- Landry, E., Bertrand, J.T., Cherry, F., Rice, J. (1986): Teen Pregnancy in New Orleans: Factors that differentiate teens who deliver, abort, and successfully contracept. *Journal of Youth and Adolescence*, 15, str. 259-274.
- Leontjevičová, L. (1994): *Sexuální chování a sexuální aktivita mládeže (15-29 roků)*. IDM, MŠMT, Praha.
- Lesser, J., Anderson, N., Koniak-Griffin, D. (1998): Sometimes you do not feel ready to be an adult or mom, the experience of adolescent pregnancy. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 11,1, str. 7-16.
- Lin, N., Simone, R., Ensel, W., Kuo, W. (1979): Social support, stressful events, and illness: A model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, str.108-119.
- Lindberg, L.D., Sonenstein, F.L., Ku, L., Martinez, G.: (1997) Age differences between minors who give birth and their adult partners. *Family Planning Perspectives*, 29, str. 61-66.
- Lipovetsky, G. (1999): *Soumrak povinnosti. Prostor*, Praha.
- Logsdon, M.C., Birkimer, J.C., Ratterman, A., Cahill, K., Cahill, N. (2002): Social support in pregnant and parenting adolescents: Research, critique and recommendation. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 15, 2. str. 75-83
- Lundberg, S., Plotnick, R.D. (1995): Adolescent premarital childbearing: do economic incentives matter? *Journal of Labour Economics*, 13, str. 177-200.
- Macek, P. (1999): *Adolescence. Portál*, Praha.
- Manlove, J. (1997): Early motherhood in an intergenerational perspective: The experiences of a British cohort. *Journal of Marriage and the Family*, 59.
- Manlove, J., Terry, E., Gitelson, L., et al. (2000): Explaining demographic trends in teenager fertility 1980-1995. *Family Planning Perspectives*, 32, str. 166-175.
- Marshall, E., Buckner, E., Powell, K. (1991): Evaluation of a teen parent program designed to reduce child abuse and nevlét and to strengthen families. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Mental Health Nursing*, 4, str. 96-100.
- Maynard, R. (1995): Teenage childbearing and welfare reform: Lessons from a decade of demonstration and evaluation research. *Children and Youth Services Review*, 17, issue 1-2, str. 309-332.
- Maynard, R., Rangarajan, A. (1994): Contraceptive use and repeat pregnancies among welfare dependent teenage mothers. *Family Planning Perspectives*, Sep. 1994, 26, 5, str. 198-205.
- Mead, G.H. (1934): *Mind, Self, and Society*. Ed. by Charles W. Morris. University of Chicago Press.
- Mercer, R.T. (1977): *Nursing care for parents at risk*. Thorofare, NJ: Slack.
- Merton, R.K. (2000): *Studie ze sociologické teorie*. Sociologické nakladatelství, Praha.
- Mišanek, J. (2004): *Nezletilí a antikoncepce*. Zdravotnictví a právo, 12, str. 11-15.
- Miller, B. C., Benson, B., Galbraith, K. A. (2001): Family relationships and adolescent pregnancy risk: A research synthesis. *Developmental Review*, 21, str.1-38.



- Miller, B.C., McCoy, J.K., Olson, T.D., Wallace, C.M. (1986): parental discipline and control attempts in relation to adolescent sexual attitudes and behavior. *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 48, str. 503-512.
- Mitchel, K., Wellings, K. (1998): First sexual intercourse: anticipation and communication. Interview with young people in England. *Journal of Adolescence*, 21, str. 717-726.
- Monsour, K.J., Stewart, B. (1973): Abortion and sexual behavior in college women. *American Journal of Orthopsychiatry*. 43(5), str. 804-814.
- Moore, K.A (1990): Facts at glance. In *Child Trends*. Washington, DC.
- Moore, K.A., Snyder, N.O. (1991): Cognitive attainment among firstborn children of adolescent mothers. *American Sociological Review*, Vol. 56, No. 5, str. 612-624.
- Moore, S., Rosenthal, D.(1993): *Sexuality in Adolescence*. Routledge, London and New York.
- Morris, N. (1981): The Biological Advantages and Social Disadvantages of Teenage Pregnancy. *American Journal of Public Health*, 71(8).
- Možný, I. (1999): *Sociologie rodiny*. Sociologické nakladatelství (SLON), Praha.
- Nagin, D.S., Pogarsky, G., Farrington, D.P. (1997): Adolescent mothers and the criminal behavior of their children. *Law and Society review*, 31, str.137-162.
- Narring, F., Michaud, P.A., Sharma, V. (1996): Demographic and Behavioral Factors Associated With Adolescent Pregnancy in Switzerland. *FPP*, 28, N.5, str. 232-236.
- Nath, P.N., Borkowski, J.G., Whitman, T.L., Schellenbach, C.J. (1991): Understanding Adolescent Parenting: The Dimensions and Functions of Social Support. *Family Relations*, 40, str. 411-420.
- Newcomer, S.F. (1983):Mothers' background, attitudes, communication and control as influences on their adolescent sons' and daughters' likelihood of having sexual intercourse. Chapel Hill, N.C., Dept. of Sociology, 173 stran.
- Olausson, P.O., Cnattingius, S., Haglund, B. (1999): Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106, str. 116-121.
- Olausson, P.O., Haglund, B, Ringback, G., Cnattingius, S. (2001): Teenage childbearing and long-term socioeconomic consequences: A case study in Sweden. *Family Planning Perspectives*, 33, 2, str. 70-74.
- Oppenheimer, V.K. (1988): A Theoy of Marriage Timing. *American Journal of Sociology*, Vol. 94, No 3.
- Orcutt, H.K., Cooper, M.L. (1997): The effects of pregnancy experience on contraceptive practice. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 6, str. 763-778.
- Paloncyová, J. (2002): *Změny české rodiny: mladá generace a demografický vývoj*. Praha, VÚPSV.
- Paloncyová, J., Matějková, B. (2004): *Rodinná politika ve vybraných evropských zemích II*. Praha, VÚPSV, 74 s.
- Paseka, J. (1995): *Antikoncepce: omyly a skutečnosti*. <http://www.nakrizovatce.cz>.
- Pavlik, Z., Kucera, M. (eds.) (2003): *Population Development in the Czech Republic 1990-2002* . (<http://popin.natur.cuni.cz/html2/index.php>)
- Pawlby, S.J., Mills. A., Quinton, D.(1997): Vulnerable adolescent girls:opposite sex relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. In Press.
- Perrin, K.M., McDermott, R.J. (1997): Instruments to measure social support and related constructs in pregnant adolescents: A review. *Adolescence*, 32,127, str. 533-557.

- Perrin, M.P., McDermott, R.J.(1997): Instruments to measure social support and related constructs in pregnant adolescents: A review. *Adolescence*, 32, 127, str. 533-557.
- Rabušic, L., Kepáková, K. (1999): Sexuální chování adolescentů a riziko HIV. *Sociologický časopis*, 35, 2.
- Radecki, S.E., Beckman, L.J.(1994): Contraceptive risk-taking in a medically-underserved, low-income population. *Women and Health*, 21, str. 1-15.
- Rais, P., Davies, L., McKinnon, M. (1998): Taking responsibility: an insider view of teen motherhood. *Families in Society*, 79, 3, str. 308-19.
- Rauh, J.L.; Johnson, L.B.; Burket, R.L. (1973): The reproductive adolescent. *Pediatric Clinic of North America*, 20 (4) , str.1005-1020.
- Rodgers, K.B. (1999): Parenting processes related to sexual risk-taking behaviors of adolescent males and females. *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 61, str. 99-109.
- Rosen, R.H., Ager, J.W. (1981): Self-concept and contraception: Pre-conception decision-making. *Journal Population & Environment*, Vol. 4, No 1, str. 11-23.
- Rosenbaum E., Kandel, D.B. (1990): Early onset of adolescent sexual behavior and drug involvement. *Journal of Marriage and the Family*, Aug; 52, (3), str.783-98..
- Rothenberg, P.B., Varga, P.E. (1981): The relationship between age of mother and child health and development. *American Journal of Public Health*, 71.
- Rubin, R. (1967): Attainment of the maternal role; Part 1. Processes; Part 2. models and referants. *Nursing Research*, 16, str. 237-245 a 342-346.
- Ruff, C. (1990): Adolescent mothering: assessing their parentig capabilities and their health education needs. *Journal of National Black Nurses Association*, 4, str. 55-56.
- Runcan, P., Dixon, R.R, Carlson, J.(2003): Childhood and adolescent sexuality. *The Pediatric clinics of North America*. 50, pg. 765-780.
- Rychtaříková, J. (1986): Sňatečnost a plodnost nezletilých v ČSR. *Demografie*, 28 (2), str. 97-108.
- Sartore, A.T. (1996): Maternal Role Attainment in Adolescent Mothers: Foundations and Implications. *The Online journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, Vol. 3, Document number 11.
- Shearer, D. L., Mulvihill, B.A., Klerman, L.V., Wallander, J.L., Hovinga, M.E., Redden, D.T. (2002): Association of early childbearing and low cognitive ability. *Perspectives on sexual and reproductive health*, Vol. 34, No. 5, str. 236-243.
- Schofield, M. (1969): *Das sexuelle Verhalten junger Leute*.Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg.
- Schultz, K. (2001): Constructing failure, narrating success: rethinking the "problem" of teen pregnancy. *Teachers College Record*, 103, 4, str. 582-607.
- Siedlecky, S. (1996): What is Happening with Teenage Pregnancies?. *Actuarial Studies and Demography: Research Papers*, Series 3, Macquarie University, Sydney.
- Singh, S., Darroch, J.E., Frost, J.J. (2001): Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual reproductive behavior: The case of five developed countries. *Family Planning Perspectives*, 33,6, str. 251-258.
- Skinner, C. (1986): *Elusive Mr. Right: the social and personal context of a young woman's use of contraception*. Carolina Publications, London, England 1986. xiv, 210 p.

- Smith, G.C.S., Pell, J.P. (2001): Teenager pregnancy and risk of perinatal outcomes associated with first and second births: Population based retrospective cohort study. *British Medical Journal*, Vol. 323, Iss. 7311, str.476-480.
- SmithBattle, L.(2000): The vulnerabilities of teenager mothers: Challenging prevailing assumptions. *Advances in Nursing Science*, 23(1), str. 29-40.
- Sommer, K. S., Whitman, T. L., Borkowski, J. G., Gondoli, D., Burke, J., Maxwell, S., Weed, K. (2000): Prenatal maternal predictors of cognitive and emotional development in children of adolescent mothers. *Adolescence*, 35, 137, str. 87-112.
- Sommer, K., Whitman, T.L., Borkowski, J.G., Schellenbach, C., Maxwell, S., Keough, D. (1993): Cognitive readiness and adolescent parenting. *Developmental Psychology*, 30, str.102-111.
- Stern, C.(1997): Teenage Pregnancy as a Social Problem a Critical Perspective. This paper was presented at Informal Session No. 17 of the XXIII General Population Conference, Beijing, říjen 1997.
- Stevens-Simon, C, Kelly, L.,Singer, D., Cox, A.(1996): Why pregnant adolescents say they did not use contraceptives prior to conception. *Journal of Adolescent Health*, 19, str. 48-53.
- Stone, N., Ingham, R. (2002): Factors affecting British teenagers contraceptive use at first intercourse: The importance of partner communication. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. Vol.34., No. 4, str. 191-197.
- Strauss, A.L., Corbinová, J. (1999): *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice, Albert, ISBN 80-85834-60-, 196 stran.
- Swenson, E.(1992): A profile of young adolescents attending a teen family planning clinic. *Adolescence*, 27, str. 647-654.
- Šilerová, L. (2002): Rodina a sexuální výchova. Sborník referátů z 10.celostátního kongresu k sexuální výchově v ČR, Pardubice, 17.-19.října 2002, str. 83-87.
- Šolc, D., Pánová, S., Weiss, P., Zvěřina, J. (2001): Antikoncepční chování obyvatel ČR. *Diagnóza*, 8, str. 5-10.
- Šťastná, A. (2005): Mezigenerační přenos rozvodového chování na příkladu České republiky a v mezinárodním srovnání. *Demografie*, 47 (1), str. 21-31.
- Švaříček, R. (2005): Je zakotvená teorie teorií? Sborník prací filozofické fakulty brněnské univerzity, *Studia paedagogica*, U 10. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3891-8, str. 133 – 145
- Thornberry, T.P., Smith, C.A, Howard, G.J. (1997): Risk factors for teenage fatherhood. *Journal of marriage and the family*, 59, str. 505-522.
- Tuček, M., Holub, J. . *Epidemiologicko-sociologické šetření názorů občanů ČR na onemocnění AIDS*. Nadace společně proti AIDS, Praha, 1994.
- Udry, J.R. (1979): Age at menarche, at first intercourse and first pregnancy. *Journal of Biosocial Science*, 11, str. 433-441.
- Udry, J.R., Billy, J.O.G. (1987): Initiation of coitus in early adolescence. *American Sociological review*, 52, str. 841-855.
- Udry, J.R., Talbert, L.M., Morris, N.M. (1986): Biosocial Foundations for Adolescent Female Sexuality. *Demography*, Vol. 23, Issue 2, str. 217-230.
- Upchurch, D. M., Aneshensel, C. S., Sucoff , C. A., Levy-Storms, L. (1999): Neighborhood and family contexts of adolescent sexual activity. *Journal of Marriage and the Family*, 61, str. 920–933.
- Vaux, A. (1988): *Social support: Theory, research and intervention*. New York, Praeger.

Velký sociologický slovník (VSS, 1996): Karolinum, Praha.

Wahler, R.G. (1980): The insular mother: Her problem in parent-child treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, str. 207-221.

Walker, J., MacGillivray, I., MacNaughton, M. (eds.) (1976): *Combined Textbook of Obstetrics and Gynaecology*, 9th edn., Edinburgh: Churchill Livingstone.

Weis, D.L. (1985): The experience of pain during women's first sexual intercourse: Cultural mythology about female sexual initiation. *Archives of Sexual Behavior*. Vol. 14, 5, str. 421-438.

Weiss, P., Zvěřina, J. (2004): Závěrečná zpráva z výzkumu: Sexuální chování obyvatel ČR (srovnání let 1993, 1998 a 2003). DEMA a Sexuologický ústav 1.lékařské fakulty UK a VFN.

Weiss, P., Urbánek, V., Procházka, I. (1996): Koitální debut. *Československá psychologie*, 40, (2), str. 138-145.

Whitaker, D.J., Miller, K.S., May, D.C., Levin, M.L. (1999): Teenage partners communication about sexual risk and condom use: The importance of parent-teenager discussions. *Family Planning Perspectives*, 31(3), str. 117-121.

Whitbeck, L. B., Simons, R. L., Kao, M. Y. (1994): The effects of divorced mothers' dating behaviors and sexual attitudes on the sexual attitudes and behaviors of their adolescent children. *Journal of Marriage and the family*, 56, str. 615-621.

Whitman, T.L., Borkowski, J.G., Schellenbach, C.J., Nath, P.S. (1987): Predicting and understanding developmental delay of children of adolescent mothers: a multidimensional approach. *American Journal of Mental Deficiency*, 92, str. 40-56.

Wilson, H., Huntington, A. (2006): Deviant (M)others: The Construction of Teenage motherhood in Contemporary Discourse. *Journal of Social Policy*, 35,1, str. 59-76.

Winter, J.T., Simmons, P.S. (1990): A proposal for obstetric and pediatric management of adolescent pregnancy. *Mayo Clinic Proceedings* 65, 1061-1066.

Woodward, L., Fergusson, D.M., Horwood, L.J. (2001): Risk Factors and Life Processes Associated with Teenage Pregnancy: Results of Prospective Study from Birth to 20 years. *Journal of Marriage and Family*, Nov 2001, 63, 4. str. 1170.

Woodward, L.J., Fergusson, D.M. (1999): Early conduct problems and later risk of teenager pregnancy in girls. *Development and Psychopathology*, 11, str. 127-141.

World Development Report 1978-1997, CD-ROM Human development reports 1999, United Nations, 2000..

Wynnyczuk, V. (1990): Sexuální výchova z hlediska vybraných skupin obyvatelstva. *Demografie*, 32 (4), str. 324-331.

Young, T., Turner, J., Denny, G., Young, M. (2004): Examining external and internal poverty as antecedents of teen pregnancy. *American Journal of Health Behavior*, 28, 4, str. 361-373.

Zabin, L.S., Hirsh, M.B., Smith, E.A., Hardy, J.B. (1986): Evaluation of pregnancy prevention program for urban teenagers. *Family Planning Perspectives*, 18, str. 119-126.

Zavodny, M. (2001): The Effect of Partners' Characteristics on Teenage Pregnancy and Its Resolution. *Family Planning Perspectives*, Vol. 33, No. 5, str. 192-199.

## **Přílohy č. 1-5**

## Příloha č. 1: Seznam respondentek – základní přehled (1/1)

č.	Jméno	Věk	Bydliště/kraj	Vzdělání	Děti/těhotenství	Bytová situace	Vztah s otcem v době rozhovoru	Stručné shrnutí životní situace a zajímavých bodů v biografii
1.	Linda	20	Praha	přerušovaný 4.ročník OA	CH 1 r.; 8.m.těhot.	Pronajatý byt s partnerem	Žijí spolu, partner se snaží rodinu zajistit	Velmi pozdní zjištění těhotenství. Partner užíval drogy. V současnosti se mladá rodina s pomocí prarodičů usadila a dokáže se o sebe postarat. Linda i partner pocházejí z rozvrácených rodin.
2.	Klára	17	Praha	zatím studuje učební obor, ráda by přerušila a dodělala dálkově	4.m.těhot.	Zatím se svými rodiči a sourozenci ve velmi malém bytě	Stále partneri, po narození dítěte plánují společní bydlení s rodiči partnera	Výrazně starší partner, který dokáže Kláru a dítě finančně zajistit. Klára si přála mít dítě. Jak matka, tak sourozenci měli své první děti v adolescentním věku.
3.	Bára	19	Praha	základní	CH 3 r.; opět těhotná	Pronajatý byt 1+1, kde žije se svým novým partnerem, synem a rodiči	Nevídají se, otec chlapce byl závislý na drogách. Se současným přítelem je opět těhotná a žijí spolu ve společné domácnosti	Časté stěhování. Od 10 let v dětském domově. Od 15 let žila s otcem prvního dítěte, který bral drogy, a jeho rodinou. Odešla a bydlela po ubytovnách. K rodičům nemá dobrý vztah, i když s nimi teď žije ve společné domácnosti. Otec i sestra prošli vězením. Mezi narozením 1. dítěte a současným těhotenstvím prodělala jednu interrupci a jeden spontánní potrat.
4.	Lenka	18	Vysočina	základní	CH 3 r.	S rodiči	Vůbec se nestýkají, partner o dítěti neví	Pozdní zjištění těhotenství, obavy z rodičů. Matka pomáhá s péčí o vnuka, Lenka chodí do příležitostných zaměstnání.
5.	Zlata	19	Vysočina	základní	CH 1,5 r.; 5.m.těhot.	V azylovém domě	Po porodu spolu zkusili bydlet, ale rozešli se	Sociální opora téměř nulová. Zkušenost s dětským domovem. Otec po věznicích, nevlastní otec agresivní. Matka alkoholička. Děti vychovávala hlavně babička. Proti druhému těhotenství se postavila celá rodina, sociální pracovnice nabízí adopci. Zlata je rozhodnutá si dítě i přes nepříznivé podmínky ponechat. Otec druhého dítěte je sice se Zlatou v kontaktu, ale rodinu zabezpečit nedokáže.
6.	Markéta	16	Ústecký kraj	stále na základní škole, plánuje se vyučit servírkou	4.m.těhot.	Výchovný ústav pro nezletilé matky s dětmi	Partneri přerušili osobní kontakt po umístění Markéty do ústavu v jiném městě.	Otec i matka zemřeli. Od 14 let vychovávala M. její sestra. Vzájemné rozpory a M. umístěna do diagnostického ústavu. Otec dítěte je několikrát odsouzený bývalý narkoman. V současnosti ale má práci a chce se o dítě i M. starat.
7.	Lucie	14	Ústecký kraj	stále na základní škole	CH 14 dní	Výchovný ústav pro nezletilé matky s dětmi	Jsou v občasném kontaktu při návštěvách v ústavu. Přítel je trestně stíhán za zneužití nezletilé.	Nikdy nepoznala dobře fungující rodinu. Matka, na kterou je fixována přestože o ní nejeví téměř zájem, střídala partnery. L. má 4 sourozence a každý má jiného otce. Často se stěhovali z místa na místo. Podstatnou část života strávila v azylových domech pro matky s dětmi a po několika útěcích z domova i v diagnostickém ústavu.
8.	Pavla	19	Praha	maturita, přerušena jazyková nastavba	6.m.těhot.	Střídavě u rodičů a rodičů manžela	Otec přerušil studium a hledá zaměstnání, aby mohl rodinu uživit.	Vdaná za otce dítěte. Finanční situace uspokojivá, díky pomoci obou rodin. Hledají si vlastní bydlení.
9.	Kamila	19	Praha	základní	CH 2 r.	V azylovém domě	S otcem dítěte se nevidá	Pochází z rozvedené rodiny. Matka alkoholička, která často střídá partnery. Otec dítěte měl násilnické sklony a K. dokonce věznil na chatě. Od té doby K. trpí mentální anorexií. Po narození dítěte další dva noví partneri, se kterými vztah nevyšel. K. by se ráda vyučila a postavila na vlastní nohy.

## Příloha č. 1: Seznam respondentek –základní přehled (1/2)

č.	Jméno	Věk	Bydliště/kraj	Vzdělání	Děti/těhotenství	Bytová situace	Vztah s otcem v době rozhovoru	Stručné shrnutí životní situace a zajímavých bodů v biografii
10.	Simona	18	Praha	základní, snaha pokračovat ve studiu	8.m.těhot.	Žije s přítelem v podnájmu	Žiji spolu v samostatné domácnosti. Otec se snaží rodinu zajistit. Pochází z Nigérie.	Rodiče rozvedení, otec matku fyzicky napadal. Matka si našla nového partnera, se kterým S. nemá dobrý vztah. Nevlastní otec vyzdvihoval sestru, která měla lepší školní výsledky. Matka i nevlastní otec VŠ. Sestra rovněž studuje VŠ. Od té doby, co S.s rodiči nebydlí, jí rodiče finančně nikterak nepodporují a ani jí finanční pomoc v mateřství nenabídlí. Matka ale nabídla pomoc s dítětem.
11.	Šárka	17	Praha	studuje střední školu	D 8 měsíců	Bydlí s rodiči	Životní partneri, i když bydlí odděleně	Ze strany rodiny má maximální podporu. Pokračuje ve studiu a rodiče ji i její dceru finančně zajišťují. Do budoucna by si ráda našla bydlení se svým partnerem/otcem dítěte.
12.	Kristýna	19	Praha	vyučená	D 2 měsíce	V azylovém domě	Partneri, K. si není vztahem jistá.	O děti se starala především babička. Nevlastní otec matku i děti bil. K. odešla z domu a začala s partnerem užívat drogy. Ubytování našla v Domečku a po otěhotnění vystřídal dva Azylové domy.
13.	Vladka	16	Liberecký kraj	studuje a rodina jí umožní dodělat maturitu	5.m.těhot.	Bydlí s matkou, sestrou a babičkou	Partner ji opustil poté, co zjistil, že je s ním těhotná	V. je rodinný typ. Pomáhá matce a babičce s domácností. Na dítě se těší a ze strany rodiny má podporu. Rozhodně chce dokončit střední školu.
14.	Lydie	19	Jihočeský kraj	základní	CH 1 r.	Bydlí se svým přítelem v pronajatém bytě	Partneri ve své domácnosti. Partner se snaží rodinu zajistit.	L. vyrůstala po rozvodu rodičů pouze s otcem. Matka alkoholička. Odešla ze školy a vydělávala si jako servírka. Celkově sklony k rizikovému chování. V současnosti žije rodinný život na vesnici. Partner pracuje pro firmu rodičů. Z jejich strany jsou finančně podporováni a nestrádají.
15.	Nela	19	Plzeňský kraj	základní	D 6 měsíců	V azylovém domě	Partneri, za N. pravidelně jezdí a přispívá N. i dítěti na živobytí.	Špatné rodinné zázemí. Otec N. sexuálně zneužíval a týral matku i sourozence. Časté stěhování a od 14 let dětský domov. Přítel i rodiny zprvu proti dítěti, ale N. se nenechala ovlivnit. Těžké začátky na ubytovně. V současnosti je Azylovém domě spokojená a chce si najít práci.
16.	Romana	17	Plzeňský kraj	základní	CH 1 měsíc	V azylovém domě	Partner deviantní chování, s R. se nestýká a na dítě nepřispívá	Matka psychicky labilní, týrala své děti. R. milovala svého otce, který však zemřel. Když byl otec na živu R. velmi dobré školní výsledky, od té doby časté stěhování a přerušení školní docházky. R.má na starosti celou domácnost. Po násilných výpadech matky a sexuálním obtěžování matčiny milence se R. uchyluje do Azylového domu.
17.	Svatka	17	Praha	Základní, chce dokončit soukromou školu podle ind. stud. plánu	CH 8 měsíců	S matkou	S otcem dítěte se nestýká, nenahlásila ho jako otce	Rozvedení rodiče. Bydlí s matkou, ale otec S. finančně podporuje. Před otěhotněním užívala s partnerem drogy a vedla bouřlivý život. Izolace s dítětem jí nevyhovuje a ráda by žila pestřejší život. Chce si dodělat školu a najít zaměstnání.

## Příloha č. 1: Seznam respondentek – základní přehled (1/3)

č.	Jméno	Věk	Bydliště/kraj	Vzdělání	Děti/těhotenství	Bytová situace	Vztah s otcem v době rozhovoru	Stručné shrnutí životní situace a zajímavých bodů v biografii
18.	Antonie	18	Praha	stihne dodělat učební obor před porodem	3.m.těhot.	Bydlí s rodiči	S partnerem plánují brzkou svatbu a vlastní bydlení	Partner se na dítě těší a bude schopen A. finančně zajistit. Podporu má A. i ze strany rodiny. S matkou a nevlastním otcem skvělý, otevřený vztah. Biologický otec matku i děti bil.
19.	Dana	19	Liberecký kraj	vyučená	9.měs.těhot.	Bydlí s partnerem v pronajatém bytě.	Velmi pevný vztah. Oba mají jen jeden druhého.	Po rozvodu rodičů zůstala D. s otcem, který ji od 15 let pohlavně zneužíval. Otec ve vězení. Oporu nachází D. až u svého přítele, který je pro ni vším. Ačkoliv partner pracuje, nejsou na tom finančně nejlépe.
20.	Veronika	16	Liberecký kraj	v současnosti dodělává zvláštní školu	3.měs.těhot.	Bydlí s rodiči a sourozenci v holobytě- špatné hygienické podmínky	Rozešli se ještě než V. zjistila, že je těhotná. Nechce, aby se k dítěti znal, měl násilnické sklony	Rodina zcela závislá na sociálních dávkách, které nejsou nízké, díky vysokému počtu dětí v rodině. V. zcela spoléhá na pomoc matky a nevlastního otce. V. již nechce dále studovat.
21.	Líba	19	Liberecký kraj	základní	8.měs.těhot	Rodiče jí s přítelem přenechali patro rodinného domu.	Dlouholetý vztah s několika přestávkami	Pochází s devíti dětmi. Rodiče se jí ani sourozencům příliš nevěnovali. L. učební obor nezvládala a po ZŠ byla většinu času nezaměstnaná. Živí ji její přítel.
22.	Anna	17	Liberecký kraj	základní	8.měs.těhot	V garsonce s otcem partnera	S přítelem se stále milují, ačkoliv partner není v současnosti schopen se o rodinu finančně postarat.	Špatné vztahy s matkou. Otec v dětství ve vězení, později vzájemně dobré vztahy. Od dětství bydlí A. ve velmi malých prostorách max. 1+1, kde jsou vždy 3 a více lidí. A. nebyla ani jedním z rodičů vedena k vyššímu vzdělání. V současnosti špatná finanční situace. Partner, ani jeho otec, u kterého bydlí, nemají práci.
23.	Andrea	20	Jihočeský kraj	vyučená	CH 1,5 r.	V jedné místnosti v domku rodičů manžela	Manželé. Manžel je zaměstnaný a schopen rodinu zajistit.	Odchod otce od rodiny z důvodu násilí na sourozencích. Přesto na něj A. byla silně citově vázána – nutnost vyhledat odbornou psychiatrickou pomoc. S matkou má A. spíše chladný vztah, přesto ji podpořila v rozhodnutí si dítě ponechat. Do budoucna chce dodělat maturitu a dosáhnout na větší bydlení.
24.	Světlana	23	Jihočeský kraj	vyučená	D 3,5 r.	Bydlí u rodičů s novým přítelem	Dlouhý čas ve vězení, již se nestýkají, na dceru přispívá	Bydlí sice s rodiči, ale jelikož je otec alkoholik řídí v současnosti domácnost a má spokojený vztah s novým partnerem. Vždy dobře prospívala ve škole a chce si dodělat maturitu. S přítelem hledají vlastní bydlení a uvažují o dalším dítěti.
25.	Katka	23	Jihočeský kraj	základní	Dva CH 5 a 3	Bydlí v polovině domku, který jim přenechala matka manžela.	Manželé. Manžel, počítačový grafik, rodinu slušně finančně zajistí.	Rodiče rozvedení. Otec matku i ji bil. Přestože chlapci již mohou chodit do školky, nemůže s nízkou kvalifikací nalézt zaměstnání. Je si vědoma nevýhod časného rodičovství.
26.	Vlasta	17	Praha	základní	CH 7 dnů	Bydlí u babičky	S otcem se nestýká, nemá o něm žádné informace.	V. se snažila osamostatnit již v 16 letech a pracovala při studiu, což nezvládla a zanechala školy. Rodiče jí v současnosti pomáhají, i když byli zprvu pro to, dát dítě k adopci. Finančně závislá na babičce a rodičích.



## Příloha č. 1: Seznam respondentek – základní přehled (1/4)

č.	Jméno	Věk	Bydliště/kraj	Vzdělání	Děti/těhotenství	Bytová situace	Vztah s otcem v době rozhovoru	Stručné shrnutí životní situace a zajímavých bodů v biografii
27.	Patricie	19	Jihomoravský kraj	vyučená	4.měs. těhot.	S rodinou partnera v malém domku s dalšími 6 lidmi	Manželé. Těší se na dítě.	Otec, se kterým bydlela po rozvodu rodičů, ji sexuálně zneužíval. Požádala o pomoc matku a dva roky bydlela s ní. V současnosti bydlí s rodiči přítele v domě, který je ve velmi špatném stavu. Uvažují o rekonstrukci, ale oba jsou nezaměstnaní a nemají peníze. Manžel v minulosti ve vězení.
28.	Míša	19	Jihomoravský kraj	maturita	D 2 r.	Střídavě u rodičů M. nebo partnera	Dlouhodobé partnerství, uvažují o svatbě	Maximální opora ze strany partnera a obou rodin. Partner zaměstnaný a finančně zajišťuje rodinu. Mají hypotéku a staví barák. M. má v úmyslu studovat VŠ.
29.	Ema	18	Jihomoravský kraj	základní, učební obor přerušena na dva roky	CH 1 r.	V matčině bytě s přítelem a svou sestrou.	Manželé. Manžel ukrajinské národnosti se o rodinu stará a E. ho má velmi ráda.	Otec alkoholik, který týral fyzicky matku i sestru. Finanční situace byla v dětství neutěšená. Matka byla proti E. příteli, stejně jako proti jejímu těhotenství. E. před narozením dítěte již podstoupila jednu interrupci. V současnosti však mladému páru pomáhá.
30.	Adéla	22	Moravskoslezský kraj	základní	Dva CH 2 a 4 r.	V azylovém domě	Partneri. A. na otce svých dětí chce počkat, až se vrátí z vězení.	Téměř celý život v dětském domově. Otec jejich dětí v současnosti ve vězení. Bydlení u tchýně nesnesitelné. Tchýně si přivlastňuje jejího staršího syna. V Azylovém domě je A. spokojená a postupně nabývá ztracené sebevědomí.
31.	Sofie	18	Moravskoslezský kraj	přerušená střední zdravotní škola ve 3.roč. Ráda by školu dokončila	9.měs. těhot.	V azylovém domě	Partner se zalekl zodpovědnosti. V současnosti jen písemný kontakt	Otec alkoholik, odešel od rodiny. Matka nebyla schopná rodinu finančně zabezpečit. S. jako věřící odchází z domu a nachází azyl na faře. Po otěhotnění a poté, co jí přítel opustil nalézá útočiště v azylovém domě. S matkou se nestýká. Se ztrátou partnera se těžko vyrovnává.
32.	Sandra	18	Olomoucký kraj	Základní, učební obor ji nebavila a odešla z něj	D 1 měsíc	Bydlí u manželova otce	Manželé. Manžel se snaží rodinu zabezpečit. V současnosti nezaměstnaný, ale shání si brigády.	Špatné rodinné zázemí. Matka děti bila. Lepší vztahy s otcem. S přítelem dítě plánovali. Pro S. to byl dobrý důvod, jak opustit školu. Otec manžela jim nabídl společné bydlení. Otci přispívají na nájem i domácnost.
33.	Alice	19	Olomoucký kraj	vyučená, pokračuje v nástavbě	9.měs. těhot.	Bude bydlet u otce	Nevídají se. Otec A. opustil, když se dozvěděl o těhotenství.	Matka A. má zdravotní problémy a bydlí v domě s pečovatelskou službou. Otec je často služebně pryč mimo domov. S těhotenstvím A. se sice ještě nesmířil, ale přesto jí pomáhá. A. byla přijata na konzervatoř, ale cítila velký tlak okolí a na školu nenastoupila. Teď lituje.
34.	Daniela	19	Pardubický kraj	vyučená	6.měs. těhot.	Bydlí s partnerem u rodičů	Partner je rodinný typ, je vyučený a zaměstnaný	Dětství měla šťastné v úplně rodinně. Rodina i partner se těší na dítě. S přítelem plánují samostatné bydlení a D. by si ráda dodělala maturitu.

## Příloha č. 1: Seznam respondentek – základní přehled (1/5)

č.	Jméno	Věk	Bydliště/kraj	Vzdělání	Děti/těhotenství	Bytová situace	Vztah s otcem v době rozhovoru	Stručné shrnutí životní situace a zajímavých bodů v biografii
35.	Johana	15	Praha	základní	D 4 dny	V porodnici. Neví kam půjde po porodu	Partneři. Partner je rovněž nezletilý	Nejraději by bydlela u rodičů i s partnerem, ale matka ještě nevynešla stanovisko. Rodiče s těhotenstvím nesouhlasili. Přesto budou J. živit a přítel bude jen finančně přispívat. Ve škole kázeňské problémy, alkohol, krádeže atd. Jako matka se necítí. Velmi nevyzrálá.
36.	Jana	18	Plzeňský kraj	základní	D 1 měsíc	S rodiči a rodinami dalších sourozenců	Nestýkají se. Rozchod po oznámení těhotenství	Vyrůstala s otcem i matkou. Žijí ze sociálních dávek - nezaměstnaní. Matka se stará nejen o Janu a její malou, ale i o další vnoučata. Dům je plný dětí. Mužský element je v této rodině okrajový. Jana na matku zcela spoléhá a není si jistá, zda by se o dítě dokázala postarat.
37.	Eva	19	Plzeňský kraj	základní, učební obor nedodělala kvůli zdravotním problémům	D 1 měsíc	Bydlí s matkou	Vztah se rozpadl v průběhu těhotenství. Přítel jí ve společném soužití psychicky týral.	Z rozvedené rodiny, kde měl otec násilnické sklony. Po rozvodu finanční problémy. V současnosti vychází s PPM a alimenty relativně dobře. E. již jednou těhotná v 17 letech – ukončeno spontánním potratem. Ráda by si dodělala vzdělání.
38.	Iveta	18	Praha	vyučená	D 3 měsíce	Vlastní byt, který jim koupila matka přítele	O 15 let starší partner má zaměstnání a dokáže rodinu slušně zabezpečit	V dětství rozvod rodičů. Děti rozděleny mezi matku a otce. Matka velmi liberální výchova, časté stěhování, ale neměli finanční problémy. V současnosti pomáhá matka I. s péčí o vnučku a finančně pomáhají rodiče přítele. Plánují svatbu.
39.	Klára2	18	Liberecký kraj	základní	CH 2 měsíce	S manželem a rodiči v domku, mají vlastní patro	Manželé, manžel zaměstnaný a dokáže rodinu uživit	Harmonické dětství. Rodiče pomáhají dceři jak mohou, přestože dcera odešla ze střední školy a šla pracovat. K. by si ráda vzdělání doplnila.
40.	Barbora	15	Ústecký kraj	Stále studuje učební obor, který jí baví a ráda by ho dokončila.	6.měs. těhot.	V současnosti má sice dostatek místa, ale bydlí v páchnoucím, polorozbořeném domě, v romské komunitě.	Otec neznámý	Téměř celé dětství v pěstounské péči u babičky. Matka ve vězení za příživnictví. Po návratu matky z vězení se stýkají s B. tajně. Poslední rok žije B. s matkou. Od babičky utekla a hovoří o ní hanlivě. S matkou a nevl. otcem je spokojená. Na mateřskou dovolenou půjde za B. její matka a finančně budou B. i její dítě podporovat.
41.	Helena	17	Ústecký kraj	Při těhotenství přerušila učební obor – chce dostudovat dálkově	8.měs. těhot.	S partnerem mají pokoj v bytě u jeho rodičů	Dlouhodobí partneři.	Z rozvedené rodiny. Žije s matkou, která jí v 15 letech opustila. Stěhuje se k otci a následně ke svému příteli. Se současným partnerem již jednou těhotná-ukončeno interrupcí. Pár finančně podporují zejména rodiče partnera.
42.	Marie	18	Ústecký kraj	základní	4.měs. těhot.	S rodiči a sourozenci. Nemá vlastní pokoj.	Vídají se nepravidelně. Otec se nevyjádřil, zda s M. a dítětem chce žít.	Vyrůstala s nevl. otcem a matkou. Nevl. otec násilnické sklony, kvůli kterým byl ve vězení. Nyní změnil chování. M. je zcela závislá na finanční pomoci rodičů.

## Příloha č. 1: Seznam respondentek – základní přehled (1/6)

č.	Jméno	Věk	Bydliště/kraj	Vzdělání	Děti/těhotenství	Bytová situace	Vztah s otcem v době rozhovoru	Stručné shrnutí životní situace a zajímavých bodů v biografii
43.	Erika	15	Ústecký kraj	stále na ZŠ	6.měs.těhot.	Žije s rodiči, kde má pro sebe pokoj.	Otec neznámý	Harmonické dětství. V matce i otci má velkou podporu. Rodiče ji živí, pomáhají a celkově se o ní starají. Matka půjde za E. na mateřskou dovolenou. V současnosti má přítele, se kterým ještě pohlavně nežije. E. otěhotněla pod vlivem alkoholu s neznámým mužem.
44.	Aneta	18	Praha	základní	5.měs.těhot.	Žije se matkou a sestrami	Stále v kontaktu, občasné společné soužití u matky A.	Z rozvedené rodiny. Vyrůstá s nevlastním otcem, který je bil. A. užívala drogy. Otec jejího dítěte byl také závislý na drogách. Závislosti se zbavil ve vězení. V současnosti jsou prý čisti. Partnerství vydrželo a partner se snaží A. finančně přispívat. A. přesto nejvíce spoléhá na svou matku, která se jí přislíbila jak finanční pomoc, tak pomoc s péčí o dítě.
45.	Eliška	17	Praha	základní, učební obor přerušovaný ve 2. ročníku.	D 1 r.	Žije s matkou, matčíným druhem a bratry	Rozchod. Otec dítěte je ve vězení.	Z rozvedené rodiny. E. však vychovával nevlastní otec, se kterým má dobrý vztah. Matka se sice na E. za těhotenství zlobila, ale v současnosti jí velmi pomáhá. E. je finančně závislá na rodičích. Ráda by dokončila studium.
46.	Sylva	15	Praha	základní	7.měs. těhot.	Žila s přítelem, nyní se stěhuje k rodičům	S přítelem již od 13 let, stále v kontaktu	Velmi nezralá. Stěží si dokáže představit mateřské povinnosti. Na mateřskou dovolenou půjde její matka a S. se bude pouze podílet na výchově. Od přítele k rodičům se stěhuje právě z důvodu pomoci s péčí o dítě. Finančně bude S. závislá zejména na rodičích.
47.	Denisa	16	Královohradecký kraj	základní	9.měs. těhot.	Žije s matkou	Rozchod. Partnera nenahlásí jako otce.	Rodiče rozvedení. Otec hodně pil a bil matku, později i dceru. S matkou má perfektní vztah. Je na ní svým způsobem závislá. Matka jí poskytla veškerou podporu, když zjistila, že je dcera těhotná. Partner se přestal poté, co mu D. oznámila těhotenství o ni zajímat. D. má ambice prorazit ve zpěvu, ráda by se hlásila na konzervatoř.
48.	Jitka	19	Liberecký kraj	základní	Dvojčata 1 měsíc	Žije s matkou a dvěma sourozenci	Otec neznámý	Žije s matkou a sourozenci. Otec zemřel. J. otěhotněla pod vlivem alkoholu s neznámým mužem. Má naprostou oporu v matce. J. je domácí typ. Ráda vaří a vyšívá. S dětmi je šťastná.
49.	Zuzana	17	Středočeský kraj	základní	D 19 dní	Žije s přítelem a jeho rodiči ve dvougeneračním domku	Velmi dobrý vztah	Z. pravidelně sexuálně zneužívána nevl. otcem. S přítelem se znají poměrně dlouho a byl to on, kdo ji podpořil, aby zneužívání ohlásila. Vlastní matka se Z. nezastala a poprvé se s ní Z. viděla až po porodu. Když byl otec uvězněn, byla Z. svěřena do péče přítelově matce. Přítel je zaměstnaný a dokáže rodinu uživit.
50.	Irena	18	Jihomoravský kraj	V současnosti studuje učební obor, který pravděpodobně stihne dokončit.	4.měs. těhot.	Bydlí s matkou a sourozenci. Domek je vícegenerační, I. má soukromí.	Jsou v kontaktu, ale partner se na otcovství necítí. Společná budoucnost je nepravděpodobná.	I. trápí nejvíce nepovedený vztah. V těhotenství jí podporuje matka, která se jí chystá i finančně pomáhat. Bydlení má I. zajištěné.

## Příloha č. 1: Seznam respondentek – základní přehled (1/7)

č.	Jméno	Věk	Bydliště/kraj	Vzdělání	Děti/těhotenství	Bytová situace	Vztah s otcem v době rozhovoru	Stručné shrnutí životní situace a zajímavých bodů v biografii
51.	Jarka	17	Jihomoravský kraj	Studuje učiliště a školu plánuje dokončit.	6.měs. těhot.	S rodiči a babičkou v domku	Partneri. Partner si hledá práci a chce se o rodinu postarat.	S partnerem bydlí zatím odděleně, ale budou mít pokoj u J. rodičů. J. má s rodiči dobré vztahy. Nabídl jí veškerou podporu. Matka půjde za J. na mateřskou dovolenou, aby si J. mohla dokončit školu.
52.	Martina	17	Zlínský kraj	Studium na střední škole chce dokončit.	6.měs. těhot.	S přítelem v rodinném domě svého nevl. otce.	Přítel ukončil školu, aby se mohl o M. starat.	Z rozvedené rodiny. S matkou nevychází a neočekává z její strany žádnou pomoc. O M. se stará nevlastní otec. Ačkoliv se partner o M. finančně stará, M. má strach, že novou úlohu otce neunes.
53.	Jiřina	19	Zlínský kraj	maturita	7.měs. těhot.	Bydlí u rodičů manžela zdarma.	Manželé. Dlouhodobý vztah.	Od dětství žije v úplné rodině. S rodiči má harmonický vztah, pomáhají s hospodařením a občas i finančně. Finančně pomáhají i rodiče manžela. Bydlí u nich bez příspěvku na nájem a jídlo platí z větší části rovněž tchyně. Manžel vydělává, takže se plánují osamostatnit.
54.	Lucie	15	Olomoucký kraj	základní	8.měs. těhot.	Bydlí u rodičů	Otec velmi mladý. Rozhoduje se, zda s L zůstane a přijme úlohu otce.	Vyrůstá úplné rodině. Matka nezaměstnaná. Otec pracuje na stavbě. Matka i otec se se situací smířili a nabídli L. plnou oporu. Matka půjde za L. na mateřskou dovolenou. L. je zcela závislá na rodičích.
55.	Tereza	18	Olomoucký kraj	základní	CH 2 r.	S matkou a přítelem v pronajatém bytě.	Přítel vydělává a živí rodinu.	Matka alkoholička. Často byla agresivní. Rodiče se kvůli tomu rozvedli a matka si našla dalšího také agresivního přítele. T. se musela kvůli jejich chování odstěhovat z domu. T. má za sebou bouřlivý život ve skinheadské komunitě. V současnosti spokojená, plánují vlastní bydlení a druhé dítě.
56.	Táňa	21	Olomoucký kraj	základní, učební obor přeruš.	D 2 r.	S přítelem v matčině bytě	Přítel vydělává a živí rodinu.	Otec násilnické sklony. Rodiče se rozvedli a matka si nachází nového přítele. Po jeho smrti se T. stará o matku i o celou domácnost. Přítel L. je zaměstnaný a přispívá do rodinného rozpočtu.
57.	Stáňa	19	Olomoucký kraj	Stihne dodělat maturitu.	5.měs. těhot.	S rodiči, v budoucnu bydlení u otce partnera – více soukromí	Hezký vztah, plánují svatbu	Rodiče rozvedeni. Vlastní otec o ní nejevil zájem. Dobrý vztah však má jak s matkou, tak se nevlastním otcem. Finanční situace rodiny byla vždy dobrá. V současnosti žije S. matka. Až se narodí dítě přejde odpovědnost na jejího přítele.
58.	Petra	22	Praha	základní	D 3 r., znovu těhotná	S matkou a třemi sourozenci	Nestýkají se	Rodiče rozvedeni. Matka se opakovaně vdala. P. Sexuálně zneužívaná nevl. otcem. Útěky z domova a umístění do výchovného ústavu. Partner byl psychicky nemocný násilník, před kterým P. musela utíkat i s dítětem. Žila v podnájmech a brigádně si přivydělávala. V současnosti opět těhotná s někým jiným a vrátila se k matce. Otec druhého dítěte ji opustil.

## **Příloha č. 2: Kontaktní dopis pro azylové domy pro matky s dětmi a školská zařízení (2/1)**

Vážený pane/ Vážená paní

Ráda bych se na Vás obrátila s prosbou o pomoc při realizaci kvalitativního výzkumného šetření s názvem „*Biografický výzkum těhotných žen a matek do 20 let v ČR*“. Jmenuji se Renáta Vašková a šetření je součástí mé disertační práce na katedře demografie a geodemografie Přírodovědecké fakulty UK, kde jsem studentkou doktorského studia.

Tímto dopisem Vás žádám o pomoc při vyhledávání a oslovení těhotných dívek a maminek, kterým je méně než 20 let (tj. do 19 let včetně). Vzhledem k tomu, že poskytujete azyl matkám s dětmi v krizových situacích, máte přístup i k této specifické skupině mladých žen. Ráda bych Vás a Vaše kolegy tedy poprosila, zda byste nebyli ochotni, pokud se s takto mladou maminkou setkáte, ji o výzkumu informovat a pokusit se ji přesvědčit, aby na něm participovala.

Jednalo by se o rozhovor (cca. 80 min), který se uskuteční na místě a v čase, který určí sama dotazovaná. Téma rozhovoru je obsaženo v příloze. Dotazovaná dostane za rozhovor odměnu ve výši 400,- Kč (netto). Osoba, která dívku vyhledá a přesvědčí ji ke spolupráci, bude odměněna částkou ve výši 240,- Kč (netto). Mladá maminka či osoba, která setkání zprostředkuje, mě mohou kontaktovat na níže uvedeném telefonním čísle, emailu či adrese. S údaji získanými na základě dotazování bude zacházeno zcela anonymně, bez uvedení faktů, které by mohly přispět k identifikaci dotazované osoby.

Byla bych Vám velmi vděčná, kdyby Vaše instituce byla ochotna podat v tomto ohledu pomocnou ruku a na výzkumu spolupracovat.

S potěšením uvítám, pokud svou účast na projektu přislíbíte a rovněž budu ráda za každé připomínky či dotazy ohledně šetření.

S pozdravem

Mgr. Renáta Vašková

## **Příloha č. 2: Kontaktní dopis pro zdravotnická zařízení (2/2)**

Vážený pane/ Vážená paní

Ráda bych se na Vás obrátila s prosbou o pomoc při realizaci kvalitativního výzkumného šetření s názvem „*Biografický výzkum těhotných žen a matek do 20 let v ČR*“. Jmenuji se Renáta Vašková a šetření je součástí mé disertační práce na katedře demografie a geodemografie Přírodovědecké fakulty UK, kde jsem studentkou doktorského studia.

Tímto dopisem Vás žádám o pomoc při vyhledávání a oslovení těhotných dívek a maminek, kterým je méně než 20 let (tj. do 19 let včetně). Vzhledem k ochraně osobních údajů a zachování lékařského tajemství navrhuji následující postup:

Ošetřující lékař těhotnou dívku nebo mladou maminku informuje o podmínkách výzkumu a zeptá se jí, zda by nebyla ochotna na výzkumu spolupracovat. Jednalo by se o rozhovor (cca. 80 min), který se uskuteční na místě a v čase, který určí sama pacientka. Téma rozhovoru viz příloha. Pacientka dostane za rozhovor odměnu ve výši 400,- Kč (netto). Lékař či jiný zdravotnický personál, který rekrutaci pacientky zprostředkuje, bude odměněn částkou ve výši 240,- Kč (netto). Pokud bude pacientka s rozhovorem souhlasit, lékař ji požádá o kontaktní údaje, které mi následně předá, a já se s pacientkou domluví na podrobnostech. Lze uplatnit i způsob, kdy mě bude pacientka kontaktovat sama osobně. S údaji získanými na základě dotazování bude zacházeno zcela anonymně, bez uvedení faktů, které by mohly přispět k identifikaci dotazované osoby.

Pro výzkum je získávání respondentek touto cestou velmi důležité. Lze totiž, celkem jednoduše, dohledat –náctileté matky v ústavních zařízeních a jiných domovech pro matku a dítě. Zajímají nás však i případy, kdy se mladé mamince dostane plné opory ze strany rodiny či partnera, a dívka není odkázána na pomoc výchovných zařízení a jiných sociálních institucí. Screening těchto matek však nelze provádět jiným způsobem než přes zdravotnická zařízení. Proto bych Vám byla velmi vděčná, kdyby Vaše oddělení bylo ochotné podat v tomto ohledu pomocnou ruku a na výzkumu spolupracovat.

S potěšením uvítám, pokud svou účast na projektu přislíbíte a rovněž budu ráda za každé připomínky či dotazy ohledně šetření.

S pozdravem

Mgr. Renáta Vašková

## **Příloha č. 3: Osnova a tématické okruhy k polostandardizovaným rozhovorům**

### **Těhotná dívka**

- demografické charakteristiky (věk při otěhotnění, při porodu, při prvním pohlavním styku atd., národnost, atd.)
- status (vzdělání, zaměstnání-přesné údaje)
- prospěch ve škole
- rizikové chování (kouření, alkohol, drogy)
- antikoncepce
- vztah k rodičům
- vztah k partnerovi
- interpersonální vztahy obecně (kamarádi, vrstevnické skupiny)
- aspirace do budoucnosti (kariéra: dokončit školu, začít školu, najít si zaměstnání, rodina: počet dětí, partner atd.)

### **Rodina dívky (mezigenerační závislost časných těhotenství)**

- věk rodičů
- zaměstnání rodičů
- složení rodiny
- rodinné problémy
- životní dráha sourozenců
- status rodiny – sociálně-ekonomické podmínky v době dětství a dospívání
- postoje rodičů vůči sexuální aktivitě adolescentů
- sexuální výchova v rodině
- reakce rodičů na oznámení těhotenství
- podpora rodičů dnes

### **Partner dívky**

- věk partnera
- věkový rozdíl partner/partnerka
- status partnera (zaměstnání, studium, finanční zajištění)
- délka vzájemného vztahu
- první sexuální styk partnera (věk)
- řekla partnerovi o svém těhotenství
- jak se partner zachoval, když mu oznámila těhotenství
- jakým způsobem chtěl partner těhotenství řešit
- jak podporuje partner dívku dnes
- používali jste s partnerem antikoncepci
- vztah partnera k používání antikoncepce

## Příloha č. 4: Ukázka standardizovaného formuláře pro shrnutí základních údajů z rozhovoru

Zuzana (51)

Datum uskutečnění rozhovoru

17.5.2004

Dokončený věk v době rozhovoru

17

Dítě

	1.dítě		2.dítě	
	těhotenství věk	porod věk	těhotenství věk	porod věk
žena	16	17		
muž	21	22		
Délka vztahu (k početí)	1 měsíc			

Těhotenství sourozenců v adolescentním věku (věk početí)

-

Vztah s otcem dítěte v době rozhovoru:

Velmi dobrý. Žijí spolu u přítelových rodičů v dvougeneračním domku již rok.

Charakteristiky otce dítěte a partnerský život

Řidič kamionu. O P. se stará.

Charakteristiky původní rodiny a sociální opora

S vlastním otcem žije do 3 let, otec je opustil. Od sedmi let se Z. přerušil kontakt. Matka se pak znovu vdala a nevlastní otec začal Z. od jejích 13 let pohlavně zneužívat. Trvalo to až do 16 let, kdy se Z. za podpory přítele rozhodla vše ohlásit. Sestra byla rovněž zneužívána, ale bála se svědčit u soudu. Matka Z. zneužívání neuvěřila. Od otce se odstěhovala až poté, co jí polil benzinem a snažil se ji zapálit. Soud světil Zuzanu do péče přítelovi matky. V těhotenství s ní vlastní matka téměř nekomunikovala. Maximální podporu našla Z. u partnera a jeho rodičů

Bytová situace

Několikrát se stěhovali. V dětství bydlí v bytě u nevlastního otce. V 16 letech Z. utíká bydlet k přítelovým rodičům, kteří vlastní dvougenerační domek.

Finanční situace

Nemůže si stěžovat. Partner vydělává dost peněz, aby rodinu zabezpečil. V dětství měli rovněž vždy dostatek financí. Z. se necítila znevýhodněná oproti svým spolužákům.



### Sexuální život/antikoncepce

Otec ji zneužíval bez jakékoliv ochrany. Při prvním dobrovolném p.s použili kondom. Zuzana měla 3 sexuální partnery (vyjma otce). Z. otěhotněla hned při prvním milování s otcem dítěte. Myslela, že si dá větší pozor.

### věk 1.pohlavní styk

13 (zneužití otcem), dobrovolný v 15 letech

### Rozhodování potrat/mateřství

Zjištěno hned v 5 týdnu těhotenství. Není jisté otcovství přítele, i přes to přítel Z. podpořil a přesvědčoval ať si dítě nechají. Z. by šla na interrupci, kdyby jí okolí nepřesvědčovalo o opaku. Důvodem byla především škola. Až do 8. měsíce si nebyla jistá, zda se rozhodla dobře, ale pak se začala těšit. Matka přítele se se stavem Z. smířila až po 14 dnech, ale přesvědčovala Z., aby si dítě nechala. Vlastní matka se k Z. začala hlásit až po porodu.

### Škola/ Zaměstnání

Ve škole měla průměrné známky. Otec byl vždy velmi přísný a nad dětmi držel pevnou ruku. V pololetí osmé třídy propadla z matematiky. Po ZŠ nastupuje na střední zdravotní, kde kvůli problémům s otcem nezvládá a je vyloučena. Zařídila si přestup na učební obor prodavačka, který kvůli těhotenství přerušila ještě před nastoupením.

### Kdo chtěl svatbu když přišlo dítě

muž	NE
žena	NE- obavy z rozvodu, nejsou spolu ještě dostatečně dlouho

### Plány do budoucnost

Budoucnost si představuje jako teď. Dostala se nakonec na místo a mezi lidi, kde je spokojená. Do budoucna chce ještě jedno dítě, až budou malé 2 roky.

### Komentář

Nikdo to neplánoval ani přítel ani já, ale musíme se s tím smířit.

### Věk dítěte v době rozhovoru

19 dní

## Příloha č. 5: Dotazník sociální opory dle NSSQ

### DOTAZNÍK SOCIÁLNÍ OPORY

PŘEČTĚTE SI PROSÍM VEŠKERÉ POKYNY NA TÉTO STRANĚ PŘED TÍM, NEŽ ZAČNETE DOTAZNÍK VYPLŇOVAT

Vyjmenujte prosím do řádků na právě straně dotazníku co nejvíce osob, které hrají ve Vašem životě významnou roli, a které jsou pro Vás osobně důležité (není nutné využít všech 24 linek).

Uved'te pouze křestní jména nebo iniciály těchto osob podobně, jak znázorňuje následující příklad:

Příklad:

Křestní jméno nebo iniciály	vztah k uvedené osobě
<u>1. Jaroslava S.</u>	<u>matka</u>
<u>2. Kamil</u>	<u>bratr</u>
<u>3. J.L.</u>	<u>sociální pracovnice</u>
<u>4. pan Kolář</u>	<u>učitel</u>

Následující seznam by Vám mohl pomoci připomenout osoby, které by pro Vás mohly být důležité.

- manžel/přítel
- příbuzní/členové rodiny (matka, otec, bratr, sestra atd.)
- přátelé
- spolužáci/kolegové v práci
- sousedé
- lékař/ka
- sociální pracovnice/terapeut/učitel
- kněz
- ostatní

Pokud jste dokončila seznam osob, obraťte prosím na další stranu

**Číslo** .....

**Datum** .....

### Seznam důležitých osob ve Vašem životě

Křestní jméno nebo iniciály

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_
21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_
24. \_\_\_\_\_

Vztah k uvedené osobě

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_
21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_
24. \_\_\_\_\_

Vyberte z následujících pěti kategorií (0-4) variantu odpovědi, která nejlépe vystihuje Váš postoj k vyjmenovaným osobám.

- 0 = vůbec žádný
- 1 = malý
- 2 = střední
- 3 = docela velký
- 4 = zásadní

**Otázka 1:**

**Jak velký podíl má uvedená osoba na tom, že se cítíte být milována?**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_
- 9. \_\_\_\_\_
- 10. \_\_\_\_\_
- 11. \_\_\_\_\_
- 12. \_\_\_\_\_
- 13. \_\_\_\_\_
- 14. \_\_\_\_\_
- 15. \_\_\_\_\_
- 16. \_\_\_\_\_
- 17. \_\_\_\_\_
- 18. \_\_\_\_\_
- 19. \_\_\_\_\_
- 20. \_\_\_\_\_
- 21. \_\_\_\_\_
- 22. \_\_\_\_\_
- 23. \_\_\_\_\_
- 24. \_\_\_\_\_

**Otázka 2:**

**Jak velký podíl má uvedená osoba na tom, že se cítíte respektována a obdivována?**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_
- 9. \_\_\_\_\_
- 10. \_\_\_\_\_
- 11. \_\_\_\_\_
- 12. \_\_\_\_\_
- 13. \_\_\_\_\_
- 14. \_\_\_\_\_
- 15. \_\_\_\_\_
- 16. \_\_\_\_\_
- 17. \_\_\_\_\_
- 18. \_\_\_\_\_
- 19. \_\_\_\_\_
- 20. \_\_\_\_\_
- 21. \_\_\_\_\_
- 22. \_\_\_\_\_
- 23. \_\_\_\_\_
- 24. \_\_\_\_\_

Přejděte na další stranu

- 0 = vůbec ne
- 1 = málo
- 2 = středně
- 3 = téměř vždy
- 4 = vždy

**Otázka 3:**

**Do jaké míry se můžete na uvedenou osobu spolehnout ?**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_
- 9. \_\_\_\_\_
- 10. \_\_\_\_\_
- 11. \_\_\_\_\_
- 12. \_\_\_\_\_
- 13. \_\_\_\_\_
- 14. \_\_\_\_\_
- 15. \_\_\_\_\_
- 16. \_\_\_\_\_
- 17. \_\_\_\_\_
- 18. \_\_\_\_\_
- 19. \_\_\_\_\_
- 20. \_\_\_\_\_
- 21. \_\_\_\_\_
- 22. \_\_\_\_\_
- 23. \_\_\_\_\_
- 24. \_\_\_\_\_

**Otázka 4:**

**Do jaké míry souhlasí uvedená osoba s vašimi názory a podporuje vaše jednání ?**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_
- 9. \_\_\_\_\_
- 10. \_\_\_\_\_
- 11. \_\_\_\_\_
- 12. \_\_\_\_\_
- 13. \_\_\_\_\_
- 14. \_\_\_\_\_
- 15. \_\_\_\_\_
- 16. \_\_\_\_\_
- 17. \_\_\_\_\_
- 18. \_\_\_\_\_
- 19. \_\_\_\_\_
- 20. \_\_\_\_\_
- 21. \_\_\_\_\_
- 22. \_\_\_\_\_
- 23. \_\_\_\_\_
- 24. \_\_\_\_\_

Přejděte na další stranu

- 0 = vůbec ne
- 1 = málo
- 2 = středně
- 3 = téměř vždy
- 4 = vždy

**Otázka 5:**

**Pokud potřebujete půjčit např. 500 Kč, svézt k doktorovi nebo jakoukoliv jinou okamžitou pomoc, do jaké míry je Vám ochotna uvedená osoba pomoci?**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_
- 9. \_\_\_\_\_
- 10. \_\_\_\_\_
- 11. \_\_\_\_\_
- 12. \_\_\_\_\_
- 13. \_\_\_\_\_
- 14. \_\_\_\_\_
- 15. \_\_\_\_\_
- 16. \_\_\_\_\_
- 17. \_\_\_\_\_
- 18. \_\_\_\_\_
- 19. \_\_\_\_\_
- 20. \_\_\_\_\_
- 21. \_\_\_\_\_
- 22. \_\_\_\_\_
- 23. \_\_\_\_\_
- 24. \_\_\_\_\_

**Otázka 6:**

**Představte jsi, že jste několik týdnů připoutána na lůžko, do jaké míry je Vám schopna uvedená osoba pomoci?**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_
- 9. \_\_\_\_\_
- 10. \_\_\_\_\_
- 11. \_\_\_\_\_
- 12. \_\_\_\_\_
- 13. \_\_\_\_\_
- 14. \_\_\_\_\_
- 15. \_\_\_\_\_
- 16. \_\_\_\_\_
- 17. \_\_\_\_\_
- 18. \_\_\_\_\_
- 19. \_\_\_\_\_
- 20. \_\_\_\_\_
- 21. \_\_\_\_\_
- 22. \_\_\_\_\_
- 23. \_\_\_\_\_
- 24. \_\_\_\_\_

Přejděte na další stranu

- 0 = méně než 6 měsíců
- 1 = 6-12 měsíců
- 2 = 1 až 2 roky
- 3 = 2 až 5 let
- 4 = více než 5 let

- 4 = téměř denně
- 3 = jednou za týden
- 2 = jednou měsíčně
- 1 = párkrát do roka
- 0 = jednou za rok a méně

**Otázka 7:**

**Jak dlouho znáte uvedenou osobu?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_
21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_
24. \_\_\_\_\_

**Otázka 8:**

**Jak často jste s uvedenou osobou v kontaktu (telefonáty, návštěvy, dopisy) ?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_
21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_
24. \_\_\_\_\_

Ujistěte se prosím, že jste u každé z otázek 1-8 ohodnotila všechny osoby podle nabídnutých variant odpovědí.

Přejděte na další stranu

Otázka 9. Ztratila jste během těhotenství nebo po narození dítěte nějaký důležitý osobní vztah ať již díky přerušení školy, rozchodu, úmrtí, přestěhování, změny zaměstnání nebo z jakéhokoliv jiného důvodu?

(Vybranou kategorii zakroužkujte)

- 0. Ne
- 1. Ano

**Pokud jste během těhotenství a narození dítěte nějaký důležitý osobní vztah ztratila (tj. odpověděla jste na otázku 9 variantou ano):**

Otázka 9a. Udejte prosím v každé kategorii počet lidí, kteří s Vámi již nejsou v kontaktu.

_____	<b>manžel/přítel</b>	
_____	<b>příbuzní/členové rodiny</b>	
_____	<b>přátelé</b>	
_____	<b>spolužáci/ kolegové v práci</b>	
_____	<b>sousedé</b>	
_____	<b>lékař/ka</b>	
_____	<b>sociální pracovníce/terapeut/</b>	
_____	<b>učitelé</b>	
_____	<b>kněz</b>	
_____	<b>ostatní, specifikujte prosím</b>	_____

Otázka 9b. Pokud budeme mluvit všeobecně, kolik podpory jste ztratila tím, že již tito lidé s Vámi nejsou v kontaktu?

(Vybranou kategorii zakroužkujte)

- 0. Vůbec žádnou
- 1. Málo
- 2. Středně
- 3. Celkem mnoho
- 4. Velmi mnoho