

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

TĚHOTENSTVÍ A MATEŘSTVÍ
NEZLETILÝCH ROMSKÝCH ŽEN
V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI

PREGNANCY AND MOTHERHOOD OF UNDERAGE ROMA
WOMEN IN THE MORAVIAN-SILESIA REGION



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Markéta Korbelová**

Vedoucí práce: **PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.**

Olomouc

2022

V první řadě bych ráda poděkovala PhDr. Martinu Dolejšovi, Ph.D. za ochotu, vstřícné jednání a cenné rady a podněty, které mi během psaní práce poskytl. Dále děkuji všem participantkám za jejich ochotu sdílet svůj příběh.

Velké poděkování patří také mým skvělým rodičům a bratrovi za jejich velkou podporu během všech let studia. Za podporu děkuji také svému příteli a kamarádkám, bez kterých by roky v Olomouci nebyly tak krásné.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Těhotenství a mateřství nezletilých romských žen v Moravskoslezském kraji“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 30. 11. 2022

Podpis

OBSAH

| Číslo | Kapitola | Strana |
|----------|---|-----------|
| | OBSAH | 3 |
| | ÚVOD | 5 |
| | TEORETICKÁ ČÁST | 6 |
| 1 | ROMOVÉ V ČESKÉ REPUBLICE | 7 |
| 1.1 | Kdo jsou Romové | 7 |
| 1.2 | Historie Romů | 8 |
| 1.3 | Romové jako vyloučená skupina..... | 10 |
| 1.4 | Vztah majority k Romům | 12 |
| 1.5 | Romská rodina a její výchova | 13 |
| 1.6 | Vzdělání Romů..... | 16 |
| 2 | VYBRANÉ ASPEKTY ADOLESCENCE | 18 |
| 2.1 | Vymezení adolescence | 18 |
| 2.2 | Identita dospívající dívky v kontextu biologických změn..... | 19 |
| 2.3 | Kognitivní a emoční vývoj | 22 |
| 2.4 | Vztahy v dospívání | 23 |
| 2.5 | Partnerské vztahy v dospívání | 24 |
| 2.6 | Sexualita v dospívání..... | 26 |
| 3 | TĚHOTENSTVÍ A MATEŘSTVÍ NEZLETILÝCH ŽEN | 32 |
| 3.1 | Příčiny těhotenství v adolescenci | 34 |
| 3.2 | Důsledky těhotenství v adolescenci..... | 37 |
| 3.3 | Prevence nechtěného těhotenství..... | 41 |
| 3.4 | Možná řešení těhotenství..... | 44 |
| 3.5 | Přechod k mateřství | 47 |
| | VÝZKUMNÁ ČÁST | 49 |
| 4 | VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 50 |
| 5 | METODOLOGICKÝ RÁMEC | 52 |
| 5.1 | Design výzkumu | 52 |
| 5.2 | Metoda získávání dat | 53 |
| 5.3 | Výzkumný soubor a metody sběru dat | 53 |
| 5.4 | Metody zpracování a analýzy dat | 55 |
| 5.5 | Etické aspekty výzkumu | 56 |
| 6 | VÝSLEDKY VÝZKUMU | 58 |
| 6.1 | Významné tematické okruhy | 58 |
| 6.2 | Odpovědi na výzkumné otázky | 65 |

| | | |
|----------|-------------------------|-----------|
| 7 | DISKUZE | 72 |
| 8 | ZÁVĚR | 80 |
| | SOUHRN | 82 |
| | LITERATURA | 85 |
| | PŘÍLOHY | 98 |

ÚVOD

Od 90. let minulého století začal v České republice stoupat průměrný věk prvorodiček. Tento trend můžeme pozorovat snad všichni. Zdá se, že se ve společnosti změnil pohled na to, kdo je a kdo není mladá matka a panuje i určitá představa o tom, co by žena měla zvládnout před tím, než se matkou stane.

Ve svém okolí však potkávám poměrně mnoho mladých romských žen, které jsou těhotné, vezou kočárek nebo za ruku vedou děti. Vždy přemýšlím nad tím, zda si dítě v takto nízkém věku opravdu přály, případně co je k tomu vedlo, jak celou situaci zvládají, zda jim těhotenství a mateřství něco dalo nebo naopak vzalo. Zabývala jsem se myšlenkami, zda tato situace souvisí s romskými zvyklostmi, nebo hrají roli jiné aspekty. Výše popsané úvahy mě přiměly k provedení kvalitativního výzkumu. Mou snahou bylo více proniknout do této problematiky.

Po vykonání rešerše jsem zjistila, že četnost žen v České republice, které mají dítě v nezletilosti, opravdu není velká. Ze statistik a výzkumů nicméně vyplývá, že se těhotenství v adolescenci týká převážně dívek z etnických menšin a ze skupin s horší socioekonomickou situací (UNFPA, 2013; Staroňová & Adam, 2016) a pojí se s mnohými nežádoucími zdravotními, psychosociálními i ekonomickými důsledky (Sedgh et al., 2014).

Rozhodla jsem se se proto v rámci této diplomové práce zmapovat těhotenství nezletilých romských žen a jejich zkušenosti s prvními roky mateřství. Cílem výzkumu je popsat pozitivní a negativní psychické prožitky týkající se tohoto fenoménu, popsat okolnosti, které vedly k otěhotnění žen, zaměřit se na to, co jim tato zkušenost přinesla a naopak vzala. Zajímalo mě rovněž, jaké faktory byly pro ženy v tomto období důležité a nepostradatelné.

Věřím, že tato práce přinese vhled do tohoto tématu a přispěje k porozumění ženám, které se ocitly v této nelehké situaci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ROMOVÉ V ČESKÉ REPUBLICE

První kapitola je věnovaná romské národnostní menšině. Abychom lépe porozuměli tématu práce, je důležité vymezit, kdo jsou Romové a jaká mají specifika. Dále bychom si měli přiblížit historii Romů a zároveň životní situaci většiny z nich v dnešní době. Nastíníme též pohled, který má na tuto menšinu majoritní společnost. V neposlední řadě bude podstatné zmínit a popsat fungování romské rodiny, výchovy i vztah Romů ke vzdělání.

1.1 Kdo jsou Romové

Romové patří k národnostní menšině v České republice (Prokešová, 2010). Zároveň jsou chápáni jako etnická skupina, případně komunita (Leontiyeva et al., 2006). Romové jsou mnohdy považováni za nejpočetnější etnickou menšinou České republiky (Weinerová, 2014), nicméně přesný počet Romů na našem území je problematické zjistit. Jejich příslušnost ke skupině bývá určována na základě vzhledu. Toto chápání příslušnosti však neumožňuje rozlišit skutečnost, zda jedinec chce být považován za Roma a dobrovolně se hlásí k romské národnosti, nebo ne (Leontiyeva et al., 2006). Dle Navrátila (2003) počet občanů, kteří se hlásí k romské národnosti, nekoresponduje s reálným stavem. Odhaduje, že v ČR je asi 200-300 tisíc Romů.

Nabízí se, že jednoznačnou odpověď by nám mohly přinést výsledky sčítání lidu z roku 2021, nicméně otázka na národnost je dobrovolná a vyplnilo ji necelých 70 % populace. K romské národnosti se přihlásilo 4 460 lidí. Zajímavé je, že v roce 1991, kdy se tento údaj zjišťoval během sčítání lidu poprvé, to bylo 32 900, v roce 2001 11 750; v roce 2011 už jen pouhých 5 140 občanů. Jako mateřský jazyk si v roce 2021 vybralo romštinu 4 280 obyvatel, v kombinaci s dalším mateřským jazykem pak 23 822 lidí (ČSÚ, 2021).

Podobná situace je i na Slovensku, odhadovaný podíl romského etnika v celkové populaci je tam 7 až 8 %, nicméně pro většinu Romů je tam z různých praktických i historických důvodů nevýhodné hlásit se k nálepce „Rom“. Romy tak lze považovat za tzv. tichou menšinu (Podolinská, 2017).

Slovo „rom“ znamená v překladu „muž“ nebo „člověk“, pravděpodobně pochází z indického „dom“ znamenající „člověk“. Označení Rom „je souhrnné jméno řady etnických

skupin, které mají společný původ, jazyk a mnoho dalších společných kulturních rysů” (Unucková, 2007, str. 5).

V minulosti se hojně užívalo pro tuto skupinu označení Cikáni. Na prvním světovém kongrese v Londýně v roce 1971 však Romové veřejnost požádali o označení a užívání pojmu Romové namísto zmiňovaného označení Cikáni (Prokešová, 2010; Unucková, 2007). Mezi etnonymy Rom a Cikán, které byly zkoumány skrze české jazykové materiály, existuje rozdíl. Slovo „cikán” má spíše negativní konotaci. Bývá spojováno s nečestností, špatnými hygienickými návyky, kriminálním chováním. Zároveň je však toto slovo spojováno i se specifickými kulturními aspekty, s hudbou, kočovným způsobem života či magií. Slovo „rom” ještě není v českém jazyce natolik zažitá, aby se běžně objevovalo v beletrii, hudbě a podobně. Pojí se obvykle s politickou sférou a sférou vzdělání. Na rozdíl od slova „cikán” je více neutrální a bezpříznakové, jediným specifickým je odlišný vzhled pojící se s daným slovem, konkrétně tmavá pleť, oči a vlasy. Zajímavé je, že samotní Romové se sice spíše ztotožňují s označením Rom (58 %), jež považují za slušné a důstojné, ovšem 42 % upřednostňuje označení Cigán. Důležité je však písmeno „g“ v tomto slově, označení Cikán považují za hanlivé, Cigán označuje však hrdého příslušníka romského etnika (Kráčmarová, 2014).

Romy lze nahlížet a dělit z několika hledisek, existuje dělení vnitřní (jak se dělí samotní Romové), dělení vnější (podle pohledu neromů) a dělení etnicko-jazykové. Dělení vnitřní zahrnuje několik dalších subtypů dělení. Do druhé světové války žili na území dnešní České republiky česko-moravští Romové, v oblasti Sudet němečtí Romové, na území Slovenské republiky slovenští a maďarští Romové. Po celém území pak také kočovali Romové olašští. Do 50. let se tak ještě Romové dělili na kočovné, polokočovné a usedlé. Romové se dělí též na městské či venkovské, nebo z hlediska profese. Rozlišování Romů z hlediska dělení vnějšího je obvykle dle úrovně asimilace a sociální úrovně, na tzv. slušné a neslušné. Obvyklé je také členění podle vzhledu, typicky podle barvy pleti. Nejodbornější je dělení etnicko-jazykové, které romštinu dělí do jednotlivých dialektových skupin (na skupinu balkánsko-karpatsko-baltskou, gurbetsko-lovářskou a sinto-manušskou). Z dělení vyplývá, že Romové rozhodně nejsou homogenní skupinou (Unucková, 2007).

1.2 Historie Romů

Romové mají snad jako každý národ velmi dlouhou historii. Především kvůli nedostatku pramenů k počátku jejich historie se k ní vyjadřují nejen historikové, ale

i antropologové a lingvisté. V 18. století se začal více zkoumat romský jazyk, který byl zařazen mezi indoevropské jazyky. Předkové dnešních Romů tedy pravděpodobně pocházejí z Indie (Nečas, 1993/2002). Neví se přesně, co přimělo Romy svou vlast opustit. Migrace Romů však probíhala po staletí, dnes je najdeme snad ve všech koutech světa (Unucková, 2007).

Historie českých Romů je popisována od přelomu 14. a 15. století. Prvotní údaje lze vyčíst ze středověkých kronik, později ze zápisů správních, soudních a bezpečnostních orgánů. Data jsou neúplná a velmi omezená, popisují totiž spíše diskriminační opatření a xenofobní postoje, než demografický a sociokulturní popis tohoto etnika (Nečas, 1997/2008).

Na našem území žilo v meziválečném období asi 6 tisíc Romů. Dnešní čeští Romové pocházejí ze Slovenska, kde po 300 let žili - většinou usedlým, malá část kočovným, způsobem života. Představovali spíše chudou menšinu s nízkým vzděláním, někteří však znali určité řemeslo, nebo byli výbornými hudebníky. Obvykle žili v osadách, jejich základem byly velkorodiny. Po krutém utlačování během 2. světové války (snad 90 % Romů se stalo obětí holocaustu) se Romové stěhovali ze Slovenska do Česka, především do míst, kde bydlívali Němci. Byla jim přidělena pracovní místa i byty. Tato migrace byla nejprve dobrovolná, později však násilná, v rámci komunistické národnostní politiky. Tímto přesídlením se zprerhaly rodinné a rodové svazky, upadala celá romská kultura. Romům tyto změny přinesly poměrně slušnou mzdu za nekvalifikovanou práci, zdravotní péči i postaráni se o děti ve škole. Negativ však bylo více než přínosů, ač toto je samozřejmě diskutabilní. Romský jazyk, romská kultura, vše bylo potlačováno. Mnoho romských dětí se ocitlo v kolektivních zařízeních. Zde možná měly lepší hygienické podmínky i kvalitnější stravu, ničilo je to však psychicky a duchovně. Romové tak byli naučeni spoléhat se na stát. Olašským Romům, kteří po území státu kočovali, byl jejich způsob života během 50. let tvrdě zakázán. Charta 77 dokonce vydala v roce 1978 dokument „O postavení Cikánů-Romů v Československu“ adresovaný OSN, kde hovořila o bezprecedentní sociální dezintegraci Romů v Československu. Tato dezintegrace byla a stále je zřejmá například v podílu romských dětí v dětských kolektivních zařízeních (v roce 1998 jich bylo 60 %) vůči dětem neromským. Podobný rozdíl nalezneme i v českých věznicích. Rok 1989 situaci českých Romů v mnohém ještě zhoršil. Mezi faktory, které je začaly více poškozovat, můžeme zařadit chronickou nezaměstnanost, odsuzování médii a posilování nepříznivého stereotypu

i dostupnost atraktivních škodlivin, jako jsou alkohol, drogy, gambling a v neposlední řadě špatná bytová situace, o tom však později (Gedlu, 1998; Nečas, 1997/2008).

1.3 Romové jako vyloučená skupina

Dle dostupných zdrojů nebyli Romové nikdy pokládáni za rovnoprávné občany České republiky, patřili spíše na okraj společnosti. V dnešní době patří mezi tzv. sociálně vyloučené skupiny (Navrátil, 2003). „Ze zpráv o stavu romské menšiny v krajích vyplývá, že v roce 2020 žilo na území České republiky téměř 250 000 Romů. Z výše uvedeného počtu Romů představují více než polovinu Romové, kteří nejsou sociálně vyloučení. Zbývající část (přibližně 110 000 osob), tvoří Romové, které lze považovat za sociálně vyloučené či sociálním vyloučením ohrožené. Ti bohužel stále tvoří téměř 80 % populace žijící v sociálně vyloučených lokalitách.“ (Vláda ČR, 2021). Přestože romská menšina zažila po 2. světové válce opravdu velký sociální vzestup, stále patří k vrstvám s nejhoršími životními podmínkami. Mají podprůměrné vzdělání i sociální úroveň, vysokou nezaměstnanost, špatnou bytovou situaci, neuspokojivý zdravotní stav, jsou závislí na podporách, lhostejně přistupují k dodržování norem a zákonů (Nečas, 1993/2002).

Brutovská (2017) identifikovala a analyzovala současné problémy Romů, využívala výsledky kvalitativního výzkumu provedeného ve vybraných obcích Košického samosprávného kraje. Důležité je zmínit, že v této oblasti můžeme hovořit o třech typech romských komunit, komunitě segregované, separované a integrované. Problémy jsou mezi těmito komunitami stejné, nicméně se liší intenzitou a pořadím, tedy tím, jak moc konkrétní jev komunitu ovlivňuje a zda je více či méně významný než jev jiný. Vliv má také individuální socioekonomický status. Nejhorší socioekonomická situace je v komunitách segregovaných. Extrémní chudoba se zde přenáší z generace na generaci a stává se normou, je brána jako jediný racionální způsob adaptace na aktuální situaci. Romové si nedostatek finančních zdrojů vysvětlují nezaměstnaností, ne špatně nastaveným sociálním systémem státu. Dlouhodobá nezaměstnanost bývá občas přerušována obdobím krátkodobých pracovních aktivit, legálních i nelegálních. Romové z těchto komunit jsou nezdědka zadlužení, častá je exekuce, případně lichva. Zajímavé a pochopitelné vysvětlení přináší Mappes-Niediek (2013, in Brutovská, 2017), který tvrdí, že největším problémem je specifická logika Romů, se kterou pohlíží na chudobu a ekonomiku obecně. Pobídky z řad organizací nabádají k tomu, aby si Romové uspořili vždy alespoň malou část peněz, i když jsou jejich příjmy velmi skromné. Takové pravidlo však těm nejchudším nedává valný

smysl. Našetřená částka zkrátka nekompenzuje strádání, alespoň ne dostatečně rychle, které odložením peněz nastane.

Snad nejdůležitějším faktorem vedoucím k sociálnímu vyloučení je omezený přístup na trh práce. Tento omezený přístup je způsoben více příčinami. Jednak to může být nedostatečnou kvalifikací, zároveň hrají určitou roli i předsudky zaměstnavatelů. Příčinou nezaměstnanosti Romů však může být i snaha získat sociální dávky (Navrátil, 2003).

Špatná je i bytová situace, s rostoucími nájemnými byty bylo mnoho Romů nuceno přestěhovat se do horších lokalit. Někteří byli vystěhováváni nedobrovolně, protože jejich přítomnost snižuje hodnotu domu, ulice, oblasti (Gedlu, 1998; Nečas, 1997/2008). Romové tedy mnohdy žijí v tzv. vyloučených lokalitách, v bytech patřících městu. Přestože se o těchto lokalitách mluví jako o (romských) komunitách, znaky komunity tato místa nevykazují. Rodiny, které jsou zde uměle sestěhované, by spolu jinak nežily - dochází k míchání tzv. Olašských Romů a tzv. Rumungrů, což jsou Romové moravští, slovenští a maďarští. Mezi těmito skupinami může docházet ke konfliktům, vzájemná svépomoc nefunguje (Navrátil, 2003). Situaci neulehčují ani někteří pronajímatelé bytů a majitelé, kteří se dopouštějí diskriminačního jednání. V roce 2020 bylo takové jednání vůči konkrétní osobě z důvodu etnicity odhaleno v 270 případech. Mnoho Romů bydlí neuspokojivých podmínkách, ubytovných, neudržovaných či nerekonstruovaných bytech, azylových domech (Vláda ČR, 2020).

Romové mají často nedostatečný přístup ke službám, což znamená, že je pro ně ztížena možnost využít například i lékařskou péči (Navrátil, 2003). Zajímavé srovnání přináší Nečas (1993/2002). V 80. letech byl průměrný věk všech obyvatel Československa 34,4 let. Úmrtnost Romů v té době byla srovnatelná s celkovou úmrtností obyvatel ČSR z 30. let. Nemocnost je u romských dětí vyšší především tehdy, když se o děti stará mladá romská matka, která ještě neví, jak správně o dítě pečovat, nemá správné hygienické návyky. Když je mladá matka pod dohledem starší Romky, tyto problémy nepřicházejí (Kašparová et al., 2008).

Existence sociálně vyloučené skupiny je ničivá nejen pro danou skupinu (menšinu), ale i pro celou společnost. Ukazuje to na neúčinnost solidarity dané země, rovněž je to potenciálně ohrožující z hlediska nepokojů, jež vznikají, když je skupina obyvatel vystavena velmi špatným životním podmínkám (Navrátil, 2003). Pojetí Romů jako komunity však neumožňuje rozpoznat, zda jde o osoby potřebující pomoc se svou socio-ekonomickou

situací, nebo nikoliv. Tím, že se často mluví o komunitě, zdá se, že mezi Romy nalezneme jakousi vnitřní soudržnost, princip solidarity, ale i to je přinejmenším diskutabilní (Leontiyeva et al., 2006). Dochází také k efektu homogenity. To znamená, že se na cizí skupinu díváme jako na méně diferencovanou než na skupinu vlastní (Weinerová, 2014). I kvůli tomuto „házení do jednoho pytle“ Romům majorita situaci komplikuje.

1.4 Vztah majority k Romům

Romy mají mnozí spojeni s různými stereotypy. V 80. letech minulého století v tehdejší Československu byla často užívaná věta „Cikáni kradou slepice a pálí parkety“, v té době však již tento výrok obecně platný rozhodně nebyl. Tvrzení zůstalo v myslích lidí z dob meziválečných a poválečných. Slepice byly odcizovány kočovnými rodinami, parkety pak byly využívány romskými imigranty z východního Slovenska. V 90. letech s postupnou demokratizací společnosti vyluly na povrch další a další stereotypy (Weinerová, 2014).

Z každoročních průzkumů z let 1991 až 2000 vyplývá, že vůči romskému etniku má více než dvě třetiny obyvatel zformován nepříznivý vztah (Navrátil, 2003). V rámci pravidelných šetření „Naše společnost“ v březnu 2020 byl zkoumán vztah veřejnosti k národnostním skupinám, které žijí v České republice. Zahrnuto bylo 14 skupin včetně české, která sloužila jako referenční. Největší antipatie vzbudili Arabové a Romové. Přibližně 70 % respondentů je označilo jako „spíše nesympatické“, nebo „velmi nesympatické“. Jaké konkrétní vlastnosti připisuje majorita Romům? Z těch dobrých je to především péče o rodinu, soudržnost, umělecký talent, umění se radovat. Z těch špatných potom nepřizpůsobivost, agresivita a kriminální chování, špatné hygienické a pracovní návyky (Navrátil, 2003).

Na to, jak se cítí Romové ve většinové společnosti, se snažili odpovědět Sylvie Graf z Psychologického ústavu AV ČR a Roman Koky z Filozofické fakulty Masarykovy univerzity v Brně. Postoje Romů vůči neromům jsou pozitivní. Postoj byl ovlivňován frekvencí, s jakou Romové přicházeli do kontaktu s neromy. Čím pravidelnější byl kontakt, tím byl vztah vnímán jako pozitivnější. Postoje byly hodnoceny tzv. pocitovým teploměrem, přičemž čím vyšší teplota, tím vřelejší je popisovaný vztah. Postoje, jak již bylo zmíněno, byly kladné, konkrétně vykazovaly hodnotu asi 70 stupňů. Nutno však podotknout, že v popisovaném výzkumu nebyl reprezentativní soubor a výsledky jsou tak spíše předběžné. Na tuto skutečnost upozorňují samotní výzkumníci (Matušková, 2021).

1.5 Romská rodina a její výchova

Mezi tradičním způsobem života Romů a Čechů panují rozdíly, vyplývají z rozdílného pohledu na svět i z jiných hodnot. Ač se tento tradiční romský život v posledních letech výrazně mění, stále můžeme nalézt prvky, které jsou zanechány. Poznání tradičního způsobu nám navíc může pomoci k lepšímu pochopení a porozumění Romům (Unucková, 2007). Romové pojmají svým způsobem různé svátky, mají specifickou hudbu a písně, mají svá tradiční jména a příjmení a podobně (Prokešová, 2007).

Rodina byla pro Romy vším, byla zdroje obživy, plnila funkci vzdělávací, ochrannou i sociální. Prestiž rodiny byla dána počtem dětí, hlavně chlapců. Žena měla za úkol vychovávat děti, starat se o domácnost a poslouchat svého manžela. Jakýmkoli způsobem musela sehnat jídlo i oblečení. Hlavou rodiny byl muž, ten příležitostně chodil do práce, obvykle však sháněl zakázky, udržoval dobré poměry mezi rodinou, urovnával sváry. Muž sice moc do výchovy nezasahoval, nicméně pokud matka nebyla spokojená s chováním jejich dcery a už nevěděla, co s ní, potrestal ji otec, což byl trest největší. Nemyslitelné bylo poslat děti do internátu, natož je dát do dětského domova. Důležitá byla vzájemná pomoc a podpora (Prokešová, 2010; Unucková, 2007).

V rámci typické rodiny v romské osadě se vymezují tři typy rodin. Prvním typem je rodina nukleární, druhým rodina komplexní a třetím fajta. Nukleární rodina zahrnuje manželský pár a jejich nesezdané děti. Ve stejné „chyžce“ s nimi bydlí někdy i mladá nevěsta, případně první potomek mladého páru, takto to však bývá jen dočasně. Nukleární rodina je jedinou kulturně akceptovatelnou možností zajištění párové reprodukce. Rodina mívá až 10 členů, oproti majoritní společnosti je tedy výrazně početnější. Komplexní rodina je širší příbuzenské seskupení, kde mají všichni jeho členové stejné příjmení. Sestává ze zakládajícího páru, jejich ženatých synů s manželkami a dětmi. Tvořena je 3 až 4 generacemi. Fajta je nejrozsáhlejší příbuzenský celek v romské osadě, zahrnuje 5 až 6 generací. Odkazují se ke společnému mužskému předkovi, který už nežije, ale alespoň jeden z jeho potomků si ho pamatuje. Členové fajty nemusí mít stejné příjmení (Jakoubek & Hirt, 2004).

Výchova byla jiná pro dívky a jiná pro chlapce (Brutovská, 2017). Několik společných jmenovatelů bychom však našli (tyto jmenovatele můžeme nalézt i u výchovy romských dětí dnes). Děti nebyly vedeny k individuální zodpovědnosti. Věděly přesně, co smí a co nesmí říkat před ostatními, cizími. Jako velká hanba bylo vnímáno užívání

vulgarismů. Přestože byly děti vnímány jako symbol štěstí a bohatství, již od nízkého věku byly vedeny k samostatnosti. Kvůli vysoké porodnosti se také musely brzy odpoutat od matky (Prokešová, 2010). Chlapci se učili od otce řemeslu. Dívky se učily být dobrou ženou a snachou, pomáhaly vychovávat mladší sourozence, staraly se o domácnost. Úkolem dívek bylo též uzavřít dobré manželství, svatba byla často smluvená. Před svatbou mohly chodit do společnosti pouze v doprovodu muže - příbuzného, nebo budoucího manžela. Po svatbě pokračovala jejich výchova v domě jejich nového muže. Uzavřená manželství se rozpadala opravdu jen zcela výjimečně. Rozvod byl povolen pouze v případě neplodnosti nebo nevěry žen. Neplodnost byla pro ženy opravdovým trestem, neplodná žena totiž nemohla splnit svou životní roli - stát se matkou a tím tedy i dobrou manželkou. Nevěra ze strany ženy se řešila buďto rozvázáním manželství, nebo veřejným potrestáním. Nevěra muže však zvyšovala jeho prestiž a nebyla brána jako nemorální (Brutovská, 2017).

Nutno dodat, že podle Horváthové (2002) nebyli mladí Romové ve vztahové a sexuální oblasti nijak omezováni. Už od puberty začínali Romové žít pohlavně, problém nastal jen tehdy, když partner nebyl Rom. Zdá se však, že toto platilo spíše (nebo pouze) pro kočovné Romy na Slovensku, výše zmíněný popis reflektuje Romy usedlé.

Tradiční romská (velko)rodina se pomalu rozpadá a neplní stejnou úlohu jako kdysi. Dochází k izolaci rodin, mladí lidé a děti nejví zájem o romskou kulturu, tradice a zvyky, nebo je zkrátka neznají. Konvenční manželství bývá nahrazeno pouhým soužitím partnerů. Romové často žijí v malých, špatně vybavených a přeplněných domech a bytech. Aby se z tohoto koloběhu Romové ze segregovaných a částečně i ze separovaných komunit dostali, musí být nejdříve splněny základní podmínky pro život, to znamená dostatečný příjem, stabilní a předvídatelné prostředí (Brutovská, 2017).

Tradiční romská rodina se mění i v důsledku proměn české populace jako takové i změn jejího životního stylu a kulturních modelů. Problémem se jeví mizející rodinná solidarita, díky které byli ještě v nedávné minulosti podporováni i lidé starší, nemocní nebo chudí, nyní končí častěji v ústavech sociální péče, azylových domech, domovech důchodců či psychiatrických léčebnách (Prokešová, 2010).

V dnešní době mají Romové určité problémy s výchovou svých dětí. Jejich děti často nemají žádné hranice, výchova je až moc liberální. Výchova bez řádu může vést k nežádoucím aspektům vývoje dítěte. Romské matky také neakceptují některé normy majoritní společnosti, které jsou žádoucí pro výchovu dětí. Rodiny nevedou své děti ke

vzdělání, nemotivují k plánování budoucnosti a kladení si cílů (Bakalář, 2004; Prokešová, 2010). Děti často svůj volný čas tráví potulováním se na ulicích, kde jsou vystavovány rizikovým faktorům (Šauerová, 2011). Dle Bakaláře (2004) mají Romové některé specifické osobnostní rysy, které také mohou ovlivnit samotnou výchovu. Jedním z nich je preferování prožitku, respektive uspokojení fyziologických potřeb na úkor všeho ostatního. Silná je orientace na přítomnost, žijí zkrátka teď a tady. Negativně je vnímán individualismus. V neposlední řadě prý Romové výborně zvládají komunikaci, dobře čtou gesta a mimiku.

Při popisování romské rodiny, výchovy a mateřství romských žen nelze nezmínit politiku kontroly porodnosti, která byla zavedena v Československu v roce 1972. Tato politika umožňovala orgánům veřejné správy, aby podporovaly sterilizaci romských žen a žen s postižením. Ženy byly sterilizovány bez informovaného souhlasu, některé byly k souhlasu donuceny, či jim byly podány lživé informace (například to, že je sterilizace reverzibilní, že by byl další porod život ohrožující a podobně). Nuceně sterilizované ženy poté často trpěly psychickými potížemi, nebo jim „jejich“ rozhodnutí bylo vytýkáno komunitou a partnerem. Politika kontroly porodnosti byla ukončena v roce 1991, k obdobným případům však docházelo, a možná stále dochází, i po roce 1991 (Vláda ČR, 2020).

Jak bude více rozpracováno v následující kapitole, důležitou roli v otázce těhotenství v nezletilosti hraje užívání antikoncepce a rizikovým faktorem raného mateřství je i brzké zahájení sexuálního života. Na žádost Úřadu práce ČR proběhl Dlouhodobý monitoring romských komunit v České republice, konkrétně ve vybraných moravských komunitách. Dle dětských lékařů z Břeclavska začínají romští chlapi sexuálně žít ve 13-14 letech, dívky asi kolem 15. roku jejich života. Ke gynekologovi chodí asi od 9. třídy, hormonální antikoncepci neužívají, obvykle z finančních důvodů. Sexuální osvěta je malá, o formách ochrany mnoho neví. Až starší romské ženy, které mají více dětí (tři, čtyři) využívají nitroděložní tělísko (Kašparová et al., 2008).

Dle výzkumu Rambouskové a kolegů (2009), která se zaměřila na porovnání chování v oblasti zdraví, nutričního stavu matky a velikosti kojence při narození u romských a neromských matek v České republice, vyplynulo, že těhotenství bylo asi o 1 týden kratší u romských žen, novorozenci byli významně menší a měli nižší porodní váhu. Prevalence kouření byla signifikantně vyšší u romských matek. Také užívaly doplňky stravy méně často než ženy neromské. S podobnými závěry přišel i Balasz a kolegové (2012) mapující situaci v Maďarsku. Romské ženy mají vyšší prevalenci špatného životního stylu (převážně

kouření) a z toho důvodu horší poporodní výsledky svých dětí. Zajímavé jsou také výsledky pramenící ze studie Gynekologicko-porodnické kliniky Univerzitní nemocnice Louise Pasteura v Košicích, která zahrnovala 2778 porodů, z toho 799 bylo porodů romských žen. Mezi romskými ženami byla nejvíce zastoupena kategorie 18 a 19 let, 179 žen bylo mladších 18 let. Romské děti měly nižší porodní hmotnost. Romské matky byly také častěji nezletilé, svobodné a se základním nebo nedokončeným vzděláním. Během těhotenství oproti neromským ženám více kouřily (49,3 % ku 3,9 % neromských žen), požívaly alkohol či užívaly drogy. Vzácněji také navštěvovaly gynekologa, téměř 50 % romských žen bylo diagnostikováno gynekologem až po prvním trimestru (Diabelková, 2018). Bobak a kolegové (2005) mapující poporodní výsledky romských a neromských žen v okresech Teplice a Prachatice, potvrzují výrazný rozdíl poporodních výsledků romských a neromských žen. Příčiny jsou dle něj složité, avšak největší roli hrají pravděpodobně příčiny socioekonomické (Bobak et al., 2005).

1.6 Vzdělání Romů

Další hojně zmiňovanou příčinou a zároveň i důsledkem těhotenství nezletilých bývá nedostatečné vzdělání. Dle šetření z roku 2003 (Rada vlády ČR, 2003, in Zpráva o stavu romských komunit v České republice, 2004) bylo mezi 51 691 dospělými Romy 60 % těch, kteří navštěvovali zvláštní školu nebo nedokončili školu základní, 29 % mělo ukončenou základní školu, a 9,3 % bylo vyučených a 1,3 % absolvovali střední nebo vyšší školu.

Motivovat Romy (převážně ze segregované komunity) k pravidelné školní docházce je náročné. V případě, že rodina nemá peníze na dopravu, na nákup vhodného oblečení, raději dítě nechá doma. Časté záškoláctví tak vede k tomu, že dítě zaostává za svými spolužáky, je odcizené od školy samotné. Nedostatek znalostí, žádné nebo malé vzdělání, nesmyslné trávení volného času, i to může vést k brzkému založení rodiny, která přináší alespoň nějakou jistotu. Ať už finanční ve formě sociálních dávek nebo psychologickou - rodina jako základ, smysl či budoucnost. Brzké zakládání rodin vede k prohlubování chudoby, k půjčování peněz, a tak vzniká nekonečný bludný kruh (Mareš, 1999, in Brutovská, 2017).

Strataki a Petrogiannis (2020) zkoumali aspirace a očekávání řeckých romských matek ohledně vzdělání jejich dětí a analyzovali odpovědi týkající se tří hlavních problémů: hodnotě, kterou připisují vzdělání, jejich vzdělávacím aspiracím a jejich vnímaných zdrojů na podporu vzdělávání jejich dětí. Analýza byla založena na 27 hloubkových rozhovorech

s řeckými romskými matkami dětí ve věku 3–6, nebo 9–11 let. V souladu s předchozím výzkumem tato studie ukázala, že řecké romské matky si uvědomovaly důležitost školní docházky a pozitivní vliv, který by mohla mít na životy jejich dětí, pokud jde o vzestupnou sociální mobilitu a zlepšení jejich životní úrovně. Jejich vzdělávací aspirace byly vysoké a role chudoby byla hlavním faktorem při utváření postojů ke vzdělávání.

Studie Vazsonyi a kolegů (2020) testovala, do jaké míry ovlivnil kontext sousedství přizpůsobení romské mládeže. Zkoumány byly konkrétní ukazatele – internalizace problémů (deprese, úzkost, nízké sebevědomí), externalizace problémů (užívání alkoholu a drog, školní pochybení - podvádění, špatné chování ve třídě) a akademické kompetence (známky, akademická aspirace, čas strávený děláním domácích úkolů). Romská mládež vykazovala výrazně nižší známky ve škole a měla menší akademické aspirace. Nebyly však zjištěny žádné průměrné rozdíly v úrovni internalizace nebo externalizace problémů podle etnické příslušnosti.

Výzkum Dimitrovy a kolegů (2018) testoval mediační model etnické socializace (tj. podporovat znalosti dětí o jejich historii, kulturním dědictví, kulturní autenticitě a etnických předsudcích) u romské mládeže. Účastníky bylo 202 romských dospívajících ve věku 14 až 19 let, kteří poskytli vlastní zprávy o své zkušenosti s etnickou socializací, etnickou identitou, školními výsledky, a životní spokojenosti. Posílení kulturní hrdosti souviselo s lepšími školními výsledky. Studie však potvrdila, že etnická socializace pozitivně souvisí se životní spokojeností prostřednictvím vlivu na etnickou identitu, ale je negativně spojená se školními úspěchy.

2 VYBRANÉ ASPEKTY ADOLESCENCE

Abychom mohli lépe porozumět nezletilým matkám, je nutné se podívat i na vývojové období, ve kterém se nacházely, když otěhotněly, nebo byly čerstvě matkami. Tato kapitola nemá obsahovat všechny podrobnosti týkající se tohoto období a reflektovat veškeré vývojové změny, nemá to být ani detailní historický exkurz do pojmání dospívání v průběhu času. Cílem je lépe si představit, co průměrná dospívající dívka řeší, s čím se vypořádává a jak do toho zapadá těhotenství a mateřství. Nejprve se zaměříme na vymezení adolescence a vývojové změny v průběhu dospívání. Důraz pak bude kladen především na partnerské vztahy a sexualitu v tomto období.

2.1 Vymezení adolescence

Jednotliví autoři a jejich jednotlivá pojetí se neshodují v časovém vymezení adolescence. Evropská psychologie ji obvykle vymezuje 15. a 20., případně 22. rokem (Macek, 2003). Začátek je určen plnou reprodukční zralostí, její konec poté spíše psychosociálními a pedagogickými kritérii. Konkrétně jde o dosažení osobní autonomie, přijetí role dospělého, ukončení vzdělání, dosažení kvalifikace pro určitou profesi. Můžeme se však setkat také s jiným pohledem, jenž byl původně typický spíše pro americký kontinent, který na adolescenci nahlíží jako na celý úsek mezi dětstvím a dospělostí (Hurlock, 1974). Toto spíše reflektuje dnešní dobu, ve které je doba dospívání prodloužena. Pohlavní dospívání je zrychleno, zároveň se však protahuje doba vzdělávání a přípravy na budoucí zaměstnání (Macek, 2003).

V naší práci se budeme držet dělení Langmeiera a Krejčířové (2018). Samotné adolescenci předchází období pubescence, trávající přibližně od 11 do 15 let. Pubescence začíná fází prepuberty, ve které se objevují první známky pohlavního dospívání. U dívek končí příchodem menarche, u chlapců první emisí semene. Následuje fáze vlastní puberty, jež končí dosažením reprodukční schopnosti. Adolescence je pak období trávající zhruba od 15 do 22 let. Teprve nyní je dosahováno zcela plné reprodukční zralosti, jelikož vývoj a růst dělohy je ukončen až kolem 20 let, varlata rostou ještě po 20. roce. Dokončován je celkový tělesný růst (Langmeier & Krejčířová, 2018).

Hojně využívané dělení je též dle Vágnerové (2005). Ta rozlišuje ranou (11 až 15 let) a pozdní (15 až 20 let) adolescenci, což v podstatě kopíruje období pubescence a adolescence dle Langmeiera a Krejčířové. Hojně zmiňovaná je i Thorová (2015), která adolescenci chápe jako celé období od 12 či 13 do 19 let, adolescence je tedy dle ní doba mezi mladším školním věkem a dospělostí.

První zmínky o dospívání můžeme objevit už u starověkých filozofů, především Aristotela či Platóna. Systematicky je však toto období zkoumáno od 20. století. K specifickým úkolům dospívání se vyjadřují Stanley Hall, Sigmund Freud, Erik Erikson i Jean Piaget (Melgosa, 2005). V tradičních kulturách však dospívání není samostatně vymezené období. Přechod z dětství do dospělosti je přímý, což znamená, že po dosažení tělesné zralosti se dítě ihned stává dospělým se všemi jeho právy a povinnostmi. V některých kulturách byl či je tento okamžik zdůrazněn pomocí tzv. přechodového rituálu. Snad se zvyšujícími se nároky dnešní společnosti se stalo dospívání samostatným vývojovým obdobím (Langmeier & Krejčířová, 2018).

O dospívání se mluví jako o období těžkém, je spojováno s osobními krizemi a životními kotrmelci. Již z předchozího textu je zřejmé, že dospívající zažívají množství biologických změn, nutno říct, že nejen těch. Spolu s biologickým zráním dochází k výrazným změnám psychiky, vyvíjí se myšlení, zcela jistě se také vyvíjí osobnost, dochází k proměně vztahů (Langmeier & Krejčířová, 2018). Adolescent se má naučit vyznat se sám v sobě, najít si své místo v životě, činit důležitá rozhodnutí týkající se školy a práce (Říčan, 1990/2021). V tomto období dochází i ke dvěma významným mezníkům z hlediska práva. V 15 letech dostává dospívající občanský průkaz, stává se trestně odpovědným (tresty jsou nicméně mírnější než v dospělosti), pokud ukončil povinnou školní docházku, může pracovat. 15 let je také věková hranice pro legální pohlavní styk. V 18 letech mladý člověk dosahuje zletilosti a stává se plně svéprávným.

2.2 Identita dospívající dívky v kontextu biologických změn

V pubescenci nastává tzv. růstový spurt, tedy přechodné zrychlení růstu, které u dívek kulminuje mezi jedenáctým a dvanáctým rokem. Dívky průměrně vyrostou o 9 cm a přiberou 5 kg, mění se jejich tělesné tvary. Rozšiřují se boky, tuk se zvýšeně ukládá i v oblasti stehen, hýždí a břicha. Linie pasu se stává výraznější. V 10 letech nebo mírně později začínají růst dívkám ňadra. Objevuje se též typicky dospělé ochlupení. Pozměňuje

se vzhled vnějšího genitálu. Zvětšují a rozvíjí se vnitřní pohlavní orgány, děloha postupně roste až do 20 let. Vaječníky zvyšují produkci estrogenu, množství se až zosminásobuje, a začínají produkovat zralá vajíčka. Menarche přichází obvykle po 1 až 3 letech od začátku růstu prsou, tedy kolem 12. roku, ač i toto je velmi individuální, některé dívky menstrují již v 9 letech, některé ještě ani v 15 ne. Dívky mají k menstruaci mnohdy ambivalentní vztah, je to sice signál vyspělosti, zdraví a schopnosti mít děti, zároveň se však některé dívky (první) menstruace bojí, zažívají kvůli ní diskomfort. V prvních dvou letech bývá menstruační cyklus často nepravidelný a anovulační (Janošová, 2008; Říčan, 1990/2021). V dnešní době jsou dívky obvykle poučené (Říčan, 1990/2021), nicméně Horvátová (2021) upozorňuje, že „*menstruace je stále v mnoha rodinách tabu, a o to více v těch romských*“. S menstruací se pojí také tzv. menstruační chudoba. Ta se sice týká především rozvojových zemí, ale v Česku se dotýká žen žijících ve vyloučených lokalitách i matek samoživitelek (Horvátová, 2021). V praxi to znamená, že dívky kvůli nedostatku hygienických pomůcek, na které nemají ony nebo jejich rodina dostatek financí, nechodí několik dní v měsíci do školy. V České republice se o menstruační chudobě začíná mluvit i mezi politiky, píše o ní média, nicméně přesná data ještě nejsou k dispozici (Sloupová, 2022; Trusinová, 2022).

Všechny tyto biologické změny mají vliv na psychiku dívky i vnímání sebe sama. Jak již bylo řečeno, tělo dívky, její zevnějšek, se mění, a taková změna může být silně prožívána. Hlavně změny, které jdou vidět na první pohled i okolím, můžou v krajním případě vést ke ztrátě sebejistoty. Některá dívka však může být na svůj „nový“ vzhled pyšná. Záleží na její psychické vyspělosti, jejích vlastních představách o atraktivitě a také na reakcích okolí. Nepříjemné sociální reakce na tělesné změny zkrátka obvykle vedou k nejistotě, horšímu sebehodnocení a naopak (Vágnerová, 2005).

Vzhled je pro dívky (a samozřejmě i chlapce) velmi důležitý jak během pubescence, tak i během adolescence. Během, a hlavně na konci adolescence, však narůstá spokojenost s vlastním tělem, přesto se jím adolescenti hojně zabývají, hovoří se až o narcistním zaměření (Říčan, 1990/2021). Dívky se srovnávají samy se sebou, s ideálem krásy určeným médií a společností (Vágnerová, 2005).

Převážně v pozdějších fázích adolescence se „*zevnějšek stává cílem i prostředkem*“ (Vágnerová, 2005, s. 329). Správná vizáž blížící se ideálu je zkrátka nástroj, díky kterému dívka dosahuje sociální akceptace a prestiže. Objevuje se tedy tendence k uniformitě, která představuje jistotu (Vágnerová, 2005). Tělesný vzhled je také součástí identity. Úpravou zevnějšku, stylem oblečení, tím vším lze svou identitu vyjádřit (Vágnerová, 2005).

Právě hledání identity je dle Eriksona (1999/2015, s. 113) hlavním úkolem adolescence. V důsledku fyzického růstu i pohlavního zrání dospívající zpochybňuje neměnnost, všemožné kontinuity a věci, na které spoléhal. „*Mysl adolescenta je v podstatě myslí ve stavu moratoria, psychosociálního stadia mezi dětstvím a dospělostí*“. V ideálním případě dochází k integraci ve formě ego identity, nebezpečí je pak v difuznosti. Dospívání je klíčové období pro psychosociální růst, kdy jedinec nachází a buduje svou identitu. Identitu dostává každý při narození, potvrzena je pojmenováním. Ve stádiu zmatení identity proti konfuzi rolí je největším problémem, na který dospívající naráží, odpověď na otázku: „*Kdo si myslíme, že jsme, proti tomu, co si o nás a o tom, kdo jsme, nebo se snažíme být, mohou myslet ostatní?*“ (Erikson, 1999/2015, s. 113). Je zřejmé, že nalézt jednoznačnou odpověď je náročné. Proto zvláště v adolescenci dospívající hrají role, zkouší, zkoumají vztahy a svět. Ctností, která se v tomto období vynořuje, je věrnost. Je to věrnost k dětské důvěře a zároveň ke zralé víře (Erikson, 1999/2015).

Říčan (1990/2021) uvádí, že u dívek je téma identity v adolescenci často odloženo. Častěji jsou orientované na vážné partnerství. Dlouhodobé vztahy s o několik let starším mužem mnohdy mají, nebo o ně usilují. Téma identity tak někdy dívka řeší, až když je usazena ve stabilním partnerství.

V kontextu předmětu výzkumu diplomové práce je důležité se podívat také na identitu pohlavní. Pohlavní identitou rozumíme subjektivní pocit sounáležitosti nebo rozporu s vlastním tělem, s jeho primárními i sekundárními pohlavními znaky a zároveň i se sociální rolí připisovanou danému pohlaví. Má kognitivní a emocionální složku, takže se odráží v myšlení, prožívání i chování jedince, ovlivňuje jeho zájmy či vztahy. Podmíněna je jak biologicky, tak kulturně, jelikož kultura a společnost do jisté míry určují, jaké chování a znaky jsou feminní a jaké maskulinní (Fifková et al., 2002/2008). Zdá se, že pokud se dívka cítí při dospívání příjemně, bude tento proces relativně hladký. Pohlavní identita pak pro ni znamená potvrzení své ženské role (Matějček, 1996/2013).

Zajímavá jsou zjištění o provázanosti rodinného prostředí a biologických změn. Pokud v rodině panuje otevřenost a je věnována přiměřená pozornost dospívání, pravděpodobně dochází k lepšímu sebehodnocení, sebepojetí a sebpřijetí dívky. Tyto charakteristiky mají později vliv na partnerské vztahy i na vztah k vlastní sexualitě (Brookes-Gunn & Matthews, 1979). Dle některých výzkumů se zdá, že nástup dospívání není ovlivněn pouze genetickou výbavou. Dívky vyrůstající v domovech bez biologických otců mají tendenci procházet pubertou dříve než jejich vrstevnice (Tither & Ellis, 2008). Ženy

vyrůstající bez otce uváděly věk menarche výrazně dříve než ženy vyrůstající s otcem. U dívek vyrůstajících bez otce byl také dříve zahájen sexuální život (Guardia, Nelson, & Lertora, 2014). Yermachenko a Dvornyk (2014) však uvádí, že údaje o vlivu negenetických faktorů na věk první menstruace jsou stále nekonzistentní. Zdá se, že hlavní vliv mají jak tělesná hmotnost, vysoký příjem živočišných bílkovin, rodinné stresory, tak i fyzická aktivita.

2.3 Kognitivní a emoční vývoj

V období dospívání dochází u dívek i chlapců ke kvalitativním změnám v kognitivní činnosti, především se rozvíjí myšlení a inteligence. Tento proces obvykle nastává mezi 13. a 15. rokem. Dospívající uvažuje logicky, argumentuje, konfrontuje názory dospělých, snaží se prosadit své představy o řešení daných problémů (Dolejš et al., 2014). Novým a klíčovým jevem jsou formální logické operace. Formální myšlení umožňuje jedinci myslet nezávisle na obsahu, přemýšlet o neskutečném i neexistujícím, přemýšlet o myšlení. Pubescent tak často hloubá nad smyslem hodnot, kriticky se zamýšlí nad názory rodiny a společnosti, přehodnocuje svou víru i rozvíjí své politické smýšlení (Říčan, 1990/2021). Stádium formálních operací dosahuje u dospívajícího svého vrcholu kolem 15 let, nicméně záleží na vrozených dispozicích a příležitostech k řešení všemožných problémů (Langmeier & Křejičřová, 2018). To, že se formální myšlení vyvine, neznamená, že ho začne jedinec používat na denní bázi. U všech situací nepostupuje systematicky, nepracuje s pravděpodobností, nekombinuje všechny možné ideje. V běžném životě se rozhoduje méně racionálně obvykle z důvodu nesouladu mezi mnohými emočními, objektivními a mezilidskými vlivy (Dolejš et al., 2014). Nový způsob myšlení též dovoluje nový způsob morálního hodnocení. Dospívající při něm více berou ohledy na druhého, více se uplatňuje reciprocita (Langmeier & Křejičřová, 2018). Jednotlivé úvahy, hodnocení sebe i osobnosti jiných, mají výraznou subjektivní povahu, což je dáno adolescentním egocentrismem (Dolejš et al., 2014).

Adolescentní egocentrismus, koncept poprvé formulovaný Elkindem (1967), může za sklon dospívajících soustředit se v myšlení na sebe. Součástí tohoto fenoménu je také pocit výjimečnosti a s tím související pocit nesmrtelnosti nebo spíše nezranitelnosti. Adolescenti tak mohou být přesvědčeni o unikátnosti lásky, kterou prožívají, o vlastní schopnosti vyřešit jakýkoli problém. Tento nekritický postoj k sám sobě může vést k individuálním i sociálním problémům, může způsobovat rizikové až antisociální chování

(Dolejš et al., 2014). Dospívající egocentrismus může být překonán dvojitou transformací. V kognitivní rovině je překonán postupným rozlišováním mezi vlastními myšlenkami a myšlenkami druhých, zatímco v rovině afektivity je překonán postupnou integrací pocitů ostatních s vlastními emocemi (Elkind, 1967).

2.4 Vztahy v dospívání

Dnešní pohled na dospívání podtrhuje vzájemnou provázanost mikrosystémů, do kterých jedinec vstupuje (Macek & Lacinová, 2006). Během dospívání, už v pubescenci, se začíná proměňovat kvalita vztahů (Vágnerová, 2005). I když jsou v literatuře popisovány jako velmi podstatné vztahy přátelské, konkrétně kamarádský dyadický vztah mezi dívkami, v kontextu náctiletého mateřství je podstatné pochopit především vztahy erotické a partnerské. Důležitost však samozřejmě nelze upřít ani rodině a celému rodinnému prostředí, ve kterém se dívka nachází a které ji formuje.

Otěhotnění v nezletilosti je jistě zdrojem zátěže. Tato zátěž prověří odolnost dívky i její sociální oporu. Sociální opora má interakční podobu, odlišně ji může vnímat přijímatel, poskytovatel i pozorovatel. Její účinky mohou být nejen pozitivní, ale i negativní (Hoskocová, 2006). Systém sociální opory funguje v ideálním případě jako nárazník, který aspoň částečně chrání před škodlivým vlivem stresující situace (Cohen & Wills, 1985), v našem případě před stresem pramenícím ze zjištěného těhotenství. Vnímaná sociální opora je u českých adolescentů pozitivně asociována s životní spokojeností i sebehodnocením. Nejvýznamnější sociální opora přichází nebo je vyžadována ze strany kamarádů či kamarádek, případně přítele či přítelkyně, následují pak rodiče a nakonec spolužáci (Snopek & Hublová, 2008).

Rodina hraje v životě dospívajícího důležitou roli. I když se od ní pubescenti začínají odpoutávat, stále je nenahraditelným sociálním zázemím. Dospívající se vymezuje vůči rodičům, ti se stávají více partnery a jejich rodičovská autorita prochází kvalitativní proměnou (Vágnerová, 2005). Během dospívání, konkrétně v období pubescence, obvykle narůstá počet konfliktů mezi dětmi a rodiči, v adolescenci pak jejich počet postupně klesá. Tyto konflikty, hádky či „hašteření“ vedou k menší blízkosti mezi rodiči a jejich dětmi a zároveň se omezuje čas, který spolu celá rodina tráví. Přestože tyto změny mohou být prožívány těžce, jsou důležité pro proces emancipace dítěte od rodiny. Mění se též kvalita sourozeneckých vztahů, často také nejprve přichází větší konfliktnost, ta pak ale vede k lepšímu a rovnějšímu vztahu mezi sourozenci. Nemůžeme však zapomenout, že svou

podstatnou roli hraje věkový rozdíl a další proměnné (Marceau, 2014; Salmela-Aro, 2011). České dívky během dospívání pocítují nevýhody pramenící z nedostatku svobody pohybu a hlavně z toho, že jsou rodinou stavěny do role hospodyně a pečovatelky (Janošová, 2008).

2.5 Partnerské vztahy v dospívání

Vývoj vztahů od dětských po partnerské soužití popisují Langmeier a Krejčířová (2018). V začátcích puberty se vytváří především skupiny složené z dětí stejného pohlaví, jde o skupinovou izosexuální fázi. Tyto skupiny jsou více organizované i stabilní, než tomu bylo u mladších dětí. Skupina funguje jako důležitý socializační činitel, obvykle působí kladně, v některých případech však může mít až antisociální ráz. Skupina však nesaturuje potřebu intimního párového přátelství, proto se ve vlastní pubertě objevuje individuální izosexuální fáze. V páru si dívky mohou vyměňovat důvěrné informace, porovnávat vlastní pocity. Přátelství mezi dívkami mívá hlubokou emoční náklonnost, na jejímž základě i stojí. U chlapců bývají stěžejní spíše společné zájmy. Dívky i chlapci se postupně začínají více a více zajímat o druhé pohlaví (mluvíme tedy o většinové heterosexuálnosti) a nastává jakási přechodná fáze. Kontakt mezi jedinci druhého pohlaví má spíše charakter pokřikování, vtipkování, mnohdy hraje velkou roli nejistota a tápání. Na přelomu pubescence a adolescence, u některých jedinců však značně dříve, nebo naopak později, se však postupně začínají objevovat opravdové vztahy, první lásky a nastává heterosexuální fáze polygamní. Schůzky probíhají často utajovaně a slouží k potvrzení vlastní hodnoty a přitažlivosti, svou roli jistě hraje i zvědavost. V této fázi je časté flirtování, sexuální fantazie, ale i přímé sexuální aktivity. Na přelomu adolescence nebo na začátku dospělosti se vynořuje etapa zamilovanosti. Vztah k druhému pohlaví je hlubší, jedinci jsou si oddanější, mají shodné nebo doplňující se osobnostní rysy. Příznivým vyústěním je autentický erotický vztah, který případně spěje k uzavření manželství a založení rodiny.

Nutno však připomenout komentář Langmaiera a Krejčířové (2018), tedy to, že výše popsany slet fází nenastává u všech dospívajících, nebo uvedených fází dosahují jedinci v různém věku. V kontextu náctiletého těhotenství se pak může zdát, že neproběhlo pozvolné dospívání, díky kterému se rozvíjí osobnost a dítě se může připravit na partnerský, rodičovský a profesní život, ale že pod (společenským) tlakem dítě přijalo dospělost předčasnou, začalo žít sexuálně bez stabilního emočního pouta. I dle Říčana (1990/2021, str. 189) se sice v pubescenci objevuje zamilovanost, vztahy bývají však spíše platonického charakteru. Jedinec však mnohdy zažívá „rozpor mezi platonickou erotikou první lásky

a sexualitou, která v dnešní době doléhá s velkou intenzitou již na děti". Milostný život v adolescenci je již mnohem intenzivnější a rozmanitější. O sexu a vztazích se mluví snad více než jindy, ať už je dospívající zažívají, či nikoli (Říčan, 1990/2021).

Vágnerová (2005) fáze adolescentního vztahu rozděluje a pojmenovává trochu jinak. První fází je fáze zamilovanosti, důležitou je především potřeba blízkosti daného jedince, který je obvykle idealizovaný. Zamilovaná dívka zažívá vzrušení, pocity euforie, projikuje do svého milovaného objektu svá přání. Obvykle se tato fáze odehrává ve fantazii, mnohdy jde spíše o sdílení pocitů zamilovanosti s kamarádkou, teoretizování, jak danou osobu získat, avšak bez opravdové snahy. Následuje fáze navázání vztahu, chození s někým. Někdy je navázán vztah kvůli potřebě vyzkoušení si něčeho nového, jindy se jedná o romantickou lásku, ve které dochází k idealizaci sebe, partnera i samotného vztahu. Po odeznění pocitu výlučnosti obvykle vztah nevydrží střet s realitou a rozpadá se (Feiring, 1996, in Vágnerová, 2005). Opravdové intimity lze v partnerském vztahu dosáhnout nejdříve na konci adolescence, až v momentě, kdy je dosaženo uspokojivého vymezení vlastní identity (Vágnerová, 2005).

Brown (1999) popisuje čtyři fáze vývoje vztahů v adolescenci, respektive vývojové posuny v orientaci dospívajícího na romantický vztah. První je fáze iniciace, ve které je cílem naučit se především navazovat kontakt s potencionálními romantickými partnery. Důraz je kladen na pojetí sebe sama, utváření sebeobrazu právě skrze navazování kontaktu, na vlastní kompetence. Následuje fáze statusu, korespondující s obdobím střední adolescence. Pro dospívající v tomto věku je „chození s někým“ ukazatelem popularity nebo je jím udržován status ve vrstevnické skupině. Až ve fázi náklonnosti nabývá romantický vztah jiného, hlubšího významu. Vztah má důležitost sám o sobě, narůstá závazek a četnější jsou i sexuální aktivity. V pozdní adolescenci či mladé dospělosti by měla nastat fáze bondingu. O vztazích se dá hovořit jako o zralých, nejen s vášní, ale i vyhlídkou společné budoucnosti.

Převážně dívky, které jsou umístěny do institucionální péče, jsou často silně orientované na partnerství a na založení vlastní rodiny. Mnohdy pak vstupují i do vztahů, jež se jeví jako rizikové (Skasková, 2012). Výzkumy 90. let minulého století ukazují (Children's Defense Fund, 1997, Robinson, 1996, Vobejda, 1997, in Renzetti & Curran, 2003), že u 50 – 70 % dívek, které ve věku 11- 18 let otěhotní, je otcem dítěte muž o 4 – 7 let starší než dívka.

Romantické vztahy hrají během období adolescence a vynořující se dospělosti důležitou roli sloužící k rozvoji jedince. Aby však mohli oba partneři rozvíjet svůj potenciál, dosahovat osobních i společných cílů, zažívat společnou pohodu, musí dosáhnout určitých kognitivních, emocionálních a behaviorálních dovedností (Gómez-López, 2019).

Dle studie Lacinové et al. (2008) má značná část patnáctiletých českých adolescentů zkušenost s partnerským vztahem. Obvykle jde o vztah krátký, v řádu týdnů, prožitky však bývají intenzivní. Vztahy mají různou podobu, jak zmiňují i Leaper a Anderson (1997). Adolescenti si často sami nejsou jisti, zda jejich vztah je pouhé přátelství mezi jedinci opačného pohlaví, nebo jde o vztah romantický. Jako hlavní výhodu zmiňovali adolescenti nejvíce „mít někoho blízkého“, druhou nejvíce uváděnou výhodou byly pozitivní prožitky, které díky vztahu zažívají. Mezi nevýhody adolescenti zařadili partnerské problémy jako hádky, žárlivost, pomluvy, podrazy a omezení týkající se méně času na kamarády či školní povinnosti (Lacinová et al., 2008).

2.6 Sexualita v dospívání

Jak jsme již nastínili, k období dospívání patří i rozvoj sexuality. Nejvíce sledovaným údajem v tomto ohledu bývá věk prvního pohlavního styku (Říčan, 1990/2021). První sexuální zkušenost bývá důležitým mezníkem, pro mnohé symbolizuje přechod do dospělosti (Vágnerová, 2000).

Rozvoj erotického kontaktu mívá svou typickou posloupnost, od držení za ruku, přes líbání k francouzskému líbání, přes necking, petting, orální sex až po samotný pohlavní styk (Gullott et al., 2000, in Vágnerová, 2005). Cesta od prvního fyzického přiblížení až po první sexuální styk může trvat až několik let, jindy však stačí jediný den či méně (Říčan, 1990/2021).

Od 60. let minulého století nastává zkušenost s prvním pohlavním stykem v nižším věku, než tomu bylo v minulosti. Hlavní příčinou je dostupnost antikoncepce i společenské a kulturní přijetí předmanželského sexu (Janošová, 2008). Od roku 1993 se každých pět let mapuje sexuální chování české populace. Výsledky nasvědčují tomu, že začátek prvního pohlavního styku se od 90. let neurychluje (Šulová et al., 2011). K prvnímu pohlavnímu styku dochází nejčastěji kolem 18. roku nezávisle na pohlaví (Weiss & Zvěřina, 2001). Přes informovanost bývá bohužel první styk mnohdy nechráněný, zdá se tedy, že i neplánovaný (Janošová, 2008).

Učňové mají obvykle dřívější zkušenost, možná i kvůli dřívějšímu získání sociální a ekonomické nezávislosti. U studentů a studentek bývá častěji koitus nahrazován pettingem, poslední desetiletí se však rozdíly začínají stírat (Langmeier & Krejčířová, 2018). Jelikož k sexuálnímu chování dochází v dospívání nejčastěji v kontextu romantických partnerských vztahů (Manning, Longmore a Giordano, 2000), ti adolescenti, kteří mají větší romantické zkušenosti, pravděpodobně budou mít více příležitostí k pohlavnímu styku (Zimmer-Gembeck & Helfand, 2008, in Jones & Furmanm 2010). Podobně dospívající, kteří mají více zkušeností, nabalují na tyto sexuální zážitky zkušenosti další (Jones & Furmanm 2010). K prvnímu koitu dochází v daném páru rychleji, pokud je jeden z partnerů sexuálně zkušený nebo pokud jsou mladí lidé pod vlivem alkoholu (Říčan, 1990/2021).

U chlapců je v 72 % případů pozitivní reakce na první sex, u dívek je tomu tak pouze v 36 % případů. Dívky totiž často prožívají úzkost, strach z těhotenství nebo pohlavně přenosných chorob. Mnohdy cítí i výčitky svědomí nebo stud (Langmeier & Krejčířová, 2018). Strach z otěhotnění může vést u dívek až k odmítání sexuálního života. Na druhou stranu může být případná gravidita nástrojem k manipulaci vztahu, udržení partnera či uzavření manželství (Vágnerová, 2000). Orgasmu u prvního sexu nedosáhne pětina chlapců a valná většina dívek (Janošová, 2008). Chlapci a dívky mají jiné sexuální potřeby vyplývající z rozdílné anatomie i prožívání vzrušení a vyvrcholení (Janošová, 2008). Chlapci jsou také v adolescenci na vrcholu své sexuality, ženy tohoto vrcholu dosahují až kolem 30. roku života (Janošová, 2008).

Přestože většina adolescentů kolem 20 let již má zkušenost s pohlavním stykem, obvykle se jedná o sporadické či jednorázové zkušenosti, jen malý počet z nich má četnější a pravidelnější styk (Langmeier & Krejčířová, 2018). Hlavním způsobem sexuálního uspokojení zůstává v adolescenci masturbace (Říčan, 1990/2021).

Motivy, které vedou k prvnímu pohlavnímu styku, jsou různorodé. Jednak se více prosazuje pudová potřeba, ale to zcela jistě není vše. Chlapci ve většině případů uvádí, že motivem byla zvědavost, nebo prestiž získaná „ulovením“ dívky. U dívek to častěji bývají citové důvody, zmiňují též přemluvení chlapcem, kterého nechtějí ztratit. Adolescenti jsou také pod tlakem svých vrstevníků, chtějí se zbavit nejistot a pochyb a mít tuto zkušenost „za sebou“ (Říčan, 1990/2021). U starších adolescentů nejde už tolik o tlak okolí, do naplněného partnerského vztahu zahrnují jednoduše i projevenou sexualitu včetně pohlavního styku (Vágnerová, 2005).

Zdá se, že motivy u mladších adolescentů, nebo dokonce pubescentů, se mohou lišit od výše popsaných. V této souvislosti se můžeme podívat na sexuální chování v kontextu rizikového chování. V rámci psychosexuálního vývoje se u dospívajícího může objevit tzv. sexuálně-rizikové chování, které má vliv na jeho psychický vývoj a může mít vliv i na jeho sociální život (Dolejš, 2010). V kontextu nezletilého těhotenství můžeme hovořit především o sexuálním styku mladistvého končícím nechtěným těhotenstvím nebo potratem a sexuálním styku před dovršením zákonné věkové hranice 15 let. Nemůžeme ovšem opomenout ani promiskuitní sexuální chování a přenos pohlavních chorob (Weiss & Zvěřina, 2001). Kabíček a kolektiv (2014) zmiňují jako sexuálně-rizikové chování ještě styk s neznámým partnerem (anonymní sex), prostituci, anální styk a krvavé sexuální praktiky. Výčet rizikových sexuálních aktivit je jistě mnohem delší. Jak uvádí Dolejš (2010) některé formy sexuálního chování jsou v určité době přípustné a v jiné ne. Vliv má jistě i kultura. Zdá se totiž, že zrovna u romské komunity není považován za rizikové chování pohlavní styk ani ne 15letých dívek vedoucí k těhotenství.

První sexuální styk patří k faktorům ovlivňujícím průběh sexuálního života jedince (Weiss, 2010), sexuální život obecně s sebou přináší určitá rizika, zvláště když je zahájen časně. Lidé, kteří zahájili sexuální život časně, tj. do 16 let, mají statisticky významně vyšší rizikovitost sexuální kariéry, konkrétně vyšší počet sexuálních partnerů, vyšší počet náhodných sexuálních partnerů i vyšší pravděpodobnost konzumace návykových látek (Lukšík, 2003, in Šulová et al., 2011).

Brzký pohlavní styk mívají dospívající, jež mají horší školní prospěch, málo sportují, více pijí alkohol a kouří. Brzké zahájení sexuálního života bývá také spojováno s ranějším sexuálním dozráváním, je však otázkou, co vede k němu (Říčan, 1990/2021). Dle Wellingse (2001) a rozsáhlého britského výzkumu Centra pro výzkum sexuálního zdraví je prokázáno, že čím nižší je věk prvního pohlavního styku, tím více jedincům chybí tzv. sexuální kompetence. Dospívající litovali, že začali tak brzo sexuálně žít, že jednali pod nátlakem vrstevníků, partnera nebo pod vlivem psychoaktivních látek. Často také nepoužili žádnou antikoncepční metodu. Především pro dívky v pubescenci může být zahájení sexuálního života traumatické (Kabíček et al., 2014).

Mezi psychosociální rizikové faktory vedoucí k časnému začátku pohlavního života u dívek i chlapců lze zařadit osobnostní nezralost a socioekonomickou nezralost (Kabíček et al., 2014). Mezi nezralé motivace pro sexuální život (které se však objevují i ve vyšším věku) můžeme zařadit tlak vrstevníků nebo partnera, řešení sexem svou momentální osobní nebo

vývojovou nesnáz, jako například chybění blízkého citového vztahu, nedostatek sebevědomí a podobně. Dále se můžeme setkat s představou adolescenta, že pohlavní život je během dospívání normou a tak je pro daného jedince nepředstavitelné být „nenormální“ a sexuálně nežít, přestože se necítí dostatečně připravený. K předčasné koitální aktivitě inklinují převážně jedinci citově deprivovaní (Kabíček et al., 2014). Významnou protektivní roli u rizikového chování adolescentů, konkrétně týkající se sexuálního debutu, užití alkoholu nebo drog, mají rodiče, konkrétně hlídání adolescentů a styl komunikace (Ryan, Roman, & Okwany, 2015).

Dle Kabíčka a kolektivu (2014) přináší sexuální život v dospívání rizika, konkrétně hovoří o pohlavně přenosných chorobách a jejich následcích a psychosociálních poruchách. U dívek můžeme hovořit navíc o specifických biologických rizikových faktorech. Děložní čípek ještě není plně zralý, proto může snadněji proniknout do těla infekce z pochvy, může dojít k zánětu vejcovodů nebo tzv. pánevní zánětlivé nemoci. Časté střídání partnerů v nízkém věku je také považováno za jeden z rizikových faktorů pro rakovinu děložního čípku. Dospívající dívka také nemá zralou imunitu proti infekci, jak celkovou, tak ani slizniční. V neposlední řadě musíme zmínit rizikovitost těhotenství v dospívání, jak již bylo popsáno v kapitole Těhotenství nezletilých žen. Úkolem dospívajícího je dozrát ve všech složkách bio-psycho-sociálně-spirituální sféry. Nezdá se tedy, že je to vhodná doba pro roli rodiče, pro předávání života nové generaci.

Předčasný začátek sexuálního života může nabourat reprodukční zdraví dospívajícího. Reprodukční zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nejen pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Týká se veškerých reprodukčních procesů během všech etap života. Reprodukční zdraví znamená, že jsou jedinci schopni vést zodpovědný, uspokojující a bezpečný sexuální života, mají schopnost reprodukce a svobodu se rozhodovat zda, kdy a jak často tak činit. Z toho vyplývá právo mužů i žen na informace ohledně reprodukce a přístup k bezpečným, účinným, cenově dostupným a přijatelným metodám regulace plodnosti, respektive k antikoncepčním metodám, a přístup k službám zdravotní péče (WHO, 2000). Mezi klíčové ukazatele reprodukčního zdraví můžeme zařadit míru úspěšnosti otěhotnění, věk při prvním pohlavním styku, užívání antikoncepce při prvním a posledním pohlavním styku, prevalenci užívání antikoncepce, povědomí o HIV a jiných pohlavně přenosných chorobách a prevalenci pohlavně přenosných chorob (Avery & Lazdane, 2008). Sexuální a reprodukční zdraví dospívajících je úzce spojeno s jejich konkrétním sociálním, kulturním a ekonomickým prostředím (Morris & Rushwan, 2015).

Jak jsou na tom adolescenti s antikoncepcí? Při prvním pohlavním styku použila více než polovina českých žen nějakou antikoncepci. Výzkum z roku 2010 zahrnoval 1011 českých žen ve věku 15–50 let. Nejvíce žen, konkrétně 41 % žen, použilo kondom, méně pak hormonální antikoncepci či přerušovanou soulož. Mladší respondentky byly při prvním pohlavním styku zodpovědnější než respondentky starší, což ukazuje na pozitivní trend v oblasti antikoncepce. Ve stálém partnerství se chrání 80 % žen, nejčastější metodou (51 %) je hormonální antikoncepce, u šestiny žen, respektive párů, je to pak kondom (Gregorová et al., 2010).

Antikoncepce dospívajících by měla být nejen účinná, ale i bezpečná a finančně dostupná. Antikoncepce by měla být zvolena s ohledem na celkový zdravotní stav a situaci dané dívky. Antikoncepční metody umožňují dospívajícím dívkám ochranu před nechtěným těhotenstvím a tím též snižují počet interrupcí. V roce 2005 se řešilo v gynekologické ambulanci při FN Ostrava 49 těhotenství u dospívajících dívek ve věku 13–18 let, z toho ani jedna z dívek neužívala hormonální antikoncepci, zdroj však neuvádí, zda byla použita jiná antikoncepční metoda. V České republice není mladistvým poskytována žádná finanční úleva (například ve Francii, Velké Británii či Švédsku je hormonální antikoncepce pro dívky od 15 do 18 let zdarma, Koliba, 2014).

Sexuálně aktivních je asi 70 až 80 % mladistvých. Hormonální antikoncepce je v České republice dominantně užívanou antikoncepční metodou. Ve skupině mladistvých dívek ji najdeme asi u 40 % z nich (Havlín, 2017). Dle Geržové (2007) je nejúčinnější a zároveň nejoblíbenější formou antikoncepce ve věkové kategorii 16 – 19 let orální kombinovaná kontracepce. Vhodnou formou pro mladé páry může být též používání bariérové formy antikoncepce, konkrétně užití kondomu a spermicidního prostředku má vysokou spolehlivost a zároveň snižuje riziko přenosu pohlavních chorob.

U mužů je větší subjektivně vnímaná znalost kondomů spojena se zvýšenou pravděpodobností, že někdy použijí antikoncepci. U žen je vyšší úroveň skutečných znalostí o reprodukčním zdraví spojena se zvýšenou pravděpodobností, že někdy použijí antikoncepci, a negativní názory na těhotenství a větší důvěra v antikoncepci jsou spojeny se zvýšenou pravděpodobností konzistentního užívání antikoncepce (Ryan et al., 2007).

Dle Brücknera (2004) má vliv na to, zda sexuálně aktivní adolescentní dívky (ve věku 15 – 19 let) využívají nějakou antikoncepční metody, postoj k těhotenství. Do nejméně rizikové skupiny, tedy nejméně náchylné k otěhotnění, patřily dívky s negativním postojem

vůči těhotenství. Tyto dívky byly převážně z vyšší sociální vrstvy, měly blízký vztah s matkou, měly vysokou sebeúctu a pozitivní vztah k antikoncepci. Nejohroženější otěhotněním byly dívky s pozitivním postojem k těhotenství. Většina z nich byla z nižší socioekonomické skupiny, měla nižší kognitivní schopnosti a měla méně znalostí o formách antikoncepce.

Zajímavé jsou výsledky výzkumu Manlova a kolektivu (2007), kteří představili několik vztahových faktorů, které ovlivňují postoj k užívání antikoncepce a důslednost při užívání. U adolescentů, kteří mají o 5 a více let staršího partnera, byla nalezena nižší tendence k použití jakékoli antikoncepční metody. Stejná tendence se projevily u osob, jejichž partner pocházel z jiné etnické skupiny nebo sociální skupiny. Důslednost rozhodně ovlivňuje i předchozí vztahové a sexuální zkušenosti, pravděpodobně bude dospívající v dalším vztahu stále konzistentní, nebo nekonzistentní při užívání, podle toho, jak důsledný byl ve vztahu minulém. Dalšími faktory jsou typ milostného vztahu, výlučnost sexuálních partnerů, úroveň intimity, věk zahájení pohlavního života a otevřenost vzájemné komunikace ve vztahu.

Při selhávání v užívání antikoncepce figurují i mnohé psychologické důvody, které mohou vysvětlit selhávání v užívání antikoncepce u žen, které nechtějí být těhotné. Příčinou může být popření možnosti otěhotnění, nebo popření účinnosti antikoncepce. Hovoří se také o odmítání antikoncepce z důvodu lásky. Myšleno je tím, že když „se stane“, porodí žena dítě jako důkaz lásky k partnerovi. Některé páry také ztotožňují partnerskou lásku s ochotou riskovat. Antikoncepce není v některých případech užívána také z náboženských důvodů. Dívky mohou také zažívat pocity studu a rozpaky při pomyslení na to, že se někdo z okolí dozví, že používají antikoncepci nebo se o antikoncepci stydí mluvit se svým sexuálním partnerem, což je samozřejmě kontraproduktivní. Pohlavní styk bez užití antikoncepce může sloužit i k manipulaci vztahu a ukázání své převahy, převzetí kontroly nad vztahem. Konkrétně u užívání hormonální antikoncepce můžeme najít obavu z nepříznivých účinků. Antikoncepce může být v neposlední řadě odmítána z důvodu konfliktu sexuální identity. Mnohé ženy se cítí jako více atraktivní, ženské a sexuálně žádoucí, když se cítí být plně plodné. Užívání antikoncepční metody, jež snižuje možnost otěhotnět, tak může mít vliv na pohlavní identitu, potažmo sebehodnocení, sebevědomí (Sanberg & Jacobs, 1971). Některé ženy užívající hormonální antikoncepci uvádí i vynechávání pilulky z důvodu zapomnětlivosti, nebo kvůli tomu, že jim došlo balení a neměly doma nové, nebo že byly mimo domov (Smith & Oakley, 2005).

3 TĚHOTENSTVÍ A MATEŘSTVÍ NEZLETLÝCH ŽEN

Celosvětově se odhaduje, že 15 % mladých žen porodí dítě před dosažením 18 let. Data z let 2015- 2020 ukazují, že procento se napříč jednotlivými kontinenty a regiony významně liší. Nejhorší situace je v subsaharské Africe, kde před svým 18. rokem života porodí 1 žena ze 4. I v ostatních částech Afriky jsou však čísla podobně vysoká. Naopak západní Evropa, východní Evropa, střední Asie a Severní Amerika mají jednu z nejnižších porodností, pohybující se kolem 8 – 21 porodů na 1000 dospívajících dívek (UNICEF, 2021).

Jak již bylo zmíněno, země východní Evropy a střední Asie nejsou postiženy tímto fenoménem v takové míře, nicméně i pro ně může být těhotenství adolescentních dívek velkou výzvou. Těhotenství dospívajících v tomto regionu neúměrně ovlivňují některé podskupiny populace: již vdané dospívající ženy, etnické menšiny včetně romské mládeže, dospívající z rodin s nižšími příjmy nebo z venkova, migranti nebo dospívající nenavštěvující školu. Ve východní Evropě je porodnost dospívajících výrazně vyšší u romské menšiny než u zbytku populace. Na příklad v Srbsku je porodnost dospívajících mezi romskou populací 158 (počet porodů na 1 000 žen ve věku 15-19 let), což je šestkrát více než je celostátní průměr a vyšší než počet v mnohých rozvojových zemích. V Bulharsku více než 50 % romských dospívajících dívek porodilo dítě před dovršením 18 let, v Albánii byl průměrný věk romských matek při narození prvního dítěte necelých 17 let (UNFPA, 2013).

V České republice se v roce 2019 narodilo náctiletým dívkám necelých 2 500 dětí, podrobněji viz nadcházející tabulka (ÚZIS, 2019). Nejčastěji mají dítě dívky z etnických menšin a skupin s nižší sociálně-ekonomickou úrovní (Staroňová & Adam, 2016).

Tab. 1: Počet živě a mrtvě narozených dětí v ČR (ÚZIS, 2019)

| Věk matky | Počet živě narozených dětí | Počet mrtvě narozených dětí | Celkem dětí |
|-----------|----------------------------|-----------------------------|-------------|
| Do 14 | 22 | - | 22 |
| 15 | 61 | 1 | 62 |
| 16 | 172 | 1 | 173 |
| 17 | 355 | 4 | 359 |
| 18 | 644 | 7 | 651 |
| 19 | 1029 | 7 | 1036 |

Z historického hlediska nejsou těhotenství náctiletých žádnou novinkou. Po většinu lidských dějin bylo naprosto běžné, že se dívky vdávaly během pozdního dospívání a první porod zažily během druhé dekády života. Tento druh reprodukčního chování byl společensky žádoucí a považován za normální. V současnosti je však prevence těhotenství mladistvých a mateřství mladistvých prioritou veřejného zdraví téměř ve všech vyspělých a stále více i v rozvojových zemích (Kirchengast, 2016). Na optimální věk těhotenství lze nahlížet z více stran. Těhotenstvím mladistvých se totiž zabývají nejen porodníci, psychologové, sociologové, ale také učitelé a vychovatelé (Staroňová & Adam, 2016), a každý z nich se zaměřuje na něco jiného. Jiný názor bude mít pravděpodobně i 12letá romská dívka či 50letý ekonom (Skasková, 2011). V této práci se však budeme držet znění Světové zdravotnické organizace, která za včasné pokládá porody před 19. rokem života (Staroňová & Adam, 2016).

Bonell (2004) objasňuje, z jakého důvodu začalo být v minulých desetiletích těhotenství mladistvých považováno výzkumníky z USA a Velké Británie dokonce za hlavní společenský problém. Studie ze Spojeného království často odůvodňovaly zkoumání těhotenství mladistvých pomocí obav ze zdravotních důsledků. Americké výzkumy častěji považovaly těhotenství náctiletých za problematické kvůli přidruženým sociálním výdajům. Několik studií z USA považovalo rodičovství dospívajících za zprostředkovatele chudoby mezi generacemi. Takové studie se často zaměřovaly na etnické menšiny. Většina výzkumů pak zvažovala jak ekonomické, tak i kulturní vlivy.

Těhotenství náctiletých je tedy dnes považováno za celosvětový problém, který vyvolává obavy všech, kteří se zajímají o zdraví a pohodu mladých žen a jejich dětí. Nese s sebou velké zdravotní a sociální problémy se specifickými zdravotními a psychosociálními důsledky pro dospívající i společnost obecně (Mezmur et al., 2020).

Těhotenství adolescentních (či dokonce mladších) dívek může mít různé méně či více závažné dopady. Nejdříve se však zaměříme na samotné příčiny, tedy se pokusíme pomocí teoretického backgroundu a výzkumů objasnit, proč k početí v nízkém věku dochází.

3.1 Příčiny těhotenství v adolescenci

Hledání příčin a následků těhotenství nezletilých dívek bylo tématem mnoha výzkumů i politických debat (Sedgh et al., 2014). Většina těhotenství náctiletých je nechtěná (Boonstra, 2002; Pinto, 1998).

Proto není překvapivé, že mezi nejčastější příčiny otěhotnění dívky v raném věku patří žádné, nebo neefektivní použití antikoncepce. Může jít o snahu vyrovnat se své vrstevnické skupině, naplnit emocionální potřeby nebo demonstrovat svou domnělou vyspělost. V případě plánovaného těhotenství, především v období pozdní adolescence, může být důvodem přání mít dítě a stát se matkou i touha po upevnění stávajícího partnerského vztahu. Dívka si může těhotenstvím a porozením dítěte též kompenzovat své dosavadní nezdary (Machová & Hamanová, 2002).

Mnoho studií snažících se rozklíčovat příčiny otěhotnění dospívajících dívek přichází s podobnými závěry. Je to především brzký začátek sexuálního života, nedostatečné socioekonomické zázemí, rané manželství a s tím spojené tradiční genderové role, tlak vrstevníků, nepoužívání antikoncepce, nevyhovující nebo žádná sexuální výchova ve škole, co vede k těhotenství dívek (Ogori et al., 2013). Postupně tyto aspekty více rozpracujeme.

Některé studie naznačují, že těhotenství v adolescenci ohrožuje vyhlídky žen na kvalitní vzdělání a perspektivní ekonomickou situaci (Macleod, 2002). Jiné studie (Coyne & D'Onofrio, 2012) ovšem říkají, že těhotenství náctiletých je spíše důsledkem výše zmíněných věcí než příčinou. Panuje však shoda, že těhotenství mladistvých je spojeno se špatnými sociálními a ekonomickými podmínkami (Sedgh et al., 2014).

Z výzkumu Robsona a Berthouda (2003) zkoumajícího různé aspekty početí a těhotenství žen ve Velké Británii není možné analyzovat, zda nízké dosažené vzdělání vedlo k brzkému mateřství nebo zda brzké mateřství vedlo k nízkému dosaženému vzdělání.

Bez ohledu na příčinný směr však existuje určitý vzorec, že ženy, které mají dítě brzy, obvykle nemají titul. Zároveň, čím dříve žena otěhotněla, tím spíše byla bez vzdělání. Více než polovina žen, jejichž první porod byl v 15 letech, byla ve 28 letech stále bez odborné kvalifikace.

Když přemýšlíme, co a kdo má na dívky vliv, není možné opomenout rodinu. Silné stránky rodiny (jako blízkost rodiny, podpora, loajalita, ochrana, láska, schopnost reagovat na zdravotní potřeby) v dětství silně chrání před těhotenstvím dospívajících, předčasným zahájením sexuální aktivity a dlouhodobými psychosociálními důsledky (Hillis, 2010). Samotná zkušenost s vyrůstáním mimo rodinu může vést k rizikovému chování, čímž je časně sexuální chování nebo experimentování s alkoholem a drogami (Barn & Mantovani, 2006).

Miller (2001) sumarizoval výzkumy o vlivu rodiny a zejména rodičů na riziko otěhotnění během dospívání z přechozích dvou desetiletí. Výsledky výzkumu jsou nejvíce konzistentní v tom, že blízkost rodičů a dětí, rodičovský dohled nebo regulace aktivit dětí, hodnoty rodičů zahrnující odmítání pohlavního styku u mladistvých obecně, nebo odmítání nechráněného styku, snižuje riziko těhotenství dospívajících a působí jako protektivní faktory před brzkým otěhotněním. Významnými činiteli, které jsou naopak rizikové, mohou být bydlení v nebezpečných oblastech, sociálně slabá rodina, žít pouze s jedním rodičem, starší sexuálně aktivní sourozenec, těhotná dospívající sestra, být obětí sexuálního zneužívání.

O důležitosti rodinného zázemí i zkušeností z dětství nás mohou přesvědčit i výsledky retrospektivní studie Tamkinse z roku 2004. Zkoumaný soubor čítal přes 9000 sexuálně aktivních žen ve věku 18 let a starších, které byly zapsány do Kaiser Permanente Medical Care Programu v San Diegu a podstoupily rutinní zdravotní prohlídku v letech 1995 až 1997. Účastnicím byly zaslány dotazníky, které hodnotily jejich historii těhotenství a vystavení zneužívání, násilí a rodinným rozbrojům během dětství. Dotazník se dotazoval na osm typů zkušeností: verbální, fyzické a sexuální zneužívání, domácí násilí v domácnosti, zneužívání návykových látek dospělými členy domácnosti, duševní onemocnění nebo uvěznění členů domácnosti a rozvod rodičů. Hlavním sdělením studie je, že rodinná dysfunkce má trvalé a nepříznivé zdravotní důsledky pro ženy v období dospívání. Odhaduje se, že jedné třetině těhotenství náctiletých by bylo možné předejít odstraněním výše zmíněných expozičních faktorů. V případě, že rodinné prostředí nezahrnuje nepříznivé zážitky z dětství,

nezdá se, že by otěhotnění v pubertě zvýšilo pravděpodobnost dlouhodobých negativních psychosociálních důsledků pro dívku.

Souvislost s nižším věkem mateřství má dle prospektivní průřezové kohortové studie Quinlivana a kolegů z roku 2004 odloučení nebo rozvod rodičů v raném dětství, vystavení rodinnému násilí v raném dětství, užívání nelegálních drog (kdykoli nebo v těhotenství, idealizace těhotenství), nízký rodinný příjem; pozitivní korelace dotazníku Hospital Anxiety and Depression Scale (konkrétně subškály HADS-A nebo HADS-D) a nízká úroveň vzdělání.

Madigan a kolegové (2014) provedli rozsáhlou metaanalýzu, ve které se zabývali zneužíváním jako údajným faktorem pro časně těhotenství. Srovnávány byly studie, jež zahrnovaly ženy, které otěhotněly před 20. rokem svého života, srovnávací skupinu stejně starých netěhotných žen, ženy měly (během dětství nebo dospívání) zkušenost se zneužíváním. Sexuální a fyzické zneužívání bylo spojeno se zvýšeným rizikem těhotenství dospívajících, zatímco emoční zneužívání a zanedbávání nebylo. To, že sexuální zneužívání během dětství významně zvyšuje pravděpodobnost otěhotnění ženy během adolescence, uvádí i rozsáhlá americká metaanalýza Nolla a kolegů (2008). Jejich doplňková analýza naznačila, že 4,5 z 10 těhotných dospívajících mají sexuální zneužívání v anamnéze.

Wall-Wieller et al. (2016) potvrzuje, že pravděpodobnost, zda dívka během dospívání otěhotní, ovlivňuje to, zda i její matka nebo starší sestra počala v nízkém věku. Ačkoli jsou všechny vlivy signifikantní, ukazuje se, že silněji působí těhotenství sestry.

Neexistuje žádný důkaz, který by naznačoval, že by se předpověď opakovaného těhotenství lišila od předpovědi prvního těhotenství. Ohromujícím dojmem působí silná asociace těhotenství náctiletých se sociálním znevýhodněním (Rowlands, 2010).

Jedna z příčin, proč k nechtěnému těhotenství dívek může dojít, je i neužití, nebo selhání antikoncepční metody. Dle Faita (2012) je znalost a dostupnost antikoncepčních metod ukazatelem vyspělosti státu. Užívání je pak však již na konkrétním jedinci a jeho životním stylu. Jak bude více řečeno v podkapitole zabývající se prevencí, žádná metoda není stoprocentní, proto těhotenství během adolescence nemusí být dáno pouhou nezodpovědností (Koliba et al., 2019; Uzel & Kovář, 2010).

Důležitým faktorem při zkoumání příčin a okolností otěhotnění je i věk a s tím spojený vývojový stupeň dívky. Dívka mezi 14. a 15. rokem často jedná impulzivně, je náročné u ní docílit systematického užívání antikoncepce. Mezi 15. a 17. rokem nabývá

důležitosti psychosociální motivace, snaha vyrovnat se vrstevníkům zahájením sexuálního života nebo jakási demonstrace dospělosti. V pozdní adolescenci již může jít o těhotenství plánovaná, je zde větší touha po založení vlastní rodiny či po utužení partnerského vztahu. Jak bude více rozpracováno v kapitole o dospívání, příčiny těhotenství v 15 letech mohou být naprosto rozdílné než v 17 letech už z důvodu jiného vývojového stupně dívky (Kabíček et al., 2014; Vágnerová, 2005).

Na závěr uvádíme sumarizaci od UNFPA (2013). Základní příčiny vedoucí k otěhotnění nezletilých ve světě obecně jsou dětská manželství, chudoba, sexuální násilí a nátlak, národní politika omezující přístup k antikoncepci a sexuální výchově, nedostatečný přístup ke vzdělání a zdravotnickým službám, nedostatečné investice do lidského kapitálu dospívajících dívek, nerovnost pohlaví, porušování lidských práv. Zdá se však, že v mnohých zemích se zvýšenou mírou těhotenství náctiletých dívek můžeme pozorovat kombinaci těchto příčin, vliv politiky, kultury i socioekonomických faktorů.

V následující části se zaměříme na důsledky těhotenství a mateřství náctiletých dívek. Podíváme se na to, jaký má tento fenomén vliv na zdraví matky i dítěte, jak ovlivňuje psychiku, i jaké jsou sociální následky.

3.2 Důsledky těhotenství v adolescenci

Těhotenství mladistvých jsou častěji zatížena zdravotními komplikacemi, hlavními riziky jsou vyšší novorozenecká, ale i mateřská mortalita a morbidita (Staroňová & Adam, 2016). Především těhotenství dívek do 15 let se pojí s určitými specifiky a riziky vycházejícími právě z nízkého věku. Organismus dívky ještě není plně vyvinutý a vyzrálý a z tohoto důvodu by měla dívka přijímat o to lepší výživu bohatou o vitamíny a minerály. Bohužel, dívky mají často nevhodné stravovací návyky, ze kterých nemohou nebo nechtějí vystoupit. Další špatné návyky, jež lze u těhotných dívek pozorovat, a které škodí jak dívce, tak i plodu, je kouření, požívání alkoholu či užívání drog (Hudson & Ineichen, 1991).

Těhotenství během dospívání je obecně spojováno s nepříznivými porodními výsledky, včetně předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti. Jak již bylo zmíněno, dostupnost živin pro plod může být omezena, pokud žena stále roste a není plně vyvinuta. Došlo se tedy k závěru, že nízký věk matek (≤ 18 let) zvyšuje riziko předčasného porodu, nikoli však retardace intrauterinního růstu, u prvního, ale již ne druhého živě narozeného dítěte (Stewart et al., 2007). Klein (2005) uvádí, že nejvyšší výskyt zdravotních komplikací

mají ženy mladší 17 let. Nízký věk matek je spojen se zvýšeným rizikem mateřské anémie, infekcí, eklampsie a preeklampsie, nouzovým porodem císařským řezem, poporodními depresemi a neadekvátním zahájením kojení (Jeha et al., 2015).

Z výzkumu Guimarãese et al. (2013) zahrnujícího přes 4700 matek a jejich dětí, z čehož 20 % bylo matek pod 20 let, vyplývá, že dospívající matky měly horší socioekonomické a reprodukční podmínky a perinatální výsledky ve srovnání s jinými věkovými skupinami. Zajímavé je, že adolescence byla dle tohoto výzkumu rizikovým faktorem pro nízkou porodní hmotnost pouze u matek bez partnera. Kouření během těhotenství a nedostatek prenatální péče byly považovány za nezávislé rizikové faktory pro nízkou porodní hmotnost.

Jak již bylo zmíněno, věk rodičky pod 20 let je dáván do souvislosti s větší pravděpodobností předčasného porodu (Kristensen et al., 1995). Důvodem je, že žena ještě nemá plně dokončený tělesný vývoj, může mít hypoplastickou dělohu. Žena v tomto věku má obvykle horší socioekonomické podmínky, těhotenství bývá neplánované. S tím vším pak souvisí větší míra stresu spojená s graviditou (Hájek, 2004).

Méně se píše o pozdějším vlivu mateřství dospívajících na zdraví matky. Retrospektivní průzkum mezi téměř 12 000 ženami ve věku 50+ ze 13 evropských zemí ukazuje, že dospívající matky prožívají v pozdním věku podstatně horší sebehodnocení zdraví a častěji vykazují depresivní symptomy oproti matkám zletilým (Angelini & Mierau, 2018).

Jutte a kolegové (2010) se zaměřili na zkoumání zdravotních, vzdělávacích a sociálních rizik pro děti, které se narodily náctileté matce. Tato rizika zvažovali na individuální i společenské úrovni. Výzkum proběhl v Kanadě na souboru čítajícím přes 30 tisíc dětí narozených mezi lety 1979 – 1984. Úmrtí dětí narozených náctiletým matkám bylo dvakrát vyšší než u dětí ostatních. Vyšší bylo riziko pro hospitalizaci i akademické selhání (30 % neúspěšných absolvování střední školy). Více než polovina (56 %) dospívajících dívek taktéž otěhotněla, 51 % skončilo v pěstounské péči, 44 % v mladé dospělosti na sociální podpoře.

To, že děti narozené dospívajícím mají vyšší pravděpodobnost horšího vzdělání, chování a zdraví než děti narozené starším rodičům, potvrzuje i Papri a kolegové (2016). Být dcerou dospívající matky je pak také rizikovým faktorem, pokud jde o možnost předčasného nechráněného pohlavního styku a otěhotnění (Margherita, 2017).

Jaké má otěhotnění během dospívání vliv na psychiku, není jednoznačné (Corcoran, 2016). Bývá spojováno s depresemi, zneužíváním návykových látek i posttraumatickou stresovou poruchou (Hodgkinson et al., 2013). Dle Estrina a kolegů (2019) jsou těhotné ženy mezi 16 a 24 lety vystaveny velmi vysokému riziku rozvoje duševních poruch (konkrétně deprese, úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy a posttraumatické stresové poruchy) a to v porovnání s těhotnými ženami nad 25 let. Toto zjištění je dáváno do souvislosti s nízkou sociální podporou, vyšší mírou celoživotního zneužívání a nezaměstnanosti u mladších žen.

Duševní zdraví může být jak předchůdcem a faktorem přispívajícím k otěhotnění během dospívání, tak i jeho následkem, či souběžným faktorem, kdy samotné těhotenství může například přispět k rozvoji deprese. Těhotná dívka či dospívající matka čelí současně výzvě související s její novou rolí, ale zároveň prochází vývojovými úkoly adolescence (Tebb & Brindis, 2022), což samo o sobě pravděpodobně nepřispívá psychické stabilitě.

Kanadský výzkum Xaveira a kolegů (2017) porovnával duševní zdraví u různých starých domorodých matek. Respondentkami byly ženy ve věku 25 až 49 let, které porodily alespoň jedno dítě. Dospívajících matek bylo 1330 (věk při prvním porodu 13 až 19 let) a byly srovnávány s 2630 dospělými matkami (věk při prvním porodu 20 let nebo více). Těhotenství náctiletých nebylo spojeno se zvýšeným rizikem vysokého psychického stresu nebo zvýšené konzumace alkoholu. Mezi matkami bylo těhotenství dospívajících při předpovídání dlouhodobého duševního zdraví méně důležité než širší sociální a zdravotní okolnosti.

Mollborn a Morningstar publikovali v roce 2009 longitudiální studii, ve které došli ke zjištění, že dospívající matky mají vyšší míru úzkosti než jejich bezdětné vrstevnice a dospělé matky. Nicméně nebylo prokázáno, že vyšší úzkost způsobila zkušenost s těhotenstvím a porodem. Úroveň úzkosti dospívajících matek byla vyšší již před otěhotněním a vyšší zůstala až do střední dospělosti. Manželství mladých matek bývají méně stabilní než těch žen, které mají děti později. Také se zdá, že tyto páry mají více dětí, než chtěly a plánovaly (Card & Wise, 1978). Trad (1995) navrhnul hodnotící a intervenční model pro dospívající matky, který hodnotí vliv fyzického, kognitivního, afektivního a interpersonálního vývoje na oblasti zahrnující psychopatologie a rizikové chování. Zdá se, že začínající dovednost adolescenta v jedné z vývojových složek (např. kognitivní) má synergický účinek na jiné oblasti fungování (např. na afektivní složku). Tato synergie

zvyšuje pravděpodobnost psychické dysfunkce, a tato psychická dysfunkce zase ovlivňuje vznikající vztah mezi dospívající matkou a jejím dítětem.

Mladé matky se hlavně v případě neplánovaného těhotenství mohou potýkat s velmi rozporuplnými pocity. Obavy a strach začínají už v momentě zjištění těhotenství, strach mohou mít ze sdělování informace rodičům. Objevují se pocity méněcennosti, strach z ostudy i problémy ve vztahu s otcem dítěte (Leifer, 2004).

Potýkají se nejen s problémy týkajícími se samotného těhotenství a časného rodičovství, ale mohou být také konfrontovány s negativními postoji společnosti (Weed & Nicholson, 2014). Postoje společnosti k těhotenství a mateřství mladistvých jsou opravdu v mnoha zemích negativní, na což upozorňuje například SmithBattle (2013). O dospívajících matkách se dle něho mluví jako o nemotivovaných, nezodpovědných a neschopných. Méně se však mluví o tom, nakolik tyto stereotypy a toto stigma na samotné matky působí. Dospívající matky byly dle výzkumu Weeda a Nicholsona (2014) provedeném mezi 255 univerzitními studenty obecně vnímány pozitivněji než těhotné dospívající ženy, které byly vnímány pozitivněji ve srovnání s mladistvými otci. Sociální hodnocení obecně nesouviselo s pohlavím nebo rasou respondentů, ale respondenti, kteří měli mezi přáteli či rodinou časná rodičovství, měli pozitivnější postoje. Tyto negativní postoje však nemusí sdílet všechny etnické skupiny, které v dané zemi žijí. Obvykle se jedná o část společnosti žijící v chudobě (Rowlands, 2010).

Jako důsledek otěhotnění během dospívání můžeme brát i to, že ženy zůstávají často samy, svobodné, nebo úplně bez partnera. Partner o jejich těhotenství někdy neví, někdy je po zjištění opouští. Pokud dívka nenajde podporu u rodičů či jiných blízkých, zůstává sama, bez podpory (Leifer, 2004). Dle již zmiňovaného výzkumu Robsona a Berthouda (2003) jsou ženy, kterým se narodilo dítě během dospívání, častěji bez partnera, než ženy, které mateřství odkládají. Konkrétně 62 % žen, kterým se narodilo dítě v 17 letech, bylo v době, kdy jejich dítě bylo v mateřské škole, single. Svobodných žen, majících dítě v 27, bylo pouhých 9 %. Analýza dále ukázala, že každý rok odkladu mateřství do 27 let věku ženy zvyšuje pravděpodobnost, že žena pochází z pracující rodiny. Každý takový rok měl statisticky silný účinek.

Nelze opomenout ani ekonomické důsledky. Osamocené matky jsou častěji nezaměstnané, nemají přiměřené bydlení. Mohou být ohroženy chudobou i sociálním vyloučením (Matoušek et al., 2005/2010). Množství literatury poukazuje na negativní

korelaci mezi těhotenstvím během dospívání a příjmy těchto matek. Card a Wise (1978) uvádí, že čím mladší je žena při narození dítěte, tím spíše má jen velmi limitované vzdělání. Brzké početí dítěte se zdá být přímou příčinou zkrácení školní docházky, nezávisle na jiných vlivech. Zřejmě kvůli jejich (relativně) malému vzdělání, dospívající rodiče obvykle zastávají málo prestižní zaměstnání. Pro dospívající matky to znamená také nižší příjem a větší pracovní nespokojenost. Nicméně stále více vědců pokračuje ve vyslovování nesouhlasu s tímto prostým kauzálním účinkem (Lee, 2010).

3.3 Prevence nechtěného těhotenství

Jak těhotenství nezletilých předcházet? A pokud k němu dojde, jak nejlépe pomoci dívce a následně jejímu dítěti?

Nabízí se, že důležitým bodem, který zmírní počet těhotenství mezi nezletilými, bude v tomto ohledu prevence. Aby byla prevence úspěšná, je ale nutné znát příčiny a důsledky daného jevu a zvolit správné metody a postupy (Fisher & Škoda, 2009/2014).

Cílem primární prevence je snížení výskytu daného jevu v populaci. V případě nezletilého těhotenství se zaměřuje především na včasnou a dostatečnou informovanost o sexuálním chování. V ideálním případě by měla probíhat doma i ve škole v rámci sexuální výchovy a výchovy k plánovanému rodičovství (Fisher & Škoda, 2009/2014; Hamanová & Hellerová, 2000).

Doma se prevence v oblasti sexuality a reprodukčního zdraví formuje ve třech rovinách. Rovina citového vztahu zahrnuje budování důvěry a citového vztahu mezi dítětem a rodičem. Dítě je přijímáno, je o něho pečováno, učí se, jak mít někoho rád. To je základem pro jeho budoucí vztahy, ať už přátelské, tak i milenecké, manželské, rodičovské. Další rovinou je přirozené pozorování rodičů, sledování jejich chování. Dítě si pomocí vzorů utváří postoje a formuje své vlastní jednání. Nakonec je to i rovina přijímání informací, vědomostí a znalostí. Ta by měla být rozvíjena také ve škole (Matějček, 1996/2013).

Prevence je ve škole realizována především pomocí sexuální výchovy. Sexuální výchova je dle rámcového vzdělávacího programu součástí výchovy ke zdraví. S ohledem na vývojový stupeň dítěte či mladistvého by měla výuka cílit na to, *„aby si žáci osvojili a kultivovali odpovědné chování, rozhodování a komunikaci v situacích souvisejících s reprodukčním zdravím, partnerskými vztahy, rodinným životem a rodičovstvím, a aby jejich vstup do dospělosti byl provázen odpovědným přístupem ke zdraví a založení rodiny“*.

V roce 1995 schválila Mezinárodní federace plánovaného rodičovství (International Planned Parenthood Federation - IPPF) dokument s názvem Charta sexuálních a reprodukčních práv. Tento dokument je etickým rámcem pro práva na sexuální a reprodukční zdraví. V našem kontextu tvoří rámec právě pro sexuální výchovu na všech stupních vzdělávání (Kubrichtová, 2005). Sexuální výchova by měla být pojata komplexně a se všemi biologickými, psychologickými i sociálními souvislostmi. Úzce je také propojena s etickou výchovou. Zohledňována by mimo jiné měla být regionální specifika, etnická, národnostní a náboženská specifika, nárůst různých forem rizikového chování žáků, specifika dané školy nebo třídy zahrnující klima či dynamiku ve třídě (MŠMT, 2010). Dle IPPF by sexuální výchova měla připravovat na sexuální život, zaměřovat se na mezilidské i rodinné vztahy. Důležitými tématy by pak měla být antikoncepce a prevence sexuálně přenosných nemocí (Uzel, 2006), poučení o bezpečném pohlavním styku za použití vhodné antikoncepce jako hlavní téma, zdůrazňuje i Machová a kolegové (2015).

Antikoncepce je „*souborný termín pro metody, používané k reverzibilní zábraně početí*“ (Weiss, 2010, str. 290). Rozlišujeme přirozené metody, u kterých není potřeba speciálních pomůcek či farmak, mužské a ženské bariérové metody, mechanické a chemické, nitroděložní, gestagenní a kombinovanou hormonální antikoncepci. Možností je samozřejmě i sterilizace, která je však ireverzibilní. Existuje též tzv. intercepce, známější jako postkoitální nebo morning-after antikoncepce (Weiss et al. 2010).

Žádná metoda kromě sexuální abstinence není stoprocentně účinná. K posouzení spolehlivosti se tradičně užívá tzv. Spearlův index. Vyjadřuje, kolik žen za rok otěhotnělo přes užívání dané metody. Často je uváděn Spearlův index u ideální uživatelky a u běžné uživatelky. Výčet antikoncepčních metod spolu se Spearlovým indexem můžeme vidět níže (Weiss et al. 2010).

Tab. 2: Přehled antikoncepčních metod (Vlček & Vytřískalová, 2014)

| metoda | ideální uživatel | běžný uživatel |
|---------------------------------------|------------------|----------------|
| bez ochrany – mladiství | 85 | 85 |
| – 40 let | 40–50 | 40–50 |
| – 45 let | 10–20 | 10–20 |
| – 50 let | 0–5 | 0–5 |
| coitus interruptus | 4 | 18 |
| kondom | 2 | 12 |
| vazektomie | 0,1 | 0,15 |
| vědomí plodnosti | 1,7–4,4 | 9–10 |
| kalendářová metoda | 9 | 20–40 |
| hlenová metoda | 3 | 0–12 |
| postovulační abstinence | 1 | – |
| diafragma | 6 | 18–20 |
| cervikální klobouček | 6 | 18 |
| femidom | 5 | 21 |
| spermicid | 3–6 | 21–26 |
| diafragma + spermicid | – | 3 |
| nitroděložní tělísko (IUD) | 0,8 | 1,2 |
| kombinovaná orální antikoncepce (COC) | 0,1 | 3 |
| transdermální systém | 0,72 | 0,9 |
| vaginální kroužek | – | 0,4–1,7 |
| progestinová pilulka | 0,5 | 3 |

Z výzkumu Gregorové a kolegů z roku 2010 zkoumajících antikoncepční chování českých žen vyplynulo, že ženy vykazují zodpovědné chování při heterosexuálním pohlavním styku. Nicméně sexuální chování během dospívání má svá specifika. Ta byla podrobněji rozebrána v kapitole věnující se adolescenci.

Sekundární prevence je určena přímo rizikovým jedincům nebo skupinám. Důležité je zachycení už vzniklých problémů, stejně tak jejich eliminace už v počátečním stádiu prostřednictvím vhodných opatření. Včasnou prevencí se může zajistit příznivá prognóza jevu (Schavel et al., 2010). Sekundární prevence v našem případě může spočívat ve vyhledávání jedinců (dívek) s problémovým chováním, kam spadá i nezralá sexualita. Hlavním obsahem by měla být komplexní edukace o sexuálním chování, především však o používání antikoncepčních metod (Chrenková, 2010, in Trávníčková, 2012).

Terciální prevence má předcházet zhoršování stavu už vzniklých problémů nebo poruch a také má zabránit jejich recidivě. Realizuje se obvykle pomocí léčebné činnosti, výchovného či terapeutického působení. Cílem je především resocializace a integrace člověka do společnosti. Tento druh prevence nastupuje, když předchozí selhávají. Respektive potom, co již problém existuje (Schavel et al., 2010). Je to tedy v případě, když je již nezletilá dívka těhotná, má dítě, a tato situace je pro ni ohrožující, nezvládá ji. V rámci terciální prevence by měla být poskytnuta těmto dívkám pomoc sociální i psychologická. Důležitým může být odstranění pocitů sociální izolace, pomoc s péčí o dítě, zajištění bydlení a podobně. Pomoci můžou krizové linky nebo instituce, například azylové domy, výchovné ústavy, diagnostické ústavy nebo dětské domovy (Chrenková, 2010, in Trávníčková, 2012).

Napříč evropskými státy je prevence prováděna pomocí programů, které jsou složeny z předávání informací, diskuzí, hraní skupinových her. Důraz je kladen především na riziko přenosu pohlavně přenosných nemocí a užívání kondomů. Oblíbené bývá i zapojení peer konzultantů (Tolli, 2012). Ve Spojených státech můžeme pozorovat dlouhodobé snahy řešení problému „těhotenství adolescentů“. Během posledních desetiletí vznikla široká škála preventivních programů. K poklesu těhotenství u náctiletých dívek došlo napříč všemi sociodemografickými skupinami, rasové, geografické a socioekonomické rozdíly přetrvávají. Mnoho skupin však stále není dostatečně informováno v oblasti reprodukčního zdraví. Nemělo by jít pouze o zredukování počtu těhotenství, ale i o podporu zdravého vývoje dospívajících obecně (Brindis, 2020).

Výše jsme se zabývali tím, jak těhotenství předcházet. Je ale jasné, že i kdyby byla prevence sebelepší, dívka může stejně otěhotnět. V následující části tedy popíšeme, jaká jsou možná řešení a přístupy, jak se k těhotenství, případně následnému mateřství, postavit.

3.4 Možná řešení těhotenství

V případě, že nezletilá dívka otěhotní, mělo by dojít ke zvážení zdravotních, sociálních i psychických aspektů a okolností. Pod zdravotním hlediskem si můžeme představit například otázky zvládnutí možných komplikací během těhotenství a porodu vzhledem k věku. Sociálními aspekty je potom myšleno mimo jiné nalezení vhodného bydlení nebo vybudování podpůrné sociální sítě. Psychologické hledisko zahrnuje především zvládnutí nové role – role matky (Kuzníková et al., 2011). Situace dívky by měla být řešena orgánem sociálně-právní ochrany dětí (dále jen OSPOD). Jeho působení je vymezeno zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Tato zařízení mohou být dle zákona zřizována pověřenými osobami, což bývají obvykle neziskové organizace, dále obce a kraje (Prokeš, nedat.).

Otázka, která také vyvstává, je, zda dívka dítě porodí, nebo se rozhodne pro umělé přerušování těhotenství. To vymezuje zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství. Mezi jednotlivé podmínky patří:

„Ženě se uměle přerušuje těhotenství, jestliže o to písemně požádá, nepřesahuje-li těhotenství dvanáct týdnů a nebrání-li tomu její zdravotní důvody.“

„ Ženě lze uměle přerušit těhotenství ze zdravotních důvodů s jejím souhlasem nebo z jejího podnětu, jestliže je ohrožen její život nebo zdraví nebo zdravý vývoj plodu nebo jestliže jde o geneticky vadný vývoj plodu. “

„ Ženě, která nedovršila šestnácti let, lze uměle přerušit těhotenství se souhlasem zákonného zástupce, popřípadě toho, jemuž byla svěřena do výchovy. Jestliže bylo uměle přerušeno těhotenství ženě ve věku od šestnácti do osmnácti let, vyzoomí o tom zdravotnické zařízení jejího zákonného zástupce (zákon č. 66/1986 Sb.). “

V roce 2020 byl počet uměle ukončených těhotenství (miniinterupce a interupce po 8. týdnu těhotenství) u žen ve věku 15 – 19 let 981, z toho 51 bylo ze zdravotních důvodů. Počet uměle ukončených těhotenství u 13 a 14letých byl 26, dokonce u 15 z nich šlo o ukončení ze zdravotních důvodů (ÚZIS ČR, 2022). Nejhorší situace je v této věkové kategorii v kraji Ústeckém (10,48 na 1000 žen příslušného věku), přičemž celorepublikový průměr je 5,36. Podobná situace je pak v kraji Karlovarském (9,83). Naopak nejméně uměle přerušovaných těhotenství je v kraji Zlínském (3,03), Pardubickém (3,70) a v Praze (3,54).

Když se nezletilé dívce narodí dítě, nemusí nám být zcela jasné, kdo za něho vlastně nese rodičovskou odpovědnost. *„Rodičovská odpovědnost zahrnuje povinnosti a práva rodičů, která spočívají v péči o dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, v ochraně dítěte, v jeho zastupování a spravování jeho jmění; vzniká narozením dítěte a zaniká, jakmile dítě nabude plné svéprávnosti. Trvání a rozsah rodičovské odpovědnosti může změnit jen soud”* (zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník). Rodičovská odpovědnost však nezahrnuje například vyživovací povinnost či právo dát souhlas s osvojením dítěte. Právně určený rodič se stává vykonavatelem rodičovské odpovědnosti bez ohledu na plnou nebo omezenou svéprávnost. V případě omezení svéprávnosti však o ní rozhoduje soud. U matky vzniká narozením dítěte, u otce určením otcovství a zaniká plnou svéprávností rodiče (Hrušáková, 2015; Schön, 2014; Rozsudek Nejvyššího soudu ČR, 2011; in Bednářová, 2016).

Při nezletilosti jednoho z rodičů má odpovědnost právě tento z rodičů. Nezletilý nespolečný rodič není zákonným zástupcem dítěte. Pokud oba nezletilí rodiče nenabýlí plné svéprávnosti uzavřením manželství (což je možno od 16 let) nebo přiznáním svéprávnosti, tuto roli nahrazuje poručník (Bednářová, 2016; Novotná, 2015). Poručník nemá vůči dítěti vyživovací povinnost, může se jím stát například odbor sociálně-právní ochrany dětí (zákon č. 89/2012 Sb.).

V České republice neexistuje samostatné zařízení, které by se věnovalo přímo nezletilým těhotným ženám. Určitá pomoc může být poskytnuta ústavními zařízeními, jež se věnují dětem v náročné situaci, jako je například ztráta rodiny nebo nemožnost vyrůstat v rodinném prostředí. Jedná se buď o zařízení školská, nebo zdravotnická. Nezletilé dívky pak můžeme také potkat v nemocnicích, u praktického lékaře či gynekologa (Kuzníková et al., 2011). Pomoc nabízí také zařízení sociálně-právní ochrany. Péče o těhotnou nezletilou dívku by měla být zvýšená. Přesto však prenatální péči využívají dívky méně než starší ženy. To, že jsou těhotné, mnohdy zjistí až v pozdějším stádiu. Gynekologa navštěvují zřídka. Důvodem může být stud z vyšetření, obavy z potvrzení toho, že jsou těhotné, a následná nutnost sdělit tuto skutečnost okolí (Hudson & Ineichen, 1991).

Mezi zařízení sociálně-právní ochrany dle zákona č. 363/2021 Sb., které mohou využít i nezletilé matky, patří zařízení odborného poradenství pro péči o děti a zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Zařízení odborného poradenství pro péči o děti poskytují, jak již z názvu vyplývá, poradenství týkající se péče a výchovy dětí. Pomůžou též v otázkách dalších rodinných a sociálních problémů. Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc pomáhají dětem, které jsou bez péče, jsou v nebezpečí ohrožení života, je vážně ohrožen jejich vývoj nebo jsou porušována jejich základní práva. Zajišťují dítěti ubytování, ošacení, stravu, zdravotní, psychologickou a výchovnou péči. Dále zajišťují vzdělávací činnosti. Doba, po jakou zde může dítě pobývat, je 3, 6, respektive výjimečně až 12 měsíců. Úkony prováděné zařízením jsou v souladu s individuálním plánem dítěte, který nastavuje OSPOD (Formanová, 2014).

Školská ústavní zařízení jsou ukotvena zákonem č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. Ten mimo jiné uvádí povinnost péče o nezletilé těhotné dívky, potažmo matky a jejich děti. Ne všechna zařízení jsou však na tuto péči vhodná a připravená.

Některé kojenecké ústavy, dětské domovy pro děti do 3 let a dětská centra nabízí tzv. utajené neboli diskrétní porody a možnost pobytu matek s dětmi. Žena je přijata do zařízení, kde je až do porodu. Zařízení je v kontaktu s porodnicí, poskytuje také zdravotní, psychologickou a sociální péči. Dívka se do takového zařízení dostane na základě vlastní žádosti, žádosti zákonného zástupce nebo OSPODu, nebo v rámci předběžného opatření či nařízené ústavní výchovy. V zařízení je dívka do zletilosti, nebo déle, další pobyt je již však

hrozen. Pokud dívka nemá o dítě zájem, přechází dítě do náhradní rodinné péče (Kuzníková et al., 2011; Chrenková, 2010).

3.5 Přechod k mateřství

Přechod k rodičovství je zlomový okamžik v životním cyklu člověka, patrně je to i zlom nejvýznamnější. Přechod k rodičovství má čtyři specifické vlastnosti. Jednak podléhá silnému kulturnímu tlaku, jenž má vliv především na ženy. K tomuto přechodu také může dojít i mimovolně, což znamená, že dítě může být počato neplánovaně. Na rozdíl od ostatních změn a přechodů je tento přechod nerevokovatelný, dítě se zkrátka nedá vrátit nebo vyměnit. Jak již jsme zmínili, je to přechod zlomový. Žena se sice na dítě připravuje fyziologicky během období těhotenství, nicméně ne sociálně (Možný, 2008/2006).

Vstup do mateřství je bezpochyby důležitým mezníkem v životě ženy, který ovlivňuje ženinu identitu. V posledních desetiletích dochází k jiným očekáváním od role ženy, než tomu bylo v minulosti. Role ženy není spojována nutně a pouze s mateřstvím a péčí o domácnost. Genderové stereotypy jsou oslabovány, nicméně vliv mateřství na ženu oslabován není (Kroger, 2007). Žena pravděpodobně na čas ztrácí sebe samotnou a transformuje svou identitu tak, aby do ní šel zahrnout i nový specifický vztah s dítětem. Každá žena však balancuje osobní svobodu a splnutí se svým dítětem jinak a v jiné míře (Laney et al., 2015).

Podle Bartlové (2007) je pro ženy mateřství složitě vnímaným a komplexně pojímaným obdobím. Je to období zásadní, spojené s mnohými pozitivními i negativními prožitky. Obvykle se dostavuje pocit dospělosti, žena si také ujasňuje svou pozici ve společnosti. Mateřství bývá též spojováno s ženskostí. Dle výzkumu Aliho a kolegů (2013) má mateřství moc nalézt smysluplnost v životě ženy-matky a vede též k zvýšení statusu v dané komunitě. Sílu spojenou s mateřstvím může žena uplatnit při motivaci k životní změně, touto změnou může být přestat zneužívat návykové látky nebo vymanit se z domácího násilí.

Napětí mezi ztrátou sebe sama a expanzí sebe sama je přítomno i v literatuře o marginalizovaných matkách, tedy těch, které jsou z nejrůznějších důvodů na okraji společnosti, jsou diskriminované či osamělé. Zdá se však, že v populaci mladých, chudých matek může být mateřství prožíváno téměř výhradně jako zvýšená příležitost k expanzi sebe sama. Mateřství v tomto případě vede k pocitu zodpovědnosti, ženy pocítují větší respekt,

úctu k sobě. Jinými slovy, u těchto žen sledujeme menší napětí mezi ztrátou sebe sama a rozšířením identity, než u žen z většinové společnosti (Coleman, 2006; Shanok & Miller, 2007).

Coleman (2006) provedl kvalitativní studii na souboru 41 britských žen, které uvedly, že jejich těhotenství bylo plánované. Z analýzy dat vyplynulo, že mladé ženy považovaly mateřství za šanci získat novou identitu a změnit směr v životě.

Podle výzkumu Rzechowske a Dacke (2015) založeném na výpovědi 166 náctiletých matek je mateřství událost výrazně urychlující vývoj. Dívky díky této zkušenosti objevují bezpodmínečnou lásku, stávají se zodpovědnějšími, nezávislejšími a cítí se více oceňované. Při definování negativních aspektů nejvíce uváděly nedostatek spánku, nutnost rušení plánů nad rámec starání se o dítě a nedostatek financí. Důležitou roli v tomto období mohou hrát babičky a jiné „mentorky“ matek, jejich podpora je zásadní již během těhotenství dívky (Shanok & Miller, 2007).

Obecně můžeme říct, že mateřství je pro dívky vždy výzvou a zvládnutí této role je vysoce individuální (Rzechowska & Dacka, 2015).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Celosvětově se odhaduje, že 15 % mladých žen porodí dítě před dosažením 18 let. V Evropě jsou čísla výrazně nižší, porodnost dospívajících se pohybuje mezi 8 – 21 porody na 1000 dospívajících dívek (UNICEF, 2021). V České republice se v roce 2019 narodilo náctiletým dívkám necelých 2 500 dětí (ÚZIS, 2019). Porodnost nezletilých v Evropě je ovlivněna především porodností dívek z etnických menšin a skupin s nižší sociálně-ekonomickou úrovní, specificky ve východní Evropě je porodnost nezletilých neúměrně vyšší u romské menšiny (UNFPA, 2013; Staroňová & Adam, 2016).

Těhotenství náctiletých je považováno za celospolečenský problém vyvolávající obavy o fyzické i psychické zdraví mladých žen a jejich dětí (Mezmuer et al., 2020).

Zdá se, že k těhotenství během dospívání může vést celá řada příčin. Je to brzký začátek sexuálního života, neužívání antikoncepční metody, nedostatečné socioekonomické zázemí, rané manželství a s tím spojené tradiční genderové role, tlak vrstevníků, nevyhovující nebo žádná sexuální výchova ve škole, rizikové chování (Barn & Mantovani, 2006; Ogori et al., 2013). Může to být také potřeba naplnit emocionální potřeby, stát se dospělým člověkem, upevnit partnerský vztah (Machová & Hamanová, 2002). Jedním z důvodů, proč se o těhotenství dospívajících dívek mluví jako o problému, jsou časté zdravotní komplikace s těhotenstvím spojené. Především se hovoří o nepříznivých porodních výsledcích, včetně předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti (Jeha et al., 2015; Stewart et al., 2007). Těhotenství v nízkém věku s sebou nese nejen specifické zdravotní důsledky, ale i psychosociální a ekonomické důsledky, kam můžeme zařadit nízké vzdělání, život bez partnera, nezaměstnanost, nedostatečné a nevyhovující bydlení, psychické problémy (Leifer, 2004; Matoušek et al., 2005/2010; Robsona & Berthoud, 2003; Sedgh et al., 2014). Nemůžeme zapomenout ani na negativní důsledky pro celou společnost (Mezmur et al., 2020).

Rozhodli jsme se proto v rámci této diplomové práce zmapovat těhotenství nezletilých romských žen a jejich zkušenosti s prvními roky mateřství. Cílem výzkumu je popsat pozitivní a negativní psychické prožitky týkající se tohoto fenoménu, popsat okolnosti, které vedly k otěhotnění ženy, zaměřit se na to, co ji tato zkušenost dala i naopak

vzala. Zajímalo nás rovněž, jaké skutečnosti (osoby, věci) byly pro ženy v tomto období potřebné.

Na základě výzkumného problému jsme vymezili následující výzkumné otázky:

1. Jaké jsou důvody a okolnosti, které vedly k otěhotnění v nezletilosti?
2. K jakým změnám v životě ženy došlo po zjištění otěhotnění?
3. Jaké obtíže zažívaly ženy během těhotenství?
4. K jakým změnám došlo po porodu dítěte?
5. Jaké pozitivní prožitky přináší mateřství v adolescenci?
6. Jaké negativní prožitky přináší mateřství v adolescenci?
7. Jaké faktory vnímají ženy během těhotenství a mateřství jako důležité?

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC

V této kapitole bude představen design výzkumu, popíšeme zvolenou metodu získávání dat, představíme výzkumný soubor a metodu zpracování a analýzy dat. Nakonec se zaměříme na etickou stránku tohoto výzkumu.

5.1 Design výzkumu

Pro účely našeho výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup, jenž je vhodné použít v případě, že chceme komplexně a podrobně pochopit danou oblast (Creswell, 2016).

Mezi přednosti kvalitativního výzkumu dle Hendla (2005) patří získání podrobného popisu a vzhledu při zkoumání jedince, zohlednění kontextu, možnost navrhnout teorie, hledání příčinných souvislostí či počáteční explorace problémů. Oproti kvantitativnímu výzkumu je však nevýhodou menší zobecnitelnost výsledků, komplikovaná replikace výzkumu, časová náročnost sběru dat a jejich analýza a případné ovlivnění dat subjektivitou výzkumníka.

V rámci kvalitativního přístupu byl zvolen design případové studie. Případovou studii lze definovat jako intenzivní studii týkající se osoby nebo skupiny lidí (Heale & Twycross, 2018). Sbírány jsou detailní informace, díky kterým lze najít podstatná témata jak uvnitř jednotlivých případů, tak i napříč jimi (Creswell, 2016). Užití případové studie se dle Yina (1989, in Miovský, 2006) jeví jako vhodné tehdy, když se v našich výzkumných otázkách tážeme „proč“ a „jak“. Současně je užití případové studie vhodné v případě, že nemáme velkou kontrolu nad zkoumanými událostmi, a když je zkoumaná problematika aktuální a hranice mezi ní a kontextem nejsou ostré.

5.2 Metoda získávání dat

Data byla získávána pomocí polostrukturovaného (semistrukturovaného) interview. To je dle Miovského (2006) díky svým nesporným výhodám snad nejpoužívanějším typem interview. Řeší totiž mnohé nevýhody interview strukturovaného i nestrukturovaného. Při přípravě polostrukturovaného interview je žádoucí si předem připravit určité schéma složené z několika okruhů otázek, na které se ptáme všech účastníků. Pořadí okruhů není nutně závazné, naopak je upravováno tak, aby bylo interview maximálně výtěžné (Miovský, 2006). Minimum okruhů a otázek, které má výzkumník povinnost položit každému participantovi, se nazývá jádro interview. Na jádro se však nabalují další doplňující témata a otázky, které se zdají být pro účel výzkumu smysluplné, přináší podstatné informace navíc, nebo rozpouští tenzi účastníků. Důležitým prvkem této metody je tzv. inquiry používané i v našem případě. Cílem inquiry je získat upřesnění a vysvětlené odpovědi účastníka a ujištění se, že dané věci rozumíme správně (Miovský, 2006). Přesné znění otázek včetně záznamového archu můžete vidět v příloze č. 5.

Pozorování nebylo primární metodou získávání dat, přesto ho nelze opomenout. Autorka práce si během interview zaznamenávala místa, v nichž účastnice výzkumu daly větší důraz na nějakou část výpovědi, odmlčení se, nebo když zaznamenala jiné nápadnosti.

5.3 Výzkumný soubor a metody sběru dat

Pro zařazení do výzkumného souboru byla zvolena tato kritéria:

- romská žena starší 18 let,
- porod v nezletilosti (mezi 15. a 17. rokem včetně),
- nejstarší dítě maximálně ve věku 12 let.

Tato kritéria korespondovala s výzkumným cílem. Jelikož účastnice popisovaly a reflektovaly svou zkušenost retrospektivně, bylo nutné, aby již měly tuto životní fázi za sebou. Věk nejstaršího dítěte byl ohraničen spodní hranicí 3 roky a horní hranicí 12 let, aby se jednalo o ženy podobně staré a jejich zkušenosti mohly být lépe porovnávány.

Tab. 3: Osobní a sociodemografické údaje účastnic výzkumu

| Pseudonym | Věk - nyní | Věk otěhotnění | Věk - porod | Status otěhotnění | Status - nyní | Nejvyšší dosažené vzdělání | Počet dětí v nezletilosti | Počet dětí celkem |
|-----------|------------------|-------------------|----------------|----------------------|---------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Aneta | 20 | 14 | 15 | Studentka | RD | Střední | 2 | 2 |
| Barbora | 29 | 17 | 17 | Zaměstnaná | Nezaměstnaná | Základní | 1 | 5 |
| Cecílie | 28 | 17 | 17 | Studentka | Nezaměstnaná | Základní | 1 | 4 |
| Dorota | 27 | 17 | 17 | Studentka | Nezaměstnaná | Základní | 1 | 3 |
| Eva | 20 | 15 | 16 | Studentka | RD | Základní | 1 | 2 |
| Františka | 28 | 17 | 17 | Zaměstnaná | Zaměstnaná | Střední | 1 | 5 |
| Gabriela | 23 | 15 | 16 | Studentka | Nezaměstnaná | Základní | 1 | 2 |
| Hana | 24 | 16 | 16 | Studentka | RD | Základní | 1 | 3 |

Výběr výzkumného souboru byl proveden pomocí nepravděpodobnostních metod, konkrétně pomocí metody sněhové koule, metody příležitostného výběru a samosběru. Přes kolegu autorky byla oslovena první žena, která poté poskytla kontakt na další ženu. I tato žena byla poté oslovena s prosbou o předání kontaktů na další potenciální účastnice výzkumu. Takovým způsobem bylo provedeno 5 interview. Dále byly osloveny vybrané instituce, neziskové organizace, charity, azylové domy pro matky a jejich děti (konkrétně takto bylo osloveno 6 organizací z Moravskoslezského kraje), nicméně spolupráci přislíbily pouze dvě z nich. Pracovníci jednoho azylového domu byli ochotni vyvěsit na veřejnou nástěnku letáček (příloha č. 4), nicméně žádná z žen se autorce výzkumu touto cestou neozvala. Z jiné neziskové organizace dostala autorka kontakt na několik žen, z nichž dvě byly ochotné zapojit se do výzkumu. Zbylé organizace buď neodpověděly, nebo odmítly bez udání důvodů. Autorka výzkumu také náhodně oslovovala ženy v místech, kde žije (dle zkušenosti autorky i výpovědi účastnic) množství žen odpovídajících hledanému souboru. Tímto způsobem se do výzkumu zapojila jedna participantka.

5.4 Metody zpracování a analýzy dat

Interview byla nahrávána na diktafon. Všechny participantky s tímto nahráváním souhlasily. Získaný audiozáznam byl poté doslovně přepsán do textové podoby, konkrétně do programu Microsoft Word. Následovně byla nahrávka přehrána opětovně, abychom zkontrolovali, zda nějaká zásadní informace nebyla vůbec nebo špatně zaznamenána. Dokumenty byly vtištěny s širokými okraji. Data byla zpracována pomocí tematické analýzy metodou tužka-papír. Braun a Clarke (2006) považují již transkripci dat za první fázi analýzy. Už v průběhu přepisu se totiž objevují prvotní myšlenky, nápady a postupně vyvstávají i témata.

Jak jsme již uvedli, data byla analyzovaná metodou tematické analýzy (TA). Tematická analýza umožňuje identifikovat, analyzovat a popsat vzorce (témata) v datech (Braun & Clarke, 2006). Je to vysoce flexibilní metoda, jelikož není spjata s konkrétním teoretickým paradigmatem (Braun & Clarke, 2006; Guest et al., 2011).

Před analýzou dat je vhodné zvážit několik otázek a učinit několik rozhodnutí. První otázkou je, co se bude počítat jako téma. Téma vyjadřuje důležitou informaci v datech vzhledem k výzkumné otázce, není však jasné, jakou „velikost“ by téma mělo mít, respektive kolikrát bylo téma zmíněno, aby se mohlo jako téma počítat. V ideálním případě se bude vyskytovat ve více příkladech napříč daty. Obecně však toto rozhodnutí závisí na výzkumníkovi. Dále je nutné určit, zda detailně popsat všechna témata, nebo pouze témata vázající se k výzkumné otázce. V našem výzkumu jsme se rozhodli pro první variantu, tedy pro podrobnější popis, což je vhodné především pro nedostatečně prozkoumané oblasti nebo při práci s participanty, jejichž názory nejsou úplně známé (Braun & Clarke, 2006).

Následně jsme volili způsob nalézání témat v datech. Zvolili jsme induktivní tematickou analýzu, při které výzkumník kóduje bez předem vymezeného kódovacího rámce a teoretických předpokladů. Snahou je eliminovat veškeré úvahy a otázky týkající se možných závěrů výzkumu. Čtvrtou otázkou bylo rozhodnout, zda budou data identifikována na sémantické (explicitní) nebo latentní (interpretativní) úrovni. Vhodnější pro účely našeho výzkumu se jevila úroveň latentní, která umožňuje v datech hledat i skryté myšlenky a koncepty (Braun & Clarke, 2006).

Braun a Clarke (2006) navrhují postup analýzy, jež je vhodný pro začínající výzkumníky, a kterého jsme se drželi i v našem výzkumu. Postup je následovný: seznámení

se s daty, vytvoření počátečních kódů, hledání témat, revize témat, definování a pojmenování témat a vypracování závěrů.

Ve fázi seznámení s daty, jak již bylo zmíněno, provedla autorka transkripci dat do písemné podoby, nahrávku si pustila minimálně 2x, a následně pročítala texty a zapisovala prvotní nápady a barevně zvýrazňovala části jevící se jako důležité vzhledem k výzkumným otázkám. Dále vytvářela počáteční kódy, které si metodou tužka-papír zapisovala do pravé části listu kódy. Nejprve bylo vytvořeno větší množství kódů, postupně byl však jejich počet redukován. Až byly okódovány všechny položky, autorka začala hledat v datovém souboru témata. Hledání témat probíhalo skládáním kódů do potenciálních témat a shromažďování všech relevantních dat pro každé potenciální téma. Některé kódy se staly tématy, jiné byly vyřazeny. Témata procházela revizí, postupně byla vyhledávána i podtémata, hledány byly vhodné úryvky ilustrující dané téma. Nakonec byla vypracována kapitola prezentující výsledky.

5.5 Etické aspekty výzkumu

Výzkum byl realizován v souladu s etickým kodexem Americké psychologické asociace (2017). Kodex se mimo jiné věnuje otázkám realizace výzkumu a publikování výsledků.

Účastnicím výzkumu byly k podpisu předloženy před samotným interview dva informované souhlasy (viz příloha č. 3), jeden si nechala účastnice, druhý autorka této práce. Jednotlivé body souhlasu byly prodiskutovány a účastnice měly možnost doptat se na věci, kterým neporozuměly. Participantky byly seznámeny s účelem a průběhem výzkumu. Účast ve výzkumu byla dobrovolná. Zdůrazněno bylo, že je možnost nezodpovědět otázky, které ženy shledají jako citlivé. Účastnice výzkumu měly také možnost odstoupit od výzkumu, a to i zpětně, do předem stanoveného data. Toho nevyužila ani jedna z žen. Participantky také svým podpisem odsouhlasily poskytnutí několika citlivých údajů (pohlaví, národnost). Účastnice byly také poučeny o způsobu nakládání se získanými údaji a daty, o jejich ochraně a anonymizaci, a jejich využití pouze pro účely magisterské diplomové práce autorky. Na informovaném souhlasu se vyskytovaly také kontaktní údaje na výzkumnici, konkrétně telefonní číslo a e-mailová adresa.

Účastnice poskytly ústní souhlas s nahráváním interview, který byl součástí nahrávky. Nahrávka z diktafonu byla posléze přepsána do textové podoby a originál nahrávky byl vymazán. Přepis byl uložen pod kódem, respektive přezdívkou participantky.

Po interview byl participantkám nabídnut debriefing, tedy možnost sdílet a uvolnit své myšlenky a pocity, které mohly po položených otázkách v ženách vyvstanout. Tuto možnost využily dvě ženy.

Účastnice byly po interview odměněny drobnou pozorností ve formě čokolády či jiných sladkostí. Pokud setkání proběhlo v kavárně, bylo za účastnice zapláceno občerstvení.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této kapitole si nejprve představíme hlavní tematické okruhy, jež vyplynuly z analýzy dat. Konkrétně si popíšeme tyto okruhy: důvody vedoucí k těhotenství ženy, reakce na zjištění těhotenství, dopady těhotenství a mateřství, aspekty pomáhající zvládat těhotenství a mateřství, pozitivní prožitky v mateřství, negativní prožitky v těhotenství a mateřství, vliv věku a na závěr vzkaz pro děti. Ve druhé části kapitoly si zodpovíme výzkumné otázky.

6.1 Významné tematické okruhy

Postupně si popíšeme jednotlivé tematické okruhy. Každý **tematický okruh** bude zvýrazněn tučně a bude podtržen, jednotlivá **témata** pak budou uváděna tučně a *podtémata* tučně kurzívou. Témata budou doplněna přímou výpovědí účastnic výzkumu pro dokreslení a lepší pochopení tématu.

Důvody vedoucí k těhotenství ženy

Důvody vedoucí k otěhotnění je okruh, který pojímá několik dílčích témat, jež přispěla k tomu, že žena otěhotněla. Všechny participantky (n=8) byly v **partnerském vztahu**, s partnerem sexuálně žily, mnohé již od svých 13 nebo 14 let.

Všechny ženy řekly, že dítě **neplánovaly**, jedna participantka později přiznala, že si dítě trochu přála, vyloženě ho však neplánovala. Tři čtvrtiny participantek (n=6) nepoužívaly žádnou **antikoncepční metodu**, někdy s přítelem využívali metodu přerušované soulože. Dvě participantky užívaly po dobu pár měsíců hormonální antikoncepci, jedna žena ji však vysadila kvůli zdravotním komplikacím, druhá ji brala nepravidelně, protože si otěhotnět tajně přála.

„Antikoncepce byla, ale hodně jsem zapomínala se přiznám. No a abych pravdu řekla, abych nelhala, tak já jsem si ho (přítele) chtěla udržet, protože on měl hodně holek a říkala jsem si, že kdybych měla dítě, tak mi zůstane.“ (Dorota)

Všechny dívky měly informace o antikoncepci ze školy, tři od matky, jako zdroj informací byla zmíněna i gynekoložka.

„Neužívala jsem ji...jako věděla jsem ze školy co a jak, a že se to může stát, ale nějak jsme to neřešili, no.” (Hana)

„Od mamky hlavně jsem věděla co a jak, ta jela nejvíc, potom ze školy no a aji od doktorky.” (Barbora)

Pod pojmem antikoncepce si participantky představovaly prášky, injekce nebo kroužky (tedy hormonální typ antikoncepce), o jiném způsobu neuvažovaly. Jedna participantka nevyužívala antikoncepci kvůli nedostatku financí, jiná kvůli strachu z přibírání, ostatní důvod neuvedly.

Reakce na zjištění těhotenství

Reakce na zjištění těhotenství žen byly různé a pestré, setkávaly se též s odlišnou reakcí okolí. Mezi emoce, které se objevily bezprostředně po zjištění, byla nejčastěji uváděna **radost** (n=5), dále **šok** (n=3), který se vyskytoval zvláště i spolu s dalšími emocemi a pocity. Čtyřikrát byl zmíněn **strach**, konkrétně strach z reakce rodičů (n=2) a ze schopnosti zvládnout situaci (n=2).

„Plakala jsem strachem, co mi udělá mamka, tatka, tak i radostí.” (Cecilie)

Jedna participantka neprožívala nic, neuvědomovala si a nepřipouštěla důsledky těhotenství. V rámci prvotní reakce se u většiny participantek (n=5) objevily i myšlenky týkající se **potratu**. Tato myšlenka však byla jen slabá a pomíjivá, žádná z dívek tuto možnost více nezvažovala a nezkoumala možnosti.

„Prvně jsem to (dítě) nechtěla, že nemáme svůj byt, to zázemí, víte, ale pak jsem si říkala, že to nějak půjde.” (Františka)

„Jako přemýšlela jsem chvílku nad potratem, ale my jsme takoví citliví na děti, to bych nemohla.” (Eva)

Ve dvou případech tato možnost nepřišla v úvahu kvůli víře participantky. V jednom případě hrál roli silný strach z případné neplodnosti, v případě, že by se umělé přerušení těhotenství nezdařilo. Pro další participantky je pak dítě hodnota, a z toho vyplývá, že se „nedává pryč“.

Reakce rodičů zmiňovalo 7 dívek, jelikož jedna byla na útěku z dětského domova a s rodiči v kontaktu nebyla. Rodiče byli mnohdy **rádi**, ne vždy však oba z rodičů reagovali stejně.

„...mamka byla hodně ráda, taťka se mnou nemluvil asi měsíc, on furt, že je to brzo, že nedodělám školu, co je to za život.“ (Dorota)

Popisována byla i velká **podpora** spojená s výše zmíněnou radostí.

„Moje rodina byla prostě šťastná, že mamka bude babičkou.“ (Eva)

Naopak se objevovalo i **naštvaní** na dceru, rodiče **byli proti** tomu, aby měla jejich dcera dítě. Dvakrát byl **zakázán kontakt** dívky s jejím **přítelem** (otcem dítěte), který byl však v obou případech po čase zrušen.

„Mamka byla proti tomu moc, kdyby mohla, tak mě asi uškrtí, taťka nesouhlasil vůbec, přítelovi rodiče taky ne...on nemohl do té doby k nám, než se syn narodil.“ (Barbora)

Reakce přítele účastnice, tedy otce dítěte, byla ve více než polovině případů (n=5) pozitivní. Měli z těhotenství své přítelkyně radost, nebo řekli, že to zvládnou a byli podporující.

„Byl rád, radost měl, že to zvládnem a bude to v pohodě.“ (Gabriela)

V jednom případě si participantka nebyla jistá, jak to její přítel vlastně bral, protože se nemohli často vidět. Ve dvou případech bylo těhotenství důvodem k ukončení vztahu ze strany přítele ženy.

„Jak zjistil, že jsem těhotná, tak mě opustil a bylo.“ (Aneta)

„...řekl, že to beztak není jeho.“ (Hana)

Dopady těhotenství a mateřství

Některé ženy (n=4) uvedly, že kvůli těhotenství došlo k **proměně** jejich **partnerského vztahu**. Ve dvou případech byly kvůli těhotenství opuštěny, v dalších dvou se pak nemohly kvůli zákazu rodičů se svým přítelem po určitou dobu vídat.

Pět participantek v době těhotenství studovalo na učilišti, z toho 4 **studium** ještě před porodem ukončily. Jedna participantka studium pouze přerušila a nakonec dostudovala. Jedna participantka kvůli zjištění, že je těhotná, na učiliště nenastoupila, ač to měla v plánu-

„Mám právě nedokončenou střední školu, protože jsem otěhotněla (...) řešili jsme už jiné věci, jak se syn narodil, že bych měla náladu nebo myšlenky na něco jiného, to už teda ne.“ (Dorota)

Dvě participantky byly zaměstnané, ale své **zaměstnání** byly z důvodu rizikovosti těhotenství nuceny opustit.

„Pracovala jsem na obci, nakládá se tam i dřevo, navíc to (těhotenství) bylo celé rizikové, tak jsem tam přestala chodit.“ (Barbora)

Dopadem byla i **změna vzhledu**, kterou těžce nesly tři ženy. Konkrétně se jednalo o těžké smířování se s přibíráním během těhotenství a se změnou postavy po porodu.

Aspekty usnadňující zvládnání těhotenství a mateřství

Snad nejvýznamnějším aspektem, který přispíval k lepšímu zvládnání období těhotenství, i během mateřství, byla **sociální opora**. Během těhotenství měla nadpoloviční většina participantek (n=5) podporu **rodiny**, velkou či částečnou. Obvyklá byla také podpora **přítele** (otce dítěte), ale ta byla v některých případech ztížená zákazem styku participantky s přítelem ze strany rodičů participantky. Mnohdy pomáhala také **rodina přítele**. Jedna žena byla část těhotenství na všechno sama, neměla podporu rodiny, partnera, organizace, ani zdravotnického zařízení či lékaře.

„Tak nejvíce pomáhal přítel, byl zlatý a i jeho rodina, hlavně tchyně.“ (Gabriela)

Po narození dítěte se pak ženám dostávala větší část podpory od partnera než od rodiny (matky, otce nebo od starší sestry). Dvě ženy si našly v prvních třech letech mateřství přítele nového. Některé respondentky neměly podporu matky nebo s matkou nebyly v tak častém kontaktu, což jim chybělo. **Potřeba matky** (n=6) byla jak v těhotenství, tak i v mateřství velmi silná.

„Podporu mámy jsem nejvíce potřebovala, i když už jsem ho (dítě) měla, jako ona i byla, ne se vším souhlasila, ale podporovala mě, to bylo nejdůležitější.“ (Barbora)

Důležitou roli hrálo **bydlení**, konkrétně to, v jakém bylo stavu a s kým bylo sdíleno. Respondentky se shodovaly v tom, že nejlepší variantou by bylo bydlení v hezkém domě nebo bytě pouze s partnerem a dítětem či dětmi, ale tak, aby byla zároveň nablízku ochotná matka. V rámci prvních třech let mateřství se s přítelem (otcem dítěte nebo přítelem novým) sestěhovaly téměř všechny účastnice. Jedna žena se musela po porodu odstěhovat do dětského domova, protože v její rodině nebylo místo a hrozilo, že by ji dítě vzal OSPOD.

Významnou úlohu hrál i dostatek **financí**. Pokud byla žena podporována rodiči, partnerem nebo žila v ústavu/dětském domově a mohla si tak odkládat rodičovský příspěvek, nebyl nedostatek financí problémem. Negativně nebylo vnímáno ani brání půjčky. Komplikované to bylo v tomto ohledu u dvou žen, které zažívaly ze strany partnera domácí násilí, jejich partner všechny peníze utrácel například za návykové látky.

„Vzali jsme si vlastně oba dva půjčku, abysme měli na oblečení, kočárek a na výbavu do toho nového bytu.“ (Barbora)

„Tak byla jsem v dětském domově, to bylo všechno zadarmo, naspořila jsem si mateřskou, domů jsem si odnesla 35 tisíc a teď pomáhá přítel a jeho rodina.“ (Eva)

U tří čtvrtin participantek jsme zaznamenali specifický **postoj** k životu a životním obtížím. Tento postoj vyjadřoval, že ať se cokoliv stane „*prostě to tak je a nějak to musíš zvládnout*“. Díky tomuto stanovisku ženy zvládaly i náročné situace, moc nad nimi nepřemýšlely a dívaly se na život pozitivně nebo ho braly takový jaký je.

„Prostě musíš, pokud člověk chce a vidí věci pozitivně, jde to, prostě jsem to neřešila.“ (Aneta)

„Co dělat, než se postavit na svoje nohy a být prostě.“ (Cecilie)

Mateřství bylo lehčí pro participantky, které neměly potíže s **výchovou** svého dítěte či dětí. Konkrétně nemělo s výchovou během prvních let dítěte větší problémy pět žen, v dětství se staraly o své mladší sourozence a některé z nich byly jakousi „náhradní matkou“. Během výchovy tedy využívaly tyto zkušenosti, ostatní spoléhaly na intuici. Většina žen se chtěla vyvarovat chyb svých rodičů, své děti nebily a snažily se vše vysvětlit bez křiku. I když výchovu nehodnotily tyto ženy jako výrazně obtížnou, určité nesnáze někdy zažívaly, konkrétně kvůli své netrpělivosti.

„...jsem si řídila podle malýho, co si řekl, ukázal, tak jsem mu to dala, jako bychom byli jeden, já a malý (...) oni byli na nás více přísní, jako malýmu jsem chtěla a chci lepší výchovu, že bych ho nemlátila, ale vysvětlovala...“ (Eva)

„bylo nás doma hodně, máma fetovala (...) měla jsem osm a měla jsem půlroční mimino doma, první dny jsem nevěděla co, ale pak už jo, to mě naučilo...“ (Aneta)

Pozitivní prožitky v mateřství

Mateřství jako změna bylo téma objevující se u většiny žen. Dvě participantky uvedly, že mateřství pro ně znamenalo možnost pro **pozitivní změnu** svého života, protože by bez dítěte byly pravděpodobně závislé na drogách.

„Změnilo mi to život, kdybych ho (dítě) neměla, tak si fetuju, dělala bych věci...no byl by to jiný osud.“ (Aneta)

Mezi dalšími změnami, které u sebe pozorovala $\frac{3}{4}$ participantek a byla s nimi spokojena, byla větší **zodpovědnost a dospělost**. Tyto atributy se projevovaly v celkovém náhledu na život, plánování dne, starání se o děti, vedení domácnosti i v hospodaření s financemi.

„Zlom, díky kterému člověk dospěje. A prostě si něco nekoupíš a raději to ušetříš pro to dítě.” (Aneta)

„Celý život se mi změnil, starání, být ženou, matkou, ale prostě když dospěješ a jsi více zodpovědná, tak to zvládneš.” (Eva)

„Když si vzpomenu na tu dobu, když jsem ho neměla, tak jsem prostě přemýšlela strašně hloupě, měla jsem jiný přemýšlení.” (Gabriela)

Všechny ženy prožívaly **radost z dětí**. Nejčastěji byla zmiňována radost z toho, když se jejich dítě již začalo usmívat, radost se stupňovala též s prvním slovem či prvními krůčky.

„V noci se na ně podíváte, jak spí, a jste nejšťastnější.” (Dorota)

Čtyři participantky také zmiňovaly, že díky dítěti nebo dětem už **nejsou samy**. Tím, že mají dítě, na ně vždy někdo čeká, někdo je má rád, někdo je obejmje.

„Obemje mě, nikoho nepotřebuju, mám je.” (Hana)

Negativní prožitky v těhotenství a mateřství

Negativním aspektem v době těhotenství byly **zdravotní komplikace**, u čtyř žen bylo těhotenství rizikové. Další dvě měly silné nevolnosti a trpěly bolestmi zad.

„Ze začátku mi bylo špatně, zvracela jsem, nemohla jsem spát. A konec byl nejhorší, teplo, břicho, nemůžete chodit...” (Aneta)

Všechny participantky se shodly na tom, že **porod** byl náročnější a traumatictější zkušenost, než si uměly představit. Kromě bolesti pro ně bylo těžké to, že je na něj nikdo nepřipravil. Nevěděly, co se bude dít, nevěděly, jak mají poznat kontrakce, kdy se mají dostavit do nemocnice.

„Porod byl hrozný, vůbec jsem nevěděla, o co jde, nikdo mě na to nepřipravil, vůbec. Byl to mega šok, mě i připoutali, si vzpomínám, já jsem řvala, ex tam byl se mnou, u porodu jsem ho kousala.” (Dorota)

Tři ženy zažívaly jak během těhotenství, tak i během prvních měsíců či let mateřství pocit **samoty**, měly dojem, že jsou na všechno samy, byly **smutné**, že nemůžou chodit ven bavit se s přáteli.

Během mateřství prožívaly ženy často **strach** a **obavy**. Strach měly tři participatky z toho, že se nezvládnou o dítě dobře postarat, že nebudou vědět, jak dítě utišit, nepoznají, co jejich dítě zrovna potřebuje, zkrátka se obávaly. Dvě ženy pak měly strach ze svého partnera, jelikož docházelo k **domácímu násilí**.

Vliv věku

Napříč výpověďmi většiny participantek se objevovaly komentáře týkající se nízkého věku. Zmiňovány byly četné **nevýhody**, jako nutnost komunikovat s **OSPODEM** (orgánem sociálně-právní ochrany dětí). Tato povinnost se sice dotýkala všech participantek, ale ne všechny ji považovaly za nevýhodu. Ženám se také nelíbila nutnost **poslouchat rodiče** a **závislost na rodičích**, protože byly stále dětmi. Na tuto skutečnost si stěžovalo 5 participantek. Ženy často zmiňovaly, že kvůli nízkému věku neměli s partnerem vybudované **zázemí**, neměli kde bydlet. Část žen (n=4) uváděla také **výhody**. Pozitivum ve svém nízkém věku spatřovaly v tom, že až budou děti velké, ony stále budou mladé a budou si moci **užít života**. Výhodou je také to, že jsou dětem blíž a lépe si s nimi rozumí. Dvě ženy řekly, že **na věku** vůbec **nezáleží**.

Vzkaz pro děti

Během svého vyprávění sdělila nadpoloviční většina participantek (n=5) zcela spontánně radu a přání pro své děti týkající se právě těhotenství a mateřství v nezletilosti. Zazněla naděje na lepší budoucnost pro jejich děti. Ženy by si především pro své děti přály lepší bydlení a více finančních prostředků. Respondentky, jež mají dceru nebo dcery pak mluvily o tom, že by chtěly, aby jejich dcera zahájila svůj sexuální život později a věk jejího mateřství byl mírně vyšší. Zmiňována byla též důležitost osvěty a nasazení antikoncepce dcerám. Dvě participantky pak mluvily především o tom, že by jejich děti měly důkladně poznat svého budoucího přítele, respektive potencionálního otce svých dětí, než s ním budou mít dítě.

„...že bych u svoji dcery, ani u jedné, neudělala takovou chybu jako já, vlastně bych jim od 13 nejraději nasadila antikoncepci...” (Barbora)

„...hlavně ať si ty moje dají pozor na to, s kým si začínají a s kým si udělají dítě, ať mají nejdřív kde bydlet...” (Dorota)

6.2 Odpovědi na výzkumné otázky

V této části odpovíme na výzkumné otázky, jež jsme stanovili na začátku výzkumu.

Jaké jsou důvody a okolnosti, které vedly k otěhotnění v nezletilosti?

Všechny participantky měly partnerský vztah, jehož trvání se pohybovalo mezi půl rokem až třemi lety. Se svým přítelem sexuálně žily, přičemž většina participantek se svým přítelem nepoužívali pravidelně žádnou antikoncepční metodu, někdy využívali metodu přerušované soulože. Jedna žena užívala hormonální antikoncepci, kterou však v době před otěhotněním vysadila, další pak hormonální antikoncepci brala příležitostně a nesystematicky. Participantky měly obvykle informace o antikoncepci z více zdrojů, především ze školy, od matky či gynekoložky, přesto si však pod pojmem antikoncepce představovaly pouze její hormonální druhy. Důvodem, proč participantky neužívaly hormonální antikoncepci, byl strach z nárůstu váhy, nedostatek financí. Domnívaly se také, že když si jejich přítel bude alespoň někdy „dávat pozor“, neotěhotní. Možnost těhotenství si více než polovina respondentek vůbec nepřipouštěla. Většina participantek těhotenství, respektive dítě, neplánovala, tomuto vzorci se vymykala pouze jedna participantka, která záměrně užívala hormonální antikoncepci nepravidelně, tajně si přála otěhotnět a tím si udržet svého přítele.

Přestože, jak jsme již zmínili, většina žen otěhotnět nechtěla, nad umělým přerušením těhotenství nepřemýšlely či přemýšlely pouze velmi krátce. Většina participantek se proti potratu vymezovala z konkrétních důvodů. Potrat pro ně nebyl možností ať už kvůli víře či strachu z případné neplodnosti. Pro některé participantky a jejich rodiny bylo dítě důležitou hodnotou a přerušování těhotenství bylo tedy nemyslitelné. Svůj význam mohlo hrát také okolí participantek, vrstevnice ze školy či vliv rodiny. Participantky, které chodily na střední školu, znaly dívky ze své třídy nebo z vyšších ročníků, které také během studia otěhotněly, dítě si nechaly a brzy začaly žít se svým partnerem. Více než polovina respondentek měla sestru či sestry a sestřence, které měly dítě v období adolescence. Můžeme tedy hovořit o určité normě a normálnosti toho mít dítě v nízkém věku v sociálním okolí participantek.

K jakým změnám v životě ženy došlo po zjištění těhotenství?

Participantkám se po zjištění toho, že jsou těhotné, změnil život v několika směrech. Změna nicméně nebyla u všech zúčastněných žen stejná. Záleželo na tom, v jaké životní etapě se právě nacházely, jestli studovaly nebo pracovaly, a s kým bydlely. Svou roli hrála

také reakce a následná podpora nebo nepodpora ze strany rodičů a přítele, respektive otce dítěte.

Účastnice výzkumu můžeme rozdělit do několika skupin. První a zároveň větší skupina, složená ze 75 % participantek, v době otěhotnění studovala. Kromě jedné respondentky z této skupiny docházely všechny ženy na učiliště, zbylá respondentka pak měla těsně před nástupem na něj. Kvůli těhotenství tato respondentka na střední školu nenastoupila, další žena studium přerušila a dostudovala později, ostatní studium ukončily. Ukončení studia proběhlo i přes snahu a určitý nátlak ze strany vedení školy, které se snažilo vyjít ženám vstříc a snažilo se je motivovat k úspěšnému dostudování. Participantky však již byly v jiné životní fázi a viděly se spíše jako matky a partnerky, než jako studentky. Druhou, menší, skupinu tvořily zaměstnané ženy. Jedna z těchto žen své zaměstnání musela opustit kvůli rizikovému těhotenství a už se do něj nevrátila, druhá pracovala téměř do porodu a poté nastoupila na rodičovskou dovolenou.

Další změnou byla proměna partnerského vztahu participantek. Proměna byla trojího druhu. U čtvrtiny žen došlo ihned po oznámení těhotenství otci dítěte k ukončení vztahu s participantkou ze strany daného muže. Partneři ostatních participantek sice projevili radost z toho, že je jejich přítelkyně těhotná, podporovat ji však mohli jen někteří z nich. Participantky byly v době těhotenství nezletilé a kromě jedné žily s rodiči. Rodiče tedy stále uplatňovali svou autoritu, dvěma participantkám tak byl dán po dobu těhotenství zákaz styku se svým přítelem, což jim dobu těhotenství značně znepríjemňovalo. Chyběl jim jejich blízký člověk, zároveň však měli pro své rodiče pochopení. S přítelem se vídali alespoň někdy tajně, jednou za čas mohli jít s dovořením rodičů na procházku. Zbylé ženy (tedy polovina participantek) se se svým přítelem pravidelně scházely a plánovaly společnou budoucnost.

Jaké obtíže zažívaly ženy během těhotenství?

Tato otázka do jisté míry navazuje na otázku předchozí, jelikož část obtíží pramenila právě z výše popsaných změn. Nejprve se participantky musely samy sžít s vědomím toho, že jsou těhotné, a následně se musely vypořádat s reakcí okolí. Reakce žen byly pestré, nejčastěji se objevovala radost, ta byla mnohdy doplněna šokem a strachem z nutnosti sdělit tuto informaci rodičům a strachem ze zvládnutí nové situace. U jedné z participantek se neobjevila žádná významná emoce nebo pocit, těhotenství si dlouho plně neuvědomovala a nepřipouštěla.

Sdělování svého stavu okolí bylo pro více než polovinu žen náročné. Rodiče participantek, nebo alespoň jeden z nich, měli z těhotenství své dcery v nadpoloviční většině případů radost. Konkrétně radost z toho, že jejich dcera bude mít dítě, radost z toho, že matka dcery se stane babičkou. Radost byla doprovázena obvykle i podporou. Méně často se pak objevilo rozzlobení se na dceru, někteří rodiče byli proti tomu, aby měla jejich dcera dítě. V těchto případech rodiče ani nesouhlasili s přítelem dcery a omezili jim po určitou dobu kontakt. Z jakého důvodu se přítel rodičům nelíbil, participantky nevěděly. Nesouhlas ovšem nutně neznamenal, že by nakonec participantku rodiče nepodporovali a nepomáhali jí. A naopak, radost nutně neznamenala viditelnou či hmatatelnou podporu. Participantky, které necítily podporu jak ze strany rodičů, tak i partnera, se během těhotenství cítily osaměle.

Sdělit těhotenství svému příteli (otci dítěte) nebylo pro větší část participantek tak obtížné, jako sdělit tuto informaci svým rodičům. Přítel byl ve většině případů také první člověk, který o těhotenství své přítelkyně věděl. Reakce přítele byla ve více než polovině případů pozitivní, z těhotenství své přítelkyně měli radost, byli podporující, věřili, že situaci společně zvládnou. Jak již bylo zmíněno v předchozí odpovědi, se dvěma participantkami se jejich přítel po sdělení těhotenství rozešel. Část obtíží participantek byla tedy způsobena rozchodem nebo nemožností vídat se s přítelem. Jedna z těchto participantek si našla nového přítele, ostatní nacházely podporu u někoho z rodiny, ať už u matky, otce, tety nebo sestry, nicméně nemožnost trávit čas s přítelem tak, jak by si představovaly, bylo pro participantky obtížné.

Významnou část obtíží tvořily zdravotní komplikace a stavy spojené přímo s průběhem těhotenství. Polovina participantek měla rizikové těhotenství, další čtvrtina zažívala silné nevolnosti a trpěla bolestmi zad. Těhotenství bylo ukončeno pro všechny účastnice náročným a traumatickým porodem, na který nebyly vůbec připravené. Nevěděly, kdy se mají dostavit do nemocnice, jak poznají kontrakce. Porod mají ve své paměti uložený stále velmi barvitě a silně.

K jakým změnám došlo po porodu dítěte?

Po porodu došlo v životech participantek k mnohým změnám. Nejprve se budeme věnovat prožitkům participantek a změnám jejich osobnosti či postojů. Po porodu si participantky naplno uvědomily, že se staly matkami. Mateřství vnímala většina žen jako změnu pozitivní, změnu, která je dovedla k větší zodpovědnosti, pomocí které dospěly. Čtvrtinu žen ochránilo mateřství před cestou závislosti na drogách. Ženám se změnil náhled

na život, začaly více plánovat, což se projevilo například v hospodaření s financemi či ve starání se o domácnost. Ženy také díky mateřství prožívaly nové emoce a zažívaly nové situace. Participantky prožívaly radost z toho, že mají dítě. Pociťování radosti pak bylo spojené především s vývojem dítěte, s jeho prvním úsměvem, slovem a krůčky. Zároveň v participantkách začaly vyvstávat předtím nepoznané pocity strachu a obav. Méně než polovina participantek měla strach z toho, že se o dítě špatně postará, nepozná, co dítě potřebuje, nedokáže ho utiшит. Dvě ženy pak měly strach ze svého přítele, jelikož docházelo v jejich domácnosti k domácímu násilí.

Další změnou, která se v životě žen po porodu udála, byla změna bydliště. Tři čtvrtiny participantek začaly nejpozději 3 měsíce po porodu bydlet se svým přítelem (v některých případech bydleli pouze spolu, v jiných bydleli i s rodinou přítele). Tato skupina participantek měla dobrý pocit z osamostatnění, avšak prožívala i pocit samoty nebo smutku z toho, že se nemůže chodit ven bavit s přáteli. V těchto okamžicích bylo zásadní si připomenout, jak moc mají rády své dítě, důležitá byla podpora přítele, ale i rodiny. V prvních měsících byla zásadní pomoc a opora ze strany matky participantek. Vědomí toho, že je tady matka pro ně, byla pro participantky nejzásadnější. Této podpory se nedostávalo dvěma ženám z této skupiny, jedna ji našla u své tchyně, druhá nikde. Druhá skupina, do které spadala čtvrtina participantek, žila po porodu v dětském domově. Jedna participantka tam byla umístěna již v raném věku, druhá tam šla dobrovolně po porodu, jelikož doma nebylo dostatek místa a hrozilo, že by jí dítě bylo odejmuto. Obě ženy byly v ústavu spokojeny, jedna participantka díky němu mohla dokončit studium na učilišti. Participantky byly také rády, že si mohly během pobytu zde našetřit finance. Během dvou let mateřství se také obě seznámily s novým přítelem, k jehož rodině se ještě jako nezletilé nastěhovaly.

Změnou bylo také starání se o domácnost a vychovávání dítěte. Pro participantky, které neměly s výchovou potíže, byly první měsíce a roky mateřství lehčí. Potíže neměla nadpoloviční většina participantek. Zkušenosti měly totiž ze svého dětství, ve kterém se staraly o své mladší sourozence, mnohdy jim byly druhou nebo náhradní matkou. Participantky také při výchově spoléhaly na svou intuici. Většina participantek se snažila vychovávat jinak, než jak byly vychovávány ony svými rodiči. V dětství byly občas bity, v rodinách se křičelo, tuto fyzickou a verbální agresi vůči dětem uplatňovat nechtěly, snažily se vysvětlovat a řešit věci více v klidu, což se jim po většinu času dařilo. Výchovu však ztěžovala netrpělivost, se kterou bylo pro ženy obtížné bojovat.

Jaké pozitivní prožitky přináší mateřství v adolescenci?

Některé pozitivní prožitky, které participantky díky mateřství prožily, již zazněly v předchozích odpovědích, především té minulé. Pozitivní prožitky spjaté s mateřstvím se týkaly hlavně radosti z dítěte, z toho, že je, z jeho vývoje. Ženy vždy potěšila pouhá přítomnost dítěte, pohled na něj, velká radost pak byla spojena především s vývojem dítěte, jeho prvním úsměvem či slovem.

Ženy také mateřství vnímaly jako pozitivní změnu, která je dovedla k větší zodpovědnosti a dospělosti, což se projevovalo v náhledu na život, ve vedení domácnosti či hospodaření s financemi. Polovina participantek se díky dítěti necítila sama. Děti byly a jsou ty, které ženy vždy obejmou, mají je rády.

To, že měly participantky dítě v nízkém věku, vnímá polovina participantek jako výhodu. Až budou jejich děti dospělé, ony již budou mít mateřské povinnosti splněné a budou si moct naplno užívat života. Jsou také dětem věkově blízko a můžou si tak lépe rozumět.

Jaké negativní prožitky přináší mateřství v adolescenci?

Jak již bylo zmíněno, mateřství bylo pro participantky velkou změnou. Tato změna nezahrnovala pouze pozitivní aspekty, ale i ty negativní. Participantky nebyly na roli matky dostatečně připravené. Do nové role a životního období byly vrženy a musely se popasovat s novými výzvami. Negativní prožitek uváděný většinou participantek byl pocit samoty. I když participantky nějakou podporu ze strany okolí měly, stejně měly pocit, že jsou na všechno samy. Prohloubení samoty a pocity smutku v ženách vyvolával i fakt, že musí zůstat doma s dítětem a nemůžou se jít ven bavit s přáteli. Tyto pocity byly vyváženy pozitiviv mateřství a zároveň se v průběhu mateřství postupně vytrácely. Silná potřeba matky ukazovala na to, že participantky ještě nebyly ve fázi, kdy byly plně odpoutané od primární rodiny. Proto se negativní prožitky mnohdy týkaly i nedostatečné opory z její strany.

V necelé polovině participantek začaly vyvstávat předtím nepoznané pocity strachu a obav. Participantky měly strach z toho, že se o dítě špatně postarají, nepoznají, co dítě potřebuje, nedokáží ho utišit. Dvě ženy pak měly strach ze svého přítele, jelikož docházelo v jejich domácnosti k domácímu násilí.

Některým ženám se po porodu změnila postava, což těžce nesly tři respondentky. Nelíbilo se jim již přibírání během těhotenství a nárůst váhy a změna postavy po porodu je trápila. Tyto participantky měly před otěhotněním velmi štíhlou a dívčí postavu, samy sobě se kvůli změně těla přestaly líbit.

Participantky byly v prvních měsících až letech těhotenství a mateřství dospělými a dětmi zároveň. Musely řešit složité a vážné věci a situace, zodpovídat za dítě, zároveň však musely poslouchat své rodiče, případně se řídit příkazy z dětského domova, po dobu nezletilosti byly také pravidelně kontrolovány OSPODem, což některým participantkám vadilo.

Jak již bylo zmíněno, mnohé participantky kvůli těhotenství nedostudovaly střední školu a vzdaly se i části dospívání. Svého rozhodnutí nechat si dítě nelitovaly, uvědomovaly si však, že kvůli nedokončené škole mají horší vyhlídky na dobře ohodnocené zaměstnání.

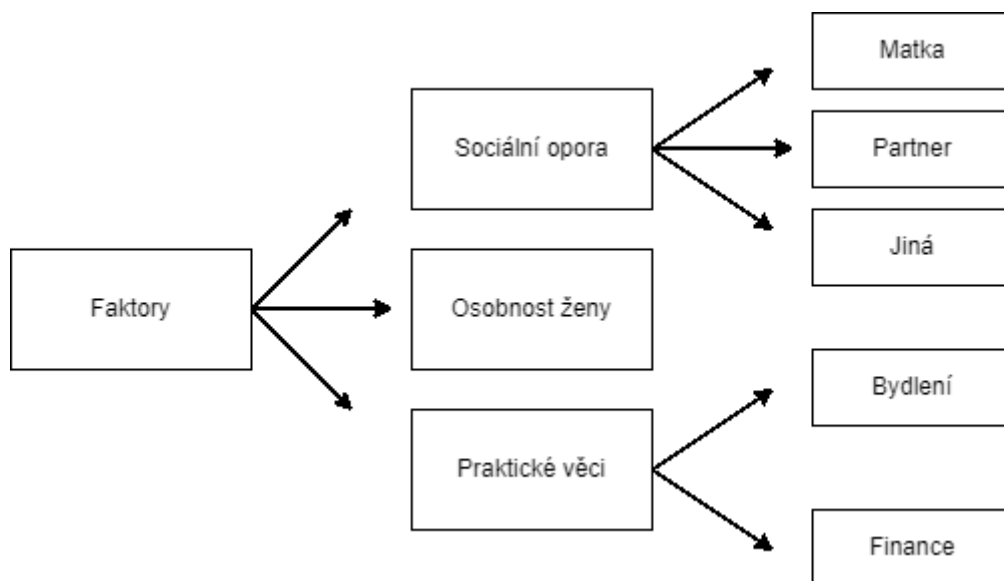
Jaké faktory vnímají ženy během těhotenství a mateřství jako důležité?

Faktory důležité pro období těhotenství a mateřství můžeme rozdělit do tří kategorií (viz schéma č. 1). První kategorií je sociální opora, jejíž přítomnost byla stěžejní jak během těhotenství, tak i během mateřství. Nejdůležitější byla potřeba podpory matky. Participantky, které ji neměly, svou zkušenost vnímaly jako obtížnější. Podpora ze strany partnera pak byla významná hlavně během mateřství, kdy již participantky se svým přítelem bydlely. Sociální opora byla oceňovaná i ze strany rodiny přítele, především tchyně, otce, starší sestry, tety nebo pracovníků z dětského domova.

Druhá kategorie pojímá praktické věci, jako bydlení a dostatek financí. V mateřství bylo pro participantky stěžejní mít zázemí, tedy vhodné bydlení, kde budou bydlet společně s přítelem. Nezanedbatelné bylo pro participantky i to, aby je finančně podporoval partner, případně rodiče. Pokud byly ženy finančně podporovány, případně žily v dětském domově, nebyly v prvních letech mateřství finance problémem. Zároveň se však participantky se svými partnery nebránily ani využívání finančních půjček. Finanční problémy se vyskytovaly u dvou žen, jejichž partner peníze utrácel mimo jiné za návykové látky.

Do třetí kategorie můžeme zařadit osobnost žen a jejich postoj k životu. Participantkám pomáhal vypořádávat se se všemi změnami pozitivní přístup k životu a nadhled. Tři čtvrtiny participantek braly život takový, jaký je, přijímaly to, co přichází a díky tomu se s těhotenstvím a mateřstvím lépe popasovaly. Participantky nelitovaly toho, co se stalo, reflektovaly sice určité chyby jako nevyužívání antikoncepce nebo nedostatečnou vyspělost, přesto však byly rády za to, co se stalo a kam je to dovedlo.

Schéma č. 1: Důležité faktory během těhotenství a mateřství



7 DISKUZE

Cílem této diplomové práce bylo zmapování těhotenství nezletilých romských žen a jejich zkušenosti s prvními roky mateřství. V této kapitole budeme postupně prezentovat výzkumná zjištění, která zasadíme do širších teoretických souvislostí a srovnáme je s jinými studii dané oblasti. Upozorníme na limity práce, poukážeme na její přínosy a také navrhneme témata pro další výzkum.

Pomocí analýzy dat jsme postupně vymezili osm tematických okruhů: důvody vedoucí k těhotenství ženy, reakce na zjištění těhotenství, dopady těhotenství a mateřství, aspekty usnadňující zvládnání těhotenství a mateřství, pozitivní prožitky v mateřství, negativní prožitky v těhotenství a mateřství, vliv věku, vzkaz pro děti. Díky těmto okruhům a dílčím podtématům jsme postupně zodpověděli výzkumné otázky.

Zásadním důvodem, kvůli kterému participantky otěhotněly, bylo žádné nebo nepravidelné využívání antikoncepčních metod. Všechny ženy měly informace o formách antikoncepce ze školy, některé navíc ještě od matky nebo od gynekoložky. Přesto si pod pojmem antikoncepce představovaly pouze její hormonální typy. Zajímavé je, že žádná z žen neuvedla jako zdroj informací kamarádku či sestru. Jedna participantka nepravidelně užívala hormonální antikoncepci, ostatní participantky s přítelem někdy využívaly tzv. přerušovanou soulož, což je metoda značně nespolehlivá, i když stále využívaná (Weiss et al. 2010). Ženy zmiňovaly, že si myslely, že zkrátka neotěhotní. Vliv na toto mínění může mít několik faktorů.

Nabízí se otázka, jak moc kvalitní byla sexuální výchova ve škole a případně v rodině, kde by také v ideálním případě měla probíhat (Fisher & Škoda, 2009/2014; Hamanová & Hellerová, 2000). Již Matějček (1996/2013) uvádí, že se doma prevence v oblasti sexuality formuje ve třech rovinách. Během budování důvěry a citového vztahu mezi dítětem a rodičem, během přirozeného pozorování rodičů a během přijímání informací, vědomostí a znalostí. Jaký byl vztah během celého dětství mezi ženami a jejich rodiči je těžké až nemožné usuzovat, nicméně z výpovědí vyplývá, že nadpoloviční většina participantek se v dětství starala o své mladší sourozence. Jakoby ženy roli matky zastávaly ještě mnohem dříve, než se matkami opravdu staly. Informace z rodiny, konkrétně od matky, měla pouze necelá polovina participantek, což se jeví jako nízký podíl. Svou roli

v přesvědčení participantek, že neotěhotní, mohl hrát i tzv. adolescentní egocentrismus, což je fenomén spojovaný s pocitem výjimečnosti a nezranitelnosti (Dolejš et al., 2014; Elkind, 1967). Sanberg a Jacobs (1971) popisují psychologické důvody, které mohou vysvětlovat, proč ženy neužívají antikoncepci, i když nechtějí být těhotné. Příčinou může být popření možnosti otěhotnění (které jsme již nastínili pomocí adolescentního egocentrismu), nebo popření účinnosti antikoncepce. Některé páry také ztotožňují partnerskou lásku s ochotou riskovat (Sanberg & Jacobs, 1971).

Mnozí autoři se shodují na tom, že na užívání antikoncepce sexuálně aktivními adolescentními dívkami má vliv jejich postoj k těhotenství. Brückner (2004) uvádí, že neohroženější otěhotněním jsou dívky s pozitivním postojem k těhotenství, které spadají obvykle do nižší socioekonomické skupiny, mají nižší kognitivní schopnosti a méně znalostí o formách antikoncepce. Také dle Ryana a jeho kolegů (2007) jsou negativní názory na těhotenství a větší důvěra v antikoncepci spojeny se zvýšenou pravděpodobností konzistentního užívání antikoncepce. Participantky na zjištění své gravidity reagovaly spíše radostně, zdá se tedy, že postoj participantek k jejich případnému těhotenství byl spíše pozitivní. Na kladný nebo spíše kladný postoj k těhotenství ukazuje i to, že participantky téměř nezvažovaly možnost umělého přerušování těhotenství. Důvodem postoje proti umělému přerušování těhotenství, který zmiňovaly participantky, byla víra nebo strach z neplodnosti. Zdá se, že svou roli hrála i rodina, jelikož dítě bylo bráno jako významná hodnota. Podstatný byl pravděpodobně i vliv vrstevníků, jenž je v období adolescence značný (Vágnerová, 2005; Langmeier & Krejčířová, 2018). Participantky navštěvující učiliště znaly dívky ze své třídy nebo vyšších ročníků, které se také ještě během středoškolského studia staly matkami. Více než polovina participantek měla také ve své rodině ženy (sestry či sestřenice), které otěhotněly jako nezletilé. Těhotenství v nezletilosti se tak mohlo jevit participantkám jako norma. Dle mnohých výzkumů je existence těhotné dospívající sestry rizikovým faktorem pro početí v nízkém věku (Miller 2001; Wall-Wieller et al., 2016).

Některé participantky nechtěly užívat hormonální antikoncepci kvůli strachu z přibírání nebo kvůli nedostatku financí. V našem výzkumném souboru se neužívání antikoncepce z důvodu financí týkalo pouze jedné participantky, nicméně z Dlouhodobého monitoringu romských komunit v České republice vyplývá, že romské dospívající dívky hormonální antikoncepci právě z finančních důvodů neužívají (Kašparová et al., 2008). Je otázkou, zda by finanční úleva přiměla participantky antikoncepci užívat. Antikoncepce

dospívajících by měla být totiž nejen účinná, ale i bezpečná a finančně dostupná. Zdarma je antikoncepce pro mladistvé například ve Francii či ve Švédsku (Koliba, 2014).

Důvodem, který přispěl k neužívání antikoncepce, případně k nezabývání se myšlenkami na případné těhotenství, může být i romská mentalita. Romům je přisuzováno preferování prožitku, respektive uspokojení fyziologických potřeb na úkor všeho ostatního, a silná orientace na přítomnost (Bakalář, 2004; Prokešová, 2010). Sexuální a reprodukční zdraví dospívajících je úzce spojeno s jejich konkrétním sociálním, kulturním a ekonomickým prostředím (Morriw & Rushwan, 2015). Dle mnohých autorů (Ogori et al., 2013; Rowlands, 2010; Sedgh et al., 2014) je silná asociace těhotenství náctiletých se sociálním znevýhodněním či horším socioekonomickým zázemím, přičemž Romové mezi tzv. sociálně vyloučené skupiny patří (Navrátil, 2003), dle Vlády ČR (2021) žije v sociálně vyloučených lokalitách až 80 % Romů.

Na závěr diskuze o užívání antikoncepce bychom chtěli připomenout jednu participantku, která se souboru vymykala a jako jediná otevřeně přiznala svůj tajný plán otěhotnět kvůli připoutání a udržení přítele. Graviditu jako nástroj k manipulaci vztahu popisuje i Vágnerová (2000).

Zajímavé a místy překvapivé odpovědi přineslo mapování reakcí žen a jejich okolí na zjištění těhotenství. Nečekané bylo, že bezprostřední emocí objevující se jako reakce na zjištění byla u nadpoloviční většiny participantek radost. Důvodem by mohlo být vyrovnání se svým vrstevnicím nebo demonstrování dospělosti, které také patří k období adolescence (Kabíček et al., 2014; Uzel & Kovář, 2010.). Kromě radosti pociťovaly ženy i šok a strach z nutnosti sdělení informace rodičům. Leifer (2004) uvádí, že se u mladých matek objevují strach a obavy, které začínají už v momentě zjištění, strach mohou mít ze sdělování informace rodičům. Objevují se pocity méněcennosti, strach z ostudy i z problémů ve vztahu s otcem dítěte. Participantky kromě strachu výše zmíněné pocity nepopisovaly. Zajímavá reakce přišla i ze stran přítele a rodičů ženy, těhotenství vnímali v nadpoloviční většině pozitivně. Okamžik oznámení těhotenství rodičům byl pro čtvrtinu participantek zásadní, jelikož jim bylo po určitou dobu zakázáno se stýkat s přítelem. Důvod neznáme, nicméně i na tomto příkladu lze vidět, že participantky byly svými rodiči zásadně ovlivňované, pravděpodobně z toho důvodu, že ještě nebyly dospělé.

Těhotenství mělo vliv na ukončení studia žen, respektive na jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Nízké vzdělání bývá v mnohých výzkumech spojováno s těhotenstvím v nízkém

věku, někdy bývá označováno jako příčina, jindy jako důsledek (Coyne & D'Onofrio, 2012; Macleod, 2002; Robson & Berthouda, 2003; Sedgh et al., 2014). Z analýzy našich dat vyplývá, že nedokončení střední školy (a tedy nízké vzdělání) bylo důsledkem těhotenství. Kdyby ženy neotěhotněly, pravděpodobně by školu dostudovaly. Svého nedostudování ženy nepřímo litovaly, hlavně kvůli vlivu na možnost najít si perspektivní či finančně dobře ohodnocené zaměstnání. Jak zmiňuje Lee (2010), dospívající matky zastávají zřejmě kvůli jejich relativně nízkému vzdělání málo prestižní zaměstnání. Pro dospívající matky to znamená také nižší příjem a větší pracovní nespokojenost.

Z výzkumů vyplývá, že ženy, které otěhotní během dospívání, zůstávají často samy, bez partnera (Robson & Berthoud, 2003; Leifer, 2004). Toto se v našem výzkumu nepotvrdilo. I když dvě participantky byly přítelem po sdělení svého těhotenství opuštěny, což se i dle Leifera (2004) stává, nezůstaly dlouho samy, brzy si našly přítele nového.

Pro ženy bylo mateřství velkou změnou. Byla to změna pozitivní, která ochránila dvě ženy od závislosti na drogách, byla to změna, která všechny ženy dovedla k větší zodpovědnosti a dospělosti. Dvě ženy se pak v průběhu prvních let vymanily z domácího násilí a opustily partnera. Výsledky se shodují se zjištěním Aliho a kolegů (2013). Mateřství má moc nalézt smysluplnost v životě ženy-matky a vede též k zvýšení statusu v dané komunitě. Sílu spojenou s mateřstvím může žena uplatnit při motivaci k životní změně, touto změnou může být přestání zneužívání návykové látky nebo vymanění se z domácího násilí. Pro novopečené matky bývá mateřství zdrojem napětí mezi ztrátou sebe a rozšířením identity. Dle Colemana (2006) či Shanoka a Millera (2007) však v populaci mladých, chudých matek může být mateřství prožíváno téměř výhradně jako zvýšená příležitost k expanzi sebe sama. Mateřství v tomto případě vede k pocitu zodpovědnosti, ženy pocítují větší respekt, úctu k sama sobě. U této skupiny žen sledujeme menší napětí mezi ztrátou sebe sama a rozšířením identity než u žen z většinové společnosti. Participantky také prožívaly radost z dětí, z toho, co už umí i z toho, že díky dětem už nejsou samy, někdo je má rád. Podle výzkumu Rzechowske a Dacke (2015) založeném na výpovědích náctiletých matek je mateřství událost výrazně urychlující vývoj. Dívky díky této zkušenosti objevují bezpodmínečnou lásku, stávají se zodpovědnějšími, nezávislejšími a cítí se více oceňované. Participantky bezesporu rychleji díky mateřství dospěly a staly se více zodpovědnými, zároveň však stále potřebovaly svou matku, její podporu či rady. Shanok a Miller (2007) zmiňují, že důležitou roli v období těhotenství i mateřství dívek hrají babičky a jiné „mentorky“. S tímto musíme souhlasit, jelikož potřeba matky byla u participantek velice

silná a její podpora zásadní. I když byly v partnerském vztahu, matka byla hlavně v období těhotenství důležitější. Může to být z důvodu věku žen a jejich nepřipravenosti na novou roli i z důvodu nedostatečně kvalitního partnerského vztahu. Romantické vztahy hrají během období adolescence důležitou roli, slouží především k rozvoji jedince. Aby však mohli oba partneři rozvíjet svůj potenciál, dosahovat osobních i společných cílů, zažívat společnou pohodu, musí dosáhnout určitých kognitivních, emocionálních a behaviorálních dovedností (Gómez-López, 2019). Soudit dovednosti participantek a jejich partnerů však z důvodu nedostatečného zmapování tohoto aspektu nelze.

Těhotná dívka či dospívající matka čelí současně výzvě související s její novou rolí, ale zároveň prochází vývojovými úkoly adolescence (Tebb & Brindis, 2022). Participantky během těhotenství stále musely poslouchat rodiče a byly na nich závislé, což se jim nelíbilo, byly též kontrolovány orgánem sociálně právní ochrany dětí.

Negativním prožitkem pocíťovaným ženami jak v období těhotenství, tak i v období mateřství, byl pocit samoty a také smutku, že nemůžou chodit ven s kamarády. Toto ukazuje na nepřipravenost na mateřství a také na období adolescence, ve kterém je trávení času s vrstevníky opravdu důležitým aspektem.

Polovině žen bylo diagnostikováno rizikové těhotenství, další čtvrtina trpěla silnými nevolnostmi a bolestmi zad. Právě zdravotní rizika bývají v kontextu nezletilého těhotenství často popisována. Těhotenství mladistvých jsou častěji zatížena zdravotními komplikacemi, zmiňován je především předčasný porod (Jeha et al., 2015; Staroňová & Adam, 2016). Všechny participantky prožily náročný až traumatický porod. Nečekaly tak velkou bolest, nikdo je nepřipravil na samotný průběh. Nelze říct, jestli by vyšší věk tomuto zamezil, nicméně by pravděpodobně měly alespoň větší množství informací.

Mimo zmíněnou sociální oporu bylo důležitým aspektem usnadňujícím zvládnutí těhotenství a mateřství bydlení a dostatek financí. I tady se nabízí, že kdyby bylo mateřství o pár let odloženo, mohly by již mít ženy zázemí vybudované a nemusely by se jím tolik zabývat. Překvapivé bylo, že u tří čtvrtin žen nebyl nedostatek financí problémem, nicméně braní finančních půjček nevnímaly negativně a problematicky.

Jaké má otěhotnění během dospívání vliv na psychiku není jednoznačné (Corcoran, 2016). Bývá spojováno s depresemi, zneužíváním návykových látek i posttraumatickou stresovou poruchou (Hodgkinson et al., 2013). Dle Estrina a kolegů (2019) jsou těhotné ženy mezi 16 a 24 lety vystaveny velmi vysokému riziku rozvoje duševních poruch. Naše

výsledky se však shodují spíše s výzkumem Xaveira a kolegů (2017), dle kterého nebylo těhotenství náctiletých spojeno se zvýšeným rizikem vysokého psychického stresu nebo zvýšené konzumace alkoholu. Důležitější byly širší sociální a zdravotní okolnosti.

Ženám ke zvládnání těhotenství a mateřství pomáhal také jejich specifický přístup k životu. Přijímaly život takový, jaký je. Jak již bylo zmíněno, Romům je přisuzována silná orientace na přítomnost, žijí teď a tady (Bakalář, 2004) a právě toto nastavení mohlo být rizikovým faktorem početí v nezletilosti, ale zároveň i faktorem protektivním, pomáhajícím ženám novou a náročnou situaci zvládnout.

Zajímavým zjištěním také je, že tři čtvrtiny participantek vnímaly mateřství v nízkém věku pozitivně nebo neutrálně. Přesto však spontánně většina z nich vyslovila přání, aby jejich dcery zahájily svůj sexuální život později, užívaly antikoncepci a věk jejich mateřství byl mírně vyšší. Zdá se, že mateřství ženám přineslo mnoho dobrého, proto svého rozhodnutí nelitovaly. Zároveň si však uvědomují, že by situace mohla být ideálnější a ony připravenější. Ženy by si pro své děti přály lepší budoucnost, lepší bydlení a více finančních prostředků. Vyšší vzdělání pro děti zmiňováno nebylo. Strataki a Petrogiannis (2020) zkoumali aspirace a očekávání řeckých romských matek ohledně vzdělání jejich dětí. V souladu s předchozím výzkumem tato studie ukázala, že řecké romské matky si uvědomovaly důležitost školní docházky a pozitivní vliv, který by mohla mít na životy jejich dětí, pokud jde o vzestupnou sociální mobilitu a zlepšení jejich životní úrovně. Domníváme se, že si participantky význam vzdělání uvědomují, může však docházet k bludnému kruhu, který se dle Mareše (1999, in Brutovská, 2017) týká spíše segregovaných romských komunit. Nicméně výpovědi participantek ukazují na to, že v době, kdy samy chodily do školy, pro ně studium nebylo prioritou. Když dítě pravidelně nechodí do školy, zaostává za svými spolužáky, je od školy odcizené. Nedostatek znalostí, žádné nebo malé vzdělání, nesmyslné trávení volného času, i to může vést k brzkému založení rodiny, která přináší alespoň nějakou jistotu. Ať už finanční ve formě sociálních dávek nebo psychologickou - rodina jako základ, smysl či budoucnost. Brzké zakládání rodin vede k prohlubování chudoby, k půjčování peněz, a tak vzniká nekonečný bludný kruh (Mareš, 1999, in Brutovská, 2017).

Limity výzkumu

Práce má několik limitů. V našem výzkumu mohlo dojít ke zkreslení kvůli zvolené metodě výběru participantek. Účastnice výzkumu byly vybírány pomocí

nepravděpodobnostních metod, konkrétně pomocí metody sněhové koule, metody příležitostného výběru a samosběru. Nadpoloviční většina participantek byla do výzkumu zapojena díky metodě sněhové koule. Nepravděpodobnostní výběr může vést k menší diverzitě výzkumné skupiny. Vzhledem k poměrně citlivému tématu můžeme také předpokládat, že se do výzkumu zapojí spíše ty ženy, jejichž zkušenost s těhotenstvím v nezletilosti a následném mateřství je dobrá. Jelikož se jednalo o retrospektivní výzkum a participantky reflektovaly svou minulou zkušenost, může mít vliv na získaná data jejich (nezáměrné) zkreslení vzpomínek. Limitem je i relativně malý počet participantek. Přes snahu autorky však většina oslovených organizací případně žen se neměla zájem do výzkumu zapojit.

Limitem může být i vnímání Romů jako homogenní skupiny. Participantky se hlásily k romské menšině, nicméně jsme dále cíleně nezkoumaly, zda patří i do určité subskupiny, zda patří do komunity (rodiny) postižené špatnou socio-ekonomickou situací. Z výpovědí participantek se však zdálo, že participantky mezi sebou nemají v tomto ohledu výraznější rozdíly.

Vliv na výzkum mohla mít i osobnost a postoj autorky práce, jež při kvalitativním výzkumu interagovala s účastníky a zároveň vstupovala i do procesu zpracování dat. Přes autorčinu snahu o nestrannost, nezaujatost a reflektování tématu nelze vyloučit vliv na participantky a na analýzu dat.

Omezená zobecnitelnost získaných dat na populaci vyplývá i ze samotné podstaty kvalitativního výzkumu, přesto se domníváme, že výzkum může sloužit jako inspirace pro další výzkumy, kvalitativní či kvantitativní.

Přínos práce a náměty pro další výzkum

Práce upozorňuje na fenomén nezletilého těhotenství a mateřství romských žen v České republice. Domníváme se, že hlavní výzkumné cíle byly naplněny. Výsledky práce objasňují některé důvody vedoucí k těhotenství, následky i významné faktory, které ženám v tomto období pomohly. Tato zjištění mohou pomoci především odborníkům zabývajícím se prevencí v oblasti sexuality a reprodukčního zdraví. Práce může být přínosná i pro pracovníky z dětských domovů nebo azylových domů pro matky s dětmi či dětské praktické lékaře.

V dalším výzkumu bychom doporučili zaměřit se na podrobnější zmapování rodiny, ze které ženy pocházejí. Zajímavá zjištění by mohla přinést i longitudinální studie, díky níž by mohly být lépe zodpovězeny otázky týkající se případného zaměstnání a finanční stránky.

Výzkum by se jistě mohl zaměřit i na kvalitativní zmapování zkušenosti dětí narozených nezletilým matkám.

8 ZÁVĚR

V této kapitole představíme hlavní závěry, které jsou formulovány na základě analýzy dat.

- Participantky byly v době otěhotnění v partnerském vztahu, se svým přítelem nepoužívaly pravidelně žádnou antikoncepční metodu.
- Těhotenství bylo u většiny participantek neplánované. Umělé přerušování těhotenství nebylo více zvažováno z důvodu víry, strachu z případné neplodnosti, hodnotového nastavení i vlivu sociálního okolí.
- Po zjištění těhotenství došlo k proměně partnerského vztahu participantek. Polovina participantek se svým přítelem plánovala společnou budoucnost a byla podporována, čtvrtině participantkám byl na určitou dobu rodiči zakázán kontakt s jejich přítelem, s další čtvrtinou participantek se jejich přítel ihned po oznámení těhotenství rozešel.
- Těhotenství participantek mělo vliv na jejich studium a zaměstnání. 75 % participantek v době otěhotnění studovalo. Kromě jedné respondentky z této skupiny docházely všechny ženy na učiliště, zbylá respondentka pak měla těsně před nástupem na něj. Kvůli těhotenství tato respondentka na střední školu nenastoupila, další žena studium přerušila a dostudovala později, ostatní studium předčasně ukončily. Dvě participantky byly zaměstnané, z toho jedna své zaměstnání musela opustit kvůli rizikovému těhotenství.
- Participantky pociťovaly po zjištění svého těhotenství nejčastěji radost, ta byla mnohdy doplněna šokem a strachem z nutnosti sdělit tuto informaci rodičům a strachem ze zvládnutí nové situace. Pro většinu participantek bylo oznámení těhotenství rodičům obtížné. Rodiče participantek měli z těhotenství své dcery v nadpoloviční většině případů radost. Radost byla doprovázena obvykle i podporou. Méně často se pak objevilo rozzlobení se na dceru, někteří rodiče byli proti tomu, aby měla jejich dcera dítě. Přítel (otec dítěte) byl ve většině případů také první člověk, který o těhotenství své přítelkyně věděl. Reakce přítele byla ve více než polovině případů pozitivní, radostná a podporující.
- Polovině participantek bylo diagnostikováno rizikové těhotenství, další čtvrtina zažívala silné nevolnosti a trpěla bolestmi zad. Pro všechny participantky byl porod náročnou a traumatickou zkušeností.

- Participantky mateřství vnímaly jako pozitivní změnu, která je dovedla k větší zodpovědnosti a dospělosti, což se projevovalo v náhledu na život, ve vedení domácnosti či hospodaření s financemi. Polovina participantek se díky dítěti necítila osaměle. Pozitivní prožitky spjaté s mateřstvím se týkaly hlavně radosti z dítěte, z toho, že je, z jeho vývoje.
- Mateřství participantek zahrnovalo množství negativních prožitků. Participantky nebyly na roli matky dostatečně připravené. Většina participantek zažívala pocit samoty. U necelé poloviny participantek začaly vyvstávat předtím nepoznané pocity strachu a obav z toho, že se o dítě špatně postarají, nepoznají, co dítě potřebuje, nedokáží ho utišit. Negativní prožitky pak byly u některých participantek spojené se změnou tělesných proporcí v těhotenství a po porodu nebo s nedostatečnou podporou ze strany matky či s násilím ze strany přítele.
- Důležitým faktorem v období těhotenství a mateřství byla sociální opora. Nejdůležitější byla potřeba podpory matky. Participantky, které ji neměly, svou zkušenost vnímaly jako obtížnější. Podpora ze strany partnera nabyla významu v době společného bydlení. Neméně důležité bylo vybudované zázemí, existence vhodného bydlení a dostatku financí bylo zásadní. Při zvládnutí těhotenství a mateřství pomáhal také pozitivní přístup k životu a nadhled.
- Polovina participantek vnímá brzký věk svého těhotenství a mateřství jako výhodu. Díky nízkému věku jsou participantky svým dětem blízko, také budou mít své mateřské povinnosti brzy splněné. Jako nevýhodu pocítují participantky nedostudování střední školy a s tím spojené horší vyhlídky na dobré zaměstnání.

SOUHRN

Tato diplomová práce se zabývá těhotenstvím a mateřstvím romských nezletilých žen. Porodnost nezletilých žen v Evropě je ovlivněna především porodností dívek z etnických menšin a skupin s nižší sociálně-ekonomickou úrovní, specificky ve východní Evropě je porodnost nezletilých neúměrně vyšší u romské menšiny (UNFPA, 2013; Staroňová & Adam, 2016). V České republice se v roce 2019 narodilo náctiletým dívkám necelých 2 500 dětí (ÚZIS, 2019). Těhotenství náctiletých je považováno za celospolečenský problém vyvolávající obavy o fyzické i psychické zdraví mladých žen a jejich dětí (Mezmuer et al., 2020).

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. **Teoretická část** je členěna do tří kapitol. První kapitola se věnuje Romům v České republice. Popisujeme v ní historii romské menšiny, reflektujeme vztah majority k Romům, jejich vzdělání i romskou rodinu a způsob výchovy.

Ve druhé kapitole se zabýváme vybranými aspekty adolescence. Nejprve adolescenci vymezujeme a pak se zaměřujeme na identitu dívek v kontextu biologických změn, na kognitivní a emoční vývoj. Podstatná část kapitoly je věnována vztahům v období adolescence, především těm partnerským a také sexualitou adolescentů.

Třetí kapitola teoretické části s názvem „Těhotenství a mateřství nezletilých žen“ se zabývá příčinami a důsledky těhotenství, zmiňujeme i prevenci a možná řešení těhotenství. Na závěr objasňujeme problematiku přechodu k mateřství.

Výzkumná část si kladla za cíl zmapovat těhotenství nezletilých romských žen a jejich zkušenosti s prvními roky mateřství. Cílem výzkumu bylo popsat pozitivní a negativní psychické prožitky týkající se tohoto fenoménu, popsat okolnosti, které vedly k otěhotnění ženy, zaměřit se na to, co jí tato zkušenost dala i naopak vzala. Zajímalo nás rovněž, jaké faktory byly pro ženy v tomto období potřebné.

Na základě výzkumného problému jsme vymezili následující výzkumné otázky:

1. Jaké jsou důvody a okolnosti, které vedly k otěhotnění v nezletilosti?
2. K jakým změnám v životě ženy došlo po zjištění otěhotnění?
3. Jaké obtíže zažívaly ženy během těhotenství?

4. K jakým změnám došlo po porodu dítěte?
5. Jaké pozitivní prožitky přináší mateřství v adolescenci?
6. Jaké negativní prožitky přináší mateřství v adolescenci?
7. Jaké faktory vnímají ženy během těhotenství a mateřství jako důležité?

Pro realizaci výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup a design případové studie. Výběr výzkumného souboru byl proveden pomocí nepravděpodobnostních metod, konkrétně pomocí metody sněhové koule, metody příležitostného výběru a samosběru. Výzkumný soubor tvořilo 8 participantek ve věku 20 – 28 let, kterým se mezi 15. a 17. rokem narodilo dítě a jejich nejstaršímu dítěti bylo v době interview nejméně 3 roky a nejvíce 12 let.

Data byla získávána pomocí polostrukturovaného interview, přepsána do textové podoby a zpracována pomocí tematické analýzy formou tužka-papír. Analýzou bylo vymezeno osm tematických okruhů: důvody vedoucí k těhotenství ženy, reakce na zjištění těhotenství, dopady těhotenství a mateřství, aspekty usnadňující zvládnutí těhotenství a mateřství, pozitivní prožitky v mateřství, negativní prožitky v těhotenství a mateřství, vliv věku, vzkaz pro děti. Na základě těchto okruhů a dílčích podtémat jsme zodpověděli výzkumné otázky.

Participantky byly v době otěhotnění v partnerském vztahu, se svým přítelem nepoužívaly pravidelně žádnou antikoncepční metodu. Těhotenství bylo u většiny participantek neplánované. Umělé přerušování těhotenství z mnohých důvodů nezvažovaly. Po zjištění těhotenství začala polovina participantek se svým přítelem plánovat společnou budoucnost a byla podporována, čtvrtině participantkám byl na určitou dobu rodiči zakázán kontakt s jejich přítelem, s další čtvrtinou participantek se jejich přítel ihned po oznámení těhotenství rozešel. Těhotenství participantek mělo vliv na jejich studium. Kvůli těhotenství mnohé participantky ukončily studium na střední škole, nebo na ni nenastoupily.

Participantky pociťovaly po zjištění svého těhotenství nejčastěji radost, ta byla mnohdy doplněna šokem a strachem z nutnosti sdělit tuto informaci rodičům a strachem ze zvládnutí nové situace. Pro většinu participantek bylo oznámení těhotenství rodičům obtížné. Reakce rodičů, stejně jako reakce partnerů participantek, byli spíše pozitivní.

Polovině participantek bylo diagnostikováno rizikové těhotenství, další čtvrtina zažívala silné nevolnosti a trpěla bolestmi zad. Pro všechny participantky byl porod náročnou a traumatickou zkušeností.

Participantky mateřství vnímaly jako pozitivní změnu, která je dovedla k větší zodpovědnosti a dospělosti, což se projevovalo v náhledu na život, ve vedení domácnosti či hospodaření s financemi. Polovina participantek se díky dítěti necítila osaměle. Pozitivní prožitky spjaté s mateřstvím se týkaly hlavně radosti z dítěte, z toho, že je. Polovina participantek vnímá brzký věk svého těhotenství a mateřství jako výhodu.

Důležitým faktorem v období těhotenství a mateřství byla sociální opora. Nejdůležitější byla podpora matky. Participantky, které ji neměly, svou zkušenost vnímaly jako obtížnější. Podpora ze strany partnera nabyvala významu v době společného bydlení. Neméně důležité bylo vybudované zázemí, existence vhodného bydlení a dostatku financí. Při zvládnutí těhotenství a mateřství pomáhal participantkám také pozitivní přístup k životu a nadhled.

Výzkum má řadu limitů. Jedním z nich může být malý počet participantek a jejich výběr pomocí nepravděpodobnostních metod. Výsledky práce objasňují některé důvody vedoucí k těhotenství, následky i významné faktory, které ženám v tomto období pomohly. Tato zjištění mohou pomoci především odborníkům zabývajících se prevencí v oblasti sexuality a reprodukčního zdraví nebo pro odborníky pracující s těhotnými mladými dívkami či mladými matkami a jejich dětmi.

LITERATURA

- Ali, D. S., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., & Willingham, M. M. (2013). 'I became a mom': Identity changes in mothers receiving public assistance. *Journal of Social Service Research, 39*(5), 587-605.
- American Psychological Association. (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Angelini, V., & Mierau, J. O. (2018). Late-life health effects of teenage motherhood. *Demographic Research, 39*, 1081-1104.
- Avery, L., & Lazdane, G. (2008). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe?. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 13*(1), 58-70. doi:10.1080/13625180701617621
- Bakalář, P. (2004). *Psychologie Romů*. Votobia.
- Balázs, P., Rákóczi, I., Grenzner, A., & Foley, K. L. (2013). Risk factors of preterm birth and low birth weight babies among Roma and non-Roma mothers: a population-based study. *The European Journal of Public Health, 23*(3), 480-485. doi:10.1093/eurpub/cks089
- Barn, R., & Mantovani, N. (2007). Young mothers and the care system: Contextualizing risk and vulnerability. *British Journal of Social Work, 37*(2), 225-243. doi:10.1093/bjsw/bcl002
- Bartlová, P. (2007). Nekteré aspekty identity matky. *Ceskoslovenska Psychologie, 51*(3), 301.
- Bednářová, Z. (2016). Právní postavení nezletilých rodičů [Nepublikovaná magisterská diplomová práce]. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Bobak, M., Dejmek, J., Solansky, I., & Sram, R. J. (2005). Unfavourable birth outcomes of the Roma women in the Czech Republic and the potential explanations: a population-based study. *BMC Public Health, 5*(1), 1-6.
- Bonell, C. (2004). Why is teenage pregnancy conceptualized as a social problem? A review of quantitative research from the USA and UK. *Culture, Health & Sexuality, 6*(3), 255–272. doi:10.1080/13691050310001643025

- Boonstra, H. (2002). *Teen pregnancy: Trends and lessons learned*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brindis, C. D., Decker, M. J., Gutmann-Gonzalez, A., & Berglas, N. F. (2020). Perspectives on adolescent pregnancy prevention strategies in the united states: looking back, looking forward. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 11, 135.
- Brooks-Gunn, J., & Matthews, W. S. (1979). *He & she: how children develop their sex role identity*. Prentice Hall.
- Brown, B. B. (n.d.). "You're Going Out with Who?": Peer Group Influences on Adolescent Romantic Relationships. *The Development of Romantic Relationships in Adolescence*, 291–329. doi:10.1017/cbo9781316182185.013
- Brückner, H., Martin, A., & Bearman, P. S. (2004). Ambivalence and pregnancy: adolescents' attitudes, contraceptive use and pregnancy. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 36(6), 248-257. doi:10.1111/j.1931-2393.2004.tb00029.x
- Brutovská, G. (2017). *Current problems of poor Roma communities*. http://konferenciapp.ku.sk/konferencia-02svk/prilohy/message_of_john_paul_II_2016.pdf#page=24.
- Card, J. J., & Wise, L. L. (1978). Teenage mothers and teenage fathers: The impact of early childbearing on the parents' personal and professional lives. *Family planning perspectives*, 10(4), 199-205. doi:10.2307/2134267
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
- Coleman, L., & Cater, S. (2006). 'Planned' teenage pregnancy: Perspectives of young women from disadvantaged backgrounds in England. *Journal of youth studies*, 9(5), 593-614. doi:10.1080/13676260600805721
- Corcoran, J. (2016). Teenage pregnancy and mental health. *Societies*, 6(3), 21. doi:10.3390/soc6030021

- Coyne, C. A., & D'Onofrio, B. M. (2012). Some (but not much) progress toward understanding teenage childbearing: A review of research from the past decade. *Advances in child development and behavior*, 42, 113-152. doi:10.1016/b978-0-12-394388-0.00004-6
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- Český statistický úřad. (n.d.). *Výsledky sčítání 2021*. Získáno 30. 7. 2022 z <https://www.czso.cz/csu/scitani2021/vysledky-prvni>
- Diabelková, J., Rimárová, K., Urdzik, P., Dorko, E., & Bušová, A. (2018). Risk factors of preterm birth and low birth weight neonates among Roma and non-Roma mothers. *Central European journal of public health*, 26(Supplement), 25-31.
- Dimitrova, R., Johnson, D. J., & van de Vijver, F. J. (2018). Ethnic socialization, ethnic identity, life satisfaction and school achievement of Roma ethnic minority youth. *Journal of Adolescence*, 62, 175-183.
- Dolejš, M. (2010). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Skopal, O., & Suchá, J. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child development*, 1025-1034. doi:10.2307/1127100
- Erikson, E. H. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka* (J. Šimek, Překladatel; 2. vydání). Portál. (Původně vydáno 1999)
- Estrin, G. L., Ryan, E. G., Trevillion, K., Demilew, J., Bick, D., Pickles, A., & Howard, L. M. (2019). Young pregnant women and risk for mental disorders: findings from an early pregnancy cohort. *BJPsych Open*, 5(2).
- Fait, T. (2012). *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. Maxdorf.
- Fifková, H., Weiss, P., Procházka, I., Cohen-Kettenis, P. T., Pfäfflin, F., Jarolím, L., Veselý, J., & Weiss, V. (2008). *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity* (2. vydání). Grada. (Původně vydáno 2002)

- Fischer, S., & Škoda, J. (2014). *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Grada.
- Formanová, T. (2014). *Systém poskytování pomoci nezletilým matkám s dětmi v ČR* [Nepublikovaná absolventská práce]. Caritas Olomouc.
- Gedlu, M. (1998). The position of the Roma in Central Europe. *Prague: Institute of International Relations in co-operation with the Ministry of Foreign Affairs of the Czech Republic*.
- Geržová, M. H. (2007). Antikoncepce a adolescentka. *Pediatric pro praxi*, 8(1), 20-23.
- Gómez-López, M., Viejo, C., & Ortega-Ruiz, R. (2019). Well-being and romantic relationships: A systematic review in adolescence and emerging adulthood. *International journal of environmental research and public health*, 16(13), 2415. doi:10.3390/ijerph16132415
- Gregorová, P., Weiss, P., Unzeitig, V., & Cibula, D. (2010). Antikoncepční chování českých žen–výsledky národního výzkumu. *Ceska Gynekol*, 75(2), 141-148.
- Guardia, A. C. L., Nelson, J. A., & Lertora, I. M. (2014). The impact of father absence on daughter sexual development and behaviors: Implications for professional counselors. *The Family Journal*, 22(3), 339-346. doi:10.1177/1066480714529887
- Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2011). *Applied thematic analysis*. Sage publications.
- Guimarães, A. M., Bettiol, H., Souza, L. D., Gurgel, R. Q., Almeida, M. L. D., Ribeiro, E. R. D. O., ... & Barbieri, M. A. (2013). Is adolescent pregnancy a risk factor for low birth weight?. *Revista de saude publica*, 47, 11-19. doi:10.1590/s0034-89102013000100003
- Hájek, Z. (2004). *Rizikové a patologické těhotenství*. Grada.
- Hamanová, J., & Hellerová, P. (2000). Syndrom rizikového chování v dospívání (1. část). *Československá pediatrie*, 55(6), 380-387.
- Havlin, M. (2017). Riziko tromboembolické nemoci mladistvých uživatelék hormonální antikoncepce–aktuální pohled–2. díl. *Pediatric pro praxi*, 18(6), 348-351.
- Heale, R., & Twycross, A. (2018). What is a case study?. *Evidence-based nursing*, 21(1), 7-8.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.

- Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., Macaluso, M., & Marks, J. S. (2010). The protective effect of family strengths in childhood against adolescent pregnancy and its long-term psychosocial consequences. *The Permanente Journal*, 14(3), 18.
- Hodgkinson, S., Beers, L., Southammakosane, C., & Lewin, A. (2013). Addressing the Mental Health Needs of Pregnant and Parenting Adolescents. *Pediatrics*, 133(1), 114–122. doi:10.1542/peds.2013-0927
- Horváthová, J. (2002). *Kapitoly z dějin Romů*. NLN, Nakladatelství Lidové noviny.
- Horvátová, R. (2021, 29. října). *Antikoncepce, menstruace, předčasné rodičovství. O tom je potřeba podle romské porodní asistentky „v ghettech“ mluvit*. HateFree Culture. <https://www.hatefree.cz/clanky/antikoncepce-menstruace-predcasne-rodicovstvi-o-tom-je-potreba-podle-romske-porodni-asistentky-v-ghettech-mluvit>
- Hoskovcová, S. (2006). *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Grada.
- Hudson, F., & Ineichen, B. (1991). *Taking it lying down: sexuality and teenage motherhood*. Bloomsbury Publishing.
- Chrenková, M. (2010). *Gravidita a mateřství nezletilých dívek v České republice*. [Nepublikovaná dizertační práce]. Ostravská univerzita v Ostravě.
- Jakoubek, M., & Hirt, T. (Eds.). (2004). *Romové: kulturologické etudy: (etnopolitika, příbuzenství a sociální organizace)*. Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.
- Janošová, P. (2008). *Dívčí a chlapecká identita: vývoj a úskalí*. Grada.
- Jeha, D., Usta, I., Ghulmiyyah, L., & Nassar, A. (2015). A review of the risks and consequences of adolescent pregnancy. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 8(1), 1–8. doi:10.3233/npm-15814038
- Jones, M. C., & Furman, W. (2010). Representations of romantic relationships, romantic experience, and sexual behavior in adolescence. *Personal Relationships*, 18(1), 144–164. doi:10.1111/j.1475-6811.2010.01291.x
- Jutte, D. P., Roos, N. P., Brownell, M. D., Briggs, G., MacWilliam, L., & Roos, L. L. (2010). The Ripples of Adolescent Motherhood: Social, Educational, and Medical Outcomes for Children of Teen and Prior Teen Mothers. *Academic Pediatrics*, 10(5), 293–301. doi:10.1016/j.acap.2010.06.008
- Kabíček, P., Csémy, L., & Hamanová, J. (2014). *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Triton.

- Kašparová, I., Ripka, Š., & Sidiropulu Janků, K. (2008). *Dlouhodobý monitoring situace romských komunit v České republice - moravské lokality*. Úřad vlády České republiky, Kancelář Rady vlády České republiky pro záležitosti romské komunity.
- Kirchengast, S. (2016). Teenage pregnancies: a worldwide social and medical problem. *An Analysis of Contemporary Social Welfare Issues*, 13. doi:10.5772/65462
- Koliba, P. (2014). Antikoncepce u mladistvých - aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi*, 15(6), 348-351.
- Koliba, P., Weiss, P., Němec, M., & Dibonová, M. (2019). *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Grada.
- Kráčmarová, D. (2014). *Ethnonyma Rom a Cikán v českém jazykovém prostředí: Ethnonyms "Rom" and "Cikán" in Czech language culture*. Univerzita Karlova v Praze.
- Kristensen, J., Langhoff-Roos, J., & Kristensen, F. B. (1995). Idiopathic preterm deliveries in Denmark. *Obstetrics & Gynecology*, 85(4), 549-552.
- Kroger, J. (2006). *Identity development: Adolescence through adulthood*. Sage publications.
- Kubrichtová, L. (2005, 22. května). *Sexuální výchova*. Metodický portál RVP. <https://clanky.rvp.cz/clanek/o/z/247/SEXUALNI-VYCHOVA.html>
- Kuzníková, I. (2011). *Sociální práce ve zdravotnictví*. Grada.
- Lacinová, L., Michalčáková, R., & Masopustová, Z. (2008). Láska je láska: představy a zkušenosti patnáctiletých adolescentů. *E-psychologie*, 2(3), 16-29.
- Laney, E. K., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., & Willingham, M. M. (2015). Becoming a Mother: The Influence of Motherhood on Women's Identity Development. *Identity*, 15(2), 126-145. doi:10.1080/15283488.2015.1023440
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2018). *Vývojová psychologie* (3. vydání). Grada.
- Leeper, C., & Anderson, K. J. (1997). Gender development and heterosexual romantic relationships during adolescence. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1997(78), 85-103. doi:10.1002/cd.23219977808
- Lee, D. (2010). The early socioeconomic effects of teenage childbearing: A propensity score matching approach. *Demographic Research*, 23, 697-736.
- Leifer, G. (2004). *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Grada.
- Leontiyeva, Y. (2006). *Menšinová problematika v ČR: komunitní život a reprezentace kolektivních zájmů: (Slováci, Ukrajinci, Vietnamci a Romové)*. Sociologický ústav AV ČR.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Portál.
- Macek, P., & Lacinová, L. (Eds.). (2006). *Vztahy v dospívání*. Barister & Principal.

- Macleod, C. (2002). Economic security and the social science literature on teenage pregnancy in South Africa. *Gender & Society, 16*(5), 647-664.
- Madigan, S., Wade, M., Tarabulsky, G., Jenkins, J. M., & Shouldice, M. (2014). Association between abuse history and adolescent pregnancy: a meta-analysis. *Journal of Adolescent Health, 55*(2), 151-159. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.05.002
- Machová, J., & Hamanová, J. (2002). *Reprodukční zdraví v dospívání*. H & H.
- Machová, J., & Kubátová, D. (2015). *Výchova ke zdraví* (2., aktualizované vydání). Grada.
- Manlove, J., Ryan, S., & Franzetta, K. (2007). Contraceptive use patterns across teens' sexual relationships: The role of relationships, partners, and sexual histories. *Demography, 44*(3), 603-621.
- Manning, W. D., Longmore, M. A., & Giordano, P. C. (2000). The Relationship Context of Contraceptive Use at First Intercourse. *Family Planning Perspectives, 32*(3), 104. doi:10.2307/2648158
- Marceau, K., Ram, N., & Susman, E. J. (2014). Development and Lability in the Parent-Child Relationship During Adolescence: Associations With Pubertal Timing and Tempo. *Journal of Research on Adolescence, 25*(3), 474-489. doi:10.1111/jora.12139
- Margherita, G., Troisi, G., Tessitore, F., & Gargiulo, A. (2017). Teen mothers who are daughters of teen mothers: Psychological intergenerational dimensions of early motherhood. *Children and Youth Services Review, 83*, 294-301.
- Matějček, Z. (2013). *Co, kdy a jak ve výchově dětí* (6. vydání). Portál. (Původně vydáno 1996)
- Matoušek, O., Kodymová, P., & Koláčková, J. (Eds.). (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (2. vydání). Portál. (Původně vydáno 2005)
- Matušková, L. (2021, 14. června). *Jak se Romové cítí ve většinové společnosti*. Akademie věd České republiky. <https://www.avcr.cz/cs/veda-a-vyzkum/socialne-ekonomicke-vedy/Jak-se-Romove-citi-ve-vetsinove-spolecnosti-Vedce-zajima-romska-perspektiva/>
- Melgosa, J. (2005). *Žít naplno: Kniha o dospívání* (M. Hlouch & E. Kašíková, Překladatel). Advent-Orion.
- Mezmur, H., Assefa, N., & Alemayehu, T. (2021). Teenage pregnancy and its associated factors in eastern Ethiopia: a community-based study. *International Journal of Women's Health, 13*, 267.

- Miller, B. C., Benson, B., & Galbraith, K. A. (2001). Family Relationships and Adolescent Pregnancy Risk: A Research Synthesis. *Developmental Review, 21*(1), 1–38. doi:10.1006/drev.2000.0513
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2010, 2. dubna). *III. Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách*. <https://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/doporuceni-msmt-k-realizaci-sexualni-vychovy-v-zakladnich>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Mollborn, S., & Morningstar, E. (2009). Investigating the Relationship between Teenage Childbearing and Psychological Distress Using Longitudinal Evidence. *Journal of Health and Social Behavior, 50*(3), 310–326. doi:10.1177/002214650905000305
- Morris, J. L., & Rushwan, H. (2015). Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 131*, 40-42. doi:10.1016/j.ijgo.2015.02.006
- Možný, I. (2008). *Rodina a společnost* (2. vydání). Sociologické nakladatelství (SLON).
- Navrátil, P. (2003). *Romové v české společnosti: jak se nám spolu žije a jaké má naše soužití vyhlídky*. Portál.
- Nečas, C. (2002). *Romové v České republice včera a dnes* (5. vydání). Univerzita Palackého v Olomouci. (Původní vydání 1993)
- Nečas, C. (2008). *Historický kalendář: dějiny českých Romů v datech* (2. přepracované a rozšířené vydání). Univerzita Palackého v Olomouci. (Původně vydáno 1997)
- Noll, J. G., Shenk, C. E., & Putnam, K. T. (2008). Childhood Sexual Abuse and Adolescent Pregnancy: A Meta-analytic Update. *Journal of Pediatric Psychology, 34*(4), 366–378. doi:10.1093/jpepsy/jsn098
- Novotná, V. (2014). Rodinné právo v novém občanském zákoníku (2.) Poměry mezi rodiči a dítětem, určování rodičovství. *Právo a rodina, 1-6*.
- Ogori, A. F., Shitu, F., & Yunusa, A. R. (2013). The cause and effect of teenage pregnancy: case of Kontagora Local Government Area in Niger state Northern part of Nigeria. *International open journal of educational research, 1*(7), 1-15.
- Pinto e Silva, J. L. (1998). Pregnancy during adolescence: Wanted vs. unwanted. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 63*, S151-S156. doi:10.1016/s0020-7292(98)00198-2

- Podolinská, T. (2017). Roma in Slovakia-silent nad invisible minorit:(Social Networking and Pastoral Pentecostal Discourse as a case of giving voice and positive visibility). *Slovak Ethnology/Slovensky Narodopis*, 65(2), 135-157.
- Prokeš, L. (n.d.). *Svobodná, těhotná, nezletilá žena*. Získáno 25. července 2022 z <https://www.ustinadorlici.cz/cs/clanky/60-urad/zivotni-situace/2958-svobodna-tehotna-nezletila-zena>
- Prokešová, M. (2010). *Romové, otázky a hledání odpovědí*. Repronis.
- Quinlivan, J. A., Tan, L. H., Steele, A., & Black, K. (2004). Impact of demographic factors, early family relationships and depressive symptomatology in teenage pregnancy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(4), 197-203.
- Rambousková, J., Dlouhý, P., Křížová, E., Procházka, B., Hrnčířová, D., & Anděl, M. (2009). Health Behaviors, Nutritional Status, and Anthropometric Parameters of Roma and Non-Roma Mothers and Their Infants in the Czech Republic. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(1), 58–64. doi:10.1016/j.jneb.2008.04.360
- Renzetti, C. M., & Curran, D. J. (2003). *Ženy, muži a společnost*. Karolinum.
- Robson, K., & Berthoud, R. (2003). *Early motherhood and disadvantage: a comparison between ethnic groups* (No. 2003-29). ISER Working Paper Series.
- Rowlands, S. (2010). Social predictors of repeat adolescent pregnancy and focussed strategies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 24(5), 605-616.
- Ryan, S., Franzetta, K., & Manlove, J. (2007). Knowledge, Perceptions, and Motivations for Contraception. *Youth & Society*, 39(2), 182–208. doi:10.1177/0044118x06296907
- Ryan, J., Roman, N. V., & Okwany, A. (2015). The effects of parental monitoring and communication on adolescent substance use and risky sexual activity: A systematic review. *The Open Family Studies Journal*, 7(1).
- Rzechowska, E., & Dacka, M. (2016). Experiencing and the realization of motherhood by teenage mothers. *Health Psychology Report*, 4(1), 24-40. doi:10.5114/hpr.2015.51316
- Říčan, P. (2021). *Cesta životem: vývojová psychologie* (4. doplněné vydání). Portál. (Původně vydáno 1990)
- Salmela-Aro, K. (2011). Stages of adolescence. In *Encyclopedia of adolescence* (pp. 360-368). Academic press.
- Sandberg, E. C., & Jacobs, R. I. (1971). Psychology of the misuse and rejection of contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 110(2), 227-239. doi:10.1016/0002-9378(71)90610-7

- Sedgh, G., Finer, L. B., Bankole, A., Eilers, M. A., & Singh, S. (2015). Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends. *Journal of Adolescent Health, 56*(2), 223–230. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.09
- Shanok, A. F., & Miller, L. (2007). Stepping up to motherhood among inner-city teens. *Psychology of Women Quarterly, 31*(3), 252-261.
- Schavel, M., Čisecký, F., & Oláh, M. (2010). *Sociálna prevencia* (3. vydání). VŠ ZaSP sv. Alžbety.
- Skasková, P. (2011). *Cesty k rodičovství nezletilých matek*. XXVIII. Psychologické dny: Cesty psychologie a psychologie cest. <https://docplayer.cz/26673491-Cesty-k-rodicovstvi-nezletilych-matek.html>
- Skasková, P. (2012). *Mateřství nezletilých dívek* [Nepublikovaná dizertační práce]. Univerzita Karlova.
- Sloupová, M. (2022, 17. srpna). *Konec menstruační chudobě*. A2larm. https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/menstruacni-chudoba-pirati-volby-statni-sprava-hmotnych-rezerv.A220816_151117_domaci_misl
- Smith, J., & Oakley, D. (2005). Why Do Women Miss Oral Contraceptive Pills? An Analysis of Women's Self-Described Reasons for Missed Pills. *Journal of Midwifery & Women's Health, 50*(5), 380–385. doi:10.1016/j.jmwh.2005.01.011
- Snopek, M., & Hublová, V. (2008). Sociální opora a její vztah k životní spokojenosti, sebehodnocení a osobnosti u adolescentu: rodové rozdíly. *Československá psychologie, 52*(5), 500.
- Staroňová, E., & Adam, J. (2016). Tehotenstvo mladistvých, realita a riziká: Teenage pregnancy [i.e. pregnancy] - the risks and reality. *Slovenská gynekológia a pôrodnictvo: časopis Slovenskej gynekologicko-pôrodnickej spoločnosti, 23*(2), 98-104.
- Strataki, I., & Petrogiannis, K. (2020). Greek Roma mothers' relationship with education: aspirations and expectations regarding the educational future of their children. *Contemporary Social Science, 1–14*. doi:10.1080/21582041.2020.1850848
- System poskytování pomoci nezletilým matkám s dětmi v ČR Formanová, 2014., CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc, absolventská práce
- Šauerová, S. (2011). *Kdo jsem? ...Aneb děti ze smíšených vztahů* [Nepublikovaná diplomová práce]. Masarykova univerzita.
- Šulová, L., Fait, T., & Weiss, P. (2011). *Výchova k sexuální reprodukčnímu zdraví*. Maxdorf.

- Tamkins, T. (2004). Teenage pregnancy risk rises with childhood exposure to family strife. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 36(2), 88.
- Tebb, K. P., & Brindis, C. D. (2022, January). Understanding the Psychological Impacts of Teenage Pregnancy through a Socio-ecological Framework and Life Course Approach. In *Seminars in Reproductive Medicine*. Thieme Medical Publishers, Inc..
- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.
- Tither, J. M., & Ellis, B. J. (2008). Impact of fathers on daughters' age at menarche: A genetically and environmentally controlled sibling study. *Developmental Psychology*, 44(5), 1409–1420. doi:10.1037/a0013065
- Tolli, M. V. (2012). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies. *Health Education Research*, 27(5), 904–913. doi:10.1093/her/cys055
- Trad, P. V. (1995). Mental health of adolescent mothers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(2), 130-142. doi:10.1097/00004583-199502000-00008
- Trávníčková, E. (2012). *Těhotenství nezletilých a jeho důsledky na psychosociální vývoj* [Nepublikovaná diplomová práce]. Masarykova univerzita.
- Trusinová, M. (2022, 22. srpna). *Menstruace není bavorák. Kudy z menstruační chudoby?* A2larm. <https://a2larm.cz/2022/08/menstruace-neni-bavorak-kudy-z-menstruacni-chudoby/>
- UNFPA. (2013). *Motherhood in Childhood*. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013.pdf>
- UNICEF. (2021). *Early childbearing can have severe consequences for adolescent girls*. <https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent-health/>
- Unucková, M. (2007). *Žijí mezi námi: historie a současnost Romů*. Sdružení Romů severní Moravy.
- Uzel, R. (2006). *Sexuální výchova*. Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Uzel, R., & Kovář, P. (2010). *Antikoncepční otazníky: o antikoncepci převážně vážně*. CAT Publishing.
- ÚZIS ČR. (2021). *Narození a zemřelí do 1 roku 2019*. <https://www.uzis.cz/res/f/008354/narzem2019.pdf>
- ÚZIS ČR. (2022). *Potraty 2020*. <https://www.uzis.cz/res/f/008377/potraty2020.pdf>

- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Portál.
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Karolinum.
- Vazsonyi, A. T., Liu, D., Beier, J., & Blatny, M. (2020). Neighborhood effects on internalizing and externalizing problems, and academic competence: a comparison of Roma and non-Roma adolescents. *International Journal of Public Health*. doi:10.1007/s00038-020-01425-z
- Vláda České republiky. (2005). *Zpráva o stavu romských komunit v České republice 2004*. <https://www.vlada.cz/cz/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/zprava-o-stavu-romskych-komunit-v-ceske-republice-za-rok-2004-20260/>
- Vláda České republiky. (2021, 19. října). *Zpráva o stavu romské menšiny za rok 2020*. <https://www.vlada.cz/assets/ppov/zalezitosti-romske-komunity/aktuality/Zprava-o-stavu-romske-mensiny-2020.pdf>
- Vlček, J., Fialová, D., & Vytřísalová, M. (2014). *Klinická farmacie*. Grada.
- Wall-Wieler, E., Roos, L. L., & Nickel, N. C. (2016). Teenage pregnancy: the impact of maternal adolescent childbearing and older sister's teenage pregnancy on a younger sister. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1). doi:10.1186/s12884-016-0911-2
- Weed, K., & Nicholson, J. S. (2015). Differential social evaluation of pregnant teens, teen mothers and teen fathers by university students. *International journal of adolescence and youth*, 20(1), 1-16.
- Weinerová, R. (2014). *Romové a stereotypy: výzkum stereotypizace Romů v Ústeckém kraji*. Karolinum.
- Weiss, P. (2010). *Sexuologie*. Grada.
- Weiss, P., & Zvěřina, J. (2001). *Sexuální chování v ČR - situace a trendy*. Portál.
- Wellings, K. (2001). Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries. *Country report for Great Britain: Occasional Report*, (6).
- Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (1999). Early conduct problems and later risk of teenage pregnancy in girls. *Development and psychopathology*, 11(1), 127-141.
- World Health Organization. (2000). *Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health used in the WHO regional office for Europe* (No. EUR/00/5017822). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Xavier, C. G., Brown, H. K., & Benoit, A. C. (2018). Teenage pregnancy and long-term mental health outcomes among Indigenous women in Canada. *Archives of women's mental health*, 21(3), 333-340.

- Yermachenko, A., & Dvornyk, V. (2014). Nongenetic determinants of age at menarche: a systematic review. *BioMed research international*. doi:10.1155/2014/371583
- Zákon č. 66/1986 Sb., rady o umělém přerušení těhotenství. Česká republika.
- Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Česká republika.
- Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. Česká republika.
- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Česká republika.
- Zákon č. 363/2021 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Česká republika.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Informovaný souhlas
4. Náborový leták
5. Schéma interview

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Těhotenství a mateřství nezletilých romských žen v Moravskoslezském kraji

Autor práce: Bc. Markéta Korbelová

Vedoucí práce: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Počet stran a znaků: 98 stran, 211 782 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 168

Abstrakt (800–1200 zn.):

Cílem této práce je zmapovat těhotenství nezletilých romských žen a jejich zkušenosti s prvními roky mateřství. Důraz je kladen na popsání pozitivních a negativních psychických prožitků, popsání okolností, které vedly k otěhotnění ženy, zaměření se na pozitivní i negativní stránky tohoto fenoménu. Zajímá nás rovněž, jaké faktory byly pro ženy v tomto období potřebné. Výzkum je realizován s využitím kvalitativního přístupu a designu případové studie. Výzkumný soubor tvoří 8 participantek, které byly vybrány na základě stanovených kritérií pomocí nepravděpodobnostních metod. Data jsou získána metodou polostrukturovaného interview a zpracována tematickou analýzou. Z výzkumu vyplývá, že participantky byly v době otěhotnění v partnerském vztahu, se svým přítelem nepoužívaly pravidelně žádnou antikoncepční metodu. Polovině participantek bylo diagnostikováno rizikové těhotenství. Těhotenství mělo vliv na předčasné ukončení jejich studia. Participantky vnímají mateřství jako pozitivní změnu. Důležitým faktorem v tomto období je sociální opora, především pak podpora matky.

Klíčová slova: těhotenství, mateřství, nezletilé ženy, adolescence

ABSTRACT OF THESIS

Title: Pregnancy and motherhood of underage Roma women in the Moravian-Silesian Region

Author: Bc. Markéta Korbelová

Supervisor: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Number of pages and characters: 98 pages, 211 782 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 168

Abstract (800–1200 characters):

The aim of the thesis is to map the pregnancy of underage Roma women and their experiences with the first years of motherhood. Emphasis is placed on describing positive and negative psychological experiences, describing the circumstances that led to a woman's pregnancy, focusing on the positive and negative aspects of this phenomenon. We are also interested in what factors were necessary for women in this period. The research is carried out using a qualitative approach and a case study design. The research group consists of 8 female participants who were selected based on established criteria using non-probability methods. The data are obtained by the semi-structured interview method and processed by thematic analysis. The research shows that the participants were in a romantic relationship and did not regularly use any contraceptive method with their boyfriend. Half of the participants were diagnosed with a high-risk pregnancy. The pregnancy had an effect on the early termination of their studies. The participants perceive motherhood as a positive change. An important factor in this period is social support, especially the support of the mother.

Key words: pregnancy, motherhood, minor women, adolescence

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Vážená paní,

obracím se na Vás s nabídkou účasti na výzkumném projektu zabývajícím se rodičovstvím romských žen v České republice.

Projekt je realizován Bc. Markétou Korbelovou (dále jen jako autorka výzkumu), pod vedením PhDr. Martina Dolejše, PhD., a pod záštitou Katedry psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Cílem výzkumu je popsat, z jakého důvodu dochází k těhotenství nezletilých romských žen, co v tomto období ženy potřebují a jak toto období prožívají.

Vaším úkolem bude zodpovědět na několik otázek týkajících se tohoto tématu. Rozhovor bude nahráván. Nahrávka rozhovoru nebude s nikým sdílena, ale během následujícího měsíce bude autorkou výzkumu přepsána a originál bude smazán. Přepis bude trvale zničen po ukončení výzkumného projektu. V práci budou prezentovány jen takové části rozhovoru, které nenaruší Vaši anonymitu.

Vaše účast ve výzkumu je dobrovolná a máte plné právo kdykoli odmítnout se jej účastnit (ať už před jeho začátkem nebo v jeho průběhu). Váš nesouhlas s účastí na výzkumu pro Vás nebude mít žádné nežádoucí důsledky.

V případě, že se rozhodnete pro účast ve výzkumu, máte stále právo kontaktovat autorku výzkumu se žádostí o zpětné vymazání veškerých Vašich údajů. To však můžete udělat nejpozději do 31. 10. 2022, po tomto datu budou provedeny závěrečné analýzy, které zpětné odstranění dat znemožní. Svým podpisem dále stvrzujete, že autorce výzkumu poskytnete následující údaje: Vaše pohlaví, Váš věk, Vaše vzdělání, Váš rodinný stav, datum a čas setkání. Tyto údaje budou pro účely výzkumu zpracovávány. Osobní údaje budou změněny tak, aby byla zachována jejich anonymita.

Já,, jsem byla seznámena s podstatou a účelem výzkumu Bc. Markéty Korbelové. Svým podpisem vyjadřuji souhlas s výše popsaným.

Datum:

Podpis:

Pro více informací mě neváhejte kontaktovat.

Bc. Markéta Korbelová

E-mail: XXXXXXXXXX

PROSBA O POMOC S VÝZKUMEM

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Korbelová, jsem studentkou psychologie na Univerzitě Palackého. V rámci své závěrečné diplomové práce mapuji zvládání těhotenství a následného rodičovství nezletilých romských žen. Práce by měla pomoci s pochopením tohoto období, zjištěním, co by ženy v takové situaci potřebovaly, co by jim pomohlo, a zároveň, co na tomto období bylo pozitivní a hezké.

Jste žena romského původu?

Měla jste dítě / děti jako nezletilá (mezi 15. – 17. rokem)?

Je Vašemu nejstaršímu dítěti nejméně 3 a nejvíce 12 let?

Pokud je odpověď na tyto otázky „ano“, nebo znáte někoho takového, napište / zavolejte (stačí prozvonit, zavolám zpět) na číslo [REDACTED]; nebo se ozvěte na e-mail [REDACTED].

Domluvíme se na **rozhovoru**, který bude probíhat na Vámi vybraném místě - trvat bude asi **60 minut** a bude zcela **anonymní**.

Odměna ve formě sladkostí.

Děkuji předem za Vaši ochotu a čas.



Příloha č. 5: Schéma interview

Datum:

Doba trvání:

Sociodemografické údaje

Jméno / kód:

Věk:

Počet dětí:

Věk, kdy žena porodila 1. dítě:

...další děti:

V době početí

- Status:

- Nejvyšší dosažené vzdělání:

- Rodinný stav / partnerský vztah:

- S kým sdílí domácnost:

Nyní

- Status:

- Nejvyšší dosažené vzdělání:

- Rodinný stav / partnerský vztah:

- S kým sdílí domácnost:

Polostrukturované interview

Okolnosti otěhotnění

1. Z jakého důvodu došlo k otěhotnění?

Bylo nebo nebylo plánované;

2. V jaké životní situaci jste se nacházela?

3. S kým jste otěhotněla?

V jakém jste byla vztahu s otcem dítěte?

4. Jak jste zjistila, že jste těhotná?

5. Jak jste reagovala?

Co jste prožívala, cítila?

Nad čím jste uvažovala?

Co jste dělala?

Komu jste to řekla?

Uvažovala jste o interrupci?

6. Jakým způsobem reagovalo okolí?

Rodina, otec dítěte, škola/práce

7. Co bylo nejtěžší?

8. Čeho jste se obávala?

9. Co nebo kdo Vám pomohl?

10. Co jste v té době, chvíli nejvíce potřebovala?

Těhotenství, porod

11. Jaká fáze těhotenství byla nejobtížnější?

12. Jak jste zvládala porod a první okamžiky mateřství - šestinedělí?

Jak jste to prožívala?

Co bylo náročné? Co by Vám pomohlo, aby to bylo lehčí?

Jaké věci byly pěkné, pozitivní?

Rodičovství - mateřství (první roky života dítěte - do asi 3 let věku)

13. Jaké pro Vás bylo vychovávat dítě?

14. Co vše se změnilo s příchodem dítěte?

Psychické prožitky

Partnerský vztah

Primární rodina

15. Co bylo pro vás ve výchově nejtěžší?

16. Kdo Vám pomáhal?

17. Odkud jste čerpala informace?

18. Co by Vám pomohlo, aby to bylo lehčí?

19. Jaké jsou výhody a nevýhody toho být mladou matkou?

Zhodnocení

20. Kdybyste měla říct, kdo jste byla tenkrát a kdo jste teď?

Co vše se změnilo?

Co Vám tato zkušenost dala?

Co Vám to vzalo?

21. Je ještě něco, co vás k tomuto tématu napadá? Napadá vás něco důležitého, na co jsem se nezeptala?