

OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ

DISERTAČNÍ PRÁCE

2010

Mgr. Monika Chrenková

OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ
FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ
KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

Gravidita a mateřství nezletilých dívek v České republice

DISERTAČNÍ PRÁCE

Autor práce: Mgr. Monika Chrenková
Školitel práce: Prof. PhDr. Jan Keller, CSc.

2010

UNIVERSITY OF OSTRAVA
FACULTY OF SOCIAL STUDIES
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

Gravidity and motherhood of teenage girls in Czech Republic

DISSERTATION

Author: Mgr. Monika Chrenková
Supervisor: Prof. PhDr. Jan Keller, CSc.

2010

OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ
Fakulta sociálních studií
Akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ DISERTAČNÍ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Mgr. Monika CHRENKOVÁ**
Osobní číslo: **S06000**
Studijní program: **P6731 Sociální politika a sociální práce**
Studijní obor: **Sociální práce**
Název tématu: **Gravidita a mateřství nezletilých dívek v České republice**
Téma anglicky: **Gravidity and motherhood of teenage girls in Czech Republic**
Zadávací katedra: **Katedra sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cílem disertační práce je zmapování nezletilé gravidity a následného mateřství v České republice v bio-psycho-sociálním kontextu a popis systému péče vztahujícího se k nezletilým těhotným dívkám a matkám.

V empirické rovině bude zkoumána nezletilá gravidita a mateřství integrovaným přístupem kladoucím si za cíl porozumění problematice těhotenství a mateřství nezletilých dívek.

Rozsah grafických prací:	
Rozsah pracovní zprávy:	30 tisíc slov
Forma zpracování disertační práce:	tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:	viz příloha

Vedoucí disertační práce:	Prof. PhDr. Jan Keller, CSc. Katedra sociální práce
Datum zadání disertační práce:	1. září 2009
Termín odevzdání disertační práce:	25. března 2010


Doc. PaedDr. Oldřich Chytil, Ph.D.
děkan




Mgr. Tomáš Šobán
vedoucí katedry

dne **22-10-2009**

Příloha zadání disertační práce

Seznam odborné literatury:

- Armstrong, B. Adolescent Pregnancy. s.305-338. In Gitterman, A. Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations. New York : Columbia University Press, 2001. Second Edition. 910 s. ISBN 0-231-11396-X.
- Curtis, R.,L., Coroles, Y. Pregnant and lovin? it. Arizona : H.P.Books 1990. 247s. ISBN 0-912656-82-4.
- Kučera, M. Závěr. s.135-141. In Fialová, L., Hamplová, D., Kučera, M. Představy mladých lidí o manželství a rodičovství. Praha : Sociologické nakladatelství, 2000. 163s. ISBN 80-85850-87-7.
- Labáth, V. a kol. Riziková mládež. Praha . Sociologické nakladatelství, 2001. 157s. ISBN 80-85850-66-4.
- Macek, P. Adolescence. Praha : Portál, 2003. Upravené vydání. 141 s. ISBN 80-7178747-7.
- Mareš, P., Potočný, P.,. Modernizace a česká rodina. Brno : Barrister & Principal, 2003. 348s. ISBN 80-86598-61-6.
- Matějček, Z. Co děti nejvíc potřebují. Praha : Portál, 2003. 3. vydání. 108s. ISBN 80-7178-853-8.
- Matějček, Z. Co, kdy a jak ve výchově dětí. Praha : Portál, 2000.3. vydání. 143s. ISBN 80-7178-494-X.
- Matějček, Z., Bubleová, V., Kovařík, J. Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace. Praha : Psychiatrické centrum, 1997. 69s. ISBN 80-85121-89-1.
- Matoušek, O. Ústavní péče. Praha : Sociologické nakladatelství., 1999. 2. rozš. a přepr. vydání. 159s. ISBN 80-85850-76-1.
- Matoušek O., Kroftová, A. Mládež a delikvence. Možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže. Praha : Portál, 1998. 336s. ISBN 80-7178-226-2.
- Plaňava, I., Pilát, . Děti, mládež a rodiny v období transformace. Brno : Barrister & Principal, 2002. 290s. ISBN 80-86598-36-5.
- Pondělíčková, J. : Nezralá sexualita. Praha : Avicenum, 1990. 139s. ISBN 80-01-20008-3.
- Schofield, G. The youngest mothers. Avebury : Asgate Publishing Limited, 1994. 137s. ISBN 1-85628-843-9.
- Weiss, P., Zvěřina, J. : Sexuální chování v ČR ? situace a trendy. Praha : Portál, 2001. 159s. ISBN 80-7178-558-X.

ABSTRAKT

Obsahem disertační práce je téma ***Gravidity a mateřství nezletilých dívek v České republice***, které v našich podmínkách představuje jev marginální a zároveň neprobádaný.

Cílem práce je *zmapování nezletilé gravidity a následného mateřství v České republice v bio-psycho-sociálním kontextu a chápání nezletilé gravidity a mateřství jako sociálního problému*; současně si předkládaná práce klade za cíl *popis systému péče vztahujícího se k nezletilým těhotným dívkám a matkám*.

Teoretické poznatky disertační práce jsou čerpány jak z oborů věd společenských tak přírodních. Práce je členěna do dvou částí – teoretické a metodologické. Teoretická část disertační práce se zabývá graviditou a mateřstvím nezletilých dívek z pohledu vývojového období dospívání v kontrastu k mateřství, nezralé sexuality z pozice prevence a kontracepce, bio-psycho-sociálního aspektu nezletilé gravidity a mateřství zahrnujícího původní prostředí nezletilých dívek a jejich sociální a materiální zázemí. Dále je popsán systém péče o nezletilé těhotné dívky a matky. V poslední kapitole teoretické části je pak řešena zvolená problematika v kontextu sociálního problému a sociální práce. Nezletilá gravidita a mateřství jsou reflektovány v souvislosti s přístupy a metodami sociální práce.

Obsahem metodologické části disertační práce je porozumění nezletilé graviditě a mateřství, pomocí integrované výzkumné strategie, za využití metody případové studie a rozhovoru jako základní techniky sběru dat. Získaná empirická data jsou podrobena analýze a interpretována v kapitole páté. Poslední kapitola metodologické části disertační práce pak uzavírá a ilustruje zvolenou problematiku třemi relevantními kazuistikami.

Klíčová slova:

Gravidita, mateřství, dospívání, nezletilost

ABSTRACT

The theme of dissertation is *Gravidity and motherhood of teenage girls in Czech Republic*, which presents marginal and unexplored phenomenon in czech conditions.

The goal of dissertation is *characterization of teenage gravidity and motherhood in bio-psycho-social context, and understanding teenage gravidity and motherhood as social problem*. At the same time another goal of presented dissertation consists *care system description, which is functioning in relation to teenage pregnant girls and mothers*.

Theoretical findings of dissertation are extracted of humanities and natural science fields. Dissertation structure is divided into two main parts – theoretical and methodological. Theoretical part of dissertation concerns to teenage gravidity and motherhood with the view of development epoche of adolescence, teenage sexuality in position of prevention and cotraception, bio-psycho-social aspects including original, social and material background of teenage girls. Further is defined care system of teenage pregnant girls and mothers. In the last chapter of theoretical part is solved selected theme in context of social problem and social work. Teenage gravidity and motherhood are reflected in relation to theories and methods of social work.

The content of methodological part of dissertation is formed by the integrative research which is aimed to understanding teenage gravidity and motherhood by the case study method and interview data collection technique. Acquired empirical data are analysed and their interpretation is found in chapter fifth. The last chapter of methodological part of dissertation is concluded and illustrated with three relevant case studies.

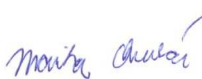
Keywords:

Gravidity, motherhood, adolescence, nonage

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému školiteli Prof. PhDr. Janu Kellerovi CSc. za vedení disertační práce, MUDr. Zdeňkovi Novotnému za cenné odborné rady, všem odborníkům z oblasti nezletilé gravidity a mateřství, kteří přispěli svými praktickými zkušenostmi a v neposlední řadě své rodině a blízkým za podporu, trpělivost a pochopení.

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Ostravě dne 20.3.2010


Mgr. Monika Chrenková

OBSAH

ÚVOD.....	12
I. TEORETICKÁ VÝCHODISKA	17
1. DOSPÍVÁNÍ VERSUS MATEŘSTVÍ.....	17
1.1. Vývojové období dospívání	17
1.1.1. Teoretická pojetí dospívání.....	19
1.1.2. Vývojové problémy dospívání.....	21
1.2. Pojímání mateřství.....	21
2. NEZRALÁ SEXUALITA.....	26
2.1. Projevy sexuálního chování v dětství a dospívání.....	26
2.2. Trestně-právní problematika sexuálního chování.....	29
2.2.1. Pohlavní zneužívání a znásilnění.....	30
2.3. Rizika nezralé sexuality.....	31
2.4. Zdroje informací vztahující se k lidské sexualitě.....	32
2.4.1. Rodina.....	34
2.4.2. Výchova k partnerství a rodičovství v rámci vzdělávacího systému.....	35
2.4.3. Vrstevníci.....	36
2.5. Kontracepční metody	37
3. NEZLETILÁ GRAVIDITA A MATEŘSTVÍ V BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍM KONTEXTU.....	40
3.1. Možnosti řešení nezletilé gravidity a reakce okolí.....	40
3.1.1. Interrupce	42
3.1.2. Náhradní rodinná péče	44
3.1.3. Mateřství	45
3.2. Těhotenství a mateřství v bio-psycho-sociální rovině.....	46
3.2.1. Prenatální období nezletilých dívek.....	47
3.2.2. Perinatální období nezletilých dívek.....	48
3.2.3. Postnatální období nezletilých matek	49
3.2.4. Nezralá rodičovství a děti nezletilých matek.....	50
3.3. Sociální zázemí nezletilých těhotných dívek a matek.....	51
3.3.1. Rodinné zázemí nezletilé dívky či matky	52
3.3.2. Partnerské vztahy a rodinné chování v nezletilosti.....	53
3.3.3. Materiální zázemí nezletilé dívky či matky	55
4. SYSTÉM PÉČE O NEZLETILÉ GRAVIDNÍ DÍVKY A MATKY V ČESKÉ REPUBLICE.....	59
4.1. Zařízení a instituce zajišťující pomoc nezletilým těhotným dívkám a matkám..	60
4.1.1. Síť školských ústavních zařízení	60
4.1.2. Zdravotnická zařízení	63
4.1.3. Zařízení sociálních služeb.....	65
4.1.4. Fond ohrožených dětí.....	66
4.1.5. Poradny a krizové telefonické linky pro ženy a dívky.....	67
4.2. Další formy pomoci nezletilým těhotným dívkám a matkám	68
4.2.1. Školní prostředí.....	69

4.2.2. Praktický lékař	70
4.2.3. Gynekolog.....	70
4.2.4. Sociální pracovník.	71
4.2.5. Sociální kurátor.....	71
4.2.6. Úřady práce a oddělení dávek pomoci v hmotné nouzi.....	73
4.2.7. Soudy.	73
4.2.8. Policie.	74

5. NEZLETILÁ GRAVIDITA A MATEŘSTVÍ V KONTEXTU SOCIÁLNÍHO PROBLÉMU A SOCIÁLNÍ PRÁCE	75
5.1. Vymezení sociálního problému	75
5.2. Nezletilá gravidita a mateřství jako sociální problém.....	76
5.3. Nezletilá gravidita a mateřství v kontextu sociální práce	79
5.3.1. Nezletilá gravidita a mateřství z pohledu přístupů v sociální práci.....	79
5.3.2. Nezletilá gravidita a mateřství z pohledu metod sociální práce	84

II. METODOLOGIE	88
------------------------------	-----------

1. PŘEDMĚT A CÍL VÝZKUMU	88
---------------------------------------	-----------

2. VÝZKUMNÁ STRATEGIE A METODA	89
2.1. Integrovaná výzkumná strategie	89
2.2. Kvantitativní a kvalitativní výzkumná strategie.....	90

3. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU A TECHNIKA SBĚRU DAT	93
3.1. Výzkumný vzorek č.1	93
3.2. Techniky sběru dat výzkumného vzorku č.1.....	94
3.3. Výzkumný vzorek č.2	96
3.4. Techniky sběru dat výzkumného vzorku č.2.....	97
3.5. Kazuistiky	98

4. ZPRACOVÁNÍ DAT A JEJICH ANALÝZA	99
---	-----------

5. INTERPRETACE A DISKUSE EMPIRICKÝCH DAT	100
5.1. Průběh těhotenství a mateřství nezletilých dívek a matek a možnosti řešení	100
5.1.1. Těhotenství.....	101
5.1.2. Reakce okolí a možnosti řešení	105
5.1.3. Porody.....	107
5.2. Sociální zázemí nezletilých těhotných dívek a matek	111
5.2.1. Původní prostředí.....	111
5.2.2. Současné sociální zázemí.....	113
5.2.3. Partnerství	118
5.3. Hodnocení životní situace a životní perspektivy	122
5.3.1. Hodnocení mateřství	123
5.3.2. Životní perspektivy	125
5.4. Výsledky z pozorování.....	127
5.4.1. Komunikační partnerky z ústavních zařízení.....	128
5.4.2. Komunikační partnerky s rodinným zázemím.....	129

6. KAZUISTIKY	130
6.1. Eva, r.1982	130
6.2. Petra, r.1991	134
6.3. Radka, r.1991	137
6.4. Diskuse poznatků	140
 ZÁVĚR	 143
 SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	 149
 SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ	 160
 SEZNAM SCHÉMAT	 160
 SEZNAM TABULEK.....	 161
 SEZNAM GRAFŮ	 161
 SEZNAM PŘÍLOH.....	 162

ÚVOD

Gravidita a mateřství nezletilých dívek¹ představuje v našich poměrech jev marginální. Tato skutečnost se promítá jak do roviny teoretické tak praktické. Teoretické neukotvení a nevymezení nezletilé gravidity a mateřství spočívá zejména v neexistenci ucelené publikace, nedostatku výzkumů a v neposlední řadě nedostatku literatury primárně se vztahující k danému tématu. Praktická nedostatečnost se projevuje zejména nejednotnou a roztříštěnou péčí, nízkou nabídkou služeb a zařízení pro nezletilé těhotné dívky a matky a zejména péčí nesystematickou.

Jedná se o multioborové téma zasahující do nejrůznějších oblastí společenských i přírodních disciplín. Současně je nezletilá gravidita a mateřství tématem citlivým, zejména ve vztahu k nezletilému věku těhotných dívek a matek (obzvláště pak těch mladších 15-ti let). Právě tyto skutečnosti mě motivovaly k výběru daného tématu.

Cílem disertační práce je zmapování nezletilé gravidity a následného mateřství v České republice v bio-psycho-sociálním kontextu a chápání nezletilé gravidity a mateřství jako sociálního problému; současně si předkládaná práce klade za cíl popis systému péče vztahujícího se k nezletilým těhotným dívkám a matkám.

V empirické rovině je zkoumána nezletilá gravidita a mateřství za použití integrované výzkumné strategie, pomocí níž můžeme zkoumat daný jev na základě využití prvků povahy kvantitativního i kvalitativního přístupu.

Cílem empirické části disertační práce je pak *porozumění nezletilé graviditě a mateřství v bio-psycho-sociálním kontextu v našich podmínkách*. Výzkumný cíl je dále charakterizován třemi dílčími výzkumnými otázkami.

V disertační práci byla primárně využita metoda deskripce, dále metoda analýzy a interpretace.

Přínos zpracování tohoto tématu spatřuji především ve „zviditelnění“ nezletilé gravidity a mateřství jako jevu byť marginálního, přesto se v našich podmínkách vyskytujícího a nedostatečně řešeného.

¹ Dále v textu také jako nezletilá gravidita a mateřství – termín převzat z anglicky psané literatury.

Práce by měla představovat ucelený přehled aktuálních informací vztahujících se k dané problematice. Mohla by sloužit jak odborníkovi pohybujícího se v oblasti péče o nezletilé těhotné dívky či matky, tak laikovi, jehož cílem je získání informací z této oblasti. V neposlední řadě také samotným aktérkám této problematiky – nezletilým těhotným dívkám a matkám.

Informace z oblasti nezletilé gravidity a mateřství jsou kusé a roztržité do mnoha rozličných sfér. Považuji tedy za velmi důležité a nosné **komplexní** uchopení zvolené problematiky, tedy její pojmání v bio-psycho-sociálním kontextu.

Uvědomuji si obtížnost komplexního uchopení zvolené problematiky, proto považuji za stěžejní zmiňovaná hlediska - sociální, psychické a biologické (zdravotní), „neboť psychické a sociální nelze oddělit od biologického“; všechny tyto oblasti se navzájem ovlivňují a doplňují. Zmiňované stěžejní aspekty jsou zohledněny v rámci celého obsahu disertační práce.

Jednotlivé kapitoly jsou vytvořeny na základě čerpání poznatků zejména z vědních oborů psychologie, sociologie, sociální práce, sexuologie, práva, demografie a jiných relevantních oborů.

Teoretická východiska disertační práce vycházejí ze tří stěžejních aspektů. **První aspekt** reprezentuje vývojové období **dospívání**, kterým nezletilé těhotné dívky a matky procházejí, v kontrastu s **mateřstvím** (zejména kapitola 1.). Dospívání je popisováno z hlediska jeho teoretických pojetí zastoupených např. teorií *Adolescence jako bouře a konfliktu* od autora Halla, dále pojmáním adolescence jako *období splnění vývojového úkolu*, např. epigenetický model Eriksona. Mateřství je řešeno např. z hlediska paradigmatu racionálního chování (Rabušic), z hlediska hodnoty dítěte (Matějček) či ve vztahu k dospívání (Schofield).

Druhý aspekt vychází z kauzality nezletilých těhotenství a mateřství, tedy z **nezralé sexuality** (zejména kapitola 2.). Zde se můžeme opřít o teorie a výzkumy z oblasti sexuálního chování (např. Weiss, Zvěřina), zejména pak sexuálního chování dospívajících (např. Pondělíčková-Mašlová, Langmeier a Krejčířová, Vágnerová). Od sexuality se dostáváme ke kontracepci a jejímu užití či neužití (např. Schofield).

Třetí aspekt se zaměřuje na pojmání nezletilé gravidity a mateřství jako **sociálního problému** (zejména kapitola 5.), k němuž obsahově disertační práce směřuje. V české literatuře můžeme nalézt spojitost nezletilé gravidity a mateřství s problémovým

a rizikovým chováním (např. Macek), se sociální deviací (např. Záškodná) či v souvislosti s osamělým rodičovstvím (Kodymová a Koláčková).

Struktura disertační práce je tvořena pěti kapitolami **teoretické části** v následující návaznosti. *První kapitola* provází vývojovým obdobím dospívání, představuje jeho teoretická pojetí a zabývá se mateřstvím ve vztahu k dospívání. *Druhá kapitola* se vztahuje k nezralé sexualitě a zaměřuje se tak na otázky právní a prevenci nezralé sexuality z pohledu vzdělávacího, rodinného a vrstevnického systému; samostatná podkapitole je pak věnována kontracepci. Ve *třetí kapitole* je nezletilá gravidita a mateřství řešena z hlediska bio-psycho-sociálního, zabývá se tedy možnostmi řešení nezletilého těhotenství, původním prostředím nezletilých dívek a matek a jejich sociálním a materiálním zázemím. *Čtvrtá kapitola* se věnuje již samotnému popisu systému péče o nezletilé těhotné dívky a matky. V *kapitole páté* je nezletilá gravidita a mateřství řešena v kontextu sociálního problému a sociální práce ve vztahu k přístupům a metodám sociální práce.

Na teoretickou část disertační práce navazuje šest kapitol **metodologické části** v této posloupnosti. *První, druhá a třetí kapitola* jsou věnovány vymezení výzkumných aktivit a zvolené výzkumné strategii, popisu výzkumného vzorku a technice sběru dat. *Čtvrtá kapitola* uvádí způsob zpracování dat a jejich analýzu. Interpretacím výsledků výzkumu je věnována pozornost v *kapitole páté*, kde jsou výsledné údaje také diskutovány. Poslední – *šestá kapitola* uzavírá a dokresluje zvolenou problematiku třemi kazuistikami popisujícími životní příběhy nezletilých těhotných dívek a matek.

Předložená disertační práce je svým obsahem v českých podmínkách ojedinělá, nenavazuje tedy na doposud obdobnou disertační práci či publikaci². Škála zahraničních zdrojů, zejména anglicky psaných, je značně široká, avšak na české podmínky, vzhledem ke specifičnosti tématu, téměř neaplikovatelná.

² Dle mé informovanosti se tematikou nezletilé gravidity a mateřství v našich podmínkách zabývala z hlediska rodinného chování nácilekých matek Renáta Vašková v rámci své disertační práce. Některé z jejich poznatků jsou obsahem mé práce.

Uvedení do problematiky nezletilé gravidity a mateřství

V České republice se nezletilá gravidita a mateřství týká přibližně 2000 nezletilých dívek ročně, z toho zhruba 1000 dívek ukončí těhotenství porodem. Porovnáme-li nezletilou graviditu a mateřství s jinými evropskými zeměmi, nezaupímá v našich podmínkách přední příčky, jak je tomu např. v Anglii, kde je tento jev značně rozšířen. Ve věku do 18-ti let rodí v Anglii 2x více dívek než je tomu v Německu, 3x více než ve Francii a 6x více než v Holandsku. V celosvětovém měřítku otěhotní neplánovaně 15 miliónů nezletilých dívek. (Kehl, 2004; ÚZIS, 2005, 2007, 2008)

Většina zdrojů (literatura, výzkum) zabývající se danou problematikou pochází právě z výše uvedených zemí. Taktéž systém péče o nezletilé gravidní dívky a matky, v zemích zastupujících přední příčky v dané problematice (např. Velká Británie, Německo), má určitou tradici a je řešen zejména z hlediska pedagogického a sociálního.

Nezletilá gravidita a mateřství má v České republice v porovnání s léty minulými klesající tendenci, což úzce souvisí se současnými demografickými procesy³. Zejména v 70. a 80. letech dosahovala porodnost nezletilých dívek vysokých hodnot. Pro tehdejší dobu byl typický podstatně nižší věk prvorodiček (i uzavírání prvního sňatku), než je tomu nyní (viz přílohy č.1.,2.). V současné době rodí dívky ve věkovém rozmezí 15-18 let věku sedmkrát méně dětí od roku 1990, avšak počet dívek, které otěhotněly nebo se staly matkami před 15 rokem věku stagnuje (viz příloha č.3.). V roce 2004 otěhotnělo pod 15 rokem věku okolo 100 nezletilých dívek, přičemž nejmladším z nich bylo pouze 12 let⁴. (ČSU, 2005; Rabušic, 2001; ÚZIS 2005, 2007, 2008)

Gravidní dívky a matky pod 15 let tvoří specifickou skupinu nezletilých dívek. Specifikum této skupiny dívek spočívá v zákonem stanovené hranici pohlavního styku, a to hranicí 15-ti let. Podle trestního zákona platného v České republice (Zákon č.140/1961 Sb.), je pohlavní styk s dívkou mladší 15-ti let posuzován jako trestný čin spadající do oblasti mravnostní kriminality. (Chmelík, 2003) V tomto ohledu se daná problematika dotýká právní oblasti, což je pouze jedna z mnoha dílčích oblastí, které jsou s nezletilou graviditou a nezletilým mateřstvím spojeny.

³ Pro současnou industriální společnost v oblasti rodinného života je charakteristické odkládání sňatků a rození dětí na pozdější dobu, zakládání rodin neformálně bez sňatku (tzv. nesezdaná soužití), omezování počtu dětí v rodině, větší počet svobodných matek (do této skupiny řadíme taktéž matky nezletilé), atd. Všechny tyto trendy ukazují na sílící prosazování zájmů individuálních nad zájmy rodinnými. (Matoušek, 2003a)

⁴ V roce 2004 otěhotněly pod 15 rokem věku na území České republiky ve 12 letech 3 dívky, ve 13 letech 11 dívek a ve 14 letech 77 dívek. (ČSU, 2005)

Nezletilá gravidita a mateřství se v našich podmínkách vztahuje jak na dívky, které mají určité rodinné zázemí⁵ a v situaci náhlého otěhotnění pak mohou pomoci své rodiny využít, tak na dívky, které z rozličných důvodů nežijí se svými rodinami a své dětství nebo jeho část tráví v ústavních zařízeních⁶. V následujícím textu budou zohledněny obě skupiny nezletilých dívek.

Nezletilá gravidita a mateřství je početně v celorepublikovém měřítku v jednotlivých krajích nerovnoměrně zastoupena, zejména z důvodu specifikace příslušného kraje, jako je např. počet obyvatel a jeho skladba, lokalita, sociální a ekonomické zázemí - pracovní příležitosti na trhu práce (viz příloha č.4.).

⁵ V následujícím textu se objevuje pojem nezletilé dívky či matky s rodinným zázemím – tím, je myšlena skutečnost, že nezletilá dívka či matka rodinu má a současně je tato rodina schopna a ochotna dívce/matce pomoci.

⁶ V následujícím textu je v souvislosti s nezletilými těhotnými dívkami či matkami z ústavních zařízení používán také pojem – nezletilé dívky/matky bez rodinného zázemí. Tento pojem vystihuje skutečnost, že nezletilé dívky či matky rodinu mají, ale díky její nefunkčnosti (případně vlastního problémového chování) nemohou vyrůstat ve svém původním prostředí.

I. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1. DOSPÍVÁNÍ VERSUS MATEŘSTVÍ

Dívky, které otěhotněly, nebo se staly matkami v nezletilém věku, se nacházejí ve stěžejním vývojovém období – dospívání (= adolescence). Adolescence je tradičně vnímána jako hranice mezi dětstvím a dospělostí, a také jako proces, ve kterém je dosaženo přechodu od jednoho k druhému. V rámci adolescentního vývoje dochází k významným biopsychosociálním změnám, které jedince připravují na zcela novou roli – roli reprodukční – vedoucí k rodičovství (z pozice žen mateřství), jedná se tedy o novou roli rodiče – matky. Fyziologická připravenost k mateřství, však nemusí být v souladu s psychickou a sociální zralostí, pro kterou je v tomto vývojovém období typická závislost (zejména materiální), byť je vývojovým úkolem adolescence osamostatnění se. Nabízí se tedy otázky : „*Je nezletilá matka dítětem nebo dospělým ? Jaký je její status ? Co vede nezletilé matky k tomu stát se matkami ? Je mateřství spojeno s vyspělostí, vyzrálostí, tedy dospělostí či může být mateřství kvalitně naplněno v průběhu dospívání ?*“

Kapitola vymezí významné období životního cyklu jedince - dospívání - se všemi podstatnými aspekty a zaměří se na mateřství, které je ve vyspělých společnostech spojováno především s dospělostí.

1.1. Vývojové období dospívání

Nezletilost je v našich podmínkách legislativně vymezená věkem pod 18 let. Nezletilý jedinec je považován za dítě; z vývojového hlediska pak rozlišujeme období dětství a dospívání. V současném pojetí je dospívání chápáno jako samostatná ontogenetická fáze zejména díky rozpadu feudální společnosti, který zapříčinil změny vedoucí k oddělení života rodinného od pracovního a oddělení stylu života dospělých od života dětí. Z pohledu sociologického a sociálně-psychologického došlo v moderních společnostech k vydělení adolescence jako samostatného období v důsledku nutnosti připravit dospívajícího na jeho dospělou roli.

Až do 19. stol. se adolescence z vývojového hlediska ztotožňovala s pubertou, např. do období středověku se nerozlišovalo mezi jednotlivými vývojovými etapami života každého jedince. Klasické dělení vývojových etap lidského života, jak jej známe dnes - tedy dětství - dospívání - dospělost, ..., neexistovalo. Dítě zastávalo role dospělých, pracovalo, staralo se o své mladší sourozence, pomáhalo s domácností. Nedochovalo zde k plynulému přechodu od dětství k dospělosti. (Macek, 2003)

V současné době je role dospělého náročnější než tomu bylo v minulosti. V primitivních společnostech je přechod k dospělosti zjednodušen rituálem, který určí, kdy bude jedinec dospělý. V moderních společnostech můžeme za významné mezníky adolescence považovat následující :

- uskutečnění prvního pohlavního styku,
- ukončení povinné školní docházky,
- dovršení přípravného profesního období – nástup do zaměstnání,
- ekonomickou nezávislost (důkaz dospělosti)
- dosažení plnoletosti – sociální mezník (nesouvisí pouze s legislativou). (Vágnerová, 2000)

Pro období dospívání je charakteristická řada změn, které probíhají v rámci všech složek osobnosti. K proměnám dochází v oblasti chování, vnímání, myšlení, sociálních vztahů, atd. Období dospívání je v odborné literatuře rozlišováno na pubescenci (ta je dále diferenciována na prepubertu a vlastní pubertu) a adolescenci (např. Vágnerová, 2000). Někteří autoři však nerozlišují mezi pubescencí (11-15 let) a adolescencí (15-20/22 let) a jednoduše označují období adolescence jako období přechodu mezi dětstvím a dospělostí (např. Macek, 2003).

Pro dospívajícího člověka představuje období dospívání období plné změn, zvratů, konfliktů. Jedinec se připravuje na roli dospělého, snaží se tuto roli přijmout, adaptovat se na ni. Kromě změn v oblasti psychické a sociální dochází k proměnám v oblasti biologické. Po stránce **biologické** je adolescence započata prvními známkami pohlavního zrání (sekundární pohlavní znaky) a akcelerací růstu, ukončena je pak dovršením plné pohlavní zralosti (reprodukční schopnosti) a dokončením růstu tělesného. **Psychické** změny, charakteristické pro adolescenci, jsou spojeny zejména s emoční labilitou a nástupem vyspělého (abstraktního) způsobu myšlení. V oblasti **sociální** dochází k novému sociálnímu zařazení jedince – mění se pojetí vlastní role a nově reflektovanému sebepojetí. Sociální role prochází proměnou, což je zapříčiněno změnou zevnějšku – tělesným dospíváním. Jedinec se postupně emancipuje od rodiny, odmítá roli podřízenou. Komunikace s autoritou je založena na neporozumění a konfliktech, dospívající usiluje o dosažení rovnocenného partnerství, přibližuje se roli dospělého. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

Typickým, pro vztahovou rovinu matky a dcery, je střet dvou protichůdných dimenzí - vzájemná podpora s důrazem na mezilidské vztahy, péče o druhé a rivalita matky a dcery. Dospívající dívka potřebuje podporu v rozvoji ženské role, chce svou ženskou roli zdůraznit, matka naopak potlačit. Otec ve vztahu k nezletilé dívce představuje model mužské role.

Reakce otců na dospívání dcer jsou různé, pohybují se na škále od odmítání ženských projevů dcer, přes akceptaci, po žárlivost na vrstevníky.

V oblasti vztahů se také zvyšuje význam vrstevnické skupiny a objevují se první partnerské vztahy (viz kapitola 2.), které hrají významnou roli při formování identity. Tyto vztahy jsou sice intenzivní, nicméně krátkodobé, což svědčí o nezralosti adolescentní identity. (Vágnerová, 2000)

Období dospívání je také velmi zranitelným obdobím, ve kterém čelí mladý člověk nejrozličnějším výzvám a problémům. Mezi problémy adolescence můžeme zařadit páchání trestné činnosti, šikanu, agresi, ale také sexuální rizikové chování, do něhož patří právě také předčasné mateřství a rodičovství (viz kapitola 5.). (Macek, 2003)

1.1.1. Teoretická pojetí dospívání

Neexistuje jednotné pojmání adolescence, tudíž vedle sebe stojí různé teorie a přístupy, které se snaží toto vývojové období pojmout z hlediska zaměření se na určitou klíčovou charakteristiku. Prvotní úvahy o adolescenci jako samostatné vývojové fázi se objevují od 17. století (např. Rousseau, Komenský), ovšem první psychologické teorie vznikají až na počátku 20. století (Hall). (Macek, 2003)

Adolescence jako bouře a konflikt

Dle teorie formulované Hallem, který byl inspirován Darwinovou evoluční teorií, „probíhá ontogeneze lidské psychiky od fáze animálního primitivismu po období divoštství až k současné civilizované fázi“. (Švancara, 1975, Muuss, 1989 In Macek, 2003)

„Adolescence je charakterizována idealismem, vyjadřováním emocí, revoltou proti všemu starému, odhodláním žít jinak, obdobím oscilace mezi protiklady. Dospívající je napůl necivilizovaný divoch až postupně se civilizuje (po 20. roce života) a mění se v zodpovědného člena společnosti“. (Hall, 1904, Muss, 1989 In Macek, 2003)

Dalším reprezentantem tohoto pojetí je Freud, který období puberty přisuzuje tzv. **genitální stádium**, pro něž je typické pohlavní dozrávání vytvářející prostředí pro reprodukci. Freud dále toto období nazývá obdobím tzv. druhé oidipovské situace, kdy si dospívající hledá náhradní objekt sexuálního uspokojení – ženu či muže, dochází ke změně sexuálních vztahů z incestních na neincestní. (Macek, 2003)

Tito představitelé reprezentují význam biologických faktorů pro adolescentní vývoj - pohlavní dozrávání a nástup sexuality. Pro adolescenci je typická dramatická a konfliktnost, které jsou nutné pro rozvoj zralého dospělého člověka. (Macek, 2003)

Adolescence jako čas pro splnění vývojového úkolu

Nazíráme-li na adolescenci jako na ontogenetické stadium kvalitativně odlišné od ostatních vývojových fází, můžeme její specifičnost a odlišnost vysvětlit **konceptem vývojového úkolu** (Havighurst, 1974 In Macek, 2003). Pro adolescenci jsou typické určité vývojové úkoly, které musí být v tomto vývojovém období naplněny, nebudou-li, jedinec je sankciován. Splnění úkolů může být promeškáno a v následující etapě pak může být obtížnější naplnění daného úkolu, nebo naopak – úkol může být předčen, což je spojeno s nejrozumnějšími obtížemi (např. předčasné mateřství). Těmito úkoly jsou např. :

- přijetí vlastního těla, schopnost a dovednost vytvářet a udržovat vztahy s vrstevníky obojího pohlaví, změna vztahů k dospělým (autonomie), představa o ekonomické nezávislosti (volba povolání, ujasnění představ o budoucí profesi), získávání zkušeností v erotickém vztahu, příprava pro partnerský a rodinný život, ujasnění hierarchie hodnot.

Dalším představitelem tohoto pojetí je Erikson (1950, 1959, 1968), který reprezentuje biopsychosociální hledisko a **epigenetický model vývoje**⁷ (viz příloha č.5.). Erikson rozlišuje ve vývoji člověka 8 etap se svými novými jevy a vlastnostmi, které v předcházejících fázích neexistovaly. V každém období čelí jedinec psychosociálnímu konfliktu. Přejít z jedné etapy do druhé je dán pozitivním či negativním výsledkem souvisejícím s plněním vývojového úkolu. Adolescence představuje páté stadium, kde vývojovým úkolem je vytvoření identity vlastního já (ego-identita). Adolescence je obdobím tzv. psychosociálního moratoria - dospívající se liší od dětí, ale také od dospělých, vytvářejí si svou vlastní subkulturu. (In Langmeier, Krejčířová, 1998; Macek, 2003)

Adolescence jako proces učení, poznávání a přijímání nových rolí

Dle Bandury (1977) vystupuje v adolescenci nová povaha sociálního učení, kdy dochází ke změně povahy učení (rozvoj abstraktního, symbolického myšlení). Jiná autorka (Seltzerová, 1989) vnímá adolescenci jako vrstevnickou arénu, kde střetávání a konfrontace jsou významnější než přátelství a blízkost. Vztahy jsou chápány jako prostředek, ne cíl adolescentního chování. V průběhu adolescence dochází ke změně prostředí (přechod ze základní školy na střední), opuštění dětské role, ale zároveň dospělé role ještě není dosaženo. (In Macek, 2003)

⁷ **Epigenetický přístup** představuje postupné utváření jedince přecházením jedné fáze v druhou, kvalitativněji vyšší. (Macek, 2003)

Tato teorie vychází z myšlenky, že přijímání nových rolí je propojeno se subjektivním vnímáním sebe sama a reflexí hodnocení druhými. (Macek, 2003)

1.1.2. Vývojové problémy dospívání

V současné době se v souvislosti s ontogenezí vývoje člověka hovoří o **sekulární akceleraci**, která spočívá v celkovém urychleném růstu a vývoji ve všech rozvinutých zemích v průběhu posledních sta let. Dochází tedy k rychlejšímu začátku tělesného i duševního dospívání, zkracuje se doba dětství a zároveň oddaluje nástup plné dospělosti, což prodlužuje dobu vývoje. Vývojové problémy adolescence úzce souvisí se sekulární akcelerací, kdy dochází k rozdílům mezi jednotlivými změnami v oblasti biopsychosociální – tzv. intraindividuální variabilita, nebo k rozdílům v objevování se pohlavních sekundárních znaků z hlediska věku – tzv. interindividuální variabilita. (Langmeier, Krejčířová, 1998; Macek, 2003)

Fyziologické změny puberty představují počátek adolescence, avšak dítě se stává biologicky dospělým dříve než sociálně. (Murcott, 1980 In Schofield, 1994). Tělesné a psychické dospívání tedy nemusí být vždy v souladu, což může zapříčinit nejrůznější problémy (např. nezralá sexualita – nezletilá těhotenství).

Dívky v porovnání s chlapci dozrávají rychleji biologicky i psychicky. Důsledkem dřívějšího dozrávání je pak změna jejich zaměření v podobě potřeby citového, partnerský vztahu, později pak potřeba citové vazby a péče o druhé v podobě mateřství.

První vývojový problém adolescence můžeme spatřovat v rozporu mezi **fyzickou a sociální zralostí**, kdy zmiňovaná sekulární akcelerace posunuje dolní hranici dospívání do nižšího věku, ale současné společenské požadavky oddalují dosažení sociální zralosti. Tento rozpor se promítá zejména do sexuální oblasti - dospívající je fyzicky zralý, touží po sexuální aktivitě, ale ze společenských důvodů ji odkládá do vyššího věku.

Druhý rozpor je reprezentován rozporem mezi **rolí a statusem**. Fyzická zralost u dospívajícího předpokládá odpovědné jednání, tedy roli dospělého. Status dospívajícího je však nízký, což je dáno převážně závislým postavením dospívajícího na světě dospělých či určitými omezeními. V oblasti výchovy může tento rozpor představovat dilema, zda zacházet s dospívajícím jako s dítětem či dospělým – tzv. mezistatus, mezirole (např. při kontaktu s nezletilou těhotnou dívkou či matkou). (Langmeier, Krejčířová, 1998)

1.2. Pojímání mateřství

V České republice se od poloviny 90. let rodí méně dětí než tomu bylo dříve. V moderních společnostech připadá na jednu ženu 1,3-1,8 dětí. Česká republika dosáhla v roce 2003

nejnižšího počtu dětí na jednu ženu ve světě, a to 1,2. Za hlavní důvody současné nízké české porodnosti můžeme považovat přeměnu hodnot v naší společnosti, která úzce souvisí s politickými změnami v roce 1989, dále pak transformaci české společnosti danou ekonomickou a sociální krizí (např. zvyšující se nezaměstnanost, snížená úroveň sociálního zabezpečení). (Sirovátka, 2003)

Z hlediska skladby evropské rodiny hovoří demografové o jejich dvou typech - západoevropském a východojižním (východoevropském). Česká země patřila od 16. století k západoevropskému typu rodiny, pro který byl typický vyšší věk uzavírání prvního sňatku (ženy - 23 let, muži - 26 let), existence nukleární rodiny (rodiče a děti) a slabé příbuzenské vztahy v rámci širší rodiny.

V totalitním období se Česká republika přiblížila spíše k východoevropskému typu rodin, typická byla – vyšší míra sňatečnosti, porodnosti i potratovosti, sňatky i porody bývaly započaty již na počátku reprodukčního období žen⁸. Ženy situovaly mateřství většinou do jednoho období (více dětí v krátkém čase), z důvodu rychlejšího návratu do pracovního života.

V 90. letech minulého století došlo pod vlivem společenských a politických událostí ke změně demografického a rodinného chování. Rodiny tak odkládají narození dětí do vyššího věku a minimalizují jejich počet či volí cestu populační abstinence, což je přirozená reakce na deficitní prorodinnou politiku. (Rabušic, 2001)

Z hlediska paradigmatu racionálního chování si můžeme položit otázku : *proč moderní člověk plodí děti ?* V moderní době převládá v sexuální chování funkce rekreační nad funkcí prokreační, díky antikoncepci je tedy odděleno sexuální chování od plození. Přesto přes rozšiřující se znalosti o antikoncepci a zvyšující se počet jejich uživatelů se i v dnešní době rodí děti nechtěné, jejichž zrození není vítáno. Současní mladí lidé před plánováním dítěte nejdříve spolu žijí – většinou v nesezdaném svazku (kohabitace partnerů), po dlouholetém vztahu vynechají užívání kontracepce, dochází k plánovanému otěhotnění a následnému sňatku. (Rabušic, 2001)

U nezletilých těhotných dívek a matek však nefunguje účelový model – sexuální aktivita → → oplodňující soulož → početí vyvstávající z rozhodnutí mít děti. Jejich těhotenství jsou

⁸ Žena je schopna родit pouze během plodného období, v období od tzv. pohlavní zralosti (cca od 12-ti let) do menopauzy (cca do 50 let). Plodné období žen je vyjadřováno od 15-49 let. V reálu rodí ženy od 18 – 40 let. (Rabušic, 2001)

nezralá, neplánována a nechtěná. V těchto případech selhal kauzalní model založený na sexuálním styku s použitím kontracepce v případě, kdy těhotenství není chtěné.

Na výše položenou otázku existuje jednoduchá odpověď - lidé plodí děti na základě rozmnožovacího instinktu, jsou vedeni genetickou predispozicí (tzv. mateřský instinkt). Z hlediska psychologického představuje dítě neinstrumentální hodnotu, dítě je hodnotou samo o sobě. Ekonomicky jsou děti bezcenné, nicméně emocionálně je jejich hodnota nevyčísitelná (Zelizerová, 1985). Lidé si tedy pořizují děti z důvodu uspokojení svých psychických potřeb (Matějček, 1978). (In Rabušic, 2001)

Hofmanová a Hofman (1973) uvádějí základní hodnoty, které děti poskytují svým rodičům např. *narození dítěte představuje získání statusu dospělosti, expanzi za hranice vlastního života, dítě dává pocit morálnosti, afiliace, je zdrojem stimulace a zábavy.* (In Rabušic, 2001)

Rodiče významně ovlivňují dítě a děti významně ovlivňují rodiče, jejich vztah je založen na vzájemné interakci. Rodinný život umožňuje lidem přesah horizontu vlastního života. Dítě potřebuje ke svému vývoji mimo zajištění primárních potřeb, stabilní prostředí a přítomnost stabilních osob. Individuální zájmy v rodině jsou posouvány do pozadí – do popředí se dostávají zájmy rodinné. Aby rodina naplňovala dobře svou úlohu, musí se rodiče podřídit potřebám svých dětí. (Matoušek, 1993)

Badinterová uvádí, že dějiny evropské rodiny jsou ve znamení otcovské moci a autority manžela, rozlišuje pak 3 etapy pojmání mateřství. V *první etapě* je dítě vnímáno jako břemeno a neštěstí, kdy výchova byla založena na vzoru autority, převažovala chladnost a citová vypráhlost. *Druhá etapa* je charakterizována mýtem o mateřském instinktu a spontánní lásce matky k dítěti. Dítě je chápáno ekonomicky jako zdroj bohatství a vojenské síly, člověk pak jako vzácné zboží; žena vystupuje v roli něžné, láskyplné a rozumné bytosti. Pro *třetí etapu* je příznačný návrat k přírodě, kdy je zdůrazňována péče o dítě a kojení, žena je uvězněna do role matky a štěstí mimo mateřství nemůže najít. (In Rabušic, 2001)

Jak je tedy chápáno mateřství ? Mateřství je spíše vnímáno jako konec procesu – jako ideální stav, kterého by mělo být dosaženo, nebo slepá ulička, která nastupuje jakmile je zakušena svoboda a naplněná kariéra. Ačkoli jak Erikson (1980) popsal, mateřství může být chápáno jako „kulminace dospělosti a ženskosti“, časné mateřství je vnímáno jako „zkušenost ztracených příležitostí“. (In Schofield, 1994)

Jestliže se na mateřství díváme jako na proces vývoje, role matky není statická, ale vede ke změně a růstu a mateřství nechápeme jako incident, ale jako pohyb růstu ve směru dospívání. Zkušenosti z výzkumu nezletilých matek (Schofield, 1994) poukazují na fakt, že s dívkami bylo zacházeno jak s dítětem tak s dospělým, ale samy upřednostňovaly spíše roli dospělého. Adaptace na roli matky a dospělého - odpovědného rodiče se konala v kontextu rodiny, partnerů a školního prostředí.

Mohou být děti rodiči ? Můžeme nezletilé rodiče považovat za dospělé ? V literatuře se nachází tenze mezi identitou dítěte a dospělého. Dle Murcott (1980 In Schofield, 1994) je nemožné být současně dítětem a dospělým. Z výzkumu (Schofield, 1994) vyplývá, že se nezletilé matky pohybovaly mezi rolí dítěte a dospělého (např. uplatňování studentských slev a těhotenství, kojení a poté studijní povinnosti). Na stranu druhou se však většina těchto dívek již před otěhotněním pohybovala ve světě dospělých – měly dlouhodobé vztahy s chlapci, se kterými měly taktéž pohlavní styk, trávily většinu času mimo domov – ve škole, s přáteli, staraly se o mladší sourozence a domácnost. Cesta k dospělosti byla tedy procesem, který započal již před otěhotněním. Proces přechodu od dětství k dospělosti bychom mohli chápat jako graduující proces zvyšující se vyspělosti.

Mnoho odborníků z oblasti těhotenství v nezletilém věku zmiňuje fakt, že tyto dívky věří, že mateřství je jejich osud a je také hlavním zdrojem naplnění býtí ženou. Však jak je tomu u předčasné sexuální aktivity, také předčasné mateřství není obecně vnímáno jako znak dospělosti, ale spíše jako znak poruchového chování.

Mateřství a vyspělost jsou významnými tématy ve zvolené problematice : „Mateřství dává pozitivní identitu ženám. Mateřství je vysoce hodnoceno, symbolicky jako klíč k dospělosti; mít dítě udělá z ženy matku a dospělou.“ (Woollet, 1991 In Schofield, 1994, s.31).

Stát se matkou je tedy spojováno s dospělostí. Můžeme, ale argumentovat faktem, že žena která je bezdětná, může zakoušet obtíže, v tom býtí vnímána jako dospělá. (Woollet, 1991 In Schofield, 1994). Tento argument předjímá, že dospělý status žen není jednoduše dosažen jinými způsoby, např. jednoduše stárnutím, pracovní odpovědností.

Mateřství má na ženu velmi komplexní vliv potvrzením její dospělé ženské identity, prosazením jejich kompetencí a udělením nové sociální role. Přes pozitivní představy, které jsou s mateřstvím spojovány, bylo výzkumníky zjištěno, že taktéž deprese a ztráta sebevědomí jsou často spojovány s mateřstvím (např. Oakley 1979, Richman 1978). Oakley zjistil rozdíl mezi idealizovanými očekáváním o mateřství (v těhotenství) a realitou

každého dne v průběhu mateřství, která je ženami popisována jako stresující. (In Schofield, 1994)

Coyne (1986) tázala 30 matek školního věku. Většina matek (26) popsala škálu rovnovážných pozitivních aspektů jejich zkušenosti být matkou. Ačkoli některé z tázaných hovořily o této roli jako, že „mají více práce než předpokládaly“, všechny identifikovaly tuto zkušenost jako pozitivní element. Pocitově spojovaly nezletilé matky svou novou roli s vyspělostí a smyslem života. Nesouviselo to pouze s rolí starat se o dítě, ale také s větší přípravou na zkoušky (zodpovědnější přístup ke studiu) a vážným přemýšlením o kariéře.

Coyne pohlíží na postavení nezletilých matek z pozice bezstatusové.: „nezletilé matky si neuvědomily sociální realitu těhotenství a mateřství v nezletilém věku, podcenily potenciální výsledky sexuální aktivity, neuvědomily si objektivní, ale pouze subjektivní aspekt mateřství, a to že si dítě zaslouhuje prvenství a současně, že ony samotné ztrácejí vlastní privilegovaný status dítěte“. (In Schofield, 1994, s.33)

Zjištěním Coyne je skutečnost, že matky školního věku již nemají status dítěte a zároveň jim není ve společnosti přisuzována dospělá role, společnost je nepovažuje za matky. Většinou se dívky těšily z obou pozic současně – být dcerou (dítětem), ale zároveň s nimi bylo zacházeno jako s dospělou (s matkou) a předpokládaly pohyb fyzické separace od rodiny. Snahou Coyne byla depatologizace velmi mladých matek. (In Schofield, 1994)

Výzkumníci Simms a Smith (1985) tázali 533 mladistvých matek v době, kdy děti těchto matek byly ve věku kolem 4 měsíců. Ze strany matek se objevovaly pozitivní projevy v plánech do budoucna - uváděly, že děti zlepšily kvalitu jejich života a nepředvíдалy větší problémy v blízké budoucnosti. Rozhovory s těmito matkami byly zhruba po roce zopakovány a v této době již několik žen potvrdilo nepříjemnou zkušenost, nicméně většina byla spokojena se svým životem a svou volbou. (In Schofield, 1994)

Baltimorská studie (1987) přišla se zajímavými výstupy z hlediska dlouhodobých následků časného mateřství. Zjistilo se, že ačkoli byly mladé matky ve znevýhodněné pozici v mladistvém věku v porovnání se svými vrstevníky, mnoho matek se realizovalo v dospělosti – vrátily se zpět do školy, našly si zaměstnání a ukončily porodnost po jednom či dvou dětech. Tato zjištění jsou důležitá, neboť mateřství může být chápáno jako cesta konečná a o dívkách nezletilých, které mají dítě v tak mladém věku je smyšleno tak, že 90% životního scénáře mají splněno a více životních změn je již nečeká, a pokud ano tak se jedná pouze o změny negativní. (In Schofield, 1994)

2. NEZRALÁ SEXUALITA

S problematikou nezralé gravidity a mateřstvím je úzce spojena problematika nezralé sexuality. U nezletilé dívky, která započne sexuální aktivitu a nepoužívá žádnou antikoncepční metodu (případně ji používá nedostatečně) představuje riziko možného otěhotnění velké procento.

Doba zahájení sexuální aktivity je ve všech společnostech sociálně reglementována. Sexuální styk praktikovaný před uzavřením manželství se rozšířil až po 2. světové válce. (Rabušic, 2001)

2.1. Projevy sexuálního chování v dětství a dospívání

Důležitým momentem v životě každého jedince je zahájení **sexuálního života**. V oblasti rané gravidity zaujímá první sexuální zkušenost významnou roli, subjektivně představuje jeden z prožitků symbolizujících přechod do dospělosti. Podle statistik (Weiss, Zvěřina, 1998) se průměrný věk první soulože pohybuje mezi 17. a 18. rokem u obou pohlaví (konkrétně 17,3).

Pod 18 rokem věku uskutečnilo první soulož 45,1% dívek, (z toho pod 15 rokem věku se jedná o 1,3% dívek). Významným ukazatelem při zahájení sexuálního života hraje taktéž iniciativa, která je dle dívek spíše na straně mužů. Partneri dívek, u prvního styku, jsou ve většině případů starší a jedná se o partnery stálé. Při prvním pohlavním styku u dívek představuje větší zastoupení nepoužití antikoncepce (52%). 48% dívek použilo některou antikoncepční metodu, přičemž nejvíce bylo zastoupeno použití kondomu. (Weiss, Zvěřina, 2001) Zahájení sexuálního života je v současné době podmíněno také sexuální zralostí, kdy brzká menstruace může představovat časnější sexuální aktivitu a dřívější porod prvního dítěte. (Rabušic, 2001)

V odborné literatuře je často uváděno, že jedinci s nižším vzděláním a rychlejším zapojením se do ekonomického života, mají sexuální zkušenosti dříve. Dřívější zahájení sexuálního života dále souvisí také s kouřením, požíváním alkoholu, jednoduše se stává součástí životního stylu. (Currie, Todd, 1990 In Langmeier, Krejčířová, 1998; Pondělíčková – Mašlová, 1990). Ve Spojených státech amerických byly taktéž uskutečněny výzkumy týkající se postojů u lidí, kteří začali být sexuálně aktivní v časném nezletilém věku. Zjištění jsou následující : sexuálně aktivními v časném věku se stávají lidé bez zabezpečení, chudších poměrů, s nižším dosaženým vzděláním, z méně stabilních rodin, a ti, kteří mají nejmenší životní šance na uplatnění. (Schofield, 1994)

Základním motivem pro zahájení sexuálního života je u chlapců zvědavost (82%), u dívek je zastoupená méně (62%), dívky jsou na chlapce více emočně vázány, pohlavní styk mají více spojen s citovým vztahem, než je tomu u chlapců. Emoční reakce na soulož jsou u chlapců pozitivní v 72%, u dívek pouze v 36%. Dívky mají v porovnání s chlapci ve spojitosti s pohlavním stykem větší obavy a strach z otěhotnění a sexuálně přenosných nemocí, časté jsou také výčitky a stud. Strach z rizika otěhotnění může být u dívek tak silný, že odmítají sexuální život – tzv. gravidifobie. (Langmeier, Krejčířová, 1998; Vágnerová, 2000)

Farell (1978) zjistil, že 80% mladistvých majících sexuální vztahy, chodily se svými partnery více než 6 měsíců. Můžeme tedy hovořit o tzv. seriální monogamii, ve které je sexuální chování stále regulováno takovými tradičními hodnotami jako je láska, partnerství, sňatek a rodina. Lees (1986) se zabývala myšlenkami vztahujícími se k sociální konstrukci sexuality. Identifikovala problémy u dívek týkající se rozhodnutí ohledně sexuálního chování. Z jejího výzkumu vyplývá že, sexuální narážky se netýkají pouze sexuálního chování, ale celé osoby. Důležitým zjištěním je, že většina dívek chápala lásku jako jediný možný způsob legitimizace sexu, proto dívky mohly pokračovat i ve vztahu nešťastném, protože ukončením tohoto vztahu by skončila i možnost sexuálního uspokojení. Nejedná se tedy pouze o tradiční hodnoty, jako je láska, atd., které regulují sexuální chování, ale také strach ze ztráty sexuální reputace. (In Schofield, 1994)

Tradiční dospívání je spojeno s pozvolným navazováním citových vztahů, to však dle některých autorů v současné době mizí. Děti si pod společenským tlakem osvojují předčasnou dospělost, žijí sexuálním životem bez emočního pouta, což je označováno jako tzv. dospělost bez dospívání. (Langmeier, Krejčířová, 1998) Právě nezletilé těhotné dívky a matky mohou reprezentovat výše uvedený termín.

Typické pro období dospívání v sexuální oblasti je experimentování se sexuální rolí ve formě prvních lásek. Motivace k přátelství s druhým pohlavím může vycházet z vlastní potřeby dospívajícího, ale významnou roli zde může sehrát také skupinová konformita („všichni už s někým chodí“). Sexuální zájem se projevuje zejména zvědavostí. (Vágnerová, 2000)

Adolescence v oblasti sexuálního života je chápána jako polygamní stádium, ve kterém dochází k získávání zkušeností s jinými partnery, ale také sebepoznávání. (Říčan, 1990 In Vágnerová, 2000)

Psychosexuální vývoj u dospívajících můžeme rozlišit na několik fází. První fáze utváření erotických partnerských vztahů je datována do **pubescence** a souvisí s uvědoměním si vlastní

sexuality, konkrétně s jejím prvním uspokojováním, tedy masturbací. V oblasti lidské sexuality však existují rozdíly mezi dívkami a chlapci. U chlapců jsou tyto první projevy sexuality spojovány právě s masturbací (80% chlapců, ale pouze 30% dívek). (Weiss, Zvěřina, 2001 In Macek, 2003) Z hlediska sociálního kontextu existují taktéž určité rozdíly v oblasti nástupu sexuality mezi dívkami a chlapci. Pro sexuální chování u mužů je typické dobývání a určitá míra agrese; sexualita se stává častým tématem mezi vrstevníky. Naopak ženské počátky sexuálního chování jsou spojeny s vlastní sexuální atraktivitou u druhého pohlaví a sexualita je podněcována partnerem, ne vrstevnickou skupinou.

První schůzky s erotickým obsahem jsou v pubescenci častější u dívek, které si volí starší partnery. Jedná se o vztahy převážně krátkodobé, které jsou uskutečňované na skupinových aktivitách, kde počáteční impuls představuje zvědavost. V další fázi se dospívající již identifikuje se svou pohlavní rolí, schůzky jsou naplněny sdělováním společných pocitů a prožitků dvou partnerů a intimním fyzickým kontaktem. (Macek, 2003)

Sexuální kontakty mezi dospívajícími začínají obvykle pettingem, který se časem stupňuje směrem ke genitálním kontaktům. Nižší věk prvního koitu souvisí s celkovým životním stylem dospívajících. Ti dospívající, u nichž se vyskytují projevy rizikového chování, které jsou nejčastěji zastoupeny kouřením, konzumací alkoholu a drog (jak již byly uváděno výše), začínají s pohlavním stykem dříve a jsou také více promiskuitní. I přes skutečnost klesající tendence zamilovanosti při uskutečnění prvního pohlavního styku, láska zůstává nejčastějším motivem zahájení sexuálního života. (Macek, 2003; Pondělíčková-Mašlová, 1990)

V **pozdní adolescenci** se partnerské vztahy stávají stabilnějšími a dlouhodobějšími. Dlouhodobost partnerských vztahů ve věku pozdního dospívání nebývá vždy pozitivně hodnocena. Na jednu stranu je stabilita a dlouhodobost vztahu spojována s věrností jako morální hodnotou, s prevencí proti přenosným pohlavním chorobám a se zodpovědností. Na straně druhé může sebou nést negativní hodnocení (zejména ze strany rodičů) ve smyslu hrozícího nebezpečí spočívajícího v nechtěné nebo předčasné graviditě a následném rodičovství a v časném sňatku, který podle statistik často končí nezdarem. (Macek, 2003)

Většina výzkumů provedených u nás i ve světě svědčí o závažných změnách, jež se v posledních desetiletích projevují v sexuálním chování lidí v souvislosti se změnami sexuální morálky, ve spojitosti s vyrovnáváním standardů mužské a ženské role. Sexuální chování mládeže je odlišné od počínání předchozích generací v mnoha podstatných

charakteristikách. Na základě poznatků získaných z průzkumů sexuálního chování v posledních desetiletích lze charakterizovat některé hlavní trendy v této oblasti:

- Posouvání zahájení pohlavního života do stále nižších věkových kategorií.
- Současné zvyšování věku prvního sňatku.
- S tím související nárůst počtu sexuálních partnerů.
- Nárůst předmanželských sexuálních zkušeností.
- Sbližování věku prvního styku a částečně i počtu sexuálních partnerů u mužů a žen.
- Zvyšování počtu adolescentů zahajujících pohlavní život před zákonným věkem.
- Odpovědnější antikoncepční chování a vyšší počet pravidelných

uživatelů kondomů u příslušníků mladší generace. (Weiss, Zvěřina, 2001)

Někteří autoři však namítají, že spolehlivost výzkumů v oblasti sexuálního života je často pochybná, kdy výsledky spíše odrážejí sociální desirabilitu. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

2.2. Trestně-právní problematika sexuálního chování

Doba zahájení sexuální aktivity je ve všech společnostech sociálně regulována, ať již nepsanými pravidly, dodržováním určitých tradic, či psanými, platnými zákony. V České republice je zahájení pohlavního života vymezeno **trestním zákonem**, kde je pohlavní styk s dívkou mladší patnácti let posuzován jako trestní čin spadající do oblasti mravnostní kriminality. (Chmelík, 2003)

Mravnostní (taktéž sexuální) trestné činy můžeme rozdělit dle pachatele, dále dle oběti. K mravnostním činům vztahujícím se k pachateli můžeme zařadit vzhledem k obsahu zvoleného tématu dvě skupiny činů. První skupina je tvořena mravnostními delikty páchanými mezi mládeží, delikvent i oběť jsou mladší osmnácti let. Nejčastěji se jedná o pohlavní zneužívání bez použití násilí, kdy je pohlavní styk uskutečněn po vzájemné dohodě. Iniciátorem ke styku bývá ve většině případech samotná nezletilá dívka. Mezi faktory vedoucími k uskutečnění pohlavního styku v nezletilosti se nejčastěji řadí vliv alkoholu či jiných omamných látek a zvědavost.

Druhá skupina trestných činů spadající do mravnostní kriminality je tvořena činy páchanými na mládeži, kdy oběť je mladší osmnácti let. V poslední době je zaznamenána vzrůstající

tendence těchto činů, přičemž dochází k podstatnému snižování věkové hranice pod patnáct let. Tyto trestné činy mívají neblahý dopad na fyzický, ale především psychický vývoj oběti. U obou výše zmiňovaných skupin je obtížné prokázat skutečnost, že oběť je mladší patnácti let. Tuto neprokazatelnost způsobuje zejména předčasná fyzická vyspělost u dívek způsobená tzv. sekulární akcelerací. (Macek, 2003) V těchto případech dochází k tzv. *negativnímu skutkovému omylu*, kdy pachatel věk oběti nezná a dle vzhledu usuzuje zletilost. Může se ovšem také stát, že dívky uvádějí svůj věk nepravdivě, snaží se vypadat a působit starším dojmem. V tomto případě není naplněna skutková podstata trestného činu a obviněný nemůže být postižen. (Chmelík, 2003)

Mravnostní trestné činy členěné dle oběti rozlišují tři kategorie : oběti předpubertálního věku, tj. 10-11 let, oběti pubertálního věku – 12-15 let a oběti právně způsobilé – 15-18 let. Pro dívky spadající do druhé skupiny je příznačná pohlavní vyspělost doprovázená provokativním chováním, což může vést k obdivu u méně sexuálně zdrženlivých pachatelů. (Chmelík, 2003)

Spáchání trestného činu pohlavního styku uskutečněného s dívkou mladší patnácti let může být ze strany dívky považováno za nevědomost. Může se ovšem taktéž stát (zejména z hlediska současné zlepšující se informovanosti dospívajících), že si je dívka vědoma dopuštění se trestného činu a projevům náklonnosti muže se nebrání. Motivem může být např. materiální zajištění, náhrada otcovské lásky a jiné.

I přes přesné definování zákonem, jsou sexuální trestné činy posuzovány individuálně s přihlédnutím ke konkrétním souvislostem. (Chmelík, 2003)

2.2.1. Pohlavní zneužívání a znásilnění

Mnohé nezletilé dívky otěhotněly na základě konzumace alkoholu, drog, ale mnohé z nich byly pohlavně zneužívány či znásilněny.

Trestný čin **pohlavního zneužívání** je vymezen v **trestním zákoně** podle § 242 a je charakterizován vykonáním soulože s osobou mladší patnácti let, nebo jiným způsobem pohlavního zneužití. Dle § 243 se trestného činu pohlavního zneužívání dopustí taktéž jedinec, zneužívající závislosti osoby mladší osmnácti let nebo osoby svěřené do jeho dozoru, který ji přiměje k mimomanželské souloži, nebo ji pohlavně zneužije jiným způsobem. (Zákon č.140/1961 Sb.)

Trestný čin **znásilnění** je v zákoně dle § 241 vymezen z hlediska cílové skupiny, tedy nezletilých dívek, jako násilí nebo pohrůžka bezprostředního násilí vedoucí k souloži či jinému pohlavnímu styku s osobou mladší patnácti a osmnácti let nebo jako zneužití

její bezbrannosti. V zákoně jsou dále vymezeny sazby vztahující se k trestu odnětí svobody jakožto následku páchaní trestného činu znásilnění rozlišené vzhledem k věku oběti (s nízkým věkem oběti vzrůstá sazba let za spáchaný čin). (Zákon č.140/1961 Sb.)

Charakteristickým znakem trestných činů pohlavního zneužívání je příležitostní jednání nebo jednání založené na zvědavosti. Toto jednání je mnohdy zapříčiněno silným citovým vztahem mezi pachatelem a obětí; může se jednat o první lásku či vztah mezi otcem a dítětem či jiným příbuzným. (Chmelík, 2003)

2.3. Rizika nezralé sexuality

Zahájení pohlavního života v časném věku, zejména v časně nezletilosti, sebou může nést určitá rizika spočívající nejen v projevech v oblasti zdravotní, ale zejména v oblasti psychosociální.

„Psychosociální nezralost se projevuje v neschopnosti přijmout plnou zodpovědnost za své sexuální chování. Případné těhotenství partnerky pak většina chlapců řeší útekem, děvčata potratem. Potrat sebou nese rizika v podobě následné neplodnosti, spontánních potratů a předčasných porodů v dalším těhotenství. (Tato rizika jsou větší u dospívajících dívek a žen, které dosud nerodily.)“ . (CEVAP, 2002)

Příliš brzké zahájení pohlavního života skýtá mnohá rizika, která si dospívající a mnohdy ani jejich rodiče neuvědomují, případně nepřipouštějí. Mezi nejzávažnější následky nezralé sexuality bezesporu patří pohlavně přenosné choroby a nechtěná nezletilá gravidita. Pomineme-li zdravotní aspekt nezralé gravidity v podobě pohlavně přenosných chorob, které významně ovlivní jedincovo zdraví a jeho tělesnou schránku, dostaneme se na pole psychiky a sociální. Dopadu nezralé sexuality na jedincův psychický vývoj není věnována dostatečná pozornost. Z hlediska pohlavní identity dospívajících si dívky mezi třináctým a dvacátým rokem uvědomují, „co to znamená být ženou“. K uvědomění si své pohlavní identity významně přispívá informovanost dívky a nazírání na sebe samu, tedy jak sebe dívka vnímá jako ženu a jako jedince.

První pohlavní zkušenost, která je spojená s negativním prožitkem, může zásadně ovlivnit jedincovo další nazírání na sexuální oblast. Dívka, která absolvovala pohlavní styk s chlapcem motivovaným pouze uspokojením své potřeby, může získat dojem, že je od ní očekáváno pouze sexuální uspokojování muže. Uskutečnění pohlavního styku nezletilé dívky především s mužem starším či zajištěným, může vést k přesvědčení o určitém materiálním zabezpečení z mužovy strany. Dívka záhy zjistí, že udržování sexuálního vztahu s mužem starším, či zajištěným sebou přináší, kromě uspokojených sexuálních potřeb,

určité materiální výhody (muži si často své nezletilé partnerky vydržují, zahrnují je dárky, apod.). Častým následkem předčasné sexuální aktivity u dospívajících dívek může být opomíjení důležitých aspektů ženství a zaměření se pouze na osvojení sexuálních technik a dosažení sexuálního uspokojení. (Orvin, 2001)

Negativní dopad předčasného sexu však nespočívá pouze v nemocech a těhotenství nezletilých. Dle amerického časopisu *Pediatric* souvisí závažné rizikové chování dospívajících se ztrátou panenství/panictví chlapců a dívek. U sexuálně aktivních chlapců se významně častěji objevuje užívání alkoholu, marihuany a dalších drog, častější jsou útoky z domova, zadržení policií a vyloučení ze školy. U sexuálně aktivních dívek bylo 18x větší riziko útoku z domova, 10x častěji užívaly marihuanu a 5x častěji byly vyloučeny ze školy, 2x častěji se cítí osamělé, na dně, pod tlakem, 5x častěji u nich dochází k sebepoškozování a 6x častěji k pokusům o sebevraždu ve srovnání s dívkami, které ještě neměly pohlavní styk.

Výše uvedené informace, ale také celá řada dalších výzkumů a vědeckých prací potvrzují, že předčasné zapojení do sexuální aktivity a další rizikové chování dospívajících jsou ve vzájemné souvislosti. Zapojení do jakékoli rizikové oblasti chování významně zvyšuje riziko dalších.

V ochraně mladých lidí před následky neuváženého sexuálního chování se většina výchovných programů zaměřuje na informace o zásadách bezpečnějšího sexu, tedy oblasti zdravotní. Citová oblast je mnohdy opomíjena. Za sexuálním chováním dospívajících se mnohdy skrývají hlubší problémy jako je sexuální zneužívání, snížené sebevědomí, špatné vztahy, apod.

Z dotazníkové šetření pražských a mimopražských ZŠ a SŠ, 1997-1998 vyplývá, že dospívající potřebují větší podporu sexuální zdrženlivosti. Na základě výsledků z šetření můžeme dospívající rozdělit do 3 skupin : 10-25% má správné postoje a návyky, kterými se ve svém životě řídí bez ohledu na to, co říkají druzí; 10-25% bude z principu rebelovat proti všemu jenom proto, že to říkají dospělí (do této skupiny dospělých by se mělo investovat více času); 50-80% dospívajících se pohybuje někde uprostřed. Výchova k bezpečnějšímu sexuálnímu chování se soustřeďuje především na ovlivnění té nejrizikovější, rebelantské skupiny. (CEVAP, 2002)

2.4. Zdroje informací vztahující se k lidské sexualitě

Nezletilá gravidita jako přímý následek nezralé sexuality je spojena se značnou fyzickou a psychickou zátěží. Základním opatřením zabráňujícím otěhotnění nezletilé dívky by měla

být dostatečná informovanost spočívající v prevenci. Prevence by měla hrát klíčovou roli v dané problematice, měla by být komplexní a zahrnovat jak sexuální výchovu, tak výchovu k plánovanému rodičovství. Cíl prevence může spočívat nejen v odsunutí prvního pohlavního styku, ale taktéž v dostatečné informovanosti dospívajících. Avšak úroveň znalostí o sexu vykazuje jen malou, nebo vůbec žádnou přímou souvislost se skutečným chováním. (Ingham van Zessen, 1997 In Rabušic, 2001)

Prevenci chápeme jako „soubor opatření, jimiž se předchází sociálnímu selhání, a to zejména takovému selhání, které ohrožuje základní hodnoty společnosti“. (Matoušek, 2003b, s. 164) Prevence je obvykle dělena na primární, sekundární a terciární.

Primární prevence je intervence ještě před tím, než se objeví nějaký problém. Jde o eliminaci jednoho nebo několika článků potencionálních příčin spouštějících komplex zdravotních nebo sociálních problémů. Základním principem je rozvíjení vědomostí a pěstování zdravého životního stylu. Jde o motivování individua k adaptování svého chování, preferování hodnot, postojů a principů, které jsou přijímány v dané společnosti. Primární prevence je často zahrnuta do programů sociálních, školních, zdravotních. Patří sem všechny aktivity zaměřené na to, aby problém nevznikl. (Schavel, Čišecký, 2005).

Z hlediska problematiky nezletilé gravidity, představuje primární prevence dostatečnou a včasnou informovanost o sexuálním chování, která by měla být získána zejména v rodině, poté ve školním prostředí. Mnohdy jsou prvotními informátory v oblasti sexuální vrstevníci, neboť pro řadu rodin představuje problematika sexu tabuizované téma.

Sekundární prevence představuje screening (vyhledávání) a včasnou intervenci. Zaměřuje se na identifikování problémů jednotlivců a skupin, je určena přímo ohroženým jedincům anebo ohroženým skupinám obyvatelstva. Zároveň vytváří prostor pro aktivity odborníků ze sociální oblasti, zdravotnictví a školství; zejména se jedná o sociální pracovníky, psychology, lékaře, pedagogy, ale také kněze či policisty. Sekundární prevence má zabránit vzniku a prohlubování poruch sociálního a psychického vývinu nebo zdravotních potíží. Podstatné je zachytit již vzniklé a prezentované poruchy a problémy, a také je redukovat již v počátečním stádiu. Včasnou intervencí se může zabezpečit příznivá prognóza negativního jevu. (Schavel, Čišecký, 2005).

Nezralá gravidita v oblasti sekundární prevence může být řešena v rámci vyhledávání jedinců s problémovým chováním, do kterého je řazena taktéž nezralá sexualita. Zaměření se

na jedince s rizikovým chováním, jejich včasná a neustálá informovanost a v neposlední řadě využívání kontracepčních metod, by měly být obsahem sekundární prevence.

Terciární prevence má předcházet zhoršování stavu již vzniklých problémů a poruch. Má zabránit jejich recidivám. Jde o prevenci v rámci ohraničení důsledků. Terciární prevence nastupuje poté, když selže prevence primární a sekundární. Cílovou skupinou jsou lidé s jasně vymezenými a existujícími problémy, kteří kromě toho, že ohrožují sebe, představují také riziko vůči svému okolí. Prostřednictvím této úrovně prevence je možné zamezit recidivám (opakování) a snižovat důsledky v oblasti sociální, psychické nebo v tělesném vývoji. Cílem je resocializace a integrace jedinců do společnosti. (Schavel, Čišecký, 2005).

Z hlediska problematiky nezletilé gravidity a mateřství jsou terciární formou prevence ta opatření, která pracují s nezletilými matkami. Tzn. s těmi, kterým se již dítě narodilo a dostaly se do situace, která je ohrožuje, a kterou nezvládají. V tomto případě je prevence zaměřena tak, aby mladá matka měla kde bydlet, nebyla sociálně izolovaná a zvládala řádně výchovu a péči o své dítě, případně, aby mladá matka znovu neotěhotněla, tedy užívala vhodnou kontracepci.

2.4.1. Rodina

Informace týkající se lidské sexuality spojené se zahájením sexuálního života by dospívající (určitě již děti) měli získat v první řadě od svých nejbližších, tedy od rodiny. Pokud je atmosféra v rodině založena na vzájemné důvěře, je možná komunikace o intimních záležitostech lidského života. Dospívající se však nacházejí ve složitém období plném změn, kdy dochází k tzv. krizi autority a emancipaci od rodiny, což způsobuje komplikace v komunikaci mezi oběma stranami. Situace je tedy značně složitá pro obě strany. Dospívající je zmítán protichůdnými pocity, hledá si své místo v životě a rodiče jsou mnohdy svazování studem a netrpělivostí. Rodiče jsou navíc vůči svým dětem ve znevýhodněné pozici, neboť v období jejich vlastního dospívání, byla situace v oblasti sexuálního života odlišná. Rady a doporučení rodičů v oblasti sexuální by se tedy měly přizpůsobit současnému klimatu ve společnosti a rodiče by taktéž měli své dosavadní poznatky obohatit o poznatky novější, neboť např. v oblasti kontracepčních prostředků jde vývoj velmi rychle kupředu. (Orvin, 2001; Pondělíčková-Mašlová, 1990)

2.4.2. Výchova k partnerství a rodičovství v rámci vzdělávacího systému

Další informační zdroj vztahující se k prevenci nezralé gravidity představuje škola. V současné době prochází české základní a střední školství reformou, která se dotýká zejména výuky ve vzdělávacím systému základních a středních škol. Základní a střední školství tak vychází z Rámcově vzdělávacích programů, podle kterých si každá škola dle svého zaměření vytváří vlastní školní vzdělávací programy.

Školní vzdělávací program základního vzdělávání je zpracován do učebních plánů vzdělávacího programu (viz příloha č.6.) v podobě konkrétních předmětů. Na základních školách jsou tak otázky lidského rozmnožování, partnerských vztahů, apod. řešeny v rámci **Přírodovědy** (v rámci ní by měl být dán prostor výchově ke zdraví, která se zaměřuje právě na otázky lidského pohlavního života), konkrétně ve 4. a 5. třídě a pak na stupni druhém v rámci **Rodinné výchovy**. Vzdělávací obsah vyučovacích předmětů lze však dle vzdělávacích záměrů školy integrovat, závazné je ale dodržení minimální časové dotace. Taktéž je možné měnit názvy vyučovacích předmětů, ovšem v souladu s jejich vzdělávacím obsahem.

Každá škola středního školství si vytváří svůj školní vzdělávací program pro konkrétní obor. Rozlišuje se tak mezi školním vzdělávacím programem pro gymnázia, maturitní obory a obory s výučním listem. Vzdělávání na jednotlivých školách se uzpůsobuje zaměření školy. Otázky lidské sexuality a výchova k partnerství a rodičovství jsou řešeny v rámci předmětu **Výchova ke zdraví** spadající pod vzdělávací oblast Vzdělávání pro zdraví. (MŠMT, 2006; NÚOV, 2008)

Ředitelé základních a středních škol naplňují primární prevenci pořádáním nejrozličnějších přednášek z oblasti sexuálního chování, partnerských vztahů a výchovy k rodičovství. Na středních školách se v prvních ročnících uskutečňují také tzv. adaptační kurzy, kde se nabízí novým studentům navzájem se seznámit. Bývá zde prostor také pro přednášky, diskuse a psychohry různě tematicky zaměřené. (Chrenková, 2007x, 2008f)

V roce 1999 byl proveden celosvětový průzkum ve vybraných zemích světa (včetně ČR) v oblasti sexuálního chování a postoju mladých lidí ve věku 16 - 21 let. Výsledky tohoto průzkumu ukazují, že první informace z oblasti sexuálního života tyto mladí lidé získali od svých kamarádů, známých, z časopisů a knih, přitom pořadí prvotních informátorů vzhledem k platnosti a spolehlivosti získaných informací by mělo být jiné (nejlépe – rodina,

škola, kamarádi). Průzkum dále poukázal na dobrou informovanost mladých lidí, ale horší aplikaci na praktickou situaci. To znamená, že mládež ví, proč a jak by se měla chránit např. proti přenosu pohlavních chorob, ale tuto informaci nedokáže použít. Nedochozí tak k přetvoření znalosti v dovednost, což v konečném důsledku znamená, že se mladí lidé zachovávají jinak, než by z hlediska ochrany zdraví a dostupných informací měli. (Kubrichtová, 2005)

I v dnešní době plné informací se můžeme setkat u žáků základních škol a studentů středních škol s elementárními znalostmi, ale také s různými nepravdivými představami a mýty v oblasti sexuálního života, rodičovství, ale také v oblasti trestního práva ve vztahu ke vzniku trestněprávní odpovědnosti za sexuální kontakty s osobami mladšími patnácti let. I přes skutečnost otevřeného přístupu k sexuálním otázkám, skrze média prostřednictvím filmů, časopisů, internetu a začlenění sexuální výchovy do českého vzdělávacího systému, se mezi námi vyskytují odpůrci propagace této problematiky. Odpůrci sexuální výchovy jakožto vzdělávacího předmětu na školách pocházejí především z řad silně věřících a nejčastěji argumentují tvrzením : „že sexuální výchova náleží rodině, ne škole“. *Položme si ale otázku v kolika rodinách dochází k informovanosti v oblasti sexuální a kolik dětí se dovídá o lidské sexualitě právě od rodičů ?* (Mitlöhner, 2001-2005)

Dnešní doba disponuje spoustou informací. Děti a dospívající se ve školách dozvídají mnohem více než tomu bylo za minulého režimu. Otázkou však zůstává, jak jsou otázky lidské sexuality v rámci předmětů na školách vyučovány a kým. V praxi se často stává, že je nedostatek (kvalitních) vyučujících právě na předměty sexuální výchovy a tyto předměty nepatří mezi vyučujícími mezi oblíbené. Významnou roli zde sehrává vztahovost informovanosti a její využitelnosti, což v praxi znamená, že děti a dospívající mohou být dostatečně informováni avšak tyto informace dostatečně nevyužívají v konkrétních situacích běžného života. Obdobně je to se znalostí kontracepčních metod a s jejich využitím (viz kapitola 2.5.).

2.4.3. Vrstevníci

Školní prostředí nepředstavuje pouze zdroj poznatků a vědomostí, i přes skutečnost, že se jedná o primární cíl. Školní prostředí je místem pro setkávání vrstevníků, pro utváření kamarádských a mnohdy i přátelských vztahů. Tak se může stát, že byť na půdě školy, ne přímo od vyučujících, se dítě či již dospívající dozvídá o lidské sexualitě a rozmnožování.

Kamarádi však nemusí pocházet pouze ze školního prostředí. Vrstevnické skupiny vznikající ve škole, v místě bydliště, kdekoliv a sehrávají důležitou roli zejména v období dospívání. Mladý člověk se snaží o emancipaci od své původní rodiny, přesto je na ní neustále závislý. Dospívající se pomalu vzdaluje od svých rodičů a nejbližších, přední místo zaujímají vrstevníci. Tak se stává, že se dítě či dospívající dovídá o oblasti lidské sexuality dříve od svých vrstevníků než od rodiny či školy. Tato skutečnost je pochopitelná a poměrně častá, neboť některá témata se lépe probírají právě s „dobrymi kamarády“, s těmi, kteří jsou věkově blíží. Při debatách o intimních záležitostech tak nedochází k pocitům studu či zahanbení. (Orvin, 2001)

2.5. Kontracepční metody

Kontracepce (antikoncepce) představuje nedílnou součást komplexní prevence časně gravidity, neměla by však představovat její jedinou složku. V posledních letech dochází ve většině zemí světa k nárůstu počtu jedinců využívajících některou z forem kontracepce. Více se uplatňuje rodičovství chtěné, plánované a obecně je veřejnost lépe informována v oblasti antikoncepce, než tomu bylo v dřívějších letech. Velký podíl na užívání kontracepčních metod v sexuální oblasti má zajisté sexuální výchova, ale také působení médií, reklamy a lékařů. Ovšem v případech raného těhotenství se většinou jedná o těhotenství neplánované, zapříčiněné nepoužitím antikoncepčních metod. Pokud plodný pár nepoužívá žádnou antikoncepční metodu a žije sexuálním životem, jeho šance na početí v průběhu roku je přibližně 85%. (Rabušic, 2001)

Kontracepce představuje souhrnný název pro metody zabraňující vzniku nechtěného těhotenství, umožňující oddělit sexualitu od rozmnožování a plánovat tak rodičovství. U nezletilé dívky slouží k odsunutí mateřství na dobu pozdější, kdy bude dívka dostatečně psychicky i fyzicky vyzrálá a bude mít vhodné podmínky pro zajištění zdravého vývoje dítěte. Otázka předpisu antikoncepce u nezletilé dívky je v našich podmínkách z právního hlediska poměrně komplikovaná. Rodiče nezletilé dívky mají právo na informace o jejím zdravotním stavu a tedy i o užívání antikoncepce. Dle §23 Zákona č.20/1966 Sb., o zdraví lidu je nezletilý schopen dávat souhlas k vyšetřovacím a léčebným zákrokům tehdy, je-li tento úkon přiměřený jeho rozumové vyspělosti. Došla-li si nezletilá dívka sama ke gynekologovi pro předpis na antikoncepci, prokázala rozumovou vyspělost, pak souhlas rodičů není nutný. Složitější je však situace u dívek mladších 15-ti let, jelikož uskutečněný pohlavní styk s nimi je trestným činem, kterému je každý, kdo se o jeho přípravě doví, povinen zabránit. Při případném předepsání antikoncepce dívce pod 15 let se dostává

gynekolog do složité situace. (Čepický, 2004)

Do roku 1992 se Česká republika řadila k zemím s nejnižším počtem uživatelů antikoncepce, avšak počet uměle přerušovaných těhotenství byl vysoký. Rok 1992 představuje mezník, kdy došlo k významnému obratu zvýšení procenta uživatelů antikoncepce a ke snížení počtu interrupcí o více než 50%. Příčinou této markantní změny bylo především výrazné rozšíření nabídky antikoncepčních prostředků na našem trhu a jejich reklamní propagace. Další změnou přispívající k lepšímu obratu představovalo zavedení finanční úhrady za provedení interrupce, která byla vykonávána bezplatně, případně za menší poplatek. (Hořejší, 2003)

Přestože existuje na trhu celá řada kontracepčních prostředků a informovanost o jejich dostupnosti a využitelnosti je také široká, nezletilými nemusí být tyto prostředky využívány či dokonce známy. Antikoncepční chování vyžaduje určité znalosti, které musí být závčas předány v rodinném a školním prostředí.

Schofield (1994) ve své publikaci uvádí tři klíčové oblasti kontracepce. Tento pohled je aplikovatelný také na naše podmínky a přesně vystihuje propojení teorie s praxí (konkrétně informace s praktickým využitím). U kontracepce rozlišuje tři hlediska - **znalost/informovanost**, **dostupnost** a v neposlední řadě **využitelnost**. Pokud následuje součinnost těchto faktorů, k nezletilé graviditě nedochází. V praxi se však často stává, že teorie (např. vzdělávání na školách v oblasti sexuální, předávání zkušeností a informací od rodičů, vrstevníků) je dostačující, ovšem její aplikace nefunguje. Dospívající žena či muž mohou tedy dostatečnými informacemi disponovat, ale jejich využití v praktickém životě je minimální.

Pohlédneme-li na jednotlivé faktory blíže, můžeme zjistit důvody jejich nedostatečného fungování :

Znalost – Záleží na tom, jaké, jak, kdy a kým byly informace ohledně kontracepce a sexuálního chování předávány. Tyto informace mohly být získány v rodině, ve škole, prostřednictvím kamarádů, apod.

Dostupnost – Rozhodne-li se nezletilý pár započít sexuální život a má-li přehled o možnostech kontracepce, měla by se mu naskytnout možnost jejího opatření. Nejvíce dostupnou a běžnou metodou kontracepce je mužská ochrana – kondom. U žen se pak jedná zejména o hormonální antikoncepci v podobě pilulek – s tím jsou ovšem spojená určitá omezení z hlediska věku (u nezletilých dívek informování zákonných zástupců, zejména

u dívek pod 15 let), zdraví (nevhodnost užívání u některých onemocnění), ale také financí (finanční nákladnost).

Využitelnost – Má-li tedy nezletilý pár dostatečné informace, možnost opatřit si určitou kontracepční metodu, měl by ji i využít. Se správným využitím se pojí také správné výsledky, tedy bezrizikovost v našem případě nechtěného těhotenství.

3. NEZLETILÁ GRAVIDITA A MATEŘSTVÍ V BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍM KONTEXTU

Skutečnost těhotenství a mateřství nezletilých dívek vyvolá zajisté značnou pozornost asociovanou různými postoji a názory. Obzvláště v dnešní době, kdy jsou rodičovství a vstup do manželství odkládány do stále vyššího věku. Přesto se i v době „informovanosti a odkladů“ objevují dívky, které všechny tyto možnosti dnešní doby nevolily a započaly budování rodinného života ve své nezletilosti, byť ve většině případech neplánovaně a nechtěně.

Otěhotní-li nezletilá dívka, je důležité zvážení všech okolností zejména z hlediska zdravotního, psychického a sociálního. Dívka (ale ne pouze ona) musí zvážit spoustu záležitostí a současně vyvstane spousta otázek typu – „*Jsem po zdravotní stránce schopna zvládnout stávající situaci ?*“ „*Nemůže dojít ke komplikacím vzhledem k mému mladému věku ?*“ (zdravotní hledisko), „*Jsem schopná zhostit se dané role – nové role matky v tak mladém věku ?*“ (psychologické hledisko), „*Kde, jak a s kým budu žít?*“ „*Pomůže mi někdo?*“ „*Na koho se mohu obrátit ?*“ (sociální hledisko). Otázky tohoto typu musí být řešeny v rámci všech, kterých se daný problém dotýká. Okruh lidí zasahujících do problému může být různě široký, odvislý od konkrétní životní situace nezletilé dívky. V první řadě by měla být situace řešena (pokud je to možné) s rodinou, otcem dítěte, gynekologem, sociálním pracovníkem a dalšími důležitými osobami (odborníky), které mohou významně přispět k řešení vzniklé situace (viz kapitola 4.)

3.1. Možnosti řešení nezletilé gravidity a reakce okolí

Sexuální chování v raném věku sebou přináší určitá rizika, která si mladý člověk neuvědomuje. Nejzávažnější následek nezralé sexuality (pomineme-li sexuálně přenosné choroby) představuje nechtěné těhotenství. Již samo zjištění této nečekané a neplánované situace je většinou doprovázeno psychickým šokem a zmatením nezletilé dívky. Po psychické stránce nejsou nezletilé dívky natolik vyzrálé, aby se s nově vzniklou, nepříznivou situací vyrovnaly. Proces rozhodování je pro dívky velice složitou a bolestivou záležitostí, následkem toho pak některé dívky tento tlak nezvládnou a pokoušejí se skoncovat s těhotenstvím nebo dokonce se životem. (Hudson, Ineichen, 1991)

Když dospívající dívka zjistí své těhotenství, první myšlenka, která ji napadne, se týká jejího nejbližšího okolí - tedy rodiny. „*Jaké budou reakce rodičů ?*“ „*Jak jim to mám říct ?*“ anebo „*Mám jim to vůbec říct ?*“ Nezřídka se stává, že nezletilá dívka těhotenství tají

dlouhou dobu před svým okolím. Pro některé jsou obavy z reakcí tak velké, že se rozhodnou pro útěk z domova a až do porodu jsou nezvěstné.

Reakce nejbližších bývají různé, odvislé od rodinné situace. Matky svým dcerám vyčítají, že si zkazily život, ale dceřinu novou životní situaci přijmou a nabídnou pomocnou ruku. Další možnou reakcí může být reakce značně negativní, kdy rodina mladou ženu odvrhne a nepřeje si být v dceřině životě nápomocná. Někdy se stává, že zázemí nalezne mladá budoucí matka u rodiny otce dítěte. Ovšem častou reakcí ze strany rodiny (i partnera dívky) bývá odmítnutí těhotenství a nejschůdnějším řešením se stává interrupce. (Dunovský a kol., 1999; Vašková, 2005)

Nezletilé těhotné dívky se nabízejí různé způsoby řešení nezletilé gravidity - od interrupce, přes porození dítěte a volbu náhradní rodinné péče po porod dítěte a jeho výchovu. Pokud je těhotenství nezletilé dívky ukončeno porodem, neznamená to, že si mladá matka dítě ponechá. Nabízí se zde možnost **náhradní rodinné péče**. Samotná dívka i její rodina si mnohdy nepřejí, aby se o těhotenství dozvědělo okolí, a tak se nezletilé gravidní dívky nabízí možnost využití služeb některého ze zařízení poskytujících anonymitu až do porodu (např. zvláštní zdravotnická zařízení – kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let, Fond ohrožených dětí). Dítě je po porodu předáno k osvojení. Další možností, pokud si nezletilá dívka dítě nechce ponechat, jsou **utajené porody**, kdy jsou vedeny základní údaje o matce pouze zdravotnickým personálem a ten je vázán slibem mlčenlivosti. (Chrenková, 2008a,c)

Možnost využití utajených porodů v porodnicích je zakotvena v Zákoně č.20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu. Dle tohoto zákona má žena s trvalým pobytem na území České republiky, která porodila dítě a písemně požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem, právo na zvláštní ochranu svých osobních údajů. Jméno a příjmení ženy je vedeno odděleně od zdravotnické dokumentace spolu s písemnou žádostí, datem narození a datem porodu. Po skončení hospitalizace se zdravotnická dokumentace o tyto údaje doplní a zapečetí. Otevření takto zapečetěné zdravotnické dokumentace je možné jedině na základě rozhodnutí soudu.

Pokud se mladá matka rozhodne dítě ponechat a má rodinné zázemí, většinou dítě vychovává ve své **původní rodině** s její pomocí. Jestliže rodinné zázemí chybí, mladé matce se nabízí možnost využití pomoci některého ze zařízení zaměřených na nezletilé matky. V případě,

kdy se jedná o nezletilé matky s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou zůstávají nadále v **zařízení ústavní výchovy**.

Dunovský, Dytrych a Matějček (1995) prezentují výsledky výzkumu zabývajících se graviditou a mateřstvím nezletilých dívek a uvádí, že 65% gravidních nezletilých dívek z celkového zkoumaného vzorku 200, volí pokračování těhotenství. Častý důvod v pokračování těhotenství představuje možnost dokázat rodičům vlastní dospělost a nezávislost, předčít vrstevnice, změnit dosavadní život. Jako další důvod je uváděn strach z interrupce a jejích možných následků, zejména neplodnosti.

Hudson a Ineichen (1991) ve své publikaci uvádějí další důvody, které vedou dívku k rozhodnutí dítě si ponechat. Mezi tyto důvody řadí např. nevědomost o těhotenství založenou na přesvědčení „*mně se to nemůže stát*“, což ještě utvrzuje nepravidelná menstruace, která se může objevit i během těhotenství. To vše vede k opožděnému zjištění těhotenství. Další důvody může představovat vzpoura proti rodičům, snaha odpoutat se od nespokojeného domova. Dále se může jednat o potřebu láskyplného vztahu, o potřebu zažít pocit, „*že mě má někdo rád, že k někomu náležím, někdo náleží ke mně*“, udržet vztah s otcem dítěte a sdílet s ním partnerský život. Extrémní případ představuje popírání těhotenství, kdy se dívka s nově vzniklou situací nedokáže vypořádat, nedokáže ji přijmout, nikomu se nesvěří a doufá, že těhotenství zmizí.

3.1.1. Interrupce⁹

Potratovost je demografický proces, který se váže k oběma základním procesům lidské reprodukce - k porodnosti i k úmrtnosti. Interrupce je jedním z možných řešení nechtěného těhotenství. Úroveň potratovosti je determinována několika faktory. Jednak je to legislativní ustanovení, dostupnost, rozšíření a metody antikoncepce ve společnosti, dále pak společenské klima a individuální vlivy, jako je náboženské přesvědčení, úroveň vzdělání a ekonomická situace. (Demografie, 2004 – 2006)

Interrupce je jednou z nejkontroverznějších oblastí v rámci lidské sexuality. Pro někoho představuje interrupce jedno z běžných řešení obtížné situace, pro jiného řešení naprosto nepřijatelné. (Šilerová, 2003)

⁹ Interrupce nebo-li **umělé přerušování těhotenství** „je ukončení těhotenství prostřednictvím chemické látky nebo chirurgického zákroku.“ Žena může požádat o provedení potratu bez omezení do 12. týdne těhotenství. Do 24. týdne těhotenství je možné provést potrat z genetických důvodů. Je-li ohrožen život matky, nebo je prokázáno těžké poškození nenarozeného dítěte, nebo nenarozené dítě je neschopno života, je povoleno potrat provést během celých devíti měsíců těhotenství. Za potrat se také považuje porozené dítě, které projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší než 500g, ale nepřežije 24 hodin po porodu. (Zákon č.66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství; Wikipedia, 2006)
Viz přílohy č.7.,8.

Interrupce ve spojitosti s těhotenstvím nezletilých dívek je v našich podmínkách limitována zákonem o **umělém přerušení těhotenství** (Zákon č.66/1986 Sb.), který povoluje možnou věkovou hranici pro její podstoupení. Tento zákon stanovuje nemožnost provedení interrupce u ženy mladší šestnácti let bez souhlasu zákonného zástupce. U dívky mladší šestnácti let tedy postačí souhlas jednoho z rodičů. Došlo-li k umělému přerušení těhotenství u dívky ve věkovém rozmezí 16-18 let, mělo by zdravotnické zařízení o zákroku informovat zákonného zástupce dívky. Vždy by se měl zohlednit zdravotní stav nezletilé dívky, což závisí na vyšetření odborníka, tedy gynekologa.

Volí-li nezletilá těhotná dívka cestu přerušení těhotenství tedy interrupci, měla by se jí věnovat dostatečná pozornost. Pokud není potřeba odborné pomoci, tak alespoň pomoci těch nejbližších. S interrupcí mohou být spojeny nejrůznější komplikace charakteru zdravotního, ale také psychického, které by neměly být opomíjeny u žádné ženy, natož u ženy tak mladé. S interrupcí bývá spojován tzv. postinterrupční syndrom související s psychickým dopadem zákroku na ženu. Mezi symptomy postinterrupčního syndromu se řadí prožívání žalu, který může vyústit do žalu patologického, jehož následkem může být neschopnost odpustit sobě, lékařům, partnerovi, Dalšími projevy patologického žalu jsou malé sebevědomí, pocit životní prohry, úbytek váhy, pláč, nespavost a další problémy, které se projevují jak v rovině psychické tak fyziologické. Extrémní vyústění patologického žalu může vést k sebevražedným myšlenkám a činům. (Pekárková, 2000)

Dle Matějčkova výzkumu (Matějček a kol., 1997) snášejí umělé přerušení těhotenství hůře ženy bez sociální podpory, tedy především ženy ovdovělé, rozvedené, svobodné, či žijící osaměle. Před interrupcí je psychický stav žen horší než po ní, bez ohledu na jiné působící faktory. Matějček rovněž zkoumal děti narozené z nechtěného těhotenství a zjistil, že tyto děti jsou na tom hůř z hlediska psychologického, pedagogického i sociálního ve srovnání s vrstevníky narozenými z těhotenství chtěných.

Statistické údaje z oblasti umělých přerušení těhotenství poukazují na zajímavá zjištění. Nejvíce interrupcí bylo evidováno v roce 2004 u žen v rozmezí věku 25-29. Vrchol se však každým rokem objevuje ve věkové skupině 30-34 let. Více než polovina interrupcí je zaznamenána u žen vdaných. U žen, které porodily živé dítě, je interrupce nejpočetněji zastoupena, u těch se dvěma dětmi. Z hlediska mezinárodních srovnání se Česká republika v počtu interrupcí nachází spolu se Skandinávskými zeměmi zhruba uprostřed žebříčků států.

Přední příčky zaujímá Rusko, Rumunsko a Bulharsko. Nejméně interrupcí je zaznamenáno v zemích Beneluxu a Švýcarsku. (ÚZIS, 2001)

3.1.2. Náhradní rodinná péče¹⁰

Náhradní rodinná péče zahrnuje **adopci** (osvojení), **pěstounskou péči** a **poručenství** a představuje další z možných řešení nechtěné nezletilé gravidity.

Pokud je dívka rozhodnuta, že si dítě neponechá a z rozličných důvodů (strach, náboženské nebo morální přesvědčení, apod.), odmítá podstoupení interrupce, může dítě donosit a souhlasit s náhradní rodinnou péčí, což znamená, že dítě může být adoptováno, svěřeno do pěstounské péče, či je mu ustanoven poručník.

Nežádka se stává, že dívka své původní rozhodnutí přehodnotí a dítě si ponechá. Těhotenství představuje značnou fyzickou i psychickou zátěž, a proto následné oddělení dítěte od matky je pro dívku značně traumatizující.

Mezi druh náhradní rodinné péče je řazeno taktéž poručenství, kdy je ustanoven poručník, který je zodpovědný za výchovu dítěte. V případech těhotenství nezletilé dívky se poručníkem narozeného dítěte obvykle stává matka nezletilé dívky, tedy babička dítěte. Skutečnou pečovatelku, vychovatelku a tedy matku dítěte zastává babička dítěte, což pro mladou nezletilou dívku znamená, že si může plnit své studijní povinnosti. Biologická matka dítěte pak zaujímá spíše roli „staršího sourozence“.

Při formách náhradní rodinné péče jako je adopce a pěstounská péče se rodiči obvykle stávají zpravidla cizí osoby, které nejsou v příbuzenských vztazích k dítěti.

Dalšími právními instituty, se kterými se v praxi ve vztahu k nezletilým matkám a jejich dětem můžeme setkat, jsou **opatrovnictví** a **svěření dítěte do výchovy jiné fyzické osoby** než rodiče.

Dítě může být umístěno do některé z forem náhradní rodinné péče i v případech, kdy se jedná o dívku s nařízenou ústavní či ochrannou výchovou. Dívka tak vyrůstá v dětském domově,

¹⁰ V rámci legislativně – institucionálního zajištění náleží náhradní rodinná péče do sféry sociálně-právní ochrany. Ta je z právního hlediska vymezena zejména v zákoně č.94/1963Sb., o rodině a v zákonu č.359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. (Národní zpráva o rodině, 2004)

V obecné rovině pojem náhradní rodinná péče představuje **osvojení**, nazývané adoptí, **pěstounskou péči** a **poručenství**. V užším slova smyslu se pod tímto pojmem rozumí pouze formy náhradní péče, které v rámci zákona o sociálně-právní ochraně dětí zprostředkovává stát, tedy adopce a pěstounská péče. (Národní zpráva o rodině, 2004)

Viz příloha č.9.

výchovném ústavu či jiném obdobném zařízení. Jedná se zejména o případy, kdy matka dítěte byla zbavena rodičovské zodpovědnosti¹¹ a dítě nemůže být svěřeno do péče rodiny matky dítěte, kvůli nezájmu, nemožnosti dítě vychovávat, apod. Nezmění-li se daná situace, dítě je považováno za právně volné a může být adoptováno či svěřeno do pěstounské péče. V těchto případech dochází k přetrhání pouta mezi matkou a dítětem. Než-li je ale náhradní rodinná péče realizována, je dítě umístěno do kojeneckého ústavu, odkud se může dostat do adopce či pěstounské péče. Jedná se, ale o zdoluhavý proces, který nemusí být završen právě cílovou adopcí či pěstounskou péčí a dítě tak může zůstat v ústavní výchově po celou dobu své nezletilosti. (Matějček, 2002)

3.1.3. Mateřství

Mateřství nezletilých dívek představuje tu možnost řešení nezletilé gravidity, kdy se dívka rozhodne dítě porodit a poté vychovávat. Ujme se tedy ženské role matky a s pomocí okolí tuto roli naplňuje.

Nejideálnějším modelem řešení nezralého mateřství je možnost výchovy dítěte ve vlastní rodině, případně za pomoci těch nejbližších. Pokud mladá matka rodinné zázemí má a její rodina je schopna zabezpečit jak dívku samotnou, tak její dítě, často se stává, že dívka společně s dítětem (někdy i s přítelem, tedy otcem dítěte) žije se svou novou rodinou v rodině původní.

Častý výchovný model spočívá v již jednou zmiňovaném modelu výchovy dítěte babičkou, tedy matkou mladé matky. Tyto případy jsou časté, zejména jedná-li se o dívku mladší šestnácti let, která dle zákona nenabývá rodičovské zodpovědnosti, a tudíž je ustanoven poručník, v těchto případech babička dítěte. (Zákon č.94/1963 Sb.)

Tento výchovný model může být za jistých okolností funkční, záleží však na možnosti zásahu mladé matky do výchovy, zda se necítí odsunutá a ochuzená o mateřské radosti a starosti. Vyvstává tedy otázka, *nakolik mladá matka vychovává dítě samostatně a nakolik*

¹¹ **Rodičovská zodpovědnost a poručenství**

Rodičovská zodpovědnost upravuje vztahy mezi rodiči a dětmi, což je zakotveno v **zákoně o rodině**. Představuje souhrn práv a povinností vztahujících se k péči o nezletilé dítě a zahrnuje především péči o jeho zdraví, tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj. Dále se týká zastupování nezletilého dítěte a správy jeho jmění. Soud však může přiznat rodičovskou zodpovědnost i nezletilému rodiči dítěte, který dosáhl věku šestnácti let, má-li potřebné předpoklady pro výkon práv a povinností vztahujících se k rodičovské zodpovědnosti. (Zákon č.94/1963 Sb.)

Dívka mladší šestnácti let nemá podle zákona o rodině rodičovskou zodpovědnost, což znamená, že nemůže o své nezletilé dítě sama pečovat. Dítěti je ustanoven poručník. Poručník má stejné práva a povinnosti jako rodič; má tedy dítě vychovávat, zastupovat a spravovat jeho majetek. Poručníkem se zpravidla stává příbuzný dítěte. V některých případech se může jednat o otce dítěte, pokud je však zletilý. Není-li poručníkem ustanovena fyzická osoba, stává se jím orgán sociálně-právní ochrany dětí. (Zákon č.94/1963 Sb.)

s pomocí druhých ? Situace může být složitá pro obě strany – matka mladé matky se může podělit v péči o dítě o své životní zkušenosti a předat je své dceři, dcera však nemusí tyto životní zkušenosti přijmout; rady a pomoc pak mohou být vnímány jako poučování a tudíž celkově negativně pojímány. Rady z vlastních zkušeností jsou jistě pro nastávající matky či již matky cenné, nicméně porodnictví se neustále vyvíjí a zaznamenává nejrůznější změny, objevují se nové trendy ohledně péče o těhotnou ženu a dítě, tudíž čerpání z vlastních zkušeností babiček může být zastaralé. (Macků, Macků, 1998)

Pokud vyrůstá nezletilá matka v ústavním zařízení, může v tomto zařízení pobývat i se svým dítětem, pokud tomu nebrání jiné okolnosti. (Vyhláška č.438/2006 Sb.; Zákon č.109/2002 Sb.) Může ovšem nastat situace, kdy se nezletilá těhotná dívka nesetká s přijetím své rodiny a dívka z domova jednoduše uteče. Také v těchto případech je pomoc ústavních zařízení využívána. V našich podmínkách však existuje pouze několik zařízení zaměřených na pomoc nezletilým těhotným dívkám a matkám bez rodinného zázemí. Jejich kapacita je omezená, poptávka bývá mnohdy velká (viz kapitola 4.).

Rozhodování o výchově dítěte nezletilé matky je v kompetenci sociálních pracovníků, v krajních případech soudů. Ideálním řešením bezesporu zůstává výchova dítěte v přirozeném prostředí, tedy v rodině. Tento ideální model však není v mnoha rodinách možný, neboť se o rodinách z hlediska jejich funkčnosti nedá hovořit. Právě v těchto případech nastupuje pomoc ústavních zařízení citovaných zákonem. (Zákon č.359/199 Sb.; Zákon č. 109/2002 Sb.)

3.2. Těhotenství a mateřství v bio-psycho-sociální rovině

Plánované rodičovství představuje snahu partnerského páru směřující k otěhotnění ženy a následnému porodu v době pro nastávající rodiče nejvhodnější. Nezletilá těhotenství nemohou být považována za součást plánovaného rodičovství, neboť nezletilé dívky otěhotní převážně neplánovaně a jejich těhotenství jsou nechtěná. Plánované rodičovství může být chápáno ve dvou rovinách. První rovina plánovaného rodičovství spočívá v *pozitivním plánovaném rodičovství*. Do této roviny rodičovství můžeme zařadit cílené jednání partnerského páru vedoucí k otěhotnění, na úrovni zdravotnické pak péči o neplodné páry. Ze socioekonomické oblasti zde spadá taktéž opatření státu vztahující se ke zlepšení populačního vývoje, jako jsou dávky v mateřství a rodičovství, mateřská a rodičovská dovolená; souhrnně se jedná o prorodinná opatření a rodinnou politiku státu. Druhý typ

plánovaného rodičovství představuje *negativně plánované rodičovství* spočívající v zabránění nežádoucího těhotenství. Opatření vedoucí k zabránění těhotenství označujeme jako kontracepci. (Macků, Macků, 1998)

Pokud vztáhneme obě roviny na nezletilé těhotné dívky, můžeme konstatovat, že se v těchto případech nejedná o naplnění ani jedné roviny plánovaného rodičovství. Tyto mladé dívky své těhotenství pozitivně neplánovaly, nesnažily se tedy cíleně o početí dítěte (alespoň většina z nich). Taktéž druhá rovina plánovaného rodičovství není v jejich chování obsažena - nepoužily kontracepci, případně ji použily nedostatečně (např. při užívání antikoncepčních pilulek), tedy nenaplnily charakter negativně plánovaného rodičovství.

Obrátíme-li pozornost k ideálnímu věku pro otěhotnění, pohybuje se optimální věk prvorodičky mezi 20.-24. rokem. V tomto období by měla být žena připravena na změny doprovázející těhotenství zejména po stránce biologické, ale také psychické a sociální. V současné době je však celorepublikový průměrný věk prvorodiček posouván do vyššího věku - na 28 let. (Macků, Macků, 1998; ÚZIS, 2007)

3.2.1. Prenatální období nezletilých dívek

Těhotenství nezletilých dívek (zejména pak těch nejmladších – pod 15 let) se vyznačuje určitými specifiky, která vycházejí zejména z nízkého věku těchto dívek. Zdraví mladistvých dívek je označováno jako dobré, u této skupiny těhotných existuje však větší procento výskytu možných komplikací. Mezi nejčastější komplikace patří anemie (nedostatek červených krvinek), vysoký krevní tlak, porušená placenta, infekce močových cest, apod. Mnohé z těchto možných komplikací mohou pramenit ze špatného životního stylu (kouření, konzumace alkoholu, užívání drog).

Organismus budoucí matky není ještě plně vyzrálý a tudíž klade větší nároky na výživu (potřebu minerálů a vitamínů). Nezletilé těhotné dívky nemají zažité vhodné stravovací návyky, což negativně ovlivňuje jak organismus jich samotných tak plodu. Některé z nich nehodlají ustoupit ze svých špatných návyků a i přes riziko poškození plodu dále kouří, požívají alkohol (v nejhorších případech i drogy) a nestravují se způsobem vhodným pro zdravý vývoj dítěte. (Hudson, Ineichen, 1991)

Další možnou komplikaci během těhotenství nezletilých dívek může představovat rizikové těhotenství¹². Rizikové faktory vedoucí právě k tomuto druhu těhotenství lze rozlišit na biologické, sociální či demografické. V případě nezletilých gravidních dívek je zastoupen rizikový faktor sociální (či demografický) – jedná se o dívku nízkého věku a tudíž by péče o tuto dívku měla být zvýšená. (Hájek a kol., 2004; Macků, Macků, 1998)

V oblasti perinatální péče¹³ využívají nezletilé těhotné dívky tuto péči méně, než je tomu u starších žen. Většinou je u nich těhotenství zjištěno v pokročilejším stádiu a frekvence návštěv gynekologa je nízká. Častými důvody nedostatečné perinatální péče u nezletilých těhotných dívek jsou stud ze samotného vyšetření, potvrzení nechtěného těhotenství a obavy z reakce okolí. Může se taktéž stát, že nezletilé dívky o těhotenství ví, ale přesto jej popírají a snaží se žít běžným životem. Zanedbání lékařské péče ze strany nezletilých gravidních dívek může mít za následek zdravotní komplikace během těhotenství, porodu či po něm. (Hudson, Ineichen, 1991)

3.2.2. Perinatální období nezletilých dívek

Porody nezletilých dívek se nějak významně neliší od porodů starších žen, jejich průběh je individuální. Mohou se však vyskytnout určité komplikace související s nízkým věkem rodičky. Porody nezletilých dívek mohou být dlouhé, těžké, předčasné nebo naopak po termínu. Nebyly prokázány jednoznačné rozdíly u porodů nezletilých dívek a starších žen. Rozdíly jsou však zřejmé u novorozeňat nezletilých matek v porovnání s novorozeňaty matek starších.

Právě riziko předčasného porodu je u nezletilých dívek větší. Předčasně narozené děti vyžadují dlouhodobou a intenzivní péči. V důsledku předčasného narození mohou děti trpět různými onemocněními, jako jsou např. neurologické, dechové a střevní potíže. Děti nezletilých matek se rodí taktéž s nižší porodní váhou, což souvisí s životosprávou v průběhu

¹² Za **riziková** jsou označována těhotenství, kterým předcházela těhotenství ukončená potratem, předčasným porodem, porodem komplikovaným, narozením mrtvého dítěte, apod. Riziková těhotenství jsou charakteristická pro ženy s rizikovými faktory biologickými, sociálními či demografickými, které zvyšují pravděpodobnost neúspěšného těhotenství a následného rizika potratu, předčasného porodu, vyššího rizika nemoci či úmrtnosti plodu. Za rizikové gravidity jsou označovány zejména ženy s **příliš nízkým** či vysokým věkem, s neúspěšnými předešlými těhotenstvími, ženy neplodné, apod. Těmto ženám je poskytována zvýšená ambulantní preventivní péče; výjimečně jsou ženy s rizikovým těhotenstvím hospitalizovány. (Macků, Macků, 1998)

¹³ **Prenatální péče** zahrnuje sledování těhotné ženy a jejího plodu v průběhu těhotenství s cílem odhalení možných nepravidelností a rizik a přípravy na porod a novou roli rodiče – matky. (Macků, Macků, 1998)

těhotenství. Nedostatek živin, vitamínů, kouření a požívání alkoholu či drog ovlivňuje vývoj plodu a váhu novorozence. (Hudson, Ineichen, 1991; Martincová, 2007)

3.2.3. Postnatální období nezletilých matek

Na nezletilé matky bychom měli nahlížet jako na specifickou skupinu rodiček, mělo by se jim dostat vhodné lékařské péče ve všech fázích těhotenství. Poporodní péče o nezletilou matku by neměla být opomíjena a měla by vést k uspokojení potřeb jak dítěte tak matky. Nezletilá matka by měla být při odchodu z porodnice vybavena základními informacemi o péči o své dítě (krmení, přebalování, zacházení s dítětem). Pokud však bylo těhotenství dívky doprovázeno laxním přístupem k prenatální péči, může tento přístup přetrvávat i nadále. U mladých matek je častým jevem nespolehlivost v otázkách zdraví svého i dítěte – nestihnou lékařskou prohlídku, zapomenou na ni, nebo ji jednoduše ignorují. (Hudson, Ineichen, 1991)

Pokud však nezletilá matka pobývá v ústavním zařízení je pravidelná kontrola u dětského lékaře a gynekologa monitorována zaměstnanci zařízení. Nezletilé matky spolu se svými dětmi za lékaři docházejí, případně je využívána péče lékaře působícího v zařízení. (Chrenková, 2008i,k; Zákon č.109/2002 Sb.)

Negativní dopad na zdraví mladé matky a jejího dítěte může mít i prostředí, ve kterém žijí. Novopečená nezletilá matka se může vrátit do prostředí, ze kterého pochází, a které nevyhovuje potřebám dítěte pro jeho další zdravý a optimální vývoj. Mezi faktory, které sehrávají zásadní roli, můžeme zařadit nedostatečné bydlení, špatnou atmosféru v rovině vztahové, nevhodný a nezdravý životní styl. (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995)

Nejvíce problematickým u nezletilých matek se jeví kojení. Výzkumy ukazují, že kojení mladých matek je méně časté než u žen starších. Často se stává, že jsou dívky poslány z porodnice domů bez jakékoliv instrukce ke kojení. Dalším důvodem, proč nezletilé matky nerady kojí, může být stud pramenící z jejich věku a vývojového období, kterým procházejí. (Hudson, Ineichen, 1991)

Mateřství sebou přináší mnoho nového, dosud nepoznaného, to si nezletilé matky mnohdy neuvědomují. Mnoho mladých matek se potýká s poporodními depresemi, jsou vyčerpaný z probdělých nocí, frustrovány z kojení a péče o dítě. Každá matka potřebuje dostatečnou péči a pozornost, nezletilým matkám by se jí mělo dostat o to víc. (Hudson, Ineichen, 1991)

3.2.4. Nezralá rodičovství a děti nezletilých matek

Ne každý z nás může být dobrým rodičem. Ne každý z nás se stal rodičem dobrovolně, jak tomu bývá ve většině případů u nezletilých matek.

Budoucí rodiče by si měli položit otázky typu : „*Můžeme si dovolit mít dítě ? Jaké to bude mít důsledky pro náš vztah, náš život ? Jsme na to fyzicky i psychicky vyzrálí ? Narodí se naše dítě do zdravého a vhodného prostředí ?*“ apod. Otázky tohoto typu však nejsou v případě nezralých rodičů pokládány. Nezletilé těhotné dívky si neuvědomují zodpovědnost, kterou mateřství obnáší. (Rheinwaldová, 1993)

Tím, že se dítě narodí, nekončí naše role, nýbrž začíná. Začíná naprosto nová životní role, role rodiče. Dítě musí být neustále stimulováno, musí mu být předkládány podněty nejrůznější povahy, aby se mohlo vyvinout ve zdravého jedince. Z průzkumů vyplývá, že nezletilé matky méně se svými dětmi komunikují, méně si s nimi hrají a méně se jim věnují. Mnohé tak činí ze své vlastní zkušenosti, ze vzorců, které si přenášejí ze své původní rodiny, ze svého dětství. (Hudson, Ineichen, 1991)

Děti nezletilých matek mohou trpět nedostatkem vitamínů a jiných důležitých látek nutných pro jejich vývoj; nebývají taktéž dlouho kojeny. Ne všechny nezletilé matky se dětem po porodu dostatečně věnují. Jejich mateřská role bývá často zastoupená někým jiným – např. babičkou dítěte. Může tak docházet k přetrhání pouta mezi matkou a dítětem. (Hudson, Ineichen, 1991; Rheinwaldová, 1993)

Děti nezletilých matek bývají problémovými žáky a dosahují průměrně nižšího vzdělání než běžná populace. Z výzkumů dále vyplývá, že děti mladých matek jsou častěji ohroženy závislostmi na alkoholu a drogách. 13% chlapců má zkušenost s pobytem ve vězení a 22% dívek se stane taktéž nezletilými matkami. (Martincová, 2007)

Mnohé děti jsou počaté velmi mladými lidmi bez zkušeností, kteří si teprve „prošlapují“ svou cestu životem. Tyto mladé matky (v našich podmínkách i matky 12-leté) se staly matkami na základě sexuálního pudu, aniž by přemýšlely o tom, co vše mateřství obnáší – tedy co přináší a zároveň odebírání. Neuvědomily si, co vše zahrnuje výchova dítěte, která nespočívá pouze v krmení a šacení. Mladé matky brzo zjišťují, že dítě není jen pouhou hračkou pro vlastní potěšení, ale že stojí čas, peníze a není vždy nakloněno názorům rodičů. Většina mladých a nezkušených rodičů vychovává své děti tak, jak byli sami vychovávaní, čímž dochází k sociálnímu přenosu. (Rheinwaldová, 1993)

Každé rodičovství sebou přináší určité omezení, vzdání se něčeho. U mladých rodičů je tento problém složitější, neboť je spojen s vývojovým obdobím, ve kterém se nacházejí – dospíváním. Mladí rodiče jsou psychicky i sociálně nezralí. Jsou méně trpěliví, chybějí jim zkušenosti, mohou chápat své rodičovství jako obět'. Typické pro toto období z hlediska sociálních vztahů jsou vrstevnické vztahy. Partnerské vztahy jsou založeny na erotickém a sexuálním chování, ne však na plození dětí. Pozitivem raného rodičovství snad může být neúzkostnost ve vztahu k výchově dítěte, mladí rodiče si většinou neuvědomují možná rizika. (Dunovský a kol., 1999; Macek, 2003)

Adolescentní rodičovství je předčasné, nesaturuje potřebu mít dítě, v tomto vývojovém období dominují jiné potřeby jako je potřeba emancipace od rodiny, vztahy s vrstevníky a potřeba seberealizace. Rodičovství dospívajících je převážně neplánované, nechtěné a idealizované. Identita dospívajícího je ve fázi rozvoje. Velmi mladí rodiče novou rodičovskou roli nezvládají a často ji ani vnitřně nepřijímají. (Macek, 2003)

Matějček (1992) charakterizoval mladistvé matky jako méně empatické, neangažující se, neiniciativní a nevynalézavé. Rodičovství u nich blokuje uspokojení jiných aktuálně významnějších potřeb. Nezralé rodičovství navíc komplikuje vztahy s vlastní rodinou, neboť nedochází k separaci od rodiny, nýbrž k větší závislosti. (In Vágnerová, 2000)

Jak vyplývá ze studií (u nás např. Matějček, 1975) – u nechtěných dětí odmítaných v prenatálním stádiu se v budoucnu mohou častěji objevit sklony k závislostem (alkohol, drogy) a emocionálním problémům. Pro děti narozené z nechtěného těhotenství jsou v jejich dospělosti typické určité projevy. Tyto děti postrádaly v období prenatálním dostatek mateřského postoje svých matek. Muži narození z nechtěného těhotenství se projevují bezradností, neobratností a přitahují tak ženy protektivní. Model jejich partnerského a rodinného života je následující – žení se a zakládají rodinu v mladším věku, jedná se o početnější rodiny, nerozvádějí se. Ženy pocházející z nechtěných těhotenství mají problémy ve vztazích s muži – mají tendence vstupovat do neúspěšných manželství a zakládat tak nefunkční rodiny (rozvedené, žijící bez muže, rodinné a výchovné problémy). (Matějček, Bubleová, Kovařík, 1997)

3.3. Sociální zázemí nezletilých těhotných dívek a matek

Dívka, která otěhotní v nezletilém věku, či se stane matkou, se sama nachází v kritickém životním období, v období plném změn, zvrátů, konfliktů, hledání své vlastní identity. Dívka není výdělečně činná, je žákyní základní, či studentkou střední školy a je zcela závislá

na materiálním zázemí své rodiny. Tyto aspekty budou popsány v následujících podkapitolách.

3.3.1. Rodinné zázemí nezletilé dívky či matky

Je velmi složité bagatelizovat sociální prostředí, ze kterého nezletilé těhotné dívky a matky pocházejí, tedy jednoduše popsat a určit jejich rodinné zázemí. V zahraniční literatuře se objevila spousta pokusů o tento popis. Zahraniční literatura, především z prostředí britského a amerického, nejčastěji zmiňuje předpoklad, že dívky, které otěhotní během povinné školní docházky, pocházejí z nižších socioekonomických vrstev (např. Russell, 1982; Coyne, 1986). Vysvětlení bývají různá. Russell (1982) uvádí, že nezletilé dívky pocházejí z rodin, kde je méně disciplíny a méně kontroly nad jejich chováním. Birch (1986) se domnívá, že výskyt těhotenství u nezletilých dívek je převážně spojen s nedostatkem příležitostí v oblasti vzdělání a kariéry u dívek z nižších socioekonomických vrstev a vnímá těhotenství mladistvých jako logické vyústění nalezení své životní role. (In Schofield, 1994) V českých podmínkách se setkáváme s názory, že těhotenství u nezletilých dívek se vyskytuje v problémových rodinách, kde rodiče jsou závislí na alkoholu či drogách, jsou v trestním řízení, apod. Některé výzkumy (např. Vašková, 2005; Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995) ukazují na skutečnost, že původní rodiny nezletilých těhotných dívek či matek jsou na nízké socio-ekonomické úrovni. Nezletilé těhotné dívky a matky tak pocházejí především z rozvedených neúplných či rekonstruovaných rodin. Dívky z rozvedených rodin jsou také častěji vystaveny zkušenosti s domácím násilím či sexuálním obtěžováním. (Dunovský, Matějček, Dytrych, 1995; Vašková, 2005) Podle ředitelky jednoho školského ústavního zařízení pomáhajícího nezletilým matkám „se v běžné populaci rodí méně dětí, v sociálně slabých rodinách případů těhotných nezletilých dívek přibývá“. (Chrenková, 2008k)

Na straně druhé však existují také na první pohled relativně funkční rodiny, ze kterých tyto dívky pocházejí. I v těchto na první pohled fungujících rodinách se dívky setkaly s problémy s alkoholismem a násilím. (Vašková, 2005) Řada odborníků zastává názor, že sociální prostředí dívek je velice individuální a nelze v žádném případě říci, že tyto dívky pochází jen ze sociálně slabých rodin.

Na základě výše uvedených údajů můžeme nezletilé těhotné dívky a matky zařadit do tří skupin prostředí, ze kterého mohou pocházet. Může se jednat jak o dívky vyrůstající a žijící ve svém přirozeném prostředí – tedy v rodině, tak o dívky žijící mimo svou vlastní rodinu –

v ústavní péči od narození či dětských let (dětská centra, dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy či jiná zařízení) a v neposlední řadě o dívky, které byť rodinu mají, nemohou se na ni z nejrůznějších důvodů obrátit a nalézt u ní pomoc. Jedná se tedy o kombinaci dvou předešlých případů. Pro poslední skupinu nezletilých dívek je typické, že vyhledávají pomoci ústavních zařízení po útěku z domova, jakmile se však situace v původní rodině vyřeší (rodina přijme novou životní situaci dívky, zlepší se sociální podmínky, atd.) je možný návrat. (Chrenková, 2008k,m)

3.3.2. Partnerské vztahy a rodinné chování v nezletilosti

Partnerské vztahy nezletilých těhotných dívek či matek s otci jejich dětí jsou velmi křehkou záležitostí. Mladí lidé jsou nevyzrálí, nezkušení a na příchod nového člena rodiny nejsou dostatečně psychicky, sociálně a v neposlední řadě taktéž materiálně připraveni. Vztahy mladých lidí s touto životní zkušeností jsou často ukončeny po narození dítěte. V případech, kdy partnerské soužití překoná náročné období těhotenství a mateřství, zejména v prvních měsících, a mladí lidé spolu zůstanou, zhruba po pěti až deseti letech se může dostavit tzv. syndrom nevybouřeného mládí. Mladí lidé se domnívají, že si života dostatečně neužili a přišli tak o nejlepší léta svého života. V těchto případech mnohdy partnerství končí. (Šmolka, 2006)

Otec dítěte by měl být pro svou partnerku nápomocný již od samého počátku těhotenství. Měl by si uvědomit, že početí dítěte je záležitostí dvou osob a takto k tomu přistupovat. Podpora, pomocná ruka, klid a pohoda, tím vším by měla být žena v období těhotenství, během porodu a po něm obklopena. Nejvíce by tyto základní požadavky měl naplňovat právě partner. Svůj dosavadní život by měl přizpůsobit nastalé situaci a slevit ze svých nároků a požadavků (včasný příchod z práce, omezení koníčků, apod.). Kromě fyzické zaangażovanosti je dále důležité psychické přizpůsobení partnera a snaha pochopit změny nálad partnerky. Ženy se v těhotenství a v rané době po něm rmoutí svým zevnějškem, připadají si nepřítažlivé a obávají se ztráty partnera. Partner by si měl tyto pocity uvědomovat a zahrnovat svou partnerku porozuměním, obdivem a úctou. (Macků, Macků, 1998)

Vyzrálí partneři s radostí očekávající příchod dítěte, či se již těšící z dítěte budou jistě trpělivější a ochotnější naslouchat všem pocitům a potřebám, které jejich partnerka má. U těch, u kterých nebylo početí dítěte zamýšleno, nebo dítě není s nadšením očekáváno, nebude výše uvedené dostatečně naplňováno a potřeby budoucí matky či již matky

zohledněny. (Macků, Macků, 1998; Rheinwaldová, 1993) Právě takové chování je typické pro partnery nezletilých těhotných dívek či matek.

Partnerský vztah budoucích nezletilých matek či již matek se pod vlivem všech událostí vyvíjí a mění. Dívka je nucena změnit svůj dosavadní život a přizpůsobit jej zejména potřebám dítěte. Partner přestává zaujímat prvotní postavení a mnohdy si nezletilá dívka uvědomí, že není vhodným pro výchovu jejího dítěte. (Vašková, 2005)

Vašková (2005) uvádí, že většina nezletilých matek není otcem dítěte opuštěna a nezůstává tedy bez partnera. Existuje však také velká část dívek (zhruba každá třetí z celkového souboru 58 zkoumaných dívek), jejichž partner nejevil o dítě zájem a dívku opustil ještě v průběhu těhotenství. Jestliže se partnerství rozpadlo, otec se o své dítě přestal zajímat. Můžeme se však setkat také s dívkami, kterým není známá totožnost otce dítěte, jelikož otěhotněly pod vlivem alkoholu či drog, případně byly znásilněny.

U většiny nezletilých matek nedochází ke sňatku, stane-li se však, tak hlavním důvodem je těhotenství a obecně uznávaný názor – „aby dítě bylo součástí úplné rodiny“. Manželství uzavřené pod vlivem těhotenství bývá nejčastějším motivem k uzavření sňatku. Za období minulého režimu byla sňatečnost nezletilých častějším jevem, než je tomu u nezletilých dnešní doby. Nynější postoje nezletilých gravidních dívek a matek se neliší ve vztahu k manželství od většinové populace - souhlasí s názorem, že děti nemusí nutně vyrůstat v manželství a úplné rodině. Pokud mladé nezletilé dívky uvažují o sňatku, jedná se spíše o horizont budoucnosti. Podobně je tomu u plánování dalších dětí. Nezletilé těhotné dívky a matky navíc popírají tradiční stereotyp, že po vstupu do manželství touží převážně ženy, iniciativa k sňatku vyplývá spíše ze strany muže. (Vágnerová, 2000; Vašková, 2005)

Ve spojitosti se sňatečností nezletilých dívek rozlišuje Vašková (2005) tři bariéry vstupu do manželství. *Institucionální* bariéry jsou reprezentovány nízkým věkem dívek; problematika uzavírání manželského svazku ve věku nezletilém je řešena v rámci zákona o rodině¹⁴. Neznalost zákona, obavy z vyplňování formulářů a podstoupení psychologických testů v souvislosti se zplnoletněním nezletilé dívky, mohou představovat překážky v realizaci sňatku. Za *socioekonomické* bariéry můžeme považovat nepříznivou bytovou a materiální

¹⁴ Dle tohoto zákona nemůže vstoupit do manželství nezletilá osoba. Existují však výjimky, které uzavření manželství v nezletilosti povolují. Jedná se např. o těhotenství partnerky. V těchto případech povoluje soud uzavření manželství, ale pouze osobě starší šestnácti let. (Zákon č.94/1963 Sb.)

V souvislosti s uzavřením manželství v nezletilém věku se hovoří také o tzv. zplnoletnění či kupování roků.

situaci, tedy materiální závislost nezletilé dívky. *Psychologické* bariéry souvisí s uspořádáním původní rodiny nezletilé dívky, kdy negativní zkušenost (např. v podobě rozvodu rodičů) z původní rodiny ovlivňuje způsob současného (budoucího) partnerského soužití (preference nesezdaného soužití).

Navzdory současnému trendu rození dětí mimo manželství je rodičovství stále spojováno s manželstvím. S názorem, že by děti měly být rozeny do manželství, souhlasí dvě třetiny dospělé populace. Svobodné matky uzavírají sňatek s otcem dítěte dodatečně, jelikož být svobodnou matkou je v současné době výhodnější z hlediska systému dávek. Rodina tak patří k preferovaným hodnotám, ale jiné alternativní formy soužití jsou přijímány jako rovnocenné. (Kuchařová, 2003)

Manželství reprezentuje dospělost, osamostatnění se, vyplývají z něho určité povinnosti a zodpovědnost. Manželství u dospívajících nezastupuje tyto atributy, spíše představuje prostředek k získání něčeho žádoucího, např. získání citové vazby, která v původní rodině chyběla a může nabývat charakteru recese, experimentace, úniku či saturace. (Vágnerová, 2000)

Partneři nezletilých těhotných dívek a matek jsou ve většině případech nezaměstnaní, případně s nízkou kvalifikací, která jim neumožňuje vyšší pracovní zařazení. Nedostatek financí pak může představovat další překážku a problémy v mladém partnerském vztahu. (Vašková, 2005)

3.3.3. Materiální zázemí nezletilé dívky či matky

Nezletilé těhotné dívky a matky jsou ve věku, kdy se vzdělávají na základní či střední škole, nejsou tedy výdělečně činné. Nezřídka jsou ekonomicky závislé na svých rodičích, případně partnerech. Partneři nezletilých dívek se však mnohdy taktéž připravují na budoucí povolání, stále studují. Z toho vyplývá finanční tíseň, která život mladým lidem znesnadňuje. (Vašková, 2005)

Bytová situace nezletilých těhotných dívek či matek je taktéž neuspokojivá, odvislá od nedostatku financí. Pokud situace v původní rodině umožňuje dívce zůstat, žije dívka společně v jedné domácnosti se svými rodiči. Mnohdy se stává, žije-li dívka v partnerském vztahu s otcem dítěte, že pobývají u rodičů jednoho z nich všichni společně. Toto společné soužití má své výhody i nevýhody. Výhodou může být jisté pomoc v péči o dítě ze strany

rodičů dívky či partnera. Na straně druhé může u nezletilé matky tato výhoda představovat i určitou nevýhodu spočívající v pocitech kontroly a poučování ze strany rodičů. Společné soužití několika generací nevede k osamostatnění mladého páru a k jejich nezávislému životu. (Vašková, 2005)

Z empirických šetření *Biografický výzkum mladé generace 2002 a Bydlení mladé generace 2003* vyplývá, že podmínka samostatného bydlení je nejdůležitější podmínkou pro uzavření sňatku a narození dítěte. (Ettlerová, Matějková, Paloncyová, 2003). Tato podmínka v souvislosti s nezletilým těhotenstvím a mateřstvím však představuje spíše přání, jelikož její naplnění je ve většině případů nereálné.

Systém sociálních dávek nabízí celou škálu sociální pomoci v peněžité formě pro osoby nacházející se v nepříznivé životní situaci. V takové nepříznivé životní situaci se mohou nacházet také nezletilé matky, jsou však značně znevýhodněny právě svou nezletilostí.

Nezletilá matka má nárok jak na **dávky státní sociální podpory (přídavek na dítě, sociální příplatek, příspěvek na bydlení, porodné, rodičovský příspěvek, pohřebné, dávky pěstounské péče)**, tak na **dávky pomoci v hmotné nouzi (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc)** a **peněžitou pomoc v mateřství**, ovšem za splnění určitých podmínek vyplývajících ze zákona, v případě nezletilých matek také jejich věku.

V souvislosti s těhotenstvím, mateřstvím a péčí o novorozené dítě se vyplácí z nemocenského pojištění **peněžitá pomoc v mateřství (PMM)**¹⁵. Tato dávka náleží ženě, která byla plátcem nemocenského pojištění a byla tedy zaměstnaná. PMM je vyplácena Správou sociálního zabezpečení podle místa trvalého bydliště. V případě, že je těhotná žena vedena v evidenci Úřadu práce, nemá na pobírání PMM nárok (ihned po porodu je jí vyplácen *Rodičovský příspěvek* - pomalá čtyřletá varianta, tzn. 7600,- Kč do 21 měsíců věku dítěte a poté 3800,- Kč do 4 let věku). Jedná-li se o studentku – tedy ženu navštěvující řádné a denní studium na jakékoli základní, střední, vyšší odborné nebo vysoké škole, má na PMM nárok, pokud přeruší v době těhotenství studium. Nepřeruší-li studium, nastupuje ihned

¹⁵ S mateřstvím se pojí mateřská dovolená.

Mateřská dovolená – přísluší zaměstnané ženě po dobu 28 týdnů; porodila-li 2 a více dětí současně, má nárok na mateřskou dovolenou po dobu 37 týdnů. Na mateřskou dovolenou nastupuje zaměstnankyně od počátku šestého týdne před porodem, nejdříve od počátku osmého týdne. Mateřská dovolená nesmí být kratší 14 dnů a nesmí být ukončena před uplynutím 6 týdnů po porodu. Peněžitá pomoc v mateřství tvoří 60% z denního vyměřovacího základu. Maximální výše PPM činí 23 490 Kč/měsíčně; minimální výše pak 7 600 Kč. (Zákon č. 262/2006 Sb.)

na rodičovskou dovolenou v pomalé čtyřleté variantě. (Martincová, 2007; Statní správa.cz, 2008)

Na nezletilé těhotné dívky se možnost pobírání PMM vztahuje, jsou-li žákyněmi či studentkami denního studia a přerušily toto studium a současně nejsou vedeny v evidenci úřadu práce.

O dávky **státní sociální podpory** se žádá na příslušném Úřadu práce na Odboru státní sociální podpory. Porodí-li žena na území České republiky dítě má nárok na **porodné** - jednorázová, jednotná částka od 1.1.2009 ve výši 13 000,- Kč. Porodí-li však dítě nezletilá dívka, musí dosáhnout 16 let, aby na porodné měla nárok. Pokud je matka mladší 16 let je ustanoven poručník, který tuto dávku přebírá na sebe. Dávku lze vyplatit do 1 roku od narození dítěte.

Rodičovský příspěvek¹⁶ náleží rodiči, který celodenně pečuje o dítě. Rodič může zvolit čerpání rodičovské ze 3 možností – doba péče o dítě – 2,3,4 roky a tomu odpovídající jednotná finanční částka jednotlivých let (rychlejší, klasické a pomalejší čerpání). Rodičovský příspěvek nemůže pobírat nezletilá dívka, jelikož nemá rodičovskou zodpovědnost. Je tedy ustanoven poručník, nebo je dítě svěřeno do péče jiné osoby a ta pobírá rodičovský příspěvek. Rodičovský příspěvek se dá vyplácet 3 měsíce zpětně.

Nezletilá matka má nárok také na ostatní dávky státní sociální podpory, odpovídá-li tomu její životní situace, která se posuzuje dle zákona o státní sociální podpoře (117/1995 Sb.), ale pouze za podmínek ustanovení poručníka. (Chrenková, 2008v; Zákon č. 262/2006 Sb.)

Dalším typem možných nárokových dávek jsou **dávky pomoci v hmotné nouzi** (Zákon č.111/2006 Sb.), které se snaží řešit nárazové životní situace spojené s nedostatečnou obživou, bydlením a mimořádnými situacemi. Tyto dávky jsou vypláceny na příslušném pověřeném Obecním úřadě (Oddělení dávek pomoci v hmotné nouzi). Nárok na dávky

¹⁶ K rodičovství se váže rodičovská dovolená.

Rodičovská dovolená - náleží matce (nebo otci) dítěte po skončení mateřské dovolené. Vztahuje se vždy na nejmladší dítě v rodině. Rodičovská dovolená se poskytuje matce dítěte po skončení mateřské dovolené a otci od narození dítěte, a to v rozsahu, o jaký požádají, ne však déle než do doby, kdy dítě dosáhne věku 4 let (7 let v případě dítěte se zdravotním postižením). Výše rodičovského příspěvku činí při **zrychleném čerpání** do **2 let** věku dítěte 11 400 Kč/m.; při **klasickém čerpání** do **3 let** věku dítěte 7 600 Kč/m.; při **pomalém čerpání** do **4 let** věku dítěte po dobu **21 měsíců** náleží 7 600 Kč/m., do **4 let** věku dítěte 3 800 Kč/m. (Zákon č. 262/2006 Sb.)

pomoci v hmotné nouzi má každý, kdo splňuje požadavky vymezené zákonem. Jedná-li se o nezletilou matku, tak stěžejním ukazatelem pro nárok na dávky je skutečnost, s kým nezletilá matka obývá domácnost – zda-li s rodiči či partnerem/druhem. Na nezletilou matku a její domácnost bude pohlíženo jako na společně posuzovanou domácnost, záleží tedy na výši společných příjmů domácnosti, od které se bude odvíjet nárokovost dávky. V případě nezletilých, náleží podání žádosti o dávky zákonnému zástupci, partnerovi či zletilé osobě v domácnosti. Žádost se podává na příslušném městském úřadu oddělení dávek pomoci v hmotné nouzi. (Chrenková, 2008w)

Pokud nezletilé dívky otěhotní a odejdou ze školy, ve většině případů se hlásí na Úřad práce, zde mohou být vedeny v evidenci až do svých 18-ti let, poté jsou z evidence vyřazeny. Jestliže po dosažení zletilosti nezůstávají na rodičovské dovolené či nepracují, mohou být vedeny v evidenci Úřadu práce. (Chrenková, 2008v)

Situace vyplácení dávek v praxi je různá, odvislá od konkrétní životní situace nezletilé matky, od místa jejího pobytu – zda žije s dítětem v domácím prostředí u rodiny či partnera nebo v ústavním zařízení.

Nezletilé těhotné dívky a matky žijící v ústavních zařízeních jsou materiálně zabezpečeny konkrétním ústavem (viz kapitola 4.), dle zákona mají nárok na stejné dávky spojené s mateřstvím a rodičovstvím jako dívky s rodinným zázemím. Pokud se dívky z ústavních zařízení po dosažení zletilosti nemohou vrátit do svého původního prostředí, nabízí se možnost využití pomoci zařízení sociálních služeb (Domy na půl cesty, Azylové domy). Přání většiny matek z ústavních zařízení po dosažení zletilosti však představuje samostatné bydlení ve vlastním bytě.

4. SYSTÉM PÉČE O NEZLETILÉ GRAVIDNÍ DÍVKY A MATKY V ČESKÉ REPUBLICE

Na tomto místě bych popsal a zároveň zpřehlednila systém péče o nezletilé těhotné dívky a matky. Představím zde zařízení, instituce, úřady a odborníky zainteresované do pomoci nezletilým těhotným dívkám a matkám.

Jednoduše můžeme podporu či pomoc nezletilým těhotným dívkám a matkám chápat z hlediska financí, tedy systému sociálních dávek či z hlediska existujících sociálních¹⁷ či jiných služeb. Druhé zmiňované hledisko bude zohledněno v následujícím textu.

Nezletilá gravidita a mateřství se v naší společnosti týká jak dívek bez rodinného zázemí tak těch, které rodinné zázemí mají. Odlišné jsou pouze možnosti a formy pomoci. Celá práce je pak koncipována ve vztahu k těmto dvou skupinám nezletilých těhotných dívek a matek a následující text bude tento významný aspekt zohledňovat, neboť právě ty nezletilé těhotné dívky a matky, které nevyrůstají a nežijí ve své původní či náhradní rodině a nemají tedy rodinné zázemí, jsou ve znevýhodněné pozici a právě jim by měla být věnována dostatečná pozornost v systému služeb a pomoci.

Jelikož systém péče o nezletilé těhotné dívky a matky je nejednotný, cílem této kapitoly bude jeho zpřehlednění a ucelení. Kapitola by mohla posloužit jak odborníkům v této oblasti se pohybujícím, tak také laikům, ale zejména nezletilým dívkám případně již matkám, které otěhotní (užší či širší rodina neexistuje nebo nefunguje) a neví, na koho se obrátit, jak danou situaci řešit a jak postupovat.

Nezletilým dívkám, které z rozličných důvodů nemohou vyrůstat ve své rodině a pomoc a podporu nalézají jinde než v okruhu svých příbuzných a blízkých, se nabízí dle **zákona o výkonu ústavní a ochranné výchovy** možnost využití péče odborného personálu **dětského domova, dětského domova se školou a výchovného ústavu**, tedy sítí zařízení spadajících do oblasti ústavní výchovy (viz dále v textu).

¹⁷ Z hlediska **sociálních služeb** ve vztahu k nezletilým těhotným dívkám a matkám rozlišujeme tyto jejich druhy a zařízení : *služby sociální péče* – pečovatelská služba (§40), průvodcovské a předčitatelské služby (§42); *služby sociální prevence* - azylové domy pro matky s dětmi (§57), domy na půl cesty (§58), raná péče (§54), nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (§62), sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (§65). (Zákon č.108/2006 Sb.)

4.1. Zařízení a instituce zajišťující pomoc nezletilým těhotným dívkám a matkám

V této kapitole popíši zařízení a instituce, kterým je legislativně stanovena povinnost péče o nezletilé těhotné dívky a matky, a které tuto péči zároveň poskytují. Dále se zaměřím na další zařízení, která pomoc nezletilým těhotným dívkám a matkám nabízejí na základě svého poslání, široké škály služeb, které poskytují a dostačujících kapacitních a personálních možnostech.

V České republice neexistuje zařízení, které by zaměřovalo primárně své aktivity a činnosti na skupinu nezletilých těhotných dívek a matek. Základním důvodem této skutečnosti bude jistě fakt, že nezletilá gravidita je v našich podmínkách marginálně zastoupena. Určitá pomoc nezletilým těhotným dívkám a matkám a jejich dětem je nabízena v rámci ústavních zařízení, jejichž posláním je pomoci dětem v překonání jejich tíživé situace – jako je ztráta rodiny, nemožnost vyrůstat ve svém původním rodinném prostředí apod. Jedná se zejména o zařízení školského typu, ale také o zařízení spadající do rezortu zdravotnictví jako jsou kojenecké ústavy, dětské domovy a dětská centra. Kromě těchto zařízení, která jsou materiálně, personálně i kapacitně vybavena na pomoc dětem, se nezletilé těhotné dívky a matky mohou obrátit na zařízení, která jsou přímo zaměřena na pomoc matkám a jejich dětem – Azylové domy pro matky s dětmi, ať již státního či nestátního sektoru. Celostátní působností nabízí pomoc také občanské sdružení Fond ohrožených dětí.

Pozn. : Následující výčet zařízení¹⁸ není úplný. Jsou v něm uvedena zařízení, se kterými se mi podařilo zkontaktovat. Tímto se omlouvám za zařízení, která existují a fungují a nejsou součástí tohoto textu. Předmětem mého zájmu nebylo vytvoření adresáře všech zařízení, které poskytují pomoc nezletilým těhotným dívkám a matkám, ale zpřehlednění systému péče o tyto dívky a matky a jeho základní uvedení.

4.1.1. Síť školských ústavních zařízení

Dětské domovy (dále jen DD), **dětské domovy se školou** (DDsŠ) a **výchovné ústavy** (VÚ) jsou školskými zařízeními spadajícími do rezortu Ministerstva školství, tělovýchovy a sportu. Tato zařízení jsou legislativně ukotvena v Zákoně č.109/2002 Sb., který uvádí povinnost

¹⁸ Popis jednotlivých zařízení bude zestručněn a zaměřen s ohledem na pomoc nezletilým těhotným dívkám a matkám. Další informace budou k nalezení v Přílohách č.10. a 11.

péče o nezletilé těhotné dívky a matky a jejich dětí. Byť zákon uvádí tuto povinnost, a tudíž by se měl týkat všech zařízení tohoto typu, ne všechna zařízení jsou na péči o nezletilé těhotné dívky a matky připravena. Podmínkou péče o tyto dívky a matky v těchto zařízeních je zabezpečení lékařské a poradenské péče prostřednictvím zdravotnických zařízení a samozřejmě péče o děti v době nepřítomnosti matky z důvodu studijních povinností.

Ne všechna zařízení jsou kapacitně a personálně zajištěna tak, aby mohla tyto nezletilé dívky a matky přijmout. V praxi se většinou stává, že jsou nezletilé těhotné dívky a matky přijaty do zařízení, která se specializují na tuto problematiku a tudíž jsou personálně i kapacitně vyhovující. Těchto zařízení však není v naší zemi mnoho a i přes skutečnost, že nezletilá gravidita a mateřství je jevem v našich podmínkách minoritním a nepředstavuje tak závažný sociální problém, jak je tomu např. v zemích anglosaských, počet těchto zařízení je nevelký a jejich kapacita je omezena.

Diagnostické ústavy (DÚ), které na základě výsledků komplexního vyšetření umísťují děti do příslušných typů zařízení, mohou taktéž poskytnout péči nezletilým těhotným dívkám a matekám. Délka pobytu nezletilých těhotných dívek a matek v ústavu bývá individuální, odvislá dle situace konkrétní klientky. Zpravidla se jedná o 2 měsíce. V praxi je ale časté, že již v průběhu těhotenství, je dívka zařazená do pobytu v některém zařízení poskytujícím péči nezletilým těhotným dívkám a matekám. Dle provedené diagnostiky jsou pak dívky dále umístěny do příslušných zařízení – dívky méně problémové do dětských domovů (např. DD Most, DD Zruč nad Sázavou, DD Planá, kde fungují oddělení pro nezletilé matky). Dívky se závažnými výchovnými problémy jsou přemístěny do dětského domova se školou či výchovného ústavu (např. VÚ Černovice, VÚ a DDsŠ Moravský Krumlov).

Diagnostické ústavy však nemusí pouze umísťovat a rozmísťovat nezletilé těhotné dívky a matky. Při jednom pražském diagnostickém ústavu (viz příloha č.12.) je zřízeno právě oddělení nezletilých matek.

Na tomto místě stručně vymezím obecnou charakteristiku těchto zařízení – podmínky přijetí, pobytu, propuštění, apod. Jedná se o zákonem (Zákon č.109/2002, Sb.) vymezené podmínky fungování zařízení, které jsou pak aplikovány do vnitřního řádu konkrétních zařízení.

Do zařízení školského typu jsou nezletilé těhotné dívky a matky umístěny na základě rozhodnutí soudu o předběžném opatření, rozhodnutí soudu o nařízení ústavní či uložení

ochranné výchovy. Jejich děti jsou pak přijímány na základě předběžného opatření nebo nařízení ústavní výchovy.

Nezletilé těhotné dívky či matky jsou do ústavního zařízení přijaty díky nefunkčnosti původního rodinného prostředí a mnohdy svého problémového chování, kdy se těhotenství a mateřství stalo přidruženým či vyústěným problémem. Děje se tak na základě podnětu sociálního pracovníka či kurátora – např. pro útoky z domova, špatné výsledky a časté absence ve škole, problémy s alkoholem a drogami, krádeže, přepadení či nevhodné bytové a sociální poměry v rodině.

Pokud nepřipadá v úvahu jiná alternativa péče, jsou nezletilé těhotné dívky či matky (spolu se svými dětmi) přemístěny ze svého původního nefungujícího rodinného prostředí do diagnostického ústavu, který dívky a matky následně umístí do příslušného ústavního zařízení¹⁹.

V průběhu těhotenství a mateřství je dívkám a matkám poskytována veškerá zdravotní i poradenská péče. S péčí o dítě pomáhají mladé mamince zaměstnanci zařízení. Většinou se jedná o zdravotní sestry či asistenty výchovy (pedagogy či pomocné pedagogy). Zpravidla 6 týdnů před porodem dívky přerušují návštěvu školy a připravují se na porod. Po porodu (doba se různí – po šestinedělí, po půl roce) nastupují nezletilé matky zpátky do školy na základě domluvy zařízení s vedením příslušné školy. Matkám jsou umožněny tzv. přestávky na kojení, kdy za dítětem docházejí (je-li škola v blízkosti zařízení, nebo je-li součástí zařízení), případně je dítě nošeno na kojení asistentkou výchovy přímo do školy. V době školní docházky je o dítě postaráno personálem zařízení. Po splnění školních povinností si dívky dítě přebírají do své péče.

Nezletilé těhotné dívky a matky mohou v zařízení přijímat návštěvy, telefonovat a korespondovat si se svými blízkými, jezdit domů na krátkodobé (víkendové) či dlouhodobé (14 denní) pobyty. Vztahují se na ně práva a povinnosti jako na ostatní klienty ústavních školských zařízení s výjimkou změněného režimu dne přizpůsobeného péči o dítě. Kromě péče o dítě se nezletilé matky (samozřejmě také těhotné dívky) podílejí na chodu zařízení – uklízení, vaření. Navíc jsou dále proškoleny v péči o dítě a v přípravě na porod přímo v zařízení, a to zdravotnickým personálem. Nezletilým těhotným dívkám a matkám (a jejich dětem) náleží kapesné tak jako ostatním klientům zařízení. Při odchodu ze zařízení

¹⁹ V ojedinělých případech může diagnostický ústav umístit klienty do dětského domova či dětského domova se školou bez předchozího pobytu v DÚ; to platí i pro děti, které byly v péči kojeneckého ústavu. (Vyhláška č. 438/2006 Sb.; Zákon č.109/2002 Sb.)

je jim vyplácená jednorázová finanční částka 15.000,- Kč, nebo je matce a dítěti nakoupena výbava v této hodnotě, případně mohou být zaplacený nájem dopředu.

Na péči nezletilé těhotné dívky a matky přispívá dle zákona zákonný zástupce. Pokud má nezletilá matka vlastní příjmy – v tomto případě pobírá-li sociální dávky (např. rodičovský příspěvek, příspěvek na dítě), měla by se dle zákona podílet na financování péče v zařízení. Úhrada péče za dítě nezletilé matky v ústavu činí za kalendářní měsíc 10 % z výše rodičovského příspěvku.

Nezletilé těhotné dívky a matky pobývají v ústavním zařízení do dosažení zletilosti, kdy je zrušena ústavní či ochranná výchova, nebylo-li tak soudně učiněno dříve. Pokud se matky po dosažení zletilosti dále připravují na své budoucí povolání, mohou v ústavu zůstat až do ukončení jeho přípravy. Mezi zařízením a zletilou je pak sepsaná smlouva, která opravňuje zletilou matku spolu se svým dítětem k pobytu v zařízení. Při ukončení ústavní výchovy a odchodu ze zařízení, musí matka dítěte požádat soud o zrušení ústavní výchovy svého dítěte. Další možností odchodu ze zařízení je podmíněčné propuštění. Tento způsob ukončení pobytu v ústavu je aplikován v případech, kdy je zbytečné, aby nezletilá těhotná dívka či matka v zařízení pobývala (např. dojde-li ke zlepšení sociálních poměrů v původní rodině dívky či matky).

Před odchodem těhotné dívky či matky s dítětem z ústavu, umožní ředitel zařízení kontakt se sociálním kurátorem. O odchodu těhotné dívky či již matky musí být alespoň půl roku před propuštěním informován orgán sociálně právní ochrany dětí. Po odchodu ze zařízení se mladé mamince s dítětem nabízí návrat zpátky do původní rodiny, odchod k rodině přítele, k příteli, do svého vlastního bytu. Kromě domácího či příbuzenského prostředí mohou mladé matky s dítětem využít zařízení sociálních služeb – např. Domy na půl cesty, Azylová zařízení pro matky s dětmi. Poslední zmiňované jsou však řešením přechodným (většinou se smlouvy uzavírají na půl roku až jeden rok). (Chrenková, 2008i-q; Vyhláška č.438/2006 Sb.; Zákon č.109/2002 Sb.)

4.1.2. Zdravotnická zařízení

Dalšími typy zařízení, kde mohou nalézt nezletilé těhotné dívky a matky pomoc a péči, jsou zařízení spadající do rezortu ministerstva zdravotnictví - jedná se o **kojenecké ústavy (KÚ) a dětské domovy pro děti do 3 let**. V současné době se připravuje nový zákon týkající se KÚ a DD pro děti do 3 let, kdy se zavádí nový název, a to **Dětská centra (DC)**. Některá zařízení na tuto připravovanou novelu zákona reagují a již teď používají nový název.

Co se týče poskytovaných služeb v DC, tak ty budou totožné se službami, které nabízejí stávající zařízení. Jejich hlavním cílem je včasná socializace dítěte – tedy umístění dítěte po optimalizaci podmínek do jeho původní rodiny či rodiny náhradní. Nadále budou DC poskytovat diagnostiku, rehabilitace a terapii, s tím, že se zaměří na stejnou skupinu dětí jako doposud – tedy děti týrané a handicapované. Zásadní změnu představuje věkové rozmezí dítěte – již nebude platné věkové omezení 3 let, ale služby v rámci DC by měly být poskytovány po celé dětství dítěte. V současné době upravuje postavení KÚ a DD pro děti do 3 let Zákon č. 20/60 Sb., o zdraví lidu. (Chrenková, 2008a)

KÚ a DD pro děti do 3 let poskytují komplexní péči dětem ohroženým prostředím, opuštěným, handicapovaným a zanedbávaným a jejich rodinám. Kromě tohoto primárního zaměření jsou dále pověřeny výkonem sociálně-právní ochrany dětí, která může spočívat např. ve vyhledávání dětí, na které se sociálně-právní ochrana zaměřuje, v pomoci rodičům při řešení výchovných či jiných problémů v péči o dítě, poskytování poradenství při péči o dítě či dítě se zdravotním postižením, zřizování a provoz zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

Ve vztahu k nezletilým těhotným dívkám a matkám umožňují některé KÚ a DD pro děti do tří let utajené porody a možnosti pobytu matek s dětmi. Záleží však na konkrétním zařízení, na jeho možnostech, jelikož zákon přímo nestanovuje výčet služeb, které by mělo dané zařízení poskytovat.

V rámci **utajených (diskrétních) porodů** je těhotná žena přijata do zařízení, kde pobývá až do porodu. V zařízení je jí poskytována komplexní zdravotní, psychologická a sociální péče, dále je zajištěn kontakt s porodnicí a doprovod. Pokud žena nemá o dítě zájem a souhlasí s náhradní rodinnou péčí, dítě do této péče přechází.

Nezletilé těhotné dívky a matky mohou v zařízení **pobývat** na základě vlastní žádosti, žádosti zákonného zástupce či žádosti oddělení sociálně-právní ochrany dětí, dále také na základě soudem stanoveném předběžném opatření či nařízení ústavní výchovy. V průběhu pobytu jsou matkám předávány základní sociální návyky v péči o dítě a o sebe. V zařízení pobývají do dosažení zletilosti. Matky, které si po dosažení zletilosti přejí v zařízení zůstat, či se nemají kam vrátit, zde mohou pobývat dále na základě smlouvy uzavřené na půl roku. Pobyt zletilých žen již musí být hrazen. (Chrenková, 2008j,s,t)

4.1.3. Zařízení sociálních služeb

V oblasti sociálních služeb nemohou poskytovat pomoc nezletilým těhotným dívkám a matkám v podobě pobytových služeb prakticky žádná zařízení. Cílová skupina klientů je vymezena věkovou hranicí 18-ti let. V této síti zařízení však fungují taková zařízení, která mohou nezletilým těhotným dívkám a matkám pomoci po dosažení zletilosti případně v nezletilosti při společném pobytu se zákonným zástupcem. Jedná se o **Azylové domy** a **Domy na půl cesty** (DnPC). Legislativně je pomoc těchto zařízení ukotvena Zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách a rezortně tato zařízení spadají do sféry působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí.

Zařízení **Azylový dům** představuje pobytovou službu poskytovanou na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojenou se ztrátou bydlení. Co se týče skupiny nezletilých těhotných dívek a matek, tak ty mohou využívat služeb **azylových domů pro matku s dětmi** po dosažení zletilosti. Kromě státní sféry se v této oblasti pohybuje Charita s celorepublikovou sítí charitních azylových domů pro matku s dětmi nebo azylové domy občanského sdružení Fond ohrožených dětí. Tato zařízení poskytují dočasné ubytování (zpravidla na půl roku), možnost přípravy stravy a hygienu. Dále zajišťují poradenství, výchovné, vzdělávací a aktivační služby a nabízí pomoc v prosazování práv a zájmů a psycho-sociální terapii. Pobyt v zařízení je klienty hrazen. (Charita, ČR, 2004; Zákon č.108/2006 Sb.)

Možnosti využití pomoci azylových domů pro matku a dítě v celorepublikové působnosti jsou však omezené z hlediska cílové skupiny. Tato zařízení jsou zaměřena na matky zletilé, a tudíž pomoc nemohou poskytovat dívkám nezletilým. Některá tato zařízení jsou schopna nabídnout své služby i nezletilým maminkám, ovšem v doprovodu zákonného zástupce, který je s nezletilou matkou a dítětem společně ubytován. Někdy se stává, že azylový dům pro matku s dítětem ubytuje nezletilou maminku, však pouze ve výjimečných situacích, např. na základě spolupráce s diagnostickým ústavem, jako dočasné, přechodné řešení. (Chrenková, 2007b)

Domy na půl cesty mohou pomoci těhotným ženám a matkám, ale také pouze zletilým. Ve vztahu k nezletilým těhotným dívkám a matkám se služba nabízí až po dosažení zletilosti a po odchodu z ústavního zařízení, případně v doprovodu se zákonným zástupcem. Klientelou DnPC bývají právě mladí lidé, kteří opustili ústavní zařízení, mohou zde pobývat do dosažení 26 let. DnPC poskytují pobytové služby na přechodnou dobu, zpravidla na jeden rok na základě smlouvy mezi klientem a zařízením. Služba zabezpečuje následující :

poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba je poskytována za úplatu. Domy na půl cesty se nacházejí po celé České republice, prakticky v každém větším městě. (Zákon č.108/2006 Sb.)

4.1.4. Fond ohrožených dětí

Občanské sdružení Fond ohrožených dětí (FOD) s celorepublikovým zastoupením nabízí celou škálu služeb, které mohou využít také nezletilé těhotné dívky či matky. Hlavní zaměření FOD spočívá v pomoci týraným, zanedbávaným, zneužívaným, opuštěným nebo jinak sociálně ohroženým dětem. Činnosti, kterými se sdružení zabývá, spadají zejména do těchto oblastí : sociální práce a sanace rodin²⁰, vyhledávání náhradních rodin pro obtížně umístitelné děti, provoz azylových domů pro rodiny s dětmi a mládež bez domova, alternativu ústavní péče v podobě života v Klokánku a možnost využití krizové linky pro ženy tající těhotenství a porod – tzv. anonymní porody. (www.fod.cz)

FOD může nabídnout pomoc nezletilým těhotným dívkám a matkám zejména prostřednictvím služeb **Azylových domů, Klokánků a anonymních porodů**.

Azylové domy FOD

Azylové domy FOD poskytují ubytování rodinám s dětmi na období překlenutí těžké životní situace. Pomoc je zaměřena také na těhotné ženy a matky, které nemají, kde bydlet a po odchodu z porodnice se nemají kam vrátit. Může se jednat taktéž o nezletilé těhotné dívky a matky s dětmi. Pobyt není dlouhodobý, většinou trvá půl rok až rok (někdy i déle). V tomto období je nezletilým matkám pomáháno s péčí o dítě a následně i s možností dalšího ubytování. (Chrenková, 2007c)

Těhotné nezletilé dívky bývají častými klientkami azylových domů. Záleží však na konkrétní dívce, zda si dítě ponechá, nebo volí možnost náhradní rodinné péče. Azylové domy jsou zaměřeny na pomoc matkám (rodičům) s dětmi a podporují vztah rodič-dítě. V případě, že nezletilá dívka neprojevuje zájem o své dítě je odkázána na jinou pomoc. (Chrenková, 2008d)

²⁰ **Sanace rodiny** – (lat. uzdravení); podpora rodiny; terénní a ambulantní způsob práce s rodinou zaměřený na znovuoživení fungování rodiny, prevenci odebrání dítěte z rodiny nebo umožnění jeho návratu zpět do rodiny. Hlavním zájmem je především ochrana dítěte, posílení rodičovského chování se snahou minimalizace rizika opakování sociálního selhání. (Matoušek, 2003b)

Klokánek FOD

Zařízení FOD Klokánek představuje alternativu ústavní péče, kde na přechodnou dobu pobývají děti, které z rozličných důvodů nemohou žít se svou rodinou. Po vyřešení rodinné situace se nabízí možnost návratu zpět do původní rodiny, nebo je dítěti nalezena nová náhradní rodina (tzv. náhradní rodinná péče). Klokánky jsou pověřeny výkonem sociálně-právní ochrany dětí a zabezpečují tak děti vyžadující okamžitou pomoc.

Děti jsou do Klokánku přijímány bez předešlého pobytu v diagnostickém ústavu a žijí zde po třech až čtyřech společně se svými „klokaními rodiči“ („teta a strýc“), kteří se o ně starají jako rodiče v běžné rodině. (www.fod.cz)

V Klokánku mohou pobývat také nezletilé těhotné dívky a matky. Jelikož je ale činnost Klokánku zaměřena primárně na pomoc nezletilým dětem, hledají se po porodu pro maminku jiné alternativy bydlení (např. azylové domy). Přesto může Klokánek nezletilé mamince a jejímu dítěti přechodně pomoci. Matka zde se svým dítětem žije v „klokaní rodině“, stará se o ně „teta“, která zajišťuje péči o dítě v době matčiny nepřítomnosti (docházka do školy). Odpoledne se pak matka věnuje svému dítěti pod dozorem „tety“. (Chrenková, 2008e)

Anonymní porody

Třetí možností využití služeb FOD pro nezletilé těhotné dívky případně ty, které již porodily, jsou anonymní porody formou **krizové telefonní linky** či využití **Babyboxů**.

Matky, které porodí a o dítě se starat nechtějí a přejí si zůstat v utajení, jednoduše zavolají na krizovou linku, dítě předají FOD (případně se domluví na smluveném místě) a ti se již o dítě postarají. Druhou možností je využití Babyboxů, které představují schránky pro odložené děti a bývají umístěny ve zdravotnických zařízeních. První Babybox byl zřízen v roce 2005, jejich současný počet je 34 a dále se počítá s jejich rozšířením. Nacházejí se po celé České republice. (www.babybox.cz ; www.fod.cz)

4.1.5. Poradny a krizové telefonické linky pro ženy a dívky

Poradny a krizové telefonické linky pro ženy a dívky mohou nezletilým těhotným dívkám, ale také matkám pomoci zejména v oblasti poradenství, tedy poskytováním informací a rad. Dívky mohou tato zařízení kontaktovat telefonicky, emailem, ale také osobně.

Na pomoc těhotným ženám a matkám s dětmi se zaměřuje např. občanské sdružení **Na počátku a Sdružení ochrany nenarozeného života**.

Občanské sdružení **Na počátku** nabízí celou škálu služeb určeným ženám jakéhokoliv věku, které se v souvislosti s těhotenstvím a mateřstvím dostaly do nepříznivé krizové situace. Ženy a dívky, které otěhotněly a dítě se rozhodly ponechat, mohou kontaktovat **poradnu** sdružení, a to buď telefonicky, nebo prostřednictvím emailu. Po kontaktování poradny je těhotné ženě či dívce nabídnuta pomoc formou ubytování v **Domově pro dětský život**. Matky zde mají možnost dítě donosit a porodit a zůstat zde až do prvního roku dítěte. Každé mamince je v Domově individuálně věnováno a to formou sociálního programu prostřednictvím individuálního plánu. Program je zaměřen zejména na péči o dítě, osamostatnění se a následné začlenění se do přirozené komunity. Po dobu pobytu je pracovníkem Domova hledáno další řešení krizové situace matky a jejího dítěte. Po skončení pobytu v Domově se maminkám a jejich dětem nabízí možnost využití **bytů na půli cesty**, které fungují na stejném principu jako Domy na půl cesty. Další návazné služby mají podobu následné péče v terénní či ambulantní formě. Cílem této služby je pomoci maminkám, které pobývaly v Domově v osamostatnění se a orientaci v novém prostředí vlastního bydlení. (www.napocatku.cz)

Sdružení Ochrana nenarozeného života provozuje síť 14- ti poraden po celé České republice a celostátní Linku pro ženy a dívky. Pomoc je zaměřena na ženy a dívky, které se dostaly do nepříznivé situace v důsledku neplánovaného těhotenství. Služby poradny spočívají zejména v poskytování poradenství – základního, ale také sociálně-právního (např. vyřizování dávek), provedení těhotenského testu ženám a dívkám ve věkovém rozmezí 16-24 let s následnou konzultační a poradenskou činností. Dále se pak jedná o zprostředkování další odborné pomoci s gynekology, psychology, právníky či spoluprací s Azylovými domy pro matky, poskytnutí materiální výpomoci ženám v tísní (např. poskytnutí základní výbavy pro dítě) a v neposlední řadě přednášková činnost na základních a středních školách. (www.dis.cz/sonz/)

4.2. Další formy pomoci nezletilým těhotným dívkám a matkám

O těhotenství nezletilé dívky se můžeme dozvědět z nejrůznějších míst. Může se jednat o školní prostředí – základní nebo střední školu, praktického lékaře, gynekologa, sociálního pracovníka obvodu, ve kterém dívka žije, ale také sociálního pracovníka v nemocnicích a porodnicích. Škála míst a odborníků, kteří mohou přispět k řešení nezletilého těhotenství a mateřství je široká, záleží však na samotné dívce, zda své okolí o těhotenství informuje

a vzniklou situaci chce řešit a v neposlední řadě také na součinnosti těchto odborníků a zařízení.

4.2.1. Školní prostředí

Ve škole, kterou nezletilá dívka navštěvuje, tedy školu základní či střední, může být nezletilá gravidita řešena třídním učitelem, výchovným poradcem a ředitelem příslušné školy ve spolupráci se zákonnými zástupci nezletilé dívky, případně policií (záleží na věku nezletilé dívky). Důležitá je spolupráce školy s rodinou, zejména v otázkách docházky žákyně či studentky. Škola může dále spolupracovat s pedagogicko-psychologickou poradnou a praktickým (dorostovým) lékařem či gynekologem.

Ředitelé základních a středních škol nechávají pořádat na svých školách přednášky z oblasti prevence sociálně-patologických jevů, řeší se otázky spojené se zahájením pohlavního života, užíváním kontracepce, apod. Tyto aktivity spadají do oblasti primární prevence. (Chrenková, 2008f)

Úloha výchovného poradce

Úloha výchovného poradce na školách jak základních, tak středních může sehrát významnou roli při objevení a řešení těhotenství nezletilých dívek. Výchovný poradce řeší na školách problémy výchovného, ale také vzdělávacího charakteru. Mezi nejčastější problémy patří např. absence, užívání návykových látek, krádeže, ale také špatný prospěch (hrozící vyloučení ze školy, náhle se zhoršující prospěch). Výchovný poradce má na školách vymezené úřední hodiny, ve kterých mohou žáci a studenti poradce kontaktovat.

V některých případech může být postup opačný, když např. třídní učitel, případně jiná osoba upozorní poradce, že s daným žákem či studentem není něco v pořádku. V tomto případě vyhledá poradce žáka, či studenta sám, záleží však na samotném žákovi/studentovi, zda bude chtít s poradcem hovořit a problém řešit.

V případech, kdy vyhledá pomoc výchovného poradce nezletilá těhotná dívka, bude postup následující – poradce sepiše s nezletilou dívkou protokol a bude se snažit její problém řešit. Měl by být kontaktován zákonný zástupce nezletilé dívky a přizván k následnému pohovoru – přítomny by tedy byly tři osoby – nezletilá těhotná dívka, zákonný zástupce a poradce, zápis by byl stvrzen třemi podpisy ve dvou vyhotoveních. Jestliže by se jednalo o nezletilou těhotnou dívku mladší 15-ti let, poradce musí kontaktovat policii a vše by mělo být řešeno v rámci trestního řízení.

Dle potřeby se na školách konají tzv. výchovné komise, kde je zpravidla přizván ředitel a zástupce příslušné školy, třídní učitel, výchovný poradce a zákonný zástupce. V rámci výchovných komisí jsou řešeny výchovné a vzdělávací problémy žáků a studentů. Taktéž nezletilá gravidita by byla řešena v rámci těchto výchovných komisí. Jednou z otázek týkající se vzdělávacího procesu by určitě bylo projednávání pokračování (např. formou individuálního plánu – viz příloha č.13.) či přerušení studia nezletilé těhotné dívky, které schvaluje ředitel příslušné školy. Jaká varianta dalšího vzdělávání je zvolena záleží na konkrétní situaci nezletilé těhotné dívky (sociální situace – rodinné zázemí) a na stanovisku příslušné školy. (Chrenková, 2008f; Zákon č.561/2004 Sb.)

4.2.2. Praktický lékař

Při preventivních prohlídkách či během běžných prohlídek může praktický dorostový lékař zjistit těhotenství nezletilé dívky a dívku odkázat na odborné vyšetření ke gynekologovi. V případě dívky mladší 15-ti let je praktický lékař povinován oznamovací povinností, měl by tedy informovat příslušný orgán sociálně - právní ochrany dětí. Je možná taktéž spolupráce s rodiči, ale záleží na konkrétním lékaři.

Nezletilá matka nemusí docházet na kontroly s dítětem v doprovodu zákonných zástupců. Pokud praktický lékař zjistí problémy v péči o dítě či v rodině, kontaktuje oddělení péče o dítě (dále jen OPD) na příslušném obvodu. V kontaktu s OPD je neustále a o případných problémech a nařízeních (např. stanovení dohledu²¹) je informován. (Chrenková, 2008g; Zákon č.359/1999 Sb.)

V ojedinělých případech může být těhotenství nezletilé dívky zjištěno i jiným lékařem než pouze lékařem dorostovým, např. internistou, ke kterému byla nezletilá dívka poslána na odborné vyšetření (např. ultrazvuk).

4.2.3. Gynekolog

Pokud je těhotenství zjištěno či potvrzeno gynekologem je postup stejný jako v případě praktického lékaře – je nutná spolupráce s OPD, jelikož gynekologovi náleží také oznamovací povinnost.

²¹ Vyžaduje-li to zájem na řádné výchově dítěte, může soud, neučinil-li tak orgán sociálně-právní ochrany dětí, stanovit nad nezletilým dohled a provádí jej za součinnosti školy, občanských sdružení v místě bydliště nebo na pracovišti. (Zákon č.94/1963 Sb. § 43b)

U dívek mladších 15-ti let je důležitá spolupráce s rodiči. Pokud je rodič nezletilé těhotné dívky mladší 15-ti let spolupracující, může být ponechána oznamovací povinnost na něm. (Chrenková, 2008h; Zákon č.359/1999 Sb.)

4.2.4. Sociální pracovník

V rámci sociální práce se může dostat do styku s nezletilou těhotnou dívkou či již matkou sociální pracovník působící zejména na oddělení sociálně-právní ochrany dětí.

Oddělení sociálně-právní ochrany dětí (dále jen OSPOD) sehraává stěžejní roli při spolupráci s nezletilou těhotnou dívkou či již matkou. Sociální pracovníci OSPOD se zaměřují na řádnou výchovu dítěte a ochranu oprávněných zájmů dítěte. V případech nezletilých těhotných dívek či matek se činnosti sociálních pracovníků zaměřují zejména na plnění výchovných povinností, které nezletilý jedinec dle našeho právního řádu nemůže naplňovat dostatečně, právě z hlediska nízkého věku. V těchto případech je ustanoven poručník či opatrovník dítěte nezletilé matky, případně je dítě svěřeno do péče jiné osoby, neboť nezletilá matka nemá rodičovskou zodpovědnost.

Dalšími případy, kdy se sociální pracovník může s těhotnou dívkou či matkou v rámci OSPOD setkat jsou případy, kdy se rodina nezletilé dívky potýká s nějakými problémy a této rodině jsou nabízeny různé formy pomoci zejména prostřednictvím terénní sociální práce, kdy terénní sociální pracovník či terénní pracovník dochází za rodinou.

Často se v praxi stává, že se těhotná nezletilá dívka, respektive již rodička, poprvé dostává do kontaktu se sociální pracovnící až v porodnici. Sociální pracovnice z porodnice spolupracuje se zákonným zástupcem a příslušným OSPODem. V případech nezletilých dívek pod 15 let je kontaktován sociální kurátor magistrátu města, případně obvodu, kde má dívka uvedené trvalé bydliště.

Dívky a ženy zůstávají v porodnicích obvykle 4 dny, nevyskytují-li se žádné komplikace, z tohoto důvodu je na rodinnou anamnézu málo času. Mnohdy se stává, že sociální pracovnice z porodnice není již o dalším postupu (zda si dívka dítě ponechala, nebo jej dala do náhradní rodiny) mladé matky informována. (Chrenková, 2007ch)

4.2.5. Sociální kurátor

V náplni práce sociálního kurátora je mimo jiné také pomoc mladým lidem propuštěných z ústavních zařízení po dosažení zletilosti. Pomoc může mít podobu poradenství (vztahující

se k bydlení, nalezení zaměstnání), poskytnutí jednorázové peněžité částky a věcné dávky ve výši 1000 Kč (při splnění podmínky sociální potřeby). Kurátoři provádějí komplexní **sociálně-právní poradenství** a sociální terapii v problémových rodinách, s problémovými skupinami nebo jedinci. (Matoušek, 2003b)

Kurátor pro mládež

Kurátoři pro mládež pečují o děti do 18 let, které se potýkají s problémy výchovného charakteru - řeší problémy záškoláctví, úteků z domova, toxikomanie, alkoholismu, šikany a trestnou činnost. Dále vyhledávají děti, jejichž rodiče neplní své povinnosti vyplývající z péče o dítě, zaměřují se na sledování vývoje dětí a mladistvých s poruchami chování, nad kterými byl stanoven dohled. Tak jako sociální pracovníci provádějí návštěvy v rodinách. V případě ohrožení života nebo příznivého vývoje dítěte podávají návrh k soudu na nařízení předběžného opatření²². U problémových a nezvladatelných dětí podněcují soudu k nařízení ústavní výchovy²³ či uložení ochranné výchovy²⁴ a zprostředkovávají jejich umístění do diagnostických ústavů. Jsou povinni nejméně jednou za šest měsíců navštěvovat děti, kterým byla nařízena ústavní či uložena ochranná výchova a pobývají v ústavním zařízení. V neposlední řadě se zúčastňují výsledků nezletilých a mladistvých u Policie ČR. (Matoušek, 2003b)

Sociální kurátoři jsou dalšími odborníky, kteří se mohou dostat do kontaktu s nezletilými těhotnými dívkami či matkami. Jelikož práce sociálních kurátorů se týká zejména

²² „Ocitlo-li se dítě bez jakékoliv péče, nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy nebo narušeny, je obecní úřad obce s rozšířenou působností povinen podat neprodleně návrh soudu na vydání předběžného opatření, o němž musí soud rozhodnout do 24 hodin.“ (Zákon č.359/1999 Sb., §16).

²³ Soud nařizuje ústavní výchovu v případech vážného ohrožení nebo narušení výchovy dítěte, pokud jiná výchovná opatření nesměřovala k nápravě, nebo pokud rodiče nejsou schopni z jiných vážných důvodů výchovu dítěte zajistit“. Lze ji uložit jen nezletilé osobě a lze ji prodloužit maximálně do doby, než tato osoba dovrší 19 let. Podle zákona má soud ústavní výchovu zrušit, pokud pominou důvody, které vedly k jejímu nařízení, nebo pokud lze dítěti zajistit náhradní rodinnou péči. Ústavní výchova se vykonává v ústavních zařízeních – v dětském domově, dětském domově se školou a výchovném ústavu (Matoušek, 2003b ; Zákon č. 94/1963 Sb., §46)

²⁴ „Soud pro mládež může mladistvému uložit ochrannou výchovu, pokud : a) o výchovu mladistvého není náležitě postaráno a nedostatek řádné výchovy nelze odstranit v jeho vlastní rodině nebo v rodině, v níž žije, b) dosavadní výchova mladistvého byla zanedbána, nebo c) prostředí, v němž mladistvý žije, neposkytuje záruku jeho náležité výchovy, a nepostačuje uložení ústavní výchovy podle zákona o rodině“. Ochrannou výchovu dále ukládá soud pro mládež dětem starším 12 let, ale mladším 15 let, pokud se takové dítě dopustí trestného činu, za nějž trestní zákon ve zvláštní části dovoluje uložení výjimečného trestu. Spáchá-li dítě mladší 15 let čin jinak trestný, může soud uložit ochrannou výchovu, jestliže povaha činu ohrožuje řádnou výchovu dítěte“. „Ochranná výchova představuje institut českého práva uplatňovaný v rámci trestněprávního soudního řízení jako tzv. ochranné opatření. Ochranná výchova se vykonává ve výchovných zařízeních – v dětském domově se školou a výchovném ústavu“. (Matoušek, 2003b, s.134-135; Zákon č. 218/2003 Sb., § 22)

výchovných problémů a trestných činů mohou se s nezletilou těhotnou dívkou či již matkou setkat převážně v těchto souvislostech. Mohou být kontaktováni policií (např. když nezletilá dívka porodí, dítě předá do kojeneckého ústavu a je na útěku). Dále se může jednat o kontaktování sociálních pracovníků z porodnic, kdy dívky pod 15 let, které se nacházejí pod zákonnou hranicí, porodí dítě. Vše by mělo být řešeno v rámci trestního řízení ve spolupráci s policií.

V případech ústavní ochranné výchovy by měl ředitel příslušného zařízení umožnit matce, která má být propuštěna ze zařízení z důvodu dosažení zletilosti, kontakt se sociálním kurátorem. Taktéž musí kontaktovat nejméně 6 měsíců před propuštěním nezletilé matky v zaručení návaznosti péče příslušný obecní úřad obce s rozšířenou působností (OPD).

Po opuštění příslušného zařízení může již zletilá matka sama kontaktovat sociálního kurátora zejména při pomoci s bydlením, zdravotním a materiálním zabezpečením. Sociální kurátor pak spolupracuje zejména s OSPOD.

Pokud se nezletilá těhotná dívka či matka nepotýká s výchovnými problémy, nemusí sociální kurátor s dívkou do kontaktu vůbec přijít. Pokud nejsou s dívkou problémy výchovného rázu přebírá péči OSPOD. (Vyhláška č.438/2006 Sb.)

4.2.6. Úřady práce a oddělení dávek pomoci v hmotné nouzi

Pracovníci úřadů práce a oddělení pomoci v hmotné nouzi se s nezletilými těhotnými dívkami či matkami a jejich rodinami dostávají do kontaktu při vyřizování státní sociální podpory a dávek pomoci v hmotné nouzi.

Jedná se tedy o pracovníky úřadů práce a oddělení dávek pomoci v hmotné nouzi při obecních úřadech či magistrátech měst. Jejich pomoc spočívá v poradenství a poskytnutí dávek. (www.mpsv.cz)

4.2.7. Soudy

Nezletilé těhotenství a následné mateřství je řešeno také ve spolupráci se soudy v nejrůznějších záležitostech, jako je poručenství, svěření dítěte do péče jiné osoby, pěstounská péče, nařízení ústavní a uložení ochranné výchovy a jejich zrušení, určení otcovství, rodičovská zodpovědnost, uzavření manželství u nezletilých.

Otcovství nezletilého rodiče musí být učiněno před soudem. V případě nezletilé matky a zletilého otce postačí zápis na příslušném matričním úřadě. Určení otcovství u dítěte nezletilé matky je složité. Většinou se stává, že dívky neví, kdo je otcem dítěte, případně otce nechtějí uvést, otce kryjí. Pokud není otec znám, nefiguruje taktéž v rodném listě, tudíž matka dítěte ztrácí nárok na výživné na dítě. (Chrenková, 2008j,k)

4.2.8. Policie

Policie je státním orgánem, který může ve styku s nezletilou těhotnou dívkou či již matkou sehrát důležitou roli. Policie ve vztahu k nezletilým těhotným dívkám a matkám zasahuje v případech jejich pohřešování, útěku z domova či ústavního zařízení. Jsou-li nezletilé dívky či matky zadrženy, předávají se zákonným zástupcům (/osobám odpovědným za výchovu) nebo do ústavních zařízení. Je-li dívka z ústavního zařízení nalezena policií, musí si zaměstnanec zařízení pro dívku přijet přímo na příslušnou stanici policie, nebo je dívka zavezena do příslušného diagnostického ústavu.

Policie je přítomna také při výsleších, které se vedou s nezletilými těhotnými dívkami či matkami ve věci určení otcovství.

Policie v zájmu dětí spolupracuje s OSPOD, sociálními kurátory, školami, školskými zařízeními, soudy. (Chrenková, 2008i-l)

Pozn.: Přehled postupu pomoci nezletilým těhotným dívkám a matkám znázorňuje Příloha č.14

5. NEZLETILÁ GRAVIDITA A MATEŘSTVÍ V KONTEXTU SOCIÁLNÍHO PROBLÉMU A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Abychom na nezletilou graviditu a mateřství nahlíželi z pohledu sociální práce, je důležité vnímat tento jev jako sociální problém. Sociální práce (zejména v podobě pomoci sociálních pracovníků) jako jedna ze společenskovedních disciplín a pomáhajících profesí, se významně podílí v průběhu celého procesu zjištění gravidity až po její ukončení mateřstvím.

I přes skutečnost minoritního zastoupení tohoto jevu v našich podmínkách, nahlížím na nezletilou graviditu a nezletilé mateřství jako na sociální problém. Za sociální problémy jsou v našich podmínkách považovány např. chudoba, zanedbávání péče o dítě, nezaměstnanost, delikvence mládeže, diskriminace určitých skupin - např. etnických. (Matoušek a kol., 2001) Nezletilá gravidita se ve výčtu sociálních problémů v našich podmínkách neobjevuje, nicméně ji můžeme chápat jako sociální problém ve spojitosti s jinými problémy např. se zanedbávanou péčí o děti nebo jako projev delikvence mládeže. Taktéž odborníci pohybující se v této oblasti tento společenský jev za vážný problém považují, zejména z hlediska psychické a sociální nevyzrálости nezletilé dívky (např. Hoza In Tichá, Petrášová, 2005; Šmolka, 2006²⁵).

5.1. Vymezení sociálního problému

Pokud graviditu a mateřství nezletilých dívek považujeme za sociální problém je nezbytné tento pojem definovat. Abychom lépe pochopili obsah tohoto pojmu, vydefinuji jak pojem sociální, tak pojem problém.

Na pojem **sociální** můžeme nahlížet z pozice různých disciplín. Sociální bývá nejčastěji vymezováno jako společenské, spojenecké, družné. „Označuje jevy, které jsou vázány na interakci mezi lidmi, jejich společnou činnost na procesy sdružování a z toho vyplývající způsoby života a formy organizace“. (Klener, 1996, s.1014). „Sociální je také chápáno jako něco, co se týká společnosti a to co je společné všem lidem, určitému společenství a též co se odtud vztahuje k jedinci“. (Hartl, Hartlová, 2000, s.548)

Za **problém** bývá označována sporná otázka, nesnadná úloha. Problém, jakožto nezodpovězená otázka nebo nevyřešená okolnost představující odklon od normy nebo ideálu. (Barker, 2003, s.340, 405) Ve filozofickém pojetí nahlížíme na problém

²⁵ Hoza – český pediatr, Šmolka – český klinický psycholog v oblasti partnerských vztahů.

jako na vědomí o nedostatečnosti lidského vědění pro řešení určité úlohy. Ve starověku problém znamenal “vědění o nevědění”. (COTOJE, 2006)

Co tedy znamená pojem **sociální problém** ? Velký sociologický slovník (s.846) definuje sociální problém jako „sociální stav nebo situace, o níž se určitá skupina lidí nebo sami zúčastnění domnívají, že vyžaduje řešení, obvykle prostředky vnějšího zásahu“. Na sociální problém můžeme nahlížet z hlediska tří pojetí. *Pojetí objektivní* nahlíží na sociální problém jako na “stavy nebo druhy chování, které komplikují dosahování společenských cílů, poškozují fungování společnosti a narušují sociální rovnováhu”. Naproti tomu *pojetí subjektivní* „považuje za sociální problém to co je za problém pokládáno, je tak označováno a pojmenováváno“ (pro někoho může být situace problémová, pro jiného nikoliv). Poslední pojetí - *pojetí kombinující* obě předešlé nazývá sociálním problémem takový „sociální stav, který značná část společnosti považuje za porušení norem“. (Klener, 1996,)

Dle Striežence (1996, s.173) představuje sociální problém „sociální situace a podmínky v lidských vztazích společnosti, které jsou považovány za obtížné a nežádoucí, a kterým je potřebné věnovat pozornost korektivními a vyrovnávacími opatřeními“. Sociální problém „přesahuje rámec individuality a může zasáhnout větší počet lidí“. „Formulování a řešení sociálních problémů je významným faktorem v sociální práci. Když je sociálnímu pracovníkovi určitá situace prezentována jako sociální problém, je povinen ho akceptovat a zároveň prověřit všechny sociální podmínky.“

Samotné posuzování sociálních problémů spadá do oblasti hodnot dané společnosti. To co se v některých společnostech může jevit jako problematické, vyžadující řešení, může být v jiné společnosti považováno za zcela běžné. Vznik, vývoj a samotný obsah sociálních problémů je ovlivněn řadou skutečností mezi něž patří např. celková politická a ekonomická situace dané společnosti, systém sociální péče a sociální politiky, soubor hodnot, norem a jejich právní ukotvení.

Nejčastěji užívaný je pojem sociální problém v oblasti *sociální práce*, kterou vymezujeme jako jednu ze společenskovedních disciplín, ale také oblast praktické činnosti, jejíž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (viz podkapitola 5.3.). (Barker, 2003; Zastrow 2003)

5.2. Nezletilá gravidita a mateřství jako sociální problém

Nezletilá dívka se potýká s problémy od počátku zjištění svého těhotenství. Ve věku doprovázeným nejrůznějšími zvraty, nestabilitou a nejistotou se musí rozhodnout pro nejlepší možnou volbu těhotenství. Nezletilé těhotenství je limitováno nejen nízkým věkem

z hlediska vývojového, ale také nezletilostí, která je spojena s řadou omezení v nejrůznějších oblastech. Nezletilá dívka je materiálně, ale také emocionálně závislá na své rodině/svých nejbližších, není výdělečně činná, dokončuje si povinnou školní docházku, či studuje střední školu. Není připravena se bez pomoci okolí zhostit své nové rodičovské role – role matky, vzhledem ke svému nízkému věku a nedokončenému pohlavnímu, psychickému a sociálnímu zrání. Všechny tyto skutečnosti a v podstatě vše, co bylo uvedeno v předešlých kapitolách vedou k pojmání nezletilé gravidity a mateřství jako **sociálního problému**.

Byť nejsou nezletilá gravidita a mateřství v české literatuře přímo označovány za sociální problém, můžeme nalézt jejich zařazení v oblastech problémového, rizikového či delikventního chování, sociálních deviací a osamělého rodičovství, které již bývá za sociální problém považováno.

Macek (2003) uvádí nezletilou graviditu ve spojitosti s problémovým či rizikovým chováním ve vývojovém období dospívání, tedy jako projev tohoto chování.

Další autorka Zášková (1998) přiřazuje nezletilou graviditu do sociálních deviací, konkrétně ji chápe jako projev sociální maladaptivity, v rámci níž jsou vymezeny poruchy chování, které představují souhrnný název pro velkou skupinu odchylek chování od běžného společenského standardu. K poruchám chování, které se projevují především v dětství a adolescenci autorka řadí devět kategorií, jedna z těchto kategorií je tvořena sexuálními poruchami, kde je řazena předčasná sexuální aktivita, jejíž následkem pak může být nezletilá gravidita.

Matoušek a Kroftová (1998) užívají ve své publikaci pojem riziková mládež a označují tak mládež se zvýšeným rizikem sociálního selhání, která disponuje k delikventnímu chování. Za takovéto chování můžeme považovat i nezralou graviditu jako důsledek nezralé sexuality, zejména u nejmladších těhotných dívek a matek pod zákonnou hranicí 15-ti let.

Nezletilé rodičovství můžeme zařadit také do oblasti osamělého rodičovství, neboť nezletilé matky, jsou ve většině případů svobodné a ne vždy vychovávají dítě za účasti partnera. V naší literatuře se objevuje pojem „soužití se sociálním státem“, který reprezentuje ženy z nižších sociálních vrstev, které jsou osamocenými matkami, a které se v podstatě „provádaly“ za sociální stát. Mít dítě za svobodna a využívat tak možnosti sociálního státu, představuje pro ně přijatelnou reprodukční strategií. (Mareš, 2003)

Osamělými či osamocenými rodiči se zabývají také autorky Kodymová a Kolářková (2005). Vymezuji tak rodiče, kteří nežijí s partnerem, jsou tedy svobodní, rozvedení či ovdovělí.

Vysoký počet osamocených rodičů v našich podmínkách je dán demografickými změnami - zvyšujícím se počtem dětí narozených mimo manželství, vysokou rozvodovostí a sníženou sňatečností. Dle autorek se stává závažným **sociálním problémem**. Osamocené rodičovství sebou nese značná rizika související s nezaměstnaností, nedostatečným bydlením, sociální izolací, chudobou a sociálním vyloučením. Závažný je také chybějící mužský vzor v rodině, což může vést ke zvýšeným výchovným problémům a zvýšené delikvenci mládeže. Závažnější se však jeví ekonomická nedostatečnost, která se projevuje nedostatečnými příjmy, případnou nezaměstnaností (neatraktivnost osamocенého rodiče na trhu práce), nevhodnou bytovou situací (např. vícegenerační soužití) a s tím související nedostatečný životní styl.

V zahraniční literatuře je nezletilá gravidita a mateřství řešena z pozice sociálního problému např. Murcott (1980 In Schofield, 1994, s.45) : „Těhotenství mladistvých můžeme chápat jako výraz sociální poluce; pohybuje se přitom někde mezi ideologií reprodukce na straně jedné a ideologií dětství na straně druhé“.

Nezletilá těhotenství a mateřství jsou považována za problém, neboť nezletilé dívky porušují celou škálu morálních a sociálních hranic, jako je důkaz sexuální aktivity pod zákonnou hranicí, nízký věk spojen s mateřstvím, soužití mimo manželství, závislost na sociálních dávkách a nemožnost samostatného bydlení. Reprezentují vše, co můžeme považovat za problém či problematické. Ačkoli mohou získat naši sympatii jako oběti okolností (nebo dokonce oběti mužů – např. v případech znásilnění), spíše jsou viděny jako „morálně vadné“.

Jsou-li nezletilé matky vnímány jako sociální problém, je toto chápání počínajícím bodem vedoucím k negativním stereotypům. V roce 1977 MacIntyre (In Schofield, 1994) předložil seznam srovnávajících premis týkajících se vdaných a svobodných matek. Na základě jeho srovnání je možné pouze v obecné rovině konstruovat srovnání mezi matkami školního věku a matkami staršími.

Znaky typické pro **matky průměrného porodního věku** :

1. Těhotenství a porod jsou normální a žádoucí.
2. Těhotenství a porod nejsou problematické.
3. Děti matek starších 20-ti let nejsou dávány k adopci až na výjimky.
4. Ztráta dítěte potratem, porodem mrtvého dítěte nebo neonatální smrt dítěte zapříčiní hluboký stres a smutek.

Znaky typické pro **matky školního věku** :

1. Těhotenství a porod jsou abnormální a nežádoucí.
2. Těhotenství a porod jsou problematické.
3. Je nejlepší pro těhotenství, aby bylo přerušeno, nebo je dítě dáno k adopci. Žena, která si přeje ponechat dítě, je nerealistická, sobecká, má nedostatek ambicí nebo emocionálních potřeb.
4. Ztráta dítěte potratem, narozením mrtvého dítěte či neonatální smrtí by nebylo prožíváno jako stresující a mohlo by produkovat úlevu.

5.3. Nezletilá gravidita a mateřství v kontextu sociální práce

Byť je úloha sociálního pracovníka při řešení nezletilé gravidity a mateřství důležitá a významná, mnohdy se stává, že jeho zásah nastupuje až po vzniku problémů, jeho role tedy nemá ráz preventivní. Jeho úkolem je, v tomto případě, daný problém zmírnit, v ideálním případě vyřešit.

Péče o nezletilé dívky zejména v ústavních zařízeních pak spadá zejména do oblasti výchovné a pedagogické (převážná část zaměstnanců jsou pedagogové - vychovatelé, etopedové). Sociální pracovník a sociální práce zde zaujímají spíše roli administrativní (vyřizování dávek, pobytu v domácím prostředí, propuštění z ústavu), případně doprovodnou (doprovod na soudy, úřady).

Následující text se bude zabývat nezletilou graviditou a mateřstvím v kontextu přístupů a metod sociální práce. Jelikož v praxi v rámci cílové skupiny nezletilých těhotných dívek a matek neexistuje jednotná metodika postupu práce (pouze v rámci ústavní péče můžeme po stránce metodické vycházet ze zákona č. 109/2002 Sb. o výkonu a příslušné vyhlášky č. 438/2006 Sb.), následující kapitoly vycházejí z dosavadních zkušeností při práci s nezletilými těhotnými dívkami a matkami zejména v rámci života v ústavních zařízeních. Pokud má nezletilá těhotná dívka či matka fungující rodinné zázemí, nevyhledává odbornou pomoc. Totéž platí naopak – v případě fungujícího původního prostředí nezletilé dívky, není rodina pod dohledem sociálních pracovníků či jiných odborníků.

5.3.1. Nezletilá gravidita a mateřství z pohledu přístupů v sociální práci

Moderní sociální práce neupřednostňuje jednu z teorií, volí spíše integrovaný přístup, kdy jsou využívány vhodné metody a techniky té či oné teorie aplikovatelné při přímé práci

s klienty. Ve vztahu k nezletilým těhotným dívkám a matkám se jako nejvíce využitelné jeví přístupy **systemický, kognitivně-behaviorální a úkolově orientovaný**.

Využití **systemického přístupu**²⁶ při práci s nezletilými těhotnými dívkami či matkami shledávám zejména v nedirektivním přístupu pomáhajícího ke klientovi, na němž je vzájemný vztah obou aktérů založen. Nedirektivní přístup se vztahuje k další významné složce systemického přístupu, a to komunikaci. Komunikace představuje prostředek výměny informací, které jsou pro nezletilé těhotné dívky a matky významné. Z důvodu nedostatečné komunikace v původní rodině a následné nedostatečné informovanosti v průběhu těhotenství a mateřství může docházet ke zkresleným a neúplným informacím, které se pak mohou projevit v nedostatečné péči o sebe a dítě. Při kontaktu s nezletilou, je na místě komunikace jasná, adresná s opakováním a souhrnem podstatných informací. V praxi se důraz na komunikační složku objevuje např. při denních či týdenních reflexích ve školských ústavních zařízeních; v rodině může nabývat podobu výměny informací ohledně péče o dítě (o sebe) mezi nezletilou a matkou (jiným členem rodiny). Komunikace mezi pomáhajícím a nezletilou by měla probíhat na stejných komunikačních rovinách – komunikace dvou dospělých osob. Nezletilé těhotné dívky a matky se nacházejí ve vývojovém období dospívání, přesto se potýkají se sociálními rolemi, které se váží k samotné dospělosti. Samy jsou zmítány rozpornými pocity, zda jsou stále dívkami či již ženami. Proto samotný přístup pomáhajícího sehrává důležitou úlohu. Aby nezletilé těhotné dívky a matky spolupracovaly, je důležité na ně pohlížet jako na autonomní, kompetentní bytosti, které byť jsou ještě v určitých rovinách dětmi, mají povinnosti spojené s rodičovstvím a ty je začleňují do světa dospělých. Pozice pomáhajícího tedy nepředstavuje pozici expertní, pomáhající by měl vystupovat v roli informátora, průvodce, nasměrujícího. Pokud je nezletilé matce předán návod, jak „býti dobrou matkou“ a nezletilá matka potřebuje pouze radu (přitom se roli dobré matky snaží naplňovat), pak je přístup pomáhajícího podporující.

²⁶ **Systemický přístup**

Základní myšlenkou sytemického přístupu je pozice sociálního pracovníka, který nestojí mimo pomáhající proces, nezastává tedy direktivní postoj – je vždy součástí pomáhajícího procesu a svým jednáním jej ovlivňuje. Významnou úlohu sehrává komunikace mezi pomáhajícím a klientem. V systemickém přístupu není důležité hledat příčiny problému. Na problémy je nahlíženo tak, že vznikají ve vztazích a jsou chápány jako důsledky zřetězení různých okolností. Sociální pracovník určuje osoby, kterých se problém dotýká a navazuje vzájemnou spolupráci potřebnou pro řešení problému. Na klienta je pohlíženo jako na autonomní, samostatnou bytost schopnou si řešit své problémy. Klient je nabádán ke svépomoci a je zplnomocňován. Klade se důraz na jeho aktivitu, iniciativu a zodpovědnost za změnu. (Navrátil In Matoušek, 2001; Schlippe, Schweitzer, 2006; Turner, 1996)

Při kontaktu s nezletilými dívkami a matkami je důležité se zaměřit na aktivitu a spolupráci. Rodičovství sebou přináší aktivitu ve smyslu péče a výchovy o dítě. V praxi se důraz na aktivitu projevuje např. v samostatné péči o dítě ve spolupráci s rodičem, sociálním pracovníkem či vychovatelem (kdy dospělá osoba naplňuje roli průvodce, napomáhá nezletilé těhotné dívce či matce). U nezletilých matek je důležité uvědomění si vlastní zodpovědnosti za sebe, ale především za své dítě. Uvědomování si zodpovědnosti za své činy a následky se pojí s přenášením kompetencí a aktivitou.

Systemické pojetí problémů nehledá příčinu, potažmo viníka vzniku problémů. *Čí je to vina, že nezletilá dívka otěhotní? Je to vina jí samotné, její rodiny, užšího, širšího prostředí či celé společnosti?* Těmito otázkami se systemika nezabývá. V rámci tohoto pojetí pohlížíme na nezletilou graviditu jako na důsledek např. nefunkčnosti rodiny, kdy se v rodině vyskytují různé problémy a k těmto problémům se přidružuje problém další – těhotenství. V tomto pojetí není možné nalézt původce, gravidita může být chápána jako následek jiných problémů či východisko z těchto problémů (např. alkoholismus v rodině → nedostatečná péče o nezletilé dítě → časté absence ve škole → útoky z domova → těhotenství v nezletilosti).

Nezletilé těhotné dívky a matky by měly být svým přístupem ke své životní situaci aktivní, přebírat a uvědomovat si zodpovědnost, kterou mají za sebe a své dítě. Pomáhající by pak měli zastupovat roli facilitátorů, kteří na svou cílovou skupinu pohlíží jako na autonomní bytosti, schopné své problémy řešit na základě vzájemné spolupráce se svým nejbližším okolím.

Kognitivně-behaviorální²⁷ přístup je ve vztahu k nezletilým těhotným dívkám a matkám hojně využíván; váže se zejména ke změně chování, nácviku potřebných dovedností a využívání nejrozličnějších forem učení. Nezletilé těhotné dívky a matky se učí nové roli –

²⁷ **Kognitivně-behaviorální přístup**

Cílem a jádrem tohoto přístupu je změna chování, která brání klientům v úspěšném a samostatném fungování. Předmětem zájmu pomáhajícího se tedy stává chování a jeho změny, které mohou nastat prostřednictvím snížení chování působícího problémy, vytvoření nových dovedností či zvýšení chování, které je požadováno. Požadovaných změn v chování je dosahováno prostřednictvím učení různými formami. Nejvíce známou technikou jsou **odměny a tresty** založené na zpevnění určitého vzorce chování. Dále se využívá technika **vyhasínání**, kdy chování vymizí, pokud není odměňováno a **nácvik asertivity**, aby byl klient schopen jednat přímo a jasně, bez omezování a zasahování do druhých, apod. Kognitivně-behaviorální přístup by měl klienty vést k tomu, aby se naučili vymezit problémy, navrhnout řešení, vybírat ta nejlepší. Úkolem pomáhajícího je vytvořit bezpečné prostředí pro nácvik potřebných dovedností. (Navrátil In Matoušek, 2001; Turner, 1996)
Viz kapitola 5.3. 2. Metody sociální práce se skupinou

chystají se být matkou, či již matkami jsou. Jejich učení se této nové roli je znesnadněno nejrozličnějšími aspekty - vývojový (nízký věk spojený s upřednostňováním vrstevnických vztahů, posléze partnerských), materiální (nemožnost ekonomické participace z pohledu financí, bydlení) a sociální (úzce souvisí s předešlými aspekty, kdy období nezletilosti – dospívání – se váže na sociální i ekonomickou závislost na rodině, příp. jiných institucích).

Při učení je důležitý vzájemný kontakt s ostatními. Můžeme se učit novým znalostem a dovednostem sami (např. nezletilá těhotná dívka prostřednictvím studia publikací vztahujících se k těhotenství a mateřství), ale skupinové předávání informací upevňuje jejich uchovávání.

V ústavních zařízeních je skupinová forma učení ve vztahu k mateřství využívána např. v péči o dítě (přebalování, koupání, příprava stravy), při denních či týdenních reflexích, kdy dochází k vzájemnému obohacování jednotlivých klientek na základě poskytnutí zpětné vazby k chování klientek, péči o dítě, plnění si základních povinností, průběhu celého dne či týdne. Tyto reflexe slouží k získání žádaných dovedností a způsobu chování a vyvarování se či předcházení těm nevhodným, nežádoucím.

Pokud v ústavním zařízení žije více matek pohromadě (speciální oddělení nezletilých matek), dochází dennodenně k učení na základě vzájemných kontaktů. Ústavní zařízení jsou tzv. režimovými zařízeními, obecně je zde využívána technika odměn a trestů. V souvislosti s nezletilými těhotnými dívkami či matkami je technika odměn a trestů naplňována následovně : pokud získá nezletilá dívka kladné body, čeká ji odměna např. v podobě delší vycházky, či samostatného pokoje; v případě získání záporných bodů následuje trest, který může nabývat různých forem – např. zákaz vycházky či návštěvy některých osob.

Nezletilé těhotné dívky a matky v ústavních zařízeních se učí skupinově o těhotenství, porodu a následné péči o dítě. Vzájemný dennodenní kontakt přispívá k pozitivnímu ovlivňování a získávání nových dovedností a následně změně dosavadních zaběhlých způsobů chování.

Pokud se nezletilá těhotná dívka či matka pohybuje ve svém původním prostředí, odpadá zde možnost skupinového učení (vyjma návštěvy mateřských center). Učení může nabývat podob předávání zkušeností z matky (či jiných členů rodiny) na dceru.

Využití **úkolově orientovaného přístupu**²⁸ při práci s nezletilými těhotnými dívkami a matkami může spočívat v plánování akčních úkolů a jejich realizaci.

Jestliže nahlížíme na těhotenství nezletilých dívek jako na problém, v úkolově orientovaném přístupu se stává úkolem, který může nabývat např. těchto konkrétních podob : pravidelné lékařské prohlídky, příprava na porod (těhotenské a předporodní kurzy), vyřešení školní docházky (přerušení studia, individuální plán), stanovení opatrovníka/poručníka, vyřízení sociálních dávek. Při realizaci úkolů významně přispívá dívčino okolí (rodina, lékaři, škola, sociální pracovníci a jiní).

U nezletilých matek jsou konkrétní úkoly spojeny s mateřstvím, a to následovně : pravidelná docházka se sebou a s dítětem na lékařské prohlídky, očkování dítěte, péče o dítě – přebalování a kojení v určitých intervalech, příprava stravy pro dítě, plavání a cvičení s dítětem, apod.

Přístup je založen na aktivitě klienta, na jeho silných stránkách a potenciálu řešit svůj problém, což souvisí se stanovenými úkoly. Nezletilé těhotné dívky a matky nejsou schopny svůj problém řešit samy a k naplňování konkrétních úkolů potřebují pomoc druhých (vzhledem k jejich nezletilosti). Důležité je však poukázat na jejich vlastní možnosti a kapacitu na to, co mohou pro naplnění úkolu udělat a co jim toto naplnění přináší. Budování partnerství je v pomáhajícím vztahu prioritou.

Nezletilé těhotné dívky a matky jsou vedeny k samostatnosti při péči o sebe a své dítě, čemuž by měla předcházet redukce závislosti klientky na pomáhajícím. Samostatnost dívek z ústavních zařízení a tedy nezávislost je naplňována po odchodu z ústavního zařízení.

V úkolově orientovaném přístupu se klade důraz na uzavírání dohody, která vymezuje vzájemné práva a povinnosti zúčastněných stran (matka – nezletilá dcera, vychovatel/sociální pracovník - nezletilá dívka/matka) a současně poukazuje na časové vymezení úkolu a daných cílů. Využívání dohody ve vztahu k nezletilým těhotným dívkám a matkám může sehrát motivující roli (např. za užití techniky odměn a trestů – splnění určitého cíle – následuje odměna), nebo dohoda jednoduše slouží jako technika při práci s klientem.

²⁸ **Úkolově orientovaný přístup**

V úkolově orientovaném přístupu je klientův problém převeden na úkol a ten je pak klíčovou složkou poskytované služby. Jsou využívány klientovy silné stránky a jeho aktivita. Vůdčím při řešení problémů je klient sám. Základními rysy přístupu je posilování a partnerství. Klient je chápán jako zákazník a sociální práce jako služba. Vzhledem k problému je důležité jeho vymezení a určení. Své místo zastává dohoda, ve které se vytýčují cíle vzájemné spolupráce a plán úkolu. Výhoda tohoto přístupu spočívá v krátkodobosti a snížené závislosti klienta na pomáhajícím. (Navrátil In Matoušek, 2001; Turner, 1996)

Při práci s nezletilými těhotnými dívkami a matkami v rámci úkolově orientovaného přístupu nezáleží, zda se jedná o dívku s rodinným zázemím či z ústavního prostředí. Obě skupiny dívek a matek se potýkají v rámci těhotenství a mateřství s obdobnými úkoly, které musí při naplňování svých nových rolí plnit. Přehled o naplňování jednotlivých úkolů pak představuje dohoda, která může být zároveň využita jako technika práce s klientem.

5.3.2. Nezletilá gravidita a mateřství z pohledu metod sociální práce

Za **metody sociální práce** považujeme specifické postupy sociálních pracovníků definované cílem nebo cílovou skupinou. Cílovou skupinou může být jednotlivec, rodina, skupina a komunita. V odborné literatuře z oblasti sociální práce se setkáváme se základní trojicí těchto metod : **sociální práce s jednotlivcem, skupinou a komunitou**. V průběhu vývoje sociální práce se vydělila čtvrtá metoda, a to **sociální práce s rodinou**. (Matoušek, 2003c)

Při práci s nezletilými těhotnými dívkami a matkami můžeme nalézt využívání některých prvků metod sociální práce s jednotlivcem, skupinou a rodinou.

Metoda sociální práce s jednotlivcem²⁹ je založena na individuálním přístupu ke klientům. Základ pomoci pomáhajícího by měl představovat individuální přístup ke každé nezletilé těhotné dívce či již matce. Nezletilé těhotné dívky a matky pojí stejná zkušenost, tedy také obdobný okruh problémů s touto zkušeností spojený, však každá z těchto dívek či matek je jedinečnou individualitou se svým vlastním repertoárem prožívání a vnímání. Dívky tak pocházejí z rozličného prostředí, nabízejí se jim různé možnosti řešení nezletilé gravidity a mateřství. Všechny tyto aspekty pomáhající zohledňuje při samotném kontaktu s klientkou. Byť je základem této metody sociální práce individualita jedince, jedinec není pojmán jako samostatná jednotka, ale jako individualita, která je součástí určitého systému. Úkolem pomáhající je pak napojení se na prostředí, které dívku obklopuje a hledání možností řešení právě v tomto prostředí.

²⁹ **Sociální práce s jednotlivcem**

Tato metoda sociální práce je často označována také jako individuální sociální práce, případová studie či anglicky case work. Všechny tyto názvy zastřešují pojmání klienta jako individuality a vztah klienta a pomáhajícího založený na kontaktu „face to face“. Přestože je klient chápán jako individualita a takto by k němu mělo být přistupováno, je zároveň součástí určitého systému a je obklopen určitým prostředím. Tento fakt by neměl být opomíjen, je tedy důležité chápat klienta jako součást dalších systému – jako je rodina, školní a pracovní prostředí, apod. (Barker, 2003; Shulman, 1999)

Významné je také stanovení individuálního plánu s dívkou a jejím okolím. Individuální plán může obsahovat řešení nezletilé gravidity – zvážení všech dostupných možností – interrupce, ponechání si dítěte – mateřství, náhradní rodinná péče. Dále by měla být vyřešena školní docházka, vztahy s partnerem, otázka otcovství a stanovení výživného, vyřízení dávek apod.

U dívek z ústavních zařízení by měl být dále udržován kontakt s původním rodinným prostředím, pokud tedy rodina funguje a je schopna dívce nápomoci.

V praxi je metoda individuální sociální práce využívána od počátku zjištění těhotenství, kdy se zvažují možnosti řešení ve spolupráci s rodinou. Vzhledem k nízkému věku nezletilých dívek je kontaktování rodiny a následná spolupráce nezbytná. U dívek z ústavního prostředí se individuální přístup uplatňuje od prvotního kontaktu se sociálním pracovníkem zařízení. Ten se dívce či matce individuálně věnuje v záležitostech sociální agendy (jednání na soudech, policii, vyřízení dávek, apod.) Individualita každé nezletilé dívky či matky je zohledněna také v samotném umístění do příslušného ústavu. Jelikož je kladen důraz na přední zájem nezletilé (a jejího dítěte), pokud rodina funguje a má zájem se stýkat, je dívka zpravidla umístěna do ústavního zařízení poblíž svého původního domova.

Naplňování individuálního přístupu k nezletilým těhotným dívkám a matkám v ústavních zařízeních může mít také podobu možnosti vlastního pokoje se sociálním zařízením, čímž je respektováno soukromí jedince.

Nezletilá gravidita a mateřství ve vztahu k **metodě sociální práce se skupinou**³⁰ je využívána zejména v ústavních zařízeních při skupinových činnostech. Na nezletilé těhotné dívky a matky můžeme pohlížet jako na zástupce jedné ze skupin těhotných žen a matek v populaci. Pomineme-li přípravné porodní kurzy, které mají ráz skupinové práce, setkáváme se s využitím této metody zejména v ústavních zařízeních, kde dívky žijí pohromadě na jednom oddělení a učí se od sebe navzájem. Tato skupinová práce je umocněna, když se dané oddělení nachází mimo ústav, případně pobývají-li dívky a matky společně na jednom pokoji.

³⁰ **Sociální práce se skupinou**

Sociální práce se skupinou pracuje s malými skupinami klientů, u kterých jsou problémy řešeny prostřednictvím využití skupinové dynamiky. Sociální práce se skupinou má blízko ke skupinové terapii, zejména z hlediska společných technik, nezaměřuje se však pouze na emocionální problémy klienta, ale zahrnuje také vzdělávací aktivity, výměnu informací, rozvoj sociálních dovedností, změnu hodnotové orientace, atd.

Na skupinu je pohlíženo jako na **sociální systém**, kdy změna jedné jednotky ovlivní celý systém. Skupina je dále **systémem vzájemné pomoci**, ve kterém si klienti sdílením obdobných problémů pomáhají navzájem. (Shulman, 1999)

V ústavních zařízeních má v podstatě celý den ráz skupinové práce, kdy se dívky starají o dítě, připravují stravu, chodí na vycházky. Těhotným dívkám a matkám je také věnována pozornost z hlediska přípravy na porod a péče o dítě, kdy probíhají společná setkání, kde se jim dostává těchto informací.

Co se týče skupinové práce u skupiny nezletilých těhotných dívek a matek s rodinným zázemím, tak ta v našich podmínkách neprobíhá (opět vyjma mateřských center). Pokud rodina funguje a nezletilá dívka žije se svou rodinou, dívce a rodině nejsou nabízeny žádné služby.

Neexistence služeb zaměřujících se na skupinu nezletilých těhotných dívek a matek vnímám jako závažný nedostatek. Případné zařízení zaměřující se na nezletilé těhotné dívky a matky fungující na principu skupinové práce by naplňovalo funkci pedagogickou, sociální a psychologickou. Nezletilým matkám by tak byla nabízena stejná možnost, která se nabízí matkám starším – scházet se v rodinných a mateřských centrech, ale za účasti odborných pracovníků. Tato zařízení by navíc mohla suplovat výuku nezletilé těhotné dívky či matky v době přerušení studia základní či střední školy. Mnohdy se v praxi stává, že nezletilá matka již nedokončí střední školu a ke studiu se nikdy nevrátí.

Sociální práce s rodinou³¹ je při práci s nezletilými těhotnými dívkami a matkami nedostatečně užívána, právě však tato metoda by měla zaujímat prvotní místo v dané problematice. V rámci sociální práce s rodinou se s nezletilými matkami nějak systematicky nepracuje. Pokud rodina funguje není nutné, aby využívala pomoci pomáhajících a jejich služeb. Postačí vyřízení formalit – jako je poručenství či opatrovnictví a s tím spojené vyřízení dávek, kontrola bytových a rodinných poměrů a vzájemná spolupráce končí. Jinak je tomu v případech, kdy se rodina nezletilé dívky dlouhodobě potýká s určitými problémy (např. bytové, nevhodná a nedostatečná péče o děti, alkoholismus) a nezletilá gravidita je dalším přidruženým problémem. Zde je včasná intervence sociálního pracovníka důležitá. Pokud nedojde k zlepšení rodinné situace a nezletilé dívce se nenabízejí

³¹ **Sociální práce s rodinou**

V sociální práci s rodinou pohlížíme na rodinu jako na **sociální systém** a členy rodiny jako na součásti tohoto systému. Pro tento systém je důležitá zejména jeho struktura, vzájemná interakce a komunikace. Na tyto tři složky se pomáhající zaměřuje. Důležité je vymezení chápání problému v sociální práci s rodinou. Neexistuje zde problém jednoho člena rodinného systému, ale problém je vnímán jako problém celého rodinného systému. Vzájemným neustálým působením se členové systému ovlivňují a tak vznikají problémy právě ve vztazích, není tedy možné určit jejich příčinu ani nositele. Úkolem pomáhajícího je tedy zapojit do systému všechny, kterých se problém dotýká. (Atwood, 1992; Shulman, 1999)

jiné možnosti např. možnost bydlení u příbuzných, je nezletilá dívka umístěna do diagnostického ústavu a následně do některého z ústavních zařízení či jiných zařízení neústavního typu (např. zařízení FOD Klokánek).

Pokud je rodina pod dohledem sociálního pracovníka či kurátora, měla by být v této rodině dostatečně zajištěna také prevence – v případech nezletilých gravidit – zamezení tomuto jevu. Včasná a dostatečná informovanost je zajisté na místě, v praxi však sociální pracovníci a kurátoři často řeší až nastalou graviditu, tedy jejich pomoc nastupuje až při objevení se problému. Nejedná se tedy o včasnou primární prevenci, ale vyústění její nedostatečnosti.

U dívek žijících v ústavních zařízeních můžeme za využití metody sociální práce s rodinou považovat v podstatě veškeré kontakty zařízení s původní rodinou. Kontakty sociálního pracovníka zařízení s původní rodinou mají nejčastěji podobu rozhodování ve věcech zákonných zástupců, umožnění návštěv a krátkodobých či dlouhodobých pobytů a v neposlední řadě možný návrat domů (samozřejmě v případě, že se situace v rodině zlepšila).

II. METODOLOGIE

Následující kapitoly pojednávají o metodologii výzkumu. Text se zaměří na předmět a cíl výzkumu, výzkumné otázky, použitou výzkumnou strategii a metodu, způsob výběru výzkumného vzorku, jeho vymezení a využití techniky sběru dat. Dále bude popsán způsob zpracování a analyzování empirických dat a získaná dat budou interpretována.

1. PŘEDMĚT A CÍL VÝZKUMU

Disertační práce se tematicky věnuje graviditě a mateřství nezletilých dívek v České republice. Cílem empirické části disertační práce je *porozumění nezletilé graviditě a mateřství v bio-psycho-sociálním kontextu v našich podmínkách*.

Na základě stanovení výzkumného cíle byly formulovány dílčí výzkumné otázky :

Jaký je průběh těhotenství a mateřství nezletilých dívek a matek a jaké možnosti řešení se v našich podmínkách nabízejí ?

Popis průběhu těhotenství a mateřství nezletilých dívek a matek v našich podmínkách se zaměřením se na možnosti řešení.

Jaké je sociální zázemí nezletilých těhotných dívek a matek ?

Zjištění původního prostředí nezletilých těhotných dívek a matek se zaměřením se na jejich příbuzenské a partnerské vztahy. Analýza jejich sociálně-materiálních podmínek.

Jak nezletilé těhotné dívky a matky hodnotí svou situaci a jaké jsou jejich životní perspektivy?

Zjištění pohledu nezletilých těhotných dívek a matek na jejich životní situaci a jejich budoucí perspektivu.

2. VÝZKUMNÁ STRATEGIE A METODA

Vzhledem k předmětu a cíli výzkumu byla pro jeho realizaci využita **integrovaná** výzkumná strategie (viz podkapitola 2.1.), z důvodu malého počtu výzkumných jednotek. V rámci integrované výzkumné strategie jsou pak při tvorbě dat využity principy kvalitativního přístupu a při samotném vyhodnocování výzkumu užity techniky kvantitativní. Hovoříme o tzv. mikroúrovni integrované strategie. (Loučková, 2010)

V rámci integrované výzkumné strategie jsem postupovala metodou **případové studie**. Zvolená metoda nejlépe koresponduje s cílem výzkumu, kdy objekt případové studie je reprezentován skupinou nezletilých těhotných dívek a matek. Jevy a problémy s tematikou související jsou pak chápány komplexně a uchopeny v bio-psycho-sociálním kontextu.

Dle Hendla (2005) spočívá případová studie v detailním studiu jednoho nebo několika málo případů, zaměřuje se pak na zachycení složitosti a komplexnosti případu, na popis vztahů v jejich celistvosti. Objektem výzkumného zájmu případové studie může být osoba, skupina, organizace, apod. (Miovský, 2006)

2.1. Integrovaná výzkumná strategie

Výzkumy jsou realizovány na základě použití buď kvalitativního nebo kvantitativního přístupu, avšak používání jednostranných výzkumných přístupů bývá v současné době kritizováno. Jak uvádí Loučková (2001, s.320) „v současnosti již není užitečné držet rigidní rozlišování mezi kvantitativním a kvalitativním přístupem“.

Integrovaný výzkum v sobě zahrnuje uplatnění interakčního a systemického myšlení; stěžejními pojmy tohoto přístupu jsou pak interakce a systemická dynamika. Předmětem společenských věd jsou lidé (živé bytosti), teorie v integrovaném výzkumu je vytvářena mezi jevy a pojmy a aktivitami a idejemi; interakce je pak chápána jako dynamický systém. Systemické myšlení je založeno na prožitcích a pozorování probíhající interakce, kdy jevy a jejich interakce jsou chápány v kontextu jejich výskytu jako dynamický systém. (Bosáková, Frýba, 1994 In Loučková, 2001). V rámci systemického přístupu dochází k reflexi vlivu pozorovatele na zkoumanou empirii. (Frýba, 1995)

V integrovaném přístupu se promítá současné psychologické paradigma zaměřené na komplexní poznávání, které je tvořeno triádou : *prožívání – vědění – jednání*; tyto tři aspekty osobnosti zachycují procesy, které probíhají ve vnitřním a vnějším světě jedince.

Prožívání reprezentuje empirický pojem, lišící se od teoretických pojmů prožitku a zkušenosti, představující zaznamenání aktuálního cítění ve vědomí. Vědění je získáváno na základě bezprostředně prožívaného vnímání a řídí jednání, názory, postoje a hodnoty. Jednání je smysluplnou, cílevědomou činností respektující vzájemné vztahy. Integrované paradigma pak odpovídá psychologickému rozlišení fungování mysli – tedy souvztažnosti emotivních, kognitivních a konotativních aspektů. (Loučková, 2010)

Badatel využívající integrovaný přístup musí být kompetentní v obou jednostranných výzkumných strategiích : „Integrované strategie ve výzkumné práci vyžadují vědomosti, dovednosti a kompetence badatele obou jednostranných výzkumných strategií právě proto, aby mohly být reflektovaně a kompetentně použity. Vědomosti jsou pak sumou poznatků, informací systematicky uspořádaných do systému teorií, je možno je kumulovat; dovednosti jsou prakticky získané poznatky, které jsou upevňovány opakováním určitých postupů, trénováním, umožňují kultivování schopností jedince, které se mohou rozvinout do kompetencí“. (Loučková, 2001, s.326)

2.2. Kvantitativní a kvalitativní výzkumná strategie

Kvantitativní výzkum je založen na deduktivní metodě¹ a charakterizuje statistické testování hypotéz, kde hypotézy obsahují souvislosti mezi následujícími charakteristikami jevů - *rozsah výskytu*, *zastoupení* (část národa, pracovníků), *frekvence* (častost četby beletrie) a *intenzita* (síla zájmu, výše příjmu). (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001) Kvantitativní výzkum je spojován s klíčovými termíny „objektivita a měření“. (Loučková, 2010)

Generalizace výsledků je snadná a měřitelná, ale výzkum vyžaduje silnou standardizaci², a ta zajišťuje vysokou reliabilitu³ a zároveň redukci informace, což vede k nízké validitě⁴. Vzorek kvantitativního výzkumu má reprezentovat populaci jedinců. (Disman, 2000)

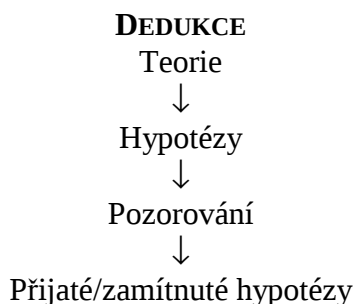
¹ **Deduktivní metoda** vychází z teorie nebo z obecně formulovaného problému. Problém je převeden do hypotéz, hypotézy se vztahují k proměnným, mezi nimiž bychom měli hledat spojení. Testujeme pravdivost hypotéz. (Disman, 1993)

² **Standardizace** = metodologický princip, který přispívá k zajištění objektivita a komparability empirického zkoumání, nejčastěji sjednocením podoby výzkumného nástroje, případně i výzkumné situace. (Jandourek, 2001)

³ **Reliabilita** = jeden ze základních požadavků či vlastností měření, vyjadřující jeho přesnost ve smyslu stálosti, absenci chyb vznikajících při opakovaném měření téhož jevu za stejných podmínek. (Klener, 1996)

⁴ **Validita** = platnost, relevance mezi cílem výzkumu a jeho výsledkem. Vlastnost výzkumu vyjádřena otázkou, „zda zkoumám skutečně, to co jsem si předsevzal,.. V užším významu kritérium kvality měření, míra vyjadřující, zda měřicí nástroj, skutečně měří to, co má. (Jandourek, 2001)

Schéma č.1. : *Deduktivní metoda*

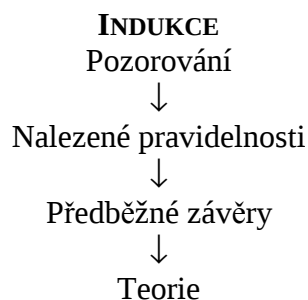


Zdroj : Disman, 1993, s.77

Výzkum pojatý **kvalitativním přístupem** dává možnost hlubšího proniknutí do zvolené problematiky a větší prostor pro autentičnost založenou na osobním kontaktu se zkoumaným souborem. Je založen na induktivní metodě⁵. Dle Dismana (2000, s.291) „pomáhá kvalitativní výzkum porozumět pozorované realitě, a představuje „nenumerické šetření a interpretaci sociální reality“. Jeho posláním je porozumění lidem v sociálních situacích, cílem pak vytváření nových hypotéz, porozumění, teorie. Pro kvalitativní výzkum jsou příznačné termíny „subjektivita a význam“. (Loučková, 2010) Určitým limitem kvalitativní výzkumné strategie je omezený počet jedinců, čímž vznikají potíže se zobecňováním výsledků, které jsou ovlivněny osobou výzkumníka. Za výhodu můžeme naopak považovat hloubkový popis případů. (Hendl, 2005) Generalizace jeho výsledků je problematická, standardizace slabá, což nevynucuje omezení; má poměrně nízkou reliabilitu, ale vysokou validitu. Vzorek v kvalitativním výzkumu má reprezentovat populaci problému, jeho dimenzí. (Disman, 2000).

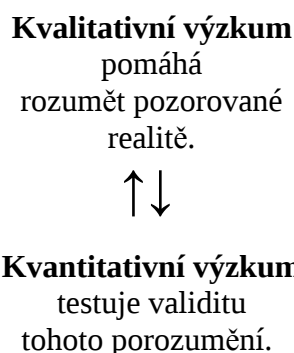
⁵ **Induktivní metoda** vychází z pozorování, ve kterém je pátráno po pravidelnostech. Zjištěné pravidelnosti jsou popsány v předběžných závěrech, ty jsou pak ověřovány dalším pozorováním. Výsledkem je nová teorie. (Disman, 1993)

Schéma č.2. : *Induktivní metoda*



Zdroj : Disman, 1993, s.77

Schéma č. 3. : *Komplementarita kvalitativního a kvantitativního přístupu*



Výše uvedené schéma poukazuje na vzájemnou komplementaritu obou výzkumných strategií. Obě strategie mají své výhody i nevýhody a mohou se navzájem doplňovat. Původně byl kvalitativní výzkum využíván zejména v rámci kvantitativní strategie v předvýzkumu. V současné době lze použít obě výzkumné strategie v rámci jednoho výzkumu, a to ve formě integrované výzkumné strategie. (Disman, 1993)

Schéma č.4. : *Integrovaná metoda*

Integrovaná metoda → dynamické používání termínů → definování je interaktivní

Zdroj : Loučková, 2010, s.30

Na nezletilou graviditu a mateřství můžeme pohlížet z hlediska obou perspektiv – jak kvalitativně : *Jak probíhá těhotenství a následné mateřství nezletilých dívek v České republice?* – porozumění, tak kvantitativně : *Kolik dívek hodnotí nezletilé těhotenství a mateřství pozitivně, kolik negativně ? apod.* – validita porozumění. Oba tyto přístupy zastřešuje integrovaná výzkumná strategie, kterou pro výzkumné účely své disertační práce využívám.

3. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU A TECHNIKA SBĚRU DAT

Vzhledem k výzkumnému cíli a stanoveným výzkumným otázkám byly určeny 2 skupiny výzkumného vzorku, které popíši v následujícím textu. Kromě způsobu výběru výzkumného vzorku bude jeho součástí také využitá technika sběru dat.

3.1. Výzkumný vzorek č. 1

V rámci kvalitativní výzkumné strategie byl výzkumný vzorek č.1 vytvořen na základě nenáhodného účelového (záměrného) výběru. Tento způsob výběru představuje postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky, kteří splňují určitá kritéria a zároveň jsou ochotni se zapojit. (Miovský, 2006) Prvotní kritérium použitého způsobu výběru představovala skutečnost otěhotnění či porodu v nezletilém věku, tedy pod 18 let. Nekladla jsem tedy důraz na aktuální věk osob zkoumaného vzorku.

Při výběru výzkumného vzorku č.1 mi významně pomohli různí zprostředkovatelé (ředitelé ústavních školských zařízení a vedoucí Sdružení sociálních asistentů), bez jejichž pomoci by mi kontakt s komunikačními partnerkami výzkumného vzorku č.1 nebyl umožněn. Dalšími parametry výběru osob zkoumaného vzorku z ústavních školských zařízení byly následující situační faktory : přítomnost komunikačních partnerek a souhlas s poskytnutím informací (jemuž předcházela souhlas ředitelů příslušných zařízení). Významným účelovým faktorem při výběru osob zkoumaného vzorku č.1 z ústavních zařízení, byla specializace vybraných zařízení právě na problematiku nezletilých těhotných dívek a matek.

Výzkumný vzorek č.1 reprezentuje 13 nezletilých těhotných dívek a matek žijících na území České republiky jak ve školských ústavních zařízeních, tak v původních rodinách. Jedná se o nezletilé dívky těch zařízení⁶, která jsem během svých výzkumných aktivit navštívila. Dále vzorek reprezentují dívky s rodinným zázemím⁷.

Z celkového počtu výzkumného vzorku č.1 se z ústavních zařízení jednalo o 11 dívek, s rodinným zázemím o 2 matky – jedna nezletilá, druhá již dospělá. Výzkumný vzorek se sestával z 9 matek a 4 těhotných dívek. Nejmladší dívkou z výzkumného vzorku č.1 bylo

⁶ 1 Diagnostický ústav pro mládež Praha-Hodkovičky, 1 Dětský domov Planá a 1 Výchovný ústav a dětský domov se školou Moravský Krumlov.

⁷ Je velmi složité zprostředkování kontaktu s nezletilými těhotnými dívkami či matkami s rodinným zázemím, neboť pokud rodina funguje, pomoci zvenčí není zapotřebí a sociální pracovník či kurátor dále rodinu nesleduje.

15 let (těhotná dívka). Nejstarší matkou, byla 26-letá žena, která porodila dítě ve svých 15-ti letech. Dívkou, která otěhotněla v nejnižším věku, byla dívka 13-letá. Výzkumný vzorek zahrnoval také 17-letou těhotnou dívkou očekávající dvojčata.

Tabulka č.1. : Skladba výzkumného vzorku č.1

Nezletilé dívky s rodinným zázemím	<i>z toho</i> matky	<i>z toho</i> těhotné
2	2	0
Nezletilé dívky bez rodinného zázemí	<i>z toho</i> matky	<i>z toho</i> těhotné
11	7	4

Tabulka č.2. : Věkové rozložení výzkumného vzorku č.1

Věk	Výskyt
15 let	1
16 let	3
17 let	8
26 let	1

3.2. Techniky sběru dat výzkumného vzorku č.1

Jako základní technika sběru dat byl využit **semistrukturovaný rozhovor** (viz příloha č.15.), nebo-li rozhovor pomocí návodu (Hendl, 2005). Zvolená forma rozhovoru zahrnuje seznam otázek či témat, které jsou respondentům pokládány, což vede k obsažení všech podstatných témat rozhovoru. Uplatněná technika sběru dat umožňuje udržet zaměření rozhovoru a zároveň uplatnění vlastních zkušeností dotazovaného. (Hendl, 2005) Ve vztahu k předmětu výzkumu a výzkumným otázkám jsem vymezila tematické okruhy rozhovoru (viz tabulka č.3 níže). Uvedené oblasti obsahují náčrt otázek, které jsem dle situačních faktorů přizpůsobovala. Nechávala jsem prostor komunikačním partnerkám, ať se k danému tématu vyjádří samostatně. Kladla jsem doplňující otázky, případně se v rozhovoru vracela.

Před samotným rozhovorem jsem komunikační partnery seznámila se záměrem a obsahem rozhovoru, účelem výzkumu a představila způsob zachování anonymity, tedy že jejich iniciály v souvislosti s rozhovorem nebudou součástí výzkumu. Pro přesnost poskytovaných informací byly rozhovory zaznamenávány audio technikou (na diktafon). Dále jsem využívala terénních poznámek, které mi sloužily zejména pro zdůraznění

významné informace (která se ve výpovědích zkoumaného vzorku opakovala, nebo naopak – byla výjimečná, ojedinělá).

Rozhovory byly s komunikačními partnerkami realizovány skupinově nebo individuálně. U nezletilé matky s rodinným zázemím probíhal rozhovor v domě rodičů jejího partnera za přítomnosti jeho rodiny a terénní sociální pracovnice, která mi kontakt zprostředkovala. Rozhovor s dospělou ženou, která otěhotněla v nezletilosti, se uskutečnil na neutrální půdě (kavárna) za přítomnosti pouze komunikační partnerky a tazajících. Zbýlé rozhovory byly realizovány ve školských ústavních zařízeních (viz výzkumný vzorek č.2).

Žádná z oslovených komunikačních partnerek poskytnutí rozhovoru neodmítla a byly zodpovězeny všechny pokládané otázky (i ty rázu intimního).

Rozhovory měly různou délku trvání, odvislou od konkrétních situačních faktorů (např. časové omezení z důvodu hromadné návštěvy lékaře, doba oběda v ústavních školských zařízeních). Jejich délka se pohybovala v rozmezí 30 minut po 2 hodiny.

Rozhovory s komunikačními partnerkami byly uskutečněné v průběhu zimy, jara a léta roku 2008.

O osobní návštěvu a možnost uskutečnit rozhovory s klientkami zařízení jsem žádala ředitele příslušných zařízení, případně sociální pracovnice telefonickým či emailovým kontaktováním. Ve všech případech mého kontaktování mi bylo umožněno zařízení navštívit. Setkala jsem se s vstřícností a ochotou.

Kromě polostrukturovaného rozhovoru, využitého jako hlavní techniky sběru dat výzkumného vzorku č.1, byla dále použita technika **přímého, participativního pozorování**, která přirozeně vyplynula z bezprostředního kontaktu tzv. face to face. Pozorování bývá označováno za techniku současně využívanou při rozhovoru, za techniku, která má doplňující charakter. Při participativním pozorování nezastává pozorovatel pouze pasivní roli registrátora dat, ale zúčastňuje se dění v sociální situaci. (Hendl, 1997; Surynek, 2001)

Tabulka č.3. : Převod výzkumných otázek do tematických okruhů

Výzkumné otázky	Tematické okruhy otázek rozhovoru	Typy otázek např.
1. Jaký je průběh těhotenství a mateřství nezletilých dívek a matek a jaké možnosti řešení se v našich podmínkách nabízejí ?	Těhotenství a porod, reakce okolí a možnosti řešení	Kdy a jak jste zjistila, že jste těhotná ? Navštívila jste gynekologii ? Jak reagoval lékař – gynekolog ? Jak reagoval Váš partner/otec dítěte ? Uvažovala jste o interrupci ? Jak byste hodnotila průběh těhotenství a porodu? Měla jste nějaké komplikace ? Mělo/ly komplikace Vaše dítě/děti ? Navštěvovala jste v průběhu těhotenství lékaře? Užívala jste antikoncepci ? Absolvovala jste ve škole předměty týkající se sexuální a rodinné výchovy ? Připravila Vás škola, rodina, známí dostatečně na Váš budoucí sexuální život ? Měla jste dostatečné informace ?
2. Jaké je sociální zázemí nezletilých těhotných dívek a matek ?	Původní rodina a současné sociální zázemí Partnerství	V jaké rodině jste vyrůstala/žijete ? Jak byste popsala Vaši původní rodinu, ve které jste žila/žijete ? Kde v současné době žijete ? Z jakých prostředků žijete ? Jakou školu v současné době navštěvujete ? Jaký máte vztah k otci dítěte ? Plánujete spolu další děti ? Je uveden v rodném listě dítěte ?
3. Jak nezletilé těhotné dívky a matky hodnotí svou situaci a jaké jsou jejich životní perspektivy?	Hodnocení mateřství Životní perspektivy	Jaké to je být nezletilou matkou ? Jak zvládáte péči o dítě ? Kdybyste mohla vše vzít zpátky, změnila byste své rozhodnutí dítě si ponechat ? Jaké jsou Vaše plány do budoucna ?

3.3. Výzkumný vzorek č.2

Pro výběr osob do výzkumného vzorku č.2 jsem opět využila nenáhodného účelového výběru, jehož hlavním parametrem byla participace na pomoci nezletilým těhotným dívkám či matkám. Vodítkem pro identifikaci osob, které se dostanou při výkonu své praxe do styku s nezletilými těhotnými dívkami či matkami, mi byla teoretická část disertační práce, dále pak odkaz konkrétních komunikačních partnerů na další odborníky (potencionální osoby výzkumného vzorku č.2).

Výzkumný vzorek č.2 je pak tvořen odborníky (potažmo zařízeními) v systému péče o nezletilé těhotné dívky a matky působící. Jedná se o širokou škálu odborníků (a zařízení) z celé České republiky⁸, které jsem kontaktovala osobně, telefonicky či emailem. Informace

⁸ Jednalo se o všechna školská ústavní zařízení, kde jsem uskutečnila rozhovory s respondenty výzkumného vzorku č.1, a další zařízení a odborníky vztahující se k péči o nezletilé těhotné dívky a matky - kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do tří let, dětská centra, dětské domovy a výchovné ústavy, azylové domy pro matky s dětmi, sociální pracovníky, výchovné poradce základních a středních škol, praktické dětské a dorostové lékaře, dětské a dorostové gynekology, atd.

poskytnuté těmito oslovenými komunikačními partnery mi byly nápomocné k popisu systému péče o nezletilé těhotné dívky a matky (viz kapitola 4. teoretické části).

Při osobní návštěvě jednotlivých školských ústavních zařízení a sdružení (a kontaktování osob výzkumného vzorku č.1) jsem využila techniku rozhovoru k získání údajů o systému péče o nezletilé těhotné dívky a matky. Současně jsem kladla zaměstnancům těchto zařízení tematicky stejné otázky jako respondentům výzkumného vzorku č.1. Jednalo se o tyto zaměstnance : ředitelé, vedoucí a sociální pracovníci ústavních zařízení.

3.4. Techniky sběru dat výzkumného vzorku č.2

Techniku sběru dat u výzkumného vzorku č.2 představoval nestrukturovaný rozhovor, který byl jasně vymezen záměrem výzkumu, vyjádřený následující otázkou – *Jak se podílíte na systému péče o nezletilé těhotné dívky a matky ?* Jednotlivé otázky se odvíjely od konkrétních odpovědí komunikačního partnera. Ze získaných odpovědí je tvořena kapitola 4. (teoretické části), popisující systém péče o nezletilé těhotné dívky a matky.

Kromě výše uvedené otázky, jsem kladla komunikačním partnerům výzkumného vzorku č.2 otázky vztahující se k těhotenství a mateřství nezletilých dívek a matek, které byly totožné s otázkami výzkumného vzorku č.1 (viz polostrukturovaný rozhovor). Cílem těchto otázek bylo získání objektivních informací vztahujících se k těhotenství a mateřství nezletilých těhotných dívek a matek. Otázky současně zastávaly roli doplňující a kontrolní. K jednotlivým otázkám se nevyjadřovaly osoby celého výzkumného vzorku, ale vždy pouze ty, které se k dané oblasti mohly vyjádřit z hlediska své odbornosti. Okruh těchto osob je k nalezení v poznámkách pod čarou.

Komunikační partneři byli seznámeni s účelem a záměrem výzkumu. Všichni oslovení komunikační partneři souhlasili s poskytnutím informací vztahujících se k výzkumu.

Zjištěná data byla zaznamenávána formou terénních poznámek pořízených na základě přímého rozhovoru, telefonického rozhovoru, případně emailové korespondence.

Přímé rozhovory probíhaly individuálně, bez účasti dalších osob. Jejich délka byly odlišná – od 10 minutových (zejména telefonických rozhovorů) po rozhovory hodinové - přímé. Rozhovory byly uskutečněny v rozmezí let 2007-2008.

3.5. Kazuistiky

Na základě uskutečněných rozhovorů s komunikačními partnerkami (výzkumného vzorku č.1), rozhovorů se zaměstnanci ústavních zařízení a sdružení (výzkumného vzorku č.2), přímého pozorování a v neposlední řadě osobní spisové dokumentace⁹ klientů (která mi byla poskytnuta řediteli zařízení či vedoucí sdružení – opět výzkumný vzorek č.2), jsem vypracovala tři kazuistiky ilustrující zvolenou problematiku.

První kazuistika popisuje životní příběh ženy, která otěhotněla v nezletilosti, nyní je již v **dospělém věku** a na svou životní zkušenost pohlíží s odstupem času. Stěžejním pro výběr kazuistiky byl právě **dospělý věk** komunikační partnerky a **pomoc její rodiny** v období těhotenství a mateřství (jedná se o komunikační partnerku s rodinným zázemím).

Druhá kazuistika je reprezentována komunikační partnerkou, která je **matkou v nezletilém věku**, v době otěhotnění se nemohla spolehnout na svou původní rodinu z důvodu nefunkčnosti tohoto prostředí a pomoc našla **u rodiny svého partnera**.

Třetí kazuistiku uzavírá komunikační partnerka, která byla na základě nevhodného rodinného prostředí po zjištěném těhotenství a porodu umístěna **do školského ústavního zařízení**, kde pobývá doposud (jedná se o komunikační partnerku bez rodinného zázemí).

Na základě výše popsaných charakteristik, které se opírají o kapitoly teoretické části disertační práce, jsem vybrala pro ilustraci zvolené problematiky právě tyto kazuistiky, jelikož poukazují na jevy v dané problematice často se vyskytující (kontrast funkční prostředí x nefunkční prostředí – alternativy – ústavní výchova, život s partnerem u jeho rodičů). Současně kazuistiky uvádějí různé způsoby řešení nezletilé gravidity a následného mateřství.

Jako podklad pro strukturaci jednotlivých kazuistik posloužil rozhovor, jehož stěžejní oblasti byly vytvořeny na základě formulovaných výzkumných otázek. Jednotlivé kategorie konkrétních kazuistik však nejsou totožné, jelikož zohledňují konkrétní životní situaci komunikačních partnerek a zároveň se liší množstvím poskytnutých informací k jednotlivým tématům.

Veškerá jména jsou z důvodu zachování anonymity pozměněna. Dále neuvádím konkrétní názvy měst a ústavních zařízení, ze kterých dívky či matky pocházejí, či kde žijí.

⁹ **Analýza dokumentů** – „analýza jakýchkoliv dokumentů, které nebyly vytvořeny za účelem našeho výzkumu.“ (Disman, 1993, s.124)

Nepozměněn zůstal pouze ročník narození z důvodu identifikace věku. Pro zestručnění používám v textu pouze počáteční písmena jmen.

Jednotlivé kazuistiky jsou podrobeny analýze a následně diskutovány s poznatky z teoretické části práce a jsou součástí samostatné kapitoly 6.

4. ZPRACOVÁNÍ DAT A JEJICH ANALÝZA

Empirická data získaná rozhovorem a zaznamenávána audio technikou byla následně doslovně přepsána, tedy upravená transkripcí – převedení dat netextové povahy do povahy textové (Miovský, 2006) a doplněna o terénní poznámky (výzkumný vzorek č.1). Přepisy rozhovorů¹⁰ a terénní poznámky byly dále organizovány a analyzovány otevřeným kódováním¹¹.

Data získaná výzkumným vzorkem č.2, kdy jsem volila formu zaznamenávání pomocí terénních poznámek, byla následně analyzována a interpretována v kapitole 4. teoretické části., která se věnuje popisu systému péče o nezletilé těhotné dívky a matky. K interpretaci dat byla použita metoda deskripce¹². Část empirických dat výzkumného vzorku č.2, získaných otevřeným kódováním je také součástí 5. kapitoly teoretické části.

Úryvky z rozhovorů jsou ponechány v původním znění pro zachování autentičnosti. Z důvodu jejich rozsáhlosti nejsou uvedeny v plném znění, jedná se vždy o citaci úryvku rozhovoru vztahujícího se k popisované problematice.

¹⁰ Viz Příloha č. 16. – *Přepis rozhovoru 10*; zbylé rozhovory jsou uchovány v elektronické podobě.

¹¹ Vyhledávání významných jevů s následným přiřazováním pojmů; rozbor údajů na jednotlivé části, jejich pečlivé studium s následným porovnáváním podobností a rozdílů. (Disman, 1993; Strauss, Corbinová, 1999)

¹² Popis, vylíčení; popis určitého stavu věcí, jak se ve svých jednotlivých momentech jeví. (Geist, 1992)

5. INTERPRETACE A DISKUSE EMPIRICKÝCH DAT

Získaná data z empirické části disertační práce jsou předmětem této kapitoly. Jejich interpretace je strukturována dle jednotlivých výzkumných podotázek a kategorií (případně podkategorií) získaných na základě kódování. Po interpretaci empirických výsledků výzkumu následuje diskuse těchto výsledků – tedy srovnání s teoretickými poznatky.

Poslední podkapitola (5.4.) interpretace dat obsahuje informace získané technikou participativního pozorování.

Kapitola obsahuje jak empirické výsledky získané osobami výzkumného vzorku č.1, tak v některých kategoriích empirické výsledky osob výzkumného vzorku č.2.

Jako samostatná kapitola (kapitola 6.) figuruje kapitola obsahující zpracované kazuistiky dokreslující zvolenou problematiku.

Jelikož byla využita integrovaná výzkumná strategie, výsledná data jsou zpracována kombinací kvantitativního a kvalitativního přístupu. Kvantitativní přístup reprezentují výsledky zpracované v přehledných tabulkách a grafech strukturální povahy, sledující četnost daného jevu. Kvalitativní přístup pak vyjadřují jednotlivé výpovědi respondentů, které charakterizují daný jev, nebo jsou svým zařazením ojedinělé. Záměrem výpovědí respondentů je porozumění jejich situaci.

Na základě pozorování a rozhovorů s osobami výzkumného vzorku č.2 mohou porovnávat podobnost či kontrast jednotlivých výpovědí respondentů výzkumného vzorku č.1, tedy zaznamenávat rozdíly vyskytující se mezi tím, co je sdělováno – výpovědi a skutečností. Rozdíl můžeme označit jako „rozdíl mezi slovem a skutečností“ (Loučková, 2010, s.75)

5.1. Průběh těhotenství a mateřství nezletilých dívek a matek a možnosti řešení

V rámci této podkapitoly budou prezentovány výsledky vyplývající z výzkumné otázky č. 1 - *Jaký je průběh těhotenství a mateřství nezletilých dívek a matek a jaké možnosti řešení se v našich podmínkách nabízejí ?*

Výzkumná otázka je reprezentována následujícími kategoriemi a podkategoriemi :
těhotenství ►(primární prevence a kontracepce, zjištění těhotenství a jeho průběh)
reakce okolí ►(reakce rodičů, reakce zdravotníků) a možnosti řešení, porod
►(doprovod při porodu, děti nezletilých matek, kojení).

5.1.1. Těhotenství

Tabulka č.5.1.1.1. : Primární prevence a kontracepce - výzkumný vzorek č.1

Informovanost	dostačující	nedostačující	
	6	7	
Užití kontracepce	neužívání	pravidelné užívání	nepravidelné užívání
	10	1	2

Z výsledků vztahujících se k informovanosti k sexuálnímu chování vyplývá mírně převažující nedostatečná informovanost.

Neprobírali jsme sexuální výchovu ve škole ani v rodině. (Rozhovor 5-9)

V oblasti užívání kontracepce je jistě alarmující fakt, že většina dívek kontracepci neužívá.

Ochranu jsme s partnerem nepoužívali, nevěděla jsem o tom nic. Nikdy jsem se o tom s nikým nebavila. Byl to můj první kluk, byla jsem do něj celá zblázněná. (Rozhovor 10)

Pokud již kontracepce byla užívána, jednalo se o nepravidelnost, např. z důvodu nedostatečných finančních zdrojů, tedy materiální závislosti nezletilých dívek.

Chodila jsem ke gynekologovi, který mi předepsal antikoncepci. Používala jsem prášky, ale pak jsem je vysadila - maminka mi na ně nedala peníze. (Rozhovor 11)

Osoby výzkumného souboru č.2¹³ ve spojitosti s **primární prevencí a kontracepcí** uvádějí, že osvěta a primární prevence funguje (jak ve škole, tak v zařízeních) a nezletilým dívkám se informace ohledně zdravého sexuálního života dostávají, otázkou však zůstává, jak je s touto informovaností nakládáno. V jednom případě bylo uvedeno, že osvěta je nedostatečná a největší problém spočívá v tom, že nezletilé dívky neumí věci pojmenovávat.

Nezletilé těhotné dívky a matky informace o sexuální výchově mají, ale neumí je praktikovat. Jsou naivní, málo cílevědomé. Některé dívky antikoncepci užívají, ale nepravidelně. (Rozhovor B)

¹³ Osoby výzkumného vzorku č.2 zahrnovaly 4 komunikační partnery, jednalo se o ředitele ústavních školských zařízení a psycholožku zdravotnického zařízení.

Tabulka č.5.1.1.2. : Zjištění těhotenství a jeho průběh – výzkumný vzorek č.1

Zjištění těhotenství	po 2 měsících	po několika měsících	
	7	6	
Průběh těhotenství	návštěva lékaře	bez návštěvy lékaře	
	12	1	
	s komplikacemi	bez komplikací	
	6	7	
	užívání drog	kouření	
	2	6	bez užívání drog a kouření 5

Většina otěhotnění komunikačních partnerek se začala projevovat změnami v podobách nechutenství, nevolností, vynechání menstruace. Reakce na tyto změny byly ve 12 případech následující – pořízení si těhotenského testu – pozitivní výsledek – návštěva lékaře.

Těhotenství jsem zjistila, tak, že jsem nedostala menstruaci, pak si toho všimla i matka a šly jsme společně ke gynekoložce. (Rozhovor 13)

Zjistila jsem, že jsem těhotná tak, že jsem měla bolesti a nechutenství. Udělala jsem si test, řekla jsem to „tetě“ v domově a šly jsme spolu k doktorovi. (Rozhovor 5)

Pouze jedna komunikační partnerka nenavštívila po celé těhotenství lékaře a těhotenství tak tajila až do samotného porodu. Tajení těhotenství do jeho vysokého stupně je u nezletilých dívek častým jevem, ve výzkumném vzorku se objevovalo celkem 3x.

Bylo to celé komplikované – nikomu jsem nic neřekla – pouze příteli, nechodila jsem na gynekologii, nevěděla jsem, ve kterém jsem měsíci a nevěděla jsem nic ani o těhotenství. (Rozhovor 10)

Zhruba u poloviny komunikačních partnerek se objevily v průběhu těhotenství komplikace, které mohou vyplývat z nevědomí o těhotenství (zjištění ve vysokém stupni gravidity),

z nevhodného životního stylu budoucí matky, který se projevuje zejména kouřením či užíváním drog, což potvrdila větší polovina komunikačních partnerek.

Brala jsem drogy. Těhotenství jsem zjistila až ve 3. měsíci, pak jsem s drogami přestala. (Rozhovor 8)

Do 5. měsíce jsem menstruovala. Nevěděla jsem, že jsem těhotná až do 7. měsíce. Poznala to na mě mamka. Pak jsem šla k doktorovi a ten to potvrdil. V průběhu těhotenství jsem byla napadena (někým od přítele) – měla jsem rizikové těhotenství a komplikace. (Rozhovor 1)

Osoby výzkumného vzorku č.2¹⁴ charakterizovaly **průběh těhotenství** nezletilých dívek různě – ve třech případech uváděly, že průběh nezletilých těhotenství je individuální, odvislý od konkrétního přístupu nezletilé dívky, jejího zdravotního stavu, apod. Další 3 komunikační partneři uváděli, že těhotenství nezletilých dívek probíhají spíše bez komplikací a v jednom případě se jednalo o označení těhotenství za riziková – především z důvodu věku nezletilé dívky.

Fyziologicky zvládají nezletilé dívky porody lépe než starší ženy v běžné populaci, díky svému nízkému věku však mají riziková těhotenství. Psychicky jsou na tom v porovnání se staršími ženami stejně. (Rozhovor E)

Diskuse empirických dat

Výsledky z výzkumu poukazují na alarmující skutečnost, že byť se v dnešní době informovanost v oblasti sexuálního chování zvyšuje (stejně jako používání kontracepčních prostředků) (Rabušic, 2001; Weiss, Zvěřina, 2001), přesto je stále nedostačující. Opět se však musíme zamyslet, zda je tato nedostatečnost důsledkem nefungující primární prevence v rodinách a na školách, či zda hledat příčiny právě u nezletilých, kteří byť informace mají, patřičně s nimi nenakládají. České školství zahrnuje primární prevenci v oblasti sexuálního chování do svých osnov, tudíž by měla být součástí výuky na základních a středních školách. (MŠMT, 2006; NÚOV, 2008) Zde je na místě zohlednit přístup ke kontracepci z hlediska tří faktorů, a to znalosti, dostupnosti a použití (Schofield, 1994). Pokud tyto 3 faktory nebudou v souladu a nebudou současně všechny naplňovány, bude nadále docházet k nechráněným pohlavním stykům, jejichž důsledek může představovat právě nechtěné těhotenství. Zarážející a zároveň diskutabilní skutečnost představuje fakt, že téměř většina nezletilých

¹⁴ Osoby výzkumného vzorku č.2 zahrnovaly 6 komunikačních partnerů, jednalo se o ředitelky ústavních školských zařízení, psychologku zdravotnického zařízení a dorostovou gynekoložku.

dívek nepoužila či nepoužívala žádnou kontracepci. Opět se zde vynořují otázky týkající se motivu tohoto počinu (nedostatečná informovanost, spoléhání se na partnera, apod.).

Výsledky výzkumu v souvislosti se zjištěním těhotenství v jeho pokročilém stádiu, skrýváním těhotenství před okolím, či jeho praktickým popíráním, jsou shodné s teoretickými poznatky (např. Hudson, Ineichen, 1991), což dokládá komunikační partnerka, která lékařskou pomoc přijala až v souvislosti s přicházejícím porodem.

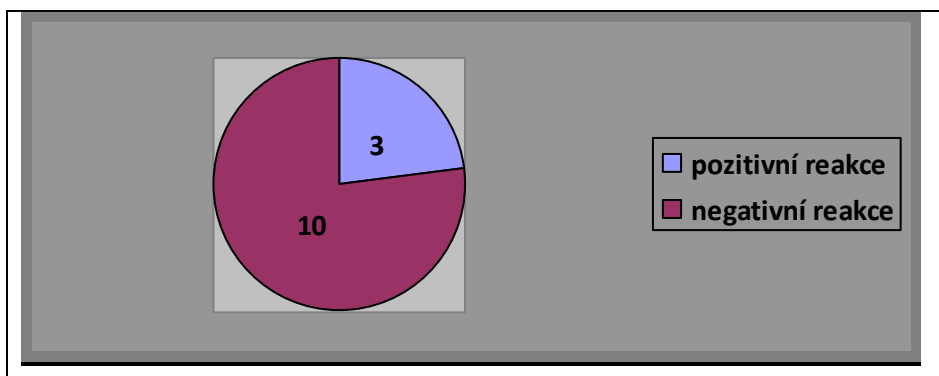
Nezletilé těhotné dívky tímto přístupem odmítají připustit svůj současný stav a zároveň tím odmítají možnosti řešení těhotenství (např. těhotenství je okolím objeveno pozdě – nemožnost interrupce).

Zhruba u poloviny osob zkoumaného vzorku č.1 se objevily komplikace různého charakteru. V souvislosti s těhotenstvím nezletilých jsou uváděny určité komplikace, které se pojí právě s nízkým věkem nezletilých dívek. V literatuře (např. Hájek a kol., 2004; Macků, Macků, 1998) bývá nezletilá gravidita označována jako riziková, právě z důvodu nízkého věku, kdy tělo nezletilé dívky není dostatečně připraveno na těhotenství a organismus nezletilé dívky klade vyšší nároky na přísun vitamínů a minerálů z důvodu vývojového růstu. Přísun určitých prvků a dodržování správné životosprávy se zvyšuje právě v období těhotenství. Nezletilá dívka, která své těhotenství tají, či popírá, neustoupí ze svých návyků a nedostavuje se pravidelně na gynekologické prohlídky, tak rizikovost svého těhotenství zvyšuje.

Nezletilé dívky mého výzkumného vzorku přistupovaly k těhotenství zodpovědněji než je uváděno v literatuře. Jedním z důvodů jejich zodpovědnějšího přístupu bude představovat skutečnost, že pokud se nezletilé těhotné dívky dostanou do školského ústavního zařízení (nebo pokud zde žijí), je jim zde věnována péče formou zajištění lékařských prohlídek (lékař dochází do zařízení, či dívka za lékařem), což znamená, že jsou pod neustálým dohledem. V ústavních školských zařízeních je navíc věnována dostatečná pozornost přípravě na porod v průběhu těhotenství, zejména formou skupinového učení se, z tohoto důvodu je připravenost nezletilých dívek z ústavních zařízení na mateřství dostatečná.

5.1.2. Reakce okolí a možnosti řešení

Graf č.5.1.2.1. : Reakce rodičů – výzkumný vzorek č.1

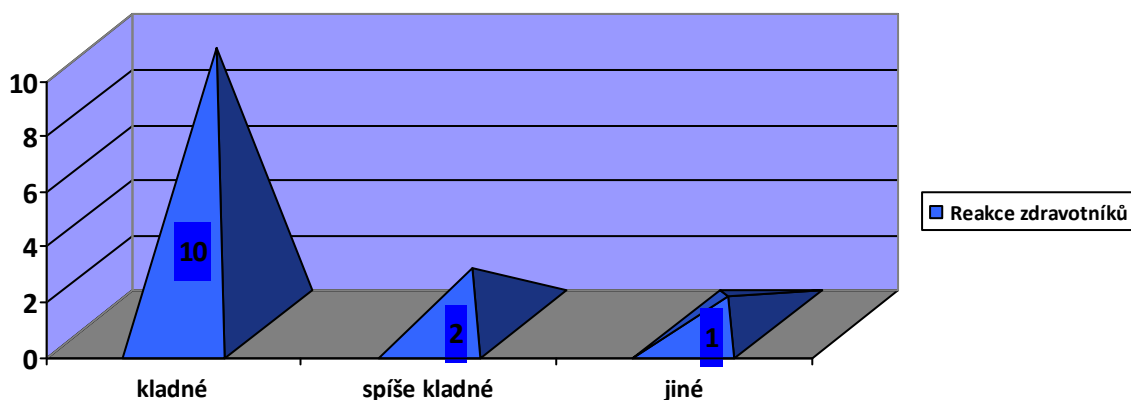


Reakce rodičů nezletilých dívek na zjištěné těhotenství byly převážně negativní a pohybovaly se na škále od nadávek po hrozbu vystěhování z domů a návrh interrupce. Zajímavé byly odlišné reakce rodičů nezletilých dívek. V případech, kdy se matky s těhotenstvím dcery smířily a nabídly pomoc, reakce otců byly zcela odlišné - dočasné zanevření na dceru až po navržení interrupce. V jednom případě tomu bylo naopak, kdy matka navrhovala interrupci a otec byl proti.

Chtěla jsem jít na potrat. Mamka nechtěla, ať si dítě nechám, otec chtěl. (Rozhovor 5)

Mamka na těhotenství reagovala tak, že buď dám dítě pryč, nebo půjdu z baráku. (Rozhovor 10)

Graf č.5.1.2.2. : Reakce zdravotníků na zjištěné těhotenství - výzkumný vzorek č.1



Reakce zdravotníků na zjištěné těhotenství hodnotí komunikační partnerky převážně kladně. 2 komunikační partnerky uváděly, že přístup zdravotníků byl v podstatě pozitivní, ale současně byly ze strany zdravotníků poučovány a zdravotníci se jejich stavu podívovali. 1 komunikační partnerka zažila reakci zdravotníků až v porodnici, jelikož v průběhu těhotenství gynekologa nenavštěvovala (sloupec jiné).

Gynekoložka potvrdila těhotenství v 6.týdnu. Nabídla mi možnosti řešení – potrat, porodit a dítě si nechat, nebo porodit a dát dítě k adopci. Poučila mě a dala mi knížku o těhotenství a porodu. Sepsaly jsme společně dokument o tom, že si dítě nechám a nepůjdu na potrat. (Rozhovor 13)

Lékař reagoval normálně. Ptal se mě na interrupci, já jsem si chtěla dítě nechat. (Rozhovor 12)

Tabulka č.5.1.2.3. : Možnosti řešení nezletilého těhotenství - výzkumný vzorek č.1

Možnosti řešení	zvážení interrupce	ponechání si dítěte
	4	9
podstoupení interrupce	před současným těhotenstvím	po současném těhotenství
	1	2

Všechny komunikační partnerky v souvislosti se současným těhotenstvím volily možnost ponechání si dítěte, většina z nich takto uvažovala již od samého počátku zjištění těhotenství. Jiné možnosti řešení nezletilého těhotenství formou náhradní rodinné péče nebyly zvažovány. V některých případech se objevovaly rozdíly v názorech partnerů.

Uvažovala jsem o interrupci, řekla jsem to příteli, ale ten nechtěl, abych dítě dala pryč. Na interrupci jsem chtěla jít, protože je to pro mě moc brzo mít dítě. Přítel mě ale přesvědčil, že si mám dítě nechat, maminka od přítele s tím také souhlasila. (Rozhovor 11)

3 komunikační partnerky podstoupily interrupci v souvislosti s jiným těhotenstvím.

Jsem těhotná již podruhé, poprvé jsem byla na potratu – všichni kolem mi to navrhovali. Pak jsem toho litovala a brzy nato jsem otěhotněla podruhé – toto dítě jsem už chtěla – považuji to za náhradu za to předtím. (Rozhovor 6)

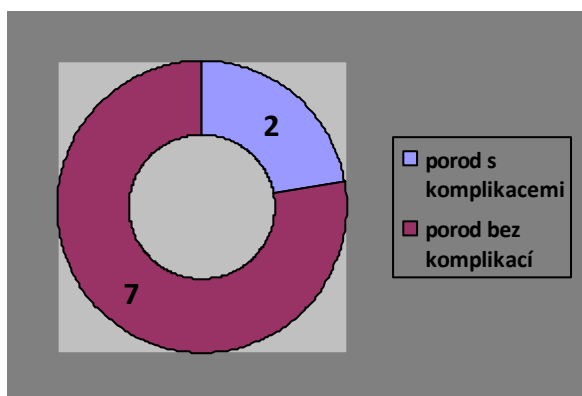
Diskuse empirických dat

Jak uvádí např. výzkum Dunovského, Dytrycha a Matějčka (1995) většina nezletilých těhotných dívek ukončí své těhotenství porodem, byť byly původní reakce jich samotných a jejich okolí různé a možnost řešení nezralé gravidity interrupcí byla zvažována. Všechny osoby výzkumného souboru své těhotenství ukončily porodem a dítě se rozhodly vychovávat, ať již za pomoci své rodiny, rodiny partnera či ústavního školského zařízení.

Kladný a pomáhající přístup zdravotníků (ale také okolí) v období těhotenství je pro budoucí matku důležitý (Rheinwaldová, 1993) a může se významně podílet na pozitivním prožívání těhotenství jak u matek dospělých, tak nezletilých. Převážně všechny komunikační partnerky se setkaly s kladným přijetím těhotenství ze strany zdravotníků. Reakce rodičů již tak pozitivní nebyly, nicméně většina rodičů, po prvotních reakcích, své postoje změnila a s těhotenstvím svých nezletilých dcer se smířila.

5.1.3. Porody

Graf č.5.1.3.1. : Porody nezletilých dívek - výzkumný vzorek č.1



Všechny komunikační partnerky rodily přirozeným způsobem a až na jedinou nepožadovaly alternativní způsoby porodu.

Původně jsem chtěla porod do vody, ale v nemocnici to nebylo možné. Příště bych chtěla alespoň epidurálku. Porodu jsem se bála a byl nepříjemný. (Rozhovor 2)

Pouze dvě komunikační partnerky uváděly v souvislosti s porodem komplikace v podobě předčasného a komplikovaného porodu.

Malý se narodil předčasně – v 7. měsíci. (Rozhovor 10)

Měla jsem komplikovaný porod. Museli použít kleště a sešívali mě. Syn byl velký. (Rozhovor 6)

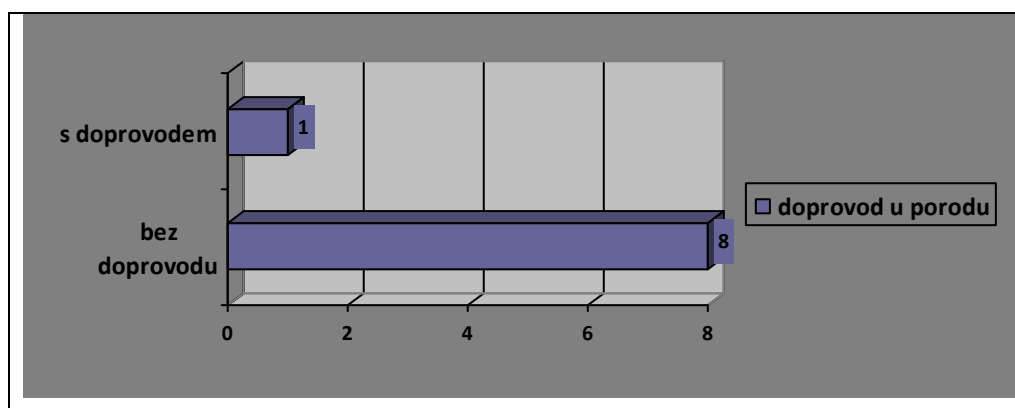
Přístup zdravotníků v průběhu porodu a po něm byl všemi komunikačními partnerkami, které jsou již matkami, hodnocen jako příjemný, pomáhající, dobrý. Ve dvou případech byly komunikační partnerky zdravotníky chváleny, z toho byla jedna matka současně poučována.

V porodnici byl přístup dobrý. Zdravotníci se divili, že jsem tak mladá, ale chválili mě, že jsem šikovná. Dělali mi ale přednášky. Pan doktor ještě tak mladou matku neměl. (Rozhovor 8)

Osoby výzkumného vzorku č.2¹⁵ se vyjádřily **k porodům** nezletilých dívek následovně : ve dvou případech bylo uvedeno, že porody nezletilých dívek probíhají individuálně (opět odvislé od konkrétní situace – zdraví, přístup, apod.). V jednom případě byly porody nezletilých dívek označeny jako spíše dobré. Jeden komunikační partner uváděl, že nezletilé dívky snášejí porody lépe v porovnání se starší populací rodiček, v psychické rovině neexistují rozdíly. Ve zbylých dvou případech byly porody nezletilých dívek označeny jako těžké a komplikované. Komplikovanost porodů byla vysvětlována zejména nespoluprací rodičky, nepostupujícím porodem, či nepoměrem velikosti dítěte a pánve rodičky (byly zde však uváděny rozdíly mezi nejmladšími rodičkami – pod 15 let, kdy porody jsou komplikovanější; u dívek starších 15-ti let se jednalo o charakteristiku porodů jako individuálních – neexistují zde rozdíly v porovnání s rodičkami staršími).

Dívky pod 15 let ve většině případů porodily císařským řezem - důvody jsou různorodé – nepostupující porod, nespolupráce rodičky, nepoměr velikosti plodu a pánve matky. U dívek 15 až 18 let je počet císařských řezů obdobný jako u ostatní populace. (Rozhovor CH)

Graf č. 5.1.3.2. : Doprovod při porodu – výzkumný vzorek č.1



¹⁵ Osoby výzkumného vzorku č.2 zahrnovaly 6 komunikačních partnerů, jednalo se o ředitelé ústavních školských zařízení, psycholožku zdravotnického zařízení a dorostovou gynekoložku.

Pouze u jedné komunikační partnerky byl u porodu přítomen partner, tedy otec dítěte.

S rodinou jsem v kontaktu, ale u porodu nikdo z ní nebyl. Měla jsem tam přítele, rozhodli jsme se společně také o jméně pro malého. (Rozhovor 6)

Dvě komunikační partnerky si přály doprovod u porodu z řad příbuzných, ale nestalo se tak z důvodů nesouhlasu partnera a větší vzdálenosti bydliště matky rodičky od nemocnice (časové důvody).

Chtěla jsem partnera u porodu, ale on nechtěl, krev mu nedělá dobře. (Rozhovor 12)

Moje mamka chtěla přijet, ale nestihla to, bydlí daleko. Už jsem začala rodit. (Rozhovor 3)

Tabulka č.5.1.3.3.: Děti nezletilých matek - výzkumný vzorek č.1

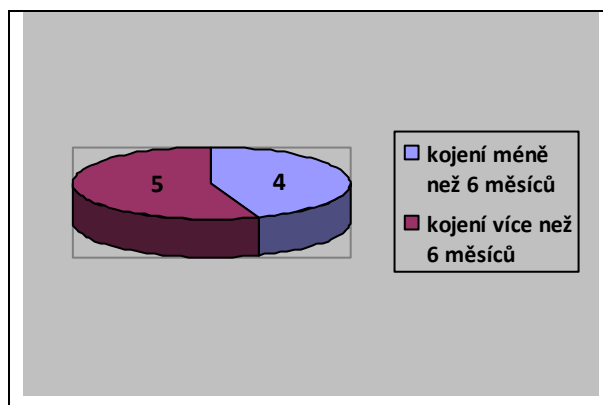
Děti nezletilých matek	s menší porodní hmotností	s větší porodní hmotností
	7	2
	komplikace po porodu	bez komplikací po porodu
	4	5

Většina dětí nezletilých matek se narodila s menší porodní hmotností. Zhruba u poloviny dětí nezletilých matek či u samotných matek se po porodu vyskytovaly problémy nejrůznějšího charakteru : porucha s jídlem u dítěte (2x) a infekce u matky, ztráta většího množství krve u matky a zánět očí u dítěte, poporodní deprese u matky.

Malý se narodil dřív, a protože byl nedonošený, tak měl poruchu s jídlem až do 1 roku.

Po porodu jsem dostala infekční nemoc a museli jsme zůstat v nemocni měsíc. (Rozhovor 10)

Graf č.5.1.3.4. : Kojení – výzkumný vzorek č.1



Všechny nezletilé matky kojily své děti, rozdíl byl pouze v době trvání kojení. Nezletilé matky, které dítě kojily méně než 6 měsíců, kojení ukončily zejména z důvodu nedostatku mléka či kouření.

První den po porodu jsem měla problémy s kojením, vrchní sestra mi však vše vysvětlila a ukázala – hodně se mi věnovali. Měla jsem mléko, ale kojení bylo problematické. Odstříkávala jsem a malá pila mléko z flašky asi půl roku. Pak jsem dostala horečky a mléko jsem ztratila. (Rozhovor 13)

Kojila jsem pouze 2 měsíce, protože jsem hodně kouřila. (Rozhovor 6)

Kojila jsem pouze měsíc, malá měla nějaké problémy. Kojila by teď, ale malá už jí normální stravu. (Rozhovor 4)

Komunikační partnerky hodnotily kojení kladně ve vztahu k náročnosti přípravy běžné stravy pro děti a finanční nákladnosti.

Mateřské mléko je pro dítě nejlepší, nemusí se nic připravovat a nic to nestojí. (Rozhovor 12)

Diskuse empirických dat

V souvislosti s porodem nezletilých dívek se můžeme setkat s určitými komplikacemi, způsobenými právě nízkým věkem rodiček (stejně jako u těhotenství). (Hudson, Ineichen, 1991; Martincová 2007) Děti nezletilých matek bývají spíše menší porodní váhy, což úzce souvisí s životosprávou v průběhu těhotenství, kdy např. kouření budoucí matky zapříčiňuje menší porodní hmotnost dítěte. (Macků, Macků, 1998)

V současné době se rodičkám nabízejí různé alternativy porodu (např. Macků, Macků, 1998; Martincová, 2007), tyto možnosti jsou však nezletilými dívkami využívány minimálně.

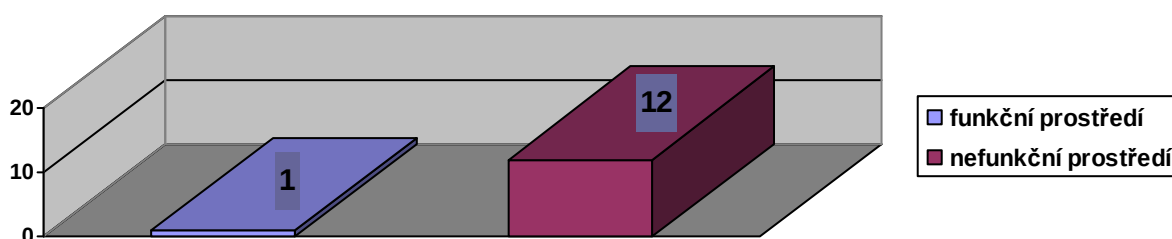
Poporodní komplikace u nezletilých matek mohou mít souvislost s náročným, těžkým či předčasným porodem. Jako komplikované porody byly označovány porody spíše těch nejmladších matek, tedy matek pod 15 let. Komplikace se mohou objevit jak u matek, tak u jejich dětí. (Hudson, Ineichen, 1991) Z výzkumného souboru č.1 se objevily komplikace u zhruba poloviny matek či jejich dětí. Nejproblematictější v souvislosti s poporodním obdobím se však jeví kojení. Nezletilé matky většinou nezvládají techniku kojení nebo kojení brzy po porodu ukončí na základě nedostatku či vymizení mléka, což je většinou způsobené nevhodnou životosprávou (např. kouření) (Hudson, Ineichen, 1991). Některé matky z výzkumného vzorku přestaly své děti kojit právě z důvodu nadměrného kouření, které nebyly schopné minimalizovat či ukončit.

5.2. Sociální zázemí nezletilých těhotných dívek a matek

Následující kapitola se zaměří na výsledky získané výzkumnou otázkou č.2 - *Jaké je sociální zázemí nezletilých těhotných dívek a matek* ? V rámci této výzkumné otázky byly vymezeny následující kategorie a podkategorie : **původní prostředí, současné sociální zázemí ► (bydlení, finanční zázemí, vzdělání), partnerství ► (partnerské vztahy, sňatek a další děti, otec dítěte a rodný list).**

5.2.1. Původní prostředí

Graf č.5.2.1.1. : Původní prostředí – výzkumný vzorek č.1



Všechny komunikační partnerky, až na jedinou, pocházejí z rodin, kde se vyskytovaly problémy různého charakteru (např. nedostatečná výchovná péče, alkoholismus, nevhodné bytové poměry, výkon trestu odnětí svobody rodičů - dále jen VTOS), což vedlo k umístění dívek do ústavních zařízení a v případě jedné komunikační partnerky ke společnému soužití s rodiči partnera.

Bydlela jsem s mamkou, ale tam to neklapalo. Mamka je teď ve výkonu trestu. Ted' bydlím u rodičů od přítele. (Rozhovor 12)

Samotné dívky neoznačily svou původní rodinu ve většině případech za nefunkční, spíš uvedly problémy, které se v rodině vyskytovaly. Označení nefunkční prostředí tedy zastřešuje nejrozumnější škálu problémů, se kterými se nezletilé těhotné dívky ve svých původních rodinách setkaly.

Některé komunikační partnerky (zejména ty z výchovného ústavu) pobývají v ústavním zařízení z důvodu záškoláctví, častých útěků z rodiny, početných absencí ve škole a užívání drog.

V 7. třídě na základce jsem hodně chodila za školu, pak jsem začala brát drogy - pervitin, nic jiného mě nezajímalo. Byla jsem taky v diagnostáku. (Rozhovor 7)

Pouze jedna komunikační partnerka charakterizovala svou rodinu jako funkční.

Moje původní rodina byla fungující, hodně jsme cestovali, měli jsme vše, co jsme chtěli. Akorát se u nás doma málo mluvilo a chybělo mi objetí. (Rozhovor 13)

Osoby z výzkumného vzorku č.2¹⁶ hodnotily **původní prostředí** nezletilých těhotných dívek a matek rozdílně – ve třech případech bylo uvedeno, že jejich původní prostředí je individuální, tedy může být relativně funkční, ale také nevhodné.

Původní prostředí dívek je individuální – nemůžeme říci, že se jedná o sociálně slabé rodiny, spíš tam něco nefunguje, nebo je tam nějaký problém a těhotenství představuje další problém. (Rozhovor A)

Dívky pocházejí ze sociálně slabých rodin, ale může se stát, že dívka pochází i s relativně funkčního prostředí. (Rozhovor C)

Ostatní komunikační partneři (5) charakterizovali původní prostředí nezletilých těhotných dívek a matek jako nefungující, nevhodné, sociálně slabé.

Většinou se jedná o dívky bez rodinného zázemí – rodina není, nebo nefunguje. (Rozhovor B)

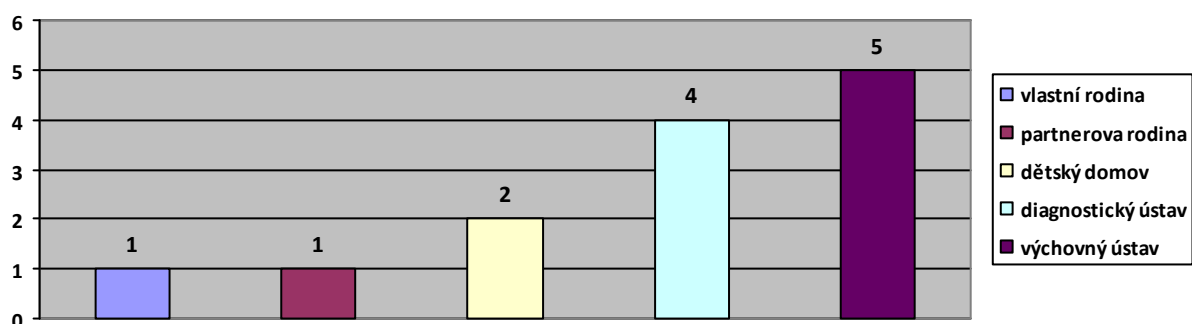
Diskuse empirických dat

Teoretické poznatky poukazují na rozdíly se názory v oblasti původního prostředí nezletilých těhotných dívek a matek. V zahraniční literatuře (např. Schofield, 1994) se setkáváme s názory, že původní prostředí nezletilých těhotných dívek a matek je na nízké socioekonomické úrovni, což potvrzují také naše výzkumy (např. Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995). Autoři v našich podmínkách poukazují na dysfunkční prostředí těchto dívek, ale současně uvádějí, že i v relativně funkčních a úplných rodinách se objevují problémy v podobě násilí či alkoholismu (Vašková, 2005). Z obou výzkumných souborů vyplývá převaha problémového, sociálně slabého původního prostředí. Nezletilá matka žijící u rodiny svého partnera potvrzuje výsledky výzkumu Vaškové (2005), která uvádí, že bydlení nezletilých matek společně s jejich partnery u rodičů svých či partnerových, je časté.

¹⁶ Osoby výzkumného vzorku č.2 zahrnovaly 8 komunikačních partnerů, jednalo se o ředitelé a sociální pracovníci ústavních školských zařízení a psycholožku zdravotnického zařízení.

5.2.2. Současné sociální zázemí

Graf č.5.2.2.1. : Současné sociální zázemí - bydlení - výzkumný vzorek č.1



V současné době žije 10 komunikačních partnerek v ústavních zařízeních školského typu na základě nařízené ústavní výchovy. 7 nezletilých matek pak pobývá v ústavech společně se svými dětmi, kterým byla také nařízena ústavní výchova.

Mimo ústavní výchovu žijí 2 komunikační partnerky - jedna komunikační partnerka žije se svou vlastní rodinou (2 děti) a novým partnerem v pronajatém bytě, druhá pak společně s dítětem a svým partnerem u partnerových rodičů.

Tabulka č.5.2.2.2. : Finanční zázemí - výzkumný vzorek č.1

finanční zázemí	v rámci ústavních zařízení	společné hospodaření osob v domácnosti	společné hospodaření s partnerem
	11	1	1

Finanční zázemí nezletilých těhotných dívek a matek je odvislé od prostředí, ve kterém nyní žijí. V případě komunikačních partnerek z ústavních zařízení je veškeré materiální zabezpečení, včetně finančního, hrazeno ústavem (dívky se podílejí na úhradách za pobyt v případě pobírání dávek či výdělku – viz dále). Nezletilým dívkám a matkám pak náleží kapesné a v souvislosti s mateřstvím – porodné a rodičovský příspěvek (případně další dávky spojené s výchovou dítěte).

Dávky máme vyřízené a máme je na knížce. (Rozhovor 5-9)

Vyplácení dávek a příspěvků spojených s mateřstvím je v případě nezletilosti podmíněno stanovením poručníka/opatrovníka, jestliže nezletilá matka nemá přiznanou rodičovskou zodpovědnost (rodičovskou zodpovědnost mi potvrdila pouze jedna matka).

Mám rodičovskou zodpovědnost, trvalo to dva roky. (Rozhovor 10)

Mamka byla ustanovena opatrovníkem malé a do mé zletilosti pobírala rodičovský příspěvek. Porodné jsem dostala. (Rozhovor 13)

Komunikační partnerky s rodinným zázemím žijí společně se svými rodinami a jsou materiálně zabezpečeny těmito rodinami. První komunikační partnerka žije ve společné domácnosti se svým současným partnerem, který je zaměstnaný; dalším zdrojem financí je rodičovský příspěvek (na druhé dítě) a přivýdělek při mateřské dovolené. Druhá komunikační partnerka pobývá u rodiny svého partnera společně se svým jedním dítětem; materiálně je zabezpečena partnerem a jeho rodinou, dále rodičovským příspěvkem, který pobírá partner¹⁷ a přídavkem na dítě. Porodné bylo oběma komunikačním partnerkám vyplaceno.

Vyplácení příspěvků spojených s těhotenstvím je však u nezletilých matek v praxi problematické a nejednotné.

Porodné jsem dostala, ale rodičák ani přídavky ne. Že prý jsem mladá. Pak měl být soud, že babička dostane malou do péče, pak si ji vzal partner na sebe – on pobírá rodičovský příspěvek a přídavky na dítě. Vyplatili nám přídavky na dítě, ale rodičák se prý zpětně vyplácet nedá. (Rozhovor 12)

Osoby výzkumného vzorku č.2¹⁸ potvrdily složitost systému **vyplácení dávek** (porodné a rodičovský příspěvek) a uznání rodičovské zodpovědnosti u nezletilých matek. Rodičovská zodpovědnost se váže na 16 rok věku, je-li tedy uznána rodičovská zodpovědnost, dívce náleží dávky. Druhou možností je ustanovení opatrovníka/poručníka, který dávky na nezletilé dítě formálně pobírá. V podstatě ve všech případech záleží na rozhodnutí soudu o uznání rodičovské zodpovědnosti.

¹⁷ Partner (otec dítěte) má dceru svěřenou do péče z důvodu jeho zletilosti – pobírá veškeré dávky vztahující se k péči o dítě.

¹⁸ Osoby výzkumného vzorku č.2 zahrnovaly 8 komunikačních partnerů, jednalo se o ředitelé ústavních školských zařízení, psychologku zdravotnického zařízení a zaměstnance okresního soudu.

Od 16-ti mají dívky rodičovskou zodpovědnost a nárok na dávky. Dívce se peníze spoří na vkladní knížku – 1/10 platí na dítě. Dívky si platí svůj pobyt¹⁹, pokud mají vyřízené dávky. Pokud ne, za dívky platí rodiče a za dítě dětský domov. Na porodné má nárok každá nezletilá maminka, i pod 16 let. (Rozhovor C,D)

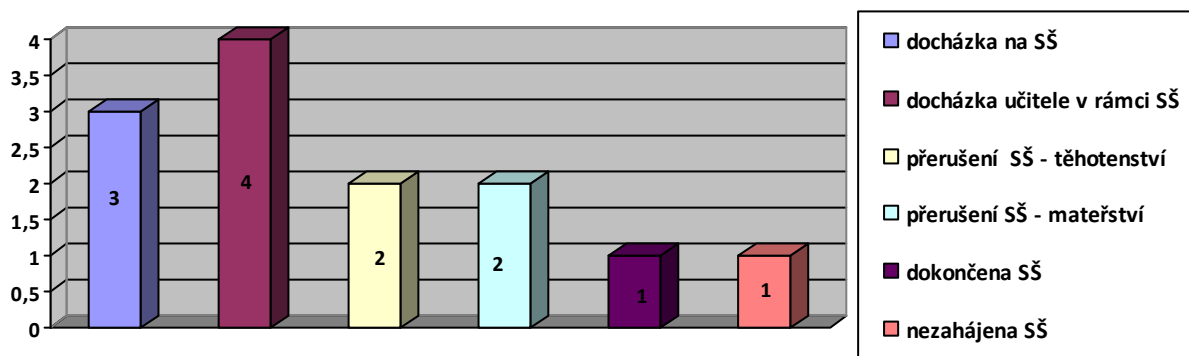
Častou argumentací, proč nezletilé matky v ústavních zařízeních nepobírají dávky, je jejich materiální zabezpečení právě ústavním zařízením.

Matky by na dítě měly v ústavním zařízení přispívat – je to uzákoněno²⁰, měly by rodičovský příspěvek dostávat, většinou se ale namítá, že dívky vše v ústavech mají. Příspěvek se vyplácí tomu, kdo přímo pečuje o dítě. (Rozhovor G)

Přístup k vyplácení dávek se však různí, někteří komunikační partneři uváděli, že nárok na dávky spojené s rodičovstvím je možné uplatnit od 15 let, jiní, že nárok na porodné není omezen věkem, rodičovský příspěvek je pak vyplácen od 16 –ti let.

Vyřízení dávek u nezletilých matek probíhá v pořádku, většinou jsou přiznány – záleží však na soudu – zda uzná rodičovskou zodpovědnost. U matek, které nedosáhly 16-ti let je problém s porodným. (Rozhovor E)

Graf č.5.2.2.3. : Vzdělání – výzkumný vzorek č.1



Všechny komunikační partnerky mají ukončenou povinnou školní docházku. Docházejí na střední školu, případně je jejich studium přerušeno z důvodu vysokého stupně těhotenství (přerušeni v rozmezí 6 týdnů – 2 let) či z důvodu mateřství.

V případě docházky nezletilých matek z ústavních zařízení na střední školu, je o děti v době jejich nepřítomnosti postaráno pracovníky ústavního zařízení.

¹⁹ Dítě či nezaopatřená osoba přispívá na úhradu příspěvku v zařízení, pokud má vlastní příjmy. (Zákon č.109/2002 Sb.)

²⁰ Výše příspěvku na úhradu péče o děti matek, umístěných v zařízení, činí za kalendářní měsíc 10 % z výše rodičovského příspěvku. (Zákon č.109/2002Sb.)

Mám pořád stejnou asistentku, která mi s malým pomáhá a stará se o něj, když jsem ve škole, nebo když se učím. (Rozhovor 10)

Dívky docházejí na střední školu, která je součástí ústavu (dívky z výchovného ústavu) nebo mimo ústav (dětský domov). Další komunikační partnerky z ústavních zařízení nenavštěvují střední školu, výuka je však realizována prostřednictvím docházky učitele do zařízení.

Jedna z komunikačních partnerek s rodinným zázemím (v současné době již dospělá) má ukončené střední vzdělání a v současné době je na rodičovské dovolené (s druhým dítětem), po jejím ukončení se chystá do práce.

V průběhu těhotenství jsem chodila na základní školu. S mamkou jsme zašly za třídní učitelkou a ředitelem školy a oznámily jim to. Protože jsem rodila po ukončení základní školy, školu jsem nepřerušovala. Dostala jsem se na střední školu (kuchař s výučním listem). Nastoupila jsem na mateřskou 6 týdnů před porodem. Domluvili jsme se s ředitelem školy na 3 měsíčním přerušení. (Rozhovor 13)

Druhá komunikační partnerka s rodinným zázemím nezapočala studium na střední škole právě z důvodu těhotenství a studovat na střední škole si již nepřeje.

Osoby výzkumného vzorku č.2²¹ v oblasti **přerušení studia** potvrdily výpovědi komunikačních partnerek výzkumného vzorku č.1. Nezletilé těhotné dívky přerušují školu 6 týdnů před porodem, což je totožné s nástupem na mateřskou dovolenou u žen starších. Doba přerušení studia je odvislá od stavu nezletilé matky a jejího dítěte. Některá zařízení využívají výuky učitelů, kteří za těhotnými dívkami a matkami docházejí.

Těhotné nezletilé dívky chodí do školy, 6 týdnů před porodem přestanou školu navštěvovat a jsou v DD. Porodí a půl roku nechodí do školy (se souhlasem zákonného zástupce), po půl roce jdou opět do školy. (Rozhovor F)

Těhotné dívky nastupují na mateřskou, jako běžné ženy a zůstávají doma s dítětem 6 týdnů, poté jdou opět do školy (domluva s řediteli škol) a je zde možnost kojení. „Teta“ nosí dítě (např. od 10-11), nebo dívka dochází na kojení – tzv. „přestávky na kojení“. (Rozhovor C)

²¹ Osoby výzkumného vzorku č.2 zahrnovaly 8 komunikačních partnerů, jednalo se o ředitele ústavních školských zařízení, vedoucí oddělení matek, psycholožku zdravotnického zařízení a výchovného poradce střední školy.

Dívky do školy nechodí. Mají splněnou povinnou školní docházku. Dochází za nimi 2x týdně učitel, který jim předává základy (každá dívka je na jiné úrovni), učitel je zaměstnancem DÚ. Pokud je dívka mladší – chodí na základku, nemůže být v DÚ – musí do DD nebo do VÚ, tam může chodit do školy a o dítě je postaráno. (Rozhovor A)

Kromě přerušení studia se nezletilým těhotným dívkám a matkám nabízí také možnost studia dle individuálního plánu, který musí být schválen ředitelem příslušné školy.

Záleží na tom, kdy dívka dítě očekává, nemusí se přerušovat škola, může požádat o individuální plán²². (Rozhovor H)

Diskuse empirických dat

Výše uvedené výsledky poukázaly na nejednotnost a zmatečnost v systému vyplácení dávek náležící nezletilým matkám v souvislosti s rodičovstvím. Primárním dokumentem pro vyplácení dávek by měl představovat zákon (Zákon č.117/1995 Sb.) vztahující se k systému dávek, dále zohlednění uznané rodičovské zodpovědnosti a ustanovení opatrovníka/poručníka.

V souvislosti se studiem se musí nezletilé těhotné dívky a matky přizpůsobit své současné situaci v podobě přerušení školní docházky, či využití možnosti individuálního plánu dle platných zákonů (Zákon č. 561/2004Sb.).

Přerušení školní docházky či volba individuálního studijního plánu jim tak umožňuje věnovat se svému dítěti, tak jak tomu je u matek již dospělých, které nastupují na rodičovskou dovolenou. V podstatě u obou skupin nezletilých dívek (s rodinným i bez rodinného zázemí) je možné ve studiu pokračovat, s tím, že o dítě musí být v době nepřítomnosti nezletilé matky postaráno (např. babičkou dítěte, vychovatelkou, zdravotníkem). (Zákon č. 262/2006 Sb.)

Všechny komunikační partnerky zkoumaného vzorku č.1 naplňují platné znění zákona o devítileté povinné školní docházce. (Zákon č. 561/2004 Sb.) Nezletilé těhotné dívky a matky se mohou svobodně rozhodnout, zda budou ve vzdělávání pokračovat, či nebudou. U dívek s nařízenou ústavní výchovou je však situace jiná, odvislá od konkrétních podmínek ústavního zařízení, kde vzdělávací proces vyplývá z vnitřního řádu příslušného zařízení a platných zákonů. (Zákon č.109/2002 Sb.)

²² Viz příloha č.13

5.2.3. Partnerství

Tabulka č. 5.2.3.1. : Partnerské vztahy – výzkumný vzorek č.1

Partnerství ²³	zájem o dítě a partnerku	nezájem o dítě a partnerku
	7	6
	vztah s otcem dítěte	bez vztahu s otcem dítěte
	7	6

Všechny komunikační partnerky znaly v době otěhotnění svého partnera, byly s ním ve vztahu, nejednalo se tedy o náhodný pohlavní styk s neznámým mužem. Některé komunikační partnerky (3), jak uvedly, počaly dítě po 3-4-leté známosti se svým partnerem. *S přítelem jsem spolu již 4 roky, otěhotněla jsem po 3 letech našeho vztahu. Přítel je otcem mých dětí.* (Rozhovor 5)

Zájem či nezájem ze strany otců dětí nezletilých těhotných dívek a matek je poměrně vyrovnaný. Pokud otec dítěte projevil zájem o partnerku a dítě, setrval s nimi ve vztahu (případně v kontaktu, jedná-li se o dívky z ústavních zařízení).

S přítelem jsem se znala, chodili jsme spolu. Chtěl, abych si dítě nechala, jsme v kontaktu, chodí za námi a chceme spolu být. (Rozhovor 1)

1 komunikační partnerka není s otcem dítěte v kontaktu, neboť ten je ve VTOS, o kontakt s ním však projevila zájem.

Přítel věděl, že jsem těhotná, ale neví, že je malá na světě. Ještě jsem mu to neřekla. Je teď ve vězení. Nejsem s ním teď v kontaktu. (Rozhovor 9)

3 komunikační partnerky, které nejsou ve vztahu s otcem dítěte, již mají nové partnery.

S otcem dítěte se nestýkám, nejsme spolu. V současné době mám nového přítele. (Rozhovor 2)

²³ Celkem 10 komunikačních partnerek je v současné době ve vztahu s otcí svých dětí nebo s novými partnery. Osoby výzkumného vzorku č.2 zahrnovaly 8 komunikačních partnerů, jednalo se o ředitelky ústavních školských zařízení, psychologku zdravotnického zařízení a dorostovou gynekoložku.

Osoby výzkumného souboru č.2²⁴ uváděly ve většině případů (7), že **partnerské** vztahy s otci dětí nezletilých těhotných dívek a matek jsou povrchní, založené na krátké, náhodné známosti, kdy mladý pár spolu nezůstane, ale nezletilá matka si nachází nového partnera. *Nezletilé dívky mají krátkodobé vztahy. Většinou s otci dítěte nezůstanou. Neuvedou ho v rodném listě, ale najdou si novou známost.* (Rozhovor C)

Pokud spolu mladý pár překoná období těhotenství, většinou je nezletilá dívka opuštěna po porodu. Dále bylo uváděno, že se otcové k dítěti a matce většinou nehlásí. V jednom případě bylo uvedeno, že vztahy nezletilých těhotných dívek a matek s otci jejich dětí se různí, zhruba polovina dívek má vztah založený na delší, vážnější známosti, u druhé poloviny se jedná o vztahy krátkodobé. Obdobně je tomu u uvádění otců do rodných listů (viz dále). *Většinou se jedná o náhodnou známost dívky s otcem dítěte – nechtěné, neplánované děti. Dívky s otci dětí nejsou v kontaktu.* (Rozhovor A)

Tabulka č.5.2.3.2. : Sňatek a další děti – výzkumný vzorek č.1

Uzavření sňatku		
ano	<i>z toho</i> s otcem dítěte	<i>z toho</i> s novým partnerem
4	3	1
ne		
6		
další děti		
ne	ano	
3	10	

Tři komunikační partnerky, které zůstaly se svými partnery po otěhotnění, případně po porodu ve vztahu, by rády uzavřely manželství (k uzavření manželství se vyjádřilo 10 komunikačních partnerek, které jsou ve vztahu s partnery), z toho jedna komunikační partnerka touží po svatbě z důvodu zplnoletnění. Další z komunikačních partnerek (v současné době již dospělá), která s otcem dítěte není ve vztahu ani kontaktu, plánuje svatbu se svým současným partnerem, který je otcem jejího druhého dítěte.

²⁴ Osoby výzkumného vzorku č.2 zahrnovaly 8 komunikačních partnerů, jednalo se o ředitelky ústavních školských zařízení, psychologku zdravotnického zařízení a dorostovou gynekoložku.

Komunikační partnerky toužící po uzavření sňatku s otci svých dětí nebo novým partnerem by tak rády učinily až v delším časovém horizontu, sňatek pro ně nepředstavuje prioritu. Jedna z nich však svatbu zvažuje v brzké době, po dosažení zletilosti (za 1 rok).

Chci si svého přítele vzít, protože mě požádal o ruku, chci, abychom měli všichni stejné příjmení. (Rozhovor 6)

Jedna komunikační partnerka se neshodne v názoru na uzavření sňatku se svým partnerem. *Přítel by si mě chtěl vzít, já ale ho ne, je to nmoderní.* (Rozhovor 11)

Zbylé komunikační partnerky, které jsou ve vztahu, ať již s otcem dítěte nebo s novým partnerem, nepovažují sňatek za důležitý a uvádějí, „že se svými partnery chtějí setrvat ve vztahu, ale vdávat se nechťejí.“

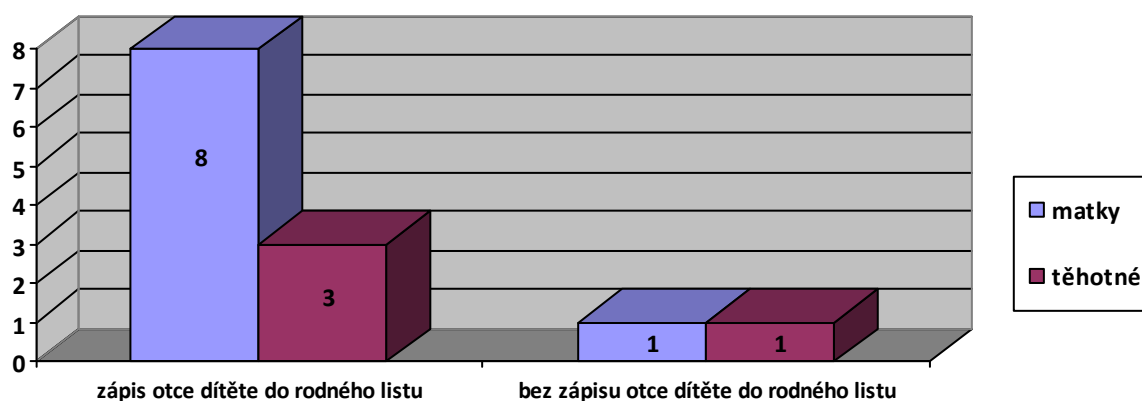
Většina komunikačních partnerek by si přála mít další děti (vyjádřilo se všech 13 komunikačních partnerek), ale až za delší dobu (většinou se jednalo o časový horizont pěti let). Tři komunikační partnerky uvedly, že po dalších dětech netouží, z toho jedna již druhé dítě má. Jedna z komunikačních partnerek, která již neplánuje dalšího potomka, se neshodne se svým současným partnerem, který si další dítě přeje.

S přítelem se neshodneme. Já už další dítě nechci, přítel chce, ale až později. (Rozhovor 1)

Osoby výzkumné souboru č. 2²⁵ se vyjádřily k **zplnoletnění**, tedy k tzv. kupování roků, kdy je dívka zplnoletněna na základě uzavření sňatku. Jedna komunikační partnerka výzkumného souboru č.1 projevila zájem právě o zplnoletnění. V našich podmínkách však tento způsob dosažení zletilosti není častý a dochází k němu ojediněle. 3 osoby uvedly, že zplnoletnění je méně časté (dochází k němu v průměru u jedné dívky za rok), jeden komunikační partner se vyjádřil, že s touto možností nemá zkušenost.

²⁵ Osoby výzkumného vzorku č.2 zahrnovaly 5 komunikačních partnerů, jednalo se o ředitelé ústavních školských zařízení a sociální pracovníci zdravotnického zařízení.

Graf č.5.2.3.3. : Otec dítěte a rodný list – výzkumný vzorek č.1



Většina komunikačních partnerek jak těhotných tak matek si přeje uvést otce dítěte do rodného listu, případně již tak učinila. Se zápisem otce dítěte do rodného listu se pojí vyživovací povinnost, která náleží oběma rodičům.

Diskuse empirických dat

Nevyzrálá partnerství, mezi něž jsou v našich podmínkách řazeny také partnerství nezletilých těhotných dívek a matek, se vyznačují brzkým rozpadem, případně nefunkčností spočívající v rozpadu po několika letech, jak je uváděno např. Šmolovou (2006). Tyto údaje korespondují s údaji charakterizovanými výzkumným souborem č.2. Osoby výzkumného souboru č.1 můžeme rozdělit zhruba na 2 poloviny – ty, které s otci svého dítěte jsou ve vztahu i nadále (případně s nimi chtějí být) a ty, které o kontakt s otci svých dětí nemají zájem. Vašková (2005) uvádí, že nezletilé těhotné dívky nejsou otcem dítěte opuštěny, což znamená, že otcové dětí ve většině případů ve vztahu setrvávají. Otázkou však zůstává, jak se budou jednotlivé vztahy nezletilých dívek s otci dítěte vyvíjet v souvislosti s pokračujícím těhotenstvím a mateřstvím, jelikož nezletilé těhotné dívky a matky mají tendence k idealizování svých partnerů a vztahů. (Vašková, 2005)

Současné demografické trendy v oblasti partnerského soužití poukazují na odkládání sňatků do pozdějšího věku a objevení se alternativních forem partnerského soužití – tzv. soužití nesezdané, které většinou předchází následnému sňatku. Chování nezletilých matek v této oblasti dokumentuje výzkum Vaškové (2005), který poukazuje na to, že nezletilé těhotné dívky a matky se nějak neliší od většinové populace. Pokud se svými partnery setrvávají, žijí v nesezdaném soužití a výhledově uvažují o uzavření sňatku (případně bez uzavření sňatku). Osoby mého výzkumného vzorku č.1, které by se svými partnery uzavřely sňatek, zvažují

manželství ve 3 případech, zbylé komunikační partnerky by rády setrvaly ve společném soužití bez uzavření manželství. U jedné z komunikačních partnerek se objevuje rozpor mezi přáním ženy a muže na sňatkové chování a potvrzuje zjištění Vaškové (2005), o popření stereotypního názoru, že většinou ženy touží po manželství.

Všechny nezletilé osoby výzkumného vzorku č.1, které byly již matkami, měly zatím pouze jedno dítě (výjimkou byla již dospělá žena, která je matkou již podruhé). Teoretické poznatky často poukazují na tzv. sociální přenos, kdy děti nezletilých matek jsou opět nezletilými rodiči, kdy se sociálně přenáší i problémy z původních rodin a kdy si děti z početných rodin opět zakládají početné rodiny (např. Matějček, Bubleová, Kovařík, 1997; Rheinwaldová, 1993). Všechny komunikační partnerky, které uvedly, že by chtěly mít další dítě (děti), tak plánují až v pozdějším věku. Otázkou však zůstává, zda tomu tak bude ve skutečnosti, neboť tři komunikační partnerky podstoupily interrupci ve spojitosti s předešlým či dalším těhotenstvím, které nebylo plánované.

Uvedení otce dítěte do rodného listu nemá vliv na setrvání v partnerském vztahu. Původní popud nezletilých těhotných dívek k uvedení otce dítěte do rodného listu může pramenit z pocitu setrvání v partnerském vztahu a jeho utužení. Skutečný důvod je však čistě praktický, a to možnost uplatnění vyživovací povinnosti otce k dítěti.

5.3. Hodnocení životní situace a životní perspektivy

Následně bude řešena výzkumná otázka č. 3 - *Jak nezletilé těhotné dívky a matky hodnotí svou situaci a jaké jsou jejich životní perspektivy?* Výsledná empirická data charakterizují tyto kategorie a podkategorie : **hodnocení mateřství ► (vzasky nezletilých těhotných dívek a matek) a životní perspektivy ► (vzdělání a bydlení).**

5.3.1. Hodnocení mateřství

Tabulka č.5.3.1.1. : Hodnocení mateřství – výzkumný vzorek č.1

Hodnocení mateřství ²⁶	spokojenost	nespokojenost
	13	0
	volba těhotenství a mateřství	jiná volba - interrupce
	12	1
	bez větších problémů ve vztahu k péči o dítě (matky)	s problémy ve vztahu k péči o dítě (matky)
	8	1

Všechny komunikační partnerky uvedly, že jsou spokojené, že je mateřství změnilo a že svého rozhodnutí dítě si ponechat/porodit nelituji. Matkám přinášejí děti radost a potěšení. Kdyby si mohly vybrat znovu, tak by opět volily možnost dítě porodit a ponechat si.

„Ničeho nelituji, opravdu. Je tady a změnit už to nemůžu, nelituji toho, že ho mám. Máme spolu hezký vztah. Na začátku, když jsme přišli do domova, malému byl měsíc, tak jsem ho nechtěla nikomu půjčit, hrozně jsem se o něj bála. (Rozhovor 10)

Pouze jedna nezletilá těhotná dívka by své rozhodnutí dítě si ponechat změnila a podstoupila by interrupci, důvodem je právě její nezletilost.

Miminko bych nechtěla, kdybych si mohla znovu vybrat, jsem na to moc mladá. (Rozhovor 11)

S péčí o dítě nemají nezletilé matky větší problémy. Většina z nich byla zvyklá se starat o své mladší sourozence, tudíž se péče neobávaly/neobávají.

O děti jsem se starat uměla, protože jsem měla mladší sourozence, o které jsem se starala, takže jsem obavy neměla a zvládala jsem to. (Rozhovor 13)

Většina komunikačních partnerek zvládla mateřství bez větších problémů, negativně však bylo hodnoceno kojení, vstávání k dítěti a jeho koupání. Pouze jedna z komunikačních partnerek hodnotila mateřství jako problematické z důvodu poporodní deprese.

Neměla jsem ráda malé děti. Na malou jsem se ani nepodívala, když se narodila. Nelíbila se mi, byla škaredá. (Rozhovor 9)

²⁶ Kategorie Hodnocení mateřství v sobě zahrnuje jak hodnocení těhotenství, tak následného mateřství. Pouze poslední kolonka v tabulce se vztahuje pouze k nezletilým matkám.

Tabulka č.5.3.1.2. : Vzkazy nezletilých těhotných dívek a matek – výzkumný vzorek č.1

vzkazy	<i>„Nikam nespěchejte, a pokud máte děti, tak se o ně starejte !“</i>	11
	<i>„Nevzdávejte to, časem se vám to vrátí !“</i>	1
	<i>„Nenechávejte školy a starejte se o miminko, ať vám ho nevezmou !“</i>	1

Výše uvedená tabulka sumíruje vzkazy, které komunikační partnerky předávají nezletilým dívkám a matkám, které zažívají stejnou životní zkušenost. Obsahově jsou vzkazy pozitivně laděny s důrazem na starost a péči o dítě i přes připomínku vztahující se k časnému věku započetí mateřství.

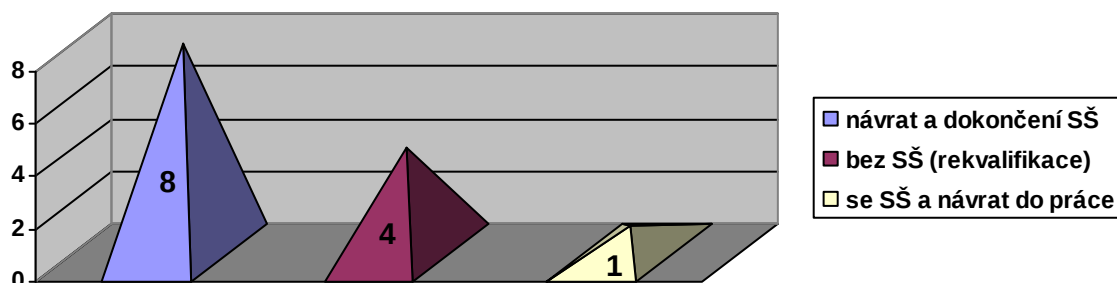
Na prvním místě jsou pro mě děti, pak až partner. Mám více zkušeností než dívky, které nemají děti v nezletilém věku. Někdy to bylo těžké – malá, domácnost, škola, ale zvládla jsem to. Nevzdávejte to, časem se vám to vrátí (nic vám neuteče, vychováte děti, ony odrostou a vy pokračujete dál). (Rozhovor 13)

Osoby výzkumného vzorku č.2²⁷ se vyjádřily k **mateřství** nezletilých matek následovně : ve dvou případech byly matky označeny za šikovné, jelikož pocházejí z početných rodin, kde byla péče o mladší sourozence samozřejmostí, ve třech případech byla péče o dítě označená za individuální (odvislá od konkrétní nezletilé matky), jednou byly nezletilé matky považovány za šikovné a zdatné, avšak jejich charakterové vlastnosti byly hodnoceny negativně, zejména ve vztahu k zodpovědnosti, v jednom případě jsou matky v péči o miminko považovány za šikovné, ale se zvyšujícím se věkem dítěte a zvyšujícími se nároky se péče snižuje a ve zbylých dvou případech je péče nezletilých matek ve vztahu k jejich dětem označována spíše negativně, a to následovně – *„nezletilé matky jsou spíše nemotorné a přistupují ke svým dětem jako k hračce“*.

²⁷ Osoby výzkumného vzorku č.2 zahrnovaly 9 komunikačních partnerů, jednalo se o ředitelky a sociální pracovníky ústavních školských zařízení, psychologku zdravotnického zařízení.

5.3.2. Životní perspektivy

Graf č.5.3.2.1. : Životní perspektivy ve vztahu ke vzdělání – výzkumný vzorek č.1



V oblasti vzdělávání by si přálo dostudovat 8 komunikačních partnerek. 4 komunikační partnerky se ke studiu vrátit nechtějí, chtěly by si udělat rekvalifikační kurz (jedna z nich uvádí práci z domů, aby se mohla věnovat dítěti). 1 komunikační partnerka je v současnosti již dospělá, má ukončenou střední školu, po rodičovské dovolené by se chtěla vrátit zpátky do práce.

Tabulka č.5.3.2.2. : Životní perspektivy ve vztahu k bydlení – výzkumný vzorek č.1

Bydlení						
dívky z ústavních zařízení	<i>z toho</i> samostatné bydlení s partnerem	<i>z toho</i> společné bydlení s partnerem a jeho rodiči	<i>z toho</i> vlastní bydlení	<i>z toho</i> návrat k původní rodině	<i>z toho</i> azylový dům	<i>z toho</i> – neví kam, půjde
11	3	2	2	2	1	1
dívky rodinným zázemím	<i>z toho</i> větší byt pro svou rodinu	<i>z toho</i> osamostatnění se od partnerových rodičů – Dům na půl cesty				
2	1	1				

Výše uvedené empirické údaje poukazují na přání komunikačních partnerek v oblasti bydlení, v případě dívek a matek z ústavních zařízení po skončení ústavní výchovy.

Mladým dospělým lidem, opouštějícím ústavní výchovu bez možnosti návratu do původní rodiny či jiného prostředí, se nabízí jako jedna z možností bydlení v azylovém domě, v případě matek pak v azylovém domě pro matky s dětmi. Jedna z komunikačních partnerek uváděla právě využití této služby.

Brzo odejdu z oddělení, budu dospělá. Domů se vrátit nemůžu. Mám spoustu sourozenců. Chtěla bych svůj vlastní byt, ale nejspíš půjdu do azyláku (možná ještě s jednou maminou). (Rozhovor 3)

U dvou komunikačních partnerek je možný návrat do původní rodiny, z toho u jedné pouze na podmínku. Další komunikační partnerka uvedla, že neví, kam půjde, jelikož její rodina pobývá v zahraničí a přítel – otec dítěte, je v současné době ve výkonu trestu odnětí svobody. Jedna z komunikačních partnerek s rodinným zázemím by si do budoucna přála společně s partnerem osamostatnit od partnerovy rodiny. Nedostačující finanční situace, však znemožňuje koupi či pronájem vlastního bytu, tudíž zvažují pobyt v Domě na půl cesty, alespoň přechodně.

Ted' bydlíme u rodičů od přítele, ale nedělá to dobrotu. Zažádáme si o byt, nebo spíše půjdeme do Domu na půl cesty, ale až budu dospělá, alespoň pro začátek. (Rozhovor 12)

Všech 12 komunikačních partnerek, které se ještě neosamostatnily, touží po bydlení ve vlastním bytě, nicméně jejich současná finanční a bytová situace, jim jejich přání znesnadňuje.

Diskuse empirických dat

Nezletilé matky jsou považovány za sociálně nevyzrálé, nezodpovědné, jsou kritizovány za nedostatečnou stimulaci svých dětí. (např. Matějček 1992 In Vágnerová, 2000; Rheinwaldová, 1993) Nezletilé matky výzkumného souboru nelitují svého rozhodnutí dítě si ponechat a mateřství hodnotí kladně. S péčí o děti si umí poradit a nesetkaly se se závažnými problémy. Nezletilá mateřství nebývají spojována se zodpovědností, spíše s neuvědoměním si možných rizik vyplývajících z péče o dítě, což může být zároveň hodnoceno pozitivně jako projev neúzkostnosti. (Šmolka, 2006)

Charakteristiky výzkumného vzorku č. 2 se různí, mnohé však potvrzují zmiňovanou nezodpovědnost. V případech životní zkušeností s výchovou mladších sourozenců je mateřství považováno za přirozené (přirozený přechod povinností staršího sourozence na povinnosti mateřské/rodičovské).

V oblasti vzdělávání, konkrétně dokončení středního stupně vzdělání, převažují komunikační partnerky, které by tak chtěly učinit. Pouze 4 komunikační partnerky neprojevíly zájem školu dokončit a volily by formu rekvalifikačních kurzů v oblastech, které je zajímají. Nicméně i tyto komunikační partnerky projevují své ambice a zájem o vzdělávání.

U komunikačních partnerek z ústavních školských zařízení jsou možnosti po odchodu ze zařízení odvislé od jejich současné situace, zda se jim nabízí možnost návratu do původního prostředí, zda mají partnera a je zde možnost společného života u něj či jeho rodičů. Další možnosti jsou odvislé od nabízených sociálních služeb v dané lokalitě (domy na půl cesty, azylové domy) či šance vlastního bydlení (finanční podmíněnost a nabídka bytu).

Většina komunikačních partnerek by si přála nezávislost a osamostatnění, na druhou stranu jsou však jejich možnosti omezené z důvodu nedostatečného materiálního zabezpečení, což koresponduje s vývojovým obdobím, ve kterém se nacházejí. (Macek, 2003) Taktéž výzkumy v oblasti rodinného chování náctiletých matek (Vašková, 2005) poukazují na přání osamostatnění se, což je však znemožněno právě nedostačujícími financemi, častým modelem soužití je pak společné soužití s rodiči.

5.4. Výsledky z pozorování

Jelikož jsem údaje od komunikačních partnerek výzkumného vzorku č.1 získávala přímým rozhovorem (tzv. face to face), do kontaktu s respondentkami jsem zapojila techniku pozorování, která uzavírá triádu *prožívání-chování-jednání* a zachycuje tak zkoumaný jev v jeho celistvosti.

Získané údaje od komunikačních partnerek jsem navíc mohla porovnávat s údaji poskytnutými částí výzkumného vzorku č.2 (zaměstnanci ústavních zařízení a vedoucí sdružení sociálních asistentů).

Rozhovoru se zúčastnilo 13 nezletilých těhotných dívek a matek (z toho jedna již dospělá), všechny komunikační partnerky mi ochotně odpovídaly na mnou kladené otázky. Rozhovor probíhal za příjemné atmosféry. S některými komunikačními partnerkami jsem rozhovor vedla individuálně s jinými skupinově, což mohlo ovlivnit jednotlivé výpovědi.

Verbální i neverbální projevy komunikačních partnerek byly přirozené, nenucené a v souladu, vzhledem ke skutečnostem, které mi sdělovaly. Všechny měly zájem o podělení se se svými zkušenostmi, připadaly si výjimečné a zájem z mé strany jim lichotil. Komunikační partnerky

z ústavních zařízení (zejména výchovného ústavu) byly navíc rády, že si mohou pohovořit s někým jiným, než se zaměstnanci ústavu a tím docílit kontaktu s „vnějším světem“.

Výsledky z pozorování jsem rozdělila do dvou podkapitol dle současného prostředí, ve kterém komunikační partnerky žijí.

5.4.1. Komunikační partnerky z ústavních zařízení

U jedenácti komunikačních partnerek (z ústavních zařízení) jsem mohla jejich výpovědi porovnat s výpověďmi zaměstnanců zařízení a se spisovou dokumentací, která mi byla poskytnuta k nahlédnutí. Zjistila jsem značné rozdíly v jednotlivých výpovědích, byť chování komunikačních partnerek neodpovídalo těmto zjištěným rozdílům. Všechny respondentky působily sebejistým dojmem a plně stály za tím, co bylo sděleno. Pouze jejich projevy (jak verbální, tak neverbální) se v některých situacích pohybovaly na hranici mezi dětstvím a dospělostí.

Komunikační partnerky z ústavních zařízení se snaží své skutečné problémy, spojené s nezletilým těhotenstvím a mateřstvím, popírat. Často se objevovala idealizace **původních rodin**, ve kterých nemohly z rozličných důvodů vyrůstat. Objevovaly se pak tyto výroky : „*vůbec nevím, proč tady jsem, chtěla bych domů, ke své rodině a za přítelem*“, přitom se jednalo o dívku, která se pohybuje v ústavních zařízeních již několik let, původní rodina nezvládala její výchovu (útěky, užívání drog) a žila v nevhodných podmínkách.

Tyto dívky neznají jiný výchovný model a jiné výchovné prostředí, než to své původní, a to pak přejímají jako zcela přirozené a normální.

Jiné dívky si uvědomovaly nevhodnou rodinnou situaci a po dosažení zletilosti uváděly, že se nemohou vrátit domů a ani nechtějí, přesto byly v kontaktu se svými původními rodinami a nevyjadřovaly se ve vztahu k nim negativně.

Další rozpor se objevoval u **partnerských vztahů** nezletilých dívek, kdy byly vztahy s partnery popisovány jako dlouhodobé, založené na vzájemné známosti. Častá byla také idealizace partnera, jistě pramenící z vývojového období dospívání, kdy byli partneři charakterizováni pozitivně v těchto termínech - projevující zájem, udržující kontakt, apod. Zaměstnanci zařízení hodnotili partnerské vztahy nezletilých dívek spíše jako krátkodobé, s ojedinělými nebo vůbec žádnými kontakty.

Další oblast rozporu se vztahuje k **péči o dítě**, kdy nezletilé matky uvádějí, „*že péči o dítě zvládají, že je pro ně dítě vším a že si život bez něj nedokážou představit*“. Mnohé z nezletilých matek se však k dítěti chovají nezodpovědně, přistupují k dítěti jako „k hračce“

a svým chováním mu dávají najevo, že je jim přítěží (tyto údaje nepramenily z přímého kontaktu s respondenkami, nýbrž z rozhovoru se zaměstnanci příslušných zařízení).

5.4.2. Komunikační partnerky s rodinným zázemím

U jedné komunikační partnerky, v současné době již dospělé, jsem neměla možnost porovnání jejich tvrzení. Jelikož se však jednalo o ženu, která vychovává dvě děti, žije v partnerském vztahu a svou situaci popisuje a hodnotí s odstupem mnoha let, jevila se mi její výpověď jako reálná; sama působila vyrovnaným a spokojeným dojmem a této skutečnosti odpovídala také její současná situace. S časným mateřstvím a nevydařeným partnerským vztahem se vypořádala a založila si novou rodinu.

Druhá komunikační partnerka, která žije se svým partnerem u jeho rodičů, tak učinila z důvodu nemožnosti vyrůstat spolu se svými sourozenci ve své původní rodině. Se svou původní rodinou je v kontaktu, pozitivně se o všech vyjadřuje i přes problémy, se kterými se v průběhu dětství setkala. Ve své „nové rodině“ se setkala s přijetím a pomocí. Vzájemné soužití několika generací, však nepodporuje osamostatnění se a časté jsou konflikty mladší a starší generace, tedy mladých rodičů a partnerových rodičů, což mi potvrdily obě strany (rozhovor částečně probíhal za účasti dítěte, partnera, a partnerovy matky). Tato komunikační partnerka pravdivě hovořila o své životní situaci, některé záležitosti však nedokázala patřičně formulovat. Tyto údaje mi byly doplněny vedoucí sdružení sociálních asistentů (a terénní sociální pracovníci v jedné osobě), jejichž pomoci mladá rodina využívá.

Přes pozitivní atmosféru všech uskutečněných rozhovorů ve mně rozhovory zanechaly rozporuplné pocity vztahující se k dvojakosti výpovědí komunikačních partnerek, častému popírání pravdy a pozitivnímu náhledu na současnou situaci. Některé komunikační partnerky, pak působí manipulativním dojmem, kdy se snaží využít kontaktu s cizí osobou ve svůj prospěch (např. návrh na společnou vycházku mimo ústavní zařízení, udržování kontaktu po uskutečnění rozhovoru). Častý výskyt lží a polopravd mi byl potvrzen taktéž zaměstnanci jednotlivých ústavních zařízení, kde byly rozhovory realizovány.

6. KAZUISTIKY

Následující kapitola je věnována třem kazuistikám, které ilustrují jak teoretickou tak empirickou část disertační práce. Základní zdroj kazuistik představoval rozhovor (viz příloha č.15.), který jsem s komunikačními partnerkami vedla. Údaje z rozhovoru byly dále doplněny osobní spisovou dokumentací každé z komunikačních partnerek.

Kazuistiky jsou strukturovány dle jednotlivých oblastí rozhovoru. Konkrétní kategorie kazuistik nejsou svými názvy totožné, jsou odvislé od množství poskytnutých informací.

Každá kazuistika je doplněna záznamem z pozorování, které bylo nedílnou součástí uskutečňovaných rozhovorů. Kapitulu uzavírá diskuse jednotlivých případů kazuistik s teoretickými poznatky.

Kazuistiky byly vytvořeny v roce 2008, veškeré údaje se tedy odvíjejí od tohoto roku.

6.1. Eva, r.1982

První kazuistiku reprezentuje dívka s rodinným zázemím, která je v současnosti již dospělá, ale otěhotněla v nezletilém věku. Žije se svým současným partnerem a dvěma dětmi v bytové jednotce. Na svou životní zkušenost pohlíží s odstupem času.

Původní prostředí

E. pocházela z relativně funkční rodiny, kde prožila pěkné dětství, ale kde dle jejích slov „chyběla dostatečná komunikace o důležitých věcech“. Postrádala zde zejména objektivní a zmiňovanou komunikaci. Žila se svými dvěma mladšími sourozenci, matkou a otcem. Otec byl podruhé ženatý, z prvního manželství měl čtyři děti, pracoval. Matka byla nemocná, příležitostně hlídala děti.

Těhotenství

Od 13-ti let byla E. ve vztahu se svým spolužákem (r.1981) se základní školy, kterého znala od dětství. Otěhotněla s ním v 9. třídě ZŠ. Nepoužili ochranu. V době otěhotnění byli již oba starší 15-ti let, tudíž nedošlo k vyšetřování a trestnímu řízení. Těhotenství zjistila na základě vynechané menstruace, následně bylo těhotenství vyzkoušeno matkou a následovala společná návštěva lékaře. Gynekoložka potvrdila 6. týden těhotenství a nabídla tyto možnosti řešení – interrupce, porození dítěte a jeho ponechání nebo porození dítěte s následnou adoptí. Gynekoložka E. o všem poučila.

Rodiče nevěděli, že E. žije sexuálním životem, nekomunikovali společně o těchto věcech. Ve školním prostředí E. také nezískala dostatečné informace o sexuálním chování; sexuální výchově nebyla na její základní škole věnována dostatečná pozornost.

Matka nechtěla, aby dcera přerušila těhotenství a slíbila jí, že jí s dítětem pomůže. Otec reagoval mlčením a dlouho s dcerou nepromluvil.

Přítel od počátku těhotenství nejevil zájem. Sdělil E. „ať si dělá, co chce.“ V průběhu jejich vztahu zakusila E. ubližování a bití. Každý bydlel u svých rodičů. Přítelovým rodičům těhotenství dlouho tajili.

Obě rodiny plánovaly společné setkání s cílem vyřešení vzniklé situace. Nakonec k setkání nedošlo. E. si uvědomila, že druhá strana – přítel a jeho rodina, neprojevují zájem, zůstala tedy doma u své rodiny.

Školní docházka

V průběhu těhotenství chodila E. do školy, z důvodu těhotenství však měla určité úlevy. Po potvrzení těhotenství gynekoložkou zašla E. společně s matkou a třídní učitelkou za ředitelem školy, kterou navštěvovala. Jelikož termín porodu se netýkal již docházky na ZŠ, tak studium nepřerušovala a nadále plnila povinnou školní docházku. Učitelé a spolužáci E. neodsoudili, spíše se u nich projevovala zvědavost (zejména u dívek).

E. dokončila ZŠ a podala si přihlášku na střední školu výuční obor kuchař. Nastoupila na mateřskou dovolenou 6 týdnů před porodem a s ředitelem školy se domluvili na 3 měsíčním přerušení studia. Poté do školy opět nastoupila a úspěšně ji dokončila.

Průběh těhotenství a porod

Z důvodů zdravotních problémů, které E. měla již od dětství (anémie, šelest na srdci), nedoporučovala dětská lékařka přerušení těhotenství. Těhotenství snášela E. poměrně dobře, neměla nevolnosti, cítila se v pořádku.

E. chodila pravidelně na gynekologické prohlídky, v 16. týdnu se však objevily komplikace. Na základě krevních testů byly zjištěny negativní výsledky. E. navštívila genetickou ambulanci, kde podstoupila odběr plodové vody, jelikož zde bylo podezření na Downův syndrom. Výsledky byly nakonec negativní a vše bylo v pořádku. E. vyjádřila pochybnosti týkající se výchovy dítěte s postižením.

E. byla kuřačka, ale v průběhu těhotenství kouření přerušila. Docházela na těhotenské plavání a cvičení, zajímala se o těhotenství a porod.

Při objevení se kontrakcí doprovodila E. skoro celá rodina do porodnice, kromě matky, která v té době hlídala dítě. U porodu nikoho nechtěla. Před porodem musela podepsat dokument, ve kterém potvrdila, že je nezletilá. Měla přirozený a rychlý porod, u kterého se objevily komplikace v podobě ztráty velkého množství krve; transfúzi však odmítla. Přístup zdravotníků hodnotila jako příjemný a milý, vše jí řádně vysvětlili. U porodu byl přítomen primář oddělení.

Období po porodu a dítě

E. se narodila zdravá dcera (r.1998) s běžnou porodní hmotností (3.50kg). Narodila se o 3 dny dříve.

2. den po porodu se E. necítila dobře z důvodu ztráty krve. Byla pod neustálým dohledem zdravotníků.

E. byly předány informace vztahující se k péči o dítě a kojení, vše jí bylo názorně ukázáno. Z důvodu nezletilého věku, však neměla dítě u sebe, dceru ji předávali pouze na kojení, přebalování a koupání.

V nemocnici zůstala E. se svou dcerou 8 dnů, jelikož dcera měla zdravotní problémy - zákal očí.

V průběhu pobytu v porodnici navštívila E. sociální pracovnice, z důvodu zjištění její sociální situace, zda je schopna se o dítě postarat a jaké jsou její bytové poměry.

Kojení

1. den po porodu se u E. objevily problémy s kojením. Na základě péče vrchní sestry problémy pominuly. E. uvádí, že se jí všichni dostatečně věnovali a že z porodnice odcházela vybavená informacemi, jak o dítě pečovat

Problémy s kojením však u E. přetrvávaly nadále, proto přešla na krmení dcery z láhve. Takto byla dcera živena asi půl roku. Po půl roce dostala E. horečky a mléko ztratila. Dceři byla podávána umělá výživa. Dcera byla zdravá a prospívala, ale více přibírala na váze.

Péče o dítě

Po porodu navštívila E. doma sociální pracovnice. S dítětem jí pomáhala její rodina. Matka byla ustanovena opatrovníkem dítěte do E. zletilosti a pobírala na ni dávky - porodné a rodičovský příspěvek. Matčin zdravotní stav se však zhoršil a odjela se léčit do zahraničí (pobývala tam 3 roky). E. zůstala s otcem, dvěma mladšími sourozenci a svou dcerou sama.

S dítětem jí pomáhal zbytek rodiny, střídali se s bratrem, sestrou a otcem. Později pomáhala také bratrova přítelkyně, která již měla ukončené studium a přes den se o E. dceru starala. E. v podstatě vedla celou domácnost a starala se o rodinu a dceru.

Když byly dceři 2 roky, byl na OPD zaslán anonym, že není o dítě dobře postaráno. Na základě této skutečnosti provedla sociální pracovnice šetření, ale tato skutečnost nebyla potvrzena. E., z tohoto činu, podezírala přítele (otce dítěte) a jeho rodinu.

Otcovství

E. uvedla otce do rodného listu. Soudně bylo stanovené výživné. Dcera však užívá stejné příjmení jako matka.

Když měla dcera 5 let, byl otec zbaven rodičovské zodpovědnosti (jelikož více než 3 roky neprojevoval o dítě zájem).

E. chce po uzavření sňatku se svým novým partnerem požádat o zrušení otcovství. Dcera pak bude moci užívat příjmení po novém otci. Dcera ví, kdo je její otec, ale s otcem se nevidá – ten nejeví zájem.

Současnost

V současné době žije E. se svým nynějším přítelem a svými dvěma dětmi v bytě 2+1. S přítelem se potkali před 6 lety, ale znali se již od ZŠ. Mají spolu 3-letého syna a společně vychovávají E. dceru z předešlého vztahu, které letos bude již 10 let. Plánují svatbu. Žijí v harmonickém a stabilním vztahu. E. dcera přistupuje k jejímu příteli jako k otci, vychovává ji od jejích 3 let.

E. dcera je snaživá, má dobré výsledky ve škole a aktivní zájmy. Partnerova rodina přijala E. a její dceru bez problémů.

V roce 2005 prodělala E. interrupci, jelikož již další dítě nechtěla kvůli menším bytovým podmínkám. V současné době nepoužívá žádnou antikoncepci z důvodu svého zdravotního stavu.

E. je momentálně na rodičovské dovolené, od září by měl syn nastoupit do mateřské školy, tudíž si E. hledá práci. Současně si přivydělává na živnostenský list. Přítel pracuje. E. a její rodina žije z výdělku partnera, jejího přivýdělku, rodičovského příspěvku a přídavků na děti.

E. matka podlehla před 6 lety nemoci. Otec si našel novou přítelkyni a s E. a její rodinou již nejsou v kontaktu, jejich vztahy nejsou na dobré úrovni. Se sourozenci se často stýká, mají spolu dobré vztahy.

E. je jako matka spokojená, kdyby vše mohla vrátit, tak by volila stejnou cestu – dítě by si nechala, nepodstoupila by interrupci.

O děti se starat uměla, jelikož měla mladší sourozence, které v podstatě vychovala. Neumí si představit, co by dělala, kdyby dceru neměla. Jak sama uvádí „*o nic nepřišla, ničeho nelituje*“.

E. je cílevědomá, ambiciózní, komunikativní, příjemná mladá žena s cennými životními zkušenostmi, které nemá každá žena jejího věku. S postupem času dokáže svou situaci objektivně zhodnotit – uvádí, že „*někdy to bylo těžké - když však člověk chce, tak zvládne vše – dá se vyžít i s minimem peněz, člověk nemůže chtít vše hned, a když má děti, tak musí myslet především na ně*“.

V průběhu rozhovoru působila přirozeným a vyrovnaným dojmem.

6.2. Petra, r.1991

Následující kazuistika představuje nezletilou matku, která nežije ve školském ústavním zařízení, přesto nežije ani ve své původní rodině. Pobývá společně se svým dítětem a partnerem v domě partnerových rodičů.

Původní prostředí

P. žila společně se svou matkou, jejím druhem, vlastními a nevlastními sourozenci. P. má pět sourozenců, z toho jeden je vlastní. Její matka měla před jejím narozením vztah s mužem, ze kterého se narodila dcera, za tohoto muže však nebyla provdána. Poté se provdala za jejího otce, se kterým si pořídila další dítě – P. vlastního bratra. S P. otcem se matka rozvedla a provdala se za jiného muže, který je otcem dalších tří dětí, které jsou nyní na základě mimosoudní dohody²⁸ v péči jejího současného partnera.

P. matka je nyní ve výkonu trestu odnětí svobody, stejně jako její předešlý partner, za kterého je stále provdaná. Oba jsou ve VTOS za hospodářskou kriminalitu a manžel P. matky navíc za pohlavní zneužívání P.

²⁸ **Mimosoudní dohoda** = v rámci poskytování sociálně-právní ochrany dětí jsou sepsovány tzv. mimosoudní dohody. Jedná se o písemně potvrzenou dohodu zúčastněných stran (např. ohledně péče dítěte), stvrzenou podpisem všech zúčastněných stran (např. rodič a OSPOD). Tyto dohody buď přímo přecházejí jednání před soudem nebo soudní jednání nahrazují. Záměrem sepsování mimosoudních dohod je předcházení sporů rodičů a dětí v komplikovaných životních situacích. Dohoda zpravidla vede k nastolení pravidel v péči o děti. Mimosoudní dohoda týkající se péče dítěte představuje rychlé řešení zabezpečení péče o nezletilé dítě. Třetí osoba, která má v péči dítě, není jeho zákonným zástupcem, nadále je třeba souhlasu zákonného zástupce. Nevztahuje se na ní ani vyživovací povinnost. Jednoduše je o danou osobu postaráno. (Zákon č.94/1963 Sb.; Zákon č.40/1964 Sb.)

Matka má údajně ještě další děti, které jsou v adopci a pěstounské péči. Za svůj život nikdy nepracovala, neboť byla neustále těhotná, nebo doma s dětmi. Také podstoupila několik interrupcí. Nástup do VTOS odkládala těhotenstvím, následně pak o dítě přišla, tuto skutečnost tajila.

P. otec má 8 dětí společně se svou nynější družkou. Současný matčin partner má 3 děti s bývalou družkou.

Těhotenství

P. se společně se svou rodinou přestěhovala do města, kde potkala svého partnera (r.1987). Seznámili se a ona brzy nato otěhotněla. Těhotenství zjistila ve 2. měsíci díky častým nevolnostem. Zakoupila si těhotenský test a ten byl pozitivní. Chtěla si dítě nechat, do svého partnera byla zamilovaná, přítel však dítě nechtěl. Nakonec se shodli, že se o dítě společně postarají. Matka reagovala na těhotenství dcery s nadšením, nechtěla, aby dcera podstoupila interrupci. Lékař nabízel možnost interrupce, P. ji však odmítla.

Průběh těhotenství, porod, poporodní období

V průběhu těhotenství měla P. problémy pouze zpočátku, poté ve vyšším stupni těhotenství, kdy byla hospitalizována kvůli udržování plodu.

V těhotenství chodila na prohlídky. Před otěhotněním kouřila, v těhotenství kouření neomezila.

V průběhu těhotenství byli P. a její rodina z bytu soudně vystěhováni kvůli dluhům. Matka v té době nastoupila na VTOS a děti neměly kam jít. Na základě této skutečnosti byly P. sourozenci umístěni do Klokánku a P. po hádce s přítelem za nimi dobrovolně přes pomoc sociální pracovnice odešla. Tam pobývala 4 měsíce. Poté se vrátila zpátky k příteli a žila s ním a jeho rodinou v rodinném domě. Její sourozenci se, po několika měsících pobytu v Klokánku po zlepšení bytové situace, vrátili domů.

Porod proběhl v pořádku, bez komplikací, přirozeně. Přítel ji odvezl do porodnice, ale u porodu nebyl přítomen. P. chtěla, aby byl s ní, ale on odmítl. S nemocničním personálem a prostředím byla P. spokojená, pouze byli překvapeni jejím nízkým věkem.

P. se narodila zdravá dcera (r.2007) s menší porodní hmotností (2,49 kg) a malou délkou (49cm).

P. kojila krátce. Dcera byla živena umělou výživou, měla však problémy s trávením, proto nesnášela určitý druh umělé stravy.

Současnost

P. žije společně se svou dcerou a svým přítelem u jeho rodičů. Přítel je z domu rodičů soudně vystěhován kvůli dluhům z minulosti, nicméně má zde stále trvalé bydliště, ale není zde hlášen. Rodiče s jejich pobytem v domě souhlasí. P. má trvalé bydliště u matky.

P. přítel pobýval 5 měsíců ve VTOS za neoprávněné řízení vozidla bez řidičského průkazu – původně měl nastoupit na obecně prospěšné práce²⁹, ale neučinil tak.

Po návratu přítele z VTOS P. opět otěhotněla, podstoupila však interrupci. Poté si nechala zavést nitroděložní tělísko, které ji však zdravotně neprospívá.

P. je kvůli své nezletilosti na základě mimosoudní dohody v péči babičky dítěte (matka přítele). P. přítel je zletilý a má dceru ve své péči. Pobírá na ni dávky. P. má dokončenou povinnou školní docházku, byla přihlášena na střední škole oboru prodavačské práce, ale na školu nenastoupila. Je vedena v evidenci Úřadu práce, stejně jako matka jejího partnera. Podporu, ale nedostávají. P. měla vyřízeny přídavky na dítě (na sebe) a pobírala je, ale nyní, když je její matka ve VTOS, bylo jejich pobírání pozastaveno. V souvislosti s porodem ji bylo vypláceno porodné. Dostali také vypláceny zpětně přídavky na dítě, rodičovský příspěvek jim vyplácen nebyl (v té době pobýval přítel ve VTOS a jednalo se o svěření dítěte do péče). Rodinu živí dědeček dítěte (otec P. partnera), který pracuje.

P. matka je stále ve VTOS. P. není v kontaktu se svými nevlastními sourozenci a lituje toho. Nyní navázala kontakt se svým biologickým otcem, ten projevil zájem se vídat a stýkat.

²⁹ **Obecně prospěšné práce** = obecně prospěšné práce jsou druhem trestu, kdy je pachatel odsouzen na trest odnětí svobody, jehož horní hranice nepřevyšuje pět let a jiného trestu k dosažení účelu trestu není třeba. Trest OPP může být uložen jako trest samostatný nebo i vedle jiného trestu. Nelze ho však uložit vedle trestu odnětí svobody. Trest OPP spočívá v povinnosti odsouzeného provést ve stanoveném rozsahu práce k obecně prospěšným účelům (např. údržba veřejných prostranství, úklid a údržba veřejných budov a komunikací). Práce nesmí sloužit výdělečným účelům. OPP je odsouzený povinen vykonat osobně a bezplatně ve svém volném čase nejpozději do jednoho roku ode dne, kdy soud nařídil výkon tohoto trestu. Jestliže pachatel v době od odsouzení do skončení výkonu trestu obecně prospěšných prací nevedl řádný život, nebo nevykonával ve stanovené době uložený trest, přemění soud trest obecně prospěšných prací nebo jeho zbytek v trest odnětí svobody a rozhodne zároveň o způsobu jeho výkonu; přitom každé i jen započaté dvě hodiny nevykonaného trestu obecně prospěšných prací se počítají za jeden den odnětí svobody. (Zákon č. 140/1961 Sb.)

Mladí partneři neplánují svatbu, chtějí spolu pouze žít, vyzkoušet si společný život. V současné době řeší bytové podmínky, jelikož se chtějí osamostatnit. Podali si žádosti o bydlení v Domě na půl cesty, kde je však mohou ubytovat až po dosažení P. zletilosti, tedy až příští rok. Kontaktovali další Dům na půl cesty, odkud jim jejich žádost byla také zamítnuta právě kvůli nezletilému věku matky. P. partner podal žádost o byt na příslušném obecním úřadě. Kvůli P. nezletilosti musí nadále setrvat u rodičů, jelikož nemají kam jít.

Mladé rodině je poskytována služba sociální asistence Sdružením sociálních asistentů, kdy za rodinou dochází pravidelně terénní sociální pracovnice.

P. působila v průběhu rozhovoru velice přirozeně, byla komunikativní, nezdráhala se odpovědi na žádnou pokládanou otázku. Při rozhovoru bylo přítomné její dítě, kterému současně věnovala dostatečnou pozornost. Rozhovor dále probíhal za částečné přítomnosti partnera (otce dítěte) a matky partnera. Po celou dobu rozhovoru byla přítomna také terénní sociální pracovnice.

6.3. Radka, r. 1991

Poslední kazuistika se vztahuje na nezletilou matku, která společně se svým dítětem žije v ústavním školském zařízení.

Původní prostředí

R. žila společně se svou matkou a jejím druhem (biologický otec R., který však není uveden v RL) v rodinném domě v nevhodných životních podmínkách (dům vytápěn kamny bez teplé vody, nedostatečná čistota).

Matka R. měla další děti, ty však s nimi v domě již nebydlely – byly zletilé. Matka je vedena v evidenci ÚP jako uchazečka o zaměstnání.

Nezletilá R. měla časté absence ve škole, do školy chodila neupravená a zanedbaná. Neplnila řádně své školní povinnosti. Docházka do školy byla sledována výchovnou poradkyní.

Rodina byla sledována od roku 2003 OSPOD. V roce 2003 soud stanovil dohled nad nezletilou R. z důvodů nedostatečné výchovy matky, nespolupráce se školou a nevhodných životních podmínek. OSPOD plnil funkci opatrovníka R. Dohled však přestal plnit svůj účel – zjišťuje se těhotenství nezletilé R. Na základě podnětu školy podává OSPOD městského úřadu návrh pro nařízení ústavní výchovy. Matka R. s nařízením ÚV souhlasila.

Otec (který však není biologickým otcem, přesto uveden v RL) dívky se k soudu nedostavil, o dceru nejevil zájem.

Školní prostředí

R. se přestěhovala společně se svou rodinou z jiného města a na místní základní školu nastoupila na konci II. pololetí do 5. třídy. Její školní výsledky nebyly na dobré úrovni, z tělesné výchovy nebyla klasifikována. Její chování bylo nekonfliktní, ve třídě však neměla kamarády. Bývala často nemocná, absence pak byly vždy omlouvány matkou či lékařem. Mezi městem, kde R. žila a městem, kde docházela do školy, bylo omezené dopravní spojení. Když R. nestihla ranní autobus do školy, jednoduše do ní vůbec nepřijela.

R. matka se třídních schůzek nezúčastňovala, individuálně se však na dceru ptala.

Škola upozornila dětskou lékařku na nepříznivý zdravotní stav R. R. byla ošetřena dětskou lékařkou, na smlouvenou kontrolu se však již nedostavila.

Otěhotnění a průběh těhotenství

R. otěhotněla ve svých 13-ti letech po prvním nechráněném pohlavním styku se svým devatenáctiletým přítelem. Těhotenství před okolím, zejména matkou, tajila. Přítel o těhotenství věděl, ale o R. a dítě zájem nejevil.

V průběhu těhotenství měla R. nevolnosti. V 7. měsíci, když byla sama doma, zakopla a pád vyvolal porod. Když se matka vrátila domů, byla překvapená R. těhotenstvím, doposud o těhotenství nevěděla. Rychlou záchrannou službou byla R. převezena k hospitalizaci do nemocnice, kde porodila syna (r.2005). Matka informovala R. dětskou lékařku o jejím převozu do nemocnice, ta následně kontaktovala OSPOD.

Porod, poporodní období, dítě

R. rodila přirozenou cestou bez komplikací, dítě však mělo nízkou porodní hmotnost, bylo tedy umístěno do inkubátoru. Vzhledem k předčasnému porodu v 7. měsíci musela R. společně se svým synem zůstat v nemocnici. R. se objevily po porodu komplikace v podobě infekce. Dítě bylo v pořádku, ale do 1 roku mělo problémy s potravou, jejichž příčinou byla právě nedonošenost. Dle lékaře v nemocnici poskytovala R. jakožto nezletilá matka dítěti vynikající péči.

Dítě bylo kojeno.

Ústavní prostředí

V průběhu pobytu R. v nemocnici se řešilo její následné umístění. Jelikož byla R. nařízena ústavní výchova, okresní soud nařídil její matce, aby nezletilou předala do péče dětského domova. Podmínky v domě R. matky se nelepšily. Byla kontaktována zařízení, která jsou schopna přijmout nezletilou matku s dítětem; některá tato zařízení však R. společně s jejím synem musela odmítnout z kapacitních důvodů.

R. synovi byla také nařízena ústavní výchova a společně s ní byl umístěn do dětského domova.

Po šestinedělí nastoupila R. zpátky na ZŠ v lokalitě DD, kterou úspěšně dokončila.

V R. 16-ti letech ji byla uznána rodičovská zodpovědnost, jelikož se o své dítě dobře starala (a dále stará). Doposud byla poručníkem dítěte ředitelka DD.

Otcovství

R. uvedla policii, že byla znásilněna, z důvodu krytí svého přítele. Otec dítěte není uveden v RL. Otec dítěte byl odsouzen. Žádal o stanovení výživného, jelikož ale není uveden v RL, nemá vyživovací povinnost.

Současnost

R. žije se svým již 3-letým synem v DD, kde je spokojená. Navštěvuje střední odborné učiliště obor provoz služeb, kde přestoupila ze střední hotelové školy.

Se svou matkou je v kontaktu, matka o dceru i vnuka projevuje zájem. V průběhu prázdnin byla R. s svým synem doma u své matky.

R. není v kontaktu s otcem svého syna. Má nového přítele. Po dosažení zletilosti a dokončení střední školy by R. chtěla zůstat poblíž lokality DD a přestěhovat se do vlastního bytu. K matce neplánuje návrat z důvodu osamostatnění se.

R. v průběhu rozhovoru působila velmi suverénním dojmem. Jedná se o velmi komunikativní a sebevědomou dívku. Na své dítě je patřičně hrdá, což dává najevo neustálým vyzdvihováním jeho kvalit. R. dítě je části našeho rozhovoru přítomné. U R. lze vypožorovat, že si popularity díky časnému mateřství patřičně užívá (několikrát se objevila ve spojitosti s nezletilým těhotenstvím v médiích) a vystupování na veřejnosti ji nečiní potíže.

6.4. Diskuse poznatků

Výše uvedené kazuistiky reprezentují tři životní příběhy dvou nezletilých matek a jedné dospělé ženy, kterou pojí s nezletilými matkami stejná zkušenost a to prožitek mateřství

v nezletilém věku. Všechny tři matky pocházejí z rozdílného původního prostředí, jehož funkčnost či nefunkčnost předjímá řešení nezletilé gravidity.

Původní prostředí komunikačních partnerek je odlišné a poukazuje tak na možné typy prostředí, ze kterého mohou nezletilé matky pocházet. Uvedené kazuistiky korespondují s původním prostředím (např. Dunovský a kol., 1999; Vašková, 2005), které je uváděno ve vztahu k nezletilým těhotným dívkám či matkám. Může se tedy jednat jak o rodiny relativně funkční, tak dysfunkční, které svým nevhodným prostředím či působením narušují vývoj dítěte. Všechny komunikační partnerky pocházejí současně z rodin restrukturovaných a početných.

Reakce nejbližších na zjištěné těhotenství se různí – od převážně pozitivního přijetí až po překvapení. Zajímavou se jeví zejména odlišná reakce mezi matkou a otcem (Evin případ), který s dcerou dlouho nepromluvil. V jednom případě byla zvažována interrupce, která však byla následně vyloučena. Všechny komunikační partnerky se rozhodly dítě ponechat a vychovávat.

Utajení těhotenství či dokonce jeho popírání, a tudíž pozdní zjištění gravidity okolím nezletilé, představuje časté jednání nezletilých těhotných dívek. (Hudson, Ineichen, 1991)

Všechny komunikační partnerky otěhotněly s partnerem, se kterým měly známost, nejednalo se tedy o náhodného partnera. Jejich časné započetí sexuálního života však nebylo zohledněno použitím kontracepce. Partneri reagovali na těhotenství partnerky ve dvou případech negativně s tím, že o partnerku neprojevovali v průběhu těhotenství zájem. V současné době nejsou v kontaktu a o tento kontakt taktéž nejeví zájem. Poslední komunikační partnerka, po počátečním nesouhlasu partnera s těhotenstvím, se svým partnerem ve vztahu zůstala. Předkládané poznatky tak poukazují na poměrně častý jev opuštění partnerky po zjištění těhotenství či v jeho průběhu (Šmolka, 2006).

Na základě zjištěného těhotenství nezletilých dívek byla prošetřena jejich rodinná situace, kdy ve dvou případech byla potvrzena jeho nevhodnost (nevhodné bytové prostory, nedostatečná hygiena, zadluženost, apod.). Dvě komunikační partnerky tak nemohly nadále zůstat ve svém původním prostředí – jedna odešla za svým partnerem k jeho rodině (což bývá častý model soužití nezletilých matek např. Vašková, 2005), druhé byla společně

s jejím dítětem nařízena ústavní výchova a byla umístěna do školského ústavního zařízení. (Zákon č.109/2002 Sb.)

Průběh těhotenství komunikačních partnerek byl doprovázen určitými komplikacemi, které jsou s těhotenstvím nezletilých spojovány (Hudson, Ineichen, 1991; Macků, Macků, 1998). U jedné komunikační partnerky se objevily komplikace v podobě předčasného porodu, který byl zapříčiněn nezodpovědným chováním nezletilé k těhotenství, kdy v jeho průběhu neabsolvovala žádnou lékařskou prohlídku. Laxní přístup k lékařské péči nezletilých dívek v průběhu těhotenství není ojedinělým jevem. (Hudson, Ineichen, 1991). Taktéž poporodní komplikace spojené s předčasným porodem či porodem těžkým se mohou u nezletilých matek vyskytovat. Jejich následkem pak může být jak zhoršený zdravotní stav matky, tak dítěte. Specifickým problémem poporodního období nezletilých matek je kojení, které může být nezletilou matkou z rozličných důvodů odmítáno. (Hudson, Ineichen, 1991) Všechny komunikační partnerky své děti kojily, dvě z nich však kojit přestaly z důvodu kouření a vymizení mléka. V péči o dítě neshledávaly komunikační partnerky problémy, neboť byly zvyklé starat se o své mladší sourozence, nebo péči jednoduše zvládaly.

Všechny komunikační partnerky započaly svůj sexuální život v raném období bez zvážení možných důsledků, však přes občasné problémy se své nové role matky v nezletilém věku dokázaly zhostit a doposud ji pozitivně naplňovat.

První komunikační partnerka, v současné době již dospělá, žije se svým nynějším partnerem a svými dvěma dětmi v menším bytě. Má vystudovanou střední školu, je na rodičovské dovolené s druhým dítětem, současně si přivydělává. Společně se svým partnerem touží po sňatku, který hodlají uskutečnit v brzké době. Svou životní situaci hodnotí s odstupem času – ničeho nelituje a je spokojená s rozhodnutím ponechání si dítěte v nezletilém věku.

Druhá komunikační partnerka žije společně se svým partnerem a dítětem v domě partnerových rodičů. Oba touží po osamostatnění a přestěhování se ze společně obývaného domu. Z důvodu nedostatečných financí budou nejspíš volit možnost využití zařízení sociálních služeb, kde by společně bydleli na přechodnou dobu. Má dokončenou povinnou školní docházku, na střední školu však již nenastoupila a nehodlá nastoupit.

Třetí komunikační partnerka žije se svým dítětem ve školském ústavním zařízení, kde je spokojená, avšak také se těší na své vlastní bydlení, kam by ráda společně se svým dítětem odešla po dostudování střední školy. Mateřství si užívá a hodnotí ho kladně.

Z výše uvedených kazuistik vyplývá spíše pozitivní pohled na mateřství nezletilých dívek, ne vždy však tomu tak bývá. Všechny komunikační partnerky se potýkaly během svého dětství, gravidity a mateřství s určitými problémy, které díky fungujícímu původnímu nebo náhradnímu prostředí, zvládly či částečně vyřešily. Otázkou však zůstává, jak se bude nadále vyvíjet životní situace dvou nezletilých matek. Zda se Radce podaří osamostatnit v podobě nalezení si vlastního bytu po odchodu z dětského domova a zda bude schopna nadále pečlivě zabezpečovat péči o svého syna bez cizí pomoci. Taktéž u Petry bude záležet na možnostech bydlení, ať již v Domě na půl cesty na přechodnou dobu, nebo v pronajatém bytě a společném samostatném soužití s parterem bez jeho rodiny.

ZÁVĚR

Problematika nezletilé gravidity a nezletilého mateřství je značně obsáhlá. Dotýká se nejrůznějších oblastí života samotné nezletilé těhotné dívky či matky, ale vztahuje se také na její okolí. Zasahuje do oblasti sociální, psychologické, zdravotní, právní, ekonomické, vzdělávací, atd. Zohlednit toto komplexní pojmání, které je zastřešeno bio-psycho-sociálním kontextem jsem se snažila v jednotlivých kapitolách disertační práce. Všechny tyto oblasti sehrávají důležitou roli při posuzování nezletilé gravidity a nezletilého mateřství jako sociálního problému, neboť prioritním zájmem sociální práce, jakožto samostatného vědeckého oboru, je pojmání sociální situace klienta – komplexně – kdy každá situace klienta má mnoho dimenzí (existenční, sociální, legislativní) a vyžaduje řešení z nejrůznějších hledisek (např. ekonomického, zdravotního, právního, sociologického, pedagogického) (Musil, 2004)

Jelikož v české literatuře neexistuje publikace zabývající se komplexně danou problematikou (v literatuře nalezneme řešení dané problematiky pouze z hlediska určitých aspektů - např. dospívání, sexuality), neexistuje taktéž jednotné chápání a pojmání tohoto jevu jako sociálního problému. Řada odborníků setkávajících se v rámci své praxe s nezletilými těhotnými dívkami či matkami, považuje nezletilou graviditu a mateřství za vážný problém, zejména pak u dívek nejmladších - dívek pod patnáctým rokem věku. V české literatuře je nezletilá gravidita spojována např. s nezralou sexualitou jako projevem poruchového chování (Macek, 2003) nebo se sociální deviací jako projev sociální maladaptivity (Zášková, 1998). Byť se v české odborné literatuře nesetkáme s jasným vymezením a označením nezletilé gravidity a nezletilého mateřství jako sociálního problému, je nutné na tuto problematiku jako na sociální problém pohlížet a takto k ní přistupovat.

Nyní se pokusím o sumarizaci výčtu skutečností, které vedou k pojmání nezletilé gravidity a mateřství jako sociálního problému.

Dívka, která otěhotní v nezletilém věku se nachází v kritickém životním vývojovém období – dospívání. Potýká se s řadou nových situací, se kterými si neumí poradit. Přidruží-li se k tomuto období navíc nezletilá gravidita, nastupuje závažný problém, který již není záležitostí soukromou už jen vzhledem k mladému věku dívky. Tato osobní zkušenost začíná nabývat dimenzí sociálních a musí být následně řešena s rodiči (či zákonnými zástupci) nezletilé dívky, s otcem dítěte a dalšími. Posléze nastupují odborníci kompetentní tuto situaci řešit (jako je dětský dorostový lékař a gynekolog, sociální pracovník, škola, policie, soudy, apod.). Po celou dobu, tedy od zjištění těhotenství po jeho následné řešení, nastupují právní

aspekty, které musí být zohledněny opět v souvztažnosti k věku nezletilé dívky. Nízký věk nezletilých těhotných dívek a matek se pojí s určitými zdravotními riziky v průběhu těhotenství a mateřství, kdy tělo mladé dívky, ještě není plně vyzrálé a není dovršeno tělesného a pohlavního růstu. Na biologickou nevyzrálost navazuje dále nevyzrálost psychická spojená s vývojovým obdobím adolescence, které je samo o sobě obdobím problémovým. Nevyzrálost biologickou (tělesnou), psychickou (psychologickou) pak završuje sociální nevyzrálost v podobě závislosti nezletilých na svém okolí (ne pouze z hlediska materiální závislosti, ale také z pozice nemožnosti samostatně se rozhodnout v nejrůznějších záležitostech, právě z důvodu nezletilého věku). I přes, na první pohled možná dostatečný systém péče o nezletilé těhotné dívky a matky, panuje v praxi nejednotnost a roztržitost tohoto systému s chybějící službou primárně se zaměřující na nezletilé těhotné dívky a matky. Vše výše popsané se vztahuje ke zvolenému cíli disertační práce, a to *zmapování nezletilé gravidity a následného mateřství v České republice v bio-psycho-sociálním kontextu a chápání nezletilé gravidity a mateřství jako sociálního problému, se zaměřením se na popis systému péče vztahujícího se k nezletilým těhotným dívkám a matkám.*

V průběhu sběru teoretických a empirických údajů nezbytných pro komplexní uchopení tématu jsem objevila významné rozpory, které nyní přiblížím.

Rozpor teorie x praxe. V oblasti problematiky nezletilé gravidity a mateřství panuje rozpor mezi teoretickým a praktickým pojmáním tohoto fenoménu. Na jedné straně se objevuje teoretické vymezení v podobě legislativy (neboť o teoretickém vymezení v rámci odborných publikací nemůžeme hovořit), která se k nezletilé graviditě a mateřství váže. Na straně druhé pak praktické uchopení v podobě naplňování konkrétních zákonů a vyhlášek. Často se však stává, že byť zákon vymezuje a popisuje řešení dané problematiky, v praxi se daná problematika objevuje v jiné podobě. Tento rozpor se konkrétně vyskytuje u zákonem vymezených zařízení, která by měla poskytovat pomoc nezletilým těhotným dívkám a matkám¹. Zařízení vymezená tímto zákonem by měla být schopna přijmout nezletilé těhotné dívky a matky od ukončeného 12. týdne těhotenství. V praxi však nepanuje jednotné pojmání tohoto zákona a naplňování zákonných podmínek je odvislé od konkrétní situace příslušného zařízení, zejména se jedná o kapacitu zařízení (materiální a personální zajištění). Tento rozpor poukazuje na nepropojení teorie s praxí a neschopnost konkrétních zařízení se adekvátně přizpůsobovat novým zákonným podmínkám. V důsledku nevyhovujících zákonných

¹ Viz Zákon č.109/2002 Sb.

podmínek jsou pak nezletilé těhotné dívky a matky mnohdy posílány do jiných zařízení, které se vyskytují mimo krajskou působnost², kde dívky či matky původně žily. Jsou tedy vytrženy nejen ze svého původního rodinného prostředí, ale také krajské lokality.

Rozpor roztríštěnosti služeb a pomoci. Další významný rozpor představuje roztríštěnost systému péče a pomoci nezletilým těhotným dívkám a matkám do působnosti rezortu více ministerstev³. V praxi se jedná o síť zařízení, která spadají pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (např. Dětské domovy), Ministerstvo práce a sociálních věcí (např. Azylové domy pro matky s dětmi) a Ministerstvo zdravotnictví (např. Kojenecké ústavy).

Již z působnosti jednotlivých ministerstev vyplývá konkrétní zaměření, které je specifické vlastním legislativním rámcem a systémem služeb a zařízení. V praxi může mít tato roztríštěnost podobu přecházení z jednoho zařízení ústavního typu do zařízení jiného typu.⁴

S předešlým rozporem úzce souvisí také **rozpor nejednotnosti**. Ten spočívá nejen v nejednotnosti výkladu zákona, ale také v nejednotnosti systému péče o nezletilé těhotné dívky a matky.

Nejednotnost výkladu zákona⁵ se projevuje zněním určitého zákona a jeho naplňováním v rámci konkrétních zařízení. To jak je konkrétní zákon naplňován, pak záleží na samotném zařízení dle šíře nabízených služeb.

Nejednotnost systému péče o nezletilé těhotné dívky a matky navazuje na předešlé rozpory. Již v úvodu jsem upozorňovala na nedostatečnost systému péče o tuto skupinu dívek a matek. V našich podmínkách je nezletilá těhotná dívka či matka odkázána na svou rodinu, ovšem pouze za podmínky, že rodina je relativně funkční a zejména její prostředí je vyhovující. V těchto případech je zásah sociálních pracovníků minimální a rodina,

² Tato zařízení se vyskytují převážně v Čechách.

³ Podobná situace panuje v systému péče o děti bez rodinného zázemí, kam část nezletilých těhotných dívek a matek spadá.

⁴ Např. dívka, která se od svého narození či dětství pohybuje v ústavní péči, projde nejprve kojeneckým ústavem, následně dětským domovem, otěhotní-li, může zůstat v dětském domově, kde pobývá společně s dítětem, pokud jsou v domově patřičné podmínky, pokud tomu tak není, je přeřazena do jiného domova, kde tyto podmínky jsou. V případě, že po dosažení zletilosti není možný návrat do původní rodiny, může využít služeb Azylových domů, Domů na půl cesty.

⁵ Např. poskytnutí pomoci nezletilým těhotným dívkám a matkám v rámci kojeneckých ústavů, dětských domovů pro děti do tří let a dětských center. Tato zařízení mají zákonem stanovenou oblast pomoci, kterou nabízejí, zákonem však nejsou vymezeny konkrétní formy pomoci. Jejich naplňování je pak odvislé, od konkrétních zařízení. Tak se v praxi stává, že některé kojenecké ústavy jsou schopny přijmout nezletilou matku s dítětem, jiné ne, byť je jejich poslání totožné.

nepotýká-li se s jinými problémy, není dále sledována. Toto je ideální případ řešení nezletilé gravidity a mateřství. Dítě vyrůstá společně se svou matkou ve své původní rodině a je vychováváno za pomoci této rodiny. Ne všechny životní příběhy však končí tímto ideálním případem.

Pokud se v rodině vyskytuje problém, s rodinou se pracuje prostřednictvím sociálních pracovníků či kurátorů, před zjištěním těhotenství, či v jeho průběhu. Otázkou však zůstává, zda se dalo nechtěné graviditě nezletilé dívky zabránit, pokud je rodině věnovaná péče a jsou nabízeny určité služby. Primární prevence v problémových rodinách by měla být prioritou ve všech oblastech. Většinou se však v praxi stává, že rodině je systematicky pomáháno až při řešení jiného problému než je nezletilá gravidita, která se k ostatním problémům, se kterými se rodina potýká, pouze přidružuje.

U dívek bez rodinného zázemí je situace odlišná. Byť jsou klientům v ústavech předávány informace z oblasti sexuální výchovy (tyto informace by však měli získat také ve školním prostředí) a jedná se o zařízení režimová, i zde mohou nezletilé těhotné dívky otěhotnět (např. při pobytu doma, na útěku, při vycházkách). Pokud tedy selže primární prevence, řeší se pak až následky tohoto selhání. Nezletilá těhotná dívka bývá zpravidla umístěna do zařízení, která mají vhodné podmínky pro přijetí matky s dítětem. Těchto zařízení není v České republice mnoho a jejich kapacita je omezená. Byť je nezletilá gravidita jevem kolísavým (zejména z hlediska jejího zastoupení v jednotlivých krajích), v praxi se často stává, že některá zařízení musí přijetí nezletilé matky s dítětem odmítnout z důvodu naplněné kapacity. Následkem nepoměru nezletilých gravidit/mateřství a kapacit ústavních zařízení, pak nezletilé matky spolu se svými dětmi často procházejí více zařízeními, avšak prioritou by měl být zájem matky a dítěte, tudíž co nejbližší umístění k původnímu prostředí (což není v praxi také vždy dodržováno).

V průběhu návštěv jednotlivých zařízení a uskutečňování rozhovorů s nezletilými těhotnými dívkami a matkami z ústavního prostředí a následných rozhovorů s odborným personálem těchto zařízení, jsem zjistila dva další významné rozpory.

První rozpor představují **dvě verze**, a to verze nezletilých těhotných dívek a matek a verze personálu zařízení. Na základě uskutečněných rozhovorů s dívkami zařízení a následné poskytnuté dokumentace o konkrétních klientkách jsem měla možnost srovnat spolehlivost poskytnutých informací. Většinou se dotazované dívky snažily vylepšit svůj vlastní životní příběh, který se často nacházel na hranici mezi lží a přáním. V mnoha případech se objevil

také neúplný popis problémů, se kterými se v původní rodině potýkaly a často argumentovaly tím, že *vlastně neví, proč zde jsou*.

Druhý rozpor představuje skutečnost, že o nezletilé těhotné dívky a matky je v ústavních zařízeních **postaráno** jak po stránce psychické, sociální a materiální, v podstatě zde nemají proč strádat (pomineme-li značně obsáhlou problematiku psychické deprivace). V jejich původních rodinách se nikdy nesetkaly (a bohužel v některých ani již nesetkají) s komfortem, který se jim nabízí v ústavních zařízeních. Jejich hlavní činností je péče o dítě, případně školní docházka. S péčí o dítě je nezletilým matkám 24 hodin pomáháno a v průběhu plnění školních povinností je o dítě postaráno. Přesto si nezletilé těhotné dívky a matky této péče a služeb mnohdy neváží a nedokáží je ocenit. Spíše by se vrátily ke svým původním rodinám, byť je tam prostředí nevyhovující a nepodnětné. Většina nezletilých těhotných dívek a matek omlouvá své rodiny a popírá problémy, se kterými se potýkají, celkově je idealizuje.

Bio-psycho-sociálním kontextem, který zastřešuje nezletilou graviditu a mateřství, jsem se snažila komplexně uchopit toto multioborové, citlivé téma, které není v našich podmínkách teoreticky a empiricky dostatečně ukotveno. Jsem si vědoma limitů předkládané práce zejména z hlediska právě zmiňovaného komplexního uchopení zvolené problematiky. Záběr mé práce je na jednu stranu zcela otevřen veškerým tématům zastřešeným bio-psycho-sociálním kontextem (zde se ve své podstatě meze nekladou a každý obor jak humanitního tak přírodovědného zaměření by mohl nalézt uplatnění), na stranu druhou však existují určité hranice záběru mé práce v podobě jejího primárního deskriptivního charakteru. Právě důvody neprobádanosti a neukotvení dané problematiky mě vedly k myšlence výběru tohoto tématu a právě tyto důvody limitují mé tvůrčí možnosti. Zde se nabízí prostor dalším výzkumníkům a odborníkům, kteří by navázali na můj počín zviditelnění nezletilé gravidity a mateřství, a kteří by přispěli k podrobnější analýze tohoto, v našich podmínkách poněkud opomíjenému, fenoménu.

V předkládané disertační práci věnované nezletilé graviditě a mateřství v České republice jsem se snažila zkompletovat informace vztahující se k dané problematice a zároveň popsat a zpřehlednit systém péče o nezletilé těhotné dívky a matky. V průběhu shromáždění teoretických a empirických údajů a na základě jejich následné analýzy jsem dospěla k názoru pojmání nezletilé gravidity a následného mateřství jako sociálního problému.

Výsledky mého snažení poukazují na nejednotnost systému péče o nezletilé těhotné dívky a matky a objevení se odborné pomoci až v souvislosti s řešením selhání primární prevence. Doufám, že tato práce přispěje k „zviditelnění“ této problematiky a odborníkům v dané oblasti se pohybujícím poskytne zajímavá zjištění a informace vedoucí k propojení dostupných služeb. V rámci páté kapitoly teoretické části disertační práce uvádím nezletilou graviditu a mateřství ve spojitosti s přístupy a metodami sociální práce. Tuto podkapitolu chápu v kontextu možného využití právě těmi, kteří se s nezletilými těhotnými dívkami a matkami dostávají dennodenně do styku a jsou jim nápomocni při řešení jejich problémů. Kapitola současně poukazuje na rezervy při práci s nezletilými těhotnými dívkami či matkami, zejména pak těmi s rodinným zázemím, pro které v našich podmínkách neexistuje žádná speciální služba.

SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ :

Odborné zdroje :

Allen, I., Dowling, S., B. Rolfe, H. *Teenage Mothers, Decision and Outcomes*. London : Policy studies Institute, 1998. ISBN 0 85374 751.

Atwood, J, D. *Family Therapy. A Systemic Behavioral Approach*. Chicago : Nelson-Hall Publisher, 1992. 355s. ISBN 0-8304-1300-6.

Armstrong, B. Adolescent Pregnancy. s.305-338. In Gitterman, A. *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations*. New York : Columbia University Press, 2001. Second Edition. 910 s. ISBN 0-231-11396-X.

Barker, R.L. *The Social Work Dictionary*. Washington, D.C. : NASW PRESS, 2003. 493s. ISBN 0-87101-355-X.

Bechyňová, V., Konvičková, M. *Sanace rodiny : sociální práce s dysfunkčními rodinami*. Praha : Portál, 2008. 151s. ISBN 978-80-7367-392-5.

Bubleová, V. Děti potřebují rodiče, rodiče potřebují děti. s.11-27. In Matějček, Z. a kol. *Osvojení a pěstounská péče*. Praha: Portál, 2002. 155s. ISBN 80-7178-637-3.

Bubleová, V., Kovařík, J. Organizace náhradní rodinné péče. s.31-58. In Matějček, Z. a kol. *Náhradní rodinná péče. Průvodce pro odborníky, osvojitele a pěstouny*. Praha: Portál, 1999. 183s. ISBN 80-7178-304-8.

Curtis, R.,L., Coroles, Y. *Pregnant and lovin' it*. Arizona : H.P.Books 1990. 247s. ISBN 0-912656-82-4.

Cyran, W. *Dospívám v ženu : co chtějí dívky vědět o menstruaci, sexu a těhotenství*. Praha : Ivo Železný, 1997. 174s. ISBN 80-237-3207-2.

Čepický, P., Líbalová, Z. *Vybrané právní normy pro ambulantní gynekology*. Praha : Levret, 2005. 101s. ISBN 80-903183-8-X.

Černý, M., Schelleová, I. *Právní úprava umělého přerušení těhotenství*. Praha : Eurolex Bohemia, 2003. 56s. ISBN 80-86432-60-2.

Dean, L.A. *Teenage pregnancy. The interaction of psyche and culture*. New Jersey : The Analytic Press, Inc., 1997. 258s. ISBN 0-88163-254-6.

Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost : příručka pro uživatele*. Praha : Karolinum, 1993. 374s. ISBN 80-7184-141-2.

Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost : příručka pro uživatele* 3. vyd. Praha : Karolinum, 2000. 374s. ISBN 80-246-0139-7.

Dunovský, J. a kol. *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*. Praha : Grada, 1999. 284s. ISBN 80-7169-254-9.

Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha : Grada, 1995. 284s. ISBN 80-7169-192-5.

Ettlerová, S., Matějková, B., Paloncyová, J. Počátek rodinného života s ohledem na bytovou situaci. s.205-223. In Mareš, P., Potočný, P., *Modernizace a česká rodina*. Brno : Barrister & Principal, 2003. 348s. ISBN 80-86598-61-6.

Frýba, M. *Psychologie zvládání života. Aplikace metody abhidhamma*. Brno : Masarykova univerzita, 1995. ISBN 80-210-1153-X.

Geist, B. *Sociologický slovník*. Praha : Victoria Publishing, 1992. 647s. ISBN 80-85605-28-7.

Hájek, K. *Tělesně zakotvené prožívání*. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0422-1.

Hájek, Z. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha : Grada, 2004. 443s. ISBN 80-247-0418-8.

Hajnová, R., Kleinová, S. *Průvodce sexuální výchovou pro základní a střední školy*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 86 s. ISBN 80-7013-359-7.

Hartl, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha : Sociologické nakladatelství, 1997. 221s. ISBN 80-85850-45-1.

Hartl, P., Hartlová, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. 774s. ISBN 80-7178-303-X.

Hendl, J. *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. Praha : Portál, 2005. 407s. ISBN 80-7367-040-2.

Hořejší, J. *Gynekologické problémy u děvčátek a dospívajících dívek*. Praha : Grada, 2003. 132s. ISBN 80-247-0553-2.

Hudson, F., Ineichen, B. *Taking it lying down. Sexuality and teenage motherhood*. London : Macmillan Press Ltd., 1991. 234s. ISBN 0-333-53177-9.

Chmelík, J. a kol. *Mravnost, pornografie a mravnostní kriminalita*. Praha : Portál, 2003, 208s. ISBN 80-7178-739-6.

Jandourek, J. *Sociologický slovník*. Praha : Portál, 2001. 285s. ISBN 80-7178-535-0.

Kinkor, M. Komunitní práce. s.253-270. In Matoušek, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha : Portál, 2003c. 380s. ISBN. 80-7178-548-2.

Klener, P. (ed.) *Velký sociologický slovník*. Praha : Karolinum, 1996. 880s. ISBN 80-7184-164-1.

Kodymová, P., Kolářková, J. Sociální práce s osamocenými rodiči. s.43-55. In Matoušek, O., Kodymová, P., Kolářková, J. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2005. 351s. ISBN 80-7367-002-X.

Kučera, M. Demografické chování mladých lidí v České republice, jeho sledování v průzkumech, hodnocení reálné situace a vnější vlivy. s.7-26. In Fialová, L., Hamplová, D., Kučera, M. *Představy mladých lidí o manželství a rodičovství*. Praha : Sociologické nakladatelství, 2000. 163s. ISBN 80-85850-87-7.

Kučera, M. Závěr. s.135-141. In Fialová, L., Hamplová, D., Kučera, M. *Představy mladých lidí o manželství a rodičovství*. Praha : Sociologické nakladatelství, 2000. 163s. ISBN 80-85850-87-7.

Kuchařová, V. Některé obsahové změny postojů k manželství a rodičovství. s.189-203. In Mareš, P., Potočný, P., *Modernizace a česká rodina*. Brno : Barrister & Principal, 2003. 348s. ISBN 80-86598-61-6.

Labáth, V. a kol. *Riziková mládež*. Praha . Sociologické nakladatelství, 2001. 157s. ISBN 80-85850-66-4.

Langer, M. *Motherhood and sexuality*. New York : The Guilford Press, 1992. 305s. ISBN 0-89862-093-7.

Langmeier, J. Krejčířová, D. *Vývojová psychologie*. Praha : Grada, 1998. 343s. ISBN 80-7169-195-X.

Leurinsohn, R. *Světové dějiny sexuality*. Praha : Naše vojsko, 1992. 298s. ISBN 80-206-0071-X.

Loučková, I. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Praha : Sociologické nakladatelství, 2010. 311s. ISBN 979-80-86429-79-3.

Ludewig, K. *Systemická terapie. Základy klinické teorie a praxe*. Praha : Pallata, 1994. 150s. ISBN 80-901710-01.

Macek, P. *Adolescence*. Praha : Portál, 2003. Upravené vydání. 141 s. ISBN 80-7178747-7.

Macek, Z. Systemický přístup. s.222-226. In Matoušek, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha : Portál, 2001. s.309. ISBN 80-7178-473-7.

Macků, F., Macků, J. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha : Grada, 1998. 328s. ISBN 80-7169-589-0.

Mareš, P. Sňatkový trh – koncepty a modely : východiska výzkumu reprodukce rodin. s.75-95. In Mareš, P., Potočný, P., *Modernizace a česká rodina*. Brno : Barrister & Principal, 2003. 348s. ISBN 80-86598-61-6.

Mareš, P., Potočný, P., *Modernizace a česká rodina*. Brno : Barrister & Principal, 2003. 348s. ISBN 80-86598-61-6.

- Matějček, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. Praha : Portál, 2003. 3. vydání. 108s. ISBN 80-7178-853-8.
- Matějček, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha : Portál, 2000. 3. vydání. 143s. ISBN 80-7178-494-X.
- Matějček, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha : SPN – pedagogické nakladatelství, 1992. ISBN 80-04-25236-2.
- Matějček, Z. (ed.) *Osvojení a pěstounská péče*. Praha : Portál, 2002. 155s. ISBN 80-7178-637-3.
- Matějček, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994. 98s. ISBN 80-85282-83-6.
- Matějček, Z. *Psychologické eseje*. Praha : Karolinum, 2005. s.209. ISBN 80-246-0892-8.
- Matějček, Z. *Výbor z díla*. Praha : Karolinum, 2005. 445s. ISBN 80-246-1056-6.
- Matějček, Z., Bubleová, V., Kovařík, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha : Psychiatrické centrum, 1997. 69s. ISBN 80-85121-89-1.
- Matějček, Z., Dytrych, Z. *Děti, rodina a stres*. Praha : Galén, 1994. 214s. ISBN 80-85824-06-X.
- Matějček, Z., Dytrych, Z. *Nevlastní rodiče a nevlastní děti*. Praha : Grada, 1999. 143s. ISBN 80-7169-897-0.
- Matoušek, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha : Sociologické nakladatelství, 2003a. 3. rozš. a přepr. vydání. 161s. ISBN 80-86429-19-9.
- Matoušek, O. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2003b. 287s. ISBN 80-7178-549-0.
- Matoušek, O. *Ústavní péče*. Praha : Sociologické nakladatelství., 1999. 2. rozš. a přepr. vydání. 159s. ISBN 80-85850-76-1.
- Matoušek O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha : Portál, 2003c. 384s. ISBN 80-7178-548-2.
- Matoušek, O., Kodymová, P., Kolářková, J. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2005. 351s. ISBN 80-7367-002-X.
- Matoušek, O. a kol. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 2007. 183s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- Matoušek, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha : Portál, 2001. s.309. ISBN 80-7178-473-7.
- Matoušek O., Kroftová, A. *Mládež a delikvence. Možné příčiny, současná struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Praha : Portál, 1998. 336s. ISBN 80-7178-226-2.

Miovský, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha : Grada Publishing, 2006. 332s.. ISBN 80-247-1362-4.

Mizen, P. *The changing state and youth*. New York : Palgrave Macmillan, 2004. 209s. ISBN 0-333-73949-3.

Movsessian, S. *Dospívání dívek*. Praha : Portál, 2007. 120s. ISBN 978-80-7367-213-3.

Musil, L. *Ráda bych Vám pomohla, ale – dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno : Marek Zeman, 2004 243s. ISBN 80-903070-1-9.

Národní zpráva o rodině. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2004.224s.

Navrátil, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno : Marek Zeman. Brno : 2001. 168s. ISBN 80-903070-0-0.

Navrátil, P. *Úvod do teorií a metod sociální práce*. [s.n.],1999. 67s.

Navrátil, P. Kognitivně-behaviorální teorie. s.231-237. In Matoušek, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha : Portál, 2001. 309s. ISBN 80-7178-473-7.

Navrátil, P. Přístup orientovaný na úkoly. S.226-231. In Matoušek, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha : Portál, 2001. s.309. ISBN 80-7178-473-7.

Novák, T. *Vztah matky a dcery*. Praha : Grada, 2008. 136s. ISBN 978-80-247-2076-0.

Orvin, H., G. : *Dospívání – Kniha pro rodiče*. Praha : Grada, 2001. 180s. ISBN 80-247-0124-3.

Pekárková, M. a kol. *Potrat ano-ne, aneb na pokraji života*. Praha : Grada, 2001. 101s. ISBN 80-7169-922-5.

Plaňava, I., Pilát, . *Děti, mládež a rodiny v období transformace*. Brno : Barrister & Principal, 2002. 290s. ISBN 80-86598-36-5.

Pondělíčková-Mašlová, J. : *Nezralá sexualita*. Praha : Avicenum, 1990. 139s. ISBN 80-01-20008-3.

Rabušic, L. *Kde ty všechny děti jsou ? Porodnost v sociologické perspektivě*. Praha : Sociologické nakladatelství, 2001. 265s. ISBN 80-86429-01-6.

Rheinwaldová, E. *Rodičovství není pro každého*. Praha : Motto, 1993. 171s. ISBN 80-901338-4-3.

Shulman, L. *The Skills of Helping Individuals, Families, Groups and Communities*. Belmont : Thomson Learning, 1999. 884s. ISBN 0-87581-414-X.

Schavel, M., Čišecký, F. *Sociálna prevencia I*. Trnava : TŠ pro Fakultu zdravotníctví a sociálnej práce, Trnavská Univerzita, 2005. 120s. ISBN 80-968952-5-7.

Schlippe, A., Schweitzer, J. *Systemická terapie a poradenství*. Brno : Cesta, 2006. 251s. ISBN 80-7295-082-7.

Schofield, G. *The youngest mothers*. Avebury : Asgate Publishing Limited, 1994. 137s. ISBN 1-85628-843-9.

Sirovátka, T. Rodinné chování a rodinná politika v české republice. s.37-59. In Mareš, P., Potočný, P., *Modernizace a česká rodina*. Brno : Barrister & Principal, 2003. 348s. ISBN 80-86598-61-6.

Strauss, A, Corbinová, J. *Základy kvalitativního výzkumu : postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice : Albert, 1999. 196s. ISBN 80-85834-60-X.

Šilerová, L. *Sexuální výchova. Jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě ?* Praha : Grada, 2003. 104s. ISBN 80-247-0291-6.

Strieženec, Š. *Slovník sociálního pracovníka*. Trnava : AD, 1996 255s. ISBN 80-967589-0-X.

Surynek, A., Komárková, R., Kašparová, E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha : Management Press, 2001. 160s. ISBN 80-7261-038-4.

Turner, F., J. (ed.) *Social Work Treatment. Interlocking Theoretical Approaches*. New York : The Free Press, 1996. 738s. ISBN 0-684-82994-0.

Úlehla, I. *Umění pomáhat*. Praha : Sociologické nakladatelství 2005. 3. vydání. 128s. ISBN 80-86429-36-9.

Vágnerová, M. *Vývojová psychologie : dětství, dospělost, stáří*. 522s. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

Vymětalová, S. Partnerský vztah. s.99-133. In Fialová, L., Hamplová, D., Kučera, M. *Představy mladých lidí o manželství a rodičovství*. Praha : Sociologické nakladatelství, 2000. 163s. ISBN 80-85850-87-7.

Weiss, P., Zvěřina, J. : *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*. Praha : Portál, 2001. 159s. ISBN 80-7178-558-X.

Zastrow, Ch., H. *The Practice of Social Work. Applications of Generalist and Advanced Content*. Pacific Grove : Brooks/Cole, 2003. 7th ed. 548s. ISBN 0-534-60030-1.

Zášková, H. *Sociální deviace dětí a mládeže*. Ostrava : Ostravská Univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta, 1998. 94s. ISBN 80-7042-519-9.

Časopisecké a elektronické zdroje :

Azylové domy. *Dům pro matky s dětmi. DMD Zábřeh. 2004.* [online]. [cit.26.6.2006]. Dostupné z : <http://dmd.zabreh.cz/>.

CEVAP. Centrum etické výchovy a prevence sociálně patologických jevů. *Výroční zpráva 2002.* [online]. [cit.23.6.2006]. Dostupné z : <http://www.cevap.cz/>.

COTOJE. [online]. [cit.12.6.2006]. Dostupné z : <http://www.cotoje.cz/>

Čepický, P. *Může si patnáctiletá dívka dojít pro antikoncepci bez rodičů?* Schering s.r.o., 2004. [online]. [cit.27.3.2007]. Dostupné z : <http://www.antikoncepce.cz/>.

Česká škola. *Sexuální výchova je ve světě běžná, i když forma se liší.* 2003. [online]. [cit. 11.7.2007]. Dostupné z : <http://www.ceskaskola.cz/>.

ČSÚ. [online]. [cit.12.6.2006]. *Lidé a společnost. Porodnost a plodnost 2001-2005.* Dostupné z : <http://www.czso.cz/>

Demografie. Demografické informace, analýzy a komentáře. *Potratovost. 2004-2006.* [online]. [cit. 11.7.2007]. Dostupné z : <http://www.demografie.info/>.

Charita, Česká republika. *Azylové domy. Charitní domovy pro matku a dítě.* 2004. [online]. [cit. 26.6.2007]. Dostupné z : <http://www.charita.cz/>.

Kehl, Ch. Im Schock verloren. In *Rheinischer Merkur*, Nummer 44, 2004, s.31.

Kubrichtová, L. *Sexuální výchova.* 2005. Výzkumný ústav pedagogický v Praze. Metodický portál. 2005-2007. [online]. [cit. 6.7.2007]. Dostupné z : <http://www.rvp.cz/>. ISSN: 1802-4785.

Loučková, I. Směrem k integrovaným strategiím nejen ve výzkumu v sociální práci. *Sociologický časopis.* 2001, roč. 37, č. 3. s. 313-328. ISSN 0038-0288.

Martincová, J. *Baby online – praktický průvodce moderních rodičů.* 2007. [online]. [cit..10.8.2008]. Dostupné z : [http://www.babyonline.cz /](http://www.babyonline.cz/).

Menacker, F. a kol. Birth to 10-14 Year-Old Mothers, 1990 – 2002 : Trends and Health Outcomes. In *National Vital Statistics Reports (NVSS)* Volume 53, Number 7, November 15, 2004.

Mitlöhner, M. *Právní otázky sexuální výchovy u dětí školou povinných.* Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu. 2001 – 2005. . [online]. [cit. 12.6.2007]. Dostupné z : <http://www.planovanirodiny.cz/>.

MŠMT. *Školská reforma.* 2006. [online]. [cit.17.7.2008]. Dostupné z : <http://www.msmt.cz />.

NÚOV. *Rámcové vzdělávací programy.* 2008. [online]. [cit.17.7.2008]. Dostupné z : <http://www.nuov.cz />.

Statní správa.cz. *Úřady práce. Peněžitá pomoc v mateřství.* 2000-2008. [online].[cit..8.8.2008]. Dostupné z :<http://www.statnisprava.cz/>.

Svobodová, M., Vrtbovská, P., Bártová, D. *Zpráva o stavu ústavní péče v České republice*2002. [online]. [cit. 7.4.2004]. Dostupné z : <http://www.varianty.cz/>.

Szpandrzyk, S., Tokarský, V. *Dětí narozených mladistvým matkám stále přibývá.* [online]. [cit. 7.4.2006]. Dostupné z : <http://www.poeta.cz/scarabeus/clanek>.

Šmolka, P. Zdravotní rizika nejsou to nejhorší. *Magazín Dnes*, 6.4.2006, č.14, s.20.

Tichá, E., Petrášová, L. Když nesedí v lavici, *Mladá Fronta Dnes*, 30.4.2005, s.A/4.

Uzel, R. *Antikoncepce.* Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu. 2001 – 2005. [online]. [cit. 7.6.2007]. Dostupné z : [http:// www.planovanirodiny.cz/](http://www.planovanirodiny.cz/).

ÚZIS. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Demografická situace v ČR, 2005.* [online].[cit.25.8.2008]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>.

ÚZIS ČR. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Demografická situace v ČR, 2007.* [online].[cit.25.8.2008]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>.

ÚZIS ČR. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Demografická situace v ČR, 2008.* [online].[cit.10.1.2010]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>.

Vašková, R. Bariéry a předpoklady vzniku nové rodiny jako samostatné rodiny u náctiletých matek. *Demografie*, 2005, roč.47, č.4, s.251-264. ISSN 0011-8265.

Wikipedia. Otevřená encyklopedie. *Porodnost.* 2006. [online]. [cit. 19.5..2006]. Dostupné z : <http://cs.wikipedia.org/>.

Zdravcentra. Zentiva a.s.. *Velmi mladí rodiče.* [online].[cit.5.1.2006]. Dostupné z: <http://www.zdravcentra.cz/>.

Legislativa :

Vyhláška č.438/2006 Sb., *kteou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních*, v platném znění. 1993-2008. [online]. [cit. 19.5.2008]. Dostupné z : <http://www.atre.cz/>.

Zákon č.99/1963 Sb., *občanský soudní řád*, v platném znění. 1996-2008. [online]. [cit. 8.6.2008]. Dostupné z : <http://www.sagit.cz/>.

Zákon č.40/1964 Sb., *občanský zákoník*, v platném znění. 1993-2008. [online]. [cit. 8.6.2008]. Dostupné z : <http://www.atre.cz/>.

Zákon č. 218/2003 Sb., *o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže*, v platném znění. 1993-2008. [online]. [cit.19.6.2008]. Dostupné z : <http://www.atre.cz/>.

Zákon č. 20/1966 Sb., *o péči a zdraví lidu*, v platném znění. 1993-2008. [online]. [cit. 20.6.2008]. Dostupné z <http://www.atre.cz/>.

Zákon č.111/2006 Sb., *o pomoci v hmotné nouzi*, v platném znění. 1993-2008. [online]. [cit.18.7.2008]. Dostupné z : <http://www.atre.cz/>.

Zákon č. 94/1963 Sb., *o rodině*, v platném znění. 1993-2008. [online]. [cit.19.6.2008]. Dostupné z : <http://www.atre.cz/>.

Zákon č.359/1999 Sb., *o sociálně právní ochraně dětí*, v platném znění. 1993-2008. [online]. [cit.19.6.2008]. Dostupné z : <http://www.atre.cz/>.

Zákon č.108/2006Sb., *o sociálních službách*, v platném znění. [online]. 1993-2008. [cit.25.8.2008]. Dostupné z : <http://www.atre.cz/>.

Zákon č.117/1995 Sb., *o státní sociální podpoře*, v platném znění. 1993-2008. [online]. [cit.18.7.2008]. Dostupné z : <http://www.atre.cz/>.

Zákon č.140/1961 Sb., *trestní zákon*, v platném znění.1993-2007. [online]. [cit.19.6.2007]. Dostupné z : <http://www.atre.cz/>.

Zákon č. 66/1986 Sb., *o umělém přerušení těhotenství*, v platném znění.1993-2007. [online]. [cit.21.6.2007]. Dostupné z : <http://www.atre.cz/>.

Zákon č.109/2002 Sb., *o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních*, v platném znění. 1996-2008. [online]. [cit. 10.7.2008]. Dostupné z : <http://www.sagit.cz/>.

Zákon č. 561/2004Sb., *školský zákon*, v platném znění. 1993-2008. [online]. [cit.20.7.2008]. Dostupné z : <http://www.atre.cz/>.

Zákon č.262/2006 Sb., *zákoník práce*, v platném znění. 1993-2008. [online]. [cit.21.7.2008]. Dostupné z : <http://www.atre.cz/>.

Ostatní zdroje¹ :

Chrenková, M. *Problematika dětí v dětských domovech : aktuální stav na Severní Moravě*. Nepublikováno. Ostrava, 2000. 53 s. Bakalářská práce na Katedře psychologie a sociální práce Filozofické fakulty Ostravské univerzity. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Danuše Matýsková.

Chrenková, M. *Socializace dětí opouštějících dětské domovy v dospělosti na území Severní Moravy*. Nepublikováno. Ostrava, 2003. 106 s. Diplomová práce na Katedře psychologie a sociální práce Filozofické fakultě Ostravské univerzity. Vedoucí diplomové práce PhDr. Danuše Matýsková.

Chrenková, M. *Emailová korespondence s ředitelem Dětského centra Domeček v Ostravě*.

¹ Ostatní zdroje obsahují rozhovory – přímé, telefonické, emailovou korespondenci, interní materiály a další zdroje.

Ostrava, 2008a.

Chrenková, M. *Emailová korespondence s pracovníky Charitních azylových domů v České republice*. Nepublikováno. 2007b.

Chrenková, M. *Emailová korespondence se zaměstnankyní Fondu ohrožených dětí v Plzni*. Nepublikováno. 2008c.

Chrenková, M. *Emailová korespondence se zaměstnankyní Fondu ohrožených dětí v Brně*. Nepublikováno. 2008d.

Chrenková, M. *Emailová korespondence se zaměstnankyněmi Fondu ohrožených dětí v Brně a Litoměřicích*. Nepublikováno. 2007e.

Chrenková, M. *Rozhovor s výchovným poradcem Střední školy v Ostravě*. Nepublikováno. Ostrava, 2008f.

Chrenková, M. *Telefonický rozhovor s dorostovou lékařkou z Ostravy*. Nepublikováno. Ostrava, 2008g.

Chrenková, M. *Emailová korespondence s dorostovou gynekoložkou z Ostravy*. Nepublikováno. Ostrava, 2008h.

Chrenková, M. *Rozhovor se sociální pracovnící nemocnice v Ostravě*. Nepublikováno. Ostrava, 2007ch.

Chrenková, M. *Rozhovor s ředitelem Výchovného ústavu a dětského domova se školou Moravský Krumlov*. Nepublikováno. Moravský Krumlov, 2008i.

Chrenková, M. *Rozhovor s psycholožkou Dětského centra Čtyřlístek v Opavě*. Nepublikováno. Opava, 2008j.

Chrenková, M. *Rozhovor s ředitelkou Dětského domova v Plané*. Nepublikováno. Planá, 2008k.

Chrenková, M. *Rozhovor se sociální pracovnící Dětského centra Čtyřlístek v Opavě*. Nepublikováno. Opava, 2008l.

Chrenková, M. *Rozhovor s vedoucí Oddělení matek při Diagnostickém ústavu v Praze Hodkovičkách*. Nepublikováno. Praha, 2008m.

Chrenková, M. *Rozhovor se sociální pracovnící Dětského domova v Plané*. Nepublikováno. Planá, 2008n.

Chrenková, M. *Telefonický rozhovor s ředitelkou Dětského domova Most*. Nepublikováno. 2008o.

Chrenková, M. *Telefonický rozhovor s ředitelkou Dětského domova ve Zruči nad Sázavou*. Nepublikováno. 2008p.

Chrenková, M. *Telefonický rozhovor s ředitelem Výchovného ústavu v Černovicích*. Nepublikováno. 2008q.

Chrenková, M. *Emailová korespondence s ředitelkou Dětského centra v Praze*. Nepublikováno. 2008r.

Chrenková, M. *Emailová korespondence se sociální pracovnící Kojeneckého ústavu a Dětského domova ve Dvoře Králové*. Nepublikováno. 2008s.

Chrenková, M. *Emailová korespondence s ředitelkou Dětského centra v Brně*. Nepublikováno. 2008t.

Chrenková, M. *Emailová korespondence se zdravotně-sociální pracovnící z Kojeneckého ústavu a dětského domova ve Valašském Meziříčí*. Nepublikováno. 2008u.

Chrenková, M. *Telefonický rozhovor se zaměstnankyní Oddělení státní sociální podpory na Úřadu práce v Ostravě*. Nepublikováno. Ostrava, 2008v.

Chrenková, M. *Telefonický rozhovor se zaměstnancem Oddělení pomoci v hmotné nouzi na Magistrátu města Ostravy*. Nepublikováno. Ostrava, 2008w.

Chrenková, M. *Telefonický rozhovor s ředitelem Základní školy v Ostravě*. Nepublikováno. Ostrava, 2007x.

Interní materiály Dětského centra v Praze.
Interní materiály Oddělení matek při Diagnostickém ústavu v Praze Hodkovičkách.
Interní materiály Střední školy v Ostravě.
Spisová dokumentace klientek Dětského domova v Plané.
Spisová dokumentace klientek Výchovného ústavu a dětského domova se školou v Moravském Krumlově.
Spisová dokumentace klientky Sdružení sociálních asistentů.

Webové odkazy :

<http://www.antikoncepce.cz/>
<http://www.atre.cz/>
<http://www.babybox.cz/>
<http://www.babyonline.cz/>
<http://www.dcctyrlistek.cz/>
<http://www.ddmost.wm.cz/>
<http://www.ddpd3.cz/>
<http://www.ddplana.cz/>
<http://www.demografie.cz/>
<http://www.detskydomov.zruc.info/>
<http://www.dis.cz/sonz/>
<http://www.dum-praha.cz/>
<http://www.fod.cz/>
<http://www.mojedite.cz/>
<http://www.mpsv.cz/>
<http://www.msmt.cz/>
<http://www.mzd.cz/>
<http://www.napocatku.cz/>
<http://www.nuov.cz/>
<http://www.organon.cz/>
<http://www.planovanirodiny.cz/>
<http://www.pravnik.cz/>
<http://www.rodina.cz/>
<http://www.sagit.cz/>
<http://www.uiv.cz/>
<http://www.uzis.cz/>
<http://www.vucernovice.cz/>
<http://www.vuddmoravskykrumlov.cz/>
<http://www.wikipedia.cz/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ :

CEVAP	Centrum etické výchovy a prevence sociálně patologických jevů
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DC	Dětské centrum
DD	Dětský domov
DDsŠ	Dětský domov se školou
DDÚ	Dětský diagnostický ústav
DnPC	Dům na půl cesty
DÚ	Diagnostický ústav
DÚM	Diagnostický ústav pro mládež
FOD	Fond ohrožených dětí
KÚ	Kojenecký ústav
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
NRP	Náhradní rodinná péče
NÚOV	Národní ústav odborného vzdělávání
PMM	Peněžitá pomoc v mateřství
Pozn.	poznámka
PP	Pěstounská péče
OPD	Oddělení péče o dítě
OPHN	Oddělení dávek pomoci v hmotné nouzi
OPP	Obecně prospěšné práce
OSPOD	Oddělení sociálně-právní ochrany dětí
r.	ročník
RL	Rodný list
SŠ	Střední škola
ÚP	Úřad práce
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací
VTOS	Výkon trestu odnětí svobody
VÚ	Výchovný ústav
ZŠ	Základní škola

SEZNAM SCHÉMAT :

Schéma č.1. : *Deduktivní metoda*

Schéma č.2. : *Induktivní metoda*

Schéma č.3. : *Komplementarita kvalitativního a kvantitativního přístupu*

Schéma č.4. : *Integrovaná metoda*

SEZNAM TABULEK :

- Tabulka č.1. : *Skladba výzkumného vzorku č.1*
- Tabulka č.2. : *Věkové rozložení výzkumného vzorku č.1*
- Tabulka č.3. : *Převod výzkumných otázek do tematických okruhů*
- Tabulka č.5.1.1.1. : *Primární prevence a kontracepce - výzkumný vzorek č.1*
- Tabulka č.5.1.1.2. : *Zjištění těhotenství a jeho průběh - výzkumný vzorek č.1*
- Tabulka č.5.1.2.3. : *Možnosti řešení nezletilého těhotenství - výzkumný vzorek č.1*
- Tabulka č.5.1.3.3.: *Děti nezletilých matek - výzkumný vzorek č.1*
- Tabulka č.5.2.2.2. : *Finanční zázemí - výzkumný vzorek č.1*
- Tabulka č. 5.2.3.1. : *Partnerské vztahy - výzkumný vzorek č.1*
- Tabulka č.5.2.3.2. : *Sňatek a další děti - výzkumný vzorek č.1*
- Tabulka č.5.3.1.1. : *Hodnocení mateřství - výzkumný vzorek č.1*
- Tabulka č.5.3.1.2. : *Vzaky nezletilých těhotných dívek a matek - výzkumný vzorek č.1*
- Tabulka č.5.3.2.2. : *Životní perspektivy ve vztahu k bydlení - výzkumný vzorek č.1*

SEZNAM GRAFŮ :

- Graf č.5.1.2.1. : *Reakce rodičů - výzkumný vzorek č.1*
- Graf č.5.1.2.2. : *Reakce zdravotníků na zjištěné těhotenství - výzkumný vzorek č.1*
- Graf č.5.1.3.1. : *Porody nezletilých dívek - výzkumný vzorek č.1*
- Graf č. 5.1.3.2. : *Doprovod při porodu - výzkumný vzorek č.1*
- Graf č.5.1.3.4. : *Kojení - výzkumný vzorek č.1*
- Graf č.5.2.1.1. : *Původní prostředí - výzkumný vzorek č.1*
- Graf č.5.2.2.1. : *Současné sociální zázemí - bydlení - výzkumný vzorek č.1*
- Graf č.5.2.2.3. : *Vzdělání - výzkumný vzorek č.1*
- Graf č.5.2.3.3. : *Otec dítěte a rodný list - výzkumný vzorek č.1*
- Graf č.5.3.2.1. : *Životní perspektivy ve vztahu ke vzdělání - výzkumný vzorek č.1*

SEZNAM PŘÍLOH :

Příloha č.1. – Živě narozené děti podle věku matek při porodu v letech 1970-2007

Příloha č.2. – Sňatky podle věku svobodných nevěst v letech 1970 – 2007

Příloha č.3. - Počet dětí narozených nezletilým matkám v letech 2000-2004

Příloha č.4. - Porodnost nezletilých dívek dle jednotlivých krajů v ČR za rok 2004

Příloha č.5. – Epigenetický model vývoje (E.H.Erikson)

Příloha č.6. - Vzdělávací program ZÁKLADNÍ ŠKOLA, čj. 16847/96-2

Příloha č.7. - Počet potratů u nácitiletých v letech 1970-2007

Příloha č.8. – Počty potratů a interrupcí nezletilých dívek v ČR

Příloha č.9. - Vymezení náhradní rodinné péče

Příloha č. 10.- Přehled zařízení konkrétních rezortů poskytujících služby a pomoc nezletilým těhotným dívkám a matkám (státní sektor)

Příloha č.11.- Přehled některých zařízení poskytujících péči nezletilým těhotným dívkám a matkám

Příloha č.12.– Režim dne na Oddělení matek při Diagnostickém ústavu v Praze Hodkovičkách

Příloha č.13.- Dokument – Individuální studijní plán

Příloha č.14.–Přehled postupu pomoci nezletilým těhotným dívkám a matkám

Příloha č.15. –Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č.16. -Přepis rozhovoru 10

PŘÍLOHY :**Příloha č.1. – Živě narozené děti podle věku matek při porodu v letech 1970-2007**

Rok	Živě narození celkem	v tom matkám ve věku								
		-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+
1970	147 865	25	19 943	74 396	36 777	11 720	4 011	945	39	2
1971	154 180	27	19 416	75 591	40 952	13 204	4 013	916	48	-
1972	163 661	17	19 100	78 806	46 258	14 625	3 954	841	55	-
1973	181 750	15	19 437	84 305	55 182	17 476	4 385	908	40	-
1974	194 215	16	20 903	88 699	58 987	20 073	4 684	818	33	1
1975	191 776	16	21 287	87 545	57 457	19 922	4 704	797	34	-
1976	187 378	10	20 719	85 005	55 792	20 086	4 992	706	54	1
1977	181 763	17	19 669	82 544	53 130	20 746	4 917	692	37	1
1978	178 901	14	18 271	81 590	51 969	21 132	5 198	663	35	1
1979	172 112	10	18 326	77 139	50 129	20 628	5 182	636	32	3
1980	153 801	16	17 729	68 654	44 471	17 747	4 516	603	23	-
1981	144 438	22	17 298	63 192	41 658	16 908	4 649	670	19	1
1982	141 738	23	18 146	61 174	40 495	16 409	4 849	593	20	3
1983	137 431	9	18 957	59 104	38 336	15 624	4 761	589	20	-
1984	136 941	3	18 685	61 001	36 645	15 425	4 538	597	15	3
1985	135 881	1	17 852	62 401	35 101	15 307	4 588	563	20	-
1986	133 356	14	17 170	62 167	33 624	15 060	4 711	594	16	-
1987	130 921	13	17 047	61 292	32 840	14 345	4 688	671	24	1
1988	132 667	16	17 715	61 161	33 696	14 794	4 598	678	9	-
1989	128 356	11	17 456	58 377	33 855	13 395	4 597	640	25	-
1990	130 564	19	18 386	58 550	35 292	13 048	4 567	687	15	-
1991	129 354	19	20 026	57 817	34 241	12 054	4 431	744	22	-
1992	121 705	23	19 696	53 614	32 406	11 183	4 015	745	23	-
1993	121 025	26	19 062	53 132	32 097	11 705	4 240	733	30	-
1994	106 579	21	14 320	47 312	28 742	11 547	3 896	716	25	-
1995	96 097	14	10 595	42 126	27 255	11 745	3 655	674	33	-
1996	90 446	23	8 116	39 123	26 920	11 940	3 632	664	28	-
1997	90 657	16	6 923	37 797	29 000	12 411	3 826	666	18	-
1998	90 535	5	6 030	35 704	31 225	12 829	4 032	696	14	-
1999	89 471	12	5 335	32 024	33 796	13 318	4 255	693	37	1
2000	90 910	17	4 451	28 898	37 467	14 506	4 822	723	26	-
2001	90 715	17	3 810	24 985	39 512	16 356	5 183	822	29	1
2002	92 786	20	3 775	22 607	41 257	18 421	5 788	888	29	1
2003	93 685	26	3 687	19 919	42 048	20 964	6 008	991	41	1
2004	97 664	14	3 645	17 940	43 047	25 058	6 810	1 111	39	-
2005	102 211	19	3 483	16 716	43 354	29 966	7 664	1 228	44	4
2006	105 831	19	3 471	15 884	41 935	34 198	8 861	1 406	55	2
2007	114 632	18	3 516	16 241	42 169	40 187	10 831	1 605	59	6

Příloha č.2. – Sňatky podle věku svobodných nevěst v letech 1970 - 2007

Rok	Počet sňatků svobodných nevěst	v tom sňatků svobodných nevěst ve věku										Průměrný věk
		-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55+	
1970	76 995	3 114	25 310	41 017	5 425	1 022	410	248	197	85	167	21,4
1971	77 417	3 083	24 017	42 096	6 051	1 067	394	262	197	97	153	21,6
1972	79 698	3 320	24 416	42 778	6 884	1 253	369	241	174	113	150	21,6
1973	82 169	3 387	25 377	43 572	7 438	1 350	409	221	166	106	143	21,6
1974	80 433	3 228	25 275	42 050	7 479	1 404	379	204	150	124	140	21,6
1975	79 116	3 234	25 098	41 100	7 233	1 508	416	192	127	101	107	21,6
1976	76 583	2 789	24 429	39 572	7 241	1 616	422	190	113	95	116	21,6
1977	74 099	2 823	22 900	38 559	7 098	1 738	445	175	144	84	133	21,7
1978	71 354	2 780	21 098	37 533	7 143	1 798	462	198	132	87	123	21,8
1979	66 361	2 768	20 463	33 642	6 830	1 699	488	179	105	77	110	21,8
1980	60 759	2 617	19 742	29 800	6 234	1 537	458	147	81	58	85	21,7
1981	60 324	2 558	20 186	28 941	6 170	1 587	479	171	71	63	98	21,7
1982	60 031	2 427	21 126	28 466	5 735	1 453	463	148	80	56	77	21,6
1983	62 944	2 475	22 354	29 792	5 993	1 481	513	154	71	37	74	21,5
1984	63 829	2 434	21 509	31 954	5 636	1 467	484	153	61	46	85	21,6
1985	62 762	2 314	20 234	32 450	5 391	1 535	492	166	75	25	80	21,6
1986	63 139	2 248	20 295	32 793	5 395	1 422	554	177	89	48	118	21,7
1987	64 247	2 041	20 689	33 626	5 529	1 428	537	179	95	37	86	21,6
1988	63 003	1 990	21 309	32 010	5 435	1 384	477	173	90	38	97	21,6
1989	62 737	1 974	21 670	31 242	5 681	1 296	498	196	95	30	55	21,6
1990	72 359	2 334	26 766	34 992	6 100	1 284	473	218	100	50	42	21,4
1991	55 748	2 301	21 532	25 390	4 767	1 044	397	149	80	36	52	21,4
1992	57 996	2 034	22 435	26 436	5 097	1 115	445	181	123	72	58	21,5
1993	51 450	1 463	18 642	24 770	4 734	1 058	394	179	104	33	73	21,7
1994	44 641	785	13 783	23 797	4 584	1 019	351	154	75	45	48	22,0
1995	41 679	519	10 318	24 004	5 086	1 075	329	162	94	52	40	22,4
1996	40 577	354	7 693	24 846	5 989	1 127	289	117	67	53	42	22,8
1997	42 382	261	6 417	26 215	7 380	1 369	374	169	101	51	45	23,3
1998	41 136	186	5 072	25 359	8 412	1 363	401	153	83	54	53	23,6
1999	40 116	128	3 907	23 281	10 522	1 509	394	147	98	74	56	24,1

Pokračování přílohy č.2.

Rok	Počet sňatků svobodných nevěst	v tom sňatků svobodných nevěst ve věku										Průměrný věk
		-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55+	
2000	41 528	99	2 909	22 765	13 093	1 822	458	162	94	53	73	24,6
2001	39 218	89	2 312	19 353	14 559	2 070	482	153	83	49	68	25,0
2002	39 318	82	1 877	17 298	16 468	2 677	550	155	93	62	56	25,5
2003	36 371	51	1 452	14 212	16 724	3 025	533	171	90	66	47	25,9
2004	38 147	55	1 335	12 892	18 799	4 037	611	203	98	59	58	26,3
2005	38 605	44	1 170	11 866	19 353	5 026	760	177	89	58	62	26,7
2006	39 569	38	1 028	10 989	19 817	6 338	888	247	93	64	67	27,1
2007	42 032	29	1 030	11 009	20 744	7 578	1 091	281	123	70	77	27,4

Zdroj (přílohy č.1. a 2.): ÚZIS, 2008

Příloha č.3. - Počet dětí narozených nezletilým matkám v letech 2000-2004

<u>Roky</u>	<u>Věk nezletilých matek</u>				<u>Celkem</u>
	<u>14 a méně let</u>	<u>15 let</u>	<u>16 let</u>	<u>17 let</u>	
	<u>Počet narozených dětí</u>				
2000	17	55	227	690	989
2001	17	63	220	513	813
2002	20	71	246	583	920
2003	26	69	222	594	911
2004	14	77	265	285	641
2005	19	72	264	549	904

Zdroj : ÚZIS, 2007

Příloha č.4. - Porodnost nezletilých dívek dle jednotlivých krajů v ČR za rok 2004

<u>Kraj</u>	<u>Počet</u>
Ústecký	184
Moravskoslezský	165
Středočeský	97
Jihomoravský	67
Karlovarský	61
Jihočeský	57
Liberecký	54
Královehradecký	50
Olomoucký	42
Praha	42
Plzeňský	39
Pardubický	37
Vysočina	35
Zlínský	21

Zdroj : ÚZIS, 2005

Příloha č.5. – *Epigenetický model vývoje (E.H.Erikson)*

Stadium vývoje							
1. Útlé dětství	2. Rané dětství	3. Předškolní věk	4. Školní věk	5. Adolescence	6. Raná dospělost	7. Dospělost	8. Zralý věk – stáří
důvěra vers. nedůvěra				perspektiva vers. zmatek			
	autonomie vers. nejistota			sebejistota vers. vys. sebeuvěd.			
		inicialiva vers. vina		experimentování vers. fixace			
			kvalita vers. podřadnost	učení se vers. neschopnost			
				identita vers. zmatek			
				sex. polarizace vers. bisexualita	intimita vers. izolace		
				vedení a řízení vers. zmatek		produktivnost vers. stagnace	
				ideol. závazek vers. zmatek			integrita vers. nevyrovnanost

Obr. 1 Epigenetický diagram (upraveno podle Eriksona, 1968).

Příloha č.6. - Vzdělávací program ZÁKLADNÍ ŠKOLA, čj. 16847/96-2

Učební plán vzdělávacího programu ZÁKLADNÍ ŠKOLA, čj. 16847/96-2, od 1.9.2008

Předmět	Ročník								
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
Český jazyk	40					16			
Cizí jazyk			9			12			
Matematika	22					16			
Prvouka	7								
Přírodověda				7					
Vlastivěda									
Chemie				4					
Fyzika				6					
Přírodopis				6					
Zeměpis				6					
Dějepis				6					
Občanská výchova	4								
Rodinná výchova	4								
Hudební výchova	6		8		4				
Výtvarná výchova					6				
Praktické činnosti	3				4				
Tělesná výchova	10					8			
Volitelné předměty							6		
Disponibilní časová dotace	5					13			
Týdenní časová dotace povinných předmětů	20	20-22	24-26	24-26	24-26	29	29-30	31-32	31-32
Celková týdenní povinná časová dotace	117					121 ⁽²⁾			
Nepovinné předměty									

Zdroj : MŠMT, 2008

Příloha č.7. – Počet potratů u náctiletých v letech 1970-2007

Zdroj : ÚZIS ČR, 2008

ROK	CELKEM	Věkové rozmezí	Věkové rozmezí
		-14	15-19
1970	8589	48	8 541
1971	8460	34	8 426
1972	8280	26	8 254
1973	7124	32	7 092
1974	7011	24	6 987
1975	6747	22	6 725
1976	6291	19	6 272
1977	5832	17	5 815
1978	5596	31	5 565
1979	5912	38	5 874
1980	6313	20	6 293
1981	7094	29	7 065
1982	7444	27	7 417
1983	7906	42	7 864
1984	8533	36	8 497
1985	8565	29	8 536
1986	8737	27	8 710
1987	11292	41	11 251
1988	11856	45	11 811
1989	11327	41	11 286
1990	12448	56	12 392
1991	12978	62	12 916
1992	12983	58	12 925
1993	10734	58	10 676
1994	8086	47	8 039
1995	6505	44	6 461
1996	6099	39	6 060
1997	5301	31	5 270
1998	5203	41	5 162
1999	4397	38	4 359
2000	3655	28	3 627
2001	3438	22	3 416
2002	3377	37	3 340
2003	3187	46	3 141
2004	3012	33	2 979
2005	2997	47	2 950
2006	2832	49	2 783
2007	2907	39	2 868

Příloha č.8. – Počty potratů a interrupcí nezletilých dívek v ČR

Tabulka č.1. : Počty potratů a interrupcí u dívek ve věku 16, 17 a 18 let v roce 2002

Rok 2002	Počet potratů	Z toho UPT
16	393	350
17	673	573
18	895	743

Pod 16 let potratilo 211 dívek.

Zdroj: ÚZIS, 2001

Tabulka č.2. : Počty potratů a interrupcí u dívek ve věku 16, 17, 18 a 19 let v roce 2003.

Rok 2003	Počet potratů	Z toho UPT
16	398	345
17	602	509
18	888	759

Pod 16 let potratilo 235 dívek.

Zdroj: ÚZIS, 2001

Tabulka č. 3. : Počty potratů nezletilých dívek za rok 2007

Rozmezí věku	Počet potratů
méně než 13 let	0
13-14 let	5
14-15 let	34
15-16 let	171
16-17 let	393
17-18 let	570

Zdroj : ÚZIS, 2008

Příloha č.9. - Vymezení náhradní rodinné péče

Náhradní rodinná péče představuje formu péče o dítě, kdy je dítě vychováváno náhradními rodiči v prostředí, které se nejvíce podobá životu v přirozené rodině. (Bubleová, Kovařík, 1999)

Osvojení

Hlavním posláním osvojení je nahradit nezletilému dítěti chybějící stabilní rodinné prostředí. (Bubleová, 2002) Při osvojení přijímají manželé či jednotlivci za vlastní opuštěné dítě a mají k němu stejná práva a povinnosti, jako by byli jeho rodiče. Vzájemná práva a povinnosti mezi osvojeným dítětem a jeho původní rodinou osvojením zanikají. Osvojením vzniká mezi osvojencem a osvojitelem takový obdobný poměr, jako je mezi pokrevními rodiči a nezletilými dětmi, mezi osvojencem a příbuznými osvojitele vzniká zároveň příbuzenský poměr. Osvojiteli se dostává obdobných práv a povinností, které tvoří souhrn rodičovské zodpovědnosti. Osvojit lze pouze dítě nezletilé, je-li mu osvojení ku prospěchu. Mezi osvojitelem a osvojencem musí být přiměřený věkový rozdíl. Osvojit dítě může manželská dvojice, manželé nebo manželka rodiče dítěte i osamělá osoba. O osvojení rozhoduje soud a před jeho rozhodnutím musí uplynout nejméně tři měsíce, po které zájemce pečuje o dítě na své náklady – jedná se o tzv. předadopční péči. (Bubleová, 2002)

Zákon rozlišuje dva druhy osvojení:

- **zrušitelné osvojení**, tj. adopce 1.stupně, prosté osvojení, je péče, kdy práva a povinnosti rodičů přecházejí na osvojitele, ale v rodném listu dítěte zůstávají uvedeni původní rodiče dítěte. Lze jej zrušit, vzájemná práva a povinnosti mezi osvojencem a původní rodinou zanikají.
- **nezrušitelné osvojení**, tj. adopce 2.stupně, při níž jsou osvojitelé zapsáni do rodného listu dítěte namísto rodičů. Nelze jej zrušit a takto osvojit lze dítě jen starší jednoho roku věku. (Bubleová, Kovařík, 1999)

Pěstounská péče

Pěstounská péče představuje státem garantovanou a kontrolovanou formu náhradní rodinné péče, která zajišťuje dostatečné hmotné zabezpečení dítěte i přiměřenou odměnu těm, jež se ho ujali. Dítě může být svěřeno do pěstounské péče fyzické osobě nebo do společné pěstounské péče manželů. Rozhodujícím činitelem z právního hlediska je zájem dítěte. (Bubleová, 2002)

Osoba pěstouna musí poskytovat záruku řádné výchovy dítěte, má právo zastupovat dítě a spravovat jeho záležitosti jen v běžných věcech.

K výkonu mimořádných záležitostí žádá souhlas zákonného zástupce dítěte. Pěstounskou péčí nevzniká příbuzenský vztah dítěte s pěstouny a jejich příbuznými. Pěstounská péče vzniká rozhodnutím soudu a z vážných důvodů může soud rozhodnout také o jejím zrušení. Soud je oprávněn stanovit pěstounovi povinnost podávat o výkonu péče pravidelné zprávy. Pěstounská péče zaniká dosažením zletilosti dítěte. (Bubleová, 2002)

Pěstounům a dítěti náleží dávky pěstounské péče ze souboru dávek státní sociální podpory. Dávky jsou vypláceny měsíčně. Jedná se o příspěvek na úhradu potřeb dítěte a odměnu pěstouna. Při převzetí dítěte je vyplácen jednorázový příspěvek. Dítěti v pěstounské péči je ponecháno původní příjmení, pokud není na matrice požádáno o jeho změnu. (Bubleová, 2002)

Existují dva typy pěstounskou péče:

- **individuální pěstounská péče**, probíhající v běžném rodinném prostředí s pěstounkou a pěstounem, kteří většinou mají své vlastní děti, nebo již děti vychovali,
- **skupinová pěstounská péče** se děje v tzv. zařízeních pro výkon pěstounské péče, což jsou velké pěstounské rodiny, někdy s vlastními dětmi pěstounů a dalšími 4 – 6 dětmi přijatými, nebo v tzv. SOS dětských vesničkách, kde je pěstounskou péčí pověřena sama matka-pěstounka. Matka bydlí se svěřenými dětmi v samostatném domě a 10 až 12 takových domů představuje danou SOS vesničku. Rodinu v tomto případě tvoří matka-pěstounka s 6 a více dětmi různého pohlaví a věku. (Bubleová, 2002)

V novele zákona o sociálně-právní ochraně dětí je vymezena nová forma pěstounské péče – **PP na přechodnou dobu**, kdy se jedná o krátkodobou péči v náhradních rodinách. (Zákon č.359/1999 Sb., §27a)

Poručenství

Poručenství je pojímáno jako tradiční institut rodinného práva sloužící k ochraně nezletilého dítěte, a to v případech, kdy rodiče dítěte zemřeli, byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti, nebo výkon rodičovské zodpovědnosti byl pozastaven, případně nemají-li způsobilost k právním úkonům.

Soud ustanovuje poručníkem především toho, koho doporučili rodiče, dále pak příbuzné či jiné osoby blízké dítěti. Výkonem poručenství může být ustanoven také orgán sociálně-

právní ochrany dětí. Dokud není dítěti poručník ustanoven nebo dokud se ustanovený poručník neujme své funkce, činí neodkladné úkony v zájmu dítěte a v jeho zastoupení orgán sociálně-právní ochrany dětí

Na vztahy poručníka a dítěte se přiměřeně vztahují ustanovení o právech a povinnostech rodičů a dětí. Poručník však nemá vyživovací povinnost k dítěti. Výkon této funkce je pod pravidelným dohledem soudu, poručník podává soudu zprávy o osobě poručenice. Jakékoliv rozhodnutí poručníka v podstatné věci týkající se dítěte vyžaduje schválení soudu. (Bubleová, 2002, ; Národní zpráva o rodině, 2004; Zákon č.94/1963 Sb.)

Opatrovnictví a svěřením dítěte do výchovy jiné fyzické osoby

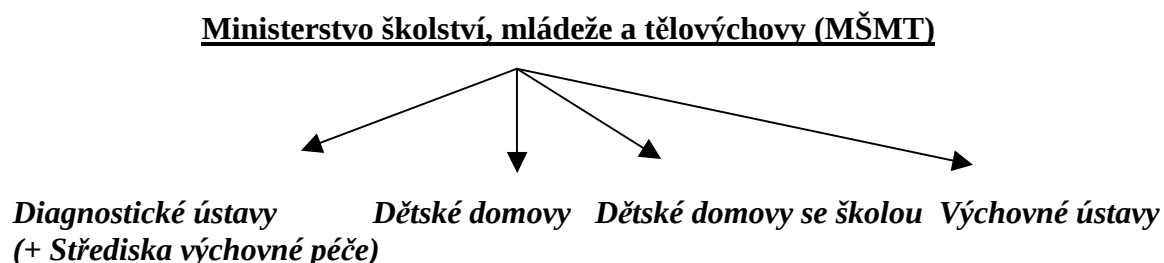
Dalšími právními instituty, se kterými se v praxi ve vztahu k nezletilým matkám a jejich dětem můžeme setkat, jsou **opatrovnictví a svěřením dítěte do výchovy jiné fyzické osoby** než rodiče.

Soud ustanovuje **opatrovníka** v případech střetu zájmů zákonných zástupců a dětí, ohrožení majetkových zájmů dítěte, omezení rodičovské zodpovědnosti a řízení o osvojení; případně z jiných důvodů, je-li to v zájmu dítěte třeba. Rozsah práv a povinností opatrovníka je vymezen soudně z hlediska účelovosti.

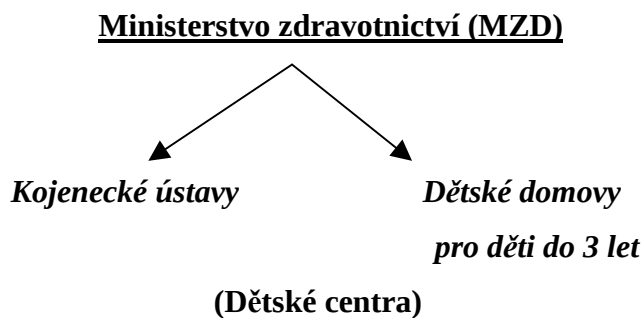
Pokud rodiče nemohou vykonávat rodičovskou zodpovědnost může soud **svěřit dítě do péče jiné osoby než rodičů**. Při výběru vhodné osoby dá soud přednost zpravidla příbuznému dítěti. Rodiče nadále rozhodují o podstatných záležitostech ohledně dítěte. Jiná fyzická osoba rozhoduje pouze o těch běžných. Přesný rozsah práv a povinností fyzické osoby k dítěti vymezí při rozhodnutí o svěřením soud. (Zákon č.94/1963 Sb.)

Příloha č.10. - Přehled zařízení konkrétních rezortů poskytujících služby a pomoc nezletilým těhotným dívkám a matkám (státní sektor)

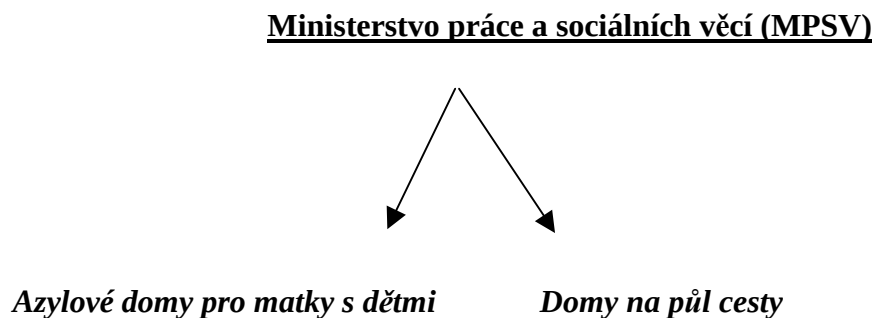
A) Mapa zařízení Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy v oblasti ústavní a ochranné výchovy



B) Mapa zařízení Ministerstva zdravotnictví



C) Mapa zařízení Ministerstva práce a sociálních věcí



Příloha č.11. - Přehled některých zařízení poskytujících péči nezletilým těhotným dívkám a matkám

Diagnostický ústav pro mládež v Praze – Hodkovičkách

Při diagnostickém ústavu v Praze – Hodkovičkách pro dívky starší 15-ti let již pátým rokem funguje odloučené pracoviště – samostatná vila nacházející se nedaleko ústavu, **oddělení matek**. Oddělení matek při DÚ vzniklo na podnět ministerstva (MŠMT), jelikož takové oddělení pro nezletilé matky chybělo, neboť se jedno oddělení právě pro nezletilé matky ve Dvoře Králové - Husově domě rušilo. Na tomto oddělení mohou pobývat dívky, které ukončily povinnou školní docházku – mají tedy splněné základní vzdělání.

Za pět let fungování se na oddělení vystřídalo asi kolem 60 nezletilých dívek. V současné době vilu obývá 6 maminek a jejich 6 dětí a jedna těhotná dívka. Maximální počet dívek je 8. Na oddělení preferují menší počet maminek, aby prostředí nemělo ráz ústavního zařízení, ale v případech potřeby jsou schopni přijmout více maminek; kapacita oddělení by mohla být rozšířena. S péčí o dívky a jejich děti pomáhá 9 vychovatelů; na skupinu 6 dívek a jejich dětí spadají 2 vychovatelé. Oddělení spolupracuje se zaměstnanci DÚ – jako je sociální pracovník, psycholog, lékař.

Dívky jsou na pokojích po dvou společně se svými dětmi. Těhotné dívky obývají pokoj s matkami, aby se od nich přiučily v péči o dítě. K dispozici je také jeden samostatný pokoj pro dívky, které jsou nemocné, případně pro ty, které jsou šikovné jako forma odměny.

Nezletilé těhotné dívky nejdříve pobývají v DÚ a po diagnostice jsou přemístěny na oddělení matek. Nezletilé matky spolu se svými dětmi jsou umístěny přímo na oddělení matek bez předchozího pobytu v DÚ.

Oddělení funguje na základě denního režimu, který je ale uzpůsoben potřebám matek a jejich dětí. Snídaně probíhá ve společenské místnosti ve vile, za obědy a večeřemi dívky docházejí do ústavu. O víkendech mají dívky možnost přípravy stravy v kuchyni, která je ve vile k dispozici.

Dívky nenavštěvují školu. Dle vedoucí oddělení „ani do školy chodit nechtějí a je lepší když se věnují dítěti (ženy jsou také na mateřské doma se svými dětmi)“. (Chrenková, 2008m) Pokud dívka projeví zájem o školní docházku, může být přemístěna do Výchovného ústavu v Černovicích, kde má možnost docházet do školy. Na oddělení za dívkami dochází 2x týdně učitel, který jim předává alespoň základy, neboť každá dívka je na jiné úrovni. Dále probíhá výuka s vychovateli oddělení – dívkám se zadávají úkoly týkající se péče o dítě nebo se těhotné dívky učí z knížek o porodu.

Oddělení spolupracuje z nemocnicí v Krči a Podolí, kde dívky docházejí na prohlídky, a kde také probíhají porody. Po porodu nezletilé matky dochází za dětskou lékařkou. Dle vedoucí oddělení „jsou nezletilá těhotenství neplánována, jedná se o náhodné známosti, s otci dětí nejsou dívky v kontaktu. Porody jsou v porovnání se starší populací dívek normální, děti se ale rodí s menší porodní hmotností. V porodnici zůstávají běžnou dobu a není s nimi zvláštně zacházeno. Porodnost nezletilých je nárazovitá – nedá se říci, zda stoupá či klesá. Šikovnost matek a zvládání péče o dítě je individuální, nezáleží na věku, ale na samotné dívce – o jakou dívku se jedná. Některá z dívek mateřský instinkt má, jiná ne“. (Chrenková, 2008m; www.dum-praha.cz)

Nezletilé těhotné dívky a matky, které pobývají v oddělení při DÚ v Praze – Hodkovičkách, žijí v pěkném prostředí vlastní vily, kterou obývají společně se svými dětmi. Žijí tedy v relativně homogenním prostředí přibližujícímu se rodině a jelikož jsou v neustálém dennodenním kontaktu, navzájem se od sebe učí býtí matkou a starat se o své dítě.

Dětský domov Planá

Dětský domov v Plané na Tachovsku je v současné době jediným dětským domovem Plzeňského kraje, který nabízí pomoc nezletilým těhotným dívkám a matkám. Byl založen v roce 1957. Do roku 2002 se jednalo o domov internátního typu. V současné době je domovem rodinného typu s kapacitou 28 dětí žijících ve čtyřech rodinných heterogenních skupinách po sedmi dětech. O chod jednotlivých skupin se starají dopolední a odpolední vychovatelé. Zajišťují přípravu do školy, vyplňují volný čas dětí, dohlížejí na dodržování hygienických a sociálních návyků. Noční běh spadá do činnosti nočních vychovatelů.

V roce 2001 začalo v domově fungovat **oddělení nezletilých matek a jejich dětí**. Bylo povoleno zřízení pouze jednoho oddělení, kde mohou pobývat 4 matky a jejich 4 děti. Vedení dětského domova chtělo oddělení rozšířit, ale tomuto požadavku bohužel nebylo vyhověno. V krizové situaci, kdy by bylo nutné přijmout více maminek než je povolená kapacita, by bylo samozřejmě vyhověno ve prospěch nezletilých těhotných dívek či maminek; jednalo by se však o dočasné řešení.

Dětský domov spadá pod plzeňský Diagnostický ústav pro děti do 15-ti let, ten také rozhoduje o umístění nezletilých těhotných dívek či matek. Jedná-li se o děti starší 15-ti let spolupracuje domov s Diagnostickým ústavem v Praze–Hodkovičkách. Do domova jsou nezletilé dívky a matky posílány ze všech DD v kraji.

Za 7 let fungování oddělení pro matky prošlo domovem 9 nezletilých maminek. Nejmladší mamince bylo 13 let, většinou se jednalo o dívky nad 15 let – 15-ti a 16-ti leté. Jedna matka zde pobývala 4 roky. V současné době je v domově jedna 17-letá matka se svým synem a jedna 17-letá těhotná dívka⁴. Pobývá zde také dítě jedné matky, která je na útěku. O prázdninách očekávají další těhotnou dívku, která zde přejde z jiného dětského domova v kraji. Dle ředitelky zařízení je lepší, když jsou zde dívky umístěny již v prenatálním období, jelikož se dá s nimi pracovat a připravit je na porod a mateřství.

Dívky či matky jsou do DD umísťovány jako ostatní děti – na základě předběžného opatření, které je přibližně do dvou měsíců přeměněno v ústavní výchovu či jsou přemístěny z jiného ústavního zařízení (což znamená, že je již soudně nařízena ústavní výchova).

Většinou pocházejí nezletilé matky ze sociálně slabých rodin, ale může se také stát, že dívčino původní prostředí je relativně funkční. Dívky mohou jezdit domů ke svým příbuzným, DD se však k tomu staví negativně, neboť jejich původní prostředí na ně nemá dobrý vliv a jejich sociální návyky se během pobytu rychle mění.

Nezletilé matky mají v domově jiný režim než ostatní děti. Ráno se připravují na cestu do školy, dopolední a odpolední hodiny tráví na základní či střední škole. Po návratu ze školy jdou s dítětem na procházku. Pak chystají svačinu, dělají si úkoly a plní si mateřské povinnosti – péče o dítě, praní, žehlení. Matky se o své děti starají do 11 hodin, poté je dítě v péči nočního vychovatele.

Dívky nastupují na mateřskou dovolenou jako běžné ženy a zůstávají doma s dítětem 6 týdnů po porodu. Rodit jezdí do plzeňské porodnice. Porody jsou individuální (některá má komplikace, jiná nemá). Jejich děti jsou většinou menší s nízkou porodní hmotností, což je způsobeno špatnou životosprávou, zejména kouřením dívek v těhotenství. Na porody je připravují v domově porodní asistentky, docházejí ke gynekologovi a po porodu s dítětem k dětskému lékaři.

Po šestinedělí nezletilá matka začíná opět navštěvovat školu. Většinou funguje domluva s ředitelem příslušných škol - nabízí se možnost kojení, kdy asistentka dítě nosí ke kojení přímo do školy (např. od 10-11 hodin), nebo dívka dochází na kojení do domova – tzv. „přestávky na kojení“.

Péči o matky a jejich děti zajišťují asistentky výchovy, kterých má domov v současnosti čtyři. Jejich cílem je nezletilým maminkám předat dovednosti týkající se péče a výchovy dítěte a získat základní sociální návyky v péči o dítě. V době plnění školních povinností se tyto asistentky starají o dítě a nahrazují tak péči matky.

Podle ředitelky domova „přistupují nezletilé matky k dítěti jako k hračce. Přeskočí jednu vývojovou fázi – hned jsou dospělé. Plánované rodičovství jim nic neříká, nepoužívají a ani neznají antikoncepci. Se svými partnery mají krátkodobé vztahy. Otce dítěte neuvádějí do rodného listu a nezůstávají s nimi. Nacházejí si ale nové partnery“. (Chrenková, 2008k)

Za sedm let fungování oddělení pro nezletilé matky nebyl problém s odchodem matek s dítětem. Buď se matky vrátily do své původní rodiny, nebo šly do bytu, přechodně do ubytovny. Zatím nevyužily zařízení sociálních služeb jako jsou Domy na půl cesty či Azylové domy pro matku s dítětem. Před odchodem matky z domova nastupuje sociální pracovnice se svou pomocí v oblasti ubytování a nalezení práce.

Nezletilé matky žijí v dětském domově obdobně jako ostatní děti s výjimkou toho, že se starají o své děti, takže k běžným školním povinnostem a péče o sebe jim přibývá péče o jejich děti. Jako ostatní děti se zúčastňují kulturních akcí, 2 x do roka jezdí na rekreace společně se svými dětmi. (Chrenková, 2008k,n; www.ddplana.cz)

V současné době se nachází budova DD v areálu bývalé nemocnice, jedná se o budovu zastaralou, o provizorní podmínky. DD by se měl v nejbližší době stěhovat do lepších prostor, které budou kapacitně lépe vyhovovat všem jejich obyvatelům.

Dětský domov a Školní jídelna Most

Dětský domov v Mostě spolupracuje s diagnostickým ústavem v Liberci a Praze-Hodkovičkách. Do domova jsou dívky posílány z celého libereckého a ústeckého kraje.

V současné době žijí v domově 3 matky se svými dětmi starší 15-ti let, jedna z maminek již brzo bude zletilá. Kapacita bytové jednotky je maximálně 5 maminek s jejich dětmi. Každá matka se svým dítětem má k dispozici svůj vlastní pokoj vybavený tím nejzákladnějším (postel, skříň, přebalovací pult, postýlka a noční stolek); společně pak obývají obývací pokoj, kuchyň, koupelny. V bytě se dále nachází prádelna, komora a místnost pro vychovatelé („tety“).

S péčí o děti pomáhají nezletilým maminkám vychovatelky, které jsou v současné době tři. V době, kdy jsou matky ve škole pečují ranní vychovatelky o jejich děti. Matky, které školu nenavštěvují se starají o své děti samy a současně pomáhají ranní vychovatelce. Odpoledne, po skončení školy si matky děti přebírají a jdou na vycházku. Těhotné dívky a matky se zúčastňují také různých akcí, které domov pořádá, většinu času ale zabírá péče o dítě.

V průběhu těhotenství dívky chodí do školy, 6 týdnů před porodem školu přestanou navštěvovat a jsou již v domově. Se souhlasem zákonného zástupce půl roku školu nenavštěvují a pečují o své dítě, poté se zpátky do školy vrací.

Dosažením zletilosti mohou z domova odejít, většinou si ale pobyt zde na základě dohody s ředitelem domova prodlužují. Dle ředitelky domova je návrat do původní rodiny zbytečný. Dívky odcházejí ke svým přátelům, málokdy využijí azylové domy. Většinou chtějí bydlet ve svém a byty si hledají podle místa trvalého bydliště. (Chrenková, 2008o; www.ddmost.wm.cz)

Dětský domov a Školní jídelna Zruč nad Sázavou

V roce 2003 získal domov ve Zruč nad Sázavou statut Dětského domova. V současné době žije v domově 37 dětí ve 4 rodinných buňkách. Již 6 let poskytuje také péči **nezletilým matkám**. V současné době v domově žijí 2 matky se svými dětmi, jedna je zletilá a druhá bude zletilá již brzy. Všechny matky, které v domově byly a jsou, přišli již s dětmi.

Matky žijí v rodinných buňkách společně s ostatními dětmi, mají však svůj vlastní pokoj a soukromí, kde jsou pod dohledem své vychovatelky a zdravotní sestry. Většinou se jedná o dívky, které mají v domovech další sourozence, pocházejí ze sociálně slabých poměrů.

Dívky pocházejí z početných rodin, což znamená, že se umí starat a pečovat o dítě. Nemají však žádnou zodpovědnost, jelikož k tomu ve svých rodinách nejsou vedeny. Nezletilé matky jsou šikovné, zdatné, ale mají špatné charakterové vlastnosti. Většinou se jedná o dívky romského původu. Otcové jejich dětí jsou mladí, nezralí a nehlásí se k přítelkyni ani k dítěti.

Domov nabízí startovací byty pro děti, které se chystají z domova odejít, tuto možnost mohou využít také nezletilé matky a jejich děti. Dále se nabízí azylová zařízení. (Chrenková, 2008p; www.detskydomov.zruc.info)

Výchovný ústav, dětský domov se školou, střední škola, základní škola a školní jídelna Moravský Krumlov

Výchovný ústav a Dětský domov se školou má dlouhou historii. Současný název má od roku 2003. Původně se jednalo o výchovný ústav pro dívky, nyní je ústav koedukovaným zařízením s kapacitou 40 dětí. VÚ a DDsŠ územně spadá pod Diagnostický ústav v Brně, klienti jsou zde přijímáni se souhlasem tohoto ústavu. Od října 2007 funguje v nové budově areálu oddělení určené **nezletilým maminkám a jejich dětem** s kapacitou dvanácti míst.

Oddělení pro nezletilé matky s dětmi se naplňuje od ledna tohoto roku. Současně zde žije 12 dívek, z toho jsou 3 těhotné, zbytek matky. Každá z dívek má svůj vlastní pokoj se sociálním

zařízením. Pokoje jsou barevně rozlišeny dle typů nervové soustavy. Nejmladší dívka má 14 let. Pobývá zde také nezletilá matka již dvou dětí. 1/3 nezletilých těhotných dívek a matek je mladších 15-ti let. 2 dívkám je uložena ochranná výchova.

Ústav je režimovým zařízením, kdy docházka do školy je základní povinností dětí i matek. Součástí ústavu je základní a střední škola. Dívky mohou docházet do 1-2 roční praktické školy, kde se učí např. péči o dítě, nebo na 3-letý výuční obor kuchař. Docházku do školy dívky přerušují pouze na období šestinedělí, pak opět nastupují. V době výuky se o děti nezletilých matek starají dětské sestry, odpoledne dívky děti přebírají a jdou na vycházku. O víkendu si připravují stravu samy; o stravu dětí se stará dietní sestra. V každém patře budovy je vybavena kuchyň, kterou mají dívky k dispozici. V době volna – o víkendech a v odpoledních a večerních hodinách mohou dívky trávit čas ve společné místnosti zařízené jako obývací pokoj, kde mají k dispozici televizi, a počítač s internetem.

Na porod se nezletilé těhotné dívky připravují přímo v ústavu, kde působí zdravotní sestry, které v době nepřítomnosti matek pečují o děti. Gynekolog a dětský lékař docházejí do zařízení. Rodit jezdí dívky do nedalekých Ivančic. Pokud dívka neprojeví o své narození dítě zájem je převezeno do kojeneckého ústavu ve Znojmě. Postup je stejný, pokud dívka z ústavu uteče sama bez dítěte. Nedávno 2 dívky ze zařízení utekly, ale děti si vzaly sebou. Pokud dívky utečou jsou následně zadrženy policií, poté si pro ně přijedou z ústavu, nebo jsou převezeny do příslušného diagnostického ústavu.

Dívky mohou jezdit na krátkodobé či dlouhodobé pobyty ke svým příbuzným. Mohou cestovat samy, jestliže jsou starší 15-ti let a nejsou-li v období 6. měsíce těhotenství až šestinedělí. V těchto případech si pro ně musí rodinní příslušníci přijet.

Po dosažení zletilosti a při opuštění ústavu záleží na místě bydliště matky, jaké má možnosti ubytování. Ústav spolupracuje s Domem půl cesty v Brně.

Dle ředitele ústavu je pro nezletilé těhotné dívky a matky typická tzv. sociální bezstarostnost – dívkám v ústavu nic nechybí, je o ně postaráno, nepřemýšlejí nad důsledky svého chování. (Chrenková, 2008i; www.vuddmoravskykrumlov.cz)

Nezletilé těhotné dívky a matky v Moravském Krumlově žijí ve velice pěkném prostředí nové budovy areálu. Samy si však toho, co v ústavu mají, nevážjí a byť jsou jejich rodiny nefunkční a zejména tato nefunkčnost a nevhodnost prostředí je dostala do ústavu, tíhnou ke svým původním rodinám a chtějí se tam vrátit.

Výchovný ústav , středisko výchovné péče, střední škola a školní jídelna Černovice

Výchovný ústav v Černovicích má v péči o nezletilé těhotné dívky a matky v síti školských zařízení nejdelší tradici. Od roku 1991 se připravovalo zřízení nového oddělení – oddělení kojenecké, které začalo fungovat v roce 1992. V letech 1996 a 2002 přibyla k tomuto oddělení další 2 – oddělení pro nezletilé matky s dětmi. V současné době disponuje ústav s šesti dívčími skupinami, z toho tři výchovné skupiny jsou určeny právě nezletilým těhotným dívkám a matkám s jejich dětmi. Kapacita těchto skupin je 24 matek a 24 dětí. Nezletilé těhotné dívky a matky nejsou odděleny od ostatních klientek zařízení; společně obývají některé prostory. Ústav poskytuje služby dívkám od 15 let, tedy po skončení povinné školní docházky, případně těhotným dívkám od 12 let.

VÚ spadá pod DÚ v Praze Hodkovičkách a dívky jsou zde umísťovány výhradně přes tento DÚ. V současné době se razí teorie předního zájmu klientů, což znamená, že pokud se jedná o dívku, která pochází z Moravy, a v blízkosti jejího bydliště se vyskytuje zařízení, které by ji mohlo přijmout, je poslána právě do takového zařízení.

Dívky a matky navštěvují školu a vybírají si ze 3 oborů – dvouletý výuční obor výroba konfekce a sadovnické a květinářské práce; především těhotným dívkám a matkám je určena jednoletá praktická škola. V praktické škole, která je určená dívkám s neukončenou povinnou školní docházkou, probíhá výuka týkající se péče o dítě, rodičovství, vedení domácnosti a vaření. V období šestinedělí dívky do školy nechodí a o dítě je postaráno zdravotními sestrami, případně si berou dítě sebou do výuky – ta je pak této situaci uzpůsobena.

Od roku 1996 prošlo ústavem cca 300 klientek. Nejvíce zastoupenou skupinou byly dívky 16 a 17-leté, v ústavu však pobývaly také dívky pod 15 let. (Chrenková, 2008q; www.vucernovice.cz;))

Dětské centrum Čtyřlístek v Opavě

Dětské centrum Čtyřlístek je současný název bývalého Kojeneckého ústavu v Opavě, jehož historie spadá do 50. let minulého století. Centrum nabízí širokou škálu služeb a pomoci pro děti i jejich rodiče. Součástí centra je kojenecké oddělení, dětský domov v Havířově (zdravotnického typu, děti od 1 roku do 6 let), dětský stacionář a speciální mateřská škola, dětská rehabilitační ambulance. Centrum je pověřeno výkonem sociálně-právní ochrany dětí a zajišťuje péči o děti vyžadující okamžitou pomoc prostřednictvím tzv. krizových lůžek; zde jsou přijímány děti na nezbytně dlouhou dobu pro překonání

nepříznivé sociální situace. Mezi další činnosti patří také výchovně-rekreační pobyty pro děti, setkávání osvojitelů a pěstounů, pobyty osvojitelů a poskytování základních informací o náhradní rodinné péči.

Od roku 2001 nabízí centrum **tzv. utajené (diskrétní) porody**. Postup je následující – zařízení přijme těhotnou ženu, žena v zařízení pobývá, na přání rodičky je zajištěn doprovod k porodu s psychologem, ženě se dále poskytuje sociální poradenství a pomoc s vyřízením adopce. Je zajištěna spolupráce s opavskou porodnicí. Tato služba bývá využívána také nezletilými těhotnými dívkami.

Zařízení má dlouholetou tradici v pomoci maminkám jakéhokoliv věku v péči o jejich děti. Ve druhém a třetím patře budovy se nacházejí pokoje pro matky (případně rodinné příslušníky), které slouží k pobytu matky s dítětem za účelem zácvičku v péči o dítě, k vyřešení nepříznivých sociálních situací. Tento způsob pomoci se týká také nezletilých těhotných dívek a maminek.

Pro nezletilé těhotné dívky a matky je uzpůsobené 3. patro budovy, kde se nacházejí tři pokoje. Mohou zde pobývat tři matky se svými dětmi v samostatných pokojích. V minulosti se, ale stalo, že měli maminek více, a tak pokoje (které jsou prostorné) přizpůsobili aktuálnímu počtu. Dívky zde mohou zůstat do zletilosti, případně dále připravují-li se na budoucí povolání. DC Čtyřlístek se v podstatě péči o matky a jejich děti věnuje již od roku 1973. Na nezletilé matky se začali zaměřovat před 11 lety v roce 1997, kdy přijali první nezletilou maminku. Dívky jsou zde umístěny na základě ústavní výchovy nebo dohody s rodiči. Nezletilé matky, které zde pobývají, mají dva základní úkoly – školní vzdělávání

a péči o dítě. Dívky si dodělávají základní povinnou školní docházku v nedaleké škole, či docházejí na střední školu (většinou učiliště). Dle psycholožky centra „je docházka do škol pro nezletilé matky důležitá z důvodu zachování vrstevnických vztahů“. (Chrenková, 2008j) Péče o dítě spočívá zejména v základních úkonech jako je přebalování, převlékání, mytí a u starších dětí také příprava stravy. Opět se jedná o režimové zařízení – dopoledne dívky chodí do školy – o dítě je postaráno a po návratu ze školy si dítě přebírají. Od 14.00 – 18.00 mají vycházky, od 19.00 se připravují na spánek. V budově je zakázáno požívání alkoholu.

V současné době není v zařízení žádná nezletilá matka, pouze dítě nezletilé matky, která pobývá v dětském domově (školského typu) v Opavě a za svým dítětem pravidelně dochází. Nepobývá v centru společně se svým dítětem, neboť porušila řád centra. Během prázdnin by však měla jít se svým dítětem domů, kde bude pod dohledem sociální pracovníce. Pokud v zařízení pobývají dívky s nařízenou ústavní výchovou, jsou formálně

vedeny v příslušném dětském domově (v tomto případě v DD Opava). Jestliže nezletilé matky nemají zájem o své dítě, dítě je ponecháno v centru a následně může být osvojeno.

Podle psycholožky centra „se nezletilé dívky řídí heslem *tady a teď*. Jsou sociálně i mentálně slabší. V péči o miminko jsou šikovné, se zvyšujícím se věkem dítěte však péče klesá“. (Chrenková, 2008j)

Dívky, které centrem prošly (neznají přesné počty, jelikož si statistiky zvláště o nezletilých matkách nevedou vzhledem ke komplexní péči, kterou poskytují), nepodstoupily interrupci a jejich těhotenství byla těhotenstvími prvními. Jejich porody jsou spíše dobré a v plánování dalších potomků se různí, některé dívky další děti chtějí, jiné již ne. Vztahy s otci jejich dětí jsou povrchní, otec je většinou neznámý.

Sociální pracovnice zařízení „považuje za zlom v počtu nezletilých gravidit koedukaci zařízení školských typů, což vedlo k jednotnému soužití dívek a chlapců v zařízeních. Rozdíl mezi situací před léty je pouze v tom, že děti se matkám odebíraly, tím docházelo k separaci matka-dítě. V dnešní době je prioritou propojení vztahu matka-dítě, matka má tedy možnost se svým dítětem, pokud má zájem, být“. (Chrenková, 2008j, 1; www.dcctyrlitek.cz)

Dětské centrum Domeček v Ostravě

Dětské centrum Domeček je od roku 2008 nový název pro bývalý KÚ a DD pro děti do tří let v Ostravě. Centrum má dlouholetou tradici v péči o kojence a matky. Současná kapacita zařízení je 120 míst. Poskytuje komplexní zdravotní, výchovnou a sociální péči dětem ve věku od narození do tří, případně pěti let. Péče je poskytována formou ústavní - v nepřetržitém provozu a částečně ambulantně.

DC je pověřeno k výkonu sociálně-právní ochraně dětí, která se týká zejména vyhledávání dětí, na které se SPOD vztahuje, pomoci rodičům s výchovnými a výukovými problémy, zprostředkování poradenství a zřizování zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

Děti z DC Domeček obývají 3 budovy na 5 odděleních – novorozenecké, kojenecké, batolecí, odd. pro děti zdravotně handicapované a odd. rodič-dítě. K DC patří také detašované pracoviště, kde se nachází oddělení nejstarších dětí v ústavu od 2 a více let.

Právě **oddělení rodič-dítě** může sloužit (nejen) nezletilým těhotným dívkám a maminkám k tzv. azylovému pobytu nebo zácvičku v péči o dítě. Konkrétně se může jednat o těhotnou ženu, která chce svou graviditu utajit před okolím, rodiče, kteří se ocitli se svým dítětem v nepříznivé situaci, získání základních dovedností v péči o dítě, poskytnutí pomoci formou přechodného ubytování a zajištění stravy. Tyto pokoje jsou v DC 2, ale nejsou příliš

využívány nezletilými matkami (případně matkami staršími). Spíše se jedná o pokoje, které slouží k zácvičení adoptivních a pěstounských žadatelů, případně zde pobývají matky, jejichž děti v centru rehabilitují. (Chrenková, 2008a; www.ddpd3.cz)

Dětské centrum Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze

Dětské centrum při pražské nemocnici poskytuje široké spektrum služeb nejen dětem, ale také jejich rodinám. Kromě standardních služeb zdravotnického zařízení jako je péče o děti zanedbávané, týrané a děti s postižením jsou služby zaměřené také na pomoc (nejen) nezletilým těhotným dívkám a matkám.

Těhotným ženám se nabízí možnost využití diskrétních či utajených porodů s poradenstvím a doprovodem. Žena, která tuto službu využije, pobývá v centru před porodem a po tuto dobu je jí poskytována komplexní zdravotní, psychologická a sociální péče. Dále je zajištěn kontakt s porodnicí a doprovod. Po porodu je dítě přijato do zařízení, pokud žena o dítě nemá zájem. Pokud je dán ženou souhlas k náhradní rodinné péči, dítě do této péče odchází.

Matky s dětmi mohou využít zácvičkové pobyty, což se týká právě nezletilých matek, ale také matek ze sociálně slabých rodin, se zdravotním postižením, apod. Matkám jsou předávány informace v základní péči o dítě a učí se dovednostem v zacházení s dítětem.

DC pomoc nezletilým matkám poskytuje pokud je o pomoc požádáno. Jedná se zejména o posílení rodičovství spočívající ve vytvoření pevných vazeb mezi matkou a dítětem. (Chrenková, 2008r; Interní materiály centra).

Kojenecký ústav a Dětský domov Dvůr Králové

Kojenecký ústav a Dětský domov ve Dvoře Králové poskytuje péči nezletilým těhotným dívkám na oddělení okamžité pomoci. Nezletilé dívky jsou do zařízení přijímány na základě vlastní žádosti, žádosti zákonného zástupce či žádosti OSPODu. Mohou zde být umístěny také na základě soudem stanoveném předběžném opatření. V zařízení pobývají do doby porodu, případně až do své zletilosti, pokud mají zájem. Jakmile dosáhnou zletilosti a v zařízení si přejí zůstat, jsou přemístěny na oddělení matek s dětmi, kde mohou pobývat až půl roku (tato doba se může prodlužovat). V době, kdy jsou dívky nezletilé, si pobyt v zařízení nehradí. Dosažením zletilosti je již zletilou dívkou pobyt hrazen.

Zařízení poskytuje celodenní péči o matku a dítě odborným zdravotnickým personálem. Matkám a jejich dětem je zajištěna celodenní strava, léky, hygienické potřeby a pleny pro děti. Každý den je k dispozici dětská lékařka a sociální pracovnice, která pomáhá

s vyřízením dávek státní sociální podpory, v komunikaci se sociálními pracovníci, soudy a samozřejmě s navracením se do svého přirozeného prostředí. (Chrenková, 2008s)

Dětské centrum Brno

Dětské centrum v Brně nabízí pomoc těhotným ženám a matkám (tedy i těm nezletilým) formou umožnění pobytu v zařízení před porodem a následně také po porodu, do té doby, než si žena nalezne jiné ubytování. Kapacita zařízení je 4 matky a jejich děti. V průběhu pobytu jsou matkám předávány základní sociální návyky v péči o dítě a sebe. Je dostupná odborná pomoc lékaře, psychologa, sociálního pracovníka. (Chrenková, 2008t)

Kojenecký ústav a dětský domov Valašské Meziříčí

Kojenecký ústav a dětský domov ve Valašském Meziříčí pomáhá jak nezletilým těhotným dívkám, tak matkám. Nezletilé těhotné dívky jsou přijímány se souhlasem zákonného zástupce za účelem utajení těhotenství a následného osvojení dítěte. Pro (nezletilé) matky fungují v zařízení dvě místa, která jsou určena k zácviku péče o dítě, v rehabilitaci, případně pokud se po porodu matky nemají, kde vrátit. Zařízení, ale neposkytuje azylové bydlení. (Chrenková, 2008u)

**Příloha č.12. – Režim dne na Oddělení matek při Diagnostickém ústavu v Praze
Hodkovičkách**

7.30 – budíček

7.30-8.00 – hygiena

8.00 – snídaneč na oddělení

dopolední program – např. výuka

oběd ve školní jídelně v DÚ

odpolední program – vycházka pro matky s dětmi po 14.00 hodině

večeře ve školní jídelně

18.00-20.00 – koupání dětí a večerní hygiena

O víkendu je program volnější. Těhotné dívky a matky se staršími dětmi mohou jít za kulturou mimo zařízení. V době jejich nepřítomnosti se o jejich starší děti starají vychovatelé.

INDIVIDUÁLNÍ STUDIJNÍ PLÁN

propololetí školního roku

JMÉNO A PŘÍJMENÍ ŽÁKA

- reprezentace za sportovní klub
- jiná činnost na vrcholové úrovni
- ze zdravotních důvodů

Prohlašuji, že se účastním nejméně 4 konzultací ve všech uvedených předmětech v uvedených termínech.

[illegible]

Vyjádření ředitele školy:

od	do
----	----

Příloha č.14. – Přehled postupu pomoci nezletilým těhotným dívkám a matkám

Následující text zpřehlední možný postup pomoci nezletilé těhotné dívky a matce. V praxi mohou formy pomoci nabývat nejrůznějších podob odvislých od konkrétních situačních faktorů (kdy bylo těhotenství zjištěno a potvrzeno, s kým bylo řešeno, jaký je věk nezletilé dívky, apod.).

A) Nezletilá těhotná dívka s rodinným zázemím

Funkční rodina :

- ▼ Dětský a dorostový lékař - možné zjištění těhotenství
- ▼ Dětský a dorostový gynekolog - zjištění a potvrzení těhotenství, interrupce
- ▼ Škola – třídní učitel, výchovný poradce, ředitel – přerušení studia, individuální studijní plán
- ▼ Policie – u dívky mladší 15-ti let, trestní řízení
- ▼ OSPOD – určení opatrovníka či poručníka (výchova a správa majetku), případně NRP, uznání rodičovské zodpovědnosti (od 16-ti let)
- ▼ Soud – rozhodnutí o opatrovnictví či poručenství, určení otcovství, stanovení výživného
- ▼ Správa sociálního zabezpečení – peněžitá pomoc v mateřství
- ▼ ÚP – dávky státní sociální podpory
- ▼ OPHN – dávky pomoci v hmotné nouzi

Model výchovy dítěte – nezletilá matka dítěte společně s pomocí babičky dítěte, babička dítěte, partner nezletilé matky dítěte

Nefunkční rodina :

- ▼ OSPOD – rodina evidenci OPD (nedostatečná výchova, nevhodné bytové a hygienické podmínky), stanovení dohledu nad nezletilou
- ▼ Sociální kurátor pro mládež – výchovné problémy (absence ve škole, alkohol, drogy, přepadení, krádeže), nezletilá v podmínce
- ▼ Soud – dohled, podmínka
- ▼ Dětský a dorostový lékař – možné zjištění těhotenství
- ▼ Dětský a dorostový gynekolog – zjištění a potvrzení těhotenství
- ▼ Škola – třídní učitel, výchovný poradce, ředitel
- ▼ Policie – u dívky mladší 15-ti let, trestní řízení
- ▼ OSPOD – nad nezletilou stanoven dohled → nezlepšující se sociální situace rodiny → upozornění rodiny na návrh ústavní výchovy (ochranné výchovy) u nezletilé → podání návrhu na nařízení ústavní (uložení ochranné) výchovy → soudně nařízena ústavní výchova (uložena ochranná výchova)
- ▼ Soud – nařízení ústavní či uložení ochranné výchovy, určení otcovství, stanovení výživného, uznání rodičovské zodpovědnosti (od 16-ti let)
- ▼ Diagnostický ústav – umístění na základě nařízené či uložené ochranné výchovy, diagnostika (8 týdenní pobyt)
- ▼ Školská ústavní zařízení – DD, DDsŠ, VÚ
- ▼ Nezletilá matka a dítě žijí společně ve školském ústavním zařízení, případně se vrací zpět do své původní rodiny (po zlepšení podmínek)
- ▼ Nezletilá matka a dítě žijí odděleně – matka ve školském ústavním zařízení, dítě ve zdravotnickém zařízení (kojenecký ústav, dětský domov pro děti do tří let, dětské centrum) → pokud se nezletilá matka vzdala výchovy dítěte, dítě je zařazeno do evidence NRP
- ▼ Po dosažení zletilosti, případně dokončení přípravy na povolání → návrat do původní rodiny/azylové bydlení, Dům na půl cesty/ubytovny/pronájem bytu/vlastní byt

Model výchovy dítěte: výchova dítěte v ústavním zařízení za pomoci personálu zařízení

B) Nezletilá těhotná dívka bez rodinného zázemí

Dívka, která žije od narození v ústavních zařízeních, či prožila většinu část svého dětství v těchto zařízeních.

- ▼ Dětský a dorostový lékař v zařízení/mimo zařízení – možné zjištění těhotenství
- ▼ Dětský a dorostový gynekolog v zařízení/mimo zařízení – zjištění a potvrzení těhotenství
- ▼ Sociální pracovník v zařízení, ředitel zařízení – zvážení možností (interrupce, NRP), přemístění nezletilé těhotné dívky do jiného zařízení specializujícího se na nezletilá těhotenství a mateřství
- ▼ Sociální pracovník zařízení → původní rodina nezletilé dívky → policie (dívka mladší 15-ti let) → škola (přerušení studia, individuální plán) → OSPOD (sociální agenda – dávky) → soud (určení otcovství, stanovení výživného, uznání rodičovské zodpovědnosti)
- ▼ Nezletilá matka žije společně s dítětem v ústavním školském zařízení
- ▼ Nezletilá matka a dítě žijí odděleně – matka ve školském ústavním zařízení, dítě ve zdravotnickém zařízení (kojenecký ústav, dětský domov pro děti do tří let, dětské centrum) → pokud se nezletilá matka vzdala výchovy dítěte, dítě je zařazeno do evidence NRP
- ▼ Po dosažení zletilosti, případně dokončení přípravy na povolání → návrat do původní rodiny/azylové bydlení, Dům na půl cesty/ubytovny/pronájem bytu/vlastní byt

Model výchovy dítěte: výchova dítěte v ústavním zařízení za pomoci personálu zařízení

Zdroj : Vlastní konstrukce, 2008

Příloha č.15. – Polostrukturovaný rozhovor

ROZHOVOR

Oblasti rozhovoru :

Základní údaje

Otázky typu :

Kdy jste se narodila (rok) ?

Kde v současné době žijete ?

Z jakých prostředků žijete ?

Jaký je Váš současný stav ?

Máte děti ? Kolik ?

Jakou školu v současné době navštěvujete ?

Původní rodina

Otázky typu :

V jaké rodině jste vyrůstala ?

Jak byste popsala Vaši původní rodinu, ve které jste žila ?

Těhotenství

Otázky typu :

Kdy a jak jste zjistila, že jste těhotná ?

Navštívila jste gynekologii ?

Jak reagoval lékař – gynekolog ?

Jak jste reagovala Vy ?

Svěřila jste se někomu ? Komu ?

Jak reagoval Váš partner/otec dítěte ?

Uvažovala jste o interrupci ? Podstoupila jste interrupci ? Kolikrát a v kolika letech ?

Jak a s kým jste se snažila řešit zjištěné těhotenství ?

Jak hodnotíte pomoc okolí v době zjištění těhotenství ? Co vše pomoc zahrnovala ?

Jak byste hodnotila průběh těhotenství ?

Navštěvovala jste v průběhu těhotenství lékaře pravidelně ? Absolvovala jste všechny lékařské prohlídky spojené s těhotenstvím ?

Snažila jste se dodržovat rady lékařů v době těhotenství – jako je správná výživa Vás a Vašeho dítěte ?

Požívala jste antikoncepci ?

Absolvovala jste ve škole předměty týkající se sexuální a rodinné výchovy ?

Připravila Vás škola, rodina, známí dostatečně na Váš budoucí sexuální život ? Měla jste dostatečné informace ?

Porod a poporodní období

Otázky typu :

Jak byste hodnotila průběh porodu ?

Měla jste nějaké komplikace ? Mělo/ly komplikace Vaše dítě/děti ?

Vyžadovala jste alternativní způsoby porodu ?

Doprovázel Vás někdo u porodu ?

Jaký byl přístup zdravotníků ?

Jak dlouho jste zůstala v porodnici ?

Kojila jste ? Jak dlouho ?

Otec dítěte a partnerství

Otázky typu :

Jaký máte vztah k otci dítěte ? Jaký je jeho vztah k Vám ?

Jste v kontaktu ?

Má zájem o dítě ?

Máte spolu plány do budoucna ?

Plánujete spolu další děti ?

Je uveden v rodném listě dítěte ?

Máte nového partnera ?

Plánujete spolu budoucnost, další děti ?

Hodnocení mateřství

Otázky typu :

Jaké to je být nezletilou matkou ?

Jak zvládáte péči o dítě ?

Kdybyste mohla vše vzít zpátky, změnila byste své rozhodnutí dítě si ponechat ?

Co byste poradila nezletilým těhotným dívkám či matkám ?

Životní perspektivy

Otázky typu :

Jaké jsou Vaše plány do budoucna ?

Jaké možnosti se Vám nabízí ?

Kde budete bydlet ? S kým ? S jakých finančních prostředků ?

Doděláte si školu ? Nastoupíte do práce ?

Chtěla byste ještě chtěla dodat ? Je ještě něco důležitého, co jste opomněla sdělit ?

Příloha č.16. - Přepis rozhovoru 10

Základní údaje

„Narodila jsem se v roce 1991, je mi sedmnáct. Mám jedno dítě – syna a společně žijeme tady v domově už 3 roky, od roku 2005, kdy se malý narodil. Oba máme nařízenou ústavní výchovu. V domově máme všechno, máme kapesné a já mám rodičovskou zodpovědnost, trvalo to dva roky, bylo to hrozné, jak dlouho to trvalo. No a od února pobírám přídavky na dítě. Jsem na střední škole – na učilišti – provoz služeb, je to na 3 roky, přestoupila jsem tady z hotelovky“.

Původní rodina

„Žila jsem s mamkou a jejím přítelem v rodinném domku. Mám ještě další sourozence, ale ti už jsou dospělí, ti už s námi nebydleli“.

„Bývala jsem často nemocná a nechodila jsem pravidelně do školy, často jsem chyběla. Mamka nechodila moc do školy na třídní schůzky. Moc mě to tam nebavilo. Navíc jsem musela dojíždět a někdy mi ujel autobus, tak jsem školu nestihla“.

Těhotenství

„Bylo mi 13, když jsem otěhotněla, špatně jsem se zamilovala – „holky vemte rozum do hrsti, nenechat se ovlivnit – ty jsi ta jediná“, byl to můj první kluk. Zнала jsem ho, měli jsme vztah. Byla jsem do něj celá zblázněná. Já to nechápu, když si uvědomím, co mi vše dělal. V dnešní době už bych s ním nemohla být. Lhala jsem, ale s kým jsem otěhotněla, aby neměl problémy, byl už dospělý, byl o 5 let starší, bylo mu 18. Řekla jsem policii, že jsem byla znásilněna. Otočil se ke mně zády, neměl o mě zájem, když mi bylo nejhůř, když jsem mu řekla, že jsem těhotná. Ted' projevil zájem, ale spíše o mě, o to dítě ne. Má novou přítelkyni a prej už má i někde dítě“.

„Bylo to celé komplikované – nikomu jsem nic neřekla – pouze příteli, nechodila jsem na gynekologii, nevěděla jsem, ve kterém jsem měsíci a nevěděla jsem nic ani o těhotenství, jestli je to kluk nebo holka. Nic. Ale pročítala jsem si encyklopedie o porodu, zajímalo mě to, neuměla jsem si to vůbec představit. Zjistila jsem to tak, že jsem nedostala menstruaci – dva měsíce, pak jsem si koupila test a bylo to. V průběhu těhotenství bylo vše v pořádku, měla jsem jenom nevolnosti po ránu“.

„Neuvažovala jsem o potratu – bylo pozdě a bylo by to riskantní. Ochranu jsme s partnerem nepoužívali, nevěděla jsem o tom nic. Nikdy jsem se o tom s nikým nebavila“.

„Byla jsem sama doma, zakopla jsem a praskla mi plodová voda. Mamka, když se vrátila domů, tak nevěděla, co se děje. Nevěděla, že jsem těhotná, nebylo to na mě znát. Byla překvapená, koukala na mě. Zavolala sanitku a ta pro mě přijela a odvezla mě do nemocnice“.

„Mamka reagovala tak, že buď dám dítě pryč, nebo půjdu z baráku. Nakonec za mnou druhý den přijela do nemocnice a přivezla mi nějaké věci. Co mohla říct, už to bylo venku“.

„Vůbec jsem nevěděla, jak to bude – myslela jsem si, že mi dítě vezmou a dají do kojeňáku, když jsem tak mladá“.

Porod a poporodní období

„Malý se narodil předčasně v 7. měsíci, byl hrozně malé miminko, byl v inkubátoru. U porodu bylo vše v pořádku, vycházeli mi vstříc, když viděli, jak jsem mlad'ounká. Snažili se mi co nejvíce pomoci. Chtěla jsem to mít co nejrychleji za sebou. Když jsem malého viděla, rozhodla jsem se, že si ho nechám a postarám se o něj. Dali mi ho do náruče a já jsem věděla, že ho nedám někomu cizímu. A nelituji toho. Je to moje „sluníčko“. Malý měl poruchu s jídlem až do jednoho roku, nic mi nechtěl jíst. Říkali mi, že je to z toho, že se narodil dřív.“

„Po porodu jsem dostala infekční nemoc a museli jsme zůstat v nemocnici měsíc. Potom mi sháněli bydlení, domů k mamce jsem s malým nemohla, nebyly tam dobré podmínky pro malé dítě. Pak nám zařídili dětský domov. Tady je to bezvadný“.

„Kojila jsem ho, protože měl problémy s jídlem“.

Otec dítěte

„S otcem malého nejsem a nemám o kontakt s ním zájem, i když on by nás vidět chtěl. On mě teď deptá, po třech letech si vzpomněl, že má dítě, a vadí mu, že mám přítele. Nebyl takový, jak jsem si myslela. V tu chvíli mě to bolelo, ale teď jsem ráda, že už, že to prostě skončilo, nějak. Mám teď nového přítele, ale nechci nic uspěchat.“

„Neuvedla jsem otce malého do rodného listu, aby si nedělal nějaký práva. Ale bylo mu potvrzeno otcovství, dělali mu testy DNA“.

„Další děti by určitě chtěla, ale až později, až zjistím, že to je ten pravý. To chce čas, teď už mám jedno a je to na celý život. Zase druhý hned, to ne. Vdávat se nechci.“

Hodnocení mateřství

„Ničeho nelituji, opravdu. Je tady a změnit už to nemůžu, nelituji toho, že ho mám, ale že ho mám zrovna s ním, toho lituju, že zrovna on. Máme spolu hezký vztah, to je můj „bobánek“, na začátku, když jsme přišli do domova, malému byl měsíc, tak jsem ho nechtěla nikomu půjčit, hrozně jsem se o něj bála, že spadne nebo něco.“

„Nejhorší byly ale ty začátky, než jsem se to vše naučila - kojení a vstávání k malému. Vsávala jsem i několikrát za noc. Ráno do školy a pak jsem po dvou hodinách ve škole chodila za malým na kojení.“

„Je hrozně šikovný, hezky mluví, umí zpívat, na tři rok je fakt šikovný. Přeskočil jedno vývojové období – nelezl - psychicky to snad není dobré – hned začal chodit, že prý byt tam měl být ten vývoj toho lezení, no uvidíme, prostě se mu chtělo chodit. On je takový čert, hrozně zlobí. Od září půjde do školky, zatím jenom na 4 hodiny, od února pak na celý den. On je hrozně rád mezi lidma“.

„Když nejsem ve škole tak se starám o malého, chodíme na procházky“.

„Zatím jsem mu nic neřekla, jak to vše bylo, je ještě malý, ještě je brzo, učím ho, ale že bydlí v dětském domově. Ale nevysvětlila jsem mu ještě, proč jsme tady. Určitě mu to chci říct, nebudu mu to tajit“.

„Ve třídě i v domově ho mají všichni rádi. Cítím se jako dospívající ve třídě, před ním ale musím být rázná, takže dospělá – mám takové dvě tváře“.

„Chtěla bych vzkázat nezletilým maminkám „ať se starají o své děti, jednou jim určitě poděkují!“ „Ať jsou oporou pro své dítě!“ „A aby se to dítě za ně nemuselo jednou stydět!“

Životní perspektivy

„Zpočátku se mi tady nelíbilo, bylo to tady strašný, bez rodiny, s dítětem, chtěla jsem si vše dělat po svém, měla jsem svojí hlavu. Ze začátku jsem si musela zvyknout, jiní lidi, jiné prostředí, jinej režim. Ale teď jsem tu spokojená, vše jsem se tady naučila. Mám pořád stejnou asistentku, která mi s malým pomáhá a stará se o něj, když jsem ve škole, nebo když se učím, nebo se o víkendech chodím někam bavit. Je to supr ženská, má svoje dítě, takže ví, co a jak“.

„Příští rok budu dospělá – chci si dodělat školu a zůstat v domově do ukončení školy, takže 2 roky tady budu ještě určitě. Domů se vrátit nechci – chci být sama, oddělená, žít na vlastní noze. Domov mi pomůže s bydlením, chci zůstat tady nebo někde poblíž, chtěla bych svůj vlastní byt, kde bych žila s malým“.

„S mamkou jsme v kontaktu, naše vztahy jsou dobré, finančně mi pomáhá, každý měsíc posílá balíky, je to super ženská, hlavně malého má ráda.“.

Čestné prohlášení

Já, níže podepsaná studentka tímto čestně prohlašuji, že text mnou odevzdané závěrečné práce v písemné podobě, nebo na CD nosiči, je totožný s textem závěrečné práce vloženým v databázi DIPL2.

V Ostravě dne 20.3.2010



MONIKA CHRENKOVÁ