

MASARYKOVA UNIVERZITA
Pedagogická fakulta
Katedra rodinné výchovy a výchovy ke zdraví

**Těhotenství nezletilých a jeho důsledky na
psychosociální vývoj**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

BRNO 2012

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Reissmannová, Ph.D.

Vypracovala: Eva Trávníčková

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci Těhotenství nezletilých vypracovala samostatně a čerpala jsem jen z uvedených zdrojů.

V Brně dne 20. 4. 2012

.....
Eva Trávníčková

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Mgr. Jitce Reissmannové PhD., vedoucí mé diplomové práce, za cenné připomínky, odborné rady a především trpělivost při tvorbě práce. Dále bych ráda poděkovala respondentkám, jež se zúčastnily mého výzkumu. V neposlední řadě bych také chtěla poděkovat svojí rodině, za trpělivost a podporu po celou dobu mého studia.

OBSAH

ÚVOD	5
I. TEORETICKÁ ČÁST	7
1. REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ V OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ	8
1.1 POJEM REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ.....	8
1.2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ.....	9
1.3 ZNAKY NEZRALOSTI ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ V OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ.....	13
1.4 DŮSLEDKY PŘEDČASNÉHO ZAHÁJENÍ SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA.....	14
2. TĚHOTENSTVÍ NEZLETILÝCH	16
2.1 ZDRAVOTNÍ HLEDISKO TĚHOTENSTVÍ NEZLETILÝCH.....	17
2.2 PSYCHICKÉ HLEDISKO TĚHOTENSTVÍ NEZLETILÝCH.....	18
2.3 SOCIÁLNÍ HLEDISKO TĚHOTENSTVÍ NEZLETILÝCH.....	20
2.4 VYMEZENÍ RIZIKOVÝCH SKUPIN	22
3. RIZIKA TĚHOTENSTVÍ NEZLETILÝCH	24
3.1 RIZIKA PRO MATKU	24
3.2 RIZIKA PRO DÍTĚ	25
4. PREVENCE TĚHOTENSTVÍ NEZLETILÝCH	27
4.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE	27
4.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE	28
4.3 TERCÍÁRNÍ PREVENCE	28
II. PRAKTICKÁ ČÁST	31
1. KVALITATIVNÍ VÝZKUM	32
2. VÝZKUMNÉ CÍLE A OBLAST VÝZKUMU	34
3. PROSTŘEDKY VÝZKUMU	35
3.1 METODA ROZHOVORU.....	36
3.2 METODA PŘÍPADOVÉ STUDIE.....	37
4. VÝBĚR RESPONDENTŮ	38
5. VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
6. VÝZKUMNÁ DATA	42
6.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE – PŘÍBĚH ALENY.....	43
6.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE – PŘÍBĚH BLANKY.....	45
6.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE – PŘÍBĚH DANY.....	48
6.4 PŘÍPADOVÁ STUDIE – PŘÍBĚH ELIŠKY.....	52
6.5 PŘÍPADOVÁ STUDIE – PŘÍBĚH LUCIE.....	57
7. VÝSLEDKY PRŮZKUMU	60
ZÁVĚR	63
RESUMÉ	64
SUMMARY	64
LITERATURA	65
PŘÍLOHY	67

Úvod

Zatímco pro většinu zvířat je sexuální chování pouze přirozený pud, jehož cílem je zachování druhu a pokračování rodové linie, pro člověka je sexuální chování současně i zábavou vyhledávanou za účelem navození příjemných pocitů.

V období dospívání jsou sexuální touhy mladého člověka velmi silné. Otevírá se před ním svět plný nových prožitků a emocí, kde může být svým vlastním pánem. Svět, do nějž nezasahují žádné autority z vnějšího světa. Současně si plně neuvědomuje rizika, jež sebou předčasné zahájení sexuálního života přináší, což zahrnuje nejen těhotenství, ale i přenos pohlavních nemocí, psychické problémy či porušování zákona.

Děti se od útlého věku setkávají se sexualitou a sexuálním chováním v každodenním životě, ať už sledováním nevhodných televizních programů, hraním videoher či brouzdáním po internetu. Sex pro ně tedy rozhodně není neznámým pojmem. Na druhou stranu nejsou seznámeni s důsledky nebo si je plně neuvědomují, protože ty už se z podobných zdrojů nedozvědí.

V poslední době se zvedá vlna rodičů, kteří argumentují proti výuce sexuální výchovy na základních školách. Zkreslené představy o tom, jak se děti v tomto předmětu učí sexuálními praktikám a návodu „jak na to“ jsou však naprosto zcestné. Přesto jsem se s nimi v praxi již několikrát setkala. A právě to mne přivedlo ke zvolení tématu diplomové práce.

V teoretické části se věnuji problematice těhotenství nezletilých, vyčlenění rizikových skupin, stručnému shrnutí vývoje ženských pohlavních orgánů včetně kapitoly věnované jejich nezralosti v období dospívání. Část informací uvedených v teoretické části čerpá z méj bakalářské práce uvedené v seznamu použité literatury. Součástí teoretické části jsou i kapitoly popisující důsledky předčasného zahájení sexuálního života, pohled na těhotenství nezletilých ze zdravotního, psychického i sociálního hlediska, centra pomoci pro nezletilé matky se zaměřením na jihomoravský kraj a význam prevence úzce související s dostupností a přenosem informací, jež v neposlední řadě zahrnuje výuku sexuální výchovy na základních školách v rámci předmětu výchova ke zdraví nebo i jako samostatného preventivního programu. Teoretická část je zpracována formou literární rešerže. Mým cílem bylo vytvořit text shrnující nejdůležitější informace k dané problematice, neboť jsem se

sama přesvědčila, že literatury k tématu těhotenství nezletilých rozhodně není nadbytek.

V praktické části pracuji s kazuistikami, které jsem v rámci rozhovoru získala od žen, které byly v době své nezletilosti těhotné. Zaměřuji se v nich na pět hlavních oblastí a v rámci výzkumu je porovnávám s údaji získanými z odborné literatury v teoretické části mé práce.

I. Teoretická část

Teoretická část je rozdělena na čtyři kapitoly, přičemž každá kapitola obsahuje několik podkapitol.

První kapitolou teoretické části je reprodukční zdraví, vymezení pojmů zdraví a reprodukční zdraví, vývoj ženských pohlavních orgánů a rizika předčasného zahájení sexuálního života.

V druhé kapitole se stává ústředním tématem těhotenství nezletilých a jeho vliv na život nezletilé dívky z pohledu bio-psycho-sociálního. Součástí druhé kapitoly je i vymezení rizikových skupin.

Třetí kapitola je věnována rizikům spojeným s těhotenstvím, a to jak rizikům pro nastávající nezletilou matku, tak i rizikům pro dítě.

Poslední, čtvrtá kapitola, se týká prevence, vymezuje pojmy primární, sekundární i terciární prevence pro oblast těhotenství nezletilých.

1. Reprodukční zdraví v období dospívání

Kapitola reprodukční zdraví v období dospívání shrnuje informace týkající se zdraví, vývoje, anatomie a fyziologie ženských pohlavních orgánů, znaky nezralosti ženských pohlavních orgánů v období dospívání a důsledky předčasného zahájení sexuálního života.

1.1 Pojem reprodukční zdraví

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization) definovala v roce 1946 zdraví jako stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není tím tedy myšlen pouze stav, kdy je nemoc nepřítomna. "**Sexuální zdraví**" pak podle Světové zdravotnické organizace představuje takový souhrn tělesných, citových, rozumových a společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky. Předpokládá to určitou osobnostní zralost, kterou většina dosahuje až v pozdní adolescenci

V souvislosti se zdravím v oblasti lidského rozmnožování se od konce 20. století začal užívat termín **reprodukční zdraví**. Reprodukční zdraví lze definovat jako schopnost oplodnit, otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě. Zatímco schopnost oplodnit je specifická pro muže, ostatní vyjmenované schopnosti jsou typické pro ženy. Nerušený vývoj pohlavních orgánů je však stejně významný jak pro jedince ženského, tak i pro jedince mužského pohlaví.

Za poruchy reprodukčního zdraví jsou považovány sterilita a stavy zahrnující nepravidelnosti a patologie v těhotenství jako jsou spontánní potrat, extrauterinní gravidita, předčasný porod, vícečetné těhotenství, porod dítěte s vrozenou vývojovou vadou či porod mrtvého dítěte. (Machová, Hamanová, 2002)

1.2 Anatomie a fyziologie ženských pohlavních orgánů

Kapitola anatomie a fyziologie ženských pohlavních orgánů obsahuje podkapitoly týkající se vývoje ženských pohlavních orgánů v jednotlivých obdobích dětského věku. Podrobnějším rozpracování období dospívání je významné pro pochopení souvislostí s nezralostí ženských pohlavních orgánů do ukončení tohoto období a riziky spojenými s předčasným zahájením sexuálního života. Podkapitoly menarche a sekundární pohlavní znaky jsou uvedeny z pohledu psychicky náročného období dospívající dívky v důsledku změn spojených s proměnou jejího těla.

1.2.1 Novorozenecké období

Novorozenecké období je období ovlivněné vysokou hladinou mateřských estrogenů, a to jak u děvčat, tak i u chlapců. Pod vlivem hormonů dochází ke zduření mléčné žlázy. Někdy může z bradavek vytékat mlezivo, které se nevymačkává, protože by mohlo dojít k poranění žlázového základu. Není vyvinuto axilární ani pubické ochlupení.

Zvýšená hladina estrogenů vede u novorozených děvčátek k proliferaci děložní sliznice spojené s tvorbou hleny nazývané fluor neonatalis, který z mikroskopického hlediska obsahuje *Lactobacillus acidophilus*, jenž odtéká hymenálním otvorem. Děloha je zduřelá a má zřetelně vytvořené tělo, které vůči hrdlu zaujímá poměr 1:2, jedná se o typ dělohy novorozenecké, tzv. typus uteri neonatalis.

Zevní rodidla jsou prosáklá a zduřelá, což je velmi dobře patrné na hymenu, který vyčnívá ze zející vulvy a řasí se do fimbrií. Pochva je vystlána nízkým dlaždicovým epitelem tvořeným několika vrstvami buněk.

Ovaria obsahují 200 000 – 300 000 primordiálních folikulů, které jsou tvořeny oocytem obaleným jednou vrstvou plochých folikulárních buněk. Některé folikuly začnou po narození růst do stadia rostoucího folikulu plného, ale jejich vývoj dále nepokračuje a zanikají. (Macků, 1996)

Přestože podvázáním pupečníku je ukončen příliv estrogenů, pokles jejich hladiny trvá několik dní a změny, které vyvolaly, odeznívají ještě déle. Jako první reaguje na pokles hormonů endometrium, které po 7 – 10 dnech degeneruje a začne se odlučovat, což se může projevit drobným krvácením. Většina ostatních změn vymizí

během tří týdnů, některé, jako zduření prsních žlázek, však mohou trvat až 8 týdnů. (Hořejší, 1990)

1.2.2 Klidové období

Pro klidové období je typická absence nebo přítomnost jen velmi nízké, neúčinné hladiny estrogenů, všechny tkáně na nich závislé se nachází ve stavu minimálního rozvoje a funkčního klidu.

Dívčí prsa se neliší od chlapeckých, jsou zcela bez rozvoje, tzv. mamma neutralis s. puerilis. Není vytvořeno pubické ani axilární ochlupení. Vulva je uzavřena velkými stydkými pysky, které překrývají i malé stydké pysky a poštváček. Hymen je jemný, blanitý, tenký a široce zeje, je jím patrná bledá poševní sliznice, která je nízká a tvořená 3 – 8 vrstvami bazálních a parabazálních buněk. Z pochvy neodchází žádný hlen, není v ní ani obsažen *Lactobacillus acidophilus*. (Hořejší, 1990)

Děloha se postupně zvětšuje, ale stále má větší hrdlo než ploché tělo, jedná se o typ uterus infantilis.

Klidové období končí mezi 8 – 9 rokem a přechází do období pohlavního dospívání.

1.2.3 Období pohlavního dospívání

Období pohlavního dospívání začíná aktivací činnosti endokrinního systému. Proces je vyvolán dozráváním sexuálních center v hypothalamu, který podněcuje přední lalok hypofýzy – adenohipofýzu, k tvorbě hormonů ovlivňujících činnost gonád. Tyto hormony, označované jako gonadotropní, uvolňují folikulostimulační hormon FSH a luteinizační hormon LH. Ovaria začínají tvořit estrogeny, které vyvolávají změny spojené s pubertou. (Macků, 1996)

V ovariích přibývá rostoucích folikulů plných, z nichž některé pokračují ve vývinu. Ve vrstvě obalovaných buněk vzniká dutinka směřující k povrchu ovaria, vyplněná tekutinou. Jedná se o stadium rostoucího folikulu s dutinkou. Folikul se vyklene nad povrch ovaria jako puchýř a okolní ovariální tkáň se prokrvuje, dochází ke stadiu zrajícího folikulu. Vrcholem tohoto procesu je vytvoření Graafových folikulů a první ovulace. Ovarium se nachází ve své definitivní podobě a velikosti, počet primárních folikulů je okolo 200 000. (Macků, 1996)

Děloha se vlivem estrogenů zvětší, děložní tělo se vůči hrdlu dostává do poměru 1:1, jedná se o typ dělohy uterus pubertalis. Endometrium proliferuje, po zániku folikulu se rozpadá. Sliznice děložního hrdla produkuje hlen, který se může projevat jako fluor pubertalis. Postupně přechází typ uterus pubertalis v typ uterus adultae, který je charakteristický převahou těla nad hrdlem. (Macků, 1996)

Pochva se prodlužuje, vytváří se poševní klenby, buňky zvrstvené sliznice obsahují glykogen, pochva se osídluje Laktobacillem a její pH klesá. Změny, které prodělává, jsou závislé na hladině ovariálních estrogenů.

Hymen tvoří neúplnou překážku mezi zevními rodidly a pochvou. V období dospívání se jeho sliznice ztlušťují a otvor hymenu se zvětšuje. Zevní rodidla se také ztlušťují, malé stydké pysky se zvětšují, velké stydké pysky hrubnou a jejich kůže se pigmentuje. (Hořejší, 1990)

Období pohlavního dospívání plynule navazuje na období pohlavní zralosti, které je předmětem studia ženské gynekologie.

1.2.4 Sekundární pohlavní znaky

Kromě samotných pohlavních orgánů dochází v období dospívání k rozvoji sekundárních pohlavních znaků, který je způsoben zahájením činnosti ovarii a produkcí estrogenů v období pohlavního dospívání. Rozlišují se tři hlavní symptomy utváření sekundárních pohlavních znaků: telarché, pubarché a menarche.

Jako první, zhruba kolem 11 roku, se ve většině případů začíná vyvíjet mléčná žláza, dvorce s bradavkou se kuželovitě zvednou, zvětší se žláзовý parenchym a v jeho okolí se ukládá tuk. Vývoj začíná obvykle jednostranně, a to vlevo, ale druhá strana náskok rychle dohání. Tento symptom bývá označován jako telarché.

Okolo 12 roku se začíná objevovat řídké ochlupení v oblasti zevních rodidel, nazývané pubické, a krátce nato v oblasti podpažních jamek, nazývané jako ochlupení axilární. Růst ochlupení je druhým symptomem sekundárních pohlavních znaků, tzv. pubarché. (Macků, 1996)

Posledním symptomem sekundárních pohlavních znaků je nástup menarche, neboli prvního menstruačního krvácení, které se u ženy objevuje průměrně ve 12,5 letech. Nástup menarche je ovlivňován mnoha vnitřními i vnějšími faktory jako je sociální prostředí či klima. (Hořejší, 1990)

Součástí vývoje sekundárních pohlavních znaků je i zahájení výrazných somatických změn. Růstem skeletu je dána tělesná výška, zatímco v období od 3 let do puberty vyroste dívka průměrně o 5 cm za rok, v době dospívání je to 8 – 9 cm za rok. Růst je ukončen uzávěrem epifyzárních štěrbin dlouhých kostí okolo 17 roku. Mění se i tělesná skladba, narůstá celková hmotnost, v níž se zvyšuje podíl tuku a mění se jeho rozložení. Růst do šíře se urychluje zejména v oblasti pánve, kde maximální přírůstky činí 12 – 15 mm za rok. (Hořejší, 1990)

1.2.5 Menarche

Menarche, první menstruační krvácení, je projevem zvyšování hladiny estrogenů natolik, že dokáže stimulovat proliferaci endometria. Hladina pohlavních hormonů se může dále zvyšovat ještě několik let po ukončení výškového růstu v důsledku pokračujících změn tělesné stavby. (Hořejší, 1990)

Nástup menarche je ovlivněn vnějšími i vnitřními faktory. Dívky jižních národů začínají menstruuat dříve než Seveřanky a i z hlediska historického se snižuje věk první menarche, což souvisí se zlepšováním socioekonomických podmínek. (Hořejší, 1990)

Větší vliv na dostavení menarche mají známky a okolnosti spojené s dospíváním. Obvykle nastupuje při kostní zralosti 13 let, výšce 158 cm, váze 48 kg, z čehož 22 % váhy tvoří tělesný tuk a množství tělesné vody dosáhne 56 % celkové hmotnosti. (Hořejší, 1990)

Primární funkcí hormonálních změn v pubertě je dosažení schopnosti vytvořit zralou pohlavní buňku. Zpočátku jsou menstruační cykly nepravidelné a často během nich nedochází k ovulaci, protože mu nepředchází kompletní cyklus na ovariu a na děložní sliznici. Různá může být i délka a síla menstruačního krvácení. Menstruační cykly by se měly postupně ustálit na frekvenci asi 28 dní, z čehož krvácení by mělo trvat průměrně 3 – 4 dny. Délka cyklu se postupně stabilizuje a do šesti let od menarche je již 80% cyklů ovulačních. Následuje období vrcholné fertility, která trvá průměrně od 19 do 30 let (Macků, 1996).

Menstruační krev je nesrážlivá, smíšená s hlenovitým obsahem endometrálních žlázek, částmi rozpadající se děložní sliznice a cervikálním hlenem. Průměrné ztráty menstruační krve se pohybují v rozmezí 50 – 150 ml krve, intenzitu krvácení je možné

odhadovat dle spotřeby menstruačních vložek, průměrně 3 – 4 denně. Každá dívka by měla sledovat rytmus i intenzitu svého menstruačního krvácení, vhodnou pomůckou pro vedení záznamů je menstruační kalendář. (Macků, 1996)

1.3 Znaky nezralosti ženských pohlavních orgánů v období dospívání

Puberta a období pohlavního dospívání a dozrávání přetrvává u dívek až do 18. roku. Až na konci tohoto období je dosaženo optimální připravenosti ženských pohlavních orgánů a současně i psychosociální zralosti ženy pro mateřství. (Macků, 1996)

Jak již bylo krátce zmíněno v kapitole menarche, jednou z příčin nedosažení plné reprodukční funkce je výskyt anovulačních cyklů, tedy cyklů, během nichž nedochází v průběhu menstruačního cyklu k ovulaci. Důvodem je **dozrávání hypotalamo-hypofyzárního řízení** činnosti vaječnicků.

Menstruační cyklus je proces, při němž děložní sliznice prodělává pravidelné změny opakující se každých 28 dní, případně kolísá v rozmezí 24 – 32 dnů. Zahrnuje čtyři na sebe navazující fáze: menstruační, proliferační, sekreční a ischemickou. (Novotný, Hruška, 1995)

Pakliže nedojde k oplození vajíčka, začíná každý cyklus menstruační fází. Dochází v ní k odloučení zničené děložní sliznice formou krvácení z pochvy. Začíná prvním dnem od objevení krvácení a trvá 3 – 5 dní. Průměrné ztráty menstruační krve se pohybují v rozmezí 50 – 150 ml krve obsahující enzym plazmin tlumící její srážlivost.

Po ukončení menstruace dochází k regeneraci a růstu děložní sliznice pod vlivem estrogenů vznikajících v dozrávajícím Graafově folikulu. Tato fáze se nazývá proliferační a trvá 5. – 12. den od začátku cyklu.

Ve třetí, sekreční fázi, pokračuje zvětšování a překrvení děložní sliznice, která dosahuje tloušťky až 5 mm, zatímco po skončení menstruačního krvácení dosahovala výšky jen 0,3 mm. Kromě estrogenů působí po ovulaci na sliznici také progesteron žlutého tělíska. Sekreční fáze trvá od 12. – 27. dne cyklu.

V případě, že nedošlo k oplození vajíčka, začíná fáze ischemická, v níž prudce klesá produkce pohlavních hormonů, jejichž nízká hladina vyvolává kontrakci

svaloviny cév a zastavuje přívod krve s živinami a kyslíkem k buňkám děložní sliznice, které začínají odumírat. Poslední, ischemická fáze menstruačního cyklu, trvá přibližně 24 hodin, po jejím skončení dochází k odlučování odumřelých zbytků sliznice a opět nastává fáze menstruační. (Novotný, Hruška, 1995)

U **anovulačních cyklů** Graafův folikul nepraskne a žluté tělísko se nevytvoří. Vývoj děložní sliznice je tak i ve druhé fázi menstruačního cyklu nadále ovlivňován estrogenními hormony Graafova folikulu a přetrvává ve fázi proliferační. Když zanikne, hladina estrogenů poklesne a odlučuje se i proliferační děložní sliznice, která má mnohem méně příznivé histologické předpoklady a jejíž odlučování je doprovázeno silnějším a delším krvácením. (Machová, Hamanová, 2002)

Dalším znakem nezralosti pohlavního systému ženy v období dospívání je **nezralost sliznice děložního čípku** i celková nezralost imunitního systému. U dospělé ženy tvoří povrch děložního čípku odolný mnohvrstevný dlaždicový krycí epitel, který je v místě zevní branky oddělen ostrou hranicí od jednovrstevného cylindrického epitelu děložního kanálu, zatímco v období puberty se hranice cylindrického epitelu dostává až na čípek. Přes cylindrický epitel mnohem snadněji pronikají infekce z pochvy, především gonokokové a chlamydiové. Také se zvyšuje riziko napadení buněk lidským papilomavirem, který může vést ke vzniku nádorového bujení děložního čípku. Nákazou jsou ohroženy především dívky, které časně zahájily svůj pohlavní život nebo často střídají své partnery. (Machová, Hamanová, 2002)

1.4 Důsledky předčasného zahájení sexuálního života

Nejen neplánované těhotenství může být jedním z důsledků zahájení sexuálního života v příliš útlém věku. V této kapitole bych se ráda zmínila o dalších komplikacích a rizicích spojených s předčasným zahájením sexuálního života.

Vedoucí adolescentní problematiky Světové zdravotnické organizace Friedman tvrdí, že v současné době kombinace mnoha faktorů tlačí na mladé lidi, aby začali sexuálně žít před svatbou - se závažnými důsledky pro psychologické, fyzické i sociální zdraví jejich i jejich dětí. Může jít nejen o pohlavní nemoci, nežádoucí těhotenství a potraty, ale i o škody v celkovém vývoji.

Hlavními důvody, pro které je pohlavní život v dospívání považovaný za předčasný jsou především biologická nezralost dívky, osobnostní nezralost – a to

v případě obou partnerů, sklony k častému střídání partnerů a s tím související zvýšený výskyt pohlavních chorob i selhání kontracepčních metod a metod ochrany proti pohlavním chorobám. (Hamanová, Hellerová, 2000)

Nezralost dívky především v obraně proti infekčním agens při pohlavním životě je dána její častou nezralostí imunitní (celkovou i slizniční). Nezralost sliznice děložního čípku má za následek snadnější průnik infekce z pochvy, jeho sliznice je zranitelnější pro zahájení změn, které mohou vyústit v kancerogenezi. Předčasný začátek pohlavního života je jedním z hlavních rizikových faktorů rakoviny děložního čípku.

Nezralost obou partnerů je zjevná zejména v oblasti psychosociální. Velmi častou motivací pro pohlavní styk u dospívajících je tlak ze strany vrstevníků a touha po jednotě s nimi. Dalším častým důvodem je emocionální distres. Názor, že předčasný začátek sexuálního života souvisí se zrychlením pubertálního vývoje v tomto století, už je platný pouze pro země rozvojové a nepatrně industrializované země.

S mírou střídání partnerů úzce souvisí přenos pohlavních chorob. Ve skupině dospívajících bývají častěji postiženy dívky pro jejich větší zranitelnost. Riziko následků je u sexuálně aktivních patnáctiletých dívek desetkrát vyšší než u dvaceti pětiletých žen, následky mohou zahrnovat sterilitu, mimoděložní těhotenství, hrozí riziko přenosu nemoci na novorozence. Porušení sliznic zvyšuje riziko přenosu viru HIV, přičemž přenos z muže na ženu je až čtyři krát vyšší než v opačném případě. V současné době se přes padesát procent HIV pozitivních osob nakazí před dvacátým pátým rokem věku, z toho dvojnásobně více žen. (Hamanová, Hellerová, 2000)

Ke snížení rizika přenosu pohlavních chorob přispívá zejména bariérová kontracepce. Používání prezervativu je často první metodou, po které dospívající sáhnou. Jako ochrana před otěhotněním se užívá hormonální antikoncepce. Pro její nasazení je však třeba zvážit řadu faktorů jako posouzení biologické zralosti dívky, frekvenci styků, výběr vhodného preparátu a samozřejmě je nutné provést komplexní gynekologické vyšetření. Užívání hormonální antikoncepce může zvyšovat riziko přenosu virových infekcí a vzniku zánětu děložního hrdla v důsledku jeho slizničních změn.

2. Těhotenství nezletilých

Nezletilá gravidita je jevem zasahujícím do nejrůznějších oblastí společenského života, zahrnuje oblasti zdravotní, právní, sociální, ekonomické, psychické, vzdělávací i preventivní. Je proto vhodné pohlížet na ni z pohledu bio-psycho-sociálního. V jednotlivých podkapitolách zohledňuji danou problematiku z hlediska zdravotního, psychického i sociálního.

Období adolescence patří v kontextu utváření identity k velmi důležitému období. U dospívajícího jedince dochází k mnoha vývojovým změnám. Po biologické stránce je již schopen reprodukce, v emocionální oblasti dominují diferencovanější emocionální zážitky, v oblasti psychosociálního zrání se dospívající setkává se členitějšími interpersonálními vztahy i sociálními rolemi, do kterých vstupuje. Dalo by se tedy říci, že všechny tyto aspekty vlastně předpokládají, že takovýto jedinec je na rodičovství připraven. (Macek, 1999)

Těhotenství nezletilých jsou však pokládána za předčasná a riziková – přinášejí řadu rizik pro matku, dítě i rodinu. Řešení nežádoucího těhotenství potratem znamená minimálně pro matku riziko sterility, ale především narušení svalově vazivového uzávěru děložního hrdla a častou možnost předčasného porodu při dalším těhotenství.

V České republice se problematika těhotenství nezletilých příliš neřeší. Na rozdíl od jiných evropských zemí se naše republika neřadí na přední příčky aktuálnosti tohoto problému. Přední příčky ve světovém měřítku zaujímají země anglosaské, především Velká Británie, následují Holandsko, Francie a Německo.

V České republice porodí každý rok přibližně 1000 nezletilých dívek, z nichž nejmladší matka byla ve věku 12 let, nicméně problematika otěhotnění se týká až 2000 dívek ročně. Nezletilá gravidita a mateřství pod hraničním věkem 15 let jsou zcela specifickou záležitostí, protože spadají do oblasti mravnostní kriminality a jsou posuzovány v rámci našeho trestního řádu jako následky znásilnění, tedy trestného činu. Tento jev však u nás není příliš frekventovaný. Nejnovější informace zveřejněné Českým statistickým úřadem uvádějí 15 narozených dětí za rok 2009 matkám mladším 15 let.

Další statistické informace uvádějí za rok 2009 celkem 2009 narozených dětí matkám ve věku 15 – 18 (včetně), z toho 2005 dětí se narodilo živých. Přesto byl průměrný věk matek 29,4 a v následujícím roce 2010 ještě o 0,2 roku vzrostl, věk

prvorodiček byl ve stejném roce, tedy 2010, stanoven na 27,6 roku. Ve srovnání s trendem, který přetrvával ještě na počátku 90. let, kdy bylo matek ve věku 15 – 18 let sedminásobně více než dnes, opravdu nemůžeme mluvit o zvýšeném výskytu matek v nezletilém věku. (Chrenková, 2010)

Otázkou zůstává, do jaké míry si dívky domýšlí a uvědomují následky svého rozhodnutí, ponechat si v dospívajícím věku dítě. Podle Moora a Rosenthala existují určité faktory, které s jejich rozhodnutím úzce souvisí. Dle nich lze vyčlenit dva obvyklé stereotypy, které vysvětlují těhotenství nezletilých.

a) Plánované těhotenství,

a to ve smyslu úmyslného manévru směřujícího k získání některého typu finanční odměny nebo materiálního zisku, např. sociální dávky nebo dotované bydlení. Některé mladistvé dívky připouští, že otěhotnění je plánovaná strategie, která jim umožňuje vyhnout se sexu, který je pro ně z nějakého důvodu nepříjemný.

b) Neplánované těhotenství,

příčemž převážná většina těhotenství mladistvých dívek je neplánovaných. Může dojít k situacím, kdy mladistvé dívky otěhotní náhodně, protože nebyly schopny vhodně těhotenství plánovat. Mnoho mladých dívek chápe mylně proces reprodukce a nepoužívá antikoncepci nebo ji používá bez dostatečné znalosti jejího užití.

(Moore a Rosenthal, 1993)

2.1 Zdravotní hledisko těhotenství nezletilých

Vezmeme-li v úvahu, že většina nezletilých dívek je prvorodičkami, zdravotní obtíže se u nich nevyskytují až tak často. Různé zdravotní a další komplikace mohou nastat mimo jiné v důsledku hormonálních změn, jimiž je doprovázeno období adolescence. Významné a směrodatné je zdraví samotné dívky, neboť má vliv nejen na její zdravotní stav v těhotenství, ale i na zdravotní stav dítěte, které čeká. Mezi zdravotní obtíže, které se u nezletilých matek nejčastěji objevují, patří anémie,

problémy s vysokým krevním tlakem, porušená placenta, záněty močových cest a dlouhý či předčasný porod. (Chrenková, 2010)

Za vznik všech výše uvedených problémů je za příčinu v nejvyšší míře považován nevhodný životní styl mladistvých souhrnně označovaný pod pojmem syndrom rizikového chování. Syndrom zahrnuje mnoho zdraví škodlivých návyků jako je kouření, pití alkoholu, užívání různých dalších návykových látek, sexualita dospívajících matek je obvykle spojována s promiskuitou, předčasnou iniciací pohlavního života, i nedostatečné znalosti či správného použití kontracepčních přípravků. (Skasková, 2009)

Dalším problémem často bývá, že mladé matky zjistí své těhotenství až v druhém trimestru, kdy již provedení interrupce podle zákona č.66/1986 Sb., o umělém přerušeni těhotenství není možné.

Posledním rizikem zdravotního stavu nezletilé matky, který bych chtěla zmínit, je nedostatečná péče v prenatálním období. Mladé matky chodí na pravidelné preventivní prohlídky málo a neplánovaně, což může mít za následek například nízkou porodní váhu novorozence a s tím související další rizika, jimž je věnována samostatná kapitola nazvaná Rizika pro dítě.

V minulosti platilo, že čím dříve žena uzavřela sňatek a započala svůj sexuální život, tím více dětí mohla zplodit a tím prospěšnější byla pro společnost. Nebylo nezvyklé, že žena buď byla těhotná, nebo kojila a žádné mezidobí neexistovalo. Dnes je trend opačný a nutno říci, že dříve se ženy nepotýkaly například s rakovinou děložního čípku a dalšími závažnými onemocněními, jejichž výskyt se v populaci objevuje čím dál častěji. (Protivanská, 2006)

2.2 Psychické hledisko těhotenství nezletilých

Podle Labátha (2001) jednou z oblastí, ve které dochází k významným sociálním změnám je vztah k vrstevníkům, které mladý člověk začíná prožívat mnohem intenzivněji a stávají se pro něho velmi důležitými. Dochází také k posunu od jednoznačné závislosti malého dítěte na rodičích směrem emancipaci na jejich citovém a názorovém vlivu. Dospívající člověk si vytváří nové, vlastní citové a sociálně důležité vazby. Významné vztahy nastávají i ve vztahu k opačnému pohlaví, které začínají získávat jednoznačně erotický charakter s eroticko – sexuálními fantaziemi

a znamenají tak pro mladého člověka mnoho nejistot zejména v oblasti emocí a v prožívání.

Jak uvádí Langmaier a Krejčířová (2006) pudový tlak spojený s pohlavním dozráváním přináší do života dospívajícího člověka nové vnitřní podněty a činí ho až přecitlivějším na různé podněty z vnějšku. Projevy citových konfliktů pak bývají velmi silné a nápadné, že daly podnět i k označení celého období jako období „bouří a krizí“. Dospívání často doprovázejí emoční instabilita, časté a nápadné změny nálad, zejména směrem k negativním náladám, impulzivita jednání, nestálost a nepředvídatelnost reakcí a postojů. Mnozí dospívající nerozumí vlastním projevům, úzkostlivě pozorují své niterné pocity a přemýšlejí o svých vnitřních konfliktech. Dochází pak často k tomu, že „utíkají“ do svého soukromého citového světa, nebo do vystupňovaného denního snění, které je ještě dále od vnímání reality.

Nezletilé matky se z vývojového hlediska nachází v náročném období dospívání, jsou tedy samy ještě ve vývoji. Psychické projevy typické pro dané období se příliš neshodují s představou rodičovské zodpovědnosti. Přestože ústřední myšlenkou je osamostatnění se, v této době dívky většinou ještě studují a na svých rodičích jsou stále velkou měrou závislé. (Matějček, 1992)

Zatímco těhotenství by mělo být pro každou ženu jedním z klíčových okamžiků jejího života, pro nezletilé těhotné matky to může být jedno z nejobtížnějších období. Stres z těhotenství, přenesení se přes pocity studu a obav, odhalení své situace rodičům a otázka budoucnosti přináší celou řadu protichůdných emocí. Zatímco pro některé je představa přivedení dítěte na svět úspěchem, pro jiné může být toto období spíše fází stresu až depresí. Jednoznačně však platí, že především podpora a ochrana rodiny pomáhá mladým dívkám zvládnout novou situaci.

Současně je třeba si uvědomit, že těhotenství je novou životní situací nejen pro mladou dívku, ale i pro jejího partnera. S blízcími se rodičovskými povinnostmi nemá mladý pár dostatek času si na sebe vzájemně zvyknout a samotné narození dítěte je další velká změna. Starosti spojené s péčí o narozené dítě pak mohou nepříznivě působit na partnerský vztah, což velmi často vede k jeho rozpadu. Muž si připadá odsunutý na druhou kolej, neboť velmi mladí otcové bývají ovládnuti svým infantilním egocentristem. Péče, již partnerka věnuje dítěti, u nich může vyvolávat pocity omezování jejich vlastních potřeb.

V případě partnerky se jedná o subjektivní vnímání vztahu k dítěti, ona dítě nosila po dobu 9 měsíců ve vlastním těle, ona ho porodila a v případě že kojí, její vazba k dítěti se intenzivně posiluje. Málomocná mladá dívka si dokáže uvědomit, že vazby partnera k dítěti se vyvíjejí postupně a sílí až v pozdějším věku dítěte, což vede ke zklamání jejich očekávání a nárůstu konfliktních situací mezi partnery.

Přetrvávající egocentrismus se ovšem objevuje také u některých matek, které nejsou připravené na životní změny a nutnost potlačit svoje potřeby, aby byly uspokojeny potřeby dítěte. Stejně jako u otců se může i u matky objevit pocit rivality. Matka nemusí být schopná vyrovnat se s tím, že pozornost, která jí byla věnována v průběhu těhotenství, se po porodu přenesla na dítě, což u ní vyvolává pocity žárlivosti. (Matějček, 1992)

V neposlední řadě je třeba zvážit i ztížený přístup ke vzdělání, mnohé z mladistvých matek po ukončení povinné školní docházky v dalším vzdělávání již nepokračuje, přestože školský zákon umožňuje v tomto případě vzdělávání na základě individuálního studijního plánu. Pochopitelně i následné uplatnění těchto dívek na pracovním trhu je ve srovnání s jejich vrstevnicemi složitější. (Skasková, 2009)

2.3 Sociální hledisko těhotenství nezletilých

Sociální hledisko mateřství nezletilých zahrnuje původní prostředí nezletilých těhotných dívek a matek, dále pak možnosti řešení nezletilé gravidity a zázemí ekonomické.

Zaujetím role mladé matky dochází ke ztrátě dosavadní role bezstarostné dospívající dívky a je nezbytné hledat řešení na otázky typu:

- Změní se nějak moje vztahy s rodiči?
- Kde a s kým budu žít?
- Pomůže mi někdo z mého okolí?
- Co bude s mým vzděláním?
- A kde na všechno vezmu peníze?
- Jak budu podporovat sebe a své dítě?
- Je opravdu ten správný čas pro mě stát se rodičem?

Rodinné prostředí, ze kterého dívky pocházejí, je velmi různorodé. U veřejnosti se lze velmi často setkat s názorem, že nezletilá těhotenství se vyskytují v problémových rodinách, kde jsou rodiče závislí na alkoholu či jiných návykových látkách nebo se jejich aktivity spojují s kriminální činností. Vašková (2005) ve svých výzkumech poukazuje na skutečnost, že rodiny nezletilých dívek bývají většinou na nízké socio-ekonomické úrovni. Nezletilá těhotenství se objevují zejména v rodinách neúplných, rozvedených a rekonstruovaných, kde se také mladistvé dívky mohou častěji setkat s domácím násilím či sexuálním obtěžováním.

Obecně ovšem není možné tvrdit, že nezletilé matky pochází pouze ze sociálně znevýhodněného prostředí. Zvláštním případem jsou těhotné dívky, které nevyrostají v přirozeném rodinném prostředí, ale v ústavním zařízení (dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav a další zařízení), nebo rodinu mají, ale nemohou u ní spoléhat na pomoc. Tato poslední skupina dívek se často uchyluje k útěkům z vlastního domova do některého z ústavních zařízení, ale po vyřešení rodinných problémů se vrací zpět. V neposlední řadě existují i dívky, které pocházejí z funkčních rodin. (Chrenková, 2010)

Z celkové rodinné situace se odvíjí i způsob, kterým její členové reagují na nastalou situaci. Můžeme rozlišovat tři hlavní postoje:

- a) Rodina přijme dívčinu situaci a rozhodne se jí pomoci v rámci jejich možností
- b) Rodina dívku zavrhne a dále se nijak neangažuje v pomoci, mladá matka na vše zůstane sama
- c) Vlastní rodina dívku zavrhne, ale ujme se jí rodina otce dítěte

V případě partnerského soužití platí, že v dnešní době již společností akceptovaný postoj vybrat si samostatné rodičovství před soužitím s nespolehlivým a nežádoucím partnerem dává možnost mladým matkám svobodně se rozhodnout o uspořádání svého vlastního života. Partneři adolescentních matek jsou navíc většinou dlouhodobě nezaměstnaní, mají nízké vzdělání nebo stále ještě studují, tudíž nemohou matce své budoucí rodině zajistit dostatečně kvalitní životní úroveň. Dívka je v tomto případě závislá na sociálních dávkách, pomoci rodiny či různých

organizací, které zajišťují různé formy pomoci matkám s dětmi, jako mohou být například různé azylové domy. (zákon č.108/ 2006 Sb., o sociálních službách)

Na druhou stranu existence rozvinuté sítě sociálních dávek, díky kterým se mladá matka dokáže do jisté míry finančně zabezpečit sama, ubírá roli muže jako živitele rodiny na své atraktivitě a nezbytnosti. Za nejméně optimální situace lze považovat ty, kdy partner o dítě nejeví zájem vůbec nebo kdy totožnost otce není z jakéhokoliv důvodu známa. (Vašková, 2005)

Ekonomická situace nedovoluje dívkám s dítětem zahájit samostatný život, neboť je více než nepravděpodobné, že by měly dostatek financí na vlastní bydlení a současně i udržení určitého životního standartu. Navíc u nich nelze předpokládat nějakou významnější pracovní zkušenost, proto soužití s rodinou, případně i s rodinou partnera, sebou přináší určitou finanční úlevu a jiné výhody, řadu nevýhod, rozhodně však nevede k samostatnému životu mladé matky či páru. V případech, kdy mladá matka bydlí u svých rodičů a její partner zase u svých, může dojít ke vzniku tzv. modelu víkendového manželství. (Vašková, 2005)

Zvláštním případem je pobyt nezletilé matky a jejího dítěte ve školském zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, kam může být matka umístěna na základě rozhodnutí soudu. Náctiletá matka zde pobývá po dobu nařízené ústavní výchovy nebo uložené ochranné výchovy, nejdéle však do 18 let, pouze ve zvláštních případech do 19 let. (zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí)

2.4 Vymezení rizikových skupin

Jak bylo uvedeno dříve, čeští adolescenti byli ve srovnání s vrstevníky z jiných zemí v devadesátých letech promiskuitnější. Přitom pouze velmi malá část, necelých 10 % sexuálně aktivních adolescentů, užívala při pohlavním styku pravidelně kondom. Téměř tři čtvrtiny dotázaných uvedly, že ho neužívají nikdy. Tato situace se v posledních letech zvolna mění, stále však trvá reálné ohrožení značné části mládeže sexuálně přenosnými chorobami, zejména virem HIV. Slušnou informovanost o sexuálním životě a rizikovém sexuálním chování získávají adolescenti většinou až na střední škole, základní škola tu má zřetelný dluh. To je velmi neutěšená situace, protože nejrizikovější skupiny mládeže (promiskuitní, konzumenti drog) začínají

sexuálně žít již okolo 15. roku života a jejich informovanost o možném nebezpečí je velmi nízká a jejich ohrožení velmi vysoké. (Weiss, Zvěřina, 2001)

Výše uvedené jevy jsou typickými projevy mládeže se sklony k syndromu rizikového chování. Syntézou obsahového určení významu tohoto pojmu vydefinovala rizikovou mládež Šišláková následovně:

„Jedná se o mladé lidi nalézající se v obtížné životní situaci, kterou nejsou v některých případech schopni vlastními silami zvládat. Jejich sociální fungování se odvíjí od skutečnosti, že jsou nějakým způsobem ohroženi na životě. Reakcí může být jejich rizikové jednání, které spočívá v tom, že mohou představovat riziko pro společnost i pro sebe samotné.“ (Šišláková, 2008, s. 39)

Sklony k syndromu rizikového chování mají bezpochyby i dívky z rozvrácených, neúplných či rozvedených rodin či ze zdánlivě spokojených funkčních rodin potýkajících se s jinými, ne tolik zjevnými problémy. Rodinné zázemí je jedním z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících chování adolescentních dívek v období dospívání.

3. Rizika těhotenství nezletilých

Těhotenství v období dospívání sebou přináší zvýšená rizika jak pro matku, tak i pro dítě. Veškerá rizika se úměrně zvyšují především u nastávajících matek do 16 let věku a u matek, jež zanedbávají prenatální péči. V podkapitolách rizika pro matku a rizika pro dítě popisují nejčastější z nich.

3.1 Rizika pro matku

Plně nevyzrálý organismus dospívající dívky klade vyšší nároky na dostatečný přísun živin pro ni i její dítě. V případě, že matka neposkytuje dítěti dostatečné množství potřebných výživových látek, platí za to její organismus. V důsledku oslabení jejího organismu se pak mohou objevovat určité zdravotní komplikace jako problémy s vysokým krevním tlakem, jež mohou vést k těhotenským křečím, dále pak anémie, opakovaný výskyt zánětů močových cest, porušení placenty a předčasný porod, případně dlouhý a komplikovaný porod. Komplikovaný porod se vztahuje především na prvorodičky do 15 let věku, smrtelné komplikace při porodu jsou u nich až trojnásobně vyšší než u ostatních žen. (Machová, Hamanová, 2002)

Závažný je i výskyt rizik v oblasti sociální. Významným prvkem v životní situaci mladistvé matky je nedokončené vzdělání. Skutečnost, že mladistvá matka dokončí pouze základní vzdělání, značným způsobem ovlivňuje její možnosti získání dobře finančně ohodnoceného zaměstnání, což má vliv na nižší příjem rodiny a následně celou řadu dalších problematických situací. Dalším rizikem může být vyčlenění mladistvé matky z kolektivu vrstevníků, což může mít značný vliv na psychickou pohodu mladistvé matky a může se to projevit například nižším sebevědomím. Z komplexního hlediska se jedná o složitou životní situaci ovlivněnou psychickým stavem matky, nedostatečným finančním zabezpečením rodiny a dalšími faktory majícím vliv na psychiku a celkový vývoj jejího dítěte.

Mladistvé matky jsou ovšem rizikové také pro společnost. Sociální systém musí vyčlenit více financí na jejich sociální zabezpečení a sociální zabezpečení jejich dětí. Specializovaná zařízení sociální péče financuje stát, řada neziskových organizací a dalších sdružení zajišťují programy pro pomoc dívkám v obtížných situacích.

Jednou z možných řešení těhotenství je také jeho umělé přerušení, které sebou přináší celou řadu dalších rizik. Dle zákona č.66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, nesmí být zákrok proveden u dívky mladší 16 let věku bez souhlasu jejího zákonného zástupce. U dívek nad 16 let věku je nutné, aby ošetřující lékař informoval rodiče o provedeném zákroku, a to buď písemným oznámením do vlastních rukou anebo vhodným způsobem ústní formou. Nejvlivnějším faktorem při rozhodování o podstoupení umělého přerušení těhotenství je doba, kdy dívka zjistí potvrzení svojí graviditu. Zákrok umělého přerušení těhotenství lze vykonat do 12. týdne gravidity. Dospívající dívky však svoji graviditu zjistí až v druhém trimestru, kdy už úvahy o interrupci nemohou mít reálnou podobu. Mohou volit ve dvou jiných rovinách – dítě donosit a stát se matkou či dítě donosit a předat jej do náhradní rodinné péče. (Chrenková, 2010)

O něco komplikovanější je situace u dívek do 15 let věku. V souladu s §241, 242 trestního zákona č. 140/1961 Sb. spadá těhotenství mladistvých matek do právních aspektů pohlavního zneužívání a znásilnění, neboť pohlavní styk je s takto mladou dívkou posuzován jako trestný čin a patří do oblasti mravnostní kriminality.

3.2 Rizika pro dítě

Nejčastější příčiny novorozenecké úmrtnosti nezletilých matek vznikají v důsledku nízké porodní hmotnosti. Matky ve věku do 18 let porodí téměř dvojnásobně častěji dítě s nízkou porodní hmotností než matky starší 19 let. Vyšší je i výskyt vrozených vývojových vad a po porodu se ve větší míře objevuje i syndrom náhlého úmrtí novorozence. (Machová, Hamanová, 2002)

Moore a Rosenthal (1993) poukazují na to, že u těchto dětí je také větší pravděpodobnost výskytu rizik spojených s týráním a zneužíváním, zanedbáváním, opuštěností a dalších forem špatného zacházení. Důvody pro uvedené chování mohou spočívat v nedospělosti a nevyzrálosti mladistvé matky, v nedostatku rodičovských dovedností a také v neadekvátních finančních zdrojích.

Protože otěhotnění v adolescentním věku je často spojeno se syndromem rizikového chování, je dítě ohroženo i pokračujícím rizikovým chováním matky v době těhotenství. Na průběh těhotenství má negativní vliv užívání tabákových

výrobků i alkoholu, který může vyústit v rozvinutí fetálního alkoholového syndromu u novorozence. Dále pak hrozí přenos pohlavních chorob z matky na dítě a užívání návykových látek, kdy tvrdé drogy vyvolávají u novorozence závislost ústící v abstinční syndrom po porodu. (Machová, Hamanová, 2002)

4. Prevence těhotenství nezletilých

Prevence znamená předcházení, ochranu, působení proti nějakému jevu. Vychází z předjímání a předpokladu vývoje tohoto jevu v závislosti na vnitřních i vnějších podmínkách. Snaží se zabránit jeho vzniku, pokračování, šíření, opakování, odstranit nebo zmírnit jeho následky. Dělíme ji na:

- primární – aby jev vůbec nenastal,
- sekundární – aby jev nepokračoval a nešířil se nebo aby se zmírnily jeho důsledky
- terciární – aby nedocházelo k recidivě a důsledky se minimalizovaly

4.1 Primární prevence

Primární prevence z pohledu nezletilé gravidity zahrnuje dostatečnou a včasnou informovanost o sexuálním chování. Měla by být prováděna především v rodině a na školách výukou sexuální výchovy a současně i výchovou k plánovanému rodičovství. Riskování a experimentování je do jisté míry v dospívání přirozené. Jde o to získat si uznání vrstevníků, dokázat si samostatnost, odpovídající míru dospělosti, nebojácnost a sílu, ukázat protest proti autoritě a omezením, ale současně také neschopnost problémy verbalizovat při zatím nízkém tolerančním prahu pro frustrace. Pokud je jistá míra zachována, může být úspěšné překonávání nesnází prospěšné – zvyšuje naději na úspěch v dospělosti. Primární prevence by měla pomoci tuto míru zachovat, aby experimentování nesklouzlo za hranici rizikového chování. (Hamanová, Hellerová, 2000)

Podle názoru ministryně Kopicové jedině komplexní a systematická sexuální výchova vštěpuje dítěti morální principy, formuje jeho jednání a postoje k sexuální problematice, rozvíjí citovou oblast v návaznosti na budoucí roli muže či ženy v rodině i ve společnosti. Nejde tedy pouze o prosté předávání faktů, ale také o vytváření postojů k sexuální morálce, o osobnostní autonomii a o vytváření potřebných návyků k optimálnímu soužití ve vztazích.

Sexuální výchova ve školách by měla dětem zprostředkovat zejména dostatek kvalitních informací, ale současně by měla i pozitivně ovlivňovat i jejich postoje. Různé výzkumy dlouhodobě ukazují nepříznivou skutečnost, že většinu informací získávají děti především od kamarádů, škola nehraje v tomto ohledu významnější roli. Kvalita takových informací je přitom přinejmenším diskutabilní. Kromě toho je sexuální výchova ve škole významnou prevencí rizikového chování dospívajících. Systematičtější přístup k sexuální výchově je v dnešní době naléhavě potřebný. Nebezpečí hrozící v souvislosti s užíváním internetu, neplánovaným těhotenstvím, nárůstem počtu HIV pozitivních osob, zvyšujícím se výskytem pohlavně přenosných chorob, zvýšeným výskytem rakoviny prostaty, rakoviny prsu a děložního čípku, zvyšujícím se počtem případů domácího násilí či změnám ve struktuře rodiny - to všechno jsou důvody, proč je třeba klást důraz nejen na mravní jednání v obecné rovině, ale i na bezpečné sexuální chování. (Vodáková, 2010)

4.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence se zaměřuje na vyhledávání a včasnou intervenci spojenou s identifikací jednotlivců a skupin. Je směřována k přímo ohroženým jedincům či ohroženým skupinám obyvatelstva. V případě intervence pro nezletilé těhotenství může jít o vyhledávání jedinců s problémovým chováním, kam mimo jiné řadíme i nezralou sexualitu. Včasná a neustálá komplexní informovanost jedinců s rizikovým chováním včetně dostatečné edukace v oblasti používání kontracepčních metod by měla být obsahem sekundární prevence. (Chrenková, 2010)

4.3 Terciární prevence

K opatřením, jež mají vést k předcházení již vzniklého problému a zabránit možným recidivám, slouží terciární prevence. Přichází na řadu až poté, co selže prevence primární a sekundární. V případě nezletilého těhotenství se vztahuje zejména na ty matky, kterým se již narodilo dítě a které se tím dostaly do situace, jež je pro ně ohrožující a kterou nezvládají. Prevence je v takovýchto případech zaměřena na zajištění bydlení, odstranění pocitů sociální izolace a přípravu i pomoc při zajištění řádné výchovy a péče o dítě. (Chrenková, 2010)

4.3.1 Linky důvěry

Linky důvěry nabízejí anonymní telefonický kontakt pro rozhovor o aktuálních problémech vyžadujících neodkladné nebo naléhavé řešení. Kromě pomoci při zvládnání různých krizových stavů poskytují také informace o službách a kontaktech vhodných navazujících zařízení. K přednostem této služby patří snadná dostupnost (linku důvěry je možné kontaktovat v okamžiku, kdy je to nejvhodnější - není nutné se objednávat). Předností služeb linek důvěry je jejich anonymita, odborná způsobilost, dobrá dostupnost a provázanost s dalšími službami, které nabízejí pomoc. (Psychoportal, 2010)

4.3.2 Azylové domy - Charitní domovy pro matku a dítě

Jak napovídá název, tyto domovy mají na starost péči o matky s dětmi, které se ocitly v těžké rodinné situaci (může se jednat i o mladé dívky v případě nechtěného těhotenství). Ubytování je jako u všech azylových domů dočasné, u tohoto typu se ale jedná o delší období: půl roku, s možností prodloužení. Hlavními výhodami jsou zajištění ubytování, stravy a hygieny, dále je možno využít psychoterapie, poradenství a pomoci v oblasti práva a vzdělávání.

4.3.3 Diagnostický ústav

Diagnostický ústav je zařízení, ve kterém může být pobyt nařízený buď soudem, nebo dobrovolný. Diagnostický ústav přijímá děti na základě výsledků komplexního vyšetření, zdravotního stavu dětí a volné kapacity jednotlivých zařízení a umísťuje je do dětských domovů, dětských domovů se školou nebo výchovných ústavů. Pobyt v diagnostickém ústavu trvá zpravidla osm týdnů.

4.3.4 Výchovný ústav

Do výchovného ústavu jsou umísťováni mladiství se závažnými poruchami chování, u nichž byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova. Do výchovného ústavu může být umístěno i dítě starší 12 let, má-li uloženu ochrannou výchovu, a v jeho chování se projevují tak závažné poruchy, že nemůže být umístěno v dětském domově se školou. Výjimečně, v případech zvláště závažných poruch chování, lze do výchovného ústavu umístit i dítě s nařízenou ústavní výchovou starší 12 let. (Doležalová, 2008)

4.3.5 Dětský domov

Dětský domov je zařízení, které pečuje o děti podle jejich individuálních potřeb. Dětský domov má za úkol vzdělávat a vychovávat. Plní také funkci sociální, kterou zabezpečuje sociální pracovníce. Účelem dětského domova je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování. Tyto děti se vzdělávají ve školách, které nejsou součástí dětského domova. Do dětského domova mohou být umísťovány děti ve věku zpravidla od 3 do nejvýše 18 let. Toto zařízení je určeno zejména pro děti, které nemají rodiče, nebo pro děti, o které se rodiče nemohou nebo nechtějí starat. Do dětského domova se rovněž umísťují nezletilé matky spolu s jejich dětmi. (Doležalová, 2008)

II. Praktická část

Praktická část je rozdělena do sedmi kapitol. První kapitola je věnována charakteristice kvalitativního výzkumu.

V druhé kapitole jsou vytyčeny cíle a charakterizována popisovaná oblast výzkumu.

V třetí kapitole jsou popsány prostředky výzkumu, konkrétně metoda rozhovoru a metoda případové studie.

Čtvrtá kapitola popisuje výběr respondentek. Informace, které budou v mé práci uvedeny, jsou anonymní. Z toho důvodu jsem pozměnila jména respondentek.

V páté kapitole jsou pro usnadnění zpracování výsledků stanoveny dílčí výzkumné otázky, jež jsou rozděleny do pěti okruhů.

Šestá kapitola je věnována zpracování výzkumných dat.

Poslední, sedmá kapitola, obsahuje výsledky průzkumu.

1. Kvalitativní výzkum

Pro svůj výzkum jsem si zvolila kvalitativní výzkum, neboť sympatizuji se způsoby, jakými výzkumník získává a analyzuje co nejvíce informací o objektu svého zájmu, vyhodnocuje je a dochází k závěrům.

Kvalitativní výzkum má samozřejmě svoje přednosti, ale má i svoje nevýhody. Často je poukazováno na subjektivitu získaných dat a jejich vyhodnocení. Výsledky kvalitativního výzkumu také není vhodné zobecňovat, protože ve většině případů vychází z malého výzkumného vzorku získaného z jednoho stejného místa. Dále je kvalitativnímu výzkumu vytýkána jeho neprůhlednost a transparentnost, protože ne vždy je jasné, jak výzkumník získával své respondenty nebo jak byla prováděna analýza. Na rozdíl od údajů získaných statistickou analýzou se nedají výsledky kvalitativní analýzy formalizovat.

Paradoxně právě některé tyto nevýhody jsou v mnohých případech spíše přednostmi, záleží na úhlu pohledu. Kvalitativní výzkum popisuje jev více do hloubky, máme tedy o něm více podrobných informací, které můžeme vzájemně porovnávat a určit, proč se daný fenomén objevil. Navíc je využívána celá řada postupů, aby byla zaručena hodnověrnost výsledků, mezi ně můžeme řadit například spolupráci s různými směry a výzkumnými tradicemi. (Hendl, 2005)

Podstatou kvalitativního výzkumu je aktivní zapojení tazatele v průběhu celého zkoumání problematiky. Jednou z nejvýznamnějších výhod je bezpochyby možnost empatizace, schopnosti vcítit se do situace druhého, což usnadňuje pochopení souvislostí a způsobů, jakými účastníci jednaly.

Důležitost výzkumníka pak vyzdvihuje ve svém díle opět Jan Hendl (2005): Kvalitativní výzkumník nesestavuje ze získaných dat skládku, jejíž konečný tvar zná, spíše konstruuje obraz, který získává kontury v průběhu sběru a poznávání jeho částí. Výzkumník ve svém hledání významů a snaze pochopit aktuální dění vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal. Snaží se nevynechat nic, co by mohlo pomoci vyjasnit situaci.

Cílem kvalitativního výzkumu pak není zveřejnění získaných údajů, nýbrž jejich pochopení, uvědomění si souvislostí mezi nimi a tím zprostředkované proniknutí do daného tématu.

2. Výzkumné cíle a oblast výzkumu

Cílem mé diplomové práce je porovnat jednotlivé složky bio-psycho-sociálních hledisek těhotenství nezletilých, které jsou uvedeny v teoretické části, se skutečnými zkušenostmi vybraných pěti respondentek. Kvalitativní výzkum se mi pro zpracování z holistického úhlu pohledu jevil jako ideální prostředek pro zjištění a posouzení jednotlivých hledisek. Pro usnadnění zpracování výsledků jsem si stanovila dílčí výzkumné otázky, jež jsou rozděleny do pěti okruhů a podrobně popsány v kapitole Výzkumné otázky.

V současné době se společnost v České republice rozděluje na dva tábory, pokud jde o výuku Sexuální výchovy na základních školách. Zatímco jedna část, k níž patřím i já, jednoznačně podporuje její výuku, druhá část společnosti zastává názor, že sexuální výchova poskytovaná dětem v rodině, je plně dostačující. Mým druhým cílem je proto zjistit, jaký postoj mají s odstupem času respondentky, jež si v době své nezletilosti prošly těhotenstvím, názor na výuku Sexuální výchovy a zda pro ně byla nějakým způsobem přínosná.

3. Prostředky výzkumu

Jako prostředky výzkumu jsem si zvolila metody kvalitativního výzkumu, konkrétně metodu rozhovoru s návodem a metodu případové studie, již jsem zpracovala na základě informací získaných z rozhovorů. Metoda rozhovoru s návodem umožnila respondentkám odvyprávět vlastní příběh bez vnějších zásahů do jejich vyprávění. Na základě informací, které mi podaly ze svého vyprávění, jsem pak podle předem vytvořeného seznamu otázek pokládala doplňující dotazy za účelem získání všech potřebných informací. Po počátečním naplánování pěti rozhovorů jedna z respondentek z osobních důvodů nečekaně odřekla účast na rozhovoru. Byla však ochotna přistoupit na náhradní variantu, kdy mi svůj příběh poslala vypracovaný písemnou formou. K dispozici jsem jí poskytla vypracovaný seznam návodných otázek.

U zbylých čtyř respondentek probíhal rozhovor v poklidném domácím prostředí. S každou z respondentek jsem se setkala zvláště, rozhovory v průběhu asi jednoho měsíce. Nejkratší z rozhovorů trval necelé 2 hodiny, nejdelší necelé čtyři hodiny.

Pro úplnost uvádím seznam otázek rozčleněný do jednotlivých okruhů, na něž jsem hledala odpověď:

Návod pro kladení a strukturu rozhovoru

1. PŘÍBĚH RESPONDENTKY

- Současnost: kolik je jí nyní let, kde pracuje, jaké má dosažené nejvyšší vzdělání
- Kazuistika: v kolika letech otěhotněla, kde studovala, s kým otěhotněla? (po jak dlouhé známosti, kolik mu bylo, kdy mu to řekla, jak na to reagoval a jestli to bylo těhotenství plánované či neplánované)
- komu se jako prvnímu svěřila, vyhledala pomoc i jinde než v rodině – škola, výchovný poradce, doktor, různá centra, linky důvěry?
- jak poznala, že je těhotná a kdy (v kterém měsíci), byla rozhodnutá jít na potrat nebo si dítě nechat, kdo nejvíce ovlivnil její rozhodnutí, co se stalo s dítětem, pokud si ho nechala?
- Dokončila studium, věděli o tom spolužáci, pokud ano jak reagovali?

2. UŽITÍ KONTRACEPČNÍCH METOD

- Věděla o možnostech ochrany v té době, použili nějakou a selhala nebo je nenapadlo ochranu použít?

3. VLIV SEXUÁLNÍ VÝCHOVY

- Probíhala ve škole výuka sexuální výchovy? Pokud ano, jakým způsobem, byla dostačující, obsahovala i pro ni nějaké praktické informace – ve smyslu ochrany při sexu, možnostech otěhotnění?
- Mohla by komplexnější a propracovanější výuka sexuální výchovy ovlivnit její postoj k zahájení pohlavního života (ve smyslu odložení zahájení pohlavního života), bavili se doma o sexu a možnostech ochrany při pohlavním styku? Je si vědoma nějakého dalšího zdroje, z něhož získávala informace z oblasti sexuálního chování? (rodina, kamarádi, internet, televize, atd.)

4. NÁSLEDKY

- Jak tato zkušenost ovlivnila její následný život: objevili nějaké psychické problémy, dokončila školu, jak dopadl vztah s otcem dítěte, ovlivnila tato zkušenost- ať už pozitivně či negativně -její postoj k mateřství

5. RODINA

- rodinné zázemí, co dělají – příp. dělali její rodiče za povolání, jaké mají vzdělání, v jakých poměrech vyrůstala, bavili se doma o sexu nebo to bylo tabuizované téma, jaké mají v rodině vztahy, pomohli jí rodiče, jak byla jejich první reakce, jakou měla oporu v rodině

3.1 Metoda rozhovoru

Metoda rozhovoru je explorační metoda založená na přímém kontaktu. Od běžného rozhovoru se liší určením své cílové orientace a přípravou. Při své práci jsem použila individuální rozhovor navozující intimní a důvěrnou atmosféru odpovídající charakteru tématu. Rozhovor probíhal narativní formou, což znamená, že vybrané respondentky dostaly prostor odvyprávět svůj příběh od dětství po současnost. Jako techniku sběru dat jsem dále volila rozhovor podle návodu.

Hendl (2005) charakterizuje tuto techniku jako seznam otázek nebo témat, jež je nutné v rámci interview prodiskutovat. Vypracovaný návod má tazateli zajistit, aby získal veškeré potřebné informace na pro něj podstatná témata. Je však na tazateli

samotném, jakým způsobem a v jakém pořadí získává informace osvětlující cílový problém. Zůstává mu i volnost přizpůsobovat formulace otázek podle situace. Rozhovor s návodem dává tazateli možnost co nejvýhodněji využít čas k interview. Současně umožňuje provést rozhovory s několika lidmi strukturovaněji a ulehčuje jejich srovnání. Pomáhá udržet zaměření rozhovoru, ale dovoluje dotazovanému zároveň uplatnit vlastní perspektivy a zkušenosti. (Hendl, 2005)

3.2 Metoda případové studie

Jako jednu z výzkumných metod kvalitativního výzkumu využívám ve své práci případové studie, jež se často nahrazuje synonymem kazuistika. Je charakterizovaná obecně jako „*detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů*“. (Hendl, 1997)

Pedagogický slovník uvádí definici:

„Výzkumná metoda v empirickém pedagogickém výzkumu, při níž je zkoumání podroben jednotlivý případ (např. žák, malá skupina žáků, jednotlivá třída, škola apod.), detailně popsán a vysvětlován, takže se dochází k takovému typu objasnění, jehož při zkoumání těchto objektů v hromadném souboru nelze dosáhnout. Výhodou metody je možnost hlubokého poznání podstaty případu, nevýhodou omezenost zobecnitelnosti výsledků.“

Případová studie musí splňovat určité podmínky

- stanovit typy otázek, na něž bude hledat odpovědi odkrýváním zkoumaného případu v terénu
- vymezit roli výzkumníka, případně výzkumného týmu
- zvážit, zda bude zkoumat současný stav nebo historii případu

Případová studie zkoumá, jaké jsou charakteristiky daného případu nebo skupiny porovnávaných případů. Na rozdíl od statistického šetření, které shromažďuje relativně omezené množství dat od mnoha jedinců nebo případů, se snaží o zajištění velkého množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. Jde v ní o zachycení složitosti zkoumaného případu, o popis vztahů. (Chlanová, 2011)

4. Výběr respondentů

Z důvodu vytvoření co nejkomplexnějšího pohledu jsem spolupracovala s velmi různorodou skupinou 5 žen. Respondentky byly na počátku rozhovoru upozorněny, že veškeré informace, které budou v mé práci uvedeny, jsou anonymní. Z toho důvodu jsem pozměnila jména respondentek, v práci používám jména Alena, Blanka, Dana, Eliška a Lucie. Protože většinu respondentek znám osobně nebo jsou z mého blízkého okolí, tudíž základní fakta jejich případů jsem znala již předem, zaznamenávala jsem získané informace pouze písemnou formou. Jediná respondentka, uváděná pod jménem Eliška, mi poskytla potřebné informace vypracované v písemné podobě.

Pro rychlou orientaci uvádím základní informace o těchto ženách v tabulce, která zahrnuje položky:

- Současný věk respondentky
- Věk respondentky v době prvního těhotenství
- Porod zdravého dítěte nebo podstoupení umělého přerušování těhotenství (dále pod zkratkou UPT)

Jméno respondentky	Současný věk	Věk v době otěhotnění	Porod dítěte nebo UPT
Alena	18	16	Porod zdravého dítěte
Blanka	20	16	Porod zdravého dítěte
Dana	26	15	Porod zdravého dítěte
Eliška	33	16	UPT
Lucie	36	17	Porod zdravého dítěte

Nejdůležitějším kritériem pro výběr respondentek bylo samozřejmě prožití těhotenství v období dospívání. Bohužel se mi nepodařilo najít respondentku, která by byla mladší 18 let. Nejbliže k nezletilosti má Alena, která teprve před dvěma měsíci (počítáno od sběru dat na počátku března 2012) oslavila 18. narozeniny. Nejstarší respondentka je oproti tomu ve věku 36 let. Pro vytvoření holistického pohledu na život žen, jež prošly v době dospívání těhotenstvím, však široký věkový rozptyl respondentek považuji za výhodný. Umožňuje mi tak lépe nahlédnout mimo jiné i na následky, které sebou nezletilé těhotenství přineslo pro porovnání jednotlivých bio-psycho-sociálních hledisek.

5. Výzkumné otázky

Pro usnadnění zpracování výsledků jsem si stanovila dílčí výzkumné otázky, jež jsou rozděleny do pěti okruhů. Prvním okruhem je vypracování stručné, obecné kazuistiky příběhu každé z respondentek, druhý okruh se týká užití kontracepčních metod, třetí okruh je zaměřen na výuku sexuální výchovy a postoj respondentek k ní, čtvrtý okruh je věnován rodinnému zázemí respondentky v době jejího těhotenství a poslední, pátý okruh, řeší následky těhotenství na její další budoucnost. Podle tohoto návodu jsem postupovala i při kladení návodných otázek v průběhu jednotlivých rozhovorů.

Ke zpracování a vyhodnocení dat je zapotřebí vytvořit hlavní body, které by usnadnily pohled na jednotlivé zdravotní (odpovídá biologickému hledisku řešené problematiky), psychické i sociální aspekty těhotenství nezletilých. Na základě výše uvedených okruhů jsem vymezila předpoklady jednotlivých výzkumných otázek, jež by měly vést k usnadnění porovnání zkušeností nezletilých matek s podklady popsány v teoretické části mé práce. Podle těchto bodů jsem k jednotlivým výzkumným otázkám vytvořila jejich obsahu odpovídající shrnutí.

Prvním okruhem je **vlastní příběh respondentky**. Tento okruh je založený na samostatném vyprávění respondentek, s co nejmenším množstvím vnějších zásahů ve formě pokládání otázek. Je v práci uveden za účelem obeznámení se situací respondentky, a to jak současnou, tak i minulou.

Druhý okruh jsem nazvala **užití kontracepčních metod**. Otázky v něm jsou zaměřené na to, zda respondentky věděly o možnostech ochrany, zda nějakou použili či jestli je vůbec napadlo některý z kontracepčních způsobů ochrany při pohlavním využití.

Třetí okruh jsem pojmenovala **vliv sexuální výchovy**. V této části jsem kladla otázky za účelem zjištění postoje respondentek k výuce sexuální výchovy na základních školách, zda pro ně byla dostačující, obsahovala praktické informace a z jakých dalších zdrojů se dozvídaly o sexuálním chování.

Čtvrtý okruh jsem označila jako **rodinné zázemí**. Zajímalo mne především, v jakých poměrech respondentky vyrůstaly a jaké mají v rodině vztahy, zda doma řešili otázky sexuální výchovy nebo to bylo tabuizované téma a v neposlední řadě jaká byla reakce rodičů, když jim oznámily, že jsou těhotné, jestli u nich našly podporu a pomoc.

Poslední, pátý okruh, uvádím pod heslem **následky**. Věnovala jsem se především otázkám, které měly za cíl objasnit řešení situace, tedy zda si respondentky dítě ponechaly, jak dopadl vztah s otcem dítěte a jak řešily otázku dokončení studia.

6. Výzkumná data

V této kapitole uvádím hlavní body sestavené k jednotlivým okruhům popsaným v předchozí kapitole. Na základě nich definuji výzkumné otázky, jež jsou založeny na podkladě odborné literatury. V podkapitolách se věnuji rozpracování jednotlivých případových studií a jejich rozpracování dle stanovených výzkumných otázek, v závěru každé podkapitoly se objevuje shrnutí, kde porovnávám zjištěné výsledky se stanovenými předpoklady.

Výzkumná otázka 1

Předpokládám, že na základě výpovědi respondentek vznikne ucelená případová studie zahrnující jednotlivá bio-psycho-sociální hlediska těhotenství nezletilých.

Výzkumná otázka 2

Předpokládám, že respondentky měly informace o možnostech ochrany při pohlavním styku, ale jejich vědomosti byly pouze na úrovni teoretické a dívky si dostatečně neuvědomovaly její význam. Předpokládám, že respondentky ochranu nepoužily vůbec.

Výzkumná otázka 3

Předpokládám, že respondentky absolvovaly výuku sexuální výchovy na základních školách. Současně předpokládám, že respondentky její výuce nepřikládaly význam a považují ji za pro ně nepřínosnou. Dále pak předpokládám, že nejvíce informací v oblasti sexuálního chování získaly respondentky od svých vrstevníků.

Výzkumná otázka 4

Předpokládám, že respondentky pocházejí z neúplných či rozvedených rodin. Předpokládám, že otázku sexuality doma s rodiči neřešily. Předpokládám, že po seznámení rodičů se svým těhotenstvím, našly podporu alespoň u jednoho z nich.

Výzkumná otázka 5

Předpokládám, že vztah s otcem dítěte skončil do jednoho roku od narození dítěte. Předpokládám, že respondentky dokončily středoškolské vzdělání až po narození dítěte.

6.1 Případová studie – příběh Aleny

SOUČASNOST: 18 let, momentálně na mateřské dovolené

VLASTNÍ PŘÍBĚH RESPONDENTKY

Alena otěhotněla v 16 letech. V té době pobývala ve výchovném ústavu, kde i studovala 1. ročník střední školy. S přítelem otěhotněla po měsíční známosti. Bylo mu 25 let. Za podpory přítele i rodičů se rozhodla dítě ponechat a porodila zdravého chlapce. Studium nedokončila, nad vzděláním momentálně neuvažuje. S otcem dítěte žije i nadále v partnerském svazku, v domácnosti společně se svými rodiči.

OKRUH UŽITÍ KONTRACEPČNÍCH METOD

V otázce užívání kontracepčních prostředků reagovala Alena poněkud velmi stručně: „*Věděla jsem o ochraně, napadla mě, ale přítel jí nemá rád.*“ Hormonální antikoncepci v té době neužívala. Přestože věděla o možnosti použití kondomu, na základě přání jejího přítele o jeho použití vůbec neuvažovala.

OKRUH VLIV SEXUÁLNÍ VÝCHOVY

Přestože sexuální výchovu Alena absolvovala, nepovažuje výuku za významnou. Nejvíce informací získala od vrstevníků, doma otázku sexuality vůbec neřešili. Výuka ve škole jí připadala z obsahového hlediska nenaplněná: „*Ano, měly jsme sexuální výchovu, ale to neznamená, že nám v těch hodinách vysvětlí, co mají, někdo si ty hodiny bere jinak než ostatní.*“ O určitém zmatku svědčí i její tvrzení, že těhotenství bylo plánované, ale vzápětí tvrdí, že na potrat nechtěla, protože se bála, že už by nemusela znovu otěhotnět: „*Těhotenství bylo plánované, ale nevěděla jsem, jestli jsem rozhodnutá nebo nejsem. Nechtěla jsem jít na potrat, protože jsem věděla, že tam je riziko neotěhotnění.*“

OKRUH RODINNÉ ZÁZEMÍ

Bohužel mi Alena na otázku, proč byla v době svého otěhotnění ve výchovném ústavu, neodpověděla. O svých rodičích mluvila pozitivně: *„V rodině máme skvělé vztahy, až na nějaký výjimky. Hodně mi rodiče pomohli v těhotenství, toho si hrozně moc vážím. Jak zareagovali? Máma trochu vyšilovala, ale přešlo jí to. A táta, kterýho jsem se nejvíc bála, to vzal ze všech nejlíp.“* Když jsem Aleně položila otázku na výjimky ve skvělých vztazích, odmítla v tomto směru nadále komunikovat.

OKRUH NÁSLEDKY

Podle Aleniných slov byl její partner *„nejšťastnější na světě“*, když mu oznámila, že je těhotná. Přestože nedokončila školu, v současnosti je spokojenou maminkou na mateřské dovolené a narození dítěte jen upevnilo její vztah s přítelem: *„Nedokončila jsem školu a jsem ráda, že mám dítě. S partnerem je nám líp než před tím, náš vztah se hodně změnil k lepšímu od té doby, co je mezi námi i naše miminko.“*

SHRNUTÍ

V okruhu užití kontracepčních metod potvrdila Alena domněnku, že přestože věděla o prostředcích ochrany, nepoužila žádnou, a to na přání svého přítele.

V okruhu vlivu sexuální výchovy potvrdila Alena domněnku, že i přes výuku sexuální výchovy, kterou absolvovala, nelze tvrdit, že by pro ni byla přínosem. Naopak z jejího vyjadřování lze usuzovat, že byla chápána spíše jako okrajový předmět. Informace získávala zejména prostředkem komunikace s ostatními vrstevníky.

V okruhu rodinné zázemí si Alena trochu protiřečí. Z jejího celkového projevu i pobytu ve výchovném ústavu je možné usuzovat, že rodinné zázemí nebude až tak idylické, jak se jej snaží nastínit. Na druhou stranu podpora obou rodičů, jíž se jí dostalo, svědčí o poměrně silných rodinných vazbách.

V okruhu následky nelze potvrdit ani vyvrátit žádnou z domněnek, neboť ještě neuplynul rok od narození dítěte. Podle jejích slov je však vztah s otcem dítěte

dostatečně pevný, aby jim vydržel. Pokud jde o dokončení školy, při péči o malé dítě nad ní zatím nemá čas uvažovat.

Komunikace s Alenou byla poměrně složitá. Rozhovor s ní byl oproti ostatním krátký a Alena příliš neprojevovala ochotu odpovídat na některé doplňující otázky, zejména dotazy týkající se její rodiny a pobytu ve výchovném ústavu. Předpokládám, že jedním z důvodů její uzavřenosti v těchto tématech je, že pochází ze stejného místa bydliště jako já.

6.2 Případová studie – příběh Blanky

SOUČASNOST: 20 let, momentálně na mateřské dovolené, dálkově dokončuje studium na střední škole

KAZUISTIKA

Blanka otěhotněla v 16 letech. V té době začínala studium ve 2. ročníku střední školy. S partnerem se seznámila v klubu v době, kdy mu bylo 29 let. Přestože sama nejprve uvažovala o potratu, partner ji přesvědčil, aby si dítě nechali. Studium na střední škole ukončila a nastěhovala se k příteli. Narodila se jim zdravá dcera a po porodu ji partner požádal o ruku. Po dosažení Blančiny zletilosti uzavřeli sňatek.

OKRUH UŽITÍ KONTRACEPČNÍCH METOD

Podle Blančiných slov došlo k selhání dokonce dvojího způsobu ochrany: *„O možnostech ochrany jsem samozřejmě věděla a používala jsem jak hormonální antikoncepci, tak i kondom. Ale asi to nestačilo.“* Současně se mi Blanka také svěřila, že si občas zapoměla vzít antikoncepční pilulku: *„Doktor říkal, že když si zapomenu vzít někdy prášek, mám si ho vzít co nejdřív. Tak jsem si ho tehdy občas vzala hned dvakrát za sebou.“* Z jejího postoje je zřejmé, že i přes zjevnou snahu se chránit, selhala edukace.

OKRUH VLIV SEXUÁLNÍ VÝCHOVY

Blanka se chránila při pohlavním styku jak prezervativem, tak i užíváním hormonální antikoncepce. Z toho je zřejmé, že si byla vědoma jak možnosti otěhotnění, tak i přenosu pohlavních chorob. Sama pokládá výuku sexuální výchovy za užitečnou: *„Ve škole jsme sexuální výchovu měli. Myslím, že čtyři hodiny za měsíc. V ní jsem se dozvěděla všechny důležité informace a myslím, že tato výchova by měla být na základní škole povinná.“* Na otázku jak si vysvětluje, že i přes užívání antikoncepce otěhotněla, odpověděla: *„však žádná ochrana není stoprocentní, to nám říkali i ve škole“*. Ani doma nepatřila otázka sexu mezi tabuizovaná témata: *„Doma s mámou jsem se o sexu bavila. Vše jsem jí řekla a ona mi vždy poradila a odpověděla na moje dotazy.“* Že se v problematice týkající se sexu orientovala, svědčí i její zmínka o tom, jak rychle si uvědomila, že může být těhotná: *„To, že jsem těhotná, jsem se dozvěděla v druhém měsíci. Menstruace se nedostavila, proto jsem si koupila těhotenský test.“*

OKRUH RODINNÉ ZÁZEMÍ

Blanka žila v rodinném prostředí pouze s matkou a mladším bratrem: *„Žila jsem pouze s mámou a bratrem. Máma pro mě byla a stále je jako sestra. Je vyučená knihovnice, ale v současnosti pracuje jako barmanka.“* Přestože pochází z neúplné rodiny, má k ní velmi silnou citovou vazbu a spoléhá na ni: *„Celkově jsme za svoji rodinu ráda. Mou volbu dítě si nechat respektovali a pomáhali mi, jak nejlépe mohli.“* O otci se Blanka zmínila jen velmi okrajově a z jejích slov bylo patrné, že k němu nemá vytvořenou citovou vazbu: *„Opustil nás krátce potom, co se brácha narodil. Mně byly tehdy tři roky, takže to vím spíš z máminýho vyprávění. Nepamatuju si ho a on se o nás stejně nikdy nezajímal.“*

OKRUH NÁSLEDKY

Přestože Blanka zpočátku váhala, zda nepodstoupit interrupci, pod vlivem svého přítele se rozhodla si dítě nechat: *„Radkovi jsem to řekla hned ten večer. Jeho reakce byla velmi pozitivní. Bylo mu přece jenom 29 a dítě chtěl. Já si tím ale nebyla jistá. Chtěla jsem dokončit střední školu a potom jít i na vysokou. Ale kvůli němu jsem*

se rozhodla, že si dítě nechám.“ Jedním z důvodů, proč se rozhodla si dítě ponechat, bylo i dobré sociální zázemí, které jí partnerství se starším mužem nabízelo dostatečné zajištění po dobu těhotenství: *„Radek byl velmi pozorný a nabídl mi, že u něho můžu bydlet. Peněz měl dost, takže jsem nemusela vůbec řešit, kde vezmu na všechny výdaje s těhotenstvím spojené.“* Jako důvod, proč zvažovala interrupci, uvedla: *„Vše bylo skvělé a já si užívala, že se o mě někdo stará. Jediné co mě velmi mrzelo je to, že jsem musela ukončit střední školu. Ale i to se snažím napravit a dělám si maturitu dálkově.“* Je zřejmé, že Blanka začala pracovat na dokončení svého vzdělání a uvažuje o budoucnosti, současně se potýká i s určitými pochybnostmi, přestože je ve vztahu se svým partnerem spokojená: *„Občas přemýšlím, co by bylo, kdybychom se s Radkem rozešli. Přece jenom bych zůstala sama s dítětem a bez zázemí. Ale náš vztah je zatím spokojený.“* Po porodu dcery požádal Blanku její partner o ruku: *„Po porodu mě Radek požádal o ruku. Svatbu jsme plánovali, až budu mít 18, abychom zbytečně nemuseli lítat po úřadech. V lednu se mi narodila Natálka. Byl to nejšťastnější den mého života.“*

SHRNUTÍ

Blanka věděla o možnostech použití kontracepčních metod. Užívala hormonální i bariérovou kontracepci a přesto otěhotněla. Na druhou stranu z jejích slov vyplývá, že nedodržovala pokyny, jak ochranné prostředky používat, aby byl zajištěn jejich účinek.

Vědomosti Blanky v oblasti sexuální výchovy byly v době jejího otěhotnění na dobré úrovni. Orientovala se v oblasti ochranných prostředků, byla srozuměná s možnostmi, že může být těhotná, pokud se menstruace nedostaví. Sama považuje výuku sexuální výchovy za přínosnou.

Tím, že Blanka žila pouze se svojí matkou a bratrem, potvrzuje moji domněnku, že respondentky budou častěji pocházet z neúplných rodin. Na druhou stranu dle jejích slov lze usuzovat, že podporu ponechat si dítě našla u své rodiny okamžitě, co jim oznámila své rozhodnutí.

Pokud jde o okruh na následky, potvrzuje Blanka moji domněnku a po narození dítěte pracuje na ukončení svého středoškolského vzdělání formou dálkového studia na střední škole. Předpoklad, že partnerský vztah nevydrží, je vyvrácen, neboť Blanka žije ve spokojeném manželském svazku s otcem svého dítěte.

Komunikace s Blankou probíhala ve velmi příjemné atmosféře. Bylo na ní patrné, že žije spokojený rodinný život. O svém partnerovi mluvila velmi pozitivně a na svůj věk působila vyrovnaně. Největší starost jí dělá úspěšné dokončení středoškolského vzdělání.

6.3 Případová studie – příběh Dany

SOUČASNOST: 26 let, momentálně na mateřské dovolené s třetím dítětem

KAZUISTIKA

Dana poprvé otěhotněla v 15 letech, svůj první pohlavní styk měla už ve 14 letech. V té době studovala střední odborné učiliště, obor kadeřnice. Otec jejího dítěte pocházel ze stejné vesnice a byl o tři roky starší. Oba byli rozhodnutí si dítě nechat, narazili však na odpor rodičů. Nakonec ani jiné řešení neexistovalo, protože Dana se o svém těhotenství dozvěděla až ve čtvrtém měsíci. Narodila se jí zdravá dcera. Studium ukončila a zůstala s dítětem doma u rodičů. Partner bydlel s nimi. Poté, co dokončil školu, se společně přestěhovali do vlastního domu. Jejich vztah prošel krizí a znovu se upevnil po porodu druhého dítěte, zdravého chlapce. V té době bylo Daně 18 let. Druhou krizi už jejich vztah nevydržel a partner nakonec odešel od rodiny. V současné době má Dana třetí dítě s novým partnerem.

OKRUH UŽITÍ KONTRACEPČNÍCH METOD

Přestože Dana věděla o možnostech používání ochrany, nepřikládala jim příliš velký význam, neboť zastávala názor, že v 15 letech je dívka na otěhotnění příliš mladá: „*O ochraně jsme samozřejmě věděli. Některé mé spolužačky ze základní školy braly dokonce i hormonální antikoncepci – takovou tu na pleť, v jejich případě. Já jsem se bála, že by to mohli rodiče zjistit. Většinou jsme užívali kondomy. Když jsme ale neměli, nijak jsme to neřešili. Jak už jsem říkala, absolutně nás nenapadlo, že bych mohla otěhotnět – bylo mi přece patnáct!*“

OKRUH VLIV SEXUÁLNÍ VÝCHOVY

Na konkrétní výuku sexuální výchovy si Dana nevzpomíná: *„Jestli jsme měli sexuální výchovu ve škole – to už ti dnes asi neřeknu. Měli jsme rodinnou výchovu, pamatuji si hodiny, kdy kluky poslali domů a nám holkám rozdali takové ty balíčky typu „Děvčátko na slovičko“, ale že by nám k tomu bylo podáno nějaké vysvětlení nebo že by s námi někdo něco, co se týče sexu, probíral – to ne. Samozřejmě jsme v hodinách přírodopisu měli pohlavní soustavu člověka, spolu s prevencí a ochranou, ale to už jsem já věděla svoje. Myslím, že učitelé předpokládali, že jsme v této oblasti vzdělání dost – byla jiná doba, se vším se začínalo dřív. Kouřili jsme, pili jsme, tak co by jsme nebyli i sexuálně aktivní, že?“*

I Danin přístup k zahájení pohlavního života se odvíjel spíše pod vlivem vrstevníků, o čemž svědčí i útlý věk, kdy ho zahájila: *„Když mi bylo čtrnáct let, měla jsem svůj první pohlavní styk. Přišlo mi to normální – u nás na vesnici to tak dělali všichni a já jsem přece nemohla zůstat pozadu. Navíc, holky ve třídě mi záviděly – byla jsem první! S chlapcem, se kterým jsem přišla o panenství, jsem však vztah poměrně brzo ukončila.“* Nedostatek informací a vědomostí ovlivnil i dobu, kdy si Dana uvědomila, že může být těhotná: *„Že jsem těhotná, jsem zjistila až ve čtvrtém měsíci. S pravidelnou menstruací jsem měla problém vždy, takže mě nijak nepřekvapilo, že se nedostavovala. Ale začala jsem přibírat, často se mi motala hlava a vůbec jsem se cítila divně. Když tento stav nějakou dobu přetrvával, šla jsem ke své obvodní doktorce a ta mi dala doporučení na gynekologii.“* Protože v rodinném prostředí se o sexu nemluvalo, ve škole výuka sexuální výchovy podle Daniných odpovědí nebyla v žádné výraznější míře, získávala většinu informací ze svého okolí: *„Já osobně jsem s rodiči na toto téma nikdy moc nemluvila. Rodiče mě měli hodně pozdě, už v té době jsem měla dva dospělé sourozence, kteří už s námi nežili. Tudíž byli spíše ze staré školy a asi ani nevěděli, jak se mnou o tom mluvit. Sex byl prostě tabu. Vše, co jsem věděla, jsem se dozvěděla od sestry nebo od spolužaček. A samozřejmě mých vesnických kamarádů, kteří tvrdili, že sex je úplně normální a neškodná věc. Všichni to přece dělají.“*

OKRUH RODINNÉ ZÁZEMÍ

Daniny rodiče již byli starší, měli ji jako třetí dítě. V době, kdy Dana otěhotněla, byli její starší sourozenci již dospělí, žili vlastní život. Dana tak vyrůstala prakticky jako jedináček: *„V létě před nastoupením do školy jsem se seznámila s Petrem. Byl o tři roky starší a všechny holky ho chtěly. Lichotilo mi, že má zájem právě o mě. Byl vysoký, snědý a navíc dobrovolný hasič. A tak jsme spolu začali chodit. Jelikož byl starší a navíc, já už své zkušenosti taky měla, začali jsme spolu poměrně brzy i spát. Nebyl to problém, protože bylo léto a mí rodiče chodili do práce, dům byl stále prázdný. Koneckonců, i když rodiče doma byli – jeho přítomnost jim nijak nevadila a já měla pokoj položený v úplně jiné části domu. Myslím, že je ani nenapadlo, co se za zavřenými dveřmi skutečně odehrává.“* Když doma Dana oznámila, že je těhotná, setkala se pouze s odmítavými reakcemi rodičů. Především otci trvalo až do porodu, než se s životní rolí svoji dcery smířil: *„Pamatuju si jak máma hodiny brečela. Nedokázala to pochopit a dávala si za vinu, že mi vždy nechávali tolik volnosti. Mysleli si, že na vesnici se mi prostě nemůže nic stát. Později se s tím smířila, začala brát situaci takovou jaká je a na miminko se začala velmi těšit. Táta se mnou asi měsíc nemluvil. A přítelem až do porodu“*

OKRUH NÁSLEDKY

Přestože Dana měla zpočátku s partnerem dobrý vztah, mladý věk, v němž porodila první dítě, vedl k pocitům ztraceného mládí: *„Ale, jak Petruška rostla, začala jsem mít silný pocit, že mi něco uniká. Všechny moje kamarádky chodily na diskotéky, lítaly po venku a prostě se jen tak bavily. A já jsem seděla doma a měnila plíny. Přepadaly mě silné deprese, byla jsem nepříjemná na mámu, tátu i Petra. Tuhle situaci opět vyřešila máma. Jednou v pátek mi řekla, viš co, jeď do města na diskotéku, pobav se a já budu doma s Petruškou. A tak jsem jela. A jezdila jsem každý pátek, občas i v týdnu. Obcházela jsem každou zábavu, která kde byla. Skoro nikde jsem nechyběla. Pila jsem, kouřila trávu, líbala se s cizíma klukama. Máma mi v té době mnohokrát promlouvala do duše, leč marně. A ona dál seděla doma s mým dítětem. I s Petrem jsme měli krizi. Samozřejmě mu mé počínání nad míru vadilo. Hodně jsme se hádali a pak zase usmiřovali...“* Krizi ve vztahu překonala Dana s partnerem porodem druhého dítěte. Jednalo se však pouze o stav dočasný a partneri se nakonec

rozešli. Dana si našla nového přítele a vyučila se: „Nyní mám nového přítele, se kterým mám krásného chlapečka. Petr je s dětmi v kontaktu a náš vztah je taky více méně dobrý. V průběhu let jsem se vyučila na prodavačku a než jsem odešla na mateřskou, pracovala jsem v místním obchodu s textilem, což byl vlastně vždycky tak trochu můj sen.“

SHRNUTÍ

V okruhu užití kontracepčních metod je zřejmé, že Dana znala způsoby ochrany při pohlavním styku, ale nepřikládala jim význam, protože byla přesvědčena, že v 15 letech otěhotnět nemůže, neboť je příliš mladá. Přesto, jak tvrdí, s přítelem občas používali bariérovou kontracepci.

Výuce sexuální výchovy nepřikládá Dana žádný význam, dokonce si ani není jistá, zda ji absolvovala. Pamatuje si pouze zmínku o ochraně a prevenci v hodinách biologie. Mnohem hodnotnějším zdrojem, ať už v pozitivním či negativním smyslu, pro ni byly informace, které získávala od svých vrstevníků.

V okruhu rodinné zázemí se nepotvrdila ani jedna z mých domněnek. Dana pochází z úplné rodiny, měla i dva starší sourozence. Po oznámení těhotenství se doma nesetkala s podporou ani jednoho z rodičů, s časovým odstupem se jako první začala s novou situací smiřovat matka, otci to trvalo až do porodu dítěte, než byl ochoten přijmout jejího partnera. Protože je o svém těhotenství informovala až ve čtvrtém měsíci, nemohli na ni rodiče naléhat s interrupcí. Přestože po psychické stránce jí nebyli oporou, po stránce materiální se o ni postarali.

Dana nedokončila své původní vzdělání a nakonec se v průběhu let vyučila prodavačkou. Částečně tedy potvrdila moji domněnku, že po porodu dítěte mladé ženy dokončí své vzdělání - přestože změnila své původní zaměření. Pokud jde o její vztah s partnerem, překročil sice hranici jednoho roku od narození prvorozeného dítěte, ale narození druhého dítěte nevydržel, pouze se na krátkou dobu zlepšil.

Rozhovor s Danou probíhal v dynamičtějším rytmu. Na první dojem se Dana nejevila jako 26letá matka tří dětí a ani její způsob vyjadřování neodpovídal jejímu věku. Byla nesoustředěná a často jsem ji musela vracet zpět k tématu užíváním návodných otázek.

6.4 Případová studie – příběh Elišky

SOUČASNOST: 33 let, vlastní s.r.o. v oblasti reklamy a marketingu

KAZUISTIKA

Eliška mi svůj příběh poslala zpracovaný v písemné podobě. Protože odpovídala podle návodných otázek k rozhovoru zpracovaných do jednotlivých okruhů, dle nichž byly stanoveny výzkumné otázky, uvádím její příběh celý. Její situace je odlišná od ostatních případů, neboť Eliška otěhotněla v době své nezletilosti hned dvakrát a v obou případech podstoupila potrat. Pro pochopení její situace je třeba znát všechny souvislosti, opomenutí některých pasáží při přepisu by mohlo vzbuzovat dojem vytržení z kontextu.

První těhotenství bylo v 16 letech po cca 4 měsíční známosti (2 partner). V té době jsem se pohybovala v prostředí muzikantů z Jižní Ameriky a trávila s nimi téměř veškerý volný čas. Studovala jsem na SOU obchodním ve druhém ročníku a měla před sebou ještě 3 roky studia (obor s maturitou byl na 5 let). Spolužáci věděli, že se s indiány stýkám, ale naštěstí jsem patřila k „favoritkám“, takže si mě za to nedobírali, spíš si jen netroufali se se mnou nějak sblížovat. Já se navíc snažila působit dojemem, že mi jde jen o hudbu a kulturu a jen nejbližším kamarádkám jsem, přiznala, že mám mezi nimi přitele. Hodně jsem o tom mluvila, abych nedala okolí prostor mi nějakou nevhodnou narážkou ublížit – a fungovalo to.

Rodina také věděla, že se s indiány stýkám, poprvé jsem jim to řekla v čerstvých 15 letech, kdy jsem se platonicky zamilovala do svého prvního přítele a po probrečené a prohádané noci s matkou jsem si prosadila, že při dodržení určitých pravidel, se s nimi můžu vídat (rodiče musí vždy vědět, kde jsem, s kým a kdy přijdu). Pozitivní bylo, že jsem ve škole patřila k nejlepším studentům, takže rodiče nemuseli mít obavu, že „zblbnu“ a budu mít se studiem problémy.

Mému příteli bylo cca 20 let, byl z Bolívie a teď si uvědomuji, že jsem o něm vlastně nic nevěděla – co dělal za školu, jestli měl sourozence, znala jsem jen jeho kompletní jméno (mají 4 jména – dvě křestní a dvě příjmení) a město, ze kterého pocházel. Žili tady v dost chudých podmínkách, pronajatý byt neměli vybavený nábytkem, spali jen na matracích, ale stačilo jim to a byli šťastní, že vydělají peníze a můžou je posílat rodině domů, do Bolívie.

Otěhotněla jsem i přesto, že jsme použili kondom (vždycky jsme ho používali), ale bohužel se stala malá nehoda a nějak sklouzl. Hned druhý den ráno jsem se probudila se zvláštním pocitem a věděla jsem, že jsem těhotná. Počkala jsem 2 týdny a udělala si test, který vyšel nejasně. Proto jsem po dalším týdnu test zopakovala, a to už byl pozitivní. Objednala jsem se ke své doktorce a nejvíce mě zarazilo, že neřešila problém (16ti letá holka je těhotná), ale nejvíc se zajímala o to, s kým to mám, jak vypadá atd. Těhotenství mi potvrdila a já byla neskutečně šťastná. Když jsem jela od doktorky domů, náhodou jsem potkala svého přítele a ten mě zaskočil pozdravem: „Čekáme miminko, že?“ a byl taky štěstím bez sebe.

Nepamatuji si přesně, jaká byla první reakce rodičů, když jsme jim to řekla, ale vím, že na mě nijak nekřičeli, nedělali scény atd. Řekla jsem jim totiž i to, že jsme používali kondom, ale že se stala nehoda a taky museli vidět, jak jsem šťastná. Dítě jsem si chtěla nechat. Rodiče mě ale začali přesvědčovat, že to není dobrý nápad. Táta na to šel chytrě – ptal se mě, jak si představuji dál svůj život, jak chci dítěti zajistit domov, vzdělání, kde chci brát peníze na živobytí a jestli jsme si jistá, že jsem už dostatečně dospělá na to, abych dítěti mohla dát všechno, co potřebuje – hlavně dostatek lásky, pozornosti, neustálou péči, jestli mu mám co předat.....Máma z toho byla asi hodně vedle a její postoj byl naprosto nekompromisní – trvala na tom, abych šla na potrat, ale důvod byl jen ten, abych si nekazila život.

Důležité ale bylo i to, že pokud bych si dítě nechala, nestihla bych se ani vyučit (ve škole bych mohla přejít a vyučit se prodavačkou), protože termín porodu vycházel někdy v zimě a možná by mě ze školy vyloučili úplně. Další důležitou věcí bylo to, že moje máma byla nemocná – před dvěma lety ji diagnostikovali roztroušenou sklerózu a její stav se začínal zhoršovat a bylo jasné, že do roku bude muset odejít do invalidního důchodu. Táta navíc pracoval v Praze a domů jezdil jen na víkendy. Rodiče mi tedy nemohli zajistit pomoc s péčí a výchovou dítěte, ale hlavně ani zaručit finanční pomoc (otec živil 5tičlenou rodinu). A táta mi ještě řekl, že to, že se teď máme s přítelem rádi, neznamená, že spolu dokážeme žít a ať si uvědomím, že rozdíl našich kultur je obrovský a že to určitě bude dělat brzo problémy. Já ale byla přesvědčená, že se o dítě budu schopna postarat i sama, pokud budu moct zůstat bydlet u rodičů. Už rok jsme se se sestrou o sebe v podstatě staraly samy (z kapesného) a i o domácnost, abychom mámě ušetřily práci, proto jsem si byla sama sebou tak jistá.

Rodiče mě ale nakonec jejich argumenty přesvědčili a já souhlasila s potratem, ale hlavně proto, že jsem měla strach, že by to máma neunesla (trpěla představou, co by

tomu řekli lidi). Bylo to ale jen racionální rozhodnutí, emočně jsem z toho byla zoufalá.

Přítel nám mezi tím sehnal pronájem bytu a sobě stálou práci ve fabrice ve Vídni. Když jsem mu řekla, že jsem se rozhodla jít na potrat a přetlumočila mu argumenty svých rodičů, vůbec to nechápal. Nechápal, proč bych měla být v 16 letech mladá na východu dítěte, nechápal, že je důležité mít alespoň nějakou školu pro to, abych mohla dítě uživit atd. – projevil se ten zmiňovaný rozdíl kultur. Ještě v noci před zákrokem mi volal a ubrečený mě prosil, abych nezabýjela naše dítě. Byl to asi nejhorší okamžik mého života. Strašně jsem toužila si dítě nechat, ale věděla jsem, že nemůžu kvůli svým rodičům. Ještě před potratem mi dal přítel zlatý přívěšek inckého boha slunce, který mu pro naše dítě poslala jeho matka. Po potratu jsme se viděli jen jednou, ale hrozně nás to oba bolelo. On odjel do Španělska a do Čech se už nikdy nevrátil. Myslím, že mi to nebyl schopen odpustit a možná není schopen doted'.

Já jsem se naoko otřepala rychle, ale srovnaná s tím nejsem ani nyní. Ani teď, ve třiceti letech, mi nepřijdou tehdejší argumenty mých rodičů opodstatněné a pořád jsem přesvědčená, že bych dítě zvládla vychovat, že bych mu dala všechno, co by potřebovalo, jen by to bylo dost složité. Za jeho smrt tyto překážky nestály. Prvních několik let jsem počítala, kolik by má dcera měla zrovna let (byla jsem přesvědčená, že to byla holčička), ale po nějaké době jsem si to zakázala. Navíc se mojí sestře narodila dcera a moje pozornost se obrátila k ní.

Z mého okolí o tom věděla jen jedna kamarádka, se kterou jsme za indiány chodily a až po několika letech jsem to byla schopna přiznat veřejně. Nemluvila jsem o tom ani se sourozenci.

Na doporučení doktorky jsem začala užívat antikoncepci a přesně po roce jsem musela řešit stejný problém – byla jsem opět těhotná a opět jsem to poznala hned vzápětí. Nevím, jestli jsem zapomněla vzít pilulku, ale má stávající gynekoložka mi vysvětlila, že tehdejší antikoncepce nebyla ani zdaleka tak spolehlivá, jako nyní. Tentokrát jsem to ale přijala naprosto chladně, a aniž bych to někomu řekla, zařídila jsem si interrupci. V otci dítěte jsem neviděla svého budoucího partnera a byla jsem celkově nějaká „zatvrdlá“. Podařilo se mi jít na potrat už v sedmém týdnu. Věděla to zase jen ta jedna kamarádka, jinak nikdo.

OKRUH UŽITÍ KONTRACEPČNÍCH METOD

Věděla jsem o téměř všech možnostech ochrany a používala jsem prezervativ.

OKRUH VLIV SEXUÁLNÍ VÝCHOVY

Ve škole sexuální výchova nebyla – možná nějaký náznak v občanské nauce těsně po revoluci, kdy v tomto předmětu nebylo co učit.

Informace jsem získávala tak nějak přirozeně ze svého okolí, od kamarádů, starší sestry. Do mých deseti let jsme bydleli v paneláku, kde bylo i dost mladých kluků a holek, takže jsme je různě špehovali atd. Na Ostravsku obecně se o těchto věcech mluvilo dost otevřeně. V naší rodině to ale bylo tabu, matka dbala na to, abychom například nikdy neviděly rodiče nahé, před námi se nikdy nelíbali....na druhou stranu chodila s mojí sestrou na různé sportovní zápasy a koukala tam po chlapech.

Každopádně informací jsem měla dost a myslím si, že ani sebelepší informovanost nedonutí zamilovaného pubertáka, aby pohlavní styk odložil. Důležité je, aby se chránil.

OKRUH RODINNÉ ZÁZEMÍ

Mojí rodiče nejsou rozvedení, v dětství se nám hodně věnovali, měli jsme spoustu kroužků, dovolené jsme trávili vždycky společně, v rámci domácnosti jsme měli rozdělené úkoly, takže jsme se na běžném chodu podíleli všichni (už od nízkého věku, cca od 5 let).

Otec má VŠ a pracoval původně jako důlní technik, po přestěhování do Brna potom na manažerských pozicích v ekonomickém a IT oddělení. Matka má dvě SŠ (gymnázium a stavební průmyslovku), pracovala jako kreslířka v rekultivacích, v Brně potom na úřadu. Od svých cca 45 let je v invalidním důchodu. Oba rodiče jsou sečtělí, rádi chodili na koncerty, do divadla, tančit, ale i na výlety atd. a všude nás brávali s sebou. Téma sexu ale bylo tabu, občas táta řekl nějakou „lechtivou“ historku a máma se hned červenala a okřikovala ho, že se to nehodí.

Vztahy s rodiči mám dobré, hlavně tátovi můžu (a od události s potratem jsem mohla) říct cokoliv, protože reagoval klidně, nesoudil mě a vím, že se na něj můžu spolehnout a že při mně bude vždycky stát, i kdybych udělala sebevětší kopanec.

OKRUH NÁSLEDKY

S partnerem jsme se vzápětí rozešli, školu jsem dokončila a touha po mateřství na nějakou dobu zmizela (což je asi v tom věku přirozené), ale kolem dvaceti let se vrátila a mnohem intenzivněji.

Mám pocit, že jsem se přestala mít ráda, resp. měla jsem extrémní potřebu cítit lásku, a protože doma se mi mateřská láska nedostávala (i kvůli zmiňované nemoc matky) a já své dítě mít nemohla, vyhledávala jsem společnost mužů a „družila“ se s nimi až přespríliš. Celkově to ale k ničemu nevedlo, protože jsem si připadala jen víc a víc sama a využívaná. Uklidnila jsem se až poté, co jsem si našla stálého partnera (stejně starého Čecha), který mě miloval a udělal by pro mě cokoli na světě. Teprve s ním jsem si přestala potrat vyčítat a těšila se na naši rodinu (přál si mít hodně dětí). Bohužel ani tento vztah nevydržel, protože partner začal propadat alkoholu. Současný partner, manžel, nebyl dlouho na děti připravený a způsobovalo to velké problémy v našem vztahu, protože já měla pocit, že když budu dlouho čekat, třeba už dítě nikdy moct mít nebudu a o to víc jsem začala propadat depresím a výčítkám svědomí, že jsem tehdy na potrat šla. Život bez dětí si nedokážu představit – byla bych na Zemi zbytečně.

Momentálně jsme se posunuli s manželem do další fáze a o dítě se začínáme snažit, takže doufám, že to bude bez větších problémů a budu moct jednou pro vždy se sebeobviňováním přestat.

SHRNUTÍ

Dana věděla o možnostech ochrany a před svým prvním těhotenstvím se chránila používáním prezervativu. Po absolvování první interrupce začala užívat hormonální antikoncepci, ale otěhotněla znovu.

V době jejího studia žádná výuka sexuální výchovy na škole neprobíhala. Většinu informací se dozvídala ze svého okolí, především od svých vrstevníků.

Přestože si Dana chtěla dítě nechat, rodiče ji na základě rozumových argumentů přesvědčili, aby podstoupila interrupci. Jak vyplývá z jejího příběhu, svoji roli zde sehrálo i onemocnění matky. Podporu ve svém rozhodnutí nenašla ani u jednoho z rodičů.

Částečně vinou interrupce, vztah s partnerem z prvního těhotenství nevydržel. Daně nic nebránilo v dokončení studia. Vzhledem k odlišnému charakteru této kazuistiky nebudu zahrnovat výsledky posledního okruhu do výzkumné otázky.

6.5 Případová studie – příběh Lucie

SOUČASNOST: 36 let, barmanka

KAZUISTIKA

Lucie otěhotněla v 17 letech. Studovala poslední ročník střední knihovnické školy a její těhotenství bylo plánované. S o 7 let starším přítelem se dohodli, aby Lucie vysadila antikoncepci. Zdravá dcera se jim narodila už po dosažení plnoletosti Lucie a záhy nato se i vzali. Problémy se začali objevovat až dva a půl roku po svatbě, kdy manžel začal propadat alkoholu. Po dalším půl roku Lucie požádala o rozvod.

OKRUH UŽITÍ KONTRACEPČNÍCH METOD

Lucie užívala antikoncepci již od 13 let a i svůj první pohlavní styk měla velmi brzy: *„O ochraně jsem samozřejmě věděla a antikoncepci jsem ze zdravotních důvodů začala brát už ve 13ti letech. Svůj první pohlavní styk jsem měla ve 14ti letech.“* Protože s přítelem dítě plánovali, záměrně antikoncepci vysadila: *„Otěhotněla jsem v 17 letech po roční známosti se svým tehdejším přítelem. Dítě jsme plánovali a vůbec nám nepřišlo, že by to bylo nějak brzy. Přítel byl o 7 let starší a dítě chtěl. Vysadila jsem tedy antikoncepci a vše se odehrálo velice rychle.“*

OKRUH VLIV SEXUÁLNÍ VÝCHOVY

Lucie uvádí, že v době jejího studia na školách výuka sexuální výchovy neprobíhala: *„Ve škole výuka o sexuální výchově v té době nebyla. Pouze v přírodopisu jsme probírali pohlavní ústrojí.“* Nejvíce informací získávala od své starší sestry: *„Vše o sexu jsem věděla spíše od své sestry, která je o pět let starší a už v mých 13ti letech mě brávala na různé akce se svými vrstevníky. Takže informací jsem měla dostatek. S rodiči jsme se na téma sexu vůbec nebavili. Matka mi pouze vysvětlila, jak a proč funguje menstruace a antikoncepce.“*

OKRUH RODINNÉ ZÁZEMÍ

Lucie pochází ze spokojené rodiny a o svých rodičích se vyjadřuje pozitivně. I z tohoto důvodu lze usuzovat, proč se rozhodla tak brzy založit rodinu: *„Vždy jsem měla doma dobré rodinné zázemí, pocit jistoty a rodiče – tedy hlavně matka – mě ve všem vždy podporovali, pomáhali a pomáhají dodnes. Oba jsou nyní v důchodu. Matka v minulosti tvrdě pracovala ve slévárně, než začala chodit do večerní školy a i semnou a mými dvěma sestrami vše zvládla a našla si práci jako účetní. Otec také pracoval ve slévárně a nyní občas vypomáhá v autodílně. Z vyprávění své matky pouze vím, že se s mým otcem seznámila v 16ti letech. V té době byl sex tabu a vše musela zvládat sama. S otcem si prožili špatné i zlé a jsou spolu dodnes.“*

OKRUH NÁSLEDKY

Školu Lucie dokončila ještě před porodem zdravé dcery. Po porodu prožívala dva a půl roku spokojené manželství. Vztah se začal hroutit až poté, co manžel začal propadat alkoholu: *„Náš vztah po svatbě vydržel dva a půl roku, než manžel začal často odcházet z domu za kamarády do hospody a občas se i tři dny neukázal doma. I po finanční stránce přestal úplně fungovat. Neměl žádnou práci a já byla nucena si najít brigádu, abychom mohly s Lucinkou nějak žít, platit nájem a další běžné věci.“* Lucie nakonec podala žádost o rozvod.

SHRNUTÍ

Lucie užívala antikoncepci již od svých 13 let. Antikoncepci vysadila záměrně, neboť její těhotenství bylo plánované.

Výuka sexuální výchovy na škole v době jejího studia neprobíhala. Pamatuje si pouze drobné zmínky vztahující se k sexuální výchově z předmětu biologie.

Lucie měla podporu v těhotenství od obou svých rodičů.

Lucie si své těhotenství naplánovala, školu úspěšně dokončila, přestože v druhé polovině čtvrtého ročníku již byla těhotná.

Lucie si na rozdíl od ostatních respondentek své těhotenství naplánovala, a to tak, aby mohla úspěšně dokončit své studium. Po dosažení plnoletosti si otce svého dítěte vzala a prožila více než dva roky spokojeného manželství.

7. Výsledky průzkumu

Výzkumná otázka 1

Předpokládám, že na základě výpovědi respondentek vznikne ucelená případová studie zahrnující jednotlivá bio-psycho-sociální hlediska těhotenství nezletilých.

Výsledek 1

Na základě odpovědí respondentek jsem vytvořila pět případových studií. Jednotlivé případy se od sebe poměrně liší, jedna z respondentek podstoupila interrupci a u jedné z respondentek se i v nezletilém věku jednalo o plánované těhotenství. I přes značně variabilní výzkumný vzorek se domnívám, že v jednotlivých případech naleznou společné znaky.

Výzkumná otázka 2

Předpokládám, že respondentky měly informace o možnostech ochrany při pohlavním styku, ale jejich vědomosti byly pouze na úrovni teoretické a dívky si dostatečně neuvědomovaly její význam. Předpokládám, že respondentky ochranu nepoužily vůbec.

Výsledek 2

Předpoklad, že dívky věděly o možnostech ochrany při pohlavním styku, se potvrdil. Dvě z pěti dívek však ochranu vědomě nepoužily. Poněkud odlišná situace nastala u Lucie, která antikoncepci záměrně vysadila, neboť její těhotenství bylo plánované. U dvou respondentek došlo k selhání ochrany.

Výzkumná otázka 3

Předpokládám, že respondentky absolvovaly výuku sexuální výchovy na základních školách. Současně předpokládám, že respondentky její výuce nepřikládaly význam a považují ji za pro ně nepřínosnou. Dále pak předpokládám, že nejvíce informací v oblasti sexuálního chování získaly respondentky od svých vrstevníků.

Výsledek 3

Obě respondentky starší 30 let se shodly, že výuka sexuální výchovy na základní škole v době jejich studia nevyučovala, probíhala pouze stručná edukace v předmětu biologie člověka. Obě dvě jí ani nepřikládají žádný velký význam. Zbylé tři respondentky absolvovaly výuku sexuální výchovy. Z pěti respondentek však pouze Blanka považovala výuku sexuální výchovy za přínosnou. Předpoklad, že nejvíce informací získaly respondentky při komunikaci s vrstevníky, se potvrdila u všech případů.

Výzkumná otázka 4

Předpokládám, že respondentky pocházejí z neúplných či rozvedených rodin. Předpokládám, že otázku sexuality doma s rodiči neřešily. Předpokládám, že po seznámení rodičů se svým těhotenstvím našly podporu alespoň u jednoho z nich.

Výsledek 4

Předpoklad, že dívky pocházejí z neúplných či rozvedených rodin, se potvrdil jen u jedné respondentky. Ostatní dívky pocházejí z plně funkčních rodin zastoupených oběma rodiči. S výjimkou Blanky byla v rodinném prostředí otázka sexuality opomíjeným tématem.

Předpoklad, že dívky našly podporu alespoň u jednoho z rodičů, se nepotvrdil v případě Elišky, která pod nátlakem racionálních argumentů svých rodičů podstoupila potrat. V případě Dany podpora probíhala především po materiálně stránce, zejména otec se s faktem těhotenství své dcery smířoval až do porodu dítěte.

Výzkumná otázka 5

Předpokládám, že vztah s otcem dítěte skončil do jednoho roku od narození dítěte. Předpokládám, že respondentky dokončily středoškolské vzdělání až po narození dítěte.

Výsledek 5

Vztah Elišky skončil v okamžiku, kdy podstoupila interrupci. Lucie si své těhotenství naplánovala. Alenin vztah s otcem stále trvá, ale v jejím případě ještě neuběhl ani rok od porodu. U zbylých dvou respondentek vydržel vztah s otcem déle než jeden rok. Na základě těchto skutečností je zřejmé, že předpoklad o skončení vztahu do jednoho roku po narození dítěte, se nepotvrdil.

Předpoklad, že dívky dokončily své vzdělání po porodu, se potvrdil částečně. V případech Elišky a Lucie nelze tuto skutečnost posoudit, Blanka s Danou studovaly po porodu dálkově. V případě Aleny se jedná o příliš krátký časový interval od porodu pro zahájení studia.

Závěr

Problematika těhotenství nezletilých není v České republice jevem příliš častým, přesto většina z nás najde ve svém okolí někoho, kdo se s touto problematikou ve svém okolí setkal. Při zpracování tématu těhotenství nezletilých jsem se setkala zejména s problémy při vyhledávání literárních zdrojů. Respondentky, jež se účastnily výzkumu, pochází z mého okolí, což mne přivedlo na téma diplomové práce.

V teoretické části bylo mým cílem vytvořit text, který shrnuje nejdůležitější informace vztahující se k problematice těhotenství nezletilých. Na základě dostupné literatury jsem zpracovala hlavní aspekty vystihující bio-psycho-sociální hlediska, se kterými se nezletilá dívka musí potýkat ve své nové životní roli.

V praktické části jsem porovnávala jednotlivá bio-psycho-sociální hlediska z teoretické části se zkušenostmi respondentek, které byly v období dospívání gravidní. K výzkumu jsem využila kvalitativní výzkum, konkrétně metodu rozhovoru a metodu případové studie. Stanovila jsem si konkrétní výzkumné otázky, na které jsem se při rozhovoru zaměřila. Díky porovnání odpovědí respondentek s informacemi z teoretické části se mi podařilo porovnat zkušenosti dívek s předpoklady předem stanovenými na základě údajů získaných z dostupné literatury. Respondentky nejdříve uvedly svůj příběh a poté odpovídaly na konkrétní otázky zaměřené na okruhy užití kontracepčních metod, vliv sexuální výchovy, rodinné zázemí a následky. Přestože jednotlivé případy se od sebe liší svým průběhem, lze mezi nimi najít mnoho společných znaků jako podcenění významu užití kontracepčních prostředků, nalezení podpory v rodině či nutnost vyřešit otázku neukončeného středoškolského vzdělání.

Resumé

Diplomová práce „Těhotenství nezletilých a jeho důsledky na psychosociální vývoj“ nám podává podrobné teoretické informace o těhotenství nezletilých. Zpracovává danou problematiku z komplexního bio-psycho-sociálního úhlu pohledu.

Komplexním úhlem pohledu na těhotenství nezletilých se zabývá i výzkumná část práce. Na základě teoretických podkladů porovnává uvedené skutečnosti s reálnými zkušenostmi vybraných respondentek.

Summary

The thesis "Teenage pregnancy and the impact on psychosocial development" provides us with a detailed theoretical information on teenage pregnancy. The thesis predicate the issue of complex bio-psycho-social perspective.

With the overall angle of view of teenage pregnancy also deals the research part. Based on theoretical work compares the real experience of selected respondents with theoretical knowledge.

Literatura

1. HAMANOVÁ, J., HELLEROVÁ, P. *Syndrom rizikového chování v dospívání*, Československá Pediatrie, 55, 2000, č.6, č.7.
2. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
3. HOŘEJŠÍ, Jan. *Dětská gynekologie*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1990. 284 s. ISBN 80-201-0075-x.
4. LABÁTH, V. *Riziková mládež*. Praha: Slon. 2001
5. LANGMEIER, J.; Krejčířová, D. *Vývojová psychologie*. 4.přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing,a.s., 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9
6. MACEK, P. *Adolescence. Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha:Portál. 1999
7. MACKŮ, František. *Gynekologie : pro 3. ročník středních zdravotních škol*. 1. vyd. Praha: Scientia medica, 1996. 88 s. ISBN 80-85526-41-7.
8. MACHOVÁ, J.;HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání*.1. vyd. Praha: Nakladatelství H & H Vyšehradská, 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3
9. MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. 223 s. ISBN 80-04-25236-2.
10. MOORE, S., ROSENTHAL,D. *Sexuality in adolescence*. London, New York: Routledge, 1993
11. NOVOTNÝ, Ivan; HRUŠKA, Michal. *Biologie člověka*. 1. vyd. Praha : Fortuna, 1995. 136 s. ISBN 80-7168-234-0.
12. PROTIVANSKÁ,L. *Když děti mají děti*. MF Dnes. 6. 4. 2006, č. 14, s. 14 - 20.
13. ŠIŠLÁKOVÁ, M. 2008. *Využití konceptu resilience v sociální práci s rizikovou mládeží*. Disertační práce. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n. O., Bratislava. 2008
14. WEISS, P., ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*. Praha: Portál, 2001

Internetové zdroje

1. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [online] 2012-03-06 [cit. 2011-04-10] Živě narození, potraty a ukončená těhotenství podle věku žen, dostupné z WWW: http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/kapitola/1413-11-r_2011-10
2. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [online] 2011-12-28 [cit. 2011-04-10] Plodnost, potratovost a ukončená těhotenství podle věku žen, dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4008-11>
3. DOLEŽALOVÁ, L. Výchovný ústav [online] 2008 [cit. 2011-04-10]. Dostupné z WWW: <http://socialni-prace.webnode.cz/vychovny-ustav/>
4. DOLEŽALOVÁ, L. Výchovný ústav [online] 2008 [cit. 2011-04-10]. Dostupné z WWW: <http://socialni-prace.webnode.cz/detsky-domov/>
5. CHLANOVÁ, J. Případová studie [online] 2011-01-20 [cit. 2011-04-10]. Dostupné z WWW: http://kisk.phil.muni.cz/wiki/P%C5%99%C3%ADpadov%C3%A1_studie
6. CHRENKOVÁ, M. Gravidita a mateřství nezletilých dívek v České republice. In SOCIOTERAPEUTICKÉ LISTY-socioterapie.cz [online]. Havířov: Socioterapeutický občasník, 2010-02-03 [cit. 2012-04-10]. Dostupné z WWW: <http://www.socioterapie.cz/index.php?a=14>. ISSN 1804-0411
7. PSYCHOPORTAL, Linky důvěry. [online], 2010 [cit. 2012-04-10]. Dostupné z WWW: <http://www.psychportal.cz/linky-duvery>
8. SKASKOVÁ, P. *Mateřství nezletilých matek*. In IV. mezinárodní konference doktorandů odborů Psychologie a Sociální práce [online]. Nitra: FSVaZ UKF, 2009. s. 189-197. [cit. 2011-04-08]. Dostupné z WWW: http://www.kpsv.fsvaz.ukf.sk/PhD_konf_zbornik_2009/SUBORY/PDF/22_Skaskova.pdf.
9. VAŠKOVÁ, R. *Bariéry a předpoklady vzniku nové rodiny jako samostatné jednotky u -náctiletých matek*. Demografie. 2005, roč. 47, č. 4, s. 251-264. Dostupný také z WWW: [http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/t/6300314381/\\$File/180305q4.pdf](http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/t/6300314381/$File/180305q4.pdf).
10. VODÁKOVÁ, J. MŠMT vydává doporučení k výuce sexuální výchovy. [online], 2010-04-06 [cit. 2012-04-10]. Dostupné z WWW: <http://www.zkola.cz/zkehu/pedagogictipracovnici/kabinetprotelesnouvychovuavychovukezdravi/metodickematerialyvyukoveprogramy/31433.aspx>

Přílohy

Příloha č. 1 TABULKA ŽIVĚ NAROZENÝCH, POTRATY A UKONČENÁ TĚHOTENSTVÍ PODLE VĚKU ŽEN

OBVATELSTVO	POPULATION
1 - 10. Živě narození, potraty a ukončená těhotenství podle věku žen	
<i>Live born, abortions and pregnancies: by age of women</i>	
Pramen: ČSÚ	Source: CZSO
Věková skupina žen <i>Age group of women</i>	2010
Počet živě narozených dětí <i>Number of live births</i>	
-14	15
15-19	3 341
20-24	15 452
25-29	36 188
30-34	43 856
35-39	16 201
40-44	2 012
45-49	84
15-49	117 134
50+	4
Počet potratů <i>Number of abortions</i>	
-14	43
15-19	2 462
20-24	6 080
25-29	8 601
30-34	10 865
35-39	8 124
40-44	2 785
45-49	303
15-49	39 220
50+	10
Počet ukončených těhotenství <i>Number of pregnancies</i>	
-14	58
15-19	5 813
20-24	21 573
25-29	44 871
30-34	54 823
35-39	24 376
40-44	4 804
45-49	387
15-49	156 647
50+	14

**PLODNOST, POTRATOVOST A UKONČENÁ
TĚHOTENSTVÍ PODLE VĚKU ŽEN**

OBYVATELSTVO	POPULATION
1 - 11. Plodnost, potratovost a ukončená těhotenství podle věku žen	
<i>Fertility, abortion rate and pregnancies: by age of women</i>	
Pramen: ČSÚ	Source: CZSO
Věková skupina žen <i>Age group of women</i>	2010
Počet živě narozených dětí na 1 000 žen ve věkové skupině <i>Number of live births per 1 000 women in age group</i>	
15-19	11,5
20-24	45,7
25-29	99,7
30-34	99,0
35-39	38,4
40-44	5,9
45-49	0,3
15-49	46,2
Počet potratů na 1 000 žen ve věkové skupině <i>Number of abortions per 1 000 women in age group</i>	
15-19	8,6
20-24	18,0
25-29	23,7
30-34	24,5
35-39	19,3
40-44	8,1
45-49	0,9
15-49	15,5
Počet ukončených těhotenství na 1 000 žen ve věkové skupině <i>Number of pregnancies per 1 000 women in age group</i>	
15-19	20,1
20-24	63,8
25-29	123,7
30-34	123,8
35-39	57,9
40-44	14,0
45-49	1,2
15-49	61,8
Úhrnná plodnost <i>Total fertility rate</i>	1,49
Úhrnná potratovost ¹⁾ <i>Total abortion rate ¹⁾</i>	0,51
Úhrnná míra ukončení těhotenství <i>Total pregnancies rate</i>	2,01
Čistá míra reprodukce <i>Net reproduction rate</i>	0,72
Průměrný věk matek při narození prvního dítěte <i>Average age of women at birth of first child</i>	27,6
Podíl živě narozených dětí mimo manželství <i>Share of live births outside marriage</i>	40,3

Příloha č. 3 MÍRY PLODNOSTI PODLE JEDNOTEK VĚKU A KRAJŮ (NA 1000 ŽEN)

Věk	ČR	Hl. m. Praha	Středočeský kraj	Jihočeský kraj	Pzeňský kraj	Karlovarský kraj	Ústecký kraj	Liberecký kraj
15	1,8	1,3	1,5	1,6	1,9	2,6	4,9	5,6
16	4,5	2,0	4,1	2,8	2,4	8,7	11,0	4,1
17	7,9	4,7	5,4	8,4	6,2	19,2	19,0	12,4
18	15,2	6,5	12,1	16,4	15,9	28,0	36,0	16,5

Věk	Královéhradecký kraj	Pardubický kraj	Kraj Vysočina	Jihomoravský kraj	Olomoucký kraj	Zlínský kraj	Moravskoslezský kraj
15	1,1	-	0,8	0,7	1,9	0,7	1,6
16	4,0	3,5	3,3	3,2	4,5	1,5	6,5
17	5,2	8,7	4,3	5,6	5,2	3,9	9,5
18	17,3	11,8	10,9	9,4	14,4	8,1	18,1

Příloha č. 4 SEZNAM LINEK DŮVĚRY ČR

BLANSKO - Linka důvěry

Jihomoravský kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Diecézní charita Brno, církevní organizace

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 516 410 668

Provoz: NONSTOP

E-mail: soslinka.blansko@caritas.cz

Web: <http://blansko.caritas.cz/?kapitola=linka>

BRNO - Linka naděje

Jihomoravský kraj, zdravotnické zařízení (tudíž bez registrace poskytovatele sociálních služeb)

provozovatel – Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Brno

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 547 212 333

Provoz: NONSTOP

E-mail: internetové poradenství Linka naděje v Brně neprovozuje

BRNO – Linka důvěry

Jihomoravský kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

SPONDEA při Českém červeném kříži Brno, o.p.s.

Zaměření: pro děti, mládež a mladé lidi do 26 let, jejich zákonné zástupce a blízké osoby

Telefon: 541 235 511

Mobil: 608 118 088

Provoz: NONSTOP

audiochat Skype: skypeusername "spondea"

ICQ: 260-321-915

E-mail: krizovapomoc@spondea.cz

Web: <http://www.spondea.cz/> Internetová linka

ČESKÉ BUDĚJOVICE - Linka důvěry

Jihočeský kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Linka důvěry České Budějovice, o.p.s.

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 387 313 030

Provoz: NONSTOP

E-mail: internetové poradenství Linka důvěry v Českých Budějovicích neprovozuje

HAVÍŘOV - Linka důvěry

Moravskoslezský kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Sociální služby města Havířova, příspěvková organizace

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 596 410 888

Provoz: NONSTOP

E-mail: linka.duvery.havirov@seznam.cz

Web: <http://www.help-psych.cz/havirov/> Internetová linka E-mail:

linka.duvery.havirov@seznam.cz

HODONÍN - Linka důvěry

Jihomoravský kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Pedagogicko-psychologická poradna Hodonín, příspěvková organizace

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 518 341 111

Provoz: Po – Ne: 16,00 - 22,00 hod.

E-mail: linkaduvery.hodonin@seznam.cz

Web: www.ccsystem.cz/duvera

CHRUDIM – Telefonická krizová pomoc

Pardubický kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Centrum J.J. Pestalozziho, o.p.s.

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 469 623 899

Provoz: Po – Pá: 8,00 - 17,00 hod.

E-mail: kc@pestalozzi.cz

Web: <http://www.pestalozzi.cz/projekty.php?atr=&cl=2> Internetová linka E-mail:

kc@pestalozzi.cz

KARLOVY VARY – Linka důvěry

Karlovarský kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Res vitae, o.s.

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 353 588 080

Provoz: Po – Pá: 18,00 - 6,00 hod.

E-mail: internetové poradenství Linka důvěry v Karlových Varech neprovozuje

KARVINÁ - Linka důvěry

Moravskoslezský kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Centrum psychologické pomoci, příspěvková organizace

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 596 318 080

Provoz: NONSTOP

E-mail: linkaduver-karvina@seznam.cz

Web: <http://www.help-psych.cz/karvina/> Internetová linka E-mail: [linkaduvery-](mailto:linkaduvery-karvina@seznam.cz)

karvina@seznam.cz

KLADNO - Linka důvěry

Středočeský kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

V.O.D.A., o.s.

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 312 684 444

Mobil: 777 684 444
Provoz: NONSTOP
E-mail: ldkladno@ldkladno.cz
Web: <http://www.ldkladno.cz/>

KROMĚŘÍŽ – Linka důvěry

Zlínský kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb
Sociální služby Uherské Hradiště, příspěvková organizace
Zaměření: pro celou populaci
Telefon: 573 331 888
Provoz: NONSTOP
E-mail: internetové poradenství Linka důvěry v Kroměříži neprovozuje

KUTNÁ HORA - Linka důvěry

Středočeský kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb
Povídej, o.s.
Zaměření: pro celou populaci
Telefon: 327 511 111
Mobil: 602 874 470
Provoz: Po - Pá 8,00 - 22,00 (včetně svátků)
E-mail: linkaduvery@kh.cz
Web: <http://www.linkaduvery.kh.cz/> Internetová linka E-mail: linkaduvery@kh.cz

LIBEREC - Linka důvěry

Liberecký kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb
Centrum intervenčních a psychosociálních služeb Libereckého kraje, příspěvková organizace
Zaměření: pro celou populaci
Telefon: 485 177 177
Mobil: 606 450 044
Provoz: NONSTOP

E-mail: odpovim@napismi.cz

Web: <http://www.volny.cz/ld.lbc/> Internetová poradna E-mail: odpovim@napismi.cz

MLADÁ BOLESLAV - Linka důvěry

Středočeský kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Linka důvěry SOS, fyzická osoba

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 326 741 481

Provoz: Po – Pá: 9,00 – 18,00

E-mail: linka.duvery-mb@quick.cz

Web: <http://ldmb.webzdarma.cz/>

MOST - Linka duševní tísně

Ústecký kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Most k naději, o.s.

Zaměření: pro celou populaci, důraz na G/L minoritu a HIV/AIDS

Telefon: 476 701 444

Provoz: NONSTOP

E-mail: ldt.most@seznam.cz

Web: <http://www.k-centrum.com/>

OLOMOUC - Linka důvěry

Olomoucký kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Středisko sociální prevence Olomouc, příspěvková organizace

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 585 414 600

Provoz: Po – Pá: 16,00 – 06,00 hod. So+Ne+svátky: NONSTOP

E-mail: ssp@iex.cz

Web: <http://ssp-ol.cz/index.php?item=telefonicka-krizova-pomoc>

Internetová poradna Chat: www.internetporadna.cz / e-linka

OPAVA - Linka důvěry

Moravskoslezský kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Charita Opava, církevní organizace

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 553 61 64 07

Mobil: 736 149 142

Provoz: Po – Ne: 10,00 - 6,00 hod.

Bezplatně: 800 12 06 12 - pouze So: 19,00 - 21,00 hod.

E-mail: linka.duvery@charitaopava.cz

Web: <http://www.charitaopava.cz/strediska.php?stredisko=ld>

OSTRAVA - Linka důvěry

Moravskoslezský kraj, zdravotnické zařízení (tudíž bez registrace poskytovatele sociálních služeb)

provozovatel - Městská nemocnice Ostrava

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 596 618 908

Mobil: 737 267 939

Provoz: Po – Pá: 12,00 – 06,00 hod. So+Ne+svátky: NONSTOP

Web: <http://www.help-psych.cz/> Internetová linka E-mail: info@help-psych.cz

PÍSEK - Linka důvěry

Jihočeský kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Arkáda - sociálně psychologické centrum, o.s.

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 382 222 300

Provoz: Po – Pá: 8,00 – 22, 00 hod.

E-mail: info@arkada-pisek.cz

Web: <http://www.arkadacentrum.cz/>

PLZEŇ - Linka důvěry a psychologické pomoci

Plzeňský kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Regionální institut duševního zdraví – Epoché, o.s.

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 377 462 312

Mobil: 605 965 822

Provoz: NONSTOP

E-mail: ld.plzen@atlas.cz

Web: <http://www.epochs.cz/>

Internetová linka E-mail: info@help-psych.cz

PRAHA - Linka důvěry RIAPS

Hlavní město Praha, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Centrum sociálních služeb Praha (CSSP), příspěvková organizace

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 222 580 697

Provoz: NONSTOP

E-mail: linka@mcssp.cz

Web: <http://www.mcssp.cz/>

PRAHA - Kontaktní linka SOS centrum Diakonie

Hlavní město Praha, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Diakonie Českobratrské církve evangelické, církevní organizace

Zaměření: pro celou populaci

Kontaktní telefon SOS centra Diakonie: (linka důvěry zrušena) 222 514 040

Provoz: Po - Pá: 9,00 - 20,00 hod.

E-mail: linka.duvery@diakoniecce.cz

Web: <http://www.soscentrum.cz/> Internetová linka

Praha - Linka pro ženy a dívky

Hlavní město Praha, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

ONŽ - Pomoc a poradenství pro ženy a dívky, o.s.

Zaměření: pro dívky, ženy a partnerské páry v obtížných situacích souvisejících s těhotenstvím, mateřstvím, rodičovstvím a vztahovými problémy

Telefon: 603 210 999

Provoz: Po – Pá: 8,00 - 20,00 hod. (kromě svátků)

E-mail: paha@poradnaprozeny.eu

Web: <http://www.poradnaprozeny.eu/>

PRAHA - Linka pomoci pro ženy v tísní

Hlavní město Praha, bez registrace poskytovatele sociálních služeb

Hnutí pro život ČR, o.s.

Zaměření: pro dívky a ženy s problémy souvisejícími s početím, těhotenstvím, porodem a mateřstvím

Bezplatný telefon: 800 108 000

Provoz: Po: 16,00 - 22,00 St: 16,00 - 19,00 Čt: 19,00 - 22,00 hod.

audiochat Skype: skype name "poradnaprozeny"

E-mail: poradna@linkapomoci.cz

Web: <http://linkapomoci.cz/>

TŘEBÍČ - Linka důvěry Střed

Vysočina kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Střed, o.s.

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 775 223 311

Provoz: Po - Ne: 8,00 - 22,00 hod.

E-mail: linkaduvery@stred.info

Web: http://www.stred.info/cze/index.php?section=hot_line

ÚSTÍ NAD LABEM - Linka pomoci

Ústecký kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Spirála o.s.

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 475 603 390

Provoz: NONSTOP

E-mail: spirala.cki@volny.cz

Web: <http://www.volny.cz/spirala.cki/>

ÚSTÍ NAD ORLICI - Linka důvěry

Pardubický kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Kontakt o.s.

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 465 524 252

Provoz: NONSTOP

E-mail: lduo@seznam.cz

Web: <http://www.linkaduveryo.wz.cz/>

VSETÍN - Linka důvěry

Zlínský kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Azylový dům pro ženy a matky s dětmi, o.p.s.

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 571 413 300

Provoz: NONSTOP

E-mail: ld@vs.inext.cz

Web: <http://www.inext.cz/linka/>

ZLÍN - Linka SOS

Zlínský kraj, registrovaný poskytovatel sociálních služeb

Statutární město Zlín, územní samosprávný celek

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 577 431 333

Provoz: NONSTOP

E-mail: sos@zlin.cz

Web: <http://www.soslinka.zlin.cz/> Internetová poradna

Příloha č. 5 AZYLOVÉ DOMY - Charitní domovy pro matku a dítě

Azylový dům pro matky s dětmi Domov sv. Markéty

Diecézní charita Brno

Staňkova 47, 612 00 Brno

Tel. : **549 122 962 ; 549 122 965** fax: 549 122 950

E-mail : dsm.brno@caritas.cz www.brno.caritas.cz

Posláním Domova sv. Markéty pro matky s dětmi v tísni v Brně je poskytnutí sociálních a pobytových služeb na přechodnou dobu matkám s dětmi a těhotným ženám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení a které mají zájem na řešení své nepříznivé sociální situace. Poskytujeme ubytování a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Matky s nezletilými dětmi a těhotné ženy, které se ocitly v nepříznivé životní situaci spojené se ztrátou bydlení a nedokáží bez podpory tuto situaci řešit. Mohou to být ženy zneužívané, ohrožované na životě a žijící v prostředí ohrožujícím výchovu a vývoj dětí.

Domov pro matky s dětmi v tísni

Diecézní charita Plzeň

Havlovice 5, 344 01 Domažlice

Tel.: **379 776 388, 731 433 006**

E-mail: dmdhavlovice@volny.cz

www.dchp.cz/nase-sluzby/domov-pro-matky-s-detmi-v-tisni-domazlice/

Posláním azylového domova je pomoc matkám s dětmi, nezletilým matkám a těhotným ženám, které se ocitly v tíživé situaci (domácí násilí, ztráta domova). Tento domov matkám v krizi nabízí ubytování, sociálně právní poradenství, každodenní pomoc a podporu při výchově a péči o děti i při vedení domácnosti. Cílem domova je pomoci matkám získat základní vědomosti a dovednosti, aby byly schopny vyřešit svoji situaci včetně zajištění péče o děti. Většinou se jedná o sociálně handicapované ženy, které samy nezažily normálně prosperující rodinu. Snahou personálu je předejít opakování podobné situace v další generaci. Individuální programy vedou matku

k samostatnosti v péči o dítě a domácnost a podporují rozvoj jejich vzájemných citových vazeb. U dětí se dbá na docházku a přípravu do školy, na rozvoj schopností a odreagování se od stresů, kterým byly většinou pod vlivem kritické sociální situace v rodině vystaveny. Těhotným ženám dává zařízení možnost připravit se v bezpečí na porod a ponechat si dítě ve své péči po dobu, než se podaří najít jiné vhodné zázemí

Azylový dům Gloria

Arcidiecézní charita Praha
Londýnská 44, 120 00 Praha 2
Tel.: 224 246 573
www.praha.charita.cz/sluzby/adgloria

Posláním Azylového domu pro ženy a matky s dětmi Gloria je poskytnutí přechodného ubytování ženám, matkám a jejich dětem, které nemají možnost jiného bydlení. Vytvořením bezpečného prostředí, sociálním poradenstvím a aktivizačními činnostmi pomáháme načerpat sílu a získat dovednosti pro jejich návrat do běžného života. Azylový dům nabízí pomoc ženám a matkám s nezletilým dítětem/děti, které nejsou schopny řešit svou bytovou situaci vlastními silami.

Azylové centrum Trojlístek - Dětské centrum Veská

Veská čp. 21, 533 04 Sezemice
Tel.: 466 934 001, 466 934 004
E-mail: dcveska@seznam.cz
www.dcveska.cz

Dětské centrum ve Veské u Pardubic je zvláštní zdravotnické dětské zařízení pro děti a rodiče v tíživé životní situaci. Kapacita je 60 lůžek pro děti od novorozeneckého věku. V zařízení nachází přechodný domov děti vážně nemocné, opuštěné, děti vyžadující okamžitou pomoc. Pokud se rodiče rozhodnou nebo je okolnosti donutí požádat o umístění v zařízení společně se svým dítětem či ještě nenarozeným dítětem, je to možné. K těmto účelům slouží 10 lůžek v samostatných pokojích. Od 1.2.2008 je v provozu azylové ubytování určené těhotným budoucím maminkám a maminkám

s malými dětmi nacházejícími se v nepříznivé sociální situaci. Pro tyto těhotné ženy a maminky nabízíme poradenský a informační servis, místo klidného prožití těhotenství, pomoc před porodem i po něm, příprava na život s dítětem, ubytování těhotným ženám i maminkám s malými dětmi v nouzi. Pomoc nabízíme i nezletilým maminkám.

Domov pro dětský život

Na počátku, o.s.

Sídlo: Soběšická 60, 614 00 Brno

Tel.: 548 221 405

E-mail: info@napocatku.cz

www.napocatku.cz

Azylový dům se nachází na utajené adrese mimo Brno.

Domov pro dětský život: azylový dům, ve kterém poskytujeme ubytování a sociální program. Domov má neveřejnou adresu a je umístěn na Vysočině. Před rozhodnutím o ubytování je nutný rozhovor s pracovnící v Poradně v Brně. Cílovou skupinou služby jsou těhotné ženy v tísní, které si přejí své dítě donosit, ale ve svém přirozeném prostředí k tomu nemají podmínky. Přednostně jsou přijímány ženy na počátku těhotenství. Služba je otevřená ženám z celé České republiky bez ohledu na jejich věk (tj. i nezletilým), společenské postavení, rasu nebo náboženskou příslušnost. Domov pro dětský život poskytuje azylové ubytování a sociální program těhotným ženám v tísní, které si přejí své dítě donosit, ale ve svém přirozeném prostředí k tomu nemají podmínky. Pomoc těmto ženám vychází z jejich individuálních potřeb. Je poskytována způsobem, který je podporuje v aktivním řešení jejich situace, v rozvoji dovedností pro samostatný život a uživatelky směřuje k začlenění zpět do přirozené komunity.