

## Editorial

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

toto číslo SOCIOwebu se zaměřuje na téma (nejen) ženského těla.

Sociologie si ne vždy uvědomovala, že lidé jsou také vtělené bytosti, nejen aktéři se svými postoji a hodnotami. K tělům se váží různé kulturní významy, těla jsou kontrolována, regulována a reprodukována. I pojmy „zdraví“ a „nemoc“ jsou sociálně konstruovány; nejsou to „vnitřní“ vlastnosti jedince, ale jsou vyjednávány v rámci sociálních interakcí.

Pojem těla se začal v sociologii více objevovat relativně nedávno, ve druhé polovině osmdesátých let a v letech devadesátých. Někteří autoři poukázali na to, že tělo a tělesnost se ze sociologie v jejích samotných počátcích postupně vytratily a „vtělenost“ sociálních aktérů byla zapomenuta či skryta. Podle dalších sociologů se tělo stalo „reflexivním projektem“, kterým se snažíme vyjádřit svou osobní identitu s pomocí praktik dietního stravování, cvičení a režimů zdraví a krásy.

Feministická sociologie koncem 90. let upozornila na nedostatky a rizika tohoto „tělesného obratu“. Poukazuje na to, že toto ztracené a znovu nalezené tělo v sociologické teorii je ve skutečnosti tělo mužské. Ženské tělo bylo v klasické sociologické teorii přítomno pouze ve své „tělesnosti“ jako protiklad mužského sociálního světa. Ženy zde existovaly jako sexuální a reprodukcující těla, byly identifikovány s organismem, instinkty a přírodou. Koncept těla jako podmínky a základu jednání byl nadále vyhrazen mužům. Pokud se v klasických textech hovoří o těle, není nikdy zmíněn jeho gender – pokud se nehovoří explicitně o ženském těle. Zároveň hlavní snahou klasické feministické sociologie bylo naopak od tělesnosti se vzdálit či ji dekonstruovat – například skrze kategorii genderu.

Pokud sociologicky studujeme ženské tělo, musíme se zaměřit nikoli na tělesnost samu o sobě, ale na to, jak těla žen byla a jsou prožívána, zakoušena, kontrolována, případně vykořisťována. Zároveň musíme věnovat pozornost i mužským tělům, která s sebou nesou své vlastní hranice a vyloučení. V tomto čísle Sociowebu usilujeme o nastínění některých témat, která souvisí s tělem a tělesností a s tím, jak se těla „promítají“ do genderových a obecně

do sociálních vztahů. Pozornost je věnována tomu, jak je ženské (a mužské) tělo konstruováno ve vztahu k reprodukci (článek Elišky Kodyšové o ženách a jejich sebepercepci při těhotenství a porodu) či nereprodukci (článek Hany Haškové o volbách dobrovolné bezdětnosti a článek Lenky Slepíckové o ženském těle v procesu léčby neplodnosti). Článek Radky Dudové ukazuje, jak bylo v minulosti v ČR zacházeno s právem romských žen na tělesnou integritu ve vztahu k reprodukci. Články Lenky Formánkové a Hany Maříkové nastíní, jak gender těla spoluurčuje životní, rodičovské a pracovní dráhy žen i mužů. Závěrečný článek Marty Vohlídalové a Kateřiny Šaldové se věnuje tomu, jak tělo vstupuje do vztahu, který by tělesností nijak ovlivněn být neměl - zabývá se problematikou sexuálního obtěžování na českých univerzitách.

V tomto čísle tak otevíráme téma, kterému se oddělení Gender a sociologie zatím systematicky nevěnovalo a které je ve skutečnosti mnohem širší a zahrnuje i další oblasti, které by rovněž zasluhovaly výzkumnou pozornost. I tak doufáme, že číslo poskytne zajímavou četbu a podnětné uvedení do problematiky ženského (a mužského) těla a tělesnosti.

Radka Dudová

[radka.dudova@soc.cas.cz](mailto:radka.dudova@soc.cas.cz)

**Příští číslo SOCIOwebu bude věnováno datům a datové archivaci.**

---

«Témata »

»

## **Sebepercepce ženského těla v těhotenství a při porodu v kontextu porodnické péče v České republice**

*Klíčová slova: gender, rodičovství*

Mluvíme-li o těle a genderu, nelze pominout těhotenství a porod, patřící ke specificky ženským zkušenostem. Na porod a péči při něm má navíc většina laické i odborné veřejnosti poměrně vyhraněný názor: při porodu se může stát cokoli, a proto patří do nemocnice. Jaké důsledky má tento pohled pro sebepercepci žen v průběhu těhotenství a při porodu, jejich volbu zdravotní péče a její subjektivní zpětné hodnocení? Odpověď na tyto otázky nabízejí existující sociálně vědní studie českého porodnictví; autorka čerpá i ze sociálně psychologické reflexe vlastní práce s touto skupinou.

Těhotenství a porod jsou v zásadě fyziologické děje, nejde o onemocnění. V jejich průběhu se mohou, ale nemusí vyskytnout různě závažné komplikace. Především porod je velmi ovlivnitelný psychosociálními okolnostmi, které mohou porod zpomalit až zastavit, anebo ho naopak povzbudit (absence či přítomnost podpory a pocitu bezpečí).

V lékařské sociologii se popisují dva modely zdravotní péče v těhotenství a při porodu – lékařský a porodně-asistentský nebo také sociální. Lékařský model je popisován jako mužský a zaměřený na lékaře, vyzdvihuje objektivitu, dualismus těla a duše, intervence, lékařské statistiky a vnímá těhotenství a porod jako fyziologické pouze v retrospektivě, a tedy vyžadující neustálý lékařský dohled a zásah při sebemenším náznaku patologie. Sociální model je popisován jako ženský, subjektivní, holistický a zaměřený na ženu – pacientku, vyzdvihuje individuální přístup a spíše observaci než intervence, a navíc k lékařskému modelu, jehož cílem je zdravá a živá matka a dítě, usiluje i o uspokojení individuálních potřeb matky a dítěte (Van Teijlingen 2005).

V České republice jednoznačně převládá lékařský přístup, a to jak na praktické, tak i legislativní úrovni. Ačkoli se některé aspekty péče v minulosti změnily a nadále mění dle požadavků rodiček (přítomnost otců, jistá možnost volby polohy při porodu, postupné ustupování od některých rutinních praktik, jako klystýr, holení, či separace dítěte od matky), nedošlo v posledních 20 letech k větším systémovým změnám. Většině žen u nás (Hašková (2001) uvádí tři čtvrtiny) tento model vyhovuje. Implicitní vnímání porodu jako rizikového, nebezpečného a bolestivého procesu lze přitom dát do souvislosti s výskytem úzkosti z porodu, která v západních zemích dosahuje kolem 20 %, přičemž až polovina z těchto případů závažně ovlivňuje každodenní život ženy (Kjærgaard et al. 2008). Vlastní těhotné a rodičí tělo je pro ně zdrojem nejistoty a ohrožení, nad kterým žena nemůže nikdy mít úplnou kontrolu a zodpovědnost. Tu přejímají lékaři dohlížející na

těhotenství a na porod a medicínská věda. S velkou důvěrou k nim a s nadužíváním lékařských technologií (ultrazvuk, amniocentéza, epidurální analgezie, císařský řez na přání...) se často pojí i touha po perfektním dítěti (Hřešanová (2008) tento typ rodiček popisuje jako „technokratické“). Zvýšená úzkost spojená s nemožností vše sama kontrolovat však není pravidlem – významná část žen akceptujících lékařský přístup jej přijímá proto, že se jedná o současnou normu. Při výběru zdravotní péče se řídí pravidlem nejmenšího odporu a nejlepší dostupnosti (Hašková 2001). Pro tuto skupinu je příznačná ochota delegovat kontrolu na zdravotníky.

Ženy preferující sociální přístup u nás stále tvoří menšinu. Jsou v průměru více informované o těhotenství a porodu, často už učinily negativní zkušenost s lékařským přístupem (Hašková 2001; Hřešanová 2008). Ani tato skupina není homogenní – důvěra ve vlastní tělo, pro tyto ženy příznačná, je někdy spíše primární a impulsem pro získávání dalších informací pro argumentaci, jindy zase naopak sekundární, „načtená“, a s větší potřebou se opřít o podporující zdravotníky. Výrazná je i touha ponechat si kontrolu nad porodním procesem. Hledání vhodné péče věnují zpravidla více pozornosti (i z důvodu nižšího počtu možností) a některé nakonec volí porod doma či ambulantní porod.

Jak reagují různé typy žen na prožitek porodu a kontakt s pečujícími zdravotníky? Vzhledem k nespočtu variací vzniká řada příležitostí pro uspokojivý i traumatizující zážitek. Relativně častými slabinami české verze lékařského modelu jsou podle rodiček nejen neochota sdílet informace a kontrolu, ale i nízká podpora a empatie vůči rodičce. Pro ženy velmi důvěřující lékařské vědě, které mají větší potenciál být s péčí spokojené, mohou být šokující narození postiženého dítěte či jiné vážné komplikace (jako projev nedokonalosti lékařské vědy), ale i chladné chování zdravotníků. Častěji jim vyhovuje „mateřské“ chování zdravotníků, jež nesdílí zodpovědnost, ale přitom je vřelé. Pro ženy preferující sociální přístup bývá nejvíc ponižující vztahová asymetrie a v případě komplikací mohou být traumatizovány pocitem selhání, anebo naopak cítí zlost na nepodporující, rutinně intervenující zdravotníky (Takács et al. 2011).

Výše uvedené rozdělení je nutně hrubé a zjednodušující a vzhledem k rozsahu textu nezachycuje všechny eventuality, popisuje ale základní prožitky většiny žen v českém systému porodnické péče. Z pohledu genderu a transakční analýzy můžeme systém shrnout i jinak: jako střet rodiče, představovaného racionálním, autoritativním lékařským přístupem, který lze označit jako maskulinní (mezi porodníky příznačně převažují muži), s dítětem, představovaným nejistými, úzkostnými, případně bouřícími se rodičkami (jež jsou samozřejmě ženy).

Z dlouhodobých zkušeností APERIA vyplývá, že stále většímu počtu žen (a jejich těl) se v tomto

systému nedaří dobře a chtějí mít kontrolu nad tím, co se děje s jejich těly i jak se zachází s jejich dětmi. Roste počet žen, jež se rozhodují pro domácí porod, který zaručuje tolik oceňovanou kontinuitu péče v těhotenství i při porodu. Řada z nich se pokouší dosáhnout změny buď aktivní komunikací s porodnicí při vlastním porodu, anebo zapojením do organizací či aktivit, které se snaží tvář porodu v ČR změnit. Tím obohacují českou občanskou společnost a to, co se obvykle nazývá „ženské hnutí“, o významné téma. Slabinou tohoto hnutí je, že většina žen v ČR se o porodnictví zajímá pouze v době vlastního těhotenství a svou nespokojenost projevuje jen na internetových diskusních fórech. Důvodem je pravděpodobně ve značné míře obava z kritiky – žena, která chce mít kontrolu nad svým těhotenstvím a porodem, je veřejností neprávem odsuzována jako špatná matka, která myslí víc na sebe než na své dítě – ale i hormonální naladění v těhotenství a v raném rodičovství, které průbojnosti a ochotě se konfrontovat příliš nepřeje. Pokud ale ženy nechtějí dlouhodobě setrvat v pasivní, dětské roli, kterou jim systém uděluje, jsou nuceny postavit se za sebe samy a získat zpět aktivní úlohu v příběhu svého těla.

#### Literatura:

Hašková, H. 2001. *Sociální aspekty porodu*. Zpráva z výzkumu. Praha: Aperio,

Hřešanová, E. 2008. *Porod z perspektivy sociálních věd: etnografie dvou českých porodnic se zaměřením na jejich (organizační) kultury*. Disertační práce. Brno: FSS MU..

Kjærgaard, H., Wijma, K., Dykes, A.-K., Alehagen, S. 2008. „Fear of childbirth in obstetrically lowrisk nulliparous women in Sweden and Denmark.“ *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (4): 340 – 350.

Takács, L. et al. 2011. „Psychosociální klima porodnice a jeho vliv na emoční pohodu rodičky.“ *Psychologie pro praxi*, (v tisku).

Van Teijlingen, E. 2005. „A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth.“ *Sociological Research Online*, 10 (2). Online zdroj: <http://www.socresonline.org.uk/10/2/teijlingen.html>

Eliška Kodyšová

[eliska.kodysova@aperio.cz](mailto:eliska.kodysova@aperio.cz)

Katedra psychologie FF UK – PhD. studium,

APERIO – Společnost pro zdravé rodičovství, o.s.

Článek vznikl v rámci postgraduálního výzkumu na téma *Vliv sociálně-psychologických proměnných na ranou mateřskou self-efficacy prvorodiček*.

»

## Přirozenost a normalita rodičovství aneb Jak se volí bezdětnost

*Klíčová slova: gender, rodičovství, plodnost*

V mediálních diskusích často zaznívá, že rodičovství by mělo být plánované a zvolené. Není žádoucí mít „nechtěné“ děti. Na druhou stranu je však rodičovství pojímáno také jako „povinně volitelný předmět“ na cestě k dospělosti. Lze sice volit i „alternativní předměty“, ale pokud bezdětnost volí žena, je to vnímáno jako zvláštní, neženské (Morrell 1994). Volby pro rodičovství a bezdětnost nejsou chápány jako rovnocenné a stejně hodnotné alternativy. Rodičovství je norma. Nebo spíše – jakmile je bezdětnost popisována jako něco nenormálního, z rodičovství se stává norma. Jeden z hlavních rysů většiny více či méně veřejných popisů bezdětnosti (v časopisech, novinách, filmech, seriálech, internetových diskusích nebo i v rozhovorech) je důraz na „normalitu“ a „přirozenost“ biologického a genetického rodičovství, nebo spíše mateřství, protože otcovství není věnována stejná pozornost. Spojení žena-matka je popisováno jako mnohem užší než spojení muž-otec, a to sice skrze biologizující koncepty mateřského instinktu a biologických hodin (Hašková a Zamykalová 2006).

I z rozhovorů s bezdětnými muži a ženami [1] vyplývá, že i jen vyslovit „nenormální“, „nepřirozenou“ volbu bezdětnosti bývá obtížné. Na volbu bezdětnosti je dokonce těžké i pomyslet a vyslovit ji před sebou samým, nejen před ostatními. I myšlení je diskurzivní, ovlivněné probíhajícími mediálními a každodenními diskusemi reprodukcí normality rodičovství. Fungující partnerství s někým s nulovými reprodukčními plány tak dodává volbě bezdětnosti na přesvědčivosti. Pro ostatní, ale i pro sebe sama: **A přitom jsem to nechtěla.** ... *Ono se to určitě vyvíjelo a hlavně taky já jsem si dovolila si to uvědomit a připustit. Já vím, že teď s (jméno partnera – poznámka autorky) to bylo poprvý, co jsem to takhle úplně hodně nahlas řekla.* (Alexandra, 30 let, vysokoškolačka, svobodná, nesezdané soužití)

Ve věku, v němž se rodičovství do budoucna stále ještě očekává, a bez partnera, ve shodě s nímž volí člověk život bez rodičovství, nezní volba života bez rodičovství tak přesvědčivě. Rozhodnutí se pro zahájení rodičovství je zpravidla vázáno na existenci partnerství. Častým argumentem, který slýchají bezdětní singles, kteří rodičovství odmítají, je, že svůj názor změní, až potkají toho pravého/tu pravou.

Ne v každém kontextu je však tlak směrem k rodičovství pocíťován stejně. V orientační rodině, tedy v té, v níž komunikační partner/ka

[2] vyrůstal/a, určitý tlak na rodičovství v průběhu svého života pociťovali všichni komunikační partneři a partnerky, i když v různé míře. Oslabení pociťovaného tlaku na rodičovství nastává zejména tehdy, stane-li se některý ze sourozenců rodičem. Tímto se rodiče komunikačního partnera/partnerky stávají prarodiči a komunikační partneři a partnerky tetami a strýci. Jsou ale i situace, které tlak na rodičovství ze strany orientační rodiny posiluje, jako je změna v náplni života rodičů v důsledku ovdovění, rozvodu, odchodu do důchodu, onemocnění apod. Mezi přáteli a známými roste pociťovaný tlak na rodičovství v době, kdy zakládají své vlastní rodiny, nebo tehdy, nastane-li událost typu třídního srazu. Explicitně vyjádřený tlak směrem k rodičovství bývá prožíván s různou intenzitou v závislosti na věku komunikačního partnera/partnerky. Popisován je například v podobě narážek, „popichování“, stále se opakujících dotazů, umlčování, nedůvěry: **Maminka mi vždycky říkala: „Počkej, až ti bude tak kolem třicítky, kolem devětadvacítky, ty dostaneš chuť mít děti.“** (Aneta, 64 let, vysokoškolačka, vdova, žije sama)

Pociťovaný tlak na rodičovství, a v případech singles i na partnerství, může být silný i slabý také v závislosti na tom, v jakých skupinách se bezdětný/bezdětná pohybuje a s kým se srovnává. Tlak na rodičovství bývá ale zpravidla silnější u žen, a to jak ve smyslu působení médií, tak i nejbližšího okolí bezdětné/ho. Latentní tlak na rodičovství však postupoval mezi řádky (přepisů) všech rozhovorů. Předjímání abnormality bezdětnosti a normality dětnosti (rodičovství) vystupovalo v podobě všech těch „samozřejmě“, „přirozeně“ a „normálně“ v reakci na otázku o založení rodiny: **Samozřejmě že jsem byla zamilovaná, chtěla jsem hrozně moc mít všechny normální věci, úplně normální člověk. (...) Každý normální mladý člověk touží po partnerském vztahu.** (Monika, 54 let, vysokoškolačka, svobodná, žije sama)

Předjímání normality dětnosti nejsou však jen všechna ta „samozřejmě“, ale také ony „sobecké mrchy“ a „porouchané hodiny“, o nichž se „samy od sebe“ zmiňují bezdětné ženy. Činí tak ve shodě se (stereotypními) popisy bezdětných v médiích, ve shodě s (předjímanými i zažívanými) reakcemi svého okolí. K normám se tedy nejlépe vychováváme sami. Pozorujeme, co a jak dělají ostatní. Na základě předchozích zkušeností předjímáme jejich reakce na naše budoucí chování. Kategorizujeme, diferencujeme, porovnáváme a hodnotíme ostatní i sami sebe normalizujícím pohledem, který na nás není zaostřen z určitého místa, ale je všudypřítomný a internalizovaný.

Foucaultem (1999) výstižně popsaný dohled obrácený dovnitř – sebedisciplinace – dostává v kontextu reprodukčních úvah podobu *biologických hodin*. O těch se hovoří zejména v souvislosti se ženami. U žen se jejich tikot očekává. U mužů se zase očekává, že budou naslouchat tikotu biologických hodin svých partnerek.

*Hodiny* symbolizují ubíhající, měřitelný a měřený čas. *Biologie* poutá tyto hodiny k tělu žen, které je, v rámci konceptu biologických hodin, přírodou (geny, hormony) naprogramováno na mateřství, s biologickými hodinami se ženy rodí, jsou jim vrozené. Co když ale *biologické hodiny* ženě netikají? Co když mateřské *pudy* cítit nezačne? Pak je to přinejmenším podezřelé, jak svou situaci definovala jedna z komunikačních partnerek. Další hovořila dokonce o tom, jak kvůli svému příteli zašla za psychology, aby jí vysvětlili, proč jí ještě po třicítce netikají biologické hodiny.

Jak už název napovídá, hlavní rámování je biologické. O biologických hodinách mluví i ty ženy, které žádné dítě nechtějí a rodičovství ve svém životě odmítají, a i ty, které nejsou rozhodnuty, zda se matkami stát či ne. I ony tedy přistupují na věkové normy a normalitu rodičovství, symbolizovanou biologickými hodinami. Porucha – to může být vysvětlení a vlastně i ospravedlnění, které zároveň „normalitu“ a „přirozenost“ rodičovství nijak nezpochybňuje, naopak ji posiluje. Jsou-li biologické hodiny vrozené, nelze-li je přeřít, pak nelze nic dělat. Jsou-li biologické hodiny přirozenou součástí ženských těl, instinktem, který se v ten pravý čas ozve, zazvoní, zatiká, pak jsou těla žen, které touhu po mateřství necítí, nebo dokonce mateřství odmítají, diskurzivně konstruována nejen jako jiná, ale jako nesprávně jiná, podezřelá, porouchaná, nenormální.

Ojedinele ale kodmítání, a dokonce i překračování diskurzu normy rodičovství přesto dochází. Představa, že k naplnění života dospělého člověka (a zejména ženy) je potřeba rodičovství, bez něhož zůstává život prázdný, nenaplněný a postrádající smysl (odvozená z diskurzu normy rodičovství – dětnosti), je někdy komunikačními partnery a partnerkami nejen odmítnuta, ale dokonce transformována. Z „naplněného života“ rodičů se stává „život přeplněný“, v němž rodičovství vytlačuje jiné jeho nedílné součásti. A vlastní život bezdětné/ho může být popsán jako naplněný, naplňovaný, a dokonce i zaneprázdněný jinými činnostmi než rodičovstvím. Bezdětnost může být chápána jako příležitost a výzva, nejen jako neúplnost a prázdnota. Velmi často jsou přitom v podání bezdětných žen, ale někdy i mužů, některé z těchto činností spojeny s odkazy na péči – o cizí děti v rámci jejich profese, o zvířata a rostliny, o partnera, o starou matku, o společnost v rámci občanských aktivit apod. Diskurz normy biologického a genetického rodičovství je někdy překračován i tím, že je jiný druh péče konstruován jako rodičovské péči o biologicky a geneticky vlastní dítě nadřazený.

Zpochybňují tedy ti, kteří rodičovství odmítají, diskurz normy a od ní odvozené „normality“ a „přirozenosti“ rodičovství? Někdy sice ano, ale ojedinele a nekonzistentně. I ty bezdětné ženy, které deklarují vědomou volbu celoživotní bezdětnosti, málokdy existenci mateřského pudu a biologických hodin popírají jako obecně platný princip. Spíše o sobě hovoří jako o těch „s porouchanými hodinami“. Ale právě tato

negativní vymezení sebe sama, nikoliv vyjádření jinakosti, ale duality normality a abnormality (zdraví a poruchy), vlastně také posilují „instinktivní přirozenost puzení“ k mateřství dané všem „zdravým“ (neporouchaným) ženám. Diskurz normy rodičovství je posilován i tím, že je bezdětnost zřídka definována jako zvolená. Většina bezdětných mluví o tom, jak chtěli a byli „normální“ – ve smyslu „jako ti druzí“. Jejich životy – jejich vyprávění o nich – se ale z různých důvodů rozvinuly mimo „samozřejmá“ očekávání. Z diskurzu rozprostřené, všudypřítomné a internalizované normy rodičovství a od ní odvozené „normality“ a „přirozenosti“ rodičovství se lze vymanit jen těžko.

### Literatura:

Foucault, M. 1999. *Dohlížet a trestat: kniha o zrodu vězení*. Praha: Dauphin.

Hašková, H.; L. Zamykalová. 2006. „Mít děti? Co je to za normu? Či je to norma?“ *Biograf* (40-41): 3-53.

Morrell, C. 1994. *Unwomanly conduct: The challenge of intentional childlessness*. London: Routledge.

[1] Mezi roky 2004 a 2006 proběhlo 68 rozhovorů s 30 bezdětnými muži a 38 bezdětnými ženami, přičemž 44 z nich bylo ve věku 30-40 let a zbytek byl starší 40ti let.

[2] Termín „komunikační partner“ je v kvalitativním výzkumu používán namísto termínů „respondent“ či „dotazovaný“, jelikož lépe odráží situaci provádění rozhovoru – neobsahuje implicitní mocenskou nerovnost mezi tazatelem a dotazovaným a zdůrazňuje aktivní participaci komunikačního partnera /partnerky na směřování a vedení rozhovoru.

Hana Hašková

[hana.haskova@soc.cas.cz](mailto:hana.haskova@soc.cas.cz)

*Práce na článku byla podpořena grantovým projektem Proměny forem a uspořádání partnerského a rodinného života z hlediska konceptu životních drah (GA ČR P404/10/0021). Článek čerpá ze dvou kapitol knihy Hašková, H. (2009) Fenomén bezdětnosti. Praha: SLON.*

»

## Ženské tělo a medikalizovaná neplodnost

*Klíčová slova: gender, rodičovství, plodnost*

O konkrétních příčinách prudkého poklesu mužské plodnosti, které západní populace zažívá několik posledních desetiletí, se vede v odborných kruzích polemika (de la Rochebrochard, 2001). Problémům na mužské straně je přitom přičítán více než padesátiprocentní podíl na neplodnosti párů vyhledávajících odbornou pomoc. Účinná léčba mužské neplodnosti zatím neexistuje, prostřednictvím životosprávy či vitaminových doplňků lze zlepšit kvalitu spermiogramu jen do určité míry. Jako léčba mužské neplodnosti se dnes rutinně používají ty techniky asistované reprodukce, které se na konci minulého století rozvinuly především jako převratné řešení gynekologických příčin neplodnosti (např. neprůchodnosti vejcovodů), jako je IVF, mimotělní oplodnění. Metoda ICSI, při níž je vybraná spermie při IVF přímo injektovaná do vajíčka, která se začala používat roku 1992, a další techniky (asistovaný hatching, při němž je narušen obal vajíčka v zájmu snadnějšího oplodnění, odebírání spermií z nadvarlete atd.) umožnily mít biologicky vlastního potomka i mužům, v jejichž ejakulátu se žádná oplození schopná spermie nenachází.

Skutečnost, že neplodnost byla v uplynulých desetiletích razantně medikalizována, učinila z neplodných lidí pacienty. Generické maskulinum však není na místě – tím, kdo je v procesu asistované reprodukce pacientem, je žena, buď jako pacientka s poruchou plodnosti, nebo jako partnerka neplodného muže (častá je kombinace obojího). V procesu asistované reprodukce je to žena, kdo podstupuje většinu vyšetření, včetně vyšetření v narkóze, a která je „léčena“, a to i v případech, kdy její reprodukční schopnost není nijak narušena. Ženské tělo připomíná každý měsíc reprodukční neúspěch, těhotné (nemenstrující) ženské tělo je cílem léčby a ikonou její úspěšnosti, zbavuje celý pár břemena neplodnosti a jejích důsledků. Je to její ženské tělo, které je diagnostikováno a na němž probíhají zákroky, zatímco muž zastupuje vzorek jeho pohlavních buněk. Několik týdnů před inseminací nebo umělým oplodněním žena užívá hormonální léky v injekční formě, které způsobují, že v jednom menstruačním cyklu dozraje více než obvyklé jedno vajíčko. Dozralá vajíčka jsou pak operativně odebrána z těla a po oplodnění spermii a několikadenním zrání jsou – už jako embrya – implantována do dělohy. V průběhu celého tohoto procesu je ženské tělo pravidelně monitorováno tak, aby mohl být každý krok co nejlépe načasován.

Jak ukázal výzkum genderových aspektů neplodnosti, žena v rámci partnerského páru přebírá v oblasti léčby iniciativu, působí jako „režisérka“ léčby, bez ohledu na konkrétní diagnózu (viz Slepíčková 2009). Ona jako první kontaktuje (ženského) lékaře, když se početí nedaří. Podstupuje různé procedury s cílem

dosáhnout početí bez nutnosti asistované reprodukce. Organizuje sexuální život páru s ohledem na dny nevhodnější pro početí v rámci menstruačního cyklu. Přebírá aktivní roli ve vyjednávání s lékařem, se kterým komunikuje také o diagnóze svého partnera, určuje tempo procesu léčby. Konverzační partnerky z výše citovaného výzkumu popisovaly léčbu metaforou aktivního boje, uváděly, že lékaře „přemlouvaly“, „přesvědčovaly“, nebo si něco „vybojovaly.“ Pokud chtěly proces léčby urychlit, úmyslně nadsazovaly délku snahy o otěhotnění. K získání kontroly nad léčbou a nabytí rovnoprávnější pozice během konfrontace s názorem lékaře využívaly expertních informací z internetu, od přátel, nebo z odborné literatury, některé konverzační partnerky systematicky studovaly zahraniční lékařské časopisy.

Prostřednictvím těhotenských testů, testů ovulace, měření bazálních teplot atd. podrobovaly své tělo a jeho aktuální reprodukční schopnosti permanentnímu monitorování, sobě a svému partnerovi ordinovaly potravní doplňky, vitamíny, léky či bylinky, které měly přispět ke zlepšení plodnosti. Permanentní až obsesivní pozorování vlastního těla a všech příznaků, které by mohly nasvědčovat těhotenství nebo naopak neúspěchu, vrcholilo během dvou týdnů pro provedení embryotransferu, kdy je nutné čekat na to, zda bude možné potvrdit nebo vyvrátit těhotenství. Následné zklamání je pak hodnoceno jako nejhorší moment léčby, jako psychický pád, který ukončuje období nadějí, snah a očekávání a vyvolává strach z bezdětného života.

Stresující v tomto procesu je zejména zvyšující se věk žen, který je přibližuje věkové hranici pro možnost podstoupit léčbu a zároveň vzdaluje věku, který je jimi a lékaři hodnocen jako optimální pro mateřství. Pozorované stárnutí vlastního těla a překročení symbolické hranice třiceti let je pro dosud bezdětné ženy velkou motivací pro snahu v léčbě pokročit. Do určité doby celkem uspokojivě či plánovaně prožívaná bezdětnost se náhle mění v nežádoucí a stresující stav – svědčí o tom slovník konverzačních partnerek, v jejichž výpovědích tvoří vlastní chronologický věk obvykle ústřední linii či motiv – věk „tlačí“ a „tíží“, třicítka může „udeřit“ a číslice tři ve věku dosud bezdětné ženy je „zdrucující.“ Tlak chronologického věku je popisovaný a prožívaný jako výhradně ženský, muži ve svých výpovědích posouvají hranici pro realizaci rodičovství až k věku důchodovému. Stejně neexistují oficiální limity pro muže, kteří se léčí pro neplodnost, ačkoli pokles mužské plodnosti s věkem a nárůst určitých typů vad plodu v závislosti na věku muže je prokázán.

V důsledku nákladnosti léčby a věkové hranice pro možnost podstoupit ji v rámci (částečné) úhrady ze zdravotního pojištění, která je v ČR stanovena jen pro ženy, a to na 39 let, je naděje pacientů a jejich snaha maximalizovat v rámci možností úspěch léčby obvykle koncentrována do tří pojišťovnou hrazených pokusů. Vědomí fyzického, časového a finančního vkladu do léčby vede ke snaze omezit všechno, co by mohlo snížit naděje na otěhotnění – ženy se vyhýbají

určítým potravinám a aktivitám, přestávají kouřit a pít alkohol a kávu, snaží se zhubnout nebo naopak přibrat a omezují své sportovní nebo cestovatelské aktivity. Podstupují pravidelné speciální cvičení nebo lázeňskou léčbu. Žádná vynaložená částka ani námaha však nemůže zaručit úspěch, protože v léčbě figuruje řada faktorů, které jsou neznámé nebo neovlivnitelné, zaplatit za léčbu neznamena „koupit“ si vyléčení v podobě otěhotnění. Zkušenostem s léčbou dominuje zkušenost nejistoty, která radikálně narušuje každodenní život. Kromě léčby je pro ženy omezující i neustále očekávané otěhotnění (pravděpodobně rizikové), které brání cokoli plánovat v oblasti práce či soukromých aktivit. Prodlužované období bezdětnosti a dlouhodobá léčba s nejasnými výsledky vede často ke ztrátě pracovní motivace, životní energie a vyrovnanosti.

Touha zvýšit šanci na otěhotnění prostřednictvím zlepšení psychického i fyzického stavu svého těla vedla většinu konverzačních partnerek ke zkoušení různých forem alternativní medicíny (homeopatie, kineziologie, akupunktury, su-jok, čínské medicíny atd.). Na rozdíl od klasické medicíny přinesla alternativní medicína identifikaci problému a viditelný pokrok. Konverzační partnerky také oceňovaly její příjemné vedlejší účinky (zejména ve srovnání s vedlejšími účinky hormonální přípravy na umělé oplodnění) a psychickou podporu ze strany lékaře/léčitele. S odkazem na to, že „zoufalá situace vyžaduje zoufalé řešení“ nebo „tonoucí se stébla chytá“, některé konverzační partnerky vyhledávaly pomoc astrologů, od nichž si například nechávaly vypočítat vhodný den pro početí, nebo kartářek.

Vzdát se nadějí na otěhotnění a smířit se s neúspěchem léčby je velmi těžké. Je toho pořád mnoho, co žena může pro zlepšení šance na početí a těhotenství udělat. Nový pokus znamená oživení naděje a nové zpřítomnění těhotenství, byť jen dočasné. Například konverzační partnerka Lucie hodnotila několik dní po transferu embryí do dělohy jako nejhezčí zážitek z posledního období, protože „měla ta embryjka u sebe“, přes to, že se těhotenství nakonec nezdařilo. Definitivní ukončení léčby nezávisí na verdiktu lékařů, ale na ochotě páru prodělavat další pokusy a investovat do nich.

Neviditelnost a pasivita mužů v celém procesu a jeho koncentrovanost na ženské tělo jsou podporovány institucemi, které do léčby vstupují, jako jsou zdravotní pojišťovny prostřednictvím limitů léčby či lékařské instituce způsoby jejího provádění. Zároveň ostře kontrastují s prevalencí mužské neplodnosti v populaci a s předpovědmi o dalším klesání mužských reprodukčních schopností. Je to ženské tělo – od početí do smrti vědný objekt medikalizace – v němž se primárně hledá patologie, které má být v procesu léčby „napravováno“ a k němuž směřuje aktivita „léčených“ žen ve snaze dosáhnout v léčbě úspěchu. Toto nastavení neodráží biologické schopnosti mužských a ženských těl, ale především normativní očekávání a s tím spojený

odlišný význam, který rodičovství v ženské biografii ve srovnání s biografií mužskou má - vypovídají o tom jak stereotypy bezdětných žen (které jsou považovány za sobecké či nezralé v případě dobrovolně bezdětných a zoufalé a psychicky narušené v případě nedobrovolně bezdětných), tak silné a přetrvávající věkové a jiné normy týkající se mateřství (Vidovičová 2008; Zamykalová, Hašková 2006) či různé druhy neformálních sankcí za bezdětnost (například opakující se všetečné otázky či komentáře známých a příbuzných týkající se těhotenství a rodinných plánů, směřující nejvíce na ženu). Také distribuce viny za klesající reprodukční schopnosti populace straní mužům - v populárních reprezentacích této problematiky stojí obvykle na jedné straně nikým nezaviněný a nejasnými příčinami způsobený pokles kvality spermatu a na straně druhé záměrné a individualistickými důvody vedené odkládání rodičovství do vyššího věku, kdy je ženské tělo méně plodné (Zamykalová 2006).

#### Literatura:

de la Rochebrochard, E. 2001. „Sterility, Fecundity. What about the Men?“ *Population & Sociétés* 39 (371): 1-3.

Slepičková, L. 2009. „Neplodnost jeho a neplodnost její: Genderové aspekty asistované reprodukce.“ *Sociologický časopis/Czech Sociological Review* 45 (1): 177-203.

Vidovičová, L. 2008. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita.

Zamykalová, L. 2006. „Mediální reflexe bezdětnosti v české společnosti mezi lety 1994-2004.“ Pp. 95-144 in H. Hašková (ed.), P. Šalamounová, H. Víznerová, L. Zamykalová. *Fenomén bezdětnosti v sociologické a demografické perspektivě*. Sociologické studie / Sociological Studies 06:4. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Zamykalová, L., H. Hašková. 2006. „Mít děti - co je to za normu? Čí je to norma?“ *Biograf* (40-41): 3-53.

Lenka Slepičková

[lenka.slepickova@gmail.com](mailto:lenka.slepickova@gmail.com)

Institut pro výzkum reprodukce a integrace,

Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno

*Text vznikl s podporou MŠMT - výzkumný záměr „Reprodukce a integrace společnosti“ (MSM 002 1622408).*

»

## Populace, reprodukce a nevhodná těla: Pokusy o regulaci romské populace ve druhé polovině 20. století

*Klíčová slova: gender, plodnost, menšina*

V evropské historii existuje relativně dlouhá tradice státního působení na těla žen v zájmu „regulace“ či přímo „zachování zdraví“ populace. V rámci výzkumu problematiky interrupce a tělesného občanství žen se ukázalo, jakým způsobem byly při „regulaci“ romské populace v Československu ve druhé polovině 20. století využívány politiky zaměřené na těla a reprodukci romských žen.

Během prvních desetiletí komunistického režimu, zejména v étosu budovatelských 50. let, nebyla velikost romských rodin a specifčnost jejich reprodukce vnímána jako svébytný problém, který by bylo potřeba aktivně řešit. Ačkoliv v debatách a dobových dokumentech týkajících se reprodukční politiky byl přítomen značný nacionalistický patos, národ zahrnoval jak Čechy a Slováky, tak Romy a po odsunu německého obyvatelstva ze Sudet se výrazy „národ“ a „populace“ staly v podstatě synonymy. Důraz byl kladen na celkový počet, nikoli na charakteristiky různých skupin. Cílem bylo v první řadě znovuosídlit území opuštěné sudetskými Němci a s tím měla pomoci právě romská populace. Romové byli v této době portretováni jako exotická, trochu nepořádná a dětem podobná populace, kterou bude potřeba naučit „normálnímu“, většinovému způsobu života tak, jako rodiče učí své děti, jak se správně chovat (Pelcová 1959). Ještě se ale neobjevovaly zmínky o tom, že by bylo třeba tuto populaci nějakými způsoby omezovat.

### **Romská reprodukce jako problém**

Koncem 60. let a v letech 70. se ale tento přístup mění. Důraz se z počtu přesunul na „kvalitu“ populace, a romská populace byla definována jako populace nedostatečně kvalitní. V článku ve *Vlastě* v roce 1966 Antonín Mareš (Mareš 1966) konstatoval nedostatek asimilace Romů, jejich vysokou kriminalitu a neúspěch snahy o převychování romských dětí v dětských domovech. Ján Sojka, inspektor SNR pro školství a kulturu, reagoval článkem v dalším vydání *Vlasty* (Sojka 1966). Vyjmenoval problémy, které podle něj romské děti znamenají pro československou populaci: nedokončené vzdělání a analfabetismus, negativní postoj k práci, kriminalitu a špatné zdraví: „Podobně defektnost cikánských dětí je v násobcích vyšší než u ostatních dětí“. Jednou z hlavních příčin je podle něj příliš vysoký počet dětí v romských rodinách. „Populace za každou cenu se nemusí společnosti vyplatit.“ „Socialistické řešení této problematiky přece nespočívá v tom, že by potlačovalo tzv. nečisté rasy, ale v tom, že respektuje důsledně současné poznatky genetiky, biologie a společenských věd, snaží se (...) aby se rodili tělesně a duševně zdraví jedinci.“ (Sojka 1966).

Prostředkem, jak toho dosáhnout, bylo nejen redefinování dávek rodinné politiky tak, aby se narození více než tří dětí rodině „nevyplatilo“, ale i politiky vztahující se k reprodukčním právům romských žen. Z analýzy článků publikovaných ve Vlastě v letech 1973-1974, kdy byla výrazně zpřísněna pravidla týkající se interrupce, je zřejmé, že zatímco některým ženám by mělo být všemi dostupnými způsoby zabráněno podstoupit interrupci, pro jiné ženy v ní bylo spatřováno nejlepší řešení. Jednalo se o ženy mající velký počet dětí a žijící v chudobě, které údajně nebyly schopny se o děti správně postarat. Tyto charakteristiky byly (a stále jsou) ve vnímání české veřejnosti silně spojeny s určitou etnicitou: jedná se v první řadě o romské ženy.

Oficiální příručka Ministerstva práce a sociálních věcí ČR „Práce s cikánským obyvatelstvem“ z roku 1976 zdůraznila nutnost plánovaného rodičovství pro romské rodiny a stanovila možnost poskytnutí příspěvku ženě, která se rozhodne podstoupit sterilizaci, „pokud je sterilizace nejen v zájmu ženy, ale i v zájmu kvality populace.“

Zvláště patrný byl tlak na omezení porodnosti romských žen ze zpráv Národních výborů podávaných Komisi vlády ČR pro otázky cikánského obyvatelstva, jak ukazuje stanovisko ochránce veřejných práv z roku 2005. Všechny tyto zprávy vyjadřovaly zneklidnění nad „nežádoucím rozrůstáním cikánských rodin“ a za nejvýznamnější problém považovaly „neplánované rodičovství, které má většinou za důsledek nekvalitní populaci, rodí se děti psychicky defektní.“ Zprávy také ukázaly, že přístup interrupčních komisí nebyl v této době totožný v případě romských a neromských žen: „při požadovaných interrupcích jsou cikánské ženy preferovány“ (Zpráva Východočeského krajského národního výboru, viz (Motejl 2005)). Podle zprávy Jihočeského krajského národního výboru z 6. 7. 1972, (romským) „žadatelkám o přerušení těhotenství je vyhověno velmi benevolentně a prakticky bezplatně.“ (Motejl 2005). Tyto příklady ukazují, jak byla v minulosti interrupce využívána společně se stále nevyjasněnými případy nedobrovolné sterilizace jako způsob ovlivňování reprodukčního chování romských žen.

### **Sterilizace romských žen**

Případová studie skupiny romských žen, které se obrátily v roce 2004 na ochránce veřejných práv (ombudsmana) s žádostí o kompenzaci utrpení způsobeného sterilizací bez poskytnutí informovaného souhlasu, ukazuje metody, jaké používaly sociální pracovníce v průběhu 70. a 80. let, aby přesvědčily romské ženy k podstoupení sterilizace: finanční motivace, hrozby odebrání sociálních příspěvků a dávek, na které měla rodina právo, poskytnutí neúplných informací o operaci a její reverzibilitě. Lékaři nezájemně žádali o informovaný souhlas s provedenou operací až dodatečně nebo žádali o podpis v situaci, kdy žena zakoušela bolest a strach. Závěry ombudsmana Otakara Motejla o neregulérních postupech v případě těchto žen

jsou podpořeny mimo jiné také dokumenty Charty 77 z 13. 12. 1978 a 28. 1. 1990.

Určité důkazy o nedobrovolných sterilizacích přinesl i výzkum Rubena Pellara a Zbyňka Andře (Pellar, Andrš 1989, in Motejl 2005). V letech 1988-1989 tyto autoři shromáždili informace o vzorku 156 romských žen, které byly sterilizovány v období od roku 1967 do roku 1989. Pozorovali kumulativní nárůst počtu sterilizací v posledních dvou letech, poté co byla přijata Vyhláška Ministerstva zdravotnictví 152/1988, která stanovila maximální příspěvek 10 000 Kčs pro ženy podstoupivší sterilizaci „v zájmu kvalitní populace“. Ve výzkumu zjistili, že třetina všech operovaných žen nesplnila zákonné podmínky pro sterilizaci (tj. věk přes 35 let nebo 4 a více dětí). Některé z těchto zároků mohly být provedeny ze zdravotních důvodů, přesto bylo procento překvapivě vysoké. Dalším zajímavým poznatkem výzkumu byl fakt, že výše příspěvku byla tím významnější, čím méně žena naplňovala zákonné podmínky (tj. více peněz dostávaly mladší ženy s méně dětmi).

### **Politiky těla**

Z dokumentů citovaných stanoviskem ochránce veřejných práv (Motejl 2005) a na základě diskusí o romské populaci probíhajících na stránkách časopisů (Vlasta, Demografie) v průběhu 60.-80. let je zřejmé, že stát vynaložil nezanedbatelnou snahu na zvládnání a ovlivňování reprodukčního chování Romů. Skupině konstruované na základě rasy bylo připsáno několik kolektivních charakteristik: alkoholismus, promiskuita, nezáměr o vzdělání a práci, zneužívání sociálního systému, chatrné zdraví. Řešení bylo spatřováno ve „správě populace“: v prvním období v rozprášení romské populace po území státu a převýchově romských dětí v pečovatelských institucích. Když se tento přístup ukázal jako neefektivní, nastoupily jiné, „vědeckější“ metody: asimilace dětí prostřednictvím školského systému a ovlivňování reprodukčního chování romských rodin. To zahrnovalo cílené informační kampaně o antikoncepci vedené lékaři a sociálními pracovníci, poskytování finančních příspěvků ženám za podstoupení sterilizace či provedení sterilizace bez splnění zákonných podmínek. Tyto praktiky představují „politiku těla“ (*body politics*) socialistického Českoslovenka.

Tělesné občanství romských žen bylo tedy v minulosti značně omezeno a je otázkou, zda a nakolik bylo toto omezování reprodukční svobody určité části obyvatelstva ukončeno pádem komunistického režimu. V době komunistického režimu měl stát každopádně výraznou pravomoc v rozhodování, kdo má a kdo nemá právo stát se rodičem či kdo má a kdo nemá právo se narodit, jaká těla jsou vhodná a jaká nevhodná. Toto ovlivňování bylo realizováno zásahy sociálních pracovníků a pracovníků, lékařských odborníků a bylo tvarováno celkovou podobou státní rodinné politiky. Netýkalo se přitom jen romské populace, ale i dalších skupin, které by mohly „ohrozit“ kvalitu populace (např. rodičů a dětí s určitými lehčími genetickými malformacemi).



## Literatura:

Mareš, A. 1966. "Problém nejen populační." *Vlasta* 2. 11. 1966.

Motejl, O. 2005. *Závěrečné stanovisko veřejného ochránce práv ve věci sterilizací prováděných v rozporu s právem a návrhy opatření k nápravě. Brno: Ochránce veřejných práv.*

Pellar, R., Z. Andrš. 1989. "Report on the Examination in the Problematics of Sexual Sterilization of Romanies in Czechoslovakia". Unpublished.

Pelcová, L. 1959. "Světlé paprsky v cikánském životě." *Vlasta*. 10. 9. 1959

Sojka, J. 1966. "Problém nejen populační." *Vlasta* 9. 1. 1966.

Radka Dudová

[radka.dudova@soc.cas.cz](mailto:radka.dudova@soc.cas.cz)

Článek vznikl v rámci projektu FEMCIT (*Gendered Citizenship in Multicultural Europe: the Impact of the Contemporary Women's Movements*), WP5 „*Sexual and Bodily Citizenship and Feminist Body Politics in a Multicultural Europe*“, financovaného 6. rámcovým programem EU (i.n. 028746).

»

## Chtěla jsem být matkou... Profesní volby mladých žen v souvislosti s mateřstvím

*Klíčová slova: gender, rodičovství, práce*

Participace žen na trhu práce má v České republice dlouhodobou tradici již od doby povinné zaměstnanosti za doby státního socialismu. Pracovní aktivita žen se postupně stala normou a pro rodiny i ekonomickou nezbytností. Typ rodiny *mužského chleboďárce* do velké míry nahradil *dvoupříjmový model*, kdy placenou práci vykonávají jak žena, tak muž (Beck 1992).

Přístupem žen na trhu práce se sice rozšířily jejich možnosti v oblasti profesní kariéry, v otázce péče o děti ale ženy zůstávají primárními pečovatelkami. Nárůst aktivity žen na trhu práce tak zvyšuje časovou tenzi mezi ženám tradičně připisovanou pečovatelskou rolí a nároky placeného zaměstnání. V následujícím textu je diskutováno, do jaké míry ženské tělo, vzhledem k potenciálnímu mateřství, ovlivňuje uvažování mladých žen vstupujících na trh práce o jejich profesním směřování [1].

## Biologizující diskurz ženské identity

Vztahování kategorie žena nebo muž k biologickým charakteristikám lidského těla je typické pro tzv. *biologizující diskurz* genderové identity. Podle Kateřiny Zábrodské (2009) jsou k charakteristikám ženského a mužského těla vztahovány psychické, sociální a ekonomické charakteristiky, které jsou konstruovány jako lidmi a společností neovlivnitelné. *Biologizující diskurz* je postaven na předpokladu přirozené tělesnosti. V případě žen mateřství jako vyjádření biologické odlišnosti žen od mužů legitimizuje a vysvětluje jejich odlišné postavení a role jak v domácnosti a ve výchově dětí, tak například na trhu práce.

## Genderová volba povolání a sociální politika

Z hlediska utváření specifické genderové identity se zdají být počátky pracovních drah spojeny hlavně s naplňováním genderových norem. Je to za prvé dáno tím, že pracovní dráhy mnoha mladých žen se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním začínají v genderově stereotypních pozicích. Častá je pozice recepční, sekretářky nebo asistentky. Často se v pracovních drahách mladých žen objevuje pozice servírky, ale ta je častější v případě vyučených komunikačních partnerek. Genderovaná volba povolání se ukazuje nejvíce právě u této skupiny dotazovaných žen a to již při volbě učebního oboru. Několikrát se objevuje také zkušenost s prací au-pair.

## Ideál mateřství na plný úvazek

Ve veřejném diskurzu v České republice je být rodičem malých dětí vnímáno jako výhradní doména žen. Společensky dominantní *ideál mateřství na plný úvazek*, jak ho charakterizuje Monique Kremer (2007), staví na předpokladu, že pouze matka dokáže poskytnout dítěti kvalitní péči. V této perspektivě je pro zdravý vývoj dítěte předškolního věku (do 4 let) podstatný pevný a jistý vztah s matkou jako primární pečující osobou.

Otec má roli v ekonomickém zajištění rodiny a dále v péči o starší děti. *Ideál mateřství na plný úvazek* dominuje také nastavení programů české rodinné politiky (Formánková 2010). Systém tříleté rodičovské dovolené a souvisejících dávek, stejně jako nedostatek zařízení předškolní péče o děti do tří let, vytváří tlak na to, aby ženy s malými dětmi zůstaly mnoho let v domácnosti.

Ve chvíli, kdy se žena rozhodne nastoupit do zaměstnání, objevuje se vždy otázka, kdo bude pečovat o dítě. Zájem matek o kariérní růst je v mnoha společnostech vnímán jako přímý opak toho, co je v zájmu rozvoje dětí. To se promítá i v životních rozhodnutích našich komunikačních partnerek.

## Svoboda profesního směřování vs. totalita ženské tělesnosti

Důležitým faktorem ovlivňujícím pracovní dráhy žen je přijetí a vnítrnění genderové normy *ideálu mateřství na plný úvazek*. Pracovní pozice jsou mladými ženami vybírány tak, aby je bylo možné v budoucnu dobře kombinovat s

mateřstvím. *Biologizujícím* diskurzem ideálu mateřství na plný úvazek je ovlivněna např. biografie 35leté právničky Kláry. Po skončení právnické fakulty sice začala pracovat v advokátní kanceláři, záhy se ale rozhodla pro zaměstnání ve státní sféře namísto v advokátní kanceláři, protože předpokládala, že ve státní sféře jí zaměstnavatel lépe umožní sladit práci a rodinu:

*No, něco takového, protože já jsem jako advokátku jsem věděla, že nikdy dělat chci nebudu. Protože jednak to je pro ženu hrozně takový těžký si budovat třeba nějakou klientelu, a pak jako během mateřský třeba o to všechno přijít. (...) Já jsem věděla, že někdy chci mít děti a vím, že když si jako, já nevím, třeba pět let budeš budovat advokátní praxi a pak odejdeš, tak to nemá cenu (Klára, 35, VS, rodičovská dovolená, žije s přítelem, děti 3 a 1 rok).*

Zatímco Klára volila strategii hledání si pracovního uplatnění v oboru, ve kterém předpokládá větší prostor pro sladování práce a rodiny, Jitka rezignovala zcela na profesní uplatnění ve prospěch mateřství.

*Takhle já když jsem hledala práci, tak spíš to bylo takový zřítný, protože já už jsem v té době byla vdaná, takže já jsem fakt hledala práci tady v okolí, s tím, že jsem nastupovala do práce, věděla jsem, že na rok, na dva a že přijde rodina. (...) Takže s tím jsem de facto šla dělat asistentku s vysokou školou, ale asi takhle jsem hledala (Jitka, 33, VŠ, zaměstnaná, vdaná, dítě 5 let).*

Ideál mateřství na plný úvazek zvnitřnila Jitka natolik, že vzhledem k plánování mateřství předem rezignovala na pracovní kariéru. Přesto, že vystudovala vysokou školu, našla si místo na které byly nižší kvalifikační požadavky. Nastavení české sociální politiky, typické dlouhým (až čtyřletým) odchodem z trhu práce, ovlivnilo negativně její očekávání vzhledem k volbě povolání. V jejích pracovních plánech je patrné očekávání, že mateřství bude spojeno s několikaletým odchodem z trhu práce na rodičovskou dovolenou.

### **Závěrem**

Vztahování kategorie žena nebo muž k biologickým charakteristikám lidského těla, typické pro tzv. *biologizující* diskurz genderové identity, významně ovlivňuje společenské postavení stejně jako individuální volby mužů a žen.

Diskurz biologické danosti mužů a žen představuje formu omezení svobody individuální volby. Ženy jsou specificky omezeny ve svobodě volby profesní dráhy a kariérního růstu, oblastí, které s obrazem „ženské tělesnosti“ nejsou asociovány. Naopak mateřská role představuje v rámci *biologizujícího* diskurzu přirozenou, a do jisté míry předem danou a podporovanou, životní volbu ženy. Té by v rámci *biologizujícího* diskurzu měla „normální“ žena přizpůsobit většinu dalších životních voleb, zejména pak volbu pracovní dráhy. Ženy v České republice zvnitřňují normu přirozeného mateřství mimo jiné adaptací se na podmínky české rodinné

politiky, která akcentuje podporu ideálu mateřství na plný úvazek. Design české rodinné politiky tak ve svém důsledku představuje nástroj omezení individuální volby žen ve prospěch stereotypu „tělesné přirozenosti“.

### **Literatura:**

Beck, Ulrich. 1992. Risk society. Towards a New Modernity. London : Sage.

Formánková, Lenka. 2010. Ideály péče v kontextu nových sociálních rizik. Sociální studia. 7 (2).

Kremer, Monique. 2007. *How Welfare States Care: Culture, Gender and Citizenship in Europe*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Zábrodská Kateřina. 2009. *Variace na gender: poststrukturalismus, diskurzivní analýza a genderová identita*. Praha: Academia.

[1] Zkušenosti mladých žen s počátkem jejich pracovní dráhy vychází z biografických dat získaných v rámci rozsáhlé studie o pracovních drahách žen. Celkem 58 rozhovorů se zúčastnily mladé ženy ve věku mezi 23 až 44 lety a pak starší ve věkové kohortě 50 až 62 let. Do pestrého vzorku byly zahrnuty jak bezdětné ženy, tak ženy s dětmi a ženy s různými stupni dosaženého vzdělání od absolventky základní školy k držitelkám doktorského titulu.

Lenka Formánková

[lenka.formankova@soc.cas.cz](mailto:lenka.formankova@soc.cas.cz)

*Článek byl vypracován za podpory projektu GA AV ČR „Procesy a zdroje genderových nerovností v pracovních drahách žen v souvislosti s proměnou české společnosti po roce 1989 a s členstvím ČR v EU“ (IAA700280804), a projektu GAČR „Proměny forem a uspořádání partnerského a rodinného života z hlediska konceptu životních drah“ (GAP404/10/0021).*

»

### **Péče o děti jako genderovaná aktivita?**

*Klíčová slova: gender, rodičovství, nerovnosti*

Zapojování otců do péče a výchovy dětí, jakkoli v minulosti stálo na okraji pozornosti naší společnosti – resp. různých specialistů [1], médií, sociální politiky apod., začíná být v současnosti reflektovaným tématem, a to jak v odborných a mediálních kruzích a na úrovni sociální politiky, tak i mezi lidmi, jichž se tato

otázka týká, tj. aktuálních rodičů, jak je zřejmé mimo jiné i z webových portálů anebo internetových diskusí. Nicméně fenomén zapojování otců do každodenní péče o malé dítě/novorozence a kojence je tématem relativně novým (nejen) v naší společnosti.

### **Tělo, gender a schopnost pečovat**

Schopnost pečovat o malé dítě byla dlouhou dobu spojována výlučně jen s ženským tělem, s určitým „typem“ ženské tělesnosti. Z „podstaty“ biologické reprodukce bylo (a mnohdy je) laicky dovozováno, že schopnost pečovat o narozené a pak i rostoucí dítě je „dána“ výhradně ženám-matkám. Tento názor převažoval v období raně moderní společnosti také v odborných kruzích, zejména mezi lékaři, psychology, pedagogy apod. Mateřská péče byla moderní vědou konstruovaná jako přirozená danost, jako vrozený instinkt, a to právě na bázi tělesnosti. Psychoanalýza pak přišla s tvrzením, že škody způsobené v dětství (v důsledku nedostatečné mateřské péče a lásky) jsou doživotně nenapravitelné a citová deprivace v dětství má devastující vliv na další vývoj jedince. Matka byla považována za rozhodující činitel ve zdárném (zdravém) psychickém vývoji dítěte (srov. Badinter 1998).

Ve značně rozšířené (alespoň v rámci laické veřejnosti) esencialistické perspektivě jsou zdůrazňovány biologické diference mezi otcem a matkou, ze kterých jsou automaticky odvozovány esenciální rozdíly v rodičovském chování mužů a žen. Z tohoto zorného úhlu jsou ženy vnímány jako ty senzitivní, empatické, obětavé apod. a otcové zase jako ti racionální, autoritativní, nezávislí apod. Otcovství a mateřství v tomto pojetí představují vztahové konstrukty, které jsou chápány jako protikladné a komplementární navzájem. V rámci tohoto přístupu jsou otcům a matkám připsány zásadně odlišné vlastnosti a schopnosti i nezaměnitelné rodičovské role (srov. Silverstein a Auerbach 1999). I když v rámci tohoto přístupu může být zdůrazňována důležitost a význam otce při výchově dítěte (nikoli však při primární péči o něj), je tak činěno v intenci konzervace či rekonstrukce tradičního uspořádání rodičovských rolí, aby byla zachována nebo dokonce posílena a utužena otcovská moc a autorita v rodině. Nejedná se tedy o snahu, která by usilovala o zapojení otců do primární péče o dítě v období raného rodičovství.

Schopnost pečovat o dítě vázanou na „tělesnost“, resp. tělo ženy, pak zpochybnila Sara Ruddick (1989). Podle ní biologickému a fyziologickému stavu těhotenství zakončeného porodem nemusí nutně odpovídat mateřské chování – neboli těhotenství a porod nemusí mít osudový význam pro povahu a kvalitu mateřské péče – mateřské práce – mateřského chování. „Mateřská“ péče je uskutečňována zejména skrze takové aktivity, jakými je láska, péče a výchova. Protože matkou se člověk nerodí, ale stává se jí, touto osobou nemusí být nutně biologická matka dítěte, ale ani jiná žena, může jí být kdokoli, kdo je péče tohoto typu schopen.

S degenderizací mateřské pečovatelské role se kromě S. Ruddick (1989) můžeme setkat i u dalších badatelek či badatelů jako třeba u D. Ehrensaft (1987), B. Geiger (1996) nebo M. Lamba (1997), kteří zaměřili svou pozornost na empirické zkoumání rodičovského chování.

### **Realita péče nejen o malé děti v České republice**

V České republice tvoří muži na „rodičovské“ i mezi příjemci rodičovského příspěvku jen zhruba 1,5 % (srov. Statistická ročenka 2008 a Ženy a muži v letech 2008). Nicméně ne všichni pečující otcové jsou nutně na rodičovské dovolené a mezi příjemci zmíněné dávky. I když je otec doma, nemusí oficiálně „zapadat“ do daných vymezení, resp. může s matkou dítěte realizovat i jiný model, než je „reverze“ dominantního modelu muž-živitel – žena pečovatelka. Existuje totiž rovněž model sdílení, kde jsou povinnosti i práva obou rodičů více vyrovnané, kde dochází ke sdílení možnosti pečovat, pracovat a mít volný čas pro sebe (srov. Maříková (ed.) 2007).

Srovnání generace dědečků s generací současných otců pak odhaluje, že otcové se dnes zapojují do péče a výchovy svých potomků „jinak“ v porovnání s předchozí generací. Zatímco otcové současných otců byli spíše těmi trestajícími, ale také učícími se se svými dětmi, avšak minimálně těmi pečujícími, zato však udržujícími si spíše emocionální odstup od svých dětí (čili byli tzv. „tradičními otcí“ – živiteli svých rodin), mnozí současní otcové se účastní porodu dítěte, jsou schopni zapojovat se do primární péče o dítě od jeho narození, jsou svým dětem více kamarádi a „průvodci“ volným časem, než byli jejich otcové (srov. Maříková (ed.) 2007). To dokládá generační posun v péči o děti v prostředí naší společnosti (tj. posun od tzv. „starých“ otců k „novým“).

Nicméně současní otcové netvoří zdaleka homogenní skupinu. Mezi otci existují značné rozdíly. Zatímco na jedné straně se „profilují“ aktivní, angažovaní otcové, existují i tací otcové, kteří, přestože pečují, věnují se svým dětem hlavně o víkendů a dovolených, pro což se v zahraniční literatuře vžil termín „víkendový tatínek“ (Sunderland 2006). Tento „typ“ otce se věnuje dítěti tehdy, když má čas a chce-li, nikoli tehdy, když je potřeba a „musí se“.

Kromě zmíněných typů otců existují také otcové nepřítomní, kteří, ač se v rodině fyzicky vyskytují, nejsou v ní příliš psychicky přítomní. Svůj přínos pro rodinu („práci pro rodinu“) vidí především v jejím materiálním a finančním zabezpečení. Je možné je označit za „nové tradiční otce“. Jedná se o muže, kteří sami sebe definují především přes výkon své profese, kteří na trhu práce dosahují úspěchu a zaujímají vysoké příčky ve společenském postavení i sociální prestiži. Patří mezi ně zejména podnikatelé, manažeři a nezávislí odborníci. V důsledku vysokého pracovního vyčerpání nemají prakticky žádný volný čas, ale zároveň jsou schopni podpořit rodinu materiálně a finančně natolik, že jejich partnerky nejsou „nuceny“ pracovat. Zodpovědnost za péči o děti a

domácnost je pak ale automaticky přenesena na matky jejich dětí. Po narození dítěte tito muži často navyšují své pracovní nasazení, což dále snižuje množství času, které mají pro svou rodinu.

Z otců po rozvodu anebo po rozpadu partnerského svazku se nejednou stávají nejen otcové nepřítomní (tentokrát i fyzicky, nejen psychicky), ale i otcové „zmizeli“, kteří se o své dítě vůbec nezajímají, nanejvýš platí výživné. Pro úplnost je však třeba dodat, že rovněž mezi nimi existují velké rozdíly, neboť i mezi nimi se najdou otcové, kteří pečují či mají zájem být s dítětem v úzkém kontaktu (srov. Dudová a Hastrmanová 2007).

Zapojení otců do péče o děti je nejen historicky proměnlivé, ale také značně sociálně variabilní, váže se na zcela konkrétní sociální kontexty i možnosti, které lidé ve svých životech mohou či jsou schopni realizovat. Přestože se však i v naší společnosti objevuje trend většího zapojení současných otců do primární péče i každodenní výchovy jejich dětí, stále přetrvávají diskrepance mezi zapojením otců a matek do péče. Proto neudivuje, že zhruba polovina našich mužů a dokonce 80 % žen se domnívá, že muži by se měli na péči o děti podílet více, než je v současnosti v české společnosti zvykem. Zapojení otců do péče o děti v naší společnosti je na základě této percepce možné označit spíše za „deficitní“ než za „dostatečné“.

### **Závěrečná poznámka**

Zatímco v české společnosti sílí přesvědčení o nutnosti většího zapojování otců do péče o děti, a to i té primární, a je v tomto ohledu nabouráván mýtus ženské kompetentnosti a mužské nekompetentnosti v případě heterosexuálních rodičovských svazků a rodin, stále přetrvávají určité stereotypy, pokud jde o přiznání možnosti pečovat o dítě ze strany otců v rodinách homosexuálních. Gay muži reflektují, že právo mít dítě a vychovávat jej jim většinová společnost upírá právě s poukazem na „přirozenost“ reprodukce a „nepřirozenost“ péče ze strany mužů (více viz Sokolová 2009). Zatímco heterosexuální muži jsou k péči o dítě vybízeni, homosexuálním mužům je tato možnost odepírána s poukazem na „přírodu“. Čeští gayové tak vnímají silné (hetero)normativní tlaky, kterým jsou vystaveni v otázce rodičovství a které jsou průsečíkem jak stereotypních, tak diskriminačních předpokladů vůči nim.

### **Literatura:**

Badinter, E. 1998. *Materská láska*. Bratislava: Aspekt.

Dudová, R., Š. Hastrmanová. 2007. *Otcové, matky a porozvodová péče o děti*. Sociologické studie/Sociological Studies 07:07. Praha: SOÚ AV ČR, v.v.i.

Ehrensaft, D. 1987. *Parenting Together*. New York: Free Press.

Geiger, B. 1996. *Fathers as Primary Caregivers*. Westport, Conn.: Greenwood Press.

Lamb, M. (ed.). 1997. *The role of the father in child development*. Somerset, NJ: John Wiley.

Maříková, H. (ed.), Vohlídalová, M. 2007. *Trvalá nebo dočasná změna? Uspořádání genderových rolí v rodinách s pečujícími otci*. Sociologické studie/Sociological Studies 07:11. Praha: SOÚ AV ČR, v.v.i.

Matějček, Z. 1994. „Také otcové jsou dobrými matkami“. *Otec-dítě-rodina* 1 (2): 1–2.

Ruddick, S. 1989. *Maternal Thinking*. Boston: Beacon Press.

Silverstein, L. B., C. F. Auerbach. 1999. „Deconstructing the essential father.“ *American Psychologist* 54 (6): 397–407.

Sokolová, V. 2009. „Otec, otec a dítě: Gay muži a rodičovství.“ *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, Vol. 45, No. 1: 115–145

Sunderland, J. 2006. „‘Parenting’ or ‘mothering’? The case of modern childcare magazines.“ *Discourse & Society*, 17 (4): 503–527.

[1] V psychologické literatuře u nás se v minulosti objevoval často názor, že otec se má v prvních měsících, ba dokonce letech života starat především o finanční zabezpečení rodiny a že nemá ničím zatěžovat matku, aby se mohla plně věnovat dítěti (viz Matějček 1994). Matka byla považována za primárního pečovatele nejen psychology, ale také, a to především, pediatriy a rovněž pedagogy.

Hana Maříková

[Hana.Marikova@soc.cas.cz](mailto:Hana.Marikova@soc.cas.cz)

*Text vznikl v rámci řešení projektů: „Konstrukce životelství po roce 1989 v české společnosti“, GA ČR, grant č. 403/09/1839 a „Proměny forem a uspořádání partnerského a rodinného života z hlediska konceptu životních drah“, GA ČR, grant č. 404/10/0021.*

»

### **Reakce na sexuální obtěžování: příklad vysokoškolského prostředí**

*Klíčová slova: gender, sexualita, vzdělávání*

Sexuální obtěžování ve vysokoškolském prostředí je jednou z typických forem zneužití mocenského postavení, zejména tehdy, je-li

iniciováno vyučujícími vůči studujícím. Extrémní mocenská nerovnováha mezi vyučujícími a vyučujícími, která je umocněna genderovou strukturou vysokoškolského prostředí (většina docentů a profesorů bývají obvykle muži) a věkovým rozdílem, činí studující velmi zranitelné pokud jde o tento typ obtěžování. Mnoho zahraničních výzkumů přitom poukázalo na skutečnost, že sexuální obtěžování (nejen) ve vysokoškolském prostředí má výrazné negativní dopady na lidi, jejich psychickou pohodu i studijní a pracovní úspěchy a výkonnost.

V následujícím článku ukážeme, jakým způsobem se studující v situaci, kdy je tento problém v ČR zcela marginalizován a kdy neexistují žádné univerzitní politiky na potírání tohoto jevu, vyrovnávají se sexuálním obtěžováním ze strany vyučujících a jaké volí strategie pro jeho zvládnutí. Vycházíme zde z jednoho z prvních výzkumů, který byl na toto téma realizován v ČR. Výzkum s názvem „Bariéry“ uskutečnil Sociologický ústav AV ČR, v.v.i, mezi lety 2008 a 2009 a zahrnoval kvalitativní i kvantitativní šetření vybrané fakulty pražské vysoké školy. V článku vycházíme především z kvalitativní analýzy 18 hloubkových rozhovorů se studujícími bakalářského, magisterského i doktorského studia uskutečněných v rámci tohoto projektu.

### **Zkušenosti se sexuálním obtěžováním mezi studujícími**

Dotazníkové šetření provedené na dané fakultě, které zahrnovalo 700 studujících v bakalářském a magisterském studijním cyklu, ukázalo, že významná část studujících (67 %) [1] se během svého studia setkala s nějakou z forem sexuálního nebo genderového obtěžování ze strany svých vyučujících. Sexuální a genderové obtěžování bylo přitom v této studii definováno velice široce. Kromě těžkých forem obtěžování, v literatuře označovaných jako „něco za něco“ (quid pro quo), kam patří např. sexuální vydírání, sexuální nátlak nebo napadení, jsme sledovali i výskyt měkčích forem obtěžování z oblasti „vytváření nepřátelského studijního prostředí“ (hostile environment). K tomuto typu obtěžování náležejí např. narážky, sexistické vtipy, svádění, používání lechtivých materiálů při výuce.

### **Jak se s obtěžováním vyrovnávají studující?**

Mocenská nerovnováha mezi studujícími a vyučujícími hraje v souvislosti s reakcemi studentů a studentek na sexuální obtěžování zcela klíčovou roli a do velké míry určuje a zároveň i omezuje jejich možnosti reagovat. Tento aspekt si pochopitelně uvědomují i samotní studující. V rozhovorech se často objevují obavy a strach z aktivního přístupu. Studenti a studentky se bojí, že kdyby se danému chování otevřeně bránili a snažili by se řešit situaci oficiální cestou, případně pouze otevřeně vyjádřili svůj nesouhlas, mohlo by se jim to vymstít a později být zneužito proti nim (nemuseli by kvůli tomu dostat zkoušku, zápočet apod.). Extrémně vystupňovaná je mocenská nerovnováha zejména v průběhu ústních zkoušek, které jsou často příležitostí, při níž jsou

studující vystaveni sexuálnímu obtěžování ze strany vyučujících. Mocenská nerovnováha tedy studujícím do velké míry svazuje ruce a brání jim adekvátně reagovat.

V rozhovorech se objevovaly tři základní typy strategií, které studenti a studentky volili k tomu, aby se s obtěžováním ze strany vyučujících vyrovnali. Jsou to (i) participativní strategie, (ii) strategie pasivní tolerance a (iii) strategie aktivního odporu.

### **Participativní strategie**

V rámci této strategie se studující s ohledem na své omezené možnosti a nerovné postavení vůči vyučujícím snaží využít situace ve svůj prospěch. Obtěžování „přijímají“ (např. v podobě akceptování pozvání na schůzku), případně sami iniciují. Vzájemně sdílejí rady a informace týkající se toho, co na kterého učitele platí a studentky aktivně využívají tzv. „ženské zbraně“.

Jako častá strategie se ukázalo využívání vzhledu a způsobu oblečení k pozitivnímu ovlivnění průběhu zkoušky, ke kterému se přiznala řada studujících (tento fakt se podle našich zjištění netýká pouze žen, ale i mužů). Tuto skutečnost komentovala Adéla, studentka bakalářského studijního programu, následovně: „Často je opravdu zajímavý pozorovat například holky, který si opravdu berou na to speciální trička a ještě před tou zkouškou, před dveřmi, než tam vejdou, to komentují.“ Jak uvedla studentka doktorského studijního programu Lenka, toto chování je „sdílená strategie“. Tedy něco běžného, obvyklého, často využívaného, o čem se obecně předpokládá, že funguje.

Jako určitou formu participace na obtěžujícím chování můžeme do jisté míry považovat také přijetí nabídky vyučujícího na soukromou schůzku. Jak jsme však ukázaly výše, přijetí pozvání v tomto případě nemusí být motivováno jen případnými bonusy, ale může být také nedobrovolné a vynucené okolnostmi. Prvotní nevinné pozvání se přitom může značně zkomplikovat a zvrhnout v nepříjemné obtěžování, proti kterému se studující může jen těžko postavit.

Jedním z důvodů, proč v takových případech studující těžko odmítají, může být již zmiňovaný strach z moci učitele: „No tak jako měla jsem tu zkoušku před sebou, no takže jsem se jako bála (...) Proto to nebylo úplně přímo, proto to nebylo až tak jako asi dostatečný pro něj, to odmítnutí.“ vypověděla studentka magisterského studijního programu Klára o své zkušenosti, kdy jí vyučující opakovaně zval na soukromou schůzku, s níž nakonec souhlasila.

### **Strategie pasivní tolerance**

Pasivní přístup k obtěžování a jeho tolerance se ukázaly být nejčastějším způsobem reakce na sexuální obtěžování. Přestože studující dané chování může rozčilovat či urážet, často se obávají bránit se mu či situaci řešit. V souvislosti s touto strategií mají tendence vysvětlovat či omlouvat svoji nečinnost, a to především svojí bezmocí a strachem, jako například Gita

(doktorandka): „Co můžou ty holky, když jsou v prváku? Nic!“ Občas také svou nečinnost a pasivitu omlouvají tím, že dané chování podle nich nedosáhlo takové míry závažnosti, aby si zasloužilo řešení, jako uvádí např. Hana (Mgr. studentka) [2]: „Právě, že jsme to neřešily. Vůbec jsme to neřešily. A když se na to člověk dívá zpětně, ono je to takové, že si říkáte, je to maličkost. No a co. Neublížilo nám to, psychickou újmu z toho taky nemáte, spíš máte dobrou historku, že jo. Ale zároveň je jasný, že to není správně a není to dobře a má se to řešit.“

Přestože studující často reagují pasivně, uvědomují si, že takové jednání není zcela v pořádku a že by si daná situace zasloužila řešení. Svou bezmoc v pozici extrémního mocenského znevýhodnění však někdy paradoxně interpretují jako vlastní zbabělost. „Ona to přešla, pak vyšla, trošku se teda klepala, pak se smála a pak jsme šly na panáka. Přesně, to už pak neřešíte potom, protože i v člověku – jak to bylo v prváku, druháku – tak si říkáte, tak nebudu dělat problémy, chci v pohodě studovat. Je to taková slabost, možná zbabělost v něčem.“ (Hana, Mgr. studentka)

### **Strategie aktivního odporu**

Aktivní přístup k řešení sexuálního obtěžování bývá obvykle odpovědí na dlouhodobé obtěžování a pronásledování studujících ze strany vyučujících. Tato strategie má přitom dvě roviny. Zahrnuje buď různé formy vyhýbání se kontaktu s daným vyučujícím nebo otevřené řešení problému formou stížnosti. Podání stížnosti však bývá zcela ojedinělé.

Aby se studující vyhnuli kontaktu s případným agresorem, snaží se vyhýbat určitým kurzům, pokud mají možnost jít na zkoušku k více vyučujícím, snaží se zvolit jiného vyučujícího. Výjimkou však není ani vyhýbání se povinným nebo důležitým kursům. „To už jsem od něj opravdu chodila hodně velkým obloukem. Už jsem v podstatě nemusela moc chodit na cvičení, že už jsem je měla absolvovaný, takže už jsem přišla až na tu zkoušku.“ (Klára, Mgr. studentka).

Strategie vyhýbání však může být poměrně nebezpečná. Jelikož znesnadňuje přístup k určitým kursům a seminářům, může negativně ovlivňovat studijní výsledky i motivaci ke studiu.

### **Závěrem**

Přestože se studující setkávají relativně často s různými formami obtěžování ze strany vyučujících, mají jen velice omezené možnosti se takovému chování bránit. Důvody spočívají na jedné straně v extrémní mocenské převaze vyučujících a závislosti studujících, kterou studenti a studentky v rozhovorech reflektovali. Druhým důvodem jsou zcela nevyhovující podmínky k řešení takových případů na vysokých školách v ČR, včetně absence konkrétních univerzitních politik nebo dostatečného personálního zajištění této problematiky. Sexuální obtěžování ve vysokoškolském prostředí je pro mnohé univerzity tabu, případně je zlehčováno a podceňováno jako individuální problém mezi dvěma jedinci.

Univerzity a vysoké školy si musí uvědomit, že jsou zodpovědnými a aktivními hráči v tvorbě akademické kultury a zdravého vzdělávacího prostředí. Jejich úkolem je podporovat studující v odborné přípravě na profesní dráhu, probouzet v nich tvůrčí schopnosti a kritické myšlení. Jejich snahou by měl být boj proti všem formám diskriminace, včetně sexuálního a genderového obtěžování.

[1] Generové rozdíly se v tomto ohledu v našem šetření neukázaly být statisticky významné.

[2] Hana hovoří o zkušenosti, kdy se jí vyučující při zkoušce vyptával, zda má přítele a říkal jí, že na ní bude myslet, až se bude večer milovat se svou manželkou. Stejnou zkušenost přitom měla i její spolužačka.

Marta Vohlídalová, Kateřina Šaldová

[marta.vohlidalova@soc.cas.cz](mailto:marta.vohlidalova@soc.cas.cz)

[katerina.saldova@soc.cas.cz](mailto:katerina.saldova@soc.cas.cz)

*Tento článek vznikl za podpory projektů Rovné příležitosti ve vědě a výzkumu: analýza genderových bariér a rozvoj talentů (akronym „Bariéry“) (č. grantu 2E08057, poskytovatel MŠMT ČR), a projektu Proměny forem a uspořádání partnerského a rodinného života z hlediska konceptu životních drah (P404/10/0021, poskytovatel GA ČR).*

---

« Vydává Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., dne 1. 11. 2010 » « Šéfredaktorka: Věra Patočková »  
« Redakční rada: Daniel Čermák, Radka Dudová, Jana Chaloupková, Yana Leontiyeva, Pat Lyons, Petra Guasti, Natalie Simonová, Eva Mitchell, Petr Sunega, Iva Štohanzlová » « Technická redaktorka: Jana Slezáková »  
« Adresa: SOCIOweb, Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., Jilská 1, 110 00 Praha 1, tel./fax: +420 222 221 662, e-mail: socioweb@soc.cas.cz » « ISSN 1214-1720 »

« © Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., Praha »