

VAJÍČKO, SPERMIE, ZKUMAVKA... A GENDER. POSTOJE ČESKÝCH ŽEN A MUŽŮ K ASISTOVANÉ REPRODUKCI A ADOPTIVNÍMU RODIČOVSTVÍ¹ /

LENKA SLEPIČKOVÁ

Asistovaná reprodukce je dnes jedním z nejprogresivnějších a také nejpopulizovanějších oborů medicíny. Prudký rozvoj jejích technik radikálně mění význam slova reprodukce – někteří autoři a autorky mluví o narušení jednoty reprodukce a jednoty plodu a matky (Ragoné, Willis 2000), jiní o zpochybnění mužské a ženské reprodukční role a dosavadních způsobů utváření rodiny (Hargreaves 2006). Prostřednictvím asistované reprodukce vstupuje do procesu reprodukce vedle páru toužícího po dítěti další aktér, popřípadě aktéři – je to lékařská profese, zahrnující speciální vědění, léky a technické postupy. V některých případech jím je také dárce spermie nebo dárkyně vajíčka nebo pár darující embryo. V zemích, kde je povoleno náhradní mateřství (v České republice tomu tak není) celý proces může zahrnout i ženu, která propůjčuje embryo biologickým rodičům svou dělohu a jejich dítě porodí, někdy je zároveň i dárkyní vajíčka, a v tom nejsložitějším případě se na rodičovství podílí kromě náhradní matky a budoucích rodičů dítěte také dárce vajíčka, spermie nebo celého embrya. Dochází tak k rozpojování a překrývání rodičovství biologického (genetického) a sociálního. Vznikají složité a dříve neznámé vztahy, které musejí být regulovány a upravovány a které vyvolávají řadu problematických situací a etických sporů.²

Právě rozvoj a přísliby reprodukčních technologií jsou v sociologické literatuře uváděny jako hlavní důvod, proč se adopce – dříve jediný způsob řešení neplodnosti – stala pro neplodné páry posledním řešením, odkládaným na dobu, kdy všechny pokusy o početí dítěte selžou. Většina autorů vidí příčinu v důležitosti genetické vazby pro konstrukci rodičovství, která převládá v západních společnostech. Pokrevní spřízněnost, které je připisován mystický a transcendentální charakter, je považována za hlavní zdroj rodičovského pouta a lásky (Miall 1994; Letherby 2002; Webb, Daniluk 1999).³ Adoptivní rodičovství je jako rodičovství nebiologické popisováno jako druhořadé a patologické (Edgar 2000; Lorber 1989; Miall 1987)⁴ a jako vysoce rizikové, zatímco rizika spojená s asistovanou reprodukcí se opomíjejí (Zamykalová, Hašková 2007).

Asistovanou reprodukci kritizovaly také některé feministické autorky, pracovaly přitom s podobným argumentem – prudký rozvoj reprodukční medicíny podle nich zdůraznil imperativ biologického rodičovství.⁵ Objektem tohoto imperativu jsou výhradně ženy, které bez ohledu na to, zda jsou zdravé nebo ne, podstupují fyzicky náročné procedury a využívají všech dostupných technologií na nátlak partnerů,⁶ toužících po vlastním potomkovi, nebo lékařů, kteří předpokládají, že každý chce využít těch nejmodernějších

technik bez ohledu na jejich etickou nebo medicínskou problematičnost (Lorber 1989; Whiteford, Gonzales 1995). Léčba ve snaze počít vlastní dítě je pozitivně sankcionované chování, zatímco hledání alternativ k biologickému rodičovství se opomíjí (Ragoné, Willis 2000; Kirkman 2001; van den Akker 2001; Letherby 2002).

Neplodnost je nemocí párovou – ve svých důsledcích, jakým je nedobrovolná (v různé míře dočasná) bezdětnost, a často v příčinách – uvádí se, že v jedné třetině případů je příčinou neplodnosti zdravotní problém u muže i ženy (Konečná 2003). Diagnostika a řešení neplodnosti (jímž nemusí být vždy „lčba“ završená úspěšným těhotenstvím a porodem, ale také adopce nebo přijetí bezdětnosti) je dlouhodobým procesem, do nějž vstupuje pár se svou touhou po dítěti a představami o rodičovství, včetně možných neshod a odlišných preferencí.⁷ Tento proces zahrnuje mnoho arbitrárních limitů a nejednoznačných rozhodnutí, neplodnost už není jednou provždy daným a objektivně definovaným, ani vždy jednoduše řešitelným stavem, stále se objevují nové možnosti, rozvíjí se diagnostika i způsoby terapie. Léčba neplodnosti si od páru žádá permanentní rozhodování a vyjednávání, neboť neplodní sami jsou nuceni stanovit si vlastní limity, hranice toho, co pro početí (nebo spíše pro zvýšení naděje na početí) chtějí a nechtějí udělat. Toto vyjednávání není určeno jen odlišnými biologickými rolemi mužů a žen v reprodukci, ale také jejich rolemi genderovými. Hlavní odlišnosti mezi muži a ženami v souvislosti s neplodností, adopcí a asistovanou reprodukcí, tak jak je uvádějí teoretické texty i zprávy z výzkumů, můžeme shrnout následovně.

1. Ženy jsou s reprodukcí spjaté více, biologicky i sociálně. Platí to i pro případ ne-reprodukce, tedy neplodnosti a dobrovolné nebo nedobrovolné bezdětnosti. Je to ženské tělo, kterého se týká léčba, cvičení, lázeňské kúry a které je nositelem příznaků úspěšnosti nebo neúspěšnosti snah o početí (Abbey, Andrews, Halman 1991; Letherby 2002; Konečná 2003). Ženy také – bez ohledu na to, zda byla příčina neplodnosti diagnostikována u nich nebo u partnera – dávají impuls k zahájení terapie, hledají informace o jejích různých možnostech, organizují sexuální život páru podle cyklů svého těla a chrání svého muže před nepohodlím, které je s léčbou spojeno (Slepičková 2005), a před případným stigmatem (Miall 1994). Ženy jsou považovány za zodpovědné za reprodukci (stejně jako za antikoncepci), stále přetrvává mýtus, že příčina neplodnosti je vždy na straně ženy (Konečná 2003). Také v souvislosti s nízkou porodností

v České republice se téměř výhradně mluví o ženách odkládajících mateřství kvůli seberealizaci (Zamykalová 2006), vliv mužů na tento trend zůstává bez povšimnutí.

2. Mateřství a otcovství je připisován jiný obsah a význam – zatímco ženina touha po dítěti je považována za vrozenou, mužská touha je vnímána jako získaná, jako něco, k čemu muž musí dospět. Pro ženu je rodičovství především naplněním potřeby starat se a pečovat, u mužů jde o potřebu předat své geny, mít potomka jako pokračovatele rodu (Slepičková 2005). Větším významem biologického rodičovství pro muže je vysvětlována skutečnost, že muži bývají většími odpůrci využití dárcovských spermií při umělém oplodnění, stejně jako adopce (Ragoné, Willis 2000; Hargreaves, Daniels 2007). Ženy častěji uvádějí, že si život bez dítěte nedovedou představit (Abbey, Andrews, Halman 1991; Meyers 2001),⁸ jsou otevřené více způsobům řešení neplodnosti a dobrovolné bezdětnosti a častěji souhlasí s tím, že o použití dárcovských gamet při oplodnění by se dítě mělo dozvědět (Hargreaves, Daniels 2007).

3. Stigma neplodnosti u mužů a žen je odlišné. Mužská plodnost je spojována více se sexualitou a neplodnost implikuje impotenci, neplodné ženě je přisuzována psychická labilita, přílišné upnutí se na touhu po dítěti nebo podvědomé odmítání mateřské role (Miall 1994, Whiteford, Gonzalez 1995; Hargreaves 2007; Ragoné, Willis 2000).⁹ Pro to, jak muž prožívá neplodnost, je klíčové, na čí straně je příčina, u žen to nehraje tak významnou roli (Greil 1991, Thompson 2005). Rodičovství je více spjato s identitou ženy než muže, i v rámci ženské interakce hraje téma mateřství podstatnější roli než v interakci mužské, ženy jsou ale schopnější vyvinout si v případě problémů s plodností podpůrnou sociální síť (Abbey, Andrews, Halman 1991). Podle Miall (1994) ženy často přebírají stigma neplodného partnera v interakci s okolím na sebe.

Sociální věda není k revolučnímu potenciálu reprodukční medicíny pro charakter rodinných vztahů netečná a aktuálně se vypořádává s otázkami, jakými je např. stigmatizace adopce, postoje společnosti k jednotlivým technikám asistované reprodukce, právo dětí počatých díky dárcovským gametám na to, znát svůj genetický původ atd., se v hojné míře věnuje. Vliv na tuto pozornost má jistě i nárůst počtu lidí, kteří realizují své rodičovství prostřednictvím asistované reprodukce, a s tím i zdůrazňovaný růst významu asistované reprodukce ve stárnoucích a málo plodících západoevropských a severoamerických populacích. U nás můžeme za první kvantitativní sondu do postojů k adopci a asistované reprodukci považovat výzkum „Rodina, práce a reprodukční strategie“ provedený na podzim roku 2005 prostřednictvím dotazování 1708 respondentů.¹⁰ Sběr dat pro tento výzkum probíhal ve 208 místech, která byla vybrána pravděpodobnostní metodou. Respondenti byli vyhledáni metodou náhodné vycházky s kvótní koncovkou. Do výzkumu byly zařazeny pouze ženy ve věku 20–40 let a jejich part-

neři, pokud s nimi žili ve společné domácnosti. Závěry výzkumu proto nemůžeme zobecňovat na celou populaci, ale na populaci žen, popřípadě partnerských párů. I přes tato omezení nám analýza dat tohoto výzkumu poskytuje cenné informace o tom, jaké jsou postoje českých žen a jejich partnerů k adopci a asistované reprodukci. Potvrdí se zkušenost z jiných zemí o výrazné genderové strukturovanosti těchto postojů (Hargreaves, Daniels 2007; Miall 1994)? Potvrdí se i u nás severoamerický a evropský ideál genetického základu rodiny (Edgar 2000)?

Muži, ženy, rodičovství

Tak jako v jiných výzkumech,¹¹ i v tomto se ukázala výrazná pronatalitní orientace mužů i žen. Ženy takové postoje zastávají častěji než muži – s výrokem „Člověk musí mít děti, aby byl jeho život naplněn,“ souhlasí 91,5 % žen a 81,2 % mužů. Jen 8,5 % žen a 18,8 % mužů se ztotožňuje s opozitním výrokem: „Dnešní svět nabízí tolik různých příležitostí.“¹² Rozdíl mezi názory mužů a žen nacházíme také u výroku, „je možné prožít plnohodnotný a šťastný život bez dětí“, se kterým nesouhlasí 41,7 % žen a 30,1 % mužů.¹³

Předpoklad, že rodičovství hraje větší význam v životě ženy než muže, zastávají muži i ženy stejně často. Na tom, že mít dítě je nezbytné pro psychickou pohodu ženy, se shoduje 72,8 % respondentů, stejný výrok o mužích podporuje 55,8 % respondentů. S těmito názory souvisí také větší podpora tvrzení, že pokud žena nemůže mít děti, je to pro ni těžší než pro jejího partnera (55,7 % respondentů) ve srovnání se stejným výrokem o mužích (31,5 %).¹⁴

Tak výrazná podpora rodičovství jako naplnění života je překvapivá vzhledem k tomu, že respondenty byli převážně lidé ve věku 20–40 let (113 respondentů ze 1708 bylo starších). Jde tedy o generaci, která je považována za nositelku hodnotových změn, spojených s druhým demografickým přechodem (van de Kaa 1987). Tito lidé svou reprodukci z valné většiny realizovali a budou realizovat v podmínkách tržní ekonomiky; ve společnosti, která je sociology a demografy charakterizována jako společnost diferencovaných životních stylů, mizení centrality mateřství ze života žen a stoupajícího počtu singles a dobrovolně bezdětných (Sobotka 2006; Rabušic 2001). Strmý pokles porodnosti, který Česká republika zažila v uplynulých letech, nevypovídá o devalvaci rodinných hodnot. Rodičovství je považováno za nezbytné naplnění života a zůstává pevně spjato s úspěšnou identitou, více v případě žen než mužů – a to jak v postojích samotných žen, tak v postojích jim připisovaných.

Postoje k adopci

Na postoj k adopci jako způsobu řešení neplodnosti ukazuje míra souhlasu s výrokem „adoptované dítě nedá člověku tolik co dítě vlastní“, stejně jako procento respondentů, kteří by adopci zvažovali, pokud by měli problém s neplodností (kromě adopce se respondenti vyjadřovali k umělému oplodnění s použitím vlastního vajíčka a spermiie a k umělému oplodnění s použitím dárcovského vajíčka, spermiie nebo embrya).¹⁵ Při interpretaci těchto dat musíme mít

na paměti, že se pro většinu respondentů jednalo o ryze teoretické úvahy a že se vyjadřovali k otázkám, se kterými nikdy dříve konfrontováni nebyli.¹⁶

S výše uvedeným výrokem souhlasila jedna třetina respondentů (30,6 %) a nesouhlasilo 41,4 % respondentů. Souhlas s tímto výrokem neukazuje na jednoznačné odmítnutí adopce, ale na nadřazení biologického rodičovství nad rodičovství sociální.

Adopci jako způsob řešení neplodnosti by zvážilo téměř 70 % respondentů a ve způsobech řešení neplodnosti je druhou nejčastěji volenou variantou po umělém oplodnění (to by zvážilo 84,6 % respondentů) a před umělým oplodněním s využitím dárcovských gamet.

Postoje k adopci jsou genderově diferencovány – zatímco výrok „adoptované dítě nedá člověku tolik, co dítě vlastní“, odmítlo 47,4 % žen, muži s ním vyjádřili nesouhlas ve 35,3 %.¹⁷ Ženy jsou k adopci vstřícnější – i pokud by ji měly zvážít jako způsob řešení neplodnosti – udělalo by to 75,4 % žen a 61,8 % mužů.¹⁸ Tento vzorec se potvrdil i u ostatních způsobů řešení neplodnosti – ženy by je zvážovaly ve větší míře než muži.

Přesto, že dvě třetiny respondentů si myslí, že touha mít vlastního potomka je pro muže záležitostí jeho hrdosti (63,3 %), jen třetina předpokládá, že muž přijímá adoptované dítě hůře než žena (34,2 %). Postoje mužů a žen se v těchto otázkách významně nelišily.

Kritika reprodukčních technologií zdůrazňuje, že rozvoj nových cest k dosažení žádoucího těhotenství odsunul adopci jako způsob řešení neplodnosti na poslední místo a jen zdůraznil její stigmatizaci (Miall 1989; Edgar 2000). Ta vyplývá zejména z absence biologické vazby mezi potomkem a rodiči. Není tomu tak vždy, protože jak ukázalo několik výzkumů, i poloviční nebo žádná genetická vazba v případě umělého oplodnění s použitím dárcovských gamet je preferována před adopcí (Batsedis 2003). Adopce znamená také nutnost přiznat vlastní neúspěch ve snaze o početí vlastního potomka, a tedy zdvojené stigma – absence biologické vazby a neplodnosti. Podle Haškové a Zamykalové (2006) je příčinou nadřazování biologického rodičovství nad adopci hierarchizace rizik s nimi spojených. Za nejméně rizikové je považováno biologické rodičovství, vzniklé spojením muže a ženy (heterosexuálního páru), dále rodičovství realizované prostřednictvím asistované reprodukce (včetně dárcovských gamet, kdy sice chybí genetická vazba k jednomu nebo oběma rodičům, ale zůstává možnost ovlivnit prenatální vývoj dítěte a zažít těhotenství a porod), a jako vysoce riziková forma rodičovství je naopak popisovaná adopce, na konci škály je pěstounství a ne-rodičovství.

Naše data neukázala výraznou preferenci rodičovství dosaženého prostřednictvím asistované reprodukce před adopcí. Hierarchizace rodičovství, tak jak vzešla z analyzovaného výzkumu, má následující podobu: 1. umělé oplodnění 2. adopce 3. umělé oplodnění s použitím dárcovských gamet (vajíček nebo spermií) 4. umělé oplodnění s použitím dárcovského embrya (viz graf č. 1). Takto jsou jednotlivé typy rodičovství hierarchizovány shodně v postojích mužů a žen. Hypotézu

o tom, že muži kladou větší důraz na biologické rodičovství než ženy a budou tak více odmítat adopci a více preferovat medicínské řešení neplodnosti zachovávající jejich genetický vztah k potomkům, jako je umělé oplodnění, popřípadě umělé oplodnění využívající dárcovské vajíčko (Adair 1998; Ragoné, Willis 2000), naše data vyvracejí.

Ženy by sice adopci zvážovaly při problémech s plodností častěji, totéž však platí o všech jiných způsobech řešení neplodnosti. Ženy jsou otevřenější všem typům řešení neplodnosti, bez ohledu na jejich potenciál zprostředkovat genetickou vazbu k potomkům, muži jsou ke všem typům řešení neplodnosti bez ohledu na jejich potenciál zprostředkovat genetickou vazbu k potomkům méně otevření.

Párová shoda a neplodnost

Způsob sběru dat prostřednictvím průzkumu v domácnostech sice omezuje zobecnitelnost výsledků na populaci, nicméně nám nabízí cenné analytické možnosti – můžeme data zkoumat po jednotlivých párech a ukázat, jaká shoda nebo neshoda panuje v postojích sezdáných nebo kohabitujících mužů a žen.

Některé výše uvedené rozdíly v postojích naznačují, že rodičovství je muži a ženami přisuzován jiný obsah i význam. Jak by mohlo vypadat rozhodování partnerské dvojice v případě, že by byli nuceni řešit problémy s plodností? Shodnou se partneři na svých preferencích? Jak by vypadalo případné vyjednávání, pokud se neshodnou? Je shoda v těchto otázkách důležitá?

Neplodnost partnera či partnerky považuje za důvod pro ukončení vztahu jedna pětina respondentů (22,1 % žen a 18,8 % mužů). Na shodu na způsobech řešení neplodnosti kladou větší důraz ženy než muži – případná neshoda by mohla být důvodem k ukončení vztahu pro polovinu žen (50,5 %) oproti 40,7 % mužů.¹⁹

Nyní se pokusíme odpovědět na otázku, zda je pravděpodobnější, že se páry na řešení neplodnosti shodnou, nebo neshodnou – nejprve prostřednictvím nepárových – oddělených dat. Graf č. 1 ukazuje, jaké možnosti by respondenti zvážovali v případě problémů s neplodností. Nabídnutými možnostmi byla adopce, umělé oplodnění (IVF) s použitím vlastního vajíčka a spermií, umělé oplodnění s použitím dárcovské spermií, umělé oplodnění s použitím dárcovského vajíčka a umělé oplodnění s použitím dárcovského embrya.

Nejčastěji zvážovanými volbami bylo mezi muži i ženami umělé oplodnění a adopce, o jejichž využití by přemýšlela většina respondentů. V podstatně menší míře je pro respondenty přijatelná asistovaná reprodukce s využitím dárcovských buněk – spermií, vajíčka nebo celého embrya. Ženy jsou všem způsobům řešení neplodnosti nakloněny ve větší míře než muži, největší rozdíl zaznamenáváme u postojů k adopci a k umělému oplodnění s použitím dárcovské spermií.²⁰

Rozdíl preferencí mezi dárcovstvím vajíčka a spermií ukazuje na důraz, jaký se klade na biologické materství nebo rodičovství. Dárcovství vajíčka je ve srovnání s dárcovstvím spermií technicky velmi náročné a pro dárně zatěžující, na druhou stranu umožňuje ženě i muži podílet se fyzicky

na reprodukci – ženě prostřednictvím porodu a těhotenství, muži díky jeho genetickému podílu. Také důležitost pokrevního otcovství v západní společnosti je považována za důvod, proč je dárcovské vajíčko přijatelnější volbou než dárcovská spermie (Ragoné, Willis 2000, Hargreaves, Daniels 2007). Naše data však žádné rozdíly mezi preferencí dárcovského vajíčka a spermie neukazují, obě volby byly shodně preferované, tj. přijatelné pro třetinu mužů a pro více než 40 % žen. Ještě v menší míře by respondenti volili takový typ rodičovství, v němž se biologická vazba dítěte a rodičů realizuje jen prostřednictvím těhotenství a porodu, tedy umělého oplodnění s použitím dárcovského embrya, se kterým by souhlasilo 34,5 % žen a 23,9 % mužů.

Nyní se budeme věnovat párovým datům – ze vzorku byli vyloučeni osaměle žijící muži a ženy, takže následující analýza zahrnuje 840 párových dvojic. Předpokládejme, že pokud se dvojice ve svých postojích k adopci a asistované reprodukci shodne, je vyšší pravděpodobnost, že svou volbu také realizuje. Jak by tedy neplodnost nejčastěji řešily páry v našem vzorku?

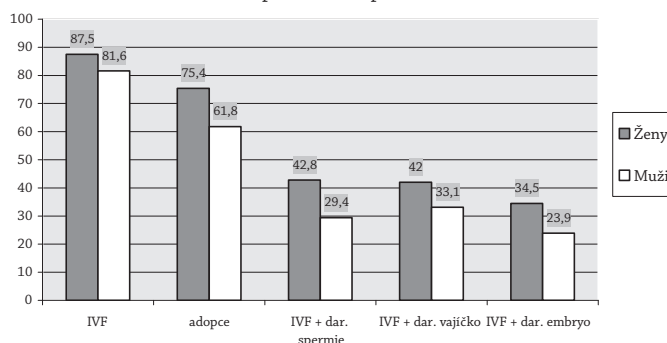
Muži a ženy se ve svých názorech na různé možnosti řešení neplodnosti v rámci jednotlivých párů do značné míry shodují – stejný názor zastává 88,4–77,3 % dvojic, nejvíce u umělého oplodnění a nejméně u umělého oplodnění s darovaným vajíčkem. Jak ukazuje graf č. 2, u prvních dvou voleb (IVF, adopce) se shodují častěji na souhlasu s nimi, u možností zahrnujících použití dárcovských buněk se páry častěji shodují na nesouhlasu s nimi – nejčastěji je pro ně nepřijatelné darované embryo, následuje darovaná spermie a darované vajíčko.

Neshody ohledně jednotlivých způsobů řešení neplodnosti se vyskytly u 11,6–22,7 % párů. Můžeme předpokládat, že tyto neshody ohledně jednotlivých způsobů řešení neplodnosti budou mít ve všech případech stejný vzorec – žena bude nakloněna možnosti, kterou muž bude odmítat.

Lékařské řešení neplodnosti prostřednictvím umělého oplodnění se při hypotetické úvaze o problémech s plodností ukázalo být pro partnerské páry primárním. Důraz se ale klade na použití vlastních gamet, s umělým oplodněním předpokládajícím použití dárcovské buňky nebo buňk by souhlasila jen jedna třetina respondentů, v případě dárcovského embrya dokonce méně než jedna čtvrtina. Častěji než asistovanou reprodukci využívající dárcovských gamet by Češi a Češky volili adopci, přestože ta jim nepřináší vůbec žádnou genetickou vazbu k potomkům. Nepotvrdila se tedy hypotéza, že početí jakéhokoli typu (tedy i s předpokladem nulové genetické vazby, jak je tomu u darovaného embrya) je pro možnost vyhnout se stigma adopce preferováno (Ragone, Willis 2000).

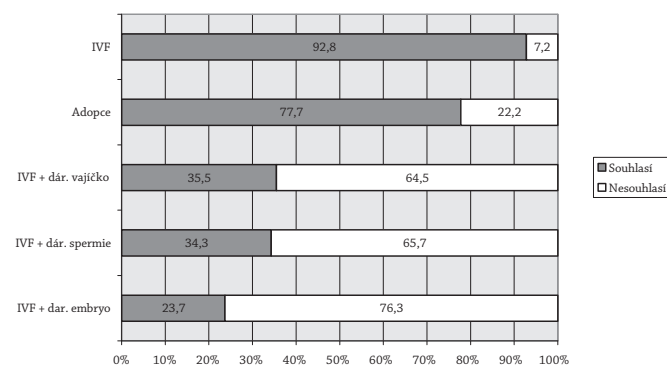
Valná většina dvojic se na způsobu řešení neplodnosti shodne, v opačných případech je obvykle žena nakloněna možnosti, kterou muž odmítá. Tyto výsledky mohou vypovídat o tom, že pro ženy je rodičovství významnější než pro muže a pro jeho realizaci jsou ochotnější volit i alternativní cestu – přesto, že u lékařských způsobů řešení neplodnosti se jedná o cestu, která na ně klade mnohem více nároků.

Graf 1: Možnosti zvažované při řešení neplodnosti.



Zdroj: Výzkum „Rodina, práce a reprodukční strategie v České republice“, 2005. Poznámka: Procento souhlasných odpovědí na otázku: „Zvažovali byste tyto možnosti v případě problémů s neplodností?“

Graf 2: Postoje párů, které se shodly na způsobech řešení neplodnosti.

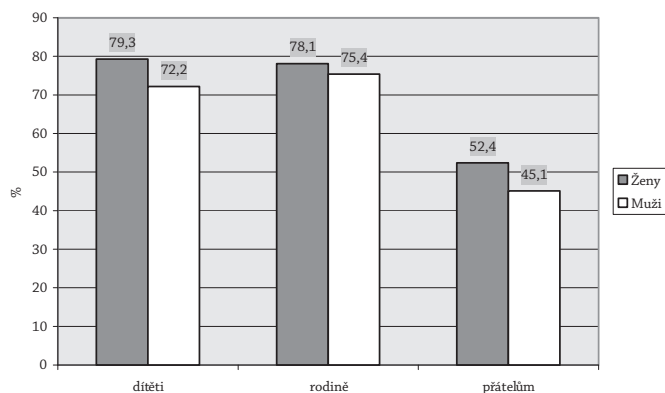


Zdroj: Výzkum „Rodina, práce a reprodukční strategie v České republice“, 2005.

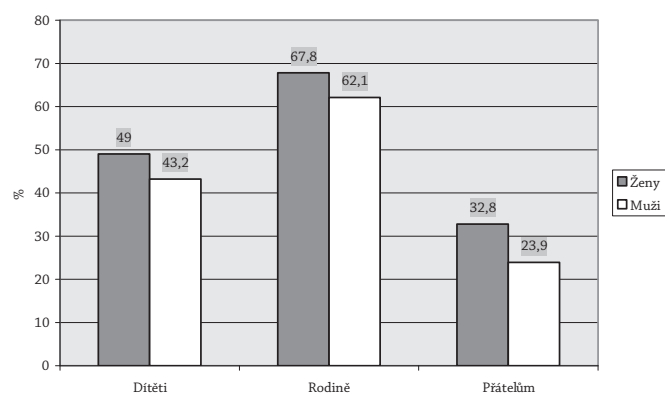
Otevřenost ve vztahu k adopci a asistované reprodukci

Míra otevřenosti ve vztahu k adopci a asistované reprodukci není ovlivněna jen mírou stigma, které se s těmito způsoby početí a rodičovství pojí. Není pro ni vždy určující ani intimita vztahu – Miall (1989) ve výzkumu adoptivních rodičů ukázala, že u tzv. preventivního odhalení hraje větší roli pravděpodobnost, že adopce bude později zjištěna, stejně jako snaha poučit ostatní o adopci nebo vyvrátit jejich předsudky. Jak by teoreticky vypadala míra otevřenosti mužů a žen ohledně adopce a umělého oplodnění ukazují následující grafy. Nezapomínejme, že zkoumáme obecnou populaci, nikoli adoptivní rodiče nebo nedobrovolně bezdětné. Názory respondentů vycházejí z teoretické představy o tom, jak by se v dané situaci chovali.

O adopci by většina respondentů řekla dítěti a nejbližší rodině, asi polovina z nich by se s adopcí svěřila přátelům. U adopce je míra sdílnosti ve srovnání s umělým oplodněním podle očekávání větší, protože je pro okolí zřejmější. Míru souhlasu se sdílením informací o adopci ukazuje graf č. 3. I přes poměrně vysoký počet lidí, kteří by byli ohledně adopce otevření, stále teoreticky zůstává 20,7–27,8 % dětí, které by se o ní nedozvěděly. Dá se ale předpokládat, že by se tato hodnota lišila v případě zkoumání skutečných adoptivních rodičů, kteří jsou odborníky během přípravy na adopci vedeni k tomu, aby vhodným způsobem řekli dítěti pravdu o jeho původu v co nejranějším věku.

Graf 3: Komu byste řekl/a o adopci?

Zdroj: Výzkum „Rodina, práce a reprodukční strategie v České republice,“ 2005.

Graf 4: Komu byste řekl/a o umělému oplodnění?

Zdroj: Výzkum „Rodina, práce a reprodukční strategie v České republice,“ 2005.

Jiné vzorce odhalení a sdílení informací lze pozorovat v případě umělého oplodnění (bohužel data nerozlišují, zda se jedná o oplodnění s využitím vlastních nebo dárcovských gamet). O tom, že pár prodělal umělé oplodnění, by se asi ve dvou třetinách případů dozvěděla rodina, v méně než polovině případů dítě a ještě méně často přátelé. Přesná čísla uvádí graf č. 4. Z toho může vyplývat, že od přátel nelze očekávat takovou emocionální podporu jako od rodiny. Překvapuje také vysoká míra sdílení informací s dítětem počatým díky umělému oplodnění – to by se teoreticky o tom, jak bylo počato, nemuselo nikdy dozvědět. Vysvětlit ji můžeme tím, že respondenti v souvislosti s umělým oplodněním přemýšleli také o dárcovských buňkách a považují za správné dítě o jejich využití informovat.

Rozdíly mezi ochotou mužů a žen sdílet informace o adopci a umělém oplodnění jsou velmi malé, vždy však sledují stejné schéma – ženy jsou otevřenější než muži. Dá se předpokládat, že výraznější by tento rozdíl byl v případě umělého oplodnění s použitím dárcovského spermatu, které s sebou nese stigma neschopnosti a neúspěchu pro muže (Adair 1998).

Závěr

Muži i ženy se shodně projeví jako zastánci rodinných hodnot, připisující rodičovství velký význam pro naplnění lidského života. Na druhou stranu by jen jedna pětina z nich

opustila partnera nebo partnerku pro neplodnost – v případě volby partner nebo děti se tak většina z nich přiklání k partnerství.

Rodičovství je důležitější pro ženy – je pro ně těžší představit si bez dětí plnohodnotný a šťastný život a jsou rovněž ochotnější než muži využít dostupných způsobů řešení neplodnosti. Častěji také považují neshodu s partnerem na řešení neplodnosti za důvod k rozchodu. Jsou otevřenější, pokud jde o sdílení informací o využití adopce a asistované reprodukce s dítětem, rodinou i přáteli.

V rámci čistě teoretického zvažování jednotlivých způsobů řešení neplodnosti se adopce neukázala být výrazně odmiřovanou alternativou biologického rodičovství. Pro muže i ženy je přijatelnější než umělé oplodnění s dárcovskými buňkami. Předpokládaná stigmatizace nebiologického rodičovství, nejasný genetický původ adoptovaných dětí, ponižující charakter a zdoluhavost adoptních procedur a negativní dopady dlouhodobé ústavní péče na osobnost dětí (Batsedis, Konečná, Miall 1994) se v postojích neprojevují, adopci jako způsob řešení neplodnosti by zvažovalo 70 % dotázaných.

V případě neplodnosti by respondenti před adoptí upřednostnili asistovanou reprodukci – neplodnost je tedy vnímána jako primárně fyzický problém, spadající do kompetence lékařů. Výrazně preferovaná je ale asistovaná reprodukce jen v případě, že pracuje s genetickým materiálem budoucího otce a matky. Umělé oplodnění s dárcovskými buňkami je přijatelné pro podstatně méně mužů i žen. Zatímco „cizí geny“ byly pro většinu dotázaných v případě adopce akceptovatelné, u umělého oplodnění je tato rezignace na genetické rodičovství přijatelná jen pro jednu třetinu dotázaných, a to i přes své výhody v porovnání s adoptí, jako je prožití těhotenství a porodu a „neviditelnost“ této volby pro okolí i pro samotné dítě. Jakoby se ideál genetického základu rodiny (Edgar 2000) projevoval jen v případě asistované reprodukce, nikoli adopce. Vliv na takové rozložení odpovědí mohla mít i skutečnost, že umělé oplodnění s použitím dárcovských gamet není tak popularizované nebo etablované jako standardní umělé oplodnění. Při použití dárcovských buněk rovněž vstupují do hry dilemata ohledně sdílení informací o způsobu početí s dítětem, pro něž je tu více důvodů než u takové varianty umělého oplodnění, která neporušuje předpoklad biologické spřízněnosti potomka s oběma rodiči.

Párová analýza ukázala, že převážná většina partnerských dvojic má shodné názory na asistovanou reprodukci i adopci. Data vyvrátila předpoklad většího významu biologické vazby pro otcovství ve srovnání s mateřstvím – muži i ženy odmítali použití dárcovských buněk podobně často. Ženy podporují ve větší míře než muži všechny způsoby řešení neplodnosti – zda na to má vliv i snaha dostát tradičnímu obsahu ženské role a „dát“ partnerovi dítě, z analyzovaných dat nemůžeme zjistit.

Analýza odpovědí na sadu otázek týkajících se neplodnosti a postojů k adopci a asistované reprodukci, která byla zařazena do výzkumu „Rodina, práce a reprodukční strategie v České republice,“ je cenným zdrojem informací o posto-

jích Čechů a Češek k neplodnosti, adopci a asistované reprodukci. Vzhledem k narůstajícímu počtu lidí, kteří se kvůli neplodnosti obrazejí na specializovaná lékařská pracoviště, se jedná o sondu do tématu, které je pro stále více dvojic tématem aktuálním, a nikoli jen teoretickým.

Při snaze o generalizaci těchto závěrů je třeba vzít v potaz statistická omezení daná způsobem výběru zkoumané populace. Postoje respondentů k adopci a asistované reprodukci se u většiny z nich zakládaly na teoretických předpokladech – zkoumali jsme obecnou populaci, nikoli účastníky adopčního řízení nebo klienty center asistované reprodukce. Deklarované postoje také nemusejí mít souvislost s reálným jednáním – výzkum takových témat, kterým se přisuzuje morální aspekt, je rovněž ovlivněn sociální žádoucností odpovědí – respondenti budou pravděpodobněji zastávat takové názory, které považují za správné nebo očekávané.

Pokud by analyzované postoje byly spolehlivým prediktorem jednání v případě problémů s plodností, mohli bychom říci, že strach o nedostatek zájemců o své služby nemusí mít ani sociální pracovníci a pracovnice, kteří mají na starosti agendu spojenou s adopcemi, ani lékaři a lékařky z center asistované reprodukce. I přes radikální odlišnosti reprodukčních i genderových rolí mužů a žen mezi jejich postoji nenacházíme propastné rozdíly – problematika reprodukce je, zdá se, více v zájmu žen, na svých preferencích se ale ve většině případů s muži shodují. Popsat a vysvětlit dynamiku partnerského vyjednávání v případě neplodnosti a nedobrovolné bezdětnosti, stejně jako rozhodování mužů a žen v konfrontaci se skutečnou, nikoli jen teoretickou diagnózou neplodnosti, je již úkolem pro jiný výzkum.

Literatura

- Abbey, A., Andrews, F., Halman, L. 1991. „Gender's role in response to infertility.“ *Psychology of Women Quarterly*, Vol. 15, No. 2: 295–316.
- Adair, V. 1998. „Redefining family: issues in parenting assisted by reproduction technology.“ Changing families, challenging futures Institute from the 6th Australian Institute of Family Studies Conference held in November 1998.
- Baines, J. A. 2007. „Gamete Donors and Mistaken Identities: The Importance of Genetic Awareness and Proposals Favoring Donor Identity Disclosure for Children Born from Gamete Donations in The United States.“ *Family Court Review*, Vol. 45, No. 1: 116–132.
- Batsedis, O. 2003. „Embryo Adoption. A Science Fiction or an Alternative to Traditional Adoption?“ *Family Court Review*, Vol. 41, No. 4: 565–579.
- Bernardes, J. 1996. „Multidimensional developmental pathways: A proposal to facilitate the conceptualization of ‚family diversity‘.“ *The Sociological Review*, Vol. 39: 590–610.
- Blyth, E. 2000. „Sharing Genetic Origins Information in Third Party Assisted Conception: A Case for Victorian Family Values.“ *Children and Society*, Vol. 14: 11–22.
- Edgar, K. 2000. „Adoption, family Ideology, and Social Stigma: Bias in Community Attitudes, Adoption Research, and Practice.“ *Family Relations*, Vol. 49, No. 4: 363–370.
- Greil, A. L. 1991. *Not Yet Pregnant: Infertile Couples in Contemporary America*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Hargreaves, K., Daniels, K. 2007. „Parents Dilemmas in Sparing Donor Insemination Conception Stories with their Children.“ *Children and Society*, Online Early Access.
- Hargreaves, K. 2006. „Constructing families and kinship through donor insemination.“ *Sociology of Health and Illness*, Vol. 28, No. 3: 261–283.
- Hašková, H. 2004. „Rodičovství a bezdětnost očima českých mužů a žen.“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, roč. 5, č. 2–3: 13–16.
- Ireland, M. S. 1993. *Reconceiving Women. Separating Motherhood from Female Identity*. New York: The Guilford Press.
- Kirkman, M. 2001. „Thinking of something to say: Public and Private Narratives of Infertility.“ *Health Care for Women International*, Vol. 22, No. 6: 523–535.
- Konečná, H. 2003. *Cesta za dítětem*. Praha: Academia.
- Letherby, G. 2002. „Childless and Bereft?: Stereotypes and Realities in Relation to Voluntary and Involuntary Childlessness and Womanhood.“ *Sociological Inquiry*, Vol. 72, No. 1: 7–20.
- Lorber, J. 1989. „Choice, Gift or Patriarchal Bargain: Women's Consent to In Vitro Fertilization in Male Infertility.“ *Hypatia*, Vol. 4, No. 3: 23–36.
- Meyers, D. T. 2001. „The Rush to Motherhood – Pronatalist Discourse and Women's Autonomy.“ *Signs*, Vol. 23, No. 6: 735–773.
- Miall, C. E. 1987. „The stigma of adoptive parent status: Perceptions of community attitudes toward adoption and the experience of informal social sanctioning.“ *Family Relations*, Vol. 36: 34–39.
- Miall, C. E. 1989. „Authenticity and the Disclosure of the Information Preserve. The case of Adoptive Parenthood.“ *Qualitative Sociology*, Vol. 12, No. 3: 279–302.
- Miall, C. E. 1994. „Community constructs of involuntary childlessness: Sympathy, stigma, and social support.“ *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, Vol. 31, No. 4: 39–421.
- Rabušic, L. 2001. „Value Change and Demographic Behaviour in the Czech Republic.“ *Czech Sociological Review / Sociologický časopis*, Vol. 9, No. 1: 99–122.
- Ragoné, H. S., Willis, K. 2000. „Reproduction and Assisted Reproductive Technologies.“ Pp. 308–322 in Albrecht, G. L., Fitzpatrick, R., Scrimshaw, S. C. (eds.). *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage.
- Sobotka, T. 2006. „Bezdětnost v České republice.“ Pp. 60–78 in Hamplová, D., Šalamounová, P., Šamanová, G. (eds.). *Životní cyklus. Sociologické a demografické perspektivy*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Slepičková, L. 2005. *Nedobrovolná bezdětnost v sociologické perspektivě*. Rukopis, magisterská diplomová práce. Brno: Fakulta sociálních studií.
- Thompson, Ch. 2005. *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge, MA: MIT Press.

- Webb, R. E., Daniluk, J. C., 1999. „The End of Line. Infertile Men's Experiences of Being Unable to Produce a Child.“ *Men and Masculinities*, Vol. 2, No. 1: 6–25.
- Van den Akker, O. 2001. „The Acceptable Face of Parenthood.“ *Psychology, Evolution & Gender*, Vol. 3, No. 2: 137–153.
- Van de Kaa, D. J. 1987. „Europe's Second Demographic Transition.“ *Population Bulletin*, Vol. 42, No. 1: 1–57.
- Wegar, K. 2000. „Adoption, Family Ideology, and Social Stigma: Bias in Community Attitudes, Adoption Research, and Practice.“ *Family Relations*, Vol. 49: 363–370.
- Whiteford, L. M., Gonzalez, L. 1995. „Stigma: the Hidden Burden of Infertility.“ *Social Science and Medicine*, Vol. 40, No. 1: 27–36.
- Zamykalová, L. 2006. „Mediální reflexe bezdětnosti v české společnosti mezi lety 1994–2004.“ Pp. 95–144 in Hašková, H. (ed.) *Fenomén bezdětnosti v sociologické a demografické perspektivě*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky.
- Zamykalová, L. 2003. „Kdo smí participovat na asistované reprodukci.“ *Biograf*, č. 31: 26–50.
- Zamykalová, L., Hašková, H. 2007. „Mít děti – co je to za normu? Čí je to norma?“ *Biograf*, č. 40/41: 3–53.

Poznámky

- 1 Tato stať vznikla s podporou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy – výzkumný záměr „Reprodukce a integrace společnosti“ (MSM002 1622408).
- 2 Při asistované reprodukci vznikají mužské a ženské pohlavní buňky a embrya a jedním ze sporů, provázejících rozvoj techniky asistované reprodukce, je debata o povaze takového genetického materiálu a právech, která se k němu mají vztahovat. V současnosti je diskutovaným tématem právo dítěte vědět, že bylo počato díky dárcovským gametám (Adair 1998; Blyth 2000; Hargreaves, Daniels 2007; Baines 2007).
- 3 Nic na tom nemění ani stále častější volání sociologů po přehodnocení strukturálních a funkcionalistických přístupů ke studiu rodinného života a příklonu k behaviorálnímu přístupu, který se zaměřuje spíše než na formální strukturu rodiny na aktuální rodinné chování společnosti a který bude lépe reflektovat proměnlivost a různorodost dnešních rodinných forem (van den Akker 2001, Bernardes 1996). Rodina, založená na formální struktuře a tvořená „jádreem“ heterosexuálního rodičovského páru a jejich biologických potomků není podle těchto autorů ani statisticky častější, reálnější nebo přirozenější než jiné formy rodinného uspořádání.
- 4 Není tomu tak ale všude – jako například u afroamerických rodin, antropologové rovněž popsali mnoho nezápádních společností, kde je nebiologické příbuzenství jako adopce běžným a nestigmatizovaným typem utváření rodiny (Edgar 2000).
- 5 Kritický postoj vůči asistované reprodukci je jen jedním z mnoha často ambivalentních názorů na nové reprodukční technologie, zastávaný feministickými autorkami. Negativní postoj k asistované reprodukci navazoval na obecnější kritiku západní medikalizace reprodukce a ve feministické literatuře převládá zejména v době prvních významných úspěchů repro-

dukčních technologií (tj. v letech 1984–1991). Byl zdůvodňován především tím, že tyto technologie zvyšují podřízenost žen jejich biologickému osudu na rozdíl od toho, aby rozšiřovaly jejich reprodukční volby. Kritizována byla také nízká úspěšnost, rizikovitost a spíše experimentální povaha některých technik (umělé oplodnění, prenatální screening) a také eticky sporné postupy (náhradní mateřství, skrývací potenciál zneužívání žen z nižších sociálních tříd, prenatální screening umožňující selekci plodů podle pohlaví). V pozdějším období a se zvyšováním úspěšnosti reprodukční medicíny jí začaly být častěji připisovány zásluhy zejména ve vztahu k ženám, toužícím po dítěti, a lesbickým párům, kterým bylo umožněno biologické rodičovství. Podrobněji např. Thompson (2005).

6 Například umělé oplodnění je procedurou, která se využívá velmi často pro „léčbu“ mužské příčiny neplodnosti, podstupují ji tedy často normálně plodné a zdravé ženy.

7 Mluvíme zde o páru, a to výhradně o páru heterosexuálním. Jak léčba neplodnosti prostřednictvím asistované reprodukce, tak adopce není pro homosexuální páry nebo svobodné ženy v České republice oficiálně dostupná. (Na některých klinikách se ale neoficiálně praktikuje). Kromě omezení léčby na heterosexuální pár je dalším limitem léčby věk ženy (umělé oplodnění pojišťovna hraadí jen ženám do 39 let). Blíže k těmto omezením viz Zamykalová (2003).

8 Greil (1991) uvádí, že mateřství je chápáno jako klíčový zdroj seberealizace u žen, zatímco mužům se kromě rodičovství nabízí kariéra, sport nebo koníčky. Podle Ireland (1993) stále chybí sociální uznání skutečnosti, že žena, stejně jako muž, si dovede vyvinout zdravou a dospělou identitu, která nezahrnuje rodičovskou roli. Seberealizace prostřednictvím kariéry je u žen hodnocena jako náhražková, druhořadá.

9 Ireland (1993) připisuje negativní obraz žen, které nemají děti (tedy nejen neplodných, ale také dobrovolně bezdětných) klasické psychoanalytické teorii. Ta popisuje bezdětné ženy jako nedostatečné, negativní, neschopné nebo neochotné naplnit ženskou roli a ženskou reprodukční kapacitu považuje za centrální pro duševní vývoj ženy (u mužů se s takovým předpokladem nepracuje).

10 Výzkum byl finančně podporován Grantovou agenturou české republiky (GA ČR), grant č. 403/05/0800 „Rodina, práce a reprodukční strategie v České republice.“

11 Podle Evropské studie hodnot z roku 1999 souhlasilo 60 % Čechů s tím, že děti jsou nezbytné k naplnění lidského života a 93 % svobodných dotázaných považuje děti za důležitý předpoklad šťastného manželství (Rabušic 2001). Také podle výzkumu „Family and Changing Gender Roles“ z roku 2002 se více než 90 % Čechů a Češek domnívá, že „největší radostí v životě je sledovat růst dětí“, a více než polovina českých mužů a žen tvrdí, že „lidé, kteří nikdy neměli děti, vedou prázdný život“ (Hašková 2004).

12 N = 2436, adj. reziduum 7,5.

13 N = 2514, adj. reziduum 6.

14 Procentuální rozložení odpovědí na tuto otázku se příliš neliší, statistické testy existenci rozdílu vyvracejí.

15 Otázka: Pokud byste Vy sám/sama měl/a problémy s počtem dítěte, zvažovala byste následující řešení? (adopce, umě-

lé oplodnění s použitím vlastního vajíčka a spermie, umělé oplodnění s použitím dárcovského vajíčka a spermie, umělé oplodnění s použitím dárcovského embrya). Možnost inseminace (zavedení partnerových spermií do ženiny dělohy) byla z analýzy vypuštěna, protože se jedná o velmi málo známý způsob řešení neplodnosti (ukázala to i distribuce odpovědí, která tomuto – nejlevnějšímu a nejméně invazivnímu způsobu řešení neplodnosti, který má nejbližší k přirozenému početí, přisoudila nižší preference než umělému oplodnění).

16 Snaha najít respondenty, kteří skutečně měli nebo mají problémy s počítím, nebyla úspěšná. Na otázku „kolik měsíců trvalo od rozhodnutí mít dítě k jeho skutečnému početí“ 70,7 % z nich neodpovědělo. Mohli bychom rovněž předpokládat, že skupina trpící neplodností vykazuje tyto charakteristi-

ky: jsou bezdětní, i když děti chtějí a žijí se stálým partnerem, jejich věk je vyšší než 35 let (do té doby se dá předpokládat odkládání rodičovství). Takových respondentů bylo ve zkoumaném souboru jen sedm.

17 N = 2520, adj. reziduum 6,1.

18 N = 1671, adj. reziduum 6.

19 N = 2506, adj. rez. 4,9.

20 Pro adopci: N = 1671, adj. reziduum 6; pro umělé oplodnění s použitím dárcovské spermie: N = 1596, adj. reziduum 5,6.

Lenka Slepíčková je doktorskou studentkou sociologie na FSS MU a pracovnící Institutu pro výzkum reprodukce a integrace společnosti při téže fakultě. Věnuje se sociologickým aspektům neplodnosti a asistované reprodukce.

ŽIVOTNÍ DRÁHY PRVORODIČEK PO TŘICÍTCE: PROČ MÍT DÍTĚ POZDĚJI?¹ / MICHAELA BARTOŠOVÁ

Zatímco změna reprodukčního chování mladých lidí, pro kterou je typický posun věku při vstupu do rodičovské fáze, je v západní sociologické a demografické literatuře reflektována už od 70. let minulého století (viz např. Rindfuss, Bumpass 1976; Wilkie 1981; Daniels, Weingarten 1982; Soloway, Smith 1987; Schlesinger, Schlesinger 1989), v České republice je jí věnována pozornost relativně krátkou dobu. Průměrný věk ženy při narození prvního dítěte se postupně zvyšuje od roku 1992 a při srovnání s některými západoevropskými zeměmi, kde tato změna probíhá již několik desetiletí, je možné očekávat jeho další nárůst.² Změna v plánování a časování rodičovství bývá zkoumána ve spojení s fenomény singles, bezdětností, odkládaným mateřstvím a vysvětlována prizmatem různých teoretických přístupů (teorie individualizace a kulturní změny, teorie racionální volby, teorie sociální anomie, teorie sociálních sítí, teorie genderové rovnosti – Hašková 2006). Ve svém výzkumu se zaměřuji na populaci žen, které porodily své první dítě po dosažení třiceti let (přičemž na tento věk neměly vliv zdravotní problémy bránící dřívějšímu otěhotnění), a pomocí metody zakotvené teorie (Glasser, Strauss 1967; Corbin, Strauss 1999) zjišťuji, jak ony samy charakterizují své mateřství, zda je pokládají za odkládané a jak definují důvody, které je vedly k tomu mít dítě v daném věku.

V následujícím textu shrnuji některé zásadní poznatky z probíhajícího výzkumu,³ které se týkají vymezení mateřství po třicítce jako odkládaného i neodkládaného. Významnou součástí zvažování a plánování dítěte je v obou případech vyjednávání mezi partnery, (ne)shoda v motivacích a očekáváních muže a ženy.

Faktor věku při vstupu do mateřství

V příbězích většiny žen, s nimiž jsem vedla rozhovory, hraje v souvislosti s mateřstvím zásadní roli věk a určité – sociálně

konstruované – věkové hranice, ať už si žena jejich normativnost uvědomuje, nebo ne. Za významný přelom v životě ženy je možné v českém prostředí považovat hranici třicet let (Hašková 2006; Hašková, Zamykalová 2007). Nicméně v rozhovorech jsem identifikovala i méně závažné, ale přitom často uváděné věkové předěly – 25, 27 (popř. 28), 35, 40 let.⁴ Věk 25 let bývá často připomínán jako doba, kdy žena poprvé začala vážněji přemýšlet o dítěti nebo začala měnit svůj postoj k mateřství, popřípadě si více uvědomovat vlastní roli budoucí matky. I přesto však byl téměř ve všech případech zmíněný věk posuzován jako nevhodný ke vstupu do mateřství, především vzhledem k nedostačující psychické dospělosti a připravenosti na mateřství. Pocit dospělosti je i v jiných výzkumech (Coady 1986; Schlesinger, Giblon 1985; Dion 1995) shledáván jako jeden z významných faktorů vstupu do rodičovské fáze. Soloway a Smith (1987) tento respondenty označovaný pocit spojují s osobní identitou jedince a jeho rozhodnutím o tom, „kdo jsem“, především ve vztahu k vlastní minulosti. Upevnění této identity závisí na rozsahu, v němž je každým individuem pocíťována nezávislost a emocionální separace od rodiny původu. Dosažení jistoty v této oblasti je pak bezprostředně spojeno i s další podmínkou vstupu do rodičovství, kterou je rozhodnutí o tom, „kde jsem“, týkající se identity statusové (jasného určení sebe sama ve vztahu k tomu, co chci být), finančního zabezpečení, vzdělání, manželského závazku. Postoj k mateřství nebo bezdětnosti u konverzačních partnerek v mém výzkumu byl často ovlivněn právě zkušenostmi z dětství a rozhodnutí stát se matkou záviselo u některých z nich na schopnosti vyrovnat se mimo jiné i se specifickými zkušenostmi z původní rodiny (např. s rozvodem rodičů, dětstvím stráveným pouze s jedním z rodičů, částečným přebráním péče a odpovědnosti za mladší sourozence, výchovnými postoji rodičů apod.) (srov. Kammeyer, Ginn 1986; Ireland 1993).