

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

PROBLEMATIKA ADOLESCENTNÍCH MATEK

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ZDISLAVA ČERMÁKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Garneková

Konzultant: MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D.

Praha 2013

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně. Veškeré literární zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:.....

.....

Zislava Čermáková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. Zuzaně Garnekové a konzultantovi MUDr. Lidmile Hamplové Ph.D. za cenné rady, trpělivost a odborné vedení při psaní mé bakalářské práce. Rovněž bych chtěla poděkovat své rodině za podporu po celou dobu studia.



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Zdislava Čermáková
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 3. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Problematika adolescentních matek

The Issues of the Adolescent Mothers

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Zuzana Garneková

V Praze dne: 3. 9. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

ABSTRAKT

ČERMÁKOVÁ, Zdislava. *Problematika adolescentních matek*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Garneková. Praha 2013. s. 50.

Hlavním tématem bakalářské práce je zjistit, zda je adolescentní matka schopná vyrovnat se s novou sociální rolí. Práce je rozdělená na část teoretickou a praktickou. V teoretické části uvádíme nejdůležitější informace o adolescenci, o změnách, kterými si projde ženské tělo v době gravidity, o jednotlivých fázích porodu a také se zde zmiňujeme o výchovných ústavech pro mladistvé matky s dětmi a o babyboxu. V praktické části naší práce jsou interpretovány výsledky dosavadního šetření.

Klíčová slova: Adolescentní matky. Fáze porodu. Fyziologické změny. Interrupce. Psychika matky. Těhotenství.

ČERMÁKOVÁ, Zdislava, *The Issues of the Adolescent Mothers*. College of Nursing o.p.s., degree of qualification: bachelor. Supervisor: Mgr. Zuzana Garneková. Prague 2013. s. 50 p.

The main topic of my bachelor s thesis is to find out whether adolescent mother is capable to handle new social role. My work is divided into theoretical and practical part. I focused on main physiological changes (during pregnancy) and about various stages of childbirth. In the practical part I was interested in results of previous investigations.

Keywords: Abortion and stages of childbirth. Adolescent mothers. Mother's psychology. Pregnancy. Physiological changes.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 VÝVOJOVÉ OBDOBÍ	13
1.1 Adolescence	13
Dělení dospívání	13
Tělesné změny	14
Vývoj sekundárních pohlavních znaků u děvčat	15
1.2 Těhotenství v adolescentním věku	15
Faktory vedoucí k těhotenství v období adolescence	16
1.3 Dospělost	17
2 TĚLESNÉ ZMĚNY V PRŮBĚHU GRAVIDITY A ŠESTINEDĚLÍ	19
2.1 Fyziologické změny během gravidity	19
2.1.1 Změny reprodukčního systému	20
2.1.2 Systémové orgánové změny	22
Změny kardiovaskulárního systému	22
Změny krevního tlaku	22
Změny uropoetického systému	23
Změny pohybového aparátu	23
2.2 Fyziologické změny v období šestinedělí	23
3 PSYCHICKÉ ZMĚNY ADOLESCENTNÍ MATKY V PRŮBĚHU GRAVIDITY A V ŠESTINEDĚLÍ	25
3.1 Psychické změny v graviditě	25
3.2 Psychické změny v šestinedělí	26
4 FÁZE PORODU	27
4.1 První doba porodní – otevírací	27
4.2 Druhá doba porodní – vypuzovací	27
4.3 Třetí doba porodní – porod lůžka	28
4.4 Čtvrtá doba porodní	29

5 INTERRUPTCE	30
5.1 Miniinterruptce	31
5.2 Ukončení těhotenství starší 8. týdne gravidity.....	31
6 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE PRO MLADISTVÉ MATKY	32
6.1 Babybox	33
6.2 Výchovné ústavy.....	33
7 EMPIRICKÁ ČÁST	35
7.1 Průzkumný problém.....	35
Cíl práce.....	35
Průzkumné otázky.....	35
Průzkumné tvrzení	36
7.2 Výsledky, analýza a interpretace vlastního průzkumu	36
Průzkumný vzorek	36
Technika dotazníku.....	36
8 ANALÝZA DAT	37
9 DISKUSE.....	58
9. 1 Využití pro praxi.....	60
ZÁVĚR	70
Seznam literatury	71

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adolesco - dospívat

Adolescent - jedinec mezi pubertou a ranou dospělostí

Anémie - chudokrevnost

Axila - podpaží

Cervix uteri - hrdlo děložní

Cunnus - vulva

Dextroverze - tělo dělohy je ohnuté doprava

Dextrotorze - otočení dělohy doprava

Endometrium - děložní sliznice

Estrogen - ženský pohlavní hormon

Fontanela - vazivový lupínek, který se nachází u dítěte na lebce mezi jednotlivými kostmi

Gravidita - těhotenství

Hydronefróza - narůstající rozšíření pánvičky a kalichů ledviny

Hypertenze - zvětšení krevního tlaku nad 130/90

Hyperlordóza - nadměrné prohnutí bederní páteře

Hyperpigmentace - zvýšená pigmentace kůže

Hyperproteinemie - zvýšená koncentrace bílkovin v séru

Iniciální flexe - vstup hlavičky do pánevního chodu

Interrupce - umělé ukončení těhotenství

Labia majora pudendi - velké stydké pysky

Labia minora pudendi - malé stydké pysky

Lacerace - roztržení měkkých tkání

Mikce - močení

Mons verenis - Venušin pahorek

Myometrium - hladká svalovina dělohy

Multipary - více rodičky

Nulipary - nerodící ženy

Perimetrium - zevní vrstva dělohy

Portio supravaginális - horní úsek děložního hrdla

Portio vaginalis - děložní čípek

Pubescence - puberta, dospívání

Progesteron - ženský pohlavní hormon, jehož hlavním úkolem je příprava děložní sliznice na otěhotnění a udržení těhotenství

Retrakce - zavinování, stažení, zkrácení

Strie gravidarum - těhotenské načervenalé jizvičky v okolí břicha, prsou, vnitřních stran steh

Trimestr - období třech měsíců těhotenství

Uterus - děloha

Uretra - močová trubice

Varixy - křečové žíly

Vestibulum vaginae - poševní předsíň

Vesikoureterální reflux - zpětný tok moče z močového měchýře

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1 – Věk respondentek.....	37
Graf č. 1 – Věk respondentek	37
Tabulka č. 2 – Věková hranice první gravidity	38
Graf č. 2 – Věková hranice první gravidity	38
Tabulka č. 3 – Délka vztahu s partnerem před otěhotněním.	39
Graf č. 3 – Délka vztahu s partnerem před otěhotněním.	39
Tabulka č. 4 – Plánovaná gravidita.....	40
Graf č. 4 – Plánovaná gravidita	40
Tabulka č. 5 – Reakce rodiny na zprávu o těhotenství	41
Graf č. 5 – Reakce rodiny na zprávu o těhotenství	41
Tabulka č. 6 – Reakce na těhotenství v práci/ škole.....	42
Graf č. 6 – Reakce na těhotenství v práci/ škole.....	42
Tabulka č. 7 – Radost z gravidity	43
Graf č. 7 – Radost z gravidity	43
Tabulka č. 8 – Úvaha o interrupci.....	44
Graf č. 8 – Úvaha o interrupci	44
Tabulka č. 9 – Souhlas partnera s graviditou.....	45
Graf č. 9 – Souhlas partnera s graviditou.....	45
Tabulka č. 10 – Úplná rodina.....	46
Graf č. 10 – Úplná rodina	46
Tabulka č. 11 – Pomoc rodiny	47
Graf č. 11 – Pomoc rodiny.....	47
Tabulka č. 12 – Informovanost o centrech pro matky s dětmi	48
Graf č. 12 – Informovanost o centrech pro matky s dětmi	48
Tabulka č. 13 – Informovanost o centrech	49
Graf č. 13 – Informovanost o centrech	49
Tabulka č. 14. – Centra pro matky s dětmi.....	50
Graf č. 14. – Centra pro matky s dětmi.....	50
Tabulka č. 15 – Odložení dítěte do Babyboxu.....	51
Graf č. 15 – Odložení dítěte do Babyboxu	51
Tabulka č. 16 – Hlídaní dítěte.....	52
Graf č. 16 – Hlídaní dítěte	52

Tabulka č. 17 – Financování.....	53
Graf č. 17 – Financování.....	53
Tabulka č. 18 – Role matky.....	54
Graf č. 18 – Role matky.....	54

ÚVOD

V současné době je trendem mít dítě až v pozdějším věku. Ženy čekají, až si dodělají vzdělání, najdou práci, vydělají peníze a teprve potom si pořizují rodinu. Přesto se ale i v dnešní době najdou dívky, které mají děti v adolescentním věku.

Gravidita adolescentních dívek představuje vážný celospolečenský, medicínský a ošetrovatelský problém. Adolescentní matky často pochází ze slabších sociálních skupin a jejich nejvyšší dosažené vzdělání je pouze základní. Dost často tyto dívky končí ve výchovných ústavech i se svými dětmi. Označení „nezletilá matka“ není ani na počátku 21. století vnímáno společností pozitivně. A přitom v generaci našich rodičů bylo normální rodit děti okolo 18 let věku. Dnešní společností jsou tyto matky odsunuty na samé dno pomyslného společenského žebříčku. V praxi jsme se setkaly s řadou adolescentních matek, a ty nás přivedly na téma bakalářské práce.

V teoretické části se věnujeme vývojovému období člověka – ženy, a to hlavně rozdílu mezi těhotenstvím v adolescenci a v dospělosti. Zaměřujeme se zde na těhotenství adolescentních dívek, a to zejména na změny, kterými si během gravidity projdou. Jedná se o tělesné a psychické změny v období gravidity a šestinedělí.

Předmětem kvantitativního průzkumu bakalářské práce jsou adolescentní matky žijící ve výchovném ústavu (název neuvádím, respektuji přání ředitele ústavu, který s ohledem na ochranu osobních údajů nezletilých dívek i samotného ústavu toto nedoporučil) a dospělé matky z oddělení šestinedělí z nemocnice Valašské Meziříčí. Cílem práce je zjistit, zda jsou adolescentní matky schopné přijetí nové sociální role.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝVOJOVÉ OBDOBÍ

Vývojové období člověka představuje období od početí až do smrti. Během této doby se člověk vyvíjí nejen fyzicky, ale hlavně i psychicky.

1. 1 Adolescence

Adolescence pochází z latinského slova *adulesco*, což znamená dospívat. Jedná se o mezník, mezi dětstvím a dospělostí. Zahrnuje období od deseti až do dvaceti let života. Během tohoto období dochází k celkové změně osobnosti v oblastech somatických, psychických a sociálních.

Dospívání je samo o sobě speciální životní etapou. Představuje jakousi cestu životem, která má své typické znaky s typickým subjektivním i objektivním významem. Je to období hledání a přehodnocování, během nějž má člověk zvládnout svou proměnu, kdy na konci nalezne svou vlastní identitu (Vágnerová, 2005).

Dělení dospívání

Dospívání (adolescenci) dělíme na dvě období:

1. Raná adolescence označovaná jako pubescence zahrnuje věkové období od 11 do 15 let. V tomto období dochází k tělesnému dospívání a pohlavní zralosti. Mění se způsob myšlení. Dospívající jsou emočně labilnější, a to vlivem hormonů. Největším mezníkem v životě je ukončení školní docházky. Musí se rozhodnout, co chtějí v životě dál dělat a jakým směrem se vydají.
2. Pozdní adolescence zahrnuje věkové období od 15 do 20 let. Člověk pohlavně dozrává, s tím je spojen i první pohlavní styk a budování pevných partnerských

vztahů. V tomto období bývají lidé psychicky a sociálně variabilní. Nastává psychosociální proměna. Velkým mezníkem je ukončení profesní přípravy. Utváří se sociální identita a člověk dosahuje plnoletosti, osamostatňuje se. S výjimkou vysokoškoláků, kteří nejsou ekonomicky nezávislí a jejich role nemá status dospělého (Vágnerová, 2005).

Tělesné změny

Dochází k tělesné proměně pubescentů, která je velice významná. Mění se identita jedince tato změna je velmi silně prožívaná. Samotná tělesná změna může mít vliv na ztrátu sebejistoty jedince. Jedinec může být na svou změnu hrdý, ale zároveň se za svou proměnu může stydět. Když tělesná změna nastane v příliš raném věku, může dojít k tomu, že se s proměnou jedinec nedokáže vyrovnat. Proměna s sebou může přinášet spoustu nepříjemných okamžiků, u kterých si jedinec přeje, aby buď vymizely, nebo se alespoň zpomalily. Obecně je známo, že dívky dospívají rychleji a dříve než chlapci.

U dívek se tělesné změny projevují dříve než u chlapců. Na rozdíl od chlapců je na dívkách tělesná změna patrná více. U chlapců na první pohled dochází pouze k růstu a zesílení. Předčasně vyspělé dívky se setkávají s dosti nepříjemnými sexuálními narážkami od starších vrstevníků. Tyto tělesné změny třináctiletým děvčatům vadí. Opačné problémy nastávají u chlapců. Ti si naopak přejí předčasnou tělesnou vyzrálou, protože chlapci předčasně tělesně dospělí jsou u vrstevníků IN, a u spolužáků zaujmají vůdcovské místo. Naopak chlapec, který vyspívá pomaleji, je vrstevníky odsunut na společenské dno. Tito chlapci se stávají objekty šikany ze strany svých vyspělejších vrstevníků. To nevyspělé dívky jsou na tom o dost lépe. Sice se také setkávají s posměšky, ale ataky nejsou tak silné jako u chlapců. Hlavním důvodem je hormonální růst, který pomáhá k nárůstu agresivního chování (Vágnerová, 2005).

Vývoj sekundárních pohlavních znaků u děvčat

Vývoj se určuje podle Tannerových stádií. U děvčat nastává růst a vývoj prsou. Dále je to pak pubické ochlupení, které ovšem není na první pohled patrné.

a) Prs

- *Tanner I – zcela bez rozvoje prsní žlázy.*
- *Tanner II – žlázové těleso hmatné jen v rozsahu dvorce.*
- *Tanner III – rozsah žlázového tělesa přesahuje dvorec.*
- *Tanner IV – dvorec se vykluje nad niveau vlastního tělesa prsu, má bledou kůži a bradavka se neeriguje (prs může být značně velký, velikost není pro zařazení podstatná).*
- *Tanner V – hyperpigmentovaný prsní dvorec je v niveau prsu, jsou vyvinuty Montgomeryho žlázy, bradavka je erektilní.*

b) Pubické ochlupení

- *Tanner I – zcela bez ochlupení.*
- *Tanner II – ojedinělé chloupky.*
- *Tanner III – chlupy jen v tenkém klínovitém trojúhelníku na hrmě.*
- *Tanner IV – chlupy pokrývají prakticky celou hrmu, velké stydké pysky a překračují na horní části vnitřní plochy stehen, kraniálně končí rovnou ostrou hranicí.*
- *Při virilním ochlupení vybíhají chlupy z krajiny mons směrem k pupku (Čepický, et al., 2003, s. 35).*

1.2 Těhotenství v adolescentním věku

V ČR každý rok porodí okolo 2000 adolescentních dívek. Gravidita a potažmo mateřství adolescentních matek pod hranicí 15 let spadá v ČR do oblasti mravnostní kriminality a tyto gravidity jsou podle zákonů u nás posuzovány jako následky znásilnění, tedy trestného činu. Rodiček mladších 15 let je ale podle Českého

statistického úřadu málo. K roku 2009 porodilo 15 dívek mladších 15 let (Chrenková, 2010).

Pro úspěšné dovršení celé gravidity je velice důležitý zdravotní stav adolescentní matky. Dívka se mezi 15 až 19 lety nachází ve velice složitém vývojovém období. Nastává u nich řada hormonálních změn, které mnohdy vedou ke zdravotním komplikacím (Protivanská, 2006).

U adolescentních matek se objevují rizika anémie, vysokého krevního tlaku, porušení placenty, zánětu močových cest a hlavně může nastat dlouhý a těžký porod. Nebo naopak může dojít k předčasnému porodu. Tohle všechno má za následky nevhodný životní styl adolescentních dívek, které se i v těhotenství nehodlají vzdát svých zlovyků jako jsou kouření nebo užívání omamných látek.

Adolescentní matky se o svém těhotenství zpravidla dozvídají až ve druhém trimestru gravidity, kdy je už pozdě myslet na interrupci. Obecně platí, že náctileté matky na kontroly do prenatálních poraden chodí velice zřídka. Tento laxní přístup mladistvých matek vede k tomu, že se jejich děti dosti často rodí s nízkou porodní hmotností, která s sebou nese další rizika pro dítě. Děti bývají mentálně retardované nebo mají různé vrozené vývojové vady. V neposlední řadě může dojít k úmrtí plodu během porodu (Chrenková, 2010).

Většina adolescentních matek zůstane po porodu bez partnera. Málokdy jim vztahy vydrží. Buď je partner opustí ještě během těhotenství, nebo krátce po porodu. Objevují se i případy, kdy si dívka není jistá, kdo je vlastně otcem dítěte. Mladá maminka je tak odkázaná na pomoc své rodiny. Pokud jsou v rodině špatné vztahy, mnohdy tyto dívky končí ve výchovných ústavech, kde své děti vychovávají (Chrenková, 2010).

Zákon o rodině povoluje po schválení soudu uzavřít manželství osobám od 16 let věku. Po uzavření manželství zůstávají mladí manželé bydlet ve společné domácnosti s rodinou jednoho z manželů. Nejčastěji je to s rodinou dívky (Skasková, 2009).

Faktory vedoucí k těhotenství v období adolescence

Dívky v adolescentním věku vede k těhotenství nedostatečná stabilita rodiny, stresující životní události, kterými si dívka prošla. Patří sem úmrtí rodiče, rozvod rodičů. Dívka v těchto těžkých chvílích hledá oporu v přátelích či partnerovi. Mnohdy dívky otěhotní po sexuálním zneužívání v rodině nebo i mimo rodinu. Dalším faktorem,

který vede adolescentní dívku k otěhotnění, je mnohdy nízká úroveň vzdělání, chudoba a nedostatečná sexuální výchova na školách a výrazný věkový rozdíl mezi partnery (Kilíková, 2007).

Prenatální péče

Jak už jsme zmínili, většina adolescentních matek dochází do prenatálních poraden velice zřídka.

Prenatální vyšetření u adolescentních matek musí být podrobné. Je nutné věnovat pozornost sexuálním návykům, menstruačnímu cyklu a užívání antikoncepce. Cílem je předejít komplikacím, které by mohly ovlivnit zdravotní stav matky. Ke komplikacím, které se mohou objevit, patří nízká porodní hmotnost novorozence, vyšší riziko neonatálního úmrtí. U adolescentních matek je trojnásobné riziko předčasného porodu než u dospělých matek. Dále se může objevit anemický syndrom, ektopická gravidita, preeklampsie, některé dívky mohou být nositelkami sexuálně přenosných chorob.

1.3 Dospělost

Dospělost představuje životní mezník od 20 do 60 let. Během těchto 40 let dochází u člověka k osamostatnění se od rodiny, pohlavní dozrálosti, vytvoření vlastní identity, budování profesní kariéry, upevnění vztahů, založení vlastní rodiny. Dochází i k dalším fyzickým a psychickým změnám. Období dospělosti dělíme do tří etap, a to na období mladé dospělosti, období střední dospělosti a období starší dospělosti (Langmeier, 2006).

Etapy dospělosti:

A. Období mladé dospělosti

Představuje období mezi 20 až 40 lety života, i když začátek dospělosti není u nás jednoznačně vymezen. Člověk je v tomto období již právně zletilý a také právně způsobilý. Výraznou biologickou změnu v tomto období představuje u člověka sexuální vyzrálost. Začínají se utvářet pevnější partnerské vztahy. Pohlavní styk už pro dospělého člověka nepředstavuje jenom zábavu a potěšení,

ale už ho začíná vnímat i jako reprodukční složku. Hlavně díky touze po vlastních dětech, kterou začne pociťovat. Člověk si v období mladé dospělosti projde řadou životních mezníků. Čeká ho růst v oblasti profesního zařazení a také uzavření manželského svazku a založení rodiny, tím i nová sociální role, role rodičovská. Dochází k ustálení emocionálního prožívání a ke zlepšení schopnosti emocionální regulace (Vágnerová, 2007).

B. Období střední dospělosti

Životní mezník mezi 40 až 50 lety života člověka představuje vrchol jeho zralosti. Člověk v tomto období bilancuje svůj život, své úspěchy i neúspěchy. Zároveň je ale toto období pro řadu lidí takzvanou krizí středního věku, která mnohdy má za následek změnu partnerských vztahů. Toto období je velice emoční. Mohou se objevit pocity prázdnoty a depresí z nedosažení svých profesních cílů, popřípadě z rozpadu rodiny a podobně. Rodina v tomto období představuje pro člověka pocit jistoty a pocit sounáležitosti. Je hnacím motorem v oblasti profesní, kde by mělo dojít k vybudování a ustálení pevné pracovní pozice. V rodičovské roli dojde ke znovusblížení mezi rodiči a dětmi. Jejich vztah se tak znovu upevní. Děti si uvědomují, že jejich rodiče stárnou, a proto se snaží vztahy s rodiči urovnat (Vágnerová, 2007).

C. Období starší dospělosti

Je to období mezi 50 až 60 lety života člověka. Výrazným mezníkem v tomto období je dosažení 50. roku života. Od tohoto věku začíná člověk stárnout. Člověk je unavenější, má méně síly a je náchylnější k nemocem. Biologické a psychické změny v tomto období člověka příliš neomezují. U žen nastává menopauza a u mužů andropauza. Intimita u starších lidí se soustředí především na jistotu a na oporu v partnerovi. Upevňují se rodinné vztahy. Někdy se může objevit syndrom prázdného hnízda. Lidé se cítí osamělí a nedokážou se smířit s tím, že se děti odstěhovaly. Staří lidé bilancují, čeho v životě dosáhli a jaké měli úspěchy či neúspěchy. Radují se z rozrůstání rodiny, z vnoučat. Užívají si roli prarodičů. V profesní oblasti dosáhli svého cíle a odcházejí do důchodu (Vágnerová, 2007).

2 TĚLESNÉ ZMĚNY V PRŮBĚHU GRAVIDITY A ŠESTINEDĚLÍ

Těhotenství je velký a velice významný mezník v životě každé ženy. V tomto období si žena projde řadou hormonálních bouří již od počátku gravidity. Ženy jsou psychicky labilnější a mívají sklony k depresím. Během těhotenství se mění postava ženy. Přibývá výrazně na váze oproti období před graviditou. Kůže je pigmentovaná a u některých žen se můžou na břichu a v okolí prsou či stehen objevit nehezské strie. Ženy si připadají v těhotenství nehezské a nepřítažlivé pro své protějšky. Pro mnoho párů je těchto 9 měsíců očekávání zkouškou nervů a trpělivosti (hlavně ze strany partnerů). Jak už bylo řečeno, ženy jsou labilnější a také úzkostlivější. Bojí se o zdraví svých plodů, mají strach z porodu a také z toho, co nastane, až dítě porodí a jak se vyrovnají s rolí rodičů (Chromý, et al., 2005).

2. 1 Fyziologické změny během gravidity

Gravidita klade na tělo zvýšené nároky od samého počátku. Na těle vznikají změny, které označujeme jako fyziologické. Po porodu plodu tyto změny vymizí. Pro období gravidity je příznačný růst, prosáknutí a větší roztažitelnost tkání, a to hlavně u rodidel zevních a vnitřních. U některých žen se vyskytuje hypertrichóza. Objevuje se retence tekutin v intracelulárních prostorech a mění se vzhled obličeje, prosáknutí chrupavek a vazů. Kvůli tomu dochází k uvolnění pánevních spojů. Dochází ke snížení napětí dráždivosti hladké svaloviny dělohy, zažívacího a uropoetického traktu. Vlivem růstu a roztažitelnosti kůže se objevují trhlinky, známé jako strie gravidarum v oblasti prsou a na bříše. K těmto změnám dochází vlivem hypofyzárních a placentárních hormonů. Fyziologické změny postihují téměř všechny orgány těhotné ženy (Kudela, et al., 2004).

2.1.1 Změny reprodukčního systému

Děloha – Uterus, Hystera

Jedná se o dutý, silnostěnný svalový orgán, který je uložený v malé pánvi mezi močovým měchýřem a konečníkem. Děloha dospělé ženy má tvar předozadně oploštělé hrušky. Děloha se dělí na dvě části na corpus uteri – tělo děložní a na cervix uteri – hrdlo děložní. Tělo děložní a hrdlo děložní je spojeno mezi sebou spojovacím úsekem – isthmus uteri. Tento spojovací úsek je mimo období gravidity úzký a bez funkčního významu. V graviditě má velký význam, postupně se přeměňuje v dolní děložní segment.

Děloha má 15 milimetrů silnou stěnu, která se skládá ze tří vrstev. Tělo děložní je tvořeno endometriem, které je hladké a má šedorůžovou barvu. Endometrium je na povrchu kryto jednovrstvým cylindrickým epitelem. Součástí endometria jsou tubulózní žlázy – glandulae uterinae, které se rozprostírají až do děložní svaloviny – myometria. Endometrium má dvě vrstvy a to stratum basale, která srůstá s myometriem, je stabilní a při menstruačním cyklu se neodlučuje. Druhou vrstvou je stratum functionale, která je na povrchu a prodělává cyklické změny, tato vrstva prodělává hormonální změny, známé jako endometriální cyklus. Nejsilnější vrstvou je střední vrstva, která je složená z hladké svaloviny nazývaná myometrium. Poslední vrstvou je perimetrium, které pokrývá povrch dělohy (Rob, et al., 2008).

Vlivem hormonálních změn a rostoucího plodového vejce dochází v graviditě k překrvení, změně konzistence (měkká, prosáklá, chabý tonus), změně barvy (modrofialové zbarvení) těhotné dělohy a následné změně uložení v malé pánvi a později v dutině děložní. Na konci gravidity má těhotná děloha 1000 g. Stěna dělohy má na konci gravidity 0,5 – 1 cm. Děloha má na konci těhotenství polohu v dextroverzi a dextrotorzi. Tím brání vyklenutí bederní páteře a promontoria. Uložení dělohy na konci těhotenství určuje postavení plodu v děloze a jeho vztah k pánevnímu vchodu, ale ve většině případů je děloha na konci těhotenství v dextroverzitorzi (Roztočil, et al., 2001).

Hrdlo děložní – Cervix uteri

Tvar hrdla děložního neboli cervic uteri je mimo graviditu válcovitý. Dělíme ho na portio supravaginalis a portio vaginalis – čípek děložní. Toto dělení je na základě úponu pochvy. Portio vaginalis neboli čípek děložní je tvořen předním a zadním pyskem, které mají mezi sebou zevní branku děložní – ostium uteri. Na konci branky se nachází kanál hrdla, který je spojkou mezi pochvou a dutinou děložní. Děti a dospívající ženy mají zevní branku tvarem příčné štěrbině. U dospělých žen a nulipar (nerodících žen) má zevní branka důlkovitý tvar. U žen, které již rodily, má zevní branka tvar příčné štěrbině (Rob, et al., 2008).

Pochva – Vagina, Kolpos

Známá jako kopulační orgán. Pochva slouží k odvodu menstruační krve a také jako odvodná pohlavní cesta. Tvar pochvy je předozadně oploštělá trubice. Pochva se svým kraniálním koncem napojuje na děložní hrdlo. Svým kaudálním koncem se otevírá navenek jako ostium vaginae mezi labia minora do vestibulum vaginae. Díky poševním klenbám se upíná na děložní hrdlo. Pochva má tři klenby a to zadní – fornix vaginae posterior, přední klenbu – fornix vaginae anterior a postranní klenby – partes laterales fornicis vaginae (Rob, et al., 2008).

Zevní rodidla – Vulva, Cunnus, Pudendum femininum externum

Jsou tvořena ze stydkého pahorku – hrma, mons veneris, velkých a malých stydkých pysků – labia majora pudendi, labia minora pudendi, poševní klípek - clitoris, poševního vchodu – vestibulum vaginæ, panenské blány - hymen, bulbi vestibuli, bartholinské žlázy a hráze - perineum. V poševní předsíni se nachází vyústění močové trubice (Rob, et al., 2008).

Prsa – Mamma, Mastos

Párový orgán uložený na přední stěně hrudníku. Prsa mají světlou a tenkou kůži, na které se mohou objevit prosvítající podkožní žilky. V prsou jsou uloženy mléčné

žlázy – glandula mammae, které jsou z obou stran obklopeny tukovým vazivem. Podle Tannera se hodnotí vývoj prsou v pubertě. Prsa dospělé ženy mohou mít plochý tvar, polokulovitý a hruškovitý tvar. S postupem roků prsa ochabují a dochází v nich k mizení tuku a inovulaci mléčné žlázy. Prs dělíme na čtyři kvadranty, centrální část a mamiloareolární komplex. V horním a zevním kvadrantu nacházíme žlázy, které vedou až do axily (Rob, et al., 2008).

Prsa se během celé gravidity postupně mění. Připravují se na laktaci. Už na začátku gravidity žena pociťuje napětí prsou, všímá si jejich nápadného zvětšení a větší citlivosti bradavek. Hormony progesteron a estrogen způsobují hypertrofii alveolů mléčné žlázy. Prsní bradavky se zvětšují, dvorce jsou pigmentované. Ke konci gravidity v prsou houstne kolostrum - nažloutlá tekutina (Roztočil, et al., 2001).

2.1.2 Systémové orgánové změny

Změny kardiovaskulárního systému

Srdce se během gravidity mírně zvětšuje a může se vytvořit i systolický šelest. Uložení srdce v graviditě je kraniálně doleva díky vysokému stavu bránice. Mechanické a hemodynamické faktory ovlivňují krevní oběh těhotné ženy. Rozšíření periferního objemu je způsobeno vlivem růstu zvětšené a překrvené dělohy, přibrání na váze, objemu rostoucího plodového vejce. Během těhotenství se mohou u žen vytvořit varixy a otoky dolních končetin, a to kvůli zpomalenému krevnímu návratu z dolních končetin. Zvětšuje se minutový srdeční objem z původních 4,5 l na 6 l až do 32. týdne gravidity, kdy objem postupně začíná klesat. Toto zvětšení je zapříčiněno zrychlením srdeční frekvence a zvětšením systolického objemu srdce (Kudela, et al., 2004).

Změny krevního tlaku

V průběhu gravidity dochází ke změnám krevního tlaku. Do konce prvního trimestru nejsou změny tak patrné. Ve druhém trimestru se může objevit u žen hypotenze. Na konci gravidity se tlak ustálí a vrací se do normálu. Hodnocení krevního tlaku v graviditě je mnohem přísnější než u netěhotných žen. Zvýšení krevního tlaku

nad hodnotu 135/85, tedy zvýšení o více než 30/15 torr, je označováno jako hypertenze. Pokud se tato hodnota naměří opakovaně u gravidní ženy, je přeřazena do skupiny rizikového těhotenství a péče o ní je specializovanější než o ženu s fyziologickým průběhem gravidity (Čepický, et al., 2003).

Změny uropoetického systému

Působením progesteronů a estrogenů se mění ledviny, uretra a močový měchýř. Močový měchýř se dilatuje. Vytváří se fyziologická hydronefróza. Zvětšením renálního vaskulárního objemu se zvětšují renální pánvičky. Tlakem těhotné dělohy na močový měchýř se objevuje stáza moči a vesikoureterální reflux. Gravidita je spojená s častější frekvencí mikce zejména v prvním trimestru těhotenství. Ve druhém trimestru gravidity, kdy je děloha vytažená se frekvence mikce ustálí, a posléze se vrací do normálu. Na konci gravidity se naopak začne opět frekvence mikce zvětšovat kvůli tlaku naléhajících částí plodu na močový měchýř při sestupu do malé pánve. Kapacita močového měchýře je v graviditě 1000–1500 ml, protože tonus močového měchýře je snížen (Roztočil, et al., 2001).

Změny pohybového aparátu:

U gravidních žen nastává bederní hyperlordóza vlivem tahu těhotné dělohy. U krční a hrudní páteře se vytváří kyfóza. Nastává uvolnění kloubů a vazů. Tím vzniká pro těhotenství charakteristická kachní chůze (Kudela, et al., 2004).

2.2 Fyziologické změny v období šestinedělí

Šestinedělí je období šesti týdnů po porodu, kdy mizí anatomické a fyziologické změny. Je to návrat organismu ke stavu před těhotenstvím. Šestinedělí se dělí na časně (trvá sedm dní) a pozdní (nástup osmý den po porodu a trvá 42 dní). Dochází k hojení porodních poranění (episiotomie, laparotomie, ruptur čípku, pochvy a peritonea). Poranění se hojí buď per prima intentionem nebo per secundam. Per secundam bývá doprovázeno patologickými stavy, jako například hnisáním porodního poranění, infekcí nebo dehiscencí.

Regenerace endometria trvá 3 až 6 týdnů, během kterých odchází očistky neboli lochie. Jedná se o krevní sraženinu nebo krev, nekrotické cary deciduy, tkáňového moku, sekretu čípku, pochvy a vulvy. Očistky neboly lochie dělíme do 4 skupin.

- a) Lochia rubra 0. – 3. den (krvavý výtok - jako menstruace)
- b) Lochia fusca 4. – 7. den (nahnědlý až růžový výtok)
- c) Lochia alba 7. – 14. den (bílý nebo žlutobílý výtok)
- d) Lochia mucosa od 3. týdne (hlenový výtok)

Involuční změny

Dochází k retrakci dělohy. Na konci těhotenství má děloha hmotnost 1000 g a na konci šestinedělí má děloha 80 g. Po porodu sahá děložní fundus k pupku a každý den klesá o prst níž. Až 10. den po porodu je děložní fundus za sponou stydkou. Hrdlo děložní je po porodu ochablé, tenkostěnné, lacerované. Koncem 1. týdne šestinedělí je prostupné pro prst – 1 cm. Na konci 2. týdne šestinedělí je délka hrdla děložního 4 cm. Po šestinedělí je hrdlo děložní cylindrické, má tvar příčné štěrbin. Pochva se za tři týdny po porodu vrací do normálního stavu.

Hormonální změny

Nastává rychlý pokles placentárních hormonů (placentární laktogen, choriový gonadotropin). Pokles estrogenů a progesteronů.

Laktace

Komplexnější děj, jehož výsledkem je sekrece mléka. Spouštěčem laktace je snížení estrogenů a progesteronů v těle matky. Intenzita laktace závisí na prolaktinu a oxytocinu. Mlezivo se u matek vyskytuje 0. až 3. den po porodu. Obsahuje více bílkovin (globulinů) – IgA, více minerálů, méně tuků a cukrů, má projímavý efekt. Mateřské mléko je nejdokonalejší, má optimální složení, výživovou hodnotu, teplotu a je vždy k dispozici. Unikátní mléčné proteiny kasein, laktalbumin, laktoglobulin, laktóza, vitamín – K.

3 PSYCHICKÉ ZMĚNY ADOLESCENTNÍ MATKY V PRŮBĚHU GRAVIDITY A V ŠESTINEDĚLÍ

Období devíti měsíců těhotenství představuje pro ženu velikou psychickou zátěž. Vlivem hormonů jsou ženy v graviditě přecitlivělé, plačtivé a náladové. Aby gravidita proběhla klidně a bez větších psychických traumat, je zásadní, jak ji samotná žena přijme. Pokud je těhotenství nechtěné a odmítané, podepisuje se to na psychickém stavu ženy po celou dobu gravidity. Týká se to hlavně mladistvých matek, které mnohdy těhotenství odmítají, anebo je na ně ze strany rodiny vyvíjen nátlak, aby svou graviditu ukončily. Ženy, které své těhotenství přijmou kladně a na miminko se těší, bývají ve větší psychické pohodě po celou dobu gravidity.

Po porodu dochází v těle matek k rychlému poklesu hormonů, které ovlivňují psychiku žen. U některých matek se můžou objevit poporodní psychózy, které mnohdy souvisejí s poklesem hormonů a někdy také s tím, jak byla právě gravidita a potažmo celé těhotenství prožíváno (Ratislavová, 2008).

3.1 Psychické změny v graviditě

V období prvního trimestru se žena zajímá jen sama o sebe. Pozoruje, jak se její tělo mění a jak jsou na ní patrné známky gravidity. Smiřuje se postupně s faktem, že v ní roste nový život, který úplně změní její a partnerův dosavadní styl života. Toto období je označováno za období nejistoty, kdy žena často tíhne ke své matce, ve které cítí oporu a pomoc. Zvláště u adolescentních matek je první trimestr těhotenství doprovázen stresem, studem před okolím a strachem z odhalení pravdy před rodinou. Pro mladistvou matku je v tomto období velice důležitá podpora právě ze strany rodiny. Opора v rodině nebo v partnerovi pomáhá mladistvé matce vyrovnat se s novou, neočekávanou situací, která jí zásadně změní život.

Druhý trimestr, kdy žena cítí zřetelně pohyby plodu v břiše, bývá obdobím štěstí a dobré nálady. Ženy jsou veselé, dobře naladěné. Uvědomují si existenci plodu v děloze. Začínají s břichem komunikovat, hladit ho, těší se na narození plodu. Roste fyzická výkonnost, zintenzivňují emoční prožitky. V tomto období ženy často konzultují svůj stav se svou matkou nebo kamarádkou. U adolescentních matek ve

druhém trimestru mnohdy nastává zvrát v partnerském vztahu. Obavy v souvislosti s porodem a následnou péčí o dítě mnohdy vedou k rozpadu vztahu s partnerem. Pokud tato situace nastane, je opět důležitá podpora ze strany rodiny.

Ve třetím trimestru žena zpravidla kupuje vybavičku pro miminko, zařizuje pokojíček a připravuje se na porod. Je dobře, že se žena začíná připravovat a zařizovat na miminko. Pokud by tato fáze chyběla, může se jednat o závažnou psychickou poruchu. Celkově je toto období pro ženu velice emoční. Žena je unavená, má nedostatek spánku, připadá si kvůli rostoucímu břichu nemotorná a nepřítažlivá pro svého partnera. Těch 9 měsíců gravidity jí přijdou nekonečné, těší se na okamžik, až dítě přivede na svět. Zároveň se některé ženy mohou porodu a období po porodu obávat. Nedokážou si představit, jak budou zvládat novou roli rodičů. Tyto stavy mohou končit až úzkostným strachem o svůj život a strachem ze smrti. V těchto chvílích je velice důležité mít pevné rodinné zázemí a oporu v rodině a hlavně v partnerovi. Ženy potřebují zvýšenou pozornost, mívají obavy a trpí pocit odmítnutí (Ratislavová, 2008).

3.2 Psychické změny v šestinedělí

Rychlý hormonální pokles, který nastává v šestinedělí, s sebou přináší stavy úzkosti, smutku, tenze a plačtivosti, pocity nedostatečnosti, náladovosti. Tyto příznaky vedou k diagnóze známé jako poporodní blues. Vyskytuje se zhruba třetí den po porodu a většinou mizí desátý den po porodu. Průběh poporodního blues nijak nesouvisí ať už s náročností porodu, nebo s podáním medikace za nebo po porodu. Poporodní blues postihuje přibližně 80 % žen. Tyto ženy si během prvních dnů či měsíců projdou určitým stupněm deprese či plačtivosti. Jedná se ale o přirozenou reakci organismu matky. Doporučuje se psychická podpora, hlavně ze strany partnera. Typickým příznakem poporodní deprese je nenávisť vůči vlastnímu dítěti. Tyto ženy nejsou schopny své narozené dítě milovat. Mnohé ženy jsou dokonce schopny v těchto stavech deprese své dítě i zabít nebo spáchat sebevraždu. U depresivních žen dochází velice často k zástavě laktace, protože přestávají kojit své dítě. Tyto ženy potřebují odbornou pomoc psychoterapeutů (Chromý, et al., 2005).

4 FÁZE PORODU

Porod rozdělujeme celkem na čtyři doby. První dobu porodní nazýváme otevírací. Druhá doba porodní je nazvaná vypuzovací. Třetí doba porodní je známá jako porod lůžka. Poslední dobou porodní je takzvaná čtvrtá doba porodní, která zahrnuje dvě hodiny po porodu, během kterých žena zůstává ležet na porodním sále.

4.1 První doba porodní – otevírací

První doba porodní, kterou začíná samotný porod, patří k nejdelším dobám ze všech čtyř dob porodních. Začíná pravidelnou děložní činností, která má dilatační účinek. U primipar trvá první doba porodní 8 až 12 hodin. U multipar trvá první doba porodní přibližně 4 až 8 hodin. Během této doby dochází k otevírání děložní branky. Otevírání děložní branky se u primipar a multipar liší. U primipar nejprve dojde ke zkrácení děložního čípku, čímž se přiblíží vnitřní branka k zevní brance. Po zániku cervixu dojde k otevření děložní branky. K otevření děložní branky dochází za působení kontrakcí. Děložní branka se postupně dilataje, až má nakonec průměr 8 centimetrů. Pokračuje fáze lem, po které dojde k zániku děložní branky. Po zániku branky jsou měkké cesty porodní otevřené a připravené k porodu. U multipar se cervix děložní zkracuje zároveň s otevíráním branky děložní (Čech, et al., 2006).

4.2 Druhá doba porodní – vypuzovací

Druhá doba porodní začíná zánikem branky děložní a končí porodem plodu. Děložní stahy během druhé doby porodní narůstají na intenzitě a žena je pociťuje častěji než v první době porodní. Druhá doba porodní trvá u prvorodiček obvykle zhruba jednu hodinu, u vícero diček je to kolem 20 až 30 minut. Žena při zániku branky může pociťovat nauzeu a může i zvracet. Rovněž pociťuje nutivý tlak na konečník, který ji nutí k tlačení a tím i zapojení břišního lisu. Žena se během druhé doby porodní snaží zvolit polohu, která je jí nejpohodlnější (Pařízek, 2005).

Dříve než může žena začít aktivně tlačit, musí hlavička plodu projít takzvaným porodním mechanismem. Hlavička vstoupí do porodních cest nejčastěji z levé strany a to záhlavím. Jedná se o postavení levé přední, kdy hlavička udělá iniciální flexi a vedoucím bodem se stává malá fontanela. Hlavička sestupuje pánevní šíří až na pánevní dno do roviny pánevní úžiny. Hlavička mezi pánevní šíří a pánevním východem provede vnitřní rotaci, během které se spolu se záhlavím a malou fontanelou dostane pod sponu stydkou. Následuje deflexe hlavičky. Hlavička následně projde pánevním východem. V těchto místech dochází občas na hlavičce k vytvoření porodního nádoru. Hlavička se prořezává a dochází k napínání hráze. Jakmile dojde k porodu záhlaví, hlavička se zakloní a dojde k porodu čela a obličeje. Po porodu hlavičky dojde k zevní rotaci, během které se hlavička stočí na stranu zatím neporozeného hřbetu plodu. Následuje porod ramének. Přední raménko se rodí po úpon deltového svalu, následuje porod zadního raménka. Zbytek plodu se již rodí bez zvláštního mechanismu (Čech, et al., 2006).

4.3 Třetí doba porodní – porod lůžka

Třetí doba porodní začíná porodem plodu a končí vypuzením placenty. Děloha se retrahuje, zmenšuje se, fundus děložní je hmatný 2 až 3 cm pod pupeční jizvou. Následují nebolestivé kontrakce, během kterých dojde k odloučení placenty od stěny děložní a placenta klesne do pochvy. Z rodidel vystoupí pupečník. Placenta se rodí třemi způsoby. První a zároveň nejčastější způsob je, že se placenta rodí středem a za ní se rodí blány. Tímto způsobem nedochází k většímu krvácení. Tento druh se jmenuje Baudelocque Schulze. Druhý mechanismus je dle Duncana – nejprve se objeví okraj placenty, který je doprovázen krvácením. Placenta se rodí hranou. Posledním mechanismem je porod placenty podle Gessnera. Jedná se o kombinaci obou předchozích mechanismů. Placenta se nejprve rodí hranou a poté středem. Po porodu placenty si všimáme porodních poranění. Zvláště poranění ruptur perinea. Poranění dělíme do tří stupňů. V prvním stupni dochází k porušení kůže a podkožního vaziva. Ve druhém stupni dochází k porušení i svalstva hráze. U třetího stupně dochází k inkompletním nebo kompletním rupturám, během kterých je poškozen svěrač řitní, nebo může dojít k poruše svěrače i s porušením stěny rekta.

Na závěr lékař prohlédne v gynekologických zrcadlech cervix uteri a zkontroluje eventuální poranění pochvy. Čípek se musí pečlivě zkontrolovat a ošetřit případné ruptury (Čech, et al. 2006).

4.4 Čtvrtá doba porodní

Představuje dvě hodiny intenzivního sledování po porodu placenty. Během této doby žena leží na porodním sále. Ženě se měří fyziologické funkce a kontroluje se případné krvácení z náhlé vzniklé děložní hypotonie. Sledujeme riziko možného krvácení z rodidel, celkový stav rodičky a výšky děložního fundu. Při případném krvácení do dutiny děložní se fundus děložní vytahuje nahoru. Po dvou hodinách od porodu je rodička předána na oddělení šestinedělí (Čech, et al., 2006).

5 INTERRUPCE

Hippokratova přísaha říká: *Ani prosbami se nedám přinutit k podání smrtícího léku, ani sám k tomu nikdy nedám podnět. Žádné ženě nepodám prostředek k vypuzení plodu. Svůj život a své umění budu vždy chránit v čistotě a udržením je bez jakékoli viny*“ (Ondriová, et al., 2012, s. 38).

Slovo interrupce pochází z latinského slova *interruptio graviditatis* a znamená vypuzení, odstranění vitálního plodového vejce z dutiny děložní (Rob, et al., 2008). Ročně podstoupí interrupci až 46 miliónu žen na celém světě, což představuje 35 ukončených těhotenství na 1000 žen ročně. Interrupce má řadu svých zastánců, ale také řadu svých odpůrců hlavně z řad věřících lidí, kteří interrupci považují za vraždu. Už řadu let vedou tyto dvě skupiny mezi sebou boj o to, zda je plod v děloze plodem lidské bytosti a zda má tedy stejná práva na život jako člověk. Nemohou se shodnout na tom, od jakého stádia vývoje plodu mohou mluvit o plodu jako o lidské bytosti s právem na život (Ondriová, 2012).

Řada embryologů se v posledních letech přimlouvá za to, aby se do těchto diskuzí připojil vliv vývoje funkce šedé kůry mozkové. Činnost šedé kůry mozkové totiž podle embryologů nejvíce odlišuje člověka od ostatních živých bytostí. (Pekárková, et al., 2000).

V Československu byla interrupce povolena od roku 1957 od počátku do ukončení třetího měsíce těhotenství. Ženy musely podávat žádost před interrupční komisi, která buď žádosti vyhověla a interrupci povolila, nebo ji zamítla. V roce 1986 byly interrupční komise zrušeny a interrupce byla zařazena do právního řádu pod vyhlášku ministerstva zdravotnictví ČSR zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, ve znění vyhlášky č. 467/1992 Sb. Tento zákon povoluje umělé ukončení těhotenství na žádost ženy a také ze zdravotních důvodů, a to jak s ohledem na ženu, tak také na vyvíjející se plod. Interrupce na žádost ženy je hrazená finančně (Ratislavová, 2008).

Interrupce je u nás povolena do ukončeného 12. týdne těhotenství na žádost ženy. Ze zdravotních důvodů, které se týkají buď matky nebo plodu, je interrupce povolena do 24. týdne těhotenství. Dívky do 16 let věku a ženy zbavené právní způsobilosti musí mít souhlas zákonného zástupce. Ženy od 16 do 18 let mohou podstoupit interrupci na

vlastní žádost, ale lékař je povinen o provedeném zákroku informovat rodiče nebo zákonné zástupce (Rob, et al., 2008).

5.1 Miniinterrupce

Miniinterrupce představuje ukončení těhotenství před 8. týdnem těhotenství. Od prvního dne poslední menstruace se počítá délka těhotenství. Pro provedení zákroku je nutné provést vizualizaci nitroděložního váčku v děloze pomocí UZ vyšetření. Čím nižší je týden gravidity při prováděném zákroku, tím je zákrok pro ženu bezpečnější. Samotný zákrok se provádí ambulantně v analgezii nebo v celkové anestézii za pomoci dilatace děložního hrdla a aspirační kyrety z plastu o různém průměru. Nakonec se provede revize dutiny děložní za pomoci malé kyrety. Obsah z dutiny děložní je odeslán na histologické vyšetření. Žena po výkonu zůstává zhruba dvě hodiny ležet na lůžku. Pokud nejsou výrazné komplikace, je po dvou hodinách od zákroku propuštěná domů. 14 dnů po výkonu se doporučuje provést kontrolní vyšetření, při kterém je nutné se soustředit na vyloučení extrauterinní gravidity.

5.2 Ukončení těhotenství starší 8. týdne gravidity

Žena podstupující tento zákrok musí být hospitalizovaná na oddělení. Zákrok se provádí buď za pomoci vakuumaspirace a kyretou nebo, dojde k vybavení plodu za pomoci klasických potratových kleští s následnou revizí dutiny děložní. Nejpozději 72 hodin po provedeném výkonu se ženám, které jsou Rh negativní, aplikuje imunoglobulin anti Rh k zabránění Rh izoimunizaci (Rob, et al., 2008).

6 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE PRO MLADISTVÉ MATKY

„Gratulujeme, jste těhotná“. Tato věta, která zaznívá z úst gynekologů, probouzí u žen pocity štěstí a nepopsatelné radosti. Jenže tato věta v adolescentních dívkách pocity štěstí a euforie rozhodně nevyvolává. Pro ně je tato zpráva něčím, co jím absolutně od základů změní jejich dosavadní život. Samy sobě si začnou klást otázky. Jak jen to řeknu doma? Jak se s tím smíří přítel, neopustí nás? Jak se mám vzdát svých snů a plánů? Jak finančně zabezpečím své dítě? A mnoho dalších otázek. V této chvíli záleží zcela na dívce, jak se vnitřně rozhodne. Zda podstoupí interrupci, nebo zda své dítě vychová. Anebo zda dítě odloží do babyboxu.

Ve 21. století si široká veřejnost myslí, že adolescentní matky musí nutně pocházet ze sociálně slabších rodin. Ve skutečnosti tomu ale tak nemusí vždy být. Adolescentní matkou se může stát i slušně vychovaná dívka z plně funkční rodiny. Mladistvá matka, kterou rodina zavrhne a přítel jí opustí, zůstane na péči o dítě sama a je odkázaná na pomoc různých organizací, jako jsou poradny pro ženy a dívky, azylové domy a v neposlední řadě i výchovné ústavy, do kterých jsou mladistvé matky umístěny na základě soudního rozhodnutí.

Po finanční stránce je mladistvá matka odkázaná na pomoc rodiny či partnera. Pokud je ale partner ve stejném věku, jako dívka, je dosti často bez práce. V takovém případě je dívka závislá na sociálních dávkách, nebo na pomoci různých organizací a center pro mladistvé matky a ženy v tísní (Chrenková, 2010).

6.1 Babybox

Zakladatelem babyboxu v ČR je pan Ludvík Hess. Hlavním cílem, proč byly babyboxy zřízeny, je zabránění zabíjení novorozenců, o které se jejich matky ať už z finančních nebo jinak tíživých důvodů nemohou postarat a vražda by pro ně byla jediným východiskem. V současné době je na území ČR 55 babyboxů a do dnešního dne tam bylo vloženo již 81 dětí. Tyto děti dostaly šanci na život. Šanci dostat novou rodinu.

První babybox byl v ČR otevřen 1. 6. 2005 v GynCentru Hloubětín. Do dnešního dne tam bylo odloženo již 17 dětí. Prozatím poslední babybox byl otevřený 21. 3. 2013 v Nemocnici Vyškov.

Babyboxy mají řadu svých příznivců, ale také řadu odpůrců. Podle odpůrců jsou děti v babyboxech dětmi bez identity, bez minulosti. Odpůrci zastávají názor, že je lepší dát dítě k adopci klasickou cestou a ne je dát do babyboxu. O dětech daných normální cestou k adopci se zjišťuje rodinná anamnéza. Zatímco o dětech odložených v babyboxech se tyto informace nevědí (Vaníčková, 2011).

6.2 Výchovné ústavy

Výchovné ústavy patří mezi školská zařízení, která zajišťují preventivně výchovnou činnost. Hlavním cílem výchovných ústavů je předcházet vzniku a rozvoji negativních projevů v chování u dětí a dospívajících. Výchovné ústavy se starají o zdravý vývoj a řádnou výchovu ke vzdělání.

Jsou zde umístěny děti mezi 15 a 18 lety věku s poruchou chování. Dříve než je dítě umístěno do výchovného ústavu, projde řadou psychologických testů a psychologickým vyšetřením. Vyšetření trvá až 8 týdnů (Pilař, J, 2004).

Výchovné ústavy poskytují mladistvým výchovnou péči, kterou by jim měli poskytovat rodiče. Dětem hradí volnočasové aktivity, oblečení, obuv, učební pomůcky, ubytování a stravu.

Mladiství jsou v ústavech povinni dodržovat vnitřní řád, pokyny bezpečnosti a ochrany zdraví. V případě útěku ze zařízení jsou povinni zaplatit náklady, které byly vynaloženy na jejich návrat (zákon č. 109/2002 Sb. O výkonu ústavní výchovy nebo

ochranné výchovny ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních o změně dalších zákonů).

Mladé maminky se do výchovných ústavů dostávají na základě ustanovení ochranné či ústavní výchovy (Holomek, 2003).

Práva a povinnosti mladistvého ve výchovném ústavu nebo jiném školském zařízení jsou určena v §20 zákona č. 109/2002 Sb.56 Mezi práva patří například:

- zajišťování všech forem výše zmiňovaného zaopatření dítěte
- respektování jeho lidské důstojnosti
- přednostní umístění do stejného zařízení se svými sourozenci
- dostatečné podmínky pro vzdělání a pracovní přípravu
- na svobodu náboženství
- znát svá práva a povinnosti
- účastnit se všech činností zařízení s výjimkou těch, která by byla v rozporu s omezeními uloženými zákonem
- umožnění kontaktu (písemného i formou osobního rozhovoru) prostřednictvím pracovníků zařízení s příslušnými státními orgány
- vyjádřit se k opatřením, která se ho týkají
- udržovat kontakt s osobami odpovědnými za výchovu formou korespondence, telefonických hovorů a osobních návštěv

Mladistvý musí v zařízení dodržovat jisté zásady a plnit své povinnosti.

- dodržovat vnitřní řád, předpisy a pokyny bezpečnosti a ochrany zdraví, se kterými byl náležitě seznámen
- v případě útěku ze zařízení uhradit náklady na jeho přepravu zpět do zařízení
- na výzvu ředitele předložit k dispozici doklady o svých příjmech
- odevzdat na výzvu ředitele předměty, kterými by mohl narušovat bezpečnost zařízení po dobu svého pobytu (Zákon č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů).

EMPIRICKÁ ČÁST

7.1 Průzkumný problém

Přijetí nové sociální role adolescentní matkou.

Cíl práce

Cílem průzkumného šetření je zjistit, zda je adolescentní matka schopná zvládnout novou sociální roli.

Vedlejší cíle

1. Zjistit, zda adolescentní matky dokážou vychovat své dítě bez pomoci (rodiče, partnera).
2. Zjistit sociální zabezpečení adolescentních matek.

Průzkumné otázky:

Průzkumná otázka 1.

Domníváme se, že těhotenství dospělých matek bylo častěji plánované, než těhotenství adolescentních matek.

Průzkumná otázka 2.

Domníváme se, že adolescentní matky častěji využívají pomoc rodiny, než dospělé matky.

Průzkumná otázka 3.

Domníváme se, že adolescentní matka častěji pečuje o dítě sama bez partnera, než dospělá matka.

Průzkumná otázka 4.

Domníváme se, že adolescentní matky častěji žijí v centrech pro matky s dětmi než dospělé matky.

Průzkumná otázka 5.

Domníváme se, že adolescentní matky nejsou schopny finančně plně zabezpečit dítě bez pomoci blízkého okolí.

Průzkumné tvrzení

Domníváme se, že většina adolescentních matek žije se svým dítětem ve výchovných ústavech.

7.2 Metodika průzkumu

Metodika průzkumu je nestandardizovaná, kvantitativní. K získávání informací jsme zvolili jako průzkumnou metodu dotazník vlastní konstrukce. Časový plán průzkumu byl stanoven na období od 12. 12. 2012 – 17. 2. 2013.

Průzkumný vzorek

Průzkumný vzorec tvořily adolescentní matky (dívky do 18 let věku) žijící ve Výchovném ústavu (název zařízení neuvádím, respektuji přání ředitele ústavu, který nechtěl uvádět název ústavu kvůli ochraně osobních údajů nezletilých dívek i samotného ústavu) a dospělé matky z oddělení šestinedělí ve Valašském Meziříčí.

Technika dotazníku

Dotazník obsahoval 18 položek. Všechny 18 otázek bylo uzavřených. Respondentky mohly vybrat pouze jednu možnost a označit vhodnou odpověď.

Dotazníků bylo rozdáno 60 a návratnost byla 100 %.

Výsledky jsou zpracovány metodou jednostupňového třídění do tabulek, grafů a komentářů.

K průzkumné otázce 1 se vztahovaly položky 2, 3 a 4. K potvrzení nebo vyvrácení průzkumné otázky číslo 2 jsme použili položky 5, 11 a 16. Ke zhodnocení průzkumné otázky číslo 3 jsme využili položky 8, 9 a 10. Průzkumnou otázku číslo 4 jsme ověřovali položkami 12, 13 a 14 a průzkumnou otázku číslo 5 jsme ověřovali položkou 17. Otázky 1, 2 a 15 jsou obecné.

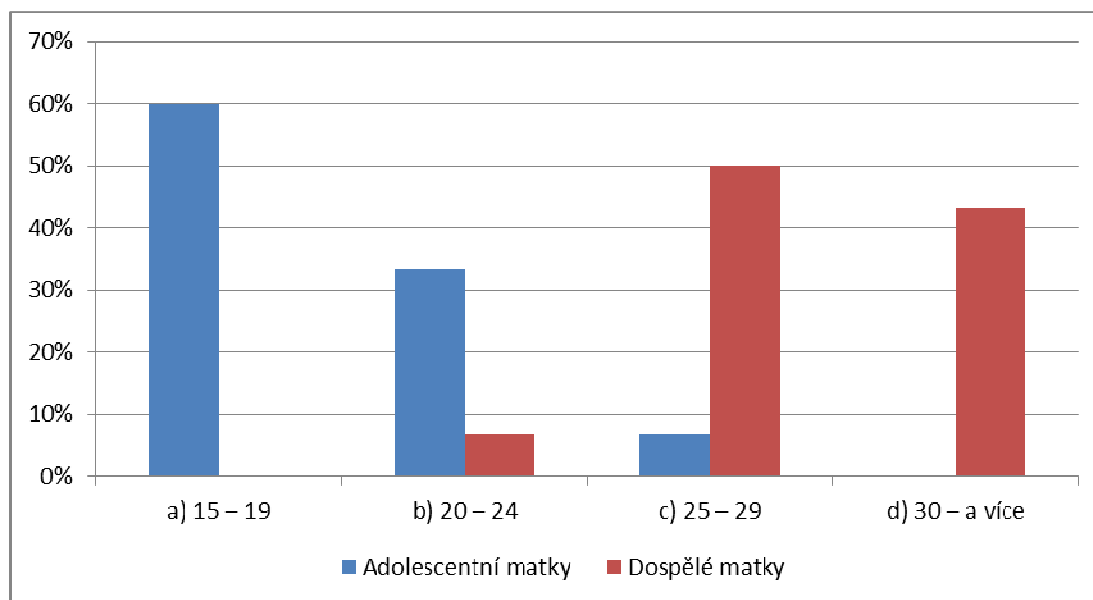
7.3 Výsledky, analýza a interpretace vlastního průzkumu

Položka č. 1 – Kolik je vám let?

Tabulka č. 1 – Věk respondentek

Věk	Adolescentní matky		Dospělé matky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
15 - 19	18	60 %	0	0 %
20 - 24	10	33,33 %	2	6,67 %
25 - 29	2	6,67 %	15	50 %
30 - a více	0	0 %	13	43,33 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 1 – Věk respondentek



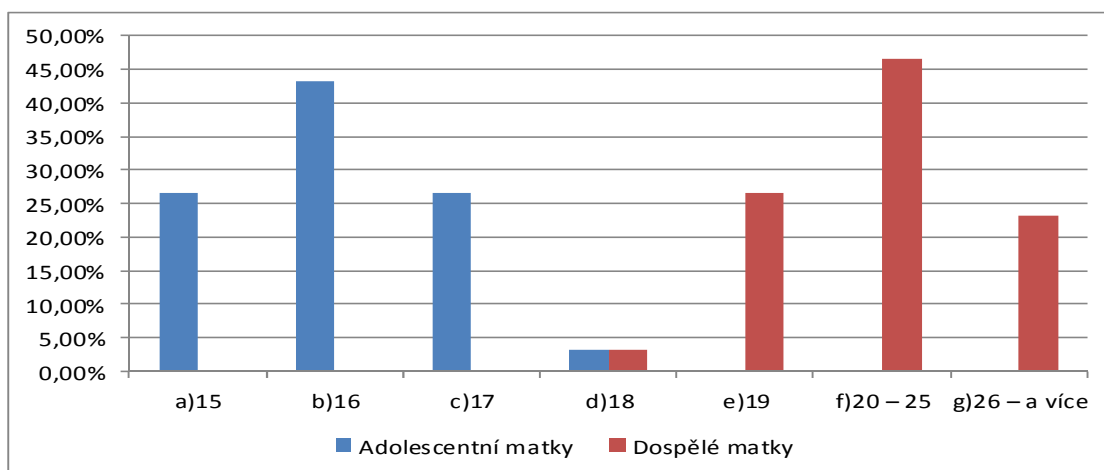
Průzkumu se zúčastnilo 18 (60 %) dívek ve věku mezi 15 – 19 lety, 10 (33,33 %) respondentek mezi 20 – 24 lety a celkem 2 respondentky ve věku mezi 25 – 29 lety z řad adolescentních matek, které poprvé otěhotněly do 18 let věku. Druhou skupinou byly dospělé matky. Celkem 2 (6,67 %) byly ve věku mezi 20 -24 lety, 15 (50 %) měly 25 -29 let a 13 (43,33 %) měly 30 a více let.

Položka č. 2 – V kolika letech jste poprvé otěhotněla?

Tabulka č. 2 – Věková hranice první gravidity

Odpověď	Adolescentní matky		Dospělé matky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
15	8	26,67 %	0	0 %
16	13	43,33 %	0	0 %
17	8	26,67 %	0	0 %
18	1	3,33 %	1	3,33 %
19	0	0 %	8	26,67 %
20 – 25	0	0 %	14	46,66 %
26 – a více	0	0 %	7	23,33 %
Celkem	30	100%	30	100 %

Graf č. 2 – Věková hranice první gravidity



Z celkového počtu 30 respondentek adolescentních matek jich celkem 8 (26,67 %) poprvé otěhotnělo v 15 letech, stejný počet adolescentních matek uvedlo, že poprvé otěhotnělo v 17 letech. Nejvíce adolescentních matek, a to celkem 13 (43,33 %) poprvé otěhotnělo v 16 letech. Pouze 1 (3,33 %) adolescentní matka poprvé otěhotněla v 18 letech.

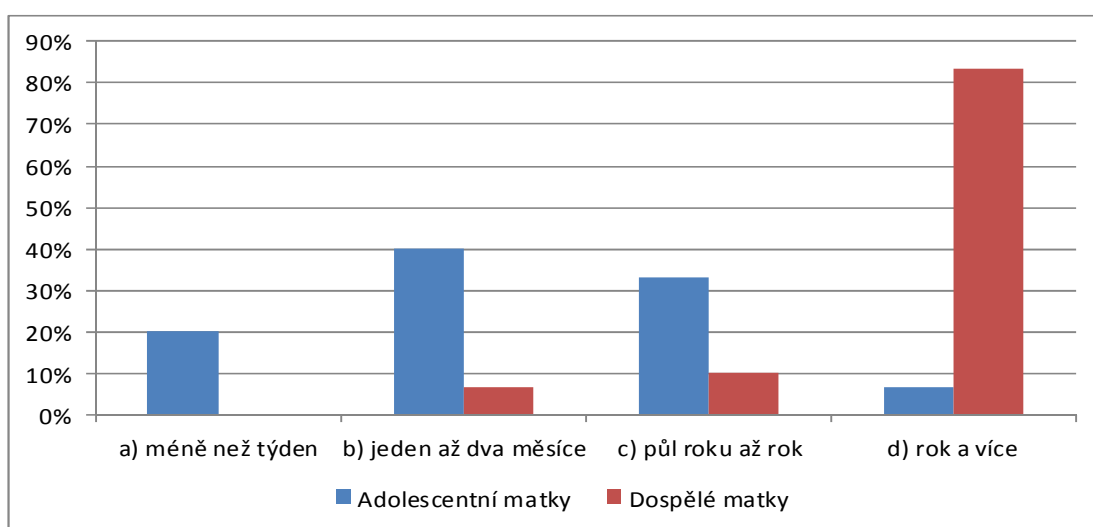
Nejvíce dospělých matek, a to celkem 14 (46,66 %), poprvé otěhotnělo ve věku mezi 20 – 25 lety, 8 (26,67 %) respondentek poprvé otěhotněly v 19 letech, 7 (23,33 %) dotázaných dospělých matek poprvé otěhotnělo ve 26 a více letech. Pouze 1 (3,33 %) dospělá matka uvedla, že poprvé otěhotněla v 18 letech.

Položka č. 3 – Jak dlouho jste chodila/žila s partnerem než jste otěhotněla?

Tabulka č. 3 – Délka vztahu s partnerem před otěhotněním.

Odpověď	Adolescentní matky		Dospělé matky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
méně než týden	6	20 %	0	0 %
jeden až dva měsíce	12	40 %	2	6,67 %
půl roku až rok	10	33,33 %	3	10 %
rok a více	2	6,67 %	25	83,33 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 3 – Délka vztahu s partnerem před otěhotněním.



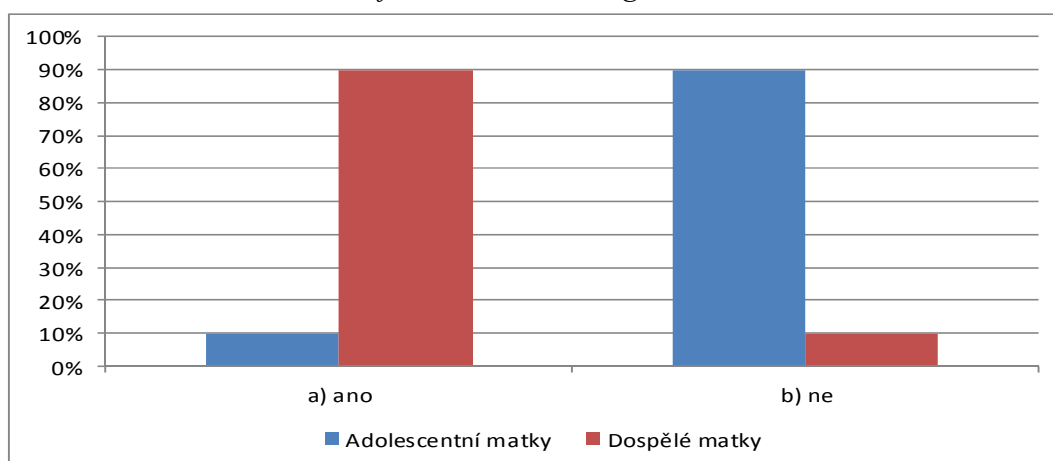
V položce číslo 3 nás zajímala délka vztahu s partnerem před otěhotněním. Nejdelší vztah před otěhotněním měly 2 (6,67 %) respondentky adolescentních matek, které uvedly, že délka vztahu byla delší než jeden rok. Stejnou možnost označilo celkem 25 (83,33 %) dospělých matek. Vztah dlouhý půl roku až rok zvolilo celkem 10 (33,33 %) adolescentních matek. Z dospělých matek tuto odpověď označily celkem 3 (10 %) dotázané. Možnost jeden až dva měsíce trvajících vztah před otěhotněním, si zvolilo nejvíce dotázaných respondentek a to celkem 12 (40 %). Naopak u dospělých matek tuto možnost označily pouze 2 (6,67 %) respondentky. Nejkratší délku vztahu a to méně než týden si zvolilo 6 (20 %) adolescentních matek.

Položka č. 4 – Bylo vaše první těhotenství plánované?

Tabulka č. 4 – Plánovaná gravidita

Odpověď	Adolescentní matky		Dospělé matky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	3	10 %	27	90 %
ne	27	90 %	3	10 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 4 – Plánovaná gravidita



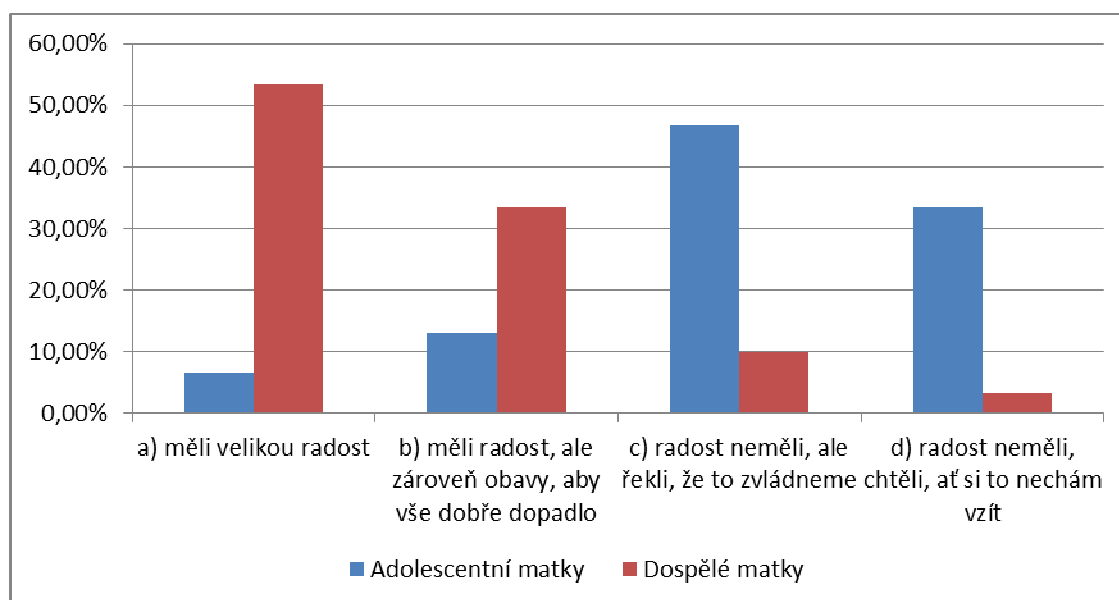
V této otázce nás zajímalo, jestli bylo první těhotenství plánované. Je zcela evidentní, že u adolescentních matek první těhotenství plánované nebylo. Tuto možnost označilo 27 (90 %) respondentek. Stejnou odpověď označily jen 3 (10 %) dospělé matky. Pro 3 (10 %) adolescentní matky bylo první těhotenství plánované. Tuto možnost volilo i 27 (90 %) dospělých matek.

Položka č. 5 – Jak rodina přijala zprávu o vašem těhotenství?

Tabulka č. 5 – Reakce rodiny na zprávu o těhotenství

Odpověď	Adolescentní matky		Dospělé matky	
	Absolutní četnost	relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
měli velkou radost	2	6,67 %	16	53,33 %
měli radost, ale zároveň obavy, aby vše dobře dopadlo	4	13 %	10	33,33 %
radost neměli, ale řekli, že to zvládneme	14	46,66 %	3	10 %
radost neměli, chtěli, ať si to nechám vzít	10	33,33 %	1	3,33 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 5 – Reakce rodiny na zprávu o těhotenství



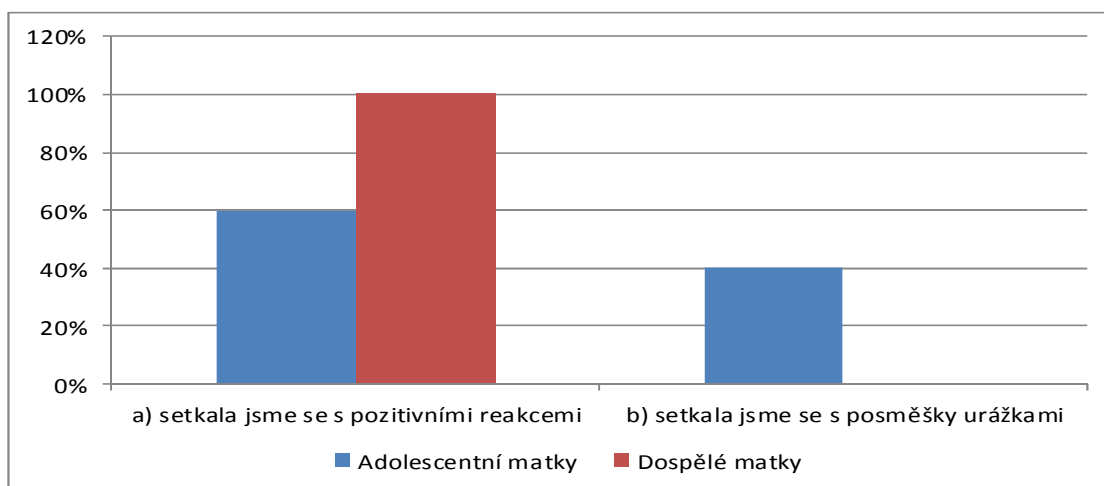
Otázka číslo 5 zkoumala reakci rodiny na zprávu o těhotenství. Radost neměli, ale řekli, že to zvládneme, si vybralo celkem 14 (46,66 %) adolescentních matek. Totožnou odpověď označily pouze 3 (10 %) dospělé matky. Bylo zajímavé, že u 1 (3,33 %) dospělé matky rodina radost z těhotenství neměla a chtěla, ať si to nechá vzít. Z adolescentních matek si tuto odpověď vybralo celkem 10 (33,33 %) dotázaných. Nejvíce dospělých matek, a to 16 (53,33 %) uvedlo, že rodina měla velkou radost. Pouze 2 (6,67 %) adolescentní matky odpověděly stejně. Zbýlých 10 (33,33 %) respondentek dospělých matek a 4 (13 %) respondentky adolescentních matek uvedly, že rodina měla sice radost, ale zároveň i obavy.

Položka č. 6 – Jak se k této situaci postavili na vašem pracovišti/ve škole?

Tabulka č. 6 – Reakce na těhotenství v práci/škole

Odpověď	Adolescentní matky		Dospělé matky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
setkala jsme se s pozitivními reakcemi	18	60 %	30	100 %
setkala jsme se s posměšky urážkami	12	40 %	0	0 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 6 – Reakce na těhotenství v práci/škole



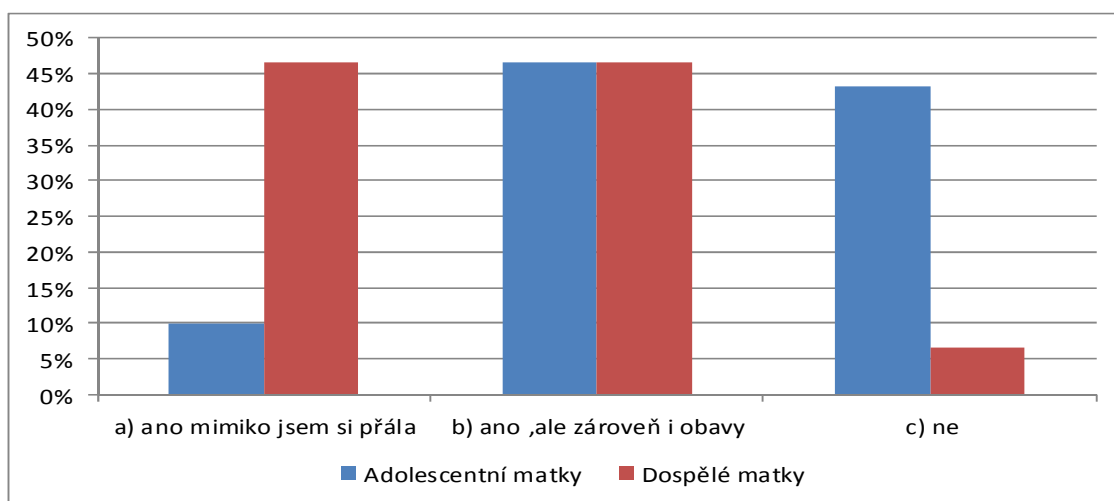
Z celkového počtu 30 respondentek adolescentních matek, se celkem 18 (60 %) setkalo pouze s pozitivními reakcemi na své těhotenství. Stejnou možnost označily i všechny dotázané dospělé matky. Jen 12 (40 %) respondentek adolescentních matek se setkalo s posměšky a urážkami.

Položka č. 7 – Měla jste radost ze svého těhotenství?

Tabulka č. 7 – Radost z gravidity

Odpověď	Adolescentní matky		Dospělé matky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano mimiko jsem si přála	3	10 %	14	46,66 %
ano, ale zároveň i obavy	14	46,66 %	14	46,66 %
c) ne	13	43,33 %	2	6,67 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 7 – Radost z gravidity



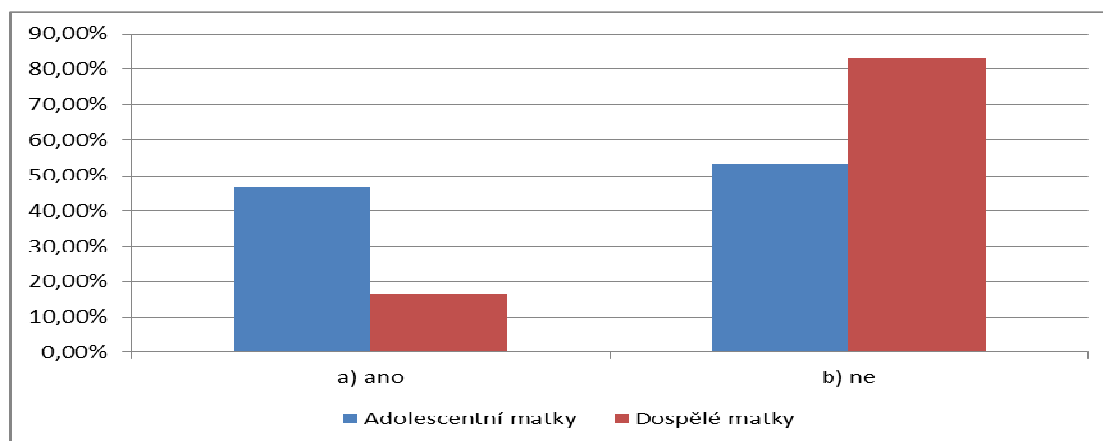
Nejvíce adolescentních matek, a to celkem 14 (46,66 %) uvedlo, že z těhotenství měly radost, ale zároveň i obavy. Totožnou možnost označilo i 14 (46,66 %) dospělých matek. Stejný počet dospělých matek mělo z těhotenství radost, protože si miminko přáli. Tuto odpověď si vybraly jen 3 (10 %) adolescentní matky. Radost z těhotenství nemělo celkem 13 (43,33 %) adolescentních matek a pouze 2 (6,67 %) dospělé matky.

Položka č. 8 – Uvažovala jste někdy o umělém ukončení těhotenství?

Tabulka č. 8 – Úvaha o interrupci

Odpověď	Adolescentní matky		Dospělé matky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	14	46,66 %	5	16,67 %
ne	16	53,33 %	25	83,33 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 8 – Úvaha o interrupci



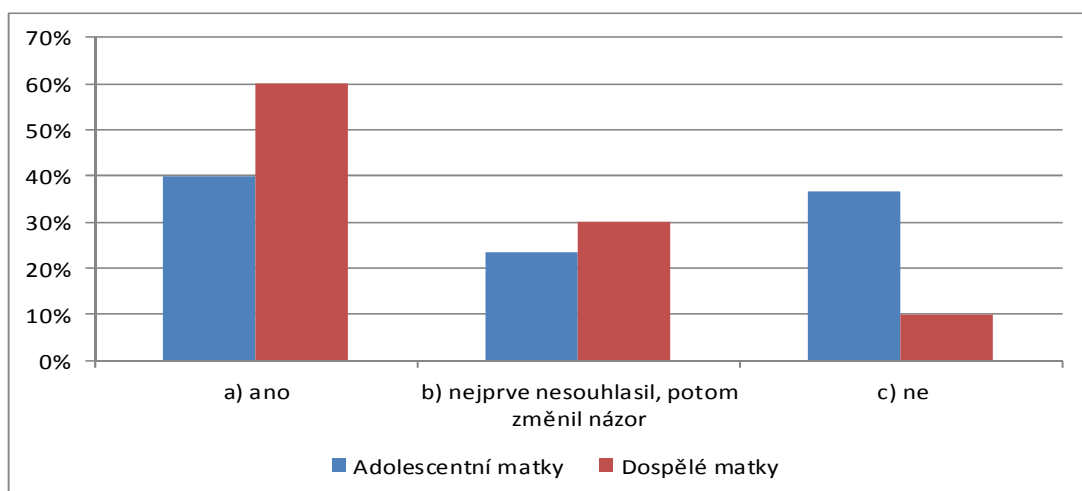
V položce číslo 8 nás zajímala úvaha o interrupci. Překvapil nás postoj adolescentních matek, kde jich 16 (53,33 %) uvedlo, že o interrupci neuvažovaly. Stejnou možnost označilo 25 (83,33 %) respondentek dospělých matek. O interrupci uvažovalo 14 (46,66 %) adolescentních matek a jen 5 (16,67 %) dospělých matek.

Položka č. 9 – Souhlasil váš partner s rozhodnutím dítě si ponechat?

Tabulka č. 9 – Souhlas partnera s graviditou

Odpověď	Adolescentní matky		Dospělé matky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	12	40 %	18	60 %
nejprve nesouhlasil, potom změnil názor	7	23,33 %	9	30 %
ne	11	36,67 %	3	10 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 9 – Souhlas partnera s graviditou



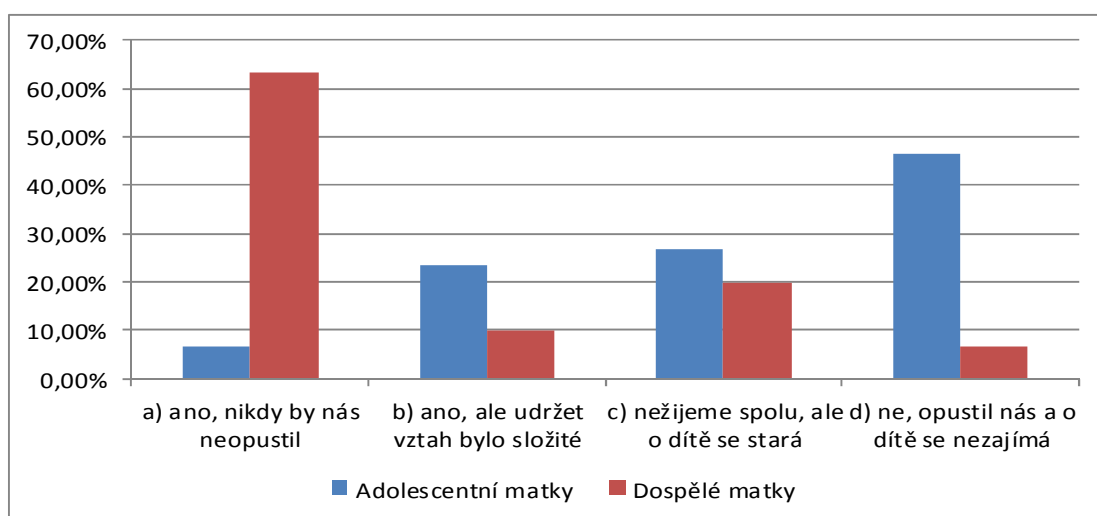
V otázce 9 jsme se respondentek dotazovali, zda partner souhlasil s rozhodnutím dítě si ponechat. Z grafu číslo 9 vyplývá, že u celkem 12 (40 %) dotázaných adolescentních matek partner s rozhodnutím dítě si ponechat souhlasil. Stejnou možnost označilo i 18 (60 %) respondentek dospělých matek. Nesouhlasil, ale potom změnil názor zvolilo 7 (23,33 %) adolescentních matek a 9 (30 %) dospělých matek. Celkem 11 (36,67 %) adolescentních matek a pouze 3 (10 %) dospělé matky uvedly, že partner nesouhlasil s rozhodnutím dítě si ponechat.

Položka č. 10 – Je otec dítěte stále součástí vašeho života?

Tabulka č. 10 – Úplná rodina

Odpověď	Adolescentní matky		Dospělé matky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, nikdy by nás neopustil	2	6,67 %	19	63,33 %
ano, ale udržet vztah bylo složité	7	23,33 %	3	10 %
nežijeme spolu, ale o dítě se stará	8	26,67 %	6	20 %
ne, opustil nás a o dítě se nezajímá	14	46,67 %	2	6,67 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 10 – Úplná rodina



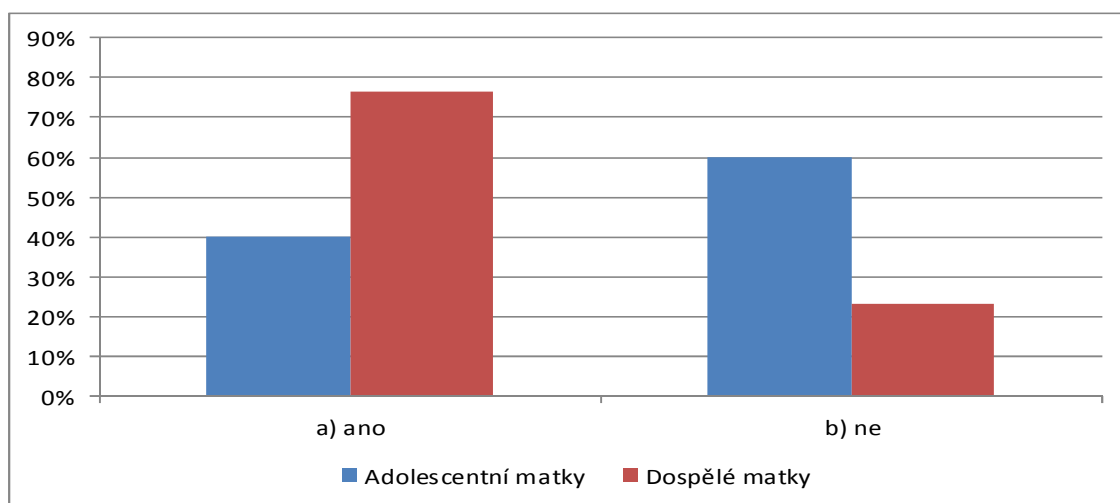
Z celkového počtu 30 respondentek adolescentních matek nám 14 (46,67 %) uvedlo, že je partner opustil a o dítě se nezajímá. Totožnou odpověď označily pouze 2 (6,67 %) dospělé matky. Možnost nežijeme spolu, ale o dítě se stará vybralo celkem 8 (26,67 %) adolescentních matek a 6 (20 %) dospělých matek. Dále z grafu vyplývá, že u 7 (23,33 %) adolescentních matek bylo vztah udržet složité. Stejnou možnost si vybraly 3 (10 %) dospělé matky. Celkem 19 (63,33 %) dospělých matek uvedlo, že by je partner nikdy neopustil. Tuto odpověď označily 2 (6,67 %) adolescentní matky.

Položka č. 11 – Pomáhá vám s péčí o dítě vaše rodina?

Tabulka č. 11 – Pomoc rodiny

Odpověď	Adolescentní matky		Dospělé matky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	12	40 %	7	23,33 %
ne	18	60 %	23	76,67 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 11 – Pomoc rodiny



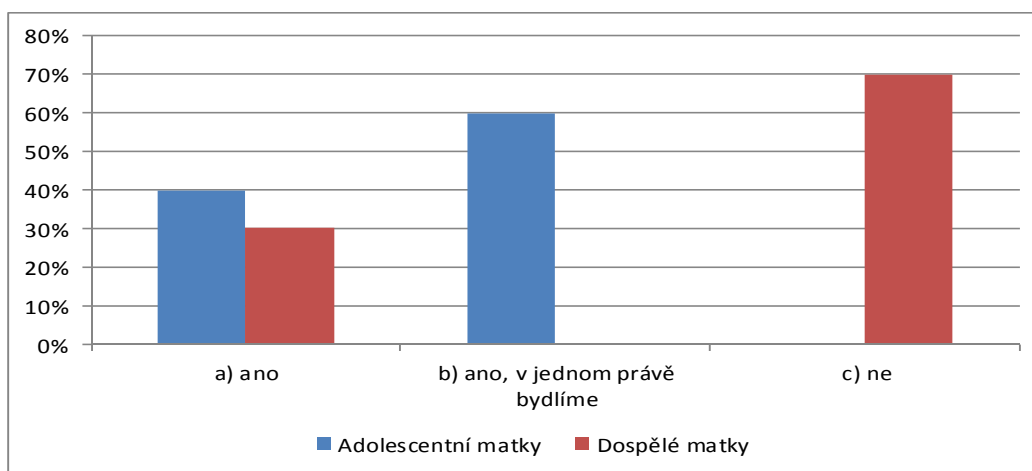
U položky číslo 11 jsme zjišťovali, zda rodina pomáhá matce s péčí o dítě. Z grafu evidentně vyplývá, že rodina s péčí o dítě adolescentním matkám nepomáhá. Tuto odpověď označilo celkem 18 (60 %) respondentek adolescentních matek. Stejnou odpověď volilo 23 (76,67 %) dospělých matek. Že rodina s péčí o dítě pomáhá, označilo 12 (40 %) respondentek adolescentních matek a 7 (23,33 %) dospělých matek.

Položka č. 12 – Znáte nějaká centra pro matky s dětmi?

Tabulka č. 12 – Informovanost o centrech pro matky s dětmi

Odpověď	Adolescentní matky		Dospělé matky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	12	40 %	9	30 %
ano, v jednom právě bydlíme	18	60 %	0	0 %
ne	0	0 %	21	70 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 12 – Informovanost o centrech pro matky s dětmi



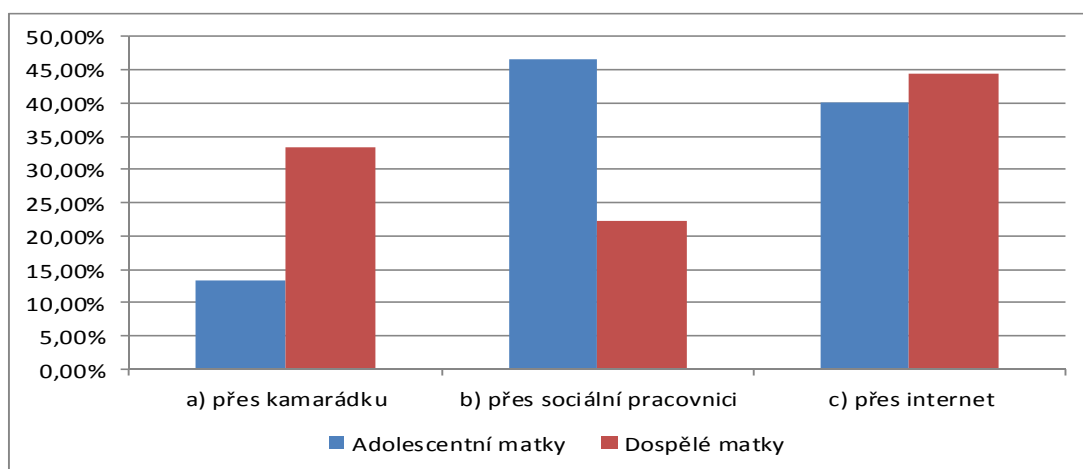
Z šetření, zda znají respondentky centra pro matky s dětmi, jsme zjistili, že respondentky adolescentních matek centra znají, a že celkem 60 % dotázaných jich v centru žije. Dospělé matky o centrech pro matky s dětmi v 70 % dotázaných jich nevědí.

Položka č. 13 – Jestliže znáte centra pro matky s dětmi, jak jste se o nich dozvěděla?

Tabulka č. 13 – Informovanost o centrech

Odpověď	Adolescentní matky		Dospělé matky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
přes kamarádku	4	13,33 %	3	10 %
přes sociální pracovníci	14	46,67 %	2	6,67 %
přes internet	12	40 %	4	13,33 %
Celkem	30	100 %	9	30 %

Graf č. 13 – Informovanost o centrech



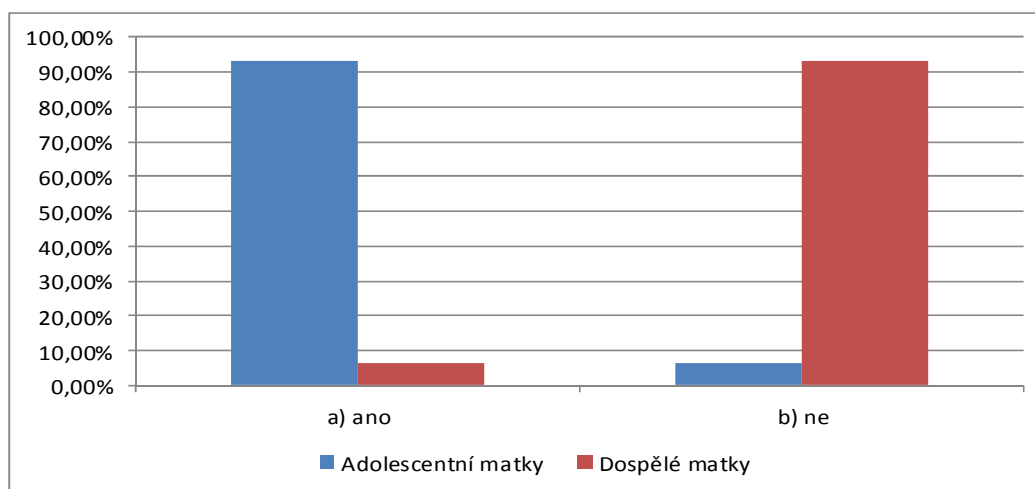
Na tuto položku nám odpovídaly pouze ty matky, které v předešlé otázce uvedly, že znají centra pro matky s dětmi. Z šetření nám vyplynulo, že nejvíce se o centrech pro matky s dětmi respondentky adolescentních matek dozvěděly přes sociální pracovníci v nemocnici. Tuto odpověď označilo celkem 14 (46,67 %) adolescentních matek. Stejnou možnost označily 2 (6,67 %) dospělých matek z celkového počtu 9 respondentek. Přes internet se o centrech dozvědělo 12 (40 %) adolescentních matek a 4 (13,33 %) dospělé matky. Možnost, že se o centrech dozvěděly přes kamarádku, označily 4 (13,33 %) adolescentních matek a 3 (10 %) dospělých matek.

Položka č. 14 – Myslíte si, že je v ČR dostatek center pro matky s dětmi?

Tabulka č. 14. – Centra pro matky s dětmi

Odpověď	Adolescentní matky		Dospělé matky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	28	93,33 %	2	6,67 %
ne	2	6,67 %	28	93,33 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 14. – Centra pro matky s dětmi



Tato položka nám ukazuje, zda si ženy myslí, že je v ČR dostatek center pro matky s dětmi. Z šetření nám vyplývá, že 28 (93,33 %) respondentek adolescentních matek si myslí, že v ČR je dostatek center pro matky s dětmi. Pouze 2 (6,67 %) adolescentní matky si myslí, že je jich zde málo.

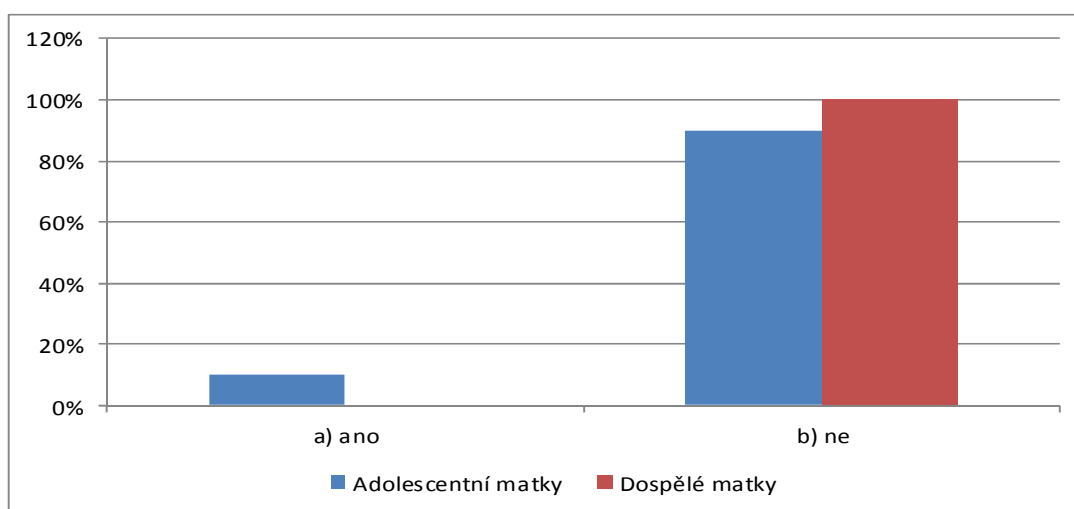
Opačná situace je u dospělých matek, kde si celkem 28 (93,33 %) dospělých matek myslí, že v ČR je nedostatek center pro matky s dětmi a pouze 2 (6,67 %) si myslí, že center je v ČR dostatek.

Položka č. 15 – Uvažovala jste někdy o odložení dítěte do Baby Boxu?

Tabulka č. 15 – Odložení dítěte do Babyboxu

Odpověď	Adolescentní matky		Dospělé matky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	3	10 %	0	0 %
ne	27	90 %	30	100 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 15 – Odložení dítěte do Babyboxu



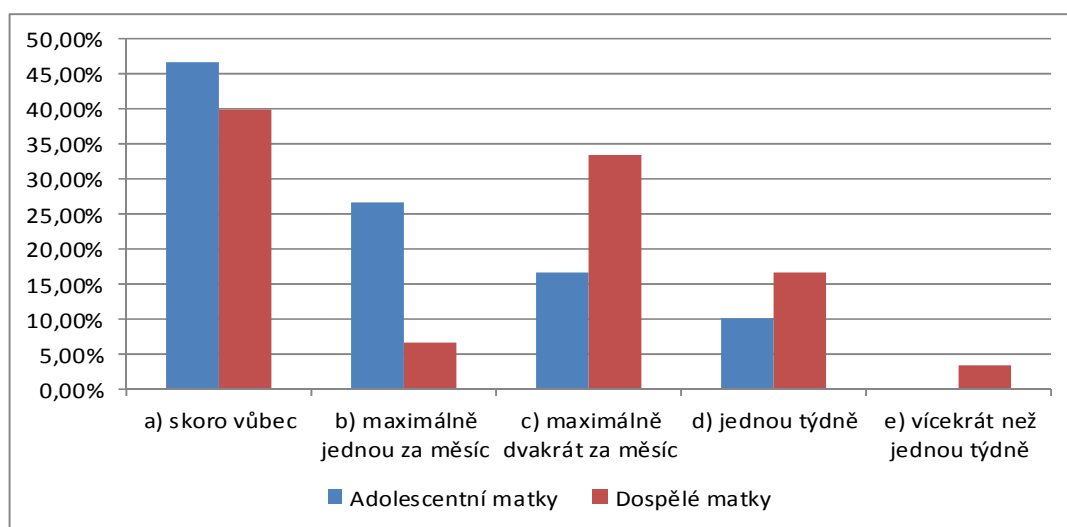
V položce číslo 15 se respondentek dotazujeme, zda by někdy uvažovaly o odložení dítěte do Babyboxu. Z grafu vyplývá, že 27 (90 %) dotázaných adolescentních matek nikdy o odložení dítěte neuvažovalo. Stejnou odpověď označily všechny dospělé matky. Jen 3 (10 %) adolescentní matky uvedly, že o odložení dítěte uvažovaly.

Položka č. 16 – Jak často dáváte dítě na hlídání, abyste měla čas pro sebe?

Tabulka č. 16 – Hlídání dítěte

Odpověď	Adolescentní matky		Dospělé matky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
skoro vůbec	14	46,67 %	12	40 %
maximálně jednou za měsíc	8	26,67 %	2	6,67 %
maximálně dvakrát za měsíc	5	16,67 %	10	33,33 %
jednou týdně	3	10 %	5	16,67 %
vícekrát než jednou týdně	0	0 %	1	3,33 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 16 – Hlídání dítěte



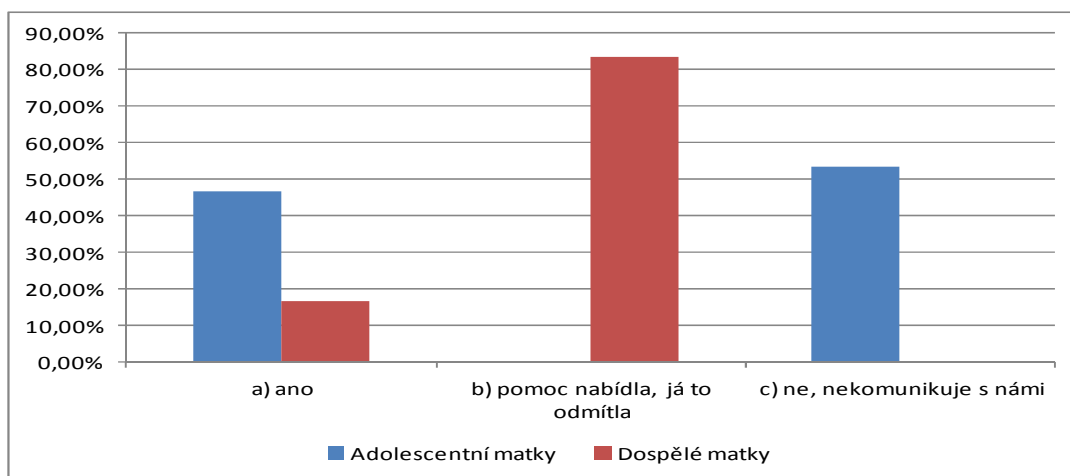
Touto položkou zjišťujeme, jak často dávají matky své dítě na hlídání, aby měly čas pro sebe. Z grafu nám vyplynulo, že adolescentní matky své dítě na hlídání skoro vůbec nedávají. Tuto možnost označilo 14 (46,67 %) dotázaných adolescentních matek. Stejnou možnost volilo 12 (40 %) dospělých matek. Celkem 10 (33,33 %) dospělých matek uvedlo, že své dítě dávají na hlídání dvakrát za měsíc. Stejně odpovědělo i 5 (16,67 %) adolescentních matek. Dále z grafu vyplývá, že 8 (26,67 %) adolescentních matek a 2 (6,67 %) dospělé matky dávají své dítě na hlídání jednou za měsíc. Jednou týdně na hlídání dávají své dítě 3 (10 %) adolescentní matky a 5 (16,67 %) dospělých matek. Pouze 1 (3,33 %) dospělá matka uvedla, že své dítě dává na hlídání vícekrát než jednou týdně.

Položka č. 17 – Pomáhá vám s financováním rodina?

Tabulka č. 17 – Financování

Odpověď	Adolescentní matky		Dospělé matky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	14	46,67 %	5	16,67 %
pomoc nabídla, já to odmítla	0	0 %	25	83,37 %
ne, nekomunikuje s námi	16	53,33 %	0	0 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 17 – Financování



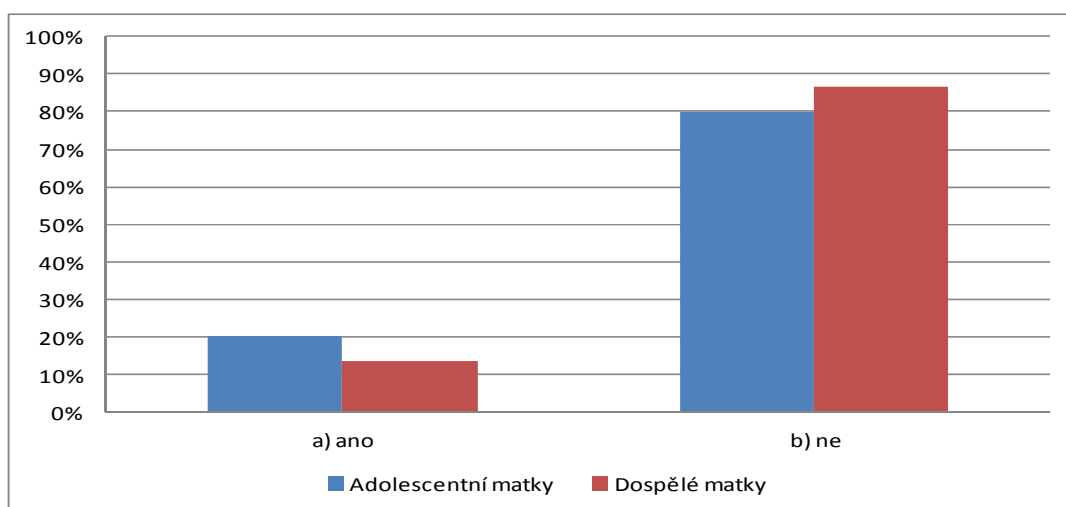
V položce 17, pomáhá vám s financováním rodina, jsme se dozvěděli, že adolescentním matkám rodina s financováním pomáhá. Tuto možnost označilo 14 (46,67 %) adolescentních matek. Stejně odpovědělo pouze 5 (16,67 %) dospělých matek. U dospělých matek pomoc byla nabídnuta, ale ony ji odmítly. Takto odpovědělo 25 (83,37 %) dotázaných dospělých matek. Že rodina s matkou nekomunikuje, odpovědělo celkem 16 (53,33 %) adolescentních matek.

Položka č. 18 – Bylo pro vás obtížné vyrovnat se s rolí matky?

Tabulka č. 18 – Role matky

Odpověď	Adolescentní matky		dospělé matky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	6	20 %	4	13,33 %
ne	24	80 %	26	86,67 %
Celkem	30	100 %	30	100 %

Graf č. 18 – Role matky



V poslední otázce jsme se respondentek dotazovali, zda bylo pro ně obtížné vyrovnat se s rolí matky. Z grafu jasně vyplývá, že vyrovnat se s novou sociální rolí nemělo problém 24 (80 %) adolescentních matek a 26 (86,67 %) dospělých matek. Problém s novou sociální rolí mělo celkem 6 (20 %) adolescentních matek a 4 (13,33 %) dospělých matek.

8 ANALÝZA DAT

Na základě průzkumu, jsme mohli potvrdit nebo vyvrátit stanovené hypotézy a hypotetické tvrzení.

Průzkumná otázka č. 1 – Domníváme se, že těhotenství dospělých matek bylo častěji plánované, než těhotenství adolescentních dívek.

Hypotéza se potvrdila. Což dokazují grafy a tabulky vztahující se k otázkám č. 2, 3 a 4. Z otázky číslo 2 nám vyplývá, že nejvíce adolescentních matek poprvé otěhotnělo v 16 letech. Tuto možnost označilo celkem 13 (43,33 %) respondentek adolescentních matek. Dospělé matky poprvé otěhotněly mezi 20 – 25 lety. Tuto možnost volilo celkem 14 (46,66 %) respondentek dospělých matek. V otázce číslo 3 nás zajímalo, jak dlouhý měly vztah s partnerem, než otěhotněly. Z výsledků vyplynulo, že adolescentní matky měly s partnerem před otěhotněním vztah dlouhý průměrně jeden až dva měsíce. Tady tu možnost označilo celkem 12 (40 %) respondentek adolescentních matek. U dospělých matek byla průměrná délka vztahu před otěhotněním půl roku až rok a to celkem u 25 (83,33 %) respondentek dospělých matek. V položce číslo 4 jsme se dotazovali, zda bylo první těhotenství plánované. Z grafu nám vyšlo, že u adolescentních matek první těhotenství plánované nebylo. Takto odpovědělo 27 respondentek (90 %) adolescentních matek. Opačná situace byla u dospělých matek, kde 27 respondentek (90 %) odpovědělo, že první těhotenství bylo plánované.

Průzkumná otázka č. 2- Domníváme se, že adolescentní matky využívají častěji pomoc rodiny, než dospělé matky.

Průzkumná otázka se spíše potvrdila. Výsledek dokazují grafy a tabulky vztahující se k položkám č. 5, 16 a zejména 11. V položce č. 5, jak rodina přijala zprávu o jejich těhotenství, nám vyšlo, že u 2 (6,67 %) adolescentních matek měla rodina z těhotenství velikou radost, u dospělých matek stejně odpovědělo 16 (53,33 %) dotázaných. U 4 (13 %) adolescentních matek měli radost, ale zároveň obavy, stejnou odpověď volilo 10 (33,33 %) dospělých matek. U 14 (46,66 %) adolescentních matek radost neměli, ale řekli, že to zvládnou, tuto odpověď volily i 3 (10 %) dospělé matky. U 10 (33,33 %) adolescentních matek neměli

radost a chtěli, ať si to nechá vzít. Stejnou odpověď si vybrala 1 (3,33 %) dospělá matka. V otázce č. 11, nás zajímalo, jestli rodina pomáhá s péčí o dítě. Až 12 (40 %) adolescentním matkám rodina s péčí pomáhá, 18 (60 %) adolescentním matkám rodina nepomáhá. Opačná situace nastala u dospělých matek, kde 23 (76,67%) dospělým matkám rodina s péčí o dítě nepomáhá, pouze 7 (23,33 %) uvedlo, že ano. V položce č. 16 nás zajímalo, jak často své dítě dávají na hlídání, aby měly čas pro sebe. Z celkového počtu 30 respondentek adolescentních matek nám 14 (46,67 %) uvedlo, že své dítě skoro vůbec na hlídání nedávají, stejně odpovědělo i 12 (40 %) dospělých matek. Pouze 8 (26,67%) adolescentních matek a 2 (6,67 %) dospělé matky své dítě dávají na hlídání maximálně jednou do měsíce. Své dítě na hlídání maximálně dvakrát do měsíce dává 5 (16,67 %) adolescentních matek a 10 (33,33 %) dospělých matek. Jednou týdně své dítě na hlídání dávají 3 (10 %) adolescentní matky a 5 (16,67 %) dospělých matek. Pouze 1 (3,33%) dospělá matka uvedla, že své dítě dává na hlídání vícekrát než jednou týdně.

Průzkumná otázka č. 3 – Domníváme se, že adolescentní matky pečují o své dítě častěji bez partnera, než dospělé matky.

Průzkumná otázka se potvrdila, jak dokazují grafy a tabulky, které se vztahují k otázkám č. 8, 9 a 10. V položce č. 8 nás zajímalo, jestli někdy uvažovaly o interrupci. O interrupci neuvažovalo 14 (46,67 %) adolescentních matek a 25 (83,33 %) dospělých matek. Naopak o interrupci uvažovalo 16 (53,33%) adolescentních matek a pouze 5 (16,67 %) dospělých matek. V otázce č. 9 jsme se ptali, zda souhlasil partner s rozhodnutím dítě si ponechat. Partner s rozhodnutím dítě si ponechat souhlasil u 12 (40 %) adolescentních matek a 18 (60 %) dospělých matek. Z počátku nesouhlasil, ale potom změnil názor, volilo 7 (23,33 %) adolescentních matek a 9 (30 %) dospělých matek. Partner s rozhodnutím dítě si ponechat nesouhlasil u 11 (36,67 %) adolescentních matek a 3 (10 %) dospělých matek. V položce č. 10, je partner stále součástí vašeho života. Odpověděly 2 (6,67 %) adolescentní matky a 19 (63,33 %) dospělých matek, že by je partner nikdy neopustil. Pro 7 (23,33 %) adolescentních matek a 3 (10 %) dospělé matky bylo vztah udržet složité. Možnost, že partner součástí

života není, ale o dítě se stará označilo 8 (26,67 %) adolescentních matek a 6 (20 %) dospělých matek a celkem 14 (46,67 %) adolescentních matek a 2 (6,67 %) dospělé matky partner opustil a o dítě se nezajímá.

Průzkumná otázka č. 4 – Domníváme se, že adolescentní matky častěji žijí v centrech pro matky s dětmi, než dospělé matky.

Průzkumná otázka se potvrdila. Výsledek dokazují grafy a tabulky, které se vztahují k otázkám číslo 12, 13 a 14. V otázce číslo 12 nás zajímalo, jestli znají respondentky nějaká centra pro matky s dětmi. Centra pro matky s dětmi zná 12 (40 %) adolescentních matek a 9 (30%) dospělých matek. V centru pro matky s dětmi žije 18 (60 %) adolescentních matek. O centru pro matky s dětmi nikdy neslyšelo 21 (70 %) dospělých matek. V položce č. 13 jsme zkoumali, jak se o centrech dozvěděly. Přes kamarádku se o centrech dozvěděly 4 (13,33 %) adolescentní matky a 3 (10 %) dospělé matky. Pomoci sociální pracovnice se o centrech dozvědělo 14 (46,67 %) adolescentních matek a 2 (6,67 %) dospělé matky. Pomoci internetu se o centrech dozvědělo 12 (40 %) adolescentních matek a 4 (13,33 %) dospělé matky. V položce č. 14 nás zajímalo, zda je v ČR dostatek center pro matky s dětmi. Že je v ČR dostatek center si myslí 28 (93,33 %) adolescentních matek a pouze 2 (6,67 %) dospělé matky. Druhou možnost, že v ČR je nedostatek center, si zvolilo 2 (6,67 %) adolescentní matky a 28 (93,33 %) dospělých matek.

Průzkumná otázka č. 5 – Domníváme se, že adolescentní matky nejsou schopny zcela finančně zabezpečit dítě bez pomoci blízkého okolí.

Průzkumná otázka se nepotvrdila. Jak dokazují grafy a tabulky, které se vztahují k otázce č. 17. V otázce číslo 17, pomáhá vám s financováním rodina, odpovědělo 16 (53,33 %) adolescentních matek, že s rodinou nekomunikují. Tuto odpověď nezvolila žádná dospělá matka. Celkem 14 (46,67 %) adolescentních matek a 5 (16,67 %) dospělých matek odpovědělo na otázku pomoci ze strany rodiny.

9 DISKUSE

Průzkumu se zúčastnily adolescentní matky, žijící ve výchovném ústavě (název zařízení neuvádím, respektuj přání ředitele ústavu, který nechtěl uvádět název zařízení kvůli ochraně osobních údajů nezletilých dívek i samotného ústavu) a dospělé matky z oddělení šestinedělí Nemocnice Valašské Meziříčí. Rozdáno bylo 60 dotazníků a návratnost byla 100 %. Výsledky našeho šetření jsme porovnali s bakalářskými pracemi, které se zaměřovaly na problematiku adolescentních matek. Jednalo se například o práci od absolventky Kateřiny Kůsové z Jihočeské univerzity Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, z roku 2011, která má název „Vztah matky a dítěte v raných vývojových stádiích ve výchovném ústavu pro nezletilé matky s dětmi“, dále od absolventky Zdeňky Slámové z Univerzity Palackého Olomouc 2011 s názvem práce „Analýza představ životní dráhy nezletilých matek ve výchovném ústavu“ a od absolventky Evy Trávníčkové z Masarykovy Univerzity v Brně 2012, která má název „Těhotenství nezletilých a jeho důsledky na psychosociální vývoj“.

Na otázku, v kolika letech poprvé adolescentní matky otěhotněly, nám vyšlo, že 43,33% adolescentních respondentek poprvé otěhotnělo v 16 letech. Tento výsledek byl porovnán s prací Kateřiny Kůsové a shodly jsme se na stejném závěru, že nejvíce adolescentních dívek otěhotní v 16 letech. S Kateřinou Kůsovou máme společnou otázku, která zkoumala věk respondentek v době otěhotnění. V průzkumném šetření Kateřiny Kůsové odpovídalo 45 respondentek. Respondentky odpovídaly, že poprvé otěhotněly v 16 letech (cca 49 %), v 15 letech (cca 23%), v 17 (14 %) a v 18 (14 %).

Dále z našeho průzkumu vyplývá, že u 90 % respondentek z řad adolescentních matek, bylo první těhotenství neplánované. Pouze v 10 % bylo těhotenství adolescentních matek plánované. Těmito dvěma otázkami se nám potvrdila průzkumná otázka číslo 1, že těhotenství adolescentních matek bývá často neplánované, než těhotenství dospělých matek. Výsledek byl porovnán s prací Zdeňky Slámové. V jejím průzkumném šetření odpovídalo 25 respondentek. Otázku, kterou máme společnou, byla zaměřená na to, zda bylo jejich první těhotenství plánované. Respondentky Zdeňky Slámové odpověděly, že v 95 % těhotenství nebylo plánované. Pouze v 5 % bylo těhotenství plánované.

Z šetření dále vyplývá, že u 46,67 % respondentek adolescentních matek, není partner po narození dítěte součástí jejich života. Tento výsledek se dal očekávat, vzhledem k nízkému věku obou rodičů. Partnerské vztahy u adolescentního páru se rozpadají buď ještě během těhotenství, nebo krátce po porodu. Ve srovnání s bakalářskými pracemi Zdeňky Slámové a Kateřiny Kůsové nebyl velký rozdíl. Otázku, kterou máme společnou, se respondentek ptáme, zda je partner součástí života i po porodu dítěte. Kateřině Kůsové v průzkumu odpovídalo 45 respondentek a celkem 40 (cca 90 %) dotázaných uvedlo, že partner součástí života po porodu není, mnohdy ho ani samy matky vidět nechtějí a neuvádí ho ani jako otce dítěte. Zdeňce Slámové odpovídalo 25 respondentek a pouze 5 (cca 20 %) uvedlo, že partner je součástí života i po porodu dítěte. Pro zbylých 20 (cca 80 %) respondentek partner součástí života po porodu není. Z těchto průzkumů je jasné, že adolescentní matky své děti vychovávají bez otců dítěte. Tím se nám potvrdila průzkumná otázka číslo 3, že adolescentní matky své dítě vychovávají častěji bez partnera, než dospělé matky.

Dále jsme se ptali adolescentních respondentek, zda pro ně bylo obtížné vyrovnat se s rolí matky. Celkem 80 % dotázaných odpovědělo, že s přijetím role matky nemělo žádný problém. Pouze 20 % dotázaných uvedlo, že s přijetím role matky problém mělo. V práci Zdeňky Slámové máme společnou otázku, zda bylo složité se vyrovnat s rolí matky a celkem 20 (cca 80 %) jich uvedlo, že s přijetím role matky problém neměly. Pouze 5 (cca 20 %) respondentek Zdeňky Slámové uvedlo, že s přijetím role matky měly ze začátku problém, ale teď už vše funguje jak má. V práci Kateřiny Kůsové odpovídalo 45 respondentek a pro 38 (cca 85 %) dotázaných nebyl problém s přijetím role matky u zbylých 7 (cca 15 %) bylo ze začátku obtížné vyrovnat se s rolí matky. Z průzkumu je jasné, že adolescentní matky nemají problém s přijetím role matky. Tím se nám zodpověděl cíl průzkumu a to ten, zda je adolescentní matka schopná zvládnout novou sociální roli.

9. 1 Využití pro praxi

Z výzkumu jsme zjistili, že adolescentní matky jsou schopny se vyrovnat s rolí matky a jsou schopné se o své dítě postarat. Ať už žijí ve výchovném ústavu, centru pro matky s dětmi, anebo docházejí do poradny pro ženy a dívky.

Doporučení pro školy:

- Rozšíření hodin sexuální výchovy na základních a středních školách.
- Nabízet žákům/studentům informační letáky o chráněném pohlavním styku, účinné antikoncepční metodě, aby se předcházelo šíření pohlavních nemocí a nechtěnému těhotenství.
- Zajistit žákům/studentům přednášky zaměřené na sexuální výchovu.

Doporučení pro rodiny:

- Zlepšení komunikace mezi dětmi a rodičem. Věnovat jim více svého volného času.
- Nebát se s dětmi mluvit o sexuální problematice od útlého mládí.

Doporučení pro sociální pracovníce:

- Vytvoření informačních brožur, letáků o centrech, poradnách a azylových domech pro ženy v tísní s dětmi.
- Reklamní spoty v televizi, na internetu o centrech pro ženy v tísní.
- Vypracování programu sociální pomoci, zaměřeného na rizikovou skupinu adolescentních dívek.

Doporučení pro zdravotní personál:

- Dodržování intimity mladistvých matek.
- Individuální přístup k mladistvým matkám.
- Zlepšení interpersonální komunikace.
- Zajistit pokoje pro stejné, podobné věkové kategorie pacientek (pokud je to možné).

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo, zjistit zda jsou adolescentních matky schopny zvládnout novou sociální roli. Z výsledku jasně vyplynulo, že adolescentní matka je schopná zvládnout svou sociální roli. A to roli matky. Celkem 80 % dotázaných respondentek adolescentních matek nám v dotazníku uvedlo, že se zvládnutím role matky neměly problém. **Hlavní cíl** průzkumu byl tímto zjištěním tedy splněn. Výsledek nás mile překvapil. **Vedlejším cílem průzkumu** bylo zjistit, zda adolescentní matky dokážou své dítě vychovat bez pomoci ať už partnera nebo rodiny. Z průzkumu nám vyšlo, že 46,67 % adolescentních matek své dítě vychovává bez pomoci partnera a to z důvodu, že je partner opustil. Celkem 60 % adolescentních matek své dítě vychovává bez pomoci rodiny. Tím se nám potvrdil první vedlejší cíl, a to ten, že adolescentní matky jsou schopny vychovat své dítě bez pomoci partnera či rodiny. **Druhým vedlejším cílem** bylo zjistit sociální zabezpečení adolescentních matek. Většina respondentek adolescentních matek, žije a vychovává své děti ve výchovném ústavě, takže tyto matky jsou podle dostupných literárních zdrojů odkázány na pomoc sociálních zařízení a na pobírání sociálních dávek. Tím jsme splnili i druhý vedlejší cíl.

Pomocí průzkumu se nám podařilo srovnat dvě skupiny respondentek. Adolescentní matky žijící ve výchovném ústavě a druhou skupinou byly dospělé matky.

Za dobu praxe jsme měli možnost se setkat s několika adolescentními matkami, které na svět přiváděly své děti. Mohu pouze říct, že pro mě jsou tyto dívky hrdinky. A to v tom smyslu, že ať už otěhotněly po týdenní známosti nebo roční, rozhodly si dítě si ponechat a vychovat ho. Jen málo kdo dokáže o své dítě tak bojovat, jako právě ony.

Seznam literatury:

Citování podle normy ČSN ISO 690 : 2011

1. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., a B., SRP, 2006. *Porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, 544 s. ISBN 978-80-2471-303-8.
2. ČEPICKÝ, P. a KURZOVÁ, H. 2003. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. Praha: KAROLINUM, 2003. ISBN 80-246-06771-1.
3. ČERVENÁ, J. 2009. *Životní situace mladistvé matky a jejího dítěte se zaměřením na vybrané aspekty ovlivňující její sociální fungování*. Brno: MU 2009. Diplomová práce, Masaryková Univerzita. Fakulta sociálních studií.
4. HOLOMEK, J. 2003. *Nezletilé matky a jejich děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*, *Vychovávateľ. SK*: 2003, č. 48, s. 15 – 16. ISSN: 0139-6919.
5. CHRENKOVÁ, M. 2010. *Gravidita a mateřství nezletilých dívek v ČR*. Ostrava: OU 2010. Disertační práce. OU v Ostravě, Fakulta sociálních studií, Katedra sociálních věd.
6. CHROMÝ, K. a HONZÁK, R. 2005. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-2471-473-6.
7. KILÍKOVÁ, M. a NEMČOKOVÁ, A. 2007. *Podpora zdravia tehotných adolescentiek*. NsP sv. Barbory, Rožňava, a.s., VŠZ a SP sv. Alžběty Bratislava, n. o. IX: 213-458, 2007. ISSN 1212-4117.
8. KUDELA, M., et al. 2008. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty. 2. vyd.* Olomouc, UPO, 2008, s. 278. ISBN 978-80-244-1975-6.
9. LANGMEIER, J. a KREJČÍŘOVÁ, D. 2006 *Vývojová psychologie. 2. vyd.*, Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1284-9.

10. NĚMCOVÁ, J., et al. 2012. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář bakalářské práci*. Plzeň: Maurea, s.r.o., 2012, s. 114. ISBN 978-80-94955-5-5.
11. PAŘÍZEK, A. 2005. *Kniha o těhotenství a porodu. 2. vyd.* Praha: Galén, 2005, 2006. ISBN 80-7262-411-3.
12. PEKÁRKOVÁ, A., PRIMUSOVÁ, H., UZEL, R. a SALAJKA, M. 2006. *Potrat ano – ne aneb na pokraji života*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-7169-922-4.
13. PROTIVANSKÁ, L. 2006. *Když děti mají děti*. MF DNES, 6. 4. 2006, č. 14, s. 14 – 20.
14. RATISLAVOVÁ, K. 2008. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. Praha: 2008, ISBN 978-80-254-2186-4.
15. ROB, L., MARTAN, A. a CITTERBART, K. 2008. *Gynekologie. 2. vyd.* Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
16. SKASKOVÁ, P. 2009. *Mateřství nezletilých matek. IV. Mezinárodní konferenci doktorov oborou psychológia a sociálna práca*. Nitra: FSV a ZUKF, 2009. s. 189 197. dostupné z: http://www.kpsv.fsvaz.ukf.sk/PhD_konf_zbornik_2009/SUBORY/PDF/22_Skaskova.pdf.
17. VÁGNEROVÁ, M. 2005. *Vývojová psychologie I. : dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005, s. 467. ISBN 978-80-246-0956-0.
18. VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II. : dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
19. Zákon č. 94/1963 Sb. O rodině [online]. AITON CS, [cit. 21.8.2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1963-94>

20. Zákon č. 109/2002 Sb. O výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školském zařízení o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů [online]. AITON CS, [cit. 21.8.2013]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-109>

21. *Babybox* [online]. Webdesign Atelier Degas, [cit. 3. 1. 2013]. Dostupné z: <http://www.babybox.cz>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Žádost o umožnění průzkumu v Nemocnici ve Valašském Meziříčí

DOTAZNÍK

Dobrý den, jsem studentka třetího ročníku Vysoké školy zdravotnické, oboru porodní asistence. Chtěla bych vás poprosit o vyplnění mého dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce. Předem děkuji za váš čas a za vyplnění dotazníku.

Zdislava Čermáková 3. A PA

1. Kolik je vám let?

- a. 15 – 19
- b. 20 – 24
- c. 25 – 29
- d. 30 – a více

2. V kolika letech jste poprvé otěhotněla?

- a. 15
- b. 16
- c. 17
- d. 18
- e. 19
- f. 20 – 25
- g. 26 – a více

3. Jak dlouho jste chodila/žila s partnerem než jste otěhotněla?

- a. Méně než týden
- b. Jeden až dva měsíce
- c. Půl až jeden rok
- d. Rok a více

4. Bylo vaše první těhotenství plánované?

- a. Ano
- b. Ne

5. Jak rodina přijala zprávu o vašem těhotenství?

- a. Měli velkou radost
- b. Měli radost, ale zároveň obavy aby všechno dobře dopadlo
- c. Radost neměli, ale řekli, že to zvládneme
- d. Radost neměli, chtěli, ať si to nechám vzít

6. Jak se k této situaci postavili na vašem pracovišti, nebo ve škole?

- a. Setkala jsme se jen pozitivními reakcemi
- b. Setkala jsme se s posměšky a urážkami

7. Měla jste radost ze svého těhotenství?

- a. Ano, miminko jsem si přála
- b. Ano, ale zároveň i obavy jak to všechno zvládnou
- c. Ne

8. Uvažovala jste někdy o umělém ukončení těhotenství?

- a. Ano
- b. Ne

9. Souhlasil váš partner s rozhodnutím dítě si ponechat?

- a. Ne
- b. Nejprve nechtěl, ale potom změnil názor
- c. Ano souhlasil

10. Je otec vašeho dítěte stále součástí vašeho života?

- a. Ano, nikdy by nás neopustil
- b. Ano, ale udržet vztah bylo složité
- c. Nežijeme spolu, ale o dítě se stará, platí alimenty
- d. Ne, opustil nás a nezajímá se o dítě

11. Pomáhá vám s péčí o dítě vaše rodina?

- a. Ano
- b. Ne

12. Znáte nějaká centra pro matky s dětmi?

- a. Ano
- b. Ano, v jednom právě bydlíme
- c. Ne, nikdy jsem o žádném neslyšela

13. Jestliže znáte nějaké centra pro matky s dětmi, jak jste se o nich dozvěděla?

- a. Přes kamarádku
- b. Přes sociální pracovníci v nemocnici
- c. Pomocí internetu

14. Myslíte si, že je v ČR dostatek center pro matky s dětmi?

- a. Ano
- b. Ne

15. Uvažovala jste někdy o odložení dítěte do BabyBoxu?

- a. Ne
- b. Ano

16. Jak často dáváte dítě někomu na hlídání, abyste měla čas, chvílku pro sebe a mohla si odpočinout?

- a. Skoro vůbec
- b. Maximálně jednou za měsíc
- c. Maximálně dvakrát za měsíc
- d. Jednou týdně
- e. Vícekrát než jednou týdně

17. Pomáhá vám s financováním rodina?

- a. Ano
- b. Pomoc nabídla, ale já jsem to odmítla
- c. Ne, rodina semnou nekomunikuje, žijeme ze sociálních dávek

18. Bylo pro vás obtížné vyrovnat se s novou rolí? Roli matky?

- a. Ne
- b. Ano



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	ČERMÁKOVÁ ZDĚSLAVA	
Studijní obor	PODPOŘNÍ ASISTENCE	Ročník 3. APA
Téma práce	PROBLEMATIKA ADOLESCENČNÍCH NÁVYKŮ	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	LIDEMČOVICE VALAŠSKÉ MEZIŘÍČÍ	
Jméno vedoucího práce	Mgr. ZUZANA BARDALOVÁ	
Vyjadření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <input checked="" type="radio"/> souhlasím	
Souhlas náměstkyňe při ošetřovatelskou pečí	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím <input checked="" type="radio"/> souhlasím	

ZDĚSLAVA ČERMÁKOVÁ dne 12. 11. 2012

podpis studenta