

Plánované rodičovství očima studentů středních zdravotnických škol

Zdena Opluštilová

2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Zdena Opluštilová**
Osobní číslo: **H170401**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Plánované rodičovství očima studentů středních zdravotnických škol**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti plánování rodičovství.
Příprava metodiky kvantitativního šetření.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace šetření technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- AMY, J.J. and O. LOEBER. *Pregnancy during Adolescence: A major social problem*, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2007, p. 299-302, DOI: 10.1080/13625180701737635.
- GREGORA, M. a M. VELEMÍNSKÝ. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha. 2.*, aktualizované vydání. Praha: Grada, 2017. 253 s. ISBN 978-80-247-5579-3.
- HANÁKOVÁ, T., M. CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ a P. VOLNÁ. *Velká česká kniha o matce a dítěti. 2.*, aktualizované vydání. Brno: CPress, 2015. 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
- NILSSON, L. a L. HAMBERGER. *Těhotenství týden po týdnu: tajemství lidského života. České vyd. 2.* Praha: Svojtka & Co., 2008. 239 s. ISBN 978-80-7352-887-4.
- TRČA, S. *Plánované rodičovství: nejlepší cesta k narození zdravého dítěte. Vyd. 1.* Praha: Grada, 2009. 156 s. ISBN 978-80-247-2794-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jana Doleželová**

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**

Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Předložená bakalářská práce se zabývá názory studentů středních zdravotnických škol na plánované rodičovství. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je členěna na 5 hlavních kapitol, které pojednávají o adolescenci, plánovaném rodičovství, antikoncepci, těhotenství a rodině. Praktická část obsahuje zpracované výsledky dotazníkového šetření od studentů středních zdravotnických škol. Cílem práce bylo zjistit míru plánování rodičovství studentů středních zdravotnických škol.

Klíčová slova: dospívání, plánované rodičovství, rodina, antikoncepce

ABSTRACT

This bachelor thesis focuses on opinions of secondary medical school students about planned parenthood. The thesis is dividend into two sections a theoretical and practical part. The theoretical part consists of adolescents, planned parenthood, contraception, pregnancy and family. The practical part present the result of a questionnaire survey from students of secondary medical school.

Keywords: adolescents, planned parenthood, family, contraception

UTB ve Zlíně, Fakulta humanitních studií

Ráda bych poděkovala Mgr. Janě Doleželové za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady, trpělivost a vždy milý a ochotný přístup. Dále bych chtěla poděkovat studentům středních zdravotnických škol, kteří se zúčastnili mého výzkumného šetření. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu během celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

1	DOSPÍVÁNÍ.....	13
1.1	BIOLOGICKÉ ZMĚNY V DOSPÍVÁNÍ.....	13
1.1.1	BIOLOGICKÉ ZMĚNY U DÍVEK	14
1.1.2	BIOLOGICKÉ ZMĚNY U CHLAPCŮ.....	14
1.2	DĚLENÍ DOSPÍVÁNÍ	14
1.3	ADOLESCENTNÍ TĚHOTENSTVÍ	15
1.4	INFORMOVANOST O SEXUÁLNÍM ZDRAVÍ	15
2	PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ	17
2.1	DĚLENÍ PLÁNOVANÉHO RODIČOVSTVÍ.....	17
2.2	VHODNÝ VĚK ŽENY.....	17
2.3	PŘÍPRAVA NA OTĚHOTNĚNÍ	18
2.3.1	STRAVA.....	19
3	ANTIKONCEPCE.....	21
3.1	DĚLENÍ ANTIKONCEPCE	21
3.1.1	PŘIROZENÉ METODY ANTIKONCEPCE.....	22
3.1.2	BARIÉROVÉ METODY ANTIKONCEPCE	22
3.1.3	ANTIKONCEPCE VYŽADUJÍCÍ LÉKAŘSKOU ASISTENCI.....	22
3.1.3.1	Nitroděložní antikoncepce.....	23
3.1.3.2	Gestagenní antikoncepce	23
3.1.3.3	Kombinovaná hormonální antikoncepce	23
3.1.4	STERILIZACE.....	23
3.1.5	INTERCEPCE.....	24
3.1.6	INTERRUPCE	24
3.2	ETIKA ANTIKONCEPCE.....	24
4	TĚHOTENSTVÍ.....	25
4.1	DĚLENÍ TĚHOTENSTVÍ.....	25
4.1.1	I. TRIMESTR (1. – 12. TÝDEN).....	25
4.1.2	II. TRIMESTR (13. – 24. TÝDEN)	25
4.1.3	III. TRIMESTR (25. – 40. TÝDEN).....	26
4.2	OPLOZENÍ.....	26
4.3	PŘÍZNAKY TĚHOTENSTVÍ.....	27
4.4	FYZIOLOGICKÉ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ.....	27
5	RODINA	29
5.1	FUNKCE RODINY	29
5.2	PODOBY DNEŠNÍ RODINY	30
-	31	
6	METODIKA VÝZKUMU	33
6.1	METODA SBĚRU DAT	33

6.2	CÍLE VÝZKUMU	33
6.3	CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ	33
6.4	REALIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	33
6.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	34
	PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	43

ÚVOD

Práce se bude zabývat plánovaným rodičovstvím z pohledu studentů středních zdravotnických škol. Cílem práce je zjistit kvantitativním výzkumem a dotazníkovou technikou názory studentů středních zdravotnických škol na plánované rodičovství.

Plánování svého života a to i budoucnosti je důležitým mezníkem v životě každého z nás. K plánování budoucnosti patří i otázka založení rodiny, z tohoto důvodu jsem si vybrala toto téma. Mojí cílovou skupinou jsou studenti 3. a 4. ročníků středních zdravotnických škol. Zajímá mne jejich míra plánování budoucnosti. Domnívám se, že dívky plánují budoucnost a založení rodiny více než chlapci. Myslím si, že mezi faktory ovlivňující jejich plánování patří hlavně finance a bydlení. Také svým výběrem povolání studenti ovlivňují svou budoucnost. Ve výběru zdravotnických povolání, musí počítat s nepřetržitým pracovním provozem.

NEDOKONČENO – OMLOUVÁM SE

I. **TEORETICKÁ ČÁST**

1 DOSPÍVÁNÍ

V hlavním biologickém významu popisujeme dospívání jako životní etapu začínající prvními známkami pohlavního vyspívání (hlavně objevením se prvních sekundárních pohlavních znaků), pokračující dovršením plné pohlavní zralosti (plné reprodukční schopnosti) a závěrečným dokončením tělesného růstu. Zároveň s biologickým zráním se odehrává zbytek důležitých duševních změn, které můžeme poznat objevením se nových pudových tendencí, a zjišťováním jejich způsobů uspokojování a kontroly, celkovou emoční labilitou a také nástupem dospělého způsobu myšlení a dosažení vrcholu jeho rozvoje. (Langmeier, Krejčířiková, 2006, str. 142)

Znamená to období vymykání se z pout rodiny a pátrání po své cestě životem, je to doba zevních i vnějších konfliktů bez jednoznačných životních plánů, stylu, norem, s nestálým sebevědomím. *Po vrcholné fázi dětství tak nastává vlivem hormonálních změn a nového sociálního zařazení období s řadou změn.* (Čačka, 2000, str. 228)

Dospívání můžeme chápat jakožto průběh důležitých biologických, psychologických a sociálních změn, díky kterým se z jedince stává právoplatný dospělý. V biologickém významu dochází k dozrání tělesných funkcí, které souvisí se schopností reprodukce. Nezralostí tělesných funkcí se jedinec doposud lišil od dospělých. Obdobně je tomu tak i v rovině psychické. Adolescent využívá k přemýšlení a řešení různých teoretických i praktických témat složitější kognitivní postupy, a tudíž není rozdíl ani po kvalitativní stránce myšlení mezi starším dospívajícím a dospělým. I na řešení problému rychleji přijde adolescent než-li dospělý. Vyšší četnost životních zkušeností získaných věkem je jistě výhodou, ale může snižovat chuť zkoušet nové věci a přicházet na neobvyklá řešení, která mohou být nejučinnější. (Janošová, 2008, str. 196)

1.1 Biologické změny v dospívání

Puberta s sebou nese biologické proměny jako je zvýšená produkce pohlavních hormonů, která slouží jako spouštěč pro tělesné proměny k dospělému tělesnému vzhledu. Následuje sexuální zrání. A pro změnu v kvalitě myšlení i zrání mozkových tkání.

Biologické změny se projevují:

- emoční labilitou,
- novými zkušenostmi,
- značnou nejistotou,

- sexuální vzrušivosti a s tím i úzce spojený první prožitek zamilovanosti. (Janošová, 2008, str. 197)

1.1.1 Biologické změny u dívek

Nejdříve dochází na pokyn podvěsku mozkového ke zvyšování produkce hormonu estrogeneru z vaječnicků. Hormon estrogen se podílí především na růstu prsů, zrání dělohy, vývinu tvaru boků, pánve a steh. Díky němu zde dochází i k ukládání tukových zásob. Vaječníky také vylučují androgeny, které zahajují růst ochlupení v oblasti podbřišku a podpaží. Následně se objevuje i pubické ochlupení. První menstruace se opoždí za začátkem vývinu prsou v průměru o 1,3 -3,3 roku. Ze začátku první menstruace nebývá doprovázena pravidelnou ovulací - dozráváním vajíček. V prvních pár letech k ní dochází pouze v 50-90 % cyklů. Zahájení ovulace spouští zvýšení produkce hormonu - progesteronu, který je významný pro budoucí těhotenství. I v dalších letech pokračuje ukládání tuku do partií břicha, hýždí a steh. Zároveň s vývinem sekundárních pohlavních znaků se odehrávají změny vnitřních i zevních genitálií. Děloha nadále roste do dvaceti let věku adolescentek. (Janošová, 2008, str. 197-198)

1.1.2 Biologické změny u chlapců

U chlapců je to zvětšení varlat, rovněž při současném úvodním ochlupení pubické oblasti. Dále růst a posléze rozvoj svalů. (Otová, 2012, str. 183)

Spermatogeneze je nejdůležitějším projevem tělesné dospělosti u chlapců. Jedná se o závěrečnou funkci z celého procesu dospívání. A znamená plnou pohlavní zralost muže. Spermatogeneze je tedy tvorba mužských pohlavních buněk (spermii). (Janošová, 2008, str. 205)

1.2 Dělení dospívání

Hranice dospívání se nedá konkrétně definovat, díky mnoha ovlivňujícím faktorům, např. společenské a kulturní zvyklosti. Po dosažení určitého věku v méně rozvinutých zemích přijímají jedince do dospělosti za pomoci rituálů. V rozvinutějších zemích se přechod do dospělosti odkládá do vyššího věku z důvodu vyšší náročnosti. (Šimíčková, Čížková, 2008, str. 111)

Vašutová a Panáček dělí období dospívání na tři fáze:

- První fáze - raná (časná) adolescence zahrnující časový úsek zhruba od 11 – 12 let do 13 – 14 let

- Druhá fáze - střední adolescence, která trvá od 13 – 14 let do 15 – 16 let
- Třetí fáze - pozdní (vrcholná) adolescence trvající obvykle od 15 – 16 let do 20 – 22 let (Vašutová, Panáček, 2013, str. 9 – 10)

1.3 Adolescentní těhotenství

Adolescenti jednájí impulzivně a mohou prokazovat nízké předpoklady pro plánování v předstihu. A to platí také pro jejich sexuální chování. Znepokojení rodiče a všichni ostatní, kteří poskytují rady a vedení, musí tento fakt brát v úvahu a musí mít zájem o vrozené touhy mladých adolescentů po autonomii. (Pregnancy during adolescence: A major social problem, 2007)

Nechtěné těhotenství v dospívání s sebou nese spoustu zdravotních i psychosociálních komplikací pro mladé matky. Jen v mála situacích je dítě doopravdy donošeno (až 15 % spontánních potratů). Miminka narozená mladým matkám bývají častěji nedonošená, proto je vyhovující pozdější věk rodičky. Nedospělé matky mají zdravotní komplikace jako hypertenze, anemie, sexuálně přenosné choroby. A psychosociální problémy - finanční potíže, ztráta zaměstnání, rozpad vztahu, přerušení studia, sociální izolace. Zanedbávání ze strany nedospělých rodičů k jejich dětem může být časté. Proto psychomotorický vývoj těchto dětí bývá pomalejší, ve škole v učivu hůře prospívají, a samy se také častěji mohou stát adolescentními rodiči. (Langmeier, Krejčířiková, 2006, str. 158-159)

Méně příznivé socioekonomické podmínky, jako je nízké vzdělání a nízká úroveň příjmů rodiny dospívajících, mohou přispět k vysoké porodnosti dospívajících. Těhotenství a porod dospívajících přináší značně sociální a ekonomické náklady prostřednictvím okamžitých a dlouhodobých dopadů na dospívající rodiče a jejich děti. Těhotenství a narození významně přispívají k míře předčasného ukončování školní docházky u dívek. (About teen pregnancy, 2019)

1.4 Informovanost o sexuálním zdraví

Již na základních školách žáci studují předměty, které jim pomáhají k aktivnímu rozvoji ochrany zdraví. Předmět Výchova ke zdraví, který žáci absolvují na druhém stupni základních škol, zajišťuje propojení sociální, psychické a fyzické složky. Předmět žáky učí být za své zdraví zodpovědný. Svým obsahem navazuje na koncept Člověk a jeho svět. Dle Rámcového vzdělávacího programu se žáci v něm učí zásady zdravého životního stylu, cílevědomé chování ve všedních i rizikových situacích a neočekávaných příhodách. Dále v sociální sféře zabezpečuje rozvoj vnímání mezilidských vztahů, socializaci, vztahy mezi lidmi, mezi spolužáky ve škole. Klade důraz na partnerské vztahy a rodinu.

Cílem předmětu je, že žák respektuje význam sexuality v souvislosti se zdravím, etikou, morálkou a pozitivními životními cíli; chápe, význam zdrženlivosti v dospívání a odpovědného sexuálního chování. (Rámcový vzdělávací program, 2017, str. 94)

2 PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ

Snaha partnerského páru mít děti v období pro rodinu z různých důvodů nejrozumnější a také zamezení nechtěného těhotenství označujeme jako plánované rodičovství. (Gregora, Velemínský, 2017, str. 12)

Těhotenství je dobré plánovat z důvodu aby došlo ke splynutí spermií a vajíčka, jejich správnému dělení, a vývoji embrya. (Hanáková, Weberová, 2015, str. 10)

Mezi základní lidská práva, která se týkají celé společnosti patří také plánované rodičovství. Všichni jednotlivci mají dle mezinárodních dohod právo svobodně rozhodovat o počtu svých dětí. Znaky plánovaného rodičovství jsou nedílně spjaty se sexuální výchovou nezletilých. Právo na správné a způsobilé informace, které vedou k vytvoření názorů a dovedností patří ke všeobecnému společenskému úsilí. (Uzel, Kovář, 2010, str. 186)

2.1 Dělení plánovaného rodičovství

Gregora a Velemínský rozlišují 2 typy plánovaného rodičovství:

- Pozitivní plánování patří sem všechna opatření a snahy budoucích rodičů mít dítě, můžeme sem zařadit i snahy používané v léčbě neplodných párů
- Negativní plánování rozumíme tím snahu partnerského páru vedoucí k zabránění nechtěného početí. Nejvíce vhodnou cestou je jistě antikoncepce. Kdežto interrupce patří mezi nejméně vhodné postupy zabránění těhotenství z etických i zdravotních důvodů. (Gregora, Velemínský, 2017, str. 12)

2.2 Vhodný věk ženy

Nejvhodnější věkové období ženy pro otěhotnění dle Trči (2009, str. 13) bývá věk mezi 20. a 25. rokem života. V toto období samo těhotenství nejčastěji probíhá bez výskytu nepravidelností a samy porody mívají nejlehčí průběh. Mnoho budoucích maminek si však přeje prožívat těhotenství za příznivých podmínek. Mezi tyto příznivé podmínky jistě patří bydlení, stálý partner a dostatečné finanční zajištění. Proto si ženy plánují těhotenství na období mezi 25. a 30. rokem života. Po 35. roku věku může nastat zlom, protože těhotenství v tomhle období bývá častěji provázeno výskytem komplikací a roste také nebezpečí poškození plodu během jeho vývoje.

Nachází se mnoho výhod i nevýhod opatřit si dítě v pozdějším věku. Nese to však s sebou jisté zdravotní problémy, protože se plodnost žen ve vyšším věku snižuje. Starší ženy mohou mít problémy počít, a tudíž na tom závisí i počet chtěných dětí. Zvyšuje se zde také riziko potratu kvůli genetické kvalitě vajíček. (Nillson, Hamberger, 2008, str. 30)

Nemalou roli samozřejmě hraje i věk muže. Po 50. roce života začíná klesat mužská plodnost. Spermie se už tak nemusí tvořit jako u mužů v mladém věku. Myslíme hlavně počet spermií, jejich kvalitu, pohyblivost a objem spermatu. Ve vyšším věku se objevují ve spermiích i takové části DNA jež nenesou důležitou část, ale mohou se podílet na výskytu některých genetických onemocnění. Tuto situaci nazýváme Paternal Age Effect. Tak jak je tomu u žen je tomu i tak u mužů. Čím je jedinec mladší tím je plodnost jednodušší a tím jsou i nižší rizika. (Pařízek, Honzík, 2015, str. 40)

Do psychologických hledisek ovlivňujících pozdní početí zařazujeme mimo jiné osobnostní vývoj, motivaci k rodičovství, psychologické a sociální aspekty a pozitivní i negativní stránky rodičovství. Duchovní hlediska se zabírají rodinou z pohledu křesťanství. Díky tomu, že Česká republika byla formována křesťanstvím tak jako ostatní západní země. Ženy se především potýkají s otázkou plodnosti a tudíž neúmyslně odkládají rodičovství na později. Partnerské dvojice mnohdy využívají metody asistované reprodukce. (E-Psychologie ČMPS, 2007)

2.3 Příprava na otěhotnění

Je třeba aby se žena na plánované těhotenství připravovala již o něco dříve. O něco dříve rozumíme časové období zhruba půl roku. Během té doby by měla dodržovat zásady zdravého životního stylu. Do zdravého životního stylu neodmyslitelně patří dostatek pohybu, pobyt na čerstvém vzduchu, zdravá strava, dostatek tekutin. Neměla by kouřit a měla by omezit alkohol na minimum. Vhodná je i návštěva gynekologa. (Behinová, 2012, str. 34)

Mladé ženy s nadváhou mohou mít problém s početím. Obézní mladé ženy v těhotenství mohou mít řadu zdravotních problémů jako např. vysoký krevní tlak a během porodu se mohou objevit i potíže s tlačáním, a tudíž se prodlužuje doba porodu. Jaká je tedy vhodná tělesná hmotnost pro těhotenství? Můžeme ji zjistit jednoduchým výpočtem, kdy od výšky uvedené v centimetrech odečteme konstantní číslo 100, tím dostáváme číslo správné individuální hmotnosti. (Trča, 2009, str. 16)

Také je potřeba aby se žena zbavila zbytečného stresu. Během něj dochází v lidském těle k nechtěným dějům. Zvyšuje se vylučování adrenalinu, který je tvořen v nadledvinách. také dochází k nadměrnému vylučování cukru do krevního oběhu. Výsledkem těchto biochemických pochodů stoupá krevní tlak

nad normální hodnoty. Dochází ke zužování cév a tudíž se snižuje zásobování tkání kyslíkem. Dále se svaly více napínají a také se snižuje obranyschopnost organismu. Pokud by se tyto biochemické pochody děly nepřetržitě, mohlo by docházet k trvalému zvýšení krevního tlaku a poruchám spánku. Nejběžnějším důvodem stresu mnohdy bývá dlouhotrvající psychické přetížení. (Trča, 2009, str. 17)

2.3.1 Strava

Důležitým předpokladem pro adekvátní výživu budoucí maminky je vyvážená plnohodnotná strava. Měla by obsahovat dostatek zeleniny, brambory, ovoce, celozrnné pečivo, maso v přiměřeném množství, ryby a mléčné výrobky. Tím se splní přísun všech potřebných minerálů a vitamínů. Proto není nutný další příděl doplnků stravy či vitamínů. Jen je potřeba doplňovat kyselinu listovou a jód. (Sabersky, 2009, str. 40)

Kyselina listová je nezbytná pro syntézu nukleových kyselin, což jsou látky, které tvoří genetický materiál – tedy DNA a RNA. K jejím funkcím patří podílení se na vzniku celé řady aminokyselin (například tryptofan, glycin nebo methionin), které mají za následek správný vývoj plodu. Je velmi důležitá pro krvetvorbu. Kyselina listová napomáhá dělení buněk, podporuje růst plodu a diferenciaci tkání, zvláště nervové soustav a snižuje výskyt vrozených vad nervového systému i jiných.

Potraviny, v nichž se kyselina listová vyskytuje:

- Listová zelenina - čínské zelí, špenát, hlávkový salát,
- Košťálová zelenina - brokolice, květák, růžičková kapusta,
- Kořenová zelenina - červená řepa, ředkvička,
- Ostatní zelenina - chřest,
- Ovoce - jahody, maliny, pomeranč, datle,
- Ořechy - vlašské, lískové, kešu, sezamová semínka, slunečnicová semínka,
- Obiloviny - chléb celozrnný, rohlík celozrnný,
- Játra a vnitřnosti - v době těhotenství se však příliš nedoporučují pro jejich vysoký obsah vitamínu A i možnou přítomnost toxických látek.

Denní doporučená dávka kyseliny listové je 600-800 µg/den. Normální stravou přijmeme denně asi jen 250 µg. (Kyselina listová: proč ji užívat v těhotenství a v jakých potravinách se vyskytuje?, 2019)

Pro zdravý vývoj plodu je důležitým aspektem zdravé stravování. Výživa budoucí matky má být pestrá, pravidelná a má být v přiměřených porcích. Pro obsah bílkovin, draslíku a vitamínu C jsou důležité vařené brambory. Měli by vyměnit ve stravě ženy knedlíky, které nemají žádný zvláštní

přínos. Dále je vhodné mléko, které dodává bílkoviny a vápník nezbytné pro vývin kostí plodu. Budoucí matka by denně měla vypít půl až jeden litr mléka. Pokud nesnáší mléko, může jej vyměnit za mléčné výrobky - jogurty, sýry, tvaroh. Dále je důležitá konzumace potravin obsahujících železo, snižuje tím riziko vzniku chudokrevnosti. Štědrými zdroji železa jsou krev, libové hovězí maso, špenát, lískové oříšky, hlávková kapusta, petrželová nať, meloun, mrkev a celozrnný chléb. Dále je žádoucí konzumování vitamínu C. Jeho zdroje jsou pomeranče, citrony, grapefruity, jahody, banány, meruňky, mrkev, hroznové víno, hlávkový salát. V boji proti zácpě pomáhá vláknina. Vyskytuje se ve slupkách ovoce, zeleniny, v povrchových vrstvách luštěnin a obilných zrn. Prvotřídní tekutinou přijímanou v těhotenství je jistě mléko, dále sem patří šípkový čaj, podmásílí, žitná káva. (Trča, 2009, str. 46-48)

3 ANTIKONCEPCE

Dle Faita (2018, str. 10) je jakákoliv metoda zabraňující početí nazývána kontracepcí. Tato metoda se snaží o primární zabránění početí a porodu neplánovaného dítěte. Aby tomu tak bylo je nejdůležitější informovanost žen o typech kontracepce a jejich spolehlivosti. Takové znalosti dívky získávají nejprve od matek, poté si téma připomenou např. ve školní výuce, proberou s kamarádkami, obrátí se na internetové zdroje.

Slovem antikoncepce označujeme techniky, které vedou k nevratné zábraně početí. Dělíme je na techniky přirozené, které nevyžadují nijaké speciální zacházení či užívání léčiv. Ženské i mužské bariérové metody a to chemické i mechanické, které zařídí překážku spermiím do dělohy. Dále je to nitroděložní antikoncepce, kdy se tělíška zavádí do dělohy. Gestagenní antikoncepce kdy dochází k nepřetržitému podávání progestinu. A v neposlední řadě i kombinovanou hormonální antikoncepci. (Weiss, 2010, str. 275)

Míru otěhotnění sledujeme Pearlovým indexem, tedy počtem vzniků těhotenství na 100 žen, užívajících jakoukoliv techniku zabránění početí, během jednoho roku. (Weiss, 2010, str. 277)

Při užívání antikoncepčních technik, mohou nastat pro osoby s určitými chorobami i zdravotní rizika. Momentální nabídka antikoncepčních metod představuje objemnou škálu různých metod i pro osoby se zdravotními riziky. Na dívkách tak už jen závisí výběr kontracepčních metod, na základě dostupných informací.

Postoje vedoucí ke změně či vysazení antikoncepčních metod mají různorodou strukturu. Nejvíce objeveným důvodem je - demotivace a možnost vyskytnutí se nežádoucích účinků. Obavy mohou být na základě neobjektivního podkladu, kdy se dívky strachují změny hmotnosti, vlivu léků na embryo či úzkost ze vzniku možných kardiovaskulárních onemocnění.

Ve skutečnosti je hormonální antikoncepce tvořena metodami kombinované hormonální antikoncepce, založené na podávání estrogenní a progestagenní komponenty, zatímco čistě progestagenní kontraceptiva obsahují pouze progestin. (Fórum antikoncepce a význam vědeckých informací pro efektivní plánované rodičovství, 2017)

3.1 Dělení antikoncepce

Antikoncepci lze rozdělit na reverzibilní s jednoduchým návratem plodnosti po jejím vysazení a ireverzibilní, která ukončuje přirozenou možnost oplodnění. Ireverzibilní metody jsou určeny pro

jedince, kteří již dosáhli plánovaného počtu dětí, nebo by případným těhotenstvím riskovali zhoršení svého zdravotního stavu či přenos dědičné poruchy na případné potomky. (Fait, 2018, str. 13)

3.1.1 Přírozené metody antikoncepce

Mezi přírozené metody antikoncepce patří kojení, periodická abstinence (metoda plodných a neplodných dnů), coitus interruptus, úplná koitální abstinence. Jedná se tedy o metody, při nichž není využito mechanických ani farmakologických pomůcek k zabránění početí. (Weiss, 2010, str. 279)

K pozitivům těchto metod patří úplná absence vedlejších účinků. Avšak tyto metody nejsou příliš oblíbené pro svou nízkou míru spolehlivosti s vysokými nároky na sebekontrolu a technické provedení. (Fait, 2018, str. 110)

3.1.2 Bariérové metody antikoncepce

Sem, můžeme zařadit techniky, které staví spermii na cestě k vajíčku překážky mechanické či chemické, i kombinované (vaginální hubky napuštěné spermicidem). (Weiss, 2010, str. 281)

Předpokladem bariérové antikoncepce je neumožnění dostání se spermii do dělohy. Nejznámější a nejjednodušeji použitelnou pomůckou je prezervativ. Kondom se nasazuje těsně před koitem na penis a snímá se po ejakulaci. Je vhodný jako prevence proti přenosu pohlavních chorob. Femidom je ženská verze prezervativu. Na trhu existuje pro ženy s méně častým pohlavním stykem vaginální pesar. Zavádí se před stykem do horizontální polohy mezi zadní stěnu poševní a symfýzu. Jeho negativem je velká míra selhání, výtok, pocit tlaku, a v neposlední řadě závislost účinnosti na správném zavedení. (Fait, 2018, str. 107)

Spermicidy jsou substance, které zabíjí spermie. Do pochvy je zavádíme před pohlavním stykem. Dají se koupit ve formě vaginálních globulí a krémů. Často se používají s kombinací s kondomy či pesary. K jejich kontraindikaci dochází z důvodu alergie. (Weiss, 2010, str. 282)

3.1.3 Antikoncepce vyžadující lékařskou asistenci

Patří sem nitroděložní antikoncepce, gestagenní antikoncepce a kombinovaná hormonální antikoncepce. (Weiss, 2010, str. 283)

3.1.3.1 Nitroděložní antikoncepce

Technika spočívá v zavedení tělíška obsahujícího měď nebo progestin do dutiny děložní. Tělíska zabraňují početí tím, že způsobuje v děloze sterilní asymptomatický zánět, přítomné makrofágy pak hubí spermie, které se v děloze vyskytnou. (Weiss, 2010, str. 283)

Materiál, ze kterého je tělíska vyrobeno, je nejčastěji směsí ethylenu a vinylacetátu. Aby byla možná ultrazvuková kontrola umístění tělíška, je v materiálu přidáný síran barnatý. Tělíska dělíme dle tvaru ramének i dle celkové plochy měděného drátku. Dle množství mědi je délka doby zavedení tělíška doporučena na 3 až 10 let. (Fait, 2018, str. 91-92)

3.1.3.2 Gestagenní antikoncepce

Technika závisí na kontinuálním podávání gestagenu - progestinu, jedná se o syntetické analogum progesteronu. Gestagen působí na prostorové uspořádání makromolekul mukopolysacharidů v cervikálním hlen. Mukopolysacharidy vytváří síť, cervikální hlen ztrácí tažnost, stává se pro spermie nepropustný. Trh nabízí gestagen ve formě tablet - minipilulek, podkožních implantátů a injekcí s pomalým vstřebáváním. (Weiss, 2010, str. 285)

3.1.3.3 Kombinovaná hormonální antikoncepce

Jedná se o chemickou směs estrogenu a progestinu, nejčastěji se používá výraz estrogen-gestagenní antikoncepce. Samotný účinek antikoncepce je kombinovaný. Důležitá je inhibace ovulace, která ovlivňuje zpětné vazby v rovině hypothalamus-hypofýza-ovarium, dále se přidává vliv progestinu na motilitu vejcovodů, trofiku sliznice a cervikální hlen. (Křepelka, 2013, str. 33)

Studie prokazují návrat plodnosti za 1-3 měsíce od vysazení k míře úměrné věku pacientky. (Fait, 2018, str. 22)

Tato antikoncepce je na trhu ve formě tablet. Méně oblíbená forma je transdermální náplast a vaginální kroužek. (Weiss, 2010, str. 286)

3.1.4 Sterilizace

Je technika, která neumožní početí bez pomoci metod asistované reprodukce nebo bez jiného operačního zásahu na vnitřním genitálu. (Weiss, 2010, str. 290)

Ženská sterilizace se provádí zneprůchodněním vejcovodů. U mužů se přeruší chámovody, výkon se nazývá vasektomie. Sterilizace se doporučuje jen takovým párům, které již dosáhli plánovaného množství dětí. (Weiss, 2010, str. 291)

O tento chirurgický zákrok může ze zdravotních důvodů zažádat každý občan, který dosáhl 18 let věku. Na své přání může o provedení výkonu požádat občan starší 21 let. (Fait, 2018, str. 108)

3.1.5 Intercepce

Druh hormonální antikoncepce kdy k zábraně početí dochází až po souloži. Je využíván páry s nízkou frekvencí pohlavního styku, nebo při styku náhodném, dále jako první pomoc po nechráněném pohlavním styku nebo po selhání jiné metody. (Fait, 2018, str. 87)

Postkoitální antikoncepce závisí na požití několika tablet kombinované hormonální antikoncepce. Metodu lze použít do 72 hodin po nechráněném styku. N atrhu je dostupná bez lékařského předpisu. (Weiss, 2010, str. 292)

3.1.6 Interrupce

Umělé přerušování těhotenství nepovažujeme za plánované rodičovství. Jedná se o nouzové řešení selhání antikoncepce. Antikoncepce je nejlepší prevencí interrupcí. (Fait, 2018, str. 10)

3.2 Etika antikoncepce

V dnešní době má málokdo námitky proti užívání moderní antikoncepce. Výjimku tvoří katolická církev. Nabízí se nám ovšem eticko-právní problém u žen s chronickým onemocněním. Ze zdravotních důvodů lékař ženě kontraindikuje antikoncepci ze strachu z následků. Ale je jasné, že těhotenství je pro ženu mnohem větší riziko než samotná antikoncepce. Žena se musí spolehlivě před nechtěným početím chránit. Ovšem vyžadovanou spolehlivost nesplňují ani bariérové ani přirozené techniky antikoncepce. (Roztočil, 2017, str. 464)

4 TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství znamená období života ženy, kdy uvnitř jejího těla dochází k vývoji embrya. Těhotenství trvá zhruba 10 lunárních měsíců po 28 dnech to znamená 280 dní. Početí začíná spojením dvou pohlavních buněk - mužské a ženské, končí porodem dítěte. Toto období dělíme na oplození, nidaci a vývoj plodového vejce. Samotným porodem dítěte se z embrya, plodu stává novorozenec. (Roztočil, 2017, str. 86)

!!!!Rodičovství přináší do života mladých rodičů uspokojení další základní životní potřeby, která se v tomto období výrazně manifestuje – potřeby mít někoho, o koho mohou pečovat, kdo je na ně závislý a kdo je absolutně potřebuje (potřeba „generativity“ v terminologii E. H. Eriksona).!!!!

4.1 Dělení těhotenství

4.1.1 I. trimestr (1. – 12. týden)

Během těhotenství dochází ke změnám v organizmu ženy. Nejvíce se vyvíjí a mění děloha. Ze své původní hmotnosti 50-60 g se její váha zvedne až na 900 - 1000 g ke konci těhotenství. Zmnoží se cévní zásobení dělohy a její objem z 2-3 ml stoupne na 5000 ml. Z hruškovitého tvaru se děloha změní na tvar kulovitý. Svůj tvar a uložení si ponechává až do porodu pouze děložní hrdlo. (Hanáková, Weberová, 2015, str. 48)

4.1.2 II. trimestr (13. – 24. týden)

Na začátku II. trimestru jsou placenta i její funkce dobře vyvinuty. Jedna strana placenty přiléhá ke stěně dělohy a označuje se jako mateřská strana, druhá se nazývá strana plodová a je natočena k dítěti. Hrubým odhadem se uprostřed placenty nachází pupečník se třemi cévami. Samotná hmotnost placenty se na konci těhotenství pohybuje okolo 500 až 700 g.

Na začátku II. trimestru je již dobře vyvinutá placenta a její funkce. Placenta má dvě strany: jedna přiléhá ke stěně dělohy a označuje se jako strana mateřská, druhá je přikloněna k dítěti a nazývá se strana plodová. Asi uprostřed kruhové placenty je umístěn pupečník se třemi cévami. Hmotnost placenty na konci těhotenství se pohybuje od 500 do 700 g.

Mezi funkce funkce placenty patří:

- zajišťování výživy dítěte,
- zajišťování výměny kyslíku a oxidu uhličitého mezi krví matky a dítěte,

- placenta představuje imunologickou bariéru,
- tvoří placentární hormony, které zajišťují stabilitu těhotenství. (Hanáková, Weberová, 2015, str. 50)

4.1.3 III. Trimestr (25. – 40. týden)

Poslední trimestr začíná v polovině 7. měsíce těhotenství, a ženám se zdá být nejdelším trimestrem. Změny v těle ženy jsou velmi výrazné. Určitě se bude budoucí matce hodit pomoc celé rodiny a partnera. Je nevhodnější doba zapojit partnera do příprav na příchod dítěte. Ve většině případů je muž hrdý na to, že bude otcem, a uvědomuje si, že jeho těhotná žena potřebuje jeho pomoc. (Hanáková, Weberová, 2015, str. 51)

4.2 Oplození

Těhotenství nejprve začíná fertilizací. Fertilizace je děj, kdy mužská gameta - spermie, a ženská gameta - oocyt se spojí a vznikne zygota.

Rysy dítěte mají na starost specifické geny na chromosomech, které dědíme od otce i od matky. Člověk má asi 20 000 genů ve 23 chromosomech. *V somatických buňkách je 23 homologních párů chromosomů, které představují diploidní počet 46 chromosomů. Existuje 22 párů odpovídajících si chromosomů, autosomů a jeden pár chromosomů pohlavních, heterosomů.* Pokud je pohlavní pár XY, jde o geneticky mužského jedince, pokud je pár XX, pak jde o geneticky ženské pohlaví. Jeden chromosom každého páru pochází z mateřské gamety, oocytu, a druhý z otcovské gamety, spermie. *Každá gameta tedy obsahuje haploidní počet 23 chromosomů a spojením gamet při oplození opět vzniká diploidní počet 46 chromosomů.* (Sadler, 2011, str. 13)

Až se spojí ženské i mužské chromozomy, vzniká oplozený oocyt, nazýváme jej zygota. Poté dochází k rychlému mitotickému dělení zygoty, známé jako rýhování, to trvá zhruba 30 hodin. Během rýhování dochází k dělení zygoty na blastomery, které dále cestují ve vejcovodu do dutiny děložní. Následné dělení buněk vede k vytvoření moruly - kulovitěho útvaru tvořeného 8 až 12 blastomery. Během tohoto stadia vstupuje embryo do dutiny děložní, kde zůstává jen tak volně po dobu 2-3 dnů. Poté se morula postupně mění na blastocystu. Dutý útvar, ve kterém se vytváří dvě každé jiné vrstvy buněk. Vnitřní vrstva se jmenuje embryoblast, postupně z něj vznikne embryo, amnion a žloutkový váček. A zevní trofoblast který se změní na plodovou část placenty. (Roztočil, 2017, str. 86-89)

Asi šestý den po oplození nalehne blastocysta na stěnu dělohy asi v horní třetině zadní či přední stěny děložní a pomalu se zanořuje do sliznice dělohy. Postupně se implantuje do deciduy. Ihned po jejím zanoření se otvor po implantaci vyplní buněčnou drtí a fibrinem a za několik dní se zcela uzavře koagulem. Implantace je tímto ukončena a blastocysta se zahnížďuje v decidue. Celý tento proces je ukončen asi 11. den po oplození vajíčka spermií. (Roztočil, 2017, str. 86-89)

4.3 Příznaky těhotenství

Příznaky těhotenství se u každé ženy různí. Jako první příznaky těhotenství označujeme příznaky nejisté. Nejisté proto, že se mohou objevit i u netěhotných žen. Zajisté sem patří vynechaná menstruace. Dále jsou příznaky pravděpodobné kdy dochází již k viditelným změnám na pohlavních partiích ženy, jako je větší prokrvení sliznice pochvy. A poslední a to příznaky jisté. Jisté pro to, že se nedají již s ničím zaměnit než s těhotenstvím - pohyby plodu, slyšitelný a viditelný tlukot srdíčka. (Hanáková, 2015, str. 16)

Choriový gonadotropin (β -hCG) nebo-li těhotenský hormon je důležitý pro laboratorní průkaz těhotenství. Lze jej vyšetřit z moči či krve ženy. Začíná být pozitivní odhadem od 8. - 9. dne po ovulaci a fertilizaci. Již od 5. týdne těhotenství nám umožní vidět v děloze počínající těhotenství ultrazvukové vyšetření vaginální sondou. Jedná se o období 3. týdne od oplození. (Gregora, Velemínský, 2017, str. 13)

4.4 Fyziologické změny v těhotenství

Tělo budoucí matky prochází v období těhotenství nemalými změnami - vždyť žena chrání a vyživuje ve svém těle dítě. Většina těchto změn se vrátí po nějaké době zase do normálu. Po početí mění děložní hrdlo svou barvu a konzistenci. Narůstá počet i aktivita žláz cervikální sliznice. Díky sekreci hustého hlenu dochází ke vzniku hlenové zátky, která uzavírá cervikální kanál. Během porodu v první době porodní se děložní hrdlo ztenčí a otevře proto dochází k odloučení hlenové zátky. Během těhotenství ustávají v produkci vajíček vaječníky. Ve vaječnicích zůstává žluté tělíčko a produkuje progesteron. Ten je potřebný během prvních šesti až sedmi týdnů těhotenství pro udržování děložní sliznice, dokud jej nevystřídá placenta. Poševní sliznice se ztlušťuje a viditelně vyčnívají klky. Zato pojivová tkáň se chystá na roztažení, které je důležité pro porod dítěte. Poševní pH je nižší, aby byla vagina i děloha chráněny před patogenními organismy. (Leifer, 2004, str. 65)

Během těhotenství se mění i prsy, jsou stále objemnější z důvodu zvětšující se mléčné žlázy a také přibíváním tuku. Bradavky bývají na dotek citlivé a pomalu vystupují. Gastrointestinální trakt a jeho svalstvo jsou ochablější, jejich snížená činnost je častou příčinou zácpy, pálení žáhy a plynatosti. Může docházet k častému krvácení z dutiny ústní během čištění zubů, protože její sliznice je překrvená a zduřelá. Krevní oběh se zrychluje. Tělo musí vytvořit o 40 % více krve, potřebnou pro zajištění látkové výměny mezi matkou a dítětem. Také se zvyšuje počet tepů za minutu. Močový měchýř se musí častěji vyprazdňovat, protože na něj tlačí děloha, a je dělohou vysunován nahoru. Z důvodu zvýšeného průtoku krve ledvinami se ledviny zvětšují. Také dýchací soustava pracuje během těhotenství mnohem intenzivněji, zvyšuje se dechový objem a dechová frekvence. Zato kapacita plic se snižuje a to může vést až k dušnosti, což může být způsobeno částečně i tlakem zvětšující se dělohy na orgány v dutině břišní. Dále dochází ke změnám kostry, kdy je prohloubení prohnutí bederní páteře směrem dopředu do břicha. To má za následek váhový přírůstek, který také může za změnu statiky pohybového ústrojí. Vazy a klouby jsou prosáklé, zejména v okolí kyčlí a spony stydké, jsou i více pohyblivé. Zvětšení váhy během prvního trimestru je až o 1,2 kg. (Hanáková, Weberová, 2015, str. 48)

5 RODINA

„Bez rodiny se člověk chvěje zimou v nekonečném vesmíru“ André Maurois

Rodina znamená pro dítě první pohled na lidská společenství, zásadně ho to limituje a ovlivňuje jeho postupný vývoj i ve vztazích k ostatním jedincům ale i skupinám. Rodina zajišťuje přenos modelů chování při vytváření jeho následných vztahů ve společnosti. Rodina je tudíž významným pozitivem pro celou lidskou společnost a pro její kulturní i mravní úroveň. (Krebs, 2007, str. 349)

Rodina si během evoluce prošla zajímavým vývojem, ale i přesto zůstává nepostradatelnou součástí života jak pro dítě, tak i pro dospělého. I když spoustu jejích funkcí přebírají jiné instituce, rodina i nadále funguje od počátku života člověka a postupného rozvoje jeho osobnosti a v různých fázích jej také ovlivňuje. (Kraus, 2008, str. 79)

Rodina je všeobecně chápána jako původní, přirozená, důležitá, lidská skupina a instituce, jako ekonomická jednotka. I jako základní prvek pro sociální struktury a výchovu. (Reichel, 2008, str. 177)

Specifičnost rodiny jako sociální skupiny spočívá především v tom, že je skupinou, jejímž je člověk členem již od chvíle svého zrození, nebo tomu tak alespoň v naprosté většině případů bývá. (Reichel, 2008, str. 178)

5.1 Funkce rodiny

Mezi čtyři základní funkce rodiny patří:

1. funkce reprodukční – stále zůstává základní jednotkou plazení nové generace
2. funkce hospodářská – rodina je převážně spotřební jednotkou dovršující finální fázi výroby
3. funkce emocionální – rodina poskytuje emoční uspokojení všem svým členům – v dobrých podmínkách rovnoměrně, tedy bez toho, že by se tak dělo na úkor ostatních členů rodiny.
4. funkce socializační – rodina uvádí dítě rozhodujícím způsobem do lidské společnosti, učí je základním způsobům společenského chování a předává mu základní kulturní statky společenství

Důležitou součástí emocionální funkce rodiny je hlavně její funkce sociálně porpurná, je nejvíce patrná ve chvíli, kdy se u některého člena rodiny objeví psychosociální problémy či závažné onemocnění. (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 183-184)

Autor Reichel (2008, str. 185) jednotlivé funkce rodiny dále rozvádí:

1. Funkce sociálně-reprodukční obsahuje učení jedince hrát určitou sociální roli, zařadit se do společnosti, pochopit pravidla a uvést jedince do sociální konformity.
2. Kulturně reprodukční funkcí se podle autora rozumí seznamování jedince, prostřednictvím rodiny, s kulturou společnosti, do které se narodil.
3. Biologicko-reprodukční funkce rodiny spočívá v rozrůstání rodiny, uspokojování sexuálních potřeb manželů sociálně akceptovaným způsobem.
4. Ekonomická funkce rodiny spočívá hlavně v materiálním uspokojování potřeb jejích členů.
5. Funkce terapeuticko-pečovatelská zahrnuje zajištění péče o členy rodiny, přičemž se jedná hlavně o tělesné, sociální a psychické zdraví.
6. Poslední funkci rodiny, kterou autor zmiňuje, je funkce obranná. V dnešní době se spíše jedná o jakousi symbolickou ochrannou roli rodiny. Nejčastěji se projevuje formou zastání se svých členů v různých situacích, poskytnutí zázemí, podpory.

5.2 Podoby dnešní rodiny

Autorský kolektiv Gillnerová, Kebza, Rymeš a další (2011, str. 109) ve své knize popisují, že současná rodina poskytuje širokou škálu podob rodinného i partnerského soužití. Z těchto podob lze pro přehlednost zmínit především následující:

- Soužití biologických rodičů a jejich dětí
- Soužití rodičů a adoptivních či pěstounských a získaných či osvojených dětí
- Soužití partnerů rozhodnutých nemít žádné děti
- Soužití bezdětných manželů bez možnosti mít vlastní biologické potomky přirozenou cestou, tedy bez případné adopce či asistované reprodukce
- Soužití bezdětných manželů, kteří se však bezdětnými stali z důvodu tzv. nekonzumovaného manželství
- Soužití bezdětných manželů, kteří získají vlastní biologického potomka různými alternativními způsoby, např. umělé oplodnění ženy, žena jako nositelka cizího vajíčka, žena jako dárkyně vajíčka jiné nositelce, která však po narození dítěte plní roli jeho matky
- Rodiče, kteří žijí bez vlastních biologických dětí, protože nebyli ochotní nebo schopní postarat se o jejich potřeby a děti jim byly proto odebrány

- Žena, která se rozhodne vychovávat dítě sama na vlastní zodpovědnost a partnera o jeho narození proto vůbec neinformuje
- Homosexuální nebo lesbické (případně bisexuální) dvojice pečující o dítě jednoho nebo obou z partnerů

I přes výčet různých podob nebyly uvedeny všechny možnosti podob manželství či partnerství.

Dle velikosti je rodina považována za instituci vsutku malou, jejímž hlavním znakem je soužití muže a ženy s jejich dětmi. Jedná se tedy o soužití lidí spojených vztahy příbuzenskými nepokrevními (např: manželé, partneři) i pokrevními (rodiče a jejich děti, sourozenci mezi sebou. Není tomu tak u adopcí, kdy se pokrevní vztahy neobjevují, nebo jen v omezené míře. Taková rodina je rodina nukleární - atomická - elementární - základní. Další variantou rodiny je rodina neúplná, kdy je počet osob redukován rozvodem, popřípadě smrtí rodičů, nebo to může být svobodná matka s dětmi. (Reichel, 2008, str. 179)

Dnešní moderní rodiny nejsou zakládány, aby přispívali populaci novými členy společnosti. Nýbrž pro uspokojování emočních tužeb potřeb partnerů - ne dětí. Výdrž těchto rodin proto stojí a padá s citovou bilancí partnerského vztahu. Dítě může být považováno za dobrou citovou investici do budoucna. (Matoušek, 2003a, str. 181).

-

I. **PRAKTICKÁ ČÁST**

6 METODIKA VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce se zabývá mírou plánování rodičovství studentů středních zdravotnických škol.

6.1 Metoda sběru dat

K získání všech potřebných informací byla zvolena kvantitativní forma výzkumu pomocí anonymního dotazníkového šetření. Na základě stanovených cílů byl poté vytvořen anonymní dotazník.

6.2 Cíle výzkumu

Hlavní cíl:

Zjistit názory studentů na plánované rodičovství.

Dílčí cíle:

Cíl č. 1: Zjistit názory na užívání hormonální antikoncepce.

Cíl č. 2: Zjistit názory o interrupci.

6.3 Charakteristika vzorku respondentů

Cílovou skupinou respondentů tvořili:

- chlapci i dívky
- studenti 3. ročníků středních zdravotnických škol
- studenti 4. ročníků středních zdravotnických škol

6.4 Realizace průzkumného šetření

Šetření probíhalo v období od 17.1.2020 do 31.1. 2020 na středních zdravotnických školách v Kyjově, Břeclavě, Olomouci a Zlíně. Po schválení žádosti o umožnění dotazníkového šetření, bylo rozdáno celkem 89 dotazníků. Z celkového počtu distribuovaných dotazníků byly všechny dotazníky navraceny. Pár otázek nebylo pochopeno správně a proto jich bylo 12 vyřazeno.

Charakteristika dotazníku

V úvodu šetření byli respondenti seznámeni s účelem dotazníku a jeho anonymitou. Dotazník obsahuje 24 položek. Délka vyplnění dotazníku trvala u jednoho respondenta 10-15 minut.

Položky 1-4 se zaměřují na pohlavní zkušenost.

Položka 3 se ptá na druh používané antikoncepce.

Položky 5-14 se zaměřují na plánování budoucnosti.

Položka 15 - zjišťuje současný stav.

Položky 19-20 - interrupce.

Položky 21-22 - rodiče.

6.5 Zpracování získaných dat

Položky z dotazníku byly zpracovány pomocí sloupcových grafů.

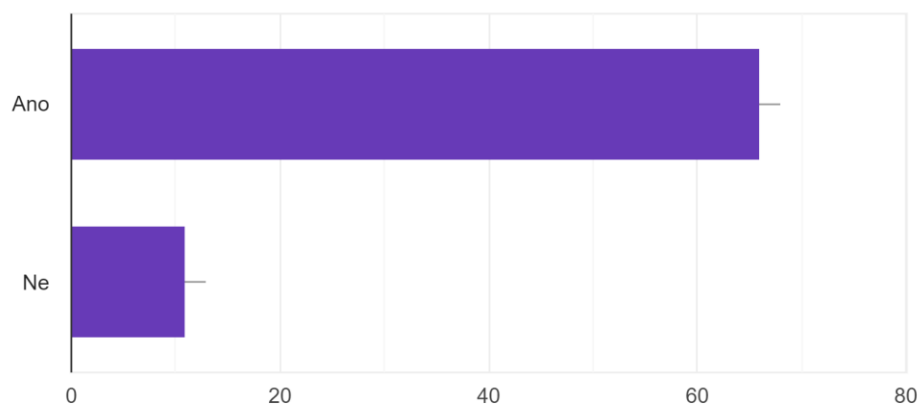
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Položka č. 1 **Napište, co podle vás znamená plánované rodičovství?**

Položka č. 2 **Máte za sebou již první sexuální zkušenost?**

Máte za sebou již první sexuální zkušenost?

77 odpovědí

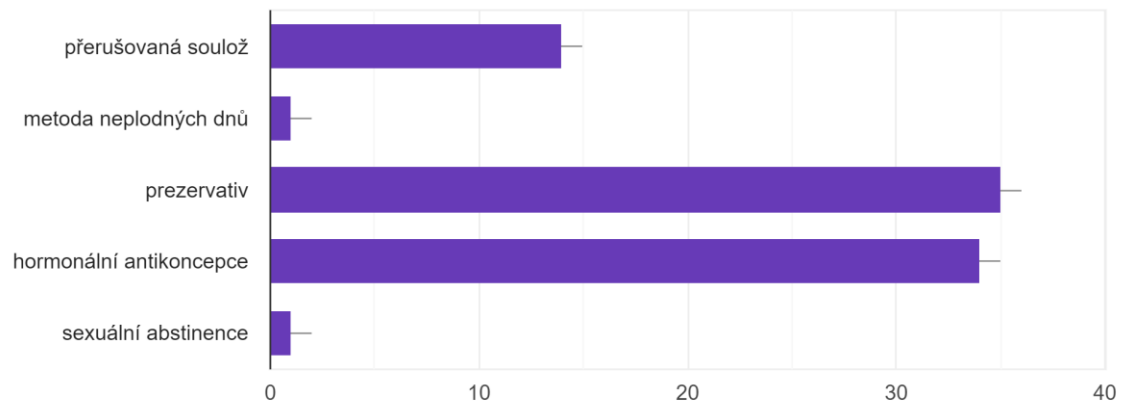


Položka č. 3

Graf odpovědí Formulářů. Název otázky: Pokud jste sexuálně aktivní, jakou ochranu používáte před nechtěným těhotenstvím? (Můžete zaškrtnout více odpovědí). Počet odpovědí: 66 odpovědí.

Pokud jste sexuálně aktivní, jakou ochranu používáte před nechtěným těhotenstvím? (Můžete zaškrtnout více odpovědí)

66 odpovědí



ZÁVĚR

text

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BEHINOVÁ, Markéta. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012. Maminka (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2816-5.

ČAČKA, O. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Vyd. 1. Brno: Doplněk, 2000. 377 s. ISBN 1081-171-2000.

FAIT, Tomáš. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2018, 149 s. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-587-3.

GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ, 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-802-4727-981.

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2017, 253 s. ISBN 978-80-247-5579-3.

HANÁKOVÁ, T., M. CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ a P. VOLNÁ. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2., aktualizované vydání. Brno: CPress, 2015. 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.

JANOŠOVÁ, Pavlína. *Dívčí a chlapecká identita: vývoj a úskalí*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2284-9.

KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978- 807-3673-833.

KREBS, V. a spol., *Sociální politika*, nakladatelství ASPI, a. s., čtvrté vydání, Praha 2007, ISBN 978-80-7357-276-1

KŘEPELKA, Petr. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2991-9.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie: 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006, 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.

LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003a. ISBN 80-7178-548-2.

NILSSON, L. a L. HAMBERGER. *Těhotenství týden po týdnu: tajemství lidského života*. České vyd. 2. Praha: Svojtka & Co., 2008. 239 s. ISBN 978-80-7352-887-4.

OTOVÁ, Berta a Romana MIHALOVÁ. *Základy biologie a genetiky člověka*. V Praze: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2109-8.

PAŘÍZEK, Antonín a Tomáš HONZÍK. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015, 481 s. ISBN 9788074922138.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Grada, 2008. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-2594-9.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 621 s. ISBN 9788024757537.

SABERSKY, Annette. *Zdravá výživa pro těhotné a kojící matky*. Praha: Grada, 2009. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2740-0.

SADLER, T. W. *Langmanova lékařská embryologie*. Praha: Grada, 2011, 414 s. ISBN 978-80-24726403.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka et al., 2008. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 175 s. ISBN 978-80-244-2141-4.

TRČA, Stanislav. *Plánované rodičovství: nejlepší cesta k narození zdravého dítěte*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 156 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2794-3.

UZEL, Radim a Petr KOVÁŘ. *Antikoncepční otazníky: o antikoncepci převážně vážně*. Ostrava: CAT Publishing, 2010. ISBN 978-80-904290-0-0.

VAŠUTOVÁ, Maria, PANÁČEK, Michal a kol., 2013. *Mezi dětstvím a dospělostí: vybrané kapitoly z psychologie adolescence*. 1. vyd. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 137 s. ISBN 978-80-7464-125-1.

WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

About teen pregnancy In: *CDC Centers for disease control and prevention* [online], 2019 [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/teenpregnancy/about/index.htm>

Amy, Loeber. Pregnancy during adolescence: A major social problem. In: *The European journal of contraception and reproductive health care*, [online], 2007, [cit. 2021-01-20]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13625180701737635>

E-Psychologie ČMPS, [online časopis] Psychologická studie motivů pozdního rodičovství. Bímová I., 2007 roč. 1 č.1, [2020-12-12] ISSN 1802-8853 Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/bimova.pdf>

Křepelka, P. Fórum antikoncepce a význam vědeckých informací pro efektivní plánované rodičovství. In: *Medical tribune.cz* [online], 23.10.2017 [cit. 2020-11-09]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/42489-forum-antikoncepce-a-vyznam-vedeckych-informaci-pro-efektivni-planovane-rodicovstvi>

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, In: *Msmť.cz* [online], 2017, [cit. 2020-11-09]. Dostupné z: <https://www.msmť.cz/file/43792/>

Řepová, A. Kyselina listová: proč ji užívat v těhotenství a v jakých potravinách se vyskytuje? In: *Nutriklub.cz* [online], 25. 11. 2019 [cit. 2021-01-20]. Dostupné z: <https://www.nutriklub.cz/clanek/kyselina-listova-proc-ji-uzivat-v-tehotenstvi-a-v-jakych-potravinach-se-vyskytuje>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod. a podobně

a kol. a kolektiv

atd. a tak dále

DNA deoxyribonukleová kyselina

g gram

kg kilogram

např. například

RNA ribonukleová kyselina

str. strana

tj. to je

tzv. takzvaně

μg mikrogram

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha P II: Dotazník

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ



ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Zdena Opluštilová	
Téma bakalářské práce	Plánované rodičovství očima studentů středních zdravotnických škol	
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Jana Doleželová	
Skupina respondentů	Studenti středních zdravotnických škol	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Klvaňovo gymnázium a střední zdravotnická škola Kyjov	Souhlasím Nesouhlasím	
Soukromá střední odborná škola manažerská a zdravotnická Břeclav	Souhlasím Nesouhlasím	
Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola Zlín	Souhlasím Nesouhlasím	
Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická E. Pottinga Olomouc	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

PŘÍLOHA P II. DOTAZNÍK

Dotazník: Plánované rodičovství očima studentů středních zdravotnických škol

Vážená studentko, vážený studente,

jmenuji se Zdena Opluštilová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických věd, Fakultě humanitních studií na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění anonymního dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro vypracování praktické části mé bakalářské práce. Téma bakalářské práce je zaměřené na plánované rodičovství očima studentů středních zdravotnických škol. Vyplněním dotazníku dáváte kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce.

U každé otázky zakroužkujte **pouze jednu** odpověď, pokud **není uvedeno jinak**.

1. Napište, co podle vás znamená plánované rodičovství?

.....
.....

2. Máte za sebou již první sexuální zkušenost?

- a) ano
- b) ne (přeskočte na otázku číslo 4.)

3. Pokud jste sexuálně aktivní, jakou ochranu používáte před nechtěným těhotenstvím? (Můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) přerušovaná soulož
- b) metoda neplodných dnů
- c) prezervativ
- d) hormonální antikoncepce
- e) jiné

4. Máte již nebo očekáváte dítě?

- a) ano, mám
- b) ano, očekávám
- c) ne

5. Přemýšlíte již o dětech?

- a) ano
- b) ne (přeskočte na otázku číslo 7.)

6. Pokud ano jak často?

- a) velmi často
- b) často
- c) občas

7. V jakém věku chcete první dítě?

- a) 18-20 let
- b) 20-24 let
- c) 25-29 let
- d) 30-35 let
- e) Nechci děti (přeskočte na otázku číslo 12.)

8. Pro založení rodiny chcete manželský svazek nebo stačí partnerství?

- a) manželský svazek
- b) partnerství
- c) nevím

9. Kolik chcete dětí?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) více než 3

10. Chcete pro rodičovství příznivé podmínky?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Jaké to podle Vás jsou?(Můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) finanční jistota /dostatečné úspory/ dostatečný finanční příjem
- b) dobré zaměstnání/kariéra/budování kariéry
- c) vlastní bydlení
- d) správný partner
- e) po dosažení určitého stupně vzdělání
- f) jiné.....

12. Napište Váš důvod, proč nechcete děti

.....
.....

13. Po ukončení studia SŠ plánujete?

- a) studium
- b) zaměstnání
- c) dálkové studium při zaměstnání
- d) děti
- e) jiné.....

14. Máte momentálně vážný vztah?

- a) ano
- b) ne

15. Je podle vašeho mínění současný partner ten, se kterým chcete plánovat rodinu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16. Dokážete si představit, zůstat celý život se stejným partnerem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. Kde získáváte informace o plánovaném těhotenství a antikoncepci?

- a) kamarádi
- b) rodina
- c) internet
- d) škola
- e) jiné

18. Kdo by měl podle Vás rozhodovat o antikoncepci?

- a) žena
- b) muž
- c) oba
- d) nevím

19. Jakou možnost byste volili v případě nechtěného těhotenství?

- a) umělé přerušování těhotenství
- b) dítě bych si ponechal/ponechala
- c) adopce
- d) pěstounská péče
- e) babybox
- f) jiné

20. Jaký je Váš názor na umělé přerušování těhotenství?

- a) jsem zásadně proti
- b) jsem pro, každá žena má právo se svobodně rozhodnout
- c) jsem pro jen v případě, pokud je ohrožena matka nebo dítě
- d) nevím

21. V kolika letech měli rodiče Vás?(doplňte)

.....

22. Žijí Vaši rodiče v manželství?

- a) ano
- b) ne, jsou rozvedení
- c) nikdy se nevzali

23. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

24. Váš věk (doplňte)

.....

Děkuji za Váš čas.