

Plánované rodičovství

Lenka Peštuková

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Institut mezioborových studií

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka Peštuková**
Osobní číslo: **H128459**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Plánované rodičovství**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 7/2014, vč. příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na rodinu, její funkci, typy rodin;
- na historii a druhy antikoncepce;
- na historii a metody interrupce;
- na asistovanou reprodukci;
- na těhotenství a porod.

Součástí práce bude kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Barták, A. Antikoncepce. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 132 s. ISBN 80-247-1351-9.

Brabicová, V.a kolektiv. Manželství, rodina rodičovství. 3.vyd.Praha: Horizont, 1977, 148 s. ISBN 40-010-77.

Burdová, E. Těhotenství, mateřská a rodičovská dovolená. vyd. 1. Praha : ASPI, 2008. 159 s. ISBN 978-80-7357-371-3.

Elton, B.Ch. Neplodnost. přeložila Eva Poskočilová. 1.vyd. v českém jazyce. Praha : BB art, 2002. 252 s. ISBN 80-7257-800-6.

Matoušek, O. Rodina jako instituce a vztahová síť. 1. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 1993. 124 s. (Učebnice sociální péče; Sv. 3 : Řada Studijní texty). ISBN 80-901424-7-8.

Řežábek, K. Léčba neplodnosti. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2002, 104 s. ISBN 80-247-0187-1.

Ulčová-Gallová, Z. neplodnost - útok imunity. vyd. 1. Praha : Grada, 2006. 141 s. ISBN 80-247-1493-0.

Další literatura bude obsažena v projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Alena Plšková

Institut mezioborových studií

Datum zadání bakalářské práce:

15. prosince 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2015

Ve Zlíně dne 15. prosince 2014


doc. Ing. Anežka Lengálková, Ph.D.
děkanka




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
ředitel ústavu

Prohlašuji, že

- 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;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že 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;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 20.2.2015

Larika Pečtulová Bani

.....
Jméno, příjmení a podpis diplomanta

ABSTRAKT

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá plánovaným rodičovstvím. Pro chápání možností a východisek v plánování rodičovství jsou zahrnuty kapitoly školní výchova, sexuální výchova, rodina, antikoncepce, interrupce a asistovaná reprodukce. Jde o snahu přiblížit možnosti antikoncepce, interrupce až po asistovanou reprodukci.

Praktická část je věnována přístupům studentů k plánovanému rodičovství. Je zvolen kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru se studenty.

Klíčová slova: rodina, plánované rodičovství, antikoncepce, interrupce, asistovaná reprodukce

ABSTRACT

The bachelor's thesis deals in its theoretical part with a planned parenthood. The chapters such as school education, sexual education, family, contraception, abortion and assisted reproduction are included for a better understanding of possibilities and recourse to planning the parenthood. The effort is to describe possibilities of contraception, abortion as well as assisted reproduction.

The practical part is about students' attitude to assisted reproduction. A qualitative research method of half-structured interview with students is chosen.

Keywords: family, planned parenthood, contraception, abortion, assisted reproduction

Poděkování

Děkuji touto cestou vedoucí práce paní PhDr. Aleně Plškové za odborné vedení, připomínky, cenné rady, ochotu, vstřícnost a trpělivost, které mi velmi pomohly při zpracování mé bakalářské práce.

Rovněž děkuji vedení Sřední integrované školy ve Slavkově u Brna za zprostředkování realizace výzkumného šetření a vedení Střední škole uměleckomanažerské v Brně za umožnění vykonání odborné praxe.

V neposlední řadě děkuji mé rodině za morální podporu a pomoc, kterou mi dávali nejen po dobu celého studia, ale i při zpracování bakalářské práce.

Lenka Peštuková

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

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA A JEJÍ VLIV NA VÝCHOVU	10
1.1 ŠKOLNÍ VÝCHOVA	11
1.2 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA	14
2 RODINA	16
2.1. SPOLEČENSKÁ FUNKCE RODINY.....	17
2.2. VÝCHOVNÁ FUNKCE RODINY.....	17
2.3. TYPY RODIN	19
2.4. RODIČOVSTVÍ.....	21
3 HLAVNÍ PROSTŘEDKY OVLIVŇUJÍCÍ PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ	23
3.1. TYPY ANTIKONCEPCE A JEJÍ SPOLEHLIVOST.....	24
3.2. MOŽNOSTI INTERRUPECE	27
3.3. ASISTOVANÁ REPRODUKCE A JEJÍ RIZIKA	28
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
4. METODY, CÍLE VÝZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZ	32
4.1. ANALÝZA ROZHovorŮ	34
4.2. VYHODNOCENÍ.....	35
ZÁVĚR	42
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	44
SEZNAM PŘÍLOH	47

ÚVOD

Téma bakalářské práce „Plánované rodičovství“ jsem si zvolila proto, že pro vývoj společnosti je velmi důležité. Věková hranice, kdy se ženy rozhodují pro mateřství se zvyšuje. Mají obavy z toho, aby byli spolu s partnerem schopni finančně zabezpečit rodinu s dítětem, nebo dětmi. Dříve býval jak pro ženy, tak pro muže prioritou sňatek, a založení rodiny. V dnešní době se pro člověka většinou prioritou stává kariéra, úspěchy, zábava a cestování.

Plánované rodičovství je právo svobodně se rozhodnout o své vlastní reprodukci. Plánování rodičovství začíná již vzory a výchovou v rodině, sexuální výuka v přiměřené formě začíná již v mateřské škole a pokračuje na základní škole a navazuje na střední škole. Podporovat výchovu k plánovanému a zodpovědnému rodičovství je velmi důležité. V době, kdy pro řadu lidí není těhotenství z nějakého důvodu žádoucí, plánují rodičovství s používáním prostředků bránících otěhotnění. Rozhodnutí založit rodinu je vázáno několika aspekty, mezi které se řadí ekonomická situace rodiny, rodinné zázemí, bytové poměry, finanční zajištění rodiny, které závisí na jistotě trvalého pracovního poměru v zaměstnání.

Poměrně diskutovaná je v dnešní době podoba současné rodiny a její funkce ve společnosti. V současné době je několik forem partnerského soužití. Kromě manželství a nesezdaného soužití to může být život bez partnera nebo registrované partnerství. Nejčastěji mladí lidé volí mezi manželstvím nebo nesezdaným soužitím. Vzhledem k tomu, že podpora státu je i v dnešní době nedostatečná, volí mnoho páru nesezdané soužití z ekonomických důvodů.

Cílem práce je zjistit postoje středoškolských studentů k plánovanému rodičovství. Dnešní mladí lidé mají velmi jednoduchý přístup k informacím týkající se sexuálního života, používání antikoncepce a plánování rodičovství.

Praktická část je zaměřena na kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru, který má zjistit jak studenti přistupují k plánovanému rodičovství v dnešní době. Neméně důležitou otázkou je, kdy a kde se studenti poprvé setkali s pojmem plánované rodičovství a s tím souvisejícím začátkem sexuálního života.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA A JEJÍ VLIV NA VÝCHOVU

Současná sociální pedagogika nabízí řešení závažných problémů výchovy a sociálních vztahů. Úspěch sociálních pedagogů je spojován se schopností ovlivnit kvalitu sociálního prostředí, kvalitu interakcí v jednotlivých prostředích a schopností zařadit sociální pomoc do cílů a záměrů výchovně vzdělávacích programů škol. (Procházka, 2012, s. 86)

Sociální pedagogika je schopna přispět k porozumění vztahů mezi prostředím, výchovou a socializací. Sociální prostředí má na člověka zásadní vliv a vede ho procesem socializace z biologického tvora ve společenskou bytost. Člověk je ovlivňován na úrovni mikroprostředí, které spadá do kategorie bezprostředně obklopujícího jedince, tj. rodina, parta. Působení této úrovně bude významné svoji intenzitou, bezprostředními dopady a intimitou proměn. Celoživotně nejvýznamnější kvalitou výchovného a socializačního prostředí je rodina. V určitých životních etapách mají pro nás velký význam přátelé neboli vrstevnické skupiny. V kontextu makroprostředí se nachází význam slov jako lidská práva, rovnost šancí, kompetence znevýhodnění. Makroprostředí je prostor pro uplatnění individuálních potencialit, zátěžovou zkouškou a životní příležitostí. Významné socializační vlivy pro každého z nás představuje exoprostředí, které pochází z prostředí lidí nám blízkých, tj. rodiče, sourozenci, osobní přátelé. Mladá generace skrze své rodiče prožívá dobu a utváří si svůj postoj k ní. (Procházka, 2012, s. 88-89)

Výchova nachází své těžiště v procesu socializace, ale zcela se s ní neztotožňuje. Výchova je cílevědomá a záměrná činnost, jejímž cílem je rozvoj osobnosti člověka. Socializace ve svém procesu zahrnuje záměrné i nezáměrné vlivy. Výchova se snaží vysvětlit a nalézt souvislost v teorii a praxi výchovného působení. Výchova skrývá nejlepší úmysly předat další generaci vědomosti a zkušenosti, snahu zabránit mladé generaci opakovat stejné chyby a pozitivně ovlivnit osobnostní vývoj dětí a dospívajících. (Procházka, 2012, s. 94)

Vedle rodiny připadá při hledání, volbě a dotváření životního stylu člověka významná úloha škole. V primární prevenci je odborná připravenost pracovníků pro poskytování prevence v duchu sociální pedagogiky nezbytná. Učitel, který vykonává specifickou roli metodika školní prevence, musí disponovat širokou profesní přípravou, musí usilovat o to, aby žáci vyrůstali ve všestranně rozvinuté osobnosti a měli ujasněné životní priority. Metodik prevence musí disponovat základními teoretickými znalostmi z oblasti sociálně nežádoucích jevů a musí mít praktické zkušenosti s danou cílovou skupinou. Pracovník

primární prevence na škole potřebuje také informace o institucích zabývajících se primární prevencí a musí ji dokázat využít v preventivní práci. Pokud má informace o síti odborných a poradenských služeb v daném regionu, může tyto vazby využít pro realizaci programů a pro intervenční zásady při výskytu problémů ve škole. Sociální pedagog je speciálně připravený pracovník pro pedagogickou činnost i práci v oblasti prevence. Sociální pedagog v přípravě, organizaci a hodnocení preventivních programů nabízí několik reálných řešení, mezi která patří zapojení se do koordinace preventivních aktivit v regionech a zapojení se do efektivní realizace preventivních programů přímo ve školách. (Procházka, 2012, s. 128-131)

Sexuální výchova se sociální pedagogiky významně dotýká. Pro sociální pedagogiku je typické kumulování a následná aplikace poznatků z různých pedagogických a sociálních oborů a jejich další rozvoj. Preventivní programy z hlediska sexuální výchovy jsou zaměřeny na problematiku prevence HIV a další pohlavně přenosné choroby. Na základních školách jsou tyto preventivní programy součástí vzdělávací oblasti „Člověk a zdraví“ a na středních školách jsou součástí vzdělávací oblasti „Základy společenských věd“. Sexualita je běžnou součástí života jedince.

1.1 Školní výchova

Škola je sociálním prostředím, kde jsou zastoupeny dva základní systémy – systém světa dospělých a systém světa vrstevníků. V jednom z nich dochází u dítěte ke scholarizaci, kde se stává žákem a spolužákem. Školní prostředí se pro dítě stává prostorem pro další rozvoj sebepojetí a je vnímán jako prostor vhodný k naplnění určitých příležitostí. Významnou roli hraje prožívání pocitu sounáležitosti a důležitosti reálných šancí k dosažení úspěchu. (Procházka, 2012, s. 127)

Dospívající je formován řadou výchovných a vzdělávacích institucí. Patří mezi ně zejména poslední ročníky druhého stupně základní školy, na kterou navazují různé typy středních škol lišící se v úrovni a orientaci vzdělávání, tj. gymnázia, střední odborné školy, učiliště. Podle zařazení do některé z nich se škola spolupodílí na utváření osobnosti a představách o budoucím životním stylu. Učení později splývá s životními perspektivami

adolescenta. Stává se směrem, na základě kterého mladistvý zamýšlí realizovat svůj vlastní život. (Čačka, 2000, s. 309)

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy v roce 2004 zavedlo a schválilo do škol tzv. Rámcový vzdělávací program. Rámcový vzdělávací program vychází ze způsobu celoživotního vzdělávání, formuluje úroveň vzdělání, které je stanoveno pro všechny absolventy jednotlivých etap vzdělávání a podporuje pedagogickou autonomii škol a profesní odpovědnost učitelů za výsledky vzdělávání.

„Rámcový vzdělávací program ve školství v České republice má nejvyšší úroveň vzdělávání. MŠMT v roce 2004 schválilo nové principy pro vzdělávání žáků od 3 do 19 let. Toto rozhodnutí změnilo systém kurikulárních dokumentů, které jsou nyní vytvářeny na dvou úrovních a to na úrovni státní a na úrovni školské.“
(http://cs.wikipedia.org/wiki/R%C3%A1mcov%C3%BD_vzd%C4%9B1%C3%A1vac%C3%AD_program)

Národní program vzdělávání vymezuje začátek vzdělávání jako celek a rámcové programy vymezují závazné „rámce“ jednotlivých etap vzdělávání tj. předškolní, základní a střední vzdělávání. Školní úroveň představuje vzdělávací programy, podle kterých se uskutečňuje výuka na jednotlivých školách. Škola pro své žáky vytváří školní vzdělávací programy takové, které dobře zvládá a způsob jaký si sama stanoví a bude dál rozvíjet. Učitelé se společně radí, pomáhají si a hledají nové možnosti efektivního vzdělávání. Můžou vyřadit vše nepodstatné, zatěžující a nevyhovující.

Cílem rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání je:

„doplňovat rodinnou výchovu a v úzké vazbě na ni pomáhat zajistit dítěti prostředí s dostatkem mnohostranných a přiměřených podnětů k jeho aktivnímu rozvoji a učení. Předškolní vzdělávání má smysluplně obohacovat denní program dítěte v průběhu jeho předškolních let a poskytovat dítěti odbornou péči.“
(<http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/skolskareforma/ramcove-vzdelavaci-programy>)

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání je orientačně rozdělen do devíti vzdělávacích oblastí. Jednotlivé vzdělávací oblasti jsou tvořeny jedním vzdělávacím oborem nebo více obsahově blízkými vzdělávacími obory:

Jazyk a jazyková komunikace (Český jazyk a literatura, Cizí jazyk)

Matematika a její aplikace (Matematika a její aplikace)

Informační a komunikační technologie (Informační a komunikační technologie)

Člověk a jeho svět (Člověk a jeho svět)

Člověk a společnost (Dějepis, Výchova k občanství)

Člověk a příroda (Fyzika, Chemie, Přírodopis, Zeměpis)

Umění a kultura (Hudební výchova, Výtvarná výchova)

Člověk a zdraví (Výchova ke zdraví, Tělesná výchova)

Člověk a svět práce (Člověk a svět práce)

Charakteristika ve vzdělávací oblasti „Člověk a zdraví“ je zaměřena na základní podněty pro ovlivňování zdraví.

„Zdraví člověka je chápáno jako vyvážený stav tělesné, duševní a sociální pohody. Je utvářeno a ovlivňováno mnoha aspekty, jako je styl života, zdravotně preventivní chování, kvalita mezilidských vztahů, kvalita životního prostředí, bezpečí člověka.“

<http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/skolskareforma/ramcove-vzdelavaci-programy>

Vzdělávání v této oblasti je směřuje zejména k tomu, aby žáci poznávali sebe sami jako živé bytosti, pochopili hodnotu zdraví, princip zdravotní prevence a hloubku problémů spojených s nemocí a poškozením zdraví. Seznamují se s nebezpečím, které ohrožuje zdraví v běžných i mimořádných situacích, osvojují si způsoby chování vedoucí k posílení zdraví a získávají potřebnou míru odpovědnosti za zdraví svoje i jiných.

Součástí vzdělávací oblasti „Člověk a zdraví“ je vzdělávací obor „Výchova ke zdraví“. Tento vzdělávací obor přináší základní poznání o člověku související s preventivní ochranou jeho zdraví. Žáci se aktivně učí rozvíjet a chránit zdraví v propojení všech složek – sociální, fyzické i psychické a být za ně odpovědný. Žáci si upevňují hygienické a stravovací návyky, zdravotně preventivní návyky a rozvíjí dovednosti odmítat škodlivé

látky, prohlubují si poznatky o rodině, škole, společenství vrstevníků, o vztazích mezi lidmi, učí se dívat na vlastní činnosti z hlediska zdravotních potřeb a životních perspektiv dospívajícího jedince a rozhodovat se ve prospěch zdraví.

(<http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/skolskareforma/ramcove-vzdelavaci-programy>)

1.2 Sexuální výchova

Základem pro výchovu k odpovědnému rodičovství je sexuální výchova. Zavedení výchovy ke zdravému životnímu stylu ve standardech základního školství přispělo významným krokem ke zkvalitnění základního vzdělání v České republice. Školní vzdělávání si v této oblasti klade za cíl rozvoj osobnosti žáků a podporu zdraví. Základním cílem sexuální výchovy je úcta k životu a odpovědnost za zdraví své i ostatních. Sexuální výchovou je kladen hlavní důraz na etické postoje a poskytnutí kvalitních informací. Učebnice přináší žákům ucelené poznatky v oblasti pohlavního vývoje, partnerských vztahů a sexuálního života. Spolupráce rodičů při výuce výchovy ke zdravému životnímu stylu je velmi důležitá. Rodiče jsou prvními vzory, nositeli postojů a návyků (výživa, režim dne, kouření, alkohol). Názory rodičů jsou v oblasti sexuální výchovy předznamenány náboženským přesvědčením a vlastním přístupem k sexualitě. V hodinách sexuální výchovy získají žáci informace o biologických a psychosexuálních aspektech sexuality a předpoklady kvalitních partnerských vztahů. (Fenwick, 1996, s. 5)

Dospívání nepatří ke snadnému životnímu období. V krátké době dochází k převratným tělesným i duševním změnám. Dospívající se odpoutávají od rodiny a vztahují se k novým lidem, ke svým vrstevníkům. Vrstevnický vztah umožňuje vzájemné poskytnutí názorů, pocitů a vzorců chování bez větších závazků. Nové vztahy poskytují dospívajícím náhradu jistoty, kterou ztrácí emancipací od rodiny a formují budoucí vztahy v dospělosti.

Psychosexuální vývoj dospívajících umožňuje navazování a rozvoj partnerských vztahů. Psychosexuální vývoj se prolíná celým obdobím dospívání. Narůstá frekvence sexuální aktivity a její diferenciací. Utváření prvních erotických partnerských vztahů je datována do puberty a souvisí s uvědoměním se vlastní sexuality. První párové schůzky

s erotickým podtextem jsou v pubescenci častější u dívek. Vztahy jsou krátkodobé, vyplněné kulturními, sportovními nebo jinými zábavnými akcemi. Důležitým aspektem těchto vztahů je zvědavost a potřeba ujištění o vlastní ceně a přitažlivosti.

V další fázi se dospívající více identifikují svojí pohlavní rolí a partnerské schůzky přestávají být součástí skupinových aktivit. Zaměřují se více na sdělení vzájemných pocitů, společných prožitků a na intimní fyzický kontakt. (Šulová, 2011, s. 109)

Aktuálním tématem je nejasnost v hodnotovém zakotvení a nedostatek autentických pravidel a norem, o které by se dospívající mládež mohla opřít, když to při svém hledání potřebují. Zažívají zkušenost, že nic neplatí pro každého, trvale a všude. Normy rozhodování co je a co není správné se výrazněji podřizují situačním požadavkům a cílům. Největší hrozbou dospívání se považuje ztráta smyslu plnosti života, který žijí a ztráta přirozené zvědavosti a touhy objevovat. V současné době se s oběma projevy u dospívající mládeže setkáváme.

Mladí lidé formující si vlastní identitu si potřebují vymezovat a vyhodnocovat vlastní chování. Potřebují mít jasný hodnotový normativní rámec, který jim současná společnost neposkytuje. (Šulová, 2011, s. 111)

Nejen rodiče a rodina, ale i škola mateřská, základní a střední má v oblasti sexuální výchovy velký význam na nezastupitelnou roli. Vědomosti, poznatky a detailní informace o sexualitě a jejich předávání dětem a dospívajícím jsou součástí školního vzdělávání. Náplní školní sexuální výchovy je předávání základních biologicky orientovaných informací o pohlavním dospívání, početí, porodu, těhotenství, mateřství, o zabránění nechtěnému těhotenství a o ochraně před sexuálně přenosnými chorobami. Na českých školách je sexuální výchova rozptýlena do různých předmětů, zejména do prvouky, přírodovědy, občanské nauky a rodinné výchovy. Některé školy doplňují výuku besedami s psychology, lékaři i jinými specialisty, což je velmi prospěšné. (Šilerová, 2003, s. 23)

Preventivní programy speciálně připravených pedagogů na základních i středních školách jsou součástí výuky. Jejich účinnost zaručí integrování do každodenního života školy a umožní žákům osvojit si kompetence zdravého životního stylu.

2 RODINA

Rodinou rozumíme malou skupinu lidí, která vznikla buď uzavřením manželství, nebo volným svazkem a umožňuje společné soužití mezi oběma partnery a jejich dětmi a utváří vztahy mezi příbuznými a rodinou.

Z hlediska socializace je rodina ze tří primárních skupin tou nejdůležitější. Je nejvýznamnější součástí společnosti a provází jedince ve všech fázích jeho života. Další společenské skupiny, které zasahují do vývoje jedince a jeho začleňování do společnosti je předškolní skupina, školní skupina a v neposlední řadě i skupina vrstevníků.

„Rodina je tzv. kulturní univerzálie - vyskytuje ve všech známých kulturách“
(Vavřík, 2010, s. 5)

Neznamená to, že by měla ve všech kulturách stejnou funkci a podobu. Rodina má funkci biologické reprodukce, socializace, sociálně – ochrannou, ekonomickou a v neposlední řadě i poskytování kulturních vzorců a dovedností. (Vavřík, 2010, s. 5)

Rodina je prvním a závazným modelem společnosti, se kterým se dítě setkává. Vytváří jeho osobní vývoj i postoj ke všem skupinám. Formuje dítě podle vlastního hodnotového schématu a tradice. Rodina dává dítěti kromě primárních potřeb jako je teplo a nasycení, také stabilitu prostředí, kterým je domov a zajišťuje přítomnost stabilních osob, jímž jsou rodiče. Jak dítě, tak rodiče se společně ztotožňují, podporují a vzájemně se na sebe spoléhají. Rodiče svým působením pomáhají dítěti vstoupit na svoji životní dráhu. Dítě má tak představu o pracovním uplatnění, o rodině a manželství a v neposlední řadě i o hodnotové hierarchii. (Matoušek, 1993, s. 10)

Rodina poskytuje všem jeho členům domov, ve kterém je vysoká míra otevřenosti a sdílení. Sdílejí společně jak radost, tak i všechny druhy traumatu, se kterými se setkávají. Rodina je na druhé straně také zdrojem stresu. Snahou rodičů je být dítěti k dispozici, když potřebuje pomoc, radu, nebo je nemocné. Taktéž se musí dospělí sobě navzájem přizpůsobovat. (Matoušek, 1993, s. 11)

2.1. Společenská funkce rodiny

Rodina patří mezi první, kdo začleňuje své dítě do společnosti. Již narozením se dítě stává členem společnosti. Rodina je ta, kdo učí dítě přizpůsobovat se životu, osvojovat si návyky a běžné způsoby chování ve společnosti. Připravuje dítě pro vstup do života a mezi své vrstevníky.

V současné době je běžné, že existují nesezdaná manželství, mnoho dětí se rodí mimo manželství. Rodina už tedy není chápána v tradičním smyslu jako manželé a jejich děti. Máme dojem, že klasická rodina nemá v dnešním světě místo. Proč bychom měli obhajovat úplnou tradiční rodinu, když se nám zdá, že funguje společnost i bez ní? Je zdáním, že společnost může fungovat bez rodiny. Žádné jiné zařízení nemůže nahradit funkci tradiční rodiny, jako základní buňky společnosti. K primárnímu prostoru předávání nového života, je rodina založená na pevném svazku muže a ženy. V rodině dítě získává prvotní zkušenosti vztahu s druhým člověkem, učí se zde interakci s ostatními. Dítě získává pevný základ pro vybudování vlastního života, setkávají se zde různé věkové generace a dochází zde k předávání hodnot. Dítě tak nachází pevnou oporu pro svůj život jen v úplné tradiční rodině. Pro svoje chování a jednání má vzor v rodičích. Pro společnost je rodina ekonomicky nevýhodná instituce z důvodu výše sociálních dávek, které jsou vynakládány pro matky – samoživitelky a finance, které jsou vynakládány na ústavní péči pro seniory. Rodina zajišťující péči o starší generaci, tak předchází přeplněným domovům pro seniory. V dětech poskytuje rodina společnosti budoucí sílu, schopnou zajistit vlastní práci pokojné stáří svým rodičům.

<http://www.rodinadnes.cz/2011/10/vyznam-rodiny-ve-spolecnosti.html>

2.2. Výchovná funkce rodiny

Rodina má být pro jedince jako primární skupina především emocionálním zázemím, pilířem bezpečí a jistoty, stimulace uznáním, místem elementárních zkušeností a základnou pro vstup do společnosti. Výčet těchto požadavků svědčí o velkých nárocích, které jsou na rodinu kladeny. Vtírá se také pochybnost, nakolik jim může dostát průměrná rodina za „normální situace“, je třeba se zamyslet nad existencí faktorů jejich plnění omezujících

nebo ohrožujících, protože neplnění uvedených funkcí má pro socializaci jedinců vážné následky. Má dopady jak pro biologickou, sociální, tak kulturní reprodukci společnosti. (Havlík, 2007, s. 68)

Výchovná funkce rodiny začíná již od narození dítěte. Vytváří se vztah mezi dítětem, matkou, otcem a ostatními členy rodiny. Vytváří se emocionální funkce, která má nejzásadnější význam. S emocionální funkcí je také spjata další funkce rodiny, kterou je tvorba domova. Dítě se učí základním návykům potřebným pro další vývoj.

Především v předškolním věku dítěte a v období dospívání je rodina významným prostředím výchovy. Aby byla výchovná funkce naplněna, jsou předpokládány určité podmínky. Musí zde být základní materiální podmínky, které jsou potřeba i k plnění dalších funkcí. Výchovná úroveň není závislá pouze na ekonomických podmínkách rodiny, ale jednotlivé funkce rodiny mohou být zabezpečovány i materiálními podmínkami.

Rodina je instituce, která zajišťuje ochranu dítěte. Pokud přijde dítě z rodinného prostředí, kde jsou vztahy mezi otcem a matkou napjaté, mívá ve škole problémy s učením a celkovou adaptací. Velmi důležitým činitelem, který ovlivňuje výchovu dítěte, je vzájemné soužití rodičů. V nemalé míře mají velký vliv i vztahy mezi sourozenci, které se odvíjí od vzájemných vztahů rodičů. Na tom, jaké jsou vztahy mezi sourozenci závisí schopnost dětí přizpůsobit se očekávání a nárokům druhých.

Výchovný proces se odvíjí od vzájemného vztahů rodičů a dítěte. Mezi rodiči a dítětem nemusí vždy vzniknout harmonický vztah. Rodiče někdy nejsou schopni s dítětem navázat láskyplný vztah, nebo i dítě odmítají. Někdy bývá opakem vztah přílišné lásky s provázejícími patologickými projevy.

(<http://psychologie-pedagogika.studentske.cz/2008/07/vchovn-funkce-rodiny.html>)

2.3. Typy rodin

„Rodina je vždy určitým výsekem širšího systému, tj. příbuzenství“. (Vavřík, 2010, s. 6)

Příbuzenstvím chápeme společenství pokrevně příbuzných. Skutečnost je ale taková, že velká část těch, které považujeme za příbuzné z biologického hlediska příbuzná není, např. tchán, tchýně, švagr, švagrová, nevlastní sourozenci, nevlastní rodiče a nevlastní prarodiče.

Rodinu rozlišujeme podle počtu generací na:

- nukleární rodinu, tj. rodiče a děti
 - jádrovou rodinu, tj. rodiče, děti a prarodiče z obou stran
 - rozšířenou rodinu, tj. rodiče, děti, prarodiče z obou stran a sourozenci rodičů
- (Vavřík, 2010, s. 6)

Rodinu z psychologického hlediska dělíme na:

- funkční - plní svoji funkci a uspokojuje potřeby všech členů rodiny
- problémová – závažné poruchy některých nebo všech funkcí rodiny
- dysfunkční - neplní více svých funkcí, ohrožuje vývoj dítěte
- afunkční - přestává plnit svůj základní účel

(<https://prezi.com/pgvupzhzfgj5/rodina/>)

Rodinu dělíme podle počtu jejích členů na:

- úplnou – výchovu zastávají oba rodiče
- neúplnou – rozvod, smrt jednoho z rodičů, samoživitelé

Rodinné prostředí, ve kterém dítě vyrůstá má velký vliv na jeho chování ve škole i mezi vrstevníky.

Dítě ve funkční rodině má zajištěn dobrý a řádný vývoj. Zajišťuje optimální vývoj dítěte. V běžné populaci je funkčních rodin okolo 85%.

V problémové rodině se vyskytují závažné poruchy jedné nebo několika funkcí. Vývoj dítěte není ohrožen. Rodina je schopna vlastními silami řešit tyto problémy, případně je eliminovat za pomoci někoho zvenčí. Na řadu přichází činnost orgánů sociálně-právní ochrany dětí, která rodinu sleduje a zaměřuje na ni pozornost. Problémových rodin je v běžné populaci okolo 12-13%.

V dysfunkční rodině se vyskytují vážné poruchy některých, nebo všech funkcí. Dítě má velmi narušen vývoj a prospěch ve škole, je ohrožena a poškozena rodina jako celek. Typy poruch rodina nezvládá řešit sama a je nezbytný zásah zvenčí – sanace rodiny. V dysfunkčních rodinách je problém najít hranici, kdy se postavit na stranu dítěte a hájit jeho zájmy. Chování dětí s dysfunkčních rodin, se projevuje nedostatečnou sebekontrolou a nízkým sebeovládáním, impulzivitou a potřebou projevit negativní city. Dysfunkčních rodin je v běžné populaci asi 2%.

Nefunkční rodina je pro dítě značně škodící a ohrožuje jeho existenci. V takové rodině jsou tak závažné poruchy, že rodina neplní svůj základní úkol. Sanace rodiny je velmi důležitá. Dítě z takové rodiny bývá odebráno a následně umístěno do náhradní rodiny. Nefunkčních rodin je cca okolo 0,5%. (Vaško, 2013, http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KkXp1PMdJoQJ:www.utb.cz/file/37069_1_1/+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&lient=firefox-a)

Co si představíme pod pojmem sanace rodiny a jaká je její definice?

„Sanace rodiny je soubor činností sociálně – právní ochrany, sociálních služeb a dalších opatření a programů, které jsou poskytovány anebo ukládány převážně rodičům dítěte a dítěti ohroženému ve svém sociálním, biologickém a psychologickém vývoji.“
(Bechyňová, 2012, s. 11)

Cílem sanace rodiny je předcházení ohrožení dítěte, zmírnění nebo eliminování míry rizika rodiny. Nedílnou součástí sanace rodiny jsou činnosti podporující udržitelnost kvalitativních změn v rodině po návratu dítěte z institucionální péče, kterými jsou

například dětská centra, dětský domov, pěstounská péče na přechodnou dobu. Základní princip sanace rodiny je pomoc dítěti poskytnutím prostřednictvím práce s rodinou. Dítě je vždy konečným příjemcem při práci s rodinou. Sanace rodiny není pouhá asistence rodičům nebo rodině při řešení nahromaděných obtíží, kvůli kterým se rodina sociálně propadá. Veškerá činnost prováděná v rámci sanace rodiny je spojena s naplněním konkrétních potřeb dítěte ve vztahu k míře jeho ohrožení. (Bechyňová, 2012, s. 12)

2.4. Rodičovství

Rodičovství je soukromá záležitost každého člověka. Rodičovství je nejvýznamnější přechod v rodinném cyklu a zároveň nejvýznamnější přechod v našem životě. Historicky je sociální status ženy těsně svázán s mateřstvím. (Možný, 2006, s. 148)

Plánované rodičovství se jeví jako důležitý prostředek k zlepšení kvality populace. Je předpoklad, že děti chtěné budou spíše psychicky zdravé, než děti nechtěné. U nechtěných dětí se musí počítat s tím, že matka, nebo rodiče oba zaujali nepřátelský postoj k jejich existenci již před narozením. Následkem toho bude dítě nuceno žít v nepříznivém výchovném prostředí, které se projeví na jeho duševním vývoji. Určité životní okolnosti mohou přispět k tomu, že z dříve nechtěného dítěte se stane dítě přijatelné, nebo milované. V závislosti na socioekonomických činitelích se mění rodičovské postoje k dítěti. Pokud se zlepší hospodářská situace rodiny a životní postavení jejich členů, je větší pravděpodobnost, že původně nechtěné dítě bude přijato mnohem radostněji.

Dalším činitelem je bezesporu vyspělost a zralost matky i otce. Předpokladem vyspělé a zralé ženy je větší uvážlivost, vyrovnanost, odpovědnost a předpoklad vřelejšího vztahu k dítěti. Pro dítě je daleko výhodnější narodí-li se do rodiny, kde je vítáno. (Brablcová, 1973, s. 22-23)

Plánované rodičovství by měla být jednou z cest zdoání problému sociální povahy, kterou je zejména dostatek výživy a pracovních příležitostí. Cílem plánovaného rodičovství je zaručit ženám možnost zvolit si dobu pro narození dítěte a vyloučit okolnosti spojené s poškozením vývoje dítěte a ohrožením jeho zdraví v období těhotenství. Je proto nutnost,

aby rodiče před zplozením dítěte znali navzájem svůj zdravotní stav a mohli tak předcházet možným patologickým jevům ještě u nenarozeného dítěte. Ve světě přibývá stále více zemí, kde je ženám přiznáno právo svobodně se rozhodnout o počtu svých dětí a případného přerušení těhotenství legální cestou. Toto řešení se považuje za východisko z nouze. (Brablková, 1973, s. 28)

Vychovat zdravé dítě je hlavním úkolem rodiny. Manželství a rodina je soukromá záležitost každého člověka. Narození dítěte je změna na celý život, proto je velmi důležité si tuto životní událost naplánovat. Plánování rodičovství je velmi důležité zejména kvůli dítěti, které je na svých rodičích životně závislé. Dítě nesmí trpět nedostatkem citu, lásky a nesmí být ohrožen jeho vývoj.

3 Hlavní prostředky ovlivňující plánované rodičovství

Snahou člověka je kontrolovat svoji plodnost pomocí různých metod zabraňujících nechtěné těhotenství. Jedná se o nejvýznamnější vzpouru proti přírodě. Za úspěšnou ji považujeme po vynálezu antikoncepční pilulky. Před tímto vynálezem rozlišujeme čtyři hlavní způsoby regulace plodnosti. Dva způsoby jsou individuální a dva sociální. Individuální způsob regulace je jednak dobrovolné omezování počtu manželských souloží, jednak umělé přerušování těhotenství a infanticidy, neboli záměrné usmrcení dítěte. Sociální způsob regulace spočívá v oddalování věku sňatku a regulaci přístupu k manželství a v regulaci manželského a pomanželského sexu v souvislosti se sociálními normami. (Možný, 2006, s. 151)

Jedním ze základních faktorů ovlivňujících plánované rodičovství je snaha zabránit nechtěnému těhotenství. Nejspolehlivějším prostředkem nechtěného těhotenství je sexuální abstinence, zodpovědný výběr partnera a používání ochranných prostředků zabraňujících početí.

Pozitivním faktorem ovlivňujícím plánované rodičovství je životní styl, zejména správná životospráva, životní prostředí, tělesná hygiena a pohyb. Mezi negativní faktory patří alkohol a drogy a v neposlední řadě nadměrný stres. Plánování rodičovství je doba na úpravu životního stylu a omezení nebo úplné odstranění nezdravých návyků. Vhodná výživa přispívá ke snížení rizika vrozených vad.

Vzdělanost žen je další faktor, který se podílí na plánování rodičovství. Ženy s nižším vzděláním méně využívají jako informační zdroj odbornou literaturu a internet. Mají nižší sociální status a mnohdy nemají finanční prostředky na antikoncepci. Oproti tomu ženy s vyšším vzděláním daleko častěji oddalují početí do pozdějšího věku z důvodu studia, kariérního růstu a finančního zajištění. Z těchto důvodů užívají antikoncepci k zabránění nechtěnému početí a často plánují těhotenství v pozdějším věku až za vrcholem své reprodukce, kdy roste riziko poruch plodnosti.

Sociální zázemí a finanční zabezpečení je dalším zdrojem ovlivňující plánované rodičovství. Vzhledem k dostupnosti prostředků k zabránění nechtěného těhotenství se snížil počet těhotenství u nezletilých a mladistvých a s tím spojené finanční problémy.

Velký vliv má na plánování rodičovství má i sexuální výchova a preventivní programy ve školách.

3.1. Typy antikoncepce a její spolehlivost

Jednou z možností plánovaného rodičovství je používání antikoncepce. Antikoncepce je souhrnný název po metody zabraňující nechtěnému těhotenství. Většina mladých dívek začíná brát antikoncepci většinou po prvním pohlavním styku, některé již před prvním plánovaným pohlavním stykem. Různé druhy antikoncepce umožňují užívat si plnohodnotného sexuálního života a rozkoše bez rizika otěhotnění. Metody antikoncepce zabraňují pouze před početím, nikoliv však před přenosem pohlavních chorob. (Barták, 2006, s. 10)

Druhy antikoncepce jsou rozděleny na základě použitelnosti, tzn. kdo je obsluhovatelem, zda muž, nebo žena (viz. příloha PI). Mezi mužskou antikoncepci řadíme přerušovanou soulož, nebo kondom. Jedná se o metody, které jsou výhradně v rukou muže. Ženskou antikoncepci dělíme na hormonální, nehormonální a chirurgickou. Mezi hormonální antikoncepce patří nitroděložní tělíška, nitroděložní antikoncepční systémy, minipilulky, antikoncepční podkožní implantáty, antikoncepční injekce, antikoncepční tablety a antikoncepční náplasti. Mezi nehormonální antikoncepci řadíme neplodné dny, spermicidní čípky a krémy, nitroděložní tělíška a nitroděložní antikoncepční systémy. Mezi chirurgickou antikoncepci patří tzv. sterilizace, která je trvalá a nevratná. (Barták, 2006, s. 24)

Mužská antikoncepce

Přerušovaná soulož zaujímá mezi všemi antikoncepčními metodami výsadní postavení. Jedná se o nejstarší, nejlevnější metodu a nejsou zapotřebí žádné ochranné pomůcky, ale zároveň patří mezi nejméně spolehlivé. (Uzel, 1992, s. 18)

Kondom neboli prezervativ je řazen do tzv. bariérové antikoncepce. Kondom je obal z jemné gumy na pohlavní úd, který má zesílený okraj na jednom konci a na opačném konci je prostor pro zachycení spermatu. Významným dělením kondomů je především dělení kondomů na suché a lubrikované. Kondom je považován za nejbezpečnější ochranu nejen proti otěhotnění, ale i pohlavním chorobám a přenosu velmi nebezpečného viru HIV. (Barták, 2006 s. 34)

Ženská antikoncepce hormonální

Nitroděložní tělísko je zaváděno do dělohy a od každého typu je několik velikostí, které se volí podle velikosti děložní dutiny. Tělísko ženu nijak neomezuje a nevnímá ho při pohlavním styku ani jeden z partnerů. Tělísko se zavádí zhruba na 5 let a řadí se mezi velmi spolehlivé. (Uzel, Kovář, 2010, s. 122)

Nitroděložní antikoncepční systém je založen na principu nitroděložního tělíska s hormonem zvaným levonorgestrel. V lékárnách je lze zakoupit pod různými názvy dle výrobce a u nás je prodáván pod názvem Mirena. Hormon levonorgestrel způsobuje zahuštění hlenu v děložním hrdle, ztěžuje průchod spermii a blokuje vývoj vajíčka ve vaječnících. Výsledkem této metody je extrémní spolehlivost (Uzel, Kovář, 2010, s. 129-130)

Minipilulka je s dávkou hormonů o řád nižší. Neobsahuje estrogény a neblokuje ovulaci. Dávka progestinu je obsažena pouze v malém množství. Je k dostání pod různými názvy dle výrobce a u nás je například tato pilulka k dostání pod názvem Cerazette. (Barták, 2006, s. 105-106)

Antikoncepční a podkožní implantáty jsou rozděleny na injekční formu a podkožní implantáty. Depotní injekční forma patří mezi starší metody. Účinnou látkou je hormon zvaný medroxyprogesteron acetát (MPA), který je aplikován formou mikrokrystalické suspenze s postupným uvolňováním. Ochrana před početím nastupuje ihned a trvá nejméně 3 měsíce. (Uzel, Kovář, 2010, s. 112)

Podkožní implantát je vyroben z pružné plastové tyčinky, která obsahuje účinný postupně uvolňující hormon etonogestrel. Podkožní implantát je vpíchnutý pod kůži na vnitřní straně paže. Tyčinka je dlouhá 40 mm a lékař ji zavádí v místním lokálním znecitlivění.

Výhodou je, že za 24 hodin po zavedení nelze otěhotnět. Nevýhoda této metody spočívá v tom, že po třech letech musí být tělísko pomocí chirurgického zákroku vyjmuto z paže. (Uzel, Kovář, 2010, s. 114)

Antikoncepční tablety jsou v dnešní době nejvíce užívané s vysokou spolehlivostí a jsou považovány v plánovaném rodičovství za revoluční okamžik. Každodenní tabletu v současné době užívá téměř 80 milionů žen. V naší republice mají tablety velký podíl na poklesu provedených interrupcí. Tableta je složena ze dvou hormonů: estrogeneru a progestinu. Ženy užívající antikoncepční hormonální tablety patří do skupiny se sníženým výskytem rakoviny vaječníků a dělohy. Tyto pilulky se nedoporučují ženám trpícím srdečním cévním onemocněním, protože může dojít k žilním trombózám a mozkovému krvácení. Je velmi důležitý individuální přístup, vyšetření a doporučení vhodné antikoncepčních tablet pro každou pacientku. (Uzel, 1999, s. 73-93)

Antikoncepční náplast patří mezi antikoncepční novinky. V současnosti je výběr možný ze dvou způsobů aplikace hormonů: první způsob je možný přes kůži tzv. transdermální náplastí, a druhý způsob je možný přes poševní sliznici v podobě vaginálních kroužků. Obsahují dva hormony estrogen a gestagen. Výhodou těchto metod proti antikoncepčním tabletám je, že se nevstřebávají v trávicím traktu, tudíž nezatěžují žaludek ani játra. (Uzel, Kovář, 2010, s. 117)

Spolehlivost

Spolehlivost každé metody je dána délkou užívání. Spolehlivost antikoncepční metody se většinou vyjadřuje číslem – Perlovým indexem (viz. příloha PII). Tento index udává počet selhání u 100 uživatelů za jeden rok. Do takové statistiky jsou zahrnuty pouze ženy, které jsou vystaveny riziku otěhotnění. (Uzel, 1999, s. 124-125)

Můžeme říci, že žádná z antikoncepčních metod nemůže být stoprocentně spolehlivá, stejně jako neexistují ani bezchybní uživatelé. Ve skutečnosti spolehlivost antikoncepce záleží na každém uživateli a jeho spolehlivosti. Největší efektivita je spojena s použitím hormonální antikoncepční tablety a kondomu. Nejmenší procento selhání vykazují ty metody, které chrání před otěhotněním dlouhou dobu, a u kterých je téměř vyloučena možnost chyby uživatelů. (Uzel, 1999, s. 127)

3.2. Možnosti interrupce

Interrupce je umělé přerušení těhotenství. Jde o možnost ukončit nechtěné těhotenství na žádost ženy. Možnost ukončení těhotenství v České republice je stanoveno zákonem č. 66/1986 Sb. platným od 1. ledna 1987, kde je uvedena lhůta, do které je možné těhotenství ukončit. Lhůta pro umělé přerušení těhotenství je stanovena do 12. týdne těhotenství. V této zákonem dané lhůtě nemusí žena uvádět důvod, proč chce těhotenství ukončit. Po 12. týdnu je možné těhotenství ukončit pouze v případě, že jde o zdraví ženy nebo je zjištěno poškození plodu. V takovémto případě je možnost ukončení těhotenství do 24. týdne. (Bahounek, 2007, s. 7)

Dle délky trvání těhotenství se provádí buď miniinterrupce, nebo interrupce. Miniinterrupce je prováděna u žen do ukončeného 8. týdne těhotenství a interrupce je prováděna od 8. týdne těhotenství do ukončeného 12. týdne těhotenství. Oba tyto úkony jsou prováděny pouze v lékařských zařízeních a za úhradu. Miniinterrupce stojí většinou 2500 Kč a interrupce 3500 Kč. (Bahounek, 2007, s. 8-9)

Miniinterrupce

Tato metoda se používá k ukončení těhotenství, které není delší než 8 týdnů. Je prováděna pomocí vakuové elektrické pumpy a plastických kanyl o malém průměru, která je zavedena do dělohy a odsává plodové vejce a děložní sliznici. Tato metoda je prováděna ambulantně v analgosedaci. (Bahounek, 2007, s. 11)

Interrupce

Další prováděnou metodou umělého přerušení těhotenství je interrupce, která je prováděna od 8. týdne do ukončeného 12. týdne těhotenství. Tato metoda je prováděna v lůžkovém zařízení vzhledem k tomu, že na rozdíl od miniinterrupce je zde riziko komplikací větší. Při této metodě může dojít k rozsáhlému krvácení i poškození děložního hrdla. (Bahounek, 2007, s. 13)

Obě dvě metody umělého přerušení těhotenství jsou jak pro ženu, tak její organismus velice náročné a rizikové. Každá žena, která se rozhodne uměle přerušit těhotenství,

by si měla uvědomit, že násilné ukončení těhotenství může nést následky na celý zbytek života.

Potratová pilulka

Nejnovější metodou umělého přerušení těhotenství v České republice od roku 2014 je tzv. potratová pilulka, která ženám umožní šetrnější potrat, než jaký mohly podstoupit doposud. Při aplikaci této pilulky je stejné pravidlo jako u miniinterrupce. Tato pilulka není volně prodejná v lékárnách, smí ji předepsat pouze nemocnice, nebo zdravotnická zařízení s lůžkovou péčí.

Tato metoda bude jednou z bezpečnějších k ukončení nechtěného těhotenství. Žena tak nemusí podstupovat složitý chirurgický zákrok, který přináší různá rizika a hrozí možnost zavedení infekce a dalších komplikací. (http://zpravy.idnes.cz/potratova-pilulka-v-lekarnach-dks-/domaci.aspx?c=A140612_2072904_domaci_hv)

3.3. Asistovaná reprodukce a její rizika

Přáním manželského páru je splodit vlastní dítě přirozenou cestou. Ne vždy je tomu osud nakloněn. Pro manželský pár je zjištění neschopnosti splodit vlastní dítě velmi stresující životní zkušeností. V řadě případů bývá narušen sexuální život partnerů, který směřuje na dobu ovulace a tím i jejich vzájemný vztah. Neplodnost zasahuje do všech oblastí života páru, a proto nezřídka od lékaře očekávají jak technickou pomoc, tak psychickou podporu. (Mardešić, 1996, s. 11)

„Definice asistované reprodukce, či umělého oplodnění, by mohla být v širším slova smyslu uplatněna na jakoukoli manipulaci s pohlavními buňkami (gametami) vedoucí u neplodných párů ke zvýšení šance na oplodnění. V užším slova smyslu se tento termín používá pro postupy vedoucí k umělému oplodnění v laboratořích.“ (Organon, s. 6)

Asistovaná reprodukce patří mezi jednu z nejprogresivnějších oblastí moderní medicíny při léčbě neplodnosti. Již více než dvacet pět let uběhlo od narození prvního dítěte

ze zkumavky. V Anglii se díky péči průkopníků reprodukční medicíny Edwarde a Steptoea v roce 1978 narodila Louise Brownová. Od této doby došlo v oblasti výzkumu, diagnostiky a léčby neplodnosti k velkým pokrokům. (Organon, s. 1)

Asistovaná reprodukce sama o sobě jako léčba vyžaduje poradenskou péči. Podstoupit tuto léčbu není vždy jednoduché a úspěch není zaručen. Přibližně třem ze čtyř dvojic, které podstoupí jeden cyklus asistované reprodukce, neotěhotní. Pravdou však zůstává, že celková úspěšnost asistované reprodukce je přibližně stejná jako u reprodukce přirozené a někdy i dokonce vyšší. S každým cyklem léčby se úspěch stále zvyšuje. Po třech cyklech, které jsou hrazené zdravotními pojišťovnami může kumulativní poměr otěhotnění dosáhnou přes 50% úspěšnosti. U žen nad 40 let pravděpodobnost početí výrazně klesá. (Organon, s. 21-22)

Metody asistované reprodukce

Mezi metody asistované reprodukce je zahrnuta celá řada moderních technologických postupů, kdy se vajíčka odebírají z vaječníků, oplodňují se mimo ženské tělo a potom se zavádějí do dělohy. Mezi metody asistované reprodukce patří umělá inseminace, kdy je za účelem oplodnění zavedeno do pochvy, děložního čípku, dělohy nebo vejcovodů, partnerovo nebo darované sperma. Nejúčinnější je tato metoda v případě, že sperma obsahuje dostatečně vysoký počet spermií. Účinná je také u žen trpících anatomickými poruchami čípku, nebo funkčními poruchami cervikálního hlenu. (Doherty, 2006, s. 44)

Velmi známou metodou je mimotělní oplodnění, které se používá u žen s poruchou průchodnosti vejcovodů, u mužů s abnormalitami počtu spermií a také u párů s nevysvětlitelnou neplodností. Tato metoda je založena na principu získávání vajíček z vaječniku ženy a jejich oplozením manželových, nebo darovaných spermií v laboratořích. Dále jsou pak jedno až tři embrya zavedena do dutiny děložní k uhnízdění. (Doherty, 2006, s. 46)

Rizika asistované reprodukce

Rizik asistované reprodukce je několik. Mezi nejznámější řadíme vícečetné těhotenství. Takové těhotenství je spojeno se zvýšeným zdravotním rizikem v jeho průběhu a ohrožuje

jak ženu, tak plody. Děti se tak rodí většinou předčasně a s malou porodní hmotností a musí tak být umístěny do inkubátorů.

Dalším rizikem je samovolný potrat, kdy příčinou bývá nedostatečná životaschopnost embrya. Vývoj zárodku proto je nutné sledovat stanovením hormonálních hladin a pomocí ultrazvukového vyšetření. (<http://www.ivfbrno.cz/rizika-ivf/t1037>)

OHSS - syndrom hyperstimulace vaječnicků je nejpublikovanějším nebezpečím asistované reprodukce, ke které může dojít důsledkem hormonální léčby před odběrem vajíček. Příliš vysoké dávky hormonů mohou vyvolat nadměrnou stimulaci vaječnicků, která se projevuje bolestmi břicha. Vyhnout se tomuto riziku, stejně jako riziku vícečetného těhotenství je pečlivé sledování průběhu hormonální léčby a jejího vlivu na vaječnický. (Organon, s. 20)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. METODY, CÍLE VÝZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZ

„Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odhalit význam podkládaný sdělovaným informacím“ (Disman, 2002, s. 285)

Cílem kvalitativního výzkumu je vytváření teorie a nových hypotéz. Cílem kvantitativního výzkumu je testování hypotéz.

„Kvalitativní výzkum má slabou standardizaci a proto má poměrně nízkou reliabilitu. Slabá standardizace, volná forma otázek a odpovědí nevynucuje taková omezení, jaká existují v kvantitativním výzkumu. Potenciálně může mít kvalitativní výzkum vysokou validitu.“ (Disman, 2002, s. 287)

Na rozdíl od kvantitativního výzkumu používá kvalitativní výzkum induktivní logiku. Začátkem výzkumného procesu je pozorování a sběr dat. Poté výzkumník hledá pravidelnosti, které existují v těchto datech, po významu těchto dat, formuluje předběžné závěry a výstupem může být nová hypotéza nebo nová teorie. V kvalitativním výzkumu sbíráme všechna data a snažíme se nalézt struktury a pravidelnosti, které v nich existují. (Disman, 2002, s. 287)

Oproti kvantitativnímu výzkumu může kvalitativní výzkum snáze minimalizovat mnohá zkrácení. Redukce dat v kvalitativním výzkumu je mnohem slabší než ve výzkumu kvantitativním. V kvalitativním výzkumu procházejí data mnohem menším počtem transformací. Nejběžnější techniky sběru informací v kvalitativním výzkumu jsou zúčastněné pozorování, nestandardizovaný rozhovor a analýza osobních dokumentů. Kvalitativní výzkum je mnohem méně atomizován a má mnohem méně oddělených operací. Podstatný je fakt, že všechny operace jsou prováděny paralelně v jednom kroku. (Disman, 2002, s. 298-299)

Metodologie výzkumu není tvořena předem, ale v průběhu sběru dat. Struktura vytvořená v datech a jejich průběžná interpretace vede výzkumníka k formulování nové otázky, která bude položena v současném nebo dalším rozhovoru.

Kvalitativní výzkumnou metodu jsem zvolila s ohledem na možnost získání projevů středoškolských studentů při kladení výzkumných otázek. Výzkumné otázky měly za cíl zjistit názory a postoje středoškolských studentů, zejména studentů 4. ročníku

na plánované rodičovství, manželství a sexuální vztahy. Věková hranice u žen, kdy se rozhodnou pro mateřství, v současné společnosti stále stoupá.

Při zpracování této práce jsem se zabývala myšlenkou, zda dnešní mladí lidé přistupují zodpovědně k sexuálnímu způsobu života, zda preferují stálého partnera, zda do budoucna uvažují o plánování rodičovství, nebo se spíše přikláníjí k náhodnému otěhotnění.

Pro získání empirických dat jsem zvolila formu polostrukturovaného rozhovoru. Otázky byly sestaveny speciálně pro účely této práce. Rozhovor byl veden se studenty 4. ročníku střední školy. Osloveno bylo celkem 10 studentů – 5 dívek a 5 chlapců. Respondenty jsem úmyslně vybrala ve stejném počtu dívek a chlapců, aby bylo možné porovnat názory a postoje k rodičovství jako takovému. Respondenti byli vybráni ve věkovém rozmezí 18 – 20 let. Rozhovory byly zaznamenávány přímo na místě do bloku. Rozhovory byly vedeny osobně v prostoru střední školy a každý trval cca 45 minut. Při rozhovorech byli respondenti nejprve zdrženliví a během rozhovoru se uvolnili a komunikace byla na přátelské úrovni. Se souhlasem respondenty A respondenta F jsou následně vytvořeny doslovné přepisy rozhovorů, které jsou přílohou PIII.

Výzkumná otázka:

Jaký postoj zaujímá dnešní středoškolská mládež k plánování rodičovství?

Respondenti:

Respondentka A – Kateřina 18 let

Respondentka B – Ivana 18 let

Respondentka C – Petra 19 let

Respondentka D – Daniela 19 let

Respondentka E – Lucie 20 let

Respondent F – Petr 18 let

Respondent G – Martin 18 let

Respondent H – Tomáš 19 let

Respondent I – Jaroslav 19 let

Respondent J – Michal 20 let

4.1. Analýza rozhovorů

Odpovědi respondentů získané z rozhovorů, jsou rozděleny do 4 okruhů. Tyto okruhy si kladou za cíl získat odpověď na výzkumnou otázku:

Jaký zaujímá postoj dnešní středoškolská mládež k plánování rodičovství?

K získání potřebných informací byly kladeny i další související výzkumné podotázky, které mají zjistit aktuální postoj studentů k plánování rodičovství. Odpovězeno bylo na všechny kladené otázky i podotázky.

Jedná se o tyto okruhy:

- 1) Nejčastější zdroj informací o plánovaném rodičovství
- 2) Nejčastěji používaná ochrana před nechtěným těhotenstvím
- 3) Představa o partnerovi a manželství
- 4) Umělé přerušování těhotenství

Okruhy byly zvoleny tak, aby dosáhly celkového pohledu na plánování rodičovství.

V kvalitativním výzkumu je nejčastěji používanou metodou sběru dat rozhovor, pro který se používá označení hloubkový. Hloubkový rozhovor je metoda, jejímž účelem je získat vyličení žitého světa dotazovaných s respektem k interpretaci významu popsanych jevů. (Švaříček, 2007, s. 159)

Mezi hlavní dva typy hloubkového rozhovoru řadíme polostrukturovaný rozhovor a nestrukturovaný rozhovor, též narativní rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připraveného seznamu otázek a nestrukturovaný rozhovor může vycházet jen z jedné předem připravené otázky a dále se badatel dotazuje na základě informací poskytnutých zkoumaným účastníkem. (Švaříček, 2007, s. 160)

„Celý proces získávání dat prostřednictvím této metody sestává z výběru metody, přípravy rozhovoru, průběhu vlastního dotazování, přepisu rozhovoru, analýzy dat a zpsaní prezentace výzkumné zprávy“. (Švaříček, 2007, s. 160)

Při poznávání řady fenoménů je nenahraditelným nástrojem pečlivě připravený a kvalitně provedený kvalitativní rozhovor.

„Při kvalitativní analýze jde o systematické nenumerné organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, kvality a vztahy. Termín nenumerný se zde vztahuje jednak na data a jednak na práci s nimi“. (Švaříček, 2007, s. 207)

Data, která máme k dispozici a chystáme se je zpracovávat, jsou většinou v textové podobě jde o přepisy rozhovorů. Úkolem výzkumníka není pouze poukázat na zajímavost nasbíraných surových dat, ale materiál podrobit systematické analýze a následné interpretaci. (Švaříček, 2007, s. 207)

4.2. Vyhodnocení

Okruh č. 1 – Nejčastější zdroj informací o plánovaném rodičovství

Respondentka A

V oblasti nejčastějších zdrojů informací o plánovaném rodičovství se respondentka dozvěděla z přednášek ve škole a na internetu. Plánované rodičovství vidí jako nejlepší možný způsob k založení rodiny.

Respondentka B

Nejvíce informací respondentka získala v rozhovorech s vrstevníky, z filmů a běžného života. Její postoj k plánování rodičovství je záležitost věku, volbě partnera a finančního zabezpečení.

Respondentka C

Pro tuto respondentku byla největším zdrojem informací její maminka, která s ní o rodičovství a ochraně proti nechtěnému těhotenství nejvíce hovořila. Zároveň se domnívá, že taková věc, jako plánování rodičovství se naplánovat nedá.

Respondentka D

Informace o plánování rodičovství získávala respondentka průběžně ve škole a v rodině. Vnímá ho jako normální věc dvou lidí, kteří chtějí mít spolu dítě.

Respondentka E

Vrstevníci, rodiče a internet jsou pro tuto respondentku nejčastějšími zdroji informací. Její postoj k problematice plánovaného rodičovství je kladný a důležitý.

Respondent F

Tento respondent získává informace z internetu a okolí. Plánované rodičovství bere jako součást společného života s partnerkou.

Respondent G

O plánovaném rodičovství si informaci vyvodil sám již z názvu. V budoucnu nemá nic proti plánovanému početí, ale klade si otázku, zda to zrovna v plánovanou dobu bude úspěšné.

Respondent H

Informace nejčastěji získal v rozhovorech s vrstevníky a v rodině. Plánované rodičovství nezavrhuje, ale osobně ho plánovat nebude.

Respondent I

Získaná informace je pro respondenta jasná z názvu. Považuje plánování rodičovství za správný krok - dítě je chtěné a narodí se do zabezpečené rodiny.

Respondent J

Prvním zdrojem pro respondenta byla přednáška ve škole. Plánování rodičovství je pro něho důležitým krokem v životě partnerů.

Celkové vyhodnocení okruhu č. 1

Na základě uskutečněných rozhovorů je zřejmé, že studenti jsou informováni o metodě plánovaného rodičovství. Jak respondentky, tak respondenti zaujímají zodpovědný přístup k plánovanému rodičovství. Častými zdroji informací je rodina, internet a vrstevníci. Je přirozené, že v tomto věku převažují kamarádi a proto se nejvíce s radami obracejí právě na svoje vrstevníky.

Okruh č. 2 – Nejčastěji používaná ochrana před nechtěným těhotenstvím

Respondentka A

Respondentka se před nechtěným těhotenstvím chrání antikoncepcí. Je to pro ni větší jistota než použití kondomu.

Respondentka B

Jako nejvíce používanou ochranu uvedla respondentka kondom. Je pro ni cenově dostupnější a nemusí myslet na to, že si musí vzít antikoncepční pilulku.

Respondentka C

Nejméně nákladnou ochranou proti nechtěnému těhotenství je pro respondentku přerušovaná soulož. Je si vědoma, že to nemusí být tak bezpečné jako použití kondomu.

Respondentka D

Ochrana je pro nechtěné těhotenství velmi důležitá a respondentka preferuje používání kondomu.

Respondentka E

K zabránění nechtěného těhotenství si respondentka zvolila antikoncepci a pro větší jistotu používá současně i kondom.

Respondent F

Co se týká ochrany před nechtěným těhotenstvím, nechává to respondent na partnerce, která používá antikoncepci.

Respondent G

Ochranou tohoto respondenta je použití kondomu.

Respondent H

Respondent uvedl, že nejlevnější a nejdostupnější ochranou je pro něho kondom.

Respondent I

V dnešní době je ochrana důležitá i z hlediska přenosných nemocí a respondent je zastáncem používání kondomu.

Respondent J

Samozřejmě nechtěného těhotenství je pro respondenta používání kondomu. Je to pro něho jistota ochrany a nechce spoléhat na partnerku a její antikoncepci.

Celkové vyhodnocení okruhu č. 2

Je zřejmé, že všichni respondenti používají různé prostředky, aby se chránili před nechtěným těhotenstvím. Nejvíce používaná ochrana je kondom. Je cenově nejdostupnější a chrání i před pohlavními chorobami. Antikoncepce je používána v malém rozsahu jen u 3 respondentů.

Okruh č. 3 – Představa o partnerovi a manželství

Respondentka A

Partner by měl být oporou za všech okolností, vzájemná důvěra, podpora a ohleduplnost. Manželství má splňovat věrnost, vzájemné porozumění a důvěru.

Respondentka B

Současný partner představu naprosto splňuje – je tolerantní, zábavný, ohleduplný. Manželství je založeno na důvěře, pohodě, loajlnosti, porozumění a sexuálním uspokojení.

Respondentka C

Svého partnera vidí jako krásného a bohatého muže, který se o ni dokáže postarat, je chytrý, má ji rád a je pro něho nejdůležitější. V manželství musí být věrnost, láska, opora a vzájemné přátelství.

Respondentka D

Měl by ji mít rád takovou jaká je, měl by ji být věrný a ohleduplný. Manželství je vztah založený na důvěře, lásce a vychovat v rodině šťastné dítě.

Respondentka E

Je důležité, jak se bude chovat ke mně a naší rodině. Manželství by mělo splňovat věrnost, vzájemnou pomoc a respekt.

Respondent F

Partnerka by měla být věrná, hodná a tolerantní. Společný život, láska a peníze je předpoklad zdárného manželství.

Respondent G

Mezi partnery je důležitý vzájemný respekt a vzájemná podpora a to je i základem úspěšného manželství.

Respondent H

Představa o partnerce je velice složitá, která se nedá jednoznačně vyjádřit. Manželství je založeno na vzájemné toleranci.

Respondent I

O představě své partnerky ještě nepřemýšlím. Respekt, pochopení a láska je předpokladem manželství.

Respondent J

Důvěra, přitažlivost a porozumění je má představa o partnerce i manželství.

Celkové vyhodnocení okruhu č. 3

Sedm z deseti respondentů se shodlo v představě o budoucím partnerovi. Ne každý najde pravého partnera pro budoucí život hned napoprvé. Zpravidla vystřídají a poznají několik partnerů, než najdou jednoho stálého, se kterým by chtěli založit rodinu. Všichni respondenti se shodli v tom, co by mělo manželství splňovat. Pro všechny je v manželství důležitá důvěra, láska a tolerance.

Okruh č. 4 – Umělé přerušování těhotenství

Respondentka A

Je to krajní řešení v případě selhání metod před nechtěným těhotenstvím a příliš nízkému věku nastávajících rodičů.

Respondentka B

Je to každého osobní věc, zda se pro umělé přerušení těhotenství rozhodne.

Respondentka C

V případě nízkého věku a nepřipravenosti mít dítě a schopnosti ho dostatečně zabezpečit je umělé přerušení těhotenství jedna z možností.

Respondentka D

Je to hrozné a nelidské obzvlášť, když je v dnešní době mnoho způsobů k zabránění nechtěnému těhotenství.

Respondentka E

Mělo by být povoleno pouze v případě ohrožení života matky, dítěte nebo v případě znásilnění. Je mnoho možností nechtěnému těhotenství zabránit.

Respondent F

Je věcí každého jestli si dítě nechá, nebo ne.

Respondent G

V případě, že není jiné řešení a je to jediná možnost, nejsem proti tomu.

Respondent H

Nemám nic proti tomu. Rozhodnutí závisí na situaci a budoucích rodičích.

Respondent I

Pokud selže antikoncepce a těhotenství je nechtěné, je to východisko ze situace.

Respondent J

Můj postoj k umělému přerušení těhotenství je naprosto negativní. Každý by si měl být vědom, že žádná ochrana není 100%.

Celkové vyhodnocení okruhu č. 4

Umělé přerušení těhotenství je pro většinu respondentů krajní řešení v nouzové situaci. Poukazují na současné možnosti a metody související s ochranou před nežádoucím těhotenstvím.

Z vyhodnocení jednotlivých okruhů vyplývá, že studenti mají informace o plánovaném rodičovství a zaujímají k němu kladný postoj. Mají odpovědný přístup k používání prostředků k zabránění nechtěného těhotenství a rovněž mají představu o svém budoucím partnerovi. Záporný postoj zaujímají k umělému přerušování těhotenství, které je pouze krajní řešení v nouzové situaci. Rozdíl v odpovědích mezi ženami a muži je minimální.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo získat informace, jaký postoj zaujímají středoškolští studenti k plánovanému rodičovství. Kvalitativní výzkum si kladl za úkol zjistit, zda dnešní mladí lidé přistupují zodpovědně k sexuálnímu životu a plánovanému rodičovství. K tomuto výsledku jsem dospěla pomocí rozhovorů se studenty. Z analýzy rozhovorů vyplývá, že základní téma plánování rodičovství neovlivňuje věková hranice ani pohlaví. Jak ženy, tak muži toto téma berou velice zodpovědně, mají k němu kladný postoj a chrání se před nechtěným těhotenstvím. Analýza výsledků výzkumného šetření také ukázala, z jakých zdrojů studenti získávají informace o plánovaném rodičovství a jakou preferují nejčastěji používanou ochranu.

Vliv sociální pedagogiky na plánované rodičovství je úzce spjat s výchovou, rodičovstvím, s dodržováním práv dítěte, s posilováním pozitivních složek životního stylu, především prostřednictvím výchovy a vzdělání. Součástí výuky ve školách jsou preventivní programy sociálních pedagogů s cílem zaručit účinnost integrování se do každodenního života školy a umožnit žákům osvojit si kompetence zdravého životního stylu

Plánovat rodičovství lze pozitivně nebo negativně. Pozitivním plánováním rodičovství je zplození potomka. Vzhledem k dnešní uspěchané době, kdy na člověka působí mnoho vlivů, to není vždy jednoduché. Hrozbou dnešní doby se v plánování rodičovství stává neplodnost. Velké množství typů neplodnosti lze léčit a jednou z možností léčby je tzv. asistovaná reprodukce. První důležitá etapa lidského života začíná porodem. Přáním každého rodiče je připravit dítěti co nejlepší start do života, vychovat ho, napomoci mu procesem socializace, ale hlavně ho připravit na další úspěšnou cestu životem. Negativní plánování rodičovství spočívá v opatřeních vedoucím k zabránění nežádoucího těhotenství. Jednou z možností nechtěného těhotenství je interrupce.

Dnešní uspěchaná doba mění trend k založení rodiny kolem dvacátého roku, jak tomu bylo v dřívějších dobách a dítě je posouváno až na pozdější a vhodnější dobu obou rodičů. Domnívám se, že i nadále bude věk prvorodiček stoupat. Proto by jistě nebylo od věci se touto problematikou zabývat i v budoucnu.

Výzkumnou částí jsem zjistila, že středoškolští studenti mají uvědomělý přístup k plánovanému rodičovství a chrání se před nechtěným těhotenstvím. Dále výzkum ukázal,

že respondenti berou umělé přerušení těhotenství jako krajní a nouzové řešení vzniklé situace. Zodpovědný přístup studentů k plánovanému rodičovství splnil cíl bakalářské práce.

O výsledky výzkumu projevila zájem Integrovaná střední škola Slavkov u Brna na které bylo výzkumné šetření realizováno a Střední škola uměleckomanažerská Brno, na které byla vykonána odborná praxe. Práce bude použita v rámci preventivních programů při výuce základů společenských věd.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BARTÁK, A. Antikoncepce. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 132 s. ISBN 80-247-1351-9
- BECHYŇOVÁ, V. Případové konference: praktický průvodce pro práci s ohroženou rodinou. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 158 s. ISBN 978-80-262-0181-6
- BRABLCOVÁ, V. a kolektiv. Manželství, rodina rodičovství. 3.vyd.Praha: Horizont, 1977, 148 s. ISBN 40-010-77
- ČAČKA, O. Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace. 1. vyd. Brno: Doplněk, 2000. 377 s. ISBN 80-7239-060-0
- CENTRUM ASISTOVANÉ REPRODUKCE, gynekologicko-porodnická klinika FN Brno a MU Brno [cit. 2014-10-12; 18:15] Dostupný z www: <http://www.ivfbrno.cz/rizika-ivf/t1037>
- DISMAN, M. jak se vyrábí sociologická znalost. 3. vydání Praha: Horizont, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7
- DOBSON, J.C. Rodičovství chce odvalu. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. 190 s. ISBN 80-85495-45-7.
- DOHERTY, C. Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry. vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006. 121 s. ISBN 80-251-0771-X
- ELTON, B.Ch. Neplodnost. 1.vyd. v českém jazyce. Praha: BB art, 2002. 252 s. ISBN 80-7257-800-6.
- FENWICK, E. Sexuální výchova: průvodce citovým a tělesným dozráváním. České vyd. 1. Praha: Cesty, 1996. 94 s. ISBN 80-7181-022-3
- HAVLÍK, R. Sociologie výchovy a školy. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. 174 s. ISBN 80-7178-635-7
- JAKLOVÁ, H. Vybrané problémy v oblasti rovného postavení žen a mužů pečujících o děti a návrhy na jejich řešení. Praha: Aperio, 2005. 39 s. ISBN 80-903087-4-0.
- MATĚJČEK, Z. Rodiče a děti. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 335 s. ISBN 08-011-86
- MATOUŠEK, O. Rodina jako instituce a vztahová síť. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. 124 s. ISBN 80-901424-7-8.
- MOŽNÝ, I. Rodina a společnost. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006. 311 s. ISBN 80-86429-58-X.

MŠMT [cit. 2015-02-22-; 13:30] Dostupný z www:

<http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/skolskareforma/ramcove-vzdelavaci-programy>

ORGANON s.r.o. Asistovaná reprodukce příručka pro neplodné páry. IBC Building, Praha, 28 s.

PEKÁRKOVÁ, M. Potrat ano-ne, aneb, Na pokraji života. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 101 s. ISBN 80-7169-922-5.

PETRÁŠOVÁ, L. V Česku se začíná prodávat kontroverzní potratová pilulka. iDnes. 2014 [cit. 2014-09-06; 12:30] Dostupný z www: http://zpravy.idnes.cz/potratova-pilulka-v-lekarnach-dks-/domaci.aspx?c=A140612_2072904_domaci_hv

PROCHÁZKA, M. Sociální pedagogika. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 203 s. ISBN 978-80-247-3470-5

PSYCHOLOGIE, PEDAGOGIKA. [cit. 2014-09-16; 15:30] Dostupný z www: <http://psychologie-pedagogika.studentske.cz/2008/07/vchovn-funkce-rodiny.html>

ŘEŽÁBEK, K. Léčba neplodnosti. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o. 2002, 104 s. ISBN 80-247-0187-1

SOBOTKOVÁ, I. Psychologie rodiny. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. 224 s. ISBN 978-80-7367-250-8

SZAREWSKÁ, A. Antikoncepce: Praktická příručka. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1996. 222 s. ISBN 80-85865-55-6

ŠEVROVÁ, L. Význam rodiny ve společnosti, 2011 [cit. 2014-09-16; 13:00] Dostupný z www: <http://www.rodinadnes.cz/2011/10/vyznam-rodiny-ve-spolecnosti.html>

ŠILEROVÁ, L. Sexuální výchova: jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003. Pro rodiče. 103 s. ISBN 80-247-0291-6

ŠULOVÁ, L. a spol. Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví. Praha: Maxdorf, c2011, 439 s. ISBN 978-80-7345-238-4.

ŠVAŘÍČEK, R. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 1 Praha: Portál s.r.o. 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TANNENBERGEROVÁ, M. Rodina. 2014 [cit. 2014-09-16; 10:00] Dostupný z www: <https://prezi.com/pgvupzhzfgj5/rodina/>

TRČA, S. Plánované rodičovství: nejlepší cesta k narození zdravého dítěte: jak brzy otěhotnět. vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 156 s. ISBN 978-80-247-2794-3.

ULČOVÁ-GALLOVÁ, Z. Neplodnost útok imunity. vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 141 s. ISBN 80-247-1493-0.

UZEL, R. Antikoncepční kuchařka, aneb, Cesty k sexuálnímu zdraví. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999. 137 s. ISBN 80-7169-767-2.

UZEL, R. Jak neotěhotnět. vyd. 1. Praha: Scientia medica, 1992. 110 s. ISBN 80-85526-15-8.

UZEL, R. Ženské otazníky. 1. vyd. Praha: Práce, 1987. 166 s. ISBN 24-038-87

VAŠKO, M. Rodina a typologie rodin, 2013 [cit. 2014-09-16; 14:00] Dostupný z [www: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KkXp1PMdJoQJ:www.utb.cz/file/37069_1_1/+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=firefox-a](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KkXp1PMdJoQJ:www.utb.cz/file/37069_1_1/+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=firefox-a)

VAVŘÍK, M. Vybrané sociologické problémy, IMS Brno, 2010, 66 s.

WIKIPEDIE: otevřená encyklopedie [online]. Rámcový vzdělávací program. 2013 [cit. 2014-10-07; 14:00] Dostupný z [www: http://cs.wikipedia.org/wiki/R%C3%A1mcov%C3%BD_vzd%C4%9B%C3%A1vac%C3%AD_program](http://cs.wikipedia.org/wiki/R%C3%A1mcov%C3%BD_vzd%C4%9B%C3%A1vac%C3%AD_program)

Zákon č. 66/1986 Sb. O umělém přerušení těhotenství České národní rady ze dne 20. října 1986

SEZNAM PŘÍLOH

PI - rozdělení antikoncepčních metod

PII - přehled antikoncepční účinnosti jednotlivých metod

PIII – přepis rozhovorů

PŘÍLOHA P I: ROZDĚLENÍ ANTIKONCEPČNÍCH METOD

Skupina antikoncepčních metod			Metoda	Poznámka	
mužská antikoncepce			přerušená soulož	<i>významná metoda</i>	
			zábrana tvorby spermií	<i>není prakticky použitelná</i>	
			sterilizace (přerušení chámovodu)	<i>plodnost se již nedá obnovit</i>	
ženská antikoncepce	nehormonální	bariérové metody	kondom	<i>významná metoda</i>	
			poševní pesar	<i>u nás již patří historii</i>	
			spermicidní čípky a krémy	<i>užívají se, ale kromě jiných nevýhod jsou méně spolehlivé</i>	
	hormonální metody	nitroděložní	nitroděložní antikoncepce	nitroděložní tělíska	<i>významná metoda</i>
				nitroděložní antikoncepční systémy	zatím se užívá méně, ale metoda má budoucnost
		gestagenní	minipilulky		běžně se užívají, ale význam je omezený
			antikoncepční podkožní implantáty		zatím se užívá méně, ale metoda má budoucnost
			antikoncepční injekce		běžně se užívají, ale význam je omezený
		kombinované	antikoncepční tablety		<i>velmi významná metoda</i>
			antikoncepční náplasti		zatím se užívá méně, ale má budoucnost
					neploďné dny

PŘÍLOHA P II: PŘEHLED ANTIKONCEPČNÍ ÚČINNOSTI JEDNOTLIVÝCH METOD

Antikoncepční metoda	Pearlův index	Poznámka
žádná	88	
přerušovaná soulož	20	
kondom	5	velmi závisí na zkušenosti muže
neplodné dny	5–10	podle konkrétní metody zjišťování neplodných dnů
spermicidní poševní čípky	5	
hormonální antikoncepce – minipilulky	2	výrazná úloha lidského faktoru
kombinované hormonální tablety	0,5–1	výrazná úloha lidského faktoru
nitroděložní tělíska běžná	4	
nitroděložní tělíska hormonální	0,1	
podkožní implantáty	0,5–1	
injekční antikoncepce	< 0,5	
antikoncepční náplasti	0,5	

BARTÁK, A. Antikoncepce. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, s. 31

PŘÍLOHA P III: PŘEPIS ROZHovorŮ

Rozhovor s respondentkou A

1) Co si představíte pod pojmem plánované rodičovství?

Rozhodnutí dvou lidí o založení rodiny.

2) Z jakých zdrojů jste se o plánovaném rodičovství dozvěděla?

Z přednášek ve škole, na internetu.

3) Jaký je Váš názor na plánované rodičovství?

Podle mého názoru je to nejlepší možný způsob jak založit rodinu.

4) Máte v rodičích vzor v oblasti rodičovství?

Ano.

5) Preferujete stálého partnera pro pohlavní styk?

Ano.

6) Co by podle Vás mělo splňovat manželství?

Lásku, věrnost, oporu mezi partnery, porozumění, důvěru, obětavost, podporu.

7) Jakou máte představu o Vašem budoucím partnerovi?

Abych v něm měla oporu za všech okolností důvěru, podporu, aby byl ohleduplný a obětavý. Věřil si a stál si za svým názorem, pokud bude správný.

8) V kolika letech je podle Vašeho názoru, ideální mít první dítě?

V 23 letech.

9) Chráníte se před nechtěným těhotenstvím?

Ano.

10) A jak?

Používám antikoncepci.

11) Zastáváte názor, že dítě se má narodit v manželství?

Ano.

12) A proč?

Každé dítě by mělo vyrůstat v harmonické rodině s oběma rodiči, být oběma rodiči společně vychováváno a manželství je pevný svazek dvou lidí.

13) V kolika letech vy osobně plánujete sňatek?

Až bude ten správný čas a budeme s partnerem aspoň částečně zabezpečeni a budeme mít kde bydlet.

14) Kolik plánujete do budoucna dětí?

2

15) Slyšela jste někdy o metodě asistované reprodukce?

Ano.

16) Co si pod tím pojmem představujete?

Umělé oplodnění – tzv. dítě ze zkumavky

17) Jaký máte názor na interrupci?

V dnešní době je spousta metod, jak se před nechtěným těhotenstvím chránit. Pokud ovšem dojde k nechtěnému těhotenství a budoucí rodiče jsou například příliš mladí nebo by dítěti nedokázali poskytnout plnohodnotný domov a život, je to jedna možných metod.

Rozhovor s respondentem F

1) Co si představíte pod pojmem plánované rodičovství?

Svatba, dítě.

2) Z jakých zdrojů jste se o plánovaném rodičovství dozvěděl?

Z internetu, okolí.

3) Jaký je Váš názor na plánované rodičovství?

Je to společný život s partnerkou a pořízení dítěte.

4) Máte v rodičích vzor v oblasti rodičovství?

Ano.

5) Preferujete stálého partnera pro pohlavní styk?

Podle situace, ale spíš ano.

6) Co by podle Vás mělo splňovat manželství?

Lásku, společný život, peníze.

7) Jakou máte představu o Vaší budoucí partnerce?

Měla by být věrná, hodná a tolerantní

8) V kolika letech je podle Vašeho názoru, ideální mít první dítě?

V 23 – 27 letech. V této době není kam spěchat.

9) Používáte nějakou ochranu k zabránění nechtěnému těhotenství?

Já ne. Partnerka samozřejmě.

10) A jakou?

Používá antikoncepci.

11) Zastáváte názor, že dítě se má narodit v manželství?

Bylo by to lepší, ale nemám nic proti tomu, když rodiče nebudou spolu v manželství a budou schopni se o dítě postarat a zabezpečit mu plnohodnotný život. Mít na sebe papír nezaručí dítěti štěstí a harmonii rodiny.

12) A jaký máte tedy názor na početí dítěte do neúplné rodiny?

To záleží na okolnostech a finančním zabezpečení. Ale na výchovu by měli oba rodiče.

13) V kolika letech vy osobně plánujete sňatek?

Až to přijde, zatím nevím a nepřemýšlím o tom. Času je dost.

14) Kolik plánujete do budoucna dětí?

2

15) Slyšel jste někdy o metodě asistované reprodukce?

Ne.

16) Dokážete si pod tím pojmem něco představit?

Snad dítě ze zkumavky?

17) Jaký máte názor na interrupci?

Nepřemýšlel jsem nad tím a podle mě je to každého věc.