

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Diplomová práce

Bc. Barbora Anna Bajajová

**Zvládání školní docházky a mateřských povinností u dospívajících
dívek s poruchami chování**

Olomouc 2019

Vedoucí práce: doc. PhDr. Tomáš Čech, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením doc. PhDr. Tomáše Čecha, Ph.D. s využitím zdrojů uvedených v soupisu literatury.

V Olomouci dne 10.12.2019

.....

podpis autorky

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především mému vedoucímu Tomáši Čechovi za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a podporu při vedení mé diplomové práce. Dále mé díky patří VÚDDŠ Moravský Krumlov, jeho zaměstnancům a především dívkám, bez kterých bych svoji diplomovou práci nemohla uskutečnit. V neposlední řadě děkuji také své rodině a přátelům za podporu, povzbuzení a inspiraci.

Obsah

Úvod.....	6
1 Období dospívání.....	7
1.1 Vymezení pojmu	7
1.2 Psychologie období dospívání.....	8
1.2.1 Emancipace od rodiny	9
1.2.2 Navazování vztahů k vrstevníkům	10
1.2.3 Sexualita v období dospívání.....	11
1.2.4 Volba povolání	13
2 Těhotenství	14
2.1 Vymezení pojmu	14
2.2 Změny mateřského organismu v těhotenství.....	14
2.3 Péče o těhotnou	16
2.4 Životospráva těhotné	17
2.5 Psychologie těhotenství.....	17
2.6 Porod	19
2.7 Šestinedělí	20
2.8 Těhotenství v období dospívání	21
2.9 Mateřství	23
3 Ústavní výchova	25
3.1 Diagnostický ústav	27
3.2 Dětský domov a dětský domov se školou	28
3.3 Výchovný ústav.....	28
3.4 Poruchy chování u dětí a dospívajících.....	29
4 Empirická část	32
4.1 Cíl výzkumu.....	32
4.2 Výzkumná metoda	33

4.3	Výběr respondentů a sběr dat.....	34
4.4	Vyhodnocení a interpretace získaných dat.....	37
4.4.1	Otevřené kódování.....	37
4.4.2	Axiální kódování	50
4.4.3	Selektivní kódování.....	53
4.5	Interpretace výsledné zakotvené teorie formou příběhu	55
5	Diskuze.....	57
	Závěr.....	60
	Resumé	61
	Summary	62
	Reference.....	63
	Seznam zkratk.....	67
	Seznam tabulek.....	68
	Seznam obrázků	69
	Seznam příloh.....	70

Úvod

Při volbě tématu pro moji diplomovou práci jsem se snažila najít oblast, která by byla blízká mým zájmům. To se mi podařilo v rámci mojí profese porodní asistentky. Při práci na porodním sále a oddělení šestinedělí jsem se setkala s nezletilými těhotnými a čerstvými matkami a starala jsem se o ně.

Objevila se pro mě tím velice specifická skupina žen, o kterých jsem se chtěla dovědět víc. Nejprve jsem se doptávala svého okolí a hledala dostupné informace, kterých bylo poskrovnu, až jsem se rozhodla k dívkám dostat ještě blíže a to prostřednictvím této práce. Jejich situace mě zajímala z pohledu porodní asistentky stejně jako z pohledu budoucího pedagoga.

Ve své práci se denně setkávám s těhotnými, rodičími i ženami po porodu. Každá z nich má za sebou životní příběh, určitá očekávání, plány a sny. Dokonce i jejich předchozí zkušenosti hrají velkou roli v jejich vnímání těhotenství, porodu, příchodu jejich dítěte na svět a nastávajícího mateřství. Během doby, kdy o tyto ženy pečuji, mi často část svého příběhu nebo obav sdělí a dají mi tak nahlédnout do svého života. Když jsem pečovala o nezletilé maminky, jejich chování a vyjadřování vykazovalo odlišnosti oproti většině maminek. Více různých situací ve mně tedy vzbudilo zvědavost po příbězích a prožitcích těchto mladých maminek. Za cíl práce jsem si stanovila popsat zvládání školní docházky a mateřských povinností u dospívajících dívek s poruchami chování.

Práce, kterou na tomto místě předkládám, se v mnoha ohledech stala odpovědí na otázky, které jsem si před jejím vypracováním kladla. Také mě ale vedla k dalším otázkám a hledání souvislostí, které jsem dříve nevnímala. Doufám, že tak jako tento výzkum obohatil mě, bude přínosem i pro ty, kteří ho budou číst. Nezletilé matky s poruchami chování tvoří sice velmi malou skupinu v naší společnosti, to však neznamená, že by jim neměla být věnována pozornost. Ocitly se v situaci, kterou si většina z nás neumí ani představit – ve věku, kdy většina z nás chodila jen do školy a zájmových kroužků nebo třeba do prvních tanečních, se tato děvčata musí starat nejen o sebe, ale také o své malé děti. Výchovný ústav je pro ně v tuto chvíli dobrým zázemím, ale zvládnou dívky obstát i po odchodu z ústavu?

1 Období dospívání

1.1 Vymezení pojmu

Období dospívání je etapou, která není časově zcela jednotně ohraničena, jelikož se názory odborníků poměrně liší. Hrubě vyjádřeno se však jedná o druhou dekádu života (Macek, 1999).

Z hlediska biologického je období dospívání ohraničeno na jedné straně prvními známkami pohlavního zrání (objevení se sekundárních pohlavních znaků) a více nebo méně vyznačenou akcelerací růstu, na druhé straně dovršením plné pohlavní zralosti (plné reprodukční schopnosti) a dokončením tělesného růstu.

Tato etapa je významná také z hlediska psychických změn, které jsou charakteristické novými pudovými tendencemi, hledáním způsobů jejich uspokojování a kontroly, emoční labilitou a nástupem vyspělého způsobu myšlení a vrcholem jeho rozvoje.

Dochází také ke změně sociální pozice jedince. Sám mění pojetí vlastní role a stejně tak je jeho role jinak vnímána okolím a jsou na něj kladeny jiné požadavky a očekávání.

Tělesné, psychické a sociální změny v tomto období probíhají více méně souběžně a částečně závisle. Jejich závislost však není úplná, do vývoje vstupuje mnoho dalších faktorů, které celý proces ovlivňují. Vzniká tak velká intraindividuální i interindividuální variabilita, která ztěžuje snahy o konkrétní vymezení období dospívání. Proto bývá období dospívání dále členěno:

Období pubescence (zhruba 11 – 15 let), které má dvě fáze – prepuberty (začíná prvními známkami pohlavního dospívání, končí nástupem menarche u dívek a první noční polucí u chlapců) a vlastní puberty (následuje po dokončení prepuberty a končí dosažením reprodukční schopnosti) (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Období adolescence (zhruba 15 – 22 let) je charakterizováno dosažením plné reprodukční zralosti a dokončováním tělesného růstu. Mění se postavení jedince ve společnosti – ukončuje povinnou školní docházku, začíná navazovat hlubší erotické vztahy, mění se vnímání sebe sama. Vývojovou prioritou adolescenta je vytvoření si pocitu vlastní identity, přijetí norem společnosti, vytvoření si vědomí vlastní hodnoty a postupně se stát nezávislým na rodičovské autoritě (Šimíčková-Čížková, 2008). Psychické změny

období adolescence jsou definovány jako tzv. krize identity. Ta by měla být jedincem vyřešena do 25. roku života, aby byl dále připraven na další vývojové úkoly (Atkinson, 2003).

Jak již bylo uvedeno, dospívající se fyzicky i psychicky odlišují od dětí i dospělých. Tato odlišnost vede dospívající k jejich sdružování, vytváření vlastní subkultury. Zároveň je toto období těžko uchopitelné i pro dospělé. Neexistuje jasné ohraničení začátku a konce této etapy, navíc se v průběhu času mění. Vzniká tak nejistota postavení dospívajících ve společnosti a nejednota v jejich výchově. Tyto, přidružené k samotným dějům odehrávajícím se v těle a mysli mládeže, mohou vést k jejich ještě větší nejistotě a problémům při výchově (Langmeier a Krejčířová, 2006).

1.2 Psychologie období dospívání

Psychické charakteristice období dospívání bylo věnováno autory mnoho času, nicméně jejich závěry se různí. Starší literatura hovoří o citových konfliktech, emoční labilitě a změnách nálad, které jsou podmíněny hormonálními změnami. Později však vznikly práce, které popisují období dospívání, jako období nudné a nezajímavé. Nejnověji se věda přiklání k názoru, že jistá emoční labilita v dnešní rozvinuté společnosti u dospívajících existuje – je podněcována nejistotou hodnot, výchovy a očekávání okolí. Souhrnně lze specifika psychiky dospívajících popsat jako úsilí o přizpůsobení se na biologické, psychické a sociální podmínky, jehož interindividuální úspěšnost se liší (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Pro vychovatele je žádoucí, aby jedince vedl k zařazení do společnosti a do světa práce, zároveň však, aby mu dával dostatek prostoru pro rozvoj osobnostních rysů.

Dochází k výraznějšímu vývoji motoriky – rozvoji hbitosti, síly, jemné koordinace a rovnováhy. Z toho vyplývá zvýšený zájem o fyzické aktivity a sport.

Dále se významně vyvíjí také vnímání, především vizuální, ve spojení s abstraktním myšlením. Pokračuje dále i vývoj řeči, rozšiřuje se slovní zásoba, složitost větné skladby a celková výrazová schopnost. Dochází také k rozvoji literárního talentu. Jedinec se lépe učí na základě logických souvislostí, osvojování látky na základě memorování není tak dobré.

Dřívější studie ukazovaly, že v období dospívání je dosaženo vrcholu ve vývoji inteligence. Tyto byly posléze vyvráceny, nadále však platí, že dochází k přiblížení

maximálnímu výkonu intelektových schopností, zejména ve směru pružného a tvořivého myšlení.

Dospívající jedinci uplatňují nový způsob myšlení – formálně abstraktní. Ten je důležitý pro jejich další vzdělávání, zároveň však vysvětluje měnící se pohled jedince na svět. Oproti realistickému a střízlivému pohledu dítěte mladšího školního věku, dospívající jedinec vnímá svět kritičtěji, často vyjadřuje kritiku, nespokojenost a negativní emoce, protože poměry, které ho obklopují, se liší od ideálního stavu, který si vytvořil ve své vlastní mysli. Také je jedinec schopen reciprocity jako principu spravedlnosti – dovoluje mu nahlížet sám na sebe zvenčí, pohledem někoho jiného, a tak i posuzovat sám sebe a své jednání (Langmeier a Krejčířová, 2006).

V emoční rovině dochází během tohoto období k uvolnění závislosti na rodičích a navazování významnějších vztahů s příslušníky opačného pohlaví. Tento proces sice probíhá pozvolna již od dětství, v období dospívání však nabývá na intenzitě a je významný pro pozdější zvládnutí role manželské a rodičovské. Celé období dospívání je však definováno střetem vnějších tlaků osamostatnění od rodiny a zároveň pokračující závislosti na rodičích. Tím je podmíněno konfliktní a váhavé chování adolescenta (Šimíčková-Čížková, 2008).

1.2.1 Emancipace od rodiny

Proces emancipace od rodiny nebývá snadný, vzhledem k tomu, že do děje mohou vstoupit také negativní postoje k osamostatnění ze strany rodičů. Dítě si hledá svůj vlastní postup rozvolnění vztahů, častými projevy bývá přehánění rozdílů v chování, názorech a zájmech rodičů a okolí, ke kterému se dospívající začíná přiklánět. Razantní odmítání postojů rodičů stojí na straně jedné a až nekritické přijímání názorů nových vzorů se objevuje na straně druhé. Projevy emancipace mohou být od nenadálých výbuchů afektu po uzavírání se do vlastního nitra, či pocitů vlastní ublíženosti. Jedinci se také mohou vymezovat vůči životnímu stylu svých vrstevníků či se uchýlovat k filozofickému hloubání nad smyslem života. Zde popsané rysy se u jedince mohou libovolně střídat, mohou se projevit všechny, některé, či mohou být doplněny různými dalšími.

I přes kritiku rodičů, za normálních okolností vztah dospívajícího k nim zůstává pozitivní a rodiče jsou nadále zdrojem sociální opory. Navzdory změně vnějších projevů chování si dospívající uchovávají základní hodnoty a postoje přejaté z rodiny (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Dle studií bývá závislost na rodině delší u dívek než u chlapců. Dívky hledají ve svých matkách oporu při řešení ženských problémů. Naopak chlapci jsou společností více vedeni k nezávislosti. Ta je však podmíněna vytvořením rovnocenného a vzájemně respektujícího vztahu mezi otcem a synem. K tomu je zapotřebí, aby byl otec schopen synovi poskytnout volnost a nenutil ho do podřízené pozice, jak se stává u otců, kteří si nejsou jisti sami sebou a na svém synovi si posilují vlastní sebevědomí. V takových případech se stává, že syn, ač dospělý v ostatních oblastech, se v přítomnosti otce chová jako dítě (Šimíčková-Čížková, 2008).

1.2.2 Navazování vztahů k vrstevníkům

Tak jako dochází k uvolnění závislosti na rodině, dochází k tvorbě nových a diferenciovanějších vztahů k vrstevníkům. Nově vzniklé vztahy nahrazují jistotu, kterou jedinec ztrácí odpoutáváním se od rodiny, zároveň ho však připravují na budoucí vztahy v dospělosti. Navazování vztahů dospívajícími bývá rozděleno do několika stupňů, které na sebe mohou navazovat, částečně se překrývat a dokonce se různě zaměřovat.

- **Skupinová izosexuální fáze** – tvorba skupin jedinci stejného pohlaví, kdy opačné pohlaví je aktivně odmítáno. Od členů skupiny je vyžadována jistá loajalita, členové se sdružují na základě společného zájmu a motivováni touhou sdružení, sounáležitosti a možností napodobovat.
- **Individuální izosexuální fáze** naplňuje potřebu jedince po užším emočním vztahu, intenzivnějším sdílení vlastních pocitů s dalším jednotlivcem stejného pohlaví, možnost svěřovat se a sdílet niternější pocity, než umožňuje skupina. Takováto přátelství mohou mnohdy přetrvat až do stáří.
- **Přechodná etapa** je charakterizována nejistým, tápavým, počínajícím zájmem o opačné pohlaví. Zájem se může projevovat i pouhým navazováním kontaktu ze skupin (pokřikování, vtipkování).
- **Heterosexuální fáze polygamní**, tzv. první lásky, se nejčastěji objevují na přelomu pubescence a adolescence. Zprvu bývá vztah modelován podle vzoru izosexuálního přátelství, bývá motivován zvědavostí a snahou ujistit se o vlastní ceně.

- **Etapa zamilovanosti** přichází zpravidla s odstupem a bývá založena na shodných či doplňujících se osobnostních rysech. Jedná se o vztahy, které za příznivých okolností směřují k manželskému vztahu a založení rodiny (Langmeier a Krejčířová, 2006).

1.2.3 Sexualita v období dospívání

Sexuální pudy se neobjevují až v období dospívání, ale již dříve. Nyní však dochází ke zvýšení frekvence aktivit a jejich diferenciaci. Sexuální pudy jsou podmíněny fyziologickými procesy dospívajícího těla a hormonálními změnami, jsou však ovlivňovány také výchovnými a sociálními podmínkami spolu s kulturními normami.

V dnešní době je již téměř za normu považován předmanželský sexuální život. Časné heterosexuální styky jsou však stále odsuzovány, naopak podporován bývá zájem o druhé pohlaví. Vzhledem k nejasnosti norem v této oblasti dochází často k protichůdným tlakům a dospívající se tak dostávají do situací vyvolávajících rozpaky, nejistotu až zmatenost.

Získat věrnou představu o sexuálních aktivitách dospívajících je velice obtížné, až nemožné. Studie na toto téma jsou stavěny na základě informací poskytnutých respondenty v anketách, kde však často bývají odpovědi zkreslené a spíše odrážejí, co se jeví jako žádoucí, než reálné. Lze tedy vyvodit pouze obecné závěry.

Mezi dospívajícími jsou všeobecně rozšířeny autoerotické praktiky. I přes to, že v dnešní době již není snaha společnosti stigmatizovat masturbaci, stále mnoho mladistvých pociťuje výčitky či špatné svědomí. Aktivita je prováděna individuálně a ve skrytu. Méně často se vyskytuje vzájemná masturbace mezi jedinci stejného pohlaví. Pokud k těmto aktivitám nedochází příliš často, nemívají vliv na pozdější heterosexuální vývoj.

Zkušenosti s heterosexuálními styky získává většina dospívajících mezi 14. a 16. rokem života. Tyto mívají často určitý sled: jednoduchý polibek – polibek s větší aktivitou jazyka – dotýkání prsů dívky přes oděv – podobné dotýkání (petting) pod oděvem – manuální genitální kontakt s výlučnou aktivitou chlapce – podobný genitální petting s aktivní spoluúčastí dívky – koitus. Jednotlivé zkušenosti mohou být získávány v poměrně dlouhém časovém rozmezí (1 rok a více).

Nejčastější věk prvního pohlavního styku je v České republice 17 – 18 let a tato hodnota od 90. let nijak významně neklesá. Postupně se sblíží doba prvních sexuálních

zkušeností obou pohlaví a také věk partnerů, což dokazuje postupné překonávání stereotypů mužské a ženské role (Weiss, 2001). Tradiční vzorec je však zachován ve smyslu iniciativy prvního styku, kde jsou muži aktivnější. Nejčastější motivací k prvnímu pohlavnímu styku bývá zvědavost – emoční vazba nebývá tak častým důvodem, byť u dívek hraje větší roli než u chlapců.

První pohlavní styk bývá u dívek vnímán pozitivně pouze v 36% případů, na rozdíl od chlapců (72%). U dívek bývá tento prožitek často spojován s úzkostí a obavou z těhotenství, sexuálně přenosných chorob, výčitkami svědomí či studem, což může dále ovlivnit jejich sexuální život. Dále 35 – 45% žen uvádí nepříjemné pocity při prvním styku s častějším výskytem u žen s konzervativními sexuálními postoji. Zde se jeví významnou adekvátní sexuální výchova, která nebude zakazovat a hrozit, ale bude edukovat a klást důraz na odpovědnost za sebe i za druhého. Nejen sexuální výchova by měla klást důraz na fakt, že partnerský vztah by měl být chápán jako vzájemné dávání a přijímání, kdy je důležitý také hluboký emoční vztah.

I přes první pohlavní styk v období dospívání se koitus nestává pravidelnou činností. Četněji se vyskytuje u učňů, kteří také dříve získávají ekonomickou a sociální nezávislost, naproti tomu u studentů a studentek bývá substituován pettingem.

Vliv na časně zahájení sexuálního života mohou mít faktory jako nedostatečná emoční opora v rodině, chybějící vřelý vztah ze strany rodičů, špatný školní prospěch, chudoba rodiny, dřívější sexuální zneužití, životní styl obsahující kouření, abúzus alkoholu a další rizikové aktivity (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Ohledem použití antikoncepce při prvním pohlavním styku se Česká republika od 90. let výrazně přiblížila vyspělým západním zemím. I přesto v roce 2008 48% žen uvedlo, že při prvním pohlavním styku neušly žádnou antikoncepci (Weiss a Zvěřina, 2009). Neuzívání antikoncepce je nejčastěji zdůvodňováno studem a obavou, že se tím dospívající prozradí před rodiči, strachem z vedlejších účinků a také pocitem nezranitelnosti.

Dle dostupných dat jsou v České republice stále hlavním zdrojem informací o sexualitě přátelé a známí. U nižších věkových kategorií jsou pak uváděni také rodiče a škola (Weiss, 2001). Nezastupitelnou roli hraje také internet, kde se však vyskytují také informace nespolehlivé, zavádějící a zkreslené a mohou tedy další vývoj dítěte ohrozit.

1.2.4 Volba povolání

V období dospívání získává jedinec reálný náhled na svoji profesní budoucnost. To, co dříve byly sny a fantazie ovlivněné pouze hrou a vlastními představami, se nyní transformuje v realističtější obraz. Dítě si začíná uvědomovat další faktory, které do výběru povolání vstupují, jako schopnost, prospěch, podmínky přijetí na zvolenou školu atd. Všímá si také osob ve svém okolí, které profesi vykonávají.

Pro volbu povolání jsou tedy stěžejní dva aspekty – snaha jedince zvolit si povolání, které bude jedince uspokojovat a bude schopen se v něm uplatnit, a aspekt společnosti, kdy je žádán pracovník, který bude přispívat k plnění společenských úkolů. U každého jedince se síla obou aspektů různí, do volby profese vstupují také rodiče a další vlivy, významnou roli hrají pedagogicko-psychologické poradny a výchovní poradci na školách (Langmeier a Krejčířová, 2006).

2 Těhotenství

2.1 Vymezení pojmu

Lidově je těhotenství označováno velmi výstižně jako „jiný stav“. Tím je elegantně vyjádřen fakt, že žena netrpí žádnou chorobou, ale zároveň je její tělo nuceno se adaptovat na změněné poměry.

Lidské těhotenství trvá průměrně 280 dní od prvního dne poslední menstruace, tedy 10 lunárních měsíců. Tolerována je odchylka 2 týdny (Zwinger, 2004).

Těhotenství je na začátku vymezeno momentem oplození – splynutí mužské a ženské pohlavní buňky, a na konci vypuzením či vyjmutím plodu z těla matky (porodem), nebo potratem či interrupcí.

2.2 Změny mateřského organismu v těhotenství

Tělo matky níže uvedenými změnami reaguje na výjimečnou situaci, kdy dochází k významným zásahům téměř do všech jeho funkcí ze strany plodu. Změny můžeme rozlišit na růst tkání, retenci tekutin ve tkáni, relaxaci hladkého svalstva a všeobecné funkční přizpůsobení. Pro vhodný popis lze změny dělit na změny na rodidlech, extragenitální a změny metabolické. Zde budou změny uvedeny v rozsahu potřebném pro tuto práci, ne tedy vyčerpávajícím způsobem.

Záhy po oplození počínají změny na děloze. Ta hypertrofuje, její hmotnost se mění z 50g (před těhotenstvím) na přibližně 1000g (v termínu porodu). Kapacita dutiny se zvětší až 500x a u donošeného těhotenství dosahuje až 5 litrů. V menší míře dochází také k hyperplazii. Upravuje se také cévní zásobení, artérie se spirálovitě vinou, zvyšuje se průtok krve, drobné arterioly zásobující lůžko jsou změněny tak, aby byla správně nastavena funkce placenty. Děloha se zpravidla ukládá do pravé poloviny břišní dutiny a navíc rotuje směrem doprava (Zwinger, 2004).

Děložní hrdlo je převážně vazivový orgán o délce 2,5 – 4 cm, který v graviditě prosákne, sníží se množství kolagenu a hypertrofují žlázy zde obsažené. Ty produkují velké množství cervikálního hlenu (tzv. hlenová zátka), který tvoří překážku možné infekci.

Drobné tonizace dělohy se mohou objevit již v prvním trimestru. Ve třetím trimestru se tyto Braxton-Hicksovy kontrakce (lidově „poslíčky“) dostávají častěji, s vyšší intenzitou. Žena je vnímá jako ztvrdnutí břicha, které nemusí, ale může být bolestivé. Stejně tak může být tento pocit vnímán pouze v podbřišku.

Na pochvě lze pozorovat hypertrofické změny – dochází k jejímu prodloužení, díky kterému může děloha vystoupit z malé pánve. Poševní sliznice je překrvená a prosáklá, což je možno pozorovat jako fialově modré zbarvení. Klesá pH pochvy (okolo 4,0), což snižuje šanci pro patogenní mikroorganismy, bohužel však může podpořit růst plísní. Poměrně často se tedy u těhotných vyskytuje kvasinková infekce.

Změny lze pozorovat také na vulvě, která kromě překrvení a prosáknutí může obsahovat rozšířené až varikózní podkožní žíly. Stejně jako na dalších částech těla, i na vulvě se projevuje zvýšená pigmentace kůže (Roztočil, 2008).

Další změny probíhají na úrovni krve, mění se počet i poměr krevních elementů, roste objem plazmy. Gravidita je doprovázena zvýšenou srážlivostí krve. Na těhotenství se adaptuje také kardiovaskulární systém – roste minutový srdeční výdej, srdce se zvětšuje, mění se jeho poloha. Tlakem objemné dělohy dochází ke stáze krve v dolních končetinách a tím k otokům, v poloze na zádech k tzv. syndromu dolní duté žíly doprovázenému nauzeou až kolapsovým stavem.

Bránice vytlačená zvětšenou dělohou nemění pouze polohu srdce, působí také na dýchání. To se stává více brániční a prohloubené, tedy roste respirační objem a minutová ventilace.

Na trávicím traktu se nejčastěji již v počátku těhotenství objevují těhotenské nevolnosti až zvracení. Ke konci těhotenství se může vyskytnout pálení žáhy. Hormonálním vlivem klesá motilita střev a gravidní ženy mají tedy sklon k častějším zácpám.

Ze změn vylučovacího systému je vhodné na tomto místě zmínit změnu anatomických poměrů. Ledvinná pánvička i močovody se rozšiřují. Může se objevovat sklon k močovým infekcím. Těhotné udávají častější nucení na močení způsobené útlakem močového měchýře rostoucí dělohou.

Velmi vnímané změny ze strany těhotných jsou rozvoj prsních žláz, jejich zduření, zvětšení, větší vaskularizace a opět zvýšená pigmentace. Zvýšená pigmentace se často objevuje také na obličeji a na břiše jako linea fusca. Zvýrazňuje se také ochlupení.

Vlivem hormonů se v graviditě zvyšuje bazální metabolismus o 15 – 20% a roste také tělesná hmotnost. U zdravých žen dochází k přírůstku o 9 – 15 kg, který není lineární během těhotenství a ani přímo nezávisí na energetickém příjmu (Hájek aj., 2014).

2.3 Péče o těhotnou

Zdravá těhotná by měla gynekologa navštěvovat do 28. týdne těhotenství jednou měsíčně, dále do 36. týdne jedenkrát za dva týdny a dále jedenkrát týdně. Celkem by tedy během fyziologického těhotenství mělo proběhnout 8 – 10 prohlídek. Ve 20. a 30. týdnu gravidity bývá proveden ultrazvukový screening.

První návštěva gynekologa bývá ta, během které je diagnostikováno těhotenství. Vhodné je, aby proběhla během dvou týdnů od zpoždění menstruace. Lékař odebere anamnézu, vyšetřuje se krevní tlak, teplota, zaznamená se aktuální hmotnost těhotné. Dále lékař aspekci vyšetří zevní genitál a provede vyšetření v gynekologických zrcadlech a vyšetření kolposkopické s onkocytologickým odběrem. Následuje bimanuální vyšetření, při kterém lékař palpačně hodnotí poměry v pánvi a jednotlivé orgány. Během této návštěvy by ženě také měly být změřeny pánevní rozměry, byť toto měření nebývá důsledně dodržováno. Stejně tak ne každý gynekolog sám vyšetřuje prsy. Často se spolehne na samovyšetření ženou, případně jim věnuje zvýšenou pozornost na základě zatížené anamnézy. Dále jsou provedeny krevní odběry (krevní obraz, krevní skupina a Rh faktor (Rhesus faktor), vyšetření protilátek syfilis, anti-HIV – anti Human immunodeficiency virus; HBsAg – Hepatitis B surface Antigen) a odebrán vzorek moči. Těhotná obdrží také vyplněnou těhotenskou průkazku, kam se po celou dobu zapisují všechny informace vztahující se k těhotenství.

Při vyšetření během druhého trimestru se zjišťuje krevní tlak a hmotnost. Hodnotí se vzdálenost horního okraje spony stydké a fundu děložního. Sleduje se srdeční frekvence a biometrie plodu. Při vaginální vyšetření se hodnotí stav děložního hrdla. Opakovaně se vyšetřuje krevní obraz, moč, u Rh-negativních žen Rh-protilátky a ve 24. týdnu se testuje výskyt gestačního diabetu.

Během třetího trimestru se vyšetřuje krevní tlak, moč, hodnotí se váhový přírůstek, otoky a možné varixy. Určuje se poloha a postavení plodu a srdeční frekvence plodu. Pomocí ultrazvuku se kromě biometrie plodu vyšetřuje také placenta. Stejně jako ve druhém trimestru se při vaginálním palpačním vyšetření hodnotí stav děložního hrdla, který se objektivizuje pomocí skóre dle Bishopa (Zwinger, 2004).

2.4 Životospráva těhotné

Dodržováním správné životosprávy snižuje těhotná riziko zdravotních komplikací. Základem je pravidelnost spánku, zdravé stravy, vyměšování i dostatečný pohyb.

Není třeba, aby těhotná navyšovala energetický příjem, je však žádoucí, aby ve své stravě navýšila přísun proteinů a měla dostatečný příjem minerálů a vitaminů.

Mnohými studii je podloženo, že není vhodné, aby těhotná užívala tabákové výrobky, alkohol ani jiné návykové látky (Binder, 2011). Kouření negativně ovlivňuje placentární funkci, dochází častěji k potratům, děti kuřáček mají nižší porodní hmotnost, také častěji trpí syndromem náhlého úmrtí dítěte. Při nadměrném užívání alkoholu v těhotenství bývá u dětí manifestován fetální alkoholový syndrom (Hájek aj., 2014). Zwinger (2004) však ženám nízkostupňové pivo v dávce do 0,5 litru denně nezakazuje.

Gravidní ženy by měly dbát na každodenní hygienu, vyvarovat se horkým koupelím, a pokud lékař nedoporučí jinak, nejsou vhodné ani poševní výplachy.

Pokud těhotenství probíhá bez komplikací, není důvod omezovat ženu v sexuálním životě (Zwinger, 2004).

2.5 Psychologie těhotenství

V ženském těle dochází k mnohým somatickým i psychickým změnám. Těhotenství, i přesto, že se jedná o stav normální, často i vytoužený, bývá nezřídka doprovázeno úzkostí.

Těhotenství je v životě ženy významným milníkem. Žena se připravuje na novou životní roli, upravuje svůj dosavadní život, vytváří si nové modely chování. Tyto změny, tzv. vývojová krize, jsou zpravidla doprovázeny pocitem ztracenosti, úzkostí, zmatku, osamělosti.

Psychika ženy prochází během těhotenství postupným vývojem. První trimestr je definován introverzí a sledováním vlastního těla. Hlavním úkolem je přijetí těhotenství. Druhá třetina těhotenství začíná ve chvíli, kdy žena pociťuje pohyby plodu. Cítí se dobře, plod vnímá jako nezávislého samostatného jedince. Přelom mezi druhým a třetím psychologickým trimestrem odpovídá přelomu mezi obavami z předčasného porodu a touhou porodit. V závěrečné fázi se žena věnuje „stavění hnízda“, zvelebování domácnosti a přípravě domova na příchod dítěte.

U těhotné se objevují obavy o zdraví dítěte, strach z porodu, z toho, jaká bude matka, střídané pocity euforie a nadšení (Roztočil, 2008).

Pokud se dostaví úzkosti a obavy, je tím těhotná zaskočena více než v dřívějších dobách. Je to způsobeno tím, že dnešním trendem je vychovávat dívky k odolnosti a nebojácnosti. Žena se stresuje z toho, že je ve stresu. Pokud jí není věnována dostatečná péče, mohou tyto drobné psychické obtíže vyústit až v úzkostnou poruchu.

Sklony k anxietě v těhotenství mohou být částečně zapříčiněny biologickými změnami v mozku, jejich přesné zákonitosti ale zatím nejsou prokázány. Mimořádně významnou roli však hrají faktory psycho-sociální. Jedná se o faktory anamnestické (předchozí psychické poruchy, prodělané trauma v oblasti porodnické či gynekologické, nejistota partnerského vztahu), faktory přímo spojené s probíhajícím těhotenstvím (nevolnosti, zhoršené dýchání, bolest, změny ve vnímání vlastního těla, extrémní úzkost o udržení těhotenství) a samotná osobnost ženy (její očekávání, obavy ze ztráty partnera) (Jandová, 2019).

Vhodnou pomocí ženě je dostatek spolehlivých informací podaných pro ni srozumitelnou formou. Má-li zájem, samozřejmě je vhodné poskytnout informace i partnerovi. Obzvláště u rodičů, kteří čekají své první dítě, je velice vhodné absolvování psychoprophylaktické přípravy k porodu. Součástí cyklu přednášek bývá objasnění těhotenských změn, příprava k porodu, cvičení, úlevové polohy, informace týkající se péče o miminko, kojení a období šestinedělí. Tak se může pár či žena dostatečně připravit na to, co ji čeká, porozumět vlastnímu tělu a nebýt pasivní účastnicí porodního děje, ale aktivní a rovnocennou součástí (Hájek aj., 2014). Je statisticky podloženo, že významně vyšší výskyt anxiety a deprese je zaznamenán u žen, které psychoprophylaktickou přípravu k porodu neabsolvovaly (Jandová aj., 2010).

Věk ženy pod 20 let je řazen mezi nepříznivé psychosociální faktory ovlivňující těhotenství a plod. Často se jedná o těhotenství nechtěná, která dívky tají před okolím. Může jít také o těhotenství chtěné ve snaze urychlení procesu dospívání a nezávislosti. Taková žena má omezenou schopnost identifikovat a naplnit potřeby dítěte, což může vést k deprivaci dítěte (Ratislavová, 2008).

2.6 Porod

Pro potřeby této práce není nutné věnovat se tomuto tématu vyčerpávajícím způsobem. Je však vhodné alespoň krátce porodní proces popsat.

Porodem je rozuměno ukončení těhotenství narozením novorozence. Za narození živého dítěte je považováno vypuzení či vynětí plodu z těla matky, který vykazuje známky života (srdeční akce, pulzace pupečníku, pohyb svalstva). Jako mrtvě narozené dítě je označen plod, který nevykazuje známky života, jeho hmotnost je 500g a více, nebo je narozen po 22. týdnu gravidity, nebo je alespoň 25cm dlouhý.

Dle délky těhotenství můžeme porod dělit na předčasný, který proběhne do konce 37. týdnu gravidity, porod v termínu (včasný) v období mezi 38. a 42. týdnem gravidity a porod opožděný – po 42. týdnu gravidity. Moderní porodnictví možnost opožděného porodu neumožňuje a porod bývá v takovém případě indukován (Zwinger, 2004).

Ke konci těhotenství dochází k pozvolné přípravě na porod. Porod samotný je rozdělen na 3 porodní doby:

- I. doba porodní (otevírací) – období od zahájení děložní činnosti, která vede k otevírání porodních cest po úplné otevření těchto cest, tedy zánik porodnické branky. Délka této doby se liší, u prvorodiček se pohybuje okolo 6 – 7 hodin, u vícerodiček je kratší, cca 3 – 4 hodiny.
- II: doba porodní (vypuzovací) – začíná zánikem branky a končí porodem plodu. Plod během této doby prochází porodními cestami a tento průchod má 15 – 20 minut u prvorodičky, 5 – 10 minut u vícerodičky. Neměla by však přesáhnout hodinu.

- III. doba porodní (porod lůžka a plodových blan) – začíná porodem plodu a končí porodem placenty. V tomto období může žena pocítit slabší kontrakci, která napomáhá vypuzení lůžka. Tato doba bývá v českém porodnictví vedena aktivně s vhodnými farmaky a trvá většinou 5 – 10 minut, ne však déle než hodinu (Hájek aj., 2014).

2.7 Šestinedělí

Na porod přímo navazuje období šestinedělí, které trvá 42 dní po porodu. Ženské tělo se vrací do období před těhotenstvím. Změny, které nastaly v rámci adaptace na těhotenství, postupně ustupují. Zároveň nastupuje a ustaluje se laktace. Jedná se o období, kdy se žena sžívá se svým dítětem (Hájek aj., 2014).

Vzhledem ke všem probíhajícím změnám – fyzickým, hormonálním, psychickým i sociálním, bývá ženám doporučován dostatek odpočinku, spánku a sebezpečí.

V českých podmínkách bývá žena s novorozencem hospitalizována 4 – 5 dní po porodu. V zahraničí bývá doba hospitalizace zpravidla kratší. To je dáno především národním systémem zdravotní péče.

Matce je doporučeno fyzické šetření a včasná rehabilitace, která je jí názorně předvedena fyzioterapeutem. Vhodnou rehabilitací podporuje žena návrat vlastního těla do stavu před těhotenstvím a omezuje případný výskyt inkontinence.

S porodem bývá poměrně často spojeno poranění hráze a vnějších rodidel a zvýšený výskyt hemoroidů. Žena by měla dbát na zvýšenou hygienu, případně může přidat chlazení bolestivého místa. Hemoroidy, které se objevily v těhotenství a u porodu, se většinou vstřebají spontánně, jejich vstřebávání je možno podpořit také farmakologicky.

Sexuální aktivita v období šestinedělí již dnes není tabuizována. Je však vhodné vyčkat do zhojení rodidel a ústupu krvácení. Logickou podmínkou je dostatečné libido ženy.

Jeden až dva týdny po uplynutí doby šestinedělí probíhá rutinní návštěva registrujícího gynekologa. Ta však nesnižuje mateřskou ani novorozeneckou morbiditu. Má spíše význam konzultační a zároveň slouží k předání informací z porodnice registrujícímu gynekologovi (Roztočil, 2008).

Žena během šestinedělí prochází několika psychickými fázemi. Nejprve se objevuje úleva a radost, že vše dobře dopadlo. Následují však obavy a úzkost pramenící z její nové role a odpovědnosti. Nebývá výjimečné ani tzv. poporodní blues, což je subdepresivní stav charakterizovaný emoční labilitou, úzkostností, plačtivostí, pocity osamělosti, neschopnosti, bezdůvodným pláčem občas vystřídaným euforií. Tento stav většinou sám odezní do dvou týdnů od porodu.

V malém procentu se však může rozvinout v poporodní psychózu či poporodní deprese. Je tedy žádoucí, aby šestinedělce její okolí věnovalo zvýšenou péči a pozornost (Ratislavová, 2008).

2.8 Těhotenství v období dospívání

Předpokladem pro úspěšné rodičovství jsou zralost rodičů – osobnostní, sociální i biologická. Vzhledem k tomu, že tyto podmínky v období dospívání nebývají splněny, těhotenství i mateřství se stává v mnoha ohledech rizikovým (Machová a Hamanová, 2002).

„Případné nechtěné adolescentní těhotenství s sebou přináší riziko celé řady zdravotních i psychosociálních komplikací. Jen asi v polovině případů je dítě donošeno (přitom až v 15% dochází ke spontánním potratům). Děti narozené nedospělým matkám bývají častěji nedonošené, matky samy mají více různých zdravotních komplikací v těhotenství a psychosociálních problémů (nutnost přerušení studia, finanční obtíže a ztížené pracovní uplatnění, rozpad partnerského vztahu, sociální izolace). Děti adolescentních rodičů jsou více ohroženy zanedbáváním ze strany nezralých rodičů a jsou i v dalších vývojových etapách ve zřejmé nevýhodě – jejich psychomotorický vývoj bývá pomalejší, ve škole v průměru hůře prospívají, mají více problémů s chováním a samy se později také častěji stávají adolescentními rodiči“ (Langmeier a Krejčířová, 2006, str. 158-159).

K tématu velmi mladých rodičů se vyjadřuje také Dunovský (1999). Uvádí, že prvotní euforie z nové životní role je záhy vystřídána negativním postojem k dítěti. To se pro ně stává jakýmsi konkurentem, omezuje je v naplňování jejich vlastních potřeb. Mladé matky nejsou na základě své vlastní emoční nezralosti schopny hlubších citů k dítěti ani poskytování vhodných stimulů pro správný psychický vývoj dítěte. Často tak vzniká kombinovaná porucha rodiny, kdy se rodiče neumějí a zároveň jistou měrou nechtějí starat

o své dítě (Dunovský, 1999). U těchto rodičů se pak objevuje nezralost v jedné či více podobách:

- **Nezralost v oblasti zaměření, životních hodnot, životního způsobu** – rodiče mají mnoho problémů sami se sebou (vztahy, nejasnost životních plánů, nerealistický pohled na život), jsou zvyklí, že je spíše pečováno o ně, než aby oni sami pečovali;
- **Nezralost v oblasti zkušeností** – chybějící znalosti i představivost v oblasti rodičovství má za následek zlehčování situace ohledně dítěte, rodiče se do dítěte neumí vcítit a vnímají ho spíše jako podobné jim;
- **Nezralost v oblasti citů** – náladovost a prchlivost typická pro období dospívání, kterou rodiče působí také na své dítě má za následek absenci atmosféry trvající pohody a něhy, kterou dítě tolik potřebuje (Helus, 2007).

Těhotenství v období dospívání bývá způsobeno předčasným zahájením pohlavního života a neefektivní nebo zcela chybějící antikoncepcí. Je třeba vzít v úvahu, že tyto důvody nejsou počáteční příčinou. Tou bývá úroveň biopsychosociálního vývoje – rozumové schopnosti, úroveň vzdělání, podmínky v rodině i mezi vrstevníky a vliv kulturních faktorů (Machová a Hamanová, 2002).

Těhotenství v období dospívání s sebou nese rizika pro matku i dítě. Vzhledem k tomu, že touto dobou je mateřský organismus ještě stále ve vývinu, bývá zvýšená potřeba živin (železo, bílkoviny, vápník atd.), nevyrovnané regulační funkce a zvýšené nároky na imunitu. Těhotenství je doprovázeno podobnou situací. U adolescentních těhotenství vznikají tedy zvýšené požadavky na mateřský organismus – časté je prohloubení karencních situací (anémie matky), existuje vyšší riziko těhotenských komplikací – gestační hypertenze vedoucí k preeklampsii až eklampsii, v rozvojových zemích WHO (2019) uvádí také purperální endometritis. Častěji se vyskytují také močové infekce a změny na placentě. Bez povšimnutí nelze přejít také rozměry pánevních kostí, jejichž vývoj není dokončen a mohou tak tvořit překážku pro porod per vias naturales. Dnes bývá tato okolnost uváděna spíše u matek do 15 let věku (Machová a Hamanová, 2002). U matek ve věku 15 – 19 let je dle WHO (2019) porodní mortalita o 50% vyšší než u matek ve věku 20 – 29 let.

Adolescentní těhotenství představuje riziko také pro dítě. Novorozenecká úmrtnost u dětí těchto matek je až třikrát větší (Klein, 2005). Uvádí se častější nedonošenost, nižší porodní váha než u dětí matek starších 20 let. Objevuje se také častější syndrom náhlého úmrtí dítěte a vyšší výskyt vrozených vývojových vad.

Dětem adolescentních matek hrozí, vzhledem k nedostatečné péči i možným patologiím, poruchy psychosociálního vývoje. Těhotenství dospívajících bývá často jedním z projevů tzv. syndromu rizikového chování. Děti těchto matek jsou tedy se zvýšenou pravděpodobností vystavovány rizikovému chování svých matek během prenatálního i postnatálního vývoje. Nejčastěji to jsou pohlavně přenosné choroby a užívání návykových látek (Machová a Hamanová, 2002).

2.9 Mateřství

Jak již bylo zmíněno, mateřská role je rolí velice náročnou. Zcela mění životní styl ženy – její činnosti i každodenní životní rytmus. Z výzkumů vyplývá, že nejvhodnější příprava pro roli matky jsou realistické představy již během těhotenství. Dále je pak pro dobrou adaptaci potřebná jistá míra naplnění očekávání a pozitivní vliv má také opora blízkého okolí ženy (Masopustová aj., 2018).

Žena na mateřské dovolené se dostává do tzv. emocionálního skleníku. Společnost jí většinou dělají děti, jejichž komunikační schopnosti jsou omezené. Dochází k jisté izolaci vůči dalším dospělým osobám a k nárůstu závislosti na manželovi. Žena se také stává citlivější na manželovo chování, může se u ní projevit frustrace ze stagnace osobního rozvoje. Zároveň je však žena přetížena po stránce psychické i fyzické péčí o děti a domácnost. Objevuje se tzv. syndrom přetíženosti a nevytíženosti (Ratislavová, 2008).

Výchova dětí a mateřství v dnešní době probíhá převážně v soukromí a relativní izolaci. Následkem toho ztrácí společnost možnost pozorování a vnímání mnoha dovedností, v našem případě dovedností týkajících se péče o dítě. Ženy, které mají první dítě, často uvádějí, že neměly žádnou předchozí zkušenost s péčí o dítě, případně byly jejich zkušenosti velmi omezené. Informace tohoto druhu tedy musejí získávat jiným způsobem. Nejčastěji se tak stává pomocí internetu. Dalšími zdroji bývají přátelé, vlastní rodiče, knihy, případně odborná veřejnost.

Ke správné adaptaci na novou životní roli přispívá také vzájemný vztah s dítětem. Přijímá-li matka dítě již během jeho prenatalního vývoje pozitivně a těší-li se na něj, jde o předpoklad k přijetí mateřské role. Zároveň se tak může dobře vyvíjet vztah dítěte k matce.

V neposlední řadě je adaptace ovlivněna partnerským vztahem. Pokud je tento vztah kvalitní a stabilní, působí jako opora, může usnadnit přechod do role mateřské, stejně jako pro muže do role otcovské. Kvalitu partnerského vztahu lze hodnotit jako jeden z faktorů, které se podílejí na utváření podoby raného mateřství a které mají vliv na vývoj dítěte v prvních letech života (Masopustová aj., 2018).

3 Ústavní výchova

Jak uvádí občanský zákoník (Zákon č. 89/2012 Sb.), ústavní výchova je forma výchovy dítěte nařizovaná soudem v situaci, kdy je vážně ohrožena či narušena výchova, stav či řádný vývoj dítěte, nebo pokud existují vážné důvody, pro které nemohou výchovu zabezpečit rodiče. Jedná se o mechanismus určený především dětem, jejichž rodiny neplní dostatečně výchovnou funkci, dětem, které péči rodiny vůbec nepoznaly, a dětem, jejichž psychické onemocnění vyžaduje nadstandardní péči (Jedlička, 2015).

Rozhodování o ústavní výchově je komplexní proces, při kterém bývá zvažováno mnoho faktorů.

Je třeba zvážit, zda by pro dítě nebylo vhodnější umístění do péče fyzické osoby. Ústavní výchova může být doporučena např. v případě rozvrácených rodinných poměrů, čímž se dítě dostane z vyhrocených konfliktních situací. Aby se příliš nerozvinula psychická deprivace dítěte, v úvahu jsou brány také tyto faktory:

- Věk dítěte – s rostoucím věkem klienta klesá míra deprivace způsobené ústavní výchovou,
- Tělesný a duševní stav dítěte – při určitých chorobách je ústavní péče přímo žádoucí,
- Rodinná situace – sourozenci by měli být umístováni společně bez rozdílu věku
- Předpokládané trvání ústavního pobytu (Langmeier a Matějček, 2014).

Pokud se soud pro ústavní výchovu rozhodne, určí konkrétní zařízení, kam má být dítě umístěno a to s přihlédnutím k zájmům dítěte a vyjádření OSPOD (orgán sociálně-právní ochrany dětí) (Křístek, 2017). OSPOD jsou zákonem určeny k ochraně práv a nároků dětí na příznivý vývoj a řádnou výchovu, včetně jejich zájmů a působení na obnovení narušených funkcí rodiny. Jsou zde tedy pro preventivní působení vůči selhání rodiny a pomoc při složitých rodinných situacích (Jedlička, 2015).

Ústavní výchova může být nařízena na dobu nejdéle tří let, tuto však lze opakovaně prodlužovat. V případě pominutí důvodů, které vedly k rozhodnutí o nutnosti ústavní péče, dochází k přezkoumání případu a rozhodnutí o dalším postupu ve věci dítěte (Křístek, 2017).

Na funkci ústavů lze nahlížet ze dvou úhlů pohledu – z pohledu jedince a z pohledu společnosti. Různí-li se tyto pohledy, je to zájem společností, který bývá nadřazen. Umístění jednotlivce tedy může proběhnout také proti jeho vůli.

Funkce ústavů lze rozdělit takto:

- **Podpora a péče** – prioritní pro instituce, které nahrazují nefunkční či chybějící rodinu (dětský domov, kojenecký ústav), v pečovatelských domech, utečeneckých táborech atd.
- **Léčba, výchova a resocializace** – převažující u nemocnic, zařízení pro rizikovou mládež atd.
- **Omezení, vyloučení, represe** – nejvíce u věznic a v psychiatrických zařízeních s nedobrovolnými pobyty (Matoušek, 1999).

Z výše zmíněného je vidno, že poslední uvedená funkce je uvedena pouze pro úplnost a pro rozsah této práce není třeba se jí dále věnovat.

Ústavní péče pro nezletilé je spolu s ochrannou péčí upravena zákonem č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. Tato tematika patří do gesce MŠMT (Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy).

Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy jsou diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav. Účelem těchto zařízení je poskytovat dítěti ve věku 3 – 18 let výchovnou péči, která vede k jeho zdravému vývoji, řádné výchově a vzdělání. Dále musí být vytvářeny podmínky podporující sebedůvěru dítěte, rozvíjející citovou stránku jeho osobnosti a umožňující aktivní účast dítěte ve společnosti. S dítětem musí být zacházeno v zájmu plného a harmonického rozvoje jeho osobnosti s ohledem na potřeby osoby jeho věku. Zařízení také spolupracují s rodinou dítěte, zprostředkovávají odbornou pomoc a napomáhají v nácviu rodičovských dovedností. Dětem je poskytována podpora při jejich přechodu zpět do rodinného prostředí, případně do náhradní rodinné péče.

Tato zařízení mohou poskytovat péči také nezaopatřeným osobám po ukončení ústavní péče, které již dosáhly zletilosti, ale připravují se na budoucí povolání. Tuto péči lze poskytnout osobám, které o ni zažádají a s ústavem uzavřou řádnou smlouvu.

Dětem a nezaopatřeným osobám v péči ústavu je poskytováno tzv. plné přímé zaopatření, tedy: strava, ubytování a ošacení, učební potřeby a pomůcky a úhrady nezbytné pro vzdělávání. Mezi další finanční náklady patří dále úhrada zdravotních služeb a léčiv, které nejsou hrazeny zdravotním pojištěním, kapesné a věcná pomoc při odchodu ze zařízení, jakož i cestovné do sídla školy. Klienti těchto zařízení mohou obdržet také finanční podporu za účelem rekreace, kulturní či sportovní činnosti a úhradu nákladů na dopravu k osobám zodpovědným za výchovu (Křístek, 2017).

Pro děti se závažnou poruchou chování, která jim znemožňuje účastnit se výuky v jiné základní či střední škole, zajišťuje zřizovatel vzdělání ve škole, která je součástí zařízení.

Zákon dále určuje organizační jednotku školských zařízení. Tou je výchovná skupina nebo rodinná skupina. Tyto zákon dále definuje a určuje možnost jejich výskytu v zařízení.

Podívejme se nyní blíže na jednotlivé typy zařízení ústavní výchovy.

3.1 Diagnostický ústav

„Diagnostický ústav přijímá děti s nařízeným předběžným opatřením, nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou; děti s uloženou ochrannou výchovou také na základě výsledků komplexního vyšetření, zdravotního stavu dětí a volné kapacity jednotlivých zařízení umísťuje do dětských domovů se školou nebo výchovných ústavů“ (Křístek, 2017).

Diagnostický ústav plní funkci diagnostickou, výchovně vzdělávací, terapeutickou, organizační, metodickou a koncepční. Stojí na počátku umístění dětí do dalších zařízení – na dobu nezbytně nutnou poskytuje péči dětem s nařízenou ústavní či uloženou ochrannou výchovou. V součinnosti s OSPOD dává soudu podnět k přemístění dítěte do jiného školského zařízení.

Každý takový ústav je rozdělen na pracoviště diagnostické, výchovně vzdělávací, sociální práce a záchytné. Základní organizační jednotkou je výchovná skupina (čtyři až osm svěřenců). Tyto skupiny jsou minimálně tři (Jedlička, 2015).

Dítě může pobývat v diagnostickém ústavu také dobrovolně. V takovém případě je však nutná trojstranná dohoda mezi zástupcem ústavu, zákonnými zástupci a dítětem samotným. Tyto pobyty jsou však výjimečné.

Během pobytu v diagnostickém ústavu (maximálně osm týdnů) je dítě komplexně posouzeno týmem odborníků v oblasti pedagogiky a psychologie. Jsou vyhodnoceny jeho znalosti a dovednosti a jsou stanoveny specifické vzdělávací a výchovné potřeby (Jedlička, 2015). K pobytu dítě přijímá sociální pracovnice, která ověří přítomnost všech potřebných dokladů a předá ho do péče psychologa, který provede úvodní rozhovor a ten zaznamená. Během pobytu jsou vychovatelem vypracovány dva závěry – předběžný, přibližně v polovině pobytu, a konečný, těsně před ukončením pobytu. Naprostá většina dětí je po pobytu v diagnostickém ústavu umístěna do ústavu výchovného (Matoušek a Kroftová, 2003).

3.2 Dětský domov a dětský domov se školou

Do těchto zařízení jsou umisťovány děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování.

Základní organizační jednotkou je rodinná skupina dětí různého věku i pohlaví. Má mezi pěti a osmi svěřenci. Pokud jsou do dětského domova umístěni sourozenci, jsou umisťováni do stejné rodinné skupiny. V dětském domově bývá zřízeno dvě až osm rodinných skupin (Jedlička, 2015).

3.3 Výchovný ústav

Do výchovného ústavu bývají umístěni převážně mladiství s vážnými poruchami chování nebo s uloženou ochrannou výchovou. Svěřenci bývají rozděleni do výchovných skupin s minimálně pěti a maximálně osmi osobami. Počet skupin v jednom zařízení se pohybuje mezi dvěma a šesti. Pobyt v tomto zařízení bývá dlouhodobého charakteru a svěřenci jsou zde připravováni pro výkon budoucí profese (Matoušek a Kroftová, 2003).

Svěřence, které nacházíme ve výchovných zařízeních, můžeme rozdělit do pěti kategorií:

- Oboustranní sirotci – těchto je přibližně 4 – 5%, tato hodnota se dlouhodobě příliš nemění;

- Děti ohrožené sociálně patologickými jevy v nejbližším okolí – jejich prostředí čítá dysfunkční rodinu, alkoholismus a jiné závislostní chování dospělých a chronickou nezaměstnanost;
- Děti s výchovnými problémy a rizikovým chováním – patří sem zejména záškoláci, toulavé děti, agresoři, experimentátoři s návykovými látkami atd.;
- Děti s výchovnými problémy – jejich umístění je určeno na základě potřeby speciální pedagogické péče na podkladě psychiatrické a neurologické diagnózy;
- Děti se zkušeností s kriminalitou – a projevující sklony k opakování kriminality, pokud by nebyly umístěny do tohoto zařízení (Jedlička, 2015).

3.4 Poruchy chování u dětí a dospívajících

Pojem „poruchy chování“ se v české odborné literatuře objevuje přibližně od druhé poloviny minulého století, kdy nahradil termín „úchylnost“, který má dnes již pejorativní význam. „Poruchy chování“ se velmi dobře vžily a staly se pojmem nejsrozumitelnějším v rámci mezioborové spolupráce (Koluchová, 1989).

Poruchy chování jsou předmětem zkoumání více oborů, především psychiatrie, pedagogiky a sociologie. Definice a třídění těchto poruch je aktuálně založeno na Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi. (MKN-10). Je třeba mít na paměti, že při hodnocení poruch chování vycházíme z určité normality. Tato norma, vhodnost a žádoucnost určitého chování je určována společností. Normy nejsou vrozené, ale bývají osvojovány během života. Pokud toto osvojení u jedince během života neproběhne, bývá vystaven represím či pokusu o nápravu – převýchovu.

Při určování diagnózy je třeba mít na paměti vývojový stupeň posuzovaného jedince a také je nutné vyloučit přítomnost jiného psychiatrického onemocnění jako schizofrenie, mánie, deprese a dalších (Theiner, 2007).

MKN-10 (2018) dělí poruchy chování na:

- Porucha chování vázaná na vztahy k rodině,
- Nesocializovaná porucha chování,
- Socializovaná porucha chování,
- Opoziční vzdorovité chování.

Další, praktickou, možnost dělení uvádí Hort (2008): poruchy s dobrou prognózou a poruchy se špatnou prognózou. Jako špatná prognóza je chápán vývoj směrem k antisociální poruše osobnosti v období dospělosti. Jejimi projevy jsou manifestace poruchy v útlém dětství, chování, na které nemá vliv změna prostředí, špatné vztahy k vrstevníkům, porucha pozornosti, impulzivita, hyperaktivita a dysfunkční rodina s patologickou interakcí a komunikací. Mezi poruchy se špatnou prognózou řadíme nesocializovanou poruchu chování a opoziční vzdorovité chování.

Prognóza poruchy chování se liší také podle toho, kdy se porucha objeví. Pokud je v chování jedince přítomna již v předškolním věku, často se do období adolescence rozvine v závažnější poruchu, která může být doprovázena kriminálním jednáním. Při projevech, které začnou až v období dospívání, bývá prognóza příznivější.

Porucha chování vázaná na vztahy k rodině je dle MKN-10 (2018) charakterizována disociálním nebo agresivním chováním, které je soustředěno úplně nebo téměř úplně na domov a na meziosobní styky se členy nukleární rodiny nebo s dalšími členy domácnosti. Mimo rodinu se tato porucha většinou neprojevuje. Často bývá způsobena narušenými rodinnými vztahy a mívá relativně dobrou prognózu (Theiner, 2007).

Nesocializovaná porucha chování „je charakterizována kombinací trvalého disociálního nebo agresivního chování s výrazným pervazivním narušením vztahu jedince k ostatním dětem“ (MKN-10, 2018). Postoj vrstevníků k takovému jedinci bývá odmítavý, jedinec bývá často samotářský – také jeho vztahy k dospělým postrádají důvěrnost. Tato porucha mívá špatnou prognózu (Theiner, 2007).

Socializovaná porucha chování se projevuje disociálním nebo agresivním chováním trvalého rázu a to u jedinců, kteří jsou celkem dobře integrováni do skupiny stejně starých. Mezi obvyklé projevy patří skupinová delikvence, krádeže a další poklesky společné pro skupinu vrstevníků, „partu“ a záškoláctví (MKN-10, 2018). Prognóza bývá přívětivá, porucha odeznívá v pozdní adolescenci a mladé dospělosti (Theiner, 2007).

Opoziční vzdorovité chování se zpravidla vyskytuje u mladších dětí. Bývá charakterizována „výrazně vzdorovitým, neposlušným a rozkladným chováním, které však neobsahuje delikventní činy ani extrémnější agresivní nebo disociální chování. Této položky je třeba použít s opatrností zvláště u starších dětí, protože klinicky signifikantní poruchy chování jsou většinou spojeny s disociálním nebo agresivním chováním, které

přesahují hranice pouhé opozice, vzdoru a rozvratnictví“ (MKN-10, 2018). Projevuje se vzpurností vůči dospělým, nedodržováním pravidel a častou podrážděností. Svým vzdorem umí provokovat, což vede k častým konfrontacím. Nejčastěji se toto chování projevuje ve vztahu k blízkým – rodině a dobrým známým. Patří mezi poruchy se špatnou prognózou (Theiner, 2007).

Poruchy chování vznikají na podkladu více faktorů – sociálních, psychologických a biologických. Patří sem především dysfunkční rodinné prostředí, kriminální či závislostní chování v blízkém okolí, hyperaktivita, kognitivní deficity a jazyková bariéra jedince a také deficity v autonomní nervové soustavě.

Pro léčbu poruch chování je třeba interdisciplinární spolupráce a zapojení mnoha osob z okolí dítěte – rodičů, vyučujících, vychovatelů a dalších. Součástí léčebné strategie je trénink rodičů, individuální psychoterapie dítěte, rodinná terapie, někdy bývá doporučena i změna školy, aby byl jedinec oddělen od problémových vrstevníků (Theiner, 2007). V některých případech bývá tato léčba podpořena také podáváním farmak. Názory na jejich účinnost se však různí (Karnik aj., 2006).

4 Empirická část

Při vyhledávání dostupných výzkumů k problematice jsem našla pouze omezené zdroje. Problematice těhotenství v období dospívání se okrajově věnují Machová a Hamanová (2002) v Reprodukčním zdraví v období dospívání. Otázku mladých rodičů zmiňují také Dunovský (1999) v Sociální pediatrii: vybrané kapitoly a Langmeier a Krejčířová (2006) ve Vývojové psychologii.

Dále jsou k dispozici některé závěrečné práce: Péče o nezletilé matky ve výchovném ústavu (Jelínková, 2015), Nezletilé matky v ústavní péči (Gergičová, 2010) a Mateřství v období dospívání (Tručková, 2014). Žádná z prací se však nevěnuje přímo tématu zvládnání školní docházky spolu s mateřskými povinnostmi.

Empirická část práce tematicky navazuje na výše uvedenou teorii a potvrzuje některá uvedená tvrzení. Následující strany obsahují formulaci cíle a výzkumných otázek práce, objasnění našich rozhodnutí a analýzu dat, přináší dílčí zjištění z realizovaného výzkumu a také výstup výzkumu ve formě zakotvené teorie.

4.1 Cíl výzkumu

V této práci jsme se rozhodli věnovat velmi specifické skupině – nezletilým matkám v ústavní péči. Zajímalo nás, jak vnímají a prožívají těhotenství, porod a mateřství, jaké jsou jejich vztahy s rodinami a otci jejich dětí a také jejich představy budoucnosti.

Vzhledem k situaci, ve které se dívky nacházejí a její výjimečnosti jsme se rozhodli pro kvalitativní výzkum. Shledáváme ho vhodnější pro popis zvoleného tématu a rozkrytí příběhů respondentek. Jak uvádí Strauss a Corbin (1999, str. 11) „Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme. V neposlední řadě mohou kvalitativní metody pomoci získat o jevu detailní informace, které se kvantitativními metodami obtížně podchycují.“ Je třeba mít na paměti, že, vzhledem ke snaze výzkumníka vcítit se do situace respondentů, kvalitativní výzkumy připouštějí existenci více než jedné reality (Chráška, 2016).

Při plánování tvorby práce a výzkumu jsme postupovali ve shodě s Hendlem, který doporučuje nejprve zvolit téma práce a výzkumné otázky (Hendl, 2005). Při formulaci výzkumného problému jsme se dlouze zamýšleli nad specifiky skupiny, kterou jsme se rozhodli zabývat, tedy nezletilých matek s poruchami chování. Jejich život je extrémně

ovlivněn mateřskou rolí, kterou zastávají a která je tolik odlišuje od většiny jejich vrstevnic. V našich očích tak vznikl konflikt mezi dvěma významnými životními rolemi, které se však vzácně vyskytují ve stejný čas – rolí adolescenta, definovanou snahou o osamostatnění a nalezení vlastní identity, a rolí matky, která je sama o sobě velmi náročná, protože nutí matku přizpůsobit svůj život dítěti a péči o něj. Předmětem našeho výzkumu bylo skloubení studijních a mateřských povinností nezletilých matek s poruchami chování. Cílem naší práce se tedy stalo popsat zvládání školní docházky a mateřských povinností u dospívajících dívek s poruchami chování.

Po stanovení cíle práce jsme pokračovali formulací výzkumných otázek. Formulovali jsme čtyři výzkumné otázky, jejichž znění se ustálilo takto:

1. Jak dívky prožívaly období svého těhotenství a všechny související okolnosti?
2. Jak byly dívky připraveny a připravovány na mateřství a mateřské povinnosti?
3. Jak zvládají školní povinnosti při mateřství?
4. Jak dívky vnímají svoji budoucnost?

V tuto chvíli nám již nic nebránilo přistoupit k samotné realizaci výzkumu.

4.2 Výzkumná metoda

Za výzkumnou metodu jsme zvolili strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Vědomi si menší pružnosti při použití této metody jsme byli připraveni na možnou nutnost změny v rozhovor polostrukturovaný. Ten však nebyl nutný. Otázky byly tedy pro všechny respondentky stejné, zároveň byly kladeny tak, aby měla respondentka dostatek prostoru pro svoji odpověď a sama se mohla rozhodnout, jakou informaci a jak detailně sdělí. Výhodou této formy rozhovoru je snazší analýza získaných dat – rozhovory mají identickou osnovu a odpovědi k daným tématům jsou tedy snad k nalezení (Hendl, 2005).

Při tvorbě jednotlivých otázek jsme se snažili, aby respondentky měly určitý prostor k vytvoření vztahu s výzkumníkem, aby otázky byly srozumitelné a byly seřazeny v logicky navazujícím řetězci. Samozřejmě bylo naším cílem získat pomocí otázek informace, které by vedly k získání odpovědí na naše výzkumné otázky.

4.3 Výběr respondentů a sběr dat

Výběr respondentek pro účely našeho výzkumu byl záměrný. „Záměrný výběr se uskutečňuje na základě určení relevantních znaků, tj. těch znaků základního souboru, které jsou důležité pro dané zkoumání“ (Gavora, 2000). Pro naši volbu respondentů byly stěžejní znaky:

1. Respondentka musí být umístěna ve výchovném ústavu v oddělení pro nezletilé těhotné dívky a matky s dětmi.
2. V čase výzkumu musí mít dívka dítě starší alespoň 6 týdnů.

Druhým kritériem jsme omezili výběr možných respondentek tak, abychom mohli získat informace ke všem výzkumným otázkám a zároveň se tak vyloučily z výběru dívky, které jsou ve výchovném ústavu umístěny zatím jako těhotné.

Jak uvádí Hendl (2005, str. 152) „V kvalitativních studiích hrají značnou roli tzv. gatekeepers, dveřníci. Tyto osoby umožňují výzkumníkům pobyt v terénu a přístup k zajímavým jedincům a skupinám.“ V našem případě tuto roli hrála vedoucí vychovatelka oddělení pro nezletilé těhotné dívky a matky s dětmi. Její zapojení bylo velice výhodné z více důvodů. Zná systém práce s dívkami, sama se na něm aktivně podílí a sama tedy měla zájem na tom, kdo a jaké otázky bude klást klientkám výchovného ústavu. Zároveň ji dívky znají a důvěřují jí, doslova nám tedy otevřela dveře do života dívek. Také nám umožnila onen zmiňovaný přístup k zajímavým jedincům, tedy k respondentkám splňujícím naše kritéria a zároveň ochotným odpovídat.

V následujících řádcích uvádíme stručnou charakteristiku respondentek. Charakteristika je vytvořena z informací získaných během rozhovorů. Všechny dívky se rozhovorů účastnily dobrovolně a byly si vědomy faktu, že nemusí odpovědět na všechny otázky. Jejich jména jsou nahrazeny iniciálami.

S.B.

S. je 17 let, má syna Patrika, kterému je 8 měsíců. Její rodiče spolu nežijí. Před těhotenstvím byla na útěku, žila u přítele. Část těhotenství a dobu před porodem již trávila ve výchovném ústavu. Těhotenství s přítelem přijali oba pozitivně. Jednalo se již o její druhé těhotenství, které těsně následovalo po mimoděložním těhotenství. Jako jediná měla

v těhotenství poměrně závažné zdravotní problémy. Porodila spontánně, kojila a jako jediná z respondentek v kojení stále pokračuje a pokračovat chce. Uvědomuje si význam mateřského mléka pro jejího syna. Až se vyučí, plánuje odejít se synem i přítelem za svým otcem do zahraničí.

B.L.

B. je 16 let, má dceru Marii, které je 1,5 roku. Její rodiče spolu nežijí. Před těhotenstvím a na jeho začátku byla na útěku, zdržovala se převážně u matky. O možnosti přerušení těhotenství neuvažovala, navíc bylo těhotenství diagnostikováno v pokročilém stupni. Otec dítěte byl rád, ale uvědomoval si možné právní důsledky. S otcem dítěte se stýkali, vztah ale před nějakou dobou ukončila. Po indukci porodu porodila akutním císařským řezem. Kojení ukončila po čtyřech dnech pro velkou bolestivost. V krátkém období po porodu popisuje poporodní blues, které samovolně odeznělo. Plánuje se vyučit s krátkou pomocí matky se osamostatnit.

M.G.

M. je 15 let, má tříměsíčního syna Samuela. Před těhotenstvím žila s matkou a babičkou. Na útěku byla až do porodu. Těhotenství zjistila v pokročilém stupni, ale i kdyby se tak stalo dříve, o přerušení těhotenství neuvažovala. S otcem dítěte se nestýká, ten otcovství popírá. Během těhotenství nebyla nikde sledována, porodila spontánně a kojila 6 týdnů. Poté kojení ukončila pro velkou bolestivost. Ve výchovném ústavu plánuje zůstat do vyučení a poté se hned osamostatnit.

N.D.

N. je 17 let, v ústavu žije se svou jedenáctiměsíční dcerou Ellisou Amelií. Sama je z neúplné rodiny, svého otce nezná. Před těhotenstvím žila v „pastáku“ a těhotenství strávila na prodloužených dovolenkách u přítelovy rodiny. Nyní už se s otcem dítěte ani jeho rodinou nestýká. Porodila spontánně, kojila jen krátce, protože ztratila mléko. Popisuje, že se snažila porod sama vyvolat. Jako jediná z respondentek neplánuje dokončit

studium, ale chce výchovný ústav opustit, jakmile to bude možné, protože jí nevyhovuje kolektiv. Plánuje návrat k matce a možné osamostatnění. Její představa budoucnosti je značně nejistá.

K.F.

K. je 17 let a má syna Christiana, kterému jsou 2 roky. Před těhotenstvím žila doma u otce, do výchovného ústavu se přesunula v druhé polovině těhotenství. Jako jediná popisuje negativní reakci na těhotenství. Otec dítěte také reagoval negativně, K. se s ním nestýká. Jako jediná také uvažovala o ukončení těhotenství, což vzhledem k pozdní diagnostice nebylo možné. Porodila vaginálně, porod byl indukován pro potermínovou graviditu. Kojila pouze v šestinedělí, pak údajně mléko ztratila. Jako jediná popisuje zájem o vzdělání i během šestinedělí – snahu o samostudium a dopisování testů. Budoucností si není zcela jistá, letos chce získat výuční list a osamostatnit se. Je si vědoma nejistého období mezi koncem školy v červnu a začátkem školky v září, kdy bude pravděpodobně muset požádat o pomoc otce.

Komunikace s výchovným ústavem probíhala od září 2019. Nejprve jsme vedení seznámili s naším záměrem a po příslibu spolupráce ze strany ústavu jsme zkompletovali otázky pro rozhovor, který jsme poskytli vedoucí vychovatelce – našemu gatekeeperovi k seznámení a případné korekci. Ta nám otázky odsouhlasila bez námitek. Samotný sběr dat byl naplánován na říjen 2019 a vzhledem k vynikající spolupráci s ústavem i respondentkami se podařilo veškeré rozhovory uskutečnit během jediného dne. Všechny rozhovory proběhly na půdě výchovného ústavu, dva v pracovně vedoucí vychovatelky a tři přímo v domě, kde nezletilé matky s dětmi žijí. Rozhovory trvaly v průměru 20 minut, výřečnost respondentek se lišila. Rozhovorů, které probíhaly v domě, kde dívky žijí, se účastnily také děti respondentek.

Rozhovory byly zaznamenány na diktafon a následně přepsány.

4.4 Vyhodnocení a interpretace získaných dat

Jako metodu vyhodnocení a interpretace získaných dat jsme se rozhodli použít **zakotvenou teorii** (anglicky grounded theory). „Cílem takového výzkumu je návrh teorie pro fenomény v určité situaci, na niž je zaměřena pozornost výzkumníka. Vznikající teorie je zakotvená v datech, získaných během studie. Pozornost se věnuje zvláště jednání a interakcím sledovaných jedinců a procesům v daném prostředí“ (Hendl, 2005, str. 125). Specifické pro zakotvenou teorii je také, že „nezačínáme teorii, kterou bychom následně ověřovali. Spíše začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné“ (Strauss a Corbin, 1999, str. 14).

Metoda zakotvené teorie se pro naše potřeby jevila jako nejprůhodnější, právě pro možnost sledování interakce jedinců s prostředím a procesy, které se v prostředí odehrávají.

Informace získané z rozhovorů jsme podrobily třístupňovému kódovacímu procesu.

4.4.1 Otevřené kódování

Otevřené kódování je prováděno výzkumníkem při prvním čtení transkriptů. Pečlivě pročítá poznámky a přepisy rozhovorů, lokalizuje témata skrytá v textu a přiřazuje jim označení. Témata mají vztah k výzkumným otázkám, prostudované literatuře, může jít také o témata jinak nepodchycená a nově se objevující. V této fázi kódování vzniká seznam témat, který tvoří pro výzkumníka jakousi počáteční osnovu. Z té pak výzkumník vychází, doplňuje ji, přeskupuje a dále s ní pracuje.

Samotný způsob otevřeného kódování je značně individuální dle preferencí výzkumníka, případně dle zkoumaného problému. Je možno kódovat od tak malých celků, jako jsou jednotlivá slova, až po kódování celých jevů či případů. „Důležité přitom je, že se neztrácí ze zřetele cíl kódování – tematické rozkrytí textu“ (Hendl, 2005, str. 247).

V našem případě otevřeného kódování získaného textu probíhalo takto:

- Kódování jsme prováděli ručně;
- Každý rozhovor byl nejprve kódován samostatně, následně byly hledány podobnosti a souvislosti mezi jednotlivými rozhovory;

- Při sdružování kódů z jednotlivých rozhovorů jsme se snažili tyto kódy sjednotit, aby se nevyskytovaly ve formě synonymických pojmů a nedošlo tak k tříštění informací;
- Z této fáze kódování vznikly pojmy, které jsme na základě souvislostí postupně seskupili do šesti kategorií, z nichž tři byly rozděleny každá do dvou podkategorií.

Pro přehlednost vzniklé kategorie a klíčové pojmy uvádíme v tabulce.

Tabulka 1: Kategorie a pojmy jako výsledek otevřeného kódování

Kategorie		Pojmy
Nepodnětné sociální prostředí jako klíčový faktor neúspěšné socializace	Komplikované vztahy napříč sociálními rolemi	prostředí neúplné rodiny, intenzivní péče o mladší sourozence, dysfunkční vztahy s rodinou otce dítěte
	Jednání dívek jako projev neúspěšné socializace	útěky z výchovného ústavu, vztah k ostatním dívkám
Rizikový životní styl a sexuální život na hranici legálnosti	Návykové látky jako projevy rizikového životního stylu	kouření před, během a po těhotenství, alkohol, marihuana
	Rizikové sexuální chování v nízkém věku	pohlavní styk a početí před patnáctým rokem věku
Nedostatečná připravenost na těhotenství a mateřství v období adolescence		pozdní diagnostika těhotenství, neplánované těhotenství, chybějící zvědavost v otázce vlastního těla, chybějící představa skloubení péče o dítě a studia
Sociální nezralost ve vztazích a v mateřství	Nezralost v sociálních vztazích, nízká schopnost komunikace s okolím	krach vztahu s otcem dítěte, hádky s rodinou
	Konflikt mezi rolí „bezstarostného“ adolescenta a rolí matky	příprava k porodu jen formou materiální, malý zájem o informace v péči o dítě, strach pouze z porodu, chybějící význam kojení, absence obav z ekonomické situace, finanční důsledky kouření a umělé výživy
Pozitivní role výchovného ústavu ve výchově a vymezení hranic		příprava tašky k porodu, edukace ze strany zaměstnanců výchovného ústavu, vize samostatné budoucnosti, podpora vztahu s rodinou
Nejasná budoucnost po opuštění výchovného ústavu		očekávaná pomoc rodičů, absence konkrétního plánu, „neurčitá zájmena“

Kategorie 1 – Nepodnětné sociální prostředí jako klíčový faktor neúspěšné socializace

Vznik první kategorie nebyl při zpracování dat nijak překvapivý. Vzhledem k tomu, že kritériem výběru respondentek byla jejich ústavní výchova, nepodnětné sociální prostředí bylo poměrně očekávaným pozadím pro jednání a prožitky dívek.

Pojmy v této kategorii jsme dále rozdělili do dvou podkategorií: komplikované vztahy napříč sociálními rolemi a jednání dívek jako projev neúspěšné socializace.

Podkategorie 1 – Komplikované vztahy napříč sociálními rolemi

Nepodnětné sociální prostředí se stalo pojítkem mezi všemi respondentkami. Všechny dívky bez výjimky pocházejí z dysfunkční rodiny. Vycházíme z tvrzení S.B.: *„Taťka je v Kanadě, za ním se stěhuju, až si tady dodělám školu. A k mamce jezdím na prázdniny.“* B.L. na otázku, kde žila před těhotenstvím, odpovídá: *„U mamky, ...“* a dále také zmiňuje *„Pak půjdu na chvíli k mamce, než si něco najdu.“* Stejně tak M.G. o otci vůbec nehovoří: *„Mamka i babička to na mně poznaly. Já jsem se bála to mamce říct, poznala to na mně.“* Na otázku vztahu s rodiči odpovídá: *„Ve středu jsem přijela z dovolenky, byla jsem u babičky.“* N.D. uvádí *„Tak s mojí mamkou to jsme se trošku hádaly poslední dobou, teďka to je zase dobré. A mojho tátu neznám.“* O něco více do rodinné situace dává nahlédnout K.F.: *„S mámou se nebavím a s tátou dobrý. K tátovi jsem jezdila každý víkend, jenže jsem se strašně pohádala s tátovou přítelkyní a zbila jsem ji.“* Dále uvádí otce ve svých plánech do budoucna: *„Takže asi budu tak nějak hozená na tátu...“*

Dále se opakuje péče o mladší sourozence ve větší míře, než bývá zvykem. S.B. udává připravenost na péči o vlastní dítě právě ze zkušeností s mladšími sourozenci: *„Jo, tak já mám dva mladší bráchy, víte.“* U M.G. se podobná odpověď objevuje u otázky na skloubení školy a péče o dítě: *„Tak to je normální, já jsem vstávala i k bráchovi v noci.“* A dále: *„Tak já jsem se starala už jako skoro celý těhotenství o mýho malýho bráchu, takže jsem věděla, co mám dělat.“* K.F. zmiňuje péči o svoji sestru, která je také matkou, a její dítě: *„Já jsem se starala o sestřinyho malýho odmalinka, protože ona měla poporodní deprese, takže jsem se o něho normálně starala já. A i jsem ju nutila, ať kojí. K malýmu jsem vstávala já, přebalovala jsem ho, převlíkala. A ještě mám malinkou sestru. Ona je vlastně akorát o půl roku starší než malej, takže jsem se starala i o ni.“*

Objevil se také prvek nefunkčnosti vztahu k rodině otce dítěte, jak uvedla N.D.: „*A jeho rodiče, s těma se nebavím.*“

Po setřídění těchto odpovědí se nabízí mimo jiné otázka, jaké jsou vztahy dívek s otci jejich dětí. Jak bude zdokumentováno dále, trvajícím vztah udává pouze jedna z nich.

Podkategorie 2 – Jednání dívek jako projev neúspěšné socializace

Častým pojmem byl „útěk“. Ten uvedly tři dívky z pěti. S.B. na otázku, kde žila, říká: „*U přítele v bytě. Já jsem byla na útěku. Ale už neutíkám.*“ Také B.L. zmiňuje útky na otázku bydlení: „*U mamky, ale prvně jsem byla na útěku, jakože když jsem byla těhotná.*“ A dále o nich hovoří ještě jednou: „*Ale když jsem pořád utíkala, tak prostě v tu chvíli, když jsem prostě utíkala, tak ani mně...jsem nad malou chvíli nepřemýšlela, že by se jí mohlo něco stát.*“ Podobně odpovídá také M.G.: „*Jako jak jsem byla na útěku. A než jsem byla těhotná, tak to jsem byla chvíli tady a potom na útěku. Pak zas chvíli tady a pak zase na útěku.*“

Útky dívek ukazují jejich neakceptování autorit, ve kterém byly některé podpořeny přímo rodiči tím, že dívky na útěku žily přímo u nich. Dále se také objevily výpovědi, kdy dívky v období po porodu od útěků upustily. Již výše je zmíněna S.B. „*Ale už neutíkám.*“ Dále také uvádí v rámci svých zkušeností z porodnice: „*A nechtěli mě nikam pouštět, oni dělali jako bych tam byla ve vězení. Ani do automatu, že ne, že nemůžu jít sama, že jsem z pasťáku, ale tak neutěču, ne, když jsem zrovna porodila.*“ O jejich přistoupení na pravidla výchovného ústavu a upuštění od útěků hovoří také plán většiny dívek získat výuční list a až poté ze zařízení odejít.

V otázce vzájemných vztahů dívek se objevují dva extrémy. N.D. nevyhovující kolektiv udává jako důvod k odchodu z ústavu hned po osmnáctých narozeninách: „*Tak tady tenhle rok už chci končit, už to tady nezvládám psychicky. Příští rok už mi je osmnáct, takže už na to asi nemám, i tady s takovýma lidma. Prostě mě nebaví takový ten kolektiv.*“ Naopak B.L. tituluje některé dívky z ústavu jako kamarádky: „*A pak, potom přijdu ze školy, vyzvednu si Marušku, jsem s ní na baráku, tam se chvíli díváme na pohádky a pak ve čtyři hodiny jdeme s Maruškou ven, s kamarádkama.*“ Ostatní dívky vztahy ve výchovném ústavu nekomentovaly.

Kategorie 2 – Rizikový životní styl a sexuální život na hranici legálnosti

Tuto kategorii jsme pro lepší přehlednost také rozdělili do dvou podkategorií: návykové látky jako projevy rizikového životního stylu a rizikové sexuální chování v nízkém věku.

Podkategorie 1 – Návykové látky jako projevy rizikového životního stylu

Rizikový životní styl dívek je dokumentován primárně návykem kouření. Tento jev je společný pro všechny respondentky. Během rozhovoru se k tomuto tématu vyjadřovaly v otázce změny životního stylu během těhotenství. Z rozhovorů vyplývá, že všechny dívky kouřily již před těhotenstvím, během těhotenství nijak cíleně kouření neomezovaly a pokračují v něm i po porodu. Pouze jedna respondentka, S.B., udává snahu o odvykání: *„Jo. Jako kouřím míň. Tak tři, čtyři denně, už mi krabička vydrží dýl než jeden den. Já chcu vlastně přestat kouřit úplně, víte. Ale snažím se tak postupně všechno.“* B.L. řekla: *„Jo, jako kouřila jsem furt.“* M.G. kouření nevyklučuje: *„Moc jsem nekouřila, mně to ani nechutnalo v těhotenství.“* N.D. dokonce popisuje prohloubení návyku: *„Kouřit jsem nepřestala, ale spíš takový to chování zlý, co jsem měla. Mě spíš změnila holka. Kouřit jsem začala víc, ještě víc.“* Byly zmíněny také další návykové látky a změny životního stylu, K.F. popisuje: *„No, přestala jsem hulit trávu, přestala jsem pít. Jsem před tím chodila vždycky na diskotéky vždycky každé víkend. Kouřila jsem furt stejně. Až potom tady, to jsem ze začátku vlastně. Když jsem tady byla a nemohla jsem chodit ven, tak jsem kouřila jenom dvě cigarety denně.“* Je tedy vidět, že většina dívek se nad tématem kouření vůbec nepozastavily ani nevykazovaly povědomí o škodlivosti kouření pro dospělé i děti.

Podkategorie 2 – Rizikové sexuální chování v nízkém věku

Dalším rysem rizikového životního stylu je velmi brzké zahájení sexuálního života. O tom, kdy dívky měly první pohlavní styk, můžeme pouze polemizovat. Tímto směrem náš výzkum však nebyl směřován. Proto jsme se omezily na přibližný výpočet věku dívek, ve kterém otěhotněly. Vzhledem k tomu, že všechny dívky rodily v termínu a v rozhovorech uvedly věk svůj i věk svých dětí, je snadné spočítat, že tři z pěti dívek zcela jistě počaly před dosažením patnácti let. Další dívka se pohybuje v intervalu mezi čtrnáctým a patnáctým rokem věku a pouze jedna dívka pravděpodobně otěhotněla až po dosažení patnácti let. K tématu otěhotnění před patnáctými narozeninami se vyjádřila B.L. ve vztahu k otci dítěte: *„Jako byl rád, ale měl strach, že by šel sedět. Měl hodně strach.“*

Kategorie 3 – Nedostatečná připravenost na těhotenství a mateřství v období adolescence

Tato kategorie vyvstala velmi jasně z otázek cílených na prožitek a vnímání těhotenství, porodu a mateřství samotnými respondentkami. Některé odpovědi, především jejich jednota, byly pro nás zcela šokující.

U všech respondentek se jednalo o neplánované těhotenství. Je tedy pochopitelné, že k jeho záchytu nedojde v absolutním počátku. Očekávali jsme však, že těhotenství byla diagnostikována nejpozději ve druhém měsíci, jako tomu bývá u většinové populace, kdy ženy reagují na amenorhoeu, nevolnosti či jiné fyzické změny.

Tento předpoklad se však splnil pouze v jednom případě, S.B. zjištění svého těhotenství popisuje v širších souvislostech: „...já jsem prvně otěhotněla mimoděložně, takže jsem vlastně byla v nemocnici a že jsem to nějak potratila samovolně nebo co. Že mě nemuseli nic dělat. Ono prostě to hCG začlo klesat a ten doktor řekl, že už je možné, že už třeba nebudu mít děti nebo tak. A já jsem otěhotněla hned den na to. To mě zrovna převezli z jiného pastáku. Oni mi to tam nechtěli věřit, že jsem těhotná, tak jsem to zjistila až v osmém týdnu.“

N.D. popisuje potvrzení těhotenství ve třetím měsíci: „Jsem to zjistila ve třetím měsíci, testem. Ale myslela jsem si to už dřív, protože mi bylo pořád špatně.“

Ve výpovědi M.G. se objevuje diskrepance v časových údajích: „Jo, na jaře někdy to bylo a to už mi prostě rostlo břicho, už jsem měla trochu větší břicho. Já jsem si to v tu dobu nějak neuvědomovala, nevím, neuvědomovala jsem si to. To bylo kolem března, tak asi v pátém měsíci. ... Mamka i babička to na mně poznaly.“ Vzhledem k tomu, že se syn narodil v srpnu, byla M. v březnu přibližně ve třetím měsíci, kdy těhotenství není na těle ženy příliš zjevné. M. také nenavštěvovala žádnou těhotenskou poradnu, chybí nám teda bližší údaje o délce těhotenství. Přikláníme se však k variantě pozdějšího zjištění těhotenství právě názorem matky a babičky. M.G. také popisuje těhotenské obtíže, které jsou výše zmíněny jako důvod většiny žen k pojetí podezření na těhotenství: „Ze začátku mi teda bylo trošku špatně, ale to jsem nevěděla, že jsem těhotná, to jsem blinkala.“ K této interpretaci však M. dospěla až zpětně, jak sama popisuje.

V pátém měsíci bylo potvrzeno také těhotenství B.L.: „No já jsem to zjistila až na začátku pátého měsíce. To jsem zjistila u gynekologa, ale první jsem si dělala dva

těhotenský testy. První mi vyšly dvě čárky, to jsem si myslela, jakože to je nějak to. A pak i ráno jsem si to dělala a to mi vyšlo zase, takže jsem byla. A pak mi pan doktor řekl, že jsem na začátku pátého měsíce. No, ale do tří...do tří...jak se to říká...měsíců jsem měla ještě menstruace. Takže jsem to zjistila až pozdě.“ Obdobně se vyjádřila také K.F. *„Jsem to zjistila na konci pátého měsíce. Byla jsem náladová, rostlo mi břicho. Já jsem si udělala test odpoledne no a vyšly mi dvě čárky. Tak jsem šla za dva dny na to k doktorovi a on mi řekl, že jsem na konci pátého měsíce.“*

Další společným tématem bylo velmi omezené získávání informací o vlastním těle v průběhu těhotenství. Z vyjádření dívek jsme nabyli dojmu, že o toto téma téměř neměly zájem, což je opět v porovnání s většinovou populací těhotných diametrální rozdíl. Jak je popsáno i v teoretické části této práce, je přirozenou součástí těhotenství, že žena vnímá vlastní tělo, sleduje jeho změny, aktivně se zajímá a to jí napomáhá k přijetí nové životní role. (Roztočil, 2008) Dnešním trendem je přicházet do porodnice připravená, vědomá veškerých změn a procesu. Naopak naše respondentky udávají spíše negativní postoj k získávání informací o vlastním těle. S.B. jako jediná popisuje velmi dobře průběh svého komplikovaného těhotenství *„Já jsem měla, paní, strašné těhotenství. Mi se, pan doktor říkal, že se to stává u mladých maminek. Mi jak se rychle roztáhla děloha, tak se mi ucpal jeden močovod, takže jsem měla ucpanou ledvinu a zánět tam. A to se mi furt vracelo, protože to vlastně bylo ucpané. Takže mi tam dali stent a mi se to furt ucpávalo, tím jak jsem byla těhotná, bo se vylučuje hodně soli. A já jsem byla, paní, skoro každý měsíc v nemocnici. Furt mi to měnili a furt jsem měla bolesti. Já jsem byla furt v nemocnici, fakt.“* A zároveň dodává *„Jsem chodila k doktorovi, ještě u nás a pak tady. A tady od zdravotních sestřiček.“* Další odpovědi na otázku ohledně tělesných změn jsou: B.L. *„No já jsem to neřešila.“* Stejně tak M.G. říká: *„No ne. Já jsem nebyla u doktora ani jednou v těhotenství. A mě chytly kontrakce a už jsem potom šla родit. Akorát mamka s babičkou.“* K neodborným zdrojům informací se uchýlila také N.D. *„Od mamky, od tety, jinak ne.“* Nejzvědavější a nejinformovanější se jeví K.F., která popisuje: *„Jakože od holek tady...ony mě strašily, že to bolí. Já jsem se toho furt nebála, fakt ne. Já jsem byla vlastně u sestřineho porodu, takže jsem se nebála, protože jsem věděla z těch Malých lásek, co tam je a takový. Tak jsem tak nějak jakože věděla.“*

Na nepřípravenost na adolescentní mateřství poukazuje také často chybějící představa skloubení mateřských povinností a školní docházky. Na takto zaměřenou otázku odpovídá B.L. jasným ne. Trochu delší odpověď má N.D. „*Nene. Říkala jsem si, že to nějak zvládnou.*“ Podobně odpovídá také K.F. „*Ne. Vůbec jsem si nedovedla...pro mě bylo těžký.*“

Kategorie 4 – Sociální nezralost ve vztazích a v mateřství

U této kategorie se opětjevilo příhodnější rozdělit ji do dvou podkategorií: nezralost v sociálních vztazích, nízká schopnost komunikace s okolím a konflikt mezi rolí „bezstarostného“ adolescenta a rolí matky.

Podkategorie 1 – Nezralost v sociálních vztazích, nízká schopnost komunikace s okolím

Jak je uvedeno v teoretické části práce, v období adolescence bývají navazovány první nestálé a proměnlivé heterosexuální vztahy doprovázené objevováním, novými zážitky i prvními sexuálními zkušenostmi. Tyto vztahy, tzv. první lásky, však zřídka přejdou v dlouhodobý vztah. (Langmeier a Krejčířová, 2006) Právě nestálost partnerského vztahu, která může být umocněná také dysfunkčním rodinným modelem respondentek, se ve výpovědích objevuje velmi často. Konkrétně se odpověď dozvídáme v otázce, zda jsou dívky stále v kontaktu s otcem svého dítěte. B.L. odpověděla: „*Ted'ka měsíc a půl už ne, protože jsem se s ním rozešla.*“ Podobně N.D. již vztah s otcem dítěte neudrží: „*My spolu nejsme. Ale jako píšem si nebo tak. On za náma ani nejedil na návštěvy nebo tak.*“ Tito otcové však byli alespoň nějakou dobu s dívkami a svými dětmi v kontaktu. U M.G. a K.F. bylo odpovědí jasné „Ne.“ To vzhledem k nezralosti vztahu působí poměrně logicky, vzhledem k tomu, že tito otcové přijali těhotenství negativně.

Dalším opakujícím se jevem byly hádky s rodinou. Přičítáme je opět charakteristice adolescentního období a snaze o emancipaci od rodiny. (Langmeier a Krejčířová, 2006) Záměrně nehodnotíme hádky, které v rodinách vznikly po zjištění těhotenství. Jedná se o velmi stresovou situaci a intenzivní emoce nejsou ničím překvapivým. O hádkách v období po porodu hovoří N.D. „*Tak s mojí mamkou to jsme se trošku hádaly poslední dobou, ted'ka to je zase dobré.*“ Neklidnou rodinnou situaci zmiňuje také K.F.: „*S mámou se nebavím a s tátou dobrý. K tátovi jsem jezdila každý víkend, jenže jsem se strašně pohádala s tátovou přítelkyní a zbila jsem ji, takže jsem už čtyři, pět měsíců byla tady a*

ted'ka minulý víkend jsem jela na víkend dom. A ted' pojedu zas až na Vánoce. Ona ted' doma nebyla, takže to bylo dobrý.“

Podkategorie 2 – Konflikt mezi rolí „bezstarostného“ adolescenta a rolí matky

Zcela přirozeně je chování nezletilých dívek ovlivňováno především jejich rolí adolescenta. Ve chvíli, kdy zjistí své těhotenství a také v jeho průběhu se musí připravovat na roli matky. Je třeba, aby rychle dospěly, opustily roli, která je jim věkem blízká a adaptovaly se na roli náročnou a dlouhodobou. To s sebou nese změnu priorit, úhlu pohledu a očekává se přehodnocení některých názorů.

Vzhledem k tomu, že všechny dívky studují, jsou finančně odkázány na rodiče a stát – jejich finanční příjem je tak omezený. Z jejich výpovědí většinou není znát žádné uvědomění si finanční náročnosti mateřství. Z rozhovorů i pozorování vyplývá, že dívky dávají přednost spíše svému momentálnímu pohodlí před zodpovědnějším postojem k budoucnosti. Hovoříme konkrétně o dvou opakujících se jevech: kouření a umělá výživa kojenců.

O kouření se nebudeme dlouze rozepisovat, výpovědi dívek byly citovány již výše. Za zmínku však stojí S.B., která jako jediná uvádí snahu o omezení kouření: *„Já chcu vlastně přestat kouřit úplně, víte. Ale snažím se tak postupně všechno.“*

S.B. je také jediná, která svého syna stále kojí – z jejího projevu je dokonce znát hrdost nad touto skutečností: *„(Nutrilon) Jedničku jsem nedávala vůbec. ... A chcu kojit, dokud malý bude chtít.“* Ostatní dívky kojení ukončily nejpozději po šestinedělí, což je pro potřeby dítěte velmi málo. WHO (2013) doporučuje výlučné kojení alespoň do šesti měsíců věku dítěte s následným dodáváním příkrmů. Jako důvody k ukončení kojení dívky udávají bolestivost, B.L. *„No jenom už čtyři dny, pak ne, to už hrozně bolelo, to už ne.“* Podobné potíže zmiňuje M.G. *„Kojila jsem asi měsíc a půl. A potom jsem měla strašně moc mlíka a malý tolik toho nepapal, takže už to moc bolelo, tak jsem přestala.“* Dalším důvodem pro ukončení kojení byla nedostatečná tvorba mléka. N.D. vzpomíná: *„Já jsem kojila chvíličku, ale pak mi došlo mlíko.“* A K.F. hovoří podobně *„Kojila jsem celé šestinedělí, pak jsem ztratila mlíko.“* Dívkami udávané důvody nelze bagatelizovat. Jedná se však o nejčastější problémy s kojením, se kterými se setká většina kojících žen, a většinou je lze překonat. Tyto potíže bývají spojeny s nevhodnou technikou kojení, kterou lze však, při zájmu kojící ženy, upravit a vylepšit. (Poloková, 2012) Vyžaduje to však úsilí,

snahu a trpělivost. Odměnou pak bývá usnadnění života s dítětem – pokrm pro dítě je vždy připraven ve vhodné teplotě, dostatečném množství a „stále po ruce“, navíc s téměř nulovou finanční zátěží.

Jako další rys nezralosti pro roli matky uvádíme způsob přípravy dívek k porodu. Přípravou k porodu bývá obecně chápáno nejen materiální stránka věci, ale také získávání informací o porodu, pobytu v nemocnici, požadavcích nemocnice. Ženy se často ptají, kdy do porodnice jet, kdy ještě zůstat doma, jaké informace s sebou do porodnice mít, co je čeká a jak porod probíhá. Ptají se v rámci těhotenských poraden, získávají informace z knih, internetu, od okolí atd. Očekávali jsme tedy, že některé z těchto otázek zazní a byli jsme velice překvapeni, když se dívky jednohlasně shodly, že jejich příprava na porod obnášela přípravu tašky do porodnice, případně vybavičky. Při zpětném pohledu však tato odpověď není tolik šokující. Dívky mají ve výchovném ústavu zajištěno vybavení pro dítě (kočárek, postýlka, přebalovací pult, ...). K pořízení vybavičky pro dítě i přípravě tašky do porodnice jsou vedeny personálem výchovného ústavu a berou to tedy jako svoji automatickou povinnost. Co se psychické přípravy na porod týče, nezazněla v tomto smyslu žádná odpověď. Pouze N.D. popisuje, že se snažila porod vyvolat sama dříve: *„Jináč teda ten porod jsem si chtěla vyvolávat i sama, ale nešlo mně to. Já jsem třeba...my jsme měli strašně velikánskej byt a strašně velkej koberec a stěnu, takže já jsem odsunula celou postel, skříně a zase jsem dělala něco s tím kobercem a blbosti jsem dělala, ale teda se mi to nepovedlo. Já už jsem ju strašně chtěla mít na světě.“* Jako důvod však udává těšení se na dítě, což naznačuje až dětský pohled na svět.

Dále uvádíme rysy, které naznačují, že dívky celou situaci vnímají pouze ze svého úhlu pohledu jako jednotlivce a ne příliš vnímají dítě jako osobu, která na nich bude, respektive je, zcela závislá. Máme na mysli malý zájem o informace týkající se péče o dítě a vyjadřování obav pouze z porodu.

U žen, které svou roli matky přijaly, se objevuje zvědavost, opakované doptávání na tytéž informace, snaha zcela porozumět a vštípit si všechny vědomosti, osvojit veškeré možné dovednosti již v porodnici. Naopak naše respondentky popisovaly zájem spíše omezený, S.B.: *„Jo, já jsem se nemohla rozkojit, víte. Jinak ne, hlavně to kojení.“* S tímto souhlasí i B.L. *„Jenom s čím jsem potřebovala pomoci, tak bylo s kojením, protože se mi špatně přisávala.“* Případně neměly o rady zájem vůbec, N.D. říká: *„Ne. Já jsem jela sama za sebe. Já jsem jim ani neříkala, já jsem prostě chtěla být sama sebou.“* Určitou známku

zájmu o péči o dítě popisuje K.F. „*Spíš jsem se ptala jenom, kdy budu moct malýho koupat já. Já jsem se toho bála, protože to je něco jinýho, když koupete vaše. To se bojíte víc, než když koupete někoho jinýho. Ale zase jsem se ho vůbec nebála oblíkat. U cizích jsem se bála, ale u něj ne. Ony jsou takoví malinký, prťavý.*“

Na otázku obav během těhotenství dívky naznačují obavy z porodu. Pouze jedenkrát, S.B. uvádí obavy, které je možné interpretovat jako obavu o dítě: „*Já jsem se bála, že porodím předčasně, víte.*“

Kategorie 5 – Pozitivní role výchovného ústavu ve výchově a vymezování hranic

Pozitivní roli výchovného ústavu můžeme dokumentovat několika opakujícími se jevy, které jsou v rozhovorech zachyceny. Patří mezi ně edukace nezletilých matek, materiální příprava zázemí před porodem, vedení dívek k samostatnosti v rámci pobytu ve výchovném ústavu i směřování k osamostatnění po opuštění ústavu a v neposlední řadě podpora vztahu dívek s jejich rodinami. Uvedené znaky budeme nyní dokládat opět citacemi z transkriptu.

Jak již bylo zmíněno, všechny dívky mají za povinnost přípravu tašky do porodnice, což nám ozřejmila K.F. „*No a tašku jsem musela už měsíc dopředu. To se tady musí, kdyby náhodou.*“ Pokoje v části ústavu pro nezletilé těhotné dívky a matky s dětmi jsou všechny vybaveny přebalovacími pulty, postýlkou pro dítě a společné prostory jsou také přizpůsobeny pro život s malými dětmi.

Dívky také udávají personál výchovného ústavu jako zdroj informací během těhotenství i po něm. S.B. je zmiňuje v rámci skloubení školy a mateřství: „*Jo. To mi říkali tady.*“ Důležitou roli hrají vychovatelé v životě B.L.: „*Jo, já už jsem...já jsem se pořád ptala i vychovatelů i všech jsem se ptala. ... Já si vždycky uspím malou a večer se jdu učit s vychovatelem. Když mám nějaký testy, tak se jdu učit.*“ Pro S.B. je výchovný ústav a jeho personál také velkou pomocí pro skloubení školní docházky a kojení: „*A když jsem tady ve škole, tak už mi volají jednou, dvakrát, jak kdy, aby se mi ještě neztratilo mlíko.*“

Všechny dívky také hovoří o samostatné budoucnosti a o plánu vlastního bydlení. Podporu ze strany výchovného ústavu popisuje S.B. takto „*Já se chcu jenom vyučit a mezitím, co se budu tady vyučovat, tak mi zaplatí půlku barmanského kurzu, půlku řidičáku a jak odejdu, tak mi dají potom výstupní dar. Já tady zůstanu, ještě než si dodělám školu.*“ Plány ostatních vystihuje B.L. „*No tak já se vyučím. Mně to akorát vychází tak, že se*

vyučím. Ještě příští rok, to si akorát dodělám třetíák a hnedka mně padne osmnáct, takže mě to akorát vychází. Pak půjdu na chvíli k mamce, než si něco najdu. No až si něco najdu, tak půjdu do svého, ale ještě jakože nevím, jak to budu dělat s prací a jak s malou.“

Dívky jsou také podporovány v udržování vztahů s jejich rodinami. Jezdí je navštěvovat v rámci dovolenek, a pokud se objeví nějaký problém, je ve výchovném ústavu odborný personál, který se snaží situaci věnovat.

Kategorie 6 – Nejasná budoucnost po opuštění výchovného ústavu

Bohužel se ve výpovědích dívek, konkrétně v odpovědích na otázku budoucnosti, objevují značná nejistota a chybějící konkrétní plány. Rámcově je jejich plán identický – dokončit vzdělání, odejít z výchovného ústavu, krátce se zdržet u rodičů, najít si vlastní bydlení, práci, školku pro dítě, osamostatnit se. Často se ale objevují neurčitá slůvka jako „nevím, něco, nějak“. Například B.L. říká: *„No tak já se vyučím. Mně to akorát vychází tak, že se vyučím. Ještě příští rok, to si akorát dodělám třetíák a hnedka mně padne osmnáct, takže mě to akorát vychází. Pak půjdu na chvíli k mamce, než si něco najdu. No až si něco najdu, tak půjdu do svého, ale ještě jakože nevím, jak to budu dělat s prací a jak s malou. To ještě nevím.“* M.G. by se ráda obešla bez pomoci rodičů: *„Tady chci zůstat do té doby, než si dodělám školu. A pak už bysem šla bydlet sama, no. Já jsem ještě na základce, v osmý. Ale příští rok už jdu normálně do prváku, já jsem propadla. Pak tady kuchař, číšník. A už nechci k rodičům, pak už chcu sama.“* N.D. jako jediná nemá v plánu dokončit studium: *„Tak tady tenhle rok už chci končit, už to tady nezvládám psychicky. Příští rok už mi je osmnáct, takže už na to asi nemám, i tady s takovýma lidma. Prostě mě nebaví takový ten kolektiv. Takovej ten mám naplánovanej, že vlastně půjdu dom k mamě, najdu si nějaký byt, toto, budu zatím na mateřské, dokud to půjde. Potom holka půjde do školky a já půjdu někam pracovat a prostě to nějak musí být.“*

Nejvíce si dle výpovědi situaci uvědomuje K.F., jasný plán ale také nemá: *„Já odsad' budu...ted' v únoru mi bude osmnáct, ale já jsem ve třetíáku, takže já si chci dodělat školu, takže tady vlastně do zkoušek budu. Ke konci června odejdu. A pak nevím. Přes léto nevím, ted' řeším byt a toto. Šetřila jsem si celou dobu tady peníze a řeším, kam půjdu. Chci si najít nějaký byt. Akorát přes léto nevím, jak to bude, protože malýho mi nebude mít kdo hlídat, abych já mohla jít do práce. Takže asi budu tak nějak hosená na tátu a potom malej půjde vlastně do školky, protože mu v září, nebo v říjnu budou tři roky. Tak jestli mi ho v září vezmou do školky a já bych šla do práce. A to ještě nevím kam, nevím, co chci dělat.“*

4.4.2 Axiální kódování

„Axiální kódování je soubor postupů, pomocí nichž jsou údaje po otevřeném kódování znovu uspořádány novým způsobem, prostřednictvím vytváření spojení mezi kategoriemi. To se činí v duchu kódovacího paradigmatu, které zahrnuje podmiňující vlivy, kontext, strategie jednání a interakce a následky“ (Strauss a Corbin, 1999, str. 70).

Jedná se o „bližší určení kategorie (jevu) pomocí podmínek, které jej zapříčiňují, kontextu, v němž je zasazen, strategií jednání a interakce, pomocí kterých je zvládán, ovládán, vykonáván, a následků těchto strategií (Strauss a Corbin, 1999, str. 71). Vzájemný vztah těchto prvků lze znázornit:

PŘÍČINNÁ PODMÍNKA → JEV → KONTEXT → INTERVENUJÍCÍ
PODMÍNKY → STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE → NÁSLEDKY

Ústředním jevem se pro nás stala „Nedostatečná připravenost na těhotenství a mateřství v období adolescence“. Události vedoucí k ústřednímu jevu, tedy příčinné podmínky jsme identifikovali jako „Nepodnětné sociální prostředí“. Významnými opakujícími se pojmy jsou prostředí neúplné rodiny, dysfunkční vztahy s rodinou otce dítěte a útěky z výchovného ústavu. Vzhledem k tomu, jak významnou roli hraje rodina ve formování osobnosti jedince, jeví se příčina v tomto směru velice jasná a její silný vliv je znát i z dalších aspektů chování dívek.

Za kontext, tedy „soubor vlastností, které jevu náleží a zároveň vytváří podmínky, za nichž jsou uplatňovány strategie jednání“ (Strauss a Corbin, 1999, str. 73) považujeme tyto dvě (sub)kategorie: „Návykové látky jako projevy rizikového životního stylu“ a „Rizikové sexuální chování v nízkém věku“. Tyto vlastnosti jsou společné všem získaným životním příběhům a především rizikové sexuální chování je pevně spjato s ústředním jevem. Dále má pak kontext zjevný vliv na strategii jednání.

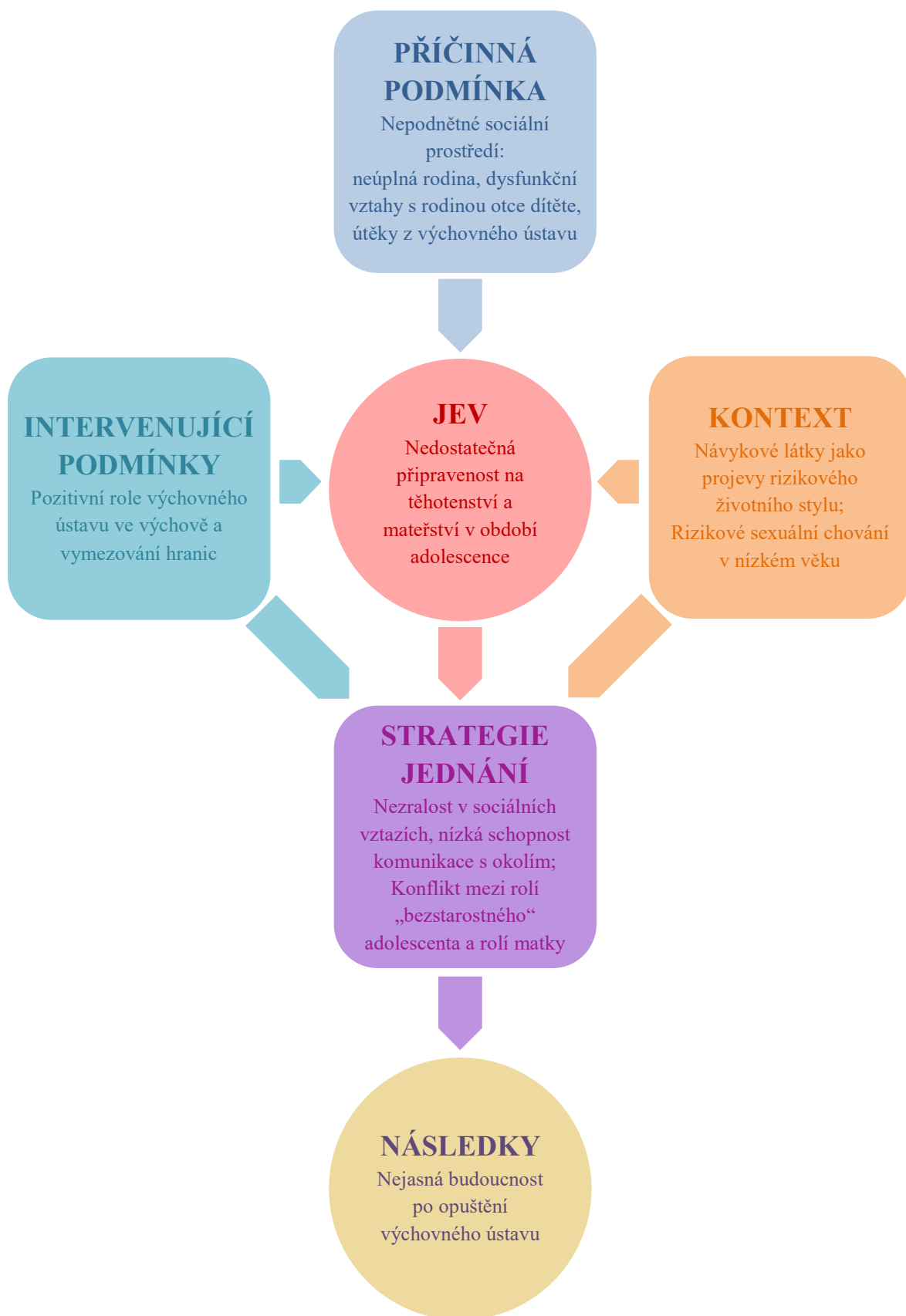
Dalším prvkem paradigmatického modelu jsou intervenující podmínky, tedy „širší strukturální kontext jevu. Tyto podmínky buď usnadňují, nebo naopak znesnadňují použití strategií jednání nebo interakce v určitém kontextu“ (Strauss a Corbin, 1999, str. 75). Tento post zastává „Pozitivní role výchovného ústavu ve výchově a vymezování hranic“. Výchovný ústav, jak již jeho název napovídá, se snaží své klienty pozitivně ovlivňovat a vychovávat. Usiluje tedy o to, aby do jisté míry působil jako protiváha či vyrovnání

dysfunkční rodiny a dalších příčinných podmínek a usnadnil tak dívkám vstup do dospělého života a tím zmírnil strategii jednání.

Kromě běžné etopedické péče, které se dostává klientům výchovných ústavů, je těmto dívkám věnována pozornost po stránce přijetí jejich nové životní role. Jsou personálem směřovány a edukovány k přijetí role matky a zvládnutí mateřských povinností. Denní režim těchto skupin je přizpůsoben školnímu režimu i režimu kojenců a batolat. Dívky jsou vedeny ke zvládnutí studia, jeho řádnému dokončení a následnému osamostatnění se. Otázkou je, zda je brzký návrat dívek (po šestinedělí) vhodným řešením z pohledu mateřství, či se jedná spíše o kompromis, který upřednostňuje matčino vzdělání. Intervenující podmínky působí na ústřední jev i na strategii jednání.

Jako reakce na ústřední jev, ovlivněná kontextem i intervenujícími podmínkami se objevuje strategie jednání. Na tuto pozici jsme umístili dvě (sub)kategorie: „Nezralost v sociálních vztazích, nízká schopnost komunikace s okolím“ a „Konflikt mezi rolí „bezstarostného“ adolescenta a rolí matky“. Nevyzrálost v sociálních vztazích a konflikt dvou významných životních rolí rezonují chováním dívek a působí jako jejich kompenzační mechanismus pro vzniklou životní situaci. Tyto prvky jsou umocňovány prvky kontextu – sociální nezralostí ve vztazích a mateřství. Intervenující podmínky (Pozitivní role výchovného ústavu ve výchově a vymezení hranic) působí na strategii jednání kladně. Jejich snahou je zmírnění a usnadnění přijetí dané situace.

Následkem strategie jednání se pro nás stává kategorie „Nejasná budoucnost po opuštění výchovného ústavu“. Po opuštění výchovného ústavu budou dívky odkázány samy na sebe spolu se svým dítětem. Pozitivní vliv intervenujících podmínek, tedy jakási životní bublina, ve které se dívky pohybovaly, zmizí a je otázkou, jak mimo ni obstojí. Bude záležet na tom, do jaké míry si během pobytu ve výchovném ústavu vštípily hodnoty a dovednosti pro samostatný život. Bohužel, jejich výpovědi zatím hovoří spíše o opaku a přetrvávající nezralosti.



Obrázek 1: Grafické znázornění paradigmatického modelu 1

4.4.3 Selektivní kódování

Třetím stupněm kódování, které následuje po axiálním, je selektivní kódování. „Provádí se pouze na vyšší – abstraktnější úrovni analýzy“ (Strauss a Corbin, 1999, str. 87). Cílem selektivního kódování je zvolit jednu centrální kategorii, která integruje všechna ostatní témata. Centrální kategorie často odpovídá ústřednímu jevu axiálního kódování (Hendl, 2005).

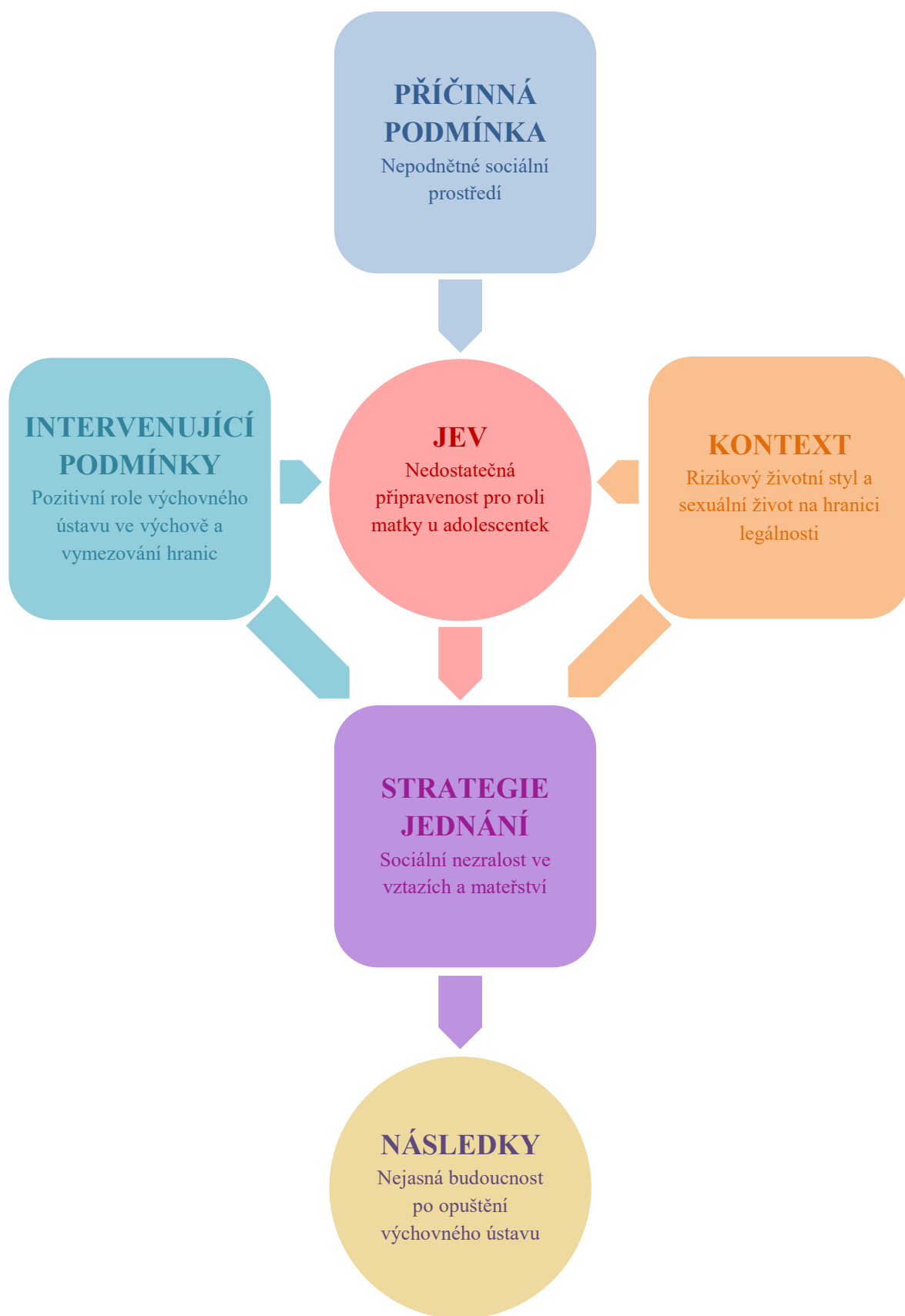
Centrální kategorií se pro nás stala „Nedostatečná připravenost pro roli matky u adolescentek“. Jedná se o jednoznačně o jev spojený se všemi ostatními pojmy.

Příčinné podmínky byly pro potřeby selektivního kódování zobecněny na „Nepodnětné sociální prostředí“. Příčiny na centrální kategorii jsou zjevné a byly blíže popsány v kapitole axiálního kódování.

Centrální kategorie je zasazena do kontextu „Rizikový životní styl a sexuální život na hranici legálnosti“. Ten zaštiťuje kontext axiálního kódování tvořený dvěma podkategoriemi.

Strategií jednání se stala „Sociální nezralost ve vztazích a mateřství“, jejímž následkem je „Nejasná budoucnost po opuštění výchovného ústavu“.

Vztahy paradigmatických modelů se tedy nezměnily, došlo pouze k zobecnění jednotlivých kategorií.



Obrázek 2: Grafické znázornění paradigmatického modelu 2

4.5 Interpretace výsledné zakotvené teorie formou příběhu

Během realizace našeho výzkumu jsme získali kódy, které jsme interpretovali a tím získali výslednou teorii. Tu se nyní pokusíme předvést formou příběhu. Hlavní roli hraje nezletilá dívka, která žije ve výchovném ústavu spolu se svým malým synem. Pro potřeby našeho příběhu je pojmenujme – dívka Martina a syn Petr.

Martina je nezletilá děvče, které nyní žije ve výchovném ústavu, v oddělení pro nezletilé těhotné dívky a matky s dětmi, spolu se svým synem Pěťou. Ale jak se do této situace dostala?

Martina už na základní škole nebyla vzornou žačkou – pozdní příchody, chybějící pomůcky, záškoláctví, občas nějaké pošťuchování nebo i rvačka, kouření, ... Nicméně poznámky a napomenutí, které domů nosila, nikoho moc nezajímaly, tudíž si z nich nic nedělala. Ve škole mluvili o nějakém velkém výchovném opatření, ale tomu Martina nerozuměla. Pak ji párkrát odvezli do „pastáku“, ale vždy utekla zpátky domů, protože ji pravidla příliš omezovala.

S tátou se nestýkali a máma neměla na Martinu moc času. Neměla čas ani na Martininu mladší sestru. Péče o ni tak zůstávala často na Martině. To Martině postupně začalo vadit, měla sestru ráda, ale nechtěla se o ni starat pořád. Začala se doma zdržovat méně a méně. Potulovala se s kamarádkami, chodila domů pozdě nebo vůbec. Začala přespávat u kamarádů. Někteří byli zkušenější než ona, a tak se stalo, že Martina začala pohlavně žít. Máma o tom nikdy moc nemluvila a v situaci, kdy se spolu příliš nevidaly, neměla chuť svěřovat se jí.

Najednou si Martina uvědomila, že poslední dobou nějak přibrala. Že jí vyrostla prsa, břicho a trochu i zadek. A kdy měla poslední měsíčky? To nevěděla, nikdy si to nehlídala. Udělala si těhotenský test a byly na něm dvě čárky. Tak šla k lékaři a ten jí těhotenství potvrdil. A dokonce jí řekl, že už má polovinu za sebou. Pochopila, proč jí bývalo tak špatně, proč zvracela.

Máma jí pořádně vynadala, pohádaly se, přítel byl sice rád, ale bál se. Ostatním to moc neříkala, ale bylo to na ní vidět. Kamarádky jí přály miminko, ale žádná z nich si to neuměla představit.

Znovu pro ni přijeli a odvezli ji do výchovného ústavu. Dostala tam vlastní pokoj, kde už byl i přebalovací pult a postýlka pro miminko. Musela chodit do školy, uklízet si,

účastnit se povinných aktivit a dodržovat řád. Chodila na pravidelné prohlídky ke gynekologovi a začala pořizovat vybavičku pro miminko. Měsíc před termínem porodu si musela připravit tašku do porodnice. Zdravotní sestřičky a vychovatelé jí říkali, co ji asi čeká a také ji upozorňovali, že by neměla kouřit.

Když se porod rozběhl, odvezla ji sanitka do porodnice, odkud si ji po pár dnech vyzvedli z výchovného ústavu. Vrátila se do svého pokoje už i s malým Pétou. Chtěli po ní, aby se starala o malého a kojila. Jenže ji to bolelo, malý chtěl sát dlouho, navíc ji v noci budil. Děvčata, co měla starší děti, říkala, že s umělou výživou jim děti spí celou noc. Tak to zkusila taky a kojit přestala.

Po šestinedělí se musela vrátit zpátky do školy. Alespoň si na chvíli odpočala od malého. Je to s ním těžké – brečí, chce jíst, nikam sám nedojde, ... Takhle si to Martina nepředstavovala. Ale postupně si na to zvyká, ostatní dívky to mají stejně. Ráno se postarat o sebe, o dítě, předat ho zdravotním sestřím, odejít do školy. Po škole zpátky pro děti a starat se o ně. Odpoledne může Martina na vycházku s kočárkem, což vítá, protože ji nikdo neokřikuje, když kouří. Možná potká kluky, kteří jsou v ústavu taky. Byla by ráda, s Pétovým tátou se už nějakou dobu nestýká.

Martina by ráda s Pétou zůstala v ústavu, než získá výuční list. Pak bude muset na chvíli k mámě, pokud nebudou rozhádané. Nebude totiž mít kde bydlet, než si najde práci. Martina ale zatím neví, jakou práci by chtěla dělat a nemá naspořeno, aby mohla hned do vlastního bydlení. Její představy o budoucnosti jsou značně nejasné.

5 Diskuze

Cílem empirické části této práce bylo najít odpovědi na čtyři stanovené výzkumné otázky. Tyto odpovědi jsme hledali metodou zakotvené teorie a zde je předkládáme spolu s výzkumnými otázkami.

1. Jak dívky prožívaly období svého těhotenství a všechny související okolnosti?

Dívky se o svých těhotenstvích dozvěděly většinou v pokročilejším stadiu gravidity, což nás překvapilo. Vzhledem k tomu, že popis fyzických symptomů se nijak neliší od každé jiné těhotné ženy, očekávali bychom dřívější diagnostiku. Oproti standardnímu fyzickému průběhu se však odlišuje psychické vnímání tohoto období dívkami od většinové populace.

Z vyprávění dívek je znát, že si roli nastávající matky uvědomovaly jen v omezené míře a na mateřství se psychicky nezvládly po dobu těhotenství adaptovat. Kromě nízkého věku může být příčinou také nedostatečná podpora ze strany rodiny i ze strany otce dítěte, objevují se také obavy z možných trestních postihů. Dívky ve svých výpovědích zmiňují situace, které zřetelně ukazují, že během těhotenství kladly na první místo sebe (útěky, kouření) a ne vždy zcela dbaly na zdraví svého nenarozeného dítěte. Nabyli jsme tedy dojmu, že vzhledem k nedostatečnému přijetí mateřské role dívky prožívaly svá těhotenství poměrně poklidně, bez vnitřního rozpolcení a úzkostí. Vykládáme si to jako známku převahy role adolescenta nad rolí mateřskou.

2. Jak byly dívky připraveny a připravovány na mateřství a mateřské povinnosti?

V tomto případě vnímáme dvě různé situace. Dívky, které se až do porodu zdržovaly mimo výchovný ústav, byly připravovány v menší míře, než dívky žijící v ústavu. Na tomto místě je třeba vyzdvihnout pozitivní roli výchovného ústavu v rámci přípravy respondentek na jejich novou životní roli. Dívky ve výchovném ústavu nezískávaly informace pouze od personálu, ale také od ostatních nezletilých matek v zařízení. Bylo jim poskytnuto vhodné zázemí a díky tomu měly větší šanci se na novou roli připravit.

Dívky shodně uvádějí, že byly na porod i mateřství připraveny dostatečně. Vystačily si s informacemi, které získaly ze svého okolí, aktivně informace vyhledávaly jen některé z respondentek. Za velice alarmující odpověď, která však velmi dobře dokumentuje nezralost pro mateřskou roli, pokládáme odpověď dívek na otázku přípravy k porodu.

Většina žen uvádí v rámci přípravy k porodu vybavičku, tašku do porodnice, úklid domova, ale také získávání informací o porodnici, průběhu porodu atd. Není výjimkou, že ženy absolvují předporodní kurzy, věnují se četbě tematické literatury, získávají informace z internetu, čím dál častěji se také objevují ženy s jasnou představou průběhu porodu, kterou prezentují formou porodního plánu či porodního přání. Ženy, jejichž příprava je shodná s přípravou našich respondentek, jsou v českém porodnictví výjimkou.

Připravenost dívek na mateřství a mateřské povinnosti se jeví jako adekvátní k jejich věku, sociální zralosti a mentálním možnostem, byť velmi slabá pro plnohodnotné zvládnutí mateřské role.

3. Jak zvládají školní povinnosti při mateřství?

Vzhledem k tomu, že nezletilé matky navštěvují školu v rámci výchovného ústavu, je jejich vzdělání nastaveno tak, aby bylo možné ho skloubit s mateřskými povinnostmi. Jejich děti jsou během výuky v péči zdravotních sester. Školní rozvrh dívky popisují jako pravidelný a ty, které kojí, mají možnost odcházet za svým dítětem na kojení. Ze strany výchovného ústavu je tedy zajištěn maximální komfort pro skloubení školní docházky a mateřství.

K plnění školních povinností ve volném čase se dívky příliš nevyjadřovaly, pouze jedna zmínila, že se na testy připravuje s pomocí vychovatelů. Jedna uvedla, že prospívá s vyznamenáním, aniž by se domácí přípravě věnovala. Celkově je znát, že pro dívky studium není prioritou a nemají tedy potřebu věnovat mu příliš mnoho času či energie. Nelze ale říci, že by dívky školní povinnosti upozaďovaly kvůli péči o své děti. Opět dominuje spíše jejich chování adolescentní než mateřské.

4. Jak dívky vnímají svoji budoucnost?

Postoj dívek k jejich budoucnosti je téměř jednotný a zároveň jednotně nevyzrálý. Na jejich představě budoucnosti je znát snaha výchovného ústavu vést dívky k samostatnosti a postavení se na vlastní nohy. Dívkám ale chybí konkrétní představa, jak této samostatnosti dosáhnout. Jejich vidina samostatného bydlení s jejich dítětem je značně mlhavá. Dívky vědí, kdy přesně výchovný ústav opustí, většinou po získání výučního listu. Jen jedna z nich si uvědomuje komplikaci, kterou pro matky samoživitelky tvoří letní prázdniny. Děvčata svoje studium ukončí v červnu, jejich děti ale do školky mohou nastoupit nejprve v září. Tím vzniká období, ve kterém tyto matky budou potřebovat pomoc a to nejspíše od

svých rodičů. Děvčata se také neumí vyjádřit ohledně konkrétní profese, kterou by chtěla vykonávat. Jejich projev opět odpovídá projevu adolescenta, pro nějž je profesní budoucnost velmi vzdálená, nikoliv projevu ženy, která potřebuje uživit sebe a své dítě.

Cíl našeho výzkumu, popsat zvládání školní docházky a mateřských povinností u dospívajících dívek s poruchami chování, se dle našeho názoru podařilo splnit. Věříme tedy, že tato práce zaujme odbornou i laickou veřejnost. Laickou veřejnost především z pohledu lidského – mateřství je zcela přirozenou životní rolí, ale často je rolí plánovanou a vytouženou, zatímco naše respondentky působí spíše jako protiklad. V odborné veřejnosti může naše práce vyvolat jistě mnohé otázky. Otázky, které pro nás vyvstaly bezprostředně po vyhodnocení výzkumu, byly:

- Jak dívkám ještě více pomoci s přijetím mateřské role?
- Co pro dívky udělat, aby jejich osamostatnění bylo úspěšné?

Závěr

Na tomto místě bychom rádi provedli malé shrnutí našeho výzkumu, který jsme věnovali problematice zvládnání mateřských povinností a školní docházky dospívajícími dívkami s poruchami chování.

V teoretické části práce jsou vymezeny pojmy klíčové pro část empirickou, tedy období adolescence, období těhotenství, porod a šestinedělí. Tyto pojmy jsou objasněny z pohledu fyzických změn i psychické charakteristiky. Dále jsme vymezili pojem ústavní výchovy.

V empirické části práce je věnován prostor cílům výzkumu, volbě výzkumné metody, výběru respondentů včetně jejich krátké charakteristiky. Dále je uvedeno vyhodnocení a interpretace získaných dat našeho kvalitativního výzkumu. Data získaná v pěti strukturovaných rozhovorech byla analyzována a interpretována metodou zakotvené teorie. Pomocí třístupňového kódování jsme se dopracovali k výsledku, kterým byl zpracovaný příběh a paradigmatický model.

Ústředním jevem teorie se stala nedostatečná připravenost pro roli matky u adolescentek. Výsledná zakotvená teorie popisuje ústřední jev a jeho vztah k dalším prvkům teorie. Ukazuje příčinné podmínky (nepodnětné sociální prostředí), kontext, ve kterém je ústřední jev zasazen (rizikový životní styl a sexuální život na hranici legálnosti) a intervenující podmínky, které jev ovlivňují (pozitivní vliv výchovného ústavu ve výchově a vymezování hranic). Dále popisuje strategii jednání (sociální nezralost ve vztazích a mateřství) a následky této strategie (nejasná budoucnost po opuštění výchovného ústavu).

Výzkum nám ozřejmil život nezletilých matek s poruchami chování a ten jsme vyjádřili pomocí příběhu. Cíl naší práce tímto považujeme za splněný.

Resumé

Práce se věnuje otázce zvládnání mateřských povinností a školní docházky dospívajícími dívkami s poruchami chování. Teoretická část popisuje pojmy klíčové pro empirickou část, především tedy období adolescence, období těhotenství, porod a šestinedělí, a to z pohledu fyzických změn a také psychické charakteristiky. Dále je vymezen pojem ústavní výchovy.

V empirické části práce je uveden popis průběhu a výsledků kvalitativního výzkumu. Data získaná v pěti strukturovaných rozhovorech byla analyzována a interpretována metodou zakotvené teorie. Ústředním jevem teorie se stala nedostatečná připravenost pro roli matky u adolescentek. Výsledná zakotvená teorie odhaluje život nezletilých matek s poruchami chování v prostředí výchovného ústavu.

Summary

The thesis deals with the issue of maternal duties and school attendance of adolescent girls with behavioural disorders. The theoretical part describes the key terms for the empirical part, especially the period of adolescence, the period of pregnancy, childbirth and the puerperium, both in terms of physical changes and psychological characteristics, as well as the concept of institutional care.

The empirical part of the thesis describes the process and results of qualitative research. The data obtained in five structured interviews were analysed and interpreted by grounded theory. Insufficient preparedness for the role of mother in adolescents has become a central phenomenon of the theory. The resulting grounded theory reveals the lives of underage mother with behavioural disorders in an educational institution.

Reference

Adolescent pregnancy. World Health Organization. [Online] 2019. [Citace: 20. listopad 2019.] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329883/WHO-RHR-19.15-eng.pdf?ua=1>. WHO/RHR/19.15.

ATKINSON, Rita L. 2003. *Psychologie.* Praha: Portál, 2003. 80-7178-640-3.

BINDER, Tomáš. 2011. *Porodnictví.* Praha: Karolinum, 2011. 978-80-246-1907-1.

Breastfeeding mothers need peer counselling. [Online] World Health Organization, Regional Office Europe, 1. srpen 2013. [Citace: 13. listopad 2019.] <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/pages/news/news/2013/08/breastfeeding-mothers-need-peer-counselling>.

DUNOVSKÝ, Jiří. 1999. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly.* Praha: Grada, 1999. 80-7169-254-9.

GAVORA, Peter. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu.* Brno Paido, 2000. 80-85931-79-6.

GERGIČOVÁ, Hana. *Nezletilé matky v ústavní péči.* Praha, 2010. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta.

HÁJEK, Zdeněk; ČECH, Evžen a MARŠÁL, Karel. 2014. *Porodnictví.* Praha: Grada, 2014. 978-80-247-4529-9.

HELUS, Zdeněk. 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy.* Praha: Grada, 2007. 978-80-247-1168-3.

HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum.* Praha : Portál, 2005. 80-7367-040-2.

HORT, Vladimír. 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Praha: Portál, 2008. 978-80-7367-404-5.

CHRÁSKA, Miroslav. 2016. *Metody pedagogického výzkumu.* 2. vydání. Praha: Grada, 2016. 978-80-247-5326-3.

JANDOVÁ, Katarína. 2019. Úzkost a úzkostné poruchy v těhotenství a v popôrodnom období. *Moderní gynekologie a porodnictví.* Psychologie a psychiatrie těhotenství, 2019, Sv. 26, 1.

- JANDOVÁ, Katarína; RUSŇÁK, Igor a KORBEL, Miroslav. 2010.** Niektoré psychopatologické aspekty včasného popôrodného obdobia. *Kapitoly zo psychopatológie*. 2010, Sv. 3, 1.
- JEDLIČKA, Richard. 2015.** *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada, 2015. 978-80-247-5447-5.
- JELÍNKOVÁ, Iva. Péče o nezletilé matky ve výchovném ústavu.** České Budějovice, 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta.
- KARNIK, Niranjana; MCMULLIN, Melissa A. a STEINER, Hans. 2006.** Disruptive behaviors: conduct and oppositional disorders in adolescents. *Adolescent Medicine Clinics*. 2006, Sv. 17, 1.
- KLEIN, Jonathan D. 2005.** Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. *Pediatrics: Official Journal of the American Academy of Pediatrics*. 2005, Sv. 116, 1.
- KOLUCHOVÁ, Jarmila. 1989.** *Přehled patopsychologie dítěte*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989.
- KŘÍSTEK, Adam. 2017.** *Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a o preventivně výchovné péči: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2017. 978-80-7552-821-6.
- LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. 2006.** *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2006. 80-247-1284-9.
- LANGMEIER, Josef a MATĚJČEK, Zdeněk. 2014.** *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 2014. 978-80-246-1983-5.
- MACEK, Petr. 1999.** *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál, 1999. 80-7178-348-X.
- MACHOVÁ, Jitka a HAMANOVÁ, Jana. 2002.** *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. 80-86022-94-3.

MASOPUSTOVÁ, Zuzana; DAŇSOVÁ, Petra a LACINOVÁ, Lenka. 2018. *Jak to mají mámy: Psychologický výzkum mateřství.* Brno: MUNI Press, 2018. 978-80-210-9170-2.

MATOUŠEK, Oldřich a KROFTOVÁ, Andrea. 2003. *Mládež a delikvence.* Praha: Portál, 2003. 80-7178-771-X.

MATOUŠEK, Oldřich. 1999. *Ústavní výchova.* Vyd. 2. přeprac. a rozš. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. 80-85850-76-1.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. 978-80-7472-168-7.

POLOKOVÁ, Andrea. 2012. *Praktický návod na dojčenie.* Praha: Slovart, 2012. 978-80-556-0751-1.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví.* Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, Aleš. 2008. *Moderní porodnictví.* Praha: Grada Publishing, 2008. 978-80-247-1941-2.

STRAUSS, Anselm a CORBIN, Juliet. 1999. *Základ kvalitativního výzkumu.* Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. 80-85834-60-X.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. 2008. *Přehled vývojové psychologie.* 2.vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 978-80-244-2141-4.

THEINER, Pavel. 2007. Poruchy chování u dětí a dospívajících. *Psychiatrie pro Praxi.* 2007, Sv. 8, 2.

TRUČKOVÁ, Kateřina. 2014. *Mateřství v období dospívání.* Olomouc, 2014. Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.

WEISS, Petr a ZVĚŘINA, Jaroslav. 2009. *Sexuální chování v ČR.* [Online] 21. duben 2009. [Citace: 24. říjen 2019.] <http://mep.zverina.cz/files/103-sexualni-chovani-v-cr-srovnani-vy-zkumu-z-let-1993-1998-2003-a-2008.pdf>.

WEISS, Petr. 2001. *Sexuální chování v ČR – situace a trendy.* Praha: Portál, 2001. 80-7178-558-X.

Zákon č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník (nový).

ZWINGER, Antonín. 2004. *Porodnictví.* Praha: Galén, 2004. 80-7262-257-9.

Seznam zkratek

atd. – a tak dále

Rh faktor – Rhesus faktor

HIV – Human immunodeficiency virus

HBsAg – Hepatitis B surface Antigen

OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

tzn. – to znamená

Seznam tabulek

Tabulka 1: Kategorie a pojmy jako výsledek otevřeného kódování.....	39
---	----

Seznam obrázků

Obrázek 1: Grafické znázornění paradigmatického modelu 1	52
Obrázek 2: Grafické znázornění paradigmatického modelu 2	54

Seznam příloh

Příloha 1: Přepis rozhovoru s S.B.

Příloha 2: Přepis rozhovoru s B.L.

Příloha 3: Přepis rozhovoru s M.G.

Příloha 4: Přepis rozhovoru s N.D.

Příloha 5: Přepis rozhovoru s K.F.

Příloha 1: Přepis rozhovoru s S.B.

- *Kolik je ti let?*
Sedmnáct.
- *Jak se jmenuje tvé miminko a kdy se narodilo?*
Patrik. Narodil se 14... 14. března. Je mu osum měsíců.
- *Kde jsi žila před těhotenstvím?*
U přítele v bytě. Já jsem byla na útěku. Ale už neutíkám.
- *Jak ses cítila, když jsi zjistila, že jsi těhotná?*
Já jsem byla ráda. Ten přítel chtěl miminko a já jsem prvně otěhotněla mimoděložně, takže jsem vlastně byla v nemocnici a že jsem to nějak potratila samovolně nebo co. Že mě nemuseli nic dělat. Ono prostě to hCG začlo klesat a ten doktor řekl, že už je možné, že už třeba nebudu mít děti nebo tak. A já jsem otěhotněla hned den na to. To mě zrovna převezli z jiného pastáku. Oni mi to tam nechtěli věřit, že jsem těhotná, tak jsem to zjistila až v osmém týdnu.
- *Jak na tu informaci reagoval otec dítěte?*
Jo, byl rád.
- *Uvažovala jsi nad umělým přerušáním těhotenství?*
Ne.
- *Změnila jsi nějak svůj životní styl?*
Jo. Jako kouřím míň. Tak tři, čtyři denně, už mi krabička vydrží dýl než jeden den. Já chcu vlastně přestat kouřit úplně, víte. Ale snažím se tak postupně všechno.
- *Jak reagovalo tvé okolí? (rodiče, kamarádi, vyučující, VÚ)*
No až později. Mamka chtěla, ať to dám pryč a taťka to nevěděl do šestého měsíce. No a kamarádky, že je to brzo. No a teď je mamka ráda.
- *Jaký máš nyní vztah s rodiči?*
Taťka je v Kanadě, za ním se stěhuju, až si tady dodělám školu. A k mamce jezdím na prázdniny.
- *Jsi v kontaktu s otcem dítěte?*
Jo, potkáváme se.
- *Jaké bylo tvé těhotenství?*
 - *Těšila ses?*
Já jsem se bála, že porodím předčasně, víte.
 - *Jak ti bylo?*
Já jsem měla, paní, strašné těhotenství. Mi se, pan doktor říkal, že se to stává u mladých maminek. Mi jak se rychle roztáhla děloha, tak se mi ucpal jeden močovod, takže jsem měla ucpanou ledvinu a zánět tam. A to se mi furt vracelo, protože to vlastně bylo ucpané. Takže mi tam dali stent a mi se to furt ucpávalo, tím jak jsem byla těhotná, bo se vylučuje hodně soli. A já jsem byla, paní, skoro každý měsíc v nemocnici. Furt mi to měnili a furt jsem měla bolesti. Já jsem byla furt v nemocnici, fakt.

- *Z čeho jsi měla během těhotenství obavy, strach?*
Ne, já už jsem pak chtěla, ať to mám za sebou. No a porodu jsem se bála, jinak ničeho. A pak jsem se bála, jsem chvíli přemýšlela, jestli to zvládnou, víte, starat se o dítě, jestli z toho nezešílím, nebo tak.
- *Jaký byl tvůj porod, jak probíhal?*
Jo, mně o půl druhé ráno jsem se vzbudila, protože jsem cítila teplo a já jsem myslela, že jsem se počůrala, ale to mi praskla plodová voda. Paní vychovatelka to zjistila takovým papírkem. Ale ještě jsem neměla bolesti, tak jsem řekla, že se jdu osprchovat. Nachystala jsem si rychle věci do porodnice. No ty už jsem měla nachystané, ale dobalila jsem zbytek. A jak jsem vylezla ze sprchy, tak mi to prasklo zase a už aji bolesti jsem měla. Tak paní zavolala sanitku, já jsem zavolala přítele, že už jdu rodit a v sanitce mi to začlo hodně už. A já jsem měla jenom křížové bolesti. Paní, to bylo strašné. Já jsem...aaaa...fuj. A potom...jo...já jsem paní měla bolesti už osm hodin. Ne osm, deset, deset hodin a furt jsem byla otevřená jen na dva prsty. Tak mi píchli epidurál do páteře, to jsem usla na hodinu a půl. Já jsem měla jenom ty křížové bolesti, tak mi to přestalo a já jsem usla. A pak přišli, zkontrolovali mě a už jsem byla na osm. Tak mi dali vyvolávačku a rodila jsem. A jak jsem zatlačila poprvé, tak mi ten doktor řekl, že musím tlačit rychle, že malý má šňůru okolo krku, tak jsem zatlačila ještě jednou pořádně a malý byl venku. Já jsem měla strašnou radost, že už je venku. On přijel i přítel, ale už to nestihl.
- *Jaké jsi měla před porodem informace o tom, jak probíhá?*
Nic, já jsem se radši neptala. Já jsem se bála strašně.
- *Přišly ti tyto informace dostatečné?*
nepoložena
- *Jak se k tobě choval personál v nemocnici?*
Jo, byly hodné, ale některé tam byly protivné. Furt něco měly. Já jsem telefonovala, víte, a paní tam přišla a říkala, že už je pozdě, že mám jít spát. Já jsem jim řekla, že proč bysem měla jít spát, když nechcu spát, že tam není večerka. A nechtěli mě nikam pouštět, oni dělali jako bych tam byla ve vězení. Ani do automatu, že ne, že nemůžu jít sama, že jsem z pasťáku, ale tak neuteču, ne, když jsem zrovna porodila.
- *Cítila ses dostatečně informovaná o tom, co během porodu dělat?*
No já jsem tam na tom pokoji byla od dvou od rána do asi do devíti nebo do půl desáté sama. Jenom vždycky tam přišla sestřička, zeptala se mě, podívala se na mě tak, jestli toto... a šla pryč. Tak jsem dýchala, pak jsem začla řvát po nich, že rodím, ať jdou sem. Tak mi dali ten epidurál a pak dobrý.
- *Připravovala ses nějak na porod?*
No tu tašku, jakože pro malého věci, víte, a tak.
- *Získávala jsi odněkud informace o tom, co se s tvým tělem děje a bude dítě?*
Jsem chodila k doktorovi, ještě u nás a pak tady. A tady od zdravotních sestřiček.
- *Věděla jsi dopředu, jak se starat o miminko?*
Jo, tak já mám dva mladší bráchy, víte.

- *Uměla sis představit, jak skloubit školu a péči o dítě?*
Jo. To mi říkali tady.
- *Potřebovala jsi v nemocnici rady a pomoc? Dostalas je? (matka, sestra, kamarádka, internet, VÚ)*
Jo, já jsem se nemohla rozkojit, víte. Jinak ne, hlavně to kojení.
- *Jak vzpomínáš na své dětství, jaké bylo?*
Dobrá. Já mám dva mladší bráchy a já jsem měla dětství pěkné.
- *Jak probíhal tvůj návrat z porodnice do VU?*
Jo, dobrý. Pro mě přijel pan vychovatel s vajíčkem a přivezl mě tady s malým. Já už jsem tady měla všechno nachystané dopředu, věci pro malého.
- *Odkdy chodíš znovu do školy?*
Po šestinedělí.
- *Kojila jsi? Kojíš? Jak řešíš kojení během výuky?*
Jo. No tak když byl malý malý, po tom šestinedělí, když pil jenom mlíko, tak jsem chodila vlastně každé tři hodiny ze školy na kojení a nechodila jsem na praxi. A teďka po prázdninách, když už vlastně může i ty příkrmy a tak, tak když jdu na praxi, tak mu dávají jenom to a nedávají mu mlíko nebo mu udělají Nutrilon dvojku. Jedničku jsem nedávala vůbec. A když jsem tady ve škole, tak už mi volají jednou, dvakrát, jak kdy, aby se mi ještě neztratilo mlíko. A chcu kojit, dokud malý bude chtít.
- *Jak zvládáš školu a mateřství současně, popiš mi, prosím, svůj den.*
Tak když jdu na praxi, tak vstávám o půl šesté ráno, nachystám si věci, oblíknu se, hygienu, toto. Malému nachystám věci na přebalovák, pokud ještě spí. Pokud ne, tak ho převleču, dám mu ještě najíst jakože mojeho mlíka, dokud ještě nejdu a dám ho tam do postýlky sestřičkám, že jestli ještě usne nebo ne. Pak si jdu pro prášky a pak jdu na autobus, ten jede šest tři...šest čtyřicet tady odsud. Pak tam dojdem, jsme na praxi do jedné, v jednu končíme. Pak jdu na hodinu ještě do školy. Pak si nás vyzvednou vychovatelé, jdeme zpátky tady za děckama, máme buď vycházky, nebo nějaké činnosti. Dáváme děckám jest, vždycky se podíváme, v kolik jedli, bo to ráno musíme zapsat do takového sešítka a jdeme s nima ven. Pak je...o půl šesté máme večeri a my většinou ani nejíme, nemáme hlad. Ve třičtvrtě si okoupeme děcka, uděláme si každá svoje úklidy a potom, až nám spí děcka, tak už máme svoje to...si můžem jít na počítač a tak. A v noci se malý budí už třeba jen jednou.
- *Jak si představuješ budoucnost?*
Já se chcu jenom vyučit a mezitím, co se budu tady vyučovat, tak mi zaplatí půlku barmanského kurzu, půlku řidičáku a jak odejdu, tak mi dají potom výstupní dar. Já tady zůstanu, ještě než si dodělám školu. Teď jsem v druháku, takže ještě rok a třičtvrtě, Odsud půjdu na prázdniny, jak skončí škola, tak ještě na červenec a srpen půjdu k mamce a v září odlétám do Kanady. No a přítel s malým půjdou se mnou.

Příloha 2: Přepis rozhovoru s B.L.

- *Kolik je ti let?*
Šestnáct.
- *Jak se jmenuje tvé miminko a kdy se narodilo?*
Maruška. 6.4...příští, ne, minulý rok. Je jí rok a půl.
- *Kde jsi žila před těhotenstvím?*
U mamky, ale prvně jsem byla na útěku, jakože když jsem byla těhotná. Ale když jsem nebyla v domově, tak jsem byla u ní a chodila jsem do školy.
- *Jak ses cítila, když jsi zjistila, že jsi těhotná?*
No já jsem to zjistila až na začátku pátého měsíce. To jsem zjistila u gynekologa, ale první jsem si dělala dva těhotenský testy. První mi vyšli dvě čárky, to jsem si myslela, jakože to je nějak to. A pak i ráno jsem si to dělala a to mi vyšlo zase, takže jsem byla. A pak mi pan doktor řekl, že jsem na začátku pátého měsíce. No, ale do tří...do tří...jak se to říká...měsíců jsem měla ještě menstruace. Takže jsem to zjistila až pozdě.
- *Jak na tu informaci reagoval otec dítěte?*
Jako byl rád, ale měl strach, že by šel sedět. Měl hodně strach.
- *Uvažovala jsi nad umělým přerušením těhotenství? (pokud by bylo možné)*
Já jsem ju nechtěla dát pryč, jsem si ju chtěla nechat.
- *Změnila jsi nějak svůj životní styl?*
Jo, jako kouřila jsem furt. Jídlo jsem jedla víc, aby mi malá přibírala. Ale když jsem pořád utíkala, tak prostě v tu chvíli, když jsem prostě utíkala, tak ani mně...jsem nad malou chvíli nepřemýšlela, že by se jí mohlo něco stát.
- *Jak reagovalo tvé okolí? (rodiče, kamarádi, vyučující, VÚ)*
On (otec dítěte) sem za ní i jezdí. No a rodiče.... To asi radši nebudu říkat. Kamarádky jako ony řekly, že jsem mladá, jenom, ale jako byly rády, že čekám miminko, i brácha...A paní učitelka nevím, jestli mi k tomu něco řekla. Asi ne, já nevím, já si to nepamatuju.
- *Jaký máš nyní vztah s rodiči?*
Jo, já k nim jezdím domů.
- *Jsi v kontaktu s otcem dítěte?*
Teďka měsíc a půl už ne, protože jsem se s ním rozešla.
- *Jaké bylo tvé těhotenství?*
 - *Těšila ses?*
Jo.
 - *Jak ti bylo?*
Bylo mi dobře. Já jsem nezracela. Já jsem zravela až na konci pátého měsíce a jenom jsem měla potíže s nohama. Takový křeče jsem měla vždycky po ránu.
- *Z čeho jsi měla během těhotenství obavy, strach?*
Hrozně jsem se bála toho porodu, porodu jsem se bála.
- *Jaký byl tvůj porod, jak probíhal?*
Mně porod vyvolávali, protože mně se to samo ne to. Od sedmi jsem měla ty kontrakce asi do pěti do večera a to mně malá vůbec nechtěla jít ven, jenom mi paní

sestřička viděla vlásky a ona řekla, že nemá kyslík, takže jsem musela jít císařským řezem, oni mě uspali.

- *Jaké jsi měla před porodem informace o tom, jak probíhá?*
Jo, já už jsem...já jsem se pořád ptala i vychovatelů i všech jsem se ptala.
- *Přišly ti tyto informace dostatečné?*
To co mi řekli, to bylo správně. Akorát jsem nečekala, že to budou takový hrozný bolesti.
- *Jak se k tobě choval personál v nemocnici?*
Sestřička byla hrozně hodná, fakt, ta mi hrozně pomáhala. Ale ten doktor byl na mě hnusnej, mluvil mi tam hrozný věci. Ale to nechci říkat. Jo, sestřičky byly hodný, jenom ten doktor.
- *Cítila ses dostatečně informovaná o tom, co během porodu dělat?*
Jo, jenom ty bolesti.
- *Připravovala ses nějak na porod?*
Jo, i tašku s věcmama jsem si chystala, všechno jsem měla nachystaný. S tím mi hodně pomáhali vychovatelé. Chystala jsem oblečení pro malou, oblečení pro sebe. A plínky a hygienu to mi přinesl přítel...bývalý přítel.
- *Získávala jsi odněkud informace o tom, co se s tvým tělem děje a bude dítě?*
No já jsem to neřešila.
- *Věděla jsi dopředu, jak se starat o miminko?*
Jo, jako ne...to jsem si neuměla představit. Zvládla jsem to, v porodnici jsem to zvládla ještě sama nějak těch šest dní. Potom tři dny už jsem byla s malou tady a to už jsem brečela, že to s malou nezvládám. A pak už to bylo dobrý, jo.
- *Uměla sis představit, jak skloubit školu a péči o dítě?*
Ne, to ne.
- *Potřebovala jsi v nemocnici rady a pomoc? Dostalas je? (matka, sestra, kamarádka, internet, VÚ)*
Jenom s čím jsem potřebovala pomoci, tak bylo s kojením, protože se mi špatně přisávala.
- *Jak vzpomínáš na své dětství, jaké bylo?*
Jo, dobrý, já mám bráchu.
- *Jak probíhal tvůj návrat z porodnice do VU?*
Jo, už dobře. Už jsem se sem hrozně těšila. Fakt, už jsem tam nechtěla být, těšila jsem se sem. No a přišla jsem prostě s malou. Přijela paní zdravotní sestřička, malou jsme dali do vajíčka a jeli jsme sem a tady jsem byla na baráku. Nemohla jsem do školy, šest týdnů jsem byla, šest neděl.
- *Odkdy chodíš znovu do školy?*
Potom.
- *Kojila jsi? Kojíš? Jak řešíš kojení během výuky?*
No jenom už čtyři dny, pak ne, to už hrozně bolelo, to už ne.
- *Jak zvládáš školu a mateřství současně, popiš mi, prosím, svůj den.*
No takže dneska jsem vstala o půl sedmý, malá taky vstala. Takže vždycky malou obleču, přebalím ji, namažu ji olejíčkem. Sebe obleču, to jsem asi říkala. Nakrmím

ji, pak si vytřu a pak o půl osmý jdu ke zdravotním, tam jsem s ní chvíli, no pak se s ní rozloučím a jdu do školy a zdravotní ju majou až do tří hodin. A dneska jenom do jedny. A pak, potom přijdu ze školy, vyzvednu si Marušku, jsem s ní na baráku, tam se chvíli díváme na pohádky a pak ve čtyři hodiny jdeme s Maruškou ven, s kamarádkama. To můžeme do půl šestý. Pak jdu Marušku vykoupat, obleču ji do pyžama, dám jí napapat, pak si s ní lehnu, pustím jí pohádku, aby usnula, a pak spí až do rána. A takhle je to každý den. Já chodím spát tak v deset, o půl jedenáctý. Já si vždycky uspím malou a večer se jdu učit s vychovatelem. Když mám nějaký testy, tak se jdu učit. To zvládám fakt dobře.

– *Jak si představuješ budoucnost?*

No tak já se vyučím. Mně to akorát vychází tak, že se vyučím. Ještě příští rok, to si akorát dodělám třetí rok a hnedka mně padne osmnáct, takže mě to akorát vychází. Pak půjdu na chvíli k mamce, než si něco najdu. No až si něco najdu, tak půjdu do svého, ale ještě jakože nevím, jak to budu dělat s prací a jak s malou. To ještě nevím.

Příloha 3: Přepis rozhovoru s M.G.

- *Kolik je ti let?*
Patnáct.
- *Jak se jmenuje tvé miminko a kdy se narodilo?*
Samuel, 17.8.2019
- *Kde jsi žila před těhotenstvím?*
Jako jak jsem byla na útěku. A než jsem byla těhotná, tak to jsem byla chvíli tady a potom na útěku. Pak zas chvíli tady a pak zase na útěku.
- *Jak ses cítila, když jsi zjistila, že jsi těhotná?*
Jo, na jaře někdy to bylo a to už mi prostě rostlo břicho, už jsem měla trochu větší břicho. Já jsem si to v tu dobu nějak neuvědomovala, nevím, neuvědomovala jsem si to. To bylo kolem března, tak asi v pátém měsíci.
- *Jak na tu informaci reagoval otec dítěte?*
Moc tomu nevěří, že to je jeho dítě.
- *Uvažovala jsi nad umělým přerušením těhotenství? (pokud by bylo možné)*
Ne.
- *Změnila jsi nějak svůj životní styl?*
Moc jsem nekouřila, mně to ani nechutnalo v těhotenství. A jedla jsem moc.
- *Jak reagovalo tvé okolí? (rodiče, kamarádi, vyučující, VÚ)*
Mamka i babička to na mě poznaly. Já jsem se bála to mamce říct, poznala to na mě. Byla z toho taková nervózní, že už ve čtrnácti letech mám dítě, že jsem otěhotněla, nadávala na mě trošku. No ale potom řekla, že je ráda. Kamarádky, že si to nikdy nepředstavovaly, že bysem byla těhotná, já jsem byla prostě jiná.
- *Jaký máš nyní vztah s rodiči?*
Dobrý, teď jsem tam byla. Ve středu jsem přijela z dovolenky, byla jsem u babičky.
- *Jsi v kontaktu s otcem dítěte?*
Ne.
- *Jaké bylo tvé těhotenství?*
 - *Těšila ses?*
Jo, strašně moc.
 - *Jak ti bylo?*
No akorát, že jsem se třeba nemohla zohnout, takový prostě normální. Ze začátku mi teda bylo trošku špatně, ale to jsem nevěděla, že jsem těhotná, to jsem blinkala. No a potom až mi rostlo břicho, tak jsem si řekla, že to je z toho. Ale pak už nic, pak ze začátku normálně. No, moc jsem jedla.
- *Z čeho jsi měla během těhotenství obavy, strach?*
Asi nic, tak normálně.
- *Jaký byl tvůj porod, jak probíhal?*
Měla jsem, tři dny jsem měla bolesti, pak jsem...pak ten třetí den ráno mi mamka zavolala záchranku. Já jsem nechtěla, mamka mi řekla, že jo. Že mě takhle nemůže nechat. No tak jsem v šest hodin ráno, okolo šestý mě odvážela záchranka do nemocnice a ve tři hodiny už jsem porodila. Ale kolem druhý, ani ne, půl třetí, ani

ne, možná bylo aji víc, jsem začala tlačit, jakože rodit normálně a ve tři, 14:58 se mi malej narodil.

- *Jaké jsi měla před porodem informace o tom, jak probíhá?*
Jo, ptala jsem se mamky, všechno mi říkala.
- *Přišly ti tyto informace dostatečné?*
Jo, bylo to tak.
- *Jak se k tobě choval personál v nemocnici?*
Byli...strašně na mě dávali pozor. U porodu bylo snad tak deset sestřiček, deset doktorů. Měli strach, protože jsem byla čtrnáctiletá, měli strach, že by se mi náhodou něco stalo. Byli hodní.
- *Cítla ses dostatečně informovaná o tom, co během porodu dělat?*
Jo, mamka mi to říkala.
- *Připravovala ses nějak na porod?*
Měla jsem připravený všechno do nemocnice.
- *Získávala jsi odněkud informace o tom, co se s tvým tělem děje a bude dítě?*
No ne. Já jsem nebyla u doktora ani jednou v těhotenství. A mě chytly kontrakce a už jsem potom šla rodit. Akorát mamka s babičkou.
- *Věděla jsi dopředu, jak se starat o miminko?*
Tak já jsem se starala už jako skoro celý těhotenství o máho malýho bráčku, takže jsem věděla, co mám dělat.
- *Uměla sis představit, jak skloubit školu a péči o dítě?*
Tak to je normální, já jsem vstávala i k bráčkovi v noci.
- *Potřebovala jsi v nemocnici rady a pomoc? Dostalas je? (matka, sestra, kamarádka, internet, VÚ)*
Ne.
- *Jak vzpomínáš na své dětství, jaké bylo?*
No, dobrý.
- *Jak probíhal tvůj návrat z porodnice do VU?*
Do nemocnice si pro mě přijeli odsud, normálně jsme jeli autem sem. První noc teda malý strašně brečel, protože byl zase na jiným místě, no a potom už to bylo dobrý. Asi týden jsem byla doma, potom už jsem chodila normálně ven.
- *Odkdy chodíš znovu do školy?*
Měla jsem jít 30., mi mělo skončit šestinedělí. Ale šla jsem asi o týden dřív, protože už jsem chtěla jít do školy. On furt spínkal.
- *Kojila jsi? Kojíš? Jak řešíš kojení během výuky?*
Kojila jsem asi měsíc a půl. A potom jsem měla strašně moc mlíka a malý tolik toho nepapal, takže už to moc bolelo, tak jsem přestala. Akorát se mi nechtěl přisát, tak jsem používala ten klobouček.
- *Jak zvládáš školu a mateřství současně, popiš mi, prosím, svůj den.*
Jo, tak normálně, zvládám to.
Tak začnu asi od rána. Ráno v půl sedmý máme budíček. Když malý má třeba jíst v půl sedmý a je vzhůru, tak mu dám najíst, oblíknu ho, přebalím ho. No potom si ho položím do postýlky, udělám si to, co potřebuju já. Uklidím si, převlíknu se,

umyju se, připravím si do školy. Potom, když mám čas tak se třeba nasnídám. Chvilku si pohraju s malým, potom ho odnesu nahoru paním sestřičkám a potom si vezmu tašku, bundu, boty a jdeme do školy. Tam jsem potom ve škole. V pondělí jsme tady do dvou, úterý, středa, čtvrtek jsme tady do tří, v pátek do jedné. No a potom po škole máme takový reflex, že si sedneme ke stolu, řekneme si, to co máme v knize, všechno možný a potom můžeme jít na vycházku. No, máme někdy i pracovky – pracák máme a po pracáku můžeme jít na vycházku. Potom zase večer, přijdeme, v půl šestý musíme malého vykoupat, v šest máme večeři, o půl sedmý začneme dělat úklidy no a pak jdeme spát. No a v noci se budí jednou.

– *Jak si představuješ budoucnost?*

Tady chci zůstat do té doby, než si dodělám školu. A pak už bysem šla bydlet sama, no. Já jsem ještě na základce, v osmý. Ale příští rok už jdu normálně do prváku, já jsem propadla. Pak tady kuchař, číšník. A už nechci k rodičům, pak už chcu sama.

Příloha 4: Přepis rozhovoru s N.D.

- *Kolik je ti let?*
Sedmnáct.
- *Jak se jmenuje tvé miminko a kdy se narodilo?*
Ellisa Amelie. 15.12.2018
- *Kde jsi žila před těhotenstvím?*
V past'áku.
- *Jak ses cítila, když jsi zjistila, že jsi těhotná?*
Jsem to zjistila ve třetím měsíci, testem. Ale myslela jsem si to už dřív, protože mi bylo pořád špatně.
- *Jak na tu informaci reagoval otec dítěte?*
Brečel. Brečel štěstím.
- *Uvažovala jsi nad umělým přerušením těhotenství?*
Ne.
- *Změnila jsi nějak svůj životní styl?*
Kuřit jsem nepřestala, ale spíš takový to chování zlý, co jsem měla. Mě spíš změnila holka. Kuřit jsem začala víc, ještě víc. Chutě jsem měla hodně velký a spala jsem hodně. A hodně jsem chodila, furt jsem chodila.
- *Jak reagovalo tvé okolí? (rodiče, kamarádi, vyučující, VÚ)*
Tak jako taky byli šťastní, nevím, jak to pobírali oni. Kamarádky mi to přály, mamka taky. Ze začátku teda byla našťvaná, ale potom to překousla nějak. A v past'áku, tam mi neřekli nic, protože tam jsem byla jenom čtrnáct dní a potom jsem šla domů na prodlužované dovolenky, dokud jsem neporodila.
- *Jaký máš nyní vztah s rodiči?*
Tak s mojí mamkou to jsme se trochu hádaly poslední dobou, teďka to je zase dobré. A jeho rodiče, s těma se nebavím. A mojho tátu neznám.
- *Jsi v kontaktu s otcem dítěte?*
My spolu nejsme. Ale jako píšem si nebo tak. On za náma ani nejezdil na návštěvy nebo tak.
- *Jaké bylo tvé těhotenství?*
 - *Těšila ses?*
Jo, na malou jsem se hodně těšila.
 - *Jak ti bylo?*
Potom jakoby dobře, ale potom po tom porodu. Tak jako dobře jinak.
- *Z čeho jsi měla během těhotenství obavy, strach?*
Ne. Jo, jenom porodu, ale zvládla jsem to.
- *Jaký byl tvůj porod, jak probíhal?*
Tak když jsem šla vlastně, jsem jela ve čtvrtek do nemocnice, protože mi začala trochu týct plodová voda, už jsem měla i bolesti menší. A tam mi prostě doktoři řekli, že ještě nic, že ještě čas. Takže v pátek mě pustili domů a na celej pátek jsem zase měla bolesti až do rána do soboty. V sobotu ráno jsem si zavolala sanitku s mojí tchýní, asi o půl osmé mi praskla plodová voda a potom vlastně jsem měla strašný bolesti. Já jsem měla křížový, ty záda, víte. Takže to strašně bolelo potom.

No, a když jsem šla rodit, tak to byla fakt hrůza jako. To jsem nevěděla, jestli mám sedět, ležet, jakože to ani nejde pocítit, popsát tu bolest. Fakt nejde. No a akorát pak jsem měla ten trychtýř, to taky ty blbosti, co tam prostě patří. A začala jsem tlačit na šest centimetrech, nebo jak se to říká, ale to jsem musela ještě vydržet. No a potom byla holka v deset večer, už byla na světě. Ale byla strašně hodná po porodu. Ona ani nechtěla papat, jenom spinkala. Ani mi nezařvala, takže dobrý.

– *Jaké jsi měla před porodem informace o tom, jak probíhá?*

Jo, tak jako ptala jsem se a oni mi říkali, holky, jakože spíš, že mi nemůžou říct, jak to bolelo. Že každé to má jinak, ale že prostě ta bolest nejde popsát, takže měly pravdu.

– *Přišly ti tyto informace dostatečné?*

Jo.

– *Jak se k tobě choval personál v nemocnici?*

Ale jo, sestřičky jako byly hodný a toto. Až jak jsem rodila, tak všichni byli, jako já nevím, co to bylo, v kanceláři. Oni si tam povídali, kafičko, toto. Jo, takže mi holka málem ze mě i vypadla. Jak jsem prostě zatlačila, tak potom přiběhla rychle sestra a koukala na mě jak blbá, jakože neví, co má dělat. Říkám, že mi spadne, že už cítím, že půjde ven. A oni říkají, no tak ještě párkrát zatlačte a bude holka venku. Sestřičky byly hodný. Všechno bylo oukej.

– *Cítila ses dostatečně informovaná o tom, co během porodu dělat?*

Jo.

– *Připravovala ses nějak na porod?*

Jako věcičky a toto samozřejmě. To jsem měla toho hodně. Jináč teda ten porod jsem si chtěla vyvolávat i sama, ale nešlo mně to. Já jsem třeba...my jsme měli strašně velikánskej byt a strašně velkej koberec a stěnu, takže já jsem odsunula celou postel, skříně a zase jsem dělala něco s tím kobercem a blbosti jsem dělala, ale teda se mi to nepovedlo. Já už jsem ju strašně chtěla mít na světě.

– *Získávala jsi odněkud informace o tom, co se s tvým tělem děje a bude dítě?*

Od mamky, od tety, jinak ne.

– *Věděla jsi dopředu, jak se starat o miminko?*

Nene. Říkala jsem si, že to nějak zvládnou. Mám z toho strach, ale jak jsem ji dostala do ruk, tak to bylo prostě úplně jiný a už jsem věděla, co mám dělat.

– *Uměla sis představit, jak skloubit školu a péči o dítě?*

Ne, protože já jsem měla mít zrušení ústavky, já jsem semka neměla jít. Ale nakonec jsem šla, protože se to nějak pokazilo. Ale jako nedokázala jsem si to představit.

– *Potřebovala jsi v nemocnici rady a pomoc? Dostalas je? (matka, sestra, kamarádka, internet, VÚ)*

Ne. Já jsem jela sama za sebe. Já jsem jim ani neříkala, já jsem prostě chtěla být sama sebou.

– *Jak vzpomínáš na své dětství, jaké bylo?*

Tak normálně.

- *Jak probíhal tvůj návrat z porodnice do VU?*
 Já jsem vlastně porodila skoro na Vánoce, takže jsem byla vlastně doma až do té doby, než skončily ty Vánoce. To bylo nějak v lednu, takže až v lednu jsem semka přijela. Takže jsem jinak po celou dobu byla doma.
 Když jsem jela domů, tak to bylo úplně fajne, že jsem konečně doma s holkou.
 Potom vlastně přijeli pro mě policajti, protože já jsem měla takovej problém, že kurátor říkal, že si to můžu prodloužit, že mi to prodlouží. Ten den mi to neprodloužil, takže ještě toho 2. ledna mě odvezli semka. Takže na toho 3. ledna jsem semka přijela kolem rána. Pak jsem ještě byla tady na šestinedělce ještě pár týdnů. Ještě dva, tři týdny myslím, jsem tady byla.
- *Odkdy chodíš znovu do školy?*
 Po šestinedělí.
- *Kojila jsi? Kojíš? Jak řešíš kojení během výuky?*
 Já jsem kojila chvíličku, ale pak mi došlo mlíko.
- *Jak zvládáš školu a mateřství současně, popiš mi, prosím, svůj den.*
 Tak k holce už nevstávám. Už od dvou měsíců mi spí celou noc. Protože jsem kojila jenom chvíli, takže mi potom došlo mlíko. Dostala sunar a od té doby mi vlastně spí sama, že se ani neprobudí na jídlo. Jenom ráno vlastně. A jinak takovej ten režim, co já mám. Tak vlastně ráno o půl šesté vstanu, oblíknu rychle sebe, potom probudím holku, oblíknu ju. Udělám si takový ty blbosti, jako namaluju a takový ty ženský věci. Potom vlastně nakrmím sebe i holku dohromady a potom vlastně jdeme na spodní barák, tam jí dám ještě najíst chleba, potom škola. A potom přijdu na barák, přijdu si pro ni. Někdy jsme doma, jako tady, nebo jdeme ven a takhle to je každej den. Koupání máme vždycky po šesté nebo před šestou, záleží, jak já stíhám, protože ona pořád utíká, dělá mi bordel, takže musím ještě po ní uklízet a musím to zvládat. Nic jinýho mi nezbyvá. Jináč, já ji uspávám ve vajíčku. Kdysi mi usínala normálně, že jsem ju dala do postele a ona usnula sama. A teď už to tak není. Už si zase udělala nějaký jinej režim. Spávala mi o prázdninách od půl osmé do půl desáté, ani se neprobudila. A teď to má zase jinak, teď to má, že zase usne o půl desáté večer a o půl šesté je vzhůru nebo v těch sedm. To je ten její blbej režim, ale to ještě změníme. Ale je chytrá.
- *Jak si představuješ budoucnost?*
 Tak tady tenhle rok už chci končit, už to tady nezvládám psychicky. Příští rok už mi je osmnáct, takže už na to asi nemám, i tady s takovýma lidma. Prostě mě nebaví takový ten kolektiv. Takovej ten mám naplánovanej, že vlastně půjdu dom k mamě, najdu si nějaký byt, toto, budu zatím na mateřské, dokud to půjde. Potom holka půjde do školky a já půjdu někam pracovat a prostě to nějakou musí být.

Příloha 5: Přepis rozhovoru s K.F.

- *Kolik je ti let?*
Sedmnáct.
- *Jak se jmenuje tvé miminko a kdy se narodilo?*
Christian, 31.10.2017
- *Kde jsi žila před těhotenstvím?*
Tady. Ne vlastně před těhotenstvím jsem byla doma. Já jsem otěhotněla a byla jsem v pátém nebo šestém měsíci, když mě odvezli sem. V šestém jsem byla.
- *Jak ses cítila, když jsi zjistila, že jsi těhotná?*
Jsem to zjistila na konci pátého měsíce. Byla jsem náladová, rostlo mi břicho. Já jsem si udělala test odpoledne no a vyšly mi dvě čárky. Tak jsem šla za dva dny na to k doktorovi a on mi řekl, že jsem na konci pátého měsíce. Když jsem byla doma, nebo když jsem zjistila, že jsem těhotná, tak jsem byla akorát, že ho nechci. Protože to byla vlastně moje chyba a přítele, protože jsem se bála, že to bude těžký. A necítila jsem k němu žádnou lásku. Až potom, když jsem přišla sem vlastně, tak ze začátku, když jsem viděla, jak jsou tady ty děti a tak, jako měla jsem furt radši ostatní děcka než jeho. Ale potom, když už se mi blížil, začal růst, začal kopat, jsem se začala těšit, už jsem ho chtěla.
- *Jak na tu informaci reagoval otec dítěte?*
On ho nechtěl, nebo nechce ho doteď. A já ho nijak nenutím.
- *Uvažovala jsi nad umělým přerušením těhotenství?*
Uvažovala, než jsem zjistila, v kolikátým jsem měsíci.
- *Změnila jsi nějak svůj životní styl?*
No, přestala jsem hulit trávu, přestala jsem pít. Jsem před tím chodila vždycky na diskotéky vždycky každéj víkend. Kouřila jsem furt stejně. Až potom tady, to jsem ze začátku vlastně. Když jsem tady byla a nemohla jsem chodit ven, tak jsem kouřila jenom dvě cigarety denně. A až když jsem byla v osmém měsíci, tak jsem jedla třeba okurku se zmrzlinou a jedla jsem led. Furt jsem musela kousat led.
- *Jak reagovalo tvé okolí? (rodiče, kamarádi, vyučující, VÚ)*
Táta ten po mně řval hodinu v kuse. Pak mi řekl, že je šťastnej, že bude děda, ale že je to brzo. A mamka ta mi řekla jen, co budu dělat?
- *Jaký máš nyní vztah s rodiči?*
S mámou se nebavím a s tátou dobrý. K tátovi jsem jezdila každý víkend, jenže jsem se strašně pohádala s tátovou přítelkyní a zbila jsem ji, takže jsem už čtyři, pět měsíců byla tady a teďka minulý víkend jsem jela na víkend dom. A teď pojedu zas až na Vánoce. Ona teď doma nebyla, takže to bylo dobrý.
- *Jsi v kontaktu s otcem dítěte?*
Ne.
- *Jaké bylo tvé těhotenství?*
 - *Těšila ses?*
Byla jsem smutná, furt jsem brečela. Nebo jsem se smála. Prostě jak kdy, jakou jsem měla náladu. Se mi měnily nálady. Ale rozbřečela mě vždycky každá

blbost. Byla jsem moc citlivá. A těšit jsem se začala, až mě začal kopat, takže v sedmém měsíci asi.

○ *Jak ti bylo?*

Bolely mě záda, měla jsem křížový bolesti, ale jinak nic.

– *Z čeho jsi měla během těhotenství obavy, strach?*

Nebála jsem se ani porodu. Až když jsem přetahovala vlastně, tak už jsem se začala bát. A pak, když jsem rodila, mě strašila paní vedle. Jsem se bála, že ju vraždijou. A bála jsem se nastříhnutí.

– *Jaký byl tvůj porod, jak probíhal?*

Dobrej. Tak já jsem měla vyvolávanej porod. Takže jsem tam přijela, že jsem měla jet na kontrolu. Já jsem byla osmej den po termínu. No a oni mi řekli, že už tam mám zůstat. Jenže já jsem si s sebou nevzala žádný věci, nic. Takže já jsem jela tady sem ještě zpátky. Najedla jsem se a jeli jsme zpátky do nemocnice, tam jsem zůstala. Vlastně ráno bylo sedm, osm hodin, mě vzali na ten porodní sál a tam mi dali kapačky, nebo jak se tomu říká...nevím...víte, co myslím. Pak mi dali prášek na vyvolání porodu a to nic, já jsem spala. Až ve dvanáct už mi začaly takový jakože lehký kontrakce. Tak mi dali druhej prášek. To už jsem se začala otevírat, to začalo bolet. Já jsem chodila furt do vody, skákala jsem na míči, chodila jsem. Pak jsem šla do vody, pak jsem zvracela, to si pamatuju. No a potom, jak jsem byla už v tý vodě, tak jsem volala sestřičku a prosila jsem ju, jestli by mi dala epidurál, že mě to fakt hodně bolí. A ona přišla vlastně pak až za hodinu potom. To mi ho dala a já jsem šla hned rodit. Mně praskla voda a já jsem pak šla rodit. Myslím si, že jsem to zvládla hodně dobře. Věděla jsem, jak mám dýchat, všechno. Malé se narodil za pět půl čtvrtý, takže tři hodiny.

– *Jaké jsi měla před porodem informace o tom, jak probíhá?*

Jakože od holek tady...ony mě strašily, že to bolí. Já jsem se toho furt nebála, fakt ne. Já jsem byla vlastně u sestřiného porodu, takže jsem se nebála, protože jsem věděla z těch Malých lásek, co tam je a takový. Tak jsem tak nějak jakože věděla. Ale je to jiný, když rodíte vy a když to vidíte. No ale dobrý.

– *Přišly ti tyto informace dostatečné?*

Asi jo.

– *Jak se k tobě choval personál v nemocnici?*

Pěkně. Na poporodním jsem měla ráda jednu takovou sestřičku. Ona na mě vždycky nadávala, že ať nechodím kouřit, že se mám starat o malýho, ale já jsem vždycky šla a ona mi ho hlídala.

– *Cítla ses dostatečně informovaná o tom, co během porodu dělat?*

Jo.

– *Připravovala ses nějak na porod?*

Ne. Akorát takhle věci jsem si vzala. To jsem měla dvě plný tašky. Akorát malej byl o něco větší, než jsem čekala. Takže to oblečení, co jsem si vzala, mu bylo malý. Takže mi sestra potom s tátou museli dovézt větší oblečení. No a tašku jsem musela už měsíc dopředu. To se tady musí, kdyby náhodou.

- *Získávala jsi odněkud informace o tom, co se s tvým tělem děje a bude dítě?*
Ne.
- *Věděla jsi dopředu, jak se starat o miminko?*
Já jsem se starala o sestřiného malého odmalinka, protože ona měla poporodní deprese, takže jsem se o něho normálně starala já. A i jsem ju nutila, ať kojí. K malému jsem vstávala já, přebalovala jsem ho, převlíkala. A ještě mám malinkou sestru. Ona je vlastně akorát o půl roku starší než malej, takže jsem se starala i o ni.
- *Uměla sis představit, jak skloubit školu a péči o dítě?*
Ne. Vůbec jsem si nedovedla...pro mě bylo těžký...já jsem celý šestinedělí nevěděla, co je spát, protože on pořád brečel. A já jsem měla strašně moc mlíka a mu to nestačilo, protože jsem ho měla slabý. Takže já jsem ho kojila třeba hodinu a půl. A už mě bolely prsa a potom jsem chytla horečky, takže já jsem se nemohla o malého vůbec starat. A potom, když jsem ztratila mlíko a on začal pít sunar, tak nechtěl vůbec spát – prdíky a takové. Takže já jsem byla strašně unavená, takže jsem spala dopoledne, když holky byly ve škole, tak jsem spala s ním. A potom, když se mi blížil konec šestinedělí, tak jsem chtěla, ať už to je. A oni mě nechali ještě o týden další tady a já už jsem chtěla do školy, protože já vlastně i když jsem byla na šestinedělí a když jsem šla na oběd, tak abych si dopsala sešity nebo něco, tak jsem si brala od nich papíry na dopisování a chodila jsem na testy. Prostě chtěla jsem být ve škole, protože to pro mě bylo fakt šílený.
- *Potřebovala jsi v nemocnici rady a pomoc? Dostalas je? (matka, sestra, kamarádka, internet, VÚ)*
Ne. Spíš jsem se ptala jenom, kdy budu moct malého koupat já. Já jsem se toho bála, protože to je něco jiného, když koupete vaše. To se bojíte víc, než když koupete někoho jiného. Ale zase jsem se ho vůbec nebála oblíkat. U cizích jsem se bála, ale u něj ne. Ony jsou takoví malinký, prťavý.
- *Jak vzpomínáš na své dětství, jaké bylo?*
No, moc ne.
- *Jak probíhal tvůj návrat z porodnice do VU?*
Přišla za mnou vlastně sestřička s tím, že už budu odjíždět. Že si mám sbalit všechny věci, oblíct malého, že se mám oblíct a že pro mě přijdou. A přišla pro mě tady paní sestřička a jeli jsme domů.
- *Odkdy chodíš znovu do školy?*
Mně to šestinedělí skončilo ve středu, tak pak od pondělí jsem šla. Jsem se už těšila.
- *Kojila jsi? Kojíš? Jak řešíš kojení během výuky?*
Kojila jsem celé šestinedělí, pak jsem ztratila mlíko.
- *Jak zvládáš školu a mateřství současně, popiš mi, prosím, svůj den.*
Tak ráno vstaneme, já malého nechám ještě ležet. Když jdu na praxi, tak za deset šest, když jdu do školy tak v šest nebo o půl sedmý. Já se jdu vysprchovat, obleču se, pak obleču malého, dám mu najíst. Když máme ještě čas, tak si chvíli spolu hrajem. Pak jdeme spolu na sedmičku, tam ho nakrmím, nebo on jí ještě tady a potom ještě tam. Pak jdu do školy, pak jsem ve škole. On si hraje, obědvá, pak jde

spát. A já vlastně přijdu ze školy a buď...jak kdy, když není pátek, když nic nemáme, tak hnedka po škole jdeme ven a když je takhle pátek, tak chodím ven až vždycky tak ve tři, ve čtyři. Mezitím si spolu hrajeme, nebo něco děláme. No a k večeru, to přijdem z vycházky, já ho jdu vysprchovat, obleču ho, on se nají, dám mu léky a jde spát. A teďka poslední dobou se mi vždycky o půl druhý nebo o půl třetí budí, že si chce hrát, že je vyspanej. To s ním vždycky chvíli to...a jak kdy, někdy si ke mně třeba jenom tak lehne a leží a někdy mi třeba hodí flašku do obličeje nebo mi vytrhá půlku vlasů, abych vstala a začala si s ním hrát. On je poslední dobou zlej, má takový období.

Já jsem zvládala vždycky školu dobře, já mám vyznamenání, takže dobrý. Já se neučím vůbec, já to mám tak nějak...

– *Jak si představuješ budoucnost?*

Já odsad' budu...ted' v únoru mi bude osmnáct, ale já jsem ve třet'áku, takže já si chci dodělat školu, takže tady vlastně do zkoušek budu. Ke konci června odejdu. A pak nevím. Přes léto nevím, ted' řeším byt a toto. Šetřila jsem si celou dobu tady peníze a řeším, kam půjdu. Chci si najít nějaký byt. Akorát přes léto nevím, jak to bude, protože malýho mi nebude mít kdo hlídat, abych já mohla jít do práce. Takže asi budu tak nějak hozená na tátu a potom malej půjde vlastně do školky, protože mu v září, nebo v říjnu budou tři roky. Tak jestli mi ho v září vezmou do školky a já bych šla do práce. A to ještě nevím kam, nevím, co chci dělat.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Barbora Anna Bajajová
Katedra nebo ústav:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Tomáš Čech, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020
Název závěrečné práce:	Zvládání školní docházky a mateřských povinností u dospívajících dívek s poruchami chování
Název závěrečné práce v angličtině:	Coping with school attendance and maternity duties in adolescent girls with behavioural disorders
Anotace závěrečné práce:	Diplomová práce se věnuje problematice mateřství u nezletilých dívek s poruchami chování. Cílem práce je popsat zvládání školní docházky a mateřských povinností u těchto dívek. Teoretická část objasňuje pojmy potřebné pro empirickou část – dospívání, těhotenství, ústavní péči a poruchy chování. V empirické části je popis realizace a interpretace výzkumu spolu s jeho výsledky. Jedná se o kvalitativní výzkum, jehož data byla získána ze strukturovaných rozhovorů a vyhodnocena metodou zakotvené teorie.
Klíčová slova:	těhotenství, mateřství, nezletilá matka, vzdělání, ústavní výchova, výchovný ústav, poruchy chování
Anotace v angličtině:	The diploma thesis focuses on topic of motherhood in underage girls with behavioural disorders. The aim of this work is to describe coping with school attendance and maternity duties of these girls. The theoretical part explains the terms needed for the empirical part – adolescence, pregnancy, institutional care and behavioural disorders. In the empirical part there is a description of the realisation and interpretation of the research as well as with its results. This is a qualitative research, the data was obtained by structured interviews and evaluated by grounded theory.
Klíčová slova v angličtině:	pregnancy, motherhood, underage mother, education, institutional care, educational institute, behavioural disorders
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1: Přepis rozhovoru s S.B. Příloha 2: Přepis rozhovoru s B.L. Příloha 3: Přepis rozhovoru s M.G. Příloha 4: Přepis rozhovoru s N.D. Příloha 5: Přepis rozhovoru s K.F.
Rozsah práce:	65 stran
Jazyk práce:	čeština