

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Daniela ČAJKOVÁ

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence

Daniela Čajková

**Rizikové chování mládeže ve vztahu
k reprodukčnímu zdraví**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

Olomouc 2014

ANOTACE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce v ČJ:

Rizikové chování mládeže ve vztahu k reprodukčnímu zdraví.

Název práce v AJ:

Youth risk behavior in relation to reproductive health.

Datum zadání: 2014-01-15

Datum odevzdání: 2014-05-06

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Čajková Daniela

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se zaměřuje na problematiku rizikového chování mládeže, která je obsažena v celosvětovém programu WHO: „Zdraví pro všechny v 21. století“. V práci jsou předloženy poznatky o období adolescence, syndromu rizikového chování. Stručně popisuje trendy v oblasti sexuálního i reprodukčního chování populace. V části věnované těhotenství adolescentek popisuje příčiny, důsledky a možnou prevenci nechtěných gravidit.

Abstrakt v AJ:

The thesis focuses on the issue of youth risk behavior that is contained in the policy of the World Health Organization: “Health for All in the 21st Century”. In the thesis, findings on the period of adolescence and risk behavior syndrome are presented. The thesis then briefly describes the trends in the field of sexual and reproductive behavior of the population. The causes, consequences and possible prevention of unwanted pregnancies are described in the section devoted to adolescent’s pregnancy.

Klíčová slova v ČJ: adolescence, rizikové chování, těhotenství mladistvých, sexuální chování, sexualita v adolescenci

Klíčová slova v AJ: adolescence, risk behavior, adolescent pregnancy, sexual behavior, sexuality in adolescence

Rozsah: 46 s.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc, 6. května 2014

podpis

Děkuji Mgr. Věře Vránové, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce a cenné rady, které mi během zpracování daného tématu poskytla.

OBSAH

ÚVOD	8
1 ADOLESCENCE A PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ.....	11
1.1 DOSPÍVÁNÍ JAKO KRITICKÉ OBDOBÍ.....	11
1.2 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ V DOSPÍVÁNÍ	13
1.2.2 Rizikové faktory problémového chování	15
1.2.3 Prevence rizikového chování	17
2 SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ MLADISTVÝCH	20
2.1 TRENDY V SEXUÁLNÍM CHOVÁNÍ.....	21
2.2 ÚROVEŇ INFORMOVANOSTI ADOLESCENTŮ.....	25
3 PROBLEMATIKA TĚHOTENSTVÍ ADOLESCENTEK.....	28
3.1 SOUČASNOST REPRODUKČNÍHO CHOVÁNÍ OBYVATEL	28
3.2 SOUČASNOST Z POHLEDU TĚHOTENSTVÍ ADOLESCENTEK.....	30
3.2.1 Příčiny gravidity mladistvých	31
3.2.2 Důsledky těhotenství mladistvých.....	32
3.2.3 Prevence gravidity v adolescenci.....	35
ZÁVĚR.....	37
BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE	40
SEZNAM ZKRATEK	46

ÚVOD

Hodnotu zdraví si jedinec uvědomí až ve chvíli, kdy onemocní. Jak řekl Hérakleitos z Efesu: „*Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství je bezcenné a důvtip bezmocný.*“ (MZ ČR, 2004, s. 24). Důležitost zdraví k prožívání kvalitního života je tedy neměnné už po tisíce let.

Zřejmě nejznámější definice zdraví je ta, kterou publikovala Světová zdravotnická organizace. Definice v původním znění (již z roku 1946) vymezuje zdraví jako ideální stav: „**Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.**“ (WHO, 2009b, s. 1). Křivohlavý (2009, s. 38) nicméně poukazuje na nedostatečnost definování kritéria ideálu a použitých termínů, na subjektivní pocit pohody (*well-being*), a tedy na nedostatečnost objektivního změření, na opomíjení duchovní oblasti člověka aj.

Kromě této širší definice existuje také řada dalších, což poukazuje na náročnost výstižného změření pojmu, a tím stanovení možných účinných opatření. Snažíme-li se nalézt společné rysy mezi definicemi, musíme, kromě jiného, poukázat zejména **na úzký vztah mezi zdravím a kvalitou života** (Křivohlavý, 2009, s. 38-39).

Zdraví tedy nemůžeme chápat jen jako charakteristiku organismu. Je důležitou hodnotou humánní, a to individuální i sociální. Mimo to je tělesná schránka také obrazem duševního stavu člověka. Být zdrav znamená mít větší radost ze života, přistupovat k životu zodpovědněji. Nicméně nezbytností k realizaci takového stylu života je **dostatečná informovanost člověka, jeho motivace a vytvoření podmínek k realizaci** (Vránová, 2010, s. 8).

Obecně řečeno, každý jedinec má „zdraví ve svých rukou“ a jeho uvědomělé chování se tedy velkou měrou podílí na naplnění kvalitního osobního života. Avšak většina osob, zejména poté adolescentů, přistupuje k životu bezstarostně a možnost výskytu nepříznivé životní situace si nepřipouští. Mimo vlastního zapříčinění je zdravotní stav jedince ovlivněn i jinými faktory,

ve smyslu kladného i záporného působení. Zcela zásadní vliv na formování osobnosti s vlastními názory a postoji v této oblasti je rodina, respektive vliv rodičů, na což poukazuje i WHO (MZ ČR, 2008, s. 20). K vytvoření příznivého rodinného prostředí je tedy žádoucí vést děti k péči o sebe a své zdraví tak, aby v budoucnu mohly činit správná rozhodnutí.

Velkou měrou se na výchově dítěte podílí také škola, která pomáhá s motivací a nabytím znalostí. V neposlední řadě se na ovlivnění veřejného zdraví podílejí zdravotníci, kteří nejen nemoci léčí, ale také připomínají hodnotu zdraví a celou společnost koordinují ve smyslu podpory i ochrany zdraví.

V bakalářské práci se zabývám zdravím mladých, které bylo ukotveno jako jeden z cílů celosvětového programu WHO: Health for All in the 21st century. Vzhledem k rozsáhlosti problematiky zprvu bude vymezeno rizikové chování mládeže ve smyslu hledání rizikových i protektivních faktorů, s následným zaměřením na jeden dílčí úkol cíle: těhotenství dospívajících dívek (adolescentek).

Stanovení cílů přehledové bakalářské práce:

- cíl 1.:** Předložit poznatky o období adolescence ve vztahu k problémovému chování mládeže.
- cíl 2.:** Zjistit, jaké jsou nové trendy v sexuálním chování.
- cíl 3.:** Předložit poznatky o současném stavu těhotných adolescentek.

Před zahájením tvorby práce byla stanovena a prostudována tato vstupní literatura:

- MZ ČR. 2004. *Zdraví 21 – Výklad základních pojmů, úvod do evropské zdravotní strategie, Zdraví pro všechny v 21. století*. 1. vyd. Praha: MZ ČR, 2004. 160 s. ISBN: 80-85047-33-0
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál s.r.o., 2009. 279 s. ISBN: 978-80-7367-568-4
- GLADKIJ, Ivan, KOLDOVÁ, Zdenka. 1998. *Propedeutika sociálního lékařství*. 1. vyd. Olomouc: VUP, 1998. 180 s. ISBN: 80-7067-904-2

- ŠULOVÁ, Lenka, FAIT, Tomáš, WEISS, Petr a kolektiv. 2011. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. 1. vyd. Praha: MAXDORF s.r.o., 2011. 439 s. ISBN: 978-80-7345-238-4
- VRÁNOVÁ, Věra. 2010. *Výchova k reprodukčnímu zdraví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 107 s. ISBN: 978-80-244-2629-7
- MACHOVÁ, Jitka, HAMANOVÁ, Jana. 2002. *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1. vyd. Praha: H & H, 2002. 197 s. ISBN: 80-86022-94-3

Vyhledávací strategie:

Za účelem vyhledání plnotextů jednotlivých článků byly prohledány následující databáze, zdroje a odborné periodiky. Kritériem pro vyhledávání bylo období od roku 2000 až 2014. Celkem bylo dohledáno 58 článků. V bakalářské práci je využito 41 zdrojů, z toho 34 článků z odborných periodik, 1 disertační práce a 6 publikací. V cizím jazyce je použito celkem 8 zdrojů: 4 zdroje v angličtině, 4 zdroje ve slovenštině. 2 zdroje nesplnily požadované kritéria, přesto byly použity z důvodu nedohledání novějších poznatků v zaměření na stejný problém.

Kritéria pro vyhledávání zdrojů: rok vydání 2000 – 2014, jazyk český, slovenský, anglický

Klíčová slova použitá k vyhledání textů: adolescence, rizikové chování, těhotenství mladistvých, sexuální chování, sexualita v adolescenci

K hledání článků s odbornou tematikou byly používány tyto databáze a zdroje:

Bibliographia medica Čechoslovaca – Národní lékařská knihovna, Vyhledávač Google, Google Scholar, Solen

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Český statistický úřad, Ministerstvo zdravotnictví ČR, World Health Organization – regional office for Europe

Jednotlivá periodika online: Pediatrie pro praxi, Česká gynekologie, Kontakt

1 ADOLESCENCE A PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ

Adolescenci vnímáme jako **období přechodu mezi dětstvím a dospíváním**, kdy organismus člověka prochází řadou výrazných změn. Změnami jak tělesnými, tak na emocionální a sociální úrovni, s cílem formování osobnosti, hledání identity, získání vlastní nezávislosti na dosavadních autoritách (Marková, 2007, s. 138).

Změnami, kterými jedinec v tomto období krize, zvratu i zmatku prochází (zejména v pubertálním kontextu), ho do určité míry předurčují k tomu, aby se choval problémově. Například Goddet (in Marková, 2008, s. 190) tvrdí, že děti, jež jsou hodné a poslušné do období dospívání ještě nevstoupily.

V následujícím textu budou předloženy možné příčinné souvislosti, které vyplývají z fyziologických věkových zvláštností.

1.1 Dospívání jako kritické období

Melgosa uvádí (2000, s. 21), že období dospívání není snadné přesně vymezit. Existuje také mnoho termínů, které jedni autoři užívají a jiní spojují dohromady. Jinak se o období dospívání bude vyjadřovat lékař, jinak psycholog i sociolog. Pokusy o jasné vymezení období komplikuje velikost změn, ke kterým dochází, rozsáhlost časového období a značná individuální variabilita (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 138). Melgosa dále poukazuje na fakt, že dospívání se stává rozpínavým obdobím. Za příčiny tohoto prodloužení považuje, jak zrychlení pohlavního dospívání, již začátkem druhého decennia, tak zejména prodlužování profesní přípravy a procesu osamostatnění se. Upozorňuje, že skutečně dospělým se jedinec stává tehdy, když dosáhne nezávislosti, samostatnosti na rodičích. A to přesto, že se formálně jedinec stává dospělým dnem, kdy dosáhne zákonem stanovenou hranici dospělosti, u nás v 18 -ti letech (Melgosa, 2000, s. 22). Marková (2007b, s. 8) hovoří o paradoxní situaci, kdy jedinec, somaticky i emočně vyzrálý, je stále po sociální a ekonomické stránce závislý na svých rodičích.

Langmeier a Krejčířová (1998, s. 139) s ohledem na podmínky v dnešním rozvinutém světě, vymezují období dospívání věkem 11 až 12 let na straně jedné a 20 popřípadě 22 lety i více na straně druhé. Vlivem tohoto velkého věkového rozpětí mezi jedinci je celé období dále vnitřně diferencované. A i zde se terminologie v průběhu let mění. Dle nejčastěji zastoupeného členění v literatuře je období rozděleno na tři fáze: **adolescenci časnou**, v rozmezí 10-13 let, **střední**, vymezenou od 14 do 16 let a **pozdní** v intervalu 17-20 (22) let. Nutno dodat, že dělení má svůj význam, jelikož je každá fáze svým způsobem specifická (Macek, 2003, s. 9-10, 80).

Za začátek dospívání, tedy časnou adolescenci, se považují **změny na biologické úrovni**. Puberta je poté obdobím, kdy jsou biologické změny nejdramatičtější. Zeširoka se jedná o první známky pohlavního zrání, u dívek to je začátek menstruace, u chlapců rozvoj genitálu, se současnou růstovou akcelerací jedince. Až později převládají **změny v psychosociální oblasti**. Pro střední adolescenci je typické hledání vlastní identity a snaha odlišit se od okolí. Pozdní adolescence poté nejvíce směřuje k dospělosti. Jedinec se zamýšlí nad svou perspektivou, uvažuje o budoucích cílech, ve vztahu k povolání či v oblasti partnerských vztahů (Macek, 2003, s. 35-36).

Melgosa (2000, s. 27) nicméně upozorňuje na chybu ve smyslu jednotného posuzování všech jedinců. I Macek dodává, že průběh vývoje nemusí mít bouřlivý a dramatický spád. Přestože můžeme nalézat typické projevy pro tento věk, individuálně typologické rozdíly převládají (Macek, 2003, s. 47).

Marková (2008, s. 190) se pokusila o analýzu příčin problémového chování a v této souvislosti jednoduše shrnula poznatky o typických projevech procesu formování osobnosti.

Zcela příznačným jevem je snaha odlišit se a dosahovat intenzivních zážitků. Taktéž snaha o identifikaci s uznávanou autoritou i separace od rodičů a dospělých je úkazem typickým. Naopak důležitým socializačním činitelem se stává vrstevnická skupina, parta, do které se adolescent snaží začlenit. To, co si myslí vrstevníci a kamarádi má tak pro jedince větší význam, než názory učitelů, či rodičů. Vrstevnická skupina jako výchovný činitel je však ze strany dospělých mnohdy přijímána negativně. Sdružování

s vrstevníky přesto nemusí nutně rizikové chování podporovat. Pozitivní efekt lze nalézt v umožnění postupného osamostatnění se a odpoutání se od rodiny, sdílení zážitků, vzniku důvěrných vazeb, řešení problémů. Míra akceptace adolescenta vrstevníky výrazně ovlivňuje také jeho sebevědomí, které bývá nízké, zejména vlivem kritického vnímání sebe sama, resp. vnímání tělesného vzhledu. Adolescent se stává většinou idealistou, rád diskutuje, vyjadřuje své vyzrálejší myšlenky, řeší různé filozofické otázky, stanovuje si cíle týkajících se povolání, učí se ovládat svou sexualitu. Dále odmítá poučování, rozkazování i podceňování. Naopak je potřeba dopřát dospívajícímu přiměřenou volnost v rozhodování, podporovat jeho pozitivní aktivity, projevat o něj trvalý zájem (Marková, 2008, s. 190).

O přístupu k mladým lidem je napsáno mnoho publikací, ve kterých se doporučuje zaujetí specifického postoje ze strany dospělých. A i když se adolescent brání přímému vlivu rodičů, **rodina zůstává základním socializačním činitelem**, který má na formování osobnosti největší vliv. Heider (2007, s. 28-29) zdůrazňuje zejména nutnost pozitivního vnímání dospívajícího okolí.

„Biologické změny a významné sociální změny navozují novou životní situaci, v níž se člověk učí orientovat, porozumět jí a posléze i akceptovat.“ Vývojové přechody však mohou být vnímány jako události v životě, které stresují. Obzvláště v případě, probíhají-li i další markantní a nečekané změny (např. rozvod rodičů, potřeba vrstevnické prestiže, nadměrné nároky na dítě). V případě, že dojde ke kumulaci těchto úkolů do jednoho okamžiku, může u adolescenta dojít k prožívání krize se vznikem řady konfliktních situací (Macek, 2003, s. 42).

1.2 Problémové chování v dospívání

Z nástinu charakteristiky vývoje adolescenta vyplývá, že lze toto období života považovat za zranitelné a mládež za jednu z ohrožených populačních skupin (Marková, 2008, s. 190).

Také Žáčková a Theiner (2008, s. 345) pokládají adolescenci za spletité období života, jež je charakteristické experimentováním i odmítáním pravidel, se snahou separace od autorit, zejména rodičů. *„Experimentování s riziky je*

tomuto období vlastní, většinou je přechodné a nepřekračuje míru, která z něho činí chování problémové.“ (Hamanová, Kabíček, 2001, s. 38).

Hranice mezi normalitou a abnormalitou se však jeví jako tenká a sklouznutí jedince do nebezpečného způsobu života znamená ohrožení jeho zdraví.

Klasifikace rizikového, též problémového chování není pevně stanovena. Z hlediska terminologie, autoři předkládají mírně obsahově odlišné rozdělení.

Taktéž samotný termín rizikový či ohrožený může mít několik významů. Labáth (2001, s. 11) definuje rizikovou mládež v užším slova smyslu, jako dospívající, u kterých je zvýšená pravděpodobnost selhání v sociální a psychické sféře, následkem **působení více faktorů**. Což podporuje slova Macka, který hovoří o nutnosti kumulace událostí, které jedince ovlivňují. Stejný autor dále hovoří o dvojitě druhu rizikového chování. V prvním případě se jedná o poškozování svého zdraví neuváženým jednáním, ve druhém významu je toto chování dáno do souvislosti s ohrožením společnosti, resp. negativní vliv, ujma druhému člověku (Macek, 2003, s. 42, 77).

Zaměříme-li se na okruhy rizikového chování Kabíček s Hamanovou (2005, s. 57; 2001 s. 38), též Marková (2008, s. 190) se ve své práci odkazují na R. Jessora, který zavádí pojem „**syndrom rizikového chování**“. Taktéž Novotný s Okrajkem (2012, s. 11), kteří srovnávali přehledy několika autorů, docházejí k těmto 3 základním oblastem. Proto je v práci předloženo právě toto rozdělení (viz níže).

1.2.1 Syndrom rizikového chování

Ve vztahu k morbiditě se adolescence stává velice rizikovým obdobím. Do popředí zájmu se ovšem dostává oblast chování, která převládá nad stránkou biologickou (Kabíček, Hamanová, 2005, s. 57).

Hamanová a Kabíček uvádějí, že stále větší množství mladých žijí rizikově, což může narušit nejen jejich momentální zdraví, ale mít i následky v pozdějších letech. Autoři zavádějí pojem „nová morbidita mládeže“. Rovněž definují 3 hlavní oblasti rizikového chování, dle R. Jessora:

- **abúzus návykových látek** (nikotin, alkohol, ilegální drogy) a vznik závislostí (to znamená návykového chování);

- **negativní psychosociální jevy**, jako poruchy chování, agrese i autoagrese (suicidalita), kriminalita aj.;
- **poruchy reprodukčního zdraví**, tedy předčasné zahájení pohlavního života, promiskuita, problematika nedostatečné ochrany při styku s důsledky jako pohlavní choroby, časná těhotenství (Hamanová, Kabíček, 2001, s. 38).

Autoři Hamanová a Kabíček (2001, s. 38) dále uvádějí, že rizikové chování se u jednotlivce neobjevuje pouze v jedné oblasti, ale **dochází k vzájemné kombinaci všech tří sfér**.

Kromě sdružování jednotlivých jevů, Novotný s Okrajkem ve svém výzkumu dále potvrzují, že takovéto chování je taktéž **multifaktoriální** s potřebou **sdružení vyvolávajících činitelů**. Jejich výzkum, zaměřený na vztah mezi rodinným prostředím, jakožto nejdůležitější faktor pro vývoj jedince, a rizikovým chování dítěte, potvrdil tento vztah. Příkladem jsou aspekty podporující vznik problémového chování, jako přítomnost konfliktů mezi dítětem a rodičem, snížená možnost kontaktu dítěte s matkou pro zaměstnanost či dlouhodobou nemocnost, přímý vliv na kuřácké chování dítěte rodiči - kuřáky. Autoři nicméně neopomíjejí taktéž důležitou roli vrstevníků, která, jak bylo zmíněno, v období dospívání stoupá na významu (Novotný, Okrajek, 2012, s. 11-19).

Jiní autoři zařazují rizikové chování do spektra autoagrese, až autodestrukce, které může předcházet samotnému suicidálnímu jednání. Kocourková a Koutek (2005, s. 374-375) chápe rizikové chování jako takové chování, které ohrožuje nejen zdraví, ale i život adolescenta, komplikuje přípravu na profesní dráhu, znemožňuje normální oddělení se od rodičů, poškozují jeho sebehodnocení.

1.2.2 Rizikové faktory problémového chování

Hledání rizikových faktorů ve vztahu k rizikovému chování se stalo předmětem několika výzkumů, které byly dále analyzovány (Marková, 2007a, s. 34-73; Krch in Machová, Hamanová, 2002, s. 13-18). Obecně lze hledat jak **na straně jedince**, tak **rodiny i sociokulturního prostředí** (Kocourková, Koutek, 2005, s. 378). Zouharová (2005, s. 314) říká, že „*mladé lidi ohrožuje*

celá řada zdravotních rizik, souvisejících nejen s prostředím a podmínkami jejich života, ale i se životním stylem, mezilidskou komunikací a vztahy“.

Na straně osobnosti jsou za predisponující faktory uváděny: typ temperamentu, pohlaví, somatické či psychické hendikepy, povahové rysy, jako snížená sebekontrola, osvojení negativních návyků v rámci životního stylu. Rodina se na rozvoji rizikového chování podílí v případě zneužívání, až týrání dítěte. V případě výskytu psychiatrické morbidit v rodině, chudoby, častého stěhování. Jako nepříznivý jev je dále zmiňována nepřítomnost obou rodičů v rodině. Za rizikové faktory sociálního prostředí jsou považovány blízkost problémové party, negativní vzory a vlivy, které jsou prezentovány masmedii, nedostupnost podpůrných systémů (Kocourková, Koutek, 2005, s. 378).

Za obzvlášť rizikové lze považovat zejména **vliv internetu**. Novými druhy problémů se stává počítačový terorismus a pirátství, dostupnost her s nevhodným obsahem, jednoduchý přístup k materiálům se sexuální tematikou v podstatě bez věkového omezení. Běžným se stává seznamování se na internetu přes „chat“, jenž představuje okamžitou komunikaci bez cenzury. Ve vztahu k sexuálnímu chování, autoři dále uvádějí, že sexualita je společností benevolentně akceptována. Erotika ovlivňuje trend módy, objevuje se ve videoklipech celebrit, které adolescenti obdivují. Lehce dostupné jsou i reklamy na erotické linky prezentované v časopisech (Ondrejka, Farský, Spitka, 2006, s. 76).

Jiní autoři se zaměřují zejména na **rozběr životního stylu** mladistvých, jakožto klíčovou determinantu ovlivňující zdravotní stav člověka. Autoři navíc zmiňují jeho vystupňovaný význam v období dospívání, a to zejména ve smyslu osvojení negativních návyků, jehož vznik podporují. Machová a Hamanová (2002, s. 12-13) upozorňují, že na osvojení negativních návyků má vliv např. nedostatečné vybavení mládeže životními zkušenostmi, snížená schopnost racionální volby, snaha o uvolnění se z vlivu rodičů, touha po tom co je líbivé a moderní.

Jeden z významných jevů, který souvisí s životním stylem, je pasivní trávení volného času. Tedy sledování televize, bezcílné toulání, užívání alkoholu pro navození zábavy a odpočinku. Typickým se stává ztráta zájmu o činnosti,

kteřé dítě dřívě naplňovalo. Při rozboru trávení volného času, autoři přicházejí s tvrzením, že rozdílné aktivity souvisí s typem navštěvované školy a postoji spolužáků, velikostí bydliště s rozdílnou možností vyžití, s rodinným zázemím a vzděláním rodičů. Mezi predisponující tak lze zařadit městské prostředí, snížená funkčnost rodiny a nezájem rodičů, nižší dosahované vzdělání (Marková, 2007a, s. 34-73; Krch in Machová, Hamanová, 2002, s. 13-18).

„Nejrizikovější populační skupinou mládeže jsou učni.“ (MZ ČR, 2008, s. 20).

I když za vznikem rizikového chování stojí více faktorů, které nelze mnohdy jednoduše pojmenovat, autoři výše zmiňovaní se shodují na tvrzení, že **nejdůležitější socializační strukturou je rodina**, která jedince ovlivňuje jak v pozitivním, tak negativním smyslu. Takže selhání na této úrovni můžeme považovat za hlavní příčinu rizikového, až kriminálního chování (Marková, 2007b, s. 20; Novotný, Okrajek, 2012, s. 11; Machová, Hamanová, 2002, s. 162; Macek, 2003, s. 78).

1.2.3 Prevence rizikového chování

Základem poskytování primární prevence, které se jeví jako jediné účinné opatření, je její komplexnost. Tím myslíme zapojením celé společnosti, od které se očekává mapování a identifikace rizikových jedinců. *„Je třeba odhalit problémové rodiny a školy a navrhnout nějaké preventivní programy pro děti, rodiče i učitele.“* (Marková, 2007b, s. 32).

Zvláštní pozornost si zasluhují zejména jedinci zvýšeně ohrožení. Dle Markové to jsou jedinci, kteří citově strádají v rodinách neúplných či rozvrácených, vycházejí ze sociálně slabých poměrů, nemají podporu svého okolí, jsou součástí národností menšiny, těžko se do společnosti integrují, patří mezi problémovou mládež, jenž trpí závislostmi, nebo jsou trestně činní (Marková, 2008, s. 191).

Kabíček a Hamanová (2005, s. 58) za základ ovlivnění sociálně patologického chování považují 3 sféry, a to **výchovu v rodině, působnost školy a míru přístupu zdravotníků i sociálních pracovníků**.

Marková uvádí, že pro vyšší účinnost prevence je zapotřebí, aby prevence přicházela k mladistvému z více stran. V současné době však celá problematika leží zejména na bedrech pedagogů nebo výchovných poradců. (Marková, 2007, s. 33). Za zásadní je přitom považováno rodinné zázemí (Novotný, Okrajek, 2012, s. 11; Machová, Hamanová, 2002, s. 162; Marková 2007a, s. 138-139; Macek, 2003, s. 78).

Taktéž WHO před problematikou zdraví mladých nezavírá oči a v celosvětovém programu „Zdraví pro všechny v 21. století“ (též Zdraví 21) formuluje konkrétní cíle, které mají přispět k redukci těchto nežádoucích fenoménů, vytvořením zdravější populační skupiny. A kromě jiného, upozorňuje právě na důležitost rodinného zázemí pro zdravý vývoj jedince (MZ ČR, 2008, s. 20).

Život v rodině, pomáhá jedinci nabývat sebedůvěru, pomáhá budovat schopnost vyrovnávat se s problémy a překonávat nástrahy života. Významným faktorem ovlivňujícím výchovu adolescenta se jeví také komunikace. Důležitý je zájem ze strany rodiče a emoční angažovanost i empatie, které hrají významnou úlohu v kladném sebehodnocení adolescenta (Marková, 2007a, s. 138-139).

Řada autorů však polemizuje nad dnešní rodinou. Hovoří o „križi rodiny“ a pokládá si otázku, zda uspokojování potřeb dítěte je dostačující. Za jevy, které jsou prokázány, považujeme úbytek tráveného času rodičů s dětmi, až chronický nedostatek času, vyhrazený v péči o ně. K odcizení přispívá i situace, kdy dochází k výraznému odlišení zájmů a provozovaných aktivit mezi jednotlivými členy. Trend izolace může přitom nastat i v úplných rodinách, a to v případě tráví-li rodič mnoho času v zaměstnání a z adolescenta se stává „samorost“, který svůj volný čas tráví bez větší kontroly (Marková, 2007a, s. 139).

Vycházíme-li z předpokladu, že pro dítě, potažmo adolescenta, je důležitý pozitivní vzor, musí rodiče i pedagogové jít řádným příkladem. Z možných **doporučení pro praxi** tak vyplývá vznik výchovných projektů pro rodiče i učitele, které by se zaměřovaly na zlepšení komunikace s mládeží, cvičení výchovných dovedností. Obsahovou náplní mohou být způsoby, jak budovat sebedůvěru, jak předcházet agresivitě, jak rozpoznat psychické problémy,

učení zdravého životního stylu. V praxi pedagoga dále zařazení tohoto tématu do osnov řady předmětů. Nezanedbatelným faktorem, který nesmí být v práci s dětmi a mládeží opomenut, přitom je předložení tématu líbivou, zajímavou formou. Účinným opatřením může být i nabízení mnoha mimoškolních aktivit, které zvýší úroveň trávení volného času, zvláště u jedinců neorganizovaných, popřípadě u národnostních menšin (Marková, 2008, s. 191). Specifickou roli v prevenci může sehrát i u nás nevyskytující se funkce „školní sestry a školního sociálního pracovníka“, kteří by vedli školní zdravotní programy. Příkladem nám v tomto směru může jít ustanovená funkce „school nurse“ v USA, v bližší vzdálenosti taktéž v Polsku (Marková, 2007b, s. 33).

V neposlední řadě, mohou mít v rukou účinné nástroje zdravotníci. Je to zejména **praktický lékař pro děti a dorost**, který má vytvořenou metodikou GAPS („*Guidelines for Effective Adolescent Preventive Services*“) zachytit počínající symptomy ve vztahu k rizikovému chování. Preventivní prohlídky tak nemají být zaměřeny pouze na somatické problémy, ale rozšířeny i na psychosociální oblast (Kabíček a Hamanová, 2005, s. 58-61). Další alternativou se jeví také větší přínos **práce dětských sester či porodních asistentek**, které budou jedince navštěvovat v jejich domácím prostředí. Oblast působnosti je zejména u matek pod 18 let věku, u rodin dysfunkčních, rodin cizinců, rodin s předčasně narozeným či nemocným dítětem. Jako vhodné se jeví i samotná příprava jedinců na úlohu rodičovství před porodem (Zouharová 2005, s. 315).

2 SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ MLADISTVÝCH

„*Sexualita je v každém případě širší pojem než jen pohlavní styk.*“ (Spilková, 2013, s. 78). U člověka se utváří ve složitém komplexním procesu s nutností součinnosti biologických, psychologických a sociálních determinant. Základem vývoje jsou faktory konstituční, částečně ovlivněny vlivem výchovy a učení. Rozhodujícími aspekty jsou procesy na úrovni formování sexuální identifikace, preference i chování s vývojem sexuálních emocí, vytváření sexuální role, a to vše již v raném dětství (Weiss, 2011, s. 71-75). I když ze sexuologického hlediska dětství vnímáme spíše jako období klidu, musíme si uvědomit, že **dítě není asexuální tvor**. Jsou přítomny základní sexuální emoce, častým jevem se stává genitální stimulace, formují se pohlavně typické zájmy. Sexuální projevy však nemají erotický charakter. Až právě pubescence a adolescence je obdobím s nejvýraznějšími biologickými a psychickými proměnami, jež vytvářejí předpoklady pro rozvoj pohlavního života a reprodukce. Současně je patrna i výrazná touha po sexuální zkušenosti (Spilková, 2013, s. 78).

Přestože jsou vytvořeny předpoklady pro start sexuální aktivity, Sejbalová a Reguli zdůrazňují, že **vývoj tělesné pohlavní zralosti nekoresponduje s vývojem psychosexuálním**, a to zejména u chlapců. V pubertě tak může docházet k sexuálním projevům, které by v dospělosti byly označovány za deviantní. Z těchto důvodů můžeme brzkou sexuální zkušenost hodnotit jako zcela nevhodnou (Sejbalová, Reguli, 2007, s. 135).

Pojmy **sexuální a reprodukční zdraví** jsou skloňovány až v posledních desetiletích. WHO vydala doporučení definice, jelikož tvrdí, že tyto termíny nejsou plně pochopeny. Podle WHO: „*sexuální zdraví představuje souhrn tělesných, emocionálních i rozumových a společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, který obohacuje osobnost, zlepšuje vztahy s lidmi a rozvíjí schopnost lásky*“ (WHO, 2001, s. 7). Definici reprodukčního zdraví z roku 1994 poté můžeme chápat jako schopnost muže oplodnit a u žen otěhotnět a porodit zdravé dítě. Zahrnuje tedy **oblast sexuálního zdraví** (zodpovědný, uspokojivý, bezpečný sexuální život), **reprodukční svobody** (přístup k informacím, účinným metodám a službám) a **bezpečného**

mateřství (bezpečné těhotenství, porod, šance na zdravé děti). (WHO, 2001, s. 7).

Reprodukční zdraví tak lze vnímat jako důležitou součást péče o zdraví. Velmi důležitý je nerušený vývoj a zachování zdraví pohlavních orgánů. A jelikož dospívání považujeme za rizikové období ve smyslu nabytí negativního chování, je nutné mapovat situaci u adolescentů a neustále šířit osvětu. Úlohou adolescenta je osvojit si správné zásady sexuálního života jak po stránce zdravotní, tak emocionální i morální. A to zejména dnes, kdy sexualitu vnímáme spíše jako záležitost rekreace než reprodukce (Břendová, Boroňová, 2011, s. 71).

Kilíková s Nemčokovou podotýkají, že sexuální aktivita jako taková, sice riziková není, ale jelikož dochází k zvýšení sexuální aktivity mladistvých, může se stát rizikovou. Zejména stane-li se součástí celkového rizikového životního stylu. Sexuální zdraví navíc, jak vyplývá z definice, předpokládá určitou osobnostní zralost, jež u jedinců v časně a střední adolescenci není vytvořena (Kilíková, Nemčoková, 2007, s. 248; Sejblová, Reguli, 2007, s. 135).

2.1 Trendy v sexuálním chování

V poslední době stále častěji slycháváme o tom, jak je dnešní populace mládeže „zkažená“. Vztáhneme-li toto tvrzení do oblasti sexuálního chování, vyplyne nám, že má docházet k snížení věku první soulože, zvýšení promiskuity a výskytu STIs aj. Výsledky prováděných výzkumů však toto tvrzení nepotvrzují. Ba naopak, dle Weisse a Zvěřiny (2009, s. 160) **lze trendy v sexuálním chování hodnotit příznivě.**

V ČR od roku 1993 probíhá projekt, který je výjimečný v celosvětovém měřítku. Jedná se o opakovaný výzkum, který mapuje změny v sexuální oblasti české populace, a to v pravidelném intervalu 5 let. Taktéž v zahraničí probíhají výzkumy na toto téma, nicméně jsou jednorázové, a tak nejsou k dispozici srovnatelná data o dlouhodobých trendech (Weiss, Zvěřina, 2009, s. 160).

Poslední výzkumné šetření proběhlo v roce 2013, nicméně jejich výstupy nejsou dohledatelné. V práci jsou proto prezentovány výsledky z let 1993, 1998, 2003, 2008. Výzkumu se účastnil vzorek populace ČR starší 15 let. Dotazováno bylo vždy cirká 2 000 osob (Weiss, Zvěřina, 2009, s. 160).

Ve vztahu k mládeži a možnému rizikovému chování v oblasti reprodukčního zdraví lze výsledky hodnotit pozitivně. Ze zjištěných poznatků lze vyvrátit i obecně tradované mýty o sexuálním chování adolescentů. Výzkumy totiž ukazují, že se počátky partnerské sexuality nijak neurychlují. Kolem 15. roku věku přicházejí zkušenosti s první zamilovaností, polibkem, schůzkou. Zahájení neckingu, tedy nekoitálních aktivit od pasu nahoru, je patrné zhruba v 16 letech. Petting, tedy mazlení celého těla včetně genitálního dráždění, je zahajován v průměru v 17 letech. První partnerské vztahy, trávající déle než 6 měsíců, chlapci i dívky navazují kolem 18. roku života. Průměrný věk v období prvního styku se dlouhodobě nemění, opět se pohybuje okolo 18. roku. Konkrétně dle výzkumu v roce 2008 byl průměrný věk u mužů 17,8 let, u žen 18,1 let (Weiss, Zvěřina, 2009, s. 160-161).

Mimo tohoto opakovaného výzkumu lze dohledat také řadu dalších, svým rozsahem menších studií, které jsou zaměřeny i na zkoumání motivace k začátku pohlavního života, vlivu prostředí, náboženství i funkčnosti rodiny ve vztahu k sexuálnímu chování aj. **Značné rozdíly v interpretovaných výsledcích lze spatřit zejména v oblasti začátku pohlavního života.**

Střelcová a Tellingarová ve svém průzkumu s 248 respondenty ve věku 17-19 let zjistily, že průměrný věk prvního pohlavního styku je odlišný v závislosti na druhu navštěvované školy. Nejčasněji zahajují sexuální život studenti učňovských oborů, průměrný věk zde činí 15,9 let u žen, 16,4 u mužů. Naopak nejpozději s koitálními praktikami začínají studenti gymnázií s průměrným věkem okolo 17 let. Celkový průměrný věk dívek je 16,1 let, u chlapců 16,7 let, nicméně je i vysoký počet respondentů, kteří pohlavní styk ještě neměli, což průměrný věk navýší. U 4,9 % respondentů byl věk prvního pohlavního styku nižší než 15 let (Střelcová a Tellingarová, 2006).

V průzkumu Švihelové (2003, s. 161-162) se 115 slovenskými studenty starými 18-22 let naopak vyplynulo, že muži uskutečňují první koitus

nejčastěji ve věku 15-16 let, ženy ve věku 17-18 let, celkem 4 % jedinců před 15. rokem, u 8 % jedinců v 19 letech a více.

Zajímavé poznatky publikují i Machová a Hamanová. Touha po brzké sexuální zkušenosti je zejména u mladistvých, kteří nejsou schopni sebeovládání, nejsou odpovědní, nemají adekvátní výplň volného času s dostatkem zájmů. Časný začátek pohlavního života koreluje i s všeobecně rozšířenou liberalizací sexu a snadnou přístupností těchto podnětů. V časně adolescenci bývá motivace pro styk jiná než v pozdní adolescenci, či dospělosti. Často jí je tlak vrstevníků a snaha vyrovnat se jim, naléhání partnera, zvědavost, požití většího množství alkoholu. Dále bylo zjištěno, že sexuální styk je ve velkoměstech u dospívajících častější než v malých městech nebo vesnicích, kde se jedinci více znají. Rozdíly jdou spatřit i v závislosti na stabilitě rodiny. Časný začátek sexuálního života je zejména u jedinců z rodin rozvedených, tedy neúplných či později doplněných, kde se dítěti nemusí dostat pozornost a láska (Machová a Hamanová, 2002, s. 15-17).

Rozdíly jsou patrné i v postojích z hlediska náboženského přesvědčení. Věřící jedinci jsou v otázce sexuality obecně zdrženlivější (Szabó, Švihelová, 2001, s. 129-135).

U jedinců s časným startem se popisuje větší zkušenosti s orálním a análním sexem, rozvoj sexuálního abusu (Břendová, Boroňová, 2011). Mimo to je brzká sexuální aktivita spojována s rizikovými faktory jako užívání návykových látek, nižší studijní úspěch, špatné duševní zdraví (Currie et al., 2012, s. 173).

Zajímavé je i srovnání v rámci států Evropy. Mezinárodním srovnáním věku pro zahájení pohlavní aktivity ukázalo, že se zpomaluje trend v poklesu věku, zároveň se zmenšují rozdíly mezi pohlavími. Údaje přicházející z jednotlivých států jsou však značně odlišné. V roce 2004 byl průměrný věk při prvním pohlavním styku 16,5 roků, v rozmezí od 15,7 let na Islandu, do 18,0 let na Slovensku. Na předních místech dále skončily Německo, Rakousko, Švédsko, Nizozemsko. Zadní příčky patří Polsku, Španělsku, Itálii. (WHO, 2009a, s. 93). Rozsáhlá studie HBSC survey z let 2009/2010 různorodost

napříč Evropou potvrzuje. Například v Řecku má se sexuálním stykem zkušenost 71 % dívek a 46 % chlapců ve věku 15 let, v ČR to je 26 % dívek, 22 % chlapců a nachází se tak zhruba ve středu stanoveného žebříčku. Nejnižší stupně drží Slovensko (10 % dívek, 15 % chlapců) a Polsko (13 % dívek, 19 % chlapců). Obecně můžeme říct, že větší prevalence je u chlapců, zvláště ve východoevropských zemích. ČR však tento trend nepotvrzuje, řadí se zejména k státům skandinávským (Currie et al., 2012, s. 174).

Jak uvádí Weiss a Zvěřina, ve vztahu k sexuálnímu chování je další skutečností pozitivní změna v oblasti antikoncepce. Snížil se počet jedinců, kteří při prvním styku nepoužili žádný způsob ochrany: v roce 2008 na 45 % u mužů z 57 % v roce 1993, na 59 % u žen z 64 % v roce 1993). Snížení je patrné taktéž u použití nespolehlivého způsobu ochrany. K velkým změnám dochází také u používání antikoncepce ve stálých vztazích. Využití hormonální antikoncepce výrazně stoupá: z 22 % žen v roce 1993 na 52 % žen v roce 2008. Za pozitivní lze považovat i uvědomělost mužů při stycích s náhodnými partnerkami: kondomem se v roce 2008 chránilo 88 % mužů, v roce 1993 to bylo 41 % (Weiss, Zvěřina, 2009, s. 161-162).

Z průzkumu Střelcové a Tellingerové v souvislosti s antikoncepcí vyplynulo, že při 1. koitu jí využilo 81,2 % respondentů. Ve více než polovině případů to byl prezervativ, poté hormonální antikoncepce. Naopak dříve preferovaná přerušovaná soulož se při 1. sexuální zkušenosti používá minimálně. *„Co se týče antikoncepce, začínají být vidět výsledky dlouhodobé osvěty.“* (Střelcová, Tellingerová, 2006).

Taktéž WHO hlásí v posledních letech zvýšení používání kondomů ve většině zemí. Podle údajů z roku 2006 se nejvíce chrání jedinci v západních zemích Evropy. Antikoncepci při posledním styku využilo přes 90 % jedinců. Naopak nejhorší výsledky jsou patrné u států balkánských a severovýchodních. Hodnocení států uzavírá poté Slovensko, kde využití antikoncepce potvrdilo pouze 65,8 % mužů a 68,1 % žen. Česká republika nebyla v tomto žebříčku zahrnuta. Co se týče užití perorální antikoncepce, zde jsou rozdíly ještě výraznější, tedy od 4 % ve Španělsku na 52 % v Nizozemsku. Platí však, že využití hormonální antikoncepce je

nejoblíbenější metodou prevence těhotenství zejména v průmyslově vyspělých zemích (WHO, 2009a, s. 93-95).

2.2 Úroveň informovanosti adolescentů

V oblasti získávání informací můžeme spatřit nejvýraznější nedostatky. Jako největší zdroje informací se uplatňují zdroje nejméně spolehlivé, a to kamarádi. Poté to jsou knihy a masmédiá. Naopak zcela nedostatečná je informovanost ze strany školy a rodiny, potažmo rodičů. (Weiss, Zvěřina, 2009, s. 160-163). Někteří autoři zdůrazňují zejména stoupající vliv masmédií, jakožto nejdostupnější způsob získání informací (Ondrejka, Farský, Spitka, 2006, s. 76). Informace tak mohou být zkreslené, nepřesné.

Taktéž Břendová, Boroňová (2011, s. 76-77) z výzkumu o 218 adolescentech, ve věku 17 až 20 let usuzují, že informovanost o STIs a antikoncepci je nedostatečná. Jejich tvrzení se opírá o 65% úspěšnost vyplněných dotazníků od respondentů.

K stejnému tvrzení dochází i Dvořáková, Drahošová. Autorky zjistily, že první informace o antikoncepci jedinci získávají od kamarádů, z časopisů a knih. Taktéž zjistily, že informovanost na gymnáziích a středních školách je lepší než na odborných učilištích (Dvořáková, Drahošová, 2011, s. 85-86).

Otázkou zůstává, zda si mládež vůbec uvědomuje důležitost informovanosti v problematice partnerství a rodičovství. V průzkumu Petříčkové s 309 gymnazisty ve věku 17-21 let vyplynulo, že 58,25 % jedinců nepostrádá výuku tohoto zaměření. Nicméně 70,23 % respondentů považuje za velmi důležité vědět co nejvíce o této problematice. 40,13 % respondentů by se poté přihlásilo do takového to volitelného předmětu (Petříčková, 2006).

Shrneme-li to co bylo řečené, dle zjištění WHO jsou patrné v otázce sexuálního a reprodukčního zdraví **značné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi EU**. Za nimi stojí odlišnosti v systému vzdělávání, různé kulturní a náboženské pozadí, různorodost v přístupu politik států v otázkách plánování rodiny, v přístupnosti a cenové dostupnosti antikoncepce a potratů (WHO, 2009a, s. 92).

Co se týče situace v ČR lze konstatovat, že se u jedinců v oblasti reprodukčního zdraví zvyšuje odpovědnost. Weiss a Zvěřina dávají tyto změny do souvislosti s motivací dospívajících k odložení manželství a porodu na pozdější dobu. Důvod nalézají v možnosti seberealizace při získání vzdělání, budování kariéry, cestování. Nicméně v oblasti sexuálního zdraví lze nalézt ještě rezervy, což dokazuje například nárůst incidence řady pohlavních chorob. Rezervami se myslí oblast osvěty, prevence a sexuální výchovy, na čem se shoduje většina autorů (Weiss, Zvěřina, 2011, s. 154; ÚZISa, 2013, s. 13; Dvořáková, Drahošová, 2011, s. 85-86; Břendová, Boroňová, 2011, s. 76-77).

Břendová, Boroňová na základě zjištěné nedostatečnosti v informovanosti studentů přichází s vlastním návrhem **doporučení pro praxi**. Upozorňují na fakt, že je otázka sexuality spíše tabuizována a ve většině rodin opomíjena. Do popředí tak staví zejména **činnost školy, lékaře, porodní asistentky i všeobecné sestry**, kteří se mají stát významnými edukátory. Ve školním prostředí je konkrétně nutné zaměřit se na dobré proškolení pedagogů, kteří se nebudou ostýchat o sexualitě mluvit, na základě využití modelových situací a jiných názorných ukázek ozvláštnit předkládanou teorii, zařadit do výuky i témata neobvyklá, ale pro adolescenty zajímavá. Důležitá je i spolupráce s organizacemi, zaměřené na danou problematiku, které budou ve školním i mimoškolním prostředí realizovat přednášky. Vhodnými realizátory mohou být i zdravotničtí pracovníci. Možnost angažovanosti se kromě školy nabízí v ambulancích gynekologie a urologie, při hospitalizaci (Břendová, Boroňová, 2011, 76-77).

Nepříznivé výsledky týkající se sexuálního zdraví mohou být sníženy, pokud iniciativy mají za cíl zajištění, aby mladí lidé nebyli zapojeni do sexuálních vztahů dříve, než budou vývojově připraveni a umožnění využít účinných forem antikoncepce. WHO doporučuje časnou implementaci komplexního vzdělání o sexu a vztazích ještě před začátkem sexuální aktivity. Zvládnutí schopnosti zapojení se do sexuálního vztahu, totiž tvoří důležitou součást efektivního sexu. Nabyté informace mohou přispět mladistvým ve zdržení se sexuální aktivity, než budou připraveni. Na adresu zdravotníků WHO konstatuje, že jsou patrný **nedostatky v dostupnosti a vhodnosti**

specifických zdravotnických služeb. Nespravedlnost v poskytování služeb na základě věku přitom může zabránit mladým lidem v hledání antikoncepčního poradenství před zahájením samotné sexuální aktivity a jedince tak ohrozit jak na zdraví, tak nechtěným těhotenstvím. Doporučením jsou zvýšení kvality služeb, které jsou dostupné a důvěrné, proškolení pracovníků ve specifických potřebách dospívajících. (Currie et al., 2012, s. 183)

Skasková zdůrazňuje zejména význam rodinného prostředí, jakožto místa důvěrných rozhovorů. **Rodina** má být stěžejním edukátorem sexuální výchovy od raného dětství po dospívání, zejména pro zajištění blízkosti a intimity. (Skasková, 2011, s. 377)

3 PROBLEMATIKA TĚHOTENSTVÍ ADOLESCENTEK

I když problematika těhotenství mladistvých nepatří svou incidencí mezi nejproblematictější oblasti rizikového chování, není na místě ji jakkoliv podceňovat. Už jen proto, že přináší zvýšenou míru rizik jak pro nastávající matku, tak pro dítě samotné. Celá oblast se tak staví do roviny závažnosti, což potvrzuje i fakt, že se k ní vrací i WHO. Konkrétně ve svém zdravotním programu Zdraví 21, blíže v cíli 4, definuje jako dílčí úkol nutnost snížení počtu těhotenství u dospívajících dívek, alespoň o jednu třetinu.

K monitoringu těchto těhotenství nám slouží jednotlivé statistické ukazatele, které nás mimo to informují o nových trendech v reprodukční oblasti. Prostudováním získaných dat můžeme zjistit, že v mnohém vypovídají o významných změnách společnosti v oblasti rodinného chování.

V následujícím příspěvku tedy budou předloženy demografické souvislosti změn chování populace a poznatky o mladých matkách v současnosti s nástinem možných příčin a důsledků takových to těhotenství. Následně bude rozebrána možná prevence nechtěných gravidit.

3.1 Současnost reprodukčního chování obyvatel

Statistické údaje v ČR jednoznačně dokládají fakt, že **se odkládá narození prvního dítěte do vyššího věku ženy**. V roce 1993 byl průměrný věk matky při porodu 25 let (věk prvorodičky 22,6 let), v roce 2010 již 29,6 let (u prvorodičky 27,7 let). V souvislosti s tím, tak výrazně poklesla i intenzita plodnosti u dívek ve věku do 19 let. Před rokem 1990 se tyto adolescentky na úhrnné plodnosti podílely ze 14 %, v roce 2008 již ze 4 % a necelými 3 % v roce 2012. Dalším jevem je **pokles počtu uzavřených manželství**, s čímž souvisí vzestup počtu dětí, které se narodí mimo tento svazek. V roce 2010 to bylo 40,3 %, v roce 2012 již 45,3 % dětí z celkového počtu narozených. Ve věkové kategorii do 20 let právě nejvíce narostl podíl neprovdaných matek, dosahuje cirka 90 %. Pravděpodobnost uzavření sňatku přitom v roce 1991 ve věku 20 let vrcholila (Kocourková, 2011, s. 169; ÚZIS, 2013c, s. 42, 53; ČSÚ, 2011, s. 7-8, 20-21).

Taktéž trendy v plodnosti v Evropě ukazují prudký pokles úhrnné plodnosti hluboko pod reprodukční úroveň 2,1 dítěte na jednu ženu. Zároveň potvrzují i narůst průměrného věku matky při prvním porodu. V posledních 20 letech se neustále snižuje i podíl těhotných adolescentek (WHO, 2009a, s. 94).

Uvedené údaje vyjadřují tendence typické pro současnost. Jak tvrdí Hrdinová a Winkler, důvody těchto změn jsou zjevné a popsané. Důvody spatřují ve zvýšení informovanosti mladých, zlepšení dostupnosti antikoncepce a nových možnostech v realizaci vlastních životních zájmů (Hrdinová, Winkler, 1999, s. 173).

I Vašková za změnou chování ve smyslu posunu věku rodiček spatřuje fakt, že se dnešním adolescentům naskytuje větší možnosti seberealizace, než tomu bylo před pádem totalitního režimu, kde cestou k samostatnému životu a seberealizace bylo právě založení rodiny. Posun v plodnosti se přitom stává i jedním z ovlivňujících faktorů sňatečnosti. *„Diferenciace životních stylů vede k obecně vyšší toleranci a rozvolnění normativních hranic, což se projevilo mimo jiné i větší akceptací osamělého rodičovství a soužití partnerů v kohabitaci.“* (Vašková, 2005, s. 251).

Vlivem změn ve vnímání rodinných hodnot (pokles sňatečnosti, rozvoj alternativních způsobů soužití) aktéři ustupují od uzavírání vynucených, tím pádem nestabilních sňatků. Za podpůrné faktory můžeme považovat i změnu ve vnímání ženy ve společnosti a její emancipace, příznivost sociálních dávek pro svobodné matky (Vašková, 2005, s. 251). Kocourková (2011, s. 169) dodává, že za snížením vstupu do neuvážených manželství stojí i ústup tlaku na legitimizaci dítěte sňatkem.

Co se týče potratovosti, dochází k pokračování trendu poklesu. Za rok 2012 dosáhla potratovost hodnoty 37 734 případů, z toho umělých přerušení 23 032 (v roce 1990 přitom hodnota činila 107 131, v roce 2000 již 32 530). Zajímavým zjištěním je fakt, že míra potratovosti klesá nejvíce ve věkové skupině 20-29 let, kdežto u adolescentek a žen nad 35 let zůstává konstantní. Nejvíce UPT poté připadne na ženy ve věkové skupině 30-34 let, následně 35-39 let. V roce 2012 bylo provedeno 5 359 UPT ženám ve věkové skupině 30-34 let, 1 734 UPT ve věkové skupině do 20 let. Interrupce je nejčastěji provedena svobodným ženám (50,2 %), ženy vdané

se podílejí z 36,4 %. Vztáhneme-li potratovost do vztahu s mírou užívání antikoncepce, vyplyne nám, že se ženy, které neužívají žádný druh antikoncepce, podílejí na potratovosti z 96,31 %. Míra užívání antikoncepce přitom v posledních letech narůstá. V roce 2012 užívalo antikoncepci celkem 1 281 549 žen, tedy 517,4 žen z 1 000 žen ve fertilním věku (15-45 let). V roce 1990 přitom užívalo antikoncepci méně než 200 žen na stejný přepočten žen (ÚZIS, 2013b, s. 11-12, 22, 57, 86-88).

Uzel tvrdí: „*Poměr mezi počtem umělých potratů a užíváním moderní antikoncepce je výrazem vyspělosti a kulturní úrovně každé země.*“ Porovnáme-li situaci se zahraničím, lze konstatovat, že ve vyspělých zemích dochází k liberalizaci potratových zákonů, současně dochází i k trendu snižování potratovosti v důsledku užívání účinných antikoncepčních metod. ČR se svými daty řadí právě mezi vyspělé evropské země, tedy k zemím západním a severním. V dalších zemích postkomunistických je jinak úroveň potratovosti až 8x větší (Uzel, 2002, s. 4). Lze to přičíst omezené dostupnosti a vysokým nákladům na vhodné antikoncepční prostředky i nedostatku poradenských služeb v tomto regionu (WHO, 2009a, s. 96).

Machová a Hamanová však poukazují ještě na další zajímavé skutečnosti. Za prvé, řešení těhotenství závisí nejen na přání nastávající matky, podstatnou roli sehrává i stanovisko a podpora rodičů, popřípadě partnera/ nastávajícího otce. Za druhé autorky poukazují na rozdílnost v přístupu donošení dítěte z hlediska věku. Na lehkomyšlné a nezodpovědné chování lze poukázat zejména u dívek do 17 let. Ty svou motivaci v donošení dítěte totiž často spatřují v ozvláštňení dosavadního nudného života, dokázání nezávislosti rodičům či kamarádkám, v dosažení dospělosti. Kdežto pro adolescentky starší je již motivací nejčastěji touha po dítěti samotném (Machová, Hamanová, 2002, s. 109).

3.2 Současnost z pohledu těhotenství adolescentek

Dle WHO **se porodnost v jednotlivých zemích liší**. Faktem však zůstává, že asi 15 miliónů dospívajících na celém světě ročně porodí. (Currie et al., s. 173). Míra porodnosti ve věkové kategorii do 20 let se však v posledních 20 letech neustále snižuje. Navíc se odhaduje, že více než 40 % těchto

těhotenství je nezamýšlených a 28 % jich končí jako přerušených (WHO, 2009a, s. 94). V rámci Evropy je nejméně příznivá situace v zemích východních a na Balkáně (rozmezí 40-60 těhotenství na 1 000 žen ve věku 15 až 19 let), ze západních zemí ve Velké Británii (cca 50/1 000). V dolní části sestaveného žebříčku jsou i státy skandinávské. ČR se svými daty řadí do středu tabulky. Řečí čísel se v roce 2012 narodilo 782 dětí dívkám do 18 - ti let, do 20 let poté celkem 3 069 dětí (WHO, 2009a, s. 97; ÚZIS, 2013c, s. 42).

„Nabízí se tedy otázka, jaké cesty vedou k tomu, že se v ČR role matky zhodí téměř tisícovka dívek ještě před dosažením své zletilosti, když v dnešním diskurzu převládá trend odkládání rodičovství.“ (Skasková, 2011, s. 373).

3.2.1 Příčiny gravidity mladistvých

Jak vyplývá z předchozího textu, graviditu mladistvých můžeme hodnotit **v kontextu syndromu rizikového chování**, resp. jako důsledek neuváženého jednání adolescentů. V sexuální oblasti by to znamenalo spojitost i s iniciací předčasného pohlavního života, promiskuitou, nedostatečnou kontracepcí, popřípadě zvýšeným výskytem pohlavních chorob. Popsanou souvislost potvrzuje Skasková, která spolupracovala s 16 nezletilými těhotnými dívkami. Na základě uskutečněného strukturovaného rozhovoru autorka uvádí, že doopravdy 5 těchto dívek zahájilo pohlavní aktivitu již před legislativní legitimitou, v 15 letech 7 dívek, ve vyšším věku 4 účastnice. Polovina dívek navíc udála 4 a více sexuálních partnerů. U užívání kontracepčních metod 5 dívek vypovědělo, že neuzily žádný způsob antikoncepce. 2/3 dívek tedy nějaký způsob ochrany použily. Autorka si však pokládá otázku, do jaké míry byla kontracepční metoda využita správně (Skasková, 2011, s. 375-376).

Nicméně taktéž bylo řečeno, že není možné jednotlivé oblasti rizikového chování oddělovat, jelikož se jednotlivé sféry většinou kombinují. Nutná je i kumulace příčin.

„I když předčasné zahájení pohlavního života a neefektivní nebo žádná antikoncepce jsou hlavními faktory neplánovaného těhotenství v dospívání, příčiny nejsou zcela jednoduché.“ (Machová, Hamanová, 2002, s. 114).

Hrdinová, Winkler zdůrazňují, že predisponující faktory musíme hledat zejména **v životním stylu** jak mladistvých, tak jejich rodin. Vzniklé těhotenství tedy nemůžeme chápat pouze jako chybu na začátku sexuálního života (Hrdinová, Winkler, 1999, s. 173).

Kilíková, Nemčoková předkládají výčet faktorů, které přispívají k vzniku těhotenství u mladistvých. Faktory rozčleňují do tří skupin:

- Za **rodinné faktory** můžeme považovat nedostatečnou stabilitu rodiny, stresující životní události (úmrť v rodině, rozvod rodičů), sexuální zneužívání v rodině, neúplnou rodinu, nedostatečnost mužské role v rodině, nenaplnění emocionální, sociální a výchovné funkce.
- **Biologickými faktory** jsou brzká menarche, včasná biologická zralost.
- Do **faktorů okolního prostředí** řadí těhotenství starší sestry, možnost nabytí sexuální zkušenosti, věkový nesoulad partnerů, současný kontakt s alkoholem a drogami, nízký sociální status a úroveň vzdělání, nedostatečnou sexuální výchovu (Kilíková, Nemčoková, 2007, s. 248).

Skasková připojuje, že je u těchto dívek zaznamenán i zvýšený výskyt duševních poruch, často poruch chování a závislostního chování. V kombinaci s působením okolního prostředí, kdy se rizikové faktory dále kumulují, zvyšuje se i samotné riziko poruchy (Skasková, 2011, s. 378).

3.2.2 Důsledky těhotenství mladistvých

Těhotenství dívek před dosažením zletilosti i fyziologické zralosti musíme považovat za předčasné a rizikové, v kontextu jak zdravotním, tak emocionálním a sociálním (Machová, Hamanová, 2002, s. 108).

Pro zdravý vývoj nového jedince je totiž zapotřebí souhra řady faktorů. Nutná je adekvátní genetická výbava a zdárná prenatální fáze, vyžralost nastávající

matky duševní i fyziologická, zodpovědnost, psychická pohoda. Dalším předpokladem je vytvoření silné citové vazby s plodem. Předpokládá se i schopnost saturace potřeb dítěte a vytvoření zázemí, tedy prostředí vhodného pro výchovu, což jsou problémy, které se v této věkové skupině objevují velice často. Otázkou tak zůstává, zda nezletilá matka může vůbec svému potomku zajistit vše tak, aby neohrozila jeho vývoj (Skasková, 2011, s. 374).

Hrdinová a Winkler předkládají výsledky jejich dlouhodobé studie, která popisuje negativní důsledky těhotenství a mateřství náctiletých matek. Předložené informace se však mohou jevit jako neaktuální, respektive zastaralé, jelikož mapuje situaci adolescentních matek v roce 1995 v Brně. Přesto považujeme za užitečné, výsledky studie uvést, a to z důvodu absence obdobných novějších studií. Sledovaný vzorek, který na studii spolupracoval, tvořilo 283 poprvé těhotných dívek ve věku 14 až 19 let. Za kontrolní soubor byla poté vybrána identická skupina 975 těhotných žen ve věkové skupině 20 až 49 let. Shrňme-li výsledky, přicházíme na to, že:

- existují značné rozdíly i mezi jednotlivými náctiletými dívkami, tedy mladšími a staršími adolescentkami (vymezeno hranicí 17 let) z pohledu zdravotní i sociální a psychologické charakteristiky;
- v souvislosti s věkem jsou **nejmarkantnější rozdíly v psychosociální oblasti**;
- naopak zdravotní komplikace s věkem žen spíše narůstají nebo s ním nesouvisí, výjimkou je krvácení ve III. trimestru, předčasný porod, nižší porodní hmotnost dítěte (nicméně ve fyziologickém rozmezí), což jsou komplikace, které jsou nejčastější u nejmladší, ale zároveň i nejstarší skupiny žen;
- riziko předčasného porodu nebo potratu je vysoké;
- v sociální oblasti u adolescentek stoupá riziko dalšího otěhotnění v krátkém časovém intervalu, provdá-li se žena, stoupá riziko rozvodu;
- mateřství adolescentek komplikuje taktéž jejich vzdělávání a profesní uplatnění, u maturantek znamená často ztrátu ambicí ve studiu na vysoké škole, v souvislosti s tím tyto dívky hodnotí své mateřství nejkritičtěji, jako ztrátu něčeho důležitého;

- finanční situace je složitá, většinou prohloubena nedokončením profesní přípravy, nástupem na méně kvalifikovaná a tím ohodnocená pracovní místa, nepřítomností partnera a otce dítěte v rodině, jakožto ekonomické opory; těžká finanční situace tak bývá kompenzována finanční pomocí rodičů;
- důsledky zejména v psychosociální oblasti se však plošně nevztahují na celou populaci mladistvých těhotných, odvíjí se na základě chytěnosti dítěte (Hrdinová, Winkler, 1999, s. 173-174).

Kilíková, Nemčoková nalézají více zdravotních komplikací: vyšší neonatální úmrtnost, trofoblastická nemoc, STIs, zvýšené riziko anémie, preeklapsie, ektopická gravidita. Za vlivy, které se podílejí na vzniku těchto komplikací, považují nevyhovující socioekonomickou situaci mladistvých, nedodržení dietních opatření, kouření a konzumaci alkoholu, závislost na lécích a drogách, neadekvátní prenatální péči. Současně upozorňují i na častější ukončení těhotenství operační metodou, nejčastěji z důvodu cefalopelvické disproporce a distresu plodu (Kilíková, Nemčoková, 2007, s. 249).

Machová s Hamanovou připojují častější výskyt infekcí močových cest, častou atypii placenty, nedostatečnou velikost pánve (zejména v časné adolescenci). „Uvádí se i vyšší výskyt vrozených vad.“ (Machová, Hamanová, 2002, s. 109-110).

Skasková ještě připojuje riziko pozdější poruchy psychosociálního vývoje dítěte, jak z důvodu častější přítomnosti perinatální patologie, tak nedostatečné péče nedospělé matky. S velkou pravděpodobností je tak dítě predisponováno přejmutím stejného způsobu života (Skasková, 2011, s. 378).

Psychosociálními důsledky se zabývala zase Vašková, která provedla šetření mezi 58 mladistvými matkami. Relativně častým jevem, asi u každé třetí dívky, je negativní postoj otce dítěte, jenž neprojevuje zájem o svého potomka. Zjištěním je i fakt, že pokud se partnerský vztah mezi jedinci rozpadl, otec se přestal zajímat i o dítě, popřípadě důvodem rozpadu partnerství bylo samotné těhotenství dívky. Rozpad vztahu však nemusí mít na svědomí jen muž. Důvodem může být zvětšující se propast mezi životním

stylem těhotné dívky a jejím partnerem, či neadekvátní bytové podmínky, většinou v kombinaci se sdílením domácnosti s rodiči jednoho z partnerů. U páru, který v kohabitaci setrval, však sociálně-ekonomická situace zpravidla nebyla lepší. Otec dítěte je většinou nezaměstnaný, s nízkou úrovní vzdělání, často není schopen zajistit adekvátní životní úroveň (Vašková, 2005, s. 256-257).

3.2.3 Prevence gravidity v adolescenci

Existuje mnoho preventivních programů, které však neberou v potaz vývojové zvláštnosti dospívajících. Proto bývají často málo účinné, na což upozorňuje Machová s Hamanovou. Programy se zaměřují buď na celou, nediferencovanou populaci dospívajících, anebo se zabývají určitým vyselektovaným problémem. Nutností proto je, aby vzrůstal na významu přístup z komplexního hlediska (Machová, Hamanová, s. 162).

Dle vyjádření MZ ČR: *„Rizikový životní styl, k němuž předčasná těhotenství dívek patří, není ve své komplexnosti zatím v naší společnosti reflektován, ani jeho rizikové a ochranné faktory, které hrají v prevenci velkou roli.“* Vlivem zahrnutí problematiky do programu Zdraví 21, také MZ ČR definuje aktivity ke splnění úkolu snížení počtu těhotenství u mladistvých. Řadí zde:

- specifickou edukaci mládeže v rámci vzdělávací oblasti **„Výchova ke zdraví“**;
- zajištění vhodných metod antikoncepce (MZ ČR, 2008, s. 24).

Projekty týkající se prevence časného těhotenství se však nemohou opírat pouze o sexuální výchovu a výchovu k plánovanému rodičovství. Vycházíme-li z předpokladu, že těhotenství dívek nejčastěji vznikají na podkladě životního stylu dívek s nedostatečnou sociální a psychickou oporou okolí, Hrdinová a Winkler upozorňují, že takové projekty budou málo efektivní. (Hrdinová, Winkler, 1999, s. 174).

MZ ČR tuto skutečnost reflektuje a definuje, co musí aktivity zahrnovat:

- rozvíjení sociálních dovedností a schopnosti komunikace;
- prevenci celého rizikového životního stylu;
- speciálně připravené programy sociální pomoci;

- podání informace o vhodnosti odsunutí koitarche do pozdějších let (MZ ČR, 2008, s. 24).

Geržová upozorňuje i na edukační roli pediatra, popřípadě v součinnosti s dětským gynekologem. Pediatr má totiž sledovat správný somatosexuální vývoj, edukovat o plánovaném rodičovství a vhodných metodách kontracepce (Geržová, 2007, s. 23).

Co se týče antikoncepce, z dříve zmiňovaného dlouhodobého výzkumu sexuálního chování obyvatelstva ČR, můžeme poukázat na trend zvyšující se zodpovědnosti chování mladistvých, a to právě v oblasti užívání antikoncepčních metod. Jak podotýká Skasková (2011, s. 375) antikoncepce se stává suverénním nástrojem pro ovlivnění mateřství žen, což platí i o dívkách dospívajících. Riziko nežádoucího těhotenství u mladistvých, lze tedy snížit vhodnou formou antikoncepce. Myslet musíme na to, že je každá antikoncepce vždy lepší a s méně riziky, než provedená interrupce (Geržová, 2007, s. 20).

ZÁVĚR

Bakalářská práce předkládá poznatky o rizikovém chování mládeže, které se stává v posledních letech důvodem zvyšující se morbidity i mortality mezi dospívajícími. Problematika je však značně rozsáhlá a diskutovaná, proto se, kromě obecného vymezení pojmu, zaměřuje na oblast reprodukčního zdraví. Stejně tak se následně snaží přiblížit problematiku těhotenství adolescentních dívek.

Prvním cílem práce bylo sumarizace poznatků o období dospívání, zejména vymezení pojmu problémového chování, resp. syndromu rizikového chování v dospívání.

Na základě prostudování materiálů může být konstatováno, že neexistuje pevně stanovená klasifikace. Avšak, i když dochází k mírnému obsahově odlišnému rozdělení, v zásadě jsou vymezeny 3 základní okruhy, kdy jedním z nich je právě oblast reprodukčního zdraví (Novotný, Okrajek, 2012, s. 11; Kabíček, Hamanová, 2005, s. 57). Shoda autorů panuje i v tvrzení, že problémové chování vzniká na základě multifaktoriálního působení. Nicméně rodinu vnímáme jako nejdůležitější socializační strukturu. Za důležitou informaci tak pokládáme fakt, že selhání rodiny můžeme považovat za hlavní příčinu takového chování (Marková, 2007b, s. 20; Novotný, Okrajek, 2012, s. 11; Machová, Hamanová, 2002, s. 162; Macek, 2003, s. 78). Správná výchova v rodině je tedy tou nejpodstatnější prevencí. Marková (2007a, s. 139) však hovoří o „krizi rodiny“, prevence tak musí přesahovat rodinné zázemí a být komplexní. Součástí prevence hledejme v činnosti školy a v přístupu zdravotnických a sociálních pracovníků. Zde se nabízí prostor i pro působení porodní asistentky, a to zejména v komunitní péči (Kabíček a Hamanová, 2005, s. 58-6, Zouharová 2005, s. 315, Marková, 2007b, s. 33).

Prvního cíle bylo dosaženo, přesto jsou dohledané poznatky k tématu nevyčerpané. Celá problematika je značně obsáhlá, nicméně cílem práce bylo její pouhé nastínění.

Druhým cílem bylo předložit poznatky o trendech v sexuálním chování české i evropské populace mladých lidí. Druhá kapitola se snaží přiblížit i úroveň informovanosti adolescentů.

Přestože panuje všeobecný názor, že dnešní adolescenti jsou v sexuální oblasti neuvědomělí a vystaveni řadě sexuálních svodů, nelze toto tvrzení potvrdit. Weiss a Zvěřina (2009, s. 160-163) naopak hovoří o příznivých trendech v sexuálním chování – věk koitarche se nesnižuje, antikoncepční metody jsou užívány důsledněji, populace se chová méně promiskuitně aj. Práce obsahuje výsledky několika studií a v otázce začátku pohlavního života panují nejzřetelnější rozdíly. Weiss, Zvěřina (2009, s. 160-161) udávají věk při prvním styku 18 let. Střelcová, Tellingrová (2006) uvádí průměrný věk okolo 16,1-16,7 let. Švihelová (2003, s. 161-162) přichází s věkem 15-16 let u chlapců a 17-18 let u děvčat. Shoda mezi autory naopak panuje v tvrzení, že v oblasti získávání informací jsou nedostatky nejmarkantnější. Hlavními zdroji informací jsou zdroje nejméně spolehlivé – kamarádi, média, internet. Naopak škola a rodina jako zdroje edukační osvěty selhávají (Weiss, Zvěřina, 2009, s. 160-163; Břendová, Boroňová 2011, s. 76-77; Dvořáková, Drahošová, 2011, s. 85-86). Zajímavé výsledky přinášejí i studie zaměřené na zjišťování motivace k pohlavnímu styku, vlivu náboženského přesvědčení, prostředí a rodiny na sexuální chování. Práce předkládá i výsledky studií, které mapují situaci mezi mladistvými napříč Evropským regionem.

Druhého cíle tedy bylo dosaženo. Na základě zjištěných informací je třeba zdůraznit, zejména potřebu větší angažovanosti porodní asistentky v dané problematice.

Třetím cílem bylo dohledat poznatky o těhotenství adolescentek.

Z hlediska vývoje reprodukčního chování můžeme poukázat zejména na stálé zvyšování věku ženy při prvním porodu (Kocourková, 2011, s. 169; ÚZIS, 2013c, s. 42, 53; ČSÚ, 2011, s. 7-8, 20-21). Jako důvody jsou zmiňovány dostupnost antikoncepce, nové možnosti v seberealizaci (Hrdinová, Winkler, 1999, s. 173; Vašková, 2005, s. 251). Problematika těhotenství u dospívajících se tak může jevit jako bezpředmětná. Dle WHO však ročně porodí asi 15 miliónů adolescentek. Konkrétně v ČR, v roce 2012

hodnota vyšplhala na 782 dětí do 18 -ti let věku matky a 3 069 dětí do 20 let věku matky (WHO, 2009a, s. 97; ÚZIS, 2013c, s. 42). Při nalézání příčin těchto těhotenství, autoři poukazují na rozdílné jevy. Obecně panuje shoda, že příčiny nejdou jednoduše vymezit. Někteří poukazují zejména na životní styl (Hrdinová, Winkler, 1999, s. 173) nebo možnost duševních poruch (Skasková, 2011, s. 378), jiní předkládají výčet možných rizikových faktorů na straně rodinného prostředí, biologických předpokladů a vlivu okolního prostředí (Kilíková, Nemčoková, 2007, s. 248). Z hlediska nalézání důsledků těchto těhotenství musíme konstatovat, že dívky považujeme za nedostatečně zralé, v kontextu fyziologickém, emocionálním i sociálním. Někteří autoři zmiňují spíše problematiku zdravotních komplikací (Machová, Hamanová, 2002, s. 109-110; Kilíková, Nemčoková, 2007, s. 249), jiní zase oblast psychosociální (Hrdinová, Winkler, 1999, s. 173-174; Vašková, 2005, s. 256-257). V oblasti prevence je nejčastěji zmiňována potřeba prohlubování edukačních dovedností a zajištění dostupnosti kontracepčních metod (MZ ČR, 2008, s. 24; Geržová, 2007, s. 20; Skasková (2011, s. 375).

Třetího cíle bylo dosaženo. I v této oblasti lze spatřit možnou edukační úlohu v práci porodní asistentky, která má mládež usměrňovat v sexuální a reprodukční oblasti, popř. být těhotné dívce dobrou průvodkyní na cestě k mateřství.

BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

BŘENDOVÁ, M., BOROŇOVÁ, J. 2011. Rizikové chování adolescentů a jeho prevence. In HRSTKOVÁ, H. *XVII. Luhačovické pediatrické dny: sborník příspěvků*. 1. vyd., Brno: Česká pediatrická společnost, 2011. ISBN 978-80-87450-00-0.

CURRIE, C. et al. 2012. Social determinant of health and well-being among young people: Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey [online]. Copenhagen: WHO Regional office for Europe. [cit. 5. 4. 2014]. ISBN 978-92-890-1423-6. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2011. Porodnost a plodnost 2006 až 2010. ČSÚ [online], 2011, s. 45. [cit. 15. 4. 2014]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4008-11>.

DVOŘÁKOVÁ, Vlasta, DRAHOŠOVÁ, Lenka. 2011. Informovanost o antikoncepci v dorostovém věku. In HRSTKOVÁ, H. *XVII. Luhačovické pediatrické dny: sborník příspěvků*. 1. vyd., Brno: Česká pediatrická společnost, 2011. ISBN 978-80-87450-00-0.

GERŽOVÁ, Hedvika. 2007. Antikoncepce a adolescentka. *Pediatric pro praxi* [online], 2007, 8(1), 20-23. ISSN 1803-5264. [cit. 18. 4. 2014]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/01/04.pdf>.

HAMANOVÁ, Jana, KABÍČEK, Pavel. 2001. Syndrom rizikového chování v dospívání. *Zdravotnické noviny – Příloha: Lékařské listy* [online], 4/2001, 38-40. ISSN: 0044-1996. [cit. 20. 3. 2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/syndrom-rizikoveho-chovani-v-dospivani-132984>.

HEIDER, David. 2007. Význam hranic v dospívání. *Psychologie dnes*, 2007, 13(1), 26-29. ISSN 1212-9607.

HRDINOVÁ, J., WINKLER, J. 1999. Důsledky těhotenství adolescentních matek. *Československá pediatrie: časopis Pediatrické společnosti*, 1999, 54(3), 172-174. ISSN 0069-2328.

KABÍČEK, Pavel, HAMANOVÁ, Jana. 2005. Prevence rizikového chování v dospívání. *Postgraduální medicína – příloha* [online], 2/2005, 57-58. [cit. 20. 3. 2014]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-rizikoveho-chovani-v-dospivani-166584>.

KILÍKOVÁ, Mária, NEMČOKOVÁ, Adriana. 2007. Podpora zdravia tehotných adolescentiek. *Kontakt* [online], 2007, vol. 9, no. 2, 247-253. [cit. 15. 4. 2014]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327121047477285.pdf>

KOCOURKOVÁ, Jana, KOUTEK, Jiří. 2005. Spektrum autodestruktivity v adolescenci – rizikové chování, sebepoškozování, suicidalita. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa* [online], 40(4), 374-379. [cit. 1. 4. 2014]. ISSN 055-5574. Dostupné z: <http://www.vudpap.sk/sub/vudpap.sk/images/CelyCasopis/papd-2005-4-text.pdf>.

KOCOURKOVÁ, Jiřina. 2011. Specifické reprodukční chování žen mladších 20 let. In ŠULOVÁ, L., FAIT, T., WEISS, P. a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. 1. vyd. Praha: MAXDORF s.r.o., 2011. s. 169. ISBN 978-80-7345-238-4.

LABÁTH, Vladimír a kol. 2001. *Riziková mládež*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. s. 157 ISBN 80-85850-66-4.

LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. 1998. *Vývojová psychologie*. 3. vyd., přepracované a doplněné. Praha: Grada s.r.o., 1998. s. 344. ISBN 80-7169-195-X

MACEK, Petr. 2003. *Adolescence*. 2. upravené vydání. Praha: Portál s.r.o., 2003. s. 141. ISBN 80-7178-747-7.

MACHOVÁ, Jitka, HAMANOVÁ, Jana. 2002. *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1. vyd. Praha: H & H, 2002. s. 197. ISBN 80-86022-94-3.

MARKOVÁ, Marie. 2007a. Vliv sociální opory na rizikové chování dospívajících. *Kontakt* [online], 1/2007, 137-140. [cit. 20. 3. 2014]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327103438788946.pdf>.

MARKOVÁ, Marie. 2007b. *Vliv socioekonomických a demografických faktorů na problémové chování a kvalitu života mládeže – disertační práce* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta. [cit. 20. 3. 2014]. ISBN nevedeno. Dostupné z: http://theses.cz/id/90kqbx/downloadPraceContent_adipldno_9657.

MARKOVÁ, Marie. 2008. Vliv sociálních faktorů na problémové chování adolescentů. *Pediatric pro praxi* [online], 2008, 9(3), 190-191. [cit. 20. 3. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/03/11.pdf>.

MELGOSA, Julián. 2000. *Žít naplno, kniha o dospívání*. 1. dotisk 1. vyd. Praha: Advent-Orion s.r.o., 2000. s. 191. ISBN 80-7172-300-2.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2008. Zdraví pro všechny v 21. století: Usnesení vlády a popis cílu programu Zdraví pro všechny v 21. století – příloha [online]. 2008. [cit. 18. 3. 2014]. ISBN nevedeno. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html.

NOVOTNÝ, Jan Sebastian, OKRAJEK, Petr. 2012. Vliv vybraných charakteristik rodinného prostředí na rizikové chování 15letých adolescentů. *E-psychologie* [online], 2012, 6(2), 9-21. [cit. 20. 3. 2014]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/novotny-okrajek.pdf>.

ONDREJKA, Igor, FARSKÝ, Ivan, SPITKA, Milan. 2006. Psychopatologické aspekty expozice dětí a adolescentov sexuálním obsahem v masmédiích. *Psychiatrie pro praxi* [online], 2006, 7(2), 76-79. [cit. 24. 4. 2014]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2006/02/06.pdf>.

PETŘÍČKOVÁ, Jitka. 2006. Mají studenti středních škol zájem o výuku výchovy k partnerství, manželství a rodičovství? In MITLÖHNER, M., ed. *14. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice: Pardubice 2006, 14. -16. září 2006: sborník referátů* [online], 1. vyd. Praha: SPRSV. [cit. 14. 4.

2014]. ISBN nezjištěno. Dostupné z:
<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006101901>.

SEJBALOVÁ, Petra, REGULI, Helena. 2007. Naše zkušenosti s atypickými sexuálními projevy mladistvých. *Psychiatrie pro praxi* [online], 2007, 8(3), 135-137. [cit. 24. 4. 2014]. ISSN 1803-5272. Dostupné z:
<http://solen.cz/pdfs/psy/2007/03/09.pdf>.

SKASKOVÁ, Pavla. 2011. Cesty k rodičovství nezletilých matek. In HELLER, D., MICHÁLEK, P, eds. *Psychologické dny 2010: Cesty psychologie a psychologie cest* [online]. Praha: PEF ČZV a ČMPS, s. 373-381. [cit. 15. 4. 2014]. ISBN 978-80-213-2193-9. Dostupné z:
<http://cmeps.ecn.cz/pd/sbornik2010.pdf>.

SPIPKOVÁ, Jana. 2013. Sexuologické problémy u dětí. *Pediatric pro praxi* [online], 2013, 14(2), 78-80. [cit. 10. 4. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z:
<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/02/02.pdf>.

STŘELCOVÁ, Hana, TELLINGEROVÁ, Dagmar. 2006. Zahájení pohlavního života mládeže. In MITLÖHNER, M., ed. *14. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice: Pardubice 2006, 14. -16. září 2006: sborník referátů* [online], [cit. 14. 4. 2014]. 1. vyd. Praha: SPRSV. ISBN nezjištěno. Dostupné z:
<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2007012703>.

SZABÓ, Ivan, ŠVIHELOVÁ, Dagmar. 2001. Skúsenosti mladých ľudí v oblasti sexuality. In MITLÖHNER, M., ed. *9. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice: Pardubice 2001, 18. -20. října 2001: sborník referátů*. 1. vyd. Praha: SPRSV, 2001. s. 142. ISBN 80-86559-02-5.

ŠVIHELOVÁ, Dagmar. 2003. Postoje adolescentov k predmanželskej sexualite. In MITLÖHNER, M., ed. *11. celostátní kongres k sexuální výchově v České republice: Pardubice 2003, 9. -11. října 2003: sborník referátů*. 1. vyd. Praha: SPRSV, 2003. s. 206. ISBN 80-86559-23-8.

UZEL, Radim. 2002. Antikoncepce a potraty v ČR a ve světě. *Interní medicína pro praxi* [online], 2002, 4(8), 4-6. [cit. 16. 4. 2014]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/int/2002/08/14.pdf>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2013a. Pohlavní nemoci 2012. *ÚZIS ČR* [online], 2013, s. 42. [cit. 5. 4. 2014]. ISSN 1210-8634. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/pohlavni-nemoci>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2013b. Potraty 2012. *ÚZIS ČR* [online], 2013, s. 99. [cit. 16. 4. 2014]. ISSN 1210-8642. Dostupné z: <http://uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/potraty>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2013c. Rodička a novorozenec 2012. *ÚZIS ČR* [online], 2013, s. 130. [cit. 15. 4. 2014]. ISSN 1213-2683. Dostupné z: <http://uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/rodicka>.

VAŠKOVÁ, Renáta. 2005. Bariéry a předpoklady vzniku nové rodiny jako samostatné jednotky u -náctiletých matek. *Demografie*. 2005, 47(4), 251-264. ISSN 0011-8265.

WEISS, Petr. 2011. Vývoj pohlavní identity. In ŠULOVÁ, L., FAIT, T., WEISS, P. a kol. *Výchova k sexuální reprodukčnímu zdraví*. 1. vyd. Praha: MAXDORF s.r.o., 2011. s. 71-76. ISBN 978-80-7345-238-4.

WEISS, Petr, ZVĚŘINA, Jaroslav. 2009. Sexuální chování české populace. *Urologie pro praxi* [online], 2009, 10(3), 160-163. [cit. 3. 4. 2014]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/03/02.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2001. *WHO regional strategy on sexual and reproductive health*. [online]. Denmark: WHO [cit. 10. 4. 2014]. ISBN nezjištěno. Dostupné z: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2009a. *A snapshot of the health of young people in Europe, A report prepared for the European Commission Conference on Youth Health*. [online]. Denmark: WHO [cit. 14. 4. 2014]. ISBN nezjištěno. Dostupné z: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0013/70114/E93036.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2009b. *Basic Documents. Forty-seventh Edition*. [online]. Geneva: WHO [cit. 1. 3. 2014]. ISBN 978-92-4-165047-2. Dostupné z: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/basic-documents-47-en.pdf>.

ZOUHAROVÁ, Alena. 2005. Úkoly dětské sestry v prevenci rizikového chování dětí a mládeže. *Pediatric pro praxi* [online], 2005, 6(6), 314-315. [cit. 1. 4. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/ped/2005/06/10.pdf>.

ŽÁČKOVÁ, Markéta, THEINER, Pavel. 2008. Problémové chování u adolescentů – poruchy chování, hyperkinetické poruchy a poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek. *Pediatric pro praxi* [online], 2008, 9(6), 345-349. [cit. 20. 3. 2014]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/neu/2008/06/05.pdf>.

SEZNAM ZKRATEK

AJ	anglický jazyk
Aj.	a jiné
ČJ	český jazyk
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
EU	Evropská unie
GAPS	Guidelines for Effective Adolescent Preventive Services
HBSC study	Health behaviour in school-aged children study
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví
např.	například
resp.	respektive
s.	strana
STIs	Sexually transmitted infections
UPT	umělé přerušování těhotenství
USA	United States of America
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization