

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Tereza Videnková

Gramotnost žen v akceptaci na reprodukční zdraví českých žen

Olomouc 2017

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Hřivňová, PhD.

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval/a samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal/a, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne

.....
Bc. Tereza Videnková

Ráda bych poděkovala Mgr. Michaele Hřivnové, PhD. za odborné vedení mé práce, cenné rady, trpělivost, vstřícný a upřímný přístup. Také bych ráda poděkovala všem respondentkám, které byly ochotné se zúčastnit výzkumného šetření. Nesmírně děkuji za podporu své mamince, která obětavě pomáhala při vyhodnocování dat v dotaznících a byla mi oporou. Také bych chtěla poděkovat příteli Filipovi a kamarádce Lence za jejich toleranci a podporu, bez které by tato práce nevznikla. V neposlední řadě také děkuji kamarádce Nikči za pomoc při vyhodnocování dat v dotaznících a Dominikovi a Janě za pomoc při statistickém vyhodnocování dat.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 GRAMOTNOST	10
1.1 Zdravotní gramotnost	10
2 ZDRAVÍ.....	13
2.1 Determinanty zdraví.....	13
2.2 Prevence	14
3 REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ.....	17
3.1 Definice reprodukčního zdraví.....	17
3.2 Faktory ovlivňující reprodukční zdraví jedince	18
3.3 Faktory ovlivňující reprodukční zdraví společnosti.....	21
3.4 Gynekologické preventivní prohlídky.....	21
3.5 Mamografický screening.....	22
3.6 Celosvětové programy v péči o zdraví ženy	23
3.7 Výchova k reprodukčnímu zdraví	25
4 SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ.....	37
4.1 Rizikové sexuální chování	41
4.2 Důsledky sexuálně rizikového chování v dospívání	43
4.3 Rizikové a ochranné faktory sexuálně rizikového chování.....	44
5 VENEROLOGICKÉ CHOROBY	45
5.1 Kapavka.....	45
5.2 Syfilis	46
5.3 Chlamydiové infekce	47
5.4 Ulcus molle	48
5.5 Venerické bradavice.....	48
5.6 Herpes genitalis	49

5.7	Trichomoniáza.....	49
5.8	Kandidóza	50
5.9	HIV/AIDS	50
6	ANTIKONCEPCE	52
6.1	Přirozené metody antikoncepce	52
6.2	Bariérové metody antikoncepce.....	55
6.3	Chemické metody antikoncepce	56
6.4	Hormonální metody antikocepce	57
7	ANATOMICKO – FYZIOLOGICKÁ SPECIFIKA REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU ŽENY	62
7.1	Anatomie ženských reprodukčních orgánů.....	62
7.2	Fyziologie ženských reprodukčních orgánů.....	65
8	INTIMNÍ HYGIENA ŽENY.....	68
8.1	Sexuální hygiena	69
8.2	Menstruační hygiena	70
8.3	Pomůcky menstruační hygieny	71
9	METODOLOGIE PRÁCE.....	76
9.1	Charakteristika výzkumného šetření	76
9.2	Cíle výzkumu a výzkumné hypotézy	77
9.3	Metodologické nástroje výzkumného šetření.....	78
9.4	Administrace výzkumu	79
9.5	Výzkumný soubor	79
9.6	Charakteristika souboru	81
9.7	Charakteristika výzkumného šetření	84
9.8	Testování hypotéz	116
	DISKUZE	123
	ZÁVĚR..	130

SOUHRN	132
SUMMARY	133
BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE	134
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ.....	143
SEZNAM GRAFŮ	144
SEZNAM TABULEK.....	146
SEZNAM PŘÍLOH.....	147
ANOTACE	

ÚVOD

Lidská sexualita je podstatnou složkou lidské motivace, která je zdrojem pozitivních i negativních emocí. Pro skupiny či kolektivy lidí platí, že se snaží určitým způsobem snižovat nebo eliminovat různé problémy a konflikty, které by mohly ovlivnit jejich sexuální chování. Lidská sexualita je význačně orientovaná na lidskou reprodukci, jelikož má podstatný vliv na předávání genetických informací a vzniku nové lidské generace. Sexuální chování obyvatel má výrazný vliv na společnost a je úzce spojeno s otázkami ohledně reprodukčního zdraví, které jsou stále velmi aktuální. Zachování reprodukčního zdraví u mužů i u žen je cílem k udržení zdravé lidské populace, která je schopná plodit zdravé potomky.

Nejdůležitější období, které má výrazný vliv na uchování reprodukčního zdraví, je dospívání. Nesprávně podané informace mladistvým a negativní chování může narušit zdraví jedince, a vyústit v neplodnost a neschopnost porodit zdravé potomky. Každý muž i žena by měli být seznámeni s problematikou sexuálního a reprodukčního zdraví jak ze strany rodiny, tak ze strany školy, která toto téma zařazuje do vzdělávacích oblastí Člověk a jeho svět a Člověk a zdraví, které jsou vyučovány na prvním a druhém stupni základního vzdělávání (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2016).

Problematika reprodukčního zdraví se objevuje až v 50. letech 20. století díky čtenějším problémům souvisejícími s vysokými počty provedených interrupcí, dále je spojená s epidemií HIV/AIDS, která propukla v 90. letech 20. století. Mezi další definované problémy řadíme nedostatečnou výchovou k sexuálně reprodukčnímu zdraví, k partnerství a rodičovství, nedostupnost kvalitních zdravotních služeb a nedostupnost antikoncepčních prostředků, vysoká mateřská úmrtnost a vysoká míra neplodnosti. Dle Světové zdravotnické organizace je sexuální a reprodukční zdraví jednou z hlavních priorit, kterými se organizace zabývá. Pokud muž a žena pečují o své reprodukční zdraví, docílí toho, aby se snižoval počet provedených interrupcí, používaná jako první možnost v zamezení těhotenství (Urbanová, 2010).

Ženy jsou nejvíce zasaženy problémy spojenými s reprodukčním zdravím, jelikož jsou vystaveny rizikům a komplikacím z těhotenství a při porodu, také jsou ohroženy

neplánovaným těhotenstvím v mladém věku a trpí komplikacemi z potratů. Ženy také podléhají komplikacím způsobeným užíváním antikoncepce a jsou častěji ohroženy sexuálně přenosnými chorobami. Krom toho je velice rizikové sexuální chování žen, které může ovlivnit jejich zdraví. Řadíme zde vysoký počet sexuálních partnerů, časný začátek pohlavní aktivity, promiskuitní chování, krvavé a anální sexuální praktiky, nahodilé známosti, prostituční chování a absence bariérové antikoncepce. Je nutné prosazovat rovnost žen a posilovat tak jejich postavení ve společnosti (Hamanová, 2014).

Teoretická část diplomové práce je zaměřena na problematiku sexuálního a reprodukčního zdraví a seznamuje čtenáře s její problematikou, organizacemi zabývajícími se otázkami reprodukčního zdraví, které aktuálně pomáhají zvyšovat zdravotní gramotnost žen v chudých oblastech a eliminovat tak negativní vlivy na jejich schopnost reprodukce. Teoretická část je zpracována metodou analýzy textových dokumentů. Mezi další témata této práce patří zdravotní gramotnost, zdraví, reprodukční zdraví, kde se čtenář seznámí s různými definicemi, faktory ovlivňujícími reprodukční zdraví jedince i společnosti, v rámci prevence jsou popsány gynekologické prohlídky, mamografické vyšetření a samovyšetřování prsou, celosvětové programy v péči o zdraví ženy a výchova k reprodukčnímu zdraví, kde je objasněna historie sexuální výchovy od roku 1945 po současnost a cíle sexuální výchovy. Další kapitola popisuje sexuální chování obyvatel ČR a rizikové sexuální chování a jeho vliv na zdraví jedince, venerologické choroby, které jsou stručně popsány. Antikoncepční metody přirozené, bariérové, chemické a hormonální. Další kapitolou je anatomicko – fyziologická specifika ženských pohlavních orgánů, které dělíme na vnitřní a vnější. Dále je popsán ovulační cyklus, menstruační cyklus a menopauza. Poslední kapitolou je intimní hygiena ženy, kde je objasněna sexuální hygiena, menstruační hygiena a pomůcky menstruační hygieny.

Empirická část práce obsahuje kvantitativní výzkum, který byl proveden pomocí dotazníkového šetření a statistického zpracování dat. Citace použitých pramenů a publikací vychází z metodiky citační normy ČSN ISO 690.

Velkou inspirací pro napsání této diplomové práce byl výzkum provedený sdružením gynekologů Medicus pro Femina v 90. letech, který byl zaměřen na názory lékařů

ohledně reprodukčního zdraví českých žen. Výsledky poukazyvaly na to, že ženy nedostatečně pečují o své reprodukční zdraví a reprodukční orgány a je proto nutné zvýšit informovanost žen ohledně sexuálního a reprodukčního zdraví.

Druhým impulzem pro sepsání této práce byly přednášky Mgr. Michaely Hřivnové, PhD., které jsem absolvovala v prvním ročníku navazujícího magisterského studia, obor Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, která mě na tolik zaujala, že jsem se po absolvování předmětu s vyučující domluvila na tématu diplomové práce a společně se tak pustily do zkoumání této problematiky.

Diplomová práce je zaměřena na sexuální a reprodukční zdraví ženy zejména z toho důvodu, protože se problematika reprodukčního zdraví týká hlavně žen, jelikož z biologického hlediska mají při reprodukci větší váhu. Muž musí být schopen oplodnit ženu, ale žena je ta, která musí být schopna otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě. Z velké části reprodukce probíhá v pohlavních orgánech ženy, tudíž je stěžejní, aby žena udržovala a zachovávala své zdraví.

1 GRAMOTNOST

Pojem gramotnost charakterizuje schopnost číst, psát a počítat, avšak s rozvojem techniky a vzdělanosti je možno pohlížet na gramotnost víceúčelově. Pojem gramotnost nesouvisí pouze se znalostmi pojmů, jejich porozumění v dané oblasti, ale i dovednost je použít a využít v praktickém životě. Je nutné, aby každý jedinec rozvíjel své vlastní schopnosti, aby dokázal najít a využívat informace (Vašíčková, 2016). Gramotnost je důležitá v různých odvětvích, je známa gramotnost finanční, informační, jazyková, mediální, zdravotní či počítačová. Gramotnost se užívá v těchto spojeních z důvodu naznačení skutečnosti, že nestačí pouze znát jednotlivé pojmy, ale je důležité porozumět jim a jejich obsahu, chápat jejich význam v různých souvislostech a umět je prakticky využít (Altmanová, 2010).

1.1 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

Zdravotní gramotnost je dynamický pojem, který se neustále mění, a proto je nutné, aby si lidé stále osvojovali nové informace a tím se aktivně podíleli na rozvoji zdraví celé populace. Pomocí zvyšování zdravotní gramotnosti u lidí pomáháme posílit jejich zdraví. Proto je důležité, aby se zdravotní gramotnost stala součástí výchovy, jelikož si tím děti osvojí v dětství základní znalosti, dovednosti a návyky, které se podílí na budování jejich postojů a potřeb, které v budoucnosti zvyšují kvalitu jejich zdraví a tím dochází ke zvyšování zdravotního stavu celé populace. Pokud se zvýší zdravotní gramotnost populace, sníží se ekonomické náklady na řešení zdravotních problémů. Prostřednictvím zdravotní gramotnosti se každý jedinec zapojuje a pečuje tak o své zdraví a svými postoji může ovlivnit rozvoj systému zdravotní péče a tím se podílet na zvýšení zdraví celé populace (Holčík, 2010).

Dle Centra pro strategie zdravotní péče (*Center for Health Care Strategies*, 2013) je „zdravotní gramotnost schopnost číst, rozumět, zpracovat, pochopit a jednat na základě zdravotních informací.“ Jiné definice uvádějí schopnosti vykonávat správná zdravotní rozhodnutí nebo uvádí, že k rozvoji gramotnosti dochází při komunikaci zdravotníků s pacienty, a tím rozvíjejí jejich znalosti, dovednosti a návyky. Dle WHO (*World Health Organization*) je „zdravotní gramotnost kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získávat přístup ke zdravotním

informacím, rozumět jim a využívat je k rozvoji a udržení dobrého zdraví“ (Kickbusch et al, 2013, s. 4).

Dle Holčíka (2010) souvisí se zdravotní gramotností tří úrovně gramotnosti. První z nich, *funkční zdravotní gramotnost*, je úzce spojená se zdravotní výchovou obyvatel, s poskytováním informací a se schopností se vypořádat se zdravotnickým systémem. Cílem této oblasti je podávat informace široké veřejnosti prostřednictvím letáků a brožur a zvýšit tak jejich znalosti ohledně zdravotních rizikových faktorů a napomáhat tak zlepšit jejich zdraví tím, že se budou obyvatelé účastnit očkování a dodržovat pravidelné preventivní prohlídky.

Interaktivní zdravotní gramotnost je zaměřena na budování osobnosti každého jedince, čímž posiluje jeho sebedůvěru a odpovědnost. Důležitá je motivace lidí, tedy vést je k tomu, aby se dokázali samostatně rozhodnout, ale také aby uměli vyhovět radám zdravotníků a přispěli tak ke zlepšení svého zdraví.

Kritická zdravotní gramotnost je schopnost jedince se podílet a vytvářet příznivé zdravotně sociální prostředí prostřednictvím svých osobních rysů, ale také pomocí svých sociálních a politicky orientovaných činností.

Úroveň zdravotní gramotnosti závisí na celkové úrovni vzdělanosti obyvatel. Nízká gramotnost nepomáhá rozvíjet zdravotní gramotnost, ale limituje rozvoj každé osobnosti. Je však nutné zmínit, že nízká zdravotní gramotnost nesouvisí s nízkou gramotností, jelikož i lidé s vyšším vzděláním mohou mít problémy se získáváním a pochopením informací.

V rámci Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020 je jedním z hlavních cílů rozvoj zdravotní gramotnosti populace. Nástrojem realizace programu Zdraví 2020 v České republice je Akční plán rozvoje zdravotní gramotnosti. Z výzkumů z let 2014 – 2015 vyplývá, že v České republice je zdravotní gramotnost nízká, svědčí o tom životní styl a zdravotní stav obyvatel. Nízká zdravotní gramotnost vede k rozhazování peněz v systému zdravotní péče. Co se týče zvyšování zdravotní gramotnosti v oblasti reprodukčního zdraví, je nutné zlepšit kvalitu a dostupnost informací, a to zejména výchovou a vzděláním adolescentů v oblasti

prevence, sexuálního chování a rizikového sexuálního chování nebo prevence v oblasti pohlavně přenosných chorob (Akční plán Ministerstva zdravotnictví, 2015).

Dle Holčíka (2011, s. 12) je inspirací švédská zdravotní politika, která je zaměřena na 11 hlavních cílů, kde jedním z cílů je Bezpečný pohlavní život a dobré reprodukční zdraví. Cíl je zaměřen na *„bezpečný pohlavní život a dobré reprodukční zdraví je jedním z předpokladů plného a uspokojivého lidského života. Důležitý je rozvoj zdravotní výchovy, plánování rodiny, mateřská péče a pomoc rodinám s dětmi.“*

Jedním ze zajímavých projektů v České republice je projekt HOP – Hravě o prevenci, zvyšující zdravotní gramotnost žáků. Jedná se o dlouhodobý projekt školské primární péče, který je zaměřen na oblast rizikového chování a je určen pro žáky 1. – 9. tříd základních škol a 1. ročníku středních škol Ústeckého kraje. Jedním z bodů preventivního programu je také oblast Reprodukčního zdraví uskutečňována pro žáky osmých a devátých tříd základní školy. Mezi základní témata patří antikoncepce, bezpečný sex, oddálení začátku sexuální aktivity a jejichž cílem je *„vytvoření správných postojů, způsobů chování a zodpovědnosti v oblasti prevence pohlavně přenosných chorob a zvýšení úrovně znalostí o možnostech prevence pohlavně přenosných chorob.“* Mezi další témata patří oblast Pohlavně přenosných chorob, kde se žáci učí o anatomii reprodukčních orgánů, o sexuálně přenosných chorobách, prevenci a bezpečném sexu (Milerová a Nevečeřalová, 2016).

2 ZDRAVÍ

Zdraví hraje nejdůležitější roli v životě každého člověka, díky němu uskutečňujeme naše životní cíle, pracovní záměry a naše přání. Uchování zdraví a jeho následný rozvoj je jedna z nejdůležitějších předností každého jedince a také celé společnosti, jelikož má vliv jak na hospodářství, tak na sociální rozvoj (Machová a Hamanová 2002). Světová zdravotnická organizace (WHO, *World Health Organisation*) definovala zdraví jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli pouze nepřítomnost nemoci či vady.“ (2009, s. 1). Definice zdraví dle WHO poukazuje na zdraví jako na žádoucí hodnotu zahrnující problematiku biologického, psychického a sociálního zdraví. Na druhou stranu definice zdraví opomíjí složku spirituální (Křivohlavý, 2001).

Bureš (1960) zato uvedl: „zdraví je potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky (působením) vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí“.

Dle Žáčka (1998, s. 137) je: „zdraví relativně optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám prostředí“.

Čeledová a Čevela (2010, s. 19) tvrdí: „zdraví je optimální stav tělesné, psychické, sociální pohody a duchovní pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám prostředí. Individuální hodnota zdraví je spojena s pudem sebezáchovy. Sociální hodnota zdraví vychází z poznání, že každý populační celek musí věnovat pozornost zdraví lidí, pokud chce přežít“.

Je nutné zmínit holistický model zdraví, jež se zabývá dimenzemi, které ovlivňují zdraví každého jedince. Holismus jako filozofický směr se zabývá člověkem jako celkem a jeho potřebami. Celky ovlivňující zdraví jedince jsou rozděleny do čtyř základních složek – tělesné, duševní, sociální a spirituální. Všechny tyto části tvoří systém, kde každá část ovlivňuje části ostatní a tvoří tak jeden celek, který ovlivňuje zdraví a nemoc každého jedince.

Zdraví je důležitý prostředek k uskutečňování životních cílů, které si určí každý člověk sám. Tudíž je zdraví chápáno jako individuální stav každého člověka, za které je každý sám zodpovědný. Avšak musíme také brát v úvahu nejen zdraví každého člověka, ale i jeho podmíněnost celé společnosti či komunit (Zacharová, 2007).

Podle Křivohlavého (2001, s. 40) je zdraví definováno: „*zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí*“. Zdraví patří mezi základní lidské potřeby ovlivňující kvalitu našeho života, proto je velice důležitá prevence, dostupnost zdravotních služeb, životní styl každého jedince a okolí, ve kterém člověk existuje. Zdraví je však ovlivňováno dalšími různými vnějšími či vnitřními faktory, které známe jako determinanty zdraví.

2.1 DETERMINANTY ZDRAVÍ

Zdraví člověka je ovlivňováno kladným i záporným působením odlišných faktorů. Některé determinanty jsou vrozené (vnitřní) neboli biologické, jež ovlivňují naše zdraví z 15 – 20 % a každý jedinec je získává na začátku svého ontogenetického vývoje od svých rodičů. Patří zde také různé vrozené vady či dispozice ke vzniku určité nemoci. Ostatní jsou získané neboli zevní, mezi které patří životní styl neboli způsob života jedince, životní a pracovní prostředí, ve kterém se pohybujeme, dostupnost a kvalita zdravotnické péče (Machová a Kubátová, 2010).

Životní styl neboli způsob života, který vedeme, je ústřední determinantou zdraví, která ho ovlivňuje z 50 %. Na životní styl mají vliv biologické determinanty, ale vliv má také prostředí a společnost, ve které daný jedinec vyrůstá.

Dle Machové a Kubátové (2002) je životní styl ovlivněn individuálním chováním každého člověka a jeho výběrem z různých možností v dané životní situaci. Životní styl má na zdraví zásadní vliv, proto je nutné učit a vychovávat děti ke zdravému životnímu stylu a učit je zodpovědnosti za své zdraví.

Mezi nedravný životní styl nepatří jen abúzus tabáku a konzumace alkoholu, nesprávná výživa a nedostatečná pohybová aktivita, ale také sexuální rizikové chování,

kteřé ovlivňuje jak mužské, tak ženské reprodukční zdraví (Machová a Hamanová, 2002).

Tento druhý determinant, ovlivňující naše zdraví z 15 – 20 %, je určen podmínkami, ve kterých člověk žije. Patří sem úroveň a dostupnost vzdělání, dále tento determinant vymezuje pracovní podmínky, právní ochranu, bydlení, služby či dopravu. Mezi fyzikální vlivy můžeme zařadit hluk, ovzduší, dostupnost pitné vody a výživy a vliv elektromagnetického záření (Čevela, 2015).

Efektivita, kvalita a dostupnost zdravotní péče ovlivňuje zdraví z 10 – 15 %. Patří zde pokrok a rozvoj medicíny, zkvalitňování lékařské techniky, zdravotní politika, dostupnost zdravotní péče, zdravotnický systém v dané zemi a jeho úroveň, organizace, financování a řízení zdravotnictví (Čevela, 2015).

2.2 PREVENENCE

Prevenici můžeme charakterizovat jako soubor činností zaměřených proti nemocem a snahou předcházet vzniku různým onemocněním. Prevence je řízena buď individuálně, tedy u každého jedince zvlášť, nebo v rámci celé společnosti. Prevenici dělíme na primární, sekundární a terciární (Machová a Kubátová, 2010).

Primární prevence je spojována s obdobím před začátkem onemocnění, tudíž je jejím cílem předejít vzniku onemocnění. Primární prevence je zaměřena na různorodé aktivity, které posilují naše zdraví nebo je mířena na odstranění různých rizikových faktorů, které mohou později negativně ovlivnit zdraví jedince. Mezi ně patří například různá očkování (Fait, 2011).

U *sekundární prevence* je důležitá časná a efektivní diagnostika onemocnění a jeho vhodná a účinná léčba. Řadíme zde preventivní prohlídky, jejichž cílem je časná diagnostika nemoci a předcházení tak různému nežádoucímu průběhu nemoci a zabránění komplikacím. Zde řadíme preventivní gynekologické prohlídky (Fait, 2011).

Terciární prevence je zaměřena na důsledky různých onemocnění, vad, dysfunkcí či handicapů vedoucích k trvalé imobilitě a invaliditě. Cílem terciární prevence je tedy redukovat na nejnižší možnou míru následky nemocí, které mohou vést

ke ztrátě zaměstnání či sociálního statutu, a udržet tak co nejdéle kvalitu života (Machová a Kubátová 2010).

3 REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ

Definice reprodukčního zdraví začaly být tvořené až v důsledku nekontrolovatelného populačního růstu v 50. letech 20. století v rozvojových zemích světa. V Evropě se v té době začal regulovat populační růst pomocí interrupcí, které byly voleny jako první možnost zamezení těhotenství z důvodu neznalosti obyvatelstva ohledně jiných antikoncepčních metod, a z důvodu nízké životní úrovně obyvatelstva. S tím souvisely problémy ve zdravotnickém systému, chyběním dostupnosti kvalitní péče a absence výchovy ohledně sexuálního a reprodukčního zdraví. Velkým problémem byla také nedostupnost antikoncepčních metod v některých oblastech a s tím spojený negativní postoj k antikoncepci z důvodu nedostatku kvalitních informací. Mezi další problémy patřily například nezodpovědný přístup mužů k problémům sexuálního chování, chudoba či nedostatek různých preventivních programů sloužících k uchování zdraví člověka (Urbanová, 2010).

Dle Světové zdravotnické organizace je sexuální a reprodukční zdraví nejdůležitější a problematiku s tím spojenou pokládají za jednu ze svých priorit. Důvodem je, že pokud dosáhneme zdravého reprodukčního života, budou ženy schopny porodit další členy lidské populace a předat jim tak svou genetickou informaci. Pokud muž a žena dbá na své reprodukční zdraví, docílí toho, aby se snižoval počet provedených interrupcí, jež je používána jako první možnost v zamezení těhotenství (Urbanová, 2010).

Reprodukční zdraví je ovlivňováno hospodářskými poměry v dané oblasti, vzděláním obyvatelstva, zaměstnáním, životními podmínkami a rodinným prostředím, ve kterém lidé žijí, sociálními vztahy a vztahy mezi pohlavími, tradicemi a právní strukturou dané země. Na sexuální a reprodukční zdraví má vliv také komplex biologických, kulturních a psychosociálních faktorů. Díky tomu není možno dosáhnout plného reprodukčního zdraví u každého jedince pouze změnami a zásahy do zdravotnictví, avšak na druhou stranu nelze problémy spojené s reprodukčním zdravím bez zdravotnických služeb řešit (Guidelines on Reproductive Health, nedatováno).

Ženy jsou nejvíce ovlivněny problémy ohledně reprodukčního zdraví, jelikož čelí a jsou vystaveny rizikům a komplikacím z těhotenství a při porodu. Zároveň

jsou ohroženy neplánovaným těhotenstvím, často v mladém věku, trpí komplikacemi z potratů, nesou břemeno spojené s užíváním antikoncepce a také mají na jejich zdraví vliv STD (*Sexually transmitted diseases*). Dle UNFPA (*United Nations Population Fund*) má problémy spojené s reprodukčním zdravím až 36 % žen celého světa, zatímco u mužů je to pouze 12 % (Sexual & reproductive health, 2016).

3.1 DEFINICE REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ

Reprodukční zdraví se zabývá oblastí rozmnožování, tedy reprodukce a to jak u mužů, tak u žen. Dle Machové a Hamanové (2002, s. 50) můžeme definovat reprodukční zdraví jako „*schopnost oplodnit (u muže), otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě (u ženy)*.“ Z definice tedy vyplývá, že pro reprodukci z biologického hlediska hraje důležitější roli žena než muž. Ten krom oplodnění zajišťuje ženě stabilitu, ochranu a emocionální podporu. Významný je tedy fyziologický vývoj pohlavních orgánů jak u muže, tak u ženy a schopnost každého jedince zachovat jejich zdraví (Machová a Hamanová, 2002).

Dle WHO (1988) je reprodukční zdraví definováno jako „*stav úplné fyzické, mentální a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo poruchy, ve všech případech vztahujících se k reprodukčnímu systému, k jeho funkcím a procesům. Reprodukční zdraví zahrnuje i lidskou schopnost mít uspokojení přinášející sexuální život, schopnost reprodukovat se, také svobodu se rozhodnout, kdy a jak často tak konat*“ (Vránová, 2010, s. 19). Tato definice byla poprvé uvedena v Akčním programu OSN (*Organizace spojených národů*) prezentovaným na mezinárodní konferenci o populaci a rozvoji, konané roku 1994 v Káhiře. Definice reprodukční zdravotní péče dle WHO zahrnuje také různé metody, služby a techniky, které přispívají k udržení zdraví a pohody prostřednictvím prevence a léčby problémů týkajících se reprodukčního zdraví. Je nutné neopomíjet sexuální zdraví, které je součástí reprodukčního zdraví a jehož cílem je posílit člověka jako sexuální bytost, ale také jeho osobní vztahy a rozvíjet jeho schopnost lásky, a ne pouze poskytovat péči a poradenství vedoucí k rozmnožování (Cook et al, 2003).

Podobnou definici jako WHO vytvořila Ženevská nadace pro zdravotnické vzdělávání a výzkum (*Geneva Foundation for Medical Education and Research*), která

uvedla, že „reprodukční zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody, ve všech ohledech vztahený k reprodukční soustavě, a to ve všech etapách života. Dobré reprodukční zdraví předpokládá, že lidé budou schopni uspokojujícího a bezpečného sexuálního života, budou schopni se rozmnožovat a převezmou svobodu v rozhodování o těchto otázkách.“ Inspirován jinými definicemi, Havlín (2011, s. 1) vytvořil svou vlastní definici reprodukčního zdraví, „reprodukční zdraví je schopnost se úspěšně, bezproblémově množit, čili mít děti kdy si přeji bez lékařské pomoci“.

Uzel (2006, s. 5) ve svém díle o sexuální výchově uvádí, že „spojení sexuality a rozmnožování pak přináší se sexuálním zdravím také zdraví reprodukční, tedy stav zaručující jeden z nejdůležitějších předpokladů rozvoje lidské společnosti – zdravé potomstvo.“

Reprodukční zdraví je možno ovlivnit, ohrozit a poškodit a to převážně sexuálně rizikovým chováním. Patří zde časný začátek pohlavní aktivity v době nezralosti pohlavních orgánů, rizikové formy sexuálního života a to převážně promiskuitní chování, časté střídání partnerů, vysoká četnost nahodilých sexuálních partnerů a prostitute. S tím souvisí vysoké riziko přenosu STD/STI (*Sexually transmitted diseases, sexually transmitted infections*), vyšší výskyt gynekologických zánětů v oblasti malé pánve a vyšší četnost provedených interrupcí. Výskyt těchto negativních forem chování vede k oslabení funkce rodiny, s vyšším výskytem chudoby, nezaměstnanosti, vyšším užíváním návykových látek, s poklesem hodnotové orientace, liberalizací sexuality a uvolněním tradic a zvyků (Machová a Hamanová, 2002).

Při zasedání WHO a prezentování Akčního programu OSN na mezinárodní konferenci o populaci a rozvoji konané roku 1994 v Káhiře, se zastupitelé dále shodli o tzv. univerzálním přístupu k reprodukčnímu zdraví, to znamenalo, že všechny země světa musí usilovat o to, aby byl dostupný všem lidem světa primární systém zdravotní péče a to nejpozději do roku 2015. Mezi základní pilíře reprodukčního a sexuálního zdraví patří zachování mateřského zdraví a zdraví novorozenců. S tím souvisí podpora žen v oblasti plánovaného rodičovství a infertility, prevence v oblastech sexuálně přenosných chorob, potratů a dalších onemocněních souvisejících s reprodukčním zdravím. Abychom takových cílů dosáhli, je nutné ze světa vymýt chudobu, snížit

dětskou úmrtnost, bojovat proti HIV/AIDS, malárii a jiným chorobám a hlavně prosazovat rovnost žen a posilovat jejich postavení ve společnosti (Say, 2013).

3.2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ JEDINCE

Mezi rizikový faktor, který má vliv na reprodukční zdraví žen i mužů, patří *sexuálně rizikové chování*. Důsledky toho chování ovlivňují emocionální, psychologický a osobnostní rozvoj každého jedince, převážně však jejich zdravotní stav a s tím související pohlavně přenosné choroby. Dále takové rizikové chování může vyústit v těhotenství mladých dívek a v rizika související s graviditou dívek před devatenáctým rokem života (Machová a Hamanová, 2002).

Sexuálně rizikové chování má také vliv na školní docházku. Předčasná sexuální aktivita svádí k záškoláctví, které může zapříčinit nesplnění školní docházky a ukončení studia, s tím souvisí nízká vzdělanost, omezené možnosti zaměstnání a uplatnění na trhu práce i ve společnosti (Urbanová, 2010).

Dalším faktorem je *promiskuitní chování a rizikové techniky pohlavního styku*, mezi které řadíme anální styk a krvavé sexuální praktiky. S promiskuitním chováním, tedy s častým střídáním sexuálních partnerů, souvisí vysoké riziko přenosu sexuálně přenosných chorob a neplánovaných těhotenství (Urbanová, 2010).

Zánětlivá onemocnění ženských pohlavních orgánů jsou převážně infekčního původu, která způsobují plno komplikací. Nejčastěji to jsou rizikové mykotické a chlamydiové infekce, které mohou ovlivnit přirozené obranné mechanismy ženských pohlavních orgánů a neléčené zánětlivé onemocnění mohou vyústit v neprůchodnost vejcovodů a v neplodnost ženy (Machová a Hamanová, 2002).

Drogy a jiné návykové látky ovlivňují reprodukční a sexuální zdraví, jelikož zapříčiňují brzký začátek sexuálního života u chlapců a dívek, s tím souvisí časté sexuální zneužívání a promiskuitní chování. Drogově závislí lidé mají narušený psychosexuální vývin, což může vyústit v infertilitu ženy, předčasným či nechtěným těhotenstvím a spontánním potratům. Jsou známa těžká poškození plodu v důsledku závislých matek na alkoholu, heroinu, pervitinu či kokainu (Anderson, 2005).

Dalším rizikovým faktorem je *obezita či nízká hmotnost žen*. Ženy obézní mají větší problém s otěhotněním a udržením těhotenství, u žen s nízkou hmotností hrozí hormonální nerovnováha, která ovlivní menstruační cyklus ženy. Mezi další faktory patří kouření, které snižuje schopnost oplodnit ženu u mužů. Dalším výrazným rizikovým faktorem je stres, který může ovlivnit tvorbu spermií u mužů a tvorbu a dozrávání vajíček u žen (Urbanová, 2010).

3.3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ SPOLEČNOSTI

Rozlišujeme faktory sociální, individuální a environmentální, které mají vliv na reprodukční a sexuální zdraví každého jedince. Faktory *sociální* se vztahují k různým sociálním institucím, jako jsou školy a náboženské komunity, dále k pracovištím, vládě a vládní politice, kulturním skupinám, skupinám na sociálních sítích, rodinám a dalším projevům související se životem ve skupině. Tyto všechny sociální instituce formují každého člověka a poskytují mu zdroje a příležitosti, které však závisí na úrovni příjmu a vzdělání (Anderson, 2005).

Každou ženu a muže ovlivňuje *sociální prostředí*, ve kterých vyrůstají, přejímají jejich životní styl, názory, přístupy k daným problémům, chování a sociální postavení ve společnosti (Urbanová, 2010).

Individuální faktory jsou takové, které přímo ovlivňují reprodukční zdraví každého jedince. Patří zde faktory biologické a behaviorální. Mezi biologické faktory můžeme zařadit věk, pohlaví či genetickou výbavu, mezi behaviorální patří například stravovací návyky jedince, či zda se udržuje v kondici (Anderson, 2005).

3.4 GYNEKOLOGICKÉ PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY

První preventivní prohlídku má každá dívka absolvovat v patnácti letech nebo při zahájení pohlavního života. Dále pak prohlídky probíhají zpravidla jedenkrát ročně, tzn. po jedenácti měsících od poslední preventivní prohlídky. Nejčastěji se mladé dívky obrací na gynekologa s problémy související s nepravidelnostmi menstruačního cyklu (Machová a Hamanová, 2002).

Při přijetí dívky se zavádí zdravotnická dokumentace s osobními údaji dívky a kontaktem na rodiče, dále je její součástí osobní, rodinná a pracovní anamnéza. Lékař,

gynekolog provádí aspekci a palpaci v oblasti ženských rodidel, vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření, která se neprovádí u virgo dívek, stejně jako odběr cytologického materiálu z děložního čípku. Dále je náplní preventivních prohlídek palpační bimanuální vyšetření s doplněním vyšetření vaginálním ultrazvukem. Každý lékař by měl také poučit dívky a ženy jak si může sama vyšetřit prsa a jak často taková vyšetřování provádět (Vyhláška č.70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách).

3.5 MAMOGRAFICKÝ SCREENING

V České republice byl zaveden celostátní mamografický screening, který funguje od roku 2003 a je organizován pro ženy od 45 do 69 let, avšak od roku 2010 je horní věková hranice zrušena. Pravidelné mamografické kontroly probíhají ve dvouletých intervalech (Roztočil, 2010).

Samovyšetřování prsů by mělo být samozřejmostí pro každou ženu od 20 let a to vždy v první polovině menstruačního cyklu, od 35 let věku by měl vyšetření prsou provádět lékař. Ženám, které mají zatíženou rodinnou anamnézu karcinomem prsu, je doporučeno začít s každoročním mamografickým vyšetřením o pět let dříve, než se objevil karcinom u některé z příbuzných. Cílem mamografie je objevit nehmotné tumory prsu (Fait, 2011).

Samovyšetření prsu má žena provádět před zrcadlem s uvolněnými rukama podél těla. V první fázi se žena zaměřuje pohledem na oba prsy a všímá si jejich tvaru, symetrií, povrchu a změn na pokožce. Prohlížení v zrcadle se provádí zepředu a i z boku, je doporučeno dát poté ruce nad hlavu a založit je za hlavu a sledovat prsa opakovaně. V druhé fázi si žena dá ruce v bok a opětovně provádí kontrolu před zrcadlem. Při třetí fázi zvedne žena jednu paži nad hlavu a druhou rukou provádí pečlivou palpaci celého prsu a to ve všech kvadrantech. Důležité je, zaměřit se na oblast v podpaží. Ve čtvrté fázi se sledují nepravidelnosti, barva, tvar bradavek a možná sekrece z bradavky. Pátá fáze probíhá vleže, žena se položí na záda, opět jednu ruku založí za hlavu nebo v bok a krouživými pohyby prohmatá druhou rukou celé prso. Všechny fáze je nutné zopakovat i na druhém prsu (Machová a Kubátová 2010).

3.6 CELOSVĚTOVÉ PROGRAMY V PÉČI O ZDRAVÍ ŽENY

Kapitola se zabývá celosvětovými programy zaměřující se na reprodukční a sexuální zdraví žen.

MEZINÁRODNÍ FEDERACE PLÁNOVANÉHO RODIČOVSTVÍ

International Planned Parenthood Federation (IPPF) je organizace zabývající se sexuálním a reprodukčním zdravím, ale také plánováním rodiny. Federace byla založena roku 1952 a její součástí je přes 180 zemí z celého světa. Sídlí v Londýně.

Hlavním cílem této organizace je podpora práv žen celého světa a mužů, ohledně rozhodování o počtu dětí, a o tom, kdy by se děti měli narodit. Dále podporují a pomáhají zkvalitnit služby související s reprodukčním a sexuálním zdravím a uspokojovat tak požadavky klientů a jejich potřeby. Dalším cílem je stále zlepšovat úroveň reprodukčního zdraví mužů a žen, zamezit rizikovým potratům, zajišťovat kroky k tomu, aby byly zrovnoprávněny ženy a měly tak stejná práva jako muži (Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2006).

IPPF se snaží pracovat na tom, aby se lidé ve všech zemích světa mohli svobodně rozhodovat o své sexualitě a o svém zdraví a to bez diskriminace ostatních. 81 % lidí, využívající služby a podpory IPPF, byly v roce 2015 ženy. Navíc krom poskytování antikoncepce a služeb souvisejících s potraty, 22,2 milionů žen využilo služeb gynekologických, 9,5 milionů žen využilo služby pediatrické a 13,2 milionů žen využilo služeb porodnických. Navíc poskytují podporu ohledně sexuálního zneužívání a násilí a to hlavně v Africe a Jižní Asii (Women & girl, nedatováno).

Podporují chudé lidi, pro které jsou normální dostupné prostředky příliš drahé. Dobrovolníci proto navštěvují místa, kde edukují chudé obyvatelstvo o sexuálním chování, poskytují antikoncepční metody, podporují zneužívané muže i ženy, ale také homosexuály. IPPF se tak snaží snížit přenos STD a hlavně HIV, a redukovat počty mateřských a novorozeneckých úmrtí (Women & girl, nedatováno).

POPULAČNÍ FOND OSN

United Nations Population Fond (UNFPA) je organizace fungující pod záštitou OSN. Tato organizace vznikla roku 1969 a sídlí v New Yorku. Mezinárodní konference

o populaci a rozvoji poukázala na jasném vztahu mezi reprodukčním zdravím, lidskými právy a udržitelným rozvojem. Pokud nejsou zajištěny reprodukční a sexuální potřeby, jsou jednotlivci zbaveni práva rozhodovat o svém vlastním zdraví, což má také dopad na životní podmínky rodin a jejich budoucí generace. Jelikož ženy rodí děti, nesou odpovědnost za jejich péči a proto problémy reprodukčního a sexuálního zdraví nelze oddělit od rovnosti žen a mužů. Tato práva jsou popírána u lidí žijící v chudobě, kde je nerovnost žen a mužů akorát prohlubována (Guidelines on Reproductive Health, nedatováno).

Proto, aby bylo udrženo sexuální a reprodukční zdraví lidí, je nutné mít přístup k přesným informacím ohledně bezpečné, účinné, cenově dostupné antikoncepci, kterou si každý jedinec vybere dle vlastního uvážení. Dále musí být informováni ohledně sexuálně přenosných chorob, aby se mohli před nimi efektivně chránit. Pokud se ženy rozhodnou mít potomky, musí mít přístup ke službám, které jim pomohou donosit dítě a mít zdravého potomka. Nejvýrazněji jsou těmito problémy zasaženy rozvojové země, kde reprodukční problémy jsou jednou z hlavních příčin úmrtí žen a dívek v reprodukčním věku. Ženy a dívky trpí nechtěnými otěhotněními, samovolnými potraty, ale také vysokým rizikem přenosu STI a mateřské úmrtnosti (Sexual & reproductive health, 2016).

Proto jsou cílovou skupinou organizace UNFPA hlavně mladiství, kteří čelí překážkám v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví. Mladí lidé jsou často nakaženi virem HIV, miliony dívek ročně nechtěně a neplánovaně otěhotní a jsou tak vystaveny rizikům souvisejícím s těhotenstvím a poté mladiství nejsou schopni navštěvovat školy a učit se. Dalším cílem UNFPA je prevence v oblasti pohlavně přenosných chorob. Pracují také s ostatními vládními organizacemi a agenturami OSN aby vytvořili a zajistili univerzální přístup k sexuální a reprodukční zdravotní péči a snaží se tak zajistit integraci poskytování těchto služeb do základního pilíře poskytování zdravotních služeb. Také se snaží klást důraz na zlepšení přístupu zdravotnických služeb pro znevýhodněné skupiny, včetně mladých lidí z městských chudých a vesnických oblastí, domorodého obyvatelstva a žen se zdravotním postižením (Sexual & reproductive health, 2016).

CENTRUM PRO KONTROLU A PREVENCÍ NEMOCÍ

Sekce reprodukčního zdraví (*Division of reproductive health*) nebo globální reprodukční zdraví (*Global reproductive health*) je jedna z částí Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (*Centres for disease control and prevention*) fungující v USA, se sídlem v Atlantě, ve státě Georgia.

Jedna z oblastí veřejného zdraví spojuje země prostřednictvím různých partnerství s cílem zlepšit reprodukční zdraví, znalosti ohledně reprodukčního zdraví a služby dostupné lidem. Tato organizace se snaží zabránit vysokému počtu mateřských úmrtí v rozvojových zemích, zlepšují zdraví žen a novorozenců a podporují ženy v plánovaném rodičovství. Poskytují jim a předepisují vhodné antikoncepční metody a zajišťují jim dostatečné zásoby. Dále se zabývají prevencí a zabráněním přenosu STI a přenosu HIV (mezi partnery, ale i mezi matkou a plodem). Dále poskytují technickou pomoc a tím pomáhají zlepšit reprodukční zdraví mnoha žen a také publikují a prezentují široké veřejnosti data z jejich výzkumných činností (*Global Reproductive Health, 2016*).

PROGRAM WHO O SEXUÁLNÍM A REPRODUKČNÍM ZDRAVÍ V AFRICE

Sexual and Reproductive Health Programme in the WHO (WHO AFRO) sídlí v Brazzaville v Kongu. (WHO AFRO) je program, který podporuje 47 zemí Afrického kontinentu, snažící se zajistit, aby všichni lidé, muži i ženy, mladí a staří, měli přístup ke zdravotnickým službám zajišťující komplexní péči, pomocí různých metod a technik, přispívající k reprodukčnímu zdraví v průběhu celého životního cyklu mužů a žen v Africe. Oblastmi, kterými se zabývá tento program jsou mateřská a neonatální nemocnost a úmrtnost, potraty, nechtěná těhotenství, plánované rodičovství, rodinné plánování, infertilita, STD včetně HIV/AIDS, rakovina děložního čípku, různé problémy týkající se sexuálního a reprodukčního zdraví mladistvých a násilí páchaného na ženách a dětech (*Reproductive and Women's Health, 2015*).

3.7 VÝCHOVA K REPRODUKČNÍMU ZDRAVÍ

V této podkapitole se budeme zabývat historií sexuální výchovy od 2. pol. 20 století, současnou sexuální výchovou, rovinami výchovy k reprodukčnímu a sexuálnímu zdraví a cíly výchovy k sexuálně reprodukčnímu zdraví.

HISTORIE SEXUÁLNÍ VÝCHOVY OD 2. POL. 20. STOLETÍ PO SOUČASNOST

Každý válečný konflikt s sebou přináší rizikové formy sexuálního chování, zejména promiskuitního chování, prostituce, znásilnění a přenos pohlavně přenosných chorob. Dále pak dochází k šíření obrázkových a textových pornografických materiálů. Díky těmto negativním vlivům sexuálního chování jsou pak ovlivňováni i mladiství. Aby došlo k eliminaci těchto nežádoucích vlivů na sexuální chování, je nutná především prevence, které můžeme dosáhnout efektivní sexuální výchovou (Šulová, 2011).

Ke změnám v sexuální výchově dochází po roce 1948, díky sílení vlivu Sovětského svazu. Tento vliv se projevil i ve školních osnovách a učebních plánech. Sexuální výchova se tak začala učit v předmětu přírodopis, a to jen když se probírala rozmnožovací soustava člověka. Žáci se tak dovídali o pohlavním dimorfismu mezi mužem a ženou, seznámili se s anatomií a fyziologií pohlavních soustav a s nimi spojenou hygienu. Vládnoucí strana měla rozhodující slovo v každé oblasti života a v jejích prioritách ohledně učení nebyla sexuální výchova. Avšak ze strany lékařů přišel impuls a zvýšený zájem o sexuální výchovu, z důvodu přípravy budoucích lékařů a učitelů (Janiš, 2012).

Díky absenci mužů v poválečném období přichází volnost při uzavírání manželských sňatků, ale také celoplošná akce zaměřená na potlačení STD, zejména syfilisu u všech mužů v základní vojenské službě. Ve světě v 50. letech dochází k prvnímu výzkumu Alfreda Kinseye v USA (*United States of America*) ohledně lidské sexuality. Pro Československo a sexuální výchovu byl důležitý XII. sjezd KSČ (*Komunistická strana Československa*), na kterém se dohodli, že je důležité věnovat více pozornosti otázkám sexuální výchovy mládeže. Ke změnám došlo v roce 1960, kdy bylo rozhodnuto, aby se do školních plánů devítiletých škol zakomponoval předmět ohledně výchovy mládeže k rodičovství. Ke změně došlo díky zvýšené rozvodovosti a nárůstu počtu interrupcí (Janiš, 2012).

Aby se zvýšilo výchovné působení předmětu, probíhaly současně s výukou i různé besedy na téma *Výchova k rodičovství a pohlavní výchova mládeže* a *Výchova k manželství a rodičovství*. Pro dívky bylo na Základních devítiletých školách vymezeno 33 hodin výuky *Základy péče o dítě*. Prostřednictvím besed s lékaři docházelo ke zvyšování odbornosti a vědeckosti, avšak nepřispěly k dlouhodobému působení

na žáky. V roce 1963 se zavedlo na všech vysokých školách pedagogicky zaměřených předmět Biologie člověka a školní hygiena s cílem komplexně připravit budoucí učitele na učení. Náplní předmětu byla hlavně citová a sociální složka pohlavního života. Poté byl zaveden předmět *Hygiena výchovně vzdělávacího procesu*, který připravoval budoucí učitele jak učit sexuální tematiku žákům na Základní devítileté škole (Janiš, 2012).

První publikací pro učitele byla kniha J. Grosse a M. Fügnerové *Sexuální výchova* z roku 1963. Do konce 60. let došlo k uvolnění totalitního režimu a lidé tak mohli více cestovat do západních zemí, což s sebou přineslo řadu negativního sexuálního chování. Došlo k nárůstu prostituce a pohlavně přenosných chorob a šíření pornografie (Janiš, 2012).

Proto byla od roku 1970 zavedena na *Koncepci výchovy k rodičovství na ZDŠ (Základní devítiletá škola)*, která navazovala na poznatky z předchozích období. Důraz byl kladen na mravní výchovu mladistvých. V té době se také rozšířila tzv. rodičovská výchova, která spočívala v sezení dětí a rodičů, na kterých si měli povídat a rozebírat otázky týkající se osobní hygieny či rodičovství. V průběhu let se sexuální výchova rozšiřuje zejména na střední školy, jelikož se cílovou skupinou stávají mladiství. Roku 1984 vzniká dokument *Zásady a obsahové zaměření výchovy k rodičovství pro střední školy*. Důraz byl kladen zejména na formování postojů mladistvých ohledně lásky, manželství, rodičovství, rodiny apod. Do osnov bylo také zařazeno učivo ohledně bydlení či odívání. I přes všechny snahy byli mladí lidé nepřipraveni na budoucí život v manželství či na rodičovství. Bylo to zejména díky komunistické ideologii, mladí v manželstvích nedokázali čelit každodenním problémům, které rodinný život přináší, negativní vliv měla také nepřipravenost učitelů a nedostatečná metodická pomoc či zaměření výuky jen na dívky. Jednou z možností řešení bylo cíleně zvyšovat úroveň vzdělanosti pedagogických pracovníků v oblasti sexuální výchovy a snaha sjednotit názory ohledně předmanželských vztahů. Před rokem 1989 díky zvyšující se epidemii AIDS dochází k dalším besedám, které by informovaly mládež o negativních důsledcích této nemoci (Janiš, 2012).

Díky pádu totalitního režimu začínají vycházet časopisy se sexuální tematikou, kde se řešila dosud tabuizovaná témata jako prostituce, pornografie či pedofilie. Nové

riziko přineslo i otevření hranic a zvýšený přísunu turistů, kteří s sebou přinášeli nebezpečí STD. Znovu se poukazovalo na důležitost vlivu rodiny a školy na formování osobnosti žáků. Sexuální výchova je po roce 1989 ucelenější a konstruktivnější, žákům se dostává komplexnější informací a to v předmětu *Rodinná výchova*, která je od roku 1996 vedena jako samostatný předmět. Změny ohledně sexuální výchovy se snaží změnit například Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu (Janiš, 2012).

SOUČASNÁ VÝCHOVA K SEXUÁLNĚ REPRODUKČNÍMU ZDRAVÍ

Posttotalitní sexuální výchova se nadále rozvíjí a začleňuje do různých předmětů na jednotlivých školách, ale také se zlepšuje erudovanost pedagogů vyučující tyto předměty. Velký podíl na zvyšování vzdělávání pedagogů mají různá Pedagogická centra, která pořádají řadu vzdělávacích akcí, ale také Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, pořádající mnoho konferencí a akcí pro odborníky a pedagogy. Také vysoké školy zvyšují kvalitu a připravenost budoucích pedagogů na vyučování této problematiky. V roce 1998 patřilo k základním stimulům pro zavedení sexuální výchovy do škol zejména problematika plánovaného rodičovství, antikoncepce, interrupce, ochrana dětí před zneužíváním a prevence STD včetně HIV/AIDS. Nově se také řeší oblast sociálně patologických jevů, kam v rámci sexuální výchovy patří komerční sexuální zneužívání dětí či dětská pornografie na internetu. Tímto se stává školní metodik prevence partnerem pedagoga v řešení problémů týkajících se sexuální výchovy. Je nutné, aby se stále rozvíjela a modifikovala výuka sexuální výchovy a přizpůsobovala se měnícím se problémům společnosti (Kusý, 2004). Modernizace doby s sebou přináší nová témata, na která je nutné se zaměřit. Díky odtabuizování lidské sexuality je nutné, aby se sexuální výchova zaměřila také na psychickou stránku žáků a rozvíjet jejich postoje k přátelství, partnerství a naučit žáky zodpovědnosti za své zdraví a zdraví ostatních (Janiš, 2005).

Na **1. stupni základní školy** je vytvořena vzdělávací oblast *Člověk a jeho svět*, která je zaměřena na vzdělání v oblastech společnosti, rodiny, člověka, přírody, kultury, techniky, zdraví, bezpečí a dalších témat. Vzdělávací oblast *Člověk a jeho svět* rozvíjí vědomosti a dovednosti získané v předškolním vzdělávání a výchovou v rodině. Dále pak další vzdělání vychází z předchozích poznatků a zkušeností žáků. Tato vzdělávací

oblast připravuje žáky pro další vzdělávací oblasti a vzdělávací obor Výchova ke zdraví. Vzdělávací obsah je rozčleněn do pěti tematických okruhů: Místo, kde žijeme, Lidé kolem nás, Lidé a čas, Rozmanitost přírody a Člověk a jeho zdraví. V posledním okruhu se žáci učí poznávat člověka jako živou bytost, jeho biologické potřeby a fyziologické funkce, seznamují se s vývojem člověka od narození do dospělosti, učí se o základech hygieny, o zdraví a nemocech a v oblasti mezilidských vztahů (Rašková, 2014).

Učivo tematické oblasti *Člověk a jeho zdraví* je dále rozčleněno do sedmi tematických bloků:

1. *Lidské tělo* - stavba těla, základní funkce a projevy, životní potřeby člověka, pohlavní rozdíly mezi mužem a ženou, biologické a psychické změny v dospívání, základy lidské reprodukce, vývoj jedince
2. *Péče o zdraví* – zdravý životní styl, denní režim, správná výživa, výběr a způsoby uchovávání potravin, vhodná skladba stravy, pitný režim; přenosné a nepřenosné nemoci, ochrana před infekcemi přenosnými krví (hepatitida, HIV/AIDS), drobné úrazy a poranění, prevence nemocí a úrazů, první pomoc při drobných poraněních, osobní, intimní a duševní hygiena
3. *Partnerství, manželství, rodičovství, základy sexuální výchovy* – rodina, vztahy v rodině, partnerské vztahy, osobní vztahy, etická stránka vztahů, etická stránka sexuality
4. *Návykové látky, závislosti a zdraví* – návykové látky, hrací automaty a počítače, závislost, odmítání návykových látek, nebezpečí komunikace prostřednictvím elektronických médií
5. *Osobní bezpečí, krizové situace* – vhodná a nevhodná místa pro hru, bezpečné chování v rizikovém prostředí, označování nebezpečných látek; bezpečné chování v silničním provozu, šikana, týrání, sexuální a jiné zneužívání, brutalita a jiné formy násilí v médiích
6. *Přivolání pomoci v případě ohrožení fyzického a duševního zdraví* – služby odborné pomoci, čísla tísňového volání
7. *Mimořádné události a rizika ohrožení s nimi spojená* - postup v případě ohrožení (varovný signál, evakuace, zkouška sirén), požáry (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2016, s. 50)

Tématika sexuálního a reprodukčního zdraví na **2. stupni základní školy** je začleněna do vzdělávací oblasti *Člověk a zdraví*, která je realizována ve vzdělávacím oboru *Výchova ke zdraví*. V této oblasti se žáci učí být zodpovědní za své zdraví. Obsahem se prolíná oblast *Člověk a zdraví* i do oblasti *Člověk a jeho svět* (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2016).

Cílem vzdělávací oblasti *Člověk a zdraví* je rozvíjet klíčové kompetence žáků a vést je k tomu, aby pochopily hodnotu zdraví v kontextu dalších životních hodnot, orientovali se v tom, co je pro zdraví dobré, a co ho může naopak ohrozit a poškodit, dále aby si osvojili preventivní postupy, které ovlivňují jejich zdraví, pochopili jak jejich zdraví, tedy fyzická a duševní pohoda, může ovlivnit jejich budoucí výběr profese či partnerů. Mezi další kompetence patří schopnost reagovat na mimořádné události, které mohou ohrozit jejich zdraví nebo pochopit jak jejich stav tělesné, duševní i sociální pohody vede k příjemnému sociálnímu prostředí a dobré atmosféře v oblasti mezilidských vztahů (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2016).

Tabulka 1 Očekávané výstupy Výchovy ke zdraví pro žáky 9. tříd

VZ-9-1-01	respektuje přijatá pravidla soužití mezi spolužáky i jinými vrstevníky a přispívá k utváření dobrých mezilidských vztahů v komunitě
VZ-9-1-02	vysvětlí role členů komunity (rodiny, třídy, spolku) a uvede příklady pozitivního a negativního vlivu na kvalitu sociálního klimatu (vrstevnická komunita, rodinné prostředí) z hlediska prospěšnosti zdraví
VZ-9-1-03	vysvětlí na příkladech přímé souvislosti mezi tělesným, duševním a sociálním zdravím; vysvětlí vztah mezi uspokojováním základních lidských potřeb a hodnotou zdraví
VZ-9-1-04	posoudí různé způsoby chování lidí z hlediska odpovědnosti za vlastní zdraví i zdraví druhých a vyvozuje z nich osobní odpovědnost ve prospěch aktivní podpory zdraví

VZ-9-1-05	usiluje v rámci svých možností a zkušeností o aktivní podporu zdraví
VZ-9-1-06	vyjádří vlastní názor k problematice zdraví a diskutuje o něm v kruhu vrstevníků, rodiny i v nejbližším okolí
VZ-9-1-07	dává do souvislostí složení stravy a způsob stravování s rozvojem civilizačních nemocí a v rámci svých možností uplatňuje zdravé stravovací návyky
VZ-9-1-08	uplatňuje osvojené preventivní způsoby rozhodování, chování a jednání v souvislosti s běžnými, přenosnými, civilizačními a jinými chorobami; svěří se se zdravotním problémem a v případě potřeby vyhledá odbornou pomoc
VZ-9-1-09	projevuje odpovědný vztah k sobě samému, k vlastnímu dospívání a pravidlům zdravého životního stylu; dobrovolně se podílí na programech podpory zdraví v rámci školy a obce
VZ-9-1-10	samostatně využívá osvojené kompenzační a relaxační techniky a sociální dovednosti k regeneraci organismu, překonávání únavy a předcházení stresovým situacím
VZ-9-1-11	respektuje změny v období dospívání, vhodně na ně reaguje; kultivovaně se chová k opačnému pohlaví
VZ-9-1-12	respektuje význam sexuality v souvislosti se zdravím, etikou, morálkou a pozitivními životními cíli; chápe význam zdrženlivosti v dospívání a odpovědného sexuálního chování
VZ-9-1-13	uvádí do souvislostí zdravotní a psychosociální rizika spojená se zneužíváním návykových látek a životní perspektivu mladého

	člověka; uplatňuje osvojené sociální dovednosti a modely chování při kontaktu se sociálně patologickými jevy ve škole i mimo ni; v případě potřeby vyhledá odbornou pomoc sobě nebo druhým
VZ-9-1-14	vyhodnotí na základě svých znalostí a zkušeností možný manipulativní vliv vrstevníků, médií, sekt; uplatňuje osvojené dovednosti komunikační obrany proti manipulaci a agresi
VZ-9-1-15	projevuje odpovědné chování v rizikových situacích silniční a železniční dopravy; aktivně předchází situacím ohrožení zdraví a osobního bezpečí; v případě potřeby poskytne adekvátní první pomoc
VZ-9-1-16	uplatňuje adekvátní způsoby chování a ochrany v modelových situacích ohrožení, nebezpečí i mimořádných událostí

(Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2016, s. 93)

Dle Hřivnové (2014) jsou součástí problematiky sexuálně reprodukčního zdraví nejen vzdělávací oblasti VZ-9-1-11 a VZ-9-1-12, ale i vzdělávací oblasti 3-6, 8-9 a 13-14. Učivo Výchovy ke zdraví je dále rozčleněno do šesti tematických bloků:

1. *Vztahy mezi lidmi a formy soužití* - vztahy ve dvojici, vztahy a pravidla soužití v prostředí komunity
2. *Změny v životě člověka a jejich reflexe* - dětství, puberta, dospívání, sexuální dospívání a reprodukční
3. *Zdravý způsob života a péče o zdraví* - výživa a zdraví, vlivy vnějšího a vnitřního prostředí na zdraví, tělesná a duševní hygiena, denní režim, ochrana před přenosnými chorobami, ochrana před chronickými nepřenositelnými chorobami a před úrazy
4. *Rizika ohrožující zdraví jedince a jejich prevence* - stres a jeho vztah ke zdraví, autodestruktivní závislosti, skryté formy a stupně individuálního násilí a zneužívání, sexuální kriminalita, bezpečné chování a komunikace, dodržování pravidel

bezpečnosti a ochrany zdraví, manipulativní reklama a informace, ochrana člověka za mimořádných událostí

5. *Hodnota a podpora zdraví* - celostní pojetí člověka ve zdraví a nemoci, podpora zdraví a její formy
6. *Osobnostní a sociální rozvoj* - sebepoznání a sebepojetí, seberegulace a sebeorganizace činností a chování, psychohygienu v sociální dovednosti pro předcházení a zvládnutí stresu, hledání pomoci při problémech, mezilidské vztahy, komunikace a kooperace (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, 2016, s. 94-95)

Pro Výchovu ke zdraví byly také vytvořeny Standardy výchovy ke zdraví – očekávané výstupy vzdělávací oblasti Výchovy ke zdraví pro žáky 9. tříd představují minimální cílové požadavky na vzdělání, upřesňují a realizují vzdělávací oblasti RVP ZS. Součástí Standardů jsou tzv. indikátory – aktivní slovesa, která indikují, čeho má být žák na konci základní školy schopen v daném vzdělávacím oboru Výchova ke zdraví. Indikátory byly pečlivě vybrány a obsahují složku kognitivní, afektivní, psychomotorickou jsou aktuální, srozumitelné, jednoznačné, jasné a vycházejí z Rámcového vzdělávacího programu pro základní školy. Součástí Standardů jsou také vytvořené ilustrativní úlohy, díky kterým dochází k naplnění stanovených indikátorů a vzdělávacích oblastí (Hřivňová, 2014). Aktuálně je dostupná finální verze těchto Standardů Výchovy ke zdraví z roku 2015, které byly vytvořeny k napomáhání naplňování cílů vzdělávání dle RVP ZV a jsou doporučovány všem učitelům vyučující tuto vzdělávací oblast.

CÍLE VÝCHOVY K REPRODUKČNÍMU A SEXUÁLNÍMU ZDRAVÍ

Dle Machové a Hamanové (2002) se musí lidé naučit pečovat a starat se o své reprodukční zdraví již od útlého věku, jelikož pak budou schopni reprodukce. Různá akutní onemocnění, působení negativních vlivů hlavně v dospívání mohou narušit fyziologický vývoj reprodukčních orgánů a mohou tak zanechat trvalé následky, které se nemusí projevit okamžitě. Je proto nutné edukovat a seznamovat mladé lidi s tím, jak může být pohlavní život nebezpečný a jakým způsobem může negativně ovlivnit jejich zbytek života.

Se sexuální výchovou rodiče začínají ihned po narození svého dítěte, jelikož mu dávají pocit bezpečí a lásky, čímž podporují zdravý vývoj dítěte v sexuální oblasti. Dítě časem začne přebírat sociální roli danou rozlišným pohlavím, a uvědomovat si vztahy mezi rodiči, které formují jeho budoucí chování ve vztahu k partnerovi. Sexuální výchova, výchova k rodičovství, výchova k manželství by měla provázet dítě již od nástupu do školního zařízení. Výuka musí být úměrná věku, znalostem žáků a jejich potřebám (Vránová, 2010).

Cílem výchovy ke zdravému životnímu stylu je vést mladistvé a děti ke zdravějšímu životnímu stylu a rozšiřovat tak jejich znalosti, vědomosti a dovednosti ohledně svého zdravotního stavu. Součástí výuky jsou témata jako zdravá výživa, osobní hygiena, prevence nemocí, zdravý životní styl, duševní hygiena, sexuální výchova, sexuálně rizikové chování, intimní hygiena, pohlavně přenosné choroby, drogy a jiné návykové látky, alkoholismus, obezita, civilizační nemoci, rodičovství a svět práce. Cílem není předávat žákům hotové informace, ale působit a formovat jejich postoje a návyky (Vaničková et al, 2012).

Cílem sexuální výchovy je naučit děti a mladistvé jak si správně vybrat partnera, proč oddálit začátek sexuální aktivity, jak vést harmonický partnerský a manželský život, chápat sex jako prostředek ke stvoření nového života, chápat biologické a psychosociální aspekty lidské sexuality, připravit mládež na následky sexuálně rizikového chování, nechtěného těhotenství a STD, seznámit mladistvé se sexuálními deviacemi a jinými sexuálně-patologickými jevy a naučit žáky schopnostem předat své znalosti ohledně reprodukčního zdraví svým rodičům a svým budoucím dětem (Vránová, 2010).

Dle Vrablové (2013, s. 38) je ideálním cílem sexuální výchovy *„kvalitní a zdravý život v partnerství, manželství a rodičovství, přičemž je v něm obsažena harmonie sociální, etická, psychická a biologická.“*

Dle Machové a Hamanové (2002) má obsahovat sexuální výchova oblasti anatomie a fyziologie ženských pohlavních orgánů, intimní hygieny, ochranu před pohlavním zneužitím a STD, prevence předčasné sexuální aktivity, výchova k rodičovství a manželství. Je nutné vytvářet u mladistvých postoje a hodnoty, ne jim pouze předávat hotové informace.

Základní škola má v celém systému školní výchovy dětské populace nenahraditelné místo, protože jako jediná je schopna uskutečnit sexuální výchovu v celé své míře. Žáci jsou v posledních ročnících velice vnímaví a zajímá je tato nová problematika sexuality a dokážou chápat sexuální vztahy i z hlediska mravního a ne jen ze stránky biologické a psychické. Problémem sexuální výchovy je nevyrovnanost mezi informacemi pozitivními a negativními, jelikož je sexuální výchova zaměřena hlavně na informace a důsledky negativními. Patří mezi ně STD, znásilnění, zneužívání, prostituce apod. Je nutné se nezaobírat jen těmito tématy, ale je důležité se věnovat i informacím ohledně rodičovství, partnerství, lásce a zodpovědnosti (Vrublová, 2013).

Podle Šulové (2011) je důležité, aby se výuka řídila několika pravidly. Prvním z nich je, aby učitel a žáci měli k sobě důvěru a mohli se tak otevřeně a bez výčitek bavit o tématech spojené se sexuální výchovou. Další bod zahrnuje práci učitele, který musí danou výuku přizpůsobit stupni zralosti žáků, jejím kognitivním schopnostem, inteligenci a hlavně věku žáků, témata sexuální výchovy proto musí být vhodně vybrána. Důležité je, aby byla vybraná témata také pro žáky něčím zajímavá a měli tak zájem se aktivně podílet na výuce. V neposlední řadě musí učitel ve výuce řešit aktuální otázky, které vzhledem k věku řeší sami žáci.

TŘI ROVINY VÝCHOVY K REPRODUKČNÍMU A SEXUÁLNÍMU ZDRAVÍ

Dle Machové a Hamanové (2002) výuka sexuální výchovy, rodinné výchovy nebo výchovy ke zdravému životnímu stylu působí ve třech rovinách. První z nich je *rovina citového vztahu*, kterou podporují již rodiče od narození dítěte a vznikají tak mezi nimi citové vztahy, stejně tak jako mezi ostatními členy rodiny a přáteli. Díky těmto citovým vztahům je pak člověk schopen vytvářet sociální vztahy mezi ostatními jedinci. Tyto citové schopnosti jsou důležité budoucí vztahy přátelské, manželské, partnerské či pracovní a naplňují u každého jedince pocity jistoty a bezpečí, tedy jednu ze základních lidských potřeb.

Druhou z rovin naplňovanou výchovou k reprodukčnímu zdraví je *rovina vzoru*, která je ovlivněna vztahy mezi rodiči, jejich vzájemným chováním, respektováním se navzájem, projevy lásky, ale i hrubostí nebo agresivitou. Dítě si pak díky nim vytváří své vlastní postoje a formuje tak své budoucí chování k přátelům či partnerům (Vránová, 2010).

Třetí rovinou je *rovina vědomostí*, na kterou má opět vliv jak rodina, tak i škola. Rodiče jsou první, kteří učí své děti a předávají jim své vědomosti, dovednosti a návyky, poté roli přebírá i škola. Díky této rovině se u dítěte vytváří morální hodnoty a etické postoje. Všechny tři roviny se navzájem úzce ovlivňují a je nutné je u dětí a mladistvých rozvíjet současně. Pokud se jen jedna z nich nevytváří tak jak má, dospělý člověk pak v budoucnosti není schopen bezpečného sexuálního chování s neschopností vytváření citových vztahů k partnerovi (Machová a Hamanová, 2002).

4 SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ

Sexuální chování je projevem sexuálního zdraví a je zdrojem sexuálního uspokojení prostřednictvím masturbace, felace, ale také prostřednictvím jiných forem jako necking a petting (Drábek, 2017).

Základní determinanty lidské sexuality dělíme na biologické, psychologické a sociální. Mezi *psychologické* determinanty patří vliv výchovy a učení, díky kterým se u jedince vytváří sexuální role, sexuální identifikace a sexuální chování.

Biologické determinanty sexuality jsou dány pohlavním dimorfismem. Největší vliv na tuto rozdílnost má hormon testosteron, který určuje vývoj každého individua mužským či ženským směrem. Vlivem pohlavních androgenů se vytváří základy pohlavní identity. Pohlavní dimorfismus se projevuje v rozdílech reprodukčních orgánů, v rozdílech tělesných, mezi které patří sekundární pohlavní znaky a v rozdílech v oblasti myšlení, chování, emocí a zpravidla v oblasti sexuálního chování. Z biologického hlediska je také sexuální chování základní nástroj k zachování rodu, díky sexuálnímu chování uspokojuje jedinec své sexuální pudy (Weiss, 2011).

Sociální determinanty, tedy vlivy vnějšího prostředí na člověka, ve kterém žije, mohou podstatně ovlivnit jedincovo sexuální chování a s ním spojené projevy. Každý jedinec je socializován v procesu učení a je ovlivněn historickým obdobím, ve kterém žije, kulturou, morálkou a normami společnosti. Velký vliv na formování sexuálního chování jedince má také náboženství a normy, které jsou zprostředkovávány v dané kulturní oblasti rodinnou výchovou, vlivem školy, komunit, vrstevníky, ale také masmédií (Weiss, 2011).

V České republice je sexuální morálka ovlivněna židovsko – křesťanským pojetím lidské sexuality, která omezila dřívější volně pojaté normy ve společnosti. Vliv církve však zeslábl od nástupu průmyslové revoluce, pomocí které se změnil tradiční způsoby života, lidé se stěhovali do průmyslových měst a došlo k rozpadu patriarchy v rodinách. Uvolnění sexuální morálky přišlo až díky Sigmunda Freuda a jeho koncepci nevědomí, podle které jsou sexuální pohnutky rozhodující pro vývoj jedince a díky kterých odtabuizoval masturbaci. Ve 40. letech 20. století začal Alfred Kinsey zkoumat sexuální chování obyvatelstva. Pomocí těchto dat bylo vyvráceno plno mýtů

a bylo zjištěno mnoho zajímavých dat o začátku pohlavní aktivity u mužů a žen, jak často masturbují či jaké mají homosexuální zkušenosti. K osvobození různých společenských postojů ohledně sexuálního chování také přispěl boj žen o rovnoprávnost. Obrovský vliv na osvobození sexuality byl spojen také s rozvojem antikoncepce, díky které se žena mohla sama rozhodnout a řídit tak svou reprodukci. V poválečném období se setkáváme s technizací sexu, později 60. léta přinesla sexuální revoluci, kde se mladá generace bouřila proti tradičním morálním normám. V 80. letech začaly vznikat různé organizace zaměřené na pohlavní identitu, zejména to byly různé feministické organizace nebo gay a lesbické aktivity. S tím však souvisí také epidemie HIV/AIDS, díky které měla společnost výhrady a chtěla znovu posílit sexuální morálku, tím, že bojovaly proti promiskuitnímu chování či proti homosexuálům. V posttotalitní době dochází opět k postupné liberalizaci sexuální morálky. Dochází k uvolňování negativních postojů vůči homosexuálům, předmanželskému sexu a masturbaci (Weiss a Zvěřina, 2001).

SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ ČESKÉ POPULACE

V České republice chyběly výzkumy zkoumající sexuální chování obyvatel, které již v předešlých letech probíhaly v USA. První výzkum sexuálního chování proběhl ve 40. letech 20. století a jeho data byla publikována v letech 1948 – 1953. Výsledky výzkumy byly v té době šokující, jelikož data poukazovaly na to, že až polovina žen zahájila koitální pohlavní styk ještě dříve, než se vdaly a polovina mužů má mimomanželské vztahy. Další výzkumy byly provedeny později v Norsku, Švédsku, Dánsku, Nizozemsku či Velké Británii (Weiss a Zvěřina, 2001).

V České republice výzkumy ohledně sexuálního chování obyvatel dlouho chyběly. První takový výzkum proběhl v roce 1988 díky epidemii HIV/AIDS a v rámci výzkumu bylo položeno několik otázek ohledně sexuálního chování české populace. Od roku 1993 však probíhá periodický výzkum české populace, ve kterém jsou sledovány změny v sexuálním chování, a to v intervalech pěti let. Výzkumů se účastnilo 1719 osob v roce 1993, 2003 osob v roce 1998, 2000 osob v letech 2003 a 2008 a v roce 2013 se zúčastnilo výzkumu 2017 osob. Výzkumu se účastní muži a ženy starších 15 let (Weiss a Zvěřina, 2014).

Výsledky zahraničních výzkumů poukazují na obecné trendy sexuálního chování, mezi které patří trendy snižování věku prvního pohlavního styku a zvyšování věku prvního sňatku. Počty sexuálních partnerů se díky pozdějšímu uzavírání manželství zvyšují, avšak v některých zemích Evropy se tento trend neprojevuje. Hlavním důvodem je epidemie HIV/AIDS pomocí které jsou lidé obezřetnější. Byl však zaznamenán pozitivní trend v nárůstu používání antikoncepčních metod, zejména kondomu a hormonální antikoncepce (Weiss a Zvěřina, 2001).

Výsledky sexuálního chování v ČR (*Česká republika*) poukazovali na fakt, že průměrný věk prvního pohlavního styku se dlouhodobě nelišil a pohyboval se okolo 18. roku (roku 1993 byl průměrný věk prvního koitu v 18 letech, roku 1998 v 18,1 letech, v roce 2003 začaly ženy aktivní pohlavní život v 18,1 letech, stejně tak v roce 2008). Data výzkumů poukazovali na to, že se trend snižování věku prvního pohlavního styku nesnižoval (Weiss, 2011).

Až do posledního výzkumného šetření sexuálního chování obyvatel ČR za rok 2013. Poprvé za celou dobu periodického testování se snížil věk koitarché - 17,7 let a byl tedy zaznamenán trend snižování věku prvního pohlavního styku (Weiss a Zvěřina, 2014).

Dalším zjištěním je skutečnost, že se nezvyšují počty sexuálních partnerů. U žen byl v roce 1993 počet sexuálních partnerů v průměru 5,11, roku 1998 byl průměrný počet partnerů 5,55, v roce 2003 byl počet v průměru 5,52 a 5,25 v roce 2008 (Weiss, 2011).

V roce 2013 byl průměrný počet sexuálních partnerů za život 6,1, tudíž se počet partnerů za život příliš nezměnil. Nelze tedy říci, že by byly ženy promiskuitnější (Weiss a Zvěřina, 2014).

Při pohlavním styku s náhodným partnerem celých 37 % žen nepoužilo antikoncepci v roce 2008 a 57% žen v roce 2008 uvedlo použití kondomu, zatímco v roce 2003 použilo kondom při pohlavním styku s náhodným partnerem 48 % žen, v roce 1998 použilo kondom 54 % a v roce 1993 použilo kondom 35 % žen (Weiss a Zvěřina, 2001).

Z dalších výsledků výzkumů můžeme zmínit používání antikoncepce se stálými partnery, která stále stoupá. Roku 1993 používaly ženy perorální antikoncepci ve 22 %,

roku 1998 stoupl počet uživatelů na 46 %, roku 2003 užívaly antikoncepci 43 % žen, 52 % v roce 2008 a 60 % v roce 2013. Metodu plodných a neplodných dnů praktikovalo v roce 1993 12 % žen a v roce 2008 už jen 2 % a v roce 2013 17 %. Metoda přerušované soulože využívalo v roce 1993 celých 39 % žen, 14 % v roce 2008 a 29 % žen v roce 2013. Nitroděložní tělísko mělo zavedeno 23 % žen v roce 1993 a 12 % žen v roce 2008 a 12 % v roce 2013. Kondom používaly s partnerem při pohlavním styku 22 % žen v roce 1993, 14 % žen roku 2008 a 23 % žen v roce 2013. Můžeme tedy říci, že jsou české ženy více zodpovědnější a více se chrání před STD a nechtěnému otěhotnění. Nárůst uživatelů antikoncepce souvisí s dostupností kontracepce a s lepší informovaností. Díky zvyšujícímu se počtu uživatelů antikoncepce, klesá počet interrupcí (Weiss a Zvěřina, 2014).

Dle Kocourkové (2011) je odpovědnost obyvatelstva ovlivněna novými možnostmi, jako jsou cestování, studování, ale také díky lepší dostupnosti informací ohledně reprodukčního a sexuálního zdraví. Došlo ke změnám i v oblasti sňatečnosti a plodnosti díky posílení individualismu po roce 1989 a jedinci tak mají více možností spojených se seberealizací, než tomu bylo dříve. Před rokem 1989 byla dostupnost antikoncepčních metod velmi omezená a snadno dosažitelná interrupce byla většinou první volbou zamezení těhotenství, jelikož tradiční nespolehlivé kontracepční metody byly málo spolehlivé. V první polovině 90. let však počet interrupcí klesl díky dostupnějším a spolehlivějším metodám antikoncepce.

Jako zdroje informací ohledně sexuality uvedly ženy i muži hlavně své vrstevníky a kamarády, avšak stoupl počet respondentů, kteří uvedli jako další zdroje rodinu a školu (Weiss a Zvěřina, 2014).

REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ DÍVEK A ŽEN

Z výzkumu sdružení českých lékařů Medicus pro Femina z roku 1997, který byl zaměřen na názory lékařů ohledně reprodukčního zdraví českých žen, byla zjištěna další zajímavá fakta. Podle názoru lékařů až 65 % žen nepečuje dostatečně o své reprodukční zdraví, a bylo by potřeba ve 21 % zvýšit informovanost ohledně fyziologie reprodukčních orgánů a pohlavně přenosných chorob, včetně HIV/AIDS. 43 % lékařů uvedlo, že s pacientkami o problematice reprodukčního zdraví denně mluví a v 74,5 % i aktivně, tedy že se je snaží sami ovlivnit a nečekají na případné dotazy ze strany

pacientky. Dle sdružení Medicus pro Femina prakticky všichni lékaři komunikují, výsledky v této oblasti však očekávali a nepřinesli nic nového. Dle odpovědí lékařů je dostatek informací v oblasti reprodukčního zdraví pro lékaře v 74 %, zatímco pro pacientky jen ve 29 %, tudíž poukazují na to, že dostatek informací pro pacientky chybí. 45 % lékařů nepovažují sexuální výchovu ve školách za dostačující, nedostačující je pro výchovu a učení ve 24 % také rodinné zázemí, ve kterém vidí lékaři také rezervy. V neposlední řadě vidí lékaři také nedostatečnou informovanost v oblastech menstruační hygieny 30%, hygieny ženských orgánů 40 % a v oblasti správných sexuálních návyků 63 % (Unzeitig et al, 1997).

4.1 RIZIKOVÉ SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ

Sexuální chování je úzce spojeno s vývojem pohlavních žláz, s normami a tradicemi společnosti a náboženskými zvyky. Do šesti let nezaznamenáváme výrazné rozdíly mezi stavbou těla u chlapců a dívek, avšak rozdíly můžeme pozorovat již v chování, v tom, jak si hrají a jaké jsou jejich okruhy zájmů. Rozdílnost v hraní her a chování je pravděpodobně ovlivněna genetickými dispozicemi, ale také společností, díky které posilujeme různé způsoby chování chlapců a dívek. Mužskou a ženskou roli si nejčastěji dítě osvojuje v předškolním věku. Dítě tak samo dává přednost dívčímu či chlapeckému oblečení, různým hrám a hračkám. Velice časté jsou hry, díky kterým děti zkoumají intimní části ostatních dětí (Weiss, 2010).

Období mladšího školního věku charakterizuje dobu tzv. asexuální. Náhlý rozvoj a zájem o druhé pohlaví, o erotické a sexuální aktivity nastává v období dospívání, jelikož se v této době začínají objevovat vztahy mezi chlapci a dívkami, které mají ze začátku pouze erotický charakter. Takové vztahy se vyznačují zamilovaností a emoční labilitou. Později přechází vztahy do fáze dotykové, která se vyznačuje koitální abstinencí. Začínají se tvořit mezi chlapci a dívkami trvalejší vztahy, vyznačující se nezájmem o ostatní. Pomocí vztahů se učí věrnosti a monogamii (Machová, Kubátová 2009). V období puberty se vyvíjejí sekundární pohlavní znaky vlivem pohlavních hormonů – androgenů a estrogenů. Dochází u dívek k rozložení podkožního tuku, růstu prsů, pubického ochlupení či ochlupení v podpaží, u chlapců dochází ke změně hlasu, k rozvoji svaloviny a růstu vousů. Hlavním cílem je však dosažení reprodukce, tedy schopnosti předat svou genetickou informaci novému

organismu. Významný vliv na rozvoj sexuálního chování mají rodiče, komunikace mezi nimi a také jejich způsob života. Dále ovlivňuje rozvoj sexuálního chování prostředí, ve kterém žijí (Kabíček et al, 2014).

V současné době v některých zemích světa začínají chlapci a dívky se sexuálním životem v dřívějším věku, nedochází k pozvolnému dospívání a k navazování citových a emočních vztahů k druhému pohlaví, které poté přecházejí ke vztahům sexuálním. Tento světový trend však nebyl v České republice zaznamenán až do roku 2013, kde ve výzkumu Weisse a Zvěřiny poprvé klesl věk začátku pohlavní aktivity na 17,7 let. Brzký začátek sexuálního života nese s sebou vysoké riziko. U dívek v důsledku nedostatečně plně funkční reprodukční zralosti může dojít k vyššímu výskytu pohlavně přenosných chorob nebo k větší pravděpodobnosti vzniku karcinomu děložního čípku. Také časný začátek sexuálního života je provázen vyšší pravděpodobností nechtěného otěhotnění díky nechráněnému pohlavnímu styku a častému střídání partnerů - promiskuity (Kabíček et al, 2014).

Není proto vhodné začínat pohlavní život před dosažením zralosti reprodukčních orgánů, zralosti psychické a sociální. Proto je nutné učit a vychovávat chlapce a dívky ohledně reprodukčního zdraví, tedy oddálení počátku sexuálního života, vyvarování se častého střídání sexuálních partnerů, edukovat ohledně pohlavně přenosných chorob, používání ochrany, antikoncepce a plánování rodičovství (Machová a Kubátová 2009).

Mezi rizikové sexuální chování tedy řadíme:

- *časný začátek sexuálního života*
- *vysoká frekvence pohlavních styků*
- *nahodilé známosti*
- *promiskuita*
- *prostituční chování*
- *krvavé sexuální praktiky*
- *anální styk*
- *absence bariérové antikoncepce*

Je tedy nutné učit a vychovávat dospívající již na základních školách. Vést je k tomu, aby pochopili, že nejefektivnější je partnerská věrnost, že každý nový partner

je rizikový, nemít pohlavní styk s člověkem, kterého neznáme a nevíme nic o jeho životě a hlavně se při každém pohlavním styku chránit použitím bariérové antikoncepce, například nejvíce známým, popularizovaným kondomem a vysvětlit, že hormonální antikoncepce zabraňuje nechtěnému otěhotnění, ale nechrání před možnými venerologickými chorobami.

Dle Hamanové (2014) je velice riskantní pro rozvoj sexuálního a reprodukčního zdraví brzký začátek pohlavního života, časté střídání sexuálních partnerů, koitus po velmi krátké známosti, prostituční a promiskuitní chování, nebezpečné sexuální praktiky a styk pod vlivem drog a alkoholu.

Je tedy důležité učit chlapce a dívky, aby se začátkem sexuálního života počkali, jelikož dívčí děložní čípek je nezralý a je snadné ohrozit jejich život, dále je nebezpečné mít pohlavní styk s člověkem, kterého neznáme. Při rizikovém pohlavním styku je důležité se chránit kondomem. Významné je také poučit chlapce a dívky o tom, že by neměli střídat sexuální partnery, jelikož se tím vyvarují riziku přenosu STD a z toho vyplývající, že nejefektivnější ochranou je partnerská věrnost.

4.2 DŮSLEDKY SEXUÁLNĚ RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ V DOSPÍVÁNÍ

V dospívání se formují biologické a psychologické základy pro zdravý sexuální život, u mladých se rozvíjí touha po pohlavním životě. Naléhavost a časný začátek sexuální aktivity se vytváří hlavně u těch, u kterých v dospívání nevznikl smysl pro zodpovědnost, sebekázeň a sebeovládání v důsledku nedostatečného naplnění volného času. Velký vliv na rizikové chování mají také vrstevníci či ostatní spolužáci ve třídě, ale také hojně rozšíření sexuálních podnětů ve společnosti, liberalizace společnosti, dostupnost erotických služeb, reklam, inzerátů a jiných materiálů s pornografickou tematikou (Machová a Kubátová 2009).

Z významných důvodů ovlivňující sexuální chování mladistvých a tím spojené zvýšené střídání sexuálních partnerů a v důsledku toho hojnějším výskytem pohlavně přenosných chorob je nezralost psychosociální a socioekonomická. Předčasný sexuální život ovlivňuje osobnostní zrání mladistvých, může narušit identitu člověka, která je potřebná ke schopnosti se otevřít tomu druhému a vést tak spokojený život. Je také nutné, aby mladiství nezačínali sexuální život v důsledku tlaku vrstevníků, partnera

nebo pod vlivem psychotropních látek. Z důsledku biologických je dívka ohrožena zejména nedostatečnou zralostí sliznice děložního čípku, která je v dospívání náchylnější k různým infekcím či k jiným změnám, které mohou způsobit rakovinu děložního čípku. Těhotenství je také pro dospívající dívku rizikové, a to díky nezralého dívčího organismu, který může přinášet rizika jak pro matku, tak pro plod (Kabiček et al, 2014).

4.3 RIZIKOVÉ A OCHRANNÉ FAKTORY SEXUÁLNĚ RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ

Mezi ochranné faktory sexuálně rizikového chování patří dobré vztahy v rodině. Rodina formuje a ovlivňuje každého jedince ze všeho nejvíce, zajišťuje zdravý a normální vývoj potomků a vede je ke zdravému reprodukčnímu a sexuálnímu zdraví. Zcela zásadní je proto otevřená komunikace mezi rodiči a dětmi podpora dospívajícího ze strany rodičů. Je nutné, aby rodič přistupoval k dítěti neautoritativně a přijímal adolescenta takového, jaký je a podporoval jeho sebevědomí, sebeúctu a sebedůvěru. Dalším významným ochranným faktorem může být pozitivní vztah ke skupině vrstevníků nebo náboženské komunitě. Pokud ochranné faktory nepřevyšují rizikové faktory, mohou rizikové faktory negativně ovlivnit sexuální a reprodukční zdraví člověka. V raném dětství může rizikové chování zapříčinit zanedbávání dítěte ze strany rodičů či jeho zneužívání, rozvod rodičů nebo úmrtí blízkého člena rodiny. V dospívání je velice důležité, jak rodiče podporovali sebevědomí, sebedůvěru a sebeúctu mladistvého a zda mu byli za každou cenu oporou. Veliký vliv mají také na rizikové chování sociální faktory, kde řadíme příslušnost k menšinám či k náboženské komunitě, urbanizace a výchova dětí na velkých neosobních sídlištích, chudoba, ale také bohatství rodičů (Machová a Hamanová, 2002).

5 VENEROLOGICKÉ CHOROBY

Venerologie je definován jako obor, zabývající se léčbou a prevencí pohlavně přenosných chorob. Používají se pro ně také názvy jako „pohlavně přenosné choroby“ a „sexuálně přenosné choroby“. Globálně se užívají názvy jako „*Sexually Transmitted Diseases*“ (STD) nebo „*Sexually Transmitted Infections*“ (STI). Sexuálně přenosné choroby se přenáší výhradně pohlavním stykem, některé se mohou přenášet i jinými cestami. Nejpravděpodobněji se přenáší u nahodilých známostí nebo u lidí promiskuitních. K přenosu může také dojít při pohlavním styku s partnerem, který ještě není zcela vyléčen nebo o své nákaze neví. Při častém střídání partnerů stačí, aby jeden z celé řady, byl nakažen (Leifer 2004).

Dle Máchové a Hamanové (2002) rozlišujeme pět tzv. klasických pohlavních nemocí. Patří mezi ně kapavka, syfilis, měkký vřed, čtvrtá pohlavní nemoc (*lymphogranuloma venereum*) a pátá pohlavní nemoc (*granuloma inguinale*).

Weiss (2010) uvádí, že jsou známy i jiné pohlavně přenosné nemoci a nelze se jen zaměřovat na nemoci klasické. Díky zdokonalování moderních diagnostických metod známe i další bakteriální, virové, mykotické, protozoální a parazitární infekce. Náchylnější jsou vůči STD ženy, než muži. STD mají také vysoký psychologický dopad na člověka, jsou často příčinou mnoha sexuálních dysfunkcí a sociálních vyloučení.

Symptomy venerických onemocnění jsou u každé pohlavní nemoci obdobné. Nejčastěji se projevují různými vředy, výrůstky či exantémem na genitálech nebo v okolí genitálu, dále je typický diskomfort při močení a defekaci, zduřením lymfatických uzlin, pruritem, výtokem různé barvy a konzistence či začervenaním pokožky a sliznice (Rozsypal, 2015).

5.1 KAPAVKA

Kapavka neboli gonorea je pohlavní nemoc vyvolaná gonokokem *Neisseria gonorrhoeae*. Nejčastěji postihuje sliznici močového a pohlavního ústrojí. Jediným hostitelem je člověk a přenos bakterií je zprostředkováván nejvíce pohlavním stykem, avšak také při pohlavním styku do konečníku nebo do úst se u obou partnerů může bakterie zanést i do těchto míst a infikovat je (Kubicová 2015).

Častější je přenos z infikované ženy na muže a až u 80% žen probíhá nákaza asymptomaticky. Společně s chlamydiovou infekcí, trichomoniázou a genitálními bradavicemi patří mezi nejčastější sexuálně přenosné choroby (Kojanová, 2007).

U žen se při klinickém vyšetření nachází žlutý až bíložlutý výtok, s erytémem a otokem cervixu. Infekci může také provázet erytém a otok malých a velkých stydkých pysků. Při neléčené infekci mohou bakterie postihnout i další pohlavní orgány s klinickým obrazem salpingitidy či adnexitidy a důsledkem neléčení může být sterilita (Poláčková, 2016).

U mužů se kapavka projevuje hnisavým zánětem močové trubice s pocitý pálení a řezání při močení. Typický je bíložlutý výtok u uretry, jejíž ústí bývá zarudlé (Kubicová, 2015). Při neléčeném akutním stádiu, přechází kapavka do chronického stádia, ve kterém dochází k rozšíření a postižení močového měchýře a prostaty. Jen u 10 % mužů probíhá infekce asymptomaticky. Při postižení nadvarlat může dojít k neprůchodnosti vývodných kanálků a způsobit neplodnost muže (Kojanová, 2007).

Kapavku je možno léčit ATB (*antibiotika*) a patří mezi klasické pohlavní nemoci, které je nutné hlásit na krajskou hygienickou stanici. Nemocný je poučen o chorobě, má přísný zákaz pohlavního styku, je nutné kontaktovat všechny sexuální partnery. Vyléčení je potvrzeno negativním kultivačním nálezem (Kojanová, 2007).

Český statistický úřad evidoval v roce 2002 celkem 911 osob s tímto onemocněním, v roce 2007 bylo dokonce hlášeno 1149 osob. V roce 2012 byl počet evidovaných osob 1151 (ÚZIS ČR, 2014).

5.2 SYFILIS

Syfilis neboli příjice, lues je chronické infekční onemocnění způsobené spirochetou *Treponema pallidum*. Šíří se převážně pohlavním stykem, negenerický způsob nákazy je velmi vzácný, avšak je možný přenos nákazy transfúzí, transplacentární cestou z matky na dítě. Inkubační doba je u tohoto onemocnění 21 - 90 dní (Duchková, 2007).

Syfilis probíhá ve třech stádiích. Primární stádium je charakteristické vytvořením tvrdého vředu (*ulcus durum*) v místě vstupu infekce do organismu. Bývá jeden, lesklý, červený a nebolestivý. Nejčastěji ho nacházíme na zevních pohlavních

orgánech, u žen bývá často na děložním čípku a na velkých a malých labiích, také kolem řitního otvoru a v konečníku (Kubicová, 2015).

Za 9 týdnů od vstupu nákazy do organismu a důsledkem neléčení primárního stádia, přechází nemoc do stádia sekundárního. Sekundární stádium je charakteristické celkovými projevy jako horečka okolo 38 °C, bledost, bolesti hlavy, svalů a kloubů, ale hlavně kožními změnami (Duchková, 2007).

Následuje období bezpříznakové, které může trvat řadu let. Poté nastupuje terciární stádium, které se projevuje 5 až 30 let po infekci. Asi u třetiny nakažených nemoc přejde do stádia terciárního. Pro toto stádium je charakteristické postihnutí kteréhokoliv orgánu v těle. Léčba probíhá na venerologickém oddělení pomocí penicilinu. Naději na vyléčení mají ti, kteří zahájí terapii již v primárním stádiu onemocnění (Machová a Kubátová, 2009).

V roce 2002 bylo evidováno Českým statistickým úřadem celkem 976 hlášení, v roce 2006 bylo nahlášeno pouze 502 osob s tímto onemocněním, zatímco v roce 2010 byl počet evidovaných 1022. V roce 2012 bylo evidováno 696 osob (ÚZIS ČR, 2014).

5.3 CHLAMYDIOVÉ INFEKCE

Chlamydiové infekce patří mezi nejčastější sexuálně přenosné onemocnění na světě. Původcem onemocnění je *Chlamydia trachomatis*, která parazituje na buňkách hostitele a ničí je. Inkubační doba je 1. – 3. týdny. Přenáší se převážně vaginálním pohlavním stykem, ojediněle je možná nákaza orálním, análním stykem a projevuje se stejně jako záněty močových a pohlavních cest. Nejvíce ohroženou skupinou jsou mladí lidé mužského a ženského pohlaví ve věku 15 – 30 let (Strnadel 2005).

Dle Poláčkové (2016) se u mladých žen se chlamydiová infekce projevuje hlavně na epitelu cervixu, proto se nedoporučuje začátek sexuální aktivity v mladším období, stejně tak jako časté střídání partnerů. Z děložního čípku je možný postup infekce na endometrium, vejcovody a dále do dutiny břišní. U většiny dívek probíhá infekce asymptomaticky, proto je velice nebezpečná a tak rozšířená mezi mladými lidmi. Méně často se objevuje u dívek výtok, bolesti v podbřišku, bolest při pohlavním

styku či nepravidelná menstruace. Infekce může způsobit rozsáhlé komplikace, které mohou zapříčinit ektopickou graviditu, abortus spontaneus, předčasný porod či sterilitu.

U mužů se chlamydiová infekce projevuje výtokem z močové trubice, který bývá vodnatý, řídký nebo hlenovitý a hnisavý. Dalším příznakem je pálení při močení. Neléčená infekce u mužů je jednou z příčin neplodnosti (Kubicová, 2015).

První případ byl v České republice zaznamenán Českým statistickým úřadem v roce 2008, v roce 2011 byl již počet nakažených osob 6 a v roce 2012 bylo nakaženo tímto onemocněním 9 osob. V roce 2015 bylo evidováno již 30 případů (ÚZIS ČR, 2014).

5.4 ULCUS MOLLE

Chancroid nebo také měkký vřed je venerické onemocnění, který postihuje zejména muže. Původcem je bakterie *Haemophilus ducreyi* (Rozsypal, 2015). Ulcus molle je velmi vzácné onemocnění, jehož prevalence je velmi nízká. Inkubační doba je 24 – 72 hodin. Onemocnění se projevuje vznikem vředu v místě proniknutí bakterie do organismu. Nejčastějším místem vniku bakterie je žalud, předkožka a uzdička. Pokud se vřed neléčí, začne mokvat, místo vzniku se stává bolestivé a při jeho prasknutí krvácí. Terapie pomocí ATB (Slezáková, 2007).

K roku 2012 nebyl evidován ani jeden případ onemocnění Chancroid prostřednictvím Českého statistického úřadu (ÚZIS ČR, 2014)

5.5 VENERICKÉ BRADAVICE

Genitální bradavice neboli špičaté kondylomy, latinsky jsou způsobeny lidským papilomavirem (HPV – *human papilloma virus*), přenášející se nejčastěji pohlavním stykem a jehož inkubační doba činí 1 – 6 měsíců. HPV virus je hlavní příčinou rakoviny děložního čípku u žen a mladých dívek. Nakazit se infekcí mohou jak muži, tak ženy, ve většině případů je schopno samo tělo virus zlikvidovat a daný muž nebo žena ani nemusí vědět, že byli nakaženi (Procházka, 2011).

Kondylomata vyrůstají v bradavičnaté až květákovité útvary, které mohou být později pokryty hnisem, mokvat a mohou i zapáchat. Zpravidla se tvoří na vulvě a penisu, dále v pochvě, na cervixu či kolem konečníku (Procházka, 2011).

5.6 HERPES GENITALIS

Původcem onemocnění je *Herpes simplex virus*, jehož inkubační doba je 3 – 6 dnů a u kterého rozlišujeme dva druhy (Strnadel, 2005). První typ I vyvolává opary na rtech, jazyku, hltanu a v ojedinělých případech je původcem oparu na zevním pohlavním ústrojí. Typ II způsobuje opary na pohlavních orgánech, projevující se svěděním a vznikem puchýřků na vulvě, penisu nebo v pochvě a na děložním čípku. Pokud se opar objeví v pochvě a na cervixu, je svědění provázeno hnisavým vaginálním výtokem. Často dochází k prasknutí puchýřků, které se pak mění v bolestivé vřídky, které jsou vysoce infekční. Genitální herpes je provázen dalšími příznaky, jako je teplota, bolesti hlavy, kloubů, zad a únavou. Velmi častá je u nakaženého recidiva. Virus zůstává v hostiteli po celý život v latentním stádiu (Špaček et al, 2013).

Tabulka 2 Počet nakažených onemocněním Herpes simplex virus

Diagnóza	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Infekce virem Herpes simplex	101	121	110	120	128	133	156	170	194	184

Od roku 2006 je virus evidován v informačním systému EPIDAT (ÚZIS ČR, 2014).

5.7 TRICHOMONIÁZA

Trichomoniáza je onemocnění vyvolané bičenkou poševní, prvokem se čtyřmi bičíky zvaným *Trichomonas vaginalis*. Tento prvok vyvolává zánětlivé onemocnění rodidel, pochvy a močových cest, kde se bičenka množí a přežívá. Přenáší se převážně pohlavním stykem, nákaza je především nepříjemná pro ženy, protože je obvyklým místem nákazy pochva ženy. Mezi příznaky trichomoniázy patří nažloutlý nebo naředlý řídký, zpeňný výtok, provázen svěděním, zápachem a někdy i krvácením, bolestí při močení a pohlavním styku. U mužů se toto onemocnění projevuje stejně jako zánět

močové trubice, který může postoupit na prostatu a semenné vajíčky a způsobit tak další zdravotní komplikace (Hourová a Galambošová, 2015).

5.8 KANDIDÓZA

Kvasinkové infekce vulvy a pochvy vyvolané z 80 % kvasinkou *Candida albicans*. Kvasinky se běžně nachází v zanedbatelném množství v pochvě žen i na genitálu a jen díky určitým podmínkám dochází k jejich pomnožení a tím narušení mikroflóry pochvy. (Strnadel, 2005) Každá žena má aspoň jednou za život kvasinkovou infekci, které často recidivují. Nejčastěji jsou postiženy ženy ve fertilním věku. Mezi příznaky patří pálení při močení, svědění, bolestí při močení a při pohlavním styku. Dále se objevuje bílý, hrudkovitý, tvarohovitý výtok, možný je i výtok bíložlutý. Pokožka třísel, vulvy a sliznice pochvy je při onemocnění načervenalá (Kliment et al, 1998).

Vlhkost v oblasti genitálů, těsné prádlo z umělých vláken, nadměrné užívání intimních mýdel, chlorovaná voda, používání parfémovaných toaletních papírů a hygienických pomůcek, aviváž a další kosmetika zvyšují pravděpodobnost přemnožení kvasinek a následným vznikem kandidózy. (Strnadel, 2005) Velké riziko přináší také partner, který nemusí vědět, že je nakažen a přenáší tak opětovně kvasinky na sliznici pochvy ženy, proto je nutné při tomto onemocnění léčit i partnera. Lékem první volby jsou lokální či systémová antimykotika (Kliment et al, 1998).

5.9 HIV/AIDS

Počáteční stádium nemoci je zapříčiněno virem HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), tedy virus lidského imunodeficitu a konečné stádium je způsobeno infekcí AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*), neboli syndrom získaného selhání imunity (Machová a Hamanová, 2002).

Virus HIV, který se nepřenáší běžným sociálním kontaktem s nemocným člověkem, ani potravinami či vodou, kterých se nemocní dotýkali. Přenáší se pouze v tekutinách, v nichž je virus přítomen ve velkém množství. Mezi hlavními způsoby přenosu viru patří pohlavní styk, jak vaginální, tak anální, ale také je možný přenos při intravenózní aplikaci jehel a jejich sdílení mezi více lidmi. Dalším způsobem

přenosu viru je podání transfuze či krevních derivátů nemocného zdravému a kontaminace zdravého člověka krví nemocného, například při podávání první pomoci s arteriálním či venózním krvácením. Také je možný přenos z matky na plod v průběhu těhotenství a při kojení (Procházka, 2011).

Člověk se stává nakažlivým ihned od proniknutí viru do krve a je nakažlivý po celý zbytek života. Jelikož se mohou prokázat protilátky v krvi až po dvou až třech měsících od nákazy, je toto období nejvíce nebezpečné, protože člověk může nakazit při rizikovém sexuálním chování plno dalších lidí. Pokud člověk ví o svém sexuálně rizikovém chování, je doporučeno, aby se sám v pravidelných intervalech nechal testovat. Takové je možné doporučit screeningové testy, které jsou dobrovolné a bezplatné, prováděné v nemocnicích na venerologickém oddělení, ale také na různých okresních a hygienických stanicích. S výsledky je člověk seznámen zpravidla do čtrnácti dnů (Hamanová, 2014).

Statistická data ohledně nakažených virem HIV/AIDS v České republice poskytuje Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS Státního zdravotního ústavu Praha. Data jsou sbírána a prezentována od roku 1985. V tomto roce byly evidovány tři případy nákazy tímto onemocněním, všechny tři osoby byli mužského pohlaví. První nakažená žena byla evidována až v roce 1986. Od roku 1. 10. 1985 až do 28. 2. 2017 nakaženo celkem 2945 občanů ČR a cizinců s trvalým pobytem

K 28. 2. 2017 bylo nejvíce nemocných evidováno v kraji Hlavní město Praha s počtem 1440 osob. Ve Středočeském kraji bylo od roku 1985 evidováno 293 osob, v kraji Plzeňském 110 osob, v kraji Karlovarském 81 osob, Ústeckém 172 osob, Libereckém kraji 74 osob, v Královéhradeckém kraji 63 osob, Pardubickém kraji 53 osob, v kraji Vysočina 38 osob, Jihomoravském 215 osob, Olomouckém 72 osob, Zlínském 45 osob v kraji Moravskoslezském 197 osob.

Od roku 2017 bylo ke dni 28. 2. 2017 evidováno celkem 39 nových případů tohoto onemocnění, z toho 22 z Hl. města Praha, 5 osob ze Středočeského kraje a 5 osob z kraje Moravskoslezského. Dalšími oblastmi, kde od nového roku evidovali nové případy jsou z kraje Ústeckého a Královéhradeckého.

Počet osob s onemocněním HIV/AIDS rok od roku stoupá. K roku 2016 je 91, 6 % osob mužského pohlaví. Nejčastějším způsobem přenosu je ze 73, 1 % přenos u mužů mající sex s muži. V 17, 8 % se jedná o přenos mezi heterosexuálními partnery a z 2, 4 % je přenos onemocnění injekčně mezi uživateli drog (Státní zdravotní ústav, Trendy vývoje a výskyt HIV/AIDS v ČR v roce 2016).

6 ANTIKONCEPCE

Antikoncepce neboli kontracepce jsou prostředky a metody zabraňující otěhotnění, jsou reverzibilní a mohou se aplikovat před, během a po souloži. Antikoncepční metody chrání před neplánovaným otěhotněním. Spolehlivost různých antikoncepčních metod je dána Pearlovým indexem, který udává počet otěhotnění na sto žen během jednoho roku, které jsou celý rok sexuálně aktivní a užívají pravidelně danou antikoncepční metodu. Čím vyšší číslo, tím je metoda nejméně spolehlivá. Mezi ireverzibilní metody patří mužská a ženská sterilizace (Roztočil, 2011).

Antikoncepce patří mezi metody plánování rodičovství, jelikož zabraňují početí a umožňují partnerům mít potomky v době, pro ně vyhovující. Dále se pomocí kontracepčních metod mohou svobodně rozhodnout o počtu dětí, které chtějí vychovat (Weiss, 2010).

Rozlišujeme antikoncepční metody:

- *přirozené* (kojení, periodická sexuální abstinence, coitus interruptus)
- *mechanické* (kondom, femidom, pesar)
- *chemické* (spermicidní čípky a krémy)
- *hormonální* (nitroděložní antikoncepce, nitroděložní systém, gestagenní antikoncepce - minipilulky, podkožní implantáty, antikoncepční injekce, kombinovaná antikoncepce - antikoncepční tablety, antikoncepční náplasti)

6.1 PŘIROZENÉ METODY ANTIKONCEPCE

Mezi přirozené metody antikoncepce řadíme kojení, periodickou abstinenci a přerušovanou soulož.

KOJENÍ

Hormon prolaktin je zodpovědný za tvorbu mateřského mléka a způsobuje blokadu ovulace. V důsledku toho je možné využít kojení jako metodu kontracepce. Při kojení není důležité množství vypitého mléka novorozencem, ale frekvence přikládání novorozence k prsu. Je však nutné dodržet několik zásad, aby se dalo spolehnout na kojení jako na antikoncepční metodu. Dítě však musí být plně kojeno, žena od porodu nesmí ani jednou menstruovat, dítě musí být přikládáno ke kojení v pravidelných intervalech a to nejméně jednou za čtyři hodiny, v noci může být interval prodloužen maximálně na šest hodin (Weiss, 2010).

PERIODICKÁ SEXUÁLNÍ ABSTINENCE

Metoda, při které žena abstinuje a nemá pohlavní styk v období ovulace, tedy v období zvýšené plodnosti. Nejzásadnější pro tuto metodu je stanovení ovulace. K uvolnění vajíčka dochází přibližně čtrnáct dní před začátkem menstruace, avšak toto platí jen u žen s pravidelným menstruačním cyklem. Oplodňující soulož je tedy možná jen v určitých dnech cyklu a právě v tyto určené dny žena abstinuje. Zpravidla se jedná o 14. den ovulace, maximální rozpětí může být 12. – 16. den před začátkem menstruace. Vajíčko je schopno oplodnění maximálně 48 hodin, spermie nejvýše tři dny (Uzel, 1999).

Nejčastěji ženy využívají metodu *teplotní*, při které si žena měří bazální teplotu v pochvě, konečníku nebo v ústech v ranních hodinách. Teplota stoupá po ovulaci o 0,2 – 0,4 C, jelikož vzniká ve vaječniku žluté tělísko produkující hormon progesteron, ovlivňující vzestup teploty. Neplodné dny začínají s jistotou třetí den po vzestupu teploty v pochvě, ústech nebo konečníku. Teplotu je doporučeno měřit nejméně 3 minuty v konečníku a až 5 minut v ústech (Fait, 2011).

Další metodou je *Billingsova hlenová metoda*, při které žena sleduje změnu hlenu tvořeného žlázkami cervixu. Je nutné hlen vyšetřovat každý den a podle toho žena určuje neplodné a plodné dny. Platí, že po menstruaci je hlen vazký, je ho malé množství a se změnou vazkosti nastávají dny plodné. V době ovulace je hlen řídký, tažný a kluzký. Po menstruaci je hlen v pochvě hustý, je ho malé množství, proto se toto období často nazývá „suché dny“. S blížící se ovulací se stává hlen řídký, kluzký, tažný,

vodnatý a uvolňuje se ho velké množství, žena je schopná ho identifikovat na intimní vložce či toaletním papíru. Poslední den výskytu řídkého a tažného hlenu nazýváme „hlenový vrchol“. Po něm se hlen stává opět méně tažným a hustším a trvá až do menstruace. Je doporučeno pozorovat hlen v ranních hodinách, nejlépe když jde žena poprvé ráno na toaletu (Uzel, 1999).

Mezi další metody patří také *metoda cervikální*, kde se využívá změn cervixu během cyklu. Před menstruací je čípek měkký a branka pootevřená, zatímco v neplodné dny je čípek tvrdý a branka uzavřená. Další možností periodické abstinence je také zkoumání krystalizace slin (Uzel, 2006).

Kalendářová metoda je nepříliš spolehlivá metoda, kdy si žena sama spočítá termín ovulace, avšak je nutné zahrnout i životnost vajíčka a spermie. Žena si musí zaznamenat délky aspoň šesti po sobě jdoucích menstruačních cyklů a poté odečte počet dnů od nejkratšího cyklu minus dvacet a počet dnů nejdelšího cyklu minus deset. Dostaneme dvě čísla a ty znamenají první a poslední plodný den. Tudíž je žena nucena abstinovat plných čtrnáct dní (Roztočil, 2011).

COITUS INTERRUPTUS

Přerušovaná soulož je metoda nejstarší, nejlevnější a nevyžaduje žádnou přípravu ani nejsou nutné žádné pomůcky. Na druhou stranu je to metoda nejméně spolehlivá. Muži přerušují soulož těsně před ejakulací a vyprazdňují se tak mimo pochvu a vulvu ženy. (Barták, 2006) Bohužel však jakýkoliv preejakulát předcházející samotný výron semene, obsahuje malé množství spermií. Hrozí také nebezpečí u mužů trpících předčasnou ejakulací a také u opakované soulože, kdy se mohou do pochvy ženy dostat zbytky ejakulátu z předchozího pohlavního styku, které zůstaly v močové trubici (Uzel, 1999).

Mezi přirozené metody antikoncepce můžeme také zařadit úplnou koitální abstinenci, při které pár provozuje jen nekoitální praktiky jako je například onanie. Dále zde můžeme zařadit *coitus analis*, avšak i zde hrozí přenos pohlavních chorob nebo také může dojít k poranění partnera. Mezi další méně známé metody patří *coitus reservatus*, při kterém nedochází k orgasmu partnera a tedy k vyvarování se výronu semene, dále

coitus saxonicus, kdy se před orgasmem stiskne penis s uretrou a dojde tak k retrográdní ejakulaci (Roztočil, 2011).

6.2 BARIÉROVÉ METODY ANTIKONCEPCE

Mezi bariérové metody kontracepce patří kondom, ženský kondom Femidom a pesar neboli diafragma.

KONDOM

Kondom je nejznámější a nejrozšířenější bariérovou metodou kontracepce, známý jako prezervativ. Je to latexový návlek na penis, který nechrání jen před otěhotněním ale také před sexuálně pohlavními nemocemi (STD). Kondom má jednomu konci zesílený okraj, kolem kterého je kondom zarolován a na konci druhém má rezervoár pro sperma. Je nutné je skladovat v suchu a chladu, doporučeno před použitím kondom nafouknout a zkontrolovat tak jeho neporušenost. Nesmí se s kondomem manipulovat, pokud má člověk namazané ruce krémem. Navléká se na ztopořený penis těsně před začátkem koitu a sundává nejlépe před ochabnutím údu, jelikož pak hrozí riziko sklouznutí a vylití obsahu do pochvy (Barták, 2006).

Jsou veřejně dostupné kondomy různých velikostí a barev, ale také prezervativy s různými vroubkami a výstupky pro zesílení požitku partnerky (Bekaert, White, 2006).

ŽENSKÝ PREZERVATIV

Zástupce ženské bariérové antikoncepce představuje prezervativ, který si žena zavádí do pochvy. Je to dlouhý válcovitý kondom z tenkého polyuretanu, který lehce přilne k poševní stěně. Je známější pod názvem Femidom, Femi nebo Reality. Stejně jako kondom, také chrání před pohlavně přenosnými chorobami a musí být uložen v chladném a suchém místě. Ženský kondom není vhodný pro ženy, kterým není příjemné se dotýkat své intimní oblasti (Bekaert, White, 2006).

Při zavádění je dobré, aby si žena našla polohu, ve které se cítí pohodlně. Je možné jej zavádět vsedě, vleže nebo ve stoje s jednou nohou na židli. Při roztržení balíčku žena chytne vnitřní kroužek mezi palec a ukazováček a vyjme jej z obalu. Kroužek se díky stisknutí prstů stává úzkým a dlouhým a snadněji se tak do pochvy zavede. Zavádí se tak hluboko, jak je to jen možné. Poté se zavede prostřední prst

doprostřed Femidomu a zasune se vnitřní kroužek hlouběji do pochvy. Při pohlavním styku pak muž zavádí pyj dovnitř prezervativu přes velký kroužek, je však nutné si ověřit, zda je penis zaveden uvnitř kondomu a není zaveden mezi stěnou pochvy a stěnou kondomu. Po ejakulaci se kondom co nejsilněji zakrouťte, aby bylo zabráněno úniku ejakulátu, a vytáhne se z pochvy (Female condoms, 2015).

Ženský prezervativ se nemusí zavádět bezprostředně před koitem, ale může být zaveden již několik hodin předtím (Peters, 2016). Nevýhodou prezervativu je jeho snadné protržení, jelikož není vyroben z tak silného materiálu jako kondom. Také není světově rozšířen natolik, jako kondom mužský a je proto také mnohem dražší (How to use a Femidom, 2016).

PESAR (DIAFRAGMA)

Poševní pesar je gumová kruhová blána o průměru 5-10 cm, která se zavádí zmáčknutá mezi palcem a ukazovákem do pochvy ženy, kde se opět rozvine do kruhovitěho tvaru. Blána by se měla po svých obvodech dotýkat poševní stěny a zabraňovat tak prostupu spermií dále do dělohy. Po koitu se pesar vyjme, opláchně a uschová k dalšímu použití (Roztočil, 2011).

Pesar není vhodný pro každou ženu, jelikož je obtížné s ním manipulovat a vyžaduje tak určitou zručnost ženy. Nejčastěji je doporučeno kombinovat pesar s dalšími metodami antikoncepce, jako například se spermicidními gely, jelikož pesar sám o sobě není příliš spolehlivou metodou kontracepce (Walker, 2006). V dnešní době je gynekologové nedoporučují, ale je možné koupit pesar na internetu, kde jsou k dostání v různých velikostech, barvách a tvarech. Ceny diafragmy se pohybují okolo jednoho tisíce korun a jsou k dostání pod značkou FemCup, Evanella nebo Beacup.

6.3 CHEMICKÉ METODY ANTIKONCEPCE

Vaginální spermicidy patří jako jediné do chemických metod antikoncepce.

VAGINÁLNÍ SPERMICIDY

Vaginální spermicidy jsou pěny, krémy, tablety nebo čípky obsahující chemické látky, které se zavádějí před pohlavním stykem a ty pak efektivně likvidují spermie. Přesněji, spermiím spermicidy znemožňují pohyb a tím je ničí. Spermicidy je vhodné

kombinovat s dalšími prostředky, jako je diafragma, kondom nebo Femidom (Unzeitig, 2009). V kombinaci s uvedenými prostředky bariérové antikoncepce je spermicid efektivnější, než když je používán samostatně. Tato metoda je vhodná pro ženy, které chtějí snadnou a dostupnou metodu kontracepce. Nebyly zjištěny žádné vedlejší účinky spermicidů. Používají se až při pohlavním styku, maximálně deset minut před začátkem koitu. Důležité je neprovádět výplachy pochvy ani umývat rodidla intimním mýdlem dvě až tři hodiny před zavedením spermicidů, jelikož by mohlo dojít ke snížení účinnosti spermicidních látek obsažených v gelech, pěnách, čípcích, tampónech tabletách (Bekaert a White, 2006).

6.4 HORMONÁLNÍ METODY ANTIKOCEPCE

Nejrozsáhlejší skupinou jsou hormonální metody kontracepce, kam řadíme nitroděložní antikoncepci, gestagenní antikoncepci, nitroděložní hormonální systém a kombinovanou hormonální antikoncepci.

NITRODĚLOŽNÍ ANTIKOCEPCE

Nitroděložní antikoncepce (IUD – *intrauterine device*) je plastové tělísko nejčastěji obtočené měděným, zlatým nebo stříbrným drátkem, které je zavedeno do dělohy. Plastová část je vyrobena z kopolymeru etylenu s vinylacetátem. Většina tělísek je zaopatřena monofilamentózním vláknem, které se nechává vyčnívat do pochvy a slouží k snadnější extrakci IUD. Tvary a velikosti jsou různé, avšak čím větší, tím větší efektivita, avšak tím horší snášenlivost (Roztočil, 2011).

Tělisko zavádí gynekolog speciálním zavaděčem, který je součástí balení. Tělisko se ponechává v děložní dutině zavedené přibližně pět let. Tělisko funguje na principu vytvoření sterilního zánětu endometria, kde organismus reaguje na zavedené tělísko a neutrofilů, monocytů a makrofágů v děloze pak likvidují spermie a fagocytují je (Čepický, 2002). Mezi nežádoucí účinky můžeme zařadit zesílení a prodloužení menstruačního krvácení, ostatní nežádoucí účinky jsou velice vzácné. Pokud dojde k nechtěnému otěhotnění, dnešní právní normy umožňují interrupci ze zdravotní indikace. Pokud se žena rozhodne si plod ponechat, viditelné tělísko se z děložní dutiny vyndá, pokud viditelné není, je možno jej ponechat v děloze bez hrozících komplikací

v budoucnosti (Roztočil, 2011). Mezi nejznámější dostupná tělíška patří DANA Super, DANA Super Fix, DANA Cor.

Inzerci tělíška provádí gynekolog před koncem menstruačního krvácení z důvodu prostupnosti děložního hrdla a také aby se nezavedlo tělíško již v těhotenství. V Americe zavádějí tělíška v době ovulace, kdy je také hrdlo prostupnější. Také je možné zavést tělíško po porodu či interrupci. Gynekolog zavedení provádí bez anestezie a ambulantně speciálním zavaděčem obsahujícím tělíško, které se ze zavaděče vysune co nejdříve děložnímu fundu. Vyčnívající vlákno se pak odstřihne a zkrátí (Čepický, 2002).

GESTAGENNÍ ANTIKONCEPCE

Gestagenní antikoncepce je založena na kontinuálním užívání gestagenu, tedy syntetického analoga progesteronu, hormonu žlutého tělíška. Specifičnost této metody kontracepce je v pravidelném užívání, to znamená bez sedmidenních přestávek, ve kterých žena menstruuje. Antikoncepce existuje ve formě tablet, tzv. minipilulek, nebo se také aplikuje formou subkutánních injekcí a podkožních implantátů. Princip fungování antikoncepce je vliv gestagenu na hlen děložního hrdla, který se pod vlivem hormonu mění, přesněji dochází ke změnám uložení mukopolysacharidů, které pod vlivem hormonu tvoří síť a v důsledku toho se stává hlen vazkým a neprostupným pro spermie a bakterie (Roztočil, 2011).

Gestagenní antikoncepce není tak populární a oblíbená jako kombinovaná hormonální antikoncepce, i přes to že má minimum kontraindikací. Jednou z výhod je amenorea vyskytující se až u třetiny žen, které užívají minipilulky a nebo jim je aplikován podkožní implantát. Žena tedy může přestat menstruat, tudíž dochází k úpravě anemie, dysmenorey či premenstruačního syndromu. Ženy užívající gestagenní antikoncepci mají nižší riziko vzniku pánevní zánětlivé nemoci, také snižuje možnost vzniku hyperplazie, karcinomu endometria, karcinomu ovaria a mykotické vulvovaginitidy. Tuto metodu antikoncepce mohou také užívat kojící ženy, ženy, které prodělaly hlubokou žilní trombózu, ženy hypertoničky či ženy s onemocněním jater. Nevýhodou je možná nepravidelnost cyklu u menstrujících žen, zhoršené akné nebo také vyšší riziko vzniku funkčních ovariálních cyst, které spontánně zmizí při přerušení

užívání antikoncepce. Dalším negativním důsledkem je úprava plodnosti, která může trvat až osmnáct měsíců (Čepický, 2008).

U žen užívajících minipilulky je nutná pravidelnost, užívat minipilulky vždy ve stejnou dobu. Na trhu jsou k dostání přípravky Azalia a Cerazette. Injekce jsou aplikovány intramuskulárně a jednou za tři měsíce. Je to jedna z nejspolehlivějších metod kontracepce. Riziko této metody spočívá v úbytku kostní hmoty při aplikacích injekcí, avšak je tento stav reverzibilní po skončení antikoncepce. Na trhu jsou známy přípravky Depo-Provera a Sayana. Subkutánní implantát se zavádí na mediální straně nadloktí, je aplikován zpravidla na tři roky. Je znám přípravek Implanon (Unzeitig, 2009).

NITRODĚLOŽNÍ HORMONÁLNÍ SYSTÉM

Nitroděložní hormonální systém (LNG-IUS) je nitroděložní tělísko obsahující progesteron nebo levonorgestrol a je znám pod obchodním názvem Mirena. Tělísko je dostupné ve tvaru T a je také opatřeno monofilamentózním vláknem jako IUD – intrauterinedevice. Nitroděložní hormonální systém je zaváděn gynekologem na pět let a je možná jeho výměna. Systém LNS-IUS kombinuje dvě antikoncepční metody, tedy klasické nitroděložní tělísko a gestagenní antikoncepci. Gestagen má vliv na makromolekuly mukopolysacharidů cervikálního hlenu, které vytvoří síť, díky které se stává hlen vazký a neprostupný pro spermie. Tělísko funguje na principu IUD, který byl již popsán výše, tedy na principu vytvoření sterilního zánětu endometria (Roztočil, 2011).

KOMBINOVANÁ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Principem užívání kombinované hormonální antikoncepce (COC – *combined oral contraception*) je cyklické, někdy kontinuální, užívání estrogeneru, syntetický etinylestradiol a progestin. Ženy jej užívají v cyklech po 21 dnech, poté následuje pauza, ve které nastupuje pseudomenstruace (Novotná, 2002). I v této týdenní pauze je žena plně chráněna proti otěhotnění. Při cyklicitě žena může užívat krom hormonálních pilulek také placebové tablety, které se užívají při pseudomenstruaci. Pilulky je také možno užívat kontinuálně, tedy že po 21 dnech nenásleduje sedmidenní

pauza, avšak zde je riziko objevení krvácení z průniku a také vyšší riziko výskytu syndromu polycystických ovárií (Roztočil, 2011).

Na trhu jsou také dostupné různé formy pilulek, s odlišným poměrem estrogenu a progestinu v jednom cyklu. Rozlišujeme přípravky monofázické, kde se vyskytuje stále stejný poměr estrogenu a progestinu nebo například trifázické, kde je ve druhé fázi vyšší dávka estrogenu a ve třetí fázi vyšší dávka progestinu. Avšak nejrozšířenější je užívání monofázických pilulek (Fait, 2011).

Vedle perorálních pilulek je možné se setkat s na trhu s náplastmi, které se lepí na kůži jednou týdně s tím, že se každý čtvrtý týden vynechává. Kontracepční náplasti jsou stejně spolehlivé jako minipilulky. Náplast se lepí na pokožku ženy, přes kterou se dostávají hormony do krevního systému. Lepí se na hýždě, břicho či ramena. Dále se může žena setkat s vaginálními kroužky, které si žena zavádí do pochvy na tři týdny s následnou týdenní pauzou. Správně zavedený poševní kroužek žena necítí a nevadí při pohlavním styku. Tyto formy kombinované hormonální antikoncepce jsou vhodné pro ženy zapomínavé, nemají vliv na akné a další problémy související s pleť, ochlupením mužského typu či vypadávání vlasů (Unzeitig, 2009).

Kombinovaná hormonální antikoncepce má plno pozitivních účinků na ženský organismus. Mezi hlavní příznivé účinky patří její pozitivní vliv na léčbu dysmenorey, ale také na premenstruační syndrom, epilepsii a migrénu. Užívání této metody kontracepce vede k redukci menstruačních krevních ztrát, proto je vhodná zejména u žen s poruchou koagulace a hypermenoreou. Další výhodou užívání je redukce myomů, jelikož jsou estrogen-dependentní a v COC je dávka estrogenů velmi nízká. Dále se používá COC při léčbě syndromu polycystických ovárií a při poruchách krvácení, zejména u amenorey a oligomenorey. Dále je hormonální antikoncepce vhodná při terapii akné, snižuje také riziko karcinomu endometria, ovaria, kolorektálního karcinomu a redukuje výskyt osteoporózy a revmatoidní artritidy (Novotná, 2002).

Mezi zdravotní rizika kombinované hormonální antikoncepce patří krvácení z průniku, špinění během užívání antikoncepce či amenorea. U žen se může objevit nevolnost a citlivost prsů, dále se také díky antikoncepci může objevit migréna či vzestup krevního tlaku. Při užívání se zvyšuje riziko hluboké žilní trombózy

a karcinomu prsu. Absolutními kontraindikacemi jsou ženy po porodu a ženy kojící, ženy kouřící více než patnáct cigaret denně, ženy s různými rizikovými faktory, srdečními vadami, migrénami, onemocněním jater, vrozené choroby se zvýšenou srážlivostí krve a zvýšeným rizikem vzniku trombóz či komplikovaným diabetem mellitem (Fait, 2011).

7 ANATOMICKO – FYZIOLOGICKÁ SPECIFIKA REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU ŽENY

Reprodukční orgány jsou nazývány ženské orgány a rodidla a prsa. Obecně jsou reprodukční orgány důležité pro zachování a pokračování rodu. V ženských reprodukčních orgánech vznikají pohlavní buňky – vajíčka (ovaria), ze kterého se po splnutí se spermií vytvoří nový jedinec. Pohlavní orgány najdeme u ženy v oblasti malé pánve (Machová a Hamanová, 2002).

Pohlavní systém ženy, latinsky *organa genitalia feminina*, je složitější než pohlavní systém u mužů. Přiměřené anatomické a fyziologické funkce ženského pohlavního ústrojí jsou základem pro spokojený sexuální život. Ženské chování je přímo závislé na fungování pohlavních orgánů se spojenou tvorbou hormonů, kterými je celý organismus saturován (Weiss, 2010). Ženské pohlavní orgány dělíme na zevní, kde patří *labia majora pudendi, labia minorapudendi, monspubis, clitoris a hymen*, zatímco vnitřní orgány jsou *ovaria, tubae uterinae, uterus a vagina* (Roztočil, 2011).

7.1 ANATOMIE ŽENSKÝCH REPRODUKČNÍCH ORGÁNŮ

Ženské pohlavní orgány dělíme na vnitřní a vnější. K vnitřním orgánům patří vaječníky, vejcovody, děloha a pochva. Mezi vnější ženské pohlavní orgány řadíme hrmu, klitoris, velké a malé stydké pysky.

VAJEČNÍKY

Vaječníky (*ovaria*) jsou párový orgán o velikosti švestky (okolo 5 cm) a o váze 17 g. Jsou situovány po bočních stranách malé pánve, uchyceny pobřišnicí a parametriem. Povrch ovaria je až do puberty hladký, díky folikulům a nástupem menstruace se stává povrch vaječníku hrbolatý. Pod jednovrstevným kubickým epitelem se nachází vrstva korová (*zona coronalis*), ve které se nachází plno folikulů a žlutých tělísek. Korová vrstva je hlavní důležitou funkční částí ovarii. Ve vrstvě dřevňové (*zona medularis*) je charakteristická četnými cévami a nervy a slouží k výživě ovaria (Čech, 2014).

Folikuly jsou v korové vrstvě v různém stupni vývoji, rozlišujeme stádia primární, sekundární a terciární. Změny ve folikulu jsou ovlivňovány folikulostimulačním

hormonem (FSH) a luteinizačním hormonem (LH), pod jejich vlivem se zrající Gráfův folikul posouvá až k jednovrstevnému epitelu ovaria, kde zraje a poté praskne – nastává ovulace. Gráfův folikul produkuje estrogen a po přeměně na žluté tělísko produkuje progesteron. Již po narození se vyskytuje ve vaječnicích přes dva miliony nezralých vajíček, avšak dalším vývojem projde zhruba jen 500 tisíc vajíček, kterých je takový počet na začátku puberty. Ve fertilním věku pak dozraje okolo 450 ovarií (Dylevský, 2009).

VEJCOVODY

Vejcovody (*tubae uterinae*) jsou párovité trubice dlouhé 10-12 cm a duté. Vejcovody jsou tvořeny ze dvou vrstev svaloviny, sliznice vejcovodu je tvořena řasinkami, které po prodělání zánětlivého procesu mohou srůst a vytvořit slepé kanály nemožné uskutečnit úspěšný transport oocyty dále do dělohy. V některých případech dochází ke splynutí oocyty a spermii ve vejcovodu a dochází tak k mimoděložnímu těhotenství (*graviditas ectopica, graviditas extrauterina*), které může ohrozit život ženy a způsobit tak náhlou příhodu břišní (Špaček, 2013).

DĚLOHA

Děloha (*uterus*) je nepárový dutý svalový orgán, ve kterém dochází k nidaci vajíčka po splynutí oocyty a spermie, ke kterému dochází ve vejcovodu. Děloha plní pro plod funkci výživnou a ochrannou. Děloha má hruškovitý tvar a je velká až 8 cm a váží 50 g, tedy převážně u nulipar. U multipar se velikost a váha liší, v těhotenství mnohonásobně zvětší svoji velikost a váží až 1000 g. Děloha je uložena mezi močovým měchýřem a konečníkem. Rozlišujeme tělo (*corpus uteri*), což je největší část dělohy. Kaudální část dělohy představuje hrdlo děložní (*cervix uteri*), které vyčnívá do pochvy v podobě čípku (*portio vaginalis cervicis uteri*) o velikosti asi 1 cm. Uprostřed čípku je otvor, který je u nulipar kruhový a u multipar je příčně protažený (Weiss, 2010).

Stěna děložní se skládá ze čtyř částí, z *endometria, myometria, parametria* a *perimetria*.

Endometrium prodělává každý měsíc během ovulačního cyklu změny známé jako menstruační cyklus. Začátek těchto cyklů označujeme jako menarche a končí okolo 50. roku života, toto ukončení menstruačních cyklů známe jako menopauza. Vrstva endometria se během menstruačního cyklu mění, během ovulace je endometrium tlustší,

na konci cyklu zaniká a je s krví odplaveno ven. Myometrium je tvořeno hladkou svalovinou, která je rozdělena do několika vrstev. Během porodu svalové buňky díky kontrakcím vypudí plod a placentu. Perimetrium je viscerální peritoneum, které přechází na močový měchýř a na konečník, od děložních hran přechází v široký děložní vaz. Parametrium je vazivová vrstva, která slouží k ukotvení dělohy (Roztočil, 2011).

POCHVA

Pochva (*vagina*) je trubicovitý orgán sloužící ke kopulaci, dlouhý asi 8-10 cm a široký asi 3,5 cm. V horní části zasahuje do pochvy děložní čípek, v dolní části je pochva nejužší a je situována mezi malými stydkými pysky (*ostium vaginae*), který je neúplně uzavřen panenskou blánou (*hymen*). Poševní vchod přechází do poševní předsíně (*vestibulum vaginae*). Do poševní předsíně ústí předsíňové Bartholiniho žlázy, jejichž sekret je produkován při pohlavním vzrušení a slouží k jednoduššímu zavedení penisu do pochvy při koitu. Pochva je tvořena sliznicí, svalovou vrstvou a vazivem. Při porodu je plod vypuzen z matčina těla právě přes pochvu (Čech, 2014).

HRMA

Hrma (*mons pubis*) je vyvýšenina v oblasti nad stydkou kostí a v dolní části podbříšku a je vyplněna tukem. Hrma obsahuje plno potních a mazových žlázek, v období puberty pokrývá pubickým ochlupením (*pubes*) (Dylevský, 2009).

MALÉ A VELKÉ STYDKÉ PYSKY

Velké stydké pysky (*labia majora pudendi*) jsou dva silné tukové kožní valy, které překrývají a chrání další části rodidel. Jejich délka je asi 8 cm, šířka 3 cm. Na povrchu v období puberty začínají růst silné chlupy, stejně jako na hrmě (Weiss, 2010).

Malé stydké pysky (*labia minora pudendi*) jsou kožní řasy kryté velkými stydkými pysky. Na jejich povrchu nenajdeme kůži ani silné ochlupení. Jsou asi 3 cm dlouhé a 5 mm široké. Jejich povrch má charakter sliznice, neobsahuje potní žlázy a jsou vlhké a růžové. Dráždění slizničního povrchu vyvolává pohlavní vzrušení, jelikož sliznice obsahuje mnoho senzitivních tělísek. Malé stydké pysky obemykají poštváček (*clitoris*) (Roztočil, 2011).

KLITORIS

Pošťeváček (*clitoris*) je analogem penisu u mužů, který je stejně jako u mužů vysoce erektilní. Pošťeváček je dlouhý asi 8 cm, avšak na povrchu je patrná jen asi 1 cm dlouhá část. Stejně jako penis má clitoris párová topořivá tělíska (*corpora cavernosa clitoridis*) a obsahuje velký počet senzitivních tělísek, které jsou velmi citlivé a jejich drážděním dochází k pohlavnímu vzrušení (Weiss, 2010).

7.2 FYZIOLOGIE ŽENSKÝCH REPRODUKČNÍCH ORGÁNŮ

V této podkapitole je stručně popsán ovariální cyklus, menstruační cyklus a menopauza.

OVARIÁLNÍ CYKLUS

Z 500 000 primárních folikulů jich dozraje za celý fertlní život ženy přibližně 450. Jednou za 28 dní dozraje vlivem FSH a LH jeden Gráfův folikul, který je vyplněn tekutinou a zralým vajíčkem (*ovum*) s jádrem a obaly. Gráfův folikul se posouvá korovou vrstvou až k povrchovému epitelu vaječníku, který poté ztenčuje a arodjuje a vzniká stigma folliculi. Poté folikul praskne, vyplaví zralé vajíčko, které je chyceno ampulí vejcovodu. Tento děj se odehrává uprostřed cyklu, přibližně 14. – 16. den. od prvního dne nástupu předchozí menstruace. Zralé ovum je chyceno vejcovodem, pokud není do 24-48 hodin oplozeno, zaniká (Kittnar, 2011).

Z prasklého Gráfova folikulu se mezitím stává žluté tělísko (*corpus luteum*), které je schopno produkovat v sekreční fázi estrogeny a progesteron. Pokud žena neotěhotní, žluté tělísko projde změnami a vznikne z něj tělísko bílé (*corpus albicans*), které po resorpci zanechávají na povrchu vaječníku patrnou jizvičku. Pokud je žena oplodněna, žluté tělísko zůstává (*corpus luteum graviditatis*), stále produkuje progesteron a až po třetím měsíci těhotenství pomalu zaniká (Čech, 2014).

MENSTRUAČNÍ CYKLUS

Během ovulačního cyklu prodělává děložní vrstva endometria změny, označované jako menstruační cyklus. Děje se tak pod hormonálním vlivem estrogeneru a progesteronu. Děložní sliznice se mění a připravuje v průběhu cyklu na nidaci oplodněného vajíčka. Pokud k oplodnění nedojde a vajíčko se neuhnízdí v endometriu, dochází k jeho nekróze, díky které se pak endometrium odlupuje a je vyplaveno společně s krví

a vajíčkem pochvou ven z těla ženy. První den cyklu je prvním dnem začátku předchozí menstruace, která trvá v průměru 5 dní (*fáze menstruační*). Poté nastupuje *fáze proliferační*, která je charakteristická obnovením sliznice endometria po předchozí menstruaci. Vlivem estrogenu se sliznice ztlušťuje a obnovuje se krevní zásobení sliznice. Tato fáze trvá od skončení předchozí menstruace až do ovulace (5. – 14. den cyklu). 14. den je charakteristickým dozráním Gráfova folikulu, jeho prasknutím a vyplavením zralého vajíčka – ovulací. (Machová a Hamanová, 2002) Po fázi proliferační nastupuje *fáze sekreční*, která trvá od 15. dne až do 27. dne cyklu. Po ovulaci se produkce estrogenu snižuje, a corpus luteum začíná produkovat progesteron. Děložní sliznice se stále zvyšuje, je prokrvená a nachystaná přijmout oplozené vajíčko. Její tloušťka je v této fázi 5-6 mm. Pokud k oplození a nidaci nedojde, nastává *fáze ischemická*, která trvá přibližně 24 hodin a je charakteristická zaniknutím žlutého tělíska a vznikem tělíska bílého (corpus albicans), dochází k zaškrcení spirálních artérií vyživující endometrium, ischemii a nekróze buněk sliznice. Poté je nekrotická sliznice odplavena krví – nastává *menstruace*. Průměrná ztráta krve je asi 30 ml (Kittnar, 2011).

MENOPAUA

Okolo 45. – 50. roku se produkce hormonů snižuje, u žen se může objevit nepravidelná menstruace, která pak postupně ustává a nastává trvalá amenorea. Toto období je nazýváno klimakterium a poslední menstruace je menopauza. Fertilita ženy tak končí. Menopauza je zapříčiněna sníženou produkcí estrogenu a progesteronu vaječníky, které díky stárnutí ztrácí svou funkci a změny vedoucí k zástavě menstruace stavu trvají několik let. Klimakterium je u žen doprovázeno mnoha nepříjemnými příznaky jako zvýšení tělesné hmotnosti, změny nálad, prudké návaly tepla, nespavost, bolesti kloubů, únava, střevní potíže, suchost očí, svědění kůže či bolesti hlavy (Vigué, 2006).

Klimakterium je dlouhodobý jev provázející ženu mnoho let. První příznaky se však projevují dříve než před menopauzou a jsou dány nedostatečnou tvorbou estrogenu. Jedná se o návaly horka, pocení, bolesti hlavy, změny nálad, poruchy srdečního rytmu, bolestmi kloubů a poruchy spánku. Prvním příznakem nástupu klimaktéria jsou různé psychické obtíže a změny nálad projevující se plačtivostí, stavy úzkosti, beznaděje a depresi. Dále mohou být ženy podrážděné, agresivní a výbušné

a neschopné se koncentrovat. Při poruchách spánků je důležité dbát na spánkovou hygienu a neužívat pouze a jen různá hypnotika. Dalším z projevů klimakteria je osteoporóza, tedy stav, při kterém dochází k odvápnění kostí způsobené nedostatkem vápníku (Jeníček, 2004).

8 INTIMNÍ HYGIENA ŽENY

Intimní hygieně by žena měla věnovat svou pozornost, jelikož je důležité, aby se žena dobře starala o své pohlavní orgány, jež jsou důležité pro reprodukci. Základní pravidla intimní hygieny by si měla každá dívka osvojit co nejdříve, a to v rámci sexuální výchovy ve školách, nebo od své matky. Je důležité vytvořit u dívek základní hygienické návyky, jelikož celoživotně ovlivní zdravotní stav každé dívky.

Je důležité zmínit, že *organa genitalia feminina* má své přirozené ochranné faktory. Patří mezi ně například pubické ochlupení, které tvoří ochrannou bariéru a brání poševní vchod před zevními vlivy. Dále to jsou malé a velké stydké pysky, také chránící a zakrývající poševní vchod před vstupem různých bakterií do pochvy. V neposlední řadě má funkci ochrannou i sama pochva, která produkuje sekret, čistící poševní stěny, obsahující imunoglobuliny A, leukocyty, makrofágy, udržuje pH pochvy a její mikroflóru v rovnováze a bojuje proti bakteriím zapříčínující různá onemocnění. V pochvě se nachází aerobní a anaerobní mikroorganismy, které existují v pochvě ve vzájemné symbióze a jejich počet je u každé ženy individuální. Jejich rovnováha je důležitá pro zachování fyziologických funkcí. Dalším důležitým ukazatelem je kyselé poševní pH, které je dáno množstvím kyseliny mléčné v pochvě. Při menstruaci dochází ke snížení pH a k přemnožení mikroorganismů (Unzeitig, 2006).

Je tedy nutné edukovat ženy o problémech, které nastanou, pokud budou zanedbávat sebe a svou intimní hygienu. Například je doporučeno rodidla větrat a denně umývat čistou vodou či neutrálními speciálními intimními mýdly z důvodu neustálého kontaktu s výtokem, močí, menstruací nebo potem. V důsledku zanedbání hygieny se může poševní oblast zapářit a vytvořit tak ideální místo pro růst mikroorganismů a zapříčinit tak vznik vaginitidy – jednou z nejčastějších infekcí ženských rodidel, která je zapříčiněna přenosem bakterií z oblasti řitního otvoru. Obvykle se tento zánět projevuje u malých dívek a starších žen, které si nejsou schopné obstarat dostatečnou intimní hygienu - samoobsluhou. Dále se vaginitida vyskytuje u žen, které se naučily špatnému utírání na toaletě při močení a stolici. Příčinou tedy může být nesprávné utírání zezadu (od oblasti řitního otvoru) dopředu (směrem k pohlavním orgánům). Tímto dochází k přenosu zbytků stolice do oblasti pohlavních orgánů a ke vzniku infekce (Vigué, 2006).

Důležité je také naučit dívky krom správné očisty po toaletě, také každodennímu vyměňování spodního prádla, a to nejen při menstruaci, dále naučit dívky dennodennímu sprchování celého těla a naučit dívky se sprchovat víckrát denně při menstruačním krvácení a rodila omývat pouze vodou. Koupel se při menstruačním krvácení nedoporučuje, avšak není zakázána (Machová a Hamanová, 2002)

Dalším problémem, který může nastat při špatné intimní hygieně, je přemnožení kvasinek, zejména *Candida albicans*, které se za fyziologického stavu normálně vyskytují v pochvě. Při nošení syntetického spodního prádla, při návštěvách bazénů a saun, kde si žena nechává na sobě mokré plavky, při podráždění latexem, při reakci poševního prostředí na ejakulát, všechny tyto faktory napomáhají narušit vulvovaginální prostředí. Proto je ženám doporučováno nosit spodní prádlo z přírodních materiálů, nenosit těsné oblečení, po bazéně se vždy řádně osušit a sundat plavky, nepoužívat produkty s latexem, používat kondom a vyhnout se parfémovaným výrobkům určených pro intimní hygienu (Unzeitig, 2011). Taková parfémovaná mýdla a jiné výrobky mohou způsobit alergickou reakci, podráždění a infekci zapříčiněnou narušením poševní mikroflóry. Proto je doporučeno mytí rodidel pouhou vodou nebo neutrálními mýdly (Vigué, 2006).

Při umývání intimních partií se doporučuje mýt orgány nejdříve zvenku, tedy omýt primárně *labia majora pudendi*, *labia minora pudendi* a *clitoris*. Poté je nutné umytou oblast pořádně osušit. Vaginální výplachy nejsou doporučeny při dennodenní intimní hygieně, ale pouze v případech, u kterých výplach doporučí sám gynekolog. Je tedy dostačující dodržovat preventivní prohlídky, dodržovat bezpečný sex a dodržovat běžné hygienické návyky (Vigué, 2006).

8.1 SEXUÁLNÍ HYGIENA

Pohlavní styk je jeden z hlavních důvodů vzniku infekce u ženy. Sperma je alkalické, obsahuje vysoký podíl proteinů, které mají za následek různé chemické změny, jako je změna pH v pochvě. Proto jsou rizikové pohlavní styky vstupní branou infekcím a pohlavně přenosným chorobám. Je doporučeno oblast rodidel mýt jak před pohlavním stykem, tak i po něm. Je vhodné tento návyk vypěstovat i u mužů, kteří mohou ženě způsobit mnoho nepříjemností. Muž by si měl při každém sprchování stahovat

předkožku a důkladně umýt spojnicí mezi žaludem a předkožkou, z důvodu vytváření smegmatu v této oblasti. Pokud se smegma neodstraňuje umýváním, může být příčinou vzniku infekce u žen (Vigué, 2006).

Dle Weisse (2010) je možné provozovat pohlavní styk při menstruaci ženy, jelikož nezpůsobuje žádné zdravotní problémy či komplikace. Jedná se spíše o problém estetický. Dle lidových pověr, je brána soulož za nebezpečnou, jelikož menstruační krev obsahuje nečistoty, kterých se ženské tělo zbavuje. Traduje se, že pokud žena otěhotní v době menstruace, porodí postižené nebo dítě s epilepsií. Mnoho žen má tak zařazováno, že pohlavní styk při menstruaci je zdraví škodlivý. Pokud ovšem takové zábrany mají, je možno provozovat nekoitální aktivity.

Avšak Pastor (2007) uvádí, aby se při pohlavním styku s ženou menstrující chránili partneři bariérovou antikoncepcí, jelikož je zde riziko infekce zvýšené a menstruační krev může být příčinou nákazy pohlavně přenosnou chorobou.

8.2 MENSTRUAČNÍ HYGIENA

Počátek dodržování menstruační hygieny je spojen s nástupem první menstruace u dívek, při které dochází k odlučování funkční vrstvy endometria dělohy. Menstruace je ovlivněna ovulačními a menstruačními cykly, které jsou úzce spojeny a probíhají cyklicky, každý měsíc. Je tedy nutné vštěpit ženám zásady menstruační hygieny, která má být při menstruaci pečlivější než normálně. Při menstruaci ženy používají vložky, poševní tampony, kalíšky nebo menstruační houby (Hamanová, 2014).

U mladých dívek se s nástupem puberty a tedy pod vlivem hormonálních změn, objevuje čirý výtok, který na spodním prádle zanechává bílé skvrny a má nakyslý zápach. Proto je vhodné, aby se dívky denně sprchovaly, čistou vodou si omývaly rodidla a zaschlý výtok na zevních pohlavních orgánech. Je možné používat neutrální intimní mýdla s pH 5,5, které nenarušuje poševní sliznici a její mikroflóru. Vhodné jsou také mýdla, která podporují množení laktobacilů. Buď žena používá přípravky s laktobacily (probiotika), nebo jejich výskyt zvýší také vhodnou stravou (Koliba, 2013). Nošením nevhodného spodního prádla dochází ke zvýšené produkci bílého výtoku, proto je vhodné používat slipové vložky, které jsou tenké a slouží jako doplněk intimní hygieny. Slipové vložky přinášejí ženám každodenní pocity čistoty,

slouží k ochraně spodního prádla před fyziologickým výtokem a mohou se používat při vaginálním dyskomfortu a při slabé menstruaci (Hamanová, 2014).

Při menstruaci by měly dívky a ženy omývat své pohlavní orgány častěji, nejlépe pouhou teplou vodou. Měly by se vyvarovat klasických mýdel, která dráždí sliznici a způsobují narušení poševní flóry. Je možné používat intimní ubrousky, které jsou vhodné při cestování (Koliba, 2013).

Výběr vložek a tampónů může být velice složitý a individuální. Některé ženy snášejí vložky, ale nesnášejí tampóny a naopak. Některé ženy používají produkty pro menstruační hygienu v závislosti na tom, zda je den a noc, nebo jaké aktivity se budou věnovat. Můžeme rozlišit menstruační potřeby pro vnitřní použití, kam řadíme tampóny, menstruační houby a kalíšky) a pro vnější použití, kam řadíme jednorázové vložky či vložky látkové (Bennett, 2014).

8.3 POMŮCKY MENSTRUAČNÍ HYGIENY

Mezi pomůcky menstruační hygieny řadíme menstruační tampóny, menstruační vložky, menstruační kalíšek a menstruační houby.

MENSTRUAČNÍ TAMPÓNY

Poševní tampóny zachycují krev stékající z dělohy přímo do pochvy, kam se tampón zavede a kde tampón nasává krev. Tampóny jsou stejně jako vložky vyrobeny z bavlny nebo z viskózních vláken. Mohou je používat i dívky, které ještě neměly pohlavní styk. Je vhodné doporučit tzv. minitampóny, které jsou menší a lépe se zavádějí. (Hamanová, 2014) Při menstruačním krvácení je doporučeno vyměňovat tampóny po 3 - 8 hodinách nošení, avšak závisí to také na síle menstruačního krvácení. (Urbanová, 2010) Tampóny se zavádí do pochvy buď speciálním plastovým aplikátorem, nebo prstem. Všechny tampóny mají na svém konci šňůrku, která slouží k snadné výměně. Stejně jako vložky, jsou tampóny určeny vždy na jedno použití (Feinmann, 2012).

Tampóny se stejně jako vložky vyrábějí v různých velikostech, a to v mini, v běžné velikosti a super. Dále jsou na trhu tampóny probiotické, které udržují poševní mikroflóru při menstruačním krvácení stabilní. Jsou vhodné zejména u žen, které svým

životním stylem narušují stabilitu mikroflóry, tedy u žen kuřaček, u žen, které provozují nechráněný pohlavní styk, ženy navštěvující často bazény a sauny, dále jsou vhodné pro ženy užívající antibiotika, které jsou vystaveny nadměrnému stresu nebo pro ženy, u kterých probíhají hormonální změny v důsledku těhotenství či menopauzy. Probiotické tampóny působí preventivně, jsou vhodné pro ženy trpící opakovanými genitálními infekcemi jako doplněk léčby gynekologa (Probiotické tampóny ellen, 2012).

Při zavádění tampónu je důležité, aby si dívka nejprve důkladně umyla ruce mýdlem a poté začala rozbalovat tampón z plastového obalu. Při zatáhnutí tampónu za šňůrku zjistí, že je v pořádku. Poté je nutné se uvolnit, jelikož se může tampón zavést nesprávně. Mezi palec a ukazováček žena chytne tampón, pomocí druhé ruky si odtáhne malé a velké stydké pysky a zasune pomocí ukazováčku tampón do pochvy, tak hluboko, aby byla celá délka prstu v pochvě. Pokud tampón žena stále v pochvě cítí, je nutné ho zavést hlouběji, do střední části pochvy, kde jej pak necítí. Při vyjmutí tampónu žena zatáhne za šňůrku visící ven z pochvy (Feinmann, 2012). Při zavádění tampónu je vhodné si najít pohodlnou polohu pro zavádění, nejčastěji vsedě na toaletě nebo vestoje s jednou nohou zvednutou (Probiotické tampóny ellen, 2012).

Dle Oblasser (2015) mají také tampóny své nevýhody. Zavedený tampón vysušuje poševní sliznici a také vyvolává nepříjemný tlak na cervix. V důsledku používání tampónu mohou vzniknout vaginální vředy (Bennett, 2014).

Syndrom toxického šoku

Syndrom toxického šoku je velmi vzácná porucha, která může ohrozit život ženy. Jejím původcem je *Staphylococcus aureus*, který produkuje toxiny působící na organismus ženy a způsobuje tak šok a poruchy koagulace, pokud přejde do krevního oběhu. Syndrom se převážně projevuje až po delší době působení bakterií. Jedním z rizikových faktorů je používání tamponů v období menstruace nebo cervikálního kloboučku. Hlavními příznaky jsou náhlý vzestup tělesné teploty, hypotenze, generalizovaná vyrážka, olupování kůže z chodidel, zimnice, bolesti svalů, kloubů a únava (Leifer 2004).

Důležitá je u žen prevence, je nutné informovat ženy ohledně používání tampónů, cervikálních kloboučků a dodržování zásad hygieny. Při použití tampónů je nutné ženy seznámit s tím, že by si před i po zasunutí měly umýt důkladně ruce, tampón by měly měnit jednou za čtyři hodiny a při spánku by měly užívat převážně jednorázové vložky, ne tampóny. Při užívání cervikálního kloboučku by si také měly nejdříve důkladně umýt ruce a neměly by používat cervikální klobouček při menstruaci (Leifer 2004).

MENSTRUAČNÍ VLOŽKY

Menstruační vložky jsou produkty vyrobené z jemné bavlny a zespoda jsou pokryty syntetickým materiálem, díky kterému se vložky přichytí na spodní prádlo. Některé vložky mají po stranách tzv. křídélka, které slouží jako ochrana před protečením krve na spodní prádlo (Hirscher, 2015). Na trhu známe vložky slipové, vložky určené pro normální krvácení a vložky superabsorpční pro silné krvácení. Je vhodné na noc používat vložky, které mají větší velikost a mají větší absorpci. Doporučuje se měnit vložky dle potřeby, výměna závisí na síle krvácení, zpravidla však co 4 hodiny. Vložky je zakázáno splachovat do toalety, na použité vložky existují speciální sáčky, do kterých se vložky vloží a vyhodí do odpadkového koše. S vložkami není možné plavat, v těchto případech je vhodné zvolit poševní tampón (Feinmann, 2012).

Při použití jednorázových vložek se vložka rozbálí z plastového obalu, který vložku chrání a poté se ze zadní strany vložky sundá papírová folie, která chrání lepicí stranu. Poté se vložka nalepí na kalhotky lepivou stranou dolů a bavlněnou stranou nahoru. Vložky je doporučeno měnit dle potřeby, avšak při slabém krvácení či výtoku je možno nosit vložku maximálně 8 hodin, poté je nutná výměna (Hirscher, 2015). V současnosti najdeme na trhu vložky různých tvarů a materiálů, nejrozšířenější jsou vložky jednorázové, avšak stále více žen přechází na vložky pratelné a látkové, které jsou ekonomičtější a šetrnější k životnímu prostředí. Krom bílých sanitárních vložek je možné na trhu koupit i vložky černé barvy, které však obsahují chemická barviva (Bennett, 2014).

MENSTRUAČNÍ KALÍŠEK

Menstruační kalíšky jsou vyrobeny z měkkého lékařského silikonu, z latexu či termoplastu a jsou vyráběny v různých velikostech. Fungují se na principu zavedení kalíšku do pochvy, kde se v nich hromadí a sbírá menstruační krev. Jeho obrovskou výhodou je, že se dá použít mnohokrát, vždy se musí jen vyprázdnit, vymýt, osušit a zase znovu zavést (Bennett, 2014). Kalíšek se zavádí na 4-12 hodin, záleží na síle menstruačního krvácení, kalíšek pojme okolo 30 ml tekutiny. Materiál, ze kterého jsou kalíšky vyráběny, je hypoalergenní, nepřílnavý pro bakterie, tudíž nenarušuje vaginální mikroflóru (Jak kalíšek používat, nedatováno).

Při používání se kalíšek musí desinfikovat, stačí, pokud se nechá přibližně pět minut vyvařit v teplé vodě. Jelikož není jednorázový, je pro ženy ekonomičtější a pohodlnější. Jeho životnost je zhruba 5-15 let. Velkou výhodou je, že při jeho používání nevzniká nepříjemný zápach, který často provází ženy používající vložky nebo tampóny. Příčinou jsou bakterie, které se ve vložkách a tampónech množí při styku se vzduchem (Jak kalíšek používat, nedatováno).

Používání kalíšku vyžaduje manuální zručnost ženy, pokud si žena není jistá, zda je kalíšek správně zaveden, může pro jistotu používat navíc slipové vložky. Kalíšek se zavádí v podřepu nebo vestoje s jednou nohou zvednutou. Kalíšek je doporučeno před zavedením navlhčit. Kalíšek se uchopí mezi palec a ukazováček a zmáčkne ho, aby se lépe zavedl do pochvy. Pokud je kalíšek zaveden celý v pochvě, je možno jej pustit, kalíšek se roztáhne a přitiskne se k poševní stěně, kde vznikne podtlak a menstruační krev tak neodtéká mimo kalíšek ale pouze do něj. Zavedení kalíšku se přirovnává k zavádění tampónu. Při vyjmutí je nutné zrušit podtlak oddálením části kalíšku od poševní stěny a poté je možné jej vytáhnout (Jak kalíšek používat, nedatováno).

MENSTRUAČNÍ HOUBY

Menstruační houby se používají stejně jako tampóny a jsou vhodné pro všechny ženy. Menstruační houby jsou vysoce savé a plné minerálních látek, které čistí, desinfikují a ozdravují, tudíž nenarušují vaginální mikroflóru a navíc jsou šetrné k životnímu prostředí. Menstruační houbičky jsou vhodné pro ženy, které nemají rády vložky

a tampóny, houbička se vyměňují v závislosti na síle krvácení. Velkou výhodou je, že je lze mít zavedeny i při pohlavním styku při menstruaci, jelikož je měkká a partner ji tak necítí, avšak nenahrazuje bariérovou antikoncepci a jiné metody a prostředky a nechrání proti STD (Co je to menstruační houba, nedatováno).

Mořské houby žijí v teplých mořích a živí se převážně planktonem. Jelikož jsou zcela přírodní, neobsahují žádná bělidla, barviva apod. Houby mají vysokou regeneraci, tudíž je možné je sbírat opakovaně (Co je to menstruační houba, nedatováno).

Houbičky jsou ekonomické, menstrující žena spotřebuje přibližně 2-4 houbičky ročně. Velikost se liší dle síly menstruačního krvácení. Před zavedením je nutné houbičku navlhčit, aby změkla a lépe se tak zaváděla, stejně jako tampón. Dle síly menstruace se pak houbička vyjímá, oplachuje pod tekoucí vodou, vyždímá a znovu zavádí. Před každým začátkem a koncem menstruace je vhodné houbičku vydesinfikovat a to buď pomocí solné koupele, teatree oleje nebo octového roztoku. Docílíme tak zničení bakterií způsobující kvasinkové infekce a jiné záněty (Jak houbu používat, nedatováno).

9 METODOLOGIE PRÁCE

V této diplomové práci se můžeme setkat s kvantitativním výzkumem, jehož cílem je získat přesná a ověřitelná data o dané problematice a jehož základem je měření. Měřením získáváme údaje vyjádřených numericky. Kvantitativní výzkum byl pro tuto práci vybrán z důvodu možné ověřitelnosti dat, které nejsou ovlivnitelné výzkumníkem. Pomocí kvantitativnímu výzkumu můžeme zobecnit zjištěná data na populaci a vytvořit přehlednou metodologii výzkumného šetření (Gavora, 2010).

9.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vypracování kvalitního výzkumu vyžaduje dostatek práce a času a hlavně studium materiálů ohledně zkoumané problematiky. Nejdříve si výzkumník promyslí to, co by chtěl zkoumat a na co by se chtěl ve své práci zaměřit a jak by chtěl výzkum provádět. Proto je nutné studium odborných publikací. Poté si výzkumník vymezi výzkumné téma a vyhledá výzkumy s podobnou tematikou. Stanoví si výzkumné otázky, cíle a hypotézy, které bude chtít výzkumným šetřením zjistit. Hypotézy můžeme charakterizovat jako předpokládané odpovědi výzkumného šetření na otázky, které mají formu oznamovací věty a jejich formulace má být jednoduchá. Hypotéza zpravidla vyjadřuje vztahy mezi proměnnými, které nabývají různých hodnot (Švec et al, 2009).

Výzkumná část se zabývá problematikou sexuálního a reprodukčního zdraví, které je definováno jako schopnost oplodnit (u muže), otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě (u ženy). Schopnost reprodukce je globální problém související s celou lidskou populací. Aby byla žena schopna reprodukce, je nutné, aby se zvýšila životní úroveň obyvatelstva, zlepšila se dostupnost zdravotní péče a výchova obyvatel ohledně sexuálního a reprodukčního zdraví. Prosazovat rovnost žen a posilovat jejich postavení ve společnosti patří mezi prioritu různých organizací zaměřených na reprodukční zdraví (Urbanová, 2010).

Dle Weisse a Zvěřiny (2014) není možné pochopit sexuální chování obyvatel bez znalosti jejich dovedností, schopností, postojů a hodnot. Česká republika patří mezi vyspělé země, kde se sledují trendy sexuálního chování obyvatel od roku 1993. Výzkum této práce byl zaměřen na postoje, znalosti a dovednosti žen reprodukčního věku

a postreprodukčního věku. Dotazníkovým šetřením se zkoumalo, zda byly ve školách vyučovány ohledně problematiky reprodukčního a sexuálního zdraví a jaká byla náplň vyučovacích hodin. Z pohledu prevence nás zajímalo, zda ženy dodržují preventivní prohlídky, jaké je jejich sexuální chování a intimní hygiena reprodukčních orgánů. Tyto data jsou důležitá, jelikož nám mohou ukázat, jakým způsobem české ženy uchovávají své zdraví a zda se starají o své tělo a reprodukční orgány, které jsou důležité pro zachování rodu a k předání genetické informace svým potomkům.

Kvalitativní výzkum nebyl v této práci využit z důvodu širokého zaměření diplomové práce, kde byla data zjišťována z různých oblastí reprodukčního zdraví. Byla tak dodržena anonymita respondentek z důvodu některých intimních otázek, na které by ženy v kvalitativním výzkumu neodpověděly. Výhodou kvantitativního výzkumu je možnost zkoumání většího počtu osob, je možné získaná data standardizovat a generalizovat na celkovou populaci. Dále jsou data získávána rychleji než u kvalitativního výzkumu a odpovědi je možné vyjádřit numericky (Švec et al, 2009).

Mezi nevýhody kvantitativního výzkumu uvedeme neúplnou návratnost rozdaných dotazníků, nemožnost ověření, zda dotazník vyplnila námi oslovená osoba nebo nemožnost zjištění, zda osoba dané otázky pochopila (Gavora et al, 2010).

9.2 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY

Ve výzkumné části práce je nutné stanovit cíle práce, výzkumné problémy a hypotézy (Švec et al, 2009).

Hlavní cíl: Cílem práce je zjistit úroveň zdravotní gramotnosti u dospělých žen v České republice s akcentem na oblast reprodukčního zdraví a lidské sexuality.

Z hlavního cíle určíme cíle dílčí:

- 1. dílčí cíl:** Zjistit edukovanost žen ohledně preventivních prohlídek u gynekologa.
- 2. dílčí cíl:** Zjistit edukovanost žen ohledně reprodukčního zdraví v procentech při jejich studiu.
- 3. dílčí cíl:** Zjistit znalost pojmu reprodukční zdraví.

4. dílčí cíl: Zjistit znalost pojmu sexuálně rizikové chování.

5. dílčí cíl: Určit procento žen, které ví, jak se efektivně chránit před sexuálně přenosnými chorobami se stálým partnerem.

6. dílčí cíl: Analyzovat procento žen dodržující správné zásady menstruační hygieny.

7. dílčí cíl: Zjistit, jaké menstruační pomůcky ženy používají nejčastěji při menstruaci.

8. dílčí cíl: Zjistit, jakými antikoncepčními metodami se ženy chrání před nechtěnými otěhotněními.

VÝZKUMNÉ PROBLÉMY RELAČNÍ

1. Má věk respondentek souvislost s užíváním perorální antikoncepce?

2. Existuje souvislost mezi vzděláním respondentek a počtem sexuálních partnerů?

3. Existuje souvislost mezi věkem respondentek a používáním speciálních mycích přípravků pro intimní hygienu?

VĚCNÉ HYPOTÉZY

H₁: Ženy do 30 let užívají perorální antikoncepci se stálým partnerem více než ženy nad 30 let.

H₂: Celoživotní počet sexuálních partnerů závisí na vzdělání ženy.

H₃: Ženy do 30 let používají k intimní hygieně speciální mycí přípravky pro intimní hygienu více než ženy nad 30 let.

9.3 METODOLOGICKÉ NÁSTROJE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V praktické části diplomové práce byly analyticky zpracovány odborné publikace, zatímco v empirické části byla využita dotazníková metoda sběru dat. Dle Chrásky (2007) je dotazník nejpopulárnější výzkumnou technikou získávání dat, pomocí kterého nepřímo získáváme data prostřednictvím dopředu formulovaných otázek. Dotazník slouží k hromadnému a snadnému zjišťování informací o znalostech, postojích a názorech pomocí písemného dotazování. Získaná data lze poté při vyhodnocování

změnit buď na kvantitativní údaje, vyjádřeny čísly, četností či frekvencí výskytu dané odpovědi nebo na kvalitní údaje, u kterých si určité typy odpovědí kategorizujeme. Pro výzkum byl sestaven nestandardizovaný dotazník, díky kterému jsme zjišťovaly znalosti, postoje, návyky žen ohledně reprodukčního a sexuálního zdraví, intimní hygieny a péči o své zdraví.

V dotaznících, které byly ženám rozdány, byl uveden cíl výzkumu a jeho účel, dále jednoduchý návod jak dotazník vyplnit. Na začátku jsou uvedeny demografické požadavky, tedy jaký je věk respondentek, v jakém kraji České republiky bydlí a jaké je jejich nejvyšší dosažené vzdělání.

V sestaveném nestandardizovaném dotazníku byly využity otázky otevřené, pomocí kterých jsme zjišťovaly znalosti ohledně daného problému, dále otázky polootevřené a uzavřené polytomické, ve kterých ženy vybíraly odpověď z nabízených možností. Dotazník byl složen z 31 otázek zjišťující znalosti, postoje a návyky žen v oblastech sexuální výchovy, reprodukčního zdraví, prevence, sexuálního chování a intimní hygieny. (Příloha 2)

9.4 ADMINISTRACE VÝZKUMU

Výzkumné šetření probíhalo od ledna 2017 do března 2017, kdy byly vtištěny a rozdány nestandardizované dotazníky ženám v reprodukčním a postreprodukčním věku. Na začátku byla vybrána dle demografických údajů základní skupina informátorek, které se zúčastnily výzkumného šetření a které oslovily další ženy v souvislosti se zkoumaným problémem. Tímto způsobem byly rozdávány dotazníky postupně dalším ženám. Pro tento výzkum byla tedy použita metoda nabalování, tzv. snowball sampling, kdy respondenti upozorňují výzkumníka na další osoby, které je možné oslovit v souvislosti se zkoumaným problémem (Babbie, 2011).

9.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR

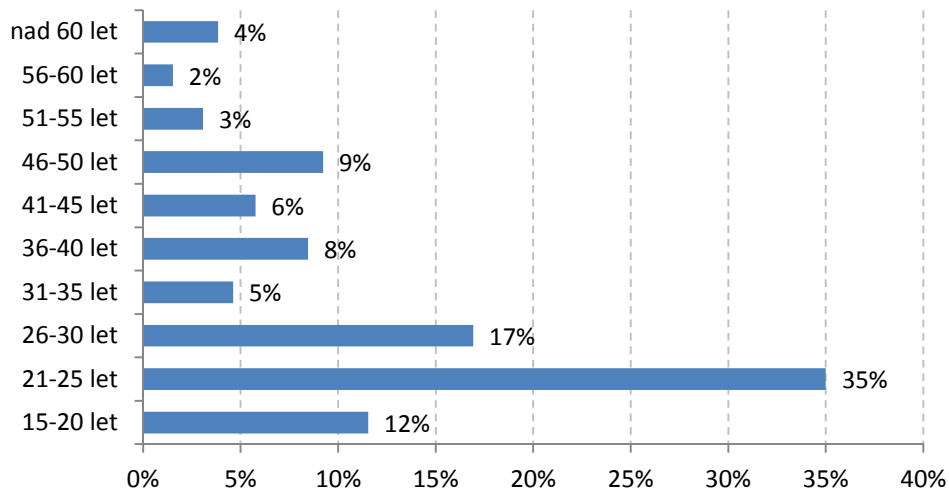
Výzkumník si pomocí výzkumného souboru vybírá lidi, kteří se mohou účastnit výzkumného šetření na základě určitých znaků, který je společný pro více osob. Není možné prozkoumat všechny jedince populace, proto je nutné stanovení vlastností, které budou mít společné více lidí. Žádoucí je, aby vzorek vybraných osob byl co nejvíce

reprezentativní. Důležité je stanovení základního a výběrového souboru (Chráska, 2007). Do základního souboru patří všechny osoby, které patří do skupiny, kterou chceme zkoumat. V našem případě se jedná o populaci žen České republiky.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na ženy v reprodukčním věku, vymezen začátkem menstruace, a na ženy postreprodukční, které již nemenstruují. Dotazník vyplňovaly ženy ze všech krajů České republiky a ženy s jakýmkoliv dosaženým stupněm vzdělání. Bylo rozdáno celkem 320 dotazníků a navrátilo se jich 260. Návratnost byla tedy (81 %). Konečný soubor tedy tvořilo 260 respondentek, které byly vybrány záměrným nenáhodným výběrem, který byl určen ochotou žen se na výzkumu podílet.

9.6 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

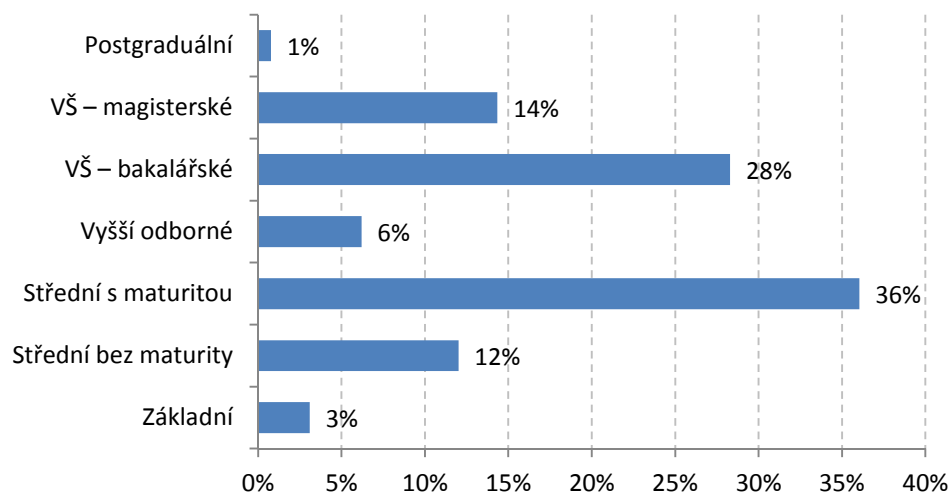
Otázka 1 *Kolik Vám je let?*



Graf 1 Charakteristika souboru dle věku

Výzkumného šetření se účastnilo celkem 260 žen. Nejsilnější zastoupení měla věková kategorie 21 – 25 let 35 %. Druhou nejsilnější věkovou kategorií byly ženy v rozmezí 26 – 30 let 17 %. 12 % žen bylo ve věkovém rozmezí 15 – 20 let, 9 % žen bylo ve věku 46 – 50 let, 36 – 40 let mělo 8 % žen, 6 % respondentek mělo 41 – 45 let, 5 % žen mělo 31 – 35 let, nad 60 let měly 4 % respondentek, 51 – 55 let měly 3 % žen a 2% žen zastoupily věkovou kategorii 56 – 60 let.

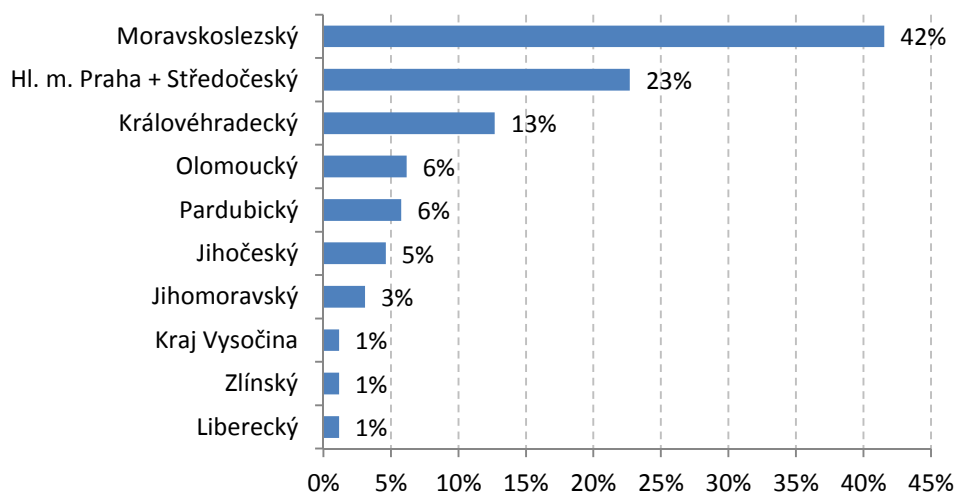
Otázka 2 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf 2 Charakteristika souboru dle vzdělání

V rámci vzdělání uvedlo 36 % žen ukončení střední školy maturitou, 28 % žen uvedlo vysokoškolské bakalářské vzdělání. Vysokoškolské magisterské vzdělání mělo 14 % žen, (12 % žen uvedlo zakončení vzdělání střední školou bez maturity, vyšší odborné vzdělání označilo 6 % respondentek a 3 % žen uvedly nejvyšší ukončené vzdělání základní a pouze 1 % žen uvedlo vzdělání postgraduální.

Otázka 3 Z jakého kraje České republiky pocházíte?



Graf 3 Charakteristika souboru dle místa bydliště

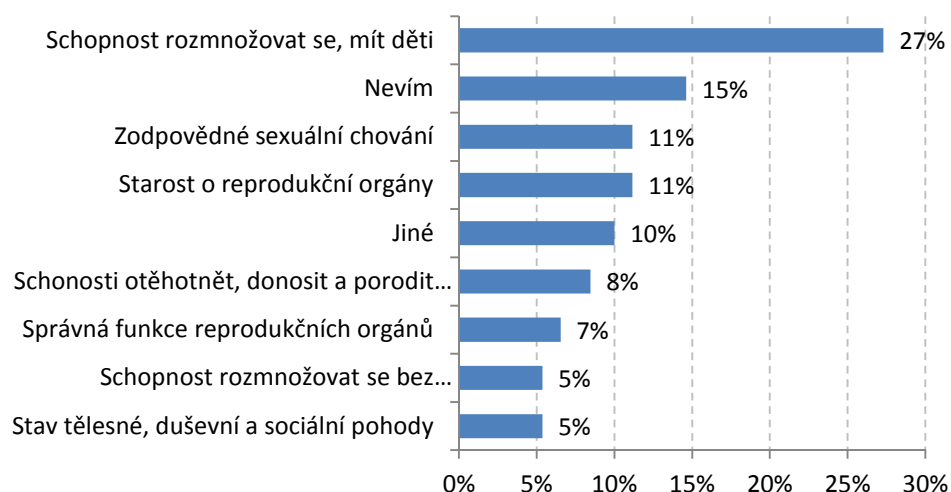
Největší zastoupení žen bylo z kraje Moravskoslezského 42 %, druhou nejsilnější skupinou byly ženy z kraje Středočeského a Hl. města Prahy 23 %, 13 % žen pocházelo z kraje Královéhradeckého, 6 % žen pocházelo z Olomouckého kraje a dalších 6 % žen bylo z kraje Pardubického. Z Jihočeského kraje pocházelo 5 % žen, 3 % žen bylo z kraje Jihomoravského, 1% žen pocházelo ze Zlínského kraje, z kraje Vysočina 1 % žen a 1 % žen z kraje Libereckého. Výzkumného šetření se neúčastnily ženy z kraje Plzeňského, Karlovarského kraje, a Ústeckého kraje.

9.7 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Otázka 4 Pokuste se dle Vašeho mínění napsat, jak byste definovala pojem reprodukční zdraví:

Nyní se zaměříme na interpretaci výsledků výzkumného šetření. Každý graf znázorňuje odpovědi respondentek, které se zúčastnily dotazníkového šetření. První otázka byla zaměřena na vědomosti a znalosti žen, týkající se znalosti pojmu reprodukční zdraví. Tyto otázky musí být formulovány s opatrností, aby respondentky neměly dojem, že případná neznalost je špatná.

Odpovědi byly kategorizovány a správná odpověď byla porovnávána s definicí dle Machové a Hamanové (2002, s. 50), které definovaly reprodukční zdraví jako „schopnost oplodnit (u muže), otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě (u ženy).“



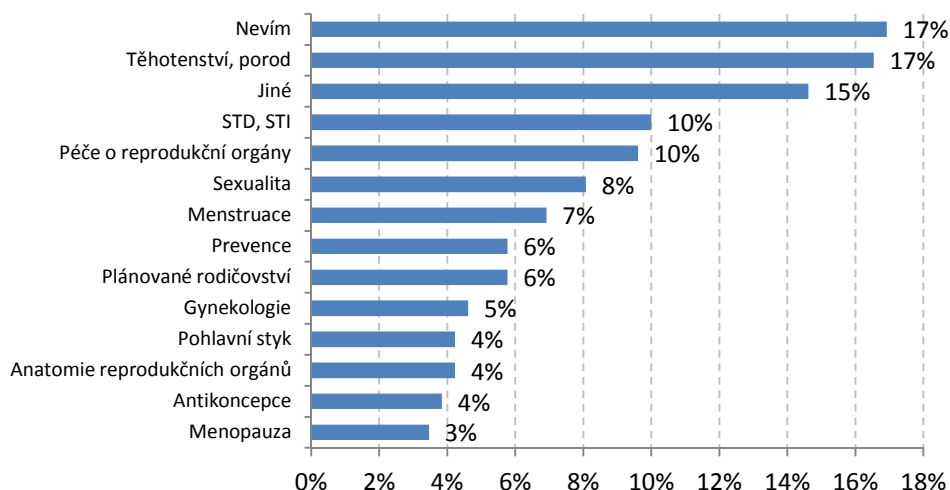
Graf 4 Znalost pojmu reprodukční zdraví

27 % žen při definování pojmu reprodukční zdraví uvedly, že pojem znamená schopnost rozmnožovat se a mít děti, zatímco 15 % žen uvedlo, že neví, co daný pojem charakterizuje. 11 % žen si pod pojmem představilo schopnost žen starat se o své reprodukční orgány, 11 % žen uvedlo, že si pod pojmem představují zodpovědné sexuální chování. 10 % žen reagovalo různými odpověďmi, které byly zařazeny do možnosti jiné. Byly zde zařazeny reakce na pojem reprodukční zdraví, které tento pojem definovaly jako schopnost mít zdravý sex a správné hygienické návyky, některé

ženy uvedly, že si pod pojmem představovaly zdravotní stav zděděný po rodičích nebo různé změny v ženském těle. Pouze 8 % žen správně uvedlo, že reprodukční zdraví je dle jejich mínění schopnost otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě, čímž uvedly definici dle Machové a Hamanové z roku 2002. Mezi dalšími možnostmi, které ženy uvedly, byla odpověď, že reprodukční zdraví charakterizuje správnou funkci reprodukčních orgánů 7 %, stav tělesné, duševní a sociální pohody 5 % nebo schopnost rozmnožovat se bez lékařské pomoci 5 %.

Otázka 5 Pokuste se dle Vašeho úsudku vypsát, jaké tematické oblasti by mohly být obsaženy pod pojmem reprodukční zdraví:

Další otázka dotazníku byla zaměřena na znalosti a vědomosti, ve které měly ženy dle jejich názoru vypsát, jaké tematické oblasti by mohly být obsaženy pod tímto pojmem. Všechny z uvedených pojmů, které respondentky vypsaly, jsou správné a řadíme je pod pojem reprodukční zdraví. Můžeme říci, že všechny tyto oblasti by se měly objevit při výchově k reprodukčnímu zdraví.



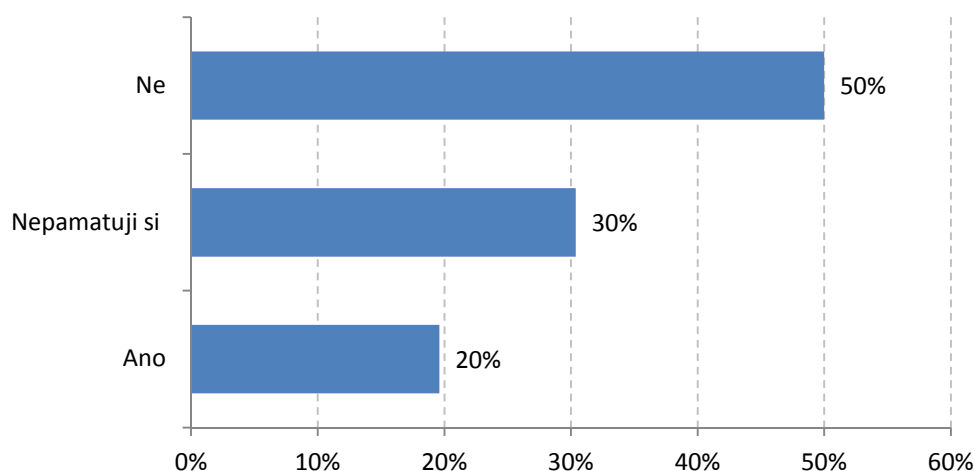
Graf 5 Jaké tematické oblasti jsou obsaženy pod pojmem reprodukční zdraví

V otázce č. 5 měly ženy vypsát dle jejich mínění, jaké tematické oblasti by mohly být obsaženy pod pojmem reprodukční zdraví. Nejvíce žen odpovídalo, že neví, co by si měly pod pojmem představit 17 %, zatímco 17 % žen uvedlo pojmy těhotenství a porod. 15 % žen uvedlo, že si pod pojmem představují oblasti jako ekologie,

novorozenecká úmrtnost, promiskuitní chování, zodpovědnost a partnerství. Tyto možnosti byly zařazeny do možnosti jiné. 10 % žen uvedl pojem pohlavně přenosné nemoci, 10 % žen uvedlo, že si pod pojmem představují péči o reprodukční orgány, 7 % si myslí, že pojem reprodukční zdraví charakterizuje pojem sexualita a menopauza 3 %, v 6 % uvedly pojem plánované rodičovství a prevence 6 %, 5 % žen uvedlo pojem gynekologie, pohlavní styk 4 % a anatomii reprodukčních orgánů 4 %. Mezi další uvedené pojmy patří antikoncepce 4 % a menopauza 3 %.

Otázka 6 Dostala jste někdy u lékaře (gynekologa) jakýkoliv informační materiál ohledně reprodukčního zdraví žen?

Šestá otázka zjišťuje fakta, tudíž ženy nepotřebovaly velké úsilí při odpovídání. Otázka byla polytomická, jelikož byly předkládány více než dvě odpovědi. Otázkou se zjišťovalo, zda ženy někdy u svého doktora dostaly jakýkoliv informační materiál, který souvisel s reprodukčním zdravím.

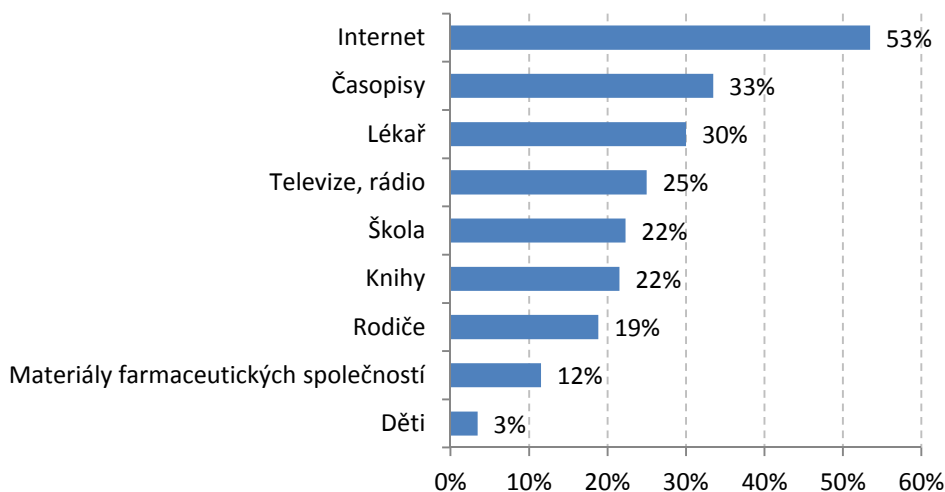


Graf 6 Odpovědi respondentek ohledně informačních materiálů

V otázce č. 6 byla ženám položena otázka, zda někdy dostaly při návštěvě svého gynekologa nějaký informační materiál ohledně reprodukčního zdraví. Bohužel jen 20 % žen někdy takový materiál od svého gynekologa dostaly, 30 % si již nepamatuje, zda informační materiál obdržely a 50 % žen uvedlo, že nikdy žádný informační materiál ze strany lékaře neobdržely.

Otázka 7 Vyberte, jaké jsou Vaše zdroje informací ohledně reprodukčního zdraví:

Sedmou otázkou byla opět zjišťována fakta, ženám byla položena otázka s výčtovými položkami odpovědí, které jsou charakterizovány možnostmi výběru více odpovědí současně. Ženy vybíraly, jaké jsou jejich zdroje informací ohledně reprodukčního zdraví.

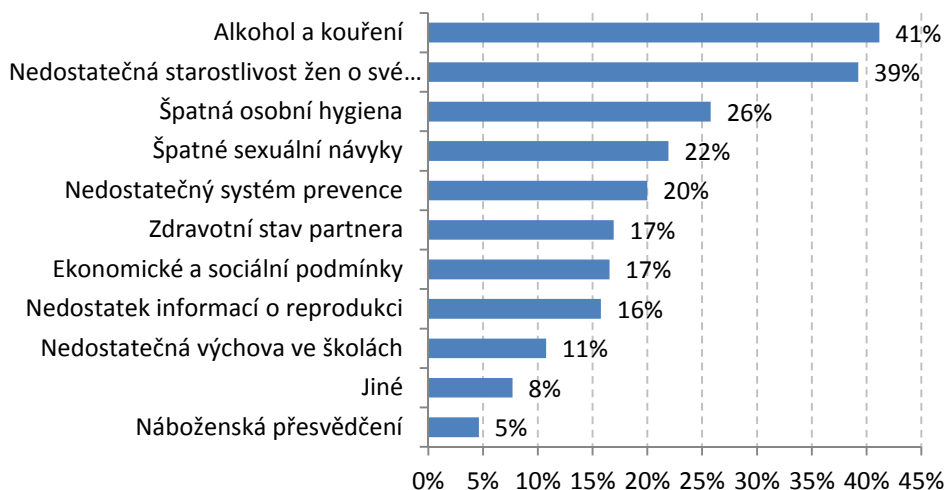


Graf 7 Zdroje informací ohledně reprodukčního zdraví

V rámci 7. otázky měly ženy vybrat, jaké jsou jejich zdroje informací ohledně reprodukčního zdraví. V dnešní moderní době je velice populární zdroj informací internet, který uvedly jako nejčastější zdroj informací 53 %. 33 % žen uvedlo, že jako zdroj informací používají různé časopisy pro ženy a 30 % uvedlo, že jejich zdrojem informací je i jejich gynekolog. Dalším uvedeným zdrojem informací byla televize a rádio 25 %. 22 % žen uvedlo knihy a pouze 22 % žen označilo za zdroj informací školu. Jen v 19 % označily jako zdroj informací rodiče a materiály farmaceutických společností 12 %. Pouze 3 % žen uvedlo jako jejich zdroj informací své děti.

Otázka 8 Označte, co podle Vašeho názoru nejvíce negativně ovlivňuje reprodukční zdraví žen:

Další otázkou dotazníku bylo zjišťováno mínění žen ohledně problematiky související s reprodukčním zdravím. Opět byla položena otázka s výčtovými odpověďmi, tudíž ženy mohly vybírat více položek, se kterými se ztotožňovaly. Otázkou bylo zjišťováno, co dle jejich mínění nejvíce negativně ovlivňuje reprodukční zdraví žen.

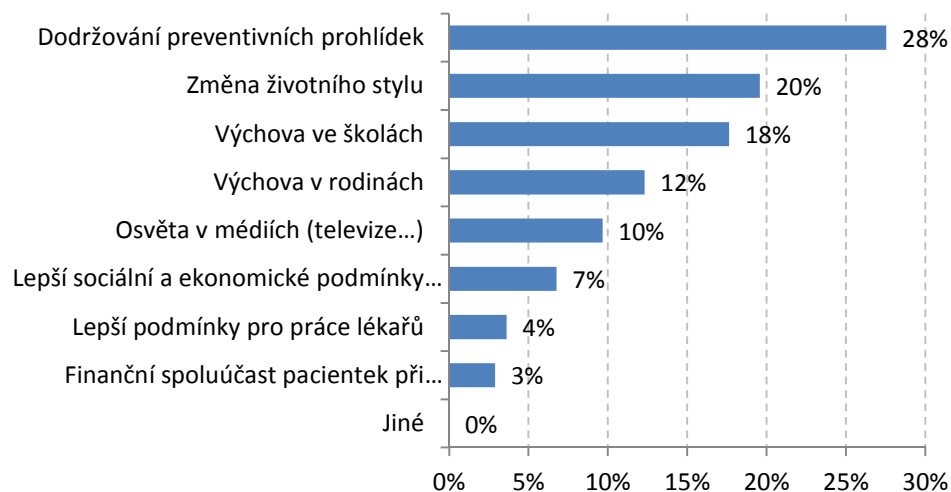


Graf 8 Negativní vliv na reprodukční zdraví

V otázce č. 8 měly ženy odpovídat, co dle jejich mínění nejvíce negativně ovlivňuje jejich reprodukční zdraví. Celých 41 % žen vybralo alkohol a kouření jako nejvíce negativní vliv na naše zdraví. Jen o procento méně má však odpověď, že největší vliv má na zdraví starostlivost o své zdraví, kterou vybralo 39 %. 26 % označilo jako nejvíce negativní vliv na zdraví špatnou osobní hygienu a 22 % žen si myslí, že také sexuální návyky mohou negativně ovlivnit zdraví. Pouze 20 % žen označilo nedostatečný systém prevence jako nejvíce negativní vliv na zdraví a jen 17 % žen si myslí, že to může být také zdravotní stav partnera. Jako největší negativní vliv označily ženy nedostatek informací o reprodukci 16 % a ekonomické a sociální podmínky 17 %. Pouze 11 % žen označilo vliv školy na reprodukční zdraví. 8 % žen vybralo možnost jinou, ve které uváděly další možnosti negativního vlivu na reprodukční zdraví. Patří sem stres, strava, všude přítomná chemie, životní styl, nedostatečná výchova v rodině, přírodní podmínky nebo negativní dopad hormonální antikoncepce. Jen 5 % žen věří, že i náboženské přesvědčení může mít negativní vliv na reprodukční zdraví.

Otázka 9 Pokuste se vybrat, jaké formy a metody by mohly efektivněji podpořit péči o reprodukční zdraví:

Devátá otázka zjišťovala názory žen spojené s efektivitou a zlepšením v péči o reprodukční zdraví. Otázka nabízela možnost výčtových odpovědí, tudíž ženy mohly vybírat více položek, se kterými se ztotožňovaly.

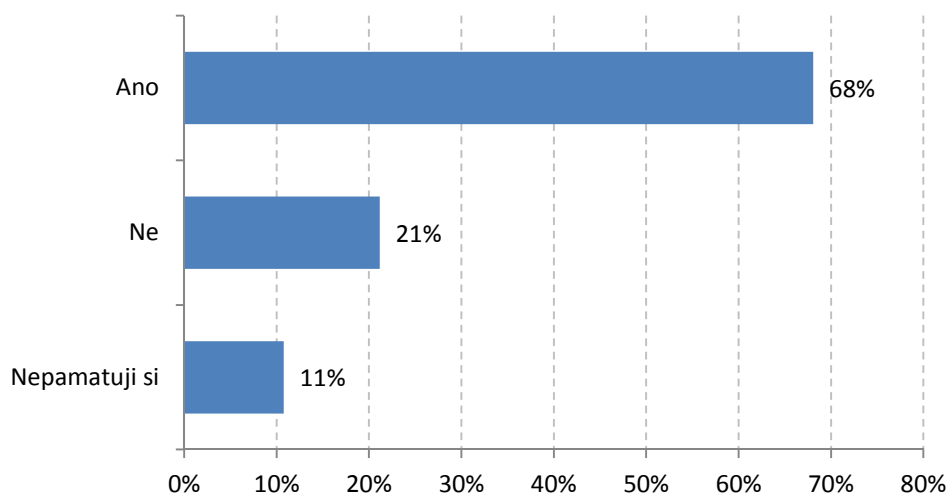


Graf 9 Podpora péče o reprodukční zdraví

V otázce č. 9 jsme se ptaly jaké formy a metody by mohly efektivněji podpořit péči o reprodukční zdraví. 28 % žen označilo, že nejdůležitější je dodržovat preventivní prohlídky u lékaře, 20 % žen věří, že změna životního stylu může ovlivnit reprodukční zdraví, 18 % uvedlo, že zlepšení výchovy ve školách nejvíce ovlivňuje péči o reprodukční zdraví a pouze 12 % žen si myslí, že i výchova v rodinách může efektivně podpořit péči o reprodukční zdraví. Osvětu v médiích – v televizi či rádiu, označilo 10 % žen. Lepší sociální a ekonomické podmínky obyvatel může zlepšit postoje k reprodukčnímu zdraví 7 % žen, 4 % žen si myslí, že zlepšení podmínek pro práci lékařů může zlepšit postoje žen k reprodukčnímu zdraví a 3 % žen označilo, že sankce a finanční spoluúčast pacientek při zanedbání prevence by pomohlo zvýšit zodpovědnost žen za své zdraví.

Otázka 10 *Setkala jste se v době svého studia ve školách se sexuální výchovou, výchovou k manželství a rodičovství či výchovou ke zdraví?*

Otázka zkoumající fakta byla zaměřena na to, zda se ženy za své studium setkaly se sexuální výchovou. Byla položena otázka s polytomickým výběrovým výčtem odpovědí.

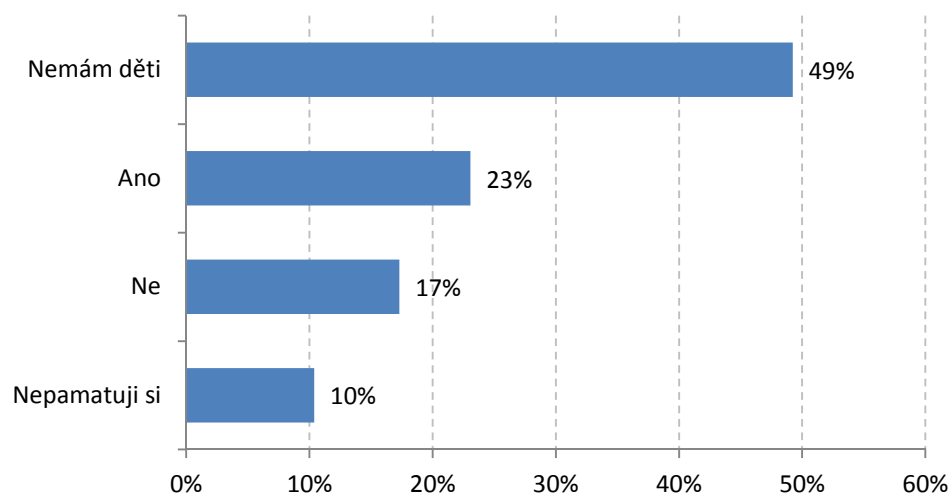


Graf 10 Sexuální výchova ve školách

Se sexuální výchovou, výchovou k manželství a rodičovství nebo výchovou ke zdraví se setkalo při studiu pouze 68 % žen, zatímco 21 % uvedlo, že ani jeden uvedený předmět při svém studiu neměly. 11 % žen si nepamatuje, zda byly vyučovány z výše uvedených předmětů na školách.

Otázka 11 Setkala jste se v době studia Vašich dětí ve školách se sexuální výchovou, výchovou k manželství a rodičovství či výchovou ke zdraví?

Další otázka zkoumající fakta byla zaměřena na to, zda se ženy za studium svých dětí setkaly se sexuální výchovou. Byla položena otázka s polytomickým výběrovým výčtem odpovědí.

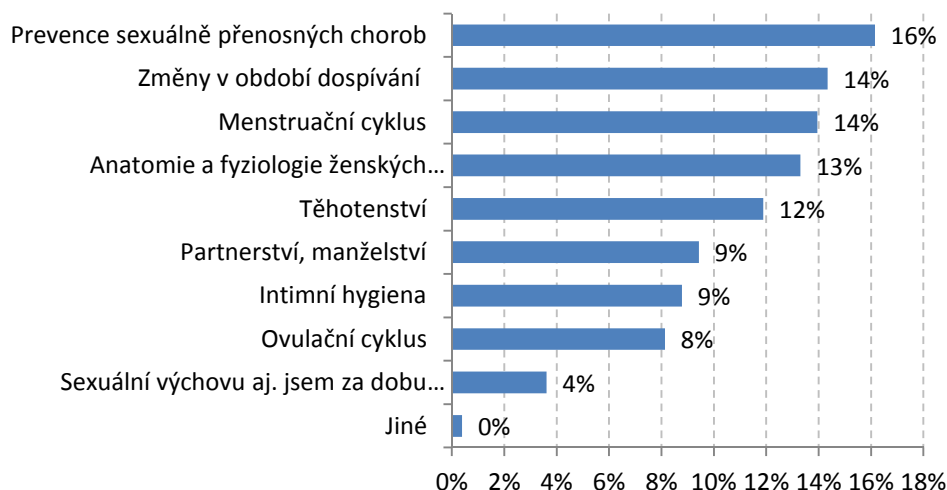


Graf 11 Sexuální výchova ve školách dětí

V otázce č. 11 jsme se zajímaly, zda se ženy při studiu jejich dětí setkaly se sexuální výchovou, výchovou ke zdraví nebo výchovou k manželství a rodičovství apod. 23 % žen uvedlo, že jejich děti byly vyučovány ohledně sexuální výchovy, zatímco 10 % už si to nepamatuje. Některé ženy uvedly, že jejich děti vyučovány z těchto předmětů nikdy nebyly 17 % a 49 % žen účastnících se dotazníkového šetření děti ani nemělo.

Otázka 12 S jakými oblastmi jste byla ve školách v rámci sexuální výchovy seznámena?

Otázka zjišťovala, názory žen spojené s obsahem výuky sexuální výchovy na školách. Otázka nabízela možnost výčtových odpovědí, tudíž ženy mohly vybírat více položek, se kterými se ztotožňovaly.

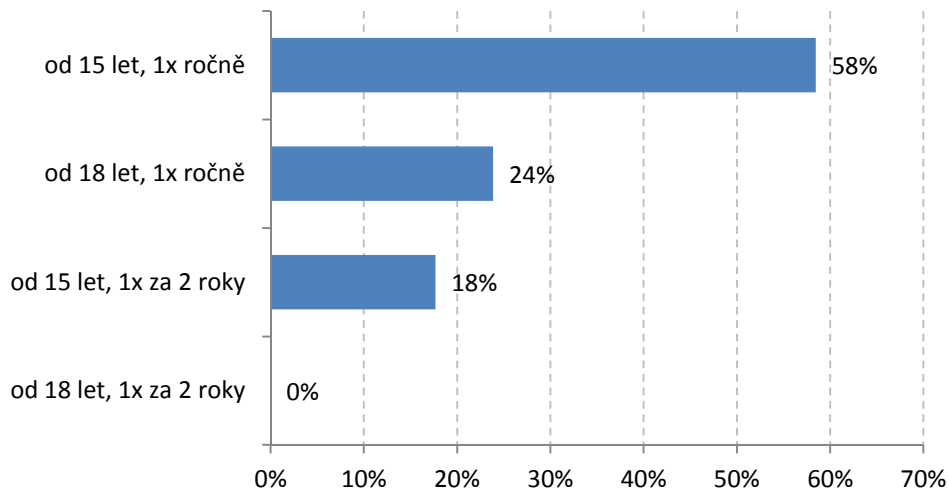


Graf 12 Oblasti sexuální výchovy ve školách

Ve 12. otázce jsme zjišťovaly, s jakými oblastmi byly v rámci sexuální výchovy ženy seznámeny. O prevenci sexuálně přenosných chorob byly ženy nejčastěji informovány v rámci sexuální výchovy 48 %, stejně jako o psychických a fyzických změnách v období dospívání 43 % a menstruačním cyklu 42 %. 40 % žen uvedlo, že bylo seznámeno s anatomickými a fyziologickými specifiky ženských pohlavních orgánů 40 % a 35 % ženám byly předány informace ohledně těhotenství a porodu. Pouze 28 % žen uvedlo, že byly seznámeny s informacemi ohledně mezilidských vztahů, tedy s partnerstvím a manželstvím a jen 26 % žen označilo intimní hygienu jako téma, kterým se zabývaly ve školách v rámci sexuální výchovy. 24 % žen označilo jako další téma výchovy ovulační cyklus a jen 11 % žen uvedla, že sexuální výchovu za dobu svého studia nikdy neměla.

Otázka 13 *Domníváte se, že frekvence a věková hranice preventivních gynekologických prohlídek je stanovená:*

Třináctá otázka zjišťovala znalosti žen ohledně preventivních gynekologických prohlídek. Zajímalo nás, kolik žen ví, od kolika let a jak často je potřebné chodit na preventivní prohlídky. Byla vytvořena uzavřená výběrová otázka, která nabízí možnost výběru jedné odpovědi.

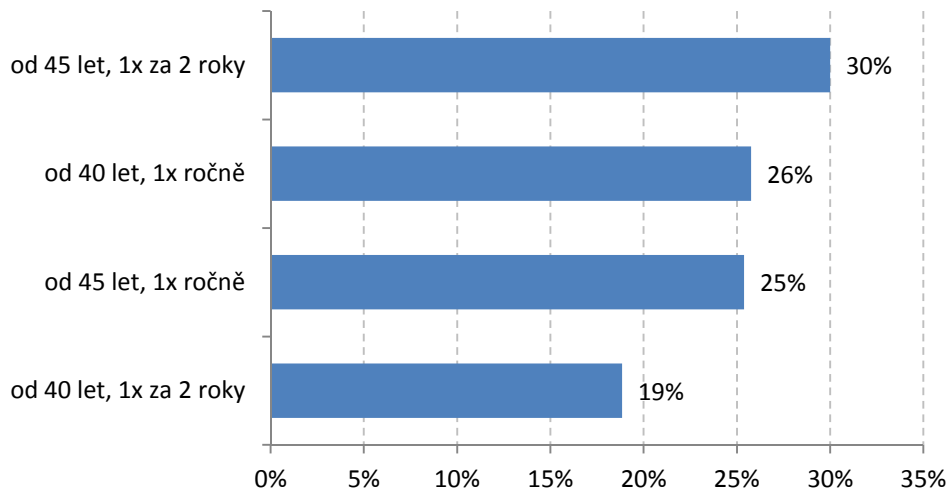


Graf 13 Frekvence a věková hranice preventivních gynekologických prohlídek

Podle žen účastnicí se dotazníkového šetření je frekvence a věková hranice preventivních gynekologických prohlídek stanovena od 15 let, 1x ročně 58 %, od 18 let, 1x ročně 24 % a od 15 let, 1x za 2 roky 18 %. Ani jedna žena nezvolila možnost preventivních prohlídek stanovených od 18 let, 1x za 2 roky.

Otázka 14 Domníváte se, že bezplatné vyšetření prsou (mamografické vyšetření) je stanovené:

Další otázka zjišťovala znalosti žen ohledně preventivních mamografických vyšetření. Zajímalo nás, kolik žen ví, od kolika let a jak často je potřebné chodit na preventivní vyšetření prsou. Byla vytvořena uzavřená výběrová otázka, která nabízí možnost výběru jedné odpovědi.



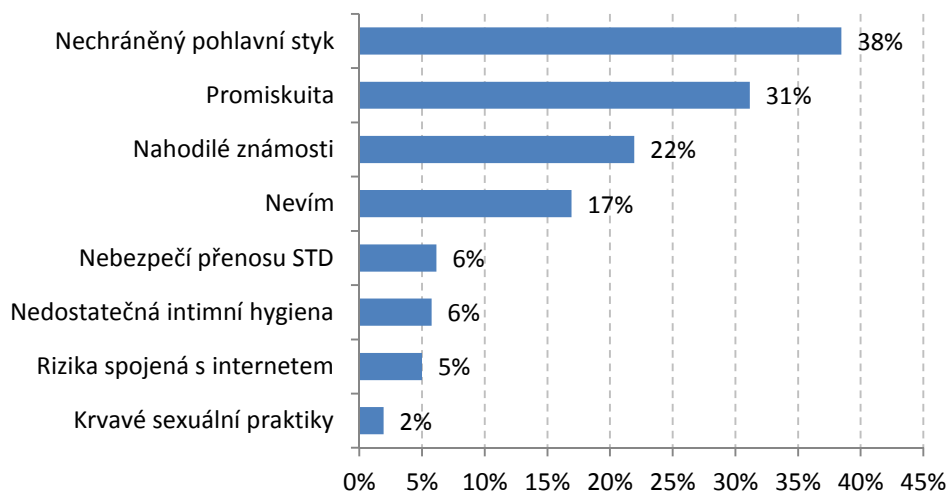
Graf 14 Frekvence a věková hranice mamografického vyšetření

Dle žen je frekvence a věková hranice bezplatného mamografického vyšetření stanovena od 45 let, 1x za 2 roky 30 %, od 40 let, 1x ročně 26 %, od 45 let, 1x ročně 25 % a od 40 let, 1x za 2 roky 19 %.

Otázka 15 Pokuste se vyjádřit, co dle Vás představuje pojem sexuálně rizikové chování:

Patnáctá otázka byla zaměřena na vědomosti a znalosti žen, týkajících se znalosti pojmu sexuálně rizikové zdraví. Tyto otázky musí být formulovány s opatrností, aby respondentky neměly dojem, že případná neznalost je špatná.

Odpovědi byly kategorizovány a správná odpověď měla obsahovat pojmy, charakterizující sexuálně rizikové chování. Dle Hamanové (2014) se jedná o **časný začátek sexuálního života, vysoká frekvence pohlavních styků, nahodilé známosti, promiskuita, prostituční chování, krvavé sexuální praktiky, anální styk a absence bariérové antikoncepce.**



Graf 15 Znalost pojmu sexuálně rizikové chování

U otázky č. 15 měly respondentky odpovídat, co dle jejich mínění znamená pojem sexuálně rizikové chování. Podle žen je sexuálně rizikové chování je spojeno s nechráněným pohlavním stykem, tedy v absenci kontracepce 38 % a s promiskuitním chováním, které je charakterizováno častým střídáním sexuálních partnerů 31 %. Mezi další možnosti, které respondentky uváděly, patří pohlavní styk s náhodným partnerem 22 %, dle jejich mínění značí sexuální rizikové chování, chování, které je podmíněno nebezpečím přenosu pohlavních chorob 6 %. Mezi další četné odpovědi patřila nedostatečná intimní hygiena, která může být rizikem v oblasti sexuálního chování 6 %, ale také nebezpečí spojené s moderní technikou a internetem, kde ženy uváděly

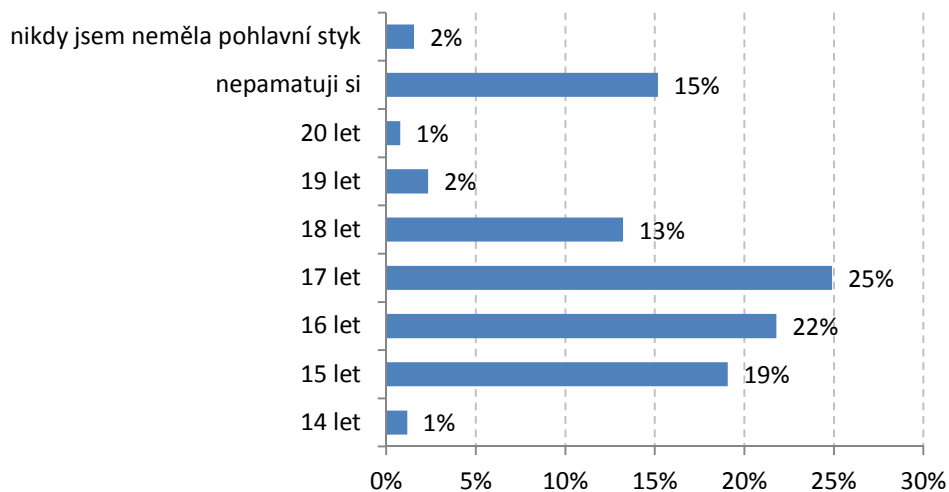
pornografii či rizika spojené s posíláním aktů cizím lidem 5 %. Dle 2 % žen patří mezi rizikové sexuální chování krvavé sexuální praktiky. 17 % žen uvedlo, že neví, co daný pojem znamená.

Otázka 16 *Kdy jste měla první pohlavní styk?*

Šestnáctá otázka byla zaměřena na věk prvního pohlavního styku respondentek. Byla položena otevřená otázka, která nenabízela žádné předem utvořené odpovědi.

věk (v letech)	absolutní četnost	relativní četnost
14 let	3	1
15 let	49	19
16 let	56	22
17 let	64	25
18 let	34	13
19 let	6	2
20 let	2	1
21 let	1	0
22 let	1	0
23 let	1	0
nepamatuji si	39	15
nikdy jsem neměla pohlavní styk	4	2
celkový počet respondentek	260	100 %

Tabulka 3 Věk při první souloži (v letech)



Graf 16 Věk prvního pohlavního styku

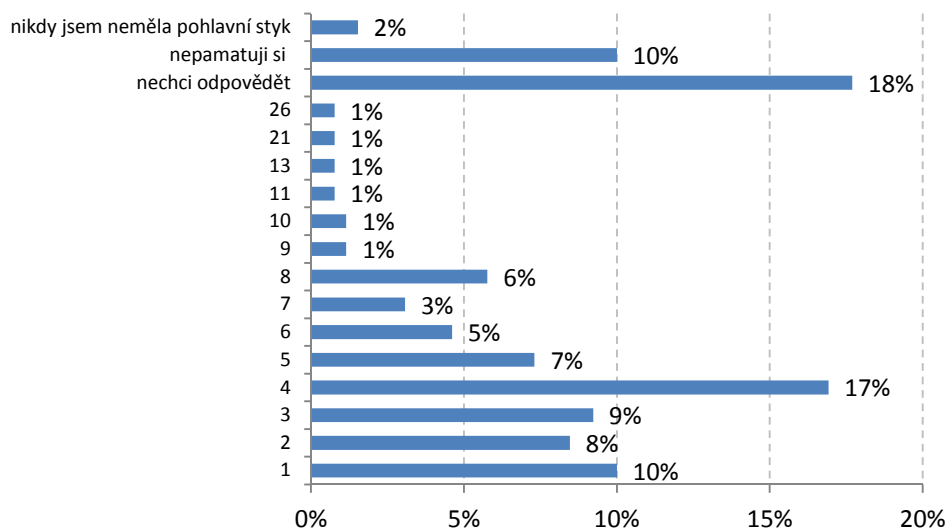
Z dotazníkového šetření plyne, že nejčastějším věkem při prvním pohlavním styku je 17. rok 25 % a 16. rok života 22 %. V 15. letech mělo svůj první pohlavní styk 19 % respondentek a 13 % žen uskutečnilo svůj první pohlavní akt v 18. letech. 2 % žen uvedla, že při koitarché měly 19. let, 1 % žen měla při prvním pohlavním styku 20 let a 1 % žen zažilo první pohlavní styk ve 14. letech. Začátek pohlavního života si nepamatuje 15 % respondentek a 2 % žen ještě nikdy pohlavní styk neměla. Průměrný věk prvního pohlavního styku je 16,5 let.

Otázka 17 *Napište prosím, kolik sexuálních partnerů jste doposud měla:*

Další otázka zjišťovala aktuální počet celoživotních sexuálních partnerů respondentek. Byla položena otevřená otázka, která nenabízela žádné předem utvořené odpovědi.

počet sexuálních partnerů	absolutní četnost	relativní četnost
1	26	10
2	22	8
3	24	9
4	44	17
5	19	7
6	12	5
7	8	3
8	15	6
9	3	1
10	3	1
11	2	1
13	2	1
21	2	1
26	2	1
nechci odpovědět	46	18
nepamatuji si	25	10
nikdy jsem neměla pohlavní styk	4	2
celkový počet respondentek	260	100 %

Tabulka 4 Počet sexuálních celoživotních partnerů (v procentech)

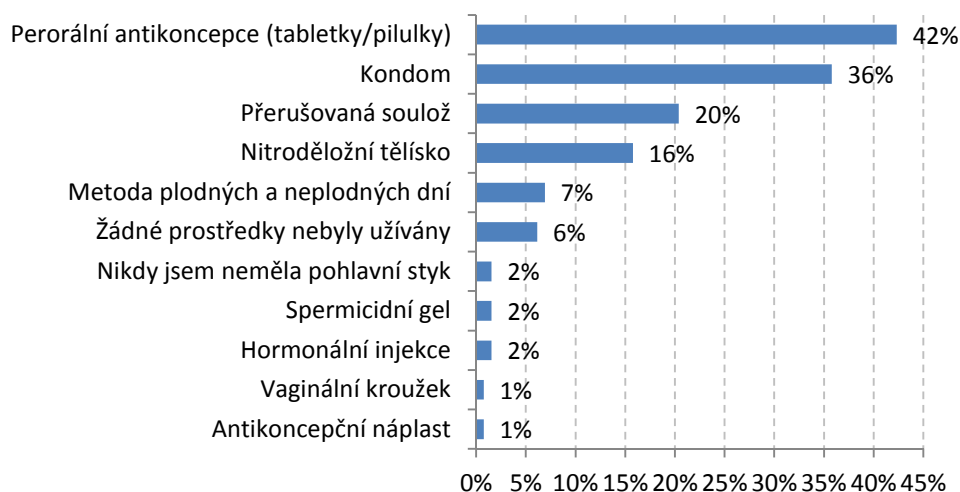


Graf 17 Počet celoživotních sexuálních partnerů

V otázce č. 17, ve které respondentky odpovídaly na otázku, jaký byl jejich dosavadní počet sexuálních partnerů. Největší počet žen vybralo možnost „nechci odpovědět“ 18 %, 6 % žen si na počet sexuálních partnerů nepamatovalo a 2 % respondentek ještě nikdy pohlavní styk neměla. 17 % žen uvedlo, že jejich nejvyšší počet sexuálních partnerů jsou 4, 10 % žen mělo celoživotních sexuálních partnerů 3 a 10 % respondentek uvedlo, že mělo jen jednoho sexuálního partnera za celý život. 9 % žen napsaly, že měly 2 sexuální partnery za celý život a 5 partnerů mělo 8 % žen. 6 % žen mělo 8 sexuálních partnerů, 5 % dotázaných mělo 6 sexuálních partnerů a 3 % respondentek mělo sexuálních partnerů 7. Počet 9 sexuálních partnerů uvedlo 1 % žen, počet 10 partnerů 1 % žen, počet 11 partnerů 1 % žen, počet 13 partnerů 1 % žen, 21 sexuálních partnerů uvedlo 1 % respondentek a 1 % žen uvedlo, že byl jejich počet sexuálních partnerů 26. Průměrný počet celoživotních partnerů je 4,8.

Otázka 18 Vyberte, pomocí kterých prostředků/metod jste se chránila/chráníte při pohlavním styku se stálým partnerem:

Otázkou jsme zjišťovali pomocí kterých antikoncepčních prostředků a metod kontracepce se ženy nejčastěji chrání při pohlavním styku se stálým partnerem. Ženám byla položena otázka s výčtovými položkami odpovědí, které jsou charakterizovány možnostmi výběru více odpovědí současně.

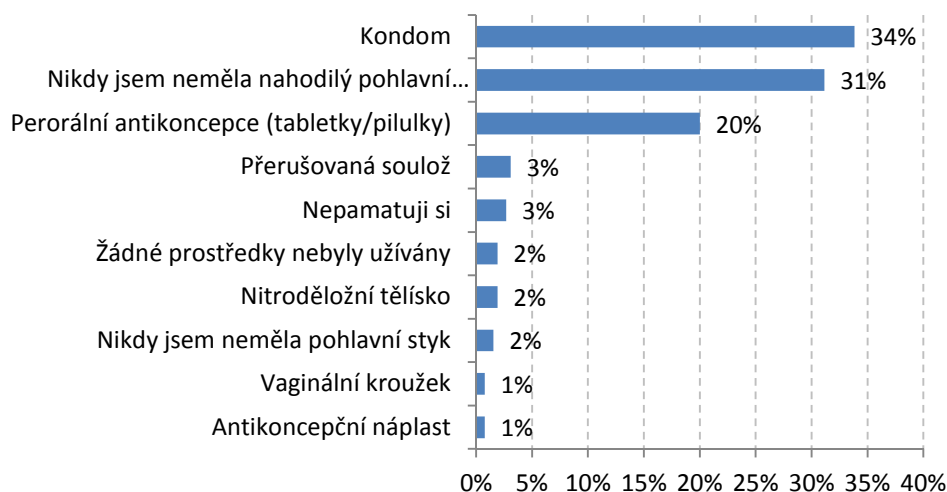


Graf 18 Antikoncepce se stálým partnerem

Při pohlavním styku se stálým partnerem ženy nejčastěji chrání pomocí jediné mužské antikoncepce, kondomem 36 %, perorální antikoncepci užívá 42 % respondentek a to ve formě pilulek, poté je velmi často používaná metoda přerušované soulože 31 %. Nitroděložní tělísko má zavedeno 16 % žen. 7 % žen uvedlo jako používanou kontracepci metodu plodných a neplodných dnů a dalších 6 % si není jistá, jakou metodu antikoncepce při pohlavním styku použily. Ve zbylých případech ženy označily za metodu kontracepce při pohlavním styku s partnerem antikoncepční náplast 1 %, vaginální kroužek 1 %, hormonální injekce 2 %, spermicidní gel 2 % a pohlavní styk ještě neměly 2 % respondentek.

Otázka 19 Vyberte, pomocí kterých prostředků/metod jste se chránila při pohlavním styku s nahodilou známostí (známostí na jednu noc):

Otázkou jsme zjišťovali pomocí kterých antikoncepčních prostředků a metod kontracepce se ženy nejčastěji chrání při pohlavním styku se nahodilým partnerem. Ženám byla položena otázka s výčtovými položkami odpovědí, které jsou charakterizovány možnostmi výběru více odpovědí současně.

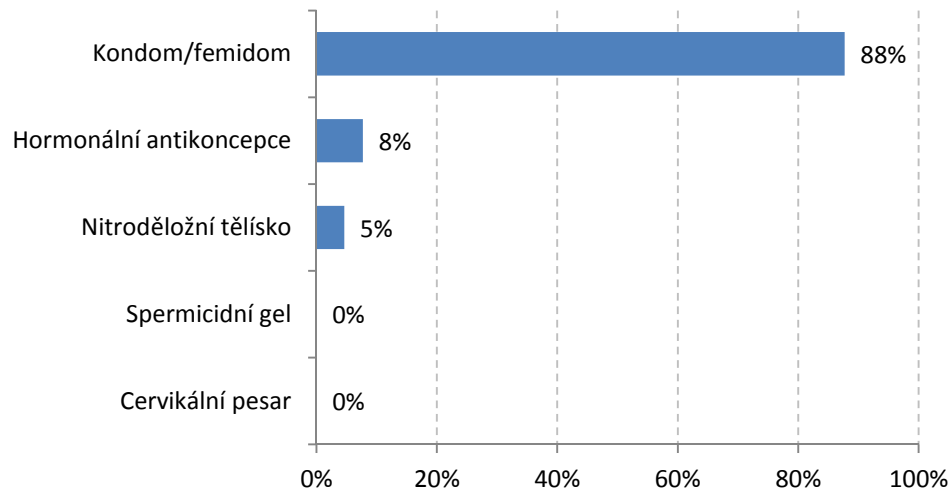


Graf 19 Antikoncepce s nahodilým partnerem

V otázce č. 19 ženy uváděly pomocí jakých kontracepčních prostředků a metod se ženy chránily při pohlavním styku s nahodilou známostí neboli známostí na jednu noc. Při pohlavním styku s nahodilou známostí ženy nejčastěji nechaly ochranu na muži a použili kondom 34 %. 20 % žen však uvedlo, že jejich antikoncepční metodou byla perorální antikoncepce. Ve 3 % ženy označily, že se chránily přirozenou metodou přerušované soulože a 2 % žen měly zavedené nitroděložní tělísko. Ve zbylých procentech ženy uvedly, že používaly jako antikoncepční prostředek antikoncepční náplast 1 % a vaginální kroužek 1 %. Zbylých 31 % žen nikdy neměly pohlavní styk s nahodilou známostí, ve 3 % si ženy nepamatují, zda náhodnou známost někdy měly a některé uvedly, že se při pohlavním styku 2 % vůbec nechránily a zbylé 2 % žen uvedla, že ještě nikdy neměla pohlavní styk.

Otázka 20 Jaký prostředek dle Vašeho názoru nejúčinněji chrání ženu před sexuálně přenosnými chorobami?

Uzavřená otázka zaměřující se jako jediná na pohlavně přenosné choroby. Ženám byly nabídnuty polytomické odpovědi, s možností výběru pouze jedné z nich.

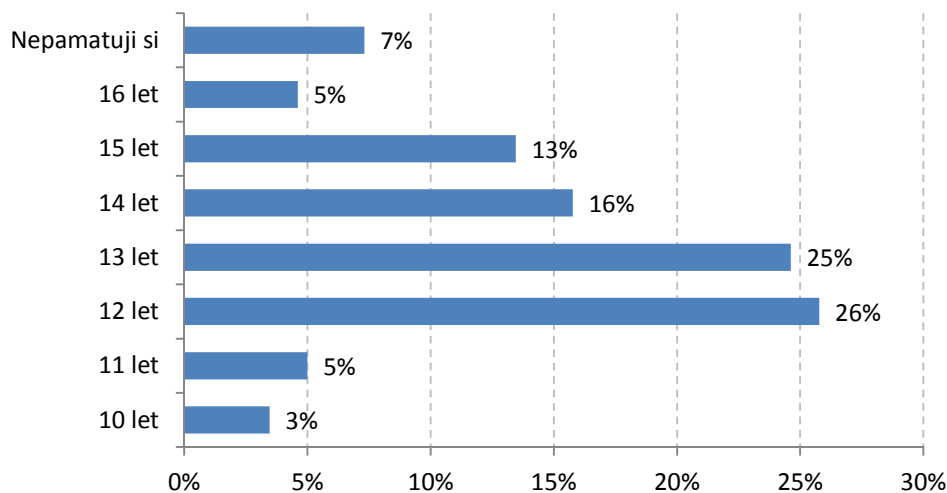


Graf 20 Nejúčinnější ochrana před STD

Dle mínění žen účastnicích se dotazníkového šetření chrání nejúčinněji ženu před pohlavně přenosnými chorobami bariérová antikoncepce, tedy kondom a femidom 88 %, 8 % žen označilo za nejúčinnější prostředek proti přenosu STD hormonální antikoncepci a 5 % žen dokonce označilo jako efektivní ochranu nitroděložní tělísko.

Otázka 21 *Napište prosím, v kolika letech jste začala menstruovat:*

Další otázka byla zaměřena na věk žen, kdy začaly menstruovat, tedy na jejich menarché. Byla utvořena otevřená otázka, kde nebyla navržena žádná hotová odpověď.

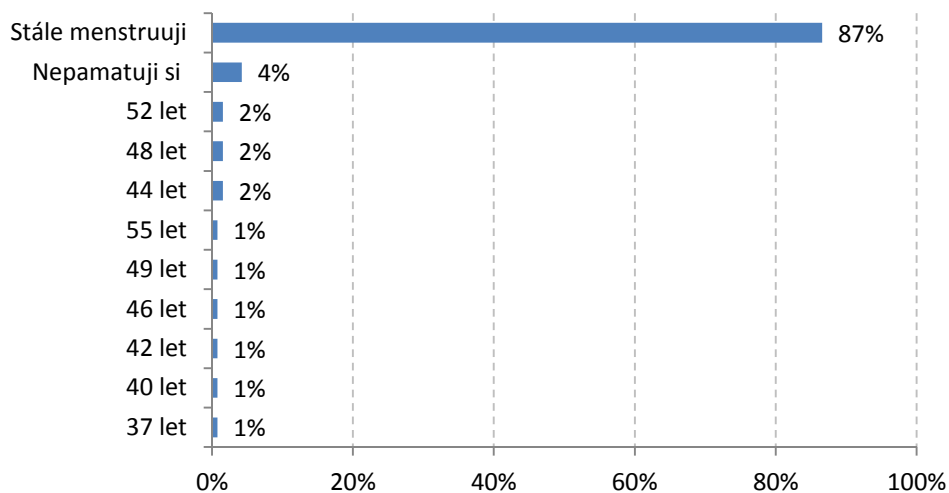


Graf 21 Věk respondentek a menarché

V otázce č. 21 měly ženy uvést věk svého menarché, tedy v kolika letech začaly menstruovat. Nejčastěji začaly ženy menstruovat ve 12 letech 26 % a druhá nejpočetnější skupina žen začala menstruovat ve 13 letech 25 %. Ve 14 letech začalo menstruovat 16 % žen, v 15 letech 13 % žen, v 16 letech 5 % žen a dalších 5 % žen začalo menstruovat v 11 letech. Pouze 3 % žen uvedla začátek menstruace v 10 letech a zbylých 7 % si již věk své první menstruace nepamatuje. Průměrný věk nástupu menstruace je 12,1 let.

Otázka 22 Uved'te prosím, v kolika letech jste přestala menstruovat:

Další otázka byla zaměřena na věk žen, kdy přestaly menstruovat. Byla utvořena otevřená otázka, kde nebyla navržena žádná hotová odpověď.

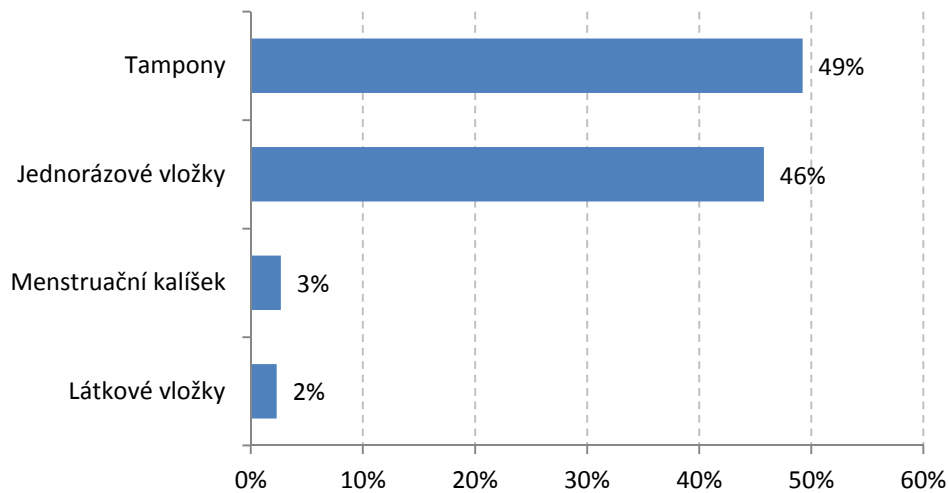


Graf 22 Věk respondentek a menopauza

Z počtu respondentek jen malý počet žen již nemenstruuje. Raný věk respondentek v souvislosti s menopauzou může být způsoben zdravotním stavem ženy a gynekologickými problémy, které vyústily v operační zákroky, díky kterým menstruovat přestaly. V 37 letech přestalo menstruovat 1 % žen, ve 40 letech 1 %, ve 42 letech 1 % žen, ve 44 letech 1 % respondentek, ve 46 letech 1 % žen, ve 48 letech 1 % respondentek, ve 49 letech 1 % žen, v 52 letech 1 % žen a stejně tak jako v 55 letech přestalo menstruovat 1 % žen. 4 % žen si již nepamatují, kolik let jim bylo a 87 % respondentek stále menstruuje.

Otázka 23 Označte prosím, které menstruační pomůcky jste užívala/užíváte během dne:

První otázka týkající se intimní hygieny respondentek zjišťovala, jaké menstruační pomůcky používají ženy během dne. Byla položena otázka s polytomickým výběrovým výčtem odpovědí, kde mohly ženy vybírat z více odpovědí.

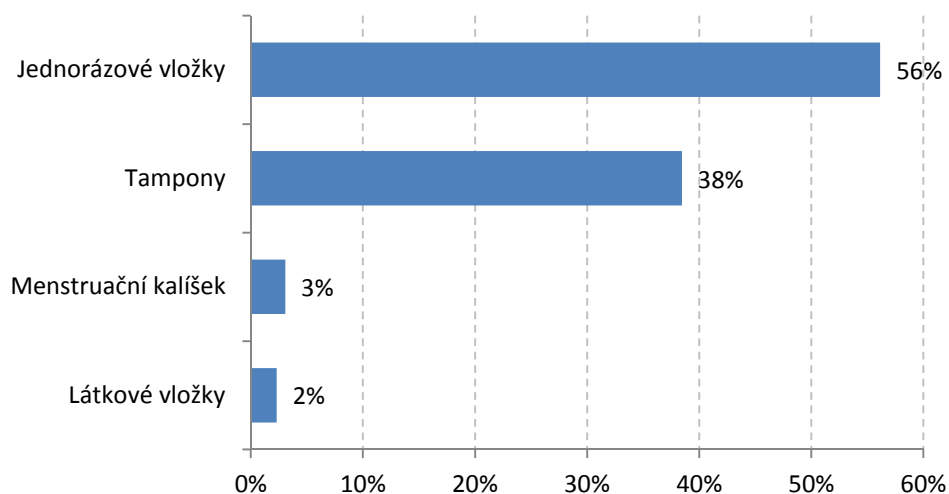


Graf 23 Menstruační hygiena během dne

Respondentky během dne při menstruaci používají nejčastěji tampóny 49 % a jednorázové vložky 46 %. Jen 7 žen uvedlo, že již používají ne moc rozšířený a ekologický menstruační kalíšek 3 % a pouhé 2 % používají ekonomicky nenáročné látkové vložky.

Otázka 24 Označte prosím, které menstruační pomůcky jste užívala/užíváte během noci:

Druhá otázka týkající se intimní hygieny respondentek zjišťovala, jaké menstruační pomůcky používají ženy během noci. Byla položena otázka s polytomickým výběrovým výčtem odpovědí, kde mohly ženy vybírat z více odpovědí.

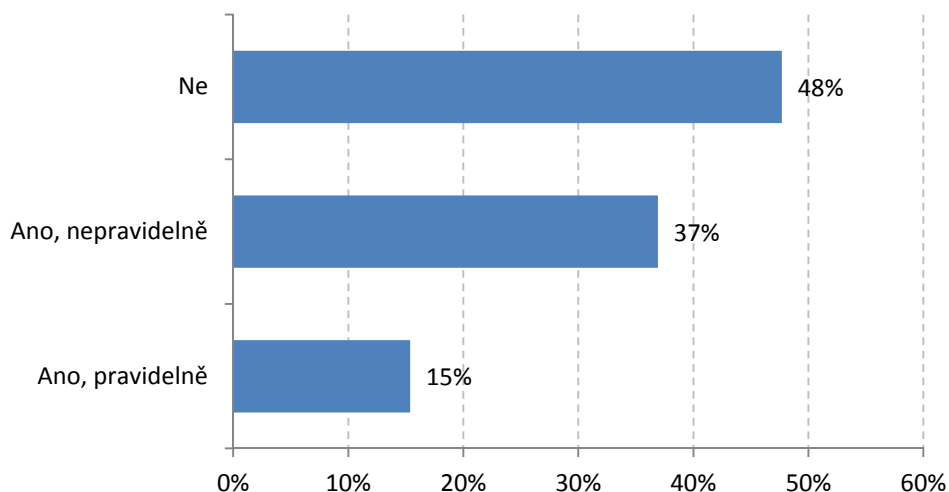


Graf 24 Menstruační hygiena během noci

Při používání menstruačních pomůcek během noci se procento žen používajících jednorázové vložky a tampóny mění. V noci je populárnější a užívanější jednorázové vložky 56 %, zatímco tampóny si na noc zavádí pouze 38 % žen. Četnost používání menstruačního kalíšku 3 % a látkových vložek 2 % na noc zůstává stejná.

Otázka 25 Měla jste někdy během menstruace pohlavní styk?

Další otázka byla zaměřena provozování pohlavního styku během menstruačního krvácení. Respondentkám byla položena uzavřená polytomická otázka s možností výběru jedné odpovědi.

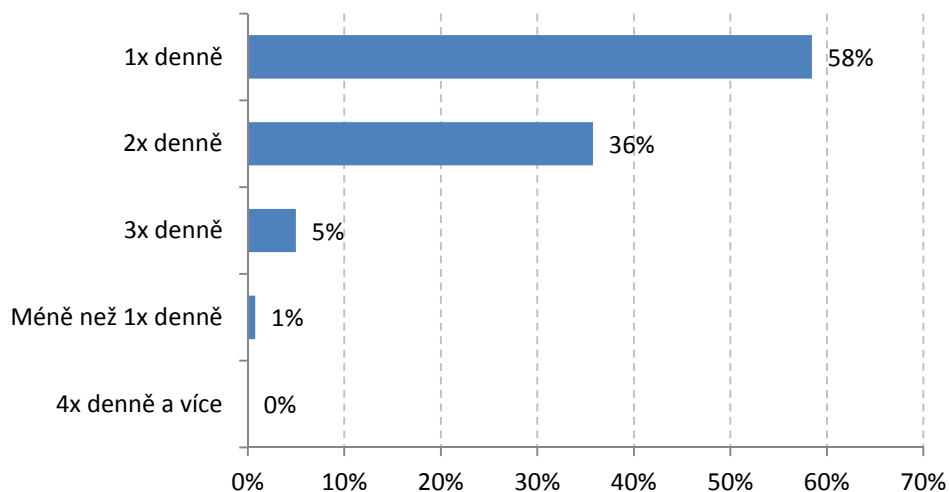


Graf 25 Pohlavní styk během menstruace

Ve většině případů respondentky nikdy neměly pohlavní styk s partnerem při menstruaci 48 %, zatímco 37 % žen uvedlo, že již někdy pohlavní styk v době menstruace měly, zbylých 15 % respondentek uvedlo, že pravidelně mají pohlavní styk s partnerem při menstruačním krvácení.

Otázka 26 Uved'te prosím, jak často provádíte intimní hygienu (mytí zevních rodidel) mimo menstruační krvácení:

Dvacátá šestá otázka byla zaměřena na provádění intimní hygieny mimo menstruační krvácení. Ženám byla nabídnuta uzavřená polytomická otázka s výběrem pouze jedné možné odpovědi.

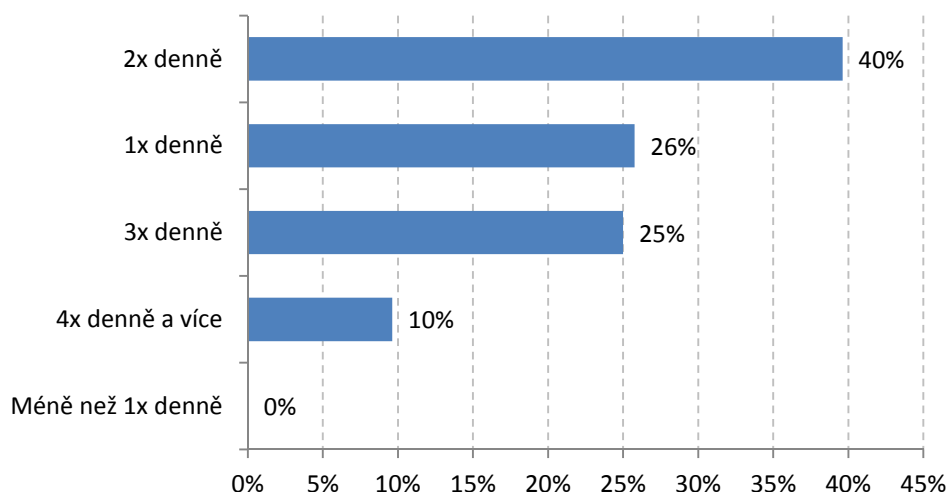


Graf 26 Pravidelnost intimní hygieny mimo menstruační krvácení

V otázce č. 26 respondenty odpovídaly na otázku, jak často provádí intimní hygienu (mytí zevních rodidel) mimo menstruační krvácení. 58 % žen uvedlo, že dobře mimo menstruaci provádí intimní hygienu 1x denně a 36 % žen provádí intimní hygienu mimo menstruaci 2x denně. Pouze 5 % žen označilo pravidelnost mytí rodidel 3x denně a 1 % žen uvedlo mytí zevních rodidel 4x denně a více.

Otázka 27 Uved'te prosím, jak často provádíte intimní hygienu (mytí zevních rodidel) v době menstruačního krvácení:

Další otázka byla zaměřena na provádění intimní hygieny v době menstruačního krvácení. Ženám byla nabídnuta uzavřená polytomická otázka s výběrem pouze jedné možné odpovědi.

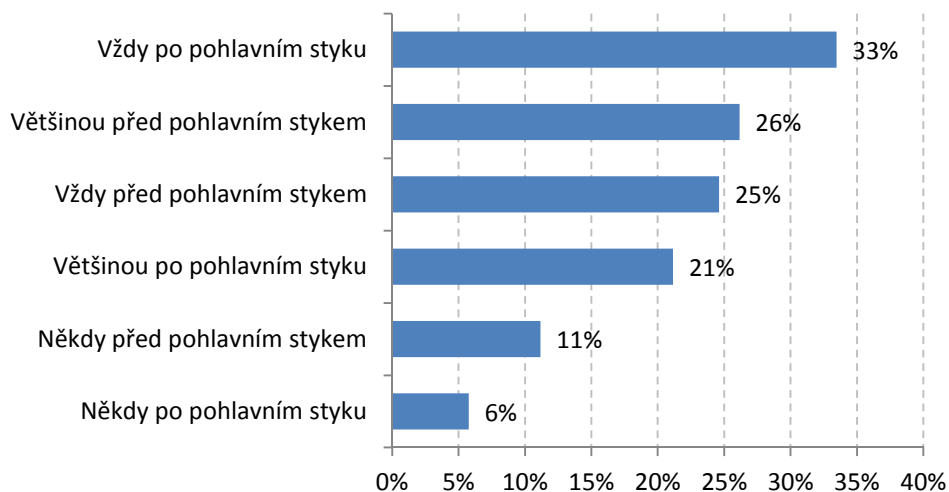


Graf 27

Při provádění intimní hygieny (mytí zevních rodidel) v době menstruačního krvácení respondentky nejčastěji uváděly, že četnost mytí zevních rodidel navýšily a provádí ji nejčastěji 2x denně 40 %, avšak některé ženy stále provádí intimní hygienu v době menstruačního krvácení 1x denně 26 %. V ostatních případech 25 % žen provádí intimní hygienu 3x denně a 10 % respondentek provádí intimní hygienu 4x denně a více.

Otázka 28 Uved'te prosím, princip vaší intimní hygieny v souvislosti s pohlavním stykem. Intimní hygienu provádím:

Otázka zjišťovala princip intimní hygieny žen v souvislosti s pohlavním stykem. Otázka nabízela možnost výčtových odpovědí, tudíž ženy mohly vybírat více položek, se kterými se ztotožňovaly.

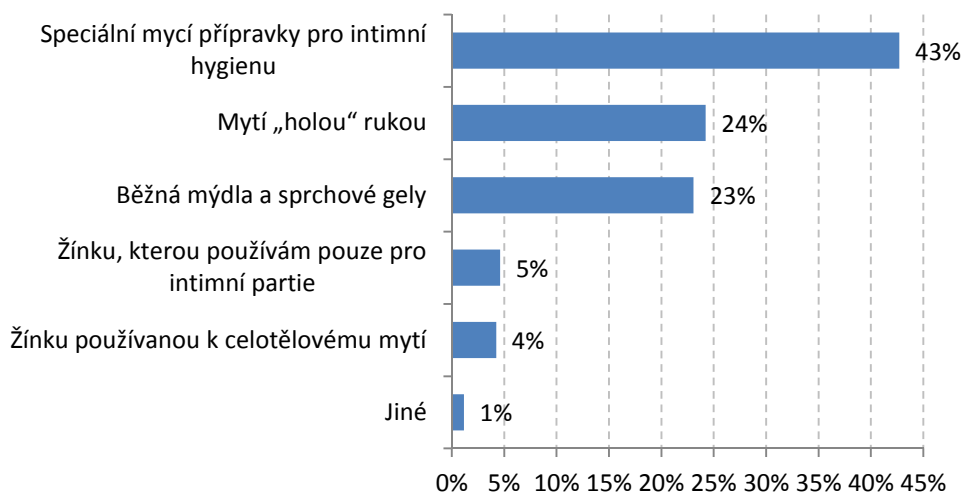


Graf 28 Princip intimní hygieny v souvislosti s pohlavním stykem

V souvislosti s pohlavním stykem provádí ženy intimní hygienu nejčastěji vždy po pohlavním styku 33 % a většinou před pohlavním stykem 26 %. Vždy před pohlavním stykem uvedlo 25 % žen, že provádí intimní hygienu a většinou po pohlavním styku provádí hygienu 21 % respondentek. Pouze 11 % uvedlo, že jen někdy provádí intimní hygienu před pohlavním stykem a jen 6 % žen uvedlo, že jen někdy provádí intimní hygienu po pohlavním styku.

Otázka 29 Uved'te prosím, jaké pomůcky používáte k intimní hygieně:

Otázkou bylo zjišťováno, jaké pomůcky intimní hygieny ženy nejčastěji používají k hygieně. Strukturovaná otázka nabízela možnost výčtových odpovědí, tudíž ženy mohly vybírat více položek, se kterými se ztotožňovaly.



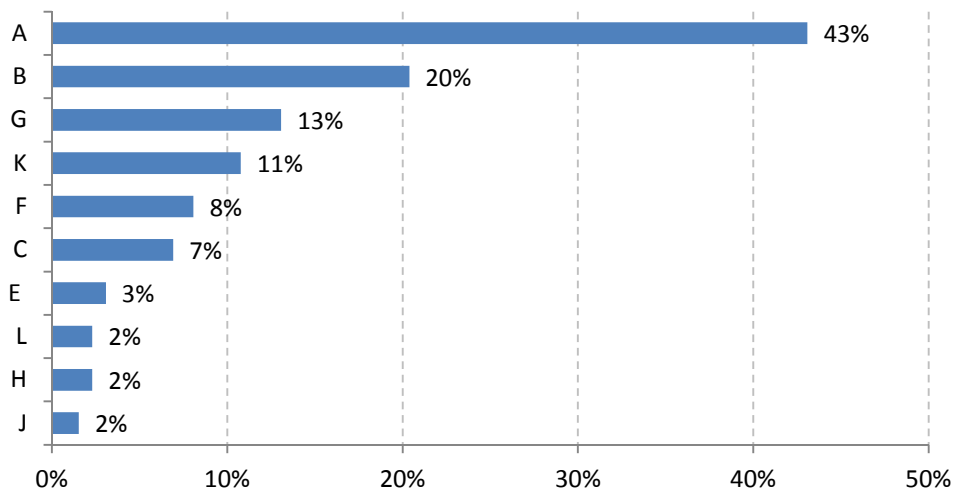
Graf 29 Pomůcky intimní hygieny

V otázce č. 29 respondentky uváděly, jaké pomůcky používají při intimní hygieně, tedy při mytí zevních rodidel. Velice populární je používání speciálních mycích přípravků pro intimní hygienu 43 %. 24 % žen uvedlo, že při intimní hygieně se myjí pouze „holou“ rukou a žádné speciální přípravky pro intimní hygienu nepoužívají. 23 % žen uvedlo, že při mytí zevních rodidel používají běžná, klasická mýdla a sprchové gely, používající je k celotělovému mytí. 5 % žen myje své intimní partie speciální žínkou, kterou používají pouze pro intimní hygienu, 4 % žen myjí své intimní partie žínkou používanou k celotělovému mytí a 1 % žen uvedlo, že navíc používají k intimní hygieně vlhčené ubrousky.

Otázka 30 *Intimní hygienu v době mimo menstruační krvácení provádíte:*

Třicátou otázkou bylo zjišťováno, jaké provádí intimní hygieny ženy v době mimo menstruační krvácení. Strukturovaná otázka nabízela možnost výčtových odpovědí, tudíž ženy mohly vybírat více položek, se kterými se ztotožňovaly.

- | | |
|--|--|
| a) Vždy sprchováním | h) Nikdy koupelí (ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií) |
| b) Většinou sprchováním | i) Vždy koupelí (ve vaně po předchozím osprchování intimních partií) |
| c) Někdy sprchováním | j) Většinou koupelí (ve vaně po předchozím osprchování intimních partií) |
| d) Nikdy sprchováním | k) Někdy koupelí (ve vaně po předchozím osprchování intimních partií) |
| e) Vždy koupelí (ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií) | l) Nikdy koupelí (ve vaně po předchozím osprchování intimních partií) |
| f) Většinou koupelí (ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií) | |
| g) Někdy koupelí (ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií) | |



Graf 30 Princip intimní hygieny mimo menstruační krvácení

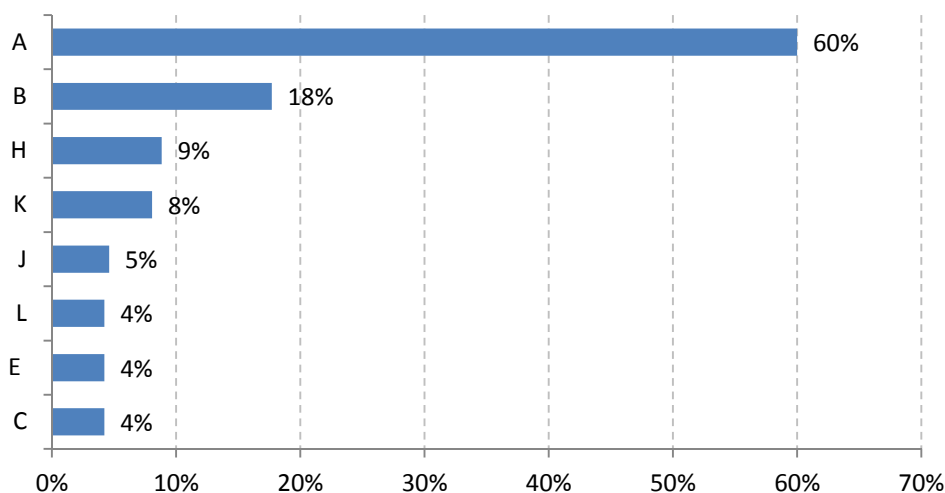
Intimní hygienu mimo dobu menstruačního krvácení provádí respondentky nejčastěji sprchováním 43 %, a u 20 % žen sprchování většinou převažuje nad koupelí. 13 % žen uvedlo, že někdy provádí intimní hygienu koupelí ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií a 11 % žen někdy provádí intimní hygienu koupelí ve vaně

po předchozím osprchování intimních partií. 8 % respondentek většinou provádí intimní hygienu koupelí ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií, 7 % žen uvedlo, že hygienu provádí někdy sprchováním a 3 % žen provádí intimní hygienu vždy koupelí ve vaně, ale bez předchozího osprchování intimních partií. 2 % žen neprovádí hygienu koupelí ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií, stejně jako ženy, které neprovádí hygienu koupelí ve vaně po předchozím osprchování intimních partií 2 %. 2 % respondentek provádí intimní hygienu mimo menstruační většinou koupelí ve vaně po předchozím osprchování intimních partií.

Otázka 31 *Intimní hygienu v době menstruačního krvácení provádíte:*

Poslední otázkou dotazníku bylo zjišťováno, jaké provádí intimní hygieny ženy v době menstruačního krvácení. Strukturovaná otázka nabízela možnost výčtových odpovědí, tudíž ženy mohly vybírat více položek, se kterými se ztotožňovaly.

- | | |
|--|--|
| a) Vždy sprchováním | h) Nikdy koupelí (ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií) |
| b) Většinou sprchováním | i) Vždy koupelí (ve vaně po předchozím osprchování intimních partií) |
| c) Někdy sprchováním | j) Většinou koupelí (ve vaně po předchozím osprchování intimních partií) |
| d) Nikdy sprchováním | k) Někdy koupelí (ve vaně po předchozím osprchování intimních partií) |
| e) Vždy koupelí (ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií) | l) Nikdy koupelí (ve vaně po předchozím osprchování intimních partií) |
| f) Většinou koupelí (ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií) | |
| g) Někdy koupelí (ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií) | |



Graf 31 Princip intimní hygieny v době menstruačního krvácení

Intimní hygienu v době menstruačního krvácení ženy nejčastěji provádí sprchováním 60 % a 18 % se také většinou jen sprchuje. 9 % žen uvedlo, že se při menstruaci nikdy nekoupe ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií a 8 % žen uvedlo,

že se při menstruaci někdy koupe ve vaně po předchozím osprchování intimních partií. Někdy provádí intimní hygienu v době menstruace sprchováním 5 % žen a 4 % žen se při menstruaci vždycky koupe ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií. Ostatní respondentky 4 % označily, že se při menstruaci většinou koupají ve vaně po předchozím osprchování intimních partií a zbylé ženy uvedly, že se nikdy nekoupou ve vaně po předchozím osprchování intimních partií 4 %.

9.8 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ

V následující části budou prezentovány výsledky výzkumného šetření pomocí hypotéz, které jsou součástí kvantitativních výzkumů.

Ověřování hypotézy č. 1

Věcná hypotéza H₁: *Ženy do 30 let užívají perorální antikoncepci se stálým partnerem více než ženy nad 30 let.*

První hypotéza představuje porovnání četnosti užívání hormonální antikoncepce v závislosti na věku respondentky. Hypotéza vychází z otázky č. 18 – pomocí kterých prostředků a metod antikoncepce se žena chránila/chrání při pohlavním styku se stálým partnerem. K ověření hypotézy byl použit *test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku*, který je možný využít, pokud rozhodujeme, zda existuje souvislost mezi dvěma jevy, zachycené pomocí nominálního či ordinálního měření. Nejčastěji se tento typ testu používá při zpracování výsledků dotazníkového šetření (Chráska, 2007). Na základě tohoto testu bylo rozhodnuto, zda jsou mezi četnostmi odpovědí respondentek statisticky významné rozdíly.

H₀: Četnost užívání perorální antikoncepci se stálým partnerem je u žen do 30 let stejná než u žen nad 30 let.

H_A: Četnost užívání perorální antikoncepce se stálým partnerem je u žen do 30 let vyšší než u žen nad 30 let.

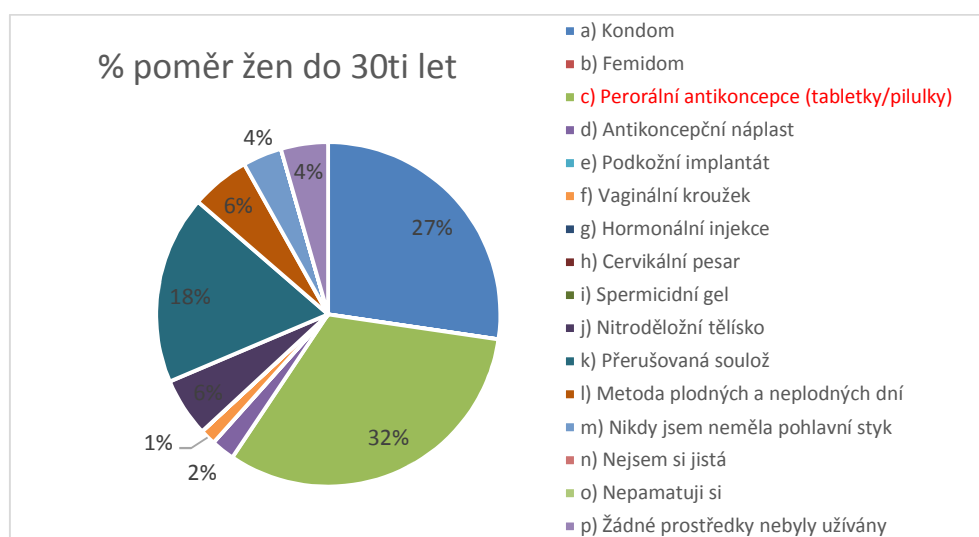
Tabulka 5 Pozorovaná četnost užívání antikoncepce u žen do 30 let a nad 30 let

<i>absolutní četnost</i>	<i>perorální antikoncepce</i>	<i>kondom</i>	<i>přerušovaná soulož</i>	<i>jiné</i>
do 30 let	83	63	25	47
nad 30 let	27	30	28	44

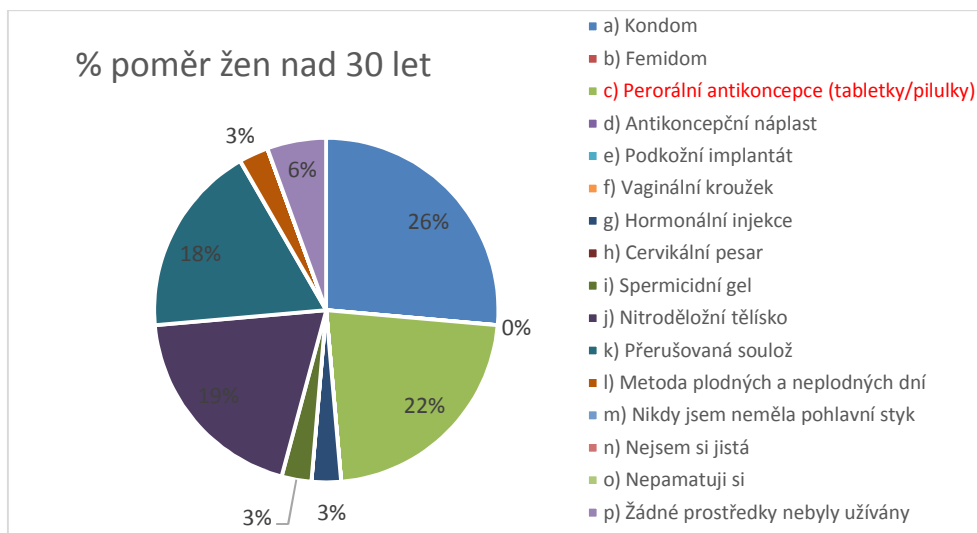
Tabulka 6 Očekávané hodnoty odpovídající platnosti nulové hypotézy

<i>očekávaná četnost</i>	<i>perorální antikoncepce</i>	<i>kondom</i>	<i>přerušovaná soulož</i>	<i>jiné</i>
do 30 let	69,107	58,427	33,297	57,170
nad 30 let	40,893	34,573	19,703	33,830

Při analýze vztahů mezi proměnnými byla uvedena hodnota signifikance chí-kvadrát testu - 0,000286, která byla porovnána s hladinou významnosti 0,05. Jelikož je hodnota signifikance menší než hladina významnosti, odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. **Četnost užívání perorální antikoncepce se stálým partnerem je u žen do 30 let vyšší než u žen nad 30 let.**



Graf 32 Procentuální poměr užívání perorální antikoncepce u žen do 30 let



Graf 33 Procentuální poměr užívání perorální antikoncepce u žen nad 30 let

Ověřování hypotézy č. 2

Věcná hypotéza H_2 : *Celoživotní počet sexuálních partnerů závisí na vzdělání ženy.*

Druhá hypotéza zkoumá, zda jsou statistické rozdíly mezi vzděláním respondentek a počtem jejich sexuálních partnerů. Pro její ověření byl použit princip analýzy rozptylu, prostřednictvím kterého zjišťujeme, rozdíly průměrů mezi více skupinami pomocí výpočtu testovacího kritéria F. Pomocí testovacího kritéria zjišťujeme, zda jsou kategorie sledovaného faktoru podobné nebo se liší. Je nutné u všech průměrných hodnot zjistit, zda je na základě přirozené variability rozptyl mezi jedinci uvnitř skupin nebo je rozptyl mezi průměry skupin. Před samotným výpočtem byly sjednoceny dvě poslední skupiny (výběry), jelikož poslední skupina (postgraduální vzdělání) obsahovala pouze jeden údaj.

H_0 : Nejvyšší dosažené vzdělání ženy nemá vliv na průměrný počet sexuálních partnerů.

H_A : Nejvyšší dosažené vzdělání ženy má vliv průměrný počet sexuálních partnerů.

Tabulka 7 Kategorie sledovaného faktoru

<i>Výběr</i>	<i>Počet</i>	<i>Součet</i>	<i>Průměr</i>	<i>Rozptyl</i>
Základní	6	25	4,167	19,767
Střední bez maturity	23	112	4,870	27,846
Střední s maturitou	58	289	4,983	17,315
Vyšší odborné	12	59	4,917	27,902
VŠ – bakalářské	58	284	4,897	13,673
VŠ – magisterské + postgrad.	28	127	4,536	8,258

Σ 185

Počet žen, které odpověděly na otázku, kolik celoživotních sexuálních partnerů měly, je 185 (71 %). Zbýlých 75 (29 %) žen nechtělo na danou otázku odpovědět, nepamatovaly si, kolik partnerů měly nebo ještě nikdy neměly pohlavní styk.

Tabulka 8 Výsledky jednofaktorové analýzy rozptylu

<i>Zdroj variability</i>	<i>SS</i>	<i>Rozdíl</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>F krit</i>
Mezi výběry	6,769	5,000	1,354	0,081	0,995	2,265
Všechny výběry	3007,685	179,000	16,803			
Celkem	3014,454	184,000				

Hodnota $F = 0,081$ udává velikost testovacího kritéria, které budeme následně porovnávat s hodnotou kritickou $F_{krit} = 2,265$. Hodnoty přijetí jsou obecně mezi intervalem 0 a kritickou hodnotou včetně (F_{krit}). Jelikož je vypočítaná hodnota F menší než kritická hodnota, nelze nulovou hypotézu zamítnout. Jinými slovy, hypotézu úroveň vzdělání nemá vliv na počet sexuálních partnerů, nelze označit za nepravdivou. Tudíž přijímáme nulovou hypotézu a odmítáme hypotézu alternativní. **Nejvyšší dosažené vzdělání ženy nemá vliv na průměrný počet sexuálních partnerů.**

Ověřování hypotézy č. 3

Věcná hypotéza H_3 : *Ženy do 30 let používají k intimní hygieně speciální mycí přípravky pro intimní hygienu více než ženy nad 30 let.*

Poslední hypotéza se snaží prokázat, zda existuje statisticky významný rozdíl v používání speciálních mycích přípravků pro intimní hygienu. Hypotéza vychází z otázky č. 29 – jaké prostředky ženy používají k intimní hygieně. K ověření hypotézy byl použit *test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku*, který je možný využít, pokud rozhodujeme, zda existuje souvislost mezi dvěma jevy, zachycené pomocí nominálního či ordinálního měření. Nejčastěji se tento typ testu používá při zpracování výsledků dotazníkového šetření (Chráška, 2007). Na základě tohoto testu bylo rozhodnuto, zda jsou mezi četnostmi odpovědí respondentek statisticky významné rozdíly.

H_0 : Četnost používání intimních speciálních mycích přípravků k intimní hygieně je u žen do 30 let stejná než u žen nad 30 let.

H_A : Četnost používání intimních speciálních mycích přípravků k intimní hygieně je u žen do 30 let vyšší než u žen nad 30 let.

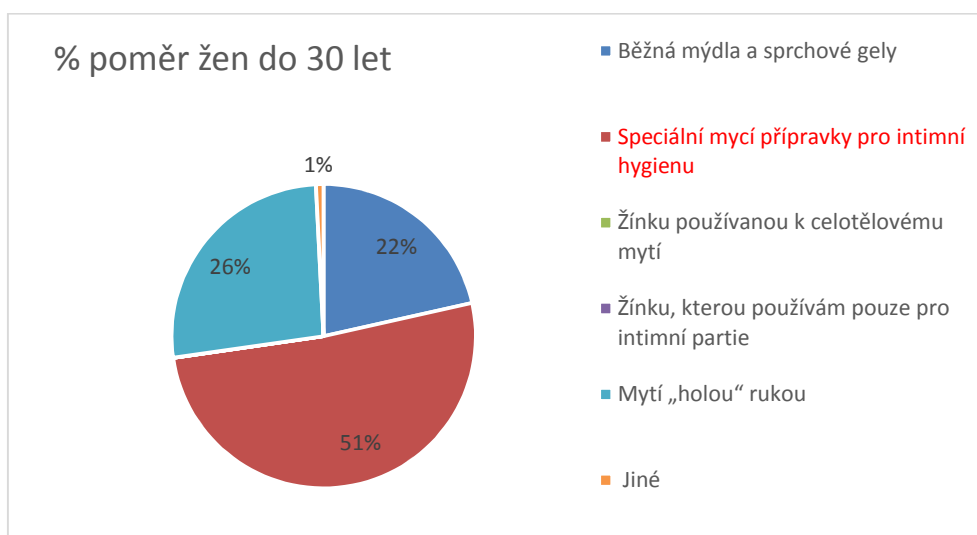
Tabulka 9 Pozorovaná četnost používání speciálních mycích přípravků pro intimní hygienu u žen do 30 let a nad 30 let

<i>absolutní četnost</i>	<i>speciální mycí přípravky pro intimní hygienu</i>	<i>jiné</i>
do 30 let	78	87
nad 30 let	25	70
	Σ 103	Σ 157

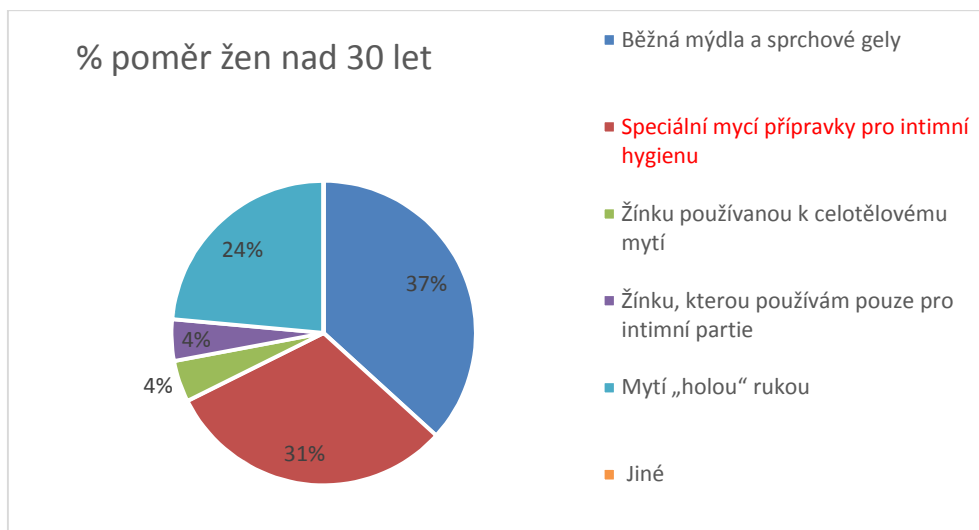
Tabulka 10 Očekávané hodnoty odpovídající platnosti nulové hypotézy

<i>očekávaná četnost</i>	<i>speciální mycí přípravky pro intimní hygienu</i>	<i>jiné</i>
do 30 let	65,365	99,635
nad 30 let	37,635	57,365

Při analýze vztahů mezi proměnnými byla uvedena hodnota signifikance chí-kvadrát testu - 0,000877, která byla porovnána s hladinou významnosti 0,05. Jelikož je hodnota signifikance menší než hladina významnosti, odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. **Četnost používání intimních speciálních mycích přípravků k intimní hygieně je u žen do 30 let vyšší než u žen nad 30 let.**



Graf 34 Používání speciálních mycích přípravků k intimní hygieně u žen do 30 let



Graf 35 Používání speciálních mycích přípravků k intimní hygieně u žen nad 30 let

DISKUZE

Diplomová práce je zaměřena na problematiku gramotnosti žen v akceptaci na reprodukční zdraví českých žen. Znalosti, postoje a návyky žen byly zkoumány pomocí dotazníkového šetření, na kterém se mohly podílet všechny ženy reprodukčního věku a ženy v postreprodukčním věku. Dotazník byl rozdán 320 ženám, návratnost byla 81 %. Ve výzkumu byly stanoveny tři hypotézy, které byly potvrzeny nebo vyvráceny. Otázky dotazníku, na které ženy odpovídaly, byly zaměřeny na znalost pojmu reprodukčního zdraví, sexuální výchovu, sexuální chování, užívání antikoncepce a intimní hygienu.

Dotazníkového šetření se účastnily ženy od 15 let až po nejstarší respondentku, které bylo 71 let. Nejpočetnější věkovou skupinou byly ženy od 21 – 25 let 35 %, poté ženy od 26 – 30 let 17 %. Respondentky pocházely z různých krajů České republiky, krom kraje Plzeňského, Karlovarského a Ústeckého. Nejpočetnější skupinu tvořily ženy s nejvyšším ukončeným středním vzděláním s maturitou 36 % a ženy s vysokoškolským bakalářským vzděláním 28 %.

V dotazníku byla ženám podána otázka, co dle jejich mínění znamená pojem reprodukční zdraví, a která přinesla zajímavé výsledky. Je žádoucí, aby ženy měly alespoň představu a orientovaly se v terminologii úzce spojenou s problematikou, která zasahuje a spojuje všechny ženy po celém světě. 27 % žen uvedlo, že pojem reprodukční zdraví charakterizuje schopnost rozmnožovat se a mít děti, což se jeví jako nedostačující, jelikož tuto možnost napsalo pouze 71 respondentek. Je nutné seznámit ženy s definicí pojmu reprodukční zdraví a jeho významem. Nepříznivé výsledky přinesla i další otázka, kde měly ženy vypsát, jaké tematické oblasti, dle jejich názoru, mohou být obsaženy pod pojmem reprodukční zdraví. 17 % žen uvedlo, že neví, co si mají pod daným pojmem představit, 17 % žen uvedlo pojmy těhotenství a porod. Mezi další četné odpovědi patřili STD, péče o reprodukční orgány, menstruace či plánované rodičovství. Respondentky mají povědomí ohledně reprodukčního zdraví, avšak je velmi nedostačující. Minimum žen si spojilo pojem reprodukční zdraví s intimní hygienou ženských rodidel, sexuálním chováním či metodami antikoncepce. Je důležité rozvíjet znalosti ohledně reprodukčního zdraví ve všech oblastech, kterých se to týká a nejenom v různých částech. Velkou roli v tomto případě hraje osobnost učitele a jeho úsudek, jelikož může podávat informace ohledně reprodukčního zdraví, které jsou

dle jeho názoru důležité a podstatné a zanedbávat tak ostatní oblasti. Sexuální výchovu je nutné brát a vyučovat jako komplexní celek, ve kterém je každá z oblastí tématu důležitá.

Další oblast otázek byla zaměřena na zdroje informací ohledně reprodukčního zdraví. V otázce, zda ženy někdy dostaly jakýkoliv informační materiál od svého gynekologa ohledně reprodukčního zdraví žen, celých 50 % respondentek uvedlo, že nikdy takový materiál nedostaly. Také pouze 30 % uvedlo jako zdroj informací právě svého lékaře. Z výsledků šetření organizace Medicus pro Femina z roku 1997 vyšlo, že lékaři nedostávají kvalitní informační materiály, které by mohly poskytovat svým pacientkám 55 %, avšak dle lékařů je dostatek materiálů právě pro lékaře 74 %. Je zajímavé, že 98 % lékařů uvedlo, že komunikují o problémech v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví a 43 % lékařů dokonce uvedlo, že o těchto problémech denně s pacientkami komunikují (Unzeitig, 1997). I když jsou výsledky výzkumů staré, jsou stále aktuální, jelikož se situace ohledně podávání informací moc nezměnila. Je žádoucí, aby gynekolog komunikoval se svou pacientkou a podával ji validní informace ohledně sexuálního a reprodukčního zdraví. Je však možné, že mezi mnoha doktory a pacientkami existuje komunikační bariéra, díky které se ženy bojí svého doktora na informace zeptat. Dalším problémem je nedostatek času, který výrazně ovlivňuje postoj lékaře k pacientkám. Díky nedostatku času ženy nemají často možnost se zeptat na informace, které je zajímají. Pokud nemohou získat informace ve škole nebo v rodině, volí ženy další možnosti zdrojů informací.

53 % žen vybralo za svůj zdroj informací internet, stejně jako ve výzkumu ohledně životního stylu v rámci sexuálně reprodukčního zdraví, kde ženy uvedly používání internetu také v 50 % (Ferreira et al., 2016). Internet jako zdroj může být kvalitním zdrojem informací, je však nutné umět hledat v množství článků a diskuzí, kterých je internet přesycen a které jsou mnohdy prvními možnostmi výsledků hledání. Nevýhodou je, že mnohdy obsahují nesprávné a neplatné informace. Rodiče jako zdroj informací vybralo v průzkumu 19 % a možnost školy vybralo 22 % žen. Dle výsledků výzkumu ohledně reprodukčního zdraví v Srbsku, kde zkoumali informovanost a postoje adolescentů, můžeme konstatovat, že ženy čím dál častěji hledají odpovědi ohledně reprodukčního zdraví u svých rodinných příslušníků a také stoupá zájem o sexuální výchovu na školách (Telebak a Perazić et al., 2013). Dle Weisse a Zvěřiny (2013) se zájem přijímat informace od svých rodičů a ze strany školy zvýšil, což je jev žádoucí a pozitivní. Dle výzkumu ohledně znalostí, postojů a sociokulturních vlivech dospívajících dívek ohledně menstruace dokonce 56 % dívek uvedlo, že matky dívek byly

první, které informují dcery o menstruaci a intimní hygieně. Tento jev je velice žádoucí, avšak nesmíme zapomínat, že mnohdy samy matky nemají patřičné vzdělání a správné informace, a mohou tedy nesprávné informace předat i svým dcerám. (Kapoor, 2016)

Se sexuální výchovou se za dobu svého studia setkala 68 % žen. 23 % žen uvedlo, že se setkala se sexuální výchovou u svých dětí. Nejčastěji ženy uvedly, že byly seznámeny s riziky sexuálně přenosných chorob, ohledně změn v rámci dospívání a s anatomii a fyziologií reprodukčních orgánů. Také se zabývaly ve výuce otázkami spojených s těhotenstvím, intimní hygienou, partnerstvím a rodičovstvím. V rámci sexuální výchovy je nežádoucí předávat pouze hotové informace, ale je nutné vytvářet u žáků postoje a nové hodnoty. Je nevhodné pouze předávat poznatky ze somatologie člověka, jelikož je pak učivo zcela zaměřeno na slovní poučení. Sexuální výchova musí být komplexní a skrz ni musí být vštěpovány morální hodnoty, postoje k dané problematice a rozvíjení emoční oblasti každého jedince. Vychovávat jedince v sexuální oblasti nemusí pouze učitel, ale také rodič, a výchova musí být úměrná věku a individuálním zvláštnostem charakteristické pro danou věkovou skupinu (Rašková, 2014).

Zjišťování znalostí časového rozmezí a věkové hranice preventivních gynekologických prohlídek dopadlo spíše neuspokojivě, jelikož je zarážející, proč procento správných odpovědí nebylo vyšší. Pouze 58 % žen odpovědělo na danou otázku správně. Odpovědi ohledně frekvence a věkové hranice mamografického vyšetření byly tristní. Pouze 30 % respondentek uvedlo správnou odpověď. Je nezbytné, aby byly ženy seznámeny s preventivními prohlídkami a možnostmi, jak se efektivně starat o své reprodukční orgány.

Průzkum sexuálního chování obyvatel byl inspirován výzkumy Weisse a Zvěřiny, kteří provádí výzkumy sexuálního chování obyvatel ČR v pětiletých intervalech, od roku 1993. Průměrný věk prvního sexuálního styku je dle výsledků dotazníkového šetření v 16,5 letech, což nekoresponduje s výsledky Weisse a Zvěřiny, u kterých byl zaznamenán průměrný věk první soulože v roce 2013 v 17,73 letech. Pokud to porovnáme výsledky z výzkumu Avery a Lazdane (2008), který byl zaměřen na sexuální a reprodukční zdraví adolescentů v Evropě, zjistíme, že sexuální chování obyvatel je podobné i v Irsku, Chorvatsku, Itálii a Srbsku. V průměru v 18 letech zažijí svůj pohlavní styk na Slovensku, což do roku 2008 platilo i pro Českou republiku. V 15,7 letech v průměru zažijí svůj pohlavní debut mladiství na Islandu. Data provedeného dotazníkového šetření nemusí korelovat s výsledky jiných výzkumů

z důvodu nesprávného uvedení věku první soulože nebo respondentky nechtěly na danou otázku odpovědět. Dalším důvodem zkreslení výsledků může být nesprávné uvedení věku prvního pohlavního styku u žen, které si již přesně svůj sexuální debut nepamatují.

Průměrný počet partnerů byl v dotazníkovém šetření 4,8. Dle Weisse a Zvěřiny (2013) byl průměrný počet sexuálních partnerů 6,1. I v této otázce je možné, že ženy neodpovídaly na danou otázku pravdivě a mohlo tak dojít ke zkreslení výsledků šetření. Pokud vezmeme v úvahu průměrný počet sexuálních partnerů respondentek, můžeme jen konstatovat, že ženy, které se účastnily dotazníkového šetření, neohrožují své zdraví častým střídáním partnerů, které zvyšuje přenos STD. Při pohlavním styku se stálým partnerem ženy uvedly, že nejčastěji používají kondom 36 % a perorální antikoncepci 31 %. V případě koitu s nahodilým sexuálním partnerem se metody kontracepce nemění a nejčastěji je používán kondom 34 % a perorální antikoncepce 20 %. Z výsledků sexuálního chování obyvatel vyplývá, že ženy nejvíce užívají perorální antikoncepci 60 % a kondom 23 % (Weiss a Zvěřina, 2014). Lze konstatovat, že se ženy chovají zodpovědněji ke svému zdraví, jelikož je první volbou metody antikoncepce kondom, který jako jediná kontracepce chrání před přenosem STD.

V rámci intimní hygieny ženy používají ve dne nejčastěji menstruační tampóny, avšak v noci převažuje používání menstruačních vložek. Nižší procento používání tampónů na noc může být způsobeno strachem ze syndromu toxického šoku, ale také je možné, že ženy byly srozuměny s tím, že by tampón neměl být zaveden déle než osm hodin. Také je uspokojiví zjištění, že ženy při menstruačním krvácení dbají na svou intimní hygienu a častěji si myjí zevní rodidla. 2x denně se myje při menstruaci 40 % respondentek, 3x denně 25 % a 4x denně 10 % žen. Před a po pohlavním styku se respondentky nejčastěji myjí vždy před pohlavním stykem 25 % a vždy po pohlavním styku 33 %. Důvodem nízkého počtu žen, dbajících na svou hygienu před a po pohlavním styku, může být nevhodné místo pro uskutečnění pohlavního styku a jejich možnosti, které se v danou chvíli nabízejí. Pravidelné mytí intimních partií provádí ženy nejčastěji speciálními mycími přípravky pro intimní hygienu 43 %, což je výsledek žádoucí. Je zarážející, že některé ženy používají pro mytí intimních partií obyčejná běžná mýdla a sprchové gely 23 %, které mohou být zdrojem vulvovaginálního dyskomfortu ženy. Je tedy nutné ženy seznámit s dostupnými přípravky pro intimní hygienu a vysvětlit jim, které přípravky a produkty jsou vhodné. Dále je nutné ženám vysvětlit, proč není dobré používat pro intimní hygienu běžná mýdla a gely či žínky, které běžně používají k celotělovému mytí.

Dílčím cílem č. 1 bylo zjistit edukaci žen ohledně preventivních prohlídek u gynekologa. Výsledky průzkumu naznačují, že ženy nebyly dostatečně seznámeny s preventivními programy pro podporu jejich reprodukčního zdraví. Je proto nutné posílit oblast prevence v rámci výchovy k reprodukčnímu zdraví.

Dílčím cílem č. 2 bylo zjistit edukaci žen ohledně reprodukčního zdraví při jejich studiu v procentech. 68 % žen uvedlo, že sexuální výchovu či výchovu k manželství a rodičovství za dobu svého studia absolvovaly. Procento žen, které uvedly, že daný předmět ve školách neměly, byly ženy vyššího věku, které vyrůstaly ve společnosti, pro kterou byla tato témata tabuizována a nemluvalo se o této problematice ani v rodinách.

Dílčím cílem č. 3 byl zjistit úroveň vzdělání žen na znalost pojmu reprodukční zdraví. Výsledky šetření ukazují, že ženy sice byly edukovány v oblasti reprodukčního zdraví, avšak nedostatečně. Pouze 27 % žen vědělo, co pojem reprodukční zdraví znamená. Ostatní odpovědi poukazují na to, že ženy byly edukovány v jednotlivých oblastech reprodukčního zdraví, avšak ucelenou představu o tom, co pojem znamená, nemají.

Dílčím cílem č. 4 bylo zjistit znalost pojmu sexuálně rizikové chování. Znalosti ohledně pojmu dopadly podstatně lépe. Respondentky si ve většině případů spojily rizikové sexuální chování s promiskuitním chováním, nechráněným pohlavním stykem, nebezpečím přenosu STD, s nahodilými známostmi, krvavými sexuálními praktikami, ale také s riziky spojenými s moderními technologiemi, kam řadíme posílání fotografií či sledování pornografie. Můžeme říci, že respondentky mají povědomí o tom, co znamená rizikové sexuální chování.

Dílčím cílem č. 5 bylo určit procento žen, které ví, jak se efektivně chránit před sexuálně přenosnými chorobami. Procento žen, které ví, jak se efektivně chránit bylo vysoké 88 %, tudíž můžeme konstatovat, že ženy ohledně rizika přenosu STD mají povědomí a tato oblast ve výchově k reprodukčnímu zdraví není opomíjena.

Dílčím cílem č. 6 bylo analyzovat procento žen dodržující správné zásady menstruační hygieny. Při menstruačním krvácení provádí ženy intimní hygienu častěji než v době mimo krvácení, což je jev žádoucí. Častější mytí a častější výměna menstruačních pomůcek snižuje možnost narušení poševní mikroflóry a vznik vaginálních vulvovaginid a mykóz. Respondentky také uvedly, že se při menstruačním krvácení a mimo něj nejčastěji sprchují.

Vyvarování se koupeli také snižuje možnost narušení vaginální mikroflóry. Můžeme konstatovat, že procento žen dodržujících správné zásady menstruační hygieny, je vysoké.

Dílčím cílem č. 7 bylo zjistit, jaké menstruační pomůcky ženy používají nejčastěji při menstruaci. Ve dne nejčastěji používají tampóny, v noci více používají jednorázové vložky. Co se týče ekologických menstruačních kalíšků a jednorázových vložek, nejsou mezi ženami stále popularizovány, tudíž je procento žen tyto pomůcky používajících nízké. Velká popularita menstruačních tampónů a vložek je dána obeznamováním veřejností s těmito produkty menstruační hygieny, hlavně prostřednictvím médií a sociálními sítěmi. Jiné produkty nejsou mezi ženami tak známé a rozšířené, jelikož nejsou s jinými produkty seznámeny, jak od svých rodičů, tak v rámci školy. Je nutné sledovat trendy a vývoje produktů menstruační hygieny a edukovat ženy o nových možnostech menstruační hygieny jak v rámci školy, tak v rámci gynekologické ambulance, kde mohou být ženám přístupné informační letáky.

Dílčím cílem č. 8 bylo zjistit, jakými antikoncepčními metodami se ženy chrání před nechtěnými otěhotněními. Dle výsledků průzkumu se ženy nejčastěji chrání před nechtěným otěhotněním pomocí mužské bariérové kontracepce, kondomu. Druhou metodou u žen nejvíce používanou je perorální antikoncepce. Stejně metody kontracepce používají ženy i při pohlavním styku s nahodilou známostí. Výhodou kondomu je, že jako jediná metoda antikoncepce chrání jedince před přenosem STD, což žádná jiná kontracepce neumí.

Výzkumným šetřením bylo prokázáno, že nejvyšší dosažené vzdělání nemá vliv na počet sexuálních partnerů. Může to být dáno tím, že všechny ženy absolvovaly sexuální výchovu na základních školách, která jako jediná instituce je schopna realizovat sexuální výchovu a ovlivnit tak chování celé populace. Taková příležitost se nemusí v dalších stupních vzdělání naskytnout, jelikož ne všechny pokračují ve svém studiu dále. Jedině základní škola je schopna poskytnout a zajistit systematickou a komplexní výchovu v oblasti sexuální výchovy.

Výzkumným šetřením bylo také prokázáno, že ženy do 30 let užívají častěji hormonální antikoncepci, než ženy nad 30 let, které zvolily jako svou možnost ochrany kondom. Tento jev může být zapříčiněn otevřením hranic území České republiky a což vede k snadnějšímu získání hormonální antikoncepce, než tomu bylo za dob totalismu. Tento jev

může být také ovlivněn tím, že ženy se již samy chtějí podílet na rozhodování ohledně svého reprodukčního zdraví a být za něj odpovědnější.

Posledním bodem výzkumného šetření bylo prokázat četnost používání speciálních mycích přípravků intimní hygieny u žen rozdílného stáří. Bylo prokázáno, že ženy do 25 let používají častěji k intimní hygieně speciální mycí přípravky než ženy nad 40 let. Rozdíl může být dán tím, že starší ženy neznají produkty, které jsou na trhu k sehnání, jelikož před rokem 1989 nebylo zvykem takové produkty používat z důvodu jejich absence v obchodech. Ženy mohou být zvyklé používat produkty, na které jsou již mnoho let zvyklé a mohou nerady zkoušet produkty nové. Jak z výzkumného šetření plyne, ženy nad 40 let nejčastěji používají k intimní hygieně obyčejná mýdla a sprchové gely, které nejsou pro hygienu rodidel ideální, jelikož narušují vaginální mikroflóru a mohou tak způsobovat vaginální dyskomfort.

ZÁVĚR

Diplomová práce Gramotnost žen v akceptaci na reprodukční zdraví českých žen zkoumala znalosti, postoje a návyky žen ohledně reprodukčního zdraví. Diplomová práce podhalila problematiku reprodukčního zdraví žen, které úzce souvisí se sexuálním chováním, s dostupností metod antikoncepce, s kvalitní sexuální výchovou a starostmi žen o své zdraví a intimní hygienu. Hlavním cílem práce bylo zjistit úroveň zdravotní gramotnosti u dospělých žen v České republice s akcentem na oblast reprodukčního zdraví a lidské sexuality. Pro usnadnění naplnění cíle byly stanoveny dílčí cíle, které korespondovaly s náplní teoretické části a s otázkami v nestandardizovaném dotazníku. Hlavní cíl byl tedy splněn.

V teoretické části diplomové práce byly objasněny používané pojmy zdravotní gramotnost, zdraví a reprodukční zdraví. Dále byla pozornost věnována světovým organizacím, které se zabývají otázkami sexuálního a reprodukčního zdraví, a které pomáhají zvyšovat zdravotní gramotnost žen ve všech koutech světa, zejména pak v rozvojových zemích světa. Následovaly podkapitoly zabývající se výchovou k reprodukčnímu zdraví neboli sexuální výchovou. Aby byla dána ucelená struktura výchovy k reprodukčnímu zdraví, bylo nutné nastínit historický vývoj sexuální výchovy v České republice. Mezi další kapitoly teoretické části patří sexuálně přenosné choroby, které úzce souvisí se sexuálním chováním a rizikovým sexuálním chováním, kterým byla věnována další kapitola. Další část práce byla věnována metodám kontracepce, které byly rozděleny na antikoncepci bariérovou, chemickou, přirozenou a hormonální. V další kapitole byla popsána anatomicko – fyziologická specifika ženských reprodukčních orgánů. Diplomová práce pokračovala tématem intimní hygieny ženy, zejména sexuální a menstruační hygienou. V empirické části bylo dále popsáno výzkumné šetření, které probíhalo v roce 2017 a které bylo zaměřeno na reprodukční zdraví českých žen. Byl uskutečněn kvantitativní výzkum a vytvořen nestandardizovaný dotazník. Výsledky byly představeny v předposlední části práce. Poslední kapitolu tvoří diskuze a závěr z výzkumného šetření.

Výzkumem bylo zjištěno, že náplň hodin sexuální výchovy je relativně vyrovnaná a ženy byly seznámeny s oblastmi spadajícími pod pojem reprodukční zdraví. Co se týče definice tohoto pojmu, znalost žen byla velmi nízká. Dotazované ženy nevěděly, jaké tematické oblasti by mohly být v tomto pojmu zahrnuty. Dle výsledků výzkumu převládá u žen zdroj informací internet, avšak zvyšuje se také počet těch, které nachází informace

v rodině a v rámci sexuální výchovy. Co se týče sexuálního chování, jsou ženy zodpovědné a zvyšuje se také jejich zodpovědnost v oblasti ochrany před nežádoucím otěhotněním a v užívání antikoncepce.

V rámci intimní hygieny u žen převládá používání menstruačních tampónů a vložek, minimum žen používá menstruační kalíšek nebo látkové vložky. Při intimní hygieně a mytí zevních rodidel ženy upřednostňují sprchování před koupelí a používání speciálních mycích přípravků pro intimní hygienu je běžné hlavně u žen mladšího věku.

Problematika sexuálního a reprodukčního zdraví je vzhledem ke své aktuálnosti stále výzkumně nosným tématem, kterému by mohla být věnována větší pozornost. Je nutné edukovat ženy ohledně reprodukčního zdraví, o změnách související s dospíváním, se sexuálním chováním a intimní hygienou. Pokud budou ženy vzdělávány v této problematice, budou eliminovány různé rizikové faktory, které by mohly do budoucna ohrozit zdraví dívek a žen. Správně a komplexně pojatá sexuální výchova ve školách může ovlivnit postoje, hodnoty a návyky dívek a směřovat je k tomu, aby pečovaly o své reprodukční zdraví, které je významné pro zachování lidské existence.

Tématem sexuální a menstruační hygieny se hloubkově výzkumy nezabývají, v tisku chybějí validní informace o těchto tématech. V sexuální výchově na školách intimní hygiena nemá výhradní místo, jelikož toto téma bývalo tabuizováno a stále tak zastává hluché místo ve vzdělávání dívek. Je žádoucí, aby tato témata byla více zkoumána výzkumníky a díky tomu byla zlepšována edukace žen v této oblasti. Návaznost na výzkum v diplomové práci by mohl spočívat v podrobnějším zaměření zkoumání oblasti sexuální a menstruační hygieny dívek a žen. Výsledky tohoto výzkumu by mohly být prezentovány na konferencích v Pardubicích, kde se konají Konference o sexuálním a reprodukčním zdraví, které jsou primárně určeny pro pedagogické pracovníky, nebo na konferencích v Praze, kde se konají Konference o sexuálním a reprodukčním zdraví a které jsou určeny pro zdravotníky.

SOUHRN

Cílem diplomové práce bylo zjistit úroveň zdravotní gramotnosti u dospělých žen v České republice s akcentem na oblast reprodukčního zdraví a lidské sexuality. Diplomová práce zjišťovala znalosti, postoje a návyky v oblasti sexuálního chování, intimní hygieny a péči o své reprodukční zdraví. Teoretická část obsahuje kapitoly zaměřené na zdravotní gramotnost, reprodukční zdraví, výchovu k reprodukčnímu zdraví, prevenci, druhy antikoncepce, venerologické choroby, anatomii a fyziologii ženských pohlavních orgánů, sexuální a intimní hygienu. Praktická část obsahuje kvantitativní výzkum, pro který byl vytvořen nestandardizovaný dotazník, pomocí kterého byly zjišťovány znalosti, postoje a návyky českých žen.

Výsledky poukazují na nutnost vzdělávání žen a dívek v oblasti reprodukčního zdraví a zejména v oblasti intimní hygieny. V tisku a výzkumech chybí podrobnější zkoumání intimní hygieny žen, proto tato práce může sloužit jako inspirace pro další výzkumy. Je nutné v této oblasti edukovat nejenom zdravotníky, ale i zejména pedagogické pracovníky, kteří budou žákům předávat informace v rámci sexuální výchovy.

SUMMARY

The aim of the thesis was to determine the level of health literacy among adult women in the Czech Republic with an emphasis on reproductive health and human sexuality. Diploma thesis examined the knowledge, attitudes and habits in sexual behavior, intimate hygiene and care of their reproductive health. The theoretical part contains chapters focused on health literacy, reproductive health, reproductive health education, prevention, types of contraception, STD diseases, anatomy and physiology of the female genital organs, sexual and intimate hygiene. The practical part contains quantitative research, which was created for nonstandard questionnaire, which were found out knowledge, attitudes and habits of Czech women.

The results advert to the need for education of women and girls in the field of reproductive health and especially in intimate hygiene. The press and researches lacks detailed examination of women's intimate hygiene, so this work can serve as an inspiration for further research. It is necessary in this area not only to educate health professionals, but especially teachers who will transmit information within sex education to pupils.

BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE

EVERY, L., LAZDANE, G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* [online]. 2010, 15, [cit. 2017-04-08]. ISSN 1362-5187.

Access to reproductive health care – global significance and conceptual challenges. *Training Course in Sexual and Reproductive Health Research 2013: Geneva Foundation for Medical Education and Research* [online]. Geneva, 2013 [cit. 2017-03-09]. Dostupné z: <http://www.gfmer.ch/SRH-Course-2013/maternal-health/pdf/Access-Reproductive-Health-Care-Say-2013.pdf>

ALTMANOVÁ, J. et al. *Gramotnosti ve vzdělávání: příručka pro učitele*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2010. ISBN 978-80-87000-41-0.

ANDERSON, B. *Reproductive health: women and men's Sharp responsibility*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, 2005. ISBN 07-6372-288-X.

BABBIE, E. R. *The basics of social research*. Belmont, CA: Cengage Learning, c2011. ISBN 978-04-958-1224-1.

BARTÁK, A. *Antikoncepce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1351-9.

BEKAERT, S., WHITE, A. *Integrated contraceptive and sexual healthcare: a practical guide*. Oxford: Radcliffe Pub, 2006. ISBN 1857757238.

BENNETT, Jane. *Požehnání, ne prokletí: průvodce pro matky a jejich dospívající dcery*. Praha: Dharma Gaia, 2014. ISBN 978-80-7436-048-0.

BUREŠ, R. *Úvod do teorie zdravotnictví*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1960.

COOK, R. J., et al. *Reproductive health and humanrights: integrating medicine, ethics, and law*. New York: Clarendon Press, 2003. Issues in biomedical ethics. ISBN 0-19-924133-3.

ČECH, E. et al. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

ČEVELA, R. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2938-4.

ČEPICKÝ, P. Gestagení antikoncepce. *Moderní babičtví* [online]. Praha, 2008, 2008(15), [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=14>

ČEPICKÝ, P. Nitroděložní antikoncepce: IUD – Intrauterinedevice, IUS – Intrauterine Systém. *Doškolování lékařů v gynekologii a porodnictví*[online]. Praha, 2002, [cit. 2017-02-02]. Dostupné z:<http://www.levret.cz/publikace/knihy/2002/uvod-do-antikoncepce/kapitola?k=4>

DRÁBEK, T. Lidská sexualita a partnerské vztahy. In KANÁK, J. *Děti a jejich sexualita - rádce pro rodiče a pedagogy*. Brno: CPress, 2014. ISBN 978-80-264-0290-9.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 9788024732404.

FAIT, T. Současné trendy hormonální antikoncepce. *New EU Magazine od Medicine*[online]. Praha, 2011, [cit. 2017-02-02]. Dostupné z:http://neumm.cz/public/img/neumm_11_01/05.pdf

FAIT, T. Prevence v reprodukční medicíně. In: ŠULOVÁ, L. et al. *Výchova k sexuální reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-238-4.

FEINMANN, J. *Všechno, co by dívka měla vědět o svém menstruačním cyklu*. Praha: Svojtka & Co., 2012. ISBN 978-80-256-0705-3.

Female condoms. *NHS Choices: your health, your choices* [online]. London, 2015 [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/Conditions/contraception-guide/Pages/female-condoms.aspx#>

FERREIRA, M., et al. Lifestyles and Surveillance of Sexual and Reproductive Women's Health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [online]. 2016, 217, 1019-1027 [cit. 2017-04-08]. DOI: 10.1016/j.sbspro.2016.02.097. ISSN 18770428.

GAVORA, P., et al. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu* [online]. Bratislava, 2010 [cit. 2017-03-18]. Univerzita Komenského v Bratislavě ISBN 978-80-223-2951-4. Dostupné z: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/>

Global Reproductive Health: Division of Reproductive Health. *Centres for Disease Control and Prevention: CDC 24/7, Saving Lives, Protecting People* [online]. [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/global/index.htm>

Guidelines on Reproductive Health. *UNITED NATIONS* [online]. New York: Secretariat of the United Nations [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: <http://www.un.org/popin/unfpa/taskforce/guide/iatfreph.gdl.html>

HAMANOVÁ, J. *Na cestě k dospělosti, aneb, Na co se nejčastěji ptáte:(pro 11-15leté)*. Ostrava: Centrum pro rodinu a sociální péči, 2014. ISBN 978-80-260-6812-9.

HIRSCHER, P. *Otázky a odpovědi PRO HOLKY – dospívání, láska, sex*. Praha: Fragment, 2015. ISBN 978-80-253-2458-5.

HOLČÍK, J. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-7392-129-3.

HOLČÍK, J. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. In: ŘEHULKA, E, et al. *School and health 21: Výchova ke zdraví, podněty ke vzdělávacím oblastem*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5524-7.

HOUROVÁ, M., GALAMBOŠOVÁ V. *Slovníček pro těhotné*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-3666-2.

How to use a Femidom. *Terrence Higgins Trust* [online]. London, 2016 [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://www.tht.org.uk/sexual-health/Improving-your-sexual-health/Condoms/Using-a-femidom>

HŘIVNOVÁ, M. Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví v kurikulu 2. stupně základní školy. In: ŠTĚRBOVÁ, D. et al. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4132-0.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.

International Planned Parenthood Federation (IPPF): Mezinárodní federace plánovaného rodičovství. *Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu* [online]. 2006 [cit. 2017-03-09]. Dostupné z:

<http://www.planovanirodiny.cz/rservice.php?akce=tisk&cislocclanku=2006011904>

Jak houbu používat. *Menstruačníhouby.cz* [online]. [cit. 2017-02-24]. Dostupné z: <http://www.menstruacnihouby.cz/pouziti-houby.html>

Jak kalíšek používat. *Kalíšek.cz: Rády se hýčkáte? Dopřejte si pohodlí i během vašich dnů.* [online]. [cit. 2017-02-24]. Dostupné z: <http://www.kalisek.cz/jak-kalisek-pouzivat.php>

JANIŠ, K. Sexuální výchova v kontextu společenských změn od druhé poloviny minulého století do současnosti. *Speciální pedagogika*. 2012, 22(4), 295-305. ISSN 1211-2720.

JANIŠ, K. Sexuální výchova – vybrané otázky. In: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu. *Sborník referátů z 12. celostátního kongresu k sexuální výchově, Pardubice 2004* [online]. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2004 [cit. 2017-04-03]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006010626>

JENÍČEK, J. *Žena v přechodu*. Praha: Grada, 2004. Zdraví & životní styl. ISBN 80-247-0679-2.

KABÍČEK, P. et al. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-793-4.

KAPOOR, A., et al. Knowledge, Attitude and Socio-cultural Beliefs of Adolescent Girls Towards Menstruation. *Journal of Nepal Paediatric Society* [online]. 2016, 36(1), 42-49 [cit. 2017-04-09]. DOI: 10.3126/jnps.v36i1.14386. ISSN 19907974. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=b04905d3-0026-4bca-bfa3-7fd961edf63c%40sessionmgr104&hid=103>

KICKBUSCH, I. et al. *Health literacy: the solid facts*. Solid facts (Series). ISBN 978-92-890-00154.

KITTNAR, O. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024730684.

KLIMENT, M. et al. Etiológia, patogenéza a diagnostika akútnej a recidivujúcej vulvovaginálnej kandidózy. *Praktická gynekológia* [online]. 1998, 5(1), 1-7 [cit. 2017-02-03]. Dostupné z: <https://www.sav.sk/journals/gynek/full/pg198a.pdf>

KOCOURKOVÁ, J. Aktuální trendy české populace. In: ŠULOVÁ, L. et al. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-238-4.

KOJANOVÁ, M. Kapavka (gonorrhoea). *Moderní babičtví* [online]. Praha, 2007, 2007(13), [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-13/?pdf=36>

KOLIBA, P. Vaginální dyskomfort, intimní hygiena. *Praktické lékařství* [online]. Praha, 2013, 9(3), [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2013/03/12.pdf>

KUBICOVÁ, Martina. Pohlavně přenosné nemoci u dospívajících. *Pediatric pro praxi* [online]. 2015, 16(6), 1-6 [cit. 2017-02-03]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2015/06/11.pdf>

KUSÝ, M. Sexuální výchova ve školství. In: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu. *Moravský regionální kongres 2004* [online]. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2004 [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006010902>

LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-0668-9.

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.

MILEROVÁ, A., NEVEČEŘALOVÁ, L. *HOP aneb Hravě o prevenci: Nabídka témat ZŠ* [online]. Ústí nad Labem: Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem, 2016 [cit. 2017-04-06]. Dostupné z: <http://www.hraveoprevenci.cz/>

NEJEDLÁ, M., STRUPKA, J. *Sexy žena má aplikaci*. SZÚ, Praha 2016, vydáno v rámci projektu PPZ NPZ č. 10576

NOVOTNÁ, M. Kombinovaná hormonální antikoncepce: základní informace o rizicích a výhodách. *Interní medicína pro praxi*. [online]. 2002, 2002(8), 10-13 [cit. 2017-02-03]. Dostupné z: <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2002/08/15.pdf>

OBLASSER, C. *Bolestivé měsíčky, sbohem!: svobodná menstruace: metoda bez vložek, tamponů a léků proti bolesti*. České Budějovice: Zrcadlo, 2015. ISBN 978-80-87847-05-3.

PASTOR, Z. *Sexualita ženy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1989-4.

POLÁČKOVÁ, Z. Přehled pohlavně přenosných onemocnění. *Urologie pro praxi: Sexuální a reprodukční medicína pro praxi* [online]. 2016, 17(3), 1-5 [cit. 2017-02-03]. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2016/03/07.pdf>

Probiotické tampóny Ellen: Pro zdraví pochvy [online]. Praha: S&D Pharma CZ, spol. s r.o., 2012 [cit. 2017-02-23]. Dostupné z: <https://www.ellen-tampony.cz/pribalovy-letak>

PROCHÁZKA, I. HIV infekce a ostatní sexuálně přenosné choroby. In: ŠULOVÁ, L. et al. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-238-4.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. [online]. Praha: MŠMT, 2016. 165 s. [cit. 2017-04-04]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/uploads/RVP_ZV_2016.pdf

RAŠKOVÁ, M. Vzdělávání v oblasti sexuality v obecném náhledu u běžné populace. In: ŠTĚRBOVÁ, D. et al. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4132-0.

RAŠKOVÁ, M. Sexuální výchova ve školních vzdělávacích programech pro předškolní a primární vzdělávání. In: ŠTĚRBOVÁ, D. et al. *Specifika komunikace ve vztahu k sexualitě I: pomáhající profese ve vztahu k sexualitě, včetně osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4132-0.

Reprodukční zdraví dívek a žen (anketa českých gynekologů): Závěrečná zpráva sdružení Medicus pro Femina. *Česká gynekologie*. Praha, 1997, 62(6). ISSN 1805-4455.

ROZSYPAL, H. *Základy infekčního lékařství*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2932-2.

Sexual&ReproductiveHealth. *United Nations Population Fund: UNFPA* [online]. New York: UNFPA [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: <http://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>

Sexual and ReproductiveHealth. *World Health Organization: Regional Office pro Africa* [online]. [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: <http://www.afro.who.int/en/sexual-and-reproductive-health.html>

SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2270-2.

Únor 2017: výskyt a šíření HIV/AIDS v České republice. [online]. Praha: Státní zdravotní ústav ČR, 2017. [cit. 2017-03-28] Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2017/HIV_AIDS_02_2017.pdf

STRNADEL, R. Onemocnění zevního genitálu ženy. *Urologie pro praxi* [online]. 2005, 2005(5), 1-3 [cit. 2017-02-03]. Dostupné z: urologiepropraxi.cz/savepdfs/uro/2005/05/03.pdf

ŠPAČEK, J. et al. *Vulvovaginální dyskomfort a poruchy poševního prostředí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4554-1.

ŠULOVÁ, L. Sexuální výchova na školách. In: ŠULOVÁ, L. et al. *Výchova k sexuální reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-238-4.

ŠVEC, Š. *Metodologie věd o výchově: kvantitativně-scientické a kvalitativně-humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. Brno: Paido, 2009. ISBN 978-80-7315-192-8.

TELEBAK, D., PERAZIĆ O. et al. Awareness and attitudes regarding adolescent reproductive health in the republic of Srpska. *Acta Medica Medianae* [online]. 2013, 52(1), 9-15 [cit. 2017-04-08]. DOI: 10.5633/amm.2013.0102. ISSN 0365-4478.

UNZEITIG, V. Antikoncepce a sexuálně přenosná onemocnění. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2002, 2002(8), 1-4 [cit. 2017-02-03]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/08/16.pdf>

UNZEITIG, V., AL AWAD, H. Nové možnosti stabilizace porušeného poševního prostředí. *Praktická gynekologie* [online]. 2016, 10(5), 1-4 [cit. 2017-02-03]. Dostupné z:http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg_06_05_03.pdf

UNZEITIG, V. Všeobecné zásady diagnostiky a léčby vulvovaginální kandidózy. *Medicína pro praxi* [online]. 2011, 8(5), 1-4 [cit. 2017-02-03]. Dostupné z:<http://www.solen.cz/pdfs/med/2011/05/08.pdf>

URBANOVÁ, E. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy: V dimenziách ochrany a pôrodnej asistencie*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-343-1.

UZEL, R. *Antikoncepční kuchařka aneb Cesty k sexuálnímu zdraví*. Praha: Grada, 1999. Strom života. ISBN 80-7169-767-2.

UZEL, R. *Sexuální výchova*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-69-5.

VANÍČKOVÁ, E. *Stručný průvodce manuálem UNICEF pohledem nejlepšího zájmu dětí*. V Praze: UK - 3. LF, 2012. ISBN 978-80-260-2883-3.

VASÍČKOVÁ, J. *Pohybová gramotnost v České republice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. ISBN 978-80-244-4883-1.

VIGUÉ, J. *Zdraví ženy*. Čestlice: Rebo, 2006. ReboProductions CZ. ISBN 80-7234-534-6.

VRÁNOVÁ, V. *Výchova k reprodukčnímu zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2629-7.

VRUBLOVÁ, Y. *Výchova k reprodukčnímu zdraví: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-243-2.

Vyhláška č. 70/2012 Sb. Ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 29. února 2012 o preventivních prohlídkách. [online]. [cit. 2017 - 02 - 25]. Dostupné z: www.mzcr.cz/dokumenty/preventivni-prohlidky_8092_2956_1.html

WALKER, D. *Reproduction, breathing and health*. London: Evans, 2006. ISBN 0237530112.

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

WEISS, P., ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování v ČR - situace a trendy*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-558-X.

WEISS, P. Vývoj pohlavní identity. In. ŠULOVÁ, L. et al. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-238-4.

WEISS, P. Sexuální chování obyvatel ČR 2013. In. *Sborník příspěvků X. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP s mezinárodní účastí*. Brno: Tribun EU, 2014. ISBN 978-80-263-0702-0.

What is Health Literacy? *Center for Health Care Strategies, Inc.: Fact sheet* [online]. Princeton, 2013 [cit. 2017-03-29]. Dostupné z: http://www.chcs.org/media/What_is_Health_Literacy.pdf

Women&girls. IPPF: *International Planned Parenthood Federation* [online]. London [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: <http://www.ippf.org/our-priorities/women-girls>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Basic documents*. 47th ed. Geneva: World Health Organization, 2009. ISBN 9789241650472.

Zdravotnická statistika. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2007-. ISBN 978-80-7472-100-7. ISSN 1802-999x.

ZDRAVÍ 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: *Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2015, 54 s.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome

ATB - Antibiotika

CDC – Centers for DiseaseControl and Prevention

CD4+ - T lymfocyty

COC – Combined Oral Contraception

ČR – Česká republika

FSH – Folikulostimulační hormon

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HPV - HumanPapilloma Virus

IPPF - International Planned Parenthood Federation

IUD – Intrauterine Device

KSČ – Komunistická strana Českoslovenka

LNS-IUS – Nitroděložní hormonální systém

OSN – Organizace spojených národů

STD – Sexually Transmitted Diseases

STI – Sexually Transmitted Infections

UNFPA - United Nations Population Fund

USA - United States of America

WHO – World Health Organisation

WHO AFRO - World Health Organisation, Regional Office for Africa

ZDŠ – Základní devítiletá škola

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Charakteristika souboru dle věku.....	81
Graf 2 Charakteristika souboru dle vzdělání.....	82
Graf 3 Charakteristika souboru dle místa bydliště.....	83
Graf 4 Znalost pojmu reprodukční zdraví.....	84
Graf 5 Jaké tematické oblasti jsou obsaženy pod pojmem reprodukční zdraví.....	85
Graf 6 Odpovědi respondentek ohledně informačních materiálů.....	86
Graf 7 Zdroje informací ohledně reprodukčního zdraví.....	87
Graf 8 Negativní vliv na reprodukční zdraví.....	88
Graf 9 Podpora péče o reprodukční zdraví.....	89
Graf 10 Sexuální výchova ve školách.....	90
Graf 11 Sexuální výchova ve školách dětí.....	91
Graf 12 Oblasti sexuální výchovy ve školách.....	92
Graf 13 Frekvence a věková hranice preventivních gynekologických prohlídek.....	93
Graf 14 Frekvence a věková hranice mamografického vyšetření.....	94
Graf 15 Znalost pojmu sexuálně rizikové chování.....	95
Graf 16 Věk prvního pohlavního styku.....	97
Graf 17 Počet celoživotních sexuálních partnerů.....	98
Graf 18 Antikoncepce se stálým partnerem.....	100
Graf 19 Antikoncepce s nahodilým partnerem.....	101
Graf 20 Nejúčinnější ochrana před STD.....	102
Graf 21 Věk respondentek a menarche.....	103
Graf 22 Věk respondentek a menopauza.....	104
Graf 23 Menstruační hygiena během dne.....	105

Graf 24 Menstruační hygiena během noci.....	106
Graf 25 Pohlavní styk během menstruace	107
Graf 26 Pravidelnost intimní hygieny mimo menstruační krvácení.....	108
Graf 27 Pravidelnost intimní hygieny v době menstruačního krvácení	109
Graf 28 Princip intimní hygieny v souvislosti s pohlavním stykem	110
Graf 29 Pomůcky intimní hygieny	111
Graf 30 Princip intimní hygieny mimo menstruační krvácení	112
Graf 31 Princip intimní hygieny v době menstruačního krvácení.....	114
Graf 32 Procentuální poměr užívání perorální antikoncepce u žen do 30 let	117
Graf 33 Procentuální poměr užívání perorální antikoncepce u žen nad 30 let.....	118
Graf 34 Používání speciálních mycích přípravků k intimní hygieně u žen do 30 let.....	121
Graf 35 Používání speciálních mycích přípravků k intimní hygieně u žen nad 30 let.....	122

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Očekávané výstupy Výchovy ke zdraví pro žáky 9. tříd	30
Tabulka 2 Počet nakažených onemocněním Herpes simplex virus v letech 2006 – 2015 ...	49
Tabulka 3 Věk při první souloži (v letech)	95
Tabulka 4 Počet sexuálních celoživotních partnerů (v procentech)	97
Tabulka 5 Pozorovaná četnost užívání perorální antikoncepce u žen do 30 let a nad 30 let	116
Tabulka 6 Očekávané hodnoty odpovídající platnosti nulové hypotézy	117
Tabulka 7 Kategorie sledovaného faktoru	119
Tabulka 8 Výsledky jednofaktorové analýzy rozptylu	119
Tabulka 9 Pozorovaná četnost používání speciálních mycích přípravků k intimní hygieně u žen do 30 let a nad 30 let	120
Tabulka 10 Očekávané hodnoty odpovídající platnosti nulové hypotézy	121

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Samovyšetřování prsou.....	145
Příloha 2 Nestandardizovaný dotazník.....	146

Sexy žena má... aplikaci



www.rucenaprsa.cz



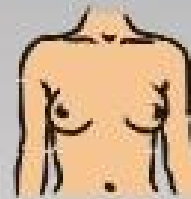
... Zdravá prsa



Jak na to...

pravidelně 2. - 3. den po
ukončení menstruace

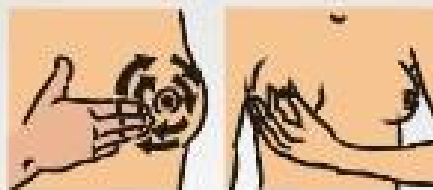
Postavte se
před zrcadlo a



1. **Pozorujte**
nejprve s pažemi podél těla, poté dejte
ruce v bok nebo složte ruce za hlavu
a mírně se předkloníte. Prohlédněte prsa
z obou stran.



2. **Prohmatejte**
krouživým pohybem každý prs zvlášť,
včetně bradavky a také místo mezi
prsem a podpažím.



V případě, že jste zjistila změny tvaru nebo
velikosti prsu, bulky, vtažení kůže, otok,
důlkovatení, výtok z bradavky, obraťte se
co nejrychleji na svého praktického lékaře
nebo na www.mamo.cz

Vyšetření provádějte po osprchování vlažnou vodou nebo po koupeli.

Nainstalujte si zdarma do mobilu aplikaci z www.rucenaprsa.cz



Text: MUDr. Marie Nejedlá, Bc. Jiří Stupka, DiS.
Redakce: MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D.
1. vydání, © Státní zdravotní ústav, 2016.
Vydáno za finanční podpory MZ NPZ PPZ
„Zdravé koule“ E. 10576

(Nejedlá a Stupka, SZÚ, 2016, vydáno v rámci projektu PPZ NPZ č. 10576)

Vážené respondentky,

jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci, oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy a obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který poslouží jako podklad pro Diplomovou práci na téma „Zdravotní gramotnost s akcentem na reprodukční zdraví českých žen“. Smyslem výzkumu je zjistit úroveň znalostí, postojů a návyků žen ohledně sexuálního chování, intimní hygieny a péče o své zdraví.

Dotazník je složen z otázek otevřených, kde Vás prosím o vypsání Vašeho názoru, a z otázek uzavřených, kde Vás prosím o zakroužkování Vámi zvolené odpovědi. U otázek, kde můžete volit z více odpovědí, vždy označte aspoň jednu Vámi vybranou.

Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná.

Předem děkuji za spolupráci a za čas, který věnujete vyplňováním tohoto dotazníku.

Bc. Tereza Videnková

1. **Kolik Vám je let?**

.....

2. **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Základní
- b) Střední bez maturity
- c) Střední s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské – bakalářské
- f) Vysokoškolské – magisterské
- g) Postgraduální

3. **Z jakého kraje České republiky pocházíte?**

.....

4. **Pokuste se dle Vašeho mínění napsat, jak byste definovala pojem reprodukční zdraví:**

.....
.....
.....
.....

5. **Pokuste se dle Vašeho úsudku vypsát, jaké tematické oblasti by mohly být obsaženy pod pojmem reprodukční zdraví:**

.....
.....
.....
.....

6. **Dostala jste někdy u lékaře (gynekologa) jakýkoliv informační materiál ohledně reprodukčního zdraví žen?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nepamatuji si

7. **Vyberte, jaké jsou Vaše zdroje informací ohledně reprodukčního zdraví:**

(je možno vybrat z více odpovědí)

- a) Časopisy
- b) Lékař
- c) Internet
- d) Materiály farmaceutických společností
- e) Děti
- f) Rodiče
- g) Škola
- h) Knihy
- i) Televize, rádio

8. **Označte, co podle Vašeho názoru nejvíce negativně ovlivňuje reprodukční zdraví žen:**

(je možno vybrat z více odpovědí)

- a) Nedostatečná starostlivost žen o své zdraví
- b) Nedostatečný systém prevence
- c) Špatné sexuální návyky
- d) Nedostatek informací o reprodukci
- e) Ekonomické a sociální podmínky
- f) Nedostatečná výchova ve školách
- g) Alkohol a kouření
- h) Zdravotní stav partnera
- i) Špatná osobní hygiena
- j) Náboženská přesvědčení
- k) Jiné:

9. **Pokuste se vybrat, jaké formy a metody by mohly efektivněji podpořit péči o reprodukční zdraví:**

(je možno vybrat z více odpovědí)

- | | | | |
|----|---|----|--|
| a) | Osvěta v médiích (televize...) | f) | Finanční spoluúčast pacientek při zanedbání prevence |
| b) | Výchova ve školách | g) | Výchova v rodinách |
| c) | Dodržování preventivních prohlídek | h) | Změna životního stylu |
| d) | Lepší podmínky pro práci lékařů | i) | Jiné: |
| e) | Lepší sociální a ekonomické podmínky obyvatel | | |

10. **Setkala jste se v době svého studia ve školách se sexuální výchovou, výchovou k manželství a rodičovství či výchovou ke zdraví?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nepamatuji si

11. **Setkala jste se v době studia Vašich dětí ve školách se sexuální výchovou, výchovou k manželství a rodičovství či výchovou ke zdraví?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nepamatuji si
- d) Nemám děti

12. **S jakými oblastmi jste byla ve školách v rámci sexuální výchovy seznámena?**

(je možno vybrat z více odpovědí)

- | | | | |
|----|--|----|---|
| a) | Prevence sexuálně přenosných chorob | f) | Intimní hygiena |
| b) | Anatomie a fyziologie ženských pohlavních orgánů | g) | Partnerství, manželství |
| c) | Menstruační cyklus | h) | Změny v období dospívání |
| d) | Ovulační cyklus | i) | Sexuální výchovu aj. jsem za dobu svého studia neměla |
| e) | Těhotenství | j) | Jiné:..... |

13. **Domníváte se, že frekvence a věková hranice preventivních gynekologických prohlídek je stanovená:**

- a) od 15 let, 1x ročně
- b) od 15 let, 1x za 2 roky
- c) od 18 let, 1x ročně
- d) od 18 let, 1x za 2 roky

14. **Domníváte se, že bezplatné vyšetření prsou (mamografické vyšetření) je stanovené:**

- a) od 40 let, 1x ročně
- b) od 40 let, 1x za 2 roky
- c) od 45 let, 1x ročně
- d) od 45 let, 1x za 2 roky

15. **Pokuste se vyjádřit, co dle Vás představuje pojem sexuálně rizikové chování:**

.....
.....
.....
.....

16. **Kdy jste měla první pohlavní styk?**

- a)
- b) Nepamatuji si
- c) Nikdy jsem neměla pohlavní styk

17. **Napište prosím, kolik sexuálních partnerů jste doposud měla:**

- a)
- b) Nechci odpovědět
- c) Nepamatuji si
- d) Nikdy jsem neměla pohlavní styk

18. **Vyberte, pomocí kterých prostředků/metod jste se chránila/chráníte při pohlavním styku se stálým partnerem:**

(je možno vybrat z více odpovědí)

- a) Kondom
- b) Femidom

- | | | | |
|----|---|----|----------------------------------|
| c) | Perorální antikoncepce (tabletky/pilulky) | j) | Nitroděložní tělísko |
| d) | Antikoncepční náplast | k) | Přerušovaná soulož |
| e) | Podkožní implantát | l) | Metoda plodných a neplodných dní |
| f) | Vaginální kroužek | m) | Nikdy jsem neměla pohlavní styk |
| g) | Hormonální injekce | n) | Nejsem si jistá |
| h) | Cervikální pesar | o) | Nepamatuji si |
| i) | Spermicidní gel | p) | Žádné prostředky nebyly užívány |

19. **Vyberte, pomocí kterých prostředků/metod jste se chránila při pohlavním styku s nahodilou známostí (známostí na jednu noc):**

(je možno vybrat z více odpovědí)

- | | | | |
|----|---|----|--|
| a) | Kondom | j) | Nitroděložní tělísko |
| b) | Femidom | k) | Přerušovaná soulož |
| c) | Perorální antikoncepce (tabletky/pilulky) | l) | Metoda plodných a neplodných dní |
| d) | Antikoncepční náplast | m) | Nikdy jsem neměla nahodilý pohlavní styk |
| e) | Podkožní implantát | n) | Nikdy jsem neměla pohlavní styk |
| f) | Vaginální kroužek | o) | Nejsem si jistá |
| g) | Hormonální injekce | p) | Nepamatuji si |
| h) | Cervikální pesar | q) | Žádné prostředky nebyly užívány |
| i) | Spermicidní gel | | |

20. **Jaký prostředek dle Vašeho názoru nejúčinněji chrání ženu před sexuálně přenosnými chorobami?**

- a) Kondom/femidom
- b) Hormonální antikoncepce
- c) Cervikální pesar
- d) Spermicidní gel
- e) Nitroděložní tělísko

21. **Napište prosím, v kolika letech jste začala menstruovat:**

- a)
- b) Nepamatuji si

22. **Uveďte prosím, v kolika letech jste přestala menstruovat:**

- a)
- b) Nepamatuji si
- c) Stále menstruuji

23. **Označte prosím, které menstruační pomůcky jste užívala/užíváte během dne:**

(je možno vybrat z více odpovědí)

- a) Jednorázové vložky
- b) Látkové vložky
- c) Tampony
- d) Menstruační kalíšek

24. **Označte prosím, které menstruační pomůcky jste užívala/užíváte během noci:**

(je možno vybrat z více odpovědí)

- a) Jednorázové vložky
- b) Látkové vložky
- c) Tampony
- d) Menstruační kalíšek

25. **Měla jste někdy během menstruace pohlavní styk?**

- a) Ano, pravidelně
- b) Ano, nepravidelně
- c) Ne

26. **Uveďte prosím, jak často provádíte intimní hygienu (mytí zevních rodidel) mimo menstruační krvácení:**

- a) Méně než 1x denně
- b) 1x denně

- c) 2x denně
- d) 3x denně
- e) 4x denně a více

27. **Uved'te prosím, jak často provádíte intimní hygienu (mytí zevních rodidel) v době menstruačního krvácení:**

- a) méně než 1x denně
- b) 1x denně
- c) 2x denně
- d) 3x denně
- e) 4x denně a více

28. **Uved'te prosím, princip vaší intimní hygieny v souvislosti s pohlavním stykem. Intimní hygienu provádím:**

(je možno vybrat z více odpovědí)

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| a) Vždy před pohlavním stykem | f) Většinou po pohlavním styku |
| b) Většinou před pohlavním stykem | g) Někdy po pohlavním styku |
| c) Někdy před pohlavním stykem | h) Nikdy po pohlavním styku |
| d) Nikdy před pohlavním stykem | i) Jiné: |
| e) Vždy po pohlavním styku | |

29. **Uved'te prosím, jaké pomůcky používáte k intimní hygieně:**

(je možno vybrat z více odpovědí)

- | | |
|---|--|
| a) Běžná mýdla a sprchové gely | d) Žínku, kterou používám pouze pro intimní partie |
| b) Speciální mycí přípravky pro intimní hygienu | e) Mytí „holou“ rukou |
| c) Žínku používanou k celotělovému mytí | f) Jiné: |

30. **Intimní hygienu v době mimo menstruačního krvácení provádíte:**

(je možno vybrat z více odpovědí)

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| a) Vždy sprchováním | b) Většinou sprchováním |
|---------------------|-------------------------|

- | | | | |
|----|---|----|---|
| c) | Někdy sprchováním | h) | Nikdy koupelí (ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií) |
| d) | Nikdy sprchováním | i) | Vždy koupelí (ve vaně po předchozím osprchování intimních partií) |
| e) | Vždy koupelí (ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií) | j) | Většinou koupelí (ve vaně po předchozím osprchování intimních partií) |
| f) | Většinou koupelí (ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií) | k) | Někdy koupelí (ve vaně po předchozím osprchování intimních partií) |
| g) | Někdy koupelí (ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií) | l) | Nikdy koupelí (ve vaně po předchozím osprchování intimních partií) |

31. **Intimní hygienu v době menstruační krvácení provádíte:**

(je možno vybrat z více odpovědí)

- | | | | |
|----|---|----|--|
| a) | Vždy sprchováním | l) | Nikdy koupelí (ve vaně po předchozím osprchování intimních partií) |
| b) | Většinou sprchováním | | |
| c) | Někdy sprchováním | | |
| d) | Nikdy sprchováním | | |
| e) | Vždy koupelí (ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií) | | |
| f) | Většinou koupelí (ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií) | | |
| g) | Někdy koupelí (ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií) | | |
| h) | Nikdy koupelí (ve vaně bez předchozího osprchování intimních partií) | | |
| i) | Vždy koupelí (ve vaně po předchozím osprchování intimních partií) | | |
| j) | Většinou koupelí (ve vaně po předchozím osprchování intimních partií) | | |
| k) | Někdy koupelí (ve vaně po předchozím osprchování intimních partií) | | |

Volný prostor k okomentování dotazníku nebo vyjádření Vašeho názoru týkajícího se problematiky sexuálního chování, intimní hygieny, sexuální výchovy ve školách apod.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Děkuji za spolupráci a za čas, který jste strávily vyplňováním tohoto dotazníku.

Bc. Tereza Videnková

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Tereza Videnková
Katedra:	Antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Gramotnost žen v akceptaci na reprodukční zdraví českých žen
Název v angličtině:	Health literacy emphasis on reproductive health of Czech women
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá problematikou reprodukčního a sexuálního zdraví, která se zaměřovala na znalosti, postoje a návyky českých žen v rámci jejich sexuálního chování, intimní hygieny a péči o své reprodukční zdraví. Diplomová práce obsahuje část teoretickou a část praktickou. Praktická část obsahuje kvantitativní výzkum, pro jehož výzkumné šetření byl vytvořen nestandardizovaný dotazník.
Klíčová slova:	Sexuální a reprodukční zdraví, zdravotní gramotnost, sexuální chování, intimní hygiena, menstruace, ženy
Anotace v angličtině:	Diploma thesis deals with the issue of reproductive and sexual health which is focusing on knowledge, attitudes and habits of Czech women in their sexual behavior, intimate hygiene and care of their reproductive health. The thesis includes the theoretical part and the practical part. The practical part contains quantitative research. For the research survey was developed nonstandard questionnaire.

Klíčová slova v angličtině:	Sexual and reproductive health, health literacy, sexual behavior, intimate hygiene, menstruation, women
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 Příloha 2 Nestandardizovaný dotazník
Rozsah práce:	159 stran
Jazyk práce:	český