



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Reprodukční zdraví u dospívajících dívek

Vypracovala: Tereza Štachová
Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Předkládaná bakalářská práce pojednává o reprodukčním zdraví dospívajících dívek. Reprodukční zdraví je pojem poměrně mladý, jeho problematika je aktuální a měla by být v centru zájmu celé společnosti. Sexualita a reprodukce patří mezi základní komponenty reprodukčního zdraví a porodní asistentka je kompetentní osobou, která pečuje o reprodukční zdraví žen i dívek.

Základními teoretickými východisky bakalářské práce bylo ukázat podstatný obsah pojmu reprodukční zdraví u dospívajících dívek se specifickým zaměřením na nejaktuálnější tematiku. Proto je úvodní, teoretická, část práce rozdělena do několika podkapitol. První z nich je věnována reprodukčnímu zdraví. Zahrnuje úvod do problematiky reprodukčního zdraví, stručný popis reprodukčních orgánů ženy, základní informace o menstruačním cyklu a intimní hygieně. Druhá podkapitola se věnuje faktorům, které poškozují reprodukční zdraví. Těchto faktorů je velmi mnoho, a proto byly vybrány jen některé. Pozornost byla zaměřena na gynekologické záněty, pohlavně přenosné choroby, dále na karcinom hrdla děložního a karcinom prsu. Ve třetí podkapitole byla rozebrána problematika dospívání se zaměřením na tělesné a psychické změny v tomto období, rozvoj sexuality, syndrom rizikového chování dospívajících a na informace o antikoncepci. Poslední podkapitolou je edukace porodní asistentkou. Tato podkapitola obsahuje teoretický základ edukace se specifiky pro porodní asistentku a účelně se zaměřuje na výchovu k reprodukčnímu zdraví.

Cíle práce byly stanoveny tři. Prvním cílem bylo zmapovat úroveň znalostí o reprodukčním zdraví u studentek gymnázií a studentek středních odborných učilišť. K tomuto cíli byla zvolena Hypotéza 1.: Studentky gymnázií mají lepší znalosti o reprodukčním zdraví než studentky středních odborných učilišť. Druhým cílem bylo zjistit, jaké jsou hlavní zdroje informací o reprodukčním zdraví u studentek gymnázií a středních odborných učilišť. K tomuto cíli byly určeny hypotézy: Hypotéza 2.: Hlavním zdrojem informací o reprodukčním zdraví u studentek gymnázií je odborná literatura. Hypotéza 3.: Hlavním zdrojem informací o reprodukčním zdraví u studentek středních odborných učilišť je internet. Třetím cílem bakalářské práce bylo porovnat,

jak jsou studentky různých středních škol informovány o pohlavně přenosných chorobách. K tomuto cíli byla vytýčena Hypotéza 4.: Studentky gymnázií mají více informací o pohlavně přenosných chorobách než studentky středních odborných učilišť.

Sběr dat byl proveden pomocí kvantitativní metody výzkumu, jejíž technikou byly dotazníky vytvořené autorkou práce. Výzkumné šetření probíhalo na dvou gymnáziích a dvou středních odborných učilištích v Jihočeském kraji. Dotazníky byly rozdávány v březnu 2015. Celkový počet respondentek čítal 160, z toho 79 ze středních odborných učilišť a 81 z gymnázií. Získaná data byla zpracována v programu Microsoft Excel 2010 a k ověření platnosti hypotéz byl použit chí-kvadrát test s 5% hladinou významnosti.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že respondentky z gymnázií mají lepší znalosti o reprodukčním zdraví než studentky středních odborných učilišť. Jako hlavní zdroj informací o reprodukčním zdraví figurovala u obou skupin rodina. Vědomosti v oblasti sexuálně přenosných chorob se u respondentek neliší. Na podkladě analýzy výzkumného šetření byla Hypotéza 1. potvrzena, ostatní stanovené hypotézy vyvráceny.

Za velmi znepokojující úkaz lze považovat zjištění, že jen velmi málo respondentek z výzkumného souboru si pravidelně samovyšetřuje prsy. Vzhledem k nebezpečí karcinomu prsu by měla být věnována větší pozornost ze strany porodních asistentek na edukaci dívek v této oblasti.

Se zřetelem k výsledkům výzkumu by bylo vhodné, aby porodní asistentky věnovaly větší pozornost edukaci dívek v oblasti reprodukčního zdraví. Měly by klást důraz především na vzdělávání dospívajících v oblasti pohlavně přenosných chorob i jako součásti prevence karcinomu děložního čípku. Zároveň by měly věnovat pozornost edukaci o samovyšetřování prsů.

Bakalářská práce může sloužit jako výukový materiál pro budoucí studentky oboru Porodní asistentka. Stejně tak může být využita jako podklad k přípravě přednášek pro dospívající dívky. Je nezbytné zaměřit pozornost na vzdělávání v této oblasti, protože plné reprodukční zdraví je nezbytnou součástí spokojeného a plnohodnotného vztahu.

Klíčová slova: Reprodukční zdraví, dospívání, výchova, pohlavně přenosné choroby, antikoncepce, sexualita

Abstract

This thesis deals with the reproductive health of adolescent girls. Reproductive health is a relatively young concept, its issue is topical and should be the prime concern of the whole society. Sexuality and reproduction belong to the essential components of reproductive health and the midwife is a competent person who takes care of reproductive health of women and girls.

The theoretical basis of this thesis was to show the essential concept of reproductive health among adolescent girls with a specific focus on the latest problems. Therefore, the introductory theoretical part is divided into several subheads. First of them is addressed to reproductive health. It includes an introduction to the reproductive health problems, a brief description of women's reproductive organs, basic information about the menstrual cycle and personal hygiene. The second subhead is addressed to factors that damage the reproductive health. These factors are very numerous, and therefore only some were chosen. Attention was focused on gynecological infections, sexually transmitted diseases, cervical cancer and breast cancer. In the third subhead were analysed maturing problems focused on physical and mental changes, the development of sexuality, adolescent risk behavior syndrom and information about contraception. The last subhead pays attention to education by a midwife. It contains the theoretical basis of training with specifics for midwives and efficiently focuses on reproductive health education.

Three study objectives were determined. The first one was to explore the level of knowledge of reproductive health among female students of secondary grammar schools and secondary vocational schools. For this objective was chosen Hypothesis 1: Female students of secondary grammar schools have better knowledge about reproductive health than female students of secondary vocational schools. The second objective was to learn what are the main sources of information for above mentioned students. For this objective were chosen two following hypothesis. Hypothesis 2: The main source of information about reproductive health among female students of secondary grammar schools is professional literature. Hypothesis 3:

The main source of information about reproductive health among female students of secondary vocational schools is the internet. The third objective of this thesis was to compare how female students of various secondary schools are informed about sexually transmitted diseases. For this objective was set Hypothesis 4: Female students of secondary grammar schools have more information about sexually transmitted diseases than female students of secondary vocational schools.

Data collection was carried out by quantitative research method and its technique was used for questionnaire creating by the author of this work. The research was proceeded at two secondary grammar schools and two secondary vocational schools in South Bohemia Region. The questionnaires were distributed in March 2015. The total number of female respondents involved 160, 79 of secondary vocational schools and 81 of secondary grammar schools. The collected data were processed in Microsoft Excel 2010 program. Chi-square test with 5% level of significance was used for verification of hypothesis validity.

The research results showed that female respondents of secondary grammar schools have better knowledge about reproductive health than the ones of secondary vocational schools. Family acted as the main source of information about reproductive health in both groups. There are no differences at respondents' knowledge in the area of sexually transmitted diseases. Based on the research analysis, Hypothesis 1 was confirmed, the other specified analysis were refuted.

The fact that very few female respondents from the research group regularly self-examine their breasts is presented as worrying. Midwives should turn more attention to education of girls in this area considering the risk of breast cancer.

With respect to the research results, it would be appropriate that midwives give more attention on education of girls in the reproductive health area. They should primarily emphasize education of adolescents in area of sexually transmitted diseases and as a part of cervical cancer prevention. Together with it, they should focus on education in breast self-examination.

This bachelor thesis can serve as teaching material for future students of Midwifery. It can also be used as a basis for preparing lectures for adolescent girls.

It is necessary to turn attention to education in this area because the full reproductive health is an essential part of a happy and satisfactory relationship.

Keywords: Reproductive health, adolescence, education, sexually transmitted diseases, contraception, sexuality

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2015

.....
Tereza Štachová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce paní PhDr. Drahomíře Filausové za odborné vedení bakalářské práce. Dále bych ráda vyjádřila díky panu RNDr. Janu Šindelářovi, CSc. za jeho pomoc a ochotu spolupracovat na zpracování výzkumné části práce.

Obsah

Úvod	12
1 Současný stav	13
1.1 Reprodukční zdraví	13
1.1.1 Reprodukční orgány ženy	14
1.1.2 Menstruační cyklus.....	15
1.1.3 Intimní hygiena.....	17
1.2 Faktory poškozující reprodukční zdraví.....	18
1.2.1 Gynekologické záněty	19
1.2.2 Pohlavně přenosné choroby.....	21
1.2.3 Karcinom hrdla děložního a jeho prevence	23
1.2.4 Karcinom prsu a jeho prevence	25
1.3 Dospívání	26
1.3.1 Tělesné změny v dospívání	27
1.3.2 Psychické změny v dospívání.....	28
1.3.3 Sexualita	29
1.3.4 Syndrom rizikového chování dospívajících	31
1.3.5 Antikoncepce.....	32
1.4 Edukace porodní asistentkou.....	34
1.4.1 Výchova k reprodukčnímu zdraví	35
2 Cíle práce a hypotézy	38
2.1 Cíle práce	38
2.2 Hypotézy	38
3 Metodika	39
3.1 Metodika výzkumu	39
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	39
3.3 Sběr a zpracování dat	40

4 Výsledky výzkumu	41
4. 1 Grafické výsledky dotazníkového šetření	41
4. 2 Statistické zpracování hypotéz.....	69
5 Diskuse	80
6 Závěr	86
7 Seznam informačních zdrojů	88
8 Přílohy	93

Seznam použitých zkratek

WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
FSH	Folikulostimulační hormon
PMS	Premenstruační syndrom
PID	Hluboký pánevní zánět (Pelvic Inflammatory Disease)
STD	Pohlavně přenosná onemocnění (Sexually Transmitted Diseases)
HSV	Herpes Simplex Virus
HIV	Lidský virus imunodeficiency (Human Immunodeficiency Virus)
AIDS	Syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immunodeficiency Syndrome)
HPV	Lidský papilomavirus (Human Papillomavirus)
VIA	Vizuální kontrola kyselinou octovou (Visual Inspection with Acetic acid)
VILI	Vizuální kontrola Lugolovým roztokem (Visual Inspection with Lugol's Iodine)
N/A	Neodstupné (Not Available)
IMC	Mezinárodní konfederace porodních asistentek (International Confederation of Midwives)
FIGO	Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (International Federation of Gynecology and Obstetric)

Úvod

Nenarušené zdraví je základní aspekt šťastného a spokojeného života, protože je předpokladem pro plnění soukromých či pracovních cílů a uskutečňování životních snů a přání. Reprodukční zdraví, jako schopnost svobodně a informovaně se rozhodovat o možnosti mít a vychovat vlastní potomky, je úzce spjato s celkovým kvalitním zdravotním stavem každého jednotlivce. Sexualita a reprodukce patří mezi základní projevy života a jsou spolu velmi úzce spjaty, ale je nezbytné je od sebe také oddělovat. Lze předpokládat, že narušení jedné či druhé oblasti vede nezbytně k nespokojenosti jednotlivce.

Rizikových faktorů, které mohou schopnost reprodukce narušit, je mnoho a často se objevují v období dospívání. Dospívající jednatel bývá ve svých rozhodnutích ovlivněn emoční nestabilitou a sklonem jednat náhle bez adekvátního důvodu. Proto mnohdy k poškození reprodukčního zdraví dochází již v této poměrně časně životní etapě. Za velmi nebezpečné považujeme časně zahájení sexuálního života, sexuální promiskuitu, která je mnohdy spojena s rizikem nákazy pohlavně přenosnou chorobou, ale také styk s lidmi užívajícími návykové látky či jejich vlastní užívání.

Cílená výchova k reprodukčnímu zdraví by u dospívajících měla snížit riziko poškození reprodukčního zdraví. Vzhledem ke kompetenci porodních asistentek pečovat o reprodukční zdraví žen, jsou tedy oprávněny také k výchově k reprodukčnímu zdraví u dívek. Je potřeba upozornit dospívající na nebezpečí v podobě pohlavně přenosných chorob či gynekologických zánětů. Podstatné místo ve výchově k reprodukčnímu zdraví zaujímá také edukace o pozitivěch a přínosech samovyšetření prsů. Zaměření porodních asistentek na primární prevenci, obecně v podobě výchovy ke zdraví, by mělo přinést snížení výskytu negativních jevů také v oblasti reprodukčního zdraví. Edukace o reprodukčním zdraví by v teoretické hladině měla přinést vyšší počet spokojených párů. Tyto páry by měly být schopny přivést na svět, po zralé úvaze o vlastní biologické, psychologické a sociální připravenosti, zdravé děti.

1 Současný stav

1.1 Reprodukční zdraví

Mezi základní projevy života patří mimo jiné také nenarušená schopnost reprodukce, která tvoří součást kvalitního zdravotního stavu jedince. Reprodukční zdraví zahrnuje stav, kdy je jedinec fyzicky, psychicky a sociálně spokojen a nevyskytují se u něj nemoci či vady. Všechny tyto skutečnosti se musejí nezbytně vztahovat k reprodukčnímu systému a jeho funkcím a procesům. Pojem reprodukční zdraví společnost užívá až v posledních desetiletích a jeho problematika je stále aktuální (Machová, 2002; Urbanová, 2010; WHO, 2015b).

Definice reprodukčního zdraví vychází z definice zdraví, kterou stanovila Světová zdravotnická organizace (WHO – World Health Organization) v roce 1948. *„Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální spokojenosti, a ne jen nepřítomnost nemoci nebo vady.“* (WHO, 2003).

Výstupem reprodukčního zdraví by měla být schopnost rozmnožovat se. Nezbytnou součástí je také uspokojení ze sexuálního života. Dle WHO jsou jedinci v rámci plného reprodukčního zdraví schopni vést bezpečný, odpovědný a uspokojující sexuální život. Takový jedinec je schopen mít děti a svobodně se rozhoduje, zda je bude mít, kdy je bude mít a kolik jich bude mít (Urbanová, 2010; WHO, 2015b).

Sexuální zdraví je součástí reprodukčního zdraví. Zahrnuje citové, rozumové, tělesné a společenské stránky člověka jako sexuální bytosti. Tento souhrn vlastností jedince obohacuje, zlepšuje jeho vztahy k lidem a rozvíjí u něj schopnost lásky. Rozlišení sexuálního a reprodukčního zdraví se užívá především proto, že lidská reprodukce se neváže pouze na sexuální život jedinců, příkladem mohou být metody asistované reprodukce. Zároveň sexualita lidí nemá vztah pouze k účelu plození dětí, což prezentuje mimo jiné také potěšení ze sexuálního styku (Urbanová, 2010).

Mezi základní pilíře reprodukčního zdraví patří schopnost plánovat rodičovství, prevence pohlavně přenosných chorob, prevence a léčba infertility a sterility, péče

o matku, novorozence a děti. Porodní asistentka může svými intervencemi ovlivňovat všechny tyto dílčí součásti reprodukčního zdraví. Edukuje své klientky v oblasti plánování rodičovství, přednáší o pohlavně přenosných chorobách a o prevenci jejich přenosu. Je kompetentní vést dialog o možnostech léčby infertility a sterility. Pečuje o ženu těhotnou, rodící, v šestinedělí a také o novorozence. Další informace o náplni práce porodní asistentky včetně samotné definice jsou v Příloze 1 (Urbanová, 2010; MZČR, 2000).

Mezi rizikové faktory, které negativně ovlivňují reprodukční zdraví, patří předčasná sexuální aktivita, sexuální promiskuita, rizikové techniky sexuálního styku, užívání drog a jiných návykových látek, onemocnění reprodukčního systému, velmi vysoká či velmi nízká tělesná hmotnost a stres. Obecným trendem současné společnosti je tendence ke zvyšování rizikových forem chování. Mnohem vyšší sklony k tomu mají jedinci především v období dospívání a následky svého chování si mohou nést po celý život. Příčinu těchto tendencí můžeme nalézt v oslabené funkci rodiny a v zaměření společnosti na konzumní způsob života, ale také v liberalizaci sexuality, kdy děti vystavujeme sexuálním podnětům od raného dětství (Urbanová, 2010; Machová 2002).

1.1.1 Reprodukční orgány ženy

Do reprodukčních orgánů ženy zahrnujeme pohlavní orgány včetně prsou. Pohlavní ústrojí se skládá z párových pohlavních žláz a vývodných cest pohlavních. Pohlavní žlázy mají za úkol produkovat pohlavní buňky a dále hormony. Ženské pohlavní ústrojí, na rozdíl od mužského, má ještě jednu hlavní funkci, kterou je zabezpečení vývoje plodu a jeho porod (Machová, 2002).

Pohlavní orgány dělíme na zevní a vnitřní. Zevní pohlavní orgány zahrnují pahrbek stydký neboli hrmu, velké stydké pysky, malé stydké pysky, poštváček, který svou stavbou odpovídá topořivým tělesům penisu, poševní vchod, vestibulární žlázy, hráz a u dívek, které ještě neměly pohlavní styk, panenskou blánu. Vnitřní pohlavní orgány jsou složeny z pochvy, dělohy, závěsného a podpůrného aparátu dělohy, vejcovodů

a vaječnicků, které jsou pohlavní žlázou. Podrobněji je anatomie pohlavních orgánů žen rozpracována v Příloze 2 (Dylevský, 2007; Merkunová, 2008; Sák, 2010).

Prsy mají polokulovitý tvar, mohou být různé velikosti a jsou umístěné na přední straně hrudníku. Tvoří je kůže, mléčná žláza a tukové vazivo. Mléčná žláza se stejně jako celý prs začíná rozvíjet u dívek v období puberty. Plně rozvinutá žláza se skládá přibližně z 20 laloků, které se dělí na lalůčky a ty dále na sekreční váčky, které produkují mléko. Lalůčky se spojují v mlékovody, které vyúsťují v bradavce. Bradavka se nalézá na vrcholu prsu a je obklopena pigmentovaným dvorcem. Obsahuje snopce hladké svaloviny, které zajišťují její erekci a tím umožňují v reprodukčním období kojení (Merkunová, 2008).

1.1.2 Menstruační cyklus

Reprodukční systém dívek i žen prochází každý měsíc cyklickými změnami. Tyto změny můžeme považovat za přípravu ženského těla na oplodnění a na následující těhotenství. Poruchy menstruačního cyklu mohou vést v konečném důsledku až k neplodnosti. Pravidelnost, délka cyklu a přídatné obtíže by tedy měly spadat do centra zájmu porodní asistentky (Urbanová, 2010).

Délka menstruačního cyklu se počítá od prvního dne menstruačního krvácení do prvního dne krvácení následujícího a v průměru se pohybuje okolo 29 dnů, ale za fyziologické můžeme označit hranice 21 až 35 dnů. Cyklické změny prodělává celý reprodukční systém ženy a také systémy další, jako například neurovegetativní, cévní a krevní systém. Menstruační cyklus má vliv také na psychiku a sexualitu dívky. Sexualitu ovlivňuje především v první fázi cyklu, kdy libido pod vlivem estrogenů zpravidla stoupá (Roztočil, 2011; Sák, 2010; Urbanová, 2010).

Největšími změnami během menstruačního cyklu procházejí vaječnický a děložní sliznice. Jejich změny v závislosti na proměnách hormonálních hladin popisuje obrázek v Příloze 3. Ve folikulární/proliferační fázi dochází ve vaječnicku ke zrání folikulů pod vlivem folikulostimulačního hormonu (FSH). V jednom z vaječnicků uzraje tzv. dominantní folikul, což nastává přibližně 6. den cyklu. Zároveň díky zvýšené

hladině estrogenů dochází k proliferační fázi endometria, čili k růstu nové děložní sliznice. Ke konci této fáze dosahuje endometrium asi 3 až 5 mm. Následuje ovulace, která probíhá 12. až 14. den cyklu. Uvolněné vajíčko je nasáto příslušným vejcovodem. Další fáze je luteální/sekreční. V ní dochází k přeměně prasklého dominantního folikulu, ze kterého se uvolnilo vajíčko, na žluté tělísko. Změnám podléhá také endometrium, které mění svou kvalitu i kvantitu. Žluté tělísko produkuje progesteron, který má vliv na udržení případného těhotenství a také připravuje děložní sliznici na uhnízdění oplodněného vajíčka. Pokud k oplodnění nedojde, žluté tělísko okolo 26. dne cyklu zaniká. Jeho zánik způsobí pokles hladin progesteronu a tím i degradaci endometria. Následuje fáze menstruační, kdy se odlučuje nekrotizované endometrium spolu s krví. Krvácení by mělo trvat přibližně 2 až 8 dní a dívka by měla ztratit zhruba 35 ml krve, krevní ztráty nad 80 ml mohou způsobit anémii (Pilka, 2012; Roztočil, 2011; Sák, 2010; Urbanová, 2010).

Cyklické změny prodělává i děložní hrdlo. Nedochozí k odlučování sliznice hrdla děložního, ale mění se charakter a množství hlenu. Největší množství hlenu je v době ovulace, kdy je také nejvíce řídký. Tento hlen je na rozdíl od kyselého poševního prostředí zásaditý a umožňuje delší přežití oplození schopných spermií. Změny hlenu hrdla děložního umožňují postup spermií k vajíčku a tím také oplození. Pochva reaguje na hormonální změny proliferací a růstem poševního epitelu (Sák, 2010; Weis, 2010).

Menstruační cyklus může dívce způsobovat různé obtíže. Snížení hormonálních hladin před menstruací může být příčinou poklesu výkonnosti či rozvoje podrážděnosti a u některých dívek může vyvolat až deprese. Mladé dívky se nemohou spolehnout ani na pravidelnost cyklu. Příčinou jsou anovulační cykly, které se v prvních 2 letech menstruace mohou vyskytovat. Pokud je cyklus nepravidelný, hovoříme o poruchách jako je oligomenorea, tj. cyklus delší než 36 dní, a polymenorea, což je cyklus kratší než 22 dní. Pokud je ovšem cyklus pravidelný, dívky mohou trápit jiné potíže jako hypomenorea, což je krátké a slabé krvácení trvající méně než 2 dny, a hypermenorea charakteristická prodlouženým a silným krvácením, které je delší než 9 dní. Velké problémy způsobuje dívkám bolestivá menstruace či projevy premenstruačního syndromu (PMS) (Roztočil, 2011; Urbanová, 2010).

Bolestivá menstruace neboli dysmenorea začíná těsně před menstruačním krvácením a končí zhruba 2 až 3 dny po jeho začátku. K bolesti se často přidávají i další somatické problémy. Bolestivost břicha může v některých případech vyústit až v silné křeče vystřelující do dolních končetin. Může se objevit i nauzea, zvracení či průjem. Porodní asistentka navrhne dívce s tímto průběhem klid na lůžku po dobu akutní bolesti a aplikaci suchého tepla na oblast podbřišku či do křížové oblasti. Pití bylinných čajů anebo horkou koupel je také možno doporučit, ovšem u koupele je třeba dbát na dodržení hygienických pravidel. Možnost využití farmakologických metod tlumení bolesti je velmi účinné, ale patří do kompetencí lékaře (Urbanová, 2010).

PMS je syndromem různých klinických příznaků, které jsou somatického i psychického charakteru. Tyto příznaky se objevují každý měsíc pravidelně v týdnu před menstruací. Jedná se například o úzkosti až deprese, bolesti hlavy, křeče, nespavost nebo přírůstek hmotnosti atd. Uvádí se, že se může jednat až o 200 různých symptomů tohoto syndromu. PMS negativně ovlivňuje rodinný a společenský život. V terapii převažuje změna životního stylu a složení jídelníčku. Porodní asistentka může dívkám doporučit pití bylinkových čajů, eliminaci stresových podnětů a vynechání kofeinových nápojů. PMS se zařazuje k psychosomatickým onemocněním v gynekologii, proto v některých případech spočívá léčba v psychoterapii (Roztočil, 2011; Urbanová, 2010).

Během menstruace doporučuje porodní asistentka dívkám používat podle intenzity menstruačního krvácení různé hygienické pomůcky, jako jsou tampóny, vložky či menstruační kalíšky. Je potřeba, aby dívka dbala na jejich pravidelnou výměnu (Urbanová, 2010).

Pohlavní styk během menstruačního krvácení je možný, ale je potřeba dodržet přísnější hygienické podmínky a překonat psychické bariéry, které jsou často spojené s překážkami estetickými (Weiss, 2010).

1.1.3 Intimní hygiena

Vzhledem k vývoji sekundárních pohlavních znaků a nástupu menstruace je nezbytná edukace dospívajících v oblasti intimní hygieny. Pokud dívka dodržuje

zásady intimní hygieny, chrání sebe sama před poškozením reprodukčního systému, například před gynekologickými záněty. Intimní hygiena se netýká jen praktické péče a čistoty zevního genitálu, ale jedná se o komplex činností, které vedou k pocitu komfortu (Nouzová, 2006; Urbanová, 2010).

Edukace porodní asistentkou by se měla zaměřovat na hygienu dívky po stolici, především na směr otírání od močové trubice směrem ke konečníku. Jedná se o prevenci zanesení stolice do oblasti pochvy. Je důležité doporučovat používání speciálních gelů s přizpůsobeným pH k oplachování rodidel. Dívka by měla být poučena o nutnosti každodenního sprchování zevních rodidel s minimálním používáním kosmetických parfémovaných přípravků. Neméně podstatné je zdůraznit také skutečnost, že přehnaná intimní hygiena může vést k narušení přirozené slizniční bariéry a ke vzniku subjektivních obtíží. Edukace v oblasti intimní hygieny by měla být zaměřena také na spodní prádlo, které by mělo být prodyšné a nezadržovat vlhkost. Nošení spodního prádla s opačnými vlastnostmi totiž napomáhá ke vzniku zánětlivých onemocnění. Ideálním prádlem jsou bavlněné spodní kalhotky (Nouzová, 2006; Urbanová, 2010).

Porodní asistentka by měla edukovat dívky o intimní hygieně během menstruace, před a po ní, o hygienických pomůckách a frekvenci jejich výměny. Během menstruačního krvácení dívka může používat menstruační vložky nebo si může zavést do pochvy menstruační tampóny. V obou případech je ovšem nezbytné dbát na jejich pravidelnou výměnu. Další hygienickou pomůckou v době menstruačního krvácení je také menstruační kalíšek, který se také zavádí do pochvy. Jeho obsah je nutné pravidelně vylévat a kalíšek vždy zavádět patřičně hygienicky ošetřený. Poučení mladých dívek by nemělo opomíjet ani hygienu sexuálního styku a odpovědný přístup k sexu i výběru sexuálních partnerů (Nouzová, 2006; Urbanová, 2010).

1.2 Faktory poškozující reprodukční zdraví

Reprodukční zdraví může být poškozeno již u dospívajících dívek. Mezi hlavní příčiny patří možnost rozvoje gynekologických zánětů či nákaza pohlavně přenosnými

chorobami. Dalšími faktory jsou předčasné zahájení sexuálního života, sexuální promiskuita a rizikové techniky sexuálního styku. Užívání drog a jiných návykových látek vede k rizikovému chování v sexuální oblasti. Reprodukční zdraví může podporovat také životní styl. Rizikovými faktory jsou především tělesná hmotnost – ať už zvýšená, či snižená – a také stres. Porodní asistentka by měla zaměřit pozornost na deficit informací z těchto oblastí: především na příčinu vzniku a rozvoje zánětlivých onemocnění a jejich důsledky, dále na edukaci ohledně pohlavně přenosných chorob a rizik s nimi spojených a rovněž na prevenci gynekologických nádorových onemocnění (Machová, 2002; Urbanová, 2010).

1.2.1 Gynekologické záněty

Původci gynekologických zánětů jsou bakterie, prvoci, houby, viry i paraziti. Mezi následky gynekologických zánětů (kromě toho, že způsobují v akutním stádiu fyzické i psychické obtíže) můžeme zařadit bolestivý pohlavní styk, dysmenoreu a srůsty v břišní dutině, které mohou způsobit až sterilitu. Přírodních obranných mechanismů pohlavního ústrojí žen je několik. Poševní vchod je částečně chráněn anatomickým uspořádáním stydkých pysků, které jsou přiloženy k sobě a vytvářejí tak stydkou štěrbinu. Dále mezi tyto mechanismy patří svalovina pánevního dna, u dívek, které neměly pohlavní styk, panenská blána. Kyselé pH pochvy, které je způsobeno přítomností laktobacilů, je také nepříznivé pro růst mikroorganismů. K jeho udržení je ovšem nezbytná hormonální rovnováha. Uzavřená zevní i vnitřní branka hrdla děložního a přítomnost hlenové zátky brání postupu případné infekce. Dívku také ochraňuje směr kmitání řasinek vejcovodu a schopnost fimbrií vejcovodu uzavřít cestu infekci k dutině břišní. Infekce, které způsobují záněty, se ve většině případů šíří ascendentní cestou (Mašata, 2014; Sák 2010).

Záněty dělíme na zánětlivá onemocnění vnějších a vnitřních rodidel a hluboký pánevní zánět (Weiss, 2010).

Zevní pohlavní orgány jsou v těsném kontaktu s močovou trubicí a konečníkem a jsou místem vzniku vlhké zapádky, například při nošení nevhodného spodního prádla.

Vznik infekce v této oblasti je za určitých podmínek velmi pravděpodobný. Může se jednat o zánět vulvy a pochvy, tzv. vulvovaginitis. Vulvovaginitis se projevuje pálením nebo svěděním zevních rodidel a také výtokem. Diagnostika by měla vycházet především z anamnézy, klinického vyšetření pacientky gynekologem a výsledků laboratorních testů. Zánět se může vytvořit i v Bartholinské žláze, jejíž zduření je velmi bolestivé. Postižené ženě způsobuje otok v místě zánětu, problémy s chůzí a nemožnost posadit se (Mašata 2011; Mašata 2014).

Záněty vnitřních rodidel mohou postihnout pochvu, hrdlo děložní, dělohu a rozšířit se až na hluboký pánevní zánět. Zánět pochvy je charakteristický výtokem. Nejnebezpečnější u tohoto zánětu je nákaza lidským papilomavirem, jehož některé typy mohou způsobovat zhoubné bujení. Záněty hrdla děložního dělíme na cervikovititis a endocervicitis. První termín označuje zánět pochvy spojený se zánětem hrdla děložního, respektive dlaždicového epitelu těchto oblastí. Druhý termín označuje zánět hrdla děložního, tedy jeho cylindrického epitelu. Infekce hrdla děložního snadno přestoupí na tělo děložní a způsobí zánět dělohy. Záněty dělohy vznikají buď zmíněnou ascendentní cestou, nebo po instrumentálních výkonech na děloze, a dělíme je na endometritis, myometritis, která se častěji vyskytuje ve formě endomyometritis, a perimetris (Mašata, 2014; Sláma, 2011).

Hluboký pánevní zánět (PID – pelvic inflammatory disease) je zánětem děložní sliznice, vejcovodů a vaječnicků, který může přecházet i na okolní tkáň. Zánět vejcovodu je charakteristický reakcí organismu na infekci, kdy dochází k vchlípení fimbrií vejcovodu, čímž se vejcovod uzavře i se zánětlivým exsudátem nebo hnisem. Tento mechanismus má zabránit přestupu infekce na vaječník. Pokud k tomu přesto dojde, označujeme tento stav jako adnexitis neboli zánět vejcovodu i vaječníku. Přestupem infekce z vejcovodů se může zanítit také pánevní peritoneum a vzniká tak pelveoperitonitis. Tento závažný stav může vést až ke slepení kliček a předstěry střeva s děložním tělem. Shromážděním výpotku ve vzniklém prostoru dojde k abscesu Douglasova prostoru (Mašata, 2014; Pilka, 2012).

1.2.2 Pohlavně přenosné choroby

Prevence pohlavně přenosných chorob (STD – sexually transmitted diseases) není záležitostí pouze odborníků a lékařů, ale měla by být v centru zájmu široké veřejnosti. Nákaza STD může v konečném důsledku způsobit sterilitu, ale také neurologické, psychiatrické či kardiologické komplikace a končit může až smrtí. STD se přenáší téměř výhradně přímým kontaktem při pohlavním styku, ale u některých z nich není vyloučen ani přenos kontaminovanou krví nebo tkáněmi, případně z matky na plod během těhotenství nebo porodu. Některé STD podléhají povinnému hlášení a postižený jedinec je nucen podrobit se léčbě (Urbanová, 2010; WHO, 2015c).

Kapavka neboli gonorrhoea, jejímž původcem je bakterie *Neisseria gonorrhoeae*, je právě STD podléhající povinnému hlášení. Její prevalence je nejvyšší u mladých sexuálně aktivních lidí. Vyšší možnost přenosu je z chlapce na dívku než naopak. Průměrná inkubační doba kapavky se pohybuje u žen v rozmezí 3 až 5 dní a probíhá u nich mírněji než u mužů. Velký problém je, že u obou pohlaví může probíhat zcela asymptomaticky. Prvním příznakem bývá pálení či řezání při močení a časté nucení na močení. Objevuje se také výtok, který je hnisavý nebo hlenohnisavý a odchází z pochvy, řitního otvoru nebo močové trubice. Nakažená žena může kontaktně krvácet například po pohlavním styku. Konečným důsledkem kapavky může být až zánět pobřišnice. Následky v takovém případě mohou být fatální, z gynekologického hlediska mohou vzniknout srůsty. S tím se spojuje sterilita či vyšší riziko mimoděložního těhotenství. Kapavka nemusí napadat pouze pohlavní systém. Její výskyt může být lokalizován také v konečníku, hltanu či ve spojivkovém vaku. Diagnózu kapavky lze stanovit pouze mikroskopickým vyšetřením vzorku z rekta, uretry a endocervixu a je nutné kultivační vyšetření na půdách. Léčba probíhá za pomoci antibiotik a je vhodné přešetřit také chlamydiové infekce, které kapavku často doprovázejí (Mašata, 20014; Urbanová, 2010; Weis, 2010).

Chlamydiová infekce postihuje cylindrický epitel děložního hrdla a parauretrálních žláz. Může také napadat sliznici řitního otvoru. Velkým problémem této STD u žen je, že ve vysokém procentu probíhá zcela bezpříznakově. Jejím původcem je *Chlamydia*

trachomatis. V léčbě této infekce se uplatňují antibiotika a mezi pozdní komplikace patří PID, sterilita a riziko mimoděložního těhotenství (Weiss, 2010).

Syfilis neboli lues je STD podléhající povinnému hlášení, jejímž původcem je bakterie *Treponema pallidum*. Přenos se uskutečňuje především pohlavním stykem, ale není vyloučen přenos ani krví, tkáněmi či transplacentárně. Syfilis má tři stádia. Primární syfilis se projevuje za 10 až 90 dnů od nákazy. Projevem je nebolestivý vřed, tzv. *ulcus durum*. U žen je lokalizován v pochvě nebo v hrdle děložním, proto nebývá často zaregistrován. Někdy se může vřed vyskytovat i na rtech, v dutině ústní nebo v konečníku. Regionální mízní uzliny jsou zvětšené. Vřed přetrvává 1 až 5 týdnů a poté se hojí vpadlou jizvičkou. V tomto stádiu je onemocnění vysoce nakažlivé. Sekundární syfilis se objevuje za 6 týdnů až 6 měsíců po primární infekci. Projevem je symetrický, nesvědlivý exantém. Nejčastější lokalizace jsou plosky nohou nebo dlaně rukou. Zároveň s exantémem se mohou zvětšovat lymfatické uzliny a zvyšuje se tělesná teplota. Mohou vypadávat vlasy a tvořit se puchýře na vulvě či v dutině ústní. Stádium je vysoce nakažlivé, a pokud není zahájena léčba, léze za 2 až 4 týdny vymizí. V následujících 2 letech se mohou léze znovu vyskytovat a v období těchto relapsů se onemocnění může přenášet pohlavním stykem nebo transplacentárně. Terciální syfilis může postihovat mnohé orgány, nejčastěji se jedná o orgány kardiovaskulárního nebo nervového systému. Neurologické a psychiatrické příznaky terciální syfilis označujeme jako neurosyfilis. V časném stádiu se syfilis léčí antibiotiky (Mašata, 2014; Urbanová, 2010; Weis, 2010).

Dále je možno zmínit ještě infekce lidským papiloma virem, který se mimo jiné spolupodílí na vzniku karcinomu hrdla děložního (viz kapitola 1.2.3.). Velké nepříjemnosti mohou napadeným dívkám způsobovat také infekce herpes simplex viry (HSV), původci herpes genitalis čili genitálního oparu. K primární infekci dochází většinou po orogenitálním kontaktu s nakaženou osobou. Jedná se o výsev drobných vezikul, které se po čase přemění ve vřídky. Výsev bývá doprovázen bolestivostí. Léčba genitálního oparu spočívá v aplikaci lokálních antivirotik, ale je zdoluhavá a vyžaduje značnou trpělivost ze strany postižené ženy (Weiss, 2010).

Lidský virus imunodeficiency (HIV – human immunodeficiency virus) je výhradně lidským patogenem). Způsobuje onemocnění zvané syndrom získané imunodeficiency (AIDS - acquired immunodeficiency syndrome). Ve skupině STD zaujímá zvláštní místo, protože se přenáší pohlavním stykem a splňuje kritéria pohlavních chorob, ale jedná se především o onemocnění imunitního systému. V roce 2001 bylo dle statistik WHO nakaženo v Evropě infekcí HIV přibližně 1,6 milionu lidí. V roce 2012 se toto číslo vyšplhalo již na 2,2 milionu obyvatel evropského kontinentu. Odhadem polovina z těchto lidí o své nákaze ani neví. Infekce se šíří primárně pohlavním stykem, ale je možný přenos krví, tkáněmi a také transplacentárně. Vzhledem k tomu, že virus napadá lidský imunitní systém a replikuje se uvnitř buněk, je jeho léčba složitá a v současné době není znám účinný lék. Základem je retrovirová chemoterapie s cílem virologickým a imunologickým. Léčba vede k redukci virů, ke zlepšení stavu postiženého, vymizení příznaků a prodloužení života. Postupná replikace viru vede k pozvolné destrukci imunitního systému a smrti hostitele. V rámci prevence některá centra v České republice nabízejí bezplatné testování. Do informovanosti veřejnosti a osvěty by se měli více zapojit také lékaři a porodní asistentky. Zdůrazněn by měl být především velmi rizikový nechráněný pohlavní styk, který je nejčastější příčinou nákazy HIV (Mašata, 2014; Němec, 2014; Urbanová, 2010; WHO, 2015a).

1.2.3 Karcinom hrdla děložního a jeho prevence

Karcinom hrdla děložního je pozdní komplikací infekce lidským papiloma virem, (HPV – human papillomavirus). Infekce HPV může způsobovat kromě zhoubných nádorů hrdla děložního také zhoubné nádory v oblasti análního otvoru, vulvy, vagíny a také nádory orofaryngu. Dále může infekce HPV (nejčastěji typy 6 a 11) způsobovat kožní léze tzv. akuminátní kondylomata neboli genitální bradavice. Významný podíl na rozvoji prekancerózy děložního hrdla mají některé typy HPV, a to především typy 16, 18, 31 a 33. Typ 16 a 18 způsobuje zhruba 70 % nádorů hrdla děložního. Vznik karcinomu je výlučně vázán na přítomnost HPV, ale kancerogenita viru musí být podmíněna dalšími vlivy, jako je například selhání imunitního systému, nikotinismus

apod. Karcinom děložního hrdla patří mezi nemoci odvrátitelné a léčitelné. Z tohoto důvodu byl v České republice zaveden screeningový program, jehož zájmem je brzké vyhledávání prekanceróz, a tedy včasná detekce rizika rozvoje karcinomu hrdla děložního. Jedná se o prevenci sekundární. Primární prevencí je zdravý životní styl včetně aplikace bezpečných metod sexu a vakcinace (Driák, 2013; Ondruš, 2013; Sák, 2010).

Nákaza HPV patří spolu s chlamydiemi a HSV mezi STD celosvětově nejrozšířenější. Mezi rizikové faktory patří časně zahájení pohlavního života, časté střídání sexuálních partnerů, nechráněný pohlavní styk s rizikovým partnerem a narušený imunitní systém. Vzhledem k tomu, že se jedná o infekci přenosnou pohlavním stykem, je možné se před její nákazou chránit pouze sexuální abstinencí, používáním bariérových antikoncepčních metod s důrazem na možnost přenosu i při nekoitálním styku. Mimosexuální přenos viru je také možný například ve sprchách, bazénech a také z matky na plod (Driák, 2013; Fait, 2011).

Vakcinace jako metoda primární prevence se provádí v České republice za podpory zdravotních pojišťoven. Očkuje se především proti nejrizikovějším typům HPV 16 a 18. Nejvhodnější je tuto profylaxi aplikovat u dívek, které ještě nezačaly žít pohlavním životem, a tedy je u nich téměř vyloučeno riziko předchozího kontaktu s těmito typy HPV. K dispozici je současným dospívajícím dívkám vakcína Silgard a Cervarix. Vakcína Silgard, registrovaná v České republice od roku 2006, je kvadrivalentní a zaměřuje se na dva nejrizikovější typy 16 a 18 a dva nízkorizikové typy 6 a 11. Aplikuje se ve třech dávkách intramuskulárních injekcí aplikovaných do deltového, případně stehenního svalu. Vakcína Cervarix, registrovaná v České republice od roku 2007, je bivalentní a zaměřuje se na typy 16 a 18. Dělí se na tři dávky aplikované intramuskulárně do deltového svalu (Driák, 2013; Fait, 2011; Sák, 2010).

Metod sekundární prevence je několik. Nejúčinnější a nejvyužívanější je metoda cervikovaginální cytologie, kdy je při běžném vaginálním vyšetření v zrcadlech nabrán také stěr z čípku a hrdla děložního. Tento stěr se fixuje na podložní sklíčku, barví se a sleduje se pod mikroskopem. Metoda vyžaduje pravidelné a opakované návštěvy obvodního gynekologa. Další metody vizuální, jako vizuální kontrola kyselinou octovou

(VIA – visual inspection with acetic acid) nebo vizuální kontrola Lugolovým roztokem (VILI – visual inspection with Lugol's iodine), jsou levné metody s využitím vodného roztoku kyseliny octové a Lugolova roztoku a mají okamžitý výsledek, ale také velmi nízkou specifitu. HPV test patří mezi technologie s velmi nízkou specifikou oproti testům VIA a VILI i oproti cytologii, ale má lepší senzitivitu. Kolposkopie patří mezi metody screeningové a zároveň diagnostické (Ondruš, 2013).

Porodní asistentka by měla dívky edukovat v primární prevenci o možnostech nákazy HPV. Dívky by měly být poučeny o odsunu prvního pohlavního styku do vyššího věku a o vhodnosti snížení počtu sexuálních partnerů. Déle by porodní asistentka měla informovat dívku, popřípadě i její rodiče o možnosti vakcinace. Pozornost by dále měla být zaměřena na nutnost pravidelných gynekologických vyšetření. Na preventivní prohlídky ke gynekologovi, v rámci kterých je odebrána i onkologická cytologie, by dívka dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví měla docházet pravidelně jedenkrát ročně od 15 let (ČR, 2015b; Fait, 2011; Urbanová, 2010).

1.2.4 Karcinom prsu a jeho prevence

Zhoubný nádor prsů je nejčastějším ženským nádorovým onemocněním. Je diagnostikován u jedné ženy z 8 – 12. Prevence tohoto nádorového onemocnění je důležitá a měla by vést u dospívajících dívek ke změně postojů v otázkách životního stylu a také ke každoměsíčnímu samovyšetření prsou (Mamma HELP, 2014).

Primární prevence rakoviny prsu se drží zásad prevence všech zhoubných onemocnění. Jedná se především o doporučení v rámci životního stylu. Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny vydala Evropský kodex proti rakovině, který obsahuje 12 základních doporučení prevence rakoviny. Patří mezi ně například vyloučení kouření, vykonávání každodenních tělesných činností, udržování ideální tělesné hmotnosti, omezení požívání alkoholu a doporučení týkající se účasti na preventivních programech. Dospívající dívky na screeningový program rakoviny prsu nedosahují, proto je třeba je řádně edukovat v oblasti samovyšetření prsů (Mamma HELP, 2014; MOÚ, 2015).

Samovyšetření prsů je součástí sekundární prevence stejně jako screeningové mamografické vyšetření. Je potřeba jej provádět každý měsíc ideálně ihned po skončení menstruace, tzn. ve folikulární/proliferální fázi menstruačního cyklu, kdy prsy nejsou citlivé a jsou měkčí než před menstruací. Dívka by měla vyšetření začít sebezpozorováním např. v zrcadle se svlečenou horní polovinou těla, kdy na prsech vyhledává nepravidelnosti tvaru či kožní změny, vtažení či výtok z bradavky, změny barvy nebo pigmentace prsu, d'olíčky a změny dvorce obou prsů. Prsy pozoruje dívka s rukama spuštěnými podél těla, které po důkladné kontrole zvedne nahoru a opět oba prsy prohlédne. Druhým krokem je manuální prozkoumání prsů. Tímto postupem dívka vyhledává výrazné změny uvnitř prsů, např. bouličky různého tvaru. Je potřeba postupovat pečlivě a nevynechat žádnou z částí. Za pomoci krouživých pohybů, kdy se jednotlivé kroužky budou překrývat, dívka dosáhne důkladného prošetření celého prsu. Prs vyšetřuje za pomoci třech prostředních prstů položených vedle sebe, kdy k vyšetření použije prsty ruky z opačné strany těla a paži na straně vyšetřovaného prsu má zvednutou nad hlavou. Po vyšetření prsu je důležité prošetřit bradavku, kterou dívka zmáčkne a tím odhalí případný výtok. Náležitá pozornost se rovněž věnuje okolí prsu kolem klíční kosti a podpaží, které k samovyšetření také patří (Skovajsková, 2014a; Skovajsková, 2014b, Mamma HELP, 2014).

1.3 Dospívání

Dospívání je obdobím mezi 11 až 22 rokem života. U jedince probíhají změny biologické a psychické, které ovlivňují jeho vzhled a chování. Charakteristickou je emoční labilita a pozvolný nástup dospělého myšlení. Dospívání dělíme na období pubescence a období adolescence. Další členění dělí období pubescence, které probíhá od 11 let do věku zhruba 15 let, na období prepubescence a vlastní pubertu. Pro pubescenci je typický objev prvních známek pohlavního dospívání, zrychlení tělesného růstu a jeho vrcholem je dosažení pohlavní zralosti. Druhé období, adolescence, probíhá od 15 do 20 či 22 let. Je charakteristické změnou sebepojetí jedince, proměnlivostí jeho postavení ve společnosti a prohloubením erotických vztahů.

V posledních 100 letech se nástup dospívání urychlil. Tento trend označujeme jako sekulární akceleraci (Langmeier, 2006).

Dospívání začíná při snížení citlivosti hypotalamu na negativní zpětnou vazbu estrogenů. Zpětná vazba v dětství způsobuje, že i minimální množství estrogenů, které se tvoří v nadledvinkách, postačí k útlumu tvorby gonadoliberinu. Pokles funkčnosti zpětné vazby způsobí, že se začnou v těle dospívající dívky tvořit gonadoliberiny a ty spustí v hypofýze tvorbu gonadotropinů. Gonadotropní hormony jsou látky, které uvádějí do činnosti pohlavní žlázy. Díky jejich působení začnou růst folikuly a tvořit se další estrogeny. Vzestup hladiny estrogenů spustí menstruační cyklus, který nemusí být pravidelný a nemusí se ani jednat o ovulační cykly. Ustálení hypotalamo-hypofyzární osy na standardní úrovni trvá přibližně další 2 roky. Spouštěčem této změny je pravděpodobně změna v podílu tělesného tuku (Machová, 2002; Roztočil, 2011).

Nástup dospívání u některých dívek přichází v nesprávný čas. Předčasná puberta znamená rozvoj jakéhokoliv sekundárního pohlavního znaku před 8. rokem života. Opožděná puberta je typická chyběním první menstruace po 15. roce života dívky. Podle toho, zda má tato dívka rozvinuté sekundární pohlavní znaky, dělíme opožděnou pubertu na další skupiny. Vrozená vada rodidel způsobuje chybění menstruace, ale dívka má vyvinuté sekundární pohlavní znaky. Pokud sekundární pohlavní znaky nejsou vyvinuté a dívka nemá menstruaci, jedná se o hypoestrinní poruchu. Pokud dívka jeví známky sekundárních mužských znaků a nemá menstruaci, jedná se o hyperandrogenní syndrom (Sák, 2010).

1.3.1 Tělesné změny v dospívání

Tělesné změny probíhající u dívek v období dospívání jsou reakcí jejich organismu na změny hladin hormonů. U dívek se začnou vyvíjet sekundární pohlavní znaky, jejich nadledviny a vaječníky postupně dozrávají a dosahují plné funkčnosti. Vývoj kostry a svaloviny je zastaven a ustaluje se na dospělém stavu. Změní se také rozložení tukové

tkáně, čímž se mění konfigurace postavy z dětské na dospělé (Machová, 2002; Šulová, 2011).

Intenzivní tělesný růst, jinak také označovaný jako akcelerace růstu či růstový spurt, startuje přibližně ve stejnou dobu jako první známky pohlavního dozrávání. Je způsoben růstovým hormonem. Růstová akcelerace vrcholí přibližně 2 roky po jejím začátku a teprve zhruba za další rok vrcholí také pohlavní zralost, která se projeví u dívek prvním menstruačním krvácením. Intenzivní růst v dospívání klade vysoké nároky na přísun živin, především minerálů, vitamínů a někdy i bílkovin (Machová, 2002).

Sekundární pohlavní znaky se vyvíjejí souběžně s nástupem růstového spurtu. U dívek se jedná o počátek růstu ochlupení v oblasti zevního genitálu, také v podpaží a dále o počátek růstu prsou. Vývoj sekundárních pohlavních znaků popsal Tanner a rozdělil podle něj pubertální vývoj do 5 stádií. Popis těchto stádií je v Příloze 4 a Příloze 5. Po sjednocení Tannerových Stádií vývoje vznikne schéma dle Jannera, které je zobrazeno v Příloze 6 (Machová, 2002; Šulová, 2011).

1.3.2 Psychické změny v dospívání

Základem emočního a socializačního vývoje je nutnost odpoutání se od rodičů. Během dospívání dochází často k rozporům a konfliktům mezi dospívajícím a rodiči. Dospívající se dostává do častých sporů nejen s rodiči, ale se všemi autoritami, což vychází ze základního předpokladu dospívání, kterým je vytvoření vlastní identity. Vzhledem ke změnám nálad způsobeným emoční nestabilitou a jednání, které řídí impulzivita dospívajícího, je tato skutečnost předvídatelná. Dospívající své rodiče kritizuje a hledá v nich viníky všech sporů. Někdy jsou skutečně odpovědní rodiče, kteří nechtějí vývoj a osamostatnění se dítěte připustit. V jiných případech naopak rodiče po dospívajícím vyžadují předčasnou vyspělost, které v jisté chvíli ještě není schopen. Daleko problematičtější situace nastává, pokud se jedinec ze strachu před ztrátou rodičovské lásky a ochrany uzavře do sebe a přestane komunikovat. Přestože dochází velice často v rodinách s pubertálním jednatelcem ke konfliktům,

základní hodnoty a morální postoje si dospívající nese ze své primární rodiny (Langmeier, 2006; Thorová, 2015).

Dochází k postupnému rozvoji v navazování vztahů k vrstevníkům obojího pohlaví. Jedná se o proces o několika fázích, který je individuální a ovlivněný osobností dospívajícího. Fáze navazování vztahů jsou izosexuální skupinová, s jedinci stejného pohlaví, izosexuální individuální, s jedincem stejného pohlaví čili intenzivní párové přátelství, a heterosexuální polygammí (Langmeier, 2006).

Další změnou prochází sebepojetí. Základem tvorby sebepojetí je hledání a utváření vlastní identity. Jedná se o dlouhý proces, během kterého jedinec musí najít odpověď na mnoho otázek typu „Kdo jsem?“, „Kam patřím?“ či „Kam v životě směřuji?“. Identitu tedy chápeme jako prožívání a uvědomování si sebe sama, své jedinečnosti a odlišnosti od ostatních. Dospívající musí poznat své možnosti a meze, přijmout svou osobitost i se všemi omezeními a nedostatky, které má. Hledání vlastní identity je spojeno také s aktivní experimentací a aktivním sebeutvářením (Langmeier, 2006; Vágnerová, 2010).

1.3.3 Sexualita

Sexualita v období dospívání je fenoménem biologickým, psychosociálním, morálním a etickým. Zahrnuje v sobě mnohem více než jen sex, který je jejím tělesným projevem a zároveň vyvrcholením. Má souvislost se sebepojetím jedince a k jeho vztahům s ostatními členy společnosti a především s intimním partnerem. Fyziologický vývoj sexuality v období dospívání je podstatný pro její zralou úroveň a k normálnímu fungování v dospělosti (Machová, 2002).

Rozvoj sexuality počíná již v časných vývojových stádiích dítěte. V dospívání dochází ke zvýšení frekvence a k diferenciaci sexuálních aktivit, protože sexuální pud je závislý na hormonálních hladinách. Sexualita není ovšem ovlivňována jen hormonálními hladinami, ale i výchovou, kulturními tradicemi a také faktem, zda dítě přišlo na svět jako chtěné a očekávané, nebo naopak. Počátky rozvoje sexuality jsou zakotveny v autoerotických neboli masturbačních technikách, kdy si jedinec

uspokojuje svůj sexuální pud sám. Fáze heterosexuálního styku, které počínají polibkem a jejichž vrcholem je pohlavní styk, se začínají objevovat u dospívajících jedinců mezi 14 až 16 lety. Věk prvního pohlavního styku bývá řazen do věkového rozmezí 17 až 18 let. V tomto věku je jedinec k pohlavnímu styku biologicky připraven, ale v naší kultuře nedosahuje sociálních jistot (Langmeier, 2006; Vrublová, 2004).

Dochází k rozvoji sexuální identity, reaktivity a preference. Sexuální identitou, někdy také označovanou jako genderová příslušnost, chápeme pocit příslušnosti k určitému pohlaví. Základem nejsou pouze vrozené determinanty, které jedince určují jako dívku, ale také pocity vnímání sebe sama jako dívky. Jedná se tedy o subjektivně vnímaný pocit sounáležitosti mezi biologickým pohlavím a pocitem příslušnosti k pohlaví. Vymezování sexuální identity může u některých jedinců způsobovat značné problémy. Mezi nejkrajnější poruchy tohoto typu patří transsexualita, kdy je jedinec pocitově věznem vlastního těla a trvale usiluje o změnu. Sexuální preferencí rozumíme mechanismus, za pomoci kterého jedinec dosahuje sexuálního uspokojení, a také to, jaký objekt ho sexuálně přitahuje. Sexuální preferenci lze tedy označit za sexuální orientaci a rozlišujeme jedince heterosexuální, homosexuální a bisexuální (Šulová, 2011; Vigué, 2006).

V období dospívání se poprvé objevuje stud, který podstatně ovlivňuje další vývoj sexuality. Objevuje se patrně jako metoda přirozené bariéry, která má zabránit kontaktu mezi pohlavími v období, kdy na to jedinci nejsou fyzicky ani duševně připraveni. Je potřeba stud respektovat, aby nedošlo k psychické újmě dospívajícího. Po plném rozvinutí sekundárních pohlavních znaků stud přirozeně vymizí (Machová, 2002).

Mezi etické základy sexuality patří skutečnosti, které se váží k základním etickým a morálním pravidlům, ale mají ovšem vztah k pohlavnímu styku a intimnímu partnerství. Základem je uvědomění si, že by nikdo neměl využívat druhou osobu k sobeckému uspokojování sebe sama. Psychický nátlak a agrese v oblasti sexuality, stejně jako v ostatních oblastech, porušují osobní svobodu jedince. Zdůrazněna by měla být partnerská věrnost, kterou většina společnosti hodnotí kladně oproti náhodnému sexuálnímu kontaktu. Je potřeba aby se škola, rodiče a zdravotníci podíleli na uvědomění si mladistvých, nakolik se v pornografii vyskytuje dehumanizace,

kteřá degraduje všechny, kdo v těchto materiálech vystupují. Zároveň je podstatné zdůraznit rovnocennou sexuální morálku žen a mužů a podílet se na změně pohledu na tradiční sexuální role (Vránová, 2010).

1.3.4 Syndrom rizikového chování dospívajících

Pro dospívající je charakteristický sklon experimentovat, a to především s tím, co je zakázáno. Tuto tendenci označujeme jako syndrom rizikového chování, který musí být přechodný a nesmí jedince ohrožovat. Dospívající nejčastěji hazardují s návykovými látkami, utíkají z domova nebo se podílejí na krádežích. Experimentace se týká také oblasti sexuální, a to především předčasného zahájení sexuálního života či sexuální promiskuity. Dospívající za pomoci rebelie a revolty uspokojují své základní potřeby. Rizikové chování přináší jedinci zřejmě určitou kompenzaci za něco, čeho má podle svého názoru v životě nedostatek. Při řešení určitého chování konkrétního dospívajícího by tedy měl být brán zřetel na osobní problémy, které danému chování předcházely (Machová, 2002).

Příčin rizikového chování je několik a mohou vycházet z primární rodiny nebo z problematiky vlastního dospívání. Jako spouštěč může působit zneužívání či zanedbávání v dětství, ztráta rodiče, malá sebedůvěra či sebeúcta nebo těhotenství a rodičovství v dospívání a mnoho dalších. Syndrom rizikového chování se rozvine, pokud převáží rizikové faktory nad těmi protektivními. Za ochranné faktory považujeme dobré vztahy v rodině, podporu sebeúcty a sebedůvěry, dobrou perspektivu a vyhlídky do budoucnosti a normální vztahy s vrstevníky (Machová, 2002).

Rizikové chování se projevuje také v oblasti sexuální. Za ohrožující považujeme pohlavní styk s více partnery, s partnerem trpícím pohlavně přenosnou chorobou, s neznámým partnerem bez použití náležité ochrany, užívání alkoholu a drog ve společnosti lidí sexuálně promiskuitních, sexuální kontakt s partnerem, který je uživatelem nitrožilně aplikovaných návykových látek. Za bezpečné lze v sexuální oblasti považovat sexuální abstinenci, která není pro většinu populace akceptovatelná,

praktikování monogamního vztahu, kdy intimního partnera známe a máme jistotu, že netrpí pohlavně přenosnou chorobou, a používání antikoncepce (Vigué, 2006).

Prevence syndromu rizikového chování se dělí na primární a sekundární. Základem primární prevence je rodina, která dospívajícího zná nejlépe. Součástí sekundární prevence je včasné vyhledávání a rozpoznávání symptomů a jejich řešení. V takovém případě je ideální situací získání spolupráce dospívajícího pro léčbu a konzultace s odborníky (Machová, 2002).

1.3.5 Antikoncepce

Antikoncepce je nejvyužívanějším a nejspolehlivějším prostředkem negativního plánování rodičovství. Jako negativní plánování rodičovství označujeme všechny snahy páru při pohlavním styku nepočít potomka a antikoncepcí neboli kontracepcí označujeme všechny metody, které zabraňují nechtěnému těhotenství. Dostupnost antikoncepce v příslušné společnosti je ukazatelem její vyspělosti (Fait, 2012; Urbanová, 2010).

Antikoncepci můžeme rozdělit na reverzibilní a ireverzibilní. Ireverzibilní antikoncepce u dospívajících dívek připadá v úvahu pouze, pokud by se jednalo o dívku, kterou by případné těhotenství ohrožovalo na životě. V České republice je přípustné podstoupit sterilizaci, čili metodu ireverzibilní antikoncepce, ze zdravotních důvodů občanům starším 18 let a na přání občanům starším 21 let. Dále dělíme antikoncepci podle toho, kdo převažuje v jejím užívání, na antikoncepci mužskou a ženskou (Barták, 2006; ČR, 2015a; Fait, 2012).

Účinnost antikoncepce hodnotíme tzv. Pearlovým indexem, který označuje počet žen ze 100 sledovaných, které otěhotněly při užívání dané metody po dobu jednoho roku (Fait, 2012).

Přirozené metody antikoncepce nejsou spolehlivé a charakterizuje je relativně vysoké Pearlovo číslo. Například u metody Knausa Ogina, tedy výpočtu plodných a neplodných dní, se pohybuje v rozmezí 14 až 35. Měření bazální teploty většinou ženy a dívky sledují příchod ovulace, kdy teplota v době před ovulací stoupá.

Další možností přirozené obrany před otěhotněním je přerušovaná soulož. Tato metoda vyžaduje velkou míru sebekontroly především ze strany intimního partnera a Pearlův index se pohybuje mezi 8 až 38 (Barták, 2006; Fait, 2012).

Ženská antikoncepce bariérová, která dívku zároveň chrání před nákazou pohlavní chorobou, není v naší společnosti příliš užívaná. Nejčastěji se za účelem antikoncepčním a zároveň protektivním před STD užívá mužský typ bariérové antikoncepce – kondom. Kondom neboli prezervativ se nasazuje na penis před pohlavním stykem a po ejakulaci se snímá. Pearlův index kondomu je 14. Jeho používání vyžaduje spolupráci partnerů, přerušování sexuálního aktu a snižuje citlivost pohlavního styku (Fait, 2012; Urbanová, 2010).

Hormonální antikoncepce funguje na principu zásahu ideálního rovnovážného fungování hypotalamo-hypofyzární osy. Antikoncepční účinek hormonální kontracepce je komplexní a uplatňuje se na několika úrovních, například způsobuje narušení ovulace, zvyšuje viskozitu cervikálního hlenu, ovlivňuje endometrium a mění pohyblivost řasinek vejcovodů. Většina těchto přípravků je účinná pouze po dobu jejich aplikace. Hormonální antikoncepce se dělí na několik typů. Kombinovaná hormonální antikoncepce je složena z estrogenů a progestinu. Její účinek je především v narušení ovulace a porušení hybnosti řasinek vejcovodů. Absolutní kontraindikací kombinované antikoncepce je výskyt hormonálně dependentního nádoru, tromboembolická nemoc, onemocnění jater, výskyt migrén s aурou a kouření u žen nad 35 let. Dalším typem je progesteronová hormonální antikoncepce, která ovlivňuje ovulaci, zvyšuje viskozitu hlenu v děložním hrdle a mění endometrium a pohyblivost řasinek vejcovodů. Progesteronová antikoncepce nemá žádnou absolutní kontraindikaci. Variantou poslední pomoci je postkoitální antikoncepce, která se využívá pouze v případě, že selžou všechny jiné metody antikoncepce (Fait, 2012; Křepelka, 2013).

V rámci vzdělávání o antikoncepci nejde jen o dosažení změny vědomostí posluchačů, ale také o přeměnu jejich postojů a nezbytně také dovedností. Nelze jen přednášet o metodách antikoncepce, ale také je nutné mluvit o tom, jak správně komunikovat s partnerem o jejich využití nebo jak umět odmítnout nechráněný pohlavní styk. V rámci dovedností jde například o správnou manipulaci s kondomem,

aby nedošlo k jeho případnému poškození. Porodní asistentka musí být pozitivně naladěna, aby dokázala posluchačky zaujmout a vzbudit u dospívajících o danou problematiku zájem. Cílem není strašit, ale seznámit dívky s možnostmi, jak plánovat své vlastní rodičovství, a tedy přivést dítě na svět jako chtěné a milované v době, kdy budou nejen biologicky, ale především psychicky a sociálně připraveny (Fait, 2010).

1.4 Edukace porodní asistentkou

Edukace je procesem nezbytným k předávání informací, vědomostí a dovedností. Můžeme ji chápat jako jednorázové předání informace nebo jako připravený, dlouhodobější a dobře realizovaný proces. Cílem edukátora je v ideálním případě změna edukantových vědomostí, dovedností, postojů, návyků či hodnotové orientace. Edukaci dělíme na primární, sekundární a terciární. Primární se zaměřuje na zdravé jedince, sekundární na jedince nemocné a terciární na jedince nemocné, kteří mají díky onemocnění trvalé a nezvratné následky. V rámci výchovy obecně, speciálně vztaženo na výchovu k reprodukčnímu zdraví, by ideálním případem bylo, pokud by byla nejefektivnější edukace primární. Jestliže by totiž dosahovala stanovených cílů, nemuselo by dále docházet k edukaci sekundární ani terciární. Stejně jako výchova musí edukace vycházet z potřeb. Edukant sám určuje, zda je schopen ji přijmout, poučit se z ní a v realizaci pokračovat (Šulistová, 2012).

Porodní asistentka má pomáhat jednotlivcům i celým skupinám pečovat o své zdraví a edukace se do této poskytované pomoci zahrnuje také. Edukační proces má stejné fáze jako proces ošetřovatelský, ale účel a cíle jsou odlišné. Cílem ošetřovatelského procesu je uspokojení tělesných a psychosociálních potřeb klienta. Cíle edukačního procesu je naopak dosaženo, pokud dojde ke změně ve vědomostech, dovednostech či postojích edukanta. Fáze edukačního i ošetřovatelského procesu jsou zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Při realizaci edukačního procesu stejně jako ošetřovatelského je potřeba za každých okolností respektovat individualitu klienta (Nemcová, 2010; Tóthová, 2009).

Metody edukace se dělí na metody slovní, názorně demonstrační a dovednostně praktické. Využívané metody ve výchově k reprodukčnímu zdraví, ke které je kompetentní porodní asistentka, jsou přednáška, inscenace, metoda problémová, kdy základem je rozhodovací proces mezi různými alternativami, či metoda dialogu a mnoho dalších (Šulistová, 2012; Vránová, 2010).

Edukační prostředí je místem, ve kterém se uskutečňuje a odehrává edukační proces. Je charakteristické svými vnějšími a vnitřními podmínkami. Vnější podmínky jsou dány ekonomickým, sociokulturním, demografickým a etnickým prostředím. Vnitřní podmínky se dají rozdělit na psychosociální a fyzikální. Fyzikální podmínky charakterizují prostor, osvětlení, ovzduší atd. Psychosociální podmínky se dělí na statické, které charakterizují učební klima, jenž zdůrazňuje trvalejší psychosociální vztahy mezi účastníky edukace, a proměnlivé, které charakterizují učební atmosféru a její vlivy na komunikaci v rámci edukačního procesu (Šulistová, 2012).

V rámci edukace v oblasti reprodukčního zdraví je vhodné klidné, prosvětlené edukační prostředí, které může být i v rámci školní třídy. Edukanti by se měli cítit pohodlně a edukátor by měl působit uvolněným a z části sebejistým dojmem. V období dospívání je potřeba o některých tématech výchovy k reprodukčnímu zdraví edukovat oddělené skupiny dospívajících podle pohlaví, například edukovat skupinu stejně starých dívek o menstruačním cyklu (Šulistová, 2012).

1.4.1 Výchova k reprodukčnímu zdraví

Výchova k reprodukčnímu zdraví má v moderní době tendence soustředit se formou sexuální pedagogiky na děti již na základních školách. Argumenty, že edukace v této oblasti vzbudí u mládeže nezdravý zájem o předčasný sexuální kontakt, nemají šanci na úspěch. Naopak u mládeže, která je poučená, je prokázán pokles rizikového chování. Vzdělaná mládež je zodpovědnější v oblasti sexuality, používá častěji antikoncepci, chrání se před pohlavně přenosnými chorobami a pohlavní život zahajuje později. V rámci výchovy je potřeba získat ke spolupráci dospívající, rodiče, pedagogy a zdravotníky (Vránová, 2010).

Základem výchovy k reprodukčnímu zdraví jsou tři roviny, které se vyvíjejí současně. Rovina citového vztahu se vytváří od narození dítěte v jeho rodině. Citový vztah tvořící se v primární rodině je u jedince základem pro budoucí tvorbu sociálních vztahů. Cílem citového vztahu by mělo být naplnění základní potřeby člověka – potřeby bezpečí a jistoty. Druhou rovinou je rovina vzoru, jejímž poskytovatelem je opět primárně rodina. Ukazuje dítěti základní postoje, jako je například vztah mezi matkou a otcem. Třetí rovinou je rovina vědomostí. Hodnota významu těchto rovin se posunuje s vývojem dítěte. Výchova k reprodukčnímu zdraví by měla být pozitivní a zdůrazňovat dospívajícím kladné aspekty partnerství, zásady reprodukčního zdraví a rodičovství. Individuální vývoj dítěte a jeho zájmy je potřeba respektovat. Edukátor by měl dospívajícím vždy poskytovat informace ověřené a aktuální, které ovšem nesmí zjednodušovat jejich představy. Vždy je podstatné uznávat právo na soukromí a intimitu. Jedním ze základních kritérií úspěšnosti výchovy je stanovit si dosažitelné změny v chování dospívajících, jako například odsun sexuálního startu či snížení počtu intimních partnerů (Machová, 2002).

Cílů výchovy k reprodukčnímu zdraví je mnoho. Jedná se především o výchovu dospívajících k sebekontrolě a odpovědnosti v pohlavní sféře a o jejich přípravu na život v páru. Samozřejmě je součástí také edukace o sexuálně rizikovém chování a pohlavně přenosných chorobách. Edukace o preventivních prohlídkách u gynekologa, hygieně a intimní hygieně, menstruačním cyklu, antikoncepci či samovyšetření prsu je pro dívky velmi důležitá. Zdůrazněno by mělo být především to, že dívky jsou pohlavním životem a jeho předčasným zahájením ohroženy více než chlapci. Informace by porodní asistentka měla doplňovat podle zájmu dospívajících. Porodní asistentka by dále měla vědět, že samotná vědomost a znalost ještě nemusí vést ke změně chování. Lépe než pouze poskytovat dospívajícím informace je u nich docílit změn za podpory dramatizovaného nebo hraného cvičení, při kterém zároveň mohou být posíleny jejich sociální dovednosti (Bašková, 2009; Machová, 2002; Vigué, 2006).

Cílem edukace porodních asistentek v rámci výchovy k reprodukčnímu zdraví by mělo být, aby dospívající pochopili podstatu partnerského vztahu, který by pro ně měl znamenat hluboký a odpovědný emoční vztah, založený na vzájemném dávání

a přijímání. Partner by neměl být brán jako předmět vlastního sexuálního uspokojení, ale jako osoba vhodná k budování vztahu. Výchova k reprodukčnímu zdraví by dospívající rozhodně neměla zastrášovat či jim něco zakazovat nebo přikazovat, ale měla by jim ukazovat cestu k získání sexuálně intimního partnerství. Podstatou takového partnerství je, že jsou si partneři rovni a jsou oba odpovědní sami za sebe stejně jako za druhého v páru. Výchova k reprodukčnímu zdraví vede k vylepšení života a vztahů, a ne jen k poradenství a péči související s plozením dětí či sexuálně přenosnými chorobami (Langmeier, 2006; Machová 2002; WHO, 2015b).

Výchova k reprodukčnímu zdraví je velmi odpovědnou činností. Ideálním cílem porodní asistentky je v takovém případě kvalitní a zdravý život v partnerství či manželství a rodičovství. V takovém vztahu by měla být zahrnuta harmonie sociální, etická, psychická a biologická (Vránová, 2010).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

V bakalářské práci „Reprodukční zdraví u dospívajících dívek“ byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1.: Zmapovat úroveň znalostí o reprodukčním zdraví u studentek gymnázií a středních odborných učilišť.

Cíl 2.: Zjistit, jaké jsou hlavní zdroje informací o reprodukčním zdraví studentek gymnázií a studentek středních odborných učilišť.

Cíl 3.: Porovnat, jak jsou studentky různých středních škol informovány o pohlavně přenosných chorobách.

2.2 Hypotézy

K výše uvedeným cílům byly stanoveny následující hypotézy:

Hypotéza 1.: Studentky gymnázií mají lepší znalosti o reprodukčním zdraví než studentky středních odborných učilišť

Hypotéza 2.: Hlavním zdrojem informací o reprodukčním zdraví studentek gymnázií je odborná literatura.

Hypotéza 3.: Hlavním zdrojem informací o reprodukčním zdraví u studentek středních odborných učilišť je internet.

Hypotéza 4.: Studentky gymnázií mají více informací o pohlavně přenosných chorobách než studentky středních odborných učilišť.

Hypotézy 2. a 3. se vztahují k Cíli 2.

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část byla realizována kvantitativní metodou. Dotazníky vytvořené autorkou práce byly rozdány na dvou gymnáziích a dvou středních odborných učilištích v Jihočeském kraji.

Dotazník, který je k nahlédnutí v Příloze 7, byl anonymní, obsahoval 22 otázek a 6 podotázek. Otázky 1. a 2. byly otázky identifikační. Otázky 3. až 7. se týkaly představ respondentek o reprodukčním zdraví a jejich zdroje informací z této oblasti. Otázka 8. se zaměřila na informace ohledně gynekologických zánětů. Otázka 9. se zabývala gynekologickými prohlídkami a v otázce 10. respondentky zaškrtnuly svou motivaci k návštěvám gynekologa. Otázky 11. a 12. se týkaly antikoncepce. Otázky 13. až 15. se vztahovaly k STD. Otázka 16. se zaměřila na samovyšetření prsů respondentek. Otázky 17. až 19. řešily problematiku rakoviny děložního čípku. Otázky 20. až 22. byly zaměřeny na zájem respondentek o možnosti využití dalších přednášek o reprodukčním zdraví a na představy respondentek o případné realizaci těchto přednášek. V dotazníku se vyskytovaly 2 otázky identifikační, 13 otázek uzavřených, 6 otázek filtračních, 1 otázka polouzavřená a 6 podotázek otevřených. Svou podotázku měly otázky 6., 9., 11., 15., 16. a 17. Otázky v dotazníkovém šetření vycházely z obsahu současného stavu problematiky použitého v teoretickém základu bakalářské práce a zároveň ze stanovených cílů práce. Souhlas s výzkumem vyslovili ředitelé a ředitelka škol a dále bylo za souhlas považováno vyplnění a odevzdání dotazníku respondentkami.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Jako výzkumný soubor byly pro bakalářskou práci vybrány studentky gymnázií a středních odborných učilišť ve věku šestnácti až devatenácti let, které byly

studentkami stanovených středních škol na území Jihočeského kraje. Celkový počet respondentek, jejichž dotazníky byly zpracovány, je 160. Všechny z nich byly před samotným vyplněním seznámeny s účelem dotazníkového šetření. Respondentky byly studentkami čtyř různých škol. Respondentek z řad studentek Gymnázia Pierra de Coubertina v Táboře bylo 53, 28 respondentek studovalo Táborské soukromé gymnázium. 52 respondentek bylo studentkami učebních oborů Střední školy obchodu, služeb a podnikání a Vyšší odborné školy v Českých Budějovicích, 27 respondentek studovalo na Střední odborné škole a Středním odborném učilišti v Hněvkovicích. Celkem tedy porovnávané soubory zahrnují 79 respondentek ze středních odborných učilišť a 81 respondentek z gymnázií.

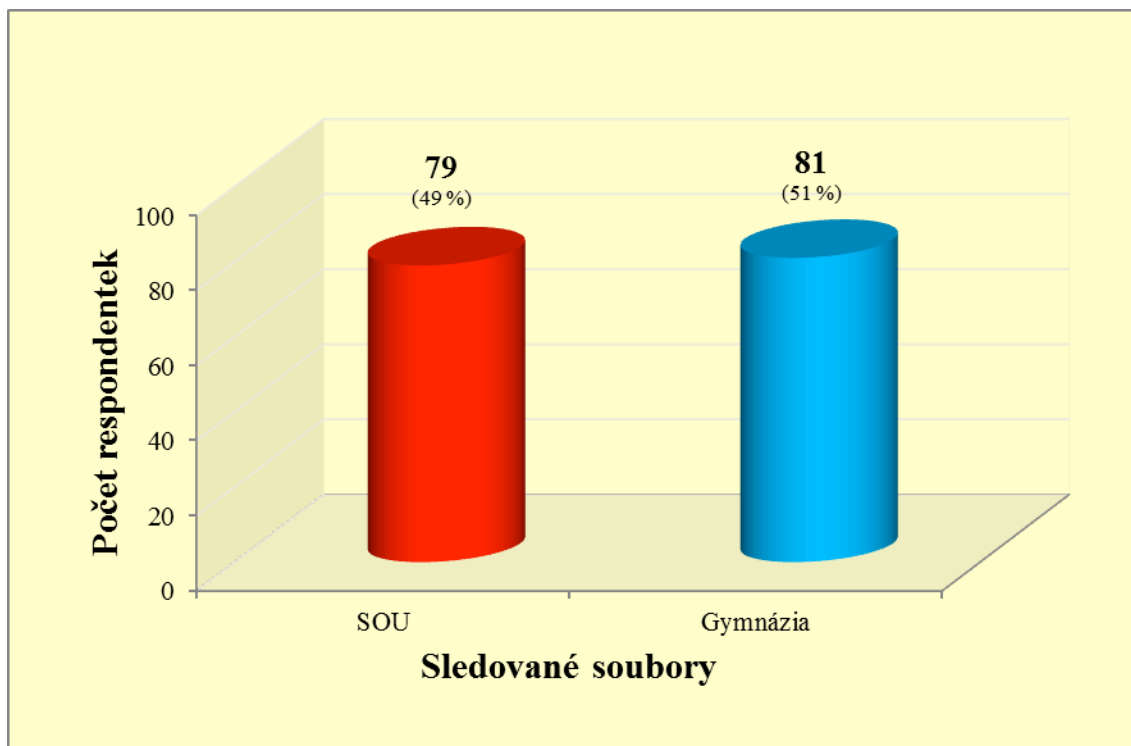
3.3 Sběr a zpracování dat

Dotazníky byly rozdávány v březnu 2015. Celkem bylo rozdáno a vyplněno respondentkami 168 dotazníků, čili návratnost byla 100%. Z vybraných dotazníků nebylo možno zařadit do zpracování 8 dotazníků pro vyšší věk respondentek než je stanovená hranice, proto čítá počet zpracovaných dotazníků 95 % z celkového vybraného počtu. Na gymnáziích byly dotazníky rozdávány osobně autorkou práce. Na středních odborných učilištích byla distribuce dotazníků přenechána vyučujícím na žádost ředitelů příslušných škol. Všechna data, která byla získána z dotazníkového šetření, byla zpracována včetně grafického znázornění za pomoci programu Microsoft Excel 2010. Pro přehlednost byly v grafech použity následující zkratky: Gymnázium Pierra de Coubertina Tábor (GPdC), Táborské soukromé gymnázium (TSG), Střední škola obchodu, služeb a podnikání a Vyšší odborná škola v Českých Budějovicích (SOU ČB), Střední odborná škola a Střední odborné učiliště, Hněvkovice 1 (SOU Hněvkovice). Stanovené hypotézy byly ověřovány za pomoci chí-kvadrát testu, jehož výsledek byl porovnáván s 5% hladinou významnosti.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Grafické výsledky dotazníkového šetření

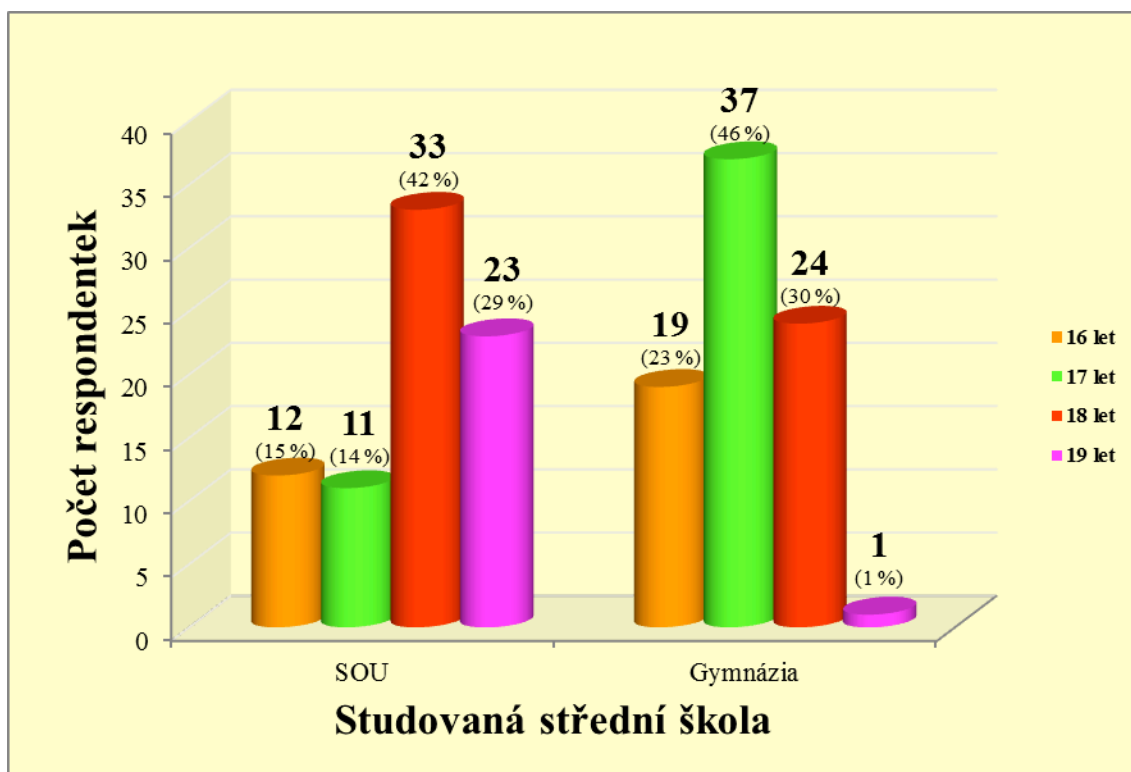
Graf 1 – Počet respondentek



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Celkový počet respondentek 160 (100 %) byl rozdělen do 2 porovnávaných souborů. Výzkumného šetření se zúčastnilo 79 (49 %) studentek SOU a 81 (51 %) studentek gymnázií.

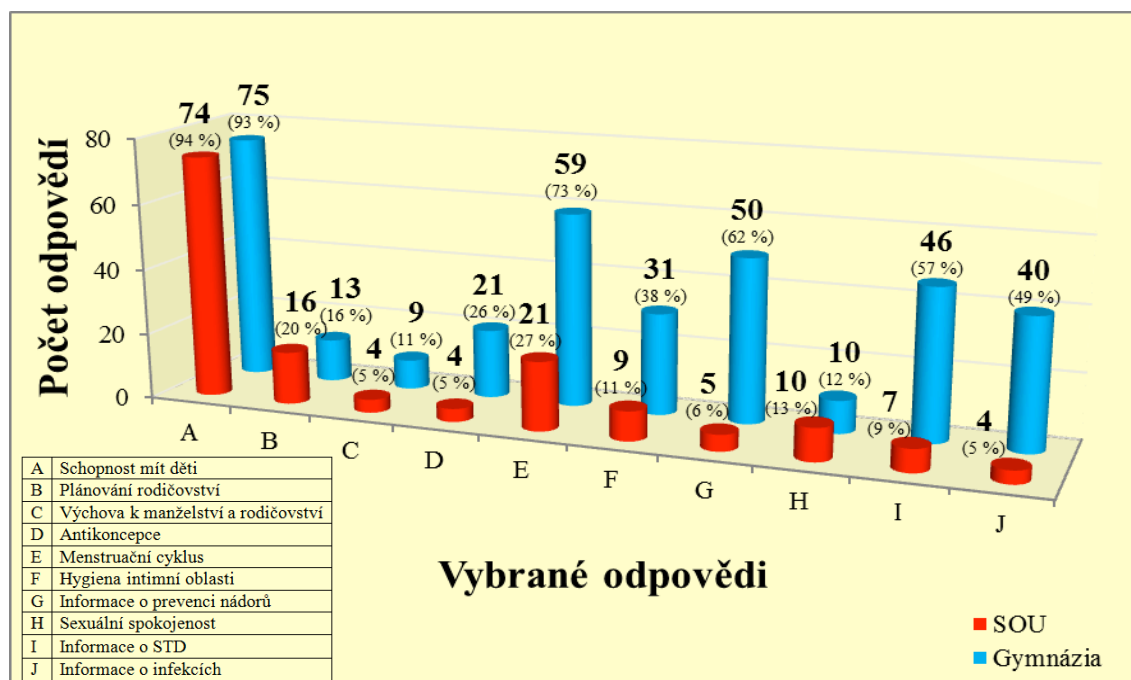
Graf 2 - Věkové kategorie respondentek



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Výzkumu se zúčastnilo 79 (100 %) studentek SOU a 81 (100 %) studentek gymnázií. Zastoupení věkových kategorií u studentek SOU bylo: 16 let – 12 respondentek (15 %), 17 let – 11 respondentek (14 %), 18 let – 33 respondentek (42 %) a 19 let – 23 respondentek (29 %); z gymnázií byly respondentky v zastoupení: 16 let – 19 respondentek (23 %), 17 let – 37 respondentek (46 %), 18 let – 24 respondentek (30 %) a 19 let – 1 respondentka (1 %).

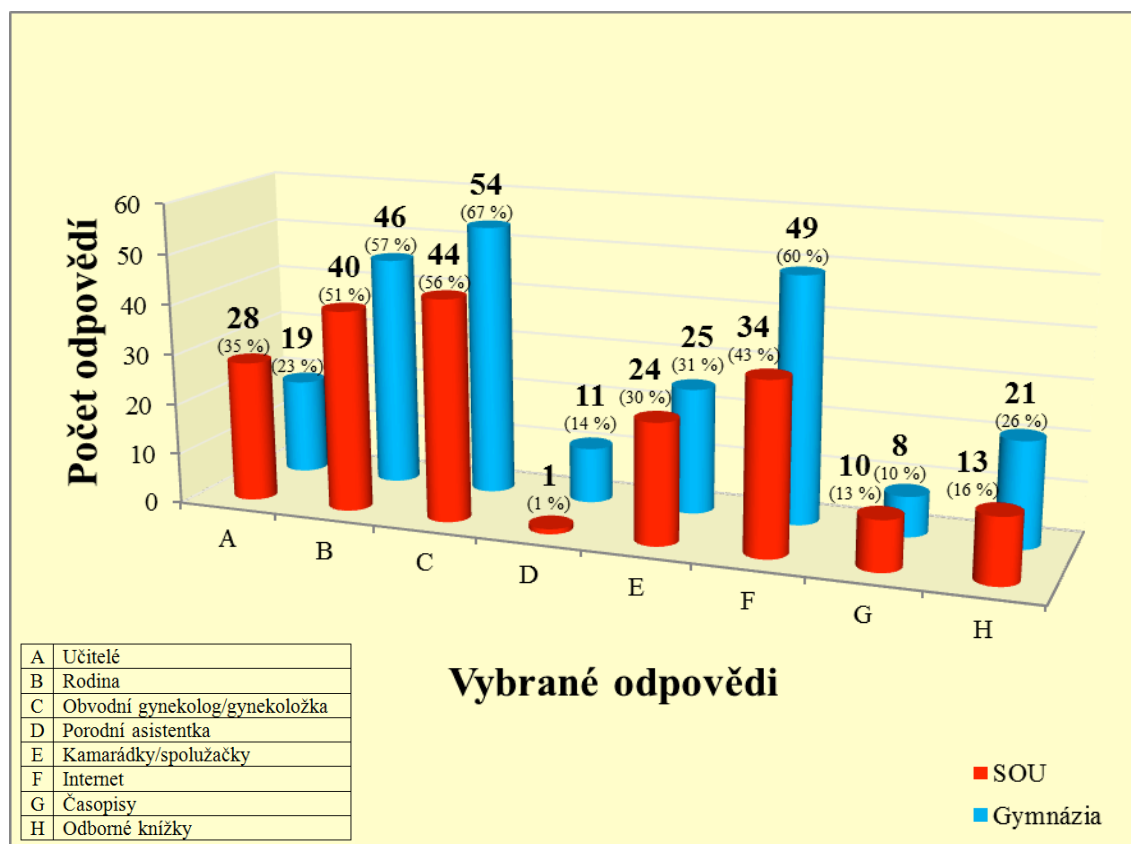
Graf 3 – Pojem reprodukční zdraví



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Celkem odpovídalo 79 (100 %) respondentek ze SOU a 81 (100 %) respondentek z gymnázií, u této otázky mohly respondentky volit více odpovědí. Pod pojmem reprodukční zdraví si představuje „Schopnost mít děti“ 74 (94 %) respondentek ze SOU a 75 (93 %) respondentek z gymnázia; „Plánování rodičovství“ označilo 16 (20 %) respondentek ze SOU a 13 (16 %) respondentek z gymnázií; „Výchovu k manželství a rodičovství“ zaškrtnuly 4 (5 %) respondentky ze SOU a 9 (11 %) respondentek z gymnázií; „Antikoncepci“ vybraly 4 (5 %) studentky SOU a 21 (26 %) studentek gymnázií; „Menstruační cyklus“ označilo 21 (27 %) respondentek ze SOU a 59 (73 %) respondentek z gymnázií; „Hygienu intimní oblasti“ zvolilo 9 (11 %) respondentek ze SOU a 31 (38 %) respondentek z gymnázií; „Informace o prevenci nádorových onemocnění reprodukčních orgánů“ označilo 5 (6 %) respondentek ze SOU a 50 (62 %) respondentek z gymnázií; „Sexuální spokojenost“ zaškrtnulo 10 (13 %) studentek SOU a 10 (12 %) studentek gymnázií; „Informace o STD“ označilo 7 (9 %) respondentek ze SOU a 46 (57 %) respondentek z gymnázií; „Informace o infekcích napadajících pohlavní orgány“ zaškrtnuly 4 (5 %) studentky SOU a 40 (49 %) studentek gymnázií.

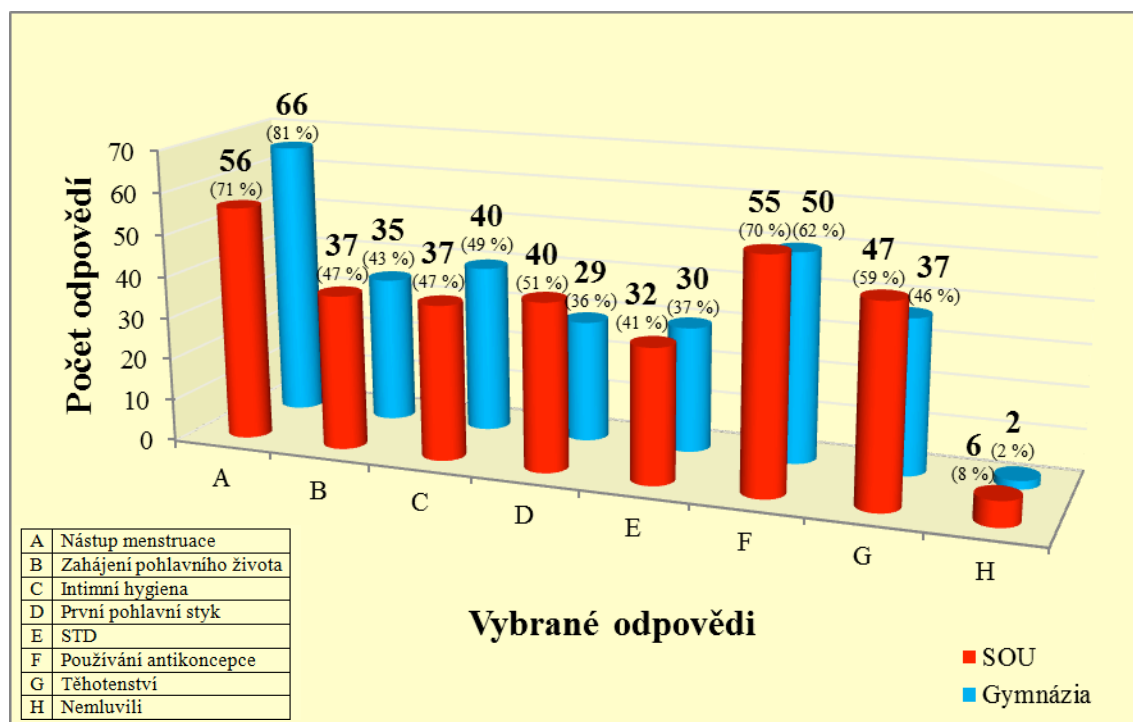
Graf 4 - Zdroj informací o reprodukčním zdraví



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Celkem na tuto otázku odpovídalo 79 (100 %) respondentek ze SOU a 81 (100 %) respondentek z gymnázií a mohly volit více odpovědí. V odpovědích označovaly respondentky svůj zdroj informací o reprodukčním zdraví. Odpověď „Učitelé“ zvolilo 28 (35 %) respondentek ze SOU a 19 (23 %) respondentek z gymnázií; „Rodinu“ volilo 40 (51 %) studentek SOU a 46 (57 %) studentek gymnázií; „Obvodního gynekologa/gynekoložku“ zaškrtnulo 44 (56 %) studentek SOU a 54 (67 %) studentek gymnázií; možnost „Porodní asistentka“ zvolila 1 (1 %) studentka SOU a 11 (14 %) studentek gymnázií; „Kamarádky/spolužačky“ označilo 24 (30 %) respondentek ze SOU a 25 (31 %) respondentek z gymnázií; „Internet“ označilo 34 (43 %) respondentek ze SOU a 49 (60 %) respondentek z gymnázií; „Časopisy“ volilo 10 (13 %) studentek SOU a 8 (10 %) studentek gymnázií; „Odborné knížky“ zaškrtnulo 13 (16 %) respondentek ze SOU a 21 (26 %) respondentek z gymnázií.

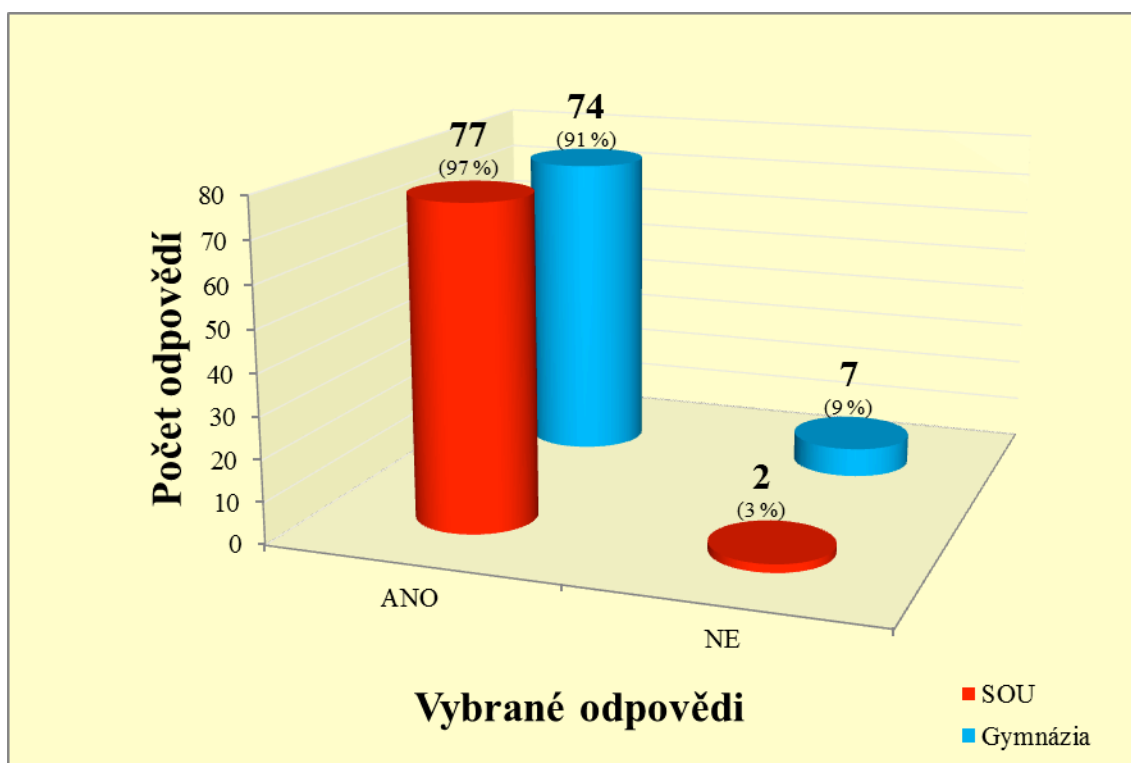
Graf 5 – Komunikace rodičů s jejich dětmi o tématech reprodukčního zdraví



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Na otázku odpovídalo celkem 79 (100 %) studentek SOU a 81 (100 %) studentek gymnázií a respondentky označovaly témata z oblasti reprodukčního zdraví, o kterých s nimi rodiče mluvili. Respondentky mohly volit více odpovědí. „*Nástup menstruace*“ zvolilo 56 (71 %) respondentek ze SOU a 66 (81 %) respondentek z gymnázií; 37 (47 %) respondentek ze SOU a 35 (43 %) respondentek z gymnázií zvolilo odpověď „*Zahájení pohlavního života*“; „*Intimní hygiena*“ zaškrtnulo 37 (47 %) studentek SOU a 40 (49 %) studentek gymnázií; „*První pohlavní styk*“ označilo 40 (51 %) respondentek ze SOU a 29 (36 %) respondentek z gymnázií; 32 (41 %) studentek SOU a 30 (37 %) studentek gymnázií označilo „*STD*“; „*Používání antikoncepce*“ zaškrtnulo 55 (70 %) respondentek ze SOU a 50 (62 %) respondentek z gymnázií; „*Těhotenství*“ označilo 47 (59 %) respondentek ze SOU a 37 (46 %) respondentek z gymnázií; 6 (8 %) respondentek ze SOU a 2 (2 %) respondentky z gymnázií uvedly, že s nimi rodiče o žádném z nabízených témat nemluvili.

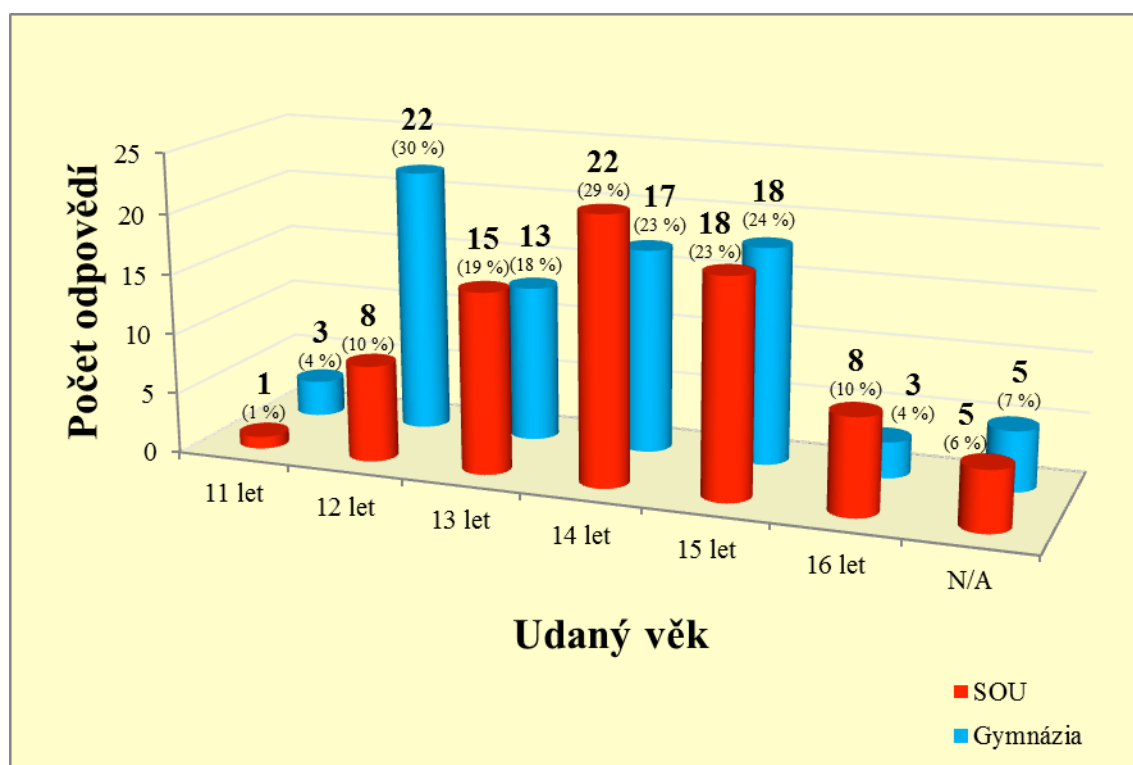
Graf 6 – Přednášky o reprodukčním zdraví



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Celkem na otázku absolvování přednášek o reprodukčním zdraví odpovídalo 79 (100 %) respondentek ze SOU a 81 (100 %) respondentek z gymnázií. Přednášku o reprodukčním zdraví mělo v minulosti 77 (97 %) respondentek ze SOU a 74 (91 %) respondentek z gymnázií; přednášky nikdy neměly 2 (3 %) studentky SOU a 7 (9 %) studentek gymnázií.

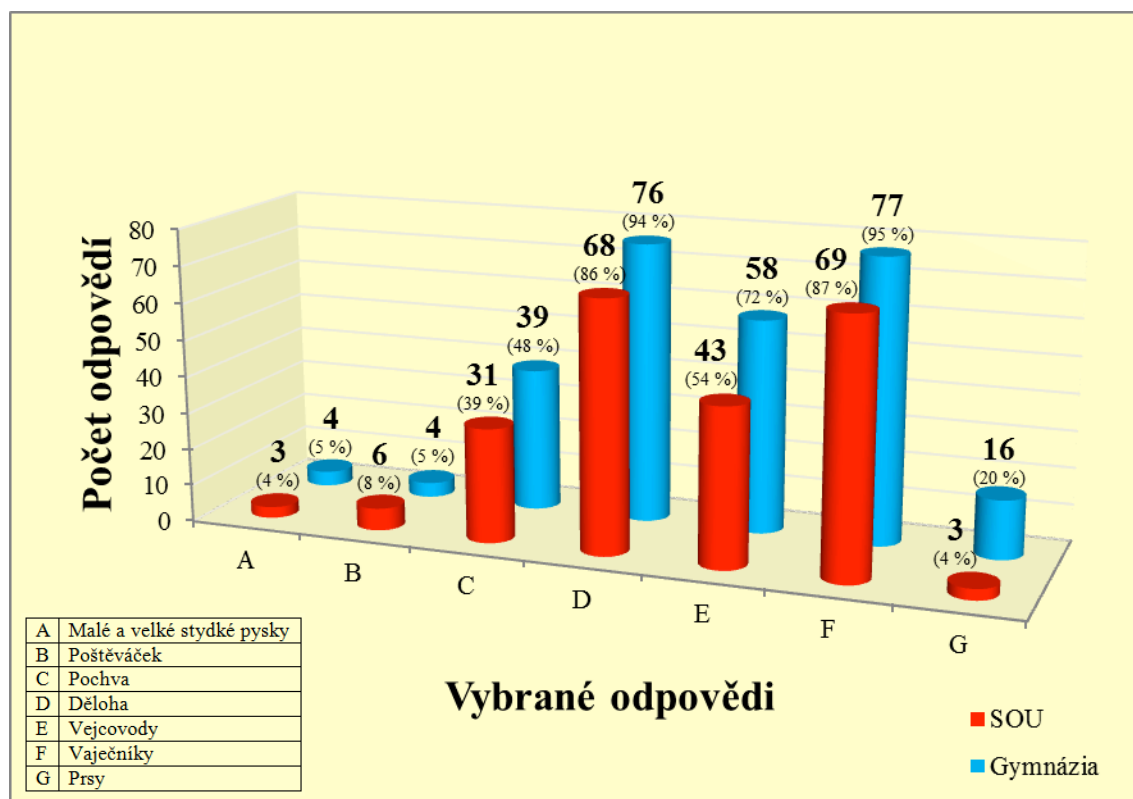
Graf 7 – Přednášky o reprodukčním zdraví - věk



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Graf 7 doplňuje Graf 6. Celkem na podotázku odpovídalo 77 (100 %) respondentek ze SOU a 74 (100 %) respondentek z gymnázií. Respondentky uváděly v podotázce věk, ve kterém absolvovaly přednášky o reprodukčním zdraví. Některé respondentky uváděly více než jednu věkovou skupinu. Přednášky o reprodukčním zdraví ve věku „11 let“ udala 1 (1 %) respondentka ze SOU a 3 (4 %) respondentky z gymnázií; ve věku „12 let“ ji absolvovalo 8 (10 %) respondentek ze SOU a 22 (30 %) respondentek z gymnázií; ve věku „13 let“ bylo přednášeno o reprodukčním zdraví 15 (19 %) respondentkám ze SOU a 13 (18 %) respondentkám z gymnázií; ve věku „14 let“ mělo přednášku 22 (29 %) studentek SOU a 17 (23 %) studentek gymnázií; ve věku „15 let“ ji absolvovalo 18 (23 %) respondentek ze SOU a 18 (24 %) respondentek z gymnázií; variantu „16 let“ uvedlo 8 (10 %) studentek SOU a 3 (4 %) studentky gymnázií; z celkového počtu na podotázku nevedlo odpověď 5 (6 %) studentek SOU a 5 (7 %) studentek gymnázií (kategorie N/A = Nedostupné – Not Available).

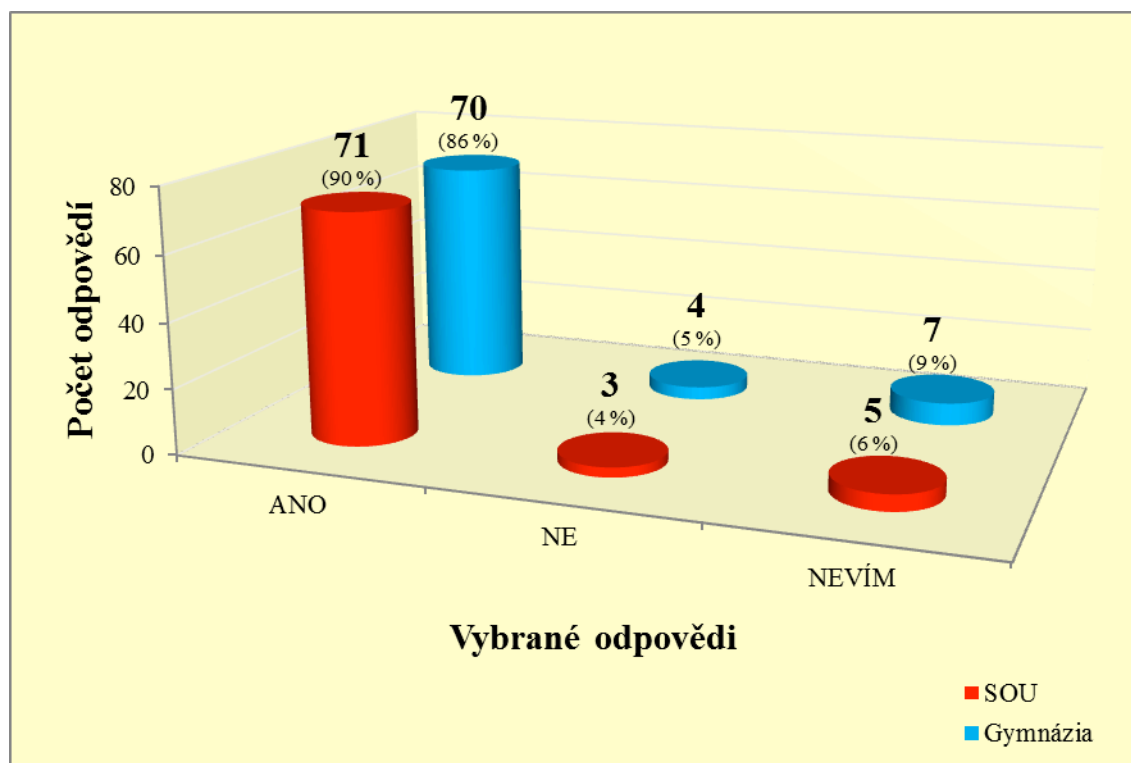
Graf 8 - Orgány reprodukčního systému ženy



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Celkem odpovídalo 79 (100 %) respondentek ze SOU a 81 (100 %) respondentek z gymnázií. Respondentky označovaly orgány reprodukčního systému ženy a mohly vybrat více odpovědí. „*Malé a velké stydké pysky*“ označily 3 (4 %) studentky SOU a 4 (5 %) studentky gymnázií; „*Poštěváček*“ zaškrtnulo 6 (8 %) respondentek ze SOU a 4 (5 %) respondentky z gymnázií; „*Pochvu*“ zvolilo 31 (39 %) respondentek ze SOU a 39 (48 %) respondentek z gymnázií; „*Dělohu*“ označilo 68 (86 %) studentek SOU a 76 (94 %) studentek gymnázií; „*Vejcovody*“ označilo 43 (54 %) respondentek ze SOU a 58 (72 %) respondentek z gymnázií; „*Vaječníky*“ zaškrtnulo 69 (87 %) studentek SOU a 77 (95 %) studentek gymnázií; „*Prsy*“ označily 3 (4 %) respondentky ze SOU a 16 (20 %) respondentek z gymnázií.

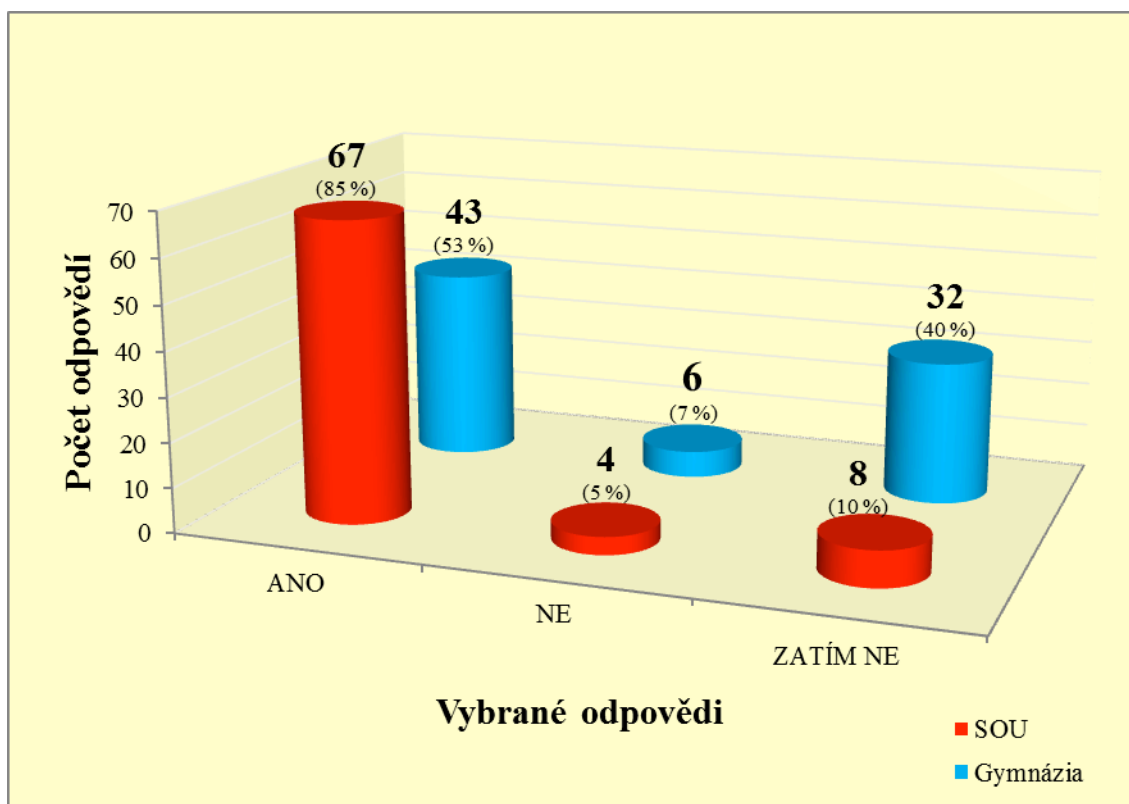
Graf 9 – Návštěva gynekologa při gynekologickém výtoku



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Celkem odpovídalo 79 (100 %) respondentek ze SOU a 81 (100 %) respondentek z gymnázií. Volily odpověď na otázku, zda je vhodné navštívit obvodního gynekologa/gynekoložku při gynekologickém výtoku. Gynekologa/gynekoložku by navštívilo 71 (90 %) studentek SOU a 70 (86 %) studentek gymnázií; gynekologa/gynekoložku by při gynekologickém výtoku nenavštívily 3 (4 %) studentky SOU a 4 (5 %) studentky gymnázií; 5 (6 %) studentek SOU a 7 (9 %) studentek gymnázií neví, zda by při výskytu gynekologického výtoku navštívilo svého obvodního gynekologa/gynekoložku.

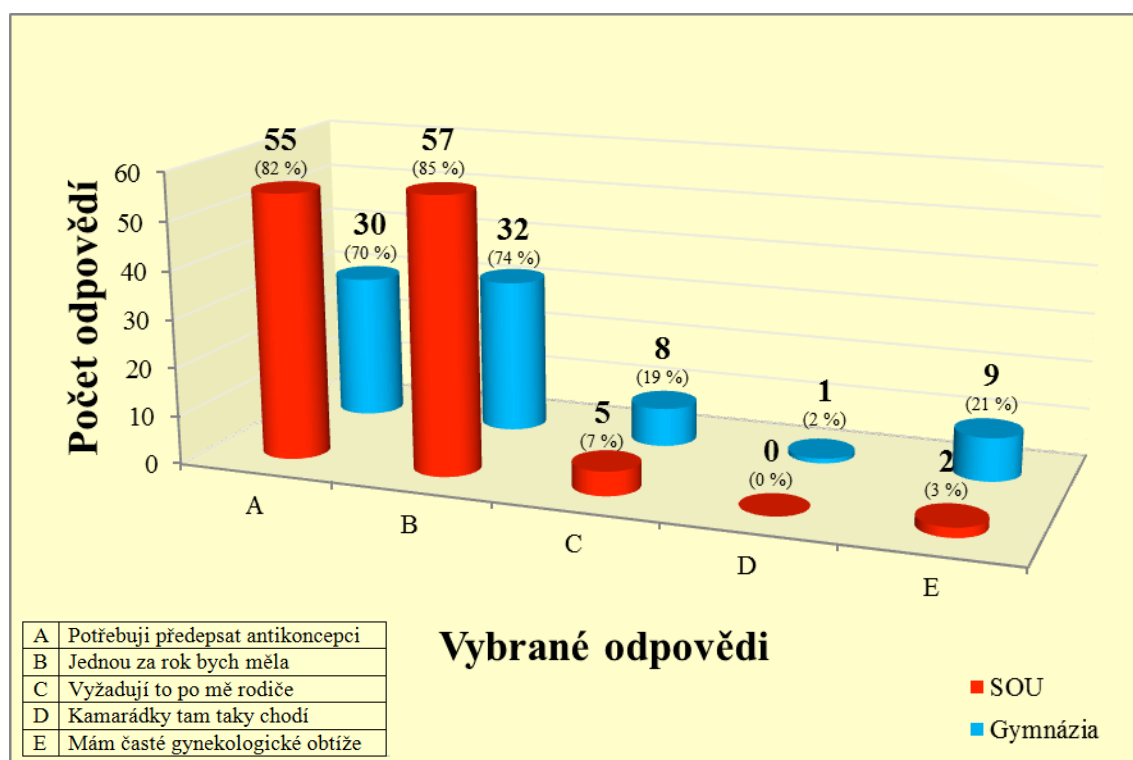
Graf 10 – Docházení na pravidelné gynekologické prohlídky



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Celkem na otázku odpovídalo 79 (100 %) respondentek ze SOU a 81 (100 %) respondentek z gymnázií. Pravidelně na gynekologické prohlídky dochází 67 (85 %) respondentek ze SOU a 43 (53 %) respondentek z gymnázií; na gynekologické prohlídky nedochází 4 (5 %) studentky SOU a 6 (7 %) studentek gymnázií; prozatím ke gynekologovi nedochází 8 (10 %) respondentek ze SOU a 32 (40 %) respondentek z gymnázií.

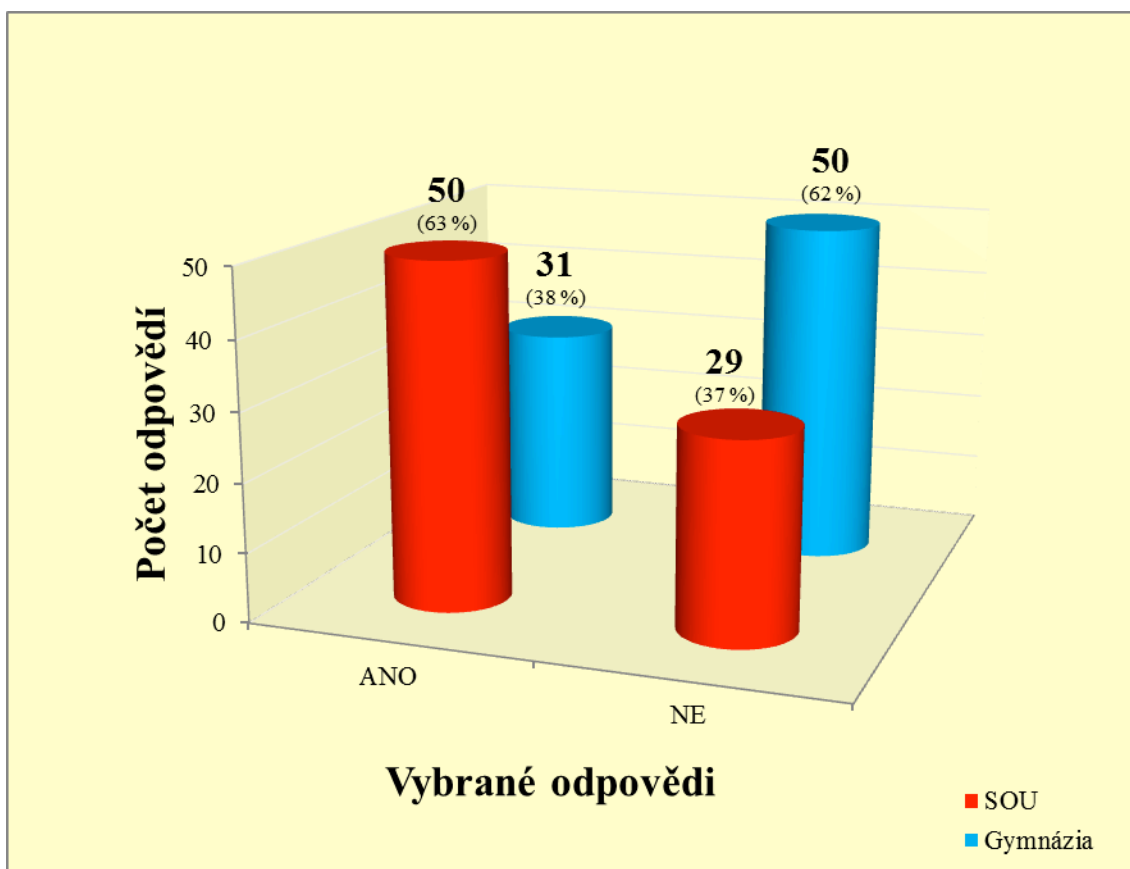
Graf 11 – Důvody gynekologických prohlídek



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Na otázku odpovídalo 67 (100 %) respondentek ze SOU a 43 (100 %) respondentek z gymnázií, které v předchozí otázce uvedly, že pravidelně navštěvují obvodního gynekologa. Respondentky mohly volit více možných odpovědí. 55 (82 %) respondentek ze SOU a 30 (70 %) respondentek z gymnázií uvedlo jako důvod návštěvy obvodního gynekologa „Potřebu předepsat antikoncepci“; odpověď „Jednou za rok bych měla“ označilo 57 (85 %) studentek SOU a 32 (74 %) studentek gymnázií; 5 (7 %) respondentek ze SOU a 8 (19 %) respondentek z gymnázií označilo odpověď „Vyžadují to po mě rodiče“; 1 (2 %) respondentka z gymnázia uvedla, že navštěvuje obvodního gynekologa, protože její „Kamarádky tak taky chodí“; 2 (3 %) respondentky ze SOU a 9 (21 %) respondentek z gymnázií označily jako důvod návštěvy „Časté gynekologické obtíže“.

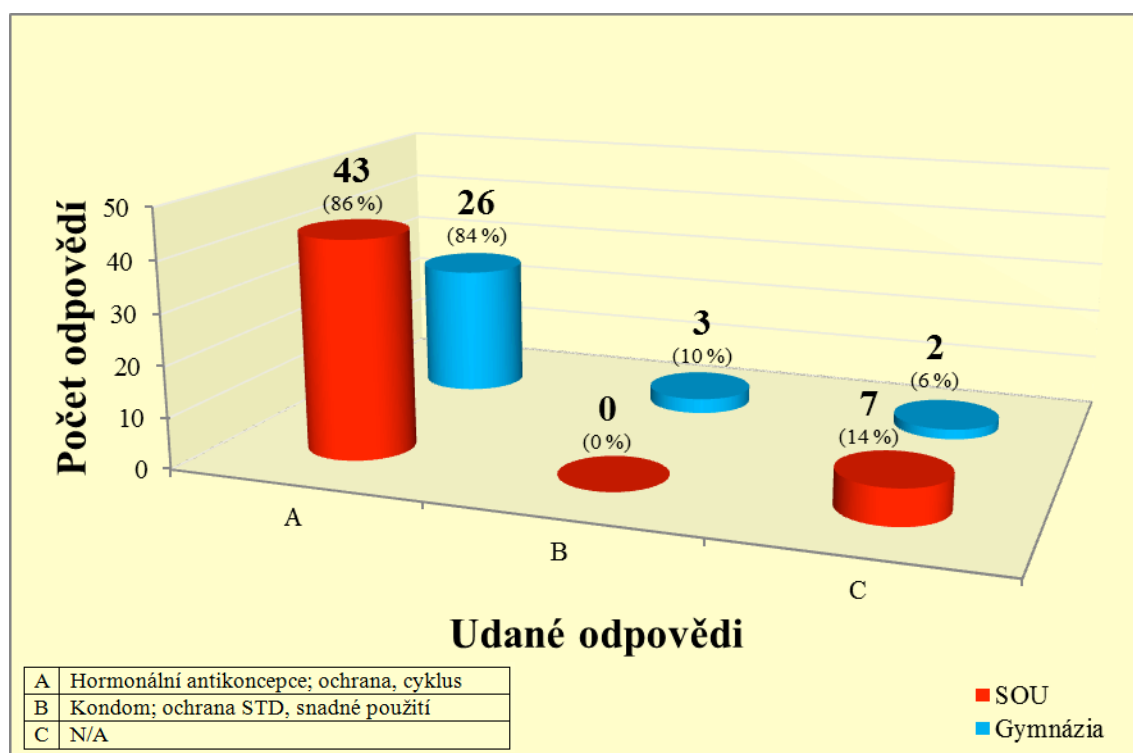
Graf 12 – Užívání antikoncepce



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Celkem na otázku odpovídalo 79 (100 %) respondentek ze SOU a 81 (100 %) respondentek z gymnázií. Z výzkumného souboru užívá antikoncepci 50 (63 %) respondentek ze SOU a 31 (38 %) respondentek z gymnázií; antikoncepci neužívá 29 (37 %) studentek SOU a 50 (62 %) studentek gymnázií.

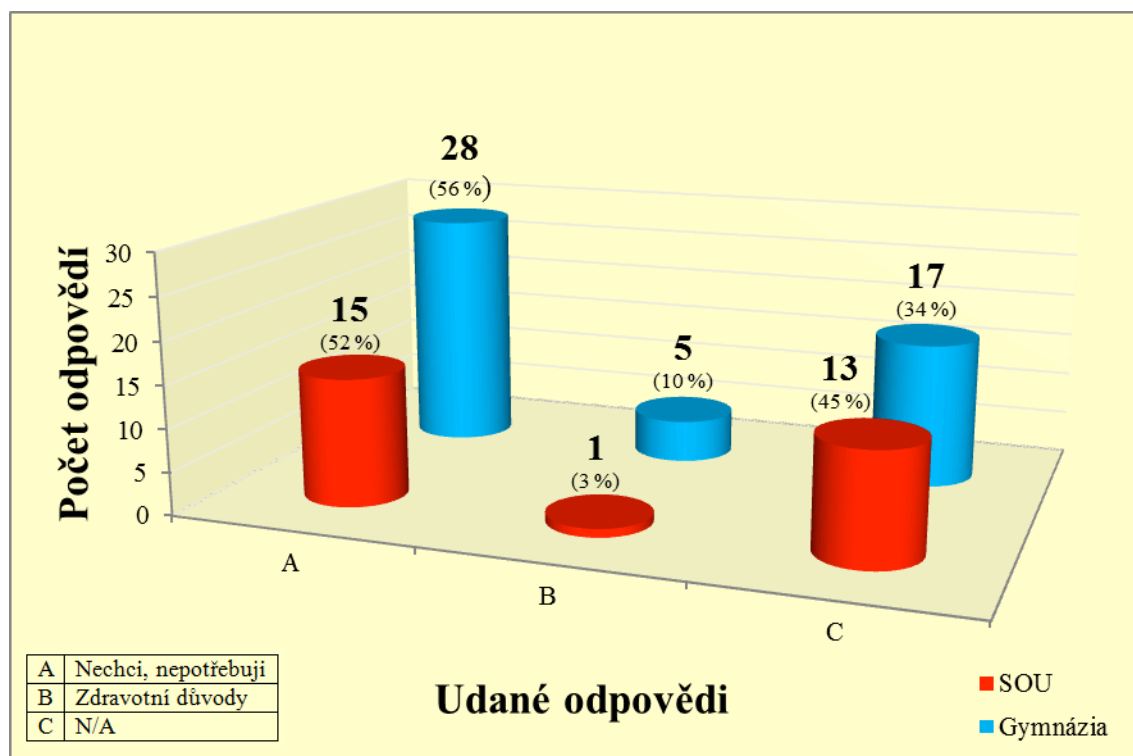
Graf 13 – Druh antikoncepce a důvod užívání



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Graf 13 rozšiřuje Graf 12. Na podotázku odpovídalo celkem 50 (100 %) respondentek ze SOU a 31 (100 %) respondentek z gymnázií. Respondentky uváděly, jaký druh antikoncepce užívají a také důvody, proč zvolily zrovna tuto metodu. „*Hormonální antikoncepci*“ uvedlo 43 (86 %) respondentek ze SOU a 26 (84 %) respondentek z gymnázií, nejčastěji uváděly důvody jako ochrana před otěhotněním a srovnání menstruačního cyklu; 3 (10 %) respondentky z gymnázií udaly „*Kondom*“, který si vybírají nejčastěji jako prostředek ochrany před STD a také pro jeho poměrně snadné použití; na podotázku neodpovědělo celkem 7 (14 %) studentek SOU a 2 (6 %) studentky gymnázií.

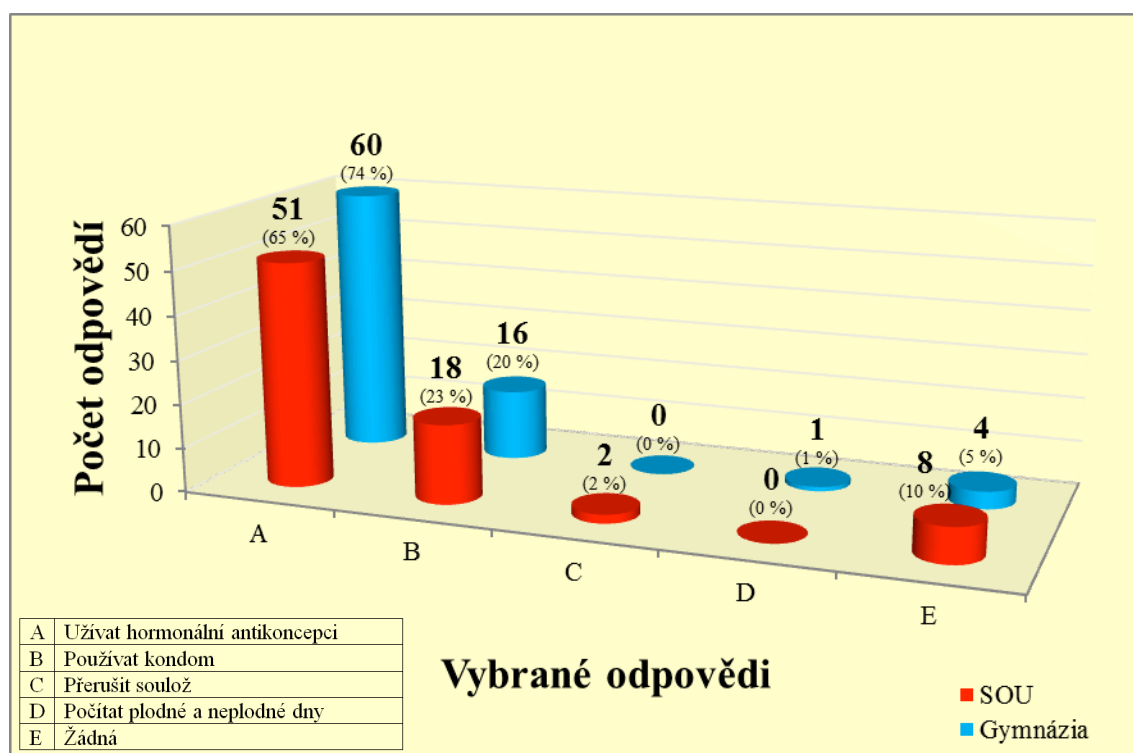
Graf 14 – Důvod nežívání antikoncepce



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Graf 14 rozšiřuje Graf 12. Celkem odpovídalo na podotázku 29 (100 %) respondentek ze SOU a 50 (100 %) respondentek z gymnázií. Respondentky uváděly důvody, proč prozatím nežívají žádný z druhů antikoncepce. 15 (52 %) respondentek ze SOU a 28 (56 %) respondentek z gymnázií uvedlo, že antikoncepci užívat „*Nechtějí nebo nepotřebují*“; 1 (3 %) respondentka ze SOU a 5 (10 %) respondentek z gymnázií udalo „*Zdravotní důvody*“ jako příčinu, proč nežívají antikoncepci; odpověď na podotázku neuvedlo 13 (45 %) studentek SOU a 17 (34 %) studentek gymnázií.

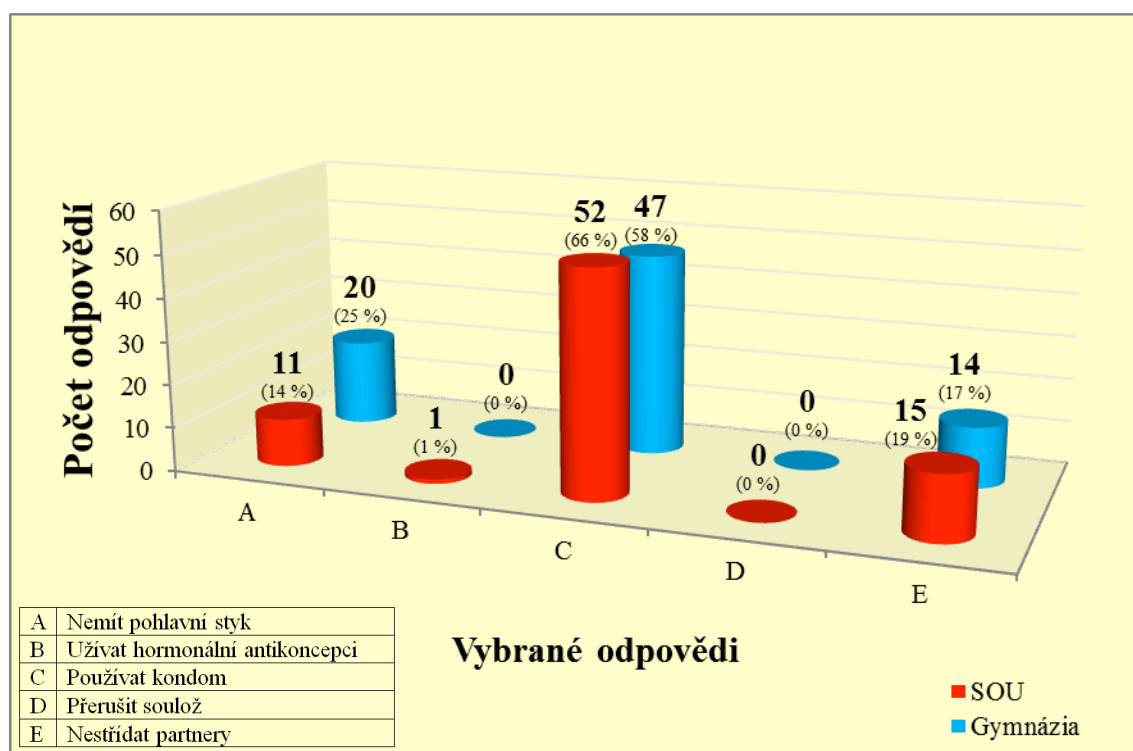
Graf 15 - Ochrana před těhotenstvím



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Celkem odpovídalo 79 (100 %) respondentek ze SOU a 81 (100 %) respondentek z gymnázií. Jako nejlepší ochranu před otěhotněním uvedlo možnost „*Hormonální antikoncepce*“ 51 (65 %) respondentek ze SOU a 60 (74 %) respondentek z gymnázií; „*Kondom*“ označilo 18 (23 %) studentek SOU a 16 (20 %) studentek gymnázií; metody ochrany před otěhotněním jako „*Přerušená soulož*“ zaškrtnuly jen 2 (2 %) studentky SOU a „*Výpočet plodných a neplodných dní*“ označila pouze 1 (1 %) respondentka z gymnázia; 8 (10 %) studentek SOU a 4 (5 %) studentky gymnázií si nemyslí, že by nějaká z navrhovaných možností chránila její uživatelku před otěhotněním, a označily tedy možnost „*Žádná*“.

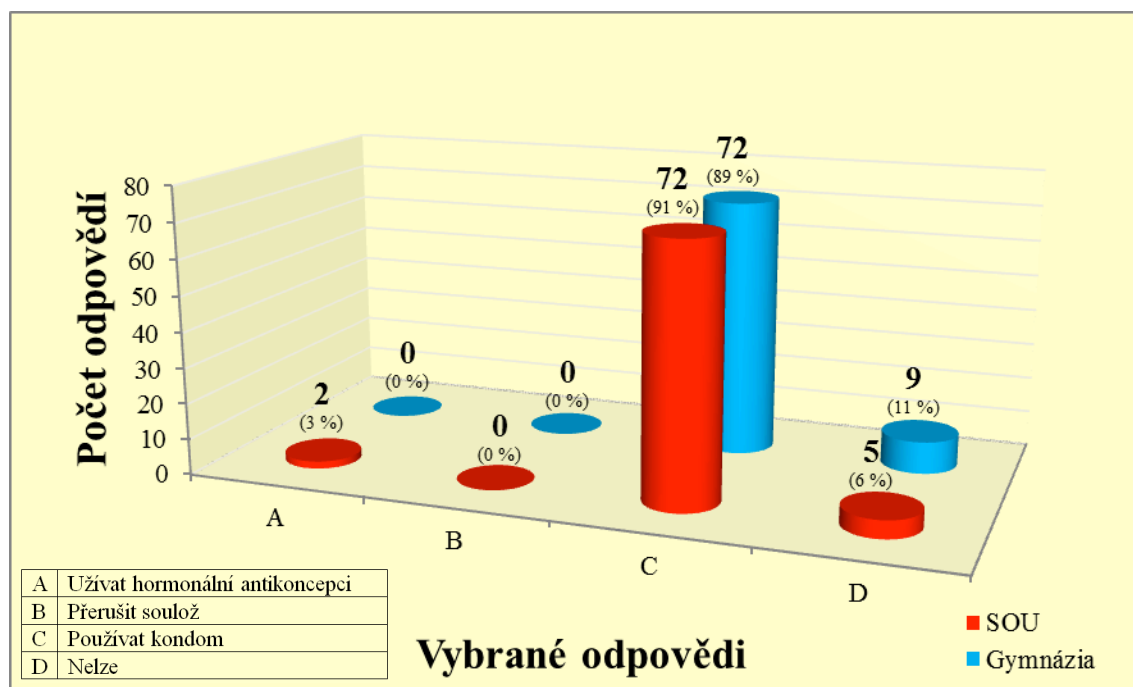
Graf 16 - Ochrana před STD



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Celkem na otázku odpovídalo 79 (100 %) respondentek ze SOU a 81 (100 %) respondentek z gymnázií. Za antikoncepční metodu, která chrání uživatelku nejlépe před STD, považuje 11 (14 %) respondentek ze SOU a 20 (25 %) respondentek z gymnázií „*Nemít pohlavní styk*“; „*Hormonální antikoncepci*“ označila 1 (1 %) respondentka ze SOU; „*Kondom*“ jako prostředek ochrany před STD zaškrtilo 52 (66 %) studentek SOU a 47 (58 %) studentek gymnázií; „*Nestřídání partnerů*“ označilo 15 (19 %) respondentek ze SOU a 14 (17 %) respondentek z gymnázií; „*Přerušeni soulože*“ nepovažuje žádná z respondentek za prostředek ochrany před STD.

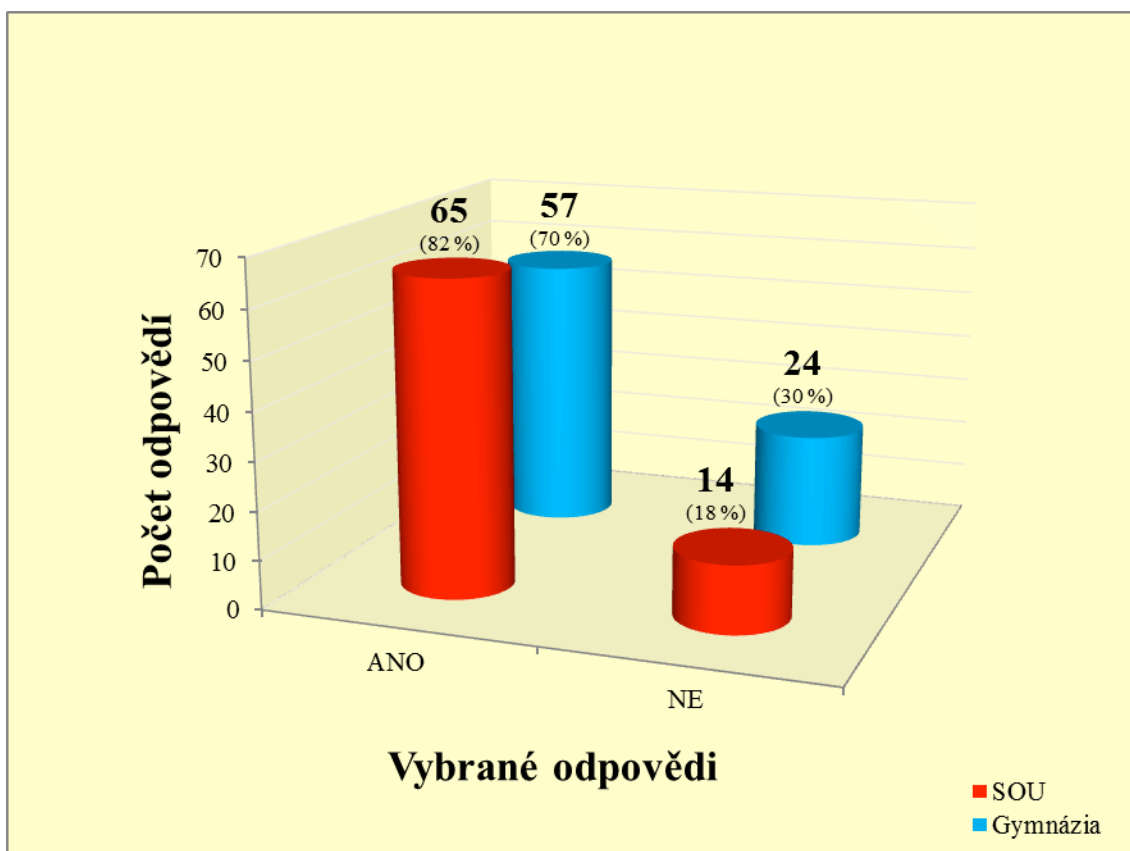
Graf 17 - Ochrana před HIV



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Celkem na otázku odpovídalo 79 (100 %) respondentek ze SOU a 81 (100 %) respondentek z gymnázií. Respondentky volily neúčinnější prostředek ochrany před nakažou HIV. Před nakažou HIV se při pohlavním styku lze chránit „Užíváním hormonální antikoncepce“ podle 2 (3 %) respondentek ze SOU; „Kondom“ považuje za adekvátní ochranu 72 (91 %) studentek SOU a 72 (89 %) studentek gymnázií; před HIV se při pohlavním styku „Nelze“ chránit podle 5 (6 %) respondentek ze SOU a 9 (11%) respondentek z gymnázií; ochranný prostředek před nakažou HIV v podobě praktikování „Přerušené soulože“ nezvolila žádná z respondentek.

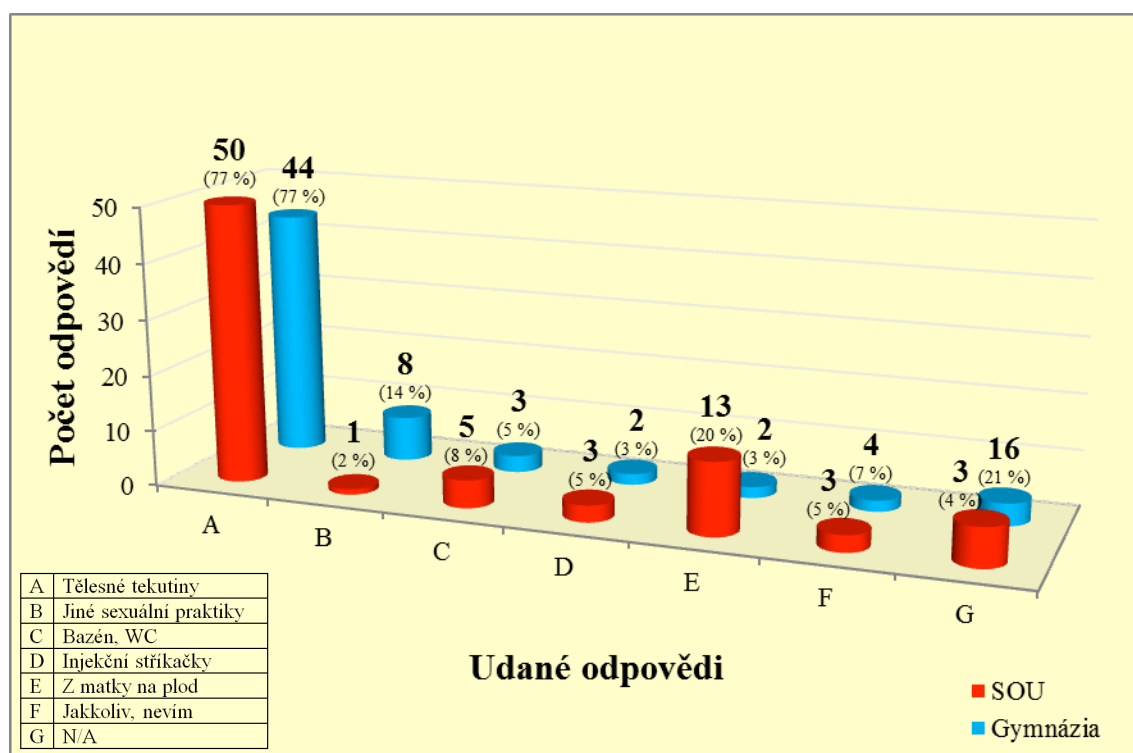
Graf 18 - Nákaza STD jinak než pohlavním stykem



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Na otázku odpovídalo 79 (100 %) respondentek ze SOU a 81 (100 %) respondentek z gymnázií. Podle 65 (82 %) respondentek ze SOU a 57 (70 %) respondentek z gymnázií se lze STD nakazit i jinak než pohlavním stykem; 14 (18 %) studentek SOU a 24 (30 %) studentek gymnázií si myslí, že STD se nedá nakazit jinak než pohlavním stykem.

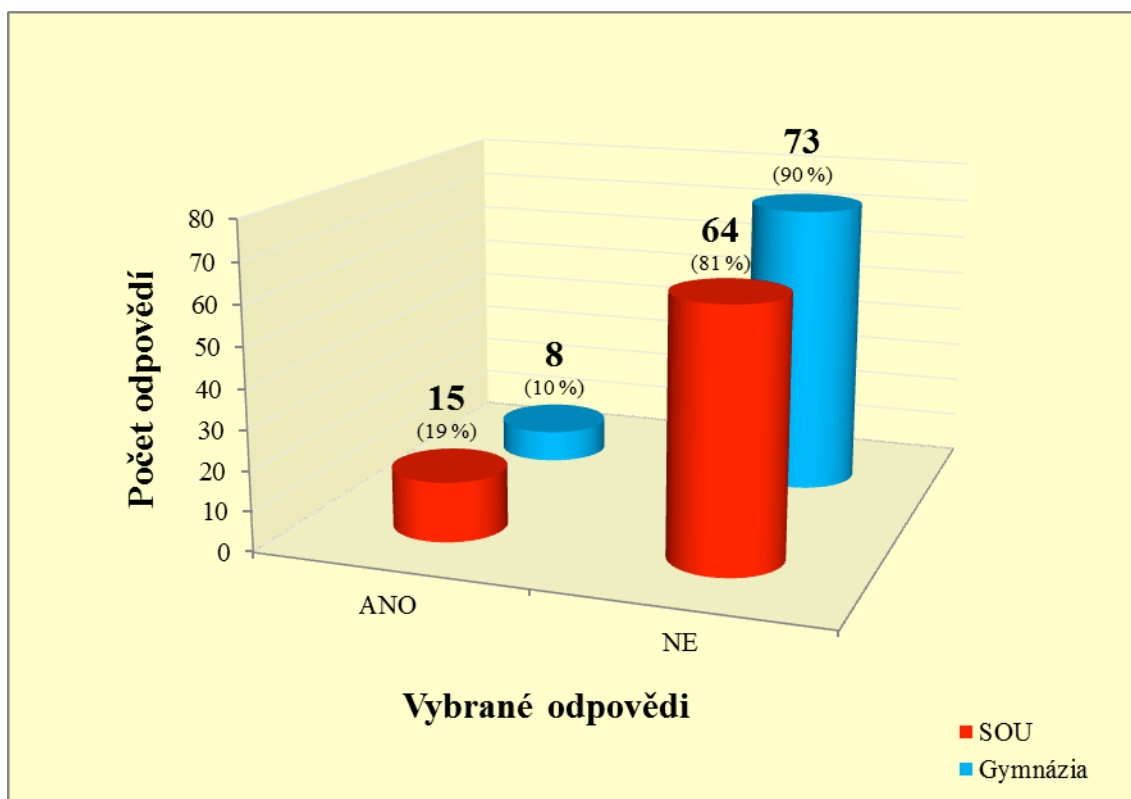
Graf 19 – Další způsoby nákazy STD



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Graf 19 doplňuje Graf 18. Jedná se o podotázku, na kterou celkem odpovídalo 65 (100 %) respondentek ze SOU a 57 (100 %) respondentek z gymnázií. Respondentky uváděly různé odpovědi, které byly kategorizovány, odpovědi některých respondentek byly zařazeny do více kategorií. 50 (77 %) studentek SOU a 44 (77 %) studentek gymnázií uvedlo jako prostředek přenosu STD „*Tělesné tekutiny*“; „*Jiné sexuální praktiky*“ udala 1 (2 %) studentka SOU a 8 (14 %) studentek gymnázií; podle 5 (8 %) studentek SOU a 3 (5 %) studentek gymnázií je možné nakazit se STD „*v Bazénu či na WC*“; nákazu pomocí „*Injekčních stříkaček*“ udaly 3 (5 %) respondentky ze SOU a 2 (3 %) respondentky z gymnázií; přenos „*Z matky na plod*“ uvedlo 13 (20 %) studentek SOU a 2 (3 %) studentky gymnázií; do kategorie „*Jakkoliv, nevím*“ byly zařazeny odpovědi 3 (5 %) respondentek ze SOU a 4 (7 %) respondentek z gymnázií; v předchozí otázce 3 (4 %) respondentky ze SOU a 16 (21 %) respondentek z gymnázií odpovědělo, že se lze nakazit STD i jinak než jen pohlavním stykem, ale odpověď na podotázku již neuvedly.

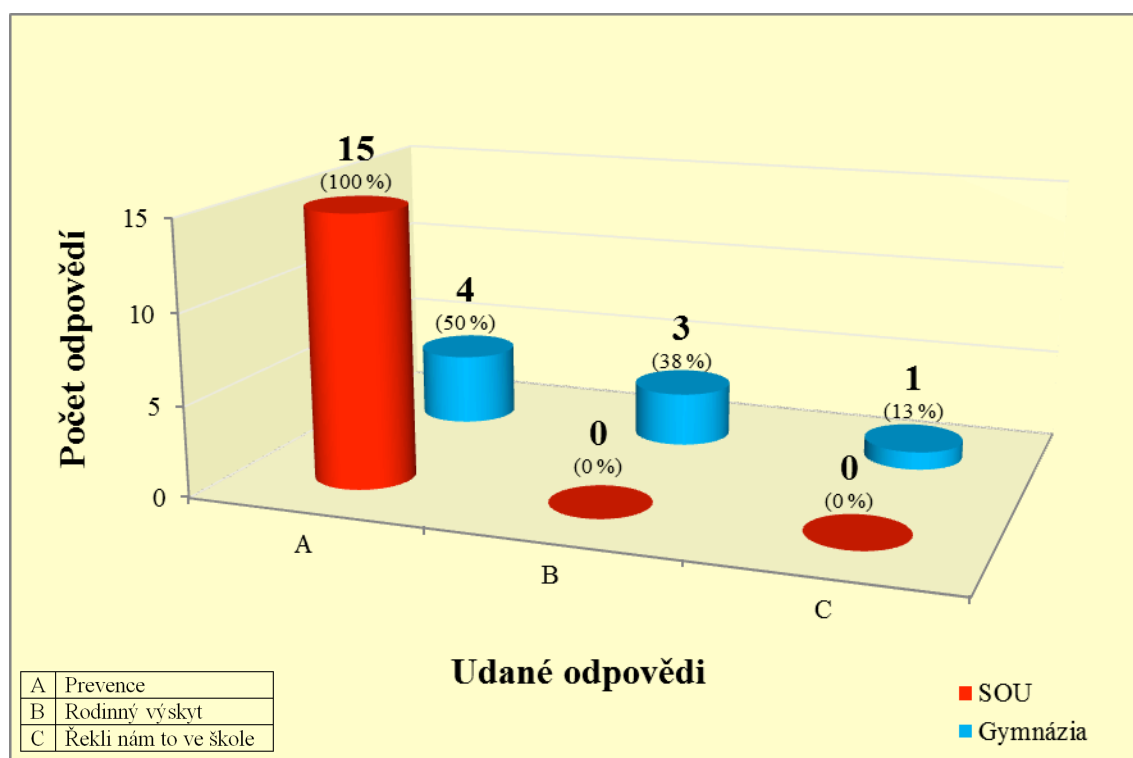
Graf 20 – Pravidelné samovyšetření prsů



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Celkem odpovídalo 79 (100 %) respondentek ze SOU a 81 (100 %) respondentek z gymnázií. 15 (19 %) respondentek ze SOU a 8 (10 %) respondentek z gymnázií uvedlo, že si prsy vyšetřují pravidelně; 64 (81 %) studentek SOU a 73 (90 %) studentek gymnázií označilo, že si prsy nevyšetřují.

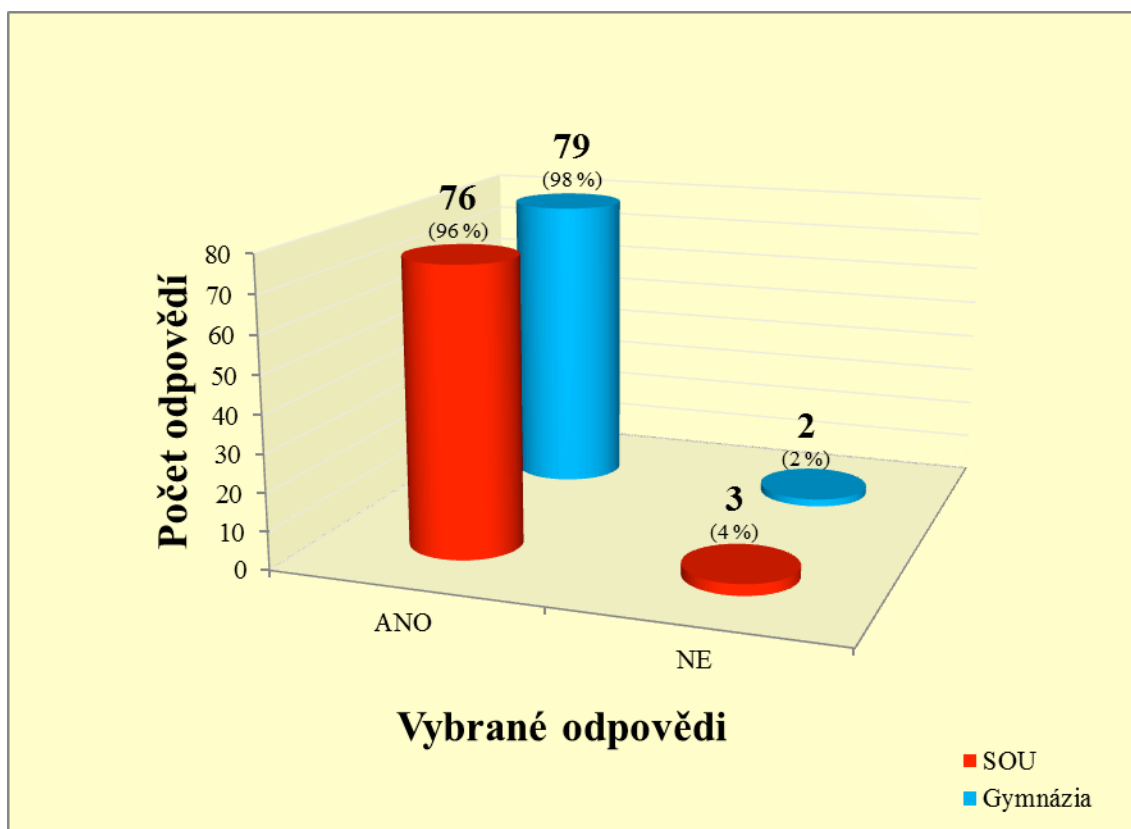
Graf 21 – Důvod pravidelného samovyšetřování prsů



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Graf 21 rozšiřuje a doplňuje Graf 22. Na podotázku odpovídalo celkem 15 (100 %) studentek SOU a 8 (100 %) studentek gymnázií. Všechny 15 (100 %) studentek SOU a 4 (50 %) studentky gymnázií uvedly, že si prsy vyšetřují z důvodu „Prevence nádorového onemocnění“; další 3 (38 %) respondentky z gymnázií uvedly důvod k samovyšetřování „Rodinný výskyt nádorového onemocnění prsu“ a 1 (13%) respondentka z gymnázia uvedla jako svou motivaci k samovyšetřování, že „Jim to bylo řečeno ve škole“.

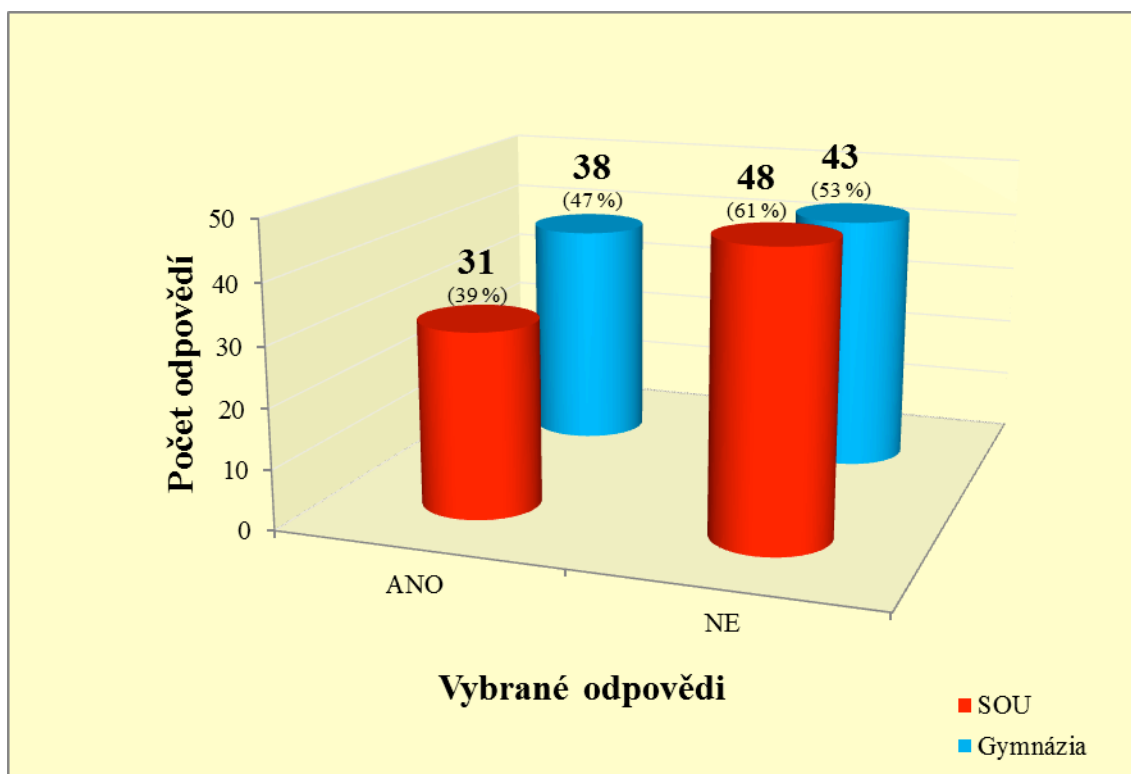
Graf 22 – Informovanost o očkování proti rakovině děložního čípku



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Na otázku odpovídalo 79 (100 %) respondentek ze SOU a 81 (100 %) respondentek z gymnázií. Celkem 76 (96 %) respondentek ze SOU a 79 (98 %) respondentek z gymnázií udalo, že jsou informovány o možnosti očkování proti rakovině děložního čípku; dle odpovědí o této možnosti informovány nejsou 3 (4 %) studentky SOU a 2 (2 %) studentky gymnázií.

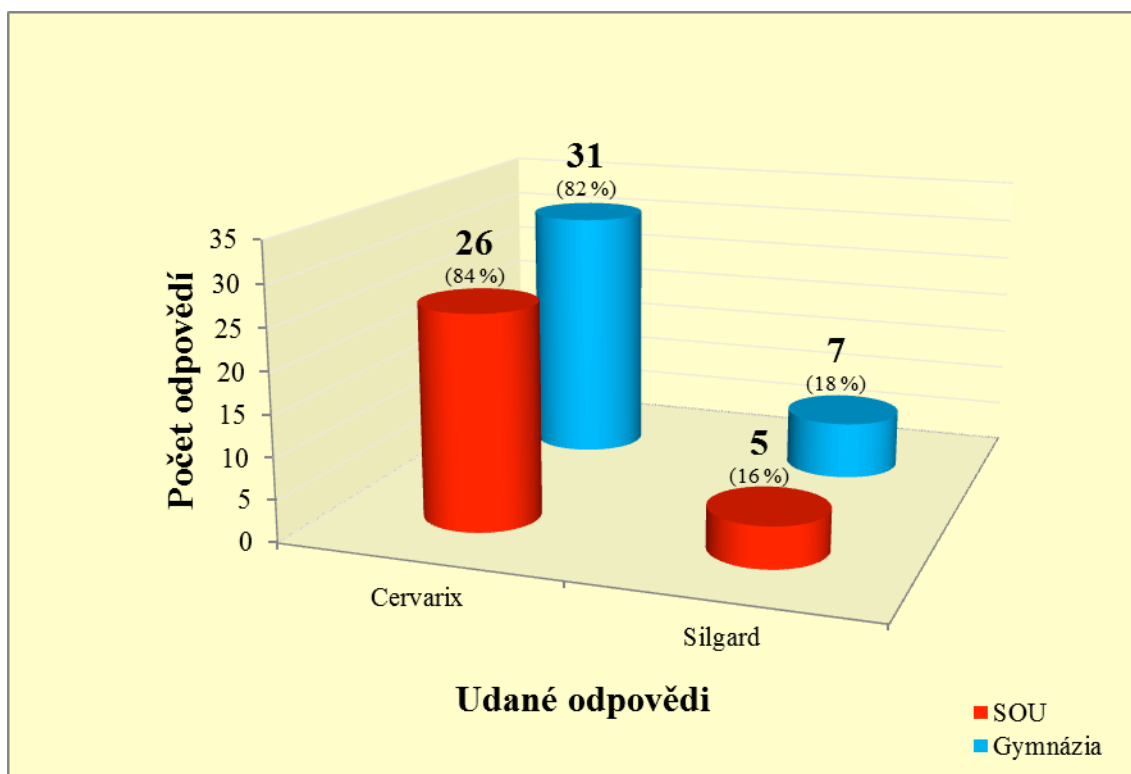
Graf 23 - Očkována proti rakovině děložního čípku



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Na otázku odpovídalo 79 (100 %) studentek SOU a 81 (100 %) studentek gymnázií. Proti rakovině děložního čípku je očkováno 31 (39 %) respondentek ze SOU a 38 (47 %) respondentek z gymnázií; očkováno proti rakovině děložního čípku není 48 (61 %) respondentek ze SOU a 43 (53 %) respondentek z gymnázií.

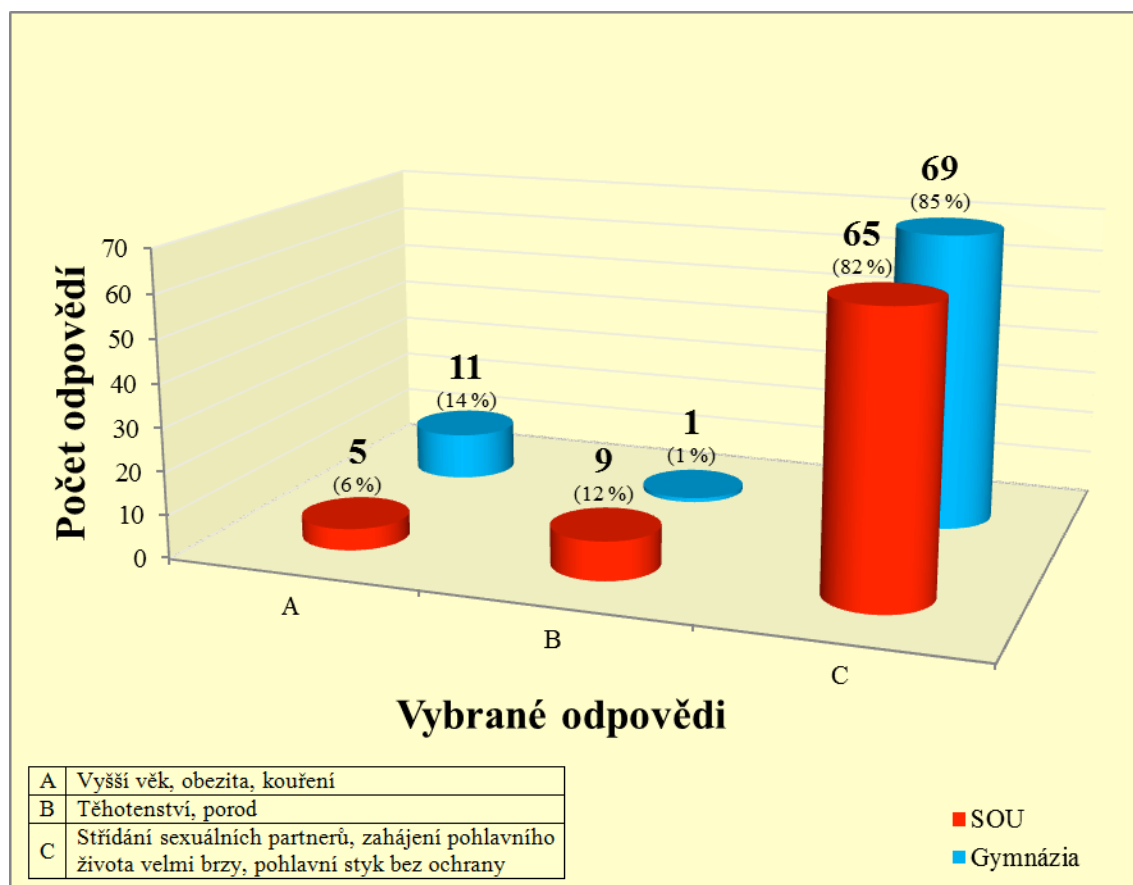
Graf 24 - Zvolená vakcína proti rakovině děložního čípku



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Graf 24 doplňuje Graf 23. Celkem na podotázku odpovídalo 31 (100 %) studentek SOU a 38 (100 %) studentek gymnázií. Respondentky označovaly jednu ze dvou nabízených možností vakcíny proti rakovině děložního čípku. Vakcínu „*Cervarix*“ označilo 26 (84 %) respondentek ze SOU a 31 (82 %) respondentek z gymnázií; vakcínu „*Silgard*“ označilo 5 (16 %) studentek SOU a 7 (18 %) studentek gymnázií.

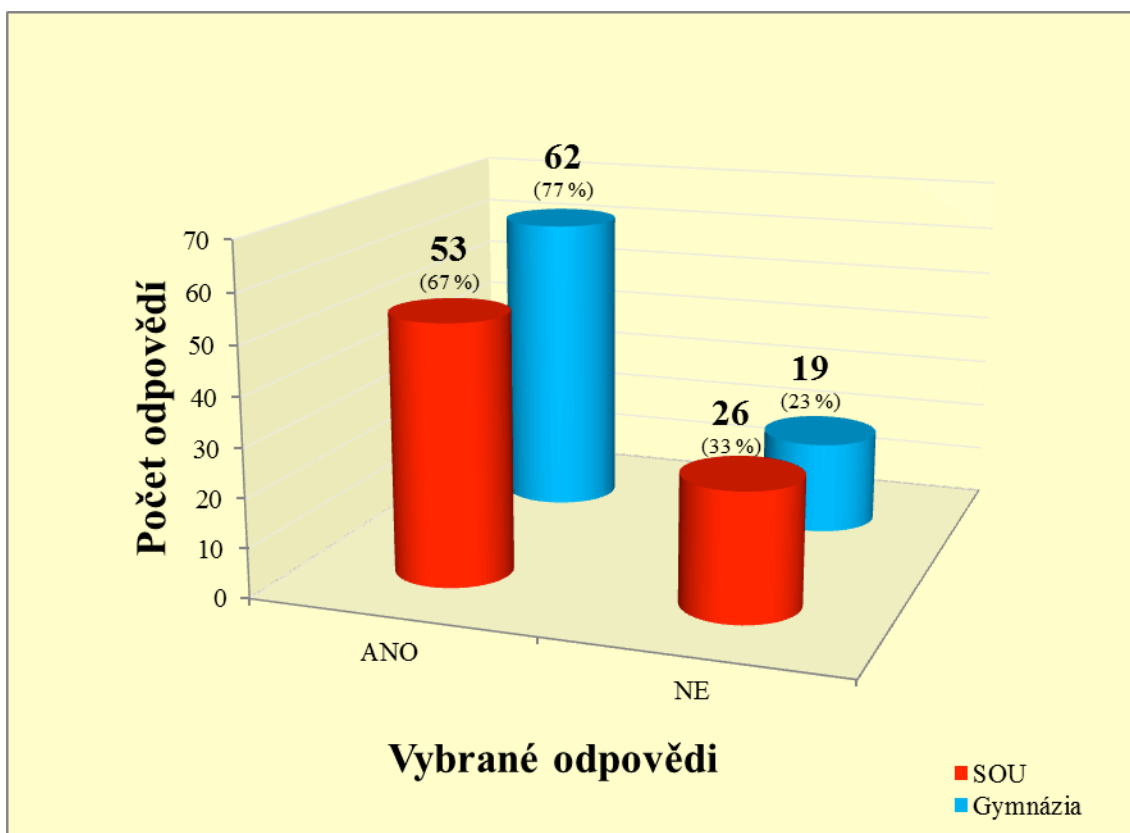
Graf 25 - Rizikové faktory vzniku rakoviny děložního čípku



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Celkem odpovídalo 79 (100 %) respondentek ze SOU a 81 (100 %) respondentek z gymnázií. Respondentky volily na otázku rizikových faktorů vzniku rakoviny děložního čípku vždy jednu odpověď. Rizikový faktor „*Vyšší věk, obezita, kouření*“ označilo 5 (6 %) respondentek ze SOU a 11 (14 %) respondentek z gymnázií; odpověď „*Těhotenství, porod*“ označilo 9 (12 %) studentek SOU a 1 (1 %) studentka gymnázia; možnost „*Střídání sexuálních partnerů, zahájení pohlavního života velmi brzy, pohlavní styk bez ochrany*“ zaškrtno 65 (82 %) respondentek ze SOU a 69 (85 %) respondentek z gymnázií.

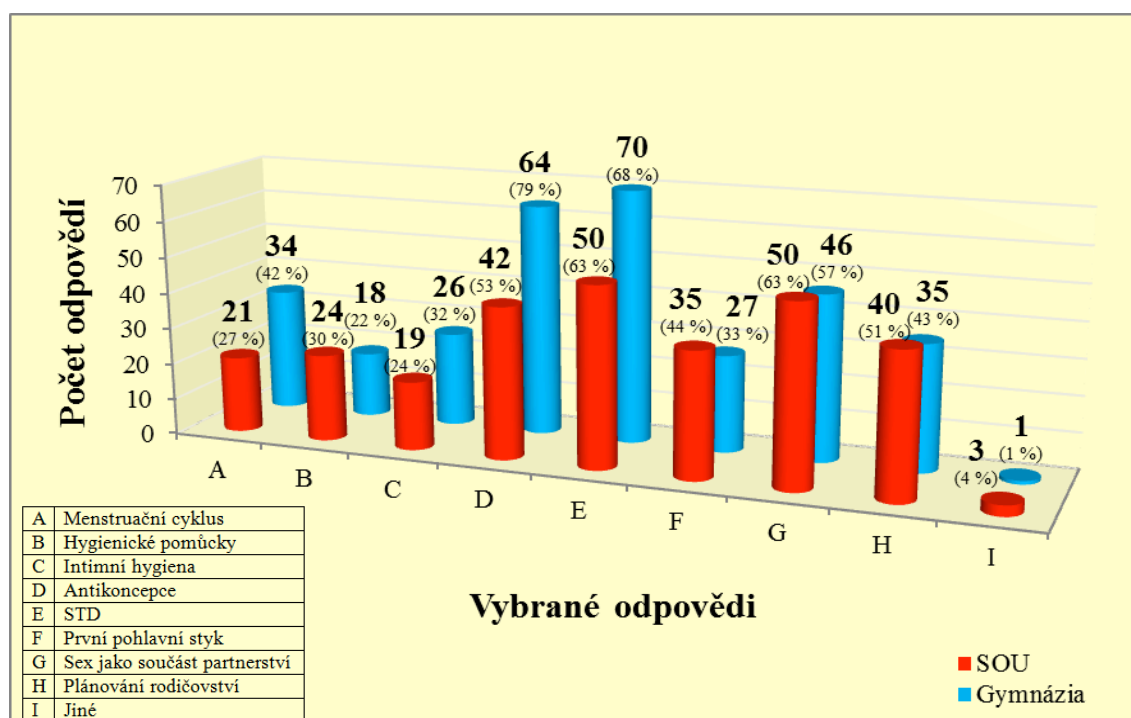
Graf 26 - Zájem o přednášky o reprodukčním zdraví



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Na otázku odpovídalo celkem 79 (100 %) respondentek ze SOU a 81 (100 %) respondentek z gymnázií. 53 (67 %) respondentek ze SOU a 62 (77 %) respondentek z gymnázií by mělo zájem o přednášky s tematikou reprodukčního zdraví; 26 (33 %) studentek SOU a 19 (23 %) studentek gymnázií by o takové přednášky zájem nemělo.

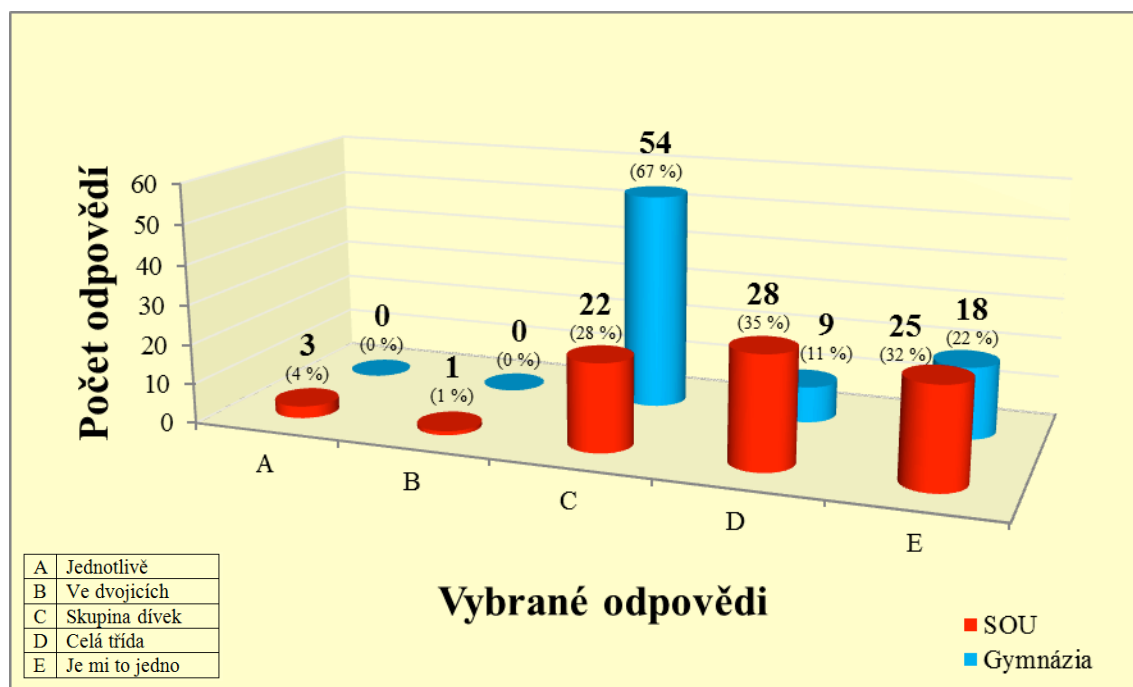
Graf 27 - Témata přednášek



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Celkem odpovídalo 79 (100 %) studentek SOU a 81 (100 %) studentek gymnázií, respondentky mohly označit více odpovědí. Jako téma přednášky o reprodukčním zdraví by „Menstruační cyklus“ navrhovalo 21 (27 %) studentek SOU a 34 (42 %) studentek gymnázií; 24 (30 %) respondentek ze SOU a 18 (22 %) respondentek z gymnázií označilo „Hygienické pomůcky“; nové informace o „Intimní hygieně“ by ocenilo 19 (24 %) studentek SOU a 26 (32 %) studentek gymnázií; 42 (53 %) respondentek ze SOU a 64 (79 %) respondentek z gymnázií by mělo zájem o přednášky na téma „Antikoncepce“; „STD“ označilo 50 (63 %) respondentek ze SOU a 70 (68 %) respondentek z gymnázií; „První pohlavní styk“ označilo 35 (44 %) studentek SOU a 27 (33 %) studentek gymnázií; 50 (63 %) respondentek ze SOU a 46 (57 %) respondentek z gymnázií zaškrtnulo téma „Sex jako součást partnerství“; „Plánování rodičovství“ zaškrtnulo 40 (51 %) respondentek ze SOU a 35 (43 %) respondentek z gymnázií; 3 (4 %) studentky SOU označily odpověď „Jiné“ a každá z nich uvedla jinou odpověď, žádaná témata byla Sex, Sexuální praktiky a Porod, 1 (1 %) studentka gymnázia označila také variantu „Jiné“ a ráda by se dozvěděla více o Těhotenství.

Graf 28 - Realizace přednášek



Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Celkem odpovídalo 79 (100 %) studentek SOU a 81 (100 %) studentek gymnázií. Každá z respondentek označila odpověď, jak by si představovala realizaci přednášek o reprodukčním zdraví. „*Jednotlivě*“ by si přednášky přály mít 3 (4 %) respondentky ze SOU a 0 (0 %) respondentek z gymnázií; „*Ve dvojicích*“ by měla přednášku ráda 1 (1 %) studentka SOU a 0 (0%) studentek gymnázií; odpověď ve „*Skupině dívek*“ označilo 22 (28 %) respondentek ze SOU a 54 (67%) respondentek z gymnázií; v „*Celé třídě*“ by přednášky nevadily 28 (35 %) studentkám SOU a 9 (11%) studentkám gymnázií; odpověď „*Je mi to jedno*“ zaškrtnulo 25 (32 %) respondentek ze SOU a 18 (22 %) respondentek z gymnázií.

4.2 Statistické zpracování hypotéz

Ověření hypotéz proběhlo pomocí chí-kvadrát testu. Nulové hypotézy byly vůči alternativním hypotézám testovány na hladině významnosti 5 %. Pokud byl výsledek chí-kvadrát testu nižší než zvolená hladina významnosti, tj. nižší než 5 %, nulovou hypotézu jsme zamítli. Pokud byl výsledek chí-kvadrát testu vyšší nebo roven 5 %, nulovou hypotézu jsme nezamítli. Rozhodnutí, zda jsme potom mohli alternativní hypotézu přijmout jako platnou, záviselo na detailnějším zkoumání dané situace

Hypotéza 1.: Studentky gymnázií mají lepší znalosti o reprodukčním zdraví než studentky středních odborných učilišť.

Hypotéza nulová: Studentky gymnázií mají stejné znalosti o reprodukčním zdraví jako studentky středních odborných učilišť.

Hypotéza alternativní: Studentky gymnázií nemají stejné znalosti o reprodukčním zdraví jako studentky středních odborných učilišť.

K analýze Hypotézy 1. jsme využili odpovědi na otázku 3. a 7. Začneme s otázkou 3., graficky reprezentovanou Grafem 3. Je zde několik možných odpovědí, označených A), B), C), D), E), F), G), H), I) a J). Poznamenejme, že všechny tyto odpovědi jsou správné. Byla zvolena metoda zaškrtnutí každé odpovědi ANO či NE, protože každá respondentka odpověď mohla označit za správnou, ale nemusela. V testech jsme porovnávali počty správně označených odpovědí studentkami gymnázií a studentkami středních odborných učilišť. Shrnutí je v Tabulkách 1A a 1B.

Tabulka 1A – Hypotéza 1., otázka 3

Odpověď		Pozorované			Očekávané			Chí-kvadrát test
		Gymnázia	SOU	Celkem	Gymnázia	SOU	Celkem	
A) Schopnost mít děti	ANO	75 (93 %)	74 (94 %)	149	75,43	73,57	149	79 %
	NE	6	5	11	5,57	5,43	11	
	Celkem	81	79	160	81	79	160	

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Tabulka 1B - Hypotéza 1., otázka 3

		Pozorované			Očekávané			
Odpověď		Gymnázia	SOU	Celkem	Gymnázia	SOU	Celkem	Chi-kvadrát test
B) Plánování rodičovství	ANO	13 (16 %)	16 (20 %)	29	14,68	14,32	29	49 %
	NE	68	63	131	66,32	64,68	131	
	Celkem	81	79	160	81	79	160	
C) Výchova k manželství a rodičovství	ANO	9 (11 %)	4 (5 %)	13	6,58	6,42	13	16 %
	NE	72	75	147	74,42	72,58	147	
	Celkem	81	79	160	81	79	160	
D) Antikoncepce	ANO	21 (26 %)	4 (5 %)	25	12,66	12,34	25	$28 \cdot 10^{-3} \%$
	NE	60	75	135	68,34	66,66	135	
	Celkem	81	79	160	81	79	160	
E) Menstruační cyklus	ANO	59 (73 %)	21 (27 %)	80	40,5	39,5	80	$49 \cdot 10^{-8} \%$
	NE	22	58	80	40,5	39,5	80	
	Celkem	81	79	160	81	79	160	
F) Hygiena intimní oblasti	ANO	31 (38 %)	9 (11 %)	40	20,25	19,75	40	$89 \cdot 10^{-4} \%$
	NE	50	70	120	60,75	59,25	120	
	Celkem	81	79	160	81	79	160	
G) Informace o prevenci nádorů	ANO	50 (62 %)	5 (6 %)	55	27,84	27,16	55	$16 \cdot 10^{-12} \%$
	NE	31	74	105	53,16	51,84	105	
	Celkem	81	79	160	81	79	160	
H) Sexuální spokojenost	ANO	10 (12 %)	10 (13 %)	20	10,13	9,88	20	95 %
	NE	71	69	140	70,88	69,13	140	
	Celkem	81	79	160	81	79	160	
I) Informace o STD	ANO	46 (57 %)	7 (9 %)	53	26,83	26,17	53	$12 \cdot 10^{-9} \%$
	NE	35	72	107	54,17	52,83	107	
	Celkem	81	79	160	81	79	160	
J) Informace o infekcích	ANO	40 (49 %)	4 (5 %)	44	22,28	21,73	44	$35 \cdot 10^{-9} \%$
	NE	41	75	116	58,73	57,28	116	
	Celkem	81	79	160	81	79	160	

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Tabulky 1A a 1B ukazují různou variabilitu znalostí z oblasti reprodukčního zdraví studentek gymnázií a studentek středních odborných učilišť v otázce 3. U odpovědí A), B), C) a H) nulovou hypotézu na hladině významnosti 5 % nezamítáme. Navíc, přihlédneme-li k samotné povaze odpovědí A), B), C) a H), můžeme usoudit, že znalosti studentek různých škol o reprodukčním zdraví jsou v oblasti pokryté odpověďmi A), B), C) a H) – ze statistického hlediska – shodné.

U každé z možností D), E), F), G), I) a J) jsme nulovou hypotézu na hladině významnosti 5 % zamítli. Předpoklad shodných znalostí o reprodukčním zdraví byl tedy v každé z těchto odpovědí chí-kvadrát testem vyvrácen. Dále, procento správných odpovědí je v každém z těchto případů vyšší u studentek gymnázia, nežli u studentek středních odborných učilišť. Z tohoto hlediska lze říci, že v otázce 3. prokázaly lepší znalost z oblasti reprodukčního zdraví studentky gymnázií oproti studentkám středních odborných učilišť.

Nyní přejdeme k otázce 7. Graficky ji reprezentuje Graf 8. Možné odpovědi jsou značeny A), B), C), D), E), F) a G). Stejně jako u otázky 3. jsou všechny odpovědi správné. Opět porovnáme počty správně označených odpovědí studentkami gymnázií a studentkami středních odborných učilišť. Shrnutí je v Tabulkách 2A a 2B.

Tabulka 2A - Hypotéza 1., otázka 7

Odpověď		Pozorované			Očekávané			Chí-kvadrát test
		Gymnázia	SOU	Celkem	Gymnázia	SOU	Celkem	
A) Malé a velké pysky	ANO	4 (5 %)	3 (4 %)	7	3,54	3,46	7	72 %
	NE	77	76	153	77,46	75,54	153	
	Celkem	81	79	160	81	79	160	
B) Poštěváček	ANO	4 (5 %)	6 (8 %)	10	5,06	4,94	10	49 %
	NE	77	73	150	75,94	74,06	150	
	Celkem	81	79	160	81	79	160	
C) Pochva	ANO	39 (48 %)	31 (39 %)	70	35,44	34,56	70	26 %
	NE	42	48	90	45,56	44,44	90	
	Celkem	81	79	160	81	79	160	

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Tabulka 2B – Hypotéza 1., otázka 7.

		Pozorované			Očekávané			
Odpověď		Gymnázia	SOU	Celkem	Gymnázia	SOU	Celkem	Chi-kvadrát test
D) Děloha	ANO	76 (94 %)	68 (86 %)	144	72,9	71,1	144	10 %
	NE	5	11	16	8,1	7,9	16	
	Celkem	81	79	160	81	79	160	
E) Vejcovody	ANO	58 (72 %)	43 (54 %)	101	51,13	49,87	101	2 %
	NE	23	36	59	29,87	29,13	59	
	Celkem	81	79	160	81	79	160	
F) Vaječníky	ANO	77 (95 %)	69 (87 %)	146	73,91	72,09	146	8 %
	NE	4	10	14	7,09	6,91	14	
	Celkem	81	79	160	81	79	160	
G) Prsy	ANO	16 (20 %)	3 (4 %)	19	9,62	9,38	19	18*10 ⁻² %
	NE	65	76	141	71,38	69,62	141	
	Celkem	81	79	160	81	79	160	

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Zobrazení výsledků v Tabulkách 2A a 2B ukazuje odpovědi respondentek na problematiku týkající se oblasti reprodukčního zdraví u otázky 7. U odpovědí A), B), C), D) a F) nulovou hypotézu na hladině významnosti 5 % nezamítáme. Opět, z povahy těchto odpovědí lze říci, že zde znalosti o reprodukčním zdraví mají respondentky obou typů škol shodné. Výsledky testování odpovědí E) a G) ukazují, že znalosti respondentek zde nejsou shodné. Dle procentuálního hodnocení těchto odpovědí lze soudit na lepší znalost respondentek z gymnázií.

Celkové statistické zhodnocení obou otázek ukazuje spíše na lepší znalost studentek gymnázií. V osmi odpovědích prokázaly lepší znalosti studentky gymnázií (nulová hypotéza byla zamítnuta) a v devíti odpovědích nebyly znalosti statisticky rozlišitelné. To v souhrnu ukazuje na platnost alternativní hypotézy. Spolu s procentuálním hlediskem vidíme, že lepší znalost o reprodukčním zdraví prokázaly studentky gymnázií. Lze tedy prohlásit Hypotézu 1. za platnou.

Hypotéza 2: Hlavním zdrojem informací o reprodukčním zdraví studentek gymnázií je odborná literatura. Tato hypotéza je zároveň hypotézou nulovou.

Hypotéza alternativní: Hlavním zdrojem informací o reprodukčním zdraví studentek gymnázií není odborná literatura.

K nalezení odpovědi byla vybrána otázka 4., jejíž odpovědi znázorňuje Graf 4. Jako stanovená hladina „*hlavní zdroj informací*“ byla vybrána hladina 60 %. Výsledky testování nulové hypotézy jsou znázorněny v Tabulce 3. Pro úplnost výzkumu byla při případné platnosti alternativní hypotézy zjišťována platnost stejné hypotézy nulové pro ostatní uvedené zdroje informací (učitelé, rodina, obvodní gynekolog/gynekoložka, porodní asistentka v ordinaci obvodního gynekologa/gynekoložky, kamarádky/spolužačky, internet, časopisy).

Tabulka 3 – Hypotéza 2., odborná literatura

Odpověď	Pozorované		Očekávané		Chí-kvadrát test 39*10⁻⁹ %
	H) Odborná literatura	Četnosti	Procenta	Četnosti	
ANO	21	26 %	48,6	60 %	
NE	60	74 %	32,4	40 %	
Celkem	81	100 %	81	100 %	

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Tabulka 3 ukazuje statistickou odpověď na Hypotézu 2. Výsledek chí-kvadrát testu, který je výrazně nižší než 5% hladina významnosti, ukazuje na možnost zamítnout nulovou hypotézu. Studentky gymnázií tedy nepovažují za svůj hlavní zdroj informací o reprodukčním zdraví odbornou literaturu. V tomto případě lze prohlásit hypotézu alternativní za platnou.

Vzhledem k platnosti hypotézy alternativní byly dále zkoumány při 60% hladině pro „*hlavní zdroj informací*“ i ostatní uvedené zdroje v otázce 4. Výsledky jsou znázorněny v Tabulce 4.

Tabulka 4 - Hypotéza 2., ostatní zdroje

Odpověď		Pozorované		Očekávané		Chí-kvadrát test
		Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
A) Učitelé	ANO	19	23 %	48,6	60 %	$2 \cdot 10^{-9} \%$
	NE	62	77 %	32,4	40 %	
	Celkem	81	100 %	81	100 %	
B) Rodina	ANO	46	57 %	48,6	60 %	56 %
	NE	35	43 %	32,4	40 %	
	Celkem	81	100 %	81	100 %	
C) Obvodní gynekolog/gynekoložka	ANO	54	67 %	48,6	60 %	22 %
	NE	27	33 %	32,4	40 %	
	Celkem	81	100 %	81	100 %	
D) Porodní asistentka	ANO	11	14 %	48,6	60 %	$15 \cdot 10^{-16} \%$
	NE	70	86 %	32,4	40 %	
	Celkem	81	100 %	81	100 %	
E) Kamarádky/spolužačky	ANO	25	31 %	48,6	60 %	$87 \cdot 10^{-7} \%$
	NE	56	69 %	32,4	40 %	
	Celkem	81	100 %	81	100 %	
F) Internet	ANO	49	60 %	48,6	60 %	93 %
	NE	32	40 %	32,4	40 %	
	Celkem	81	100 %	81	100 %	
G) Časopisy	ANO	8	10 %	48,6	60 %	$33 \cdot 10^{-19} \%$
	NE	73	90 %	32,4	40 %	
	Celkem	81	100 %	81	100 %	

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Tabulka 4 ukazuje na výsledné zdroje, které s nastavenou 60% hranicí lze považovat za statisticky hlavní zdroje informací o reprodukčním zdraví u studentek gymnázií. Za hlavní zdroje informací, při nastavené 60% hladině, lze považovat u respondentek z gymnázií rodinu, obvodního gynekologa/gynekoložku a internet.

Hypotéza 2. se na základě statistické analýzy získaných dat zamítá, platí hypotéza alternativní. Hlavní zdroj informací byl u studentek gymnázií nalezen v podobě rodiny, obvodního gynekologa/gynekoložky a internetu.

Hypotéza 3.: Hlavním zdrojem informací o reprodukčním zdraví u studentek středních odborných učilišť je internet. Tato hypotéza je zároveň hypotézou nulovou.

Hypotéza alternativní: Hlavním zdrojem informací o reprodukčním zdraví u studentek středních odborných učilišť není internet.

K nalezení odpovědi byla vybrána otázka 4., jejíž odpovědi znázorňuje Graf 4. Jako stanovená hladina „*hlavní zdroj informací*“ byla vybrána hladina 60 %. Výsledky testování nulové hypotézy jsou znázorněny v Tabulce 5. Pro úplnost výzkumu byla při případné platnosti alternativní hypotézy zjišťována platnost stejné hypotézy nulové pro ostatní uvedené zdroje informací (učitelé, rodina, obvodní gynekolog/gynekoložka, porodní asistentka v ordinaci obvodního gynekologa/ gynekoložky, kamarádky/ spolužačky, internet, časopisy).

Tabulka 5 - Hypotéza 3., internet

Odpověď	Pozorované		Očekávané		Chí-kvadrát test 21*10⁻² %
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
F) Internet					
ANO	34	43 %	47,4	60 %	
NE	45	57 %	31,6	40 %	
Celkem	79	100 %	79	100 %	

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Tabulka 5 ukazuje statistickou odpověď na Hypotézu 3. Výsledek chí-kvadrát testu, který je výrazně nižší než 5% hladina významnosti, ukazuje na možnost zamítnout nulovou hypotézu. Studentky středních odborných učilišť tedy nepovažují za svůj hlavní zdroj informací o reprodukčním zdraví, dle uvedených odpovědí, internet. V tomto případě lze prohlásit hypotézu alternativní za platnou.

Vzhledem k platnosti hypotézy alternativní byly dále zkoumány při 60% hladině pro „*hlavní zdroj informací*“ i ostatní uvedené zdroje v otázce 4. Výsledky jsou znázorněny v Tabulce 6.

Tabulka 6 - Hypotéza 3., ostatní zdroje

		Pozorované		Očekávané		Chi-kvadrát test
Odpověď		Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
A) Učitelé	ANO	28	35 %	47,4	60 %	$84 \cdot 10^{-4} \%$
	NE	51	65 %	31,6	40 %	
	Celkem	79	100 %	79	100 %	
B) Rodina	ANO	40	51 %	47,4	60 %	9 %
	NE	39	49 %	31,6	40 %	
	Celkem	79	100 %	79	100 %	
C) Obvodní gynekolog/gynekoložka	ANO	44	56 %	47,4	60 %	43 %
	NE	35	44 %	31,6	40 %	
	Celkem	79	100 %	79	100 %	
D) Porodní asistentka	ANO	1	1 %	47,4	60 %	$16 \cdot 10^{-25} \%$
	NE	79	99 %	31,6	40 %	
	Celkem	79	100 %	79	100 %	
E) Kamarádky/spolužačky	ANO	24	30 %	47,4	60 %	$77 \cdot 10^{-7} \%$
	NE	55	70 %	31,6	40 %	
	Celkem	79	100 %	79	100 %	
G) Časopisy	ANO	10	13 %	47,4	60 %	$88 \cdot 10^{-17} \%$
	NE	69	87 %	31,6	40 %	
	Celkem	79	100 %	79	100 %	
H) Odborné knihy	ANO	13	16 %	47,4	60 %	$28 \cdot 10^{-14} \%$
	NE	66	84 %	31,6	40 %	
	Celkem	79	100 %	79	100 %	

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Tabulka 6 ukazuje na výsledné zdroje, které s nastavenou 60% hranicí lze považovat za statisticky hlavní zdroje informací o reprodukčním zdraví u studentek středních odborných učilišť. Za hlavní zdroje informací, při nastavené 60% hladině, lze považovat u respondentek ze středních odborných učilišť rodinu a obvodního gynekologa/gynekoložku.

Hypotéza 3. se na základě statistické analýzy získaných dat zamítá, platí hypotéza alternativní. Hlavní zdroj informací byl u studentek středních odborných učilišť nalezen v podobě rodiny a obvodního gynekologa/gynekoložky.

Hypotéza 4.: Studentky gymnázií mají více informací o pohlavně přenosných chorobách než studentky středních odborných učilišť.

Hypotéza nulová: Studentky gymnázií mají stejné informace o pohlavně přenosných chorobách jako studentky středních odborných učilišť.

Hypotéza alternativní: Studentky gymnázií nemají stejné informace o pohlavně přenosných chorobách jako studentky středních odborných učilišť.

K nalezení odpovědí na stanovenou hypotézu byly zvoleny otázky 13., 14. a 15. z dotazníkového šetření. U každé ze zvolených otázek mohla každá respondentka volit jen jednu odpověď. Grafické znázornění odpovědí u těchto otázek ukazují Grafy 16, 17 a 18. U každé ze zvolených otázek testujeme nulové hypotézy pomocí chí-kvadrát testu na zvolené hladině významnosti 5 %.

Začneme zpracováním odpovědí respondentek na otázku 13. Jejím cílem bylo zjistit, co považují studentky gymnázií a studentky středních odborných učilišť jako nejlepší prostředek ochrany před pohlavně přenosnými chorobami. Ve statistickém zhodnocení nebyla zkoumána správnost odpovědí, ale pouze jejich kvantita. Výsledky statistického zpracování této otázky jsou znázorněny v Tabulce 7.

Tabulka 7 - Hypotéza 4., otázka 13.

Otázka 13.	Pozorované			Očekávané			Chí-kvadrát test 28 %
	Gymnázia	SOU	Celkem	Gymnázia	SOU	Celkem	
A) Nemít styk	20 (25 %)	11 (14 %)	31	15,69	15,31	31	
B) Hormonální antikoncepce	0 (0 %)	1 (1 %)	1	0,51	0,49	1	
C) Kondom	47 (58 %)	52 (66 %)	99	50,12	48,88	99	
D) Přerušování soulože	0 (0 %)	0 (0 %)	0	0	0	0	
E) Nestřídání partnerů	14 (17 %)	15 (19 %)	29	14,68	14,32	29	
Celkem	81	79	160	81	79	160	

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Tabulka 7 ukazuje statistické zpracování odpovědí respondentek na otázku 13. Dle výsledku chí-kvadrát testu lze nulovou hypotézu prohlásit za platnou. Z povahy možných odpovědí na otázku 13. můžeme usoudit, že v tomto případě prokázaly

studentky gymnázií a středních odborných učilišť stejné znalosti o pohlavně přenosných chorobách.

Dále pokračujeme statistickým zpracováním otázky 14., jejíž výsledky jsou shrnuty v Tabulce 8. Cílem otázky bylo zjistit, co považují respondentky z gymnázií a ze středních odborných učilišť za nejučinnější ochranu před nákazou HIV. Opět nebyla zkoumána správnost odpovědí, ale pouze jejich kvantita.

Tabulka 8 - Hypotéza 4., otázka 14.

Otázka 14.	Pozorované			Očekávané			Chí-kvadrát test 21 %
	Gymnázia	SOU	Celkem	Gymnázia	SOU	Celkem	
A) Hormonální antikoncepce	0 (0 %)	2 (3 %)	2	1,01	0,99	2	
B) Přerušení soulože	0 (0 %)	0 (0 %)	0	0	0	0	
C) Kondom	72 (89 %)	72 (91 %)	144	72,90	71,10	144	
D) Nelze	9 (11 %)	5 (6 %)	14	7,09	6,91	14	
Celkem	81	79	160	81	79	160	

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Tabulka 8 ukazuje výsledky statistického zpracování odpovědí na otázku 14. Nulovou hypotézu v tomto případě nelze zamítnout. Výsledek chí-kvadrát testu zde opět ukazuje na stejné znalosti respondentek z gymnázií a respondentek ze středních odborných učilišť o pohlavně přenosných chorobách.

Přejdeme k otázce 15., jejímž cílem bylo zjistit, zda respondentky vědí o možnosti nákazy pohlavně přenosnou chorobou jinak než pohlavním stykem. Její statistické zhodnocení je znázorněno v Tabulce 9. Znovu nás nezajímala při analýze získaných dat správnost odpovědí, ale pouze jejich četnost.

Tabulka 9 - Hypotéza 4., otázka 15.

Otázka 15.	Pozorované			Očekávané			Chí-kvadrát test 8 %
	Gymnázia	SOU	Celkem	Gymnázia	SOU	Celkem	
ANO	57 (70 %)	65 (82 %)	122	61,76	60,24	122	
NE	24 (30 %)	14 (18 %)	38	19,24	18,76	38	
Celkem	81	79	160	81	79	160	

Zdroj: Vlastní výzkumné šetření

Tabulka 9 ukazuje statistickou analýzu výsledků odpovědí na otázku 15. Na základě chí-kvadrát testu nelze nulovou hypotézu zamítnout. V tomto případě můžeme opět konstatovat, že studentky gymnázií a středních odborných učilišť projevily shodné znalosti v oblasti pohlavně přenosných chorob.

Z analýzy dat otázky 13., 14. a 15. vyplývá, že nulovou hypotézu nelze zamítnout. Usuzujeme, že zde studentky gymnázií a středních odborných učilišť prokázaly shodné znalosti o pohlavně přenosných chorobách. Proto Hypotézu 4. zamítáme.

Po zpracování získaných dat lze výsledky výzkumu shrnout následovně. Studentky gymnázií prokázaly ve zvolených otázkách lepší znalosti o reprodukčním zdraví. Bylo tedy možné Hypotézu 1. prohlásit za platnou. Hypotéza 2. a 3. byly obě zamítnuty. Hlavní zdroje informací o reprodukčním zdraví u studentek gymnázií byly nalezeny v podobě rodiny, obvodního gynekologa/gynekoložky a internetu. U studentek středních odborných učilišť lze prohlásit za hlavní zdroje informací rodinu a obvodního gynekologa/gynekoložku. Při analýze dat stanovených k Hypotéze 4. byla zjištěna stejná úroveň informovanosti o pohlavně přenosných chorobách u respondentek z gymnázií i středních odborných učilišť. Proto byla Hypotéza 4. také zamítnuta.

5 Diskuse

Výzkumným šetřením jsme chtěli najít odpovědi na stanovené hypotézy z oblasti reprodukčního zdraví. Reprodukční zdraví je nepostradatelnou součástí spokojeného života. Zachovalé reprodukční zdraví jako prostředek reprodukce je nezbytné k zachování lidského rodu.

Výzkumným souborem bylo celkem 160 respondentek. Jednalo se o 79 studentek středních odborných učilišť a 81 studentek gymnázií. Cíle práce byly stanoveny tři. Prvním cílem bylo zmapovat znalosti studentek gymnázií a středních odborných učilišť o reprodukčním zdraví. Druhým cílem bylo zjistit hlavní zdroje informací o reprodukčním zdraví u studentek gymnázií a středních odborných učilišť. Třetí cíl se soustředil na porovnání vědomostí o pohlavně přenosných chorobách u studentek gymnázií a středních odborných učilišť.

Urbanová (2010) uvádí, že mezi základní pilíře reprodukčního zdraví patří schopnost plánovat rodičovství, prevence pohlavně přenosných chorob, prevence a léčba infertility a sterility a péče o matku, novorozence a děti. Z této definice vycházela i otázka 3. z dotazníkového šetření. Respondentky v této otázce měly vybrat odpovědi, které podle nich spadají pod pojem reprodukční zdraví. Jejich odpovědi jsou zobrazeny v Grafu 3. Tato otázka byla vybrána jako odpověď na Hypotézu 1.: Studentky gymnázií mají lepší znalosti o reprodukčním zdraví než studentky středních odborných učilišť. Pod pojmem reprodukční zdraví si respondentky nejčastěji představují schopnost mít děti, informace o menstruačním cyklu a hygieně intimní oblasti. Dále dle respondentek do reprodukčního zdraví spadá prevence nádorů, pohlavně přenosných chorob a zánětlivých onemocnění.

Machová (2002) ve své knize popisuje reprodukční orgány jako pohlavní orgány ženy včetně prsou. Na tento výrok navazovala otázka 7. z dotazníkového šetření, jejíž výsledky, které zobrazuje Graf 8, byly použity k potvrzení či vyvrácení Hypotézy 1. Zajímavé je, že si respondentky pod pojmem reprodukční orgány představují převážně ženské vnitřní pohlavní orgány. Ze statistického zpracování získaných dat u otázek 3 a 7 bylo možné prohlásit Hypotézu 1. za platnou.

Vránová (2010) udává, že k výchově k reprodukčnímu zdraví je nezbytné získat pro spolupráci dospívající, jejich rodiče a také zdravotníky. Zajímalo nás tedy, kdo nebo co jsou pro dospívající dívky hlavními zdroji informací o reprodukčním zdraví. Stanovili jsme dvě základní hypotézy. Hypotéza 2.: Hlavním zdrojem informací o reprodukčním zdraví u studentek gymnázií je odborná literatura. Hypotéza 3.: Hlavním zdrojem informací o reprodukčním zdraví u studentek středních odborných učilišť je internet. Obě hypotézy byly po analýze získaných dat zamítnuty. Graf 4 znázorňuje zdroje informací, které nejčastěji uváděly respondentky z výzkumného souboru. U studentek gymnázií patřily mezi nejfrekventovanější zdroje rodina, obvodní gynekolog nebo gynekoložka a také internet, u studentek středních odborných učilišť to byla rodina a obvodní gynekolog/gynekoložka. Tato informace by měla zaujmout všechny porodní asistentky, protože výchova k reprodukčnímu zdraví patří také do jejich kompetencí. Přesto jako zdroj informací o reprodukčním zdraví u respondentek figurují jen v malém procentu. Porodní asistentku uvedlo jen 11 (14 %) respondentek z gymnázií a jen 1 (1 %) respondentka ze středního odborného učiliště.

Machová (2002) ve své knize uvádí, že by výchova k reprodukčnímu zdraví měla zahrnovat tři roviny – rovinu vzoru, citového vztahu a informací. Rodina by měla poskytovat dítěti všechny tři tyto roviny. V našem výzkumu lze u obou skupin respondentek označit za jeden z hlavních zdrojů informací o reprodukčním zdraví rodinu. Dále nás tedy zajímalo, o jakých tématech rodiče se svými dětmi mluví. Graf 5 znázorňuje odpovědi respondentek na tuto otázku. Všechny z nabízených možností byly velmi frekventované. Dle odpovědí respondentek rodiče nejčastěji mluví se svými dcerami o nástupu menstruačního cyklu a také o antikoncepci. Pouze 6 (8 %) respondentek ze středního odborného učiliště a 2 (2 %) respondentky z gymnázií označily odpověď, že je rodiče o žádném z nabízených témat neudíkvali. Je možné, že tyto respondentky nenašly vhodnou odpověď v nabízených možnostech. Také je ovšem možné, že u těchto respondentek rodiče podcenili rovinu informací v oblasti výchovy k reprodukčnímu zdraví.

Urbanová (2010) píše ve své knize, že nákaza pohlavně přenosnou chorobou může v konečném důsledku způsobit sterilitu, ale v nejzávažnějších případech může končit

až smrtí. Proto by se informace o pohlavně přenosných chorobách měly dostat do centra zájmu celé společnosti. Ve výzkumu nás tedy zajímalo, kolik informací mají studentky gymnázií a studentky středních odborných učilišť o pohlavně přenosných chorobách. Hypotéza 4. předpokládala, že studentky gymnázií budou mít více informací z této oblasti. Analýze byly podrobeny odpovědi na otázky 13., 14. a 15. (Graf 16, 17 a 18). Po statistickém zpracování získaných dat jsme schopni hypotézu zamítnout, protože respondentky ve svých odpovědích prokázaly velmi podobné znalosti. V Grafech 16 a 17 vidíme odpovědi respondentek na otázku účinné ochrany před pohlavně přenosnými chorobami. Kondom figuroval u obou otázek v nadpoloviční většině odpovědí. Ve výzkumném vzorku se ovšem objevily i odpovědi, že za účinnou ochranu lze považovat užívání hormonální antikoncepce. Myslíme si, že by edukace v oblasti pohlavně přenosných chorob měla být důkladnější, protože takové odpovědi by se, podle našeho názoru, objevovat neměly.

Weiss (2010) uvádí, že mezi pozdní následky gynekologických zánětů můžeme zařadit bolestivý pohlavní styk, bolestivou menstruaci, ale také srůsty v břišní dutině, které mohou vést až ke sterilitě. Výtok patří mezi časté příznaky gynekologického zánětu. Dívky by měly být edukovány, že v případě objevení tohoto symptomu je vhodné navštívit svého obvodního gynekologa/gynekoložku. Proto nás ve výzkumném šetření zajímalo, zda by respondentky v případě gynekologického výtoku navštívily svého obvodního gynekologa. Graf 9 ukazuje odpovědi respondentek, kdy by 71 (90 %) studentek středního odborného učiliště a 70 (86 %) studentek gymnázií v případě gynekologického výtoku gynekologa navštívilo.

Dle Vyhlášky 70/2012 Sb. hradí pojišťovny dívkám starším 15 let jednu preventivní prohlídku u obvodního gynekologa každý rok. Zajímalo nás tedy kolik respondentek, které svého obvodního gynekologa či gynekoložku navštěvuje. Graf 10 ukazuje jejich odpovědi. 67 (85 %) respondentek ze středních odborných učilišť a 43 (53 %) respondentek z gymnázií chodí na gynekologické prohlídky. Dále nás zajímala jejich motivace k těmto prohlídkám, kterou znázorňuje Graf 11. Mezi nejčastější odpovědi patřila potřeba předepsat hormonální antikoncepci, kterou zvolilo 55 (82 %) respondentek ze středních odborných učilišť a 30 (70 %) respondentek

z gymnázií. Velmi frekventovanou odpovědí byla také možnost, že by respondentky alespoň jednou za rok měly, kterou označilo 57 (85 %) respondentek ze středních odborných učilišť a 32 (74 %) respondentek z gymnázií.

Fait (2010) v publikaci „Jak učit o antikoncepci“ uvádí, že Pearlův index kombinované hormonální antikoncepce je 0,1 – 0,4. Podle tohoto údaje, se tedy jedná o třetí nejspolehlivější typ antikoncepce. Zajímalo nás tedy, co považují za nejúčinnější ochranu před nechtěným těhotenstvím respondentky a jejich odpovědi jsou graficky znázorněny v Grafu 15. Za nejúčinnější považuje 51 (64 %) respondentek ze středních odborných učilišť a 60 (74 %) respondentek z gymnázií hormonální antikoncepci. U 2 (2 %) respondentek ze středního odborného učiliště se objevila i odpověď přerušovaná soulož a u 1 (1 %) respondentky z gymnázia odpověď výpočet plodných a neplodných dní. Fait (2010) udává Pearlův index u metody přerušované soulože na 8 – 38 a u výpočtu plodných a neplodných dní na 0,2 – 40. Dle těchto údajů se tedy nejedná o příliš spolehlivé metody a respondentky by měly být o této skutečnosti lépe informovány.

Česká onkologická společnost (ČOS) na svých stránkách uvádí údaj, že incidence zhoubných nádorů prsu v České republice stoupá (ČOS, 2014). Z výsledků výzkumu vyplynulo, že si respondentky prsy pravidelně vyšetřují ve velmi nízkém počtu. Graf 20 ukazuje, že pouze 15 (19 %) respondentek ze středních odborných učilišť a 8 (10 %) respondentek z gymnázií si prsy samovyšetřuje pravidelně. Samovyšetření prsů je efektivní metodou sekundární prevence, přesto jej respondentky nevyužívají. U jedné z respondentek se objevila připsaná odpověď, že o riziku karcinomu prsu ví, prsa by si vyšetřovala ráda, ale neví jak. Porodní asistentky by na tento problém měly zaměřit svou pozornost.

Rob (2014) uvádí na stránkách ČOS, že se každých rok v České republice objeví 1000 – 1100 nových případů rakoviny děložního čípku. V České republice je umožněno dívkám se proti nejčastějším typům HPV nechat očkovat za podpory zdravotních pojišťoven. Graf 22 ukazuje, že 76 (96 %) studentek středních odborných učilišť a 79 (98 %) studentek gymnázií je o této možnosti informováno. Graf 23 dokládá, že této možnosti využilo 31 (38 %) respondentek ze středních odborných učilišť

a 38 (47 %) respondentek z gymnázií. Většina respondentek je očkována bivalentní vakcínou Cervarix, což ukazuje Graf 24.

V posledních letech se vedou spory o zařazení či vyřazení sexuální výuky do osnov základního školního vzdělání. Před rokem 2010 probíhala sexuální výchova na základních školách v rámci výchovy ke zdraví. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) dokonce v roce 2009 ve spolupráci s Výzkumným ústavem pedagogickým (VÚP) vydalo příručku pro učitele s názvem „Sexuální výchova – vybraná témata“. V roce 2010 však nastal pro sexuální výuku zlom a tato brožura byla stažena. Výbor na obranu rodičovských práv (VORP) a Hnutí pro život ČR velmi bojují proti sexuální výchově na českých základních školách, mimo jiné také vydáním a distribucí brožury s názvem „Důvody, proč neučit sexuální výchovu“ (Anchell, 2010). Vránová (2010) ve své publikaci uvádí, že by se sexuální výchova měla soustředit na děti již na základních školách. Argumenty, že by výchova v této oblasti mohla vzbudit u mládeže nezdravý zájem o sex, považuje za nepodložené. Proto nás ve výzkumu zajímalo, zda respondentkám v rámci jejich dosavadní školní docházky někdo přednášel o tématech sexuální výchovy respektive výchovy k reprodukčnímu zdraví. Dle výsledků znázorněných v Grafu 6 absolvovalo takovou přednášku 77 (97 %) respondentek ze středního odborného učiliště a 74 (91 %) respondentek z gymnázií. Graf 7 znázorňuje věk respondentek, ve kterém u nich tyto přednášky byly realizovány. Udávané věkové hranice ve většině zapadají do věku povinné školní docházky. Pro vyvrácení či potvrzení téze, že je v citlivém věku dospívání přednášky s tematikou reprodukčního zdraví mohly poškodit, jak tvrdí Anchell (2010) v brožuře „Důvody, proč neučit sexuální výchovu“, by bylo nutné zrealizovat hlubší průzkum. Ovšem vzhledem k tomu, že 53 (67 %) studentek středního odborného učiliště a 62 (77 %) studentek gymnázií (Graf 26) projevilo zájem o další přednášky, předpokládáme, že samotné dospívající dívky projevují zájem o výchovu v této oblasti.

Vzhledem k počtu neplodných párů je zapotřebí se v oblasti reprodukčního zdraví soustředit na primární prevenci. Její metodou může být výchova k reprodukčnímu zdraví. Dotazníkovým šetřením jsme zjistili, že respondentky mají poměrně dobré znalosti o reprodukčním zdraví. Respondentky z gymnázií prokázaly vyšší znalosti

v této oblasti a potvrdily tím Hypotézu 1. Hypotézy 2. a 3. byly po zpracování dat vyvráceny a do popředí zdrojů informací o reprodukčním zdraví vystoupila rodina, obvodní gynekolog/gynekoložka a u respondentek z gymnázií také internet. Hypotéza 4. byla také po analýze dat vyvrácena. Obě skupiny respondentek prokázaly shodné znalosti v oblasti pohlavně přenosných chorob.

Z pohledu porodních asistentek lze říci, že je zapotřebí soustředit pozornost především na edukaci v oblasti samovyšetření prsů. Výsledky výzkumného šetření prokázaly, že v této oblasti mají obě skupiny respondentek výrazné mezery. Samotné respondentky projevíly zájem o problematiku samovyšetření prsů, ale také o ostatní oblasti reprodukčního zdraví. Pro porodní asistentky by mělo být také důležitou informací, že ony samy nepůsobí z pohledu respondentek jako zdroj informací. Myslíme si, že situaci by bylo možné zlepšit realizací seminářů pro porodní asistentky. Tyto semináře by motivovaly porodní asistentky k práci s dospívajícími. Pomohly by jim dostat se k informacím jak s dospívajícími pracovat a komunikovat s nimi o tématech reprodukčního zdraví.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo analyzovat znalosti studentek gymnázií a středních odborných učilišť o reprodukčním zdraví. Reprodukční zdraví jako schopnost páru plánovat vlastní rodičovství a přivést na svět zdravé potomky je základem společnosti. Páry by však měly být na rodičovství připraveny nejen biologicky a psychicky, ale také sociálně. Edukaci v této oblasti si klade za cíl výchova k reprodukčnímu zdraví.

Cíle bakalářské práce byly stanoveny tři. Prvním bylo zmapovat znalosti studentek gymnázií a středních odborných učilišť o reprodukčním zdraví. K tomuto cíli byla stanovena Hypotéza 1., která předpokládala vyšší znalosti z této oblasti u respondentek z gymnázií. Díky analýze získaných dat byla tato hypotéza potvrzena. Druhým cílem bylo zjistit, jaké jsou hlavní zdroje informací o reprodukčním zdraví u studentek gymnázií a středních odborných učilišť. K tomuto cíli byly stanoveny dvě hypotézy. První předpokládala, že hlavním zdrojem informací u studentek gymnázií bude odborná literatura. Druhým předpokladem bylo, že hlavním zdrojem informací u studentek středních odborných učilišť bude internet. Obě tyto hypotézy statistické zpracování dat vyvrátilo. Vzhledem k odpovědím respondentek je možné prohlásit za hlavní zdroje informací rodinu a obvodního gynekologa/gynekoložku, u respondentek z gymnázií navíc ještě internet. Cíl třetí se vztahoval k pohlavně přenosným chorobám. Jeho záměrem bylo zmapovat znalosti respondentek z této oblasti. K tomuto cíli se vztahovala Hypotéza 4., která předpokládala lepší znalosti u studentek gymnázií. Po analýze získaných dat bylo možno tuto hypotézu zamítnout, protože v této konkrétní oblasti prokázaly obě skupiny respondentek shodné znalosti.

Velmi zajímavé výsledky byly zaznamenány v oblasti samovyšetření prsů. Dle výsledků si jen velmi málo respondentek pravidelně vyšetřuje prsy. Myslíme si, že v případě aktivnějšího zapojení porodních asistentek, by mohlo dojít k efektivnějšímu a rozsáhlejšímu šíření informací o podstatě a důležitosti samovyšetřování prsů.

Předkládaná bakalářská práce, tedy její teoretická část, by mohla sloužit jako velmi kusý učební materiál pro budoucí generace studentek oboru Porodní asistentka.

Výsledky výzkumné části by mohly být využity současnými porodními asistentkami. Ukazují jednoznačně na témata, na která by bylo zapotřebí zaměřit pozornost při edukaci dospívajících dívek. Také je v nich možno nalézt informace, o která témata z oblasti reprodukčního zdraví by měly případně zájem samotné respondentky. Porodní asistentka je ideálním edukátorem při výchově k reprodukčnímu zdraví. Poskytuje dospívajícím dívkám informace ověřené a aktuální. Při přednáškách může reagovat na případné dotazy a znalosti dívkám doplnit dle jejich zájmu. Pokroky ve výchově k reprodukčnímu zdraví, které by mohly vést i k většímu počtu spokojených párů schopných přivést na svět vlastní potomky, jsou jedním z cílů porodních asistentek.

7 Seznam informačních zdrojů

ANCHELL, M. Důvody, proč neučit sexuální výchovu. Olomouc: Matice cyrilometodějská, 2010. ISBN: 978-80-904144-1-9. Dostupné z: https://hnutiprozivot.cz/download/sklad/proc_neucit_sexualni_vychovu.pdf

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

BAŠKOVÁ, M. *Výchova ke zdraví*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-320.

ČOS. *Výskyt zhoubných nádorů prsu v ČR*. In: *Linkos.cz* [online]. 2014 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/nadory-prsu-c50/vyskyt-zhoubnych-nadoru-prsu-v-cr/>

ČR. *Předpis č. 373/2011 Sb.: Zákon o specifických zdravotních službách*. In: *Zákony pro lidi. cz* [online]. 2015a [cit. 2015-01-17]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-373>

ČR. *Předpis č. 70/2012 Sb.: Vyhláška o preventivních prohlídkách*. In: *Zákony pro lidi. cz* [online]. 2015b [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70#p1>

ČR. *Zákon č. 96/2004 Sb.: Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních*. In: *Portál veřejné správy* [online]. 2015c [cit. 2015-04-09]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=57523&recShow=5&fulltext=porodn~C3~AD~20asistentka&nr=&part=&name=&rpp=15#parCnt>

ČR. *Zákon č. 55/2011 Sb.: Zákon o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, § 3*. In: *Portál veřejné správy* [online]. 2015d [cit. 2015-04-09]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=73877&recShow=2&fulltext=porodn~C3~AD~20asistentka&nr=&part=&name=&rpp=15#parCnt>

ČR. *Zákon č. 55/2011 Sb.: Zákon o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, § 5.* In: *Portál veřejné správy* [online]. 2015e [cit. 2015-04-09].

Dostupné z:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=73877&recShow=4&fullte=porodn~C3~AD~20asistentka&nr=&part=&name=&rpp=15#parCnt>

DRIÁK, D. Lidské papilomaviry a možnosti prevence. *Acta medicae: Gynekologie*. 2013, roč. 2, č. 4, s. 14-25. ISSN 1805-398X.

DYLEVSKÝ, I. *Základy funkční anatomie člověka*. Praha: Manus, 2007. ISBN 978-80-86571-00-3.

FAIT, T. a kol., Z. *Jak učit o antikoncepci*. Praha: Lebestra – Lásky bez strachu, pořádané Společností pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2010. ISBN 978-80-254-6428-1, [cit. 2015-02-24]. Dostupné z:

http://www.planovanirodiny.cz/labestra/Jak_ucit_o_antikoncepci.pdf.

FAIT, T. *Antikoncepce*. Vyd. 2. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-280-3.

FAIT, T. Očkování proti HPV. *Moderní gynekologie a porodnictví: Gynekologický zánět*. 2011, roč. 20, č. 1, s. 53-63. ISSN 1211-1058.

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

LANGMEIER, J. a kol. *Vývojová psychologie*. Vyd. 4. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

MACHOVÁ, J. a kol. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H&H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.

MAMMA HELP. *Samovyšetření prsu*. In: *Mamma HELP* [online]. 2014 [cit. 2015-01-17]. Dostupné z:

<http://www.mammahelp.cz/wp-content/uploads/2014/09/samovysetreni.pdf>

MAŠATA, J. a kol. Přehled nejčastějších vulvovaginálních infekcí. Možnosti jejich diagnostiky a léčby. *Moderní gynekologie a porodnictví: Gynekologický zánět*. 2011, roč. 20, č. 1, s. 15-40. ISSN 1211-1058.

MAŠATA J. a kol. *Infekce v gynekologii*. Vyd. 2. Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 80-7345-0,38-0.

MERKUNOVÁ, A. a kol. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1521-6.

MOÚ. *12 zásad, jak předcházet vzniku rakoviny*. In: *MOÚ*. [online]. 2015 [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/12-zasad-jak-predchazet-vzniku-rakoviny/t4402>

MŠMTČR . *Sexuální výchova – vybraná témata*. Praha: MŠMT, 2009.

MZČR. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha: MZČR, 2000. ISBN 80-85047-20-9.

MZČR. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou*. In: *MZČR*. [online]. 2014 [cit. 2015-04-09]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html

NEMCOVÁ, J. a kol. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9.

NĚMEC, R. a kol. Prevence HIV infekce. *Sestra*. 2014, roč. 24, č. 1, s. 34-36. ISSN 1210-0404.

NOUZOVÁ, K. Za dveřmi koupelny. Intimní hygiena žen. *Moje zdraví*. 2006, roč. 4, č. 2, s. 42-43. ISSN 1214-3871.

ONDRUŠ J. a kol. *Screening karcinomu děložního hrdla*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-322-0.

PILKA, R. a kol. *Gynekologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-224-3019-5.

ROB, L. *Zhoubné nádory děložního hrdla (čípku)*. In: *Linkos.cz* [online]. 2014 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/gynekologicke-nadory-c51-54-c56-57/zhoubne-nadory-delozniho-hrdla-cipku/>

ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

SÁK, P. *Vybrané kapitoly z gynekologie pro porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. ISBN 978-80-7394-235-9.

SKOVAJSKOVÁ, M. *Rakovina prsu: Prevence*. In: *Mamo.cz* [online]. 2014a [cit. 2015-01-17]. Dostupné z: <http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-verejnost--rakovina-prsu--prevence>

SKOVAJSKOVÁ, M. *Rakovina prsu: Preventivní samovyšetření prsu*. In: *Mamo.cz* [online]. 2014b [cit. 2015-01-17]. Dostupné z:

<http://www.mamo.cz/index.php?pg=pro-verejnost--rakovina-prsu--samovysetreni-prsu>

SLÁMA, J. Cervicitis. *Moderní gynekologie a porodnictví: Gynekologický zánět*. 2011, roč. 20, č. 1, s. 41-45. ISSN 1211-1058.

ŠULISTOVÁ, R a kol. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2012. ISBN 978-80-7394-246-5.

ŠULOVÁ, L. a kol. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-238-4.

THOROVÁ, K. *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1.

URBANOVÁ, E. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovatel'stva a porodnej asistencie*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-343-1.

VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-0841-9.

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

VIGUÉ, J. *Zdravý sexuální život*. Dobřejovice: Rebo Productions CZ, 2006. ISBN 80-7234-537-0.

VRUBLOVÁ, Y. Sexuální potřeby a jejich místo ve vývoji jedince. *Trendy v ošetrovatelství III*. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, Zdravotně-sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7042-351-X, dostupné z: <http://lf.osu.cz/uom/dokumenty/uom-publikace/trendy-iii-2004.pdf>.

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

WHO. *HIV/AIDS*. In: *WHO* [online]. 2015a [cit. 2015-01-17]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/hiv-aids>

WHO. *Sexual and reproductive health*. In: *WHO* [online]. 2015b [cit. 2015-01-17]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/sexual-and-reproductive-health>

WHO. *Sexually transmitted infections*. In: *WHO* [online]. 2015c [cit. 2015-01-17]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/sexually-transmitted-infections/sexually-transmitted-infections>

WHO. *WHO definition of Health*. In: *WHO* [online]. 2003 [cit. 2015-01-16]. Dostupné z: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

8 Přílohy

Příloha 1 – Definice a kompetence porodní asistentky

Příloha 2 – Pohlavní orgány ženy

Příloha 3 – Endokrinní cyklus a fyziologie menstruačního cyklu

Příloha 4 – Stádia vývoje prsou dle Tannerera

Příloha 5 – Stádia vývoje ochlupení dle Tannerera

Příloha 6 - Klasifikace vývoje dívčí puberty

Příloha 1 – Definice a kompetence porodní asistentky

V roce 1972 se WHO, Mezinárodní konfederace porodních asistentek (International Confederation of Midwives = ICM) a Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (International Federation of Gynecology and Obstetrics = FIGO) podílely na vypracování dokumentu, který definuje porodní asistentku. Tímto dokumentem je Definice porodní asistentky (Definition of the Midwife). Současné znění bylo přijato v roce 2005 na kongresu IMC. „*Porodní asistentka je osoba, která úspěšně ukončila vzdělávací program, uznávaný v dané zemi, vycházející z dokumentů „Nezbytné dovednosti (kompetence) pro základní praxi porodní asistentky“ a z rámce „Globálních požadavků na vzdělávání porodních asistentek“, která dosáhla nezbytné kvalifikace, aby byla registrovaná a/nebo aby mohla získat povolení k výkonu povolání porodní asistentky a používat označení porodní asistentka, a která vykazuje potřebné znalosti a dovednosti pro praktický výkon povolání porodní asistentky.*“ (MZČR, 2014).

Dle zákona 96/2004 Sb. (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) § 6 se výkon povolání porodní asistentky považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, tzn. na úseku gynekologie a porodnictví. Porodní asistentka se ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péči. Dle zákona 55/2011 Sb. (Zákon o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků) § 3 odstavce 1 je porodní asistentka kompetentní poskytovat zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy. Dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, vede zdravotnickou dokumentaci, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení, poskytuje pacientkám informace v rámci své odborné způsobilosti, podílí se na přípravě standardů a podílí se taktéž na vzdělávání druhých. Dle § 5 stejného zákona lze za odbornou způsobilost porodní asistentky považovat péči o ženy těhotné, rodící a v šestinedělí a o pacientky z úseku gynekologie. Porodní asistentka může samostatně poskytovat informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, připravovat ženy na porod, ošetřovat novorozence a poskytovat rady ohledně antikoncepce. Smí samostatně radit ženám v otázkách sociálně - právních a případně žene takovou pomoc zajistit. Porodní

asistentka je kompetentní k návštěvám žen a sledování jejich zdravotního stavu v domácím ošetřování ať už se jedná o ženy těhotné, po porodu nebo pacientky gynekologicky nemocné. Podporuje ženy v péči o novorozence, radí jim ohledně kojení a předchází komplikacím s kojením. Diagnostikuje těhotenství a pečuje o ženu během fyziologického těhotenství, v případě rizika převede ženu do péče k lékaři. Je kompetentní sledovat stav plodu v děloze, umí rozpoznat u plodu i matky příznaky patologií a včas zahájí či zajistí jejich řešení. Porodní asistentka připravuje rodičku k porodu a pečuje o ni ve všech dobách porodních, pokud se jedná o fyziologickou graviditu a porod bez známek patologie. Vede porod včetně nástřihu hráze (pokud je nutný), ošetřuje u ženy porodní a poporodní poranění a pečuje o ni do 6 týdnů po porodu. V neodkladných případech (čímž rozumíme situaci nebo výkon vedoucí k záchraně života) vede také porod v poloze plodu koncem pánevním. Může bez odborného dohledu poskytovat ošetrovatelskou péči fyziologickému novorozenci. Pod přímým vedením může asistovat u komplikovaného porodu, při gynekologických výkonech, instrumentovat na operačních sálech při porodu. Porodní asistentka přijímá, kontroluje a ukládá léčivé přípravky a manipuluje s nimi a zajišťuje jejich dostatek. Smí přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a samozřejmě jejich dostatečnou zásobu (ČR, 2015c; ČR, 2015d, ČR, 2015e).

Porodní asistentka je tedy oprávněná poskytovat informace a poradenství týkající se plánování rodičovství, monitorovat fyziologické těhotenství, doporučovat vyšetření, která povedou k včasné diagnostice rizikového těhotenství. Dále smí poskytovat poradenství a přípravu k rodičovství včetně komplexní přípravy k porodu a pečuje o nastávající matky (včetně asistence u porodu a vedení fyziologického porodu). Musí umět rozpoznat abnormality u matky nebo dítěte a včas o nich informuje lékaře nebo sama urgentně zasahuje. Smí vyšetřovat novorozence a poskytovat mu adekvátní péči. Pečuje i o rodičku v postnatálním období. Zajišťuje léčebné postupy, které předepsal lékař a vede o všem dokumentaci. Vzhledem ke kompetenci poskytování informací a poradenství o plánování rodičovství, je porodní asistentka

oprávněná pečovat i o reprodukční zdraví v jakémkoliv věku a svými intervencemi předchází budoucím rizikům či poškození této schopnosti (MZČR, 2000).

Příloha 2 – Pohlavní orgány ženy

Zevní pohlavní orgány

Velké a malé stydké pysky jsou hranicí poševního vchodu, který může být částečně uzavřen také panenskou blánou. Velké stydké pysky jsou kožní řasou, která je vyplněná tukem. Na zevní straně jsou silněji pigmentovány a od nástupu rozvoje sekundárních pohlavních znaků pokryty ochlupením. Malé stydké pysky jsou menší slizniční řasy.

Vestibulární žlázy, jejichž hlavním zástupcem je Bartholinská žláza, jsou uloženy pod sliznicí poševního vchodu. Hlavním úkolem těchto žlázek je produkovat sekret, který zvlhčuje poševní vchod především během pohlavního styku.

Poštěváček je topořivé tělísko svou stavbou odpovídající penisu, které spolu s párovými topořivými tělisky zvyšuje u žen citlivost pohlavního styku. Na uskutečnění pohlavního styku ovšem nemá žádný vliv.

Vnitřní pohlavní orgány

Pochva funguje jako spojnice mezi zevními pohlavními orgány a dělohou. Pochva svou stavbou připomíná trubici, která se upíná k děložnímu hrdlu a stěny pochvy obkružováním děložního hrdla tzv. klenby poševní. Mezi pochvou a sponou stydkou prochází močová trubice a za pochvou se nalézá konečník. Sliznice pochvy neobsahuje žádné žlázy. V pochvě je díky mikroorganismům kyselé prostředí, které chrání před choroboplodnými zárodky. Ty do pohlavních orgánů nejčastěji pronikají ascendentní cestou.

Děloha je orgánem tvaru předozadně oploštělé hrušky. Skládá se z těla děložního a hrdla děložního. Děložní tělo nahoře ohraničuje děložní dno, které po stranách přechází v děložní rohy. Z nich odstupují vejcovody. Stěna děložní má 3 vrstvy. Uvnitř vystýlá dělohu děložní sliznice (endometrium), na které navazuje děložní svalovina. Děložní sliznice prodělává cyklické změny v rámci menstruačního cyklu v závislosti na hormonálních hladinách. Děložní svalovina (myometrium) spirálovitě přechází

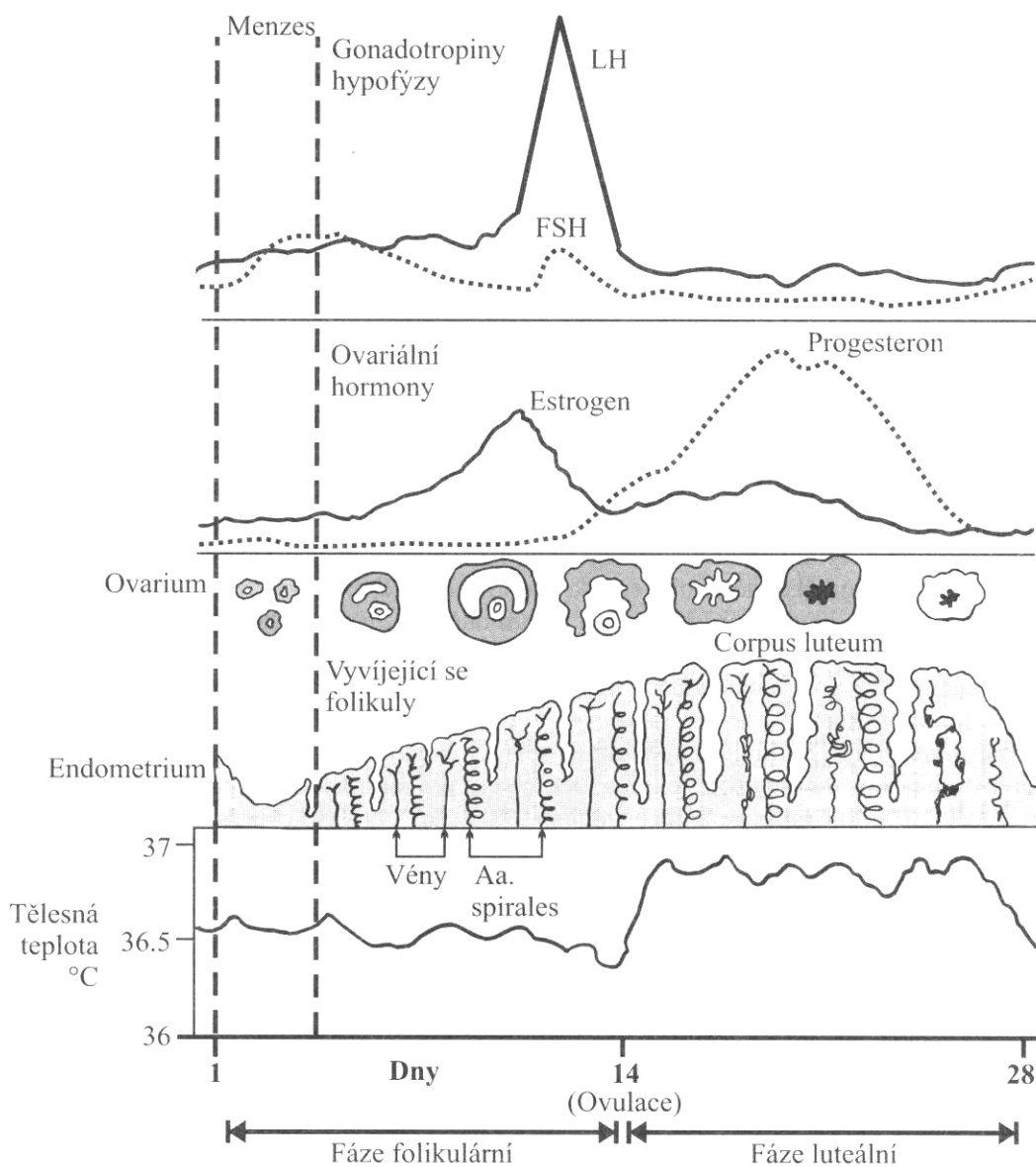
od děložních rohů až na hrdlo děložní. Zevní vrstvou je vazivo (parametrium), které přechází i do okolí dělohy a děložních vazů.

Děložní vazy patří mezi podpůrný a závěsný aparát dělohy. Jeho funkcí je udržet dělohu ve stálé poloze.

Vejcovody jsou dutým, trubicovitým orgánem, který odstupuje z děložních rohů. Jsou dlouhé asi 13 centimetrů. Vnitřní ústí vejcovodů má pohyblivé řasy, které po ovulaci zachytí vajíčko. Stěna vejcovodu je z hladké svaloviny, která svým rytmickým smršťováním posunuje vajíčko směrem k děloze. Uvnitř jsou vejcovody kryty řasinkami, které kmitají směrem do dělohy a posun vajíčka také usnadňují.

Vaječníky jsou pohlavní žlázou. Jejich hlavní úkoly jsou zajištění zrání vajíček a jejich uvolnění a produkce hormonů. Dělí se na kůru a dřeň a vajíčka dozrávají ve folikulech právě v kůře vaječnicků. U dospělé ženy mají přibližně velikost zralé švestky. V pánvi jsou uchyceny řasou pobřišnice, která přechází i na část povrchu vaječnicku. Povrch vaječnicků je do dospívání hladký, po začátku tvorby pohlavních hormonů se jeho povrch zvrásní jizvičkami po uvolněných vajíčkách (Dylevský, 2007; Merkunová, 2008).

Příloha 3 – Endokrinní cyklus a fyziologie menstruačního cyklu



Obr. 14 Menstruační cyklus. Změny hormonálních hladin v krvi v průběhu 28-denního menstruačního cyklu s asociovanými změnami ve vývoji folikulů ovulaci (folikulární fáze), formace a degenerace corpus luteum (luteální fáze), cyklický růst a degenerace děložního endometria, a změny bazální teploty.

Zdroj: PILKA, R. a kol. *Gynekologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, s. 14. ISBN 978-80-224-3019-5.

Příloha 4 – Stádia vývoje prsou dle Tannera

M1	Zcela bez rozvoje prsní žlázy
M2	Žlázové těleso hmatné jen v rozsahu dvorce
M3	Rozsah žlázového tělesa přesahuje dvorec
M4	Prs je velký, morfologicky nezralý, dvorec na d obrysem vlastního prsu, málo nebo nepigmentovaný, bradavka není erektilní
M5	Dvorec splývá s obrysem prsu, ohraničen Montgomeryho žlázkami, hyperpigmentace, bradavka je erektilní

Zdroj: ŠULOVÁ, L. a kol. Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-238-4

Příloha 5 – Stádia vývoje ochlupení dle Tannera

Vývoj ochlupení na hrmě:

Ph1	Zcela bez ochlupení
Ph2	Ojedinele chloupky na hrmě a stydkých pyscích
Ph3	Chlupy v tenkém klínovitém trojúhelníku na hrmě
Ph4	Chlupy po celé hrmě, vynechání jen zevních úhlů stydkého trojúhelníku
Ph5	Chlupy po celé hrmě, směrem nahoru končí ostrou rovnou hranicí, pokrývají celé velké stydké pysky a částečně přecházejí až na vnitřní stranu stehen

Vývoj ochlupení v podpaží:

A1	Žádné ochlupení
A2	Rostoucí chloupky

Zdroj: ŠULOVÁ, L. a kol. Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-238-4

Příloha 6 - Klasifikace vývoje dívčí puberty

Stádium	Charakter stádia	Obvyklý věk
P1 – prepuberta	Bez rozvoje sekundárních pohlavních znaků (M1, Ph1, A1)	do 9 až 10 let
P2 – raná puberta	Začínající růst prsů, sporé ochlupení (M2, Ph2, A1)	10-11 let
P3 – střední puberta	Další vývoj prsů, řídké ochlupení (M3-4, Ph3-4, A2)	11-12 let
P4 – pozdní puberta	Prsy vyvinuté, ochlupení husté (M5, Ph5, A2)	12-13 let
P5 - adolescence	P4 + adolescence	Průměr 12 let a 7 měsíců

Zdroj: ŠULOVÁ, L. a kol. Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-238-4

Dotazník k bakalářské práci na téma Reprodukční zdraví u dospívajících dívek

Vážené studentky,

jmenuji se Tereza Štachová a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia oboru Porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Touto formou bych vás ráda požádala o vyplnění předloženého dotazníku, jehož výsledky budou použity ve výzkumné části mé bakalářské práce. Dotazník je **anonymní** a odpovědi prosím dopisujte, zaškrtněte nebo zakroužkujte. Děkuji za ochotu i váš čas.

Tereza Štachová

1. Věk:
2. Studovaná střední škola:
3. Pojem reprodukční zdraví podle vás zahrnuje? (možnost zaškrtnutí více odpovědí)
 - A) ASchopnost mít děti
 - B) Plánování rodičovství
 - C) Výchovu k manželství a rodičovství
 - D) Antikoncepci
 - E) Menstruační cyklus
 - F) Hygienu intimní oblasti
 - G) Informace o prevenci nádorových onemocnění reprodukčních orgánů
 - H) Sexuální spokojenost
 - I) Informace o pohlavně přenosných chorobách
 - J) Informace o infekcích napadajících pohlavní orgány
4. Kdo je pro vás zdrojem informací o reprodukčním zdraví? (možnost více odpovědí)
 - A) Učitelé
 - B) Rodina
 - C) Obvodní gynekolog/gynekoložka
 - D) Porodní asistentka v ordinaci obvodního gynekologa/gynekoložky
 - E) Kamarádky/spolužačky
 - F) Internet
 - G) Časopisy
 - H) Odborné knížky

5. Mluvili s vámi rodiče o tématech jako je:

- A) Nástup menstruace
- B) Zahájení pohlavního života
- C) Intimní hygiena
- D) První pohlavní styk
- E) Sexuálně přenosné choroby
- F) Používání antikoncepce
- G) Těhotenství
- H) Nemluvili

6. Přednášel vám někdy někdo o tématech jako např. menstruační cyklus, pohlavní styk, antikoncepce, pohlavně přenosné choroby v rámci výuky?

- ANO
- NE

* pokud ano kolik vám bylo let?

7. Zakroužkujte, které orgány podle vás patří do reprodukčního systému ženy:

- A) Malé a velké stydké pysky
- B) Poštěváček
- C) Pochva
- D) Děloha
- E) Vejcovody
- F) Vaječníky
- G) Prsy

8. Pokud zjistí dívka výtok z oblasti pohlavních orgánů, který může být různého zabarvení i konzistence, měla by podle vás navštívit svého gynekologa?

- ANO
- NE
- NEVÍM

9. Docházíte na pravidelné gynekologické prohlídky?

- ANO
- NE
- ZATÍM NE

* pokud ne nebo zatím ne přejděte k otázce č. 11

10. Proč navštěvujete svého gynekologa/gynekoložku? (možnost vybrat i více odpovědí)

- A) Potřebuji předepsat antikoncepci
- B) Protože by se to jednou za rok mělo
- C) Vyžadují to po mě rodiče
- D) Kamarádky tam chodí taky
- E) Mám časté gynekologické obtíže

11. Užíváte v současné době nějakou metodu antikoncepce?

- ANO
- NE

* pokud ano jakou a proč, pokud ne proč??

12. Která z vyjmenovaných antikoncepčních metod podle vás nejlépe chrání uživatelku před otěhotněním? (pouze jedna odpověď)

- A) Hormonální antikoncepce
- B) Kondom
- C) Přerušovaná soulož
- D) Výpočet plodných a neplodných dní
- E) Žádná

13. Která z následujících antikoncepčních metod chrání její uživatelku nejlépe před pohlavně přenosnými chorobami? (pouze jedna odpověď)

- A) Nemít pohlavní styk
- B) Užívat hormonální antikoncepci
- C) Používat kondom
- D) Přerušit soulož před partnerovým vyvrcholením
- E) Nestřídat partnery

14. Před nákazou HIV při pohlavním styku se lze účinně chránit užíváním: (pouze jedna odpověď)

- A) Hormonální antikoncepce
- B) Přerušovanou souloží
- C) Používáním kondomu
- D) Nelze

15. Lze se pohlavně přenosnou chorobou nakazit i jinak než pohlavním stykem?

- ANO
- NE

*pokud ano jak?:

16. Provádíte pravidelně samovyšetření prsu?

ANO

NE

*pokud ano proč?

17. Informoval vás někdo o možnosti očkování proti rakovině děložního čípku?

ANO

NE

18. Jste očkována proti rakovině děložního čípku?

ANO

NE

*pokud ano jakou vakcínou? (Cervarix, Silgard)

19. Která z nabízených možností patří podle vás k nejvíce rizikovým faktorům vzniku rakoviny děložního čípku? (jen jedna odpověď)

A) Vyšší věk, obezita, kouření

B) Těhotenství, porod

C) Střídání sexuálních partnerů, zahájení pohlavního života velmi brzy, pohlavní styk bez ochrany

20. Pokud by byla možnost, měly byste zájem o přednášky týkající se reprodukčního zdraví?

ANO

NE

21. Zaškrtněte, jaká témata by taková přednáška měla podle vašeho zájmu obsahovat: (možnost označit i více odpovědí)

A) Menstruační cyklus

B) Hygienické pomůcky v době menstruačního cyklu

C) Intimní hygiena

D) Antikoncepce

E) Pohlavně přenosné choroby

F) První pohlavní styk

G) Sex jako součást partnerství

H) Plánování rodičovství

I) Jiné: (doplňte)

22. Pokud by taková přednáška byla realizovaná na vaší škole, jak byste chtěly, aby probíhala?

- A) Jednotlivě
- B) Ve dvojicích
- C) Skupinka dívek
- D) Celá třída
- E) Je mi to jedno