



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Znalosti dospívajících dívek o těhotenství, porodu,
antikoncepci**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Pavlína Kunteová

Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Znalosti dospívajících dívek o těhotenství, porodu, antikoncepci, jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě 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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 11. 8. 2021

.....

Pavλίna Kunteová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Romaně Belešové, za odborné vedení, cenné rady, za její velkou trpělivost a čas věnovaný konzultacím. Rovněž děkuji všem dospívajícím dívkám, které mi byly ochotné vyplnit dotazník. Ráda bych ještě poděkovala panu Mgr. Zdražilovi, za ochotu a pomoc s výzkumným šetřením a zpracováním výsledků výzkumu. V neposlední řadě patří mé díky i mojí rodině, která mě během studia podporovala.

Znalosti dospívajících dívek o těhotenství, porodu, antikoncepci

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem Znalosti dospívajících dívek o těhotenství, porodu, antikoncepci, se zaměřuje na míru informovanosti dospívajících dívek o těhotenství, porodu a antikoncepci.

V teoretické části bakalářské práce jsou rozebrána vývojová stádia člověka od početí po stáří. Zvláštní kapitola je věnována období adolescence a rizikovému chování adolescentů v této etapě jejich života, jelikož respondentkami jsou právě dospívající dívky. Dále teoretická část obsahuje období těhotenství, fáze porodu a druhy antikoncepce. Protože je velmi podstatné, aby dospívající dívky dostávaly informace o antikoncepci, těhotenství a porodu, je v poslední kapitole zmíněna důležitost edukace dospívajících dívek porodní asistentkou a jejich společné komunikace.

Ve výzkumném šetření byl zvolen kvantitativní způsob a sběr dat probíhal formou nestandardizovaného dotazníku, který byl uveřejněn na sociálních sítích. Dotazník se skládal z 28 otázek, z nichž 19 bylo uzavřených a 9 polouzavřených. Data, která byla výzkumným šetřením získána, byla zpracována a vyhodnocena pomocí počítačového programu Microsoft Excel. K jednotlivým otázkám dotazníku byly vytvořeny grafy, které zobrazují odpovědi dospívajících dívek. Výzkumný soubor tvořilo 71 respondentek ve věku od 16 do 20 let.

Cílem této práce bylo zjistit, zda mají dospívající dívky znalosti o těhotenství, porodu a antikoncepci.

Pro výzkumnou část bylo stanoveno šest hypotéz. První hypotéza měla zjistit, zda dospívající dívky ve věku 18-20 let mají více informací o těhotenství než dívky od 16-17 let. Tato hypotéza byla vyvrácena. Druhá hypotéza zněla: Dospívající dívky ve věku 18-20 let mají více informací o porodu než dívky od 16-17 let. Druhá hypotéza byla také vyvrácena. Třetí hypotéza: Dospívající dívky ve věku 18-20 let mají více informací o antikoncepci než dívky od 16-17 let. Tato hypotéza byla potvrzena. Čtvrtá hypotéza: Dospívající dívky na středních zdravotnických školách mají více znalostí o těhotenství než dospívající dívky na gymnáziích a středních školách bez maturity. Čtvrtá hypotéza byla při výzkumu

potvrzena. Pátá hypotéza měla zjistit, zda dospívající dívky na středních zdravotnických školách mají více znalostí o porodu než dospívající dívky na gymnáziích a středních školách bez maturity. Tato hypotéza byla vyvrácena. Poslední, šestá hypotéza zněla: Dospívající dívky na středních zdravotnických školách mají více znalostí o antikoncepci než dospívající dívky na gymnáziích a středních školách bez maturity. Tato hypotéza byla vyvrácena.

Klíčová slova: Adolescence, antikoncepce, dospívající dívka, edukace, komunikace, porod, rizikové chování, těhotenství, vývojová období

Knowledge of teenage girls about pregnancy, childbirth, contraception

Abstract

The bachelor's thesis entitled Knowledge of adolescent girls about pregnancy, childbirth, contraception, focuses on the level of awareness of adolescent girls about pregnancy, childbirth and contraception.

The theoretical part of the bachelor's thesis deals with the developmental stages of man from conception to old age. A special chapter is devoted to the period of adolescence and risky behavior of adolescents - at this stage of their lives, because the respondents are adolescent girls.

Furthermore, the theoretical part contains the period of pregnancy, the stage of childbirth and types of contraception. Because it is very important for adolescent girls to receive information about contraception, pregnancy and childbirth, the last chapter mentions the importance of educating adolescent girls by midwives and their communication together.

In the research survey, a quantitative method was chosen and data collection took place in the form of a non-standardized questionnaire, which was published on social networks. The questionnaire consisted of 28 questions, of which 19 were closed and 9 semi-closed. The data obtained by the research survey were processed and evaluated using a computer program Microsoft Excel. Graphs were created for each questionnaire, which shows the answers of adolescent girls. The research group consisted of 71 respondents aged 16 to 20 years.

The aim of this work was to find out whether adolescent girls have knowledge about pregnancy, childbirth and contraception.

Six hypotheses were established for the research part. The first hypothesis was to find out whether adolescent girls aged 18-20 have more information about pregnancy than girls aged 16-17. This hypothesis was refuted. The second hypothesis was: Adolescent girls aged 18-20 have more information about childbirth than girls aged 16-17. The second hypothesis was also refuted. Third hypothesis: Adolescent girls aged 18-20 have more information about contraception than girls aged 16-17. This hypothesis was confirmed. Fourth hypothesis: Teenage girls in secondary medical schools have more

knowledge about pregnancy than teenage girls in grammar schools and high schools without a high school diploma. The fourth hypothesis was confirmed in the research. The fifth hypothesis was to find out whether adolescent girls in secondary medical schools have more knowledge about childbirth than adolescent girls in high schools and high schools without a high school diploma. This hypothesis was refuted. The last, sixth hypothesis was: Teenage girls in secondary medical schools have more knowledge about contraception than teenage girls in grammar schools and high schools without a high school diploma. This hypothesis was refuted.

Key words: Adolescence, contraception, adolescent girl, education, communication, childbirth, risk behavior, pregnancy, developmental periods

OBSAH

Úvod	10
1 Současný stav	11
1.1 Vývojová období.....	11
1.2 Charakteristika adolescence.....	17
1.2.1 Fyzické a psychické změny u dospívající dívky.....	18
1.2.2 Rizikové chování.....	19
1.3 Těhotenství.....	20
1.3.1 Známky těhotenství.....	21
1.3.2 Změny organismu v těhotenství.....	21
1.4 Porod.....	23
1.4.1 První doba porodní.....	23
1.4.2 Druhá doba porodní.....	24
1.4.3 Třetí doba porodní a poporodní období.....	24
1.4.4 Komplikace při porodu.....	25
1.5 Antikoncepce.....	25
1.5.1 Dělení antikoncepce.....	26
1.5.2 Komplikace při užívání antikoncepce.....	29
1.6 Edukace dospívající dívky porodní asistentkou.....	29
1.7 Komunikace porodní asistentky s dospívající dívkou.....	30
2 Cíle práce, hypotézy a operacionalizace pojmů	33
2.1 Cíl práce.....	33

2.2	Hypotézy.....	33
2.3	Operacionalizace pojmů	33
3	Metodika výzkumu.....	34
3.1	Metodika a technika výzkumu.....	34
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	34
4	Výsledky výzkumu.....	36
4.1	Grafické výsledky dotazníkového šetření.....	36
4.2	Interpretace dotazníkového šetření.....	37
4.3	Testování hypotéz.....	52
5	Diskuze.....	60
6	Závěr.....	66
7	Seznam použité literatury.....	68
8	Přílohy.....	76
9	Seznam použitých zkratk.....	83

Úvod

Během mé odborné a individuální praxe na porodním sále, ošetrovatelské jednotce šesti-
nedělí a gynekologie, jsem se setkala s několika dospívajícími dívkami, které přišly buď
do prenatální poradny, nebo jsem byla přítomna přímo u jejich porodu. Byla jsem velmi
překvapena počtem dospívajících rodiček. Při návštěvě dívek v prenatální poradně nebo
při přijetí na oddělení, jsem s nimi sepisovala anamnézu a během naší komunikace, jsem
si všimla, že na některé otázky týkající se jejich těhotenství, nedokázaly odpovědět. Z roz-
hovorů jsem zjistila, že všechna těhotenství dívek byla neplánovaná.

Tyto zkušenosti nás motivovaly k tomu, abych si vybrala téma Znalosti dospívajících
dívek o těhotenství, porodu, antikoncepci. Cílem bakalářské práce bylo zjistit informa-
nost o těhotenství, porodu a antikoncepci u dívek ve věku 16, 17, 18, 19 a 20 let. Dále
jsme se snažily zjistit, odkud dívky svoje znalosti o těhotenství, porodu a antikoncepci
získávají, zda by o této problematice uvítaly více informací a jestli dostatek informací o
těhotenství, porodu a antikoncepci může ovlivnit nechtěné otěhotnění u dospívajících dí-
vek. Také nás zajímalo, zda je informovanost dívek závislá na věkové kategorii a typu
školy, kterou dospívající dívky navštěvují.

Dostatečnou a včasnou informovaností dospívajících dívek o těhotenství, porodu a anti-
koncepci, by se mohlo zabránit nechtěným těhotenstvím, snížit počet interrupcí, předejít
nákazám pohlavními chorobami a možným psychickým, sociálním a společenským pro-
blémům dívek.

1 Současný stav

1.1 Vývojová období

V této podkapitole budou obecně rozebrána jednotlivá období ve vývoji jedince.

Vývoj je procesem tělesných, duševních a sociálních změn člověka v průběhu celého jeho života (Helus, 2011). Vývojová období dělíme na prenatalní (nitroděložní) a postnatální (Průcha, 2017). Prenatální vývoj se člení na germinální, embryonální a fetální (Thorová, 2015). Postnatální vývoj je rozdělován na období novorozenecké, kojenecké, batolecí, předškolní, školní, pubertální, adolescentní, dospělosti a stáří (Thorová, 2015).

První fází vývoje je období prenatalní, které začíná oplozením vajíčka spermií a končí porodem plodu (Otová, Mihalová, 2014).

Germinální vývoj nastává splynutím spermie s vajíčkem, kdy po oplození vznikne z vajíčka zygota (Machová, 2016). Ta se dělí, nejdříve na dvě stejné buňky, poté každá z nich znovu na dvě, až do počtu 64 (Řičan, 2014). Všechny buňky se transportují do děložní dutiny, kde se zygota mění na morulu a následně na blastocystu (Roztočil et al., 2017). Během 6. – 15. dne po oplození se blastocysta uhnízdí v děloze, resp. v děložní sliznici (Machová, 2016). Začíná se utvářet trofoblast, ze kterého vzniká placenta a embryoblast, který vytváří embryo (Thorová, 2015). Přibližně v druhém týdnu těhotenství nazýváme jedince embryem (Machová, 2016).

Od 3. týdne těhotenství začíná embryonální období (Machová, 2016). Toto období je považováno za obzvláště citlivé na účinky životního prostředí, jelikož embryo je velmi náchylné na škodlivé vlivy (Machová, 2016). Následuje utváření zárodečného listu ektodermu, ze kterého později vzejde nervová soustava, vlasy a nehty (Roztočil et al., 2017). Dalším zárodečným listem je mezoderm, který utváří urogenitální systém, svaly, krev a cévy (Slípka, Tonar, 2019). V této fázi je celé embryo uloženo ve vnitřním obalu amnionu a v zevním obalu chorionu (Machová, 2016). Splynutím těchto obalů se vytváří pupečník, který spojuje plod s placentou. Hlavní funkcí pupečníku je zásobit plod kyslíkem a živinami (Novotný, Hruška, 2015). Placenta je důležitým orgánem, který zabezpečuje výživu vyvíjejícího se plodu a je také velmi důležitá pro tvorbu hormonů v těhotenství (Hájek et al., 2014). Zásadní pro vývoj embrya je plodová voda, která slouží jako ochrana před otřesy, jež jsou způsobeny pohyby matky a současně plodová voda zajišťuje pohyblivost

plodu (Machová, 2016). Koncem 3. týdne se začínají utvářet shluky buněk, ze kterých vzniknou jednotlivé orgány (Thorová, 2015). V 6. týdnu se vyvíjí končetiny, ústa, nos a víčka (Hájek et al., 2014). V 8. týdnu má obličej embrya lidskou podobu a jeho končetiny jsou utvořeny (Roztočil et al., 2017). Embryonální období končí v 10. týdnu po oplodnění a následuje období fetální (Hájek et al., 2014).

Fetální období začíná 3. měsícem po oplodnění a končí porodem (Roztočil et al., 2017). Od tohoto období se embryo nazývá plodem (Roztočil et al., 2017). Plod začíná růst, přibývá na váze a spolu s ním se zvětšuje i děloha (Sadler et al., 2011). V 16. týdnu se objevují známky nehtů, vlasů a kůže pokrývá chmýří zvané lanugo (Hájek et al., 2014). Plod reaguje na podněty kolem sebe, jako je změna polohy, tlak, bolestivé podněty, zvuky či světlo (Říčan, 2014). Je prokázáno, že plod je schopen se učit a dokáže si vytvářet podmíněné reflexy, například v ochutnávání plodové vody (Říčan, 2014). Když není v plodové vodě chuťově dobrá látka, plod pije méně, naopak, pokud je plodová voda sladká, vypije více než obvykle (Říčan, 2014). V 9. měsíci je plod plně vyvinut (Thorová, 2015). U ženského pohlaví jsou malé stydké pysky překryty velkými stydkými pysky (Thorová, 2015). Fetální období je ukončeno porodem plodu (Machová, 2016).

Po porodu nastává novorozenecké období, které trvá 4–6 týdnů (Thorová, 2015). Po opuštění těla matky se novorozenec začíná přizpůsobovat externímu prostředí (Hájek et al., 2014). Pokud je novorozenec donošený, váží okolo 3000 g–4000 g a měří kolem 50 cm (Machová, 2016). Délku a váhu novorozence ovlivňuje několik faktorů, jako je například pohlaví, zdravotní stav nastávající matky během těhotenství, její výživa a životospráva před a během těhotenství (Machová, 2016). Po porodu je důležité nejenom zvážení a změření, ale i zhodnocení celkového stavu novorozence (Blatný et al., 2017). Ke zhodnocení slouží Apgar scóre, které sleduje dech, akci srdeční, barvu kůže, reakci na podráždění a svalový tonus (Muntau, 2014).

Fyziologický novorozenec zvládá používat základní reflexy, které jsou důležité pro jeho přežití (Říčan, 2014). Mezi tyto reflexy se řadí obranný reflex, úchopový reflex, sací a pátrací, polykací a vyměšovací (Blatný et al., 2017). Pod obranný reflex patří křik, kýčání, zívání či odvracení hlavy novorozence při mytí (Říčan, 2014). Další je reflex úchopový, který slouží k úchopu předmětu (Hanáková et al., 2015). Tento reflex je možný pozorovat často při kojení, kdy novorozenec svírá a otevírá dlaň (Gregora, Dokoupilová,

2016). Jedněmi z nejdůležitějších reflexů novorozence jsou sací a pátrací, které napomáhají příjmu potravy (Muntau, 2014). Pátrací reflex je charakterizován hledáním prsu matky, kdy novorozenec otevře pusku, aby se mohl přisát (Říčan, 2014). Následuje sací a polykací reflex, který umožňuje sání a polykání mateřského mléka z prsu matky (Muntau, 2014). Posledním důležitým reflexem je reflex vyměšovací, sloužící k vyměšování moči a stolice (Říčan, 2014).

Smyslové schopnosti novorozence jsou již výrazně rozvinuty. Je dokázané, že novorozenec má dobře vyvinutý sluch, kdy dává přednost především zvukům řeči matky (Blatný et al., 2017). Hlas matky dokáže novorozenec odlišit od jiných ženských hlasů (Blatný et al., 2017). Čich je také velmi důležitou schopností novorozence. Právě čichem hledá novorozenec bradavku, dokáže rozeznat vůni matky i jejího mléka (Thorová, 2015). Na nepříjemné pachy novorozenec reaguje pohybem úst či odvrácením hlavy (Thorová, 2015). Zrakové vnímání novorozence bývá po porodu periferní, kdy novorozenec stejnosměrně sleduje prostor a pohybující se předmět (Šulová, 2019). Po dvou týdnech od porodu dokáže novorozenec zachytit i nepohybující se předmět a také vidět ostré barvy (Thorová, 2015). Co se týká motorické schopnosti, je charakteristické neudržení hlavy novorozence, kdy při přenášení je nutná podpora hlavy například od matky (Thorová, 2015). Novorozenec většinou v prvních měsících leží v poloze na zádech či na břiše (Blatný et al., 2017).

Po novorozeneckém období nastává období kojenecké, které začíná 1. měsícem života a končí 1. rokem života (Gregora, Dokoupilová, 2016). Za první rok se dítě fyzicky i psychicky vyvíjí rychleji než kdykoliv jindy (Říčan, 2014). Mezi fyzické změny patří hrubý a jemný motorický vývoj (Thorová, 2015). Hrubá motorika je charakterizována tím, že kojeneček, který leží na břiše, dokáže udržet hlavu vzpřímenou (Sobotková, Dittrichová, 2012). Následně v této poloze kojeneček začíná zvedat končetiny, poté leze, sedí a na konci kojeneckého období jsou zaznamenávány počátky chůze (Thorová, 2015). Jemná motorika začíná vymizením novorozeneckého úchopového reflexu (Machová, 2016). Tento reflex se mění na volnou úchopovou schopnost ruky, kdy kojeneček tluče předměty o podlahu (Thorová, 2015). Na konci kojeneckého věku je typický pinzetový úchop, kdy je palec proti ukazováčku naplocho (Hudák, Kachlík et al., 2017). Mezi fyzickou změnu se řadí i vývoj zraku, který prošel od novorozeneckého období značným vývojem. Ve druhém měsíci je kojeneček schopný vnímat oběma očima, tudíž fixovat všechny předměty (Machová, 2016). Ve čtvrtém měsíci dokáže kojeneček rozlišovat syté barvy, které v osmém měsíci vidí už ostře (Thorová, 2015). Vývoj řeči je také nedílnou součástí kojeneckého období.

Kojenec ze začátku začíná vydávat zvuky (žvatlání), kterými dává najevo radost z pozornosti (Gregora, Velemínský, 2013). Následně začíná vyjadřovat emoce a mezi osmým a patnáctým měsícem života dokáže kojeneček použít první slovo (Gregora, Dokoupilová, 2016). Mezi smyslové vnímání kojence se řadí také kognitivní dovednosti. Kojenec získává schopnost chápat vlastnosti a základní principy předmětů (Thorová, 2015).

Po kojeneckém období přichází batolecí období, které trvá od 1. roku do 3. roku života (Blatný et al., 2017). Tato etapa života je velmi významná pro růst a vývoj batolete (Klíma et al., 2016). Motorika je u batolete velmi důležitá. Kolem 13. měsíce života se batole začíná pokoušet o stoj na dolních končetinách (Gregora, Kropáčková, 2016). Během dalších měsíců se jedná o stabilní chůzi, následně dokáže batole chodit do schodů a později i běhat (Gregora, Kropáčková, 2016). Ruka batolete zvládá základní pohyby, zbývá vyjadřovat jemné pohyby (Říčan, 2014). Motoriku si batole procvičuje také manipulací s předměty (Vágnerová, 2012). Dále se také zdokonaluje řeč, která prozatím nedává smysl (Gregora, Velemínský, 2013). Batole však rozumí jednoduchým pokynům, zákazům a výzvám (Gregora, Velemínský, 2013). Zhruba v 18 měsících batole chápe, že každé slovo má svůj význam (Říčan, 2014). Slova začíná aktivně používat a každý den se učí nové výrazy (Gregora, Velemínský, 2013). Co se týče emočních dovedností, batole dokáže prosazovat vlastní vůli a radovat se z úspěchů (Thorová, 2015). Poprvé u něho dochází k afektivním stavům, které se projevují vzdorovitým chováním vůči druhým (Vágnerová, 2012).

Po batolecím období nastupuje předškolní období, které se pohybuje v rozmezí od 3 do 6 let věku dítěte (Klíma et al., 2016). Tato etapa je definována spíše nástupem do školy než věkem dítěte (Thorová, 2015). Motorika u předškoláka je dána vyšší výkonností, vytrvalostí či manuální zručností (Bednářová, Šmardová, 2015). Začíná se také zlepšovat celkový pohyb dítěte, avšak dítě zatím nedokáže se svojí energií hospodařit (Thorová, 2015). Fyzicky je předškolák více rychlý, pohotový, obratný a celkově v pohybu elegantní (Novotný, Hruška, 2015). Smyslový vývoj zahrnuje rovněž řeč, jež se stále zdokonaluje (Bednářová, Šmardová, 2015). Pokud rodiče s dítětem hodně mluví, čtou mu knížky, bude předškolák schopný v šesti letech užívat dva a půl tisíce slov a může rozumět cca tři a půl tisícům slov (Blatný et al., 2017). Mezi sociální dovednosti se řadí rozšíření sociálních vztahů (Thorová, 2015). Dítě si v předškolním věku hraje, a proto je hra pro toto období charakteristickým prvkem (Thorová, 2015). Dívky si nejčastěji hrají s panenkami, ve hře zvládají střídat různé role (Říčan, 2014). Předškolák se také zapojuje do kolektivu, hraje

si s ostatními vrstevníky a zároveň se učí poslušnosti a kázni (Klíma et al., 2016). Předškolák však stále potřebuje zažívat pocit bezpečí, které zajistí jen jeho rodina (Klíma et al., 2016). Mezi kognitivní dovednosti se řadí především myšlení. Myšlení dítěte v předškolním věku je kognitivně egocentrické, dítě zatím nechápe, že ostatní lidé mohou mít i jiný názor (Říčan, 2014). V druhém případě je myšlení antropomorfní, dítě přisuzuje neživým věcem lidské vlastnosti (Říčan, 2014). Poprvé se ve vývojovém období hovoří i o svědomí (Říčan, 2014). Dítě přesně ví, jaké má povinnosti, co a z jakého důvodu by nemělo dělat (Říčan, 2014). V předškolním věku se dostavuje etapa zájmu o pohlavní orgány, kdy se děti zajímají o rozdíly mezi dívkou a chlapcem, učí se, kdy je nahota povolena a kdy ne (Říčan, 2014). Dívky v předškolním věku začínají vnímat svoji krásu (Novotný, Hruška, 2015).

Po předškolním období přichází období školní. Školní období trvá od 6 do 15 let a rozděluje se na mladší a starší školní věk (Klíma et al., 2016).

Mladší školní věk se vyznačuje vývojem hrubé motoriky, kdy se školákovi zvyšuje jeho síla a vytrvalost (Thorová, 2015). Stejně jako předškolák nedokáže školák s energií hospodařit, avšak dokáže energii zpátky nabýt (Thorová, 2015). Školák se také zlepšuje v jemné motorice, která zahrnuje psaní, malování, geometrické dovednosti a také modelování (Vágnerová, 2012). Co se týče vzdělávání, pro školáka přichází nová etapa v jeho životě, tedy počátek školní docházky (Krejčová et al., 2015). Doposud si jen hrál, teď nastává období prací a povinností. Znamená to, že se školák začíná zaměřovat na cílený objekt a také se učí orientaci v čase a prostoru (Thorová, 2015). Důležitým vývojem prochází také kognitivní dovednosti školáka. Školák v tomto případě uplatňuje logické operace, kdy je schopen rozumně myslet a uvažovat (Kozáková, 2014). Mezi kognitivní dovednosti se také řadí kreslení, kde školák upřednostňuje přesné napodobeniny skutečnosti (Kozáková, 2014). I přesto všechno nedokáže školák složitější situace odhadnout ze všech potřebných stran a chybí mu také zkušenosti a odhad (Thorová, 2015).

Nastává starší školní věk, ve kterém se klidové období změní, a školák přichází do období pubescence (Čech, Zvoníčková, 2017). V období pubescence se motorika zdokonaluje, pohyby se stávají přesnější a předvídatelnější (Thorová, 2015). Pubescent je také více hbitý, zvyšuje se zájem o sportovní aktivity (Kozáková, 2014). Volný čas pubescentů se odvíjí od jejich celkové vospělosti, někdo je velký čtenář, jiný zase sportovec (Říčan,

2014). S motorikou souvisí také tělesný vývoj. U dívek dochází mezi jedenáctým a dvanáctým rokem k růstovému skoku, během roku vyrostou přibližně o 9 centimetrů a přiberou o 5 kg (Říčan, 2014). Dochází také k změnám pohlavních orgánů. U dívek je vývoj sekundárních pohlavních znaků chápán jako zásadní změna (Kozáková, 2014). Mezi vývoj sekundárních pohlavních orgánů se řadí růst prsů, růst pubického ochlupení, nárůst podkožního tuku a také rozšíření pánve či boků (Novotný, Hruška, 2015). U chlapců je první známkou dospívání aktivace a zvětšení varlat. Následuje u nich zvětšování penisu a objevuje se pubické ochlupení (Trafo CZ, 2015).

Další změnou, kterou pubescent prochází je sociální interakce. Ta zahrnuje vztah pubescenta s rodiči, kdy na jedné straně chová k rodičům silný citový vztah a na druhé straně touží po samostatnosti, což se projevuje kritikou a vzpourou vůči rodičům (Thorová, 2015). Právě vzdorovité chování dívek souvisí také s komunikací. Komunikace bývá v tomto pubescentním chování velmi náročná, díky emoční labilitě dívky (Kozáková, 2014).

Na pubescenci navazuje adolescence, kdy dochází u dívky k biologickému dospívání, které lze považovat za jedno z nejbouřlivějších období (Blatný et al., 2017). Toto období bude samostatně a podrobněji rozebráno v následující kapitole: 1.2 Adolescence.

Adolescenci střídá etapa dospělosti (Říčan, 2014). Dospělost dělíme na mladou, střední a pozdní (Thorová, 2015).

Mladá dospělost trvá přibližně od 20 let do 35 let. V mladé dospělosti se z dívky stává dospělá žena, která začíná plánovat svoji budoucnost, kariéru a je více samostatnější (Říčan, 2014). Po fyzické stránce je žena plná sil, vitality a zdraví (Kozáková, 2014). Zdatnost jak pracovní, tak i fyzická spolu úzce souvisí, protože posilují ženě sebevědomí (Kozáková, 2014). V ideálním případě je mladá žena velmi optimistická, má mnoho energie, formuje svůj životní styl, získává zkušenosti v různých oblastech života, upevňuje své postavení ve společnosti, připravuje se na založení rodiny, uzavírá manželství (Říčan, 2014). Fyzický a kognitivní vývoj je tímto prakticky ukončen (Thorová, 2015). Co se týče emoční stability, na rozdíl od adolescence je méně intenzivní (Thorová, 2015). Přesto může docházet k poruchám pozornosti, zvýšené unavitelnosti či lenosti (Říčan, 2014). Emoční stabilita souvisí také s volbou partnera, kdy se objevují nové city související s přijetím nových rolí, city manželské, mateřské a podobně (Kozáková, 2014). Žena si může najít stálého partnera, se kterým plánuje založit vlastní rodinu (Vacínová et al., 2010).

Někdy však může dojít ke krizi rané dospělosti, nemá vyzrálé vztahy s rodiči, zažívá vnitřní zmatek, frustraci ze svého sexuálního života či nespokojenost s prací (Thorová, 2015).

Střední dospělost trvá od 35 let a je charakteristická tím, že je žena zkušenější a zralejší, klade důraz na duševní hodnoty a sebepoznání, je na vrcholu své kariéry, může se dostat do konfrontace se smrtí u svých rodičů, v partnerském vztahu dochází ke zralosti a kompetentnosti (Thorová, 2015). Odpovědnost ženy za svoji rodinu a výchovu svých dětí bývá ve středu jejího zájmu (Kozáková, 2014). Pro střední dospělost je charakteristická krize středního věku, která ženu nutí přemýšlet o budoucnosti (Thorová, 2015). Jedná se o strach ze stáří a s ním související omezení v různých zájmech (Kozáková, 2014).

Pozdní dospělost je označována též jako stáří (Helus, 2011). Období stáří je velice individuální, jak fyzicky, tak psychicky, i to má vliv na životní spokojenost ženy. (Vágnerová, 2012). Žena začíná pociťovat slabost imunity, pokles motorické výkonnosti nebo změny v psychice (Vacínová et al., 2010). Pro ženu může být toto období prožíváno spíše hůře, díky možné menopauze (Thorová, 2015). Dalším faktorem, který ovlivňuje prožívání stáří ženy je odchod ze zaměstnání a také dochází k omezení společenských kontaktů (Vacínová et al., 2010). Zhruba ve věku 80 let dochází u ženy ke značnému zhoršení fyzického i psychického zdraví (Thorová, 2015). Snižuje se rychlost myšlení, zhoršuje se paměť (Thorová, 2015). Díky nemocím, kterých značně přibývá, se ženě zhoršuje zrak, imunita a celková hybnost (Thorová, 2015). Psychika je zhoršena i kvůli možnému úmrtí partnera a žena bývá tak opuštěnější (Helus, 2011). Pokud byla žena v životě spokojena, může se s blížící se smrtí vyrovnat lépe (Thorová, 2015).

1.2 Charakteristika adolescence

Období adolescence představuje velmi důležitou část života dívky (Blatný et al., 2017). Dospívání je přechodná doba mezi dětstvím a dospělostí, která trvá přibližně od 10 let do 20 let dívky, jedná se o období komplexních proměn – biologických, psychických i sociálních. (Vágnerová, 2012). Adolescenci lze rozdělit na dvě fáze dospívání, tedy na ranou a pozdní (Vágnerová, 2012).

Raná adolescence trvá od 11. roku do 14 let a známe ji též pod názvem puberta (Koliba, 2019). V tomto časovém úseku se začínají objevovat změny fyzické i psychické (Machová, 2016).

Pozdní adolescence trvá od 15 let přibližně do 20 let (Vágnerová, 2012). V tomto věkovém rozhraní prochází dívka fyzickým vývojem a dochází k prvním sexuální zázitkům (Koliba, 2019). V 18 letech se stává nejen svéprávnou, ale tento věk je důležitý i jako sociální mezník (Vágnerová, 2012). Dospívající dívka získává díky plnoletosti svobodu v rozhodování a zodpovědnost za své činy. (Vágnerová, 2012). Dokáže také určit naplno svoji sexuální orientaci, vlastní já nebo vlastní sexuální chování (Koliba, 2019).

1.2.1 Fyzické a psychické změny u dospívající dívky

Fyzické změny u dospívající dívky jsou patrné už ve věku kolem deseti let (Machová, 2016). Dochází k růstovému vývoji, kdy dívka vyroste až o 10 cm a její váha se pohybuje kolem 32 kg (Vágnerová, 2012). Konečný vývoj vzrůstu a váhy u dospívajících dívek v adolescentním období se předpokládá během dvou let (Novotný, Hruška, 2015). Další typickou fyzickou změnou je vývoj sekundárních pohlavních orgánů (Kassin, 2012). Pohlavní orgány se zvětšují, díky vzrůstu hormonů estrogeneru a progesteronu (Kassin, 2012). Dívce začínají růst prsy, ze začátku nesouměrně, avšak později se tento růst srovná (Hořejší, Kosová et al., 2019). V rané adolescenci ve vaječnicích dozrávají vajíčka, přichází první menstruace a dochází také k ovulaci (Einwohlt et al., 2020). Menstruace je vaginální krvácení, které trvá 3 až 7 dní, a dostavuje se jednou měsíčně (Uhlířová et al., 2016). Ze začátku může být u dívky menstruace nepravidelná a doprovázet ji může silná bolest v podbřišku (Movsessian, 2013). Produkce pohlavních hormonů probíhá v cyklu (Novotný, Hruška, 2015). Pohlavní orgány dívky, nejvíce vaječníky a děložní sliznice, se v průběhu cyklu morfologicky i funkčně mění (Novotný, Hruška, 2015). U vaječníků dochází k ovulačnímu cyklu, u sliznice dělohy k menstruačnímu cyklu, oba cykly spolu úzce souvisí a bezprostředně na sebe navazují (Novotný, Hruška, 2015). V děložní sliznici dívky probíhají čtyři fáze menstruačního cyklu (Procházka et al., 2020). Prvním děložním cyklem je menstruační fáze (Rokyta, 2015). Pokud nedojde k oplození vajíčka, dojde k odloučení nepotřebné děložní sliznice, což se projeví krvácením z dělohy, začíná menstruace, počátek trvání jednotlivých fází (Čihák et al., 2013). Následuje proliferační fáze, kdy začíná regenerace a růst děložní sliznice (Novotný, Hruška, 2015). Proces řídí primárně estrogenery, které vznikají v Graafově folikulu (Novotný, Hruška, 2015). Tato fáze probíhá 5. - 14. den od počátku cyklu (Procházka et al., 2020). Třetí fází je fáze sekreční (Rokyta, 2015). V této fázi se děložní sliznice pomocí estrogenerů a progesteronu překrvuje (Hájek, 2014). 12. - 15. den se uvolňuje zralé vajíčko z vaječníku (Novotný, Hruška, 2015). Uvolnění vajíčka se nazývá ovulace. Při ovulaci dochází k sestupu vajíčka vejcovodem do

dělohy, a pokud se vajíčko spojí se spermií, dojde k jeho oplození (Hájek, 2014). Pokud nedojde k oplození, následuje ischemická fáze, kdy zanikne žluté tělísko a klesne produkce pohlavních hormonů, což vyvolá kontrakci svaloviny cév a zastavení přívodu krve (Roztočil, 2017). Až se obnoví průtok krve sliznicí, dojde k odloučení odumřelých buněk a opět přichází menstruace (Novotný, Hruška, 2015).

Další typickou fyzickou změnou pro ranou adolescenci u dívek je růst pubického a axilárního ochlupení (Koliba, 2019). Dívka může trpět akné, které je způsobeno uzavřením vývodů mazových žlázek (Koliba, 2019). Na konci rané adolescence se dívky začínají ukládat tukové váčky do boků a prsů (Švamberská – Šauerová, 2016).

Psychické změny jsou nedílnou součástí života dospívající dívky. Změny emočního prožívání ovlivňují také hormonální změny (Vágnerová, 2012). Dívka se snaží vyznat v okolním světě, často dochází k výbuchům jejích emocí (Vágnerová, 2012). Může docházet k pocitu nedokonalosti z vlastního vzhledu a ke snížení vlastní hodnoty (Koliba, 2019). V této fázi je důležité k dospívající dívce být citlivější a empatičtější, protože je hormonálními změnami velmi ovlivněna (Cenková, Langrová, 2010).

1.2.2 Rizikové chování

Rizikové chování je takové chování, které má špatný vliv a dopad na jedince a jeho okolí, jak po fyzické, tak i psychické stránce (Mioviský et al., 2015). Mezi rizikové chování se řadí špatné zdravotní návyky, rizikové sexuální chování, agresivita či delikventní chování adolescenta (Mioviský et al., 2015). Dospívající dívky při předčasném zahájení sexuálního života často nezhledňují zdravotní důsledky, jako je těhotenství nebo nákaza pohlavně přenosnou infekcí (Journal of Adolescent Health, © 2019). S předčasným zahájením sexuálního života dívky souvisí i rodinná anamnéza (BMC Pregnancy & Childbirth, © 2016). Rozhodující vliv na nechtěné těhotenství má především rodina a prostředí, ve kterém dívka vyrůstá. Rizikové chování může také souviset se stresující událostí (znásilnění, špatné dětství) v životě dívky.

Nejčastějším rizikovým chováním adolescentů bývá kouření, požívání alkoholu a drog, které jsou na trhu dobře dostupné (Dolejš, Orel, 2017). Dívka by měla být seznámena se všemi riziky, se kterými je pití alkoholu, kouření či užívání návykových látek spojeno (Bendl, 2016). Aktivní kouření dospívající dívky během těhotenství, je vysokým rizikovým faktorem pro zhoršený vývoj plic plodu (Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, © 2018). S problémem užívání drog a alkoholu souvisí také rizikové

sexuální chování adolescentů. Toto chování má špatný vliv na zdravotní a sociální stránku dívky. Dospívající dívka hledá vlastní identitu, bojuje s nejistotou, pochybnostmi o vlastní osobě, o své pozici ve třídě, v partě kamarádů nebo v rodině (Dolejš, Orel, 2017). Ve společnosti je udáván ideál krásy, a tak atraktivní dívka má větší šanci na úspěch mezi vrstevníky (Thorová, 2015). U dívek může být také velkou nástrahou jejich vzhled, díky tomu, že chce být každá krásná a štíhlá (Thorová, 2015). Ty dívky, kterým příroda nadělila o pár kilogramů navíc, nejsou většinou pro chlapce v adolescentním věku atraktivní, ba naopak, mohou se stát středem posměchu (Nielson, Sobotková, 2014).

1.3 Těhotenství

Těhotenství je proces, kdy v děloze dívky dochází k vývoji plodu (Roztočil et al., 2017). Těhotenství vzniká pohlavním stykem mezi mužem a ženou, kdy mužské spermie vniknou do ženské dělohy (Roztočil et al., 2017). Těhotenství se rozděluje na tři trimestry (Procházka et al., 2020). První trimestr trvá od početí do 12. týdne, druhý končí 28. týdnem a následně přechází do třetího trimestru, který končí termínem porodu (Hájek et al., 2014). Pro výpočet termínu porodu slouží ultrazvuk, který se provádí v prvním trimestru těhotenství dívky (Gregora, Velemínský, 2013). Termín porodu lze také zjistit pomocí těhotenské kalkulačky a výpočtem 280 dnů po zahájení poslední menstruace (Hájek, 2014)

Fyziologické těhotenství trvá 40 týdnů, kdy se délka těhotenství píše v týdnech a dnech (Marešová, Fiala, 2018). U dospívající dívky může být někdy obtížné určit týden těhotenství, protože dívka nemusí být registrovaná u gynekologa a amenoreu (vynechání menstruace) nemusí považovat za důležitou (Roztočil et al., 2017). V případě, že je u dívky těhotenství zjištěno až po 12. týdně, není možné těhotenství v zákonné lhůtě ukončit (Roztočil et al., 2017).

Významnou součástí těhotenství dospívající dívky bývá chození na pravidelné prohlídky do těhotenské poradny. Tyto kontroly jsou důležité proto, aby byl možný včasný záchyt případných komplikací v těhotenství (Procházka et al., 2020). Včasná detekce těhotenství je podstatná pro správný vývoj plodu (National Center for Health Statistics, © 2017). Dívkám by měla být důležitost docházení do prenatálních poraden vysvětlena porodní asistentkou či lékařem (Hájek, 2014). Samozřejmě by dívka neměla být do prenatálních prohlídek nucena a mělo by záležet na jejím rozhodnutí (Skutilová, 2016).

V prenatalní poradně se nejdříve provede průkaz o těhotenství a následně se dívka domluví na dalším postupu s lékařem či porodní asistentkou. Pokud se těhotenství potvrdí, a dívka nechce toto těhotenství ukončit, dostane těhotenskou průkazku, do které se zapisují informace o průběhu těhotenství (Hájek, 2014). Další fází bývá edukace dívky, kdy porodní asistentka apeluje na správnost hygieny v těhotenství, správnost životosprávy a další (Roztočil et al., 2017).

1.3.1 Znamky těhotenství

Znamky těhotenství se dělí na nejisté, pravděpodobné a jisté znamky (Gregora, Velemínský, 2013).

Mezi nejisté znamky těhotenství patří spíše subjektivní pocity dívky, jako je například nechutenství, závratě, změny nálad či únava (Roztočil et al., 2017). Mezi nejisté znamky může patřit větší citlivost a napětí v prsech dívky (Roztočil et al., 2017). Dívka na sobě může také pozorovat změny pigmentace kůže nebo tvoření strií (Procházka et al., 2020). Mezi nejisté znamky těhotenství patří amenorea, která může být projevem i jiných příčin (stres, endokrinní onemocnění, metabolické problémy) (Procházka et al., 2020). Tyto nejisté znamky nemusí souviset přímo s těhotenstvím, jelikož se mohou vyskytovat i u netěhotné dívky (Pařízek, 2015).

Mezi pravděpodobné znamky těhotenství může patřit například změna tvaru, velikost a konzistence dělohy, které jsou detekovány gynekologem při vyšetření v prvním trimestru (Procházka et al., 2020).

Jistou známkou těhotenství je průkaz přítomnosti plodu v děloze a jeho srdeční akce (Pařízek, 2015). Přítomnost a srdeční akce plodu se zjistí z ultrazvukového vyšetření, které se dívce provede v prenatalní poradně (Hájek et al., 2014). Mezi jisté znamky těhotenství patří prokázání výskytu hCG hormonu v odebrané krvi dívky (Procházka et al., 2020).

1.3.2 Změny organismu v těhotenství

Změny dospívající dívky v těhotenství se rozdělují na reprodukční změny a změny na ostatních orgánech. V těhotenství prochází fyzickou změnou nejvíce reprodukční systém dívky (Procházka et al., 2020). Důležitým orgánem v těhotenství je děloha, která prochází velikostní změnou (Gregora, Velemínský, 2013). Právě díky velikosti dělohy se může posuzovat délka těhotenství na základě ultrazvukového vyšetření (Roztočil et al., 2017). Během těhotenství dutina dělohy dospívající dívky dosáhne z objemu 5 ml na 5000 ml (Novotný, Hruška, 2015). Další změnou prochází děložní hrdlo, které se krátí a měkne

(Roztočil et al., 2017). Tato změna způsobuje tvorbu hlenu, který se shromažďuje v cervikálním kanálu (Roztočil et al., 2017). Druhým změněným pohlavním orgánem dívky jsou vaječníky, ve kterých již neprobíhá ovulace, avšak vzniká corpus luteum (Procházka et al., 2020). Součástí reprodukčního systému je i pochva, která může během těhotenství změnit barvu (Procházka et al., 2020).

Další velkou změnou prochází u těhotné dívky kardiovaskulární systém, na který těhotenství klade velké nároky (Gregora, Velemínský, 2013). Hlavně v I. trimestru dochází ke zvýšení srdečního výdeje (Roztočil et al., 2020). U dospívající dívky, která ještě plně nedokončila svůj biologický vývoj, se může častěji objevit hypertenze (Tláskal et al., 2016).

Trávicí systém je těhotenstvím výrazně ovlivněn. Dívka má zvýšenou chuť k jídlu a může kombinovat nevhodná jídla. Následkem kombinací některých jídel může dívku trápit nauzea či zvracení (Procházka et al., 2020). Dívky nemusí mít vhodné stravovací návyky, což negativním způsobem může ovlivňovat je samotné a také plod (Kuzníková, 2011). K tomu se přidává časté pálení žáhy a těhotnou dívku může velmi trápit i zácpa (Blažková et al., 2016). Příčinou je děloha, která tlačí na střeva a způsobuje tak tuhou stolicí (Roztočil et al., 2017). Dalším důvodem zácpy bývá hormon progesteron, který ovlivňuje svalstvo střev, čímž zpomaluje jejich činnost (Procházka et al., 2020).

Močová soustava také prochází změnami. (Procházka et al., 2020). U těhotných dospívajících dívek se objevují více močové infekce než u těhotných dospělých žen (Rokyta, 2015). Důvodem častých močových infekcí u dívek bývá jejich způsob života, jako je užívání drog, alkoholu, kouření, nedostatečná hygiena (Roztočil et al., 2017).

V pohybovém systému dochází u těhotné dívky k zvětšení bederní lordózy a ta může způsobovat bolestivost zad (Slezáková et al., 2017). Tento problém bývá nejčastěji ve III. trimestru, kdy se může přidat i bolestivost v horních končetinách (Roztočil et al., 2020).

Kůže bývá během těhotenství rovněž výrazně změněna. Mohou se objevit strie, které jsou typické pro zvýšené napětí kůže, nejčastěji v oblasti břicha, prsou a stehen (Gregora, Velemínský, 2013). Častou změnou na kůži je výrazně zvýšená pigmentace, kterou způsobuje hormon estrogen a progesteron (Roztočil et al., 2020). Nejvíce se pigmentace může objevovat v oblasti vulvy, řitního otvoru, na podbřišku a nadrech (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

K těhotenství patří nejenom změny fyzické, ale také psychické. Na psychické změny má vliv nejvíce osobnost dívky a prostředí, ve kterém žije (Procházka et al., 2020). Psychika může být také velmi ovlivněna, pokud je těhotenství dívky nechtěné (Roztočil et al., 2020). V I. trimestru se dívka soustředí na sebe a sleduje svoje tělo (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Dívčina nálada se velice střídá a dívka bývá také velmi nejistá (Roztočil et al., 2020). Ve II. trimestru začíná dívka vnímat pohyby plodu (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Až 80 procent těhotenství dospívajících dívek jsou nechtěná a souvisejí hlavně s rizikovým chováním, jako je např. užívání alkoholu, drog, nechráněný sex, rodinná anamnéza (Kassin et al., 2012).

1.4 Porod

Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodu spolu s placentou, pupečníkem, plodovou vodou a obaly plodu z těla matky (Roztočil et al., 2020). Během celého procesu porodu se rozlišují čtyři porodní doby (Remeš, 2013). První doba porodní se nazývá otevírací, druhá doba je vypuzovací, třetí doba porodní a součástí porodu je ještě poporodní období (Slezáková et al., 2017).

Porod se rozděluje dle několika kritérií. Porod může být spontánní, kdy vše probíhá fyziologicky, bez lékařského zásahu (Čermáková, 2010). Opakem může být porod medikamentózní či indukovaný, při kterém se za účelem vyvolání kontrakcí aplikuje farmakologický prostředek (Slezáková et al., 2017). Pokud je ohrožen život plodu či matky, je nutné provést operativní porod (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Operativním porodem se rozumí buď klešťový porod, vakuumextraktor či císařský řez (Slezáková et al., 2017).

1.4.1 První doba porodní

První doba porodní začíná nástupem pravidelných děložních kontrakcí a končí zánikem děložní branky (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Tato fáze porodu bývá časově nejdélejší a u každé dívky trvá jinak dlouhou dobu (Procházka et al., 2020). U dívek, které ještě nerodily, může první doba porodní trvat až 18 hodin, u vícerodíček je doba kratší (Hájek et al., 2014). Samozřejmě časové trvání první doby porodní je nejvíce ovlivněno psychikou dívky, postavením a naléháním plodu či velikostí pánve dívky (Procházka et al., 2020). První doba porodní se dělí na tři fáze: latentní, aktivní a přechodnou (Roztočil et al., 2020). V latentní fázi jsou kontrakce krátké a jejich lokalizaci dívka udává v podbříšku a zádech (Procházka et al., 2020). Pokud se stává, že dívka pocítuje kontrakce silnější, delší

a v kratších intervalech, tak nastává aktivní fáze porodu (Procházka et al., 2020). Děložní branka se otevírá až na 8 cm, kdy začíná přechodná fáze porodu (Roztočil et al., 2020). V přechodné fázi má dívka kontrakce po 2–3 minutách, děložní branka zaniká a první doba je tímto zakončena (Roztočil et al., 2020).

1.4.2 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní začíná zánikem branky a končí porodem plodu (Procházka et al., 2020). Tato fáze porodu trvá kolem 30 minut, avšak trvání do 1 hodiny lze ještě označovat za fyziologii (Gregora, Velemínský, 2013). Kontrakce jsou velmi časté a spolu s tlakem hlavičky plodu nutí dívku k tlačení (Roztočil et al., 2020). Následkem kontrakcí vzniká bolest, která bývá velmi ostrá (Sobotková et al., 2015). Po zániku branky vstupuje hlava plodu do pánevní úžiny a následně plod rotuje do šikmého a přímého průměru (Procházka et al., 2020). Plod provede vnitřní rotaci a hlava plodu se dostává do roviny pánevního východu (Procházka et al., 2020). Další fází druhé doby porodní je deflexe hlavy plodu, která spočívá v otočení hlavy tak, že je vzhůru ke stydké sponě (Roztočil et al., 2020). Následně hlava plodu provede zevní rotaci na tu stranu, kde má hřbet (Hájek et al., 2014). Po porodu hlavy plodu se rodí ramena, kdy se nejdříve rodí horní a jako druhé dolní rameno (Gregora, Velemínský, 2013). Porodník drží plod a jeho trup rodí bez zvláštního postupu (Hájek et al., 2014).

1.4.3 Třetí doba porodní a poporodní období

Ve třetí době porodní dochází k porodu placenty, pupečníku a všech plodových obalů (Roztočil et al., 2020). Časově tato doba trvá okolo 10-20 minut (Čermáková, 2010). Dívka během třetí doby porodní pocítí jemnou kontrakci, během níž zatlačí a porodí placentu (Gregora, Velemínský, 2013). U placenty se rozeznává její mechanismus odlučování, který se rozděluje na tři mechanismy: Dle Duncana, Gessnera a Baudelocquea - Schultzeho (Hájek et al., 2014). Duncanovým mechanismem se placenta odlučuje okrajem, rodí se tedy svou hranou (Roztočil et al., 2020). Pokud se placenta odlučuje středem a středem se tak placenta i rodí, jde o znamení Baudelocquea - Schultzeho (Procházka et al., 2020). Gessnerův mechanismus spočívá v kombinaci Duncana a Baudelocquea - Schultzeho (Roztočil et al., 2020). Po porodu placenty následuje kontrola porodních poranění dívky a jejich následná řešení (Roztočil et al., 2017).

Poporodní období trvá dvě hodiny, při kterých dívka zůstává na porodním sále (Gregora, Velemínský, 2013). V tomto časovém intervalu je dívka nejvíce ohrožena poporodním krvácením (Roztočil et al., 2020). Proto se sleduje její krvácení, zavinování dělohy, krevní tlak a pulz a její celkový stav (Bašková, 2015). Po dvou hodinách je dívka převezena na stanici šestinedělí (Gregora, Velemínský, 2013).

1.4.4 Komplikace při porodu

Porody dospívajících dívek se poměrně neliší od porodu dospělých žen, avšak mohou nastat komplikace, které jsou spjaté s nízkým věkem dívky (Kuzníková, 2011).

Aby porod probíhal hladce, musí být splněny tři podmínky – dobrá koordinace děložní činnosti, dostatečná síla kontrakcí a dostatečné změkčení a zkrácení hrdla (Roztočil et al., 2017). Může se stát, že děložní kontrakce jsou moc silné nebo moc slabé (Procházka et al., 2020). Pokud porod trvá dlouho, dívka je vyčerpaná, může dojít k oslabení aktivity děložní činnosti (Roztočil et al., 2017). Pokud se porod zpomalí ve II. době porodní, hrozí hypoxie plodu, je možné využít vakuum extrakci (Hájek et al., 2014). Další riziko může představovat nepravidelně tvarovaná pánev či kefalopelvický nepoměr, který je častější u dívek kolem 15. roku života (Roztočil et al., 2017). Důležité je změření a správné diagnostikování pánevní úžiny kvůli možnosti porodu vaginální cestou (Hájek et al., 2014). Porody dospívajících dívek mohou být dlouhé, těžké, předčasné či po termínu porodu (Kuzníková, 2011). Často je porod provázen strachem dívky z porodu. Většinou mají dívky strach z porodní bolesti a obavy, zda chtějí být vůbec rodičem (Šulová, 2019). Strach a obavy zvyšují napětí dělohy, což vede k bolestivým porodům (Vágnerová, 2012).

Vše záleží na informovanosti v oblasti reprodukčního zdraví dospívajících dívek a následně na jejich chování v těhotenství (Kuzníková, 2011).

1.5 Antikoncepce

Antikoncepce (kontracepce) je metoda, která zabraňuje nežádoucímu otěhotnění (Weiss et al., 2010). Antikoncepce umožňuje provozovat sexuální život bez nutnosti otěhotnění (Brochmann, Dahl, 2019).

Pro výběr vhodné antikoncepce je důležité znát věk dívky, její zdravotní stav, nemoci a samozřejmě finanční situaci (Procházka et al., 2020). Gynekolog, který dívce antikoncepci předepisuje, je povinen dívku informovat o způsobu užívání, spolehlivosti a možných komplikacích při užívání antikoncepce (Čepický, Fanta, 2011). Gynekolog by měl také zjistit jaký vztah má dívka k případné graviditě a podle toho volit antikoncepční metodu (Poliklinika Anděl, © 2017). Každá antikoncepce je jinak spolehlivá, a právě její spolehlivost se musí uvádět v takzvaném Pearllově indexu (Weiss et al., 2010). Pearlův index spočívá ve výpočtu, ke kolika nežádoucím otěhotněním došlo za jeden rok u sta žen používajících daný druh antikoncepce (Čepický, Fanta, 2011). Pokud je hodnota indexu nižší, tím je antikoncepce spolehlivější (Procházka et al., 2020). Žádný druh antikoncepce není stoprocentní, kromě doživotní sexuální abstinence (Driák, 2020).

1.5.1 Dělení antikoncepce

Antikoncepce se dělí na mužskou a ženskou antikoncepci. Mužská antikoncepce zahrnuje přerušovanou soulož, sexuální abstinenci, vasektomii či kondom (Driák, 2020).

Přerušovaná soulož spočívá v ukončení pohlavního styku chlapcem s dívkou těsně před ejakulací (Koliba, 2019). Tato metoda je ovšem velmi riziková, jelikož má Pearlův index vyšší (Procházka et al., 2020).

Další mužskou antikoncepcí je vasektomie. Je považována za nejjednodušší, nejúčinnější a nejlevnější metodu kontroly plodnosti u mužů, s výrazně nižším rizikem morbidit a mortality ve srovnání s podvázáním vejcovodů u žen (Kreutzig - Langenfeld, © 2021). Jedná se o přerušování a podvázání chámovodu, aby se zabránilo proniknutí spermií do ejakulátu (Brochmann, Dahl, 2019).

Poslední mužskou antikoncepcí je kondom. Jedná se o ochranný prostředek, který zakrývá mužský penis během sexuálního styku a slouží tak k zabránění nechtěnému těhotenství a také zabraňuje přenosu pohlavních chorob (Koliba, 2019)

Ženská antikoncepce se rozděluje na přirozenou, nehormonální a hormonální antikoncepci. Mezi přirozenou antikoncepcí se řadí počítání plodných a neplodných dnů a měření bazální teploty v pochvě (Novotný, Hruška, 2015). Do nehormonální antikoncepce se řadí vaginální pesar, cervikální klobouček, spermicidy a nitroděložní tělísko (Fait, 2018). Do hormonální antikoncepce se řadí hormonální pilulky, hormonální náplasti a injekce (Procházka et al., 2020).

Přirozená antikoncepce je metoda velice rozsáhlá, ale její spolehlivost je velmi malá (Procházka et al., 2020). Do přirozené antikoncepce se řadí počítání plodných a neplodných dnů v ovulačním cyklu dívky (Novotný, Hruška, 2015). Dívka si hlídá podle svojí menstruace ovulaci, avšak pouze tehdy, pokud má dívka pravidelné menstruační krvácení (Fait, 2018). Během ovulace má dívka větší šanci, že otěhotní (Koliba, 2019). Dívka zjistí měřením bazální teploty v pochvě a konečníku, zda je teplota v pochvě vyšší (Procházka et al., 2020). Pokud je teplota kolem 37 stupňů celsia, probíhá ovulace (Fait, 2018). S počítáním plodných a neplodných dnů souvisí také hlenová metoda, která spočívá ve sledování konzistence hlenu v děložním hrdle, kdy toto sledování dívka opakuje každý den (Koliba, 2019). Na začátku dívčina cyklu bývá hlenu málo a je vazký (Roztočil et al., 2017). Vazkost a množství znamená neplodnou fázi cyklu (Procházka et al., 2020). Pokud dojde k změně viskozity a množství hlenu, bývá dívka v plodné fázi (Koliba, 2019). Hlenu postupně přibývá, je vodnatý a tažný (Fait, 2018). Následně začne být hlen opět vazký a množství bývá malé (Fait, 2018). Za další tři dny začínají neplodné dny (Procházka et al., 2020).

Druhou antikoncepční metodou je antikoncepce umělá (nehormonální). Pod umělou antikoncepci lze zařadit bariérovou antikoncepci jako je vaginální pesar (Procházka et al., 2020). Jedná se o gumový klobouček, který si může dívka nasadit před pohlavním stykem na děložní čípek v pochvě (Procházka et al., 2020). Vaginální pesar vytváří bariéru mezi ejakulací a děložním čípkem (Hořejší, Kosová et al., 2019). Díky pesaru nemohou spermie vniknout do dělohy a spojit se tak s vajíčkem (Novotný, Hruška, 2015).

Chemická antikoncepce se také řadí pod skupinu umělých metod (Hájek et al., 2014). Jde o působení látek spermicidů, které znehodnotí spermie (Hájek et al., 2014). Spermicidní látky jsou obsaženy v různých formách jako například pěna, krémy, gely, tabletky a další (Procházka et al., 2020).

Další podskupinu tvoří nitroděložní antikoncepce, která zabraňuje uhnízdění oplodněného vajíčka v děložní sliznici (Novotný, Hruška, 2015). Nitroděložní tělíska mají tvar písmene T a zavádí je lékař do dělohy dívky (Brochmann, Dahl, 2019). Tato metoda se hojně používá nejen kvůli zabránění otěhotnění, ale je vhodná také pro dívky, které mají silné menstruační krvácení (Koliba et al., 2019). Za posledních několik let společného úsilí profesionálních zdravotnických organizací se prosadila nitroděložní tělíska jako vy-

nikající řešení nechtěného těhotenství u dospívajících dívek (Society for Adolescent Health and Medicine © 2013). V současné době se tělíška implantují na 3-5 let v závislosti na druhu preparátu (Brochmann, Dahl, 2019). Po zavedení může být znatelná bolest v podbřišku, která postupem času vymizí (Koliba, 2019).

Třetí a celosvětově nejrozšířenější antikoncepční metodou je antikoncepce hormonální. Hormonální antikoncepce má za úkol zablokovat ovulaci a zabránit tak nechtěnému těhotenství (Procházka et al., 2020). Zároveň antikoncepce snižuje motilitu vejcovodů a zahušťuje u dívky cervikální hlen (Koliba et al., 2019). Hormonální antikoncepce se rozděluje na kombinovanou a gestagenní formu (Fait, 2018). Kombinovaná hormonální antikoncepce obsahuje vždy hormony estrogen, progestin a může být ve formě perorální, transdermální, vaginální, injekční (Procházka et al., 2020). Další rozdělení hormonální antikoncepce je monofázické, bifázické a trifázické (Fait, 2018). Monofázická obsahuje 1 typ tabletek, které mají stejnou dávku hormonů (Fait, 2018). Stejně dávky hormonů jsou vždy ve formě pilulek a užívají se 21 dnů, kdy zbylých 7 dní má dívka menstruaci (Procházka et al., 2020). Bifázické pilulky jsou 2 typy pilulek, které obsahují různé dávky hormonů, kdy dávka progestinu postupně stoupá (Unzeitig, © 2012). Trifázické pilulky obsahují tři druhy tablet s jinou dávkou hormonů (Fait, 2018).

Transdermální antikoncepce se také řadí pod hormonální antikoncepci (Vlček et al., 2014). Tato antikoncepce se aplikuje jako náplast na kůži dívky (Uzel, Kovář, 2010). Hormony se dostanou přes kůži rovnou do krve (Mroczkowská et al., 2016). Přesné umístění náplasti si dívky mohou vybrat (Koliba et al., 2019).

Injekční metoda antikoncepce spočívá v aplikaci injekce s hormony pod kůži nebo do svalu (Koliba et al., 2019). Injekce obsahuje hormon gestagen a délka účinku trvá tři měsíce (Brochmann, Dahl, 2019). Aplikace injekce může u dívky způsobit nepravidelný menstruační cyklus (Rokyta et al., 2015).

Další známější metodou hormonální antikoncepce je takzvaná postkoitální (emergentní) antikoncepce (Koliba et al., 2019). Tento druh antikoncepce je určen jako „první pomoc“ po nechráněném pohlavním styku (Arisukwu et al., © 2020). Dívka spolkne tabletu, která obsahuje gestagen a levonogestrel, do 72 hodin po pohlavním styku (Koliba et al., 2019). Dívka by neměla přesáhnout stanovenou lhůtu 72 hodin, jelikož po 3 dnech od pohlavního styku může dojít k otěhotnění (Fait, 2018).

1.5.2 Komplikace při užívání antikoncepce

Pokud dívka preferuje přirozenou metodu antikoncepce, žádná rizika ani komplikace nejsou (Weiss, 2010). Co se týče bariérové antikoncepce, může se v případě kondomu a vaginálních spermicidů objevit alergie (Driák, 2020). Další antikoncepcí je nitroděložní tělíčko, které může způsobit prodloužení, zesílení menstruačního cyklu nebo například riziko pánevní zánětlivé nemoci (Rokyta, 2015). Gestagenní antikoncepce, která je ve formě injekcí či implantátů, způsobuje nepravidelnost menstruačního cyklu, akné, zvýšené riziko ovariálních cyst a možný nárůst hmotnosti (Roztočil, Bartoš, 2011). Další antikoncepční metodou, která přináší možné komplikace a rizika, je antikoncepce hormonální (Roztočil, Bartoš, 2011). Potíže mohou nastat již při začátečním užívání antikoncepce (Gynartis, © 2014). Než si organismus na nový přípravek zvykne, může dívku trápit nevolnost a zvracení (Fait, 2018). Může se také objevit zadržování tekutin, díky kterým dívka přibývá na hmotnosti (Koliba, 2019). Další komplikací může být krvácení nebo špinění během užívání antikoncepce (Koliba, 2014). Hormonální antikoncepce má také vliv na gastrointestinální trakt, především na játra, kde se zvyšuje saturace žlučí a může tak způsobit cholelithiázu (Weiss, 2010). Dívka také může trpět migrénami či epilepsií, avšak tato komplikace je spíše vzácnější (Weiss, 2010). Postižen může být i kardiovaskulární systém dívky, kde vlivem hormonální antikoncepce dochází k vzestupu krevního tlaku (Roztočil, Bartoš, 2011). Hormonální antikoncepce může zvyšovat riziko hluboké žilní trombózy (Roztočil, Bartoš, 2011). Tato metoda může také ovlivňovat psychiku dívky (Weiss, 2010).

1.6 Edukace dospívající dívky porodní asistentkou

Edukace je vnímána jako výchova a vzdělání, kdy se tyto dva pojmy navzájem prolínají (Průcha et al., 2017). Edukace se rozděluje na pět fází, a to na fázi počáteční pedagogické diagnostiky, fázi projektování, fázi realizace, fázi upevnění a fázi zpětné vazby (Juřeníková, 2010). Ve fázi pedagogické diagnostiky zjišťuje porodní asistentka vědomostní úroveň a dovednosti dospívající dívky v konkrétní oblasti (Juřeníková, 2010). Ve fázi projektování si porodní asistentka naplňuje cíle, zvolí vhodné pomůcky a stanoví časový rámec (Juřeníková, 2010). Fáze realizace zahrnuje motivaci, na kterou navazuje expozice, kdy porodní asistentka zprostředkovává dospívající dívce poznatky o těhotenství, porodu a antikoncepci (Zormanová, 2012). Součástí této fáze by měla být také edukace o reprodukčním zdravím (Dušová et al., 2019). Cílem edukace porodní asistentky by mělo být, aby

dospívající dívka pochopila podstatu partnerského vztahu (WHO, © 2015). Dívka by neměla brát partnera jako sexuální objekt, nýbrž jako osobu vhodnou k založení vztahu (WHO, © 2015). V žádném případě by porodní asistentka neměla v oblasti reprodukčního zdraví dívku zastrašovat či dívce něco zakazovat (Bašková, 2015). Po expozici následuje fixační fáze, při které je důležité, aby získané vědomosti byly s dívkou procvičeny a zopakovány (Dušová et al., 2019). Další fází je aplikace, kdy porodní asistentka prověří, zda dívka všemu porozuměla a dokázala získané vědomosti použít (Juřeníková, 2010). Ve fázi upevnění a prohlubování učiva je důležité, aby informace zůstaly v paměti dívky i do druhého dne, proto by se mělo sezení ještě opakovat (Juřeníková, 2010). Poslední fází je zpětná vazba, ve které se hodnotí výsledky dívky, ale i porodní asistentky (Juřeníková, 2010).

Pokud dívka otěhotní, je důležité dívku edukovat o změnách, které v tomto období mohou nastat (Dušová et al., 2019). Obsahem edukace v těhotenství musí být také informace o správné životosprávě, apelování na důležitost pravidelných prohlídek a také doporučení prenatalních kurzů (Bašková, 2015). Dále by měla porodní asistentka těhotnou dívku edukovat o porodu a vysvětlit jí možné komplikace při porodu. Při porodu musí porodní asistentka edukovat dívku o správnosti dechu a tlačení (Dušová et al., 2019). Zde se uplatňuje schopnost porodní asistentky s dívkou komunikovat a psychicky ji podpořit (Dušová et al., 2019). V oblasti antikoncepce by měla porodní asistentka dívku edukovat už při první návštěvě u gynekologa (Koliba, 2019). Tato edukace se nazývá jako primární, kdy jsou cílovou skupinou zdravé dívky (Dušová et al., 2019). Obsahem edukace by mělo být plánované rodičovství, zdravý životní styl, prevence pohlavních onemocnění, hygiena intimních partií, antikoncepce, prevence před rizikovým sexuálním chováním a informace o průběhu porodu (Dušová et al., 2019).

1.7 Komunikace porodní asistentky s dospívající dívkou

Obecně lze komunikaci rozdělit na verbální a neverbální (Šulistová, 2012). Verbální komunikace je dorozumívání se mezi sebou (Zacharová, 2016). Tento typ komunikace je velmi důležitý pro vztah mezi porodní asistentkou a dospívající dívkou (Bašková, 2015). Dospívající dívka by měla mít v porodní asistentce důvěru a možnost se na ní kdykoli obrátit (Unie porodních asistentek, 2018). V rámci verbální komunikace rozdělujeme rozhovor podle cíle, kterého chce porodní asistentka dosáhnout (Zacharová, 2016). První je diagnostický rozhovor, který obsahuje sběr informací o dívce a analyzování chování

dívky (Šulistová, 2012). Porodní asistentka musí svůj styl rozhovoru přizpůsobit věku nebo zdravotnímu stavu dívky (Zacharová, 2017). To znamená, že porodní asistentka by měla nejdříve zjistit základní údaje o dívce. Příkladem může být patnáctiletá dívka, která je teprve na začátku pohlavního života a nemá základní informace v oblasti reprodukčního zdraví oproti dvacetileté dívce, u které se předpokládá, že je v této oblasti informována více. Ke každé dívce musí porodní asistentka přistupovat individuálně, jelikož každá z nich může mít jinou úroveň informovanosti. Druhý typ komunikace je terapeutický rozhovor, při kterém dochází k rozboru pocitů dívky v dané problematice (Kratochvíl, 2017). V tomto případě by měla být rovněž porodní asistentka chápavá a měla by umět naslouchat. Právě naslouchání je jedna z nejdůležitějších komunikačních dovedností (Bašková, 2015). Nasloucháním dospívající dívce dává porodní asistentka najevo pochopení a porozumění (Kratochvíl, 2017). Aby porodní asistentka byla schopna naslouchat, musí se zbavit svých vlastních předsudků, zaujatosti a jiných rušivých elementů (Zacharová, 2016). V rámci terapeutického rozhovoru se uplatňuje empatie porodní asistentky (Sohst, 2016). Termín empatie označuje schopnost porodní asistentky vžít se v rámci komunikace do stavu dospívající dívky (Unie porodních asistentek, 2017). Dalším typem komunikace je informační rozhovor, který je zaměřen k předávání informací (Zacharová, 2016). V tomto typu rozhovoru se nejedná o monolog, ale o dialog, který vede porodní asistentka s dívkou (Zacharová, 2016). Dospívající dívka bývá v adolescentním věku méně sdílná, což nemusí signalizovat, že o komunikaci nestojí (Thorová, 2015). Porodní asistentka by měla v tomto případě přizpůsobit svůj styl vyjadřování dospívající dívce (Hines, Baverstock, 2014). Porodní asistentka musí mluvit jasně a přesně (Gill, Alison, 2014). Informační rozhovor může být osobní a porodní asistentka by měla určit vhodný čas a místo na jeho uskutečnění (Zacharová, 2016). Posledním typem je edukační rozhovor, který slouží k předání jak teoretických informací, tak i praktických dovedností (Zacharová, 2016). Porodní asistentka musí být k dívce trpělivá, vhodně klást otázky a přesvědčit se, zda jim dívka správně rozumí (Gill, Alison, 2014). Na konec rozhovoru všechny informace shrne a dívku za její aktivitu při komunikaci pochválí (Zacharová, 2016).

Neverbální komunikace je komunikace beze slov (Bašková, 2015). Do neverbální komunikace patří mimika, oční kontakt, gesta, proxemika, haptika, posturologie, kinezika, paralingvistika a osobní upravenost (Pešek, Práško, 2016). Mimika je výraz tváře, který

během rozhovoru porodní asistentka používá (Zacharová, 2016). Nejlepší možnou variantou, jaký by měla porodní asistentka využít je úsměv, který naznačuje toleranci a přátelství vůči dívce (Bašková, 2015). Oční kontakt signalizuje vnímavost porodní asistentky, avšak 70 % času, kdy porodní asistentka hledí upřeně do očí, je signálem agresivity (Pešek, Práško, 2016). Mezi gesta se řadí pohyby hlavy, rukou či pohyby rameny (Zacharová, 2016). Pohybem hlavy se signalizuje souhlas či nesouhlas a ruce mohou vyjadřovat prosbu (Zacharová, 2016). Proxemika je charakterizována vzdáleností porodní asistentky a dívky (Pešek, Práško, 2016). Dívka si většinou může udržovat menší odstup a porodní asistentka by neměla tento intimní prostor narušit (Bašková, 2015). Haptika se týká dotyků, které vyjadřují kvalitu vztahu mezi porodní asistentkou a dívkou (Pešek, Práško, 2016). Patří sem například podání ruky porodní asistentky s dívkou při jejich prvním setkání (Ošetřovatelské perspektivy, © 2018). Posturologie je udržení a nasměrování končetin například sezení, stání nebo ležení (Pešek, Práško, 2016). Pokud dívka porodní asistentce nevěří, tak má shrbený hrudník nebo může mít zkřížené ruce (Pešek, Práško, 2016). Kinezika souvisí s posturologií, kdy popisuje pohyb rukou, nohou nebo celého těla v rámci rychlosti a dynamičnosti (Ošetřovatelské perspektivy, © 2018). Paralingvistika je akustikou mluveného slova řeči (Šulistová, 2012). Porodní asistentka může z hlasu dívky vycítit určité obavy, nepohodu či strach (Zacharová, 2016). Pokud dívka začne projevovat známky strachu, měla by porodní asistentka zasáhnout. Řeč dívky může být ze strachu tichá, hlasitá, pomalá, rychlá nebo například rozechvělá (Šulistová, 2012). Porodní asistentka by měla zjistit příčinu strachu dospívající dívky a následně zkusit strach a obavy zmírnit, snažit se dívce zodpovědět všechny její otázky, poskytnout jí dostatek informací a dívku podpořit (Bašková, 2015).

2 Cíle práce, hypotézy a operacionalizace pojmů

2.1 Cíl práce

Zjistit, zda mají dospívající dívky znalosti o těhotenství, porodu a antikoncepci.

2.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Dospívající dívky ve věku 18-20 let mají více informací o těhotenství než dívky od 16-17 let.

Hypotéza č. 2: Dospívající dívky ve věku 18-20 let mají více informací o porodu než dívky od 16-17 let.

Hypotéza č. 3: Dospívající dívky ve věku 18-20 let mají více informací o antikoncepci než dívky od 16-17 let.

Hypotéza č. 4: Dospívající dívky na středních zdravotnických školách mají více znalostí o těhotenství než dospívající dívky na gymnáziích a středních školách bez maturity.

Hypotéza č. 5: Dospívající dívky na středních zdravotnických školách mají více znalostí o porodu než dospívající dívky na gymnáziích a středních školách bez maturity.

Hypotéza č. 6: Dospívající dívky na středních zdravotnických školách mají více znalostí o antikoncepci než dospívající dívky na gymnáziích a středních školách bez maturity.

2.3 Operacionalizace pojmů

Dospívající dívka je dívka ve věku od 10 do 20 let.

Těhotenství je stav ženy, kdy v její děloze dochází k vývoji plodu.

Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodu z těla ženy.

Antikoncepce (kontracepce) je metoda, která zabraňuje nežádoucímu otěhotnění.

Více znalostí znamená, že dotyčné dívky se o problematice informovaly podrobněji.

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodika a technika výzkumu

Výzkumné šetření pro bakalářskou práci bylo provedeno kvantitativní metodou. Kvantitativní výzkum využívá sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování (Hendl, 2016). Jako prostředek pro sběr dat byl aplikován dotazník vlastní konstrukce.

Pro snadné šíření dotazníku a získání dostatečného počtu respondentek byla zvolena elektronická forma dotazníku prostřednictvím webu *Click4survey.cz*. Dotazník byl distribuován pouze on-line formou z důvodu epidemiologické situace v České republice (COVID-19). Dotazník byl šířen prostřednictvím Facebooku a byl kladen důraz na to, aby jej vyplnily pouze respondentky ve věku od 16 do 20 let. Kvantitativní výzkumné šetření probíhalo od 24. 5. 2021 do 7. 6. 2021. Návratnost dotazníků byla 19 %. 359 respondentek dotazník otevřelo a 71 dívek dotazník vyplnilo.

Dotazník vlastní konstrukce se skládal z 28 otázek, z nichž 21 bylo uzavřených a 9 polouzavřených, s možností více odpovědí. Pro všechny otázky dotazníku byly vytvořeny sloupcové grafy s absolutními a relativními četnostmi. Srovnání znalostí respondentek v oblastech těhotenství, porodu a antikoncepce dle věkové kategorie a typu školy bylo provedeno pomocí Mann–Whitneyho testu. Kromě výsledné p-hodnoty byly reportovány počet, medián, průměr a směrodatná odchylka srovnávaných skupin. Pořadové statistiky byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu. Body za otázky v jednotlivých oblastech byly stanoveny jako počet správně zodpovězených otázek. U otázek, kde bylo více správných variant odpovědí, byly tyto varianty bodovány poměrně, tak aby respondentka za zcela správně zodpovězenou otázku získala jeden bod. Všechny výpočty byly provedeny pomocí programu TIBCO STATISTICA 13, hladina významnosti pro rozhodnutí o nulové hypotéze činila 0,05.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

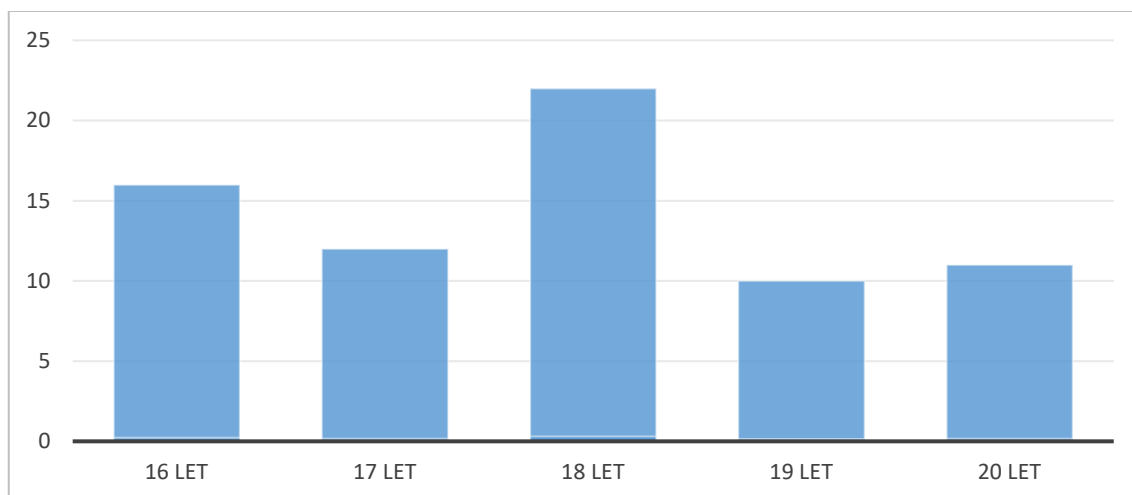
Výzkumný soubor tvořilo 71 dospívajících dívek ve věku od 16 do 20 let, které vyplnily dotazník na základě výzvy na sociální síti Facebook. Všechny dospívající dívky byly na začátku vyplnění dotazníku seznámeny s tématem bakalářské práce a zároveň byly informovány o anonymitě dotazníku. Dospívající dívky vyplnily dotazník zcela dobrovolně.

Největší skupinu tvořilo 22 dívek (31 %) ve věku 18 let. Dospívajících dívek ve věku 16 let bylo 16 (22,5 %), věk 17 let byl zastoupen 12 dívkami (16,9 %) a respondentek ve věku 20 let bylo 11 (15,5 %). Nejméně bylo dívek ve věku 19 let, a to 10 (14,1 %). Dotazník vyplnilo nejvíce dospívajících dívek, které navštěvovaly gymnázium. Těchto dívek bylo 19 a tvořily tak 27,5 % dotazovaných dívek. Skupinu respondentek, které navštěvovaly střední školu s maturitou, představovalo 18 dívek (26,1 %). 24,6 % výzkumného souboru tvořilo 17 dívek, které navštěvovaly zdravotnickou školu, a nejmenší zastoupení měly dívky, které navštěvovaly střední školu bez maturity. Tuto skupinu tvořilo 15 respondentek (21,7 %).

4 Výsledky výzkumu

4.1 Grafické výsledky dotazníkového šetření

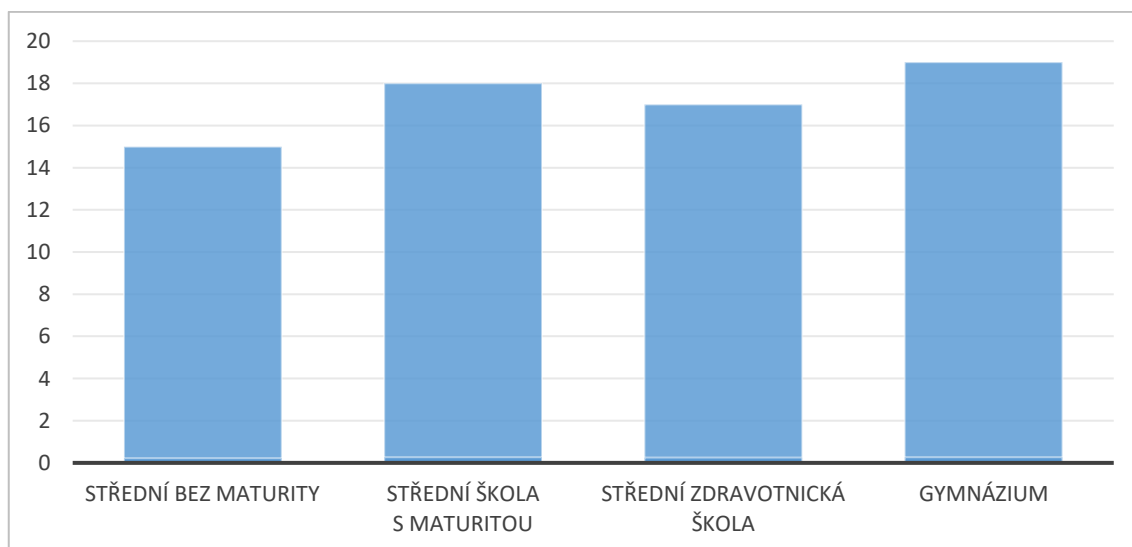
Graf 1 Věk dívek



Zdroj: Vlastní

Graf 1 zobrazuje počet a procentuální zastoupení věku dospívajících dívek. Z celkového počtu 71 dívek se zúčastnilo celkem 16 dívek (22,5 %) ve věku 16 let. Věk 17 let byl zastoupen 12 (16,9 %) dívkami. Nejpočetnější skupinu tvořily dívky ve věku 18 let, kterých odpovědělo celkem 22 (31,0 %). Další skupinu tvořily dívky ve věku 19 let, kterých odpovědělo 10 (14,1 %). Věk 20 let byl zastoupen 11 dívkami (15,5 %).

Graf 2 Druh studované školy

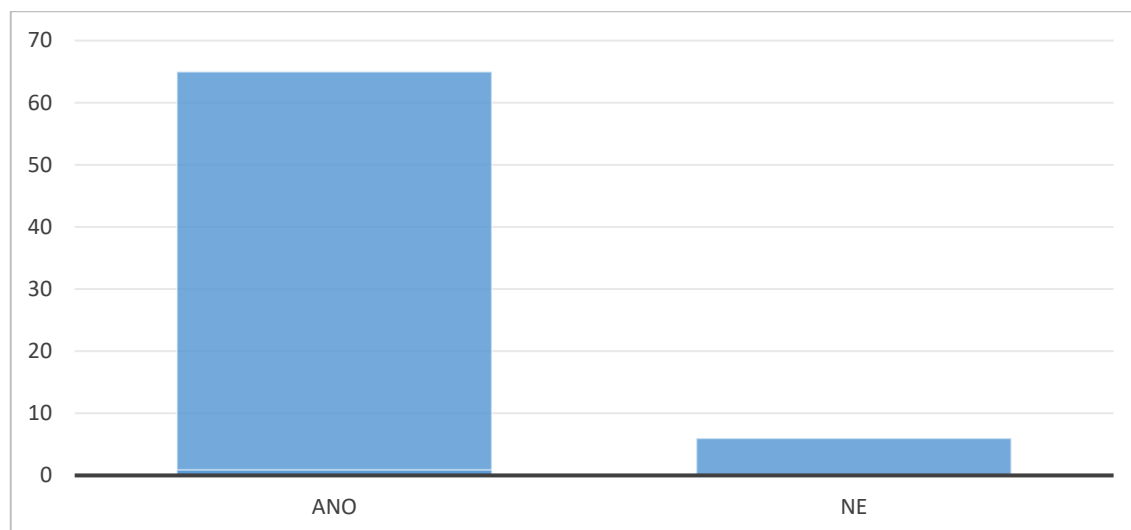


Zdroj: Vlastní

Graf 2 znázorňuje školy, které dívky navštěvovaly. Z celkového počtu 71 dívek studovalo 15 (21,7 %) střední školu bez maturity, 18 dívek (26,1 %) střední školu s maturitou, 17 dívek (24,6 %) střední zdravotnickou školu a 19 dívek (27,5 %) gymnázium.

4.2 Interpretace dotazníkového šetření

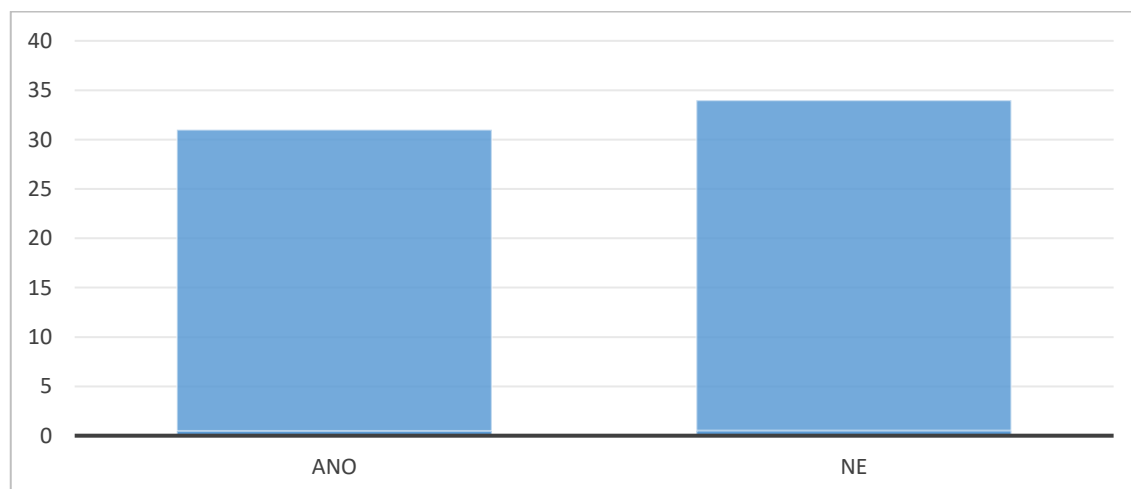
Graf 3 Informovanost dívek o těhotenství



Zdroj: Vlastní

Graf 3 udává počet dívek, které byly či nebyly informované o těhotenství. Z celkového počtu 71 dívek bylo 65 respondentek (91,5 %) informováno o těhotenství a 6 dívek (8,5 %) uvedlo, že nikdy o těhotenství informováno nebylo.

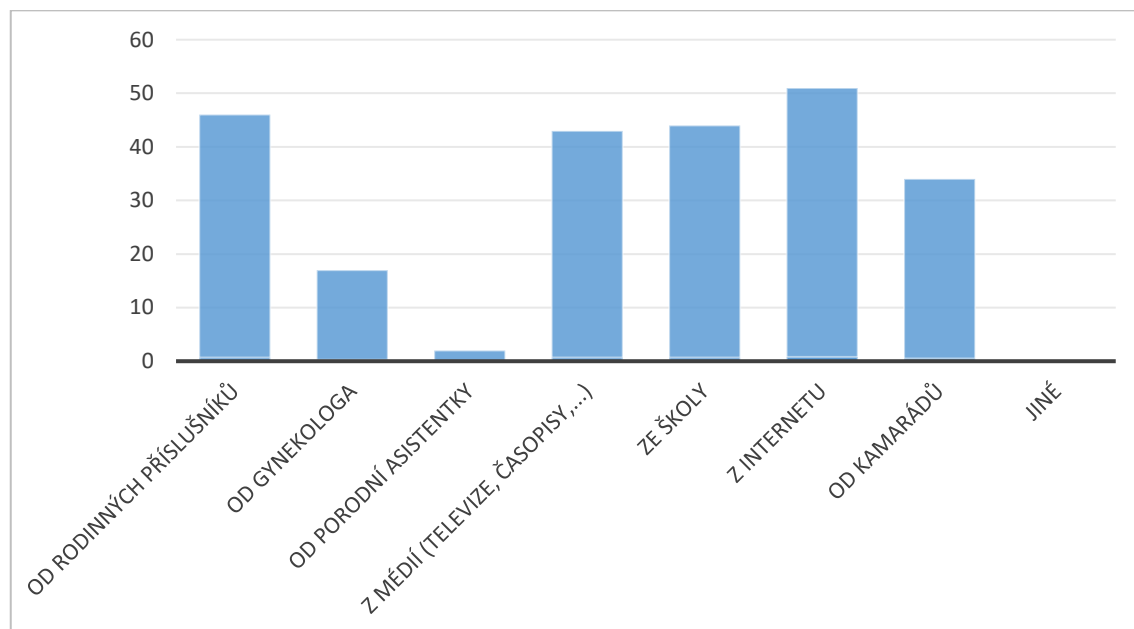
Graf 4 Předmět o těhotenství



Zdroj: Vlastní

Graf 4 znázorňuje, zda měly dívky ve škole předmět, ve kterém se učily o těhotenství. Z celkového počtu 65 respondentek jich 31 (47,7 %) tento předmět ve škole mělo a u 34 dívek (52,3 %) se tento předmět ve škole nevyučoval.

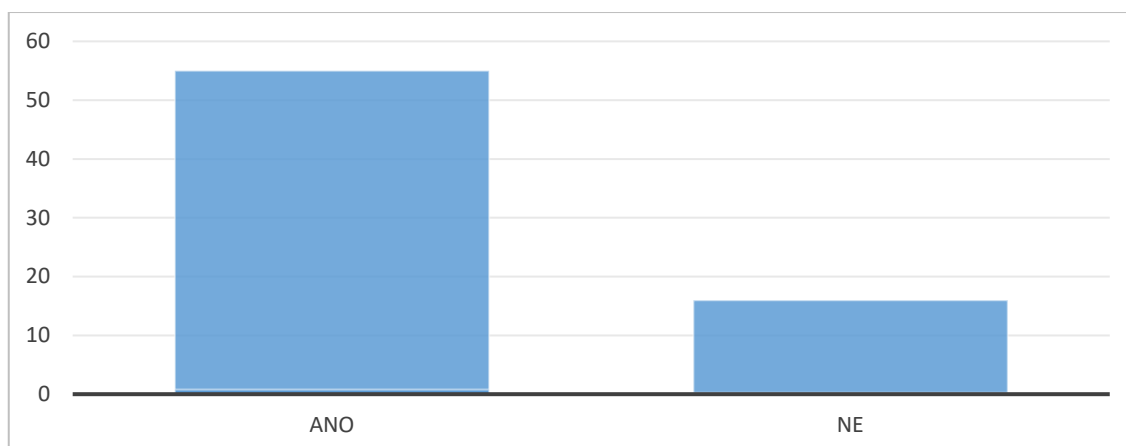
Graf 5 Zdroj informací o těhotenství



Zdroj: Vlastní

Graf 5 udává, kým byly dívky informovány o těhotenství. Respondentky mohly zvolit více možností. Označily 45krát, že získaly informace od rodinných příslušníků a 17krát uvedly, že od gynekologa. Od porodní asistentky byly dívky informované pouze 2krát. Variantu „informovanost z médií“ označily 43krát. Odpověď, že byly dívky informovány ve škole, zvolily respondentky 44krát. Největší počet odpovědí byl zaznamenán 51krát „z internetu“. Informace o těhotenství se od kamarádů dozvěděly 34krát. Možnost „jiné“ žádná z dívek nezvolila.

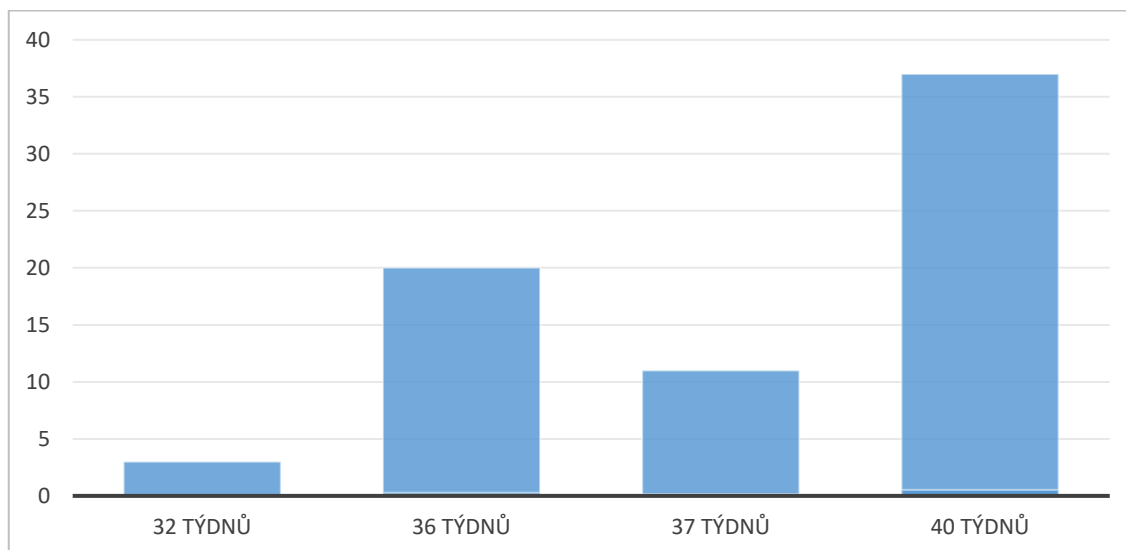
Graf 6 Zájem o informace o těhotenství



Zdroj: Vlastní

Graf 6 ukazuje, zda by dívky měly zájem o větší informovanost v oblasti těhotenství. Z celkového počtu 71 dotazovaných dívek jich 55 (77,5 %) odpovědělo, že požadují více informací o těhotenství a 16 respondentek (22,5 %) uvedlo, že více informováno o těhotenství být nechce.

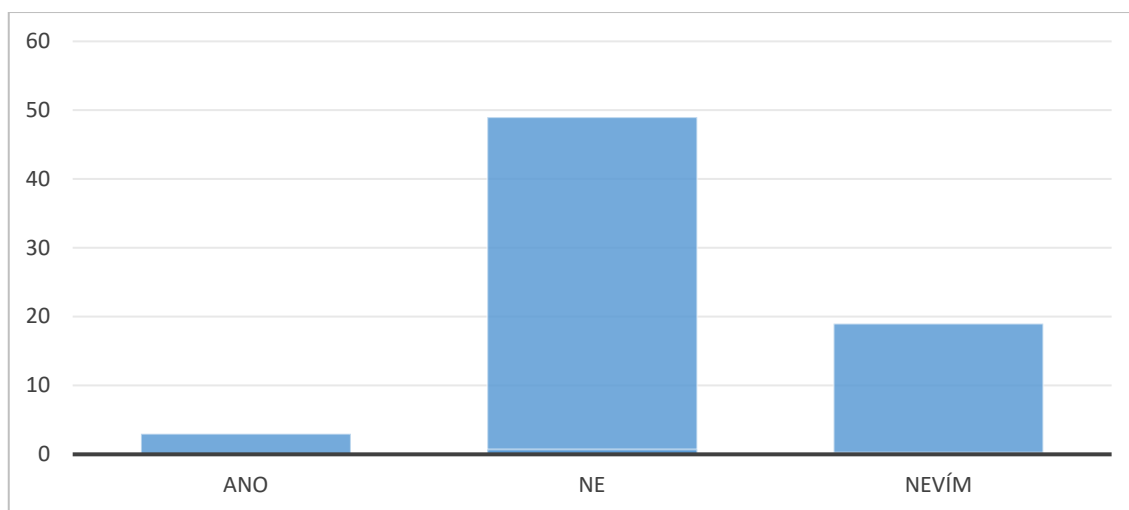
Graf 7 Trvání fyziologického těhotenství



Zdroj: Vlastní

Graf 7 zobrazuje odpovědi na otázku, kolik týdnů trvá fyziologické těhotenství. 3 (4,2 %) dívky zvolily variantu, že fyziologické těhotenství trvá 32 týdnů, 20 dívek (28,2 %) uvedlo, že trvá 36 týdnů, 11 respondentek (15,5 %) zvolilo odpověď „37 týdnů“ a 37 dívek (52,1 %) odpovědělo, že délka fyziologického těhotenství je 40 týdnů.

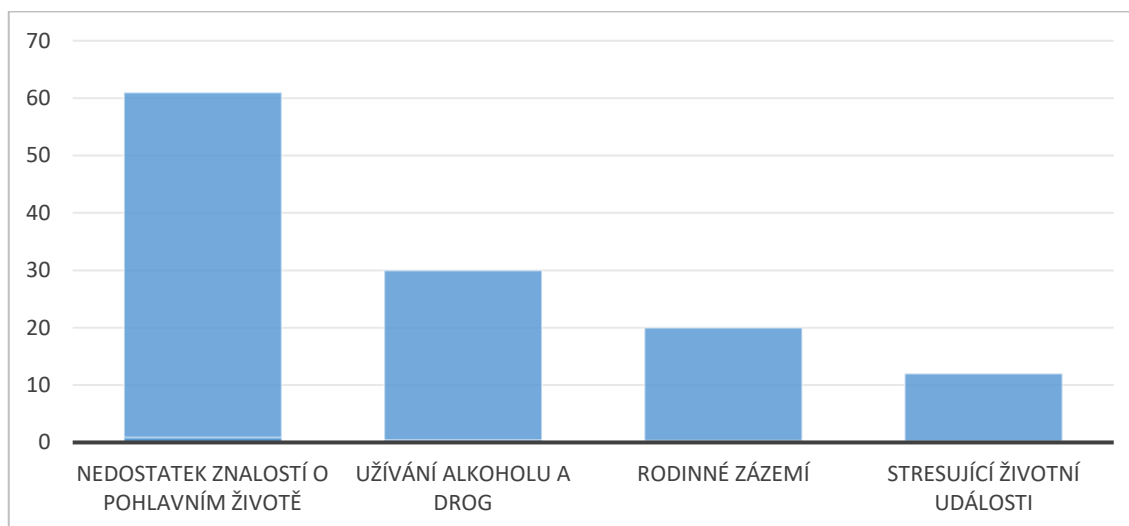
Graf 8 Názor na těhotenství v době dospívání



Zdroj: Vlastní

Graf 8 znázorňuje názor respondentek na to, zda je těhotenství dospívajících dívek správné. Z celkového počtu 71 dívek odpověděly 3 (4,2 %) dívky „ano“ a 49 (69,0 %) dívek označilo odpověď „ne“. Odpověď „nevím“ zvolilo 19 (26,8 %) respondentek.

Graf 9 Příčiny neplánovaného otěhotnění

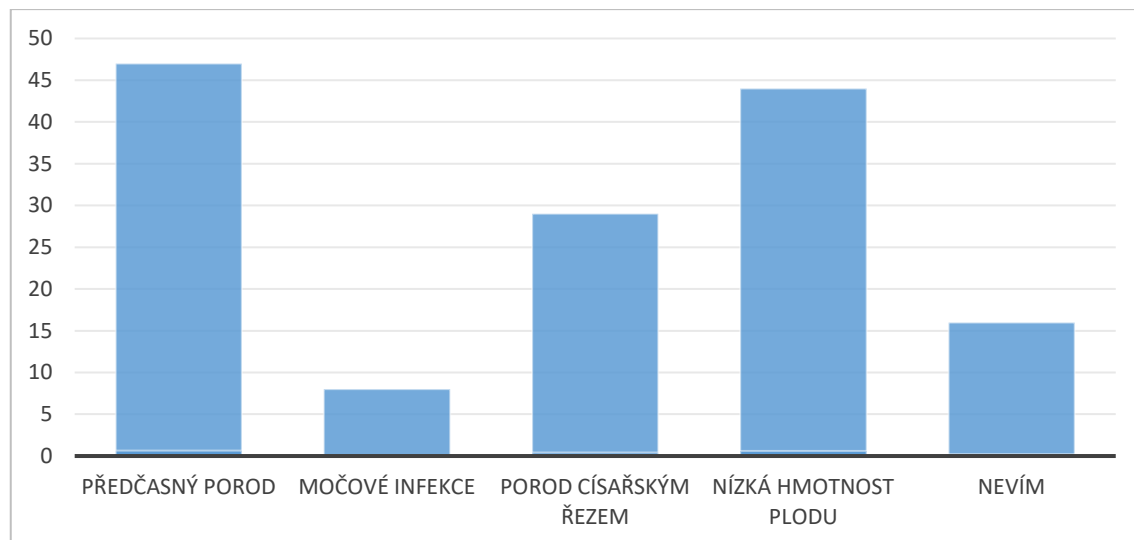


Zdroj: Vlastní

Graf 9 udává, jaký měly respondentky názor na příčinu neplánovaného otěhotnění u dospívajících dívek. Dotazované dívky mohly zvolit více odpovědí. Variantu „nedostatek znalostí o pohlavním životě“ zvolily dívky 61x. Užívání drog a alkoholu označily dívky

30x a odpověď „rodinné zázemí“ byla respondentkami označena 20x. Možnost „stresující životní události“ byla vybrána dívkami 12x.

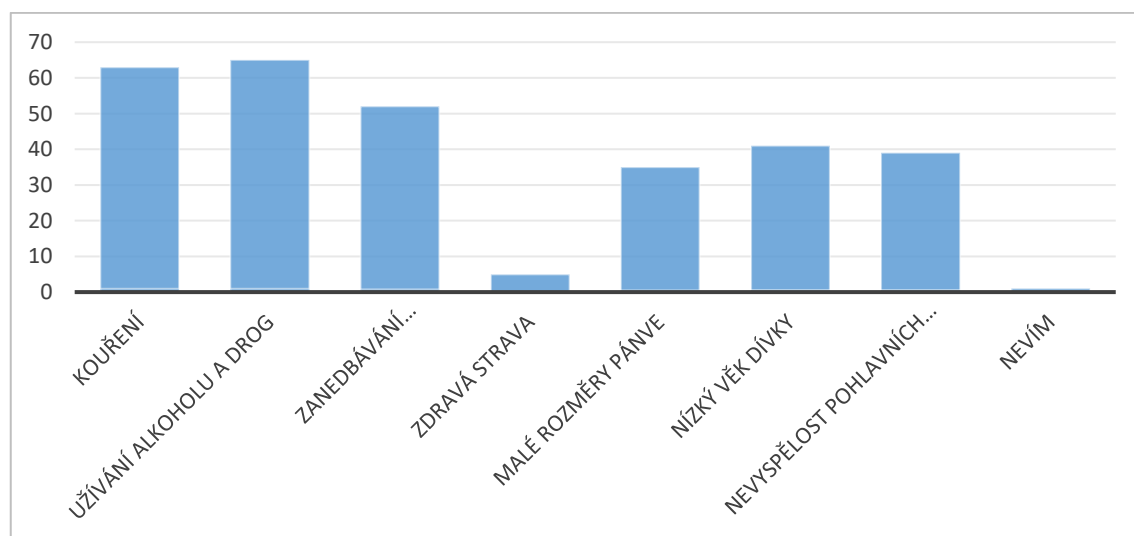
Graf 10 Rizika během těhotenství



Zdroj: Vlastní

Graf 10 ukazuje, zda dotazované věděly, jaká rizika se mohou objevit u dospívajících dívek v těhotenství. Dívky mohly označit více odpovědí. Variantu „předčasný porod“ zvolily dívky 47krát, „močové infekce“ vybraly dívky 8krát. Odpověď „porod císařským řezem“ byla zaznamenána 29krát. Riziko nízké hmotnosti plodu označily dívky 44krát. Pro možnost „nevím“ se rozhodly respondentky 16krát.

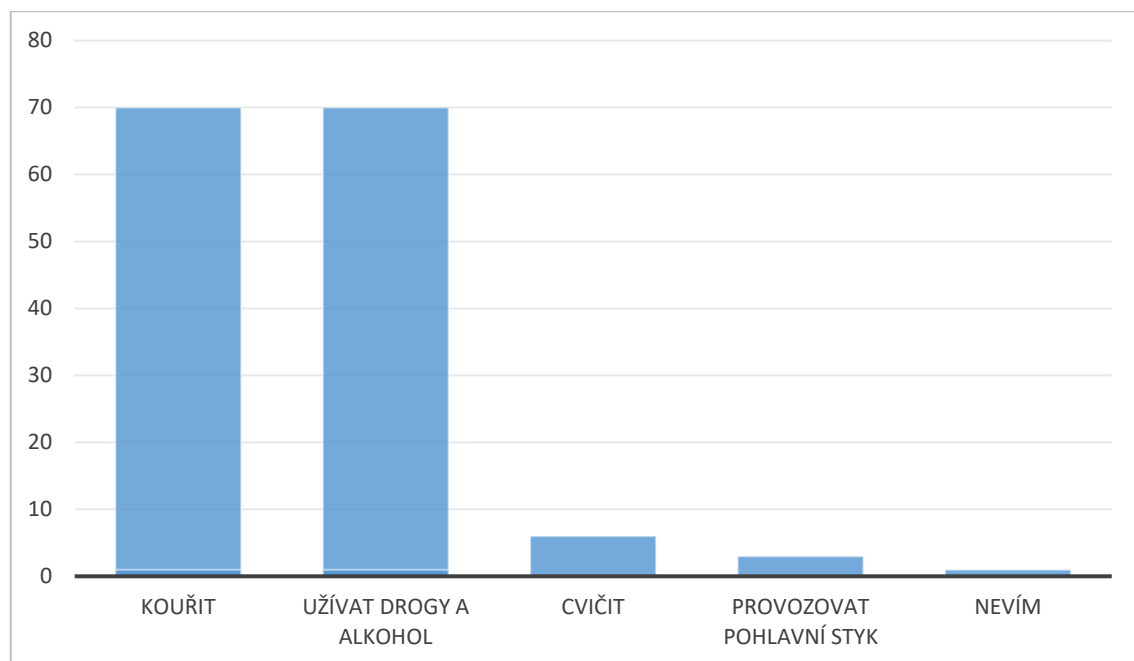
Graf 11 Možné faktory komplikací v těhotenství



Zdroj: Vlastní

Graf 11 zobrazuje odpovědi respondentek na otázku, zda znaly možné faktory, které mohou mít vliv na vznik komplikací v těhotenství dospívajících dívek. Dívky mohly označit více odpovědí. 63x respondentky zvolily možnost „kouření“, 65x „užívání alkoholu a drog“ a 52x „zanedbávání pravidelných prohlídek“. Varianta „zdravá strava“ byla vybrána 5x, 35x dívky zvolily odpověď „malé rozměry pánve“, 41x „nízký věk dívky“ a „nevyspělost pohlavních orgánů“ byla potvrzena respondentkami 39x. Možnost „nevím“ zvolila pouze 1 dívka.

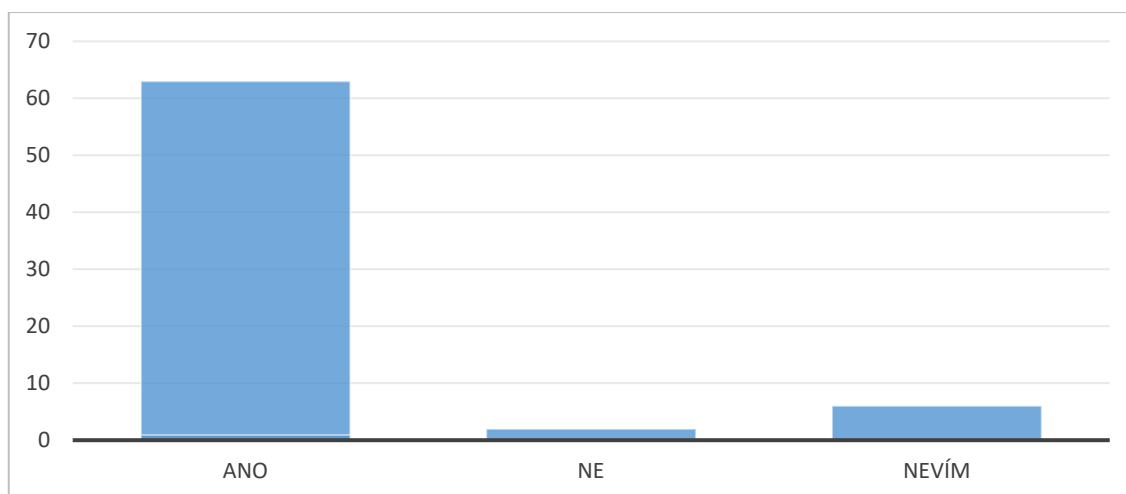
Graf 12 Co by neměla těhotná žena dělat



Zdroj: Vlastní

Graf 12 ukazuje, co si myslí respondentky o tom, co by neměla těhotná žena dělat. Dívky mohly označit více odpovědí. Variantu, že by neměla těhotná žena kouřit, zvolily respondentky 70x a odpověď „užívat drogy a alkohol“ byla též vybrána 70x. Odpověď „cvičit“ dívky potvrdily 6x a varianta „provozovat pohlavní styk“ byla respondentkami označena 3x. Možnost „nevím“ vybrala pouze 1 dívka.

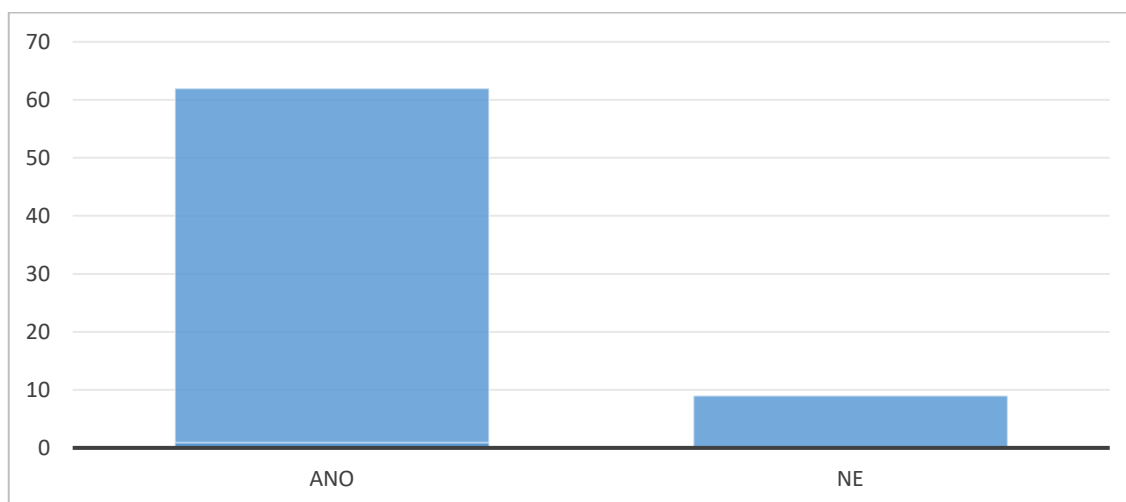
Graf 13 Pravidelné prohlídky v těhotenské poradně



Zdroj: Vlastní

Graf 13 zobrazuje úsudek dospívajících dívek, zda by žena během těhotenství měla chodit na pravidelné prohlídky do těhotenské poradny. Z celkového počtu 71 dívek odpovědělo 63 (88,7 %) dívek „ano“, 2 (2,8 %) dívky potvrdily odpověď „ne“ a zbylých 6 (8,5 %) respondentek vybralo možnost „nevím“.

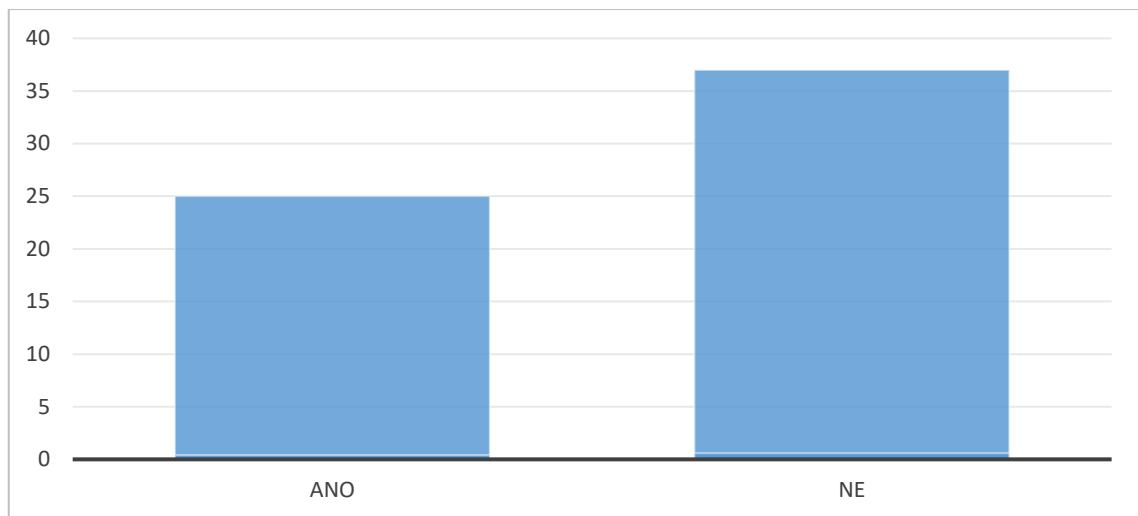
Graf 14 Informovanost dívek o porodu



Zdroj: Vlastní

Graf 14 znázorňuje počet respondentek, které byly či nebyly informované o porodu. 62 respondentek (87,3 %) uvedlo, že bylo informováno o porodu, a 9 dívek (12,7 %) informováno nebylo.

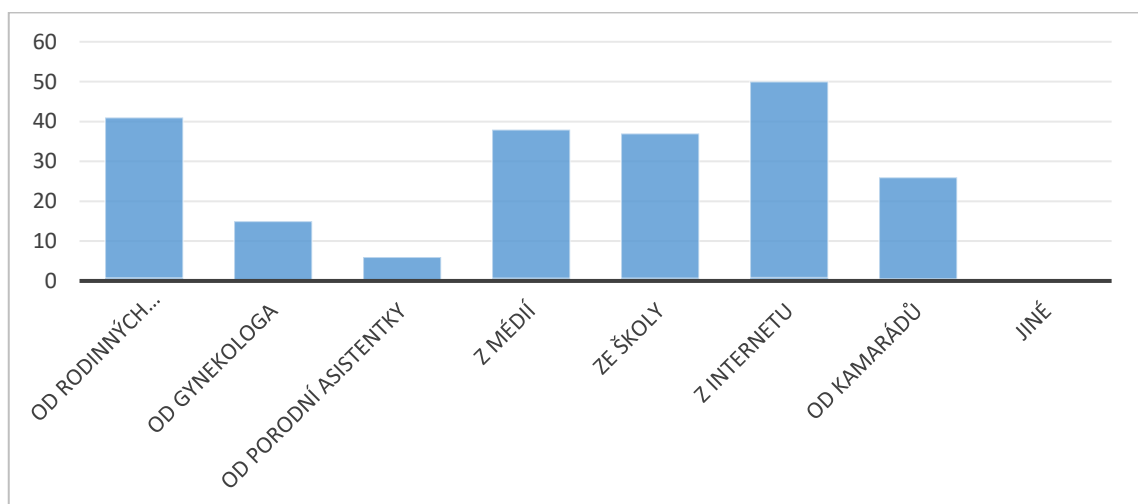
Graf 15 Předmět o porodu



Zdroj: Vlastní

Graf 15 zobrazuje, zda měly dívky ve škole předmět, ve kterém se učily o porodu. Z celkového počtu 62 dívek se jich 25 (40,3 %) účastnilo ve škole výuky o porodu a u 37 dívek (59,7 %) se tento předmět ve škole nevyučoval.

Graf 16 Zdroj informací o porodu

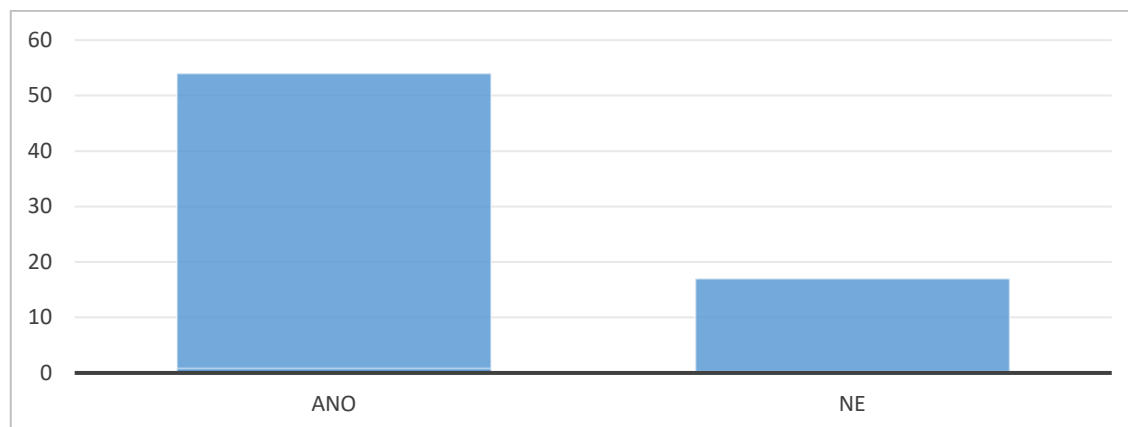


Zdroj: Vlastní

Graf 16 ukazuje odpovědi respondentek na otázku, kým byly dívky informovány o porodu. Dívky si mohly zvolit více možností. Respondentky odpověděly 41x, že je informovali rodinní příslušníci. 15x dívky uvedly, že získaly informace od gynekologa. Nabytí

informací o porodu od porodní asistentky potvrdily dívky 6x. Informovanost z médií zvolily dívky 38x. Možnost „ze školy“ zvolily 37x. Největší počet označených odpovědí byl zaznamenán 50x, a to u možnosti, že s porodem byly respondentky seznámeny z internetu. Varianta, že dívky informovali kamarádi, byla vybrána dotazovanými 26x. Možnost „jiné“ nebyla respondentkami označena.

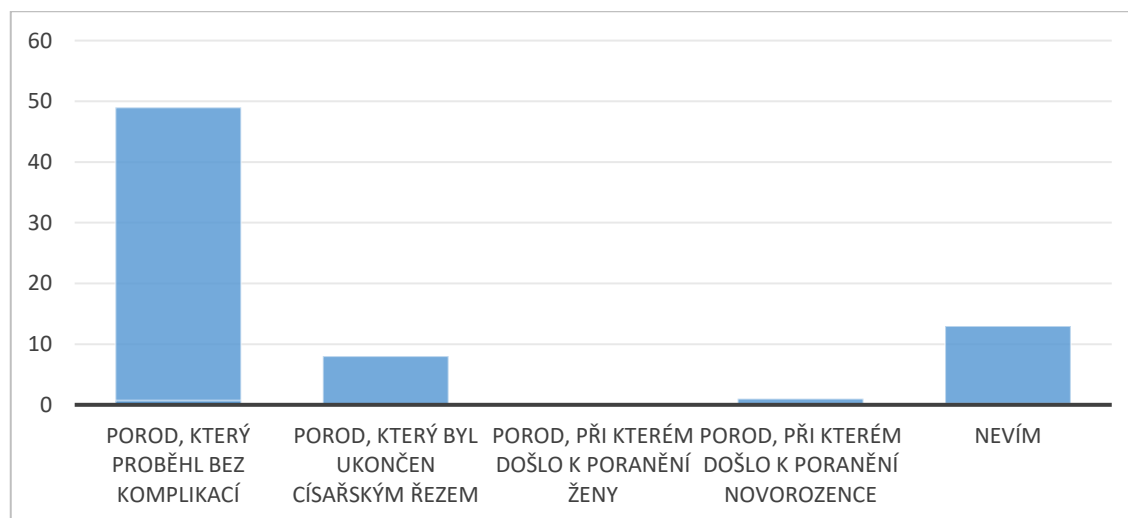
Graf 17 Zájem o informace o porodu



Zdroj: Vlastní

Graf 17 znázorňuje zájem respondentek o větší informovanost, která se týká porodu. Z celkového počtu 71 dotazovaných dívek 54 dívek (76,1 %) odpovědělo, že by se rádo dozvědělo více informací o porodu a 17 respondentek (23,9 %) uvedlo, že o více informací o porodu zájem nemají.

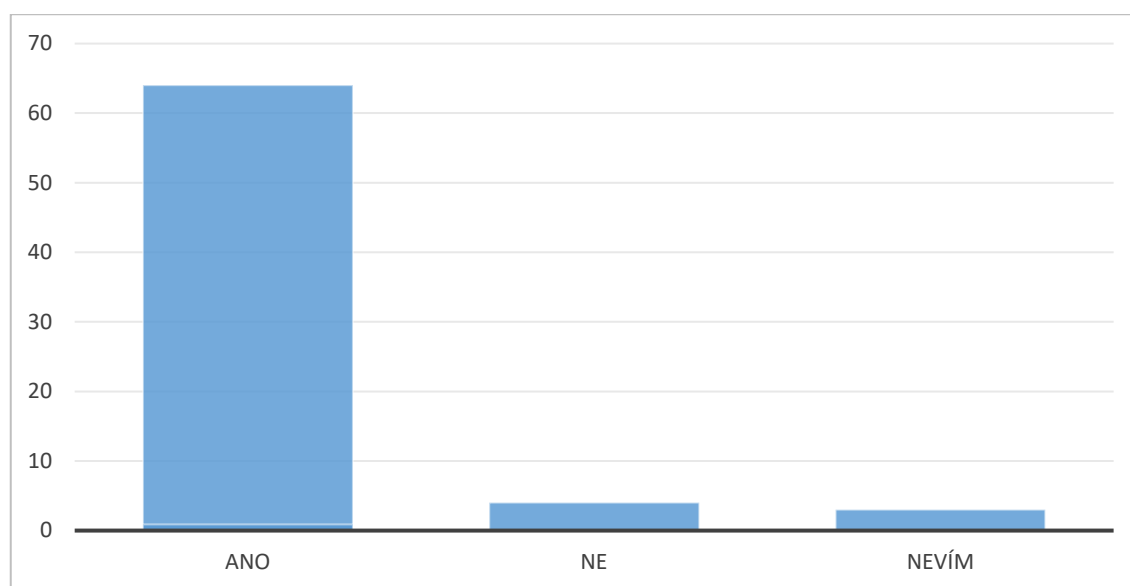
Graf 18 Znalosti dívek o spontánním porodu



Zdroj: Vlastní

Graf 18 zobrazuje odpovědi dospívajících dívek na dotaz, co je spontánní porod. Z celkového počtu 71 (100 %) respondentek potvrdilo 49 (69,0 %) dívek odpověď, že je to porod, který proběhl bez komplikací. Možnost „porod, který byl ukončen císařským řezem“ vybralo 8 (11,3 %) respondentek. Žádná z dívek nezvolila variantu „porod, při kterém došlo k poranění ženy“. Pouze 1 (1,4 %) dívka označila variantu „porod, při kterém došlo k poranění novorozence“. 13 (18,3 %) dívek odpovědělo, že neví, co je spontánní porod.

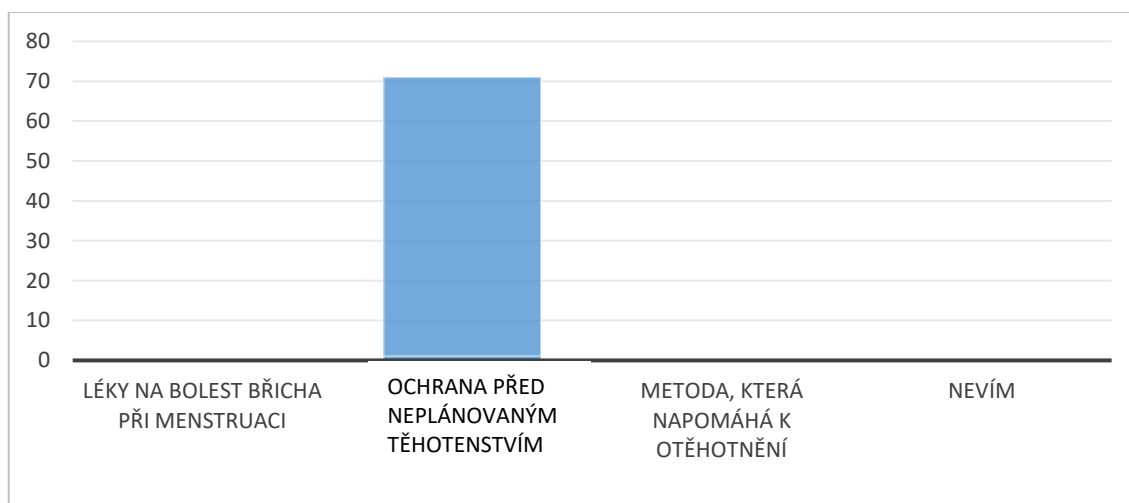
Graf 19 Vliv věku dívky na průběh porodu



Zdroj: Vlastní

Graf 19 uvádí názor dívek, zda věk dospívající dívky má vliv na průběh porodu. 64 (90,1 %) respondentek si myslí, že dívčin věk má vliv na průběh porodu, 4 (5,6 %) dívky uvedly, že věk vliv nemá a 3 (4,2 %) respondentky názor neměly, a proto uvedly odpověď „nevím“.

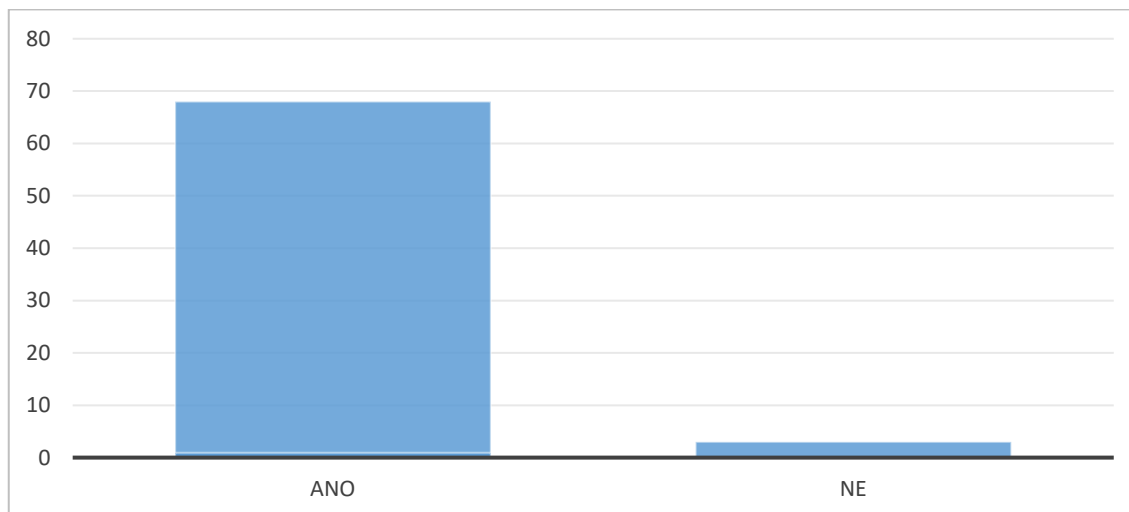
Graf 20 Co je antikoncepce



Zdroj: Vlastní

Graf 20 znázorňuje odpovědi dotazovaných dívek na otázku, co je antikoncepce. Z celkového počtu 71 respondentek všechny zvolily správnou odpověď, že antikoncepce je ochrana před neplánovaným těhotenstvím.

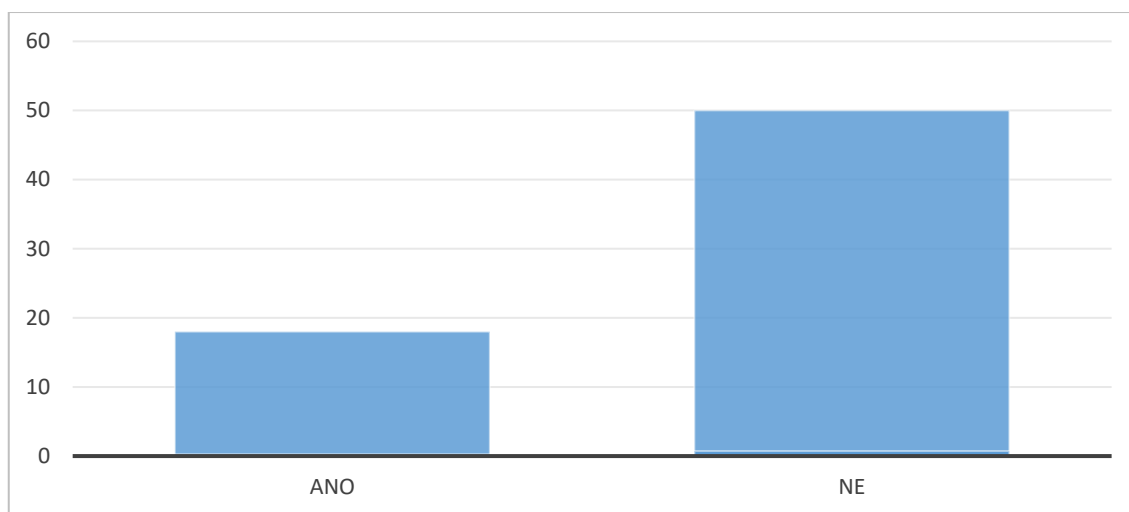
Graf 21 Znalosti dívek o antikoncepci



Zdroj: Vlastní

Graf 21 udává počet respondentek, které byly či nebyly informované o antikoncepci. Z celkového počtu 71 dívek bylo 68 dívek (95,8 %) informováno o antikoncepci a 3 respondentky (4,2 %) informace o antikoncepci neobdržely.

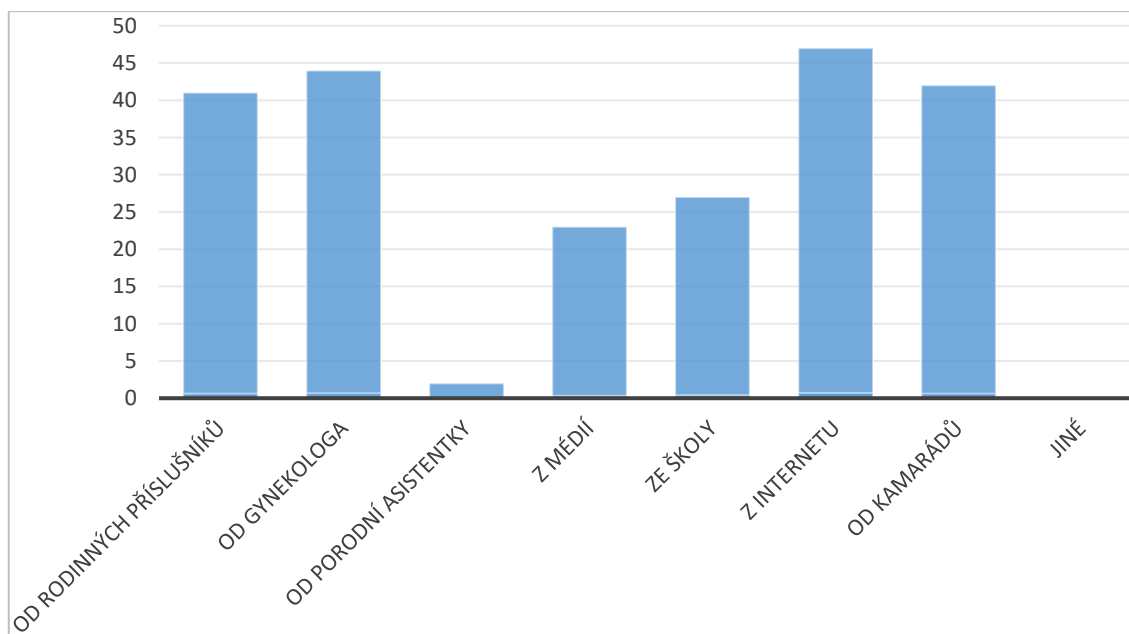
Graf 22 Předmět o antikoncepci



Zdroj: Vlastní

Graf 22 znázorňuje, zda měly dívky ve škole předmět, ve kterém se učí o antikoncepci. Z celkového počtu 68 respondentek odpovědělo „ano“ 18 dívek (26,5 %) a variantu „ne“ zvolilo 50 dívek (73,5 %).

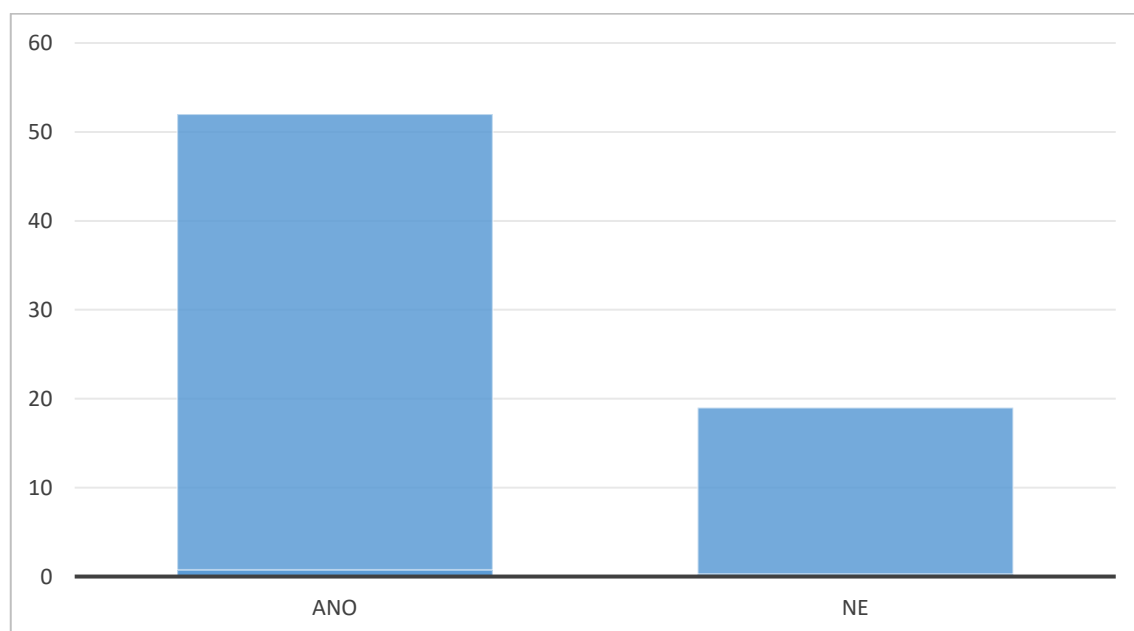
Graf 23 Zdroj informací o antikoncepci



Zdroj: Vlastní

Graf 23 ukazuje, kým byly dívky informovány o antikoncepci. Dívky mohly označit více možností. Dotazované dívky odpověděly 41x, že informace o antikoncepci jim zprostředkovali rodinní příslušníci. 44x respondentky odpověděly, že získaly informace od gynekologa. Pouze 2 x dívky uvedly, že informace o antikoncepci dostaly od porodní asistentky. Informovanost z médií dívky označily 23x. Získávání informací o porodu ze školy zvolily dívky 37x. Graf ukazuje, že nejvíce informací, které se týkají antikoncepce, získaly respondentky z internetu. Tato varianta byla označena dívkami 55x. Informace o antikoncepci zajistili dospívajícím dívkám i kamarádi, tato varianta byla označena 26x. Možnost „jiné“ žádná z dotazovaných dívek neoznačila.

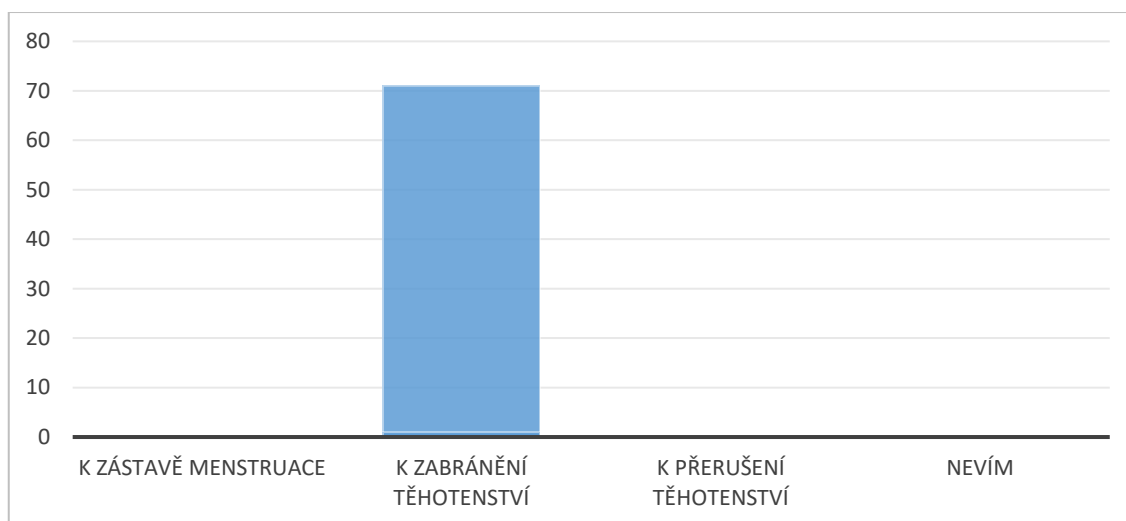
Graf 24 Zájem o informace o antikoncepci



Zdroj: Vlastní

Graf 24 zobrazuje odpovědi dotazovaných dívek na otázku, zda by uvítaly více informací o antikoncepci. Z celkového počtu 71 dívek 52 z nich odpovědělo (73,2 %), že by se o antikoncepci chtěly dozvědět více informací a 19 (26,8 %) respondentek tyto informace nepožadovalo.

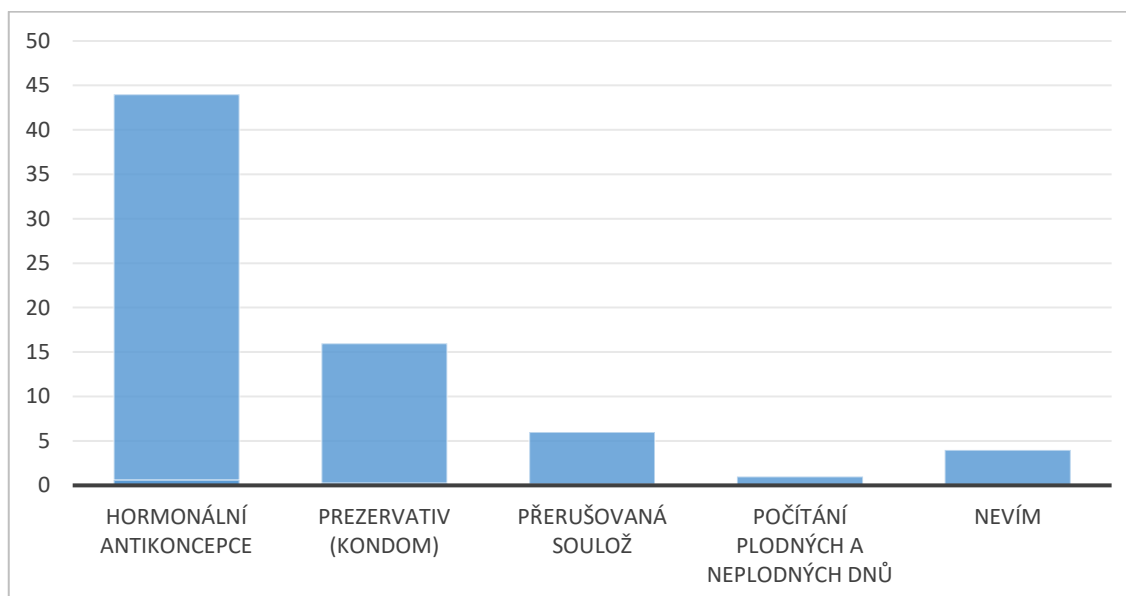
Graf 25 Účinek antikoncepce



Zdroj: Vlastní

Graf 25 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku, k čemu slouží antikoncepce. Všechny dívky zvolily správnou variantu, že antikoncepce slouží k zabránění těhotenství. Možnosti „k zástavě menstruace“, „k přerušení těhotenství“ a „nevím“ zůstaly bez označení.

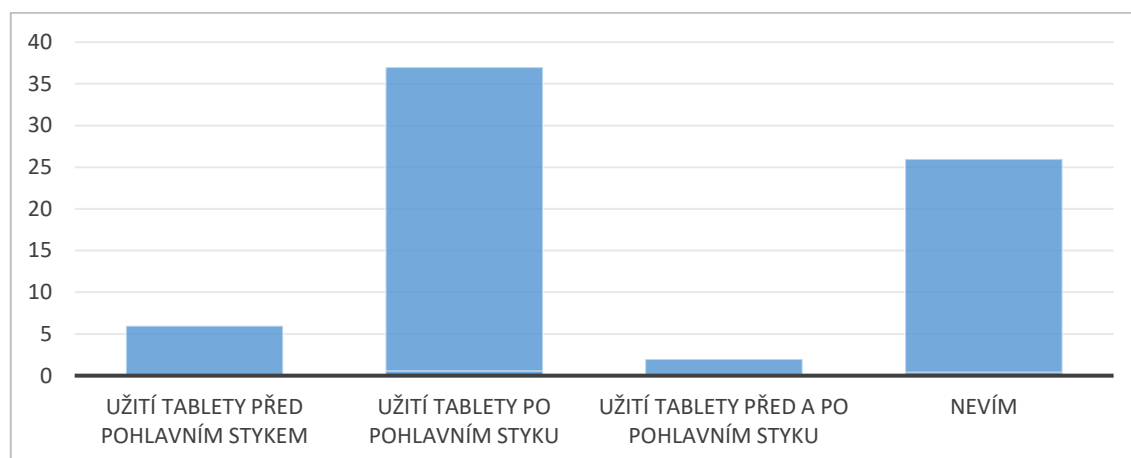
Graf 26 Nejspolehlivější antikoncepce



Zdroj: Vlastní

Graf 26 zobrazuje názor dospívajících dívek na to, jaká je nespolehlivější antikoncepce. Z celkového počtu 71 dívek zvolilo 44 (62,0 %) respondentek odpověď hormonální antikoncepce. 16 (22,5 %) dívek označilo variantu prezervativ (kondom), 6 (8,5 %) dotazovaných dívek potvrdilo odpověď přerušovaná soulož, 1 dívka zvolila možnost počítání plodných a neplodných dnů a odpověď „nevím“ zvolily 4 (5,6 %) respondentky.

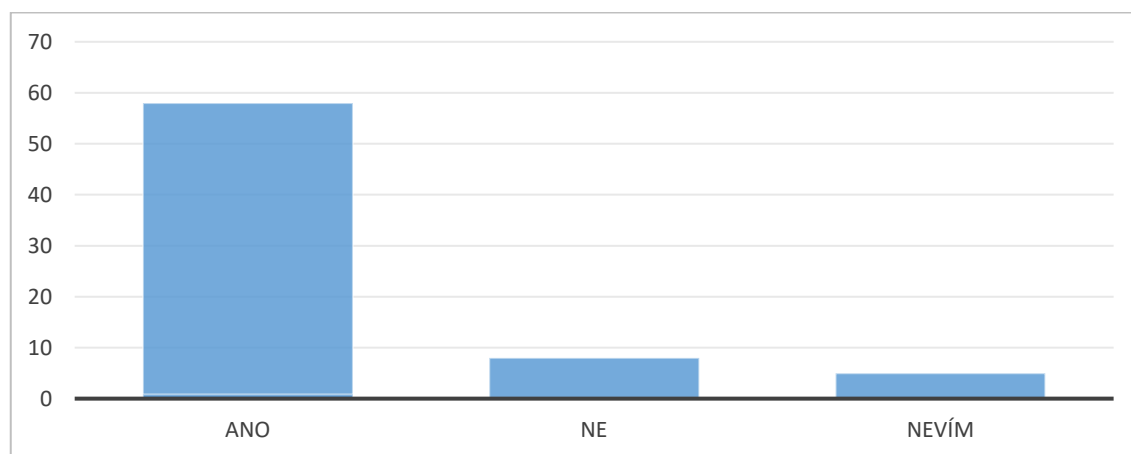
Graf 27 Emergentní antikoncepce



Zdroj: Vlastní

Graf 27 ukazuje, zda dospívající dívky věděly, co je to emergentní antikoncepce. 6 (8,5 %) dívek potvrdilo odpověď „užití tablety před pohlavním stykem“, 37 (52,1 %) respondentek označilo možnost „užití tablety po pohlavním styku“, 2 (2,8 %) dívky zvolily odpověď „užití tablety před a po pohlavním styku“ a poslední variantu „nevím“ označilo 26 (36,6 %) respondentek.

Graf 28 Vliv znalostí dívek na nechtěné otěhotnění



Zdroj: Vlastní

Graf 28 znázorňuje názor dívek, zda dostatek znalostí o těhotenství, porodu a antikoncepci může ovlivnit nechtěné těhotenství dospívajících dívek. Z celkového počtu 71 (100 %) dotazovaných dívek jich 58 (81,7 %) označilo odpověď „ano“. Tyto respondentky považují za důležité mít dostatečné znalosti o těhotenství, porodu a antikoncepci, jelikož se tímto může předejít nechtěnému těhotenství dívek. 8 (11,3 %) dívek zvolilo variantu „ne“ a možnost „nevím“ označilo 5 (7,0 %) respondentek.

4.3 Testování hypotéz

H1: Dospívající dívky ve věku 18-20 let mají více informací o těhotenství než dívky od 16-17 let.

Statistické hypotézy:

H_0 : Počet dosažených bodů o znalosti o těhotenství nezávisí na věku dívek.

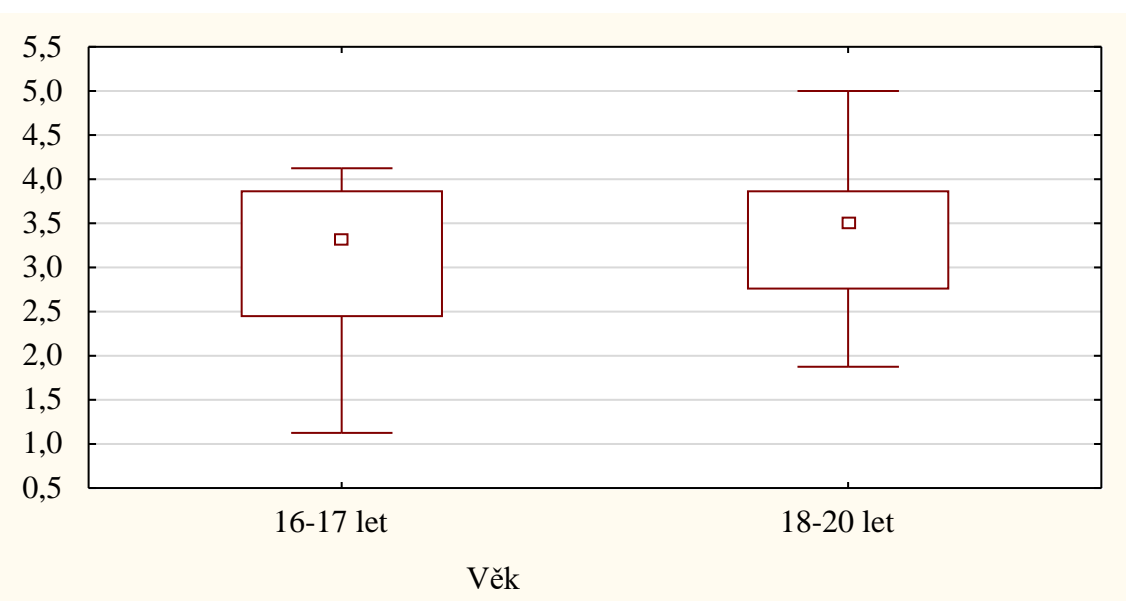
H_A : Počet dosažených bodů o znalosti o těhotenství závisí na věku dívek.

Tabulka 1 Znalosti dívek o těhotenství – počet dosažených bodů

Věk	medián	průměr	směrodatná odchylka	p-hodnota
16-17 let (n=28)	3,3	3,1	0,9	0,499
18-20 let (n=43)	3,5	3,4	0,8	(nezamítáme H_0)

Tabulka 1 a Graf 29 zobrazují maximální možný počet dosažených bodů, kterých bylo 6 (6 otázek týkajících se znalostí o těhotenství). P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,499, tj. vyšší než 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost počtu dosažených bodů o těhotenství na věku dívek, tj. rozdíl v počtu dosažených bodů nebyl mezi dívkami ve věku 16-17 let a ve věku 18–20 let statisticky významný. Pořadové statistiky obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Graf 29 Závislost věku a znalostí o těhotenství



H₂: Dospívající dívky ve věku 18–20 let mají více informací o porodu než dívky od 16–17 let.

Statistické hypotézy:

H₀: Počet dosažených bodů o porodu nezávisí na věkové kategorii dívek.

H_A: Počet dosažených bodů o porodu závisí na věkové kategorii dívek.

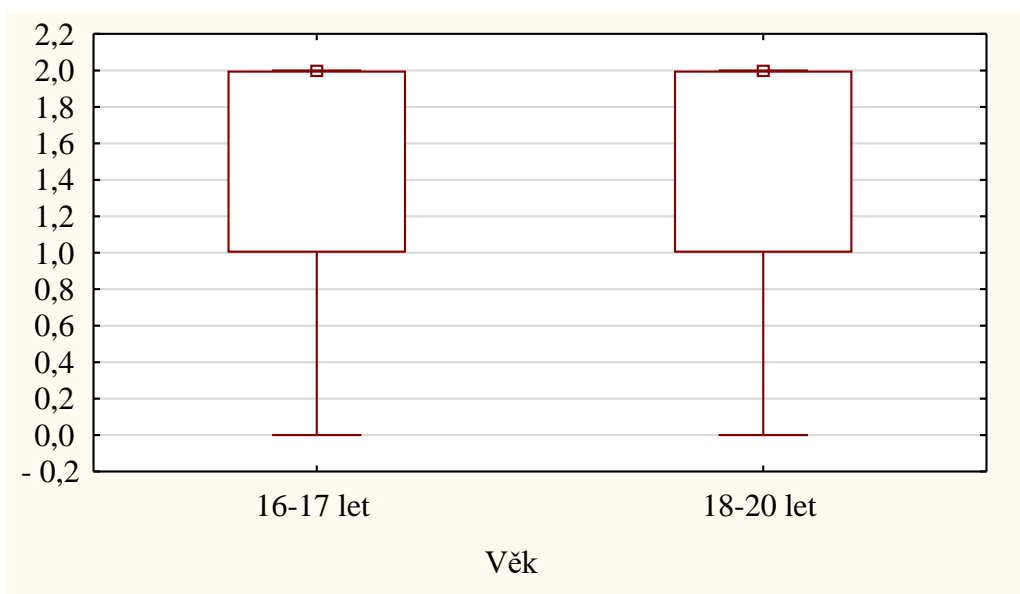
Tabulka 2 Porod – počet dosažených bodů

Věk	medián	průměr	směrodatná odchylka	p-hodnota
16-17 let (n=28)	2	1,54	0,64	0,676 (nezamítáme H ₀)
18-20 let (n=43)	2	1,63	0,54	

Tabulka 2 a Graf 30 zobrazují maximální možný počet dosažených bodů, kterých bylo 2 (2 otázky týkající se znalostí o porodu). P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,676, tj. vyšší než 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.

Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost počtu dosažených bodů o porodu na věku dívek, tj. rozdíl v počtu dosažených bodů o porodu nebyl mezi dívkami ve věku 16–17 let a ve věku 18–20 let statisticky významný. Pořadové statistiky obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Graf 30 Závislost věku a znalostí o porodu



H3: Dospívající dívky ve věku 18-20 let mají více informací o antikoncepci než dívky od 16–17 let.

Statistické hypotézy:

H_0 : Počet dosažených bodů o antikoncepci nezávisí na věku dívek.

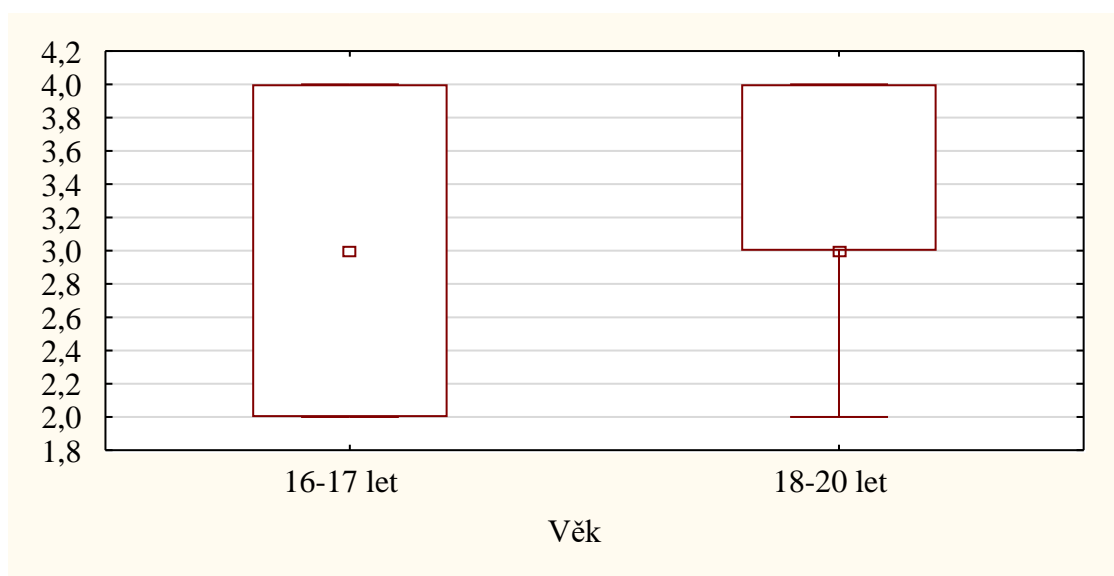
H_A : Počet dosažených bodů o antikoncepci závisí na věku dívek.

Tabulka 3 Antikoncepce – počet dosažených bodů

Věk	medián	průměr	směrodatná odchylka	p-hodnota
16-17 let (n=28)	3	3,04	0,79	0,397 (zamítáme H_0)
18-20 let (n=43)	3	3,21	0,74	

Tabulka 3 a Graf 31 znázorňují maximální možný počet dosažených bodů, kterých bylo 3 (3 otázky týkajících se znalostí o antikoncepci). P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,397, tj. nižší než 0,05. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána závislost počtu dosažených bodů o antikoncepci na věku dívek. Dívky ve věku 18–20 let získaly statisticky významně vyšší počet dosažených bodů o antikoncepci než dívky ve věku 16–17 let. Pořadové statistiky obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Graf 31 Závislost věku a znalostí o antikoncepci



H₄: Dospívající dívky na středních zdravotnických školách mají více znalostí o těhotenství než dospívající dívky na gymnáziích a středních školách bez maturit.

Statistické hypotézy:

H₀: Počet dosažených bodů o těhotenství nezávisí na typu školy, kterou dívky navštěvují.

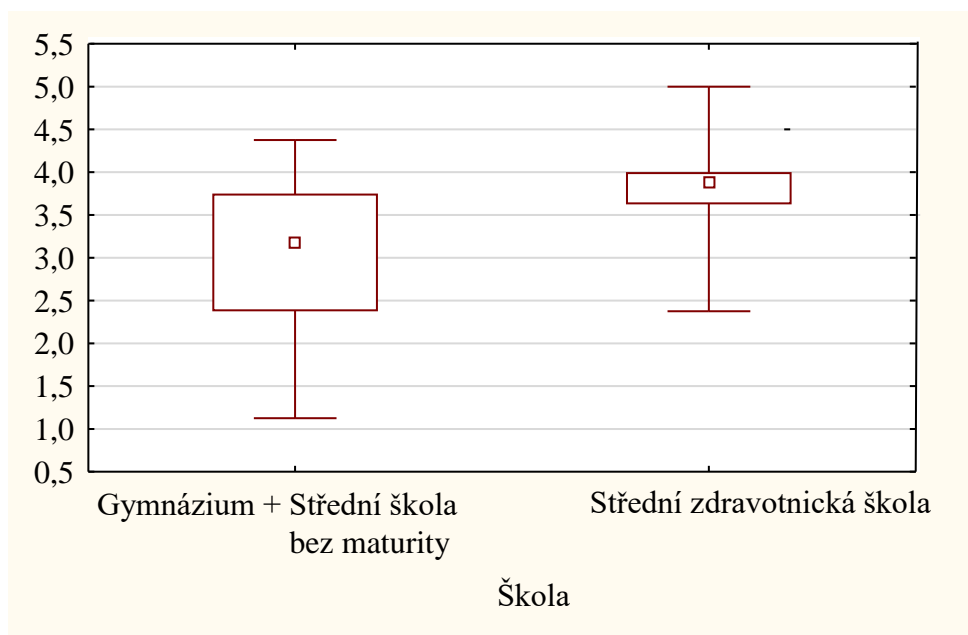
H_A: Počet dosažených bodů o těhotenství závisí na typu školy, kterou dívky navštěvují.

Tabulka 4 Těhotenství – počet dosažených bodů

Škola	medián	průměr	Směrodatná odchylka	p-hodnota
Gymnázium + Střední škola bez maturity (n=34)	3,2	3,0	0,9	0,005 (zamítáme H_0)
Střední zdravotnická škola (n=17)	3,9	3,7	0,6	

Tabulka 4 a Graf 32 zobrazují maximální možný počet dosažených bodů, kterých bylo 6 (6 otázek týkajících se znalostí o těhotenství). P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,005, tj. nižší než 0,05. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána závislost počtu dosažených bodů o těhotenství na typu školy, kterou dívky navštěvují. Dívky, které navštěvují střední zdravotnickou školu, získaly statisticky významně vyšší počet dosažených bodů o těhotenství než dívky, které navštěvují gymnázia a střední školy bez maturit. Pořadové statistiky obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Graf 32 Závislost typu studované školy a znalostí o těhotenství



H5: Dospívající dívky na středních zdravotnických školách mají více znalostí o porodu než dospívající dívky na gymnáziích a středních školách bez maturit.

Statistické hypotézy:

H_0 : dosažených bodů o porodu nezávisí na typu školy, kterou dívky navštěvují.

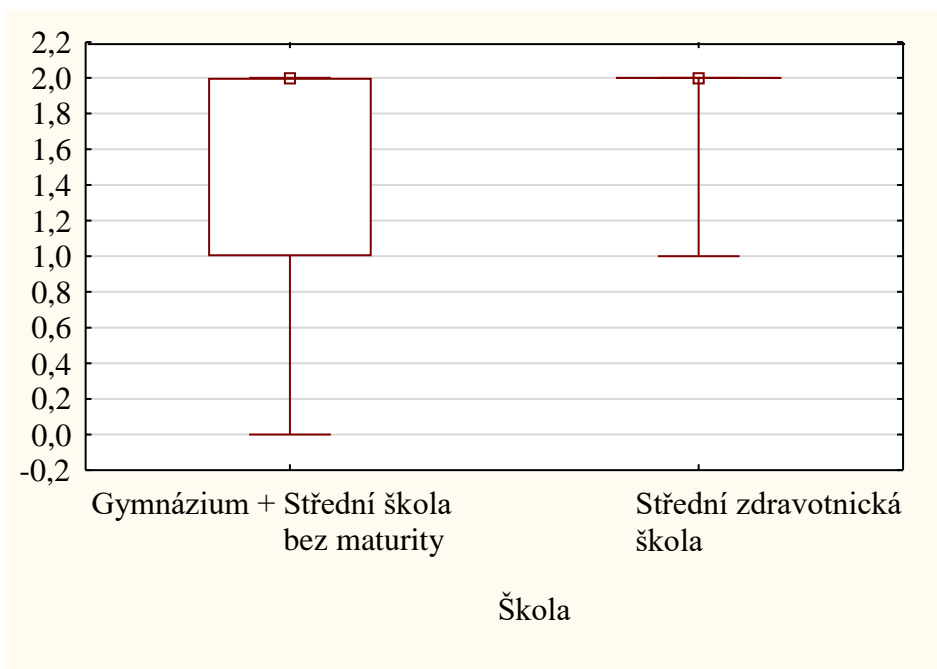
H_A : Počet dosažených bodů o porodu závisí na typu školy, kterou dívky navštěvují.

Tabulka 5 Porod – počet dosažených bodů

Škola	medián	průměr	Směrodatná odchylka	p-hodnota
Gymnázium + Střední škola bez maturity (n=34)	2	1,53	0,61	0,276 (zamítáme H_0)
Střední zdravotnická škola (n=17)	3	1,76	0,44	

Tabulka 5 a graf 33 zobrazují maximální možný počet dosažených bodů, které byly 2 (2 otázky týkající se znalostí o porodu). P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,276, tj. vyšší než 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost počtu znalostních bodů o porodu na typu školy, kterou dívky navštěvují, tj. rozdíl v počtu znalostních bodů nebyl mezi dívkami navštěvující gymnázia a střední školy bez maturit a dívkami navštěvující střední zdravotnickou školu statisticky významný. Pořadové statistiky obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Graf 33 Závislost typu studované školy a znalostí o porodu



H6: Dospívající dívky na středních zdravotnických školách mají více znalostí o antikoncepci než dospívající dívky na gymnáziích a středních školách bez maturit.

Statistické hypotézy:

H_0 : Počet dosažených bodů o antikoncepci nezávisí na typu školy, kterou dívky navštěvují.

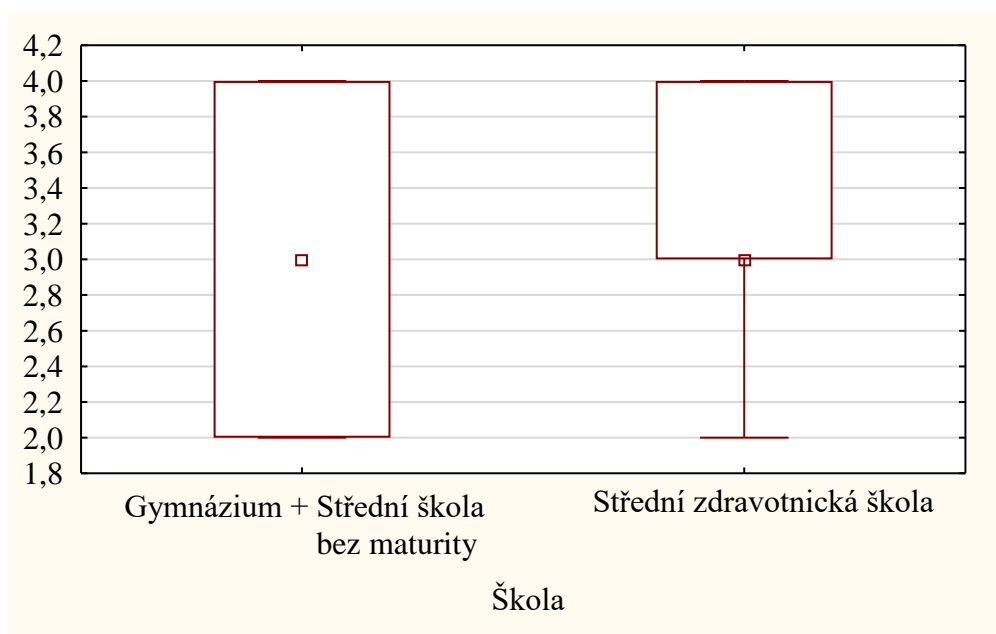
H_A : Počet dosažených bodů o antikoncepci závisí na typu školy, kterou dívky navštěvují.

Tabulka 6 Závislost typu studované školy a znalostí o antikoncepci

Škola	medián	průměr	směrodatná odchylka	p-hodnota
Gymnázium + Střední škola bez maturity (n=34)	3	3,00	0,82	0,255 (nezamítáme H_0)
Střední zdravotnická škola (n=17)	3	3,29	0,77	

Tabulka 6 a Graf 34 znázorňují maximální možný počet dosažených bodů, které byly 4 (4 otázky týkající se znalostí o antikoncepci). P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,255, tj. vyšší než 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost počtu dosažených bodů o antikoncepci na typu školy, kterou dívky navštěvují, tj. rozdíl v počtu dosažených bodů nebyl mezi dívkami navštěvující gymnázia a střední školy bez maturit a dívkami navštěvující střední zdravotnickou školu statisticky významný. Pořadové statistiky obou skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Graf 34 Závislost typu studované školy a znalostí o antikoncepci



5 Diskuze

Informovanost o těhotenství, porodu a antikoncepci dospívajících dívek je velmi důležitá. V dnešní době začínají dívky zahajovat svůj sexuální život již kolem šestnáctého roku života. Proto je podstatné dívky edukovat již na začátku jejich dospívání.

Výzkumným šetřením jsme chtěly zjistit, jaká je informovanost dospívajících dívek o těhotenství, porodu a antikoncepci. Na internetu byl vytvořen dotazník, jenž byl určen dospívajícím dívkám od 16 do 20 let.

Ve výzkumném šetření jsme zjišťovaly, zda byly dospívající dívky někdy informované o těhotenství (Graf 3). Potěšující bylo, že 91,5 % dívek někdy ve svém životě informace o těhotenství nabylo. Pouze malá skupina dívek informovaná nikdy nebyla. Tento výsledek mohl být ovlivněn hlavně věkem dotazovaných respondentek.

Následně bylo pro nás důležité zjistit, zda dívky mají ve škole předmět, ve kterém se učí o těhotenství (Graf 4). Dle Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (2010) má být informovanost o těhotenství zahrnuta do předmětu sexuální výchovy. Ve výzkumném šetření jsme zjistily, že předmět, ve kterém se učily o těhotenství, mělo 31 dívek a 34 dívek se o těhotenství ve škole vůbec neučilo.

V souvislosti s informovaností dospívajících dívek o těhotenství bylo podstatné zjistit, odkud jsou dívky informované o těhotenství (Graf 5). Dle Koliby (2019) se jedná o informovanost, která je v současné době velice opomíjená nejenom v rodinách, ale také na školách jako výukový předmět. Překvapením v tomto výzkumném šetření bylo, že dospívající dívky byly často informované právě od rodinných příslušníků (45krát) a často také ze školy (44krát).

Dle Koliby (2019) se dívky dozvídají mnoho informací také z médií, od kamarádů či z internetu, kde ale koluje mnoho nepravd. Důvod, proč si dívky volí jako zdroj informací internet, bývá jejich anonymita (Grimes et al., 2014). Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že nejvíce informací o těhotenství se dívky dozvěděly právě z internetu (51krát), z médií (43krát) a od kamarádů (34krát). Nepříjemným zjištěním bylo, že od gynekologa a porodní asistentky se respondentky informace o těhotenství dozvíдалy nejméně (2krát).

Následným úkolem bylo položit otázku, jestli by se dívky chtěly dozvědět více informací o těhotenství (Graf 6). Přesně 77,5 % dívek by informace o těhotenství uvítalo a pouze

22,5 % dívek by o informace nestálo. Domnívám se, že dívky, které zvolily odpověď „ne“, měly již dostatečnou informovanost o těhotenství.

Dle Procházky (2020) trvá fyziologické těhotenství 40 týdnů. Domnívala jsem se, že zhruba 80 % respondentek bude znát správnou odpověď na otázku, jak dlouho trvá fyziologické těhotenství. Zklamáním pro mne bylo, že pouze 52,1 % dospívajících dívek na tuto otázku znalo správnou odpověď (Graf 7).

Článek na internetové stránce Fórum antikoncepce (2019) uvádí, že 71 % dívek plánuje těhotenství, 16 % o něm do budoucna vůbec neuvažuje a 13 % o něm uvažuje pouze jako o možnosti. Ve výzkumném šetření (Graf 8) s celkovým počtem 71 dospívajících dívek si 69 % z nich myslí, že těhotenství dospívajících dívek není správné. Výsledek našeho šetření koresponduje se studií internetové stránky Fórum antikoncepce (2019).

Tým rehabilitace (2013) tvrdí, že největším podílem na neplánovaném otěhotnění dospívajících dívek může být nedostatek informací o pohlavním životě. Tento názor se objevil i v našem výzkumném šetření (Graf 9), kdy respondentky 61x zvolily odpověď „nedostatek informací o pohlavním životě“. Je zajímavé, že respondentky samy uvedly, že neinformovanost o pohlavním životě je největší možnou příčinou neplánovaného otěhotnění. Roztočil (2017) tvrdí, že velký podíl na neplánovaném otěhotnění dívek má užívání drog a alkoholu. V tomto výzkumném šetření se tato možnost potvrdila celkem 30krát. Jako další Roztočil (2017) uvádí, že za neplánované těhotenství může také rodinné zázemí, či možná stresující událost v životě dívky. Překvapivé je, že respondentky v našem výzkumu odpověď „rodinné zázemí“ označily pouze 20krát a možnost „stresující událost“ 12krát.

Těhotenství dospívajících dívek může být rizikové hned z několika důvodů. Roztočil (2017) udává riziko spojené s nespolupracující dívkou při porodu, což může vést k ukončení těhotenství císařským řezem (Graf 10). Ve výzkumném šetření tuto možnost respondentky označily pouze 29krát. Rokyta (2015) tvrdí, že častým rizikem u dívek v těhotenství jsou močové infekce, které se objevují v souvislosti s nedostatečnou hygienou dívek. Ve výzkumném šetření byla tato odpověď označena nejméně, což je velmi překvapivé. Dívky se domnívaly, že nejčastějšími riziky těhotenství u dívek jsou předčasný porod a nízká porodní hmotnost plodu, což potvrzuje i Roztočil (2017).

Za nejčastější příčinu možných komplikací v těhotenství je dle mnoha studií považováno kouření a užívání návykových látek. Potvrzují to i dívky, které ve výzkumném šetření zvolily právě nejvíce možnost kouření, užívání drog a alkoholu (Graf 11). Domnívala jsem se, že nejvíce respondentek zvolí právě tyto odpovědi spolu s variantou zanedbávání pravidelných prohlídek, kterou dívky volily méně. Zanedbávání pravidelných prohlídek, dle Hájka (2014) vede k velkým komplikacím v těhotenství dospívajících dívek. Dále byla ve výzkumném šetření označena 35krát možnost „malé rozměry pánve“, 41krát „nízký věk dívky“ a možnost „nevypěstlost pohlavních orgánů“ byla potvrzena 39krát. Zvláštní bylo, že respondentkami byla 5krát chybně označena odpověď „zdravá strava“. Centrum prenatální diagnostiky udává, že poslední studie stále více ukazují na důležitost vyvážené stravy těhotné dívky.

Dle Procházký (2020) by neměla těhotná žena kouřit, užívat drogy a alkohol. Potěšující bylo, že v našem výzkumném šetření respondentky obě tyto odpovědi vybraly 70krát (Graf 12). Kouření a užívání návykových látek vede k vysokému riziku pro zhoršený vývoj plíc plodu (Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, © 2018). Zarážející bylo, že ve výzkumném šetření byla dívkami zvolena 6krát odpověď „cvičení“. Dle časopisu *Obstetrics & Gynecology* (2015) má cvičení během těhotenství pozitivní vliv na psychiku a může také snižovat rizika komplikací během těhotenství. Jako další volily respondentky odpověď „provozování pohlavního styku v těhotenství“ a to 3krát. Dle článku *Těhotenství.cz* (2012) je možné provozovat pohlavní styk, pokud těhotenství probíhá zcela bez komplikací.

Překvapením ve výzkumném šetření bylo, že 88,7 % respondentek označilo odpověď, že jsou pravidelné těhotenské prohlídky u dívek velice důležité (Graf 13). Dle Procházký (2020) je absolvování pravidelných těhotenských prohlídek důslednou prevencí, která může odhalit různé patologické stavy v těhotenství. Pouze 2,8 % dívek odpovědělo, že těhotenské prohlídky důležité nejsou.

Další otázky byly zaměřeny na informovanost o porodu. Naším cílem bylo zjistit, zda dívky někdy ve svém životě byly informované o porodu (Graf 14). Příjemným zjištěním pro nás byl fakt, že 87,3 % respondentek někdy o porodu informováno bylo. Dle Dušové (2019) je významné dívky informovat o porodu již před samotným těhotenstvím. Edukací dívek o porodu se může předejít určitým komplikacím, jak v těhotenství, tak při porodu.

Ve výzkumném šetření pouze malá skupina respondentek (12,7 %) informovaná o porodu nikdy nebyla. Tento výsledek mohl být ovlivněn hlavně věkem dívek.

Následně bylo pro nás důležité zjistit, zda dívky mají ve škole předmět, ve kterém se učí o porodu (Graf 15). Dle Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy má být informovanost o porodu zahrnuta do předmětu sexuální výchovy. V našem výzkumném šetření bylo zjištěno, že 59,7 % respondentek předmět, ve kterém se vyučuje o porodu, postrádalo.

V souvislosti s informovaností dospívajících dívek o porodu bylo podstatné, z jakého zdroje byly informované (Graf 16). Stejně jako u Grafu 5, kde jsme zjišťovaly, odkud jsou dívky nejčastěji informované o těhotenství, byl i zde hlavním zdrojem internet, který zvolily respondentky 50krát. Opět se nám ve výzkumném šetření potvrdilo, že nejméně informací o porodu získávaly od gynekologa a porodní asistentky. Přesto je u Grafu 17 velmi zřetelně vidět, že 76,1 % dívek by o více informací o porodu stálo.

Velmi nás zajímalo, zda budou respondentky vědět, co je to spontánní porod (Graf 18). Spontánní porod je takový porod, při kterém vše probíhá fyziologicky, bez lékařského zásahu (Čermáková, 2010). 49 dívek odpovědělo správně. U této otázky jsem byla příjemně překvapena, jelikož jsem předpokládala, že mnoho dívek zvolí spíše možnost „nevím“ (18,3 %). Další variantou byl „porod, který byl ukončen císařským řezem“. Tuto odpověď označilo 8 respondentek.

Dle Bartáka (2015) je věk dívky rozhodujícím faktorem, jak bude její porod probíhat. V tomto šetření tuto teorii potvrdilo 90,1 % dívek (Graf 19). Zbytek dotazovaných dívek se domníval, že věk neovlivňuje průběh porodu nebo odpověď na tuto otázku nevědělo.

Dle Weisse (2010) je antikoncepce (kontracepce) ochranou před neplánovaným těhotenstvím. V našem výzkumném šetření bylo pro nás potěšující, že z celkového počtu 71 dívek znalo všech 71(100 %) respondentek správnou odpověď (Graf 20).

Následně bylo cílem zjistit informovanost dívek o antikoncepci (Graf 21). Ve výzkumném šetření bylo pozitivní, že 95,8 % dívek bylo někdy informováno o antikoncepci.

Dále bylo pro nás podstatné zjistit, zda dívky mají ve škole předmět, ve kterém se učí o antikoncepci (Graf 22). Dle Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy má být informovanost o antikoncepci zahrnuta do předmětu sexuální výchovy. Ve výzkumném šetření

pro nás bylo velmi překvapující, že 73,5 % respondentek se ve škole o antikoncepci vůbec neučilo.

Výsledky v Grafu 23 byly pro nás důležité proto, abychom zjistily, z jakého zdroje dívky nejčastěji čerpají informace o antikoncepci. Opět se ukázalo, že dívky vyhledávaly informace nejčastěji na internetu (55krát). Překvapilo nás, že větší počet respondentek také zvolil, že informace získávaly od gynekologa (44krát). Zdroj, který čítal nejméně potvrzených odpovědí, byl opět porodní asistentka (2krát). Přesto je u Grafu 24 velmi zřetelně vidět, že 73,2 % dívek by o více informací o antikoncepci stálo.

Dle Čepického (2011) antikoncepce zabraňuje nechtěnému těhotenství. Z výsledků v grafu 25 je zřejmé, že v našem výzkumném šetření zvolily všechny dívky správnou odpověď.

Dle internetové stránky Fórum antikoncepce (2019) je hormonální antikoncepce nespolehlivější antikoncepční metodou (Graf 26). S tímto názorem se shoduje i článek Aktuální trendy v antikoncepci (2021), který tvrdí, že je hormonální antikoncepce šetrná, bezpečná a také velmi spolehlivá. V tomto výzkumném šetření 62 % dívek odpovědělo správně. Velmi znepokojující bylo, že 6 respondentek odpovědělo, že nejspolehlivější antikoncepcí je přerušovaná soulož. Článek na internetové stránce Fórum antikoncepce (2017) uvádí, že procento selhání této metody je 15-28 %. Jde tedy o nejméně spolehlivou metodu antikoncepce. Dále 16 dívek vybralo odpověď „kondom“. Mnoho studií uvádí, že kondom patří také mezi méně spolehlivou antikoncepční metodu. Dále 1 dívka zvolila variantu „počítání plodných a neplodných dnů“. Článek na internetové stránce Fórum antikoncepce (2017) udává, že i tato metoda se zařazuje do skupiny méně spolehlivé antikoncepce.

V tomto výzkumném šetření nás také zajímaly odpovědi dívek na otázku, co je to emergentní antikoncepce (Graf 27). Tuto otázkou jsme se zabývaly hlavně proto, jak by respondentky reagovaly v případě, že nepoužily žádný druh antikoncepce před nebo během pohlavního styku. Dle WHO je emergentní antikoncepce perorální užití tablety po pohlavním styku. Ve výzkumném šetření odpovědělo 52,1 % dívek správně. Domnívala jsem se, že větší počet respondentek zvolí možnost „nevím“, jelikož jsem předpokládala, že o emergentní antikoncepci dívky tolik informací nemají. Tuto variantu zvolilo nakonec 26 dotázaných. Zbytek respondentek si myslí, že emergentní antikoncepce je užití tablety

po pohlavním styku a užití tablety před a po pohlavním styku. Tyto odpovědi byly samozřejmě označeny jako špatné.

Nakonec pro nás v našem výzkumném šetření bylo důležité prozkoumat, zda si respondentky myslí, že pokud dospívající dívky budou mít dostatek informací o těhotenství, porodu a antikoncepci, mohou tak předejít nechtěnému těhotenství (Graf 28). 81,7 % dívek odpovědělo, že dostatek informací může zabránit nechtěnému těhotenství dospívajících dívek. V současné době je stále větší potřeba dospívající dívky o těhotenství, porodu a antikoncepci edukovat.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala znalostmi dospívajících dívek o těhotenství, porodu, antikoncepci. Cílem práce bylo zjistit informovanost dospívajících dívek, ve věku od 16 do 20 let, pomocí dotazníkového šetření na středních školách bez maturity, středních zdravotnických školách a gymnáziích. Tyto typy škol, na které dívky chodí, byly vybrány záměrně, aby mohly být porovnány mezi sebou. Bylo stanoveno 6 hypotéz.

Hypotéza 1 zněla: „Dospívající dívky ve věku 18-20 let mají více informací o těhotenství než dívky od 16-17 let“. Tuto hypotézu nebylo možné potvrdit.

Hypotéza 2 zněla: „Dospívající dívky ve věku 18-20 let mají více informací o porodu než dívky od 16-17 let“. Tuto hypotézu nebylo možné potvrdit.

Hypotéza 3 zněla: „Dospívající dívky ve věku 18-20 let mají více informací o antikoncepci než dívky od 16-17 let“. Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza 4 zněla: „Dospívající dívky na středních zdravotnických školách mají více znalostí o těhotenství než dospívající dívky na gymnáziích a středních školách bez maturity“. Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza 5 zněla: „Dospívající dívky na středních zdravotnických školách mají více znalostí o porodu než dospívající dívky na gymnáziích a středních školách bez maturity“. Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza 6 zněla: „Dospívající dívky na středních zdravotnických školách mají více znalostí o antikoncepci než dospívající dívky na gymnáziích a středních školách bez maturity“.

Výsledky výzkumu poukázaly na větší neinformovanost dospívajících dívek ve věku 16 – 20let v oblasti těhotenství a porodu. Otázka informovanosti o antikoncepci potvrdila větší znalost u dívek ve věku od 18 do 20 let než u dívek ve věku od 16 do 17 let. Dalším šetřením se zjistilo, že dívky na středních zdravotnických školách mají více informací o těhotenství a porodu než dívky na gymnáziích a středních školách bez maturit. Vyšší znalost o antikoncepci u dívek na středních zdravotnických školách než na gymnáziu a střed-

ních školách bez maturit se nepotvrdila. Větší neznalost prokazovaly dívky v oblasti těhotenství a porodu. Vhodným edukátorem v této oblasti může být porodní asistentka. Velká část dospívajících dívek uvedla, že porodní asistentkou nikdy informována nebyla. Práce by mohla posloužit jako výukový materiál pro studenty středních a vysokých škol.

7 Seznam použité literatury

1. *Antikoncepce.cz: Aktuální trendy v antikoncepci* [online], 2021. [cit. 2021-6-27].
2. ARISUKWU, O. et al., Knowledge and Perception of Emergency Contraceptives among Adolescent Girls in Imo State, Nigeria. *Irish Journal of Medical Science*. 2020, 24(1). DOI: 10.1007/s12119-019-09639-x. ISSN 1095-5143.
3. Awareness of long-acting reversible contraception among teens and young adults, 2013. *The Journal of adolescent*. USA: University of Colorado, 52(4). DOI: 10.1016.
4. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
5. BAVERSTOCK, A., HINES, G., 2014. *Jak na svého teenagera*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5144-3.
6. BEDNÁŘOVÁ, J., ŠMARDOVÁ, V., 2015. *Diagnostika dítěte předškolního věku*. 2.vyd. Edika. ISBN 978-80-266-06-581.
7. BLATNÝ, M., 2017. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Karolinum. 292 s. ISBN 978-80-246-3462-3.
8. BLAŽKOVÁ, A. et al., 2016. *Těhotenství*. Praha: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením. 43 s. ISBN 978-80-906224-6-3.
9. BROCHMANN, N., DAHL, E.S., 2019. *Zázrak tam dole*. Praha: Edice knihy Omega. 310 s. ISBN 978-80-7390-785-3.
10. CENKOVÁ, LANGROVÁ, M., 2010. *Jak přežít pubertu svých dětí*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2913-8.
11. ČECH, O., ZVONÍČKOVÁ, N., 2017. *Možnosti prevence rizikového chování dětí*. České Budějovice: Theia – krizové centrum. ISBN 978-80-904854-5-7.
12. ČEPICKÝ, P., FANTA, M., 2011. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. 2. aktual. vyd. Praha: Levret. ISBN 978-80-87070-51-2.

13. ČERMÁKOVÁ, B., 2010. K porodu bez obav. 2. aktualizované vydání. Vážany nad Litavou: JoshuaCreative. 148 s. ISBN 978-80-904414-3-9.
14. ČIHÁK, R., 2013. Anatomie 2. 3.přepřac.vyd. a dopl. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4788-0.
15. DOLEJŠ, M., OREL, M., 2017. Rizikové chování u adolescentů a impulzivita jako prediktor tohoto chování. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-5252-4.
16. *Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách.* [online]. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. 2. 4. [cit. 2021-6-27]. Dostupné z: www.msmt.cz/file/8176_1_1/download/
17. DRIÁK, D., 2020. Antikoncepce. Praha: Galén. ISBN 9788074924880.
18. DUŠOVÁ, B., et al., 2019. Edukace v porodní asistenci. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7.
19. EINWOHLT, I. et al., 2020. *Holky, to musíte vědět! A dospívání bude v pohodě...* Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-271-1368-2.
20. Excercise during pregnancy, 2015. *Obstetrics & Gynecology* [online]. [cit. 2021-6-27]. DOI: 10.7759/cureus.3204.
21. FIALA, L., MAREŠOVÁ, P., 2018. Moderní postupy v gynekologii a porodnictví. 2.přepřac. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4852-1.
22. GREGORA, M., DOKOUPILOVÁ, M., 2016. Péče o novorozence a kojence. 4. přepr. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5719-3.
23. GREGORA, M., KROPÁČKOVÁ, J., 2016. Vývoj batolete: Od jednoho roku do tří let. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5085-9.
24. GREGORA, M., VELEMÍNKÝ, M. ml., 2013. Čekáme děťátko. 2. aktual. vyd. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
25. GRIMES, H. et al., 2014. Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery*. 30(1). DOI: 0.1016/j.midw.2013.10.007. ISSN 02666138.
26. HÁJEK, Z. et al., 2014. Porodnictví. 3.přepřac. a aktual. vyd. Praha: Grada. 579 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

27. HANÁKOVÁ, T. et al., 2015. Velká česká kniha o matce a dítěti: Vše, co potřebujete vědět o těhotenství a porodu. Péče o novorozence a kojence. 2. přepr. a aktual. vyd. Praha: Cpress. 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
28. HELUS, M., 2011. Úvod do psychologie: Učebnice pro střední školy a bakalářská studia VŠ. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-3037-0.
29. HOŘEJŠÍ, J., KOSOVÁ, H. et al., 2019. Dětská gynekologie. 2.přeprac. a dopln. vyd. Praha: Mladá fronta. 296 s. ISBN 978-80-204-5078-4.
30. HUDÁK, R., KACHLÍK, D., 2017. Memorix anatomie. 4.vyd. Triton. ISBN 978-80-755-34-200.
31. HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M., 2017. Příprava na porod. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0274-7.
32. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
33. KASSIN, S., 2012. Psychologie. Praha: Cpress. 800 s. ISBN 978-80-264-0074-5.
34. KLÍMA, J. et al., 2016. Pediatrie pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
35. KOLIBA, P. et al., 2019. *Sexuální výchova: pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-271-2039-0.
36. KOLIBA, P., 2014. Antikoncepce u mladistvých – aktuální pohled, rizika a právní aspekty. Ostrava: Gynartis, s. r. o, 15(6), 348-352.
37. KOZÁKOVÁ, R., 2014. Základy obecné a vývojové psychologie pro studenty nelékařských zdravotnických. Olomouc: Univerzita Palackého. 106 s. ISBN 978-80-244-4259-4.
38. KREJČOVÁ, V. et al., 2015. Individualizace v mateřské škole. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0812-9.
39. KREUTZIG-LANGENFELD, T., 2021. Vasektomie. Urologe. 60, 523–532. DOI: 10.1007.
40. KUZNÍKOVÁ, I., 2011. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada. ISBN 9788024736761.

41. MACHOVÁ, J., 2016. *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Karolinum. 269 s. ISBN 978-80-246-3357-2.
42. MANU, A. et al. 2015. Parent–child communication about sexual and reproductive health: evidence from the Brong Ahafo region, Ghana. *Reproductive Health*. 12(1). DOI: 10.1186/s12978-015-0003-1. ISSN 1742-4755.
43. *Metody antikoncepce*, [online]. Dostupné z: <https://www.forumantikoncepce.cz/metody-antikoncepce/spolehlivost-metod-antikoncepce>. 2019 [cit. 2021-6-27].
44. MIOVSKÝ, M, et al., 2015. *Prevence rizikového chování ve školství. 2.přepřac. a dopln. vyd.* Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-7422-392-.
45. MOVSESIAN, S., 2013. *Dospívání dívek*. Praha: Portál. 120 s. ISBN 978-80-262-0452-7.
46. MROCZKOWSKÁ, P. et al., 1. 2016. *Láska, sex a já*. Praha: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice. ISBN 978-80-906224-2-5.
47. MUNTAU, A., 2014. *Pediatric*. 6.vyd. Praha: Grada. 588 s. ISBN 978-80-247-4588-6.
48. NOVOTNÝ I., HRUŠKA M., 2015. *Biologie člověka*. 5. vydání. Praha: Ikar. 240 s. ISBN: 978-80-7373-128-1
49. OTOVÁ, B., MIHALOVÁ, R., 2014. *Základy biologie a genetiky člověka*. Praha: Karolinum. 228 s. ISBN 978-80-246-2615-4.
50. PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti 2 díl. 5. vydání*. Praha: Galén. 444 s. ISBN 978-80-7492-215-2
51. PROCHÁZKA, M., et al., 2020. *Porodní asistence: Učebnice pro vzdělávání i každodenní praxi*. Praha: Maxdorf. 800 s. ISBN 978-80-7345-618-4.
52. PRŮCHA, J., 2017. *Porodnictví v kostce*. 6.vyd. Praha: Portál. 488 s. ISBN 978-80-262-1228-7.

53. ROKYTA, R. et al., 2015. Fyziologie a patologická fyziologie: kontroverzní témata mezi současnou medicínou a etikou. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4867-2.
54. ROZTOČIL, A. et al., 2017. Moderní porodnictví. 2. vydání. Praha: Grada. 621 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
55. ROZTOČIL, A. et al., 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada. 516 s. ISBN 978-80-271-2098-7.
56. ROZTOČIL, A., BARTOŠ, P., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.
57. ŘÍČAN, P., 2014. Cesta životem: vývojová psychologie. 3.přepřac.vyd. Praha: Portál. 390 s. ISBN 978-80-262-0772-6
58. SADLER, T. et al., 2011. Langmanova lékařská embryologie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2640-3.
59. SKUTILOVÁ, V., 2016. Jak na strach a úzkost v těhotenství. Praha: Grada. ISBN 9788024754697.
60. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2011. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-802-7102-143
61. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2.přepřac. a dopln. vyd. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
62. SLÍPKA, J., TONAR, Z., 2019. Základy embryologie. Univerzita Karlova: Karolinum. ISBN 978-80-246-4179-9.
63. SOBOTKOVÁ, D. et al., 2015. Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
64. SOBOTKOVÁ, D., DITTRICHOVÁ, J., 2012. Vývoj a výchova děťátka do dvou let: Psychomotorický vývoj. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-3304-3.
65. SOBOTKOVÁ, V., 2014. Rizikové a antisociální chování v adolescenci. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4042-3.

66. ŠULISTOVÁ R., 2012. Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 978-80-7394-246-5.
67. ŠULOVÁ, L., 2019. Raný psychický vývoj dítěte. 3.vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-44-790.
68. ŠVAMBERK - ŠAUEROVÁ, M., 2016. Jak přežít svou vlastní pubertu. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5395-9.
69. TEAL, S. B., ROMER, S. E., 2013. Awareness of long-acting reversible contraception among teens and young adults. *Journal of Adolescent Health*. 52(4), S35-S39. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2013.01.013.
70. Teen Girls' Reproductive Attitudes and the Timing and Sequencing of Sexual Behaviors., *Journal of Adolescent Health*. USA: Allied Health; Nursing. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.05.018>. ISSN 1054-139X.
71. Teenage pregnancy: the impact of maternal adolescent childbearing and older sister's teenage pregnancy on a younger sister., 2016. *BMC Pregnancy & Childbirth*. Canada: Manitoba Centre for Health Policy, 408-727. ISSN 1471-2393.
72. *Těhotenství.cz: Sport a pohlavní styk během těhotenství* [online], 2012. [cit. 2021-6-27].
73. THOROVÁ, K., 2015. Vývojová psychologie. Praha: Portál. 575 s. ISBN 978-80-262-0714-6.
74. TLÁSKAL, et al., 2016. Výživa a potraviny pro zdraví. Praha: Společnost pro výživu. ISBN 978-80-906659-0-3.
75. Trends in Timing of Pregnancy Awareness Among US Women, 2017. *Maternal and child health journal*. USA: Kluwer Academic/Plenum Publishers Country of Publication, 21(4), 715-726. DOI: 10.1007/s10995-016-2155-1. ISSN 1573-6628.

76. TÝM REHABILITACE, 2013. 6 smutných příčin těhotenství pubertálních dívek. *Těhotenství, mateřská* [online]. 6. 11. 2013 [cit. 2021-6-27] Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/tehotenstvi-materska/6-smutnych-pricin-tehotenstvi-pubertalnich-divek/>
77. UHLÍŘOVÁ, B., 2016. Život ženy. Praha: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice. ISBN 978-80-906224-0-1.
78. UNIE PORODNÍCH ASISTENTEK, ©2018. [online]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/vyvolani-duvery-ma-urychlovani-oxytocinem-vliv-na-rozhodovani-pri-porodu/>
79. UNZEITIG, V., 2012. Doporučení k předpisu kombinované hormonální antikoncepce. Brno: Gynekologicko-porodnická klinika, 77(6), 597-601.
80. UZEL, R., KOVÁŘ, P., 2010. Antikoncepční otazníky: o antikoncepci převážně vážně. Ostrava: Cat Publishing. 162 s. ISBN 978-80-904290-0-0.
81. VACÍNOVÁ, M. et al., 2010. Psychologie. 2. rozšíř. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. 240 s. ISBN 978-80-7452-008-2.
82. VÁGNEROVÁ, M., 2012. Vývojová psychologie: Dětství a dospívání. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.
83. VLČEK, J. et al., 2014. Klinická farmacie II. Praha: Grada. ISBN 9788024745329.
84. WEISS, P. et al, 2010. Sexuologie. Praha: Grada. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
85. WHO, 2015. Sexual and reproductive health. In: WHO[online]. Dostupné z:<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/sexual-and-reproductive-health>
86. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
87. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada. 274 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

88. ZORMANOVÁ, L., 2012. *Výukové metody v pedagogice: S praktickými ukázkami*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4100-0.

8 Přílohy

Příloha č. 1 - Dotazník

1. Kolik je Vám let?

- a) 16 let
- b) 17 let
- c) 18 let
- d) 19 let
- e) 20 let

2. Do jaké školy chodíte?

- a) Střední bez maturity
- b) Střední škola s maturitou
- c) Střední zdravotnická škola
- d) Gymnázium

3. Byla jste někdy informovaná o těhotenství?

- a) Ano
- b) Ne (přeskočte prosím, na otázku číslo 6)

4. Máte ve škole předmět, ve kterém se učíte o těhotenství?

- a) Ano
- b) Ne

5. Odkud jste získala informace o těhotenství

- a) Od rodinných příslušníků
- b) Od gynekologa
- c) Od porodní asistentky

- d) Z médií (televize, časopisy...)
- e) Ze školy
- f) Z internetu
- g) Od kamarádů
- h) Jiné... (prosím, vypište)

6. Uvítala byste více informací o těhotenství?

- a) Ano
- b) Ne

7. Kolik týdnů trvá fyziologické těhotenství?

- a) 32 týdnů
- b) 36 týdnů
- c) 37 týdnů
- d) 40 týdnů

8. Myslíte si, že je těhotenství dospívajících dívek správné?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

9. Jaká je možná příčina neplánovaného otěhotnění dospívajících dívek?

- a) Nedostatek znalostí o pohlavním životě
- b) Užívání alkoholu a drog
- c) Rodinné zázemí
- d) Stresující životní události

10. Jaká rizika mohou hrozit dospívajícím dívkám v těhotenství? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) Předčasný porod
- b) Močové infekce
- c) Porod císařským řezem
- d) Nízká hmotnost plodu
- e) Nevím

11. Co způsobuje možné komplikace v těhotenství dospívajících dívek? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) Kouření
- b) Užívání alkoholu a drog
- c) Zanedbávání pravidelných prohlídek
- d) Zdravá strava
- e) Malé rozměry pánve
- f) Nízký věk dívky
- g) Nevypělost pohlavních orgánů
- h) Nevím

12. Co by neměla těhotná žena dělat? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) Kouřit
- b) Užívat drogy a alkohol
- c) Cvičit
- d) Provozovat pohlavní styk
- e) Nevím

13. Měla by žena chodit během těhotenství na pravidelné prohlídky do těhotenské poradny?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

14. Byla jste někdy informovaná o porodu?

- a) Ano
- b) Ne (přeskočte prosím, na otázku číslo 17)

15. Máte ve škole předmět, ve kterém se učíte o porodu?

- a) Ano
- b) Ne

16. Odkud jste získala informace o porodu? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) Od rodinných příslušníků
- b) Od gynekologa
- c) Od porodní asistentky
- d) Z médií (televize, časopisy ...)
- e) Ze školy
- f) Z internetu
- g) Od kamarádů
- h) Jiné... (prosím, vypište)

17. Uvítala byste více informací o porodu?

- a) Ano
- b) Ne

18. Co je to spontánní porod?

- a) Porod, který proběhl bez komplikací
- b) Porod, který byl ukončen císařským řezem
- c) Porod, při kterém došlo k poranění ženy
- d) Porod, při kterém došlo k poranění novorozence
- e) Nevím

19. Myslíte si, že věk dívky má vliv na průběh porodu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

20. Co je to antikoncepce?

- a) Léky na bolest břicha při menstruaci
- b) Ochrana před neplánovaným těhotenstvím
- c) Metoda, která napomáhá k otěhotnění
- d) Nevím

21. Byla jste někdy informovaná o antikoncepci?

- a) Ano
- b) Ne (přeskočte prosím, na otázku číslo 25)

22. Máte ve škole předmět, ve kterém se učíte o antikoncepci?

- a) Ano
- b) Ne

23. Odkud jste získala informace o antikoncepci? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) Od rodinných příslušníků

- b) Od gynekologa
- c) Od porodní asistentky
- d) Z médií (televize, časopisy...)
- e) Ze školy
- f) Z internetu
- g) Od kamarádů
- h) Jiné... (prosím, vypište)

24. Uvítala byste více informací o antikoncepci?

- a) Ano
- b) Ne

25. K čemu slouží antikoncepce?

- a) K zástavě menstruace
- b) K zabránění těhotenství
- c) K přerušení těhotenství
- d) Nevím

26. Jaká antikoncepce je nespolehlivější?

- a) Hormonální antikoncepce
- b) Prezervativ (kondom)
- c) Přerušovaná soulož
- d) Počítání plodných a neplodných dnů
- e) Nevím

27. Co je to emergentní antikoncepce?

- a) Užití tablety před pohlavním stykem

- b) Užití tablety po pohlavním styku
- c) Užití tablety před a po pohlavním styku
- d) Nevím

28. Myslíte si, že dostatek informací o těhotenství, porodu a antikoncepci, může ovlivnit nechtěné otěhotnění dospívajících dívek?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

9 Seznam použitých zkratek

hCG (humánní choriový gonadotropin) – těhotenský hormon

Např. – například