

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Adéla Štorková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Reprodukční zdraví u dospívajících dívek

Adéla Štorková

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Adéla Štorková**
Osobní číslo: **Z14059**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Reprodukční zdraví u dospívajících dívek**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování:

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

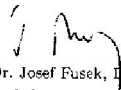
Seznam odborné literatury:

1. FAIT, Tomáš. Antikoncepce. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-280-3.
2. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH, Karel MARŠÁL a kol. Porodnictví. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
3. ROZTOČIL, Aleš a kol. Moderní gynekologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
4. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373.
5. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. Základy psychologie pro zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Zuzana Škorníčková
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, Dr.Sc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. února 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 27. 4. 2017

Adéla Štorková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala především vedoucí své bakalářské práce Mgr. Zuzaně Škorníčkové za hodnotné rady, odborné vedení a také za trpělivost během tvorby této práce. Poděkování patří i vzdělávacímu zařízení, které mi dovolilo provést výzkum a také respondentům za jejich spolupráci. Děkuji také své rodině a svým blízkým za podporu a toleranci během studia.

ANOTACE

Bakalářská práce na téma Reprodukční zdraví u dospívajících dívek je prací teoreticko-výzkumnou. Teoretická část zahrnuje popis fyzického a psychického vývoje dospívajících dívek, stručný popis menstruačního a ovulačního cyklu a prevence v oblasti reprodukčního zdraví, dále jsou v této práci popsány některé nemoci pohlavního systému, a je zde i část popisující jednotlivé druhy antikoncepce. Výzkumná část se zabývá znalostmi studentek střední zdravotnické školy o menstruačním a ovulačním cyklu a o pohlavně přenosných nemocech, dále se také zabývá zodpovědností dospívajících dívek k reprodukčnímu zdraví a antikoncepcí. Na konci práce jsou zhodnoceny výsledky šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

Antikoncepce, dospívání, prevence, reprodukční zdraví

TITLE

Reproductive health of adolescent girls

ANNOTATION

The bachelor thesis titled Reproductive health of adolescent girl is a work theoretical - research. The theoretical part includes a description of the physical and mental development of adolescent girls, a brief description of menstrual and ovulation cycle and prevention in reproductive health, in this work are also describes some diseases of the reproductive system and there is also a section describing the different types of contraception. The research part deals with a secondary medical school students and their knowledges in menstrual and ovulation cycle and in sexually transmitted diseases, also deals with responsibility of adolescent girls to reproductive health and with contraception. At the end of the work are evaluated results of the investigation.

KEYWORDS

Adolescence, contraception, prevention, reproductive health

OBSAH

0	Úvod.....	11
1	Dospívání.....	13
1.1	Fyzický vývoj.....	13
1.2	Psychický vývoj.....	14
2	Menstruační a ovulační cyklus.....	15
2.1	Menstruační cyklus.....	15
2.2	Ovulační cyklus.....	15
3	Reprodukční zdraví.....	17
3.1	Gynekologické záněty.....	17
3.1.1	Záněty zevních rodidel – vulvitis a pochvy – kolpitis, vaginitis.....	18
3.1.2	Záněty vnitřních rodidel.....	19
3.2	Sexuálně přenosné nemoci.....	21
4	Prevence v oblasti reprodukčního zdraví.....	25
4.1	Prevence v oblasti hygieny.....	25
4.2	Prevence v oblasti rizikového chování.....	26
4.3	Gynekologická prohlídka.....	28
4.3.1	Anamnéza.....	28
4.3.2	Gynekologické vyšetření aspekci a palpaci.....	28
4.3.3	Ultrazvukové vyšetření.....	29
4.3.4	Prebioptické vyšetřovací metody.....	30
5	Antikoncepce.....	31
5.1	Kombinovaná hormonální antikoncepce.....	31
5.2	Gestagenní antikoncepce.....	32
5.3	Bariérová antikoncepce.....	33
5.4	Nitroděložní antikoncepce – IUD – intrauterine device.....	33
5.5	Přirozené metody.....	34

5.6	Postkoitální antikoncepce.....	34
6	Metodika	35
6.1	Charakteristika výzkumného vzorku.....	36
6.2	Zpracování dat.....	36
7	Výzkumné otázky	37
8	Prezentace výsledků.....	38
8.1	Vyhodnocení otázek 3 – 7.....	57
8.2	Vyhodnocení otázek 8 – 11.....	58
9	Diskuze	60
10	Závěr	69
11	Použitá literatura	70
12	Seznam příloh	73

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Graf na správné tvrzení o menstruačním cyklu.....	38
Obrázek 2 Graf délky trvání menstruačního cyklu.....	39
Obrázek 3 Graf na správné tvrzení o ovulačním cyklu	40
Obrázek 4 Graf o hormonech, které se tvoří ve vaječnicích.....	41
Obrázek 5 Graf o dnu cyklu, kdy nastává ovulace.	42
Obrázek 6 Graf o ochraně před pohlavně přenosnými nemocí	44
Obrázek 7 Graf o viru, způsobující nemoc AIDS.....	45
Obrázek 8 Graf cesty přenosu HIV viru.	46
Obrázek 9 Graf o žlutence typu B	47
Obrázek 10 Graf o absolvování pravidelných gynekologických prohlídek	48
Obrázek 11 Graf o důvodech pravidelných gynekologických prohlídek	49
Obrázek 12 Graf o očkování proti rakovině děložního čípku.....	50
Obrázek 13 Graf o užívání kondomu při pohlavním styku	51
Obrázek 14 Graf užívání hormonální antikoncepce	52
Obrázek 15 Graf o délce užívání hormonální antikoncepce.....	53
Obrázek 16 Graf důvodu užívání hormonální antikoncepce	54
Obrázek 17 Graf o vlivu hormonální antikoncepce.....	55
Obrázek 18 Graf o důvodech, proč dívky neužívají hormonální antikoncepci	56
Obrázek 19 Graf informovanosti o menstruačním a ovulačním cyklus	57
Obrázek 20 Graf informovanosti o sexuálně přenosných chorobách.....	58
Tabulka 1 O ochraně před pohlavně přenosnými nemocí	43

0 ÚVOD

Reprodukční zdraví je důležité pro bezproblémové početí, nekomplikované těhotenství a pro narození zdravého potomka. Existuje mnoho rizikových faktorů, které mají na reprodukční zdraví negativní vliv, patří sem například promiskuita, nevhodné sexuální praktiky, užívání návykových látek, ale i celkově nedodržování zdravého životního stylu. Období dospívání je bouřlivé a typické pro chování, které může mít na reprodukční zdraví neblahé účinky. Vlivem nedodržování prevence v oblasti reprodukčního zdraví mohou dívky postihnout některá onemocnění pohlavní soustavy, například gynekologické záněty nebo sexuálně přenosné choroby, o kterých se v bakalářské práci pojednává. Důležitá je informovanost dospívajících v oblasti sexuální výchovy. Sexuální výchova by měla probíhat zejména v rodině, ale samozřejmě také na školách, aby sociální patologie v budoucnosti byly méně výrazné a chování dospívajících zodpovědnější.

Bakalářskou práci na téma „Reprodukční zdraví u dospívajících dívek“ jsem si vybrala z toho důvodu, že je to téma v dnešní době velice aktuální. Dívky rychleji dospívají a snaží se experimentovat, často si ale neuvědomují, jaké negativní dopady to může mít na jejich reprodukční zdraví. Většina žen v dospělosti si přeje otěhotnět, mít nekomplikované těhotenství a nakonec porodit zdravé dítě. Někdy právě nedodržování prevence a hygieny a nevhodné sexuální chování v dospívání, ale samozřejmě nejen v dospívání, může být důsledkem problémů souvisejících s početím. Proto si myslím, že je důležité se touto oblastí zabývat, prohlubovat u dospívajících jedinců znalosti v této oblasti a motivovat a vést je k dodržování zdravého životního stylu a k adekvátní odpovědnosti.

CÍLE PRÁCE

Cíle teoretické části

Charakterizovat změny v dospívání.

Popsat anatomii a fyziologii reprodukční soustavy.

Přiblížit problematiku nemocí reprodukční soustavy a jejich prevenci.

Popsat metody antikoncepce.

Cíle praktické části

Zhodnotit znalosti dospívajících dívek o menstruačním a ovulačním cyklu.

Zhodnotit znalosti dospívajících dívek o sexuálně přenosných chorobách.

Zjistit, zda dospívající dívky dodržují prevenci v oblasti reprodukčního zdraví.

Zjistit, zda dospívající dívky užívají hormonální antikoncepci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

Úkolem teoretické části je shrnutí poznatků o reprodukčním zdraví v dospívání a o oblastech, které s tímto tématem souvisí. Zabývá se vývojem v dospívajícím věku, menstruačním a ovulačním cyklem, některými nemocí souvisejícími s reprodukčním systémem a prevencí v oblasti reprodukčního zdraví. Součástí je také kapitola pojednávající o antikoncepci.

1 DOSPÍVÁNÍ

Dospívání je období mezi 11. až 20. rokem života a je to období mezi dětstvím a dospělostí. Dochází k psychické, biologické a sociální přeměně osobnosti. Toto období je poměrně dlouhé a bývá děleno na dvě nebo na tři období. Podle dělení na 3 období můžeme dospívání rozdělit na prepubertu – počátky dospívání, pubertu – pohlavní dozrávání a adolescenci – duševní dospívání. Dělení dospívání na 2 období zahrnuje pubescenci a adolescenci (Kučera, 2013, s. 149; Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 80).

1.1 Fyzický vývoj

Dospívání je období, kdy dochází k bouřlivým tělesným změnám a nastává rychlý pubertální růst, spurt. Slovo spurt znamená, že dítě naroste o 20% své celkové výšky. Jedinec naroste o 9 - 14 cm za rok. Rychlý růst způsobuje zhoršení motorické koordinace a únavu. Růst u dívek končí kolem 15. roku. Toto období je také typické pro hormonální změny. Nastává zvýšená produkce estrogenů, progesteronů a androgenů a rozvoj sekundárních pohlavních znaků. Mezi první signál nástupu puberty u dívek je růst prsu (telarche), který začíná vyvýšením prsní bradavky. Vyvýšení se objevuje už kolem 10,5 let. Za růst prsů je odpovědný estrogen. Estrogen také ovlivňuje rozložení tuku v těle. Tuk u dívek se ukládá převážně na hýždích, břiše a stehnech. Přibližně kolem 11 let se objeví první známky pubického ochlupení (pubarche) a kolem 12 - 13 let začíná růst i ochlupení podpažní jamky, axilární ochlupení. Pubické a axilární ochlupení ovlivňují androgeny. Dalším projevem dospívání je první menstruace (menarche), která nastává přibližně kolem 12,5 let. Menarche zpočátku nebývá provázena pravidelnou ovulací. Po nástupu pravidelné ovulace se zvýší produkce progesteronu, který je důležitý pro budoucí těhotenství. Při nástupu první menstruace jsou už prsy i pubické ochlupení vyvinuté. Hormonální změny také způsobují zvýšenou činnost mazových žláz, a proto trápí většinu dospívajících akné. Dospívání je také provázeno zvýšeným pocením (Thorová, 2015, s. 413-432; Janošová, 2008, s. 196-199).

1.2 Psychický vývoj

V období zvaném **prepuberta**, kolem 11 - 12 let, dochází ke změně myšlení od konkrétně logických operací k formálně logickému myšlení, to znamená, že ke svému poznání už jedinec nepotřebuje znát realitu a dovede uvažovat hypoteticky. Prepuberta je citově náročná životní etapa, dochází k vznětlivosti, impulzivnosti, drzosti a vzdorovitosti. Velký vliv na psychiku může mít nástup sekundárně pohlavních tělesných znaků. Například dívka začne popírat realitu nošením velkých svetrů, kvůli většímu poprsí, nebo se před společností izoluje.

Pro **pubertu**, období kolem 12 - 15 let, je typický výrazný rozvoj logické paměti a fantazie. V myšlení se zdokonaluje schopnost abstrakce a postupně se myšlení dostává na úroveň dospělého. Jedinec se porovnává s ostatními lidmi, všímá si svých nedostatků a snaží se je kompenzovat. V hodnocení druhých lidí se kvůli malým zkušenostem projevuje zjednodušený úsudek. Typický je také radikalismus, tzn. jednoznačné a rychlé řešení bez kompromisů. V citovém vývoji dochází k uklidnění a základním citem se stává přátelství, které je pro citový vývoj velmi důležité. Dalším znakem puberty je odpoutávání se od rodiny a odmítání formálních autorit. V pubertě je také důležitá sebeúcta, která je v tomto období zranitelná a názor ostatních se stává důležitým kritériem sebehodnocení.

Adolescence, období kolem 15 - 20 let, je převážně doba duševního dospívání, protože biologické změny proběhly již v pubertě. V období adolescence dochází k ukončení povinné školní docházky, k prvnímu pohlavnímu styku a k dosažení plnoletosti. Důležitou součástí identity adolescenta je tělo a jeho zevnějšek se stává prostředkem k dosažení určité sociální pozice. Inteligence v tomto období dosahuje maxima. Typická je flexibilita a schopnost používat nové způsoby řešení. Kvalita vzdělání pro adolescenta důležitá není, ale dokáže se nadchnout pro činnost, ve které se projeví jeho individuální schopnosti. Citový život adolescenta je dovršen láskou a prvním pohlavním stykem. Láska v dospívání bývá většinou nestálá a bláznivá, ve vztahu v dospívání převažuje erotická vášeň a experimenty. Častá je promiskuita, méně častá důvěra a intimita a nejméně častý závazek. Časem se poměr mění. Díky získaným zkušenostem se jedinec připravuje na vhodného partnera a zralý partnerský vztah. Kromě důležitosti sexuality v tomto období má také význam nástup do zaměstnání, který institucionalizuje dospělost, také přináší svobodu a přijetí odpovědnosti za vlastní život (Thorová, 2015, s. 413-432; Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011 s. 80-89).

2 MENSTRUAČNÍ A OVULAČNÍ CYKLUS

2.1 Menstruační cyklus

Při menstruačním cyklu podléhá endometrium cyklickým změnám. Cyklické změny endometria probíhají pod vlivem ovariálních hormonů, pod vlivem estrogenu a progesteronu, které se uvolňují během ovariálního cyklu. Menstruační cyklus má menstruační, proliferační, sekreční a ischemickou fázi a trvá přibližně 28 dní (Kittnar a kol., 2011, s. 561).

Fáze menstruační je fáze, při které dochází k odlučování vnější vrstvy děložní sliznice, která podlehla nekrotizaci. Vnější vrstva nekrotizované děložní sliznice odchází pochvou spolu s krví a nastává menstruace. K uvolnění sliznice pomáhají kontrakce svalů, které jsou způsobeny uvolňováním prostaglandinů. Menstruační krvácení trvá přibližně 3-5 dní a krevní ztráta je kolem 35 ml.

Fáze proliferační trvá přibližně od 5. do 14. dne cyklu. Vlivem estrogenů nastává obnovení sliznice po menstruaci.

Fáze sekreční začíná přibližně 15. den cyklu, po ovulaci a trvá do 28. dne cyklu. V této fázi se sliznice připravuje na nidaci, uhnízdění oplozeného vajíčka. Na změny sliznice v této fázi má vliv progesteron ze žlutého tělíska. Pokud nedojde k oplození, žluté tělísko zaniká.

Fáze ischemická trvá 24 hodin. Pokud nedojde k oplodnění vajíčka, sníží se produkce hormonů a zvýší se produkce prostaglandinů, které jsou odpovědné za spasmus arterií, který vede k ischemii a nekróze buněk sliznice děložní. Sliznice nemá dostatek kyslíku, odumírá, začíná se odlučovat a tím nastane menstruace a nový děložní cyklus (Kittnar a kol., 2011, s. 561; Merkunová, Orel, 2008, s. 184-185; Roztočil a kol., 2011, s. 74).

2.2 Ovulační cyklus

Ve vaječníku jsou obsažena vajíčka, která vznikají už během intrauterinního života ženy. Vajíčka obklopuje vrstva buněk a celá tato struktura se označuje jako folikul. Ve vaječníku, kde se nacházejí folikuly, probíhají cyklické změny označené jako ovulační cyklus. Ovulační cyklus má fázi folikulární, ovulační a luteální (Kittnar a kol., 2011, s. 559; Merkunová, Orel, 2008, s. 183).

Folikulární fáze nastává po zániku corpus luteum, kdy klesá hladina estrogenu a progesteronu, stoupá hladina FSH (folikulostimulační hormon) a začíná zrání nového vajíčka. Rostou folikuly a přibývá buněk, které obklopují vajíčko. V této fázi se uplatňuje hormon FSH

a na konci fáze nastupuje i vliv LH (luteinizační hormon). FSH podporuje zrání folikulu a díky FSH a LH vajíčko dokončuje redukční dělení. Buňky zrajícího folikulu obsahují estrogény a v průběhu zrání folikulu produkce estrogenu roste.

Ovulační fáze je děj, při kterém dochází k prasknutí Graafova folikulu a vypuzení vajíčka do dutiny břišní. Pro rupturu Graafova folikulu a uvolnění vajíčka je důležitý LH. Ovulace nastává kolem 14. dne cyklu. Při ovulaci dochází k vzestupu bazální teploty o 0,5° C. Bazální teplota se měří v pochvě nebo v konečniku ráno po probuzení na lůžku.

Luteální fáze nastává po prasknutí folikulu. V začátcích této fáze se folikul plní krví a vzniká tak corpus hemorrhagicus, postupně se v buňkách folikulu hromadí tuk a vzniká corpus luteum, žluté tělísko. Žluté tělísko tvoří progesteron a malé množství estrogenu. Progesteron a estrogen tlumí tvorbu FSH a LH, proto během této fáze nemůže zrát další folikul. Pokud je vajíčko oplodněno, žluté tělísko se vyvíjí, přetrvává a tvoří hormony do té doby, než se vyvine placenta. Pokud vajíčko oplodněné není, buňky žlutého tělíska degenerují a mění se ve vazivové bílé tělísko - corpus albicans. Jeho hormonální produkce klesá, tím roste produkce FSH a začíná zrání nového vajíčka a nový ovariální cyklus (Kittnar a kol., 2011, s. 559; Merkunová, Orel, 2008, s. 183; Roztočil a kol., 2011, s. 72-73).

3 REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ

Reprodukční zdraví můžeme definovat jako schopnost se úspěšně a bez problémů množit, čili mít děti kdy si přeji bez jakékoliv lékařské pomoci. Reprodukční zdraví nemá obecně uznávanou definici, je mnoho definic od mnoha různých autorů, které se prolínají s obecně uznávanou definicí zdraví nebo s definicí sexuálního zdraví (Havlín, Haluza, Procházka a kol., 2011, s. 3).

Definice zdraví dle WHO (World Health Organization, Světová zdravotnická organizace): „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jen nepřítomnost nemoci nebo vady“ (WHO, 1947).

Definice sexuálního zdraví dle WHO: „Sexuální zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody ve vztahu k sexualitě; není to jen nepřítomnost nemoci, dysfunkce či vady. Sexuální zdraví vyžaduje pozitivní a uctivý přístup k sexualitě a k sexuálním vztahům a zahrnuje možnost mít zkušenosti s bezpečným sexem i sexuálním potěšením bez nátlaku, diskriminace a násilí. Aby bylo sexuálního zdraví dosaženo a bylo i zachováno, musí být respektována, naplněna a chráněna sexuální práva všech osob“ (WHO, 2006a).

3.1 Gynekologické záněty

Neléčené nemoci pohlavních orgánů mohou způsobit neprůchodnost vejcovodů a to je nejčastější příčina neplodnosti. Mezi nejvíce rizikové zánětlivé onemocnění patří chlamydiové a mykotické infekce (Urbanová a kol., 2010, s. 14).

Gynekologické infekce se objevují velmi často a jejich frekvence stále narůstá, zejména v mladším fertilním věku. Záněty vyvolávají bakterie, viry, plísňe a paraziti. Šíření infekce může být ascendentní, vzestupnou cestou nebo descendentní, sestupnou cestou. Descendentní šíření zahrnuje šíření hematogenní a lymfogenní. Při hematogenním šíření přechází infekce z břišních orgánů krví a při lymfatickém šíření přechází infekce z břišních orgánů lymfou. Příčinou vzniku gynekologického zánětu může být například diabetes mellitus, užívání antibiotik, kortikoidů nebo cytostatik, obezita nebo podvýživa, nedostatečná hygiena, horké koupele, neprodyšné prádlo, stahující oděvy, sexuální promiskuita, zvýšená frekvence pohlavního styku, snížená imunita, infekce močových cest nebo stavy po porodu a potratu (Slezáková a kol., 2011, s. 41-45; Roztočil a kol., 2011, s. 186-189).

Gynekologické záněty jsou definované jako systém obranných reakcí vaskularizovaných tkání organismu na patologické inzulty s různou etiologií. Pro záněty stále platí Celsova charakteristika s projevy, do kterých patří calor – teplo, rubor – červeň, dolor – bolest a tumor – nádor. K těmto projevům přidal Wirchov navíc functio laesa – poškození funkce. Nejčastějšími příznaky gynekologických zánětů je bolest, teplota, vaginální fluor, snížení kvality života a omezení sexuálního života. Dle místa projevů můžeme záněty rozdělit na záněty zevních rodidel a záněty vnitřních rodidel (Weiss a kol., 2010, s. 201-202).

3.1.1 Záněty zevních rodidel – vulvitis a pochvy – kolpitis, vaginitis

Vulvitis je zánět zevních rodidel a často bývá spojen se zánětem pochvy. Záněty zevního genitálu a pochvy se označují jako vulvovaginitidy. Nejčastěji jsou bakteriálního, mykotického nebo virového původu. Do virových zánětů, které jsou nejčastější, patří herpes genitalis a papillomavirové infekce genitálu. Tato onemocnění jsou přenášena převážně pohlavním stykem (Weiss a kol., 2010, s. 202; Slezáková a kol., 2011, s. 45-46).

Bakteriální infekce se projevují zejména folikulitidou nebo furunkly v ochlupených částech zevního genitálu. Nejčastěji bakteriální infekce způsobuje *Streptococcus pyogenes* nebo *Staphylococcus aureus*. Velmi časté je onemocnění **Bartholiniho žlázy** v oblasti vchodu poševního. Postižení žlázy nastává při ucpání vývodu retenční cystou nebo sekundární infekcí a vznikem pseudoabscesu. Onemocnění je obvykle jednostranné, je bolestivé a omezuje chůzi i sezení z důvodu přítomnosti kulovité fluktuující rezistence v oblasti poševního vchodu, která může dosahovat velikosti 5 - 10 cm. Zánět Bartholiniho žlázy se léčí chemickou nebo chirurgickou exstirpací (Weiss a kol., 2010, s. 202; Slezáková a kol., 2011, s. 45-46).

Mykotické infekce jsou časté nemoci genitálu. V ženském genitálu se mohou vyskytovat některé kvasinky, zejména *Candida albicans*. U ženy, která nemá žádné příznaky, není terapie nutná, léčba je nutná pouze při klinických příznacích a recidivách. K mykotickým infekcím jsou náchylnější těhotné ženy a ženy nebo dívky užívající hormonální kombinovanou antikoncepci s vysokými dávkami estrogeneru. Roli ve vzniku mykotických zánětů hraje také nošení nevhodného syntetického prádla, dlouhodobý stres nebo nevhodná kombinace análního a vaginálního sexu. Do projevů patří bílý tvarohovitý fluor, pálení, svědění, dyspareunie a sexuální dyskomfort. Léčba spočívá v užívání lokálních nebo systémových antimykotik (Weiss a kol., 2010, s. 202).

Zánět pochvy, kolpitis, vaginitis je onemocnění, kdy jsou příčinou vzniku exogenní ale i endogenní mikrobi, které jsou součástí vaginální flóry. Do vyvolávatelů patří například

Escherichia coli, Enterokoky, Staphylococcus aureus, Mycoplasma hominis, Peptostreptococcus species nebo Candida albicans. Pochva je při pohlavním, koitálním sexu nejexponovanější oblast, proto je zde největší riziko vstupu nebo rozvoje ascendentní infekce. Do vaginitid, respektive do vulvovaginitid patří kandidóza, laktobacilóza a trichomoniáza. **Kandidóza** je mykóza nejčastěji způsobená Candida albicans, projevuje se hustým, tvarohovitým fluorem, svěděním, dyspareunií, dysurií a bolestí, otokem a zarudnutím vulvy. Léčba kandidózy spočívá v podávání antimykotik. **Laktobacilóza** je způsobená přemnožením laktobacilů, projevy má stejné jako kandidóza a léčba spočívá v podávání antibiotik a v alkalizaci pochvy pomocí výplachů. **Trichomoniáza** je způsobená parazitem Trichomonas vaginalis. Trichomoniáza se přenáší převážně pohlavním stykem a projevuje se u žen svědivým výtokem, který zapáchá po rybách, dyspareunií, dysurií a bolestmi v podbřišku. Léčba této nemoci musí probíhat u všech sexuálních partnerů podáváním Metronidazolu. Dále do vulvovaginitid patří také **bakteriální vaginóza, atrofická vaginóza a bakteriální zánět pochvy.**

Bakteriální vaginóza je dysmikrobie, porušení stability prostředí v pochvě, nejedná se tedy o infekci ve vlastním slova smyslu. Dříve se mylně za původce považovala Gardnerella vaginalis, ale její přítomnost přetrvává i po léčbě, vyskytuje se i u asymptomatických žen. Diagnostika bakteriální vaginózy je založena na přítomnosti řídkého fluru s rybím zápachem, na poševním pH, které je vyšší než 4,7 a na přítomnosti klíčových buněk v nativním preparátu – přítomnost bakterií na povrchu odloupaných epitelii. Dále se toto onemocnění může projevovat dysurií, dyspareunií a pruritem. Léčí se celkovým nebo lokálním podáváním Macmironu nebo Entizolu, lokálním podáváním laktobacilu, eventuálně se užívají antibiotika (Slezáková a kol., 2011, s. 46; Roztočil a kol., 2011 s. 190-193; Weiss a kol., 2010, s. 203-204).

3.1.2 Záněty vnitřních rodidel

Záněty dělohy se dělí na záněty děložního těla a děložního hrdla - cervicitis a dle postižení děložní stěny na zánět děložní sliznice - endometritis a zánět děložní svaloviny – myometritis.

Cervicitis je zánět, který může být infekční nebo neinfekční. Zánět děložního hrdla obvykle způsobuje Chlamydie trachomatis, Neisseria gonorrhoea, Trichomonas vaginalis, Herpes simplex virus nebo lidské papilomaviry. Neinfekční zánět děložního hrdla může být způsobený traumatem, radiací nebo zhoubným nádorem. Projevem zánětu děložního hrdla může být výtok, dysurie, časté močení a intermenstruální nebo postkoitální krvácení.

Při přechodu do chronicity se objevují pánevní a bederní bolesti. Při zánětu děložního hrdla je čípek většinou erytematózní, edematózní a fragilní. Pro mukopurulentní cervicitis je typická přítomnost mukopurulentního zeleno-žlutého hnisu v endocervikálním kanále. Některé záněty mohou však probíhat asymptomaticky, například záněty způsobené chlamydiemi nebo gonorrhoeou. Léčí se antibiotiky nebo antivirotiky a musí zahrnovat přeléčení všech sexuálních partnerů. Neléčená infekce může vyústit v pánevní zánětlivou nemoc a v následnou sterilitu či v mimoděložní těhotenství (Pilka, Procházka a kol., 2012, s. 79-80).

Endometritis a myometritis vznikají nejčastěji v souvislosti s instrumentálním výkonem na děloze, těhotenstvím nebo potratem. Původci jsou obvykle Chlamydie trachomatis, gonokoky nebo smíšená bakteriální flóra. Při endometritis je zánět omezený pouze na pars functionalis endometria. Tato část se při menstruaci odloučí a dojde ke spontánnímu vyhojení. Pokud dojde k proniknutí zánětu do hlubších vrstev, rozvíjí se endomyometritis. Endometritis se projevuje bolestmi v podbřišku, krvácením, měkkou a bolestivou dělohou, teplotou a tachykardií. Laboratorně je přítomna leukocytóza, vzestup sedimentace a pozitivní C - reaktivní protein. Jako léčba se podávají antibiotika, v lehčích případech doxycyklin, v závažnějších případech je vhodná hospitalizace a terapie pomocí kombinace antibiotik. Myometritis je vzácné onemocnění, samostatně se vyskytuje málo, častější je v kombinaci se zánětem další vrstvy, například endomyometritis – zánět sliznice děložní a děložní svaloviny (Roztočil a kol., 2011, s. 197-198; Pilka, Procházka a kol., 2012, s. 85-86).

PID – pelvic inflammatory disease je pánevní zánětlivá nemoc, která nejčastěji vzniká ascendentní cestou, kdy se šíří infekce obvykle z cervixu, eventuelně z pochvy na další orgány. Šíření infekce může způsobit salpingitis – zánět vejcovodu, adnexitis – zánět děložních přívesků a parametritis – zánět závěsného aparátu dělohy. Dále se může rozšířit až na pobřišnici a být následkem pelveoperitonitis – zánětu pánevní pobřišnice, vzácně i následkem difúzní peritonitis – difúzního zánětu pobřišnice. Infekce může také proniknout do ovaria a způsobit ovariální absces. Na vzniku PID se nečastěji podílí Chlamydia trachomatis a gonokoky. Dále může být zánět způsoben smíšenou aerobní a anaerobní flórou.

Příznaků PID je celá řada, mohou se vyskytovat pánevní bolesti zhoršované pohlavním stykem nebo pohybem, dysurie, poševní výtok, neočekávané poševní krvácení, teploty nad 38 °C, nauzea a zvracení. Při fyzikálním vyšetření se objevuje bolestivost v podbřišku, bolest při pohybu čípkem a bolest dělohy nebo v krajině adnex. PID může způsobit dlouhodobé následky, jako je chronická pánevní bolest, mimoděložní těhotenství

nebo sterilita (Weiss a kol., 2010, s. 205; Slezáková a kol., 2011, s. 47-48; Pilka, Procházka a kol., 2012, s. 81-84).

Léčba by měla proběhnout u všech infikovaných sexuálních partnerů a i po léčbě je vhodné provádět kontrolní kultivační vyšetření. Léčba PID probíhá obvykle ambulantně (při tělesné teplotě do 39° C s minimálním klinickým nálezem), někdy za hospitalizace (při tělesné teplotě nad 39° C s výrazným klinickým nálezem a při septickém stavu). Terapie spočívá v klidovém režimu, v hydrataci a při závažném stavu v omezení příjmu per os pro korekci vnitřního prostředí. Také se podává kombinace antibiotik dle citlivosti, analgetika a vitamíny. K chirurgické léčbě se přistupuje při vytvoření nebo ruptuře abscesu anebo k ošetření dlouhodobého organického nálezu (Weiss a kol., 2010, s. 205; Slezáková a kol., 2011, s. 47-48; Pilka, Procházka a kol., 2012, s. 81-84).

3.2 Sexuálně přenosné nemoci

Mezinárodní označení sexuálně přenosných nemocí je STD - sexually transmitted diseases, někdy STI – sexually transmitted infections. Zdravotním rizikům STD je potřeba věnovat dostatečnou pozornost, protože nákaza často probíhá nepozorovaně, bez příznaků. Sexuálně přenosné nemoci mohou být způsobeny virem, bakteriemi nebo zevními parazity a prvoky. V období dospívání, nejčastěji mezi 15-19 rokem, se nejvíce vyskytují chlamydiové a gonoroické infekce, velmi časté jsou také HPV infekce. Léčba STD probíhá obvykle pomocí antivirotik a antibiotik dle citlivosti, nutná je léčba všech sexuálních partnerů. Některé STD podléhají dle zákonů v České republice povinnému epidemiologickému hlášení, patří sem zejména syphilis, gonorrhoea a HIV (Weiss a kol., 2010, s. 579-584; Slezáková a kol., 2011, s. 49-51).

Syphilis, příjice je chronické infekční onemocnění vyvolané spirochetou *Treponema pallidum*. Postihuje kůži, sliznici a vnitřní orgány. Uvádí se, že v 90 % je přenos pohlavním stykem a zbylých 10% je přenos například transplacentární nebo při náhodném kontaktu s lézí, například při líbání. Možný je i přenos kontaminovaným předmětem, například nasliněnou tetovací jehlou. Inkubační doba od nákazy do vzniku vředu je přibližně 3 týdny. Syphilis může být vrozená nebo získaná. Získaná syphilis se dělí na 3 stadia, na primární, sekundární a terciární. **Syphilis primaria** se projevuje nebolestivým tvrdým vředem (*ulcus durum*) v místě vniknutí infekce. Obvykle je přítomné jednostranné zduření spádových lymfatických uzlin. Neléčený vřed se většinou zhojí do 6 týdnů a léčený do 1-2 týdnů, hojení obvykle probíhá bez jizvy. Lymfadenopatie ustupují až měsíce. Lokalizace primárního

syfilitického projevu je většinou genitální. Nejčastějšími extragenitálními projevy jsou rektální, perianální, a ústní léze. **Syphilis sekundaria** začíná kolem 9. týdne po infekci vznikem měkkých puchýřů na vulvě a vznikem exantému, který je výrazem hematogenní diseminace infekce. Před vznikem exantému se mohou projevit chřipkové příznaky. Exantém sekundárního stadia může být makulózní (skvrny) nebo papulózní (pupínky). Nejčastěji se objevuje exantém makulózní, pro který je typický symetrický výsev oválných, růžových makul. Exantém postihuje nejvíce postranní partie trupu, břicho, flekční partie na končetinách a vnitřní strany stehen. Dále se mohou objevit condylomata lata. Condylomata lata jsou papuly kolem konečníku, které jsou vysoce infekční. **Syphilis tertiaria** vzniká s odstupem 3-7 a více let od syphilis sekundaria. V tomto období se tvoří specifická nekrotická ložiska - granulomy – gummata na vulvě a v pochvě. Granulomy se rozpadají a uvolňují sekret. Hojí se během týdnů až měsíců bělavou jizvou. V tomto stadiu je riziko vzniku postižení orgánů, je to však vzácností, jelikož bývá nákaza zachycena v prvních dvou stádiích (Weiss a kol., 2010, s. 584-592; Slezáková a kol., 2011, s. 51-52).

Kapavka, gonorrhoea je akutní nebo chronický zánět, který primárně postihuje sliznici urogenitálního traktu. Je vyvolaný gonokokem *Neisseria gonorrhoeae*. Kapavka může způsobit i zánět spojivky, rekta, nosu, úst a faryngu. Při diseminované formě, která je vzácná, dochází k postižení pohybového ústrojí, kůže, endokardu a rohovky. Inkubační doba je přibližně 7 dní. Projeví se většinou uretritidou - zánětem močové trubice s běložlutavým výtokem z hrdla děložního, uretry nebo anu, dále také zarudlým, edematózním a krvácejícím hrdlem, pálením a řezáním při močení a polakisurií. Bez léčby se infekce šíří ascendentně a způsobuje endometritidu, dále se infekce může šířit na vejcovody, pánevní peritoneum a ovaria a vzniká tak PID, který je příčinou poškození vejcovodů a následné sterility. (Weiss a kol., 2010, s. 598-602; Slezáková a kol., 2011, s. 52).

Chlamydiové infekce vyvolává bakterie s názvem *Chlamydia trachomatis*. Chlamydiová infekce u žen je velmi záškludná, má převážně asymptomatický průběh a často přechází do chronicity. Primární chlamydiová infekce probíhá v jednovrstevném cylindrickém epitelu hrdla děložního a parauretrálních žláz, postižena může být také rektální sliznice. Příznakem chlamydiové infekce může být purulentní výtok z hrdla, edematózní hrdlo a obvykle je přítomno i kontaktní krvácení z hrdla. Žena si často stěžuje na menstruační obtíže, bolest v podbřišku, bolest při pohlavním styku a na výtok nebo pruritus - svědění. Laboratorně se chlamydiová infekce projevuje zvýšenou sedimentací, ale počet leukocytů v krevním obraze je v normě. Infekce dolního genitálního traktu může přejít na endometrium,

do vejcovodů, ale i do dutiny břišní a vzniká tak infekce horního genitálního traktu a PID (Weiss a kol., 2010, s. 602-603).

Herpes genitalis je infekce vyvolaná virem Herpes simplex - HSV, Herpes simplex virus. Herpes simplex typu 1 a 2 jsou nejčastější příčinou vzniku ulcerativních onemocnění genitálu. Po proběhlé infekci zůstává virový genom v latentním stadiu v jádrech senzitivních nervů celý život jedince a při oslabení organismu může dojít k opětovným projevům viru. Zdroj infekce může být kontakt kůže nebo sliznice se sekrety, které obsahují viry. Tento virus se přenáší líbáním, sexuálním stykem nebo během porodu z infikované matky na novorozence. Inkubační doba je 2-7 dní a výsevu puchýřků většinou předchází prodromální příznaky, jako je bolestivost, svědění a zarudnutí. Herpes genitalis je typický výsevem drobných vezikul, které přecházejí ve vřidky. Toto onemocnění bývá často doprovázeno bolestí, horečkou a oboustrannou inguinální lymfadenopatií, mohou se projevit i neurologické příznaky, ztuhlost šíje nebo bolest hlavy (Weiss a kol., 2010, s. 593-595).

Infekce lidskými papilomaviry jsou nejčastějším virovým pohlavně přenosným onemocněním. Podílejí se na vzniku condylomata acuminata, akuminátních kondylomat, genitálních bradavic. Genitální bradavice jsou růžové nebo nažloutlé papuly s bradavčítým nebo květákovým povrchem a mohou dosahovat značných rozměrů. Genitální bradavice postihují sliznici a kůži, nejčastěji se objevují v oblasti vulvy, v oblasti perinea, vaginálně a na cervixu. Vzácně je postižen močový měchýř. Dále se také podílejí na vzniku karcinomu a prekanceróz děložního hrdla. Tyto infekce často probíhají bez příznaků a spontánně ustupují. Postižení tímto onemocněním jsou nejčastěji mladí, sexuálně aktivní osoby mezi 16. – 25. rokem života. Přenos je nejčastěji sexuální cestou, vaginálním, urogenitálním a anogenitálním stykem. Významnou roli ve vzniku onemocnění hraje věk, protože častěji postihuje mladší jedince, nástup sexarché, počet sexuálních partnerů nebo počet nechráněných pohlavních styků. Dle onkogenního potenciálu se jednotlivé papilomaviry dělí na skupinu s nízkým rizikem – low risk – 6, 11, 42, 43 a na skupinu s vysokým rizikem – high risk – 16, 18, 31, 33, 45, 46. Mezi zásady prevence této nemoci patří bezpečné sexuální chování a očkování. Je důležité, aby byla dívka očkovaná před začátkem pohlavního života. Vakcíny proti infekci způsobené papilomaviry se dělí na bivalentní a kvadrivalentní. Bivalentní vakcína je proti nádorovému onemocnění vyvolanému lidskými papilomaviry typu 16, 18, 31 a 45. Kvadrivalentní vakcína je proti nádorovému onemocnění vyvolanému lidskými papilomaviry 6, 11, 16 a 18. (Weiss a kol., 2010, s. 606-609; Ondryášová, Koudeláková, Hajdůch, 2013, s. 78; Kružicová, Vaňusová, Hercogová, 2014, s. 79).

Hepatitis B je akutní nebo chronická jaterní nemoc. Častěji se vyskytuje u uživatelů intravenózních drog, u homosexuálních mužů a u prostitutek. Akutní hepatitida B může ustoupit nebo může přecházet do chronicity a způsobit závažné následky jako je jaterní cirhóza nebo hepatocelulární karcinom. Přenos probíhá pohlavním stykem, krví a z matky na plod. Původcem této hepatitidy je virus hepatitidy B – HBV. Inkubační doba je poměrně dlouhá, přibližně od 6 týdnů do 6 měsíců. V České republice bylo v roce 2001 zavedeno celoplošné očkování novorozenců a přeočkování ve 12. roku života (Weiss a kol., 2010, s. 608-609).

AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome – syndrom získaného nedostatku imunity), je onemocnění způsobené HIV virem (Human Immunodeficiency Virus). Tento vir způsobuje ztrátu obranyschopnosti jedince. Momentálně jsou známy dva typy virů HIV-1, HIV-2, které způsobují onemocnění AIDS. HIV vir napadá v organismu zejména T lymfocyty. Přenos probíhá krví, pohlavním stykem, z matky na plod a mateřským mlékem. Inkubační doba je 2-6 týdnů. Přibližně po 2-6 týdnech po nákaze nastává období akutní HIV infekce, toto období svými příznaky připomíná chřipkové onemocnění, přítomno je také zduření mízních uzlin. Po období akutní HIV infekce, které se projeví přibližně u 70% všech čerstvě infikovaných, nastává období asymptomatické, které trvá obvykle několik let, bez protivirové léčby trvá toto období kolem 8-9 let. Po asymptomatickém období mohou nastat některé příznaky jako je zduření mízních uzlin, průjemy, kožní nemoci, také neuropatie nebo organické změny centrální nervové soustavy, a pokud nedojde k protivirové léčbě, nastává rozvoj období AIDS, které je nejzávažnější. Jedinec s diagnostikovaným AIDS zůstává až do smrti ve stavu hlubokého imunodeficitu. Pozdě diagnostikovaná HIV infekce, ve stadiu AIDS může být příčinou úmrtí nebo trvalých zdravotních následků jako je paréza, smyslové postižení a podobně (Weiss a kol., 2010, s. 613-619; Slezáková a kol., 2011, s. 52-53).

4 PREVENCE V OBLASTI REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ

Prevence v oblasti reprodukčního zdraví je důležitá pro správnou funkci reprodukčních orgánů. Období dospívání je typické pro experimentování, proto je důležité, aby byli dospívající poučeni o rizicích nevhodného chování, zejména o rizicích nevhodného sexuálního chování nebo o rizicích zneužívání návykových látek. Pro prevenci v této oblasti je také důležité dodržování hygieny, životosprávy a absolvování pravidelných gynekologických prohlídek (Urbanová, 2010, s. 11-14; Weiss, 2010, s. 581-582).

4.1 Prevence v oblasti hygieny

Intimní hygiena - na pravidelné mytí by měla být použita čistá teplá voda a jemný mycí gel. Prostředky k mytí by měly být speciálně vyvinuté pro šetrnou péči o citlivé intimní partie, aby nenarušovaly přirozené kyselé prostředí v pochvě. Koupel nebo sprcha by měla probíhat alespoň 1x denně. Po umytí je také důležité důkladné osušení ručníkem, samozřejmě jiným než se používá na obličej. Nevhodné je také užívání jednoho ručníku společně s ostatními členy rodiny. Důležitá je také správná hygiena po stolici, směr utírání by měl být od pochvy ke konečníku a nikoliv naopak, kvůli riziku zanesení střevních bakterií do pochvy. Po každém vymočení by mělo dojít k otření pohlavních orgánů toaletním papírem. Kapky moči se vsáknou do kalhotek, teplem se moč rozkládá a vzniká tak nepříjemný zápach (Janiš, Kubrichtová, Makalová, 2011, s. 18-19; Donát, Donátová, 2007, s. 21-22).

Menstruační hygiena – zejména během menstruace by měla být dodržována přísná hygiena, protože menstruační krev je živná půda pro bakterie. Po každé výměně hygienické pomůcky by mělo proběhnout omytí genitálu, pokud to situace dovolí, pokud ne, postačí neparfémované ubrousky pro intimní hygienu. V průběhu menstruace je ideální sprcha, koupel ve vaně není vyhovující. Je nevhodné koupat se ve vodě, kam odtéká menstruační krev, kromě toho je také při menstruaci zvýšené riziko proniknutí infekce pochvou až k děloze nebo k vaječnům. Do oblasti hygieny patří i menstruační ochrana, která se rozděluje na vnitřní a vnější.

Do vnější ochrany patří vložky. Krev na vložce může způsobit nepříjemný zápach a lepkavý pocit, proto je důležitá pravidelná výměna a hygiena, včetně mytí rukou před i po výměně vložky. Pokud se stane, že se vložka prokrvácí, například v noci nebo při silnějším krvácení, je nutné kalhotky ihned vyměnit. Do vnitřní ochrany patří tampony. Mezi výhody tamponů patří suchost a čistota zevních pohlavních orgánů, bez nepříjemného zápachu nebo pocitu

vlhkosti. Dále také umožňuje větší volnost pohybu a může se na rozdíl od vložky použít i na plavání. Dívky, které používají tampony, mohou obléknout i přiléhavé oblečení. Nevýhodou tamponu je, že krev neodtéká z pochvy, vsakuje se do tamponu a v teplém prostředí pochvy se tak vytváří ideální živná půda pro rozmnožování bakterií (Janiš, Kubrichtová, Makalová, 2011, s. 18-19; Donát, Donátová, 2007, s. 25; Dostálová a kol., 2009, s. 10).

Hygiena pohlavního styku - hygiena pohlavních orgánů by měla probíhat jak před pohlavním stykem, tak po pohlavním styku u ženy i u muže. Každý nedostatek v pohlavní hygieně může způsobit zánět, který se v tom nejlepším případě projeví výtokem. Mikrobi ale mohou pronikat dělohou a vejcovody až do dutiny břišní a způsobit peritonitidu - zánět pobřišnice. Velice nevhodné jsou anální sexuální praktiky, kde hrozí osídlení pochvy mikroflórou z rekta a styk při menstruaci, opět kvůli vyššímu riziku zanesení infekce v období menstruace (Janiš, Kubrichtová, Makalová, 2011, s. 18-19; Donát, Donátová, 2007, s. 27-28).

Hygiena odívání - ve vlhkém a teplém prostředí se daří bakteriím, proto není vhodné nošení silonek, těsných kalhotek a spodního prádla z umělých vláken. Je správné udržovat oblast genitálií dostatečně vzdušnou, aby se zabránilo zadržování vlhkosti. Spodní prádlo by se mělo vyměňovat jednou denně, ideální je bavlněné spodní prádlo. Nevhodné je také praní prádla ve velkém množství aviváže a prášku, může dojít k podráždění pohlavních orgánů. Nevyhovující jsou i také tzv. tanga, které umožňují přenos střevních bakterií do pochvy a napomáhají tak vzniku gynekologických zánětů (Janiš, Kubrichtová, Makalová, 2011, s. 18-19; Hrdonková, Rokyta, 2011, s. 12).

4.2 Prevence v oblasti rizikového chování

Pro podporu reprodukčního zdraví je důležité odpovědné sexuální chování. K rizikovému sexuálnímu chování patří časně zahájení sexuálního života, který má negativní vliv na zdravotní stav a na jedince v oblasti psychosexuálního a osobnostního vývoje. Dále také sexuální promiskuita, která je nebezpečná zejména kvůli vzniku zánětů pohlavního ústrojí, přenosu pohlavně přenosných chorob a neplánovaného těhotenství. Může mít ale i negativní vliv na citový život jedince, kdy projev tohoto chování může být komplikované navázání trvalého vztahu. Do nebezpečného chování, zejména kvůli riziku přenosu různých nemocí, patří také vysoká frekvence pohlavních styků, sex s náhodnými známostmi, prostituční chování, krvavé sexuální praktiky nebo vaginální, anální a orální styk bez použití kondomu. Mezi velmi rizikovou techniku pohlavního styku se řadí zejména anální sexuální praktiky,

kdy nastává riziko osídlení pochvy mikroflórou z rekta. Do prevence reprodukčního zdraví patří užívání kondomu, který by se měl používat nejen při vaginálním, ale i při orálním a análním styku. O kondomu by měli být jedinci poučeni už ve školním věku. Také by měli mít dostatek informací o tom, jak s kondomem zacházet, aby nedošlo k jeho selhání, protože nejčastější příčinou selhání je špatná manipulace. Především je nutné zkontrolovat jeho neporušenost nafouknutím a to jak před, tak po pohlavním styku, dále je nutné zabránit protržení nebo sklouznutí (Urbanová a kol., 2010, s. 13-14; Weiss a kol., 2010, s. 581-582).

Do rizikového chování se řadí také abúzus alkoholu a ostatních drog. V období dospívání patří mezi nejčastěji užívané drogy, které mají zásadní vliv na sexualitu, alkohol a marihuana. Alkohol i ostatní drogy zvyšují riziko předčasného pohlavního styku, sexuálního zneužívání, promiskuitního chování, ale také zvyšují riziko narušení psychosexuálního vývoje nebo vznik psychosexuálních poruch. Závislí jedinci mají také obvykle vyšší frekvenci pohlavních styků a ženy častěji podléhají prostituci. Příčinou častých pohlavních styků, malého důrazu na bezpečný sex, ale také příčinou tendence ke zneužívání některých drog je touha po hledání vzrušení. U jedinců, kteří mají tendenci k zneužívání drog, je zvýšené riziko vzniku pohlavně přenosných chorob, sexuálních dysfunkcí a jiných poruch reprodukčního systému, které mají vliv na pohlavní buňky, produkci hormonů a fertilitu. Často ale dochází i k nechtěnému otěhotnění v dospívání, například pod vlivem alkoholu. Návykové látky, alkohol i ostatní drogy mohou v těhotenství smrtelně ohrozit plod nebo mu způsobit postižení mentální i fyzické (Urbanová a kol., 2010, s. 13-14; Wiess a kol., 2010, s. 626-627).

Do rizikového chování patří také chování, které vede k poruchám příjmu potravy, k anorexii nebo bulimii. Prevalence anorexie je u adolescentů mezi 0,25-0,5% a výskyt bulimie je mezi 1-2%, ale mírnější stavy těchto onemocnění mohou být u dospívajících dívek daleko častější a mohou mít negativní vliv na reprodukční systém. V těžších případech anorexie nastává zástava ovulačního a menstruačního cyklu, v důsledku poruchy hormonální rovnováhy, a následná sterilita. Po zvýšení hmotnosti pak ale většinou dojde k obnově fertility. Udržování optimální hmotnosti je tedy pro reprodukční zdraví velice důležité, a aby tělo bylo schopné tvořit hormony, které jsou nutné pro ovulaci, je třeba přiměřené množství tuku v těle. Riziko tedy nenastává jen u žen, které trpí podvýživou ale i u žen, které trpí naopak obezitou. Ideální BMI ženy by nemělo klesnout pod 18 a nemělo by být vyšší než 30 (Urbanová a kol., 2010, s. 14; Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 395).

4.3 Gynekologická prohlídka

Gynekologické vyšetření zahrnuje pohovor s pacientkou, sběr anamnézy, měření krevního tlaku, gynekologické vyšetření (pohledem - aspekcí, pohmatem - palpací, poslechem - auskultací a poklepem – perkusí), prebioptické vyšetřovací metody (kolposkopie a cytologie), dále také vyšetření prsů a dle potřeby ultrazvukové vyšetření a vyšetření dle aktuálních obtíží - výtěry, odběry krve, vyšetření moči a podobně (Roztočil a kol., 2011, s. 147).

4.3.1 Anamnéza

Klientka popíše aktuální problémy, se kterými přišla na gynekologickou prohlídku - výtok, bolesti, krvácení z rodidel, potíže s močením nebo se stolicí a podobně a lékař se dále doptává na údaje o potížích, s kterými pacientka nyní přišla a na anamnézu (Roztočil a kol., 2011, s. 147).

Osobní anamnéza zahrnuje informace o zdravotním stavu od narození až po současnost. Zahrnuje například vrozené vady, dětské infekce a úrazy, alergie nebo některé závislosti, například kouření. V **rodinné anamnéze** se lékař dotazuje na výskyt závažných nemocí v rodině a na nemoci, které mohou být dědičné. **Farmakologická anamnéza** zahrnuje užívání léků a množství v jakém se lék užívá. V **sociální anamnéze** je důležité prostředí, ve kterém se dívka vyskytuje, kvůli infekcím, které se v něm mohou vyskytovat. Dále je ze sociální anamnézy důležitý prospěch dítěte a sporty, které provozuje. **Gynekologická anamnéza** se zaměřuje na průběh dospívání, na nástup menarche, lékaře také zajímá poslední menses, pravidelnost a průběh menstruačního cyklu, délka a intenzita krvácení a potíže během cyklu. Dále se lékař ptá na gynekologické nemoci, na prodělané záněty a operační zákroky. V gynekologické anamnéze se také zjišťuje, zda u dívky proběhl pohlavní styk nebo nikoliv a zda užívá antikoncepci (Roztočil a kol., 2011, s. 147, Slezáková a kol., 2011, s. 26).

4.3.2 Gynekologické vyšetření aspekcí a palpací

Aspekci se rozumí prohlídka těla dívky zrakem. Někdy se od celkové prohlídky těla upouští, například při výtoky nebo při bolestech břicha. Celková prohlídka se však musí provést, pokud je podezření na endokrinní poruchu, včetně poruch dospívání nebo poruch menstruačního cyklu, a jestliže je podezření na vrozenou vývojovou vadu. Celková aspekce musí být také provedena při forezních důvodech, při traumatu nebo při pohlavním zneužívání. V průběhu celkové prohlídky si všímáme symetrie postavy, rozložení podkožního

tuku a pigmentací, sledujeme tvar lebky, tvar a délku krku, případné zvětšení štítné žlázy, dále tvar hrudníku a břicha, postavení končetin a tvar prsů. Zvlášť se posuzují sekundární pohlavní znaky. Pokud se jedná o vyšetření z forezních důvodů, sleduje se přítomnost všech poranění – škrábance, hematomy a podobně. Aspekce zevních rodidel se provádí na gynekologickém křesle. Hodnotí se, zda není přítomen výtok nebo krvácení z rodidel a sleduje se přítomnost smegmatu. Dále se aspekci hodnotí konfigurace zevních rodidel, tvar a vzhled labií, kožní změny, ústí uretry, hráz a perianální oblast. Také se sleduje tvar a celistvost hymenu, to je možné provést kolposkopem (Roztočil a kol., 2011, s. 147, Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 273-274).

Palpací se vyšetřuje břicho a podbříšek. Lékař by měl stát vedle boku dívky, nikoliv před rodidly. Postupuje se jemně, od palpáce povrchové až k palpaci hlubší a hodnotí se tak bolestivost a peritoneální jevy. Palpáce může být doplněna perkusí.

Bimanuální palpační vyšetření se u nedeflorovaných dívek provádí zásadně rektoabdominální palpací, kdy se malík nebo ukazovák pravé ruky zavede do konečníku a levá ruka palpuje přes stěnu břišní. Při bimanuálním palpačním vyšetření u deflorovaných dívek lékař vyšetřuje jednou rukou přes břišní stěnu a druhou ruku má zavedenou v pochvě. Tímto vyšetřením se hmatá velikost dělohy, velikost ovaria nebo přítomné rezistence.

Po bimanuálním vyšetření se provádí vyšetření v zrcadlech (Trélatovo či Simonovo zrcadlo). Vyšetření v zrcadlech se provádí pouze u deflorovaných dívek a provádí se ke kontrole sliznice pochvy, děložního hrdla a sledování přítomnosti výtoků. Vyšetření v zrcadlech se u nedeflorovaných dívek nahrazuje vaginoskopem. Vaginoskop se užívá na optickou prohlídku pochvy a děložního hrdla. Vaginoskop se zavádí otvorem v hymenu do hloubky pochvy, aniž bychom hymen zvětšili nebo poškodili. Vaginoskop se skládá z trubice a z držadla a umožňuje osvětlení pochvy a pozorování hrdla děložního a pochvy, jedná se tedy o vyšetření endoskopické. Při výkonu není potřeba místní ani celkové znecitlivění, protože vaginoskopie je nebolestivá a běžně se v gynekologické ambulanci užívá (Roztočil a kol., 2011, s. 147 – 148, Slezáková a kol., 2011, s. 26-27).

4.3.3 Ultrazvukové vyšetření

Ultrazvukové vyšetření (UZ) je v dnešní době jednou z nejzákladnějších vyšetřovacích metod v porodnictví a gynekologii. Je to základní vyšetřovací metoda i v dorostové gynekologii, jsou zde ale určité odlišnosti oproti vyšetřování dospělých žen. Využívají se různé vyšetřovací techniky jako je transabdominální sonografie, transvaginální sonografie, transperineální

a transrektální sonografie. Nejdůležitější ultrazvukovou vyšetřovací technikou u dívek s neporušeným hymenem je transabdominální sonografie. Toto vyšetření vyžaduje plný močový měchýř. Příprava před transabdominálním UZ u dospívajících dívek je stejná jako u dospělých žen. Dívka by měla vypít přibližně litr tekutin za 1 - 1,5 hodiny před UZ vyšetřením. Pokud je nález nečitelný, přistupujeme k transperineální nebo transrektální technice. U deflorovaných dívek lze přistoupit k využití transvaginálního vyšetření. Na UZ vyšetření se sleduje děloha, která se zobrazuje mezi močovým měchýřem a rektum. Na děloze se sleduje délka dělohy, délka děložního těla a hrdla a poměr mezi hrdlem a tělem děložním. Dále se sleduje endometrium a dutina děložní, vzhled kanálu hrdla děložního a pochva. Také se sledují ovaria a jejich velikost. Velikost ovaríí záleží na věku, na fázi ovariálního cyklu a na hormonální situaci (Roztočil a kol., 2011, s. 148-149).

4.3.4 Prebioptické vyšetřovací metody

Kolposkopie se u nedeflorovaných dívek užívá k prohlídce zevních rodidel, zejména hymenu a to většinou z forenzních důvodů, kdy chceme posoudit, zda je hymen intaktní, v jiných případech se u nedeflorovaných dívek kolposkopie neprovádí. U dívek, u kterých už pohlavní styk proběhl je kolposkopie součástí vaginálního vyšetření v zrcadlech, kdy se pomocí kolposkopu kontroluje děložní čípek. Kolposkopie se užívá v diagnostice prekanceróz děložního čípku, které mohou být vyvolané HPV virem. Kolposkopii můžeme rozdělit na nativní, prostou a rozšířenou. Nativní kolposkopie se provádí bez použití roztoků. Prostá kolposkopie se provádí po otření děložního čípku fyziologickým roztokem a rozšířená kolposkopie se provádí po otření děložního čípku 3% kyselinou octovou, nebo Lugolovým roztokem. Po nanesení 3% kyseliny octové dojde k diferenciaci dlaždicového a cylindrického epitelu a ke změně barvy. Nanesením Lugolova roztoku, který obsahuje jód, dojde ke změně barvy normálního dlaždicového epitelu na mahagonově hnědý.

Cytologie je vyšetření, pomocí kterého se hodnotí morfologie buněčných elementů. Cytologii lze kontrolovat stěry z děložního čípku, z pochvy a vulvy. Dále lze vyšetřovat moč, obsah ascitu nebo sekret z bradavek prsu. Cytologii můžeme rozdělit na funkční a onkologickou. Funkční cytologie, nebo také poševní cytologie je velice rychlá a levná vyšetřovací metoda, která slouží k zhodnocení aktuální hormonální situace ženy. Provádí se pro vyšetřování a sledování poruch menstruačního cyklu, ale také při hodnocení pubertálního vývoje, zda je normální či abnormální. Onkologická cytologie slouží k hodnocení buněk, které jsou podezřelé z nádorového bujení (Slezáková, 2011, s. 28-30, Roztočil a kol., 2011, s. 147-149).

5 ANTIKONCEPCE

Antikoncepce je každá metoda zabraňující početí, je to primární prevence nechtěného těhotenství, porodu a nechtěného dítěte. Nechtěné těhotenství v období dospívání je veliký stres, psychická zátěž a může změnit život dívky, nemluvě o možných následcích interrupce pro budoucí chtěné otěhotnění. Antikoncepci můžeme rozdělit na ireverzibilní a reverzibilní. Do reverzibilní antikoncepce patří metody, při jejichž vysazení se navrátí plodnost. Ireverzibilní metody antikoncepce jsou určené pro osoby, které dosáhly plánovaného počtu dětí, těhotenstvím by riskovaly zhoršení současného zdravotního stavu nebo existuje riziko přenosu dědičné poruchy na potomka. Do ireverzibilní antikoncepce patří sterilizace. Dále antikoncepci můžeme rozdělit na hormonální a nehormonální. Nejčastěji užívanou hormonální antikoncepcí je kombinovaná hormonální antikoncepce (Fait, 2012, s. 10-13; Roztočil a kol., 2011, s. 177).

Spolehlivost antikoncepce se obvykle vyjadřuje jako Pearlův index, což je počet otěhotnění na 100 žen během jednoho roku pravidelného pohlavního styku s užíváním jedné antikoncepční metody. Stanovení Pearlova indexu je ale jen přibližné, protože naráží na četné metodologické problémy. Pearlův index obecně klesá spolu s přibývajícím věkem, protože s věkem klesá i přirozená plodnost a často klesá i počet pohlavních styků. Pearlův index také klesá s délkou užívání antikoncepce, kdy se předpokládá ubývání chyb v užívání (Roztočil a kol., 2011, s. 106).

5.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce

Kombinovaná hormonální antikoncepce je nejrozšířenější antikoncepční metoda. Je to cyklické, méně často kontinuální, užívání estrogenu a progesteronu a funguje na základě zamezení ovulace zásahem do zpětnovazebné regulace hypotalamo – hypofýzo - ovariální osy. Přídatným mechanismem je snížení prostupnosti cervikálního hlenu pro spermie. Na trhu je ve formě tablet. Méně oblíbené jsou náplasti nebo vaginální kroužky. Tablety se užívají každý den ve stejnou dobu po 21 dní s pauzou na 7 dní. V této pauze by mělo dojít k pseudomenstruačnímu krvácení. Zpoždění v užívání by nemělo být delší než 12 hodin. Spolehlivost této antikoncepce je vysoká, při správném užívání je Pearlův index přibližně 0,1 - 0,2 (Fait, 2012, s. 18-22; Weiss a kol., 2010, s. 286-288).

Mezi příznivé účinky kombinované hormonální antikoncepce patří snížení rizika karcinomu ovaria, endometria a patrně i kolorektálního karcinomu. Také snižuje výskyt dysplazií,

fibroadenomu prsu, funkčních ovariálních cyst, pánevních zánětlivých nemocí a mimoděložního těhotenství. Využívá se při léčbě dysmenorrhoey nebo jako terapie a prevence amenorrhoey, oligomenorey, polymenorey, dysfunkčního krvácení, hypermenorey nebo ovulačního krvácení. Má také pozitivní vliv na premenstruační syndrom, menstruační migrény, mastnou pleť nebo akné.

Jako nežádoucí účinek se může objevit amenorrhoea, nevolnost nebo citlivost prsů. V závislosti na užívání kombinované hormonální antikoncepce je zvýšení saturace žluči cholesterolem, to může urychlit projev symptomů cholesterolové cholelithiázy. Užívání této antikoncepce může spustit migrény, způsobuje většinou nepatrný vzestup krevního tlaku a je zde zvýšené riziko vzniku infarktu myokardu u kuřáček, zvyšuje se také riziko tromboembolické nemoci. Dále se může objevit váhový přírůstek, deprese nebo pokles libida (Fait, 2012, s. 18-22; Weiss a kol., 2010, s. 286-288).

Do absolutních kontraindikací kombinované hormonální antikoncepce patří diabetes mellitus (DM) trvající déle než 20 let, DM s vaskulárními komplikacemi, diabetická nefropatie, závažné nemoci jater, aktivní virová hepatitis, dekompenzovaná cirhóza, benigní a maligní nádory jater a migréna s aurou nebo migréna bez aury, která vznikla u ženy starší než 35 let během užívání antikoncepce. Dále také srdeční vady, hluboká žilní trombóza v anamnéze, hypertenze 160/100 torr a více, kouření více než 15 cigaret za den u ženy s věkem nad 35 let, první tři týdny po porodu u nekojících žen a prvních 6 měsíců po porodu u kojících žen (Fait, 2012, s. 18-37; Weiss a kol., 2010, s. 286-288).

5.2 Gestagenní antikoncepce

Gestagenní antikoncepce spočívá v kontinuální aplikaci gestagenu – progestinu, který způsobí nepropustnost hlenu v děložním hrdle pro spermie. Dalším účinkem je blokáda ovulace, která je u většiny metod. Má podobu minipilulek, intramuskulárních a subkutánních injekcí a podkožních implantátů nebo nitroděložních implantátů. Za gestagenní antikoncepci lze pokládat i nitroděložní hormonální systém. Výhodou gestagenní antikoncepce je možnost využití i u pacientek se zatíženou anamnézou. U pacientek s DM, s hypertenzí, u kuřáček i u pacientek s rizikem tromboembolických komplikací. Gestagenní antikoncepce snižuje riziko pánevní zánětlivé nemoci, karcinomu ovaria nebo karcinomu endometria. Jedinou absolutní kontraindikací je karcinom prsu, ne však všechny případy, záleží na vyjádření onkologa (Weiss a kol., 2010, s. 285-286; Roztočil a kol., 2011, s. 109).

5.3 Bariérová antikoncepce

Mužský kondom je latexový návlek na penis, který zajišťuje ochranu před těhotenstvím a také snižuje možnost sexuálně přenosných chorob. Důležité je správné použití. Kondom by se měl skladovat v chladu a suchu. Před, ale i po souloži se doporučuje kontrola neporušenosti nafouknutím. Na kondom není vhodné sahat rukou, potřenou krémem nebo rukou s dlouhými nehty. Navléknutí by mělo proběhnout těsně před zavedením penisu do pochvy a po ejakulaci se kondom přidrží při okraji penisu a opatrně se vytáhne. V užívání kondomu je důležitá vlhkost pochvy, při nedostatečné vlhkosti je vhodný lubrikační gel.

Vaginální spermicidy jsou chemické látky, zavádějící se do pochvy 15 minut před souloží k inaktivaci spermií a nesmí se po 6 hodin smýt. Nejčastěji využívaný spermicid je nonoxynol-9. U nás, v České republice, se vyrábějí ve formě vaginálních tablet nebo vaginálních krémů. Při užívání je důležité dodržet návod, například je zakázané mytí mýdlem před a po souloži.

Ženské mechanické bariéry zahrnují poševní pesar – diafragma, cervikální klobouček, ženský kondom - femidom a vaginální hubku napuštěnou spermicidem nonoxynolem-9. Poševní pesar je gumový klobouček, který se po zavedení opírá vzadu o poševní klenbu a vpředu o stydkou sponu. Cervikální klobouček se přikládá přímo k děložnímu čípku a po přimáčknutí se přisaje. Ženský kondom je podobný mužskému, dosahuje až k děložnímu čípku a vyčnívá z pochvy, nutná je kombinace s lubrikačním gelem. Ženské mechanické bariéry ustoupily zcela do pozadí a na českém trhu nejsou prostředky tohoto typu dostupné až na ženský kondom, který však velký obdiv nezískal (Weiss a kol., 2010, s. 281-283; Roztočil a kol, 2011, s. 108; Koliba, 2014, s. 350).

5.4 Nitroděložní antikoncepce – IUD – intrauterine device

Nitroděložní antikoncepce je metoda, při které se zavádí tělísko do dutiny děložní. Tělísko má obvykle tvar písmena T a je většinou opatřeno vláknem, které se nechává vyčnívat do pochvy, pro snadnější odstranění IUD. Zavádí vždy lékař a aplikuje se obvykle na 5 let. Jednou za půl roku je nutná gynekologická kontrola. Extrakci tělíska k navrácení plodnosti je možné provést kdykoliv. Existují nehormonální a hormonální nitroděložní tělíska (Weiss a kol., 2010, s. 283-285; Koliba, 2014, s. 350).

Nehormonální tělíska obsahují měď nebo jiný kov, například stříbro, zlato nebo zinek. Výhodou je nízká cena a minimum kontraindikací. Tato antikoncepční metoda ale nesnižuje

jako jediná riziko zánětlivé pánevní nemoci, a proto se nedoporučuje promiskuitním ženám. Hlavním negativním účinkem je zesílení a prodloužení menstruačního krvácení. Dojde – li k selhání této metody, je zvýšené riziko mimoděložního těhotenství, na které je třeba myslet.

Hormonální nitroděložní systém obsahuje syntetický progestin levonorgestrel. Je známý pod názvem Mirena. Mirena obsahuje 52 mg levonogestrelu. Je to antikoncepce mimořádně spolehlivá, Pearlův index je přibližně 0,02. Hormonální nitroděložní systém lze využít k terapii hypermenorey, polymenorey, dysfunkčního krvácení nebo dysmenorrhoe. Na rozdíl od nehormonálního systému snižuje riziko pánevní zánětlivé nemoci. Po zavedení nastává krvácení, které trvá přibližně 3 měsíce a postupně slábne (Weiss a kol., 2010 s. 283-285).

5.5 Přirozené metody

Do přirozených metod patří přerušovaná soulož, metoda plodných a neplodných dní a sexuální abstinence. **Přerušovaná soulož** znamená ukončení pohlavního styku před vyvrcholením. Ale i před vyvrcholením dochází k uvolnění predejakulační tekutiny, ve které mohou být spermie obsaženy. Proto je tato technika velmi nespolehlivá. **Metoda plodných a neplodných dnů** je založena na faktu, že žena je plodná pouze v období ovulace. Je to nespolehlivá metoda zejména u žen, které mají nepravidelný menstruační cyklus (Koliba, 2014, s. 15; Roztočil a kol., 2011, s. 107-108).

5.6 Postkoitální antikoncepce

Je často označovaná jako intercepce, emergentní nebo záchranná antikoncepce a je to metoda zabraňující otěhotnění až po souloži. Patří sem přípravek Postinor-2, který obsahuje 0,75 mg levonorgestrelu. Doporučuje se podání první tablety co nejdříve po pohlavním styku a podání druhé tablety 12 hodin po první. Prokázaná účinnost je při podání do 72 hodin. Dalším přípravkem je Escapelle. Tento přípravek by se měl také podat do 72 hodin po pohlavním styku a je to jednorázová aplikace 1,5 mg levonorgestrelu. Další metodou je podání 30 mg ulipristalacetátu do 120 hodin od pohlavního styku nebo podání 10 mg mifepristonu do 120 hodin od pohlavního styku, tato metoda se u nás v České republice nepoužívá. Dále lze také do 5 dnů po pohlavním styku zavést nitroděložní tělíčko, které zabrání nidaci (Fait, 2012, s. 75-78).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Tato kapitola obsahuje výzkumné otázky, dále je zde uvedena zpracovaná metodika výzkumu, hodnocení výsledků z dotazníkového šetření, diskuze a závěr.

6 METODIKA

Bakalářská práce na téma Reprodukční zdraví u dospívajících dívek je prací teoreticko-výzkumnou. K dosažení cílů byla pro tento výzkum využita kvantitativní metoda. Na základě cílů a výzkumných otázek byl sestaven dotazník vlastní konstrukce, pomocí kterého bylo provedeno šetření (Příloha A). Výhodou této metody je, že lze zkoumat větší počet respondentek za kratší časovou jednotku. Mezi nevýhody této techniky sběru dat patří neúplná návratnost rozeslaných dotazníků, tento faktor může ohrozit reprezentativu výsledků šetření (Vojtíšek, 2012, s. 27).

Výzkum byl proveden v období od konce prosince 2016 do konce ledna 2017, po získání povolení k výzkumu, na jedné střední zdravotnické škole v Pardubickém kraji. Pro získání povolení k výzkumu jsem oslovila zástupkyni ředitelky dané střední zdravotnické školy, kterou jsem seznámila se svojí bakalářskou prací, zejména s metodou výzkumu. Po domluvě se zástupkyní ředitelky dané školy byly studentkám rozdány dotazníky v jedné z jejich hodin. Při vyplňování dotazníku byla přítomna zástupkyně ředitelky, která studentkám poskytla dostatečnou dobu pro vyplnění. Po vyplnění vkládaly studentky dotazníky do připraveného boxu. Celkově bylo poskytnuto 70 dotazníků a vrátilo se 64 vyplněných. Návratnost byla tedy 91%. K výzkumu byly použity pouze dotazníky řádně vyplněné, tedy dohromady 60 dotazníků.

Pomocí anonymního dotazníku se získaly všechny informace, které sloužily k vyhodnocení výzkumné části. Dotazník je složen z 20 otázek, z toho 11 otázek je uzavřených, 5 otázek polouzavřených a 4 otázky otevřené. V některých otázkách lze vybrat pouze jedna možnost, v jiných otázkách je i možnost označení více odpovědí. Dotazník je rozdělen na několik částí, první část z dotazníku jsou otázky identifikační, dotazující se na věk a na studovaný obor, druhá část je zaměřena na znalosti dospívajících dívek v oblastech souvisejících s reprodukčním zdravím, třetí část se zaměřuje na prevenci dívek v oblasti reprodukčního zdraví a čtvrtá část pojednává o antikoncepci.

6.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumné šetření probíhalo na střední zdravotnické škole v Pardubickém kraji. Respondentkami byly dospívající dívky, studentky 3. a 4. ročníků vybrané střední zdravotnické školy. Všechny respondentky studují obor Zdravotnický asistent. Věk, který byl studentkami uváděn, byl v rozmezí 17 – 20 let. Nejvíce respondentek bylo ve věku 18 let, kterých bylo 30 (50%). Dívek ve věku 17 let se ve výzkumu objevilo 8 (13%) a dívek s věkem 19 let bylo 18 (30%). Překvapivě 4 (7%) respondentky uvedly, že jejich věk je 20 let, dívek v tomto věku bylo logicky nejméně.

6.2 Zpracování dat

Všechna data z dotazníku jsou zpracována pomocí počítačových programů, pomocí textového procesoru Microsoft Office Word a tabulkového kalkulátoru Microsoft Office Excel. Dále je pro zpracování dat použita popisná statistika. Data jsou prezentována v obrázcích (grafech) a tabulkách, u kterých je vždy podrobný popis a komentář. V tabulkách a grafech jsou data znázorněna pomocí absolutní četnosti - n_i a relativní četnosti - f_i . Absolutní četnost znamená počet respondentek, které zvolily danou variantu (odpověď). Relativní četnost určuje podíl absolutní četnosti - n_i a celkové četnosti - n a udává se v procentech. Celková četnost - n tedy znamená celkový počet respondentek. Pro výpočet relativní četnosti v procentech je použit tento vzorec $f_i = (n_i/n) * 100$. Odlišně jsou zpracovány otázky z dotazníku, ve kterých měly respondentky možnost zvolit více odpovědí. V tomto případě byla v tabulkách a grafech data znázorněna pomocí absolutní četnosti - n_o , relativní četnosti - f_o a celkové četnosti - n . Absolutní četnost - n_o znamená, kolikrát byla daná varianta zvolena, f_o znamená podíl absolutní četnosti - n_o a celkové četnosti - n a udává se v procentech. Celková četnost - n tedy znamená celkový počet odpovědí. Pro výpočet relativní četnosti v procentech u vícečetných odpovědí je použit tento vzorec $f_o = (n_o/n) * 100$. V tabulkách byl také použit znak \sum , který odpovídá celkovému počtu respondentek a u otázek, kde byla možnost zvolení více variant, odpovídá celkovému počtu odpovědí (Neubauer, Sedlačík, Kříž, 2012, S. 29-30).

7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

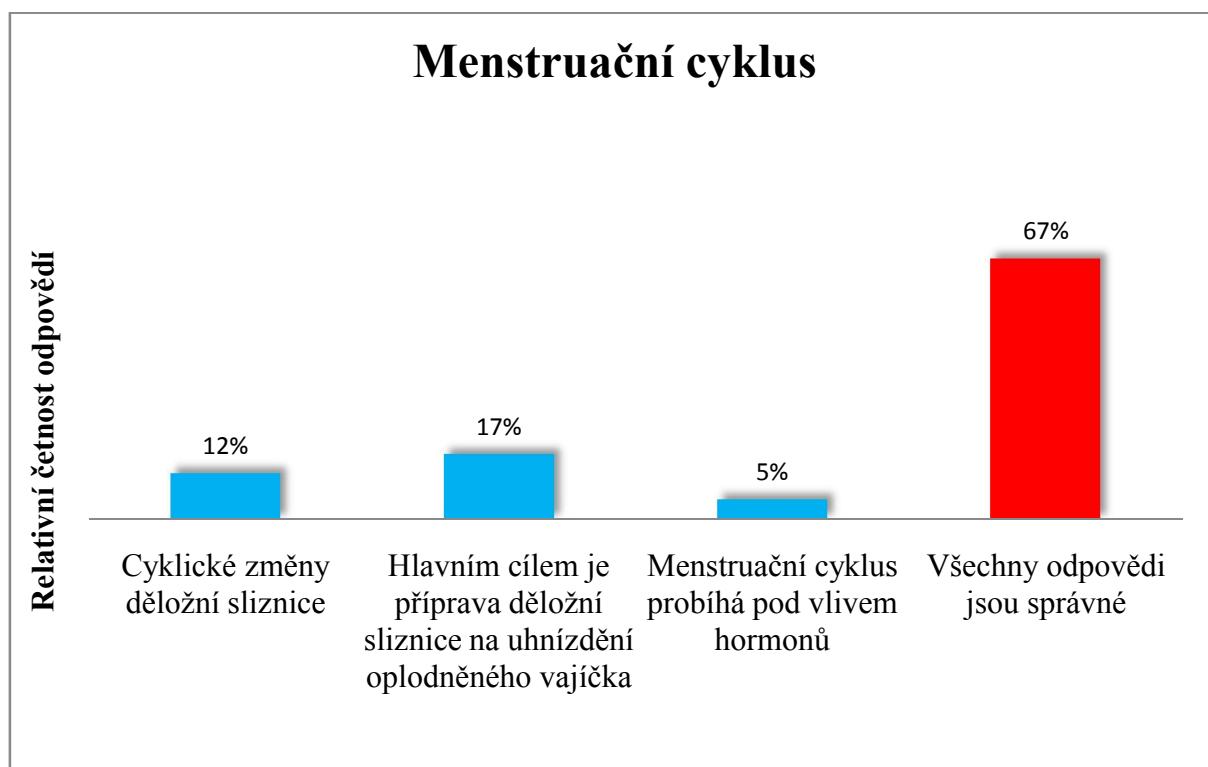
1. Jaké jsou znalosti dospívajících dívek o menstruačním a ovulačním cyklu?
2. Jaké jsou znalosti dospívajících dívek o sexuálně přenosných chorobách?
3. Jak dodržují dospívající dívky prevenci v oblasti reprodukčního zdraví?
4. Užívají dospívající dívky hormonální antikoncepci?

8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole jsou znázorněny výsledky z kvantitativního výzkumu. Jsou zde zpracovány zejména pomocí sloupcových grafů, dále také pomocí výsečových grafů a tabulek četností. Správné odpovědi jsou v grafech a v tabulce znázorněny červenou barvou.

Otázka č. 3: Označte správné tvrzení o menstruačním cyklu.

- a) Cyklické změny děložní sliznice
- b) Hlavním cílem je příprava děložní sliznice na uhníždění oplodněného vajíčka
- c) Menstruační cyklus probíhá pod vlivem hormonů
- d) Všechny odpovědi jsou správné

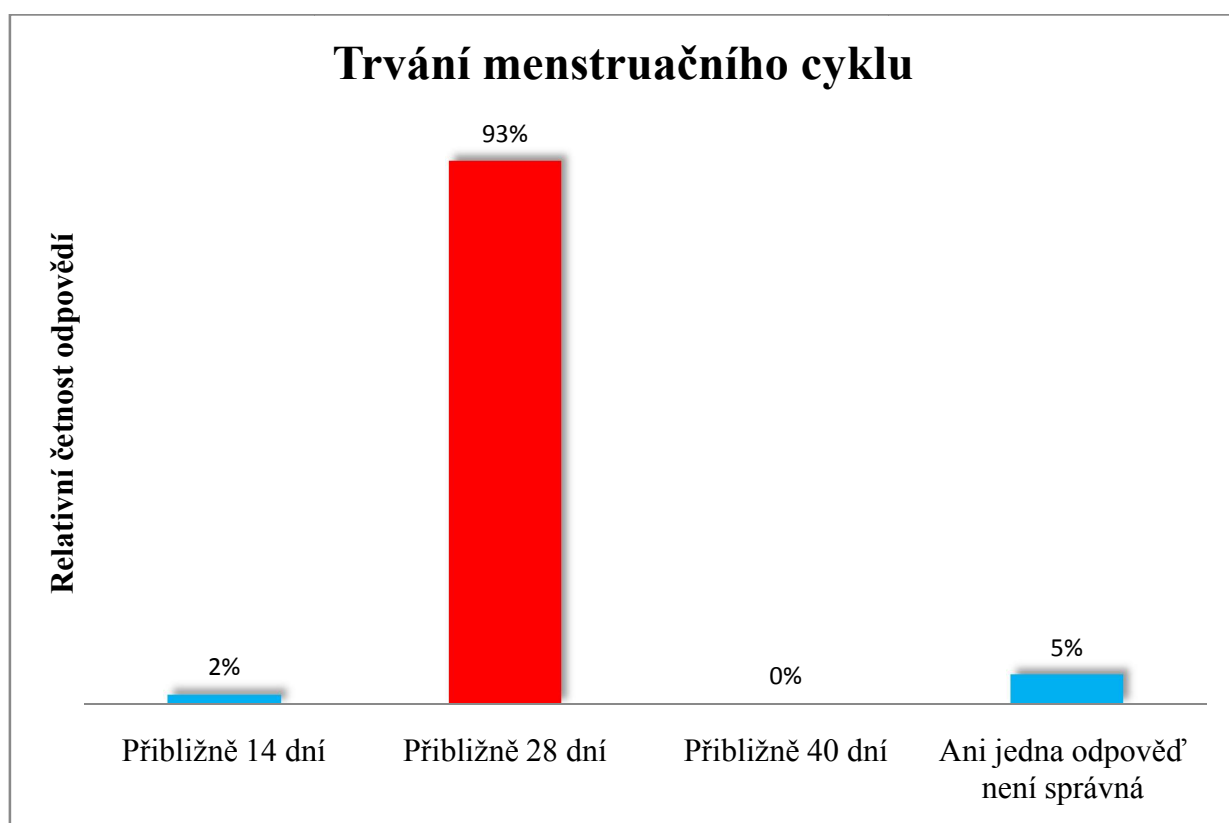


Obrázek 1 Graf správného tvrzení o menstruačním cyklu

Úkolem této otázky bylo zjistit, zda respondentky znají základní informaci o menstruačním cyklu. Nejvíce respondentky označovaly variantu, že všechny odpovědi jsou správné, to byla varianta, která měla být vybraná. Správnou možnost tedy zvolilo 40 (67 %) respondentek, více než polovina. Nesprávnou možnost zvolilo zbylých 33 % dotazovaných dívek (Obrázek 1).

Otázka č. 4: Jak dlouho průměrně trvá menstruační cyklus?

- a) Přibližně 14 dní
- b) Přibližně 28 dní
- c) Přibližně 40 dní
- d) Ani jedna odpověď není správná

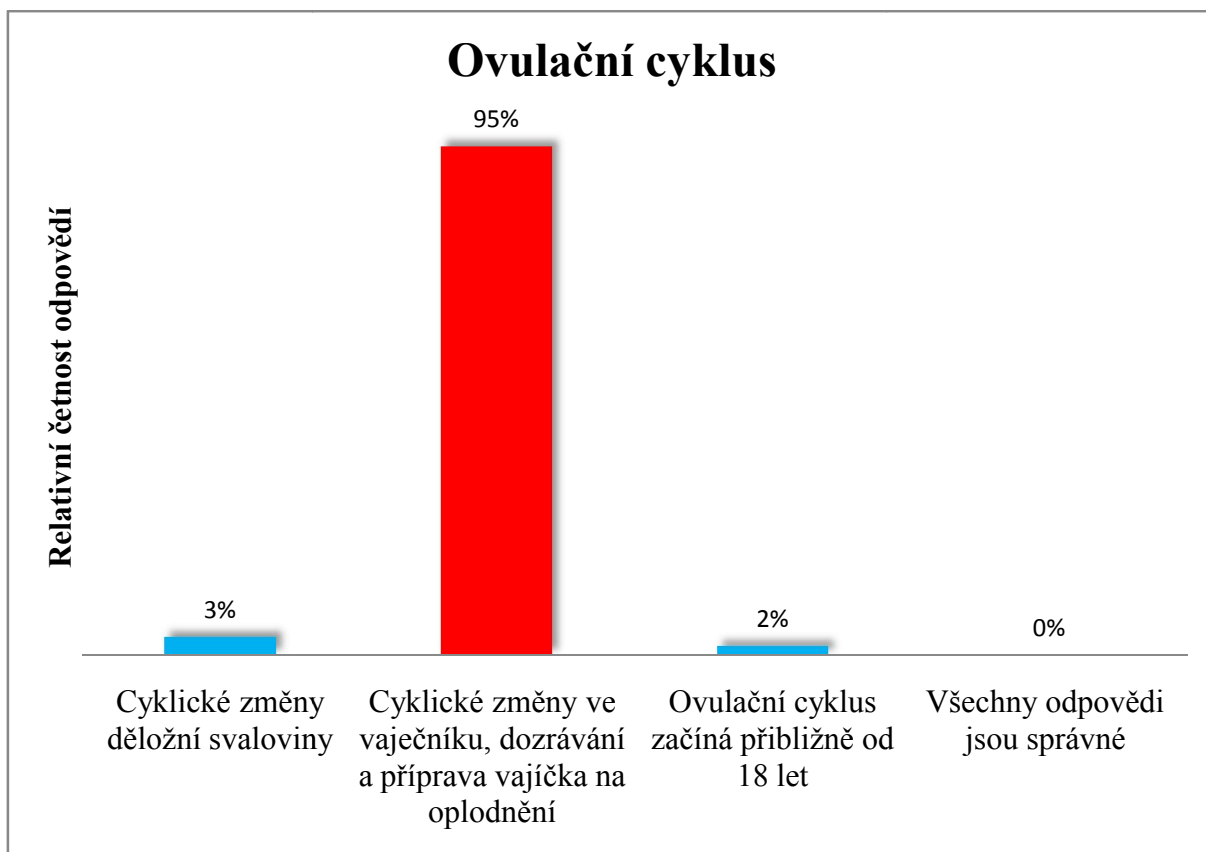


Obrázek 2 Graf délky trvání menstruačního cyklu

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondentky vědí, jak dlouho trvá menstruační cyklus. Správnou odpověď, tedy odpověď, že menstruační cyklus trvá přibližně 28 dní, vybralo 56 (93 %) respondentek. Možnost, že menstruační cyklus trvá 14 dní, zvolila 1 (2 %) dívka a 3 (5 %) respondentky uvedly odpověď, že ani jedna možnost není správná. Špatně odpověděly celkem 4 respondentky (Obrázek 2).

Otázka č. 5: Označte správné tvrzení o ovulačním cyklu.

- a) Cyklické změny děložní svaloviny
- b) Cyklické změny ve vaječniku, dozrávání a příprava vajíčka na oplodnění
- c) Ovulační cyklus začíná přibližně od 18 let
- d) Všechny odpovědi jsou správné

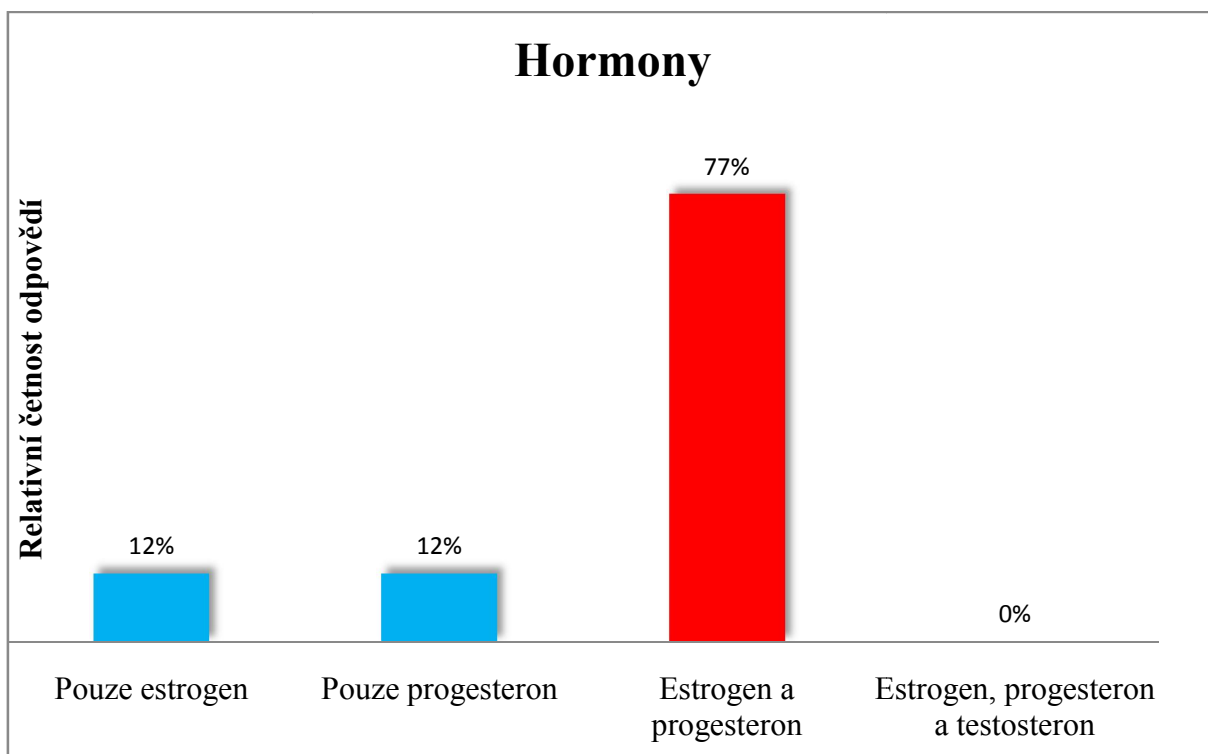


Obrázek 3 Graf na správné tvrzení o ovulačním cyklu

Cílem této otázky bylo zhodnotit, zda respondentky znají základní informaci o ovulačním cyklu. Ukázalo se, že pravděpodobně ano, jelikož 57 (95 %) dívek uvedlo správnou odpověď, tedy odpověď, že se jedná o cyklické změny ve vaječniku, kde dochází k dozrávání a přípravě vajíčka na oplodnění. Další 2 (3 %) dotazované studentky označily za správnou odpověď, že se jedná o cyklické změny děložní svaloviny a 1 (2 %) respondentka označila tvrzení, že ovulační cyklus začíná přibližně od 18 let. Nesprávnou možnost tedy vybraly 3 dotazované dívky (Obrázek 3).

Otázka č. 6: Jaké hormony se tvoří ve vaječnících?

- a) Pouze estrogen
- b) Pouze progesteron
- c) Estrogen a progesteron
- d) Estrogen, progesteron a testosteron

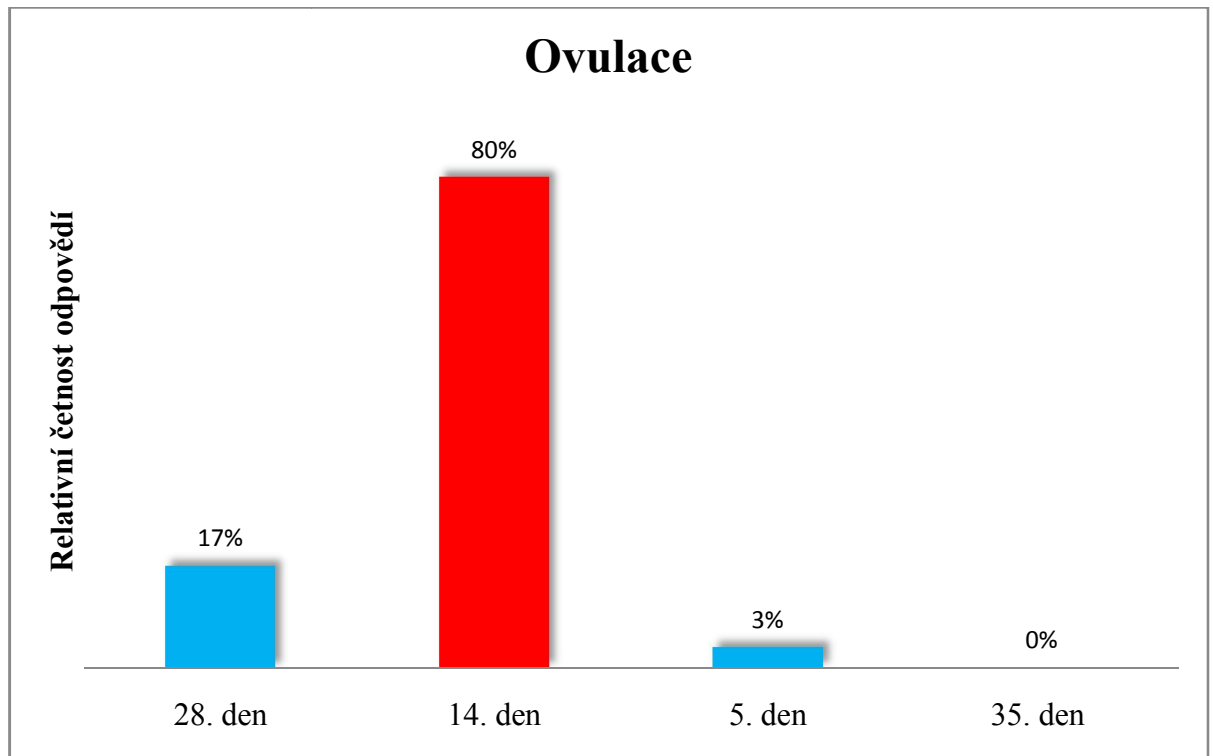


Obrázek 4 Graf o hormonech, které se tvoří ve vaječnících

Úkolem této otázky bylo zjistit, zda jsou vybrané respondentky informovány o hormonech, které se tvoří ve vaječnících. Správnou odpověď, že ve vaječnících se tvoří estrogen a progesteron zvolilo 46 (77 %) respondentek. Možnost, že se ve vaječnících tvoří pouze estrogen, vybralo 7 (12 %) dotazovaných dívek, stejně tomu tak bylo i u odpovědi, že ve vaječnících se tvoří pouze progesteron. Možnost poslední, že ve vaječnících se tvoří estrogen, progesteron a testosteron nezvolila žádná respondentka (Obrázek 4).

Otázka č. 7: Kolikátý den cyklu nastává ovulace?

- a) 28. den
- b) 14. den
- c) 5. den
- d) 35. den



Obrázek 5 Graf o dnu cyklu, kdy nastává ovulace

Cílem této otázky bylo zhodnotit, zda jsou respondentky informované o tom, kolikátý den cyklu nastává ovulace. Pro správnou možnost, tedy že ovulace nastává kolem 14. dne cyklu, se rozhodlo 48 (80 %) respondentek. Druhou nejčastější odpovědí bylo 28. den, tu zvolilo 10 (17 %) respondentek. Variantu, že ovulace nastává 5. den cyklu, uvedly 2 (3 %) respondentky, a že nastává 35. den, ne zvolila ani jedna dotazovaná dívka (Obrázek 5).

Otázka č. 8: Co patří do ochrany před pohlavně přenosnými nemocemi?

- a) Hormonální antikoncepce
- b) Kondom
- c) Stálý partner
- d) Promiskuita
- e) Mytí rukou
- f) Sexuální abstinence
- g) Nitroděložní tělísko

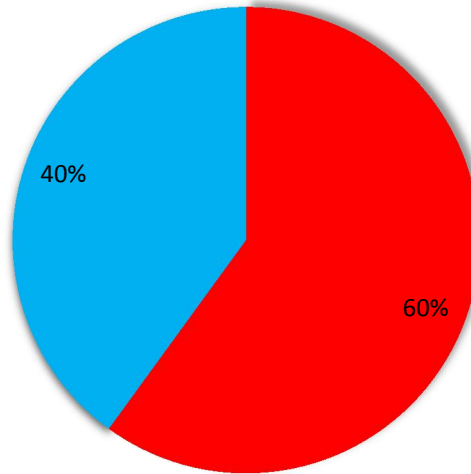
Tabulka 1 Ochrana před pohlavně přenosnými nemocemi

Možnosti	n_o	f_o
Hormonální antikoncepce	2	1 %
Kondom	60	38 %
Stálý partner	51	32 %
Promiskuita	2	1 %
Mytí rukou	0	0 %
Sexuální abstinence	45	28 %
Nitroděložní tělísko	0	0 %
Σ	160	100 %

Tato otázka měla za úkol zjistit, zda respondentky vědí, co patří do ochrany před pohlavně přenosnými chorobami. V této otázce bylo na výběr více možností a jen kombinace kondomu, stálého partnera a sexuální abstinence byla správná. Nejčastěji uváděná odpověď byla kondom, tuto možnost zvolily všechny respondentky. Druhá nejčastější odpověď byla stálý partner, tuto možnost zvolilo 51 respondentek. Třetí nejčastější odpovědí byla sexuální abstinence, kterou vybralo 45 dotazovaných dívek. Ostatní odpovědi byly nesprávné (Tabulka 1).

Ochrana před pohlavně přenosnými nemocemi

■ správná kombinace ■ nesprávná kombinace



Obrázek 6 Graf ochrana před pohlavně přenosnými nemocemi

Jak již bylo zmíněno pod Tabulkou 1, u otázky č. 8 byla možnost více odpovědí, ale pouze kombinace kondomu, stálého partnera a sexuální abstinence byla správná. Tato kombinace byla nejčastější, rozhodlo se pro ni 36 (60 %) respondentek, tedy více než polovina. Jinou, nesprávnou kombinaci, zvolilo zbylých 24 (40 %) respondentek (Obrázek 6).

Otázka č. 9: Jak se nazývá vir způsobující onemocnění zvané AIDS?

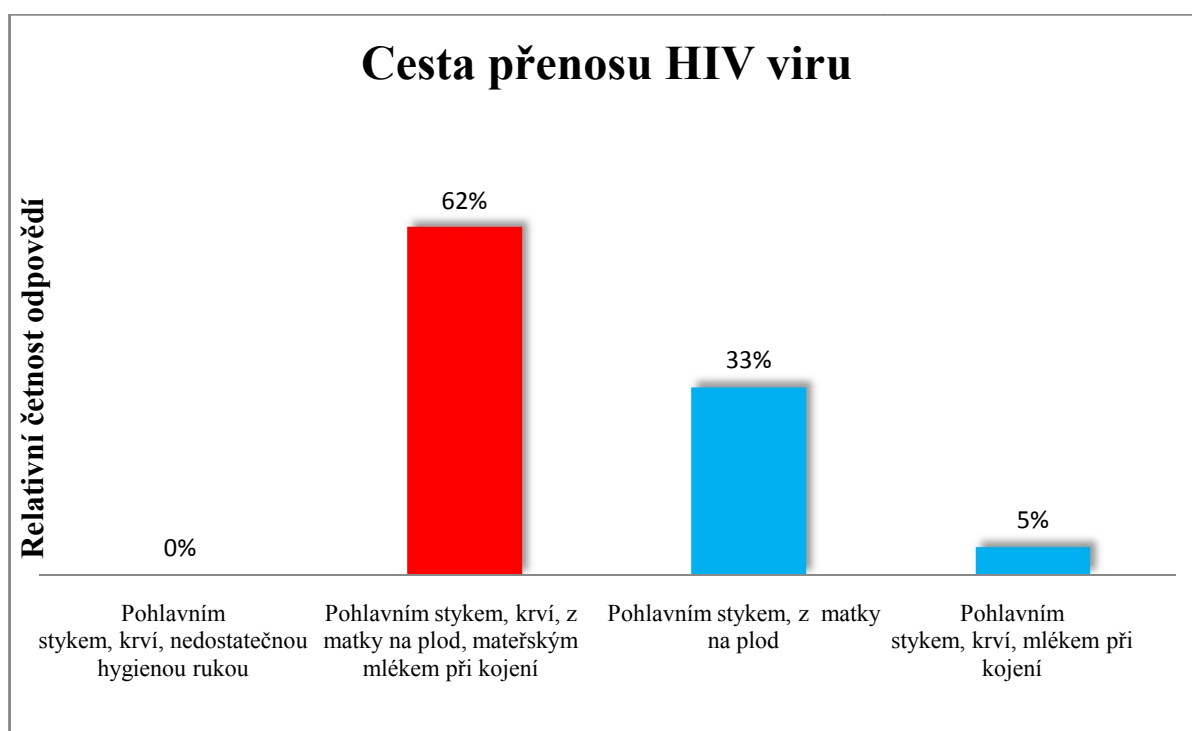


Obrázek 7 Graf o viru, způsobující nemoc AIDS

Úkolem této otázky bylo zjistit, zda respondentky znají vir, který způsobuje onemocnění AIDS. Přesto, že tato otázka byla otevřená, uvedlo správnou odpověď 58 (97 %) respondentek. Zbylé 2 (3 %) napsaly, že odpověď neví (Obrázek 7).

Otázka č. 10: Jaká může být cesta přenosu viru, který způsobuje onemocnění AIDS?

- a) Pohlavním stykem, krví, nedostatečnou hygienou rukou
- b) Pohlavním stykem, krví, z matky na plod, mateřským mlékem při kojení
- c) Pohlavním stykem, krví, z matky na plod
- d) Pohlavním stykem, krví, mlékem při kojení

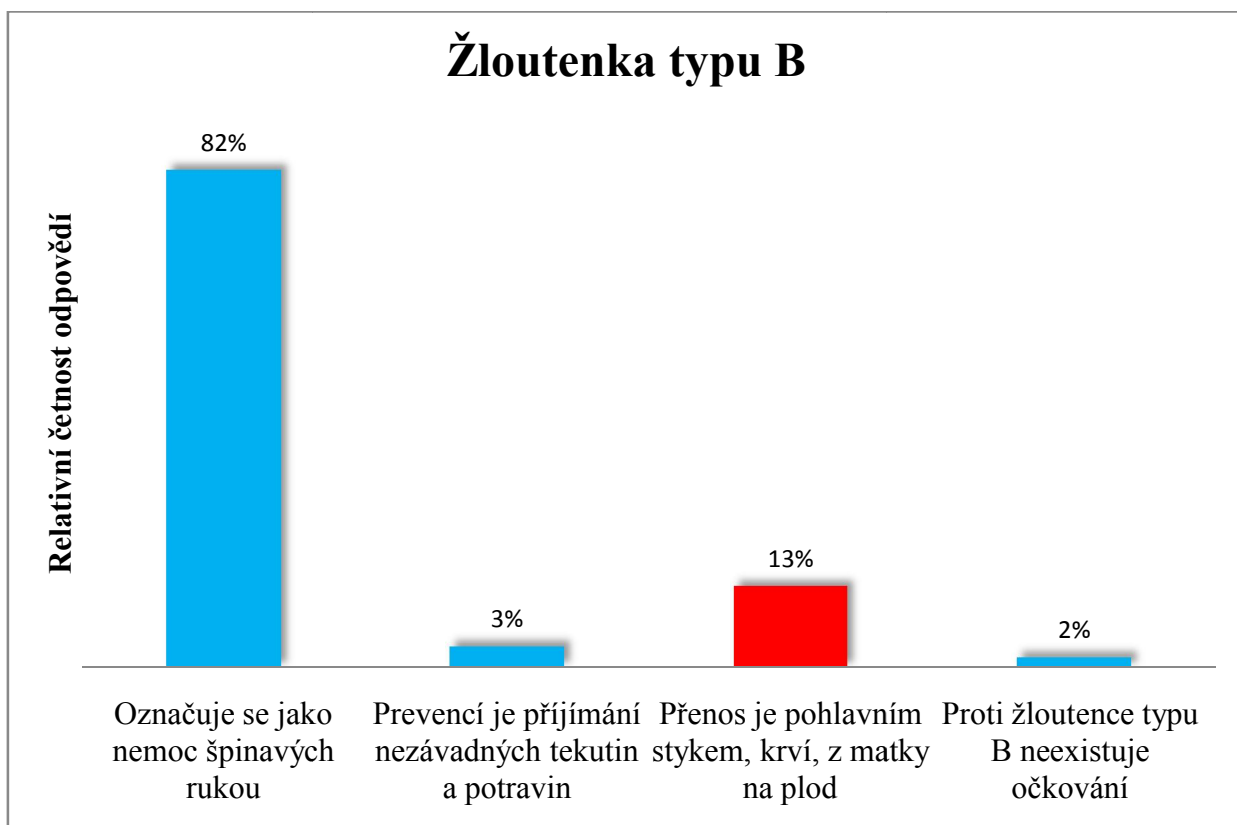


Obrázek 8 Graf cesty přenosu HIV viru

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondentky znají cestu přenosu viru HIV. Správnou odpověď, tedy odpověď, že cesta přenosu HIV viru může být pohlavním stykem, krví, z matky na plod a mateřským mlékem při kojení zvolilo 37 (62 %) respondentek, více než polovina. Velmi častá odpověď byla také pohlavním stykem, krví, z matky na plod, kterou označilo 20 (33 %) respondentek. Možnost, že se vir přenáší pohlavním stykem, krví a mlékem při kojení vybraly 3 (5 %) dotazované dívky a odpověď, která nebyla zvolená ani jednou dívkou byla, že vir HIV se přenáší pohlavním stykem, krví a nedostatečnou hygienou (Obrázek 8).

Otázka č. 11: Označte správné tvrzení o žloutence typu B. (hepatitis B)

- a) Označuje se jako nemoc špinavých rukou
- b) Prevencí je přijímání nezávadných tekutin a potravin
- c) Přenos je pohlavním stykem, krví, z matky na plod
- d) Proti žloutence typu B neexistuje očkování

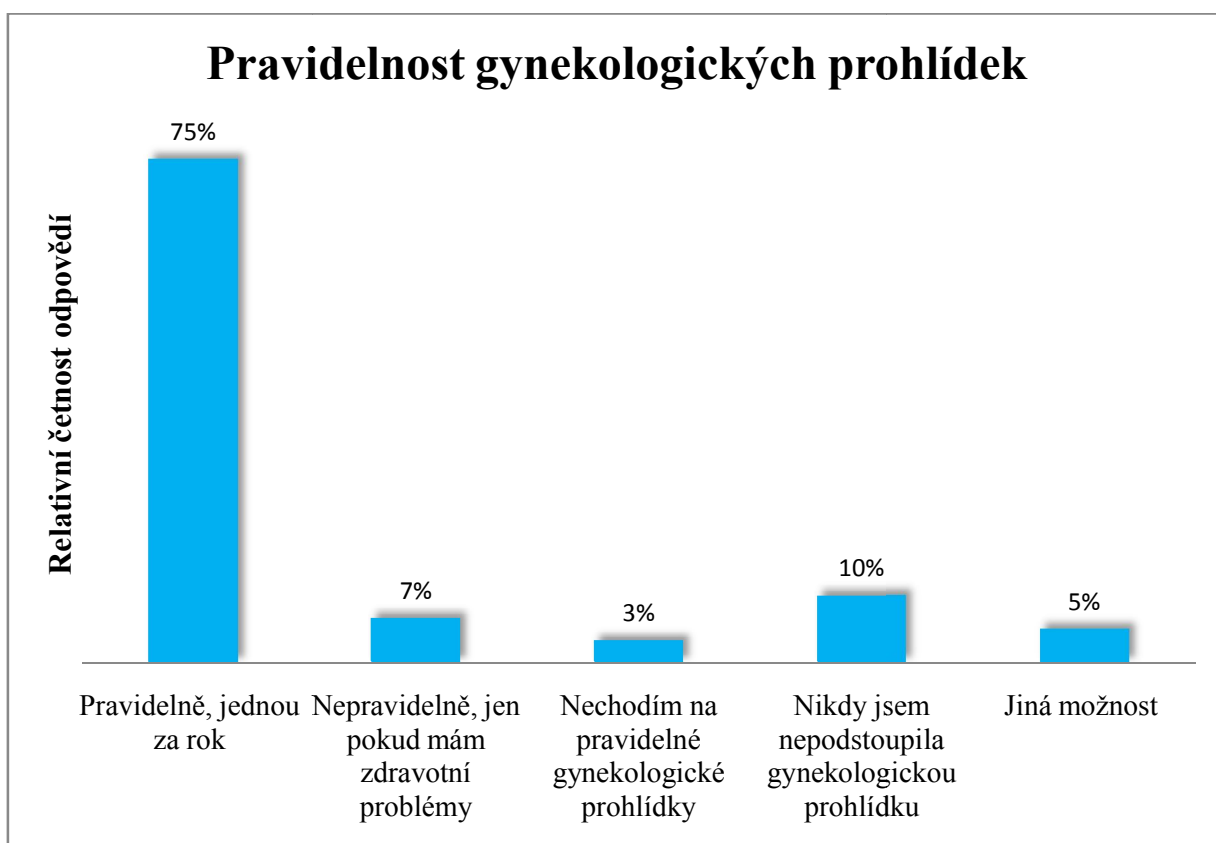


Obrázek 9 Graf o žloutence typu B

Úkolem této otázky bylo zjistit, zda respondentky znají základní informaci o žloutence typu B. Správnou možnost, že se žloutenka typu B přenáší pohlavním stykem, krví a z matky na plod zvolilo 8 (13 %) respondentek. Nejčastěji vybraná odpověď, že žloutenka typu B se označuje jako nemoc špinavých rukou, byla nesprávná, protože toto označení je typické pro jiný typ žloutenky. Tuto odpověď tedy zvolilo 49 (82 %) respondentek. Dále odpověď, že prevencí je přijímání nezávadných tekutin a potravin označily 2 (3 %) respondentky a odpověď, že proti žloutence typu B neexistuje očkování, zvolila 1 (2 %) respondentka. Celkem tedy 52 (87 %) respondentek uvedlo nesprávnou odpověď (Obrázek 9).

Otázka č. 12: Jak často chodíte na gynekologické prohlídky?

- a) Pravidelně, jednou za rok
- b) Nepravidelně, jen pokud mám zdravotní problémy
- c) Nechodím na pravidelné gynekologické prohlídky
- d) Nikdy jsem nepodstoupila gynekologickou prohlídku
- e) Jiná možnost

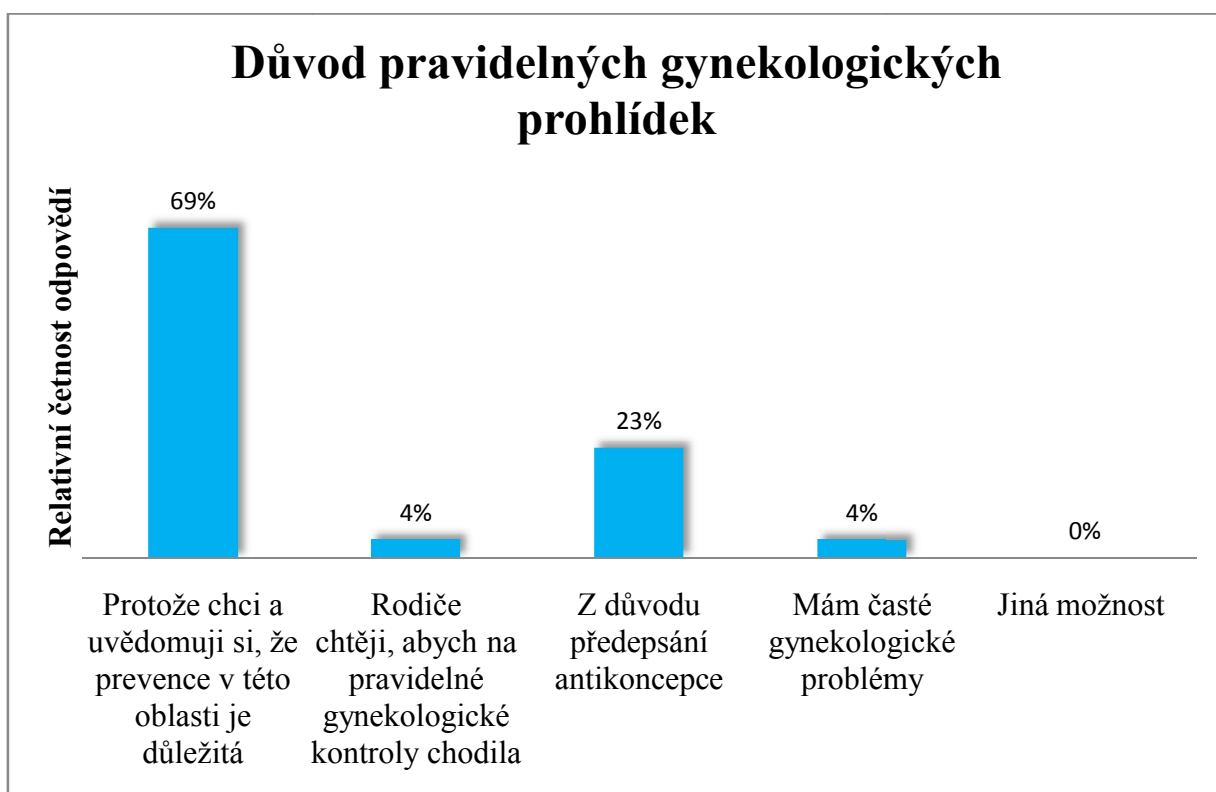


Obrázek 10 Graf o absolvování pravidelných gynekologických prohlídek

Cílem této otázky bylo zjistit, zda dospívající dívky chodí na pravidelné gynekologické prohlídky. Z 60 dotazovaných respondentek chodí pravidelně jednou za rok na gynekologické prohlídky 45 (75 %) respondentek. Na prohlídky chodí 4 (7 %) respondentky jen pokud mají zdravotní gynekologické problémy. 2 (3 %) respondentky z 60 na pravidelné gynekologické prohlídky nechodí a 6 (10 %) respondentek nikdy gynekologickou prohlídku nepodstoupilo. Odpověď jiná možnost vybraly 3 (5 %) respondentky, kde uváděly, že na pravidelné gynekologické prohlídky chodí 2x za rok (Obrázek 10).

Otázka č. 13: Z jakého důvodu navštěvujete svého obvodního gynekologa?

- a) Protože chci a uvědomuji si, že je prevence v této oblasti důležitá
- b) Rodiče chtějí, abych na pravidelné gynekologické kontroly chodila
- c) Z důvodu předepsání antikoncepce
- d) Mám časté gynekologické problémy
- e) Jiná možnost



Obrázek 11 Graf o důvodech pravidelných gynekologických prohlídek

Pokud respondentka zvolila v otázce č. 12 („Jak často chodíte na gynekologické prohlídky?“) odpověď c nebo d („Nechodím na pravidelné gynekologické prohlídky“ nebo „Nikdy jsem nepodstoupila gynekologickou prohlídku“), vynechala odpovídání na otázku č. 13. Jelikož v otázce č. 12 zvolilo odpověď c a d 8 respondentek, na otázku č. 13 odpovídalo pouze 52 respondentek. Nejčastěji byla uváděná odpověď, že na pravidelné prohlídky chodí, protože chtějí a protože si uvědomují, že je prevence v této oblasti důležitá, tuto možnost označilo 36 (69 %) respondentek. Návštěvu gynekologa z důvodu předepsání antikoncepce vybralo 12 (23 %) dotazovaných dívek. Odpověď, že rodiče chtějí, aby na pravidelné gynekologické kontroly chodily, zvolily 2 (4 %) respondentky, stejně tak i odpověď, že chodí na gynekologické prohlídky z důvodů častých gynekologických problémů (Obrázek 11).

Otázka č. 14: Jste očkovaná proti rakovině děložního čípku?

a) Ano

b) Ne

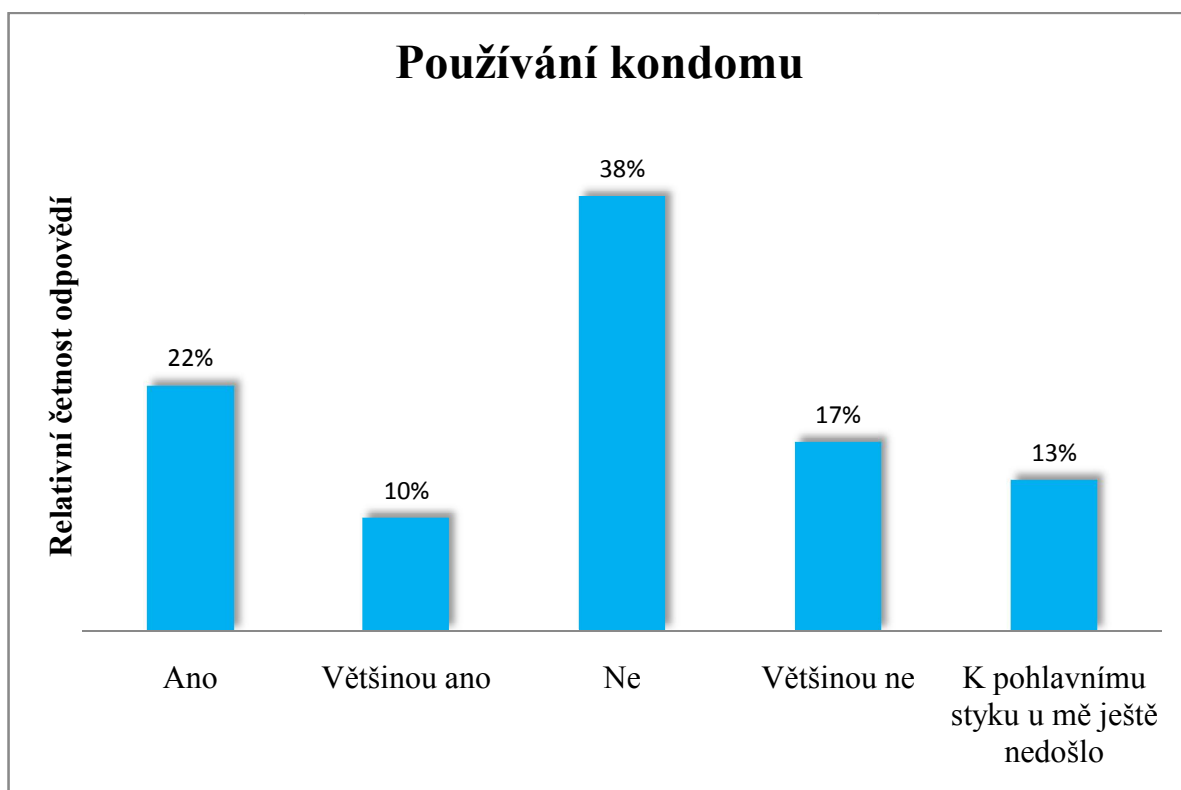


Obrázek 12 Graf o očkování proti rakovině děložního čípku

Cílem této otázky bylo zjistit, zda jsou respondentky očkované proti rakovině děložního čípku. Odpověď ano, tedy že respondentka je očkovaná proti rakovině děložního čípku, uvedlo 41 (68 %) z 60 vybraných dívek. Odpověď ne, označilo 19 (32 %) respondentek. Převažuje tedy respondentek, které očkované jsou. (Obrázek 12).

Otázka č. 15: Používáte při pohlavním styku ochranu proti pohlavním chorobám? (kondom)

- a) Ano
- b) Většinou ano
- c) Ne
- d) Většinou ne
- e) K pohlavnímu styku u mě zatím nedošlo



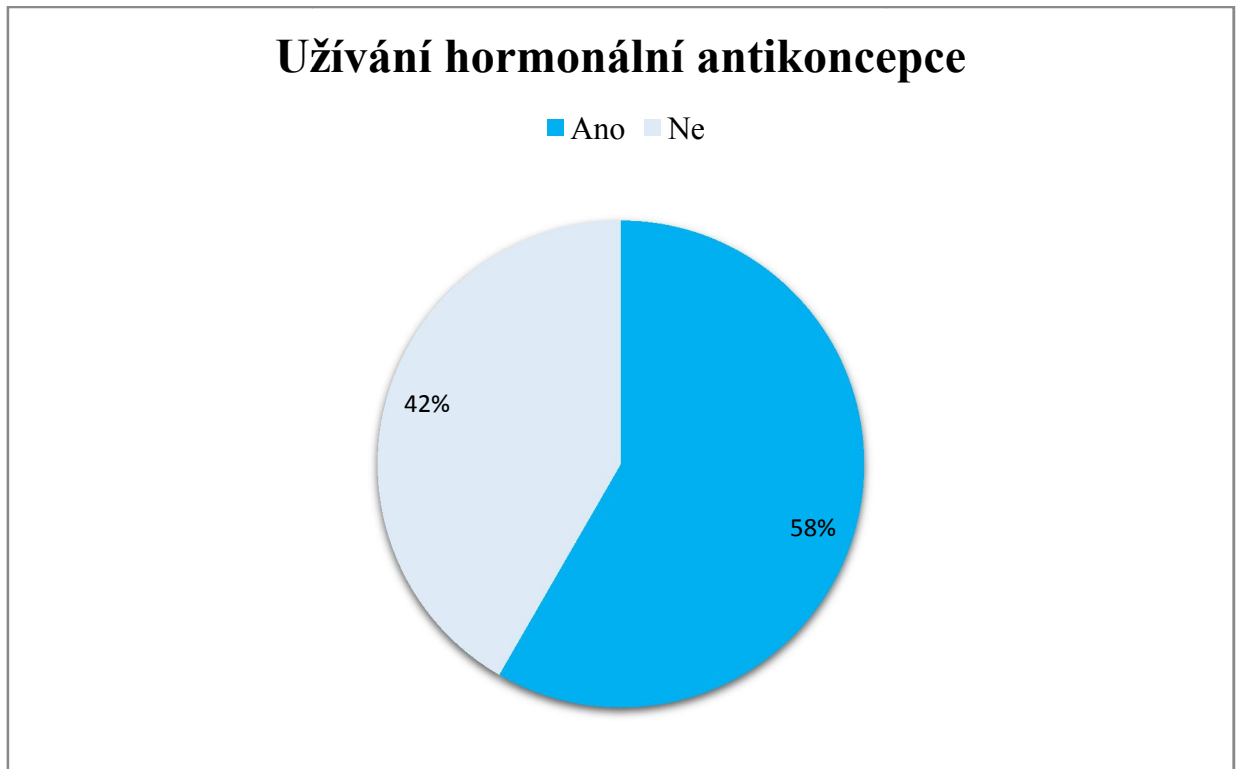
Obrázek 13 Graf o užívání kondomu při pohlavním styku

Cílem této otázky bylo zjistit, zda se respondentky chrání při pohlavním styku před pohlavními chorobami kondomem. 13 (22 %) respondentek uvedlo, že užívají tuto ochranu. Nejméně často uváděná odpověď byla odpověď většinou ano, která byla vybrána 6 (10 %) dotazovanými dívkami. Odpověď, že neužívají kondom, uvedlo 23 (38 %) respondentek, a že většinou neužívají kondom, zvolilo 10 (17 %) respondentek. Jedna z odpovědí na tuto otázku byla, že k pohlavnímu styku prozatím nedošlo, tuto možnost označilo 8 (13 %) dotazovaných dívek (Obrázek 13).

Otázka č. 16: Užíváte hormonální antikoncepci?

a) Ano

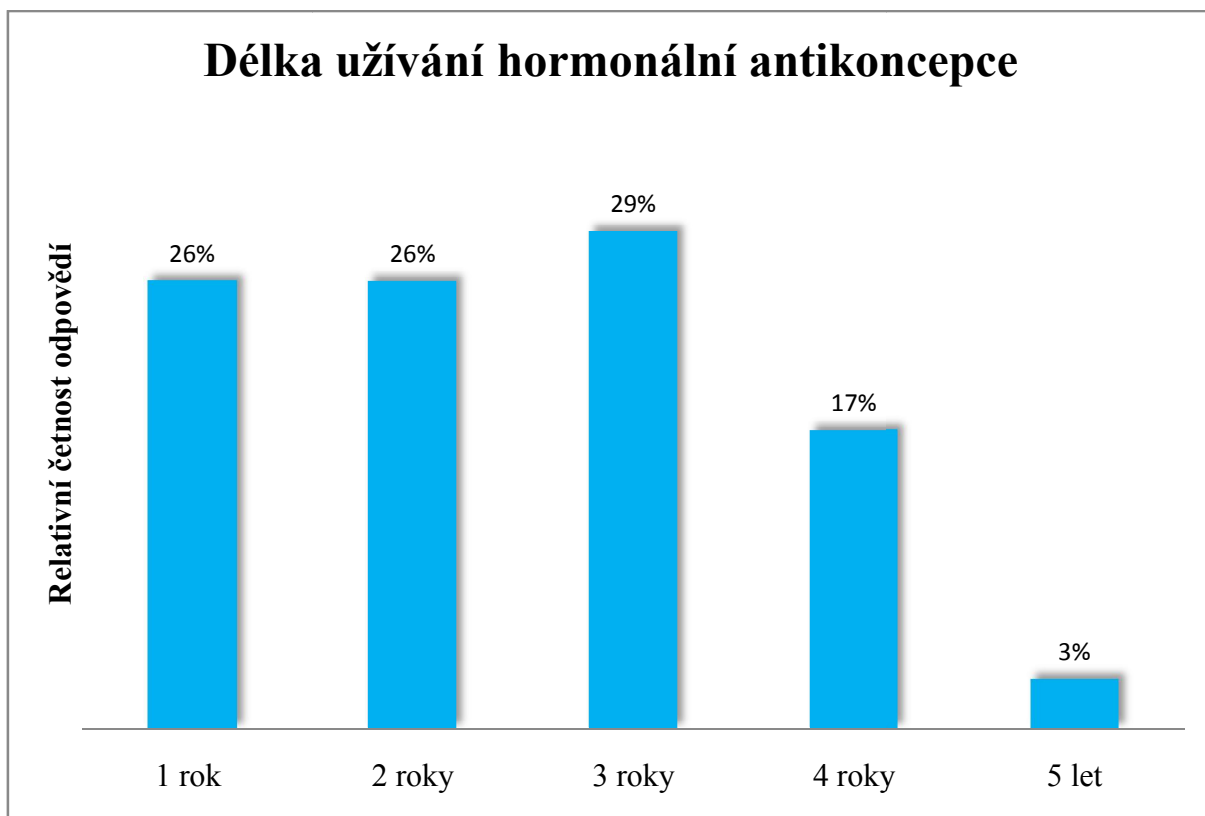
b) Ne



Obrázek 14 Graf užívání hormonální antikoncepce

Cílem této otázky bylo zjistit, zda vybrané respondentky užívají hormonální antikoncepci. Z grafu vyplývá, že 42 %, tedy 25 dívek z 60, hormonální antikoncepci neužívá a 58 %, 35 dívek z 60 ano, tedy více jak polovina dívek hormonální antikoncepci užívá (Obrázek 14).

Otázka č. 17: Jak dlouho užíváte hormonální antikoncepci?

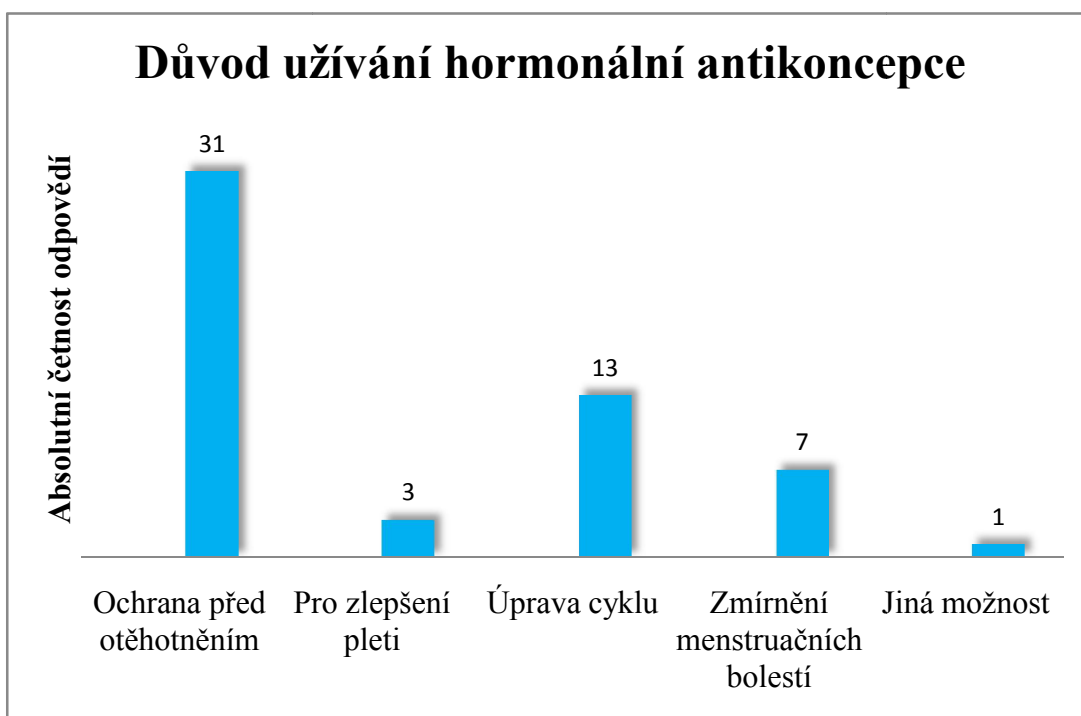


Obrázek 15 Graf o délce užívání hormonální antikoncepce

Tato otázka byla otevřená a odpovídaly na ní pouze ty, které užívají hormonální antikoncepci, tedy 35 respondentek. Jelikož byla tato otázka otevřená, mohly respondentky uvést jakoukoliv dobu užívání, ale všechny respondentky zaokrouhlily svoji dobu užívání hormonální antikoncepce na roky. Nejčastěji uváděnou odpovědí bylo užívání po dobu 3 let, tuto možnost zvolilo 10 (29 %) respondentek. V dotazníku se objevila i odpověď, kde 1 (3 %) respondentka uvedla, že hormonální antikoncepci užívá 5 let (Obrázek 15).

Otázka č. 18: Z jakého důvodu jste začala hormonální antikoncepci užívat?

- a) Ochrana před otěhotněním
- b) Pro zlepšení pleti
- c) Úprava cyklu
- d) Zmírnění menstruačních bolestí
- e) Jiná možnost.....

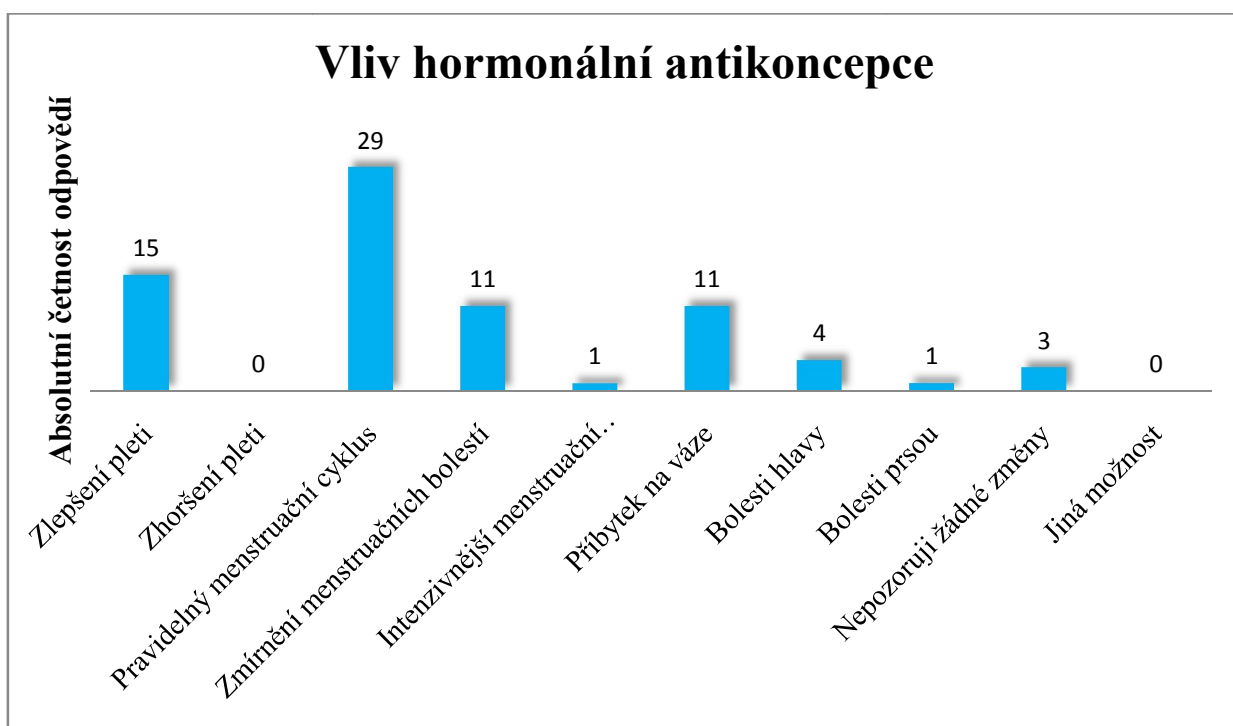


Obrázek 16 Graf důvodu užívání hormonální antikoncepce

Úkolem této otázky bylo zjistit, co vedlo respondentky k tomu, že se rozhodly užívat hormonální antikoncepci. V této otázce odpovídaly pouze dívky, které hormonální antikoncepci užívají, tedy 35 dívek z 60 a měly možnost zvolit více odpovědí. Nejčastěji byl uváděn jako důvod ochrana před otěhotněním, tato možnost byla vybrána 31x (56 %). Druhou nejčastější odpovědí se stala úprava cyklu, označená 13x (24 %) a třetí nejčastější odpovědí bylo zmírnění menstruačních bolestí, tento důvod byl zvolen 7x (13 %). 1 (2 %) respondentka napsala do odpovědi jiná možnost lékařské důvody (Obrázek 16).

Otázka č. 19: Jaký vliv na Vás má užívání hormonální antikoncepce?

- a) Zlepšení pleti
- b) Zhoršení pleti
- c) Pravidelný menstruační cyklus
- d) Zmírnění menstruačních bolestí
- e) Intenzivnější menstruační bolesti
- f) Příbytek na váze
- g) Bolest hlavy
- h) Bolesti prsou
- i) Nepozorují žádné změny
- j) Jiná možnost.....

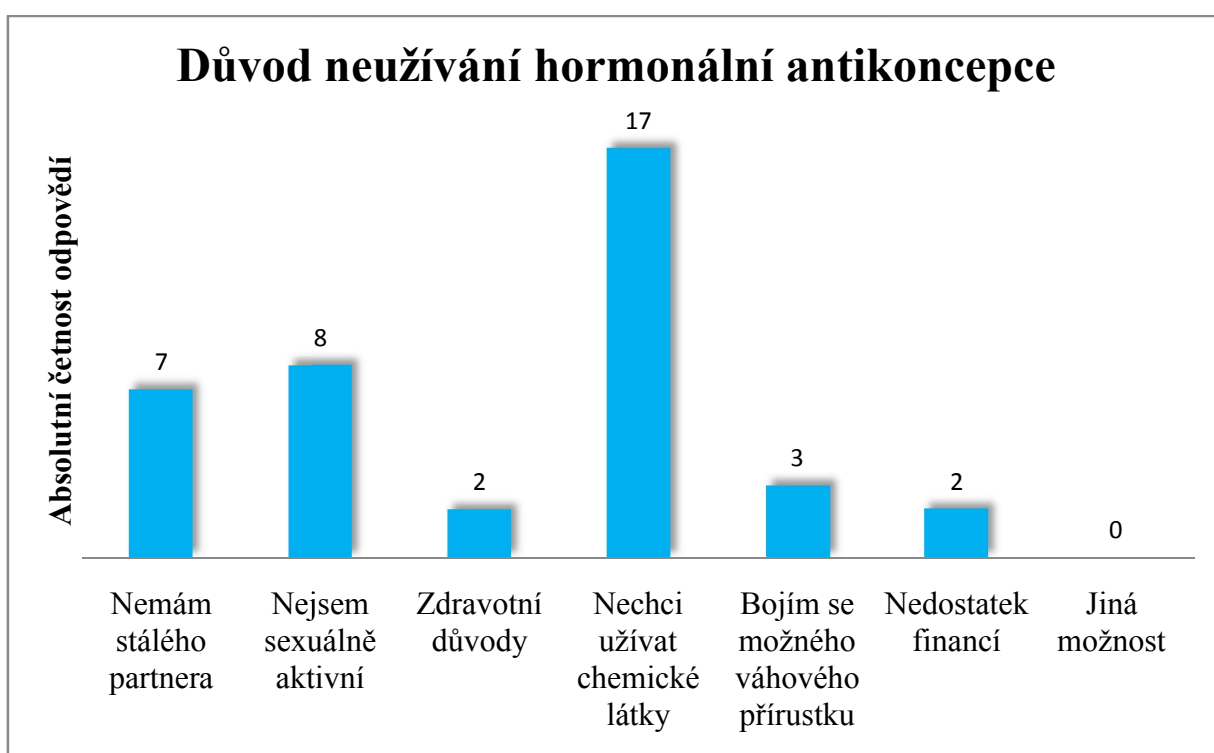


Obrázek 17 Graf o vlivu hormonální antikoncepce

Úkolem této otázky bylo zjistit, zda má užívání antikoncepce na respondentky nějaký vliv, a pokud ano, tak jaký. Na tuto otázku odpovídaly opět jen respondentky, které užívají hormonální antikoncepci, a opět to byla otázka s možností zvolení více odpovědí. Nejčastěji byla označovaná odpověď pravidelný menstruační cyklus 29x (39 %). Druhou nejčastější odpovědí se stalo zlepšení pleti 15x (20 %) a třetí nejčastější zmírnění menstruačních bolestí a příbytek na váze. Je zajímavé, že odpovědi s pozitivním vlivem byly vybrány 55x (75 %) a odpovědi s negativním vlivem 17x (23 %) (Obrázek 17).

Otázka č. 20: Z jakého důvodu hormonální antikoncepci neužíváte?

- a) Nemám stálého partnera
- b) Nejsem sexuálně aktivní
- c) Zdravotní důvody
- d) Nechci užívat chemické látky
- e) Bojím se možného váhového přírůstku
- f) Nedostatek financí
- g) Jiná možnost.....

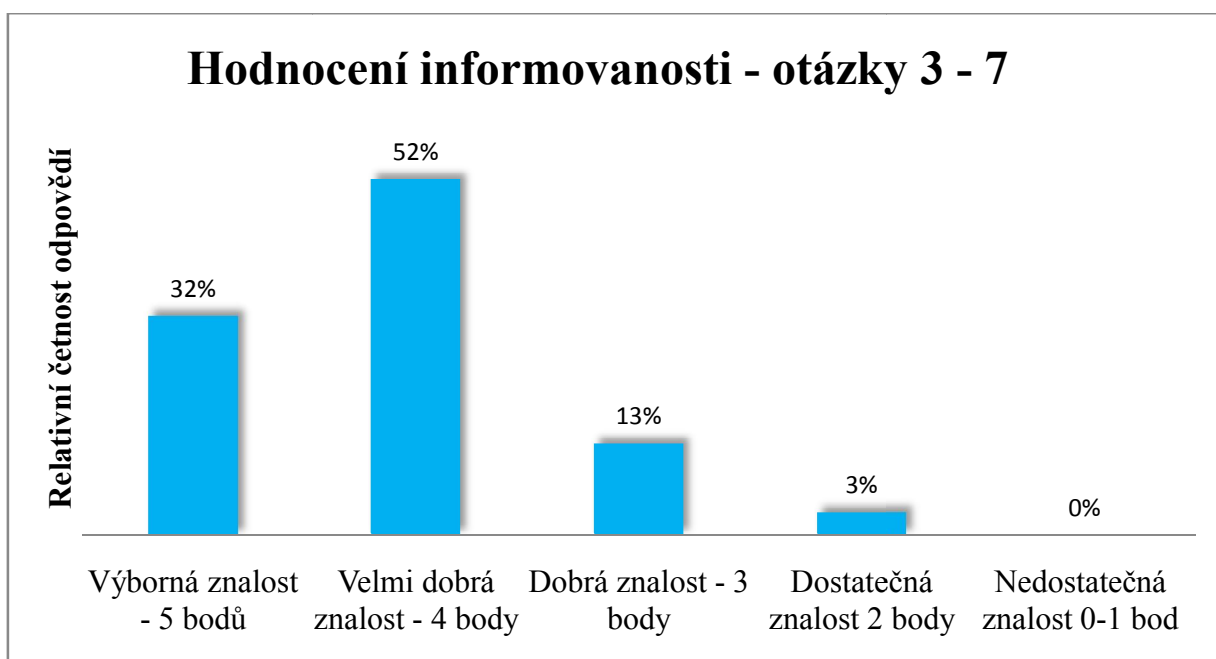


Obrázek 18 Graf o důvodech, proč dívky neužívají hormonální antikoncepci

Úkolem této otázky bylo zjistit, jaký mají respondentky důvod, že se rozhodly, že hormonální antikoncepci užívat nebudou. Na tuto otázku odpovídaly pouze respondentky, které hormonální antikoncepci neužívají, tedy 25 dotazovaných dívek z 60 a měly opět možnost vybrání více odpovědí. Nejčastěji volily respondentky odpověď, že nechtějí užívat chemické látky 17x (44 %), to se mi zdá jako velice rozumný důvod (Obrázek 18).

8.1 Vyhodnocení otázek 3 – 7

V této kapitole jsou zhodnoceny otázky 3 – 7, které se vztahují k první výzkumné otázce, která zní „Jaké jsou znalosti dospívajících dívek o menstruačním a ovulačním cyklu?“ Tato výzkumná otázka tedy v dotazníkovém šetření zahrnuje 5 otázek, které byly vyhodnoceny pomocí předem stanovené bodové škály, dle středoškolského hodnocení, která byla konzultována s vyučující střední školy. Plný počet bodů, tedy 5 bodů je hodnoceno jako výborná znalost, 4 body jako velmi dobrá znalost, 3 body jako dobrá znalost, 2 body jako dostatečná znalost a 1 nebo 0 bodů jako nedostatečná znalost. Ačkoliv jsem nastavení bodové škály konzultovala s vyučující na střední škole, hodnocení mi přijde mírné, vzhledem k tomu, že respondentky studují už 3. či 4. ročník na střední zdravotnické škole a vzhledem k tomu, že oblast, na kterou jsem se doptávala, se týká zdravotnictví, které se jich všech osobně dotýká. Dle Rámcového vzdělávacího programu přímo pro zdravotnické asistenty, by studentky tohoto oboru měly znát základní informace o menstruačním a ovulačním cyklu z předmětu Somatologie (Obrázek 19).

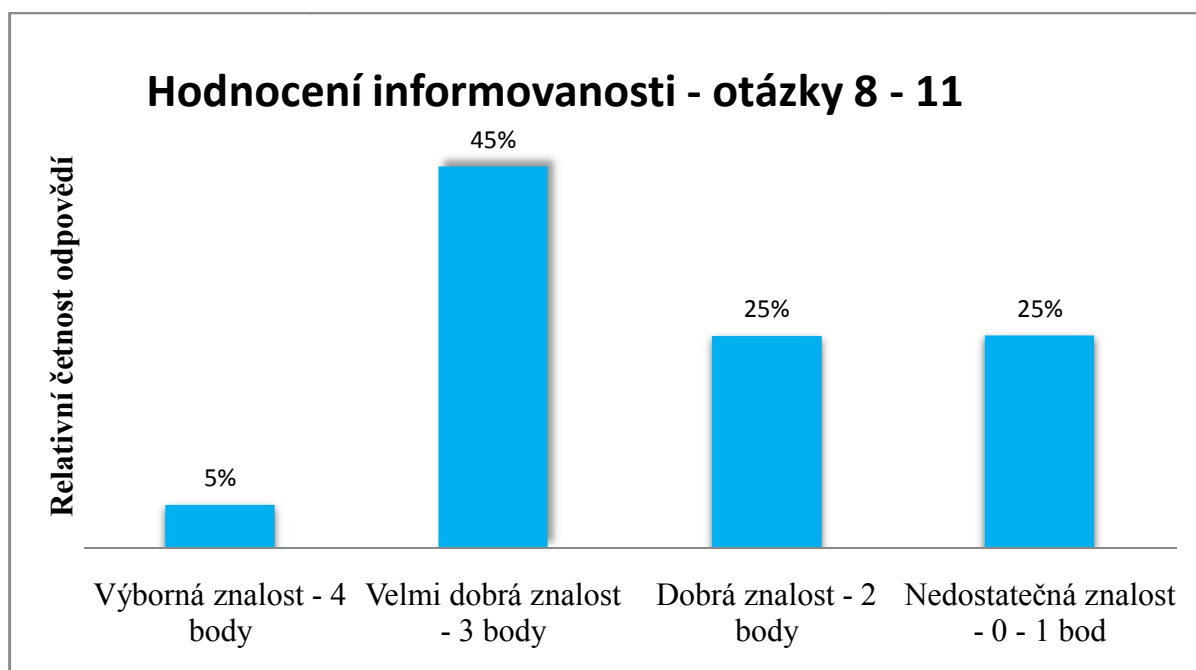


Obrázek 19 Graf informovanosti o menstruačním a ovulačním cyklus

Nejvíce dotazovaných studentek má v oblasti menstruačního a ovulačního cyklu znalosti velmi dobré. V této kategorii se umístilo 31 (52%) respondentek, tedy více než polovina. Druhou nejpočetnější kategorií byla znalost výborná. Výbornou znalost prokázalo 19 (32%) respondentek. Dobrou znalost mělo 8 (13%) respondentek a dostatečnou 2 (3%) dotazované dívky. Nedostatečná znalost v této oblasti se neobjevila (Obrázek 19).

8.2 Vyhodnocení otázek 8 – 11

V této kapitole jsou zhodnoceny otázky 8 – 11, vztahující se k druhé výzkumné otázce, která zní „Jaké jsou znalosti dospívajících dívek o sexuálně přenosných chorobách?“ Tato výzkumná otázka tedy v dotazníkovém šetření zahrnuje 4 otázky, které byly vyhodnoceny pomocí předem stanovené bodové škály, dle středoškolského hodnocení, která byla konzultována s vyučující střední školy. Plný počet bodů, tedy 4 body jsou hodnoceny jako výborná znalost, 3 body jako velmi dobrá znalost, 2 body jako dobrá znalost a 0 - 1 bod jako nedostatečná znalost. Ačkoliv jsem nastavení bodové škály konzultovala s vyučující na střední škole, hodnocení mi přijde mírné, vzhledem k tomu, že respondentky studují už 3. či 4. ročník na střední zdravotnické škole a vzhledem k tomu, že oblast, na kterou jsem se doptávala, se týká zdravotnictví. Dle Rámcového vzdělávacího programu přímo pro zdravotnické asistenty, by studentky tohoto oboru měly znát základní informace o sexuálně přenosných chorobách a o odpovědném přístupu k sexu z předmětu, který se zaměřuje na péči o zdraví. Dle Rámcového vzdělávacího programu by měla škola tuto oblast zahrnout do vyučovacích předmětů, například do občanské nauky, biologie nebo do jiných odborných předmětů, nebo lze pro oblast péče o zdraví vytvořit samostatný vyučovací předmět (Obrázek 20).



Obrázek 20 Graf informovanosti o sexuálně přenosných chorobách

Znalosti v oblasti sexuálně přenosných chorob dotazované respondentky nemají tak dobré, jako v oblasti předchozí, o menstruačním a ovulačním cyklu, ale v obou případech je nejvíce

zastoupená kategorie velmi dobrá znalost. Velmi dobrou znalost v oblasti sexuálně přenosných chorob prokázalo 27 (45 %) respondentek. Druhou nejobsazenější kategorií se stala dobrá znalost a nedostačující znalost. V každé z těchto kategorií se obsadilo 15 (25 %) respondentek. Výborného hodnocení dosáhly 3 (5 %) respondentky (Obrázek 20).

9 DISKUZE

V této kapitole jsou shrnuty poznatky a výsledky z dotazníkového šetření. Na základě shrnutých výsledků je zde odpovězeno na výzkumné otázky, které jsou uvedeny na úvodu výzkumné části. V této části bakalářské práce jsou také porovnány výsledky s již publikovanými údaji.

Výzkumná otázka číslo 1

Jaké jsou znalosti dospívajících dívek o menstruačním a ovulačním cyklu?

Podkladem pro vyhodnocení výzkumné otázky číslo 1 byly výsledky z dotazníkového šetření a k této výzkumné otázce se vztahuje prvních 5 otázek z dotazníku. První otázka, která souvisí s první výzkumnou otázkou, měla za úkol zjistit, zda respondentky znají základní informaci o menstruačním cyklu. Nejvíce respondentky označovaly možnost, že všechny odpovědi jsou správné, to byla varianta, která měla být vybraná. Správnou možnost tedy zvolilo 40 (67 %) dívek, více než polovina. Ostatní odpovědi, (Cyklické změny děložní svaloviny - 7 (12 %), Hlavním cílem je příprava děložní sliznice na uhníždění oplodněného vajíčka - 10 (17 %), Menstruační cyklus probíhá pod vlivem hormonů – 3 (5 %)), byly také správné, ale nebyly tou nejsprávnější možnou odpovědí. Smetanová (2016) si pro svoji práci stanovila jako hlavní cíl zjistit, jaké mají dívky na gymnáziu informace o menstruačním cyklu, o jeho průběhu a problémech s ním spojených a jako výzkumný vzorek si zvolila studentky gymnázií v prvním a ve čtvrtém ročníku. Součástí jejího dotazníku byla i otázka, zda dívky vědí, co je menstruace. Správnou odpověď, tedy že se jedná o periodické krvácení, které je způsobené odlučováním děložní sliznice, označilo 96 % respondentek z prvních ročníků a 92 % respondentek ze čtvrtých ročníků. Význam pojmu menstruace tedy lépe znají studentky z gymnázia. Je ale možné, že byl výsledek z mého výzkumného šetření ovlivněn tím, že odpovědi k otázce v dotazníku, byly všechny správné, šlo jen o to zvolit nejsprávnější odpověď. I přes to si myslím, že by znalosti studentek zdravotnického oboru mohly být v této oblasti na vyšší úrovni. Je i překvapující, že ve výzkumu Smetanové (2016) má lepší výsledek první ročník gymnázia než čtvrtý.

Druhá otázka se doptávala, jak dlouho průměrně trvá menstruační cyklus. Správnou odpověď označila v dotazníku většina respondentek, 56 (93 %). Nesprávné možnosti, že menstruační cyklus trvá 14 dní, uvedla 1 (2 %) dotazovaná dívka, možnost, že ani jedna odpověď není správná 3 (5 %) respondentky a možnost, že menstruační cyklus trvá průměrně 40 dní

ani jedna z nich. Pokolonová (2014) si pro svoji výzkumnou část stanovila za cíl zjištění nejčastějších nepravidelností menstruačního cyklu, zjištění nejčastěji užívaných pomůcek při menstruaci a zjišťovala také, zda ženy znají menstruační kalíšek. Cílovou skupinou pro tento výzkum byly ženy ve věku od 15 do 45 let, ale nejčastěji vyplňovaly dotazník ženy věku 21 – 25 let. Z jejího výzkumu vyplývá, že 66 % žen má pravidelný menstruační cyklus. Myslím si, že je důležité, aby dívky měly dostatek informací o menstruačním cyklu, o jeho délce i o délce menstruačního krvácení, aby mohly snadno rozpoznat, že se u nich objevila například některá z poruch menstruačního cyklu.

Další otázka měla za úkol zjistit, zda jsou respondentky informované o tom, co je to ovulační cyklus. Ukázalo se, že pravděpodobně jsou, jelikož téměř většina 57 (95 %) respondentek uvedla správnou odpověď, tedy odpověď, že se jedná o cyklické změny ve vaječniku, kde dochází k dozrávání a přípravě vajíčka na oplodnění. Další 2 (3 %) studentky označily za správnou odpověď, že se jedná o cyklické změny děložní svaloviny a pouze 1 (2 %) dívka uvedla tvrzení, že ovulační cyklus začíná přibližně od 18 let. Nesprávnou možnost tedy zvolily pouze 3 studentky. Domnívám se, že i informace o ovulačním cyklu by měly studentky zdravotnické školy mít. Výsledek této otázky hodnotím pozitivně, protože většina dívek označila správnou odpověď.

Předposlední otázka související s touto výzkumnou otázkou se doptávala respondentek na hormony, které se tvoří ve vaječnicích. Správnou odpověď, že ve vaječnicích se tvoří estrogen a progesteron zvolilo 46 (77 %) respondentek. Možnost, že se ve vaječnicích tvoří pouze estrogen, zvolilo 7 (12 %) respondentek, stejně tomu tak bylo i u odpovědi, že ve vaječnicích se tvoří pouze progesteron. Možnost poslední, že ve vaječnicích se tvoří estrogen, progesteron a testosteron nezvolila žádná respondentka, pravděpodobně vybrané studentky umí rozlišit, jaké hormony jsou mužské a jaké ženské.

Pátá a poslední otázka vztahující se k první výzkumné otázce měla za cíl zjistit, zda vybrané dospívající dívky vědí, který den cyklu nastává ovulace. Správnou možnost, tedy že ovulace nastává kolem 14. dne cyklu, zvolilo 48 (80 %) respondentek. Druhou nejčastější odpovědí bylo 28. den, tu zvolilo 10 (17 %) respondentek. Variantu, že ovulace nastává 5. den cyklu, označily 2 (3 %) dívky, a že nastává 35. den, nevedla ani jedna dívka. V této otázce odpovědělo velké množství respondentek správně, myslím si ale, že tuto základní informaci, by měl vědět každý student 3. či 4. ročníku zdravotnické školy.

Výzkumná otázka číslo 2

Jaké jsou znalosti dospívajících dívek o sexuálně přenosných chorobách?

K této výzkumné otázce se vztahovaly 4 otázky z dotazníku. První otázka měla za úkol zjistit, zda mají respondentky znalosti o tom, co patří do ochrany před pohlavně přenosnými chorobami. V této otázce bylo správně více možností, ale za správnou odpověď jsem považovala pouze kombinaci kondomu, stálého partnera a sexuální abstinence. Kondom byl vybrán 60x (38 %), stálý partner 51x (32 %) a sexuální abstinence 45x (28 %). Tuto správnou kombinaci uvedlo 60 % respondentek. Mezi další odpovědi, zahrnuté v této otázce patří i hormonální antikoncepce, promiskuita, mytí rukou a nitroděložní tělíčko. Hormonální antikoncepce byla zvolena 2x (1 %), promiskuita také 2x (1 %) a mytí rukou a nitroděložní tělíčko ani jednou respondentkou. Výzkum Kolářové (2014) měl za hlavní cíl zjistit znalosti o pohlavně přenosných chorobách u respondentů – studentů středních škol na Boskovicku. Zkoumaný soubor respondentů tvořili studenti druhých ročníků středních škol a byli v něm zastoupeni chlapci i dívky. Součástí jejího dotazníku byla i otázka, která se doptávala, zda studenti znají účinnou prevenci pohlavně přenosných chorob, kde měla jako možnosti kondom, hormonální antikoncepci, jít před pohlavním stykem s partnerem na testy pohlavně přenosných chorob, vyvarovat se rizikovému pohlavnímu styku a přerušovaný styk. Aby byla otázka považovaná za správně zodpovězenou, muselo být přítomno zaškrtnutí všech třech správných možností. Správně na tuto otázku tedy odpovědělo 71 % respondentek z gymnázia, pouze 39 % z oboru zdravotnického asistenta a 27 % z obchodní akademie. Nejlepší znalost v této otázce projeví studenti gymnázia. Pravděpodobně se touto problematikou na jejich škole zabývají více, myslím si ale, že zdravotnické obory by měly mít v této oblasti lepší znalosti než studenti gymnázií. Také by se měl brát v potaz fakt, že výzkumný vzorek mého šetření tvořily studentky 3. a 4. ročníků zdravotnické školy a výzkumný vzorek ve výzkumu Kolářové (2014), tvořili pouze studenti druhých ročníků. I proto si myslím, že studentky ze zdravotnického oboru z mého šetření mají oproti studentům gymnázia v této otázce nedostatečnou znalost.

Další otázka, které se vztahovala k výzkumné otázce číslo 2, byla otevřená, doptávala se na název viru, který způsobuje onemocnění AIDS. Správnou odpověď, že onemocnění AIDS způsobuje vir HIV, napsalo 58 z 60, tedy 97 % respondentek. K této otázce jsem nenašla žádný výzkum, součástí kterého by byla otevřená otázka dotazující se na stejnou informaci, ale Bojanovská (2010), která si stanovila jako cíl práce zjištění informovanosti,

názorů a postojů studentů 2. ročníků různých středních škol k problematice AIDS, se ve svém výzkumu tázala na rozdíl mezi pojmy HIV a AIDS. Správnou odpověď, že HIV je virový původce, který způsobuje onemocnění AIDS, vybralo ze střední zdravotnické školy 93 %, a z gymnázia dokonce 100 %. Stejně jako v předchozí otázce projeví lepší znalosti v této oblasti studenti gymnázia. Opět musím podotknout, že si myslím, že zdravotnické obory by měly mít v této oblasti více informací.

Třetí otázka vztahující se k výzkumné otázce číslo 2 měla za úkol zjistit, zda mají respondentky znalosti o tom, jak se přenáší vir, který způsobuje onemocnění AIDS. Správnou odpověď, tedy přenos pohlavním stykem, krví, z matky na plod a mateřským mlékem při kojení uvedlo nejvíce respondentek 37 (62 %), pouze pohlavním stykem a z matky na plod 20 (33 %) a pohlavním stykem, krví a mlékem při kojení 3 (5 %) respondentky, možnost pohlavním stykem, krví a nedostatečnou hygienou rukou žádná z nich nezvolila. Bojanovská (2010) se na tuto informaci ve svém výzkumném šetření dotazovala také, s tím rozdílem, že správná odpověď obsahovala pouze přenos pohlavním stykem, krví a z matky na plod. Na tuto otázku odpovědělo 100 % respondentů správně z gymnázia i ze střední zdravotnické školy. V mém výzkumném šetření zvolilo správně odpověď, jak už jsem již uvedla, pouze 62 % a myslím si, že to je zásadní rozdíl. Výzkumné šetření Bojanovské bylo provedeno v roce 2010, je možné, že upadá výuka v této oblasti na středních školách, lze jen doufat, že to tak není, protože informovanost v této oblasti je pro dospívající velice důležitá. Tento rozdíl ve znalostech může být ale také způsoben školou, která byla vybrána pro výzkumné šetření. Jeden z výkladů této situace by mohl také být, že možnosti v otázce v mém dotazníku jsou velice podobné a mohly respondentky zmást.

Další otázkou vztahující se k výzkumné otázce číslo 2 je otázka, které zjišťuje informovanost o žloutence typu B. V této otázce respondentky často chybovaly, většina dívek 49 (82 %) zvolila variantu, že tento typ žloutenky se označuje jako nemoc špinavých rukou, naopak správnou odpověď, že přenos probíhá pohlavním stykem, krví a z matky na plod uvedlo pouze 8 (13 %) respondentek. Možnost, že prevencí je přijímání nezávadných tekutin a potravin se v dotazníku objevilo od 2 (3 %) respondentek a možnost, že proti žloutence typu B neexistuje očkování od 1 (2 %) z dotazovaných dívek. Urbánková (2014) pro výzkumné šetření oslovila jedince na internetu, dotazníky vyplňovali laici různých věkových kategorií a cílem práce bylo zjistit úroveň informovanosti u laické veřejnosti o hepatitidách. Z jejího výzkumného šetření vyplývá, že 69 % respondentů z laické veřejnosti vědí, že hepatitida B se přenáší nejčastěji krví a pohlavním stykem. Výsledkem tedy je, že laická veřejnost je

v této oblasti informovaná více než studentky zdravotnické školy, toto zjištění je velice znepokojující. Je však možné, že když respondenti vyplňovali dotazník na internetu, mohli si snadno vyhledávat informace, to ale nemění nic na tom, že znalost této informace u studentek zdravotnického oboru je katastrofální. Myslím si, že o hepatitidách by měli být poučeni všichni dospívající, měli by vědět, jak se nemoc přenáší i jaká je prevence. Zdravotníci by měli být dle mého názoru v této oblasti ale informovaní daleko více, jelikož v nemocnici se může vyskytnout pacient s touto nemocí a nemocniční personál by měl přesně vědět, jak k infikovanému jedinci přistupovat.

Výzkumná otázka číslo 3

Jak dodržují dospívající dívky prevenci v oblasti reprodukčního zdraví?

K této výzkumné otázce se vztahují 4 otázky z dotazníku, které se zaměřují na zodpovědnost respondentek, dospívajících dívek k reprodukčnímu zdraví. První otázka se zaměřuje na gynekologické prohlídky a na pravidelnost navštěvování gynekologa. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že 45 (75 %) respondentek chodí pravidelně jednou za rok a 3 (5 %) dívky uvedly, že navštěvují gynekologa 2x za rok, dohromady chodí na pravidelné gynekologické prohlídky 80 %. 6 (10 %) respondentek nikdy gynekologickou prohlídku nepodstoupilo, 4 (7 %) dotazované dívky navštěvují gynekologa nepravidelně, jen pokud mají zdravotní problémy a 2 (3 %) vůbec nechodí na pravidelné gynekologické. Cílem výzkumné části Březkové (2015) bylo zmapování znalostí pozitiv a rizik týkajících se hormonální antikoncepce a prokázaných případných rozdílů v úrovni vlastního sexuálního chování u dospívajících dívek navštěvujících různé typy středních škol v Českém Krumlově. Zkoumaným souborem byly tedy studentky středních škol v Českém Krumlově ve věku 17 až 19 let. Březková (2015) uvádí, že respondenty, studentky střední zdravotnické školy chodí na pravidelné gynekologické prohlídky 1x za rok v 60 % a 2x za rok v 29 %, dohromady tedy 89%. Štachová (2015) ve svém výzkumu porovnávala znalosti studentek gymnázií a středních odborných učilišť o reprodukčním zdraví a o pohlavně přenosných chorobách, dále také zjišťovala, jaké jsou jejich hlavní zdroje informací o reprodukčním zdraví. Součástí jejího dotazníku byla i otázka, které se doptávala na navštěvování pravidelných gynekologických prohlídek. Z jejího výzkumného šetření vyplývá, že ze studentek středních odborných učilišť chodí na pravidelné gynekologické prohlídky 85 % a ze studentek z gymnázií dochází na pravidelné gynekologické prohlídky 53 %. Z porovnání těchto třech výzkumných šetření vyplývá, že četnost dívek, které chodí

na pravidelné gynekologické prohlídky, je ve všech školách přibližně stejná, kromě dívek z gymnázií. Z každé zkoumané školy tedy chodí na pravidelné gynekologické prohlídky 80 % respondentek a více, kromě studentek z gymnázia. Troufám si tvrdit a také si myslím, že nelze tento výsledek globalizovat na všechny studentky gymnázií. Můj názor je takový, že pokud by výzkum proběhl na jiném gymnáziu nebo v jiném ročníku, mohl být počet dívek pravidelně navštěvujících gynekologa daleko vyšší.

Na druhou otázku, která se vztahuje k výzkumné otázce číslo 3, odpovídaly pouze respondentky, které chodí pravidelně nebo nepravidelně na gynekologické prohlídky. Neodpovídaly zde dívky, které nechodí na gynekologické prohlídky. Na možnost, že chodí, protože chtějí, a protože si uvědomují, že je prevence v této oblasti důležitá odpovědělo 36 (69 %) respondentek. Odpověď, že rodiče chtějí, aby na pravidelné gynekologické prohlídky chodila, zvolily pouze 2 (4 %) dotazované dívky. Z důvodů předepsání antikoncepce chodí ke gynekologovi 12 (23 %) respondentek a z důvodu častých gynekologických problémů 2 (4 %) respondentky. Při sestavování této dotazníkové otázky jsem se domnívala, že nejvíce budou dospívající dívky jako důvod uvádět předepsání antikoncepce. Většina dívek však zvolila, že sami chtějí chodit na gynekologické prohlídky, a že si uvědomují důležitost prevence v této oblasti, to je dle mého názoru výsledek velmi pozitivní. Je ale otázkou, zda dotazované dívky nevolily tuto možnost například z důvodu, že je tato odpověď v souvislosti se zodpovědností v oblasti reprodukčního zdraví nejvíce vyhovující, a že by takový přístup měly mít.

Třetí otázka, vztahující se k výzkumné otázce číslo 3, zjišťovala četnost očkování proti rakovině děložního čípku. Z mého výzkumného šetření se zjistilo, že 41 (68 %) respondentek jsou očkovány proti rakovině děložního čípku a zbylých 19 (32 %) nikoliv. Štachová (2015) uvádí, že 39 % respondentek ze středních odborných učilišť je očkovaných proti rakovině děložního čípku. Z gymnázií je očkováno proti rakovině děložního čípku 49 % z vybraných respondentek. Nejvíce očkovaných dívek je tedy ze zdravotnické školy. Nutné je si ale uvědomit, že oba výzkumy se prováděly v jiném časovém období, a tak je možné, že výskyt očkovaných dívek se neustále zvyšuje, stejně tak jako povědomí lidí o této problematice. Důvodem, že četnost očkovaných dívek v mém výzkumu je vyšší než četnost očkovaných dívek ve výzkumu Štachové (2015) by tedy mohlo být odlišné období zpracování výzkumu. Překvapilo mě, jak velké množství respondentek je očkovaných proti rakovině děložního čípku, možná z toho důvodu, že osobně znám velice málo dívek a žen, které by toto očkování podstoupily.

Další a poslední otázka, která souvisí se třetí výzkumnou otázkou, se doptává vybraných respondentek na ochranu před pohlavně přenosnými nemocemi. Cílem bylo zjistit, zda respondentky užívají při pohlavním styku kondom. Nejvíce dívek, 23 (38 %) respondentek zvolilo odpověď, že kondom neužívají, 13 (22 %) dotazovaných dívek kondom užívá, 7 (10 %) většinou ne a 10 (17 %) většinou ano. 8 (13 %) dívek uvedlo, že u nich k pohlavnímu styku prozatím nedošlo. Výzkum Kolářové (2014) měl za hlavní cíl zjistit znalosti o pohlavně přenosných chorobách u respondentů – studentů středních škol na Boskovicku. Zkoumaný soubor respondentů tvořili studenti druhých ročníků středních škol a byli v něm zastoupeni chlapci i dívky. Z jejího výzkumu vyplývá, že kondom při pohlavním styku užívá z oboru zdravotnický asistent 44,5 % z vybraných respondentů, z gymnázia užívá 25 % a z obchodní akademie 43 % respondentů. Počet respondentů, kteří užívají kondom, se mi zdá poněkud nízký, je ale nutné brát v potaz, zda u dospívajících probíhá sexuální styk s náhodnými jedinci nebo zda jsou respondenti sexuálně aktivní pouze se svým dlouhodobějším partnerem, s kterým mají vybudovanou důvěru v sexuální oblasti, v tomto případě si myslím, že užívání kondomu z důvodu ochrany před pohlavně přenosnými nemocemi není až tak nutné.

Výzkumná otázka číslo 4

Užívají dospívající dívky hormonální antikoncepci?

Pro tuto výzkumnou otázku bylo využito 5 otázek z dotazníku, které se zaměřují na užívání antikoncepce. První otázka se dotazuje respondentek, zda užívají hormonální antikoncepci. Z výzkumného souboru 60 respondentek, uvedlo 35 (58 %) z nich, že hormonální antikoncepci užívají, zbylých 25 (42 %) vybralo možnost, že hormonální antikoncepci neužívají. Březková (2014) ve svém výzkumu uvádí, že 70,6 % studentek středních zdravotnických škol mezi 17-19 rokem hormonální antikoncepci užívá. Z obou výzkumů vyplývá, že více než polovina respondentek hormonální antikoncepci užívá. Můj názor na užívání hormonální antikoncepce je pozitivní, samozřejmě nepopírám, že se užíváním do těla dostává mnoho chemikálií, ale myslím si, že pro sexuálně aktivní dívku, která se snaží zabránit nechtěnému těhotenství, je právě hormonální antikoncepce vhodná a spolehlivá metoda.

Druhá otázka vztahující se k výzkumné otázce číslo 4 se dotazovala na délku užívání antikoncepce. Z 35 respondentek užívá 9 (26 %) respondentek hormonální antikoncepci 1 rok, stejný počet respondentek 9 (26 %) užívá hormonální antikoncepci 2 roky. Délku užívání

po dobu 3 let uvedlo 10 (29 %) respondentek po dobu 4 let 6 (17 %) respondentek a doba užívání 5 let se objevila u 1 (3 %) respondentky. Březková (2014) ve svém výzkumném šetření zjistila, že méně než rok užívá hormonální antikoncepci 4,2 % respondentek z dotazovaného souboru, 1 rok užívá hormonální antikoncepci 16,7 % dívek, 2 roky 20,8 %, 3 roky 33,3 % dívek a 4 a více let užívá hormonální antikoncepci 25 % respondentek. V mém výzkumném šetření tedy dotazované dospívající dívky nejvíce uváděly délku užívání antikoncepce po dobu 3 roky, stejně tak i ve výzkumném šetření Březkové (2014) dotazované dívky, studentky střední zdravotnické školy, uváděly nejvíce délku užívání po dobu 3 let. Jelikož v mém výzkumném šetření bylo nejvíce respondentek ve věku 18 let a ve výzkumu Březkové (2014) měly respondentky 17 – 19 let, domnívám se, že většina respondentek začala užívat hormonální antikoncepci ve svých 15 letech, či krátce po 15 letech.

Třetí otázkou vztahující se k výzkumné otázce číslo 4 byla otázka, které se respondentek užívajících hormonální antikoncepci dotazovala na důvod, proč se takto rozhodly. V mém výzkumném šetření nejvíce respondentky udávaly jako důvod, zvolený 31x (56 %) ochranu před otěhotněním, druhým nejčastějším důvodem se stala úprava menstruačního cyklu 13x (24 %), zmírnění menstruačních bolestí 7x (13 %), pro zlepšení pleti 3x (5 %) a jiný důvod zvolila jedna respondentka, která uvedla lékařské důvody. Drobíková (2015) ve svém výzkumném šetření, které mělo za hlavní cíl zjistit informovanost středních zdravotnických škol, a vysokých škol v Moravskoslezském kraji o hormonální antikoncepci zjistila, že nejčastějším důvodem užívání antikoncepce je ochrana před otěhotněním. Tuto možnost v jejím výzkumu zvolilo 40 % dívek. Druhou nejčastější odpovědí bylo ve výzkumu Drobíkové (2015) pravidelnost cyklu 20% a úprava cyklu 20 % a třetí nejčastější snížení bolesti před nebo během menstruace 12 %. Četnosti odpovědí v obou výzkumech jsou mírně odlišné, ale v první, ve druhé, dokonce i ve třetí nejčastější odpovědi se naše výzkumy shodují. Nejvíce tedy dívky volily možnost ochranu před těhotenstvím, pravděpodobně si uvědomují veškeré následky nechtěného těhotenství.

Čtvrtá otázka vztahující se k výzkumné otázce číslo 4 se doptávala na vlivy, které se u dotazovaných dívek v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce objevily. Nejčastěji uváděným vlivem se stal pravidelný menstruační cyklus 19x (39 %), dále pak zlepšení pleti 15x (20 %), zmírnění menstruačních bolestí 11x (15 %) a příbytek na váze 11x (15 %). Žádné změny nepozorovaly 3 (4 %) respondentky, intenzivnější menstruační bolesti pocítila 1 (1 %) respondentka a bolesti prsou se objevily také pouze u 1 (1 %) dotazované dívky. Drobíková (2015) se ve svém výzkumu dotazovala studentek střední zdravotnické školy, jaké nežádoucí

účinky v souvislosti s hormonální antikoncepcí pociťovaly. Nejčtenější odpovědi k této otázce byl přírůstek hmotnosti (15 %). Ačkoliv formulace mé otázky byla odlišná, dotazovala se na vlivy celkově, nikoliv pouze na vlivy negativní, ukázal se jako nejčastěji objevený negativní vliv váhový přírůstek v obou výzkumech. Vzhled a atraktivita je v období dospívání pro dívky velice důležitá, proto je možné, že váhový přírůstek od užívání antikoncepce některé dívky může odradit.

Pátá a poslední otázka, vztahující se k výzkumné otázce číslo 4 se dotazovala respondentek na důvody, proč se rozhodly hormonální antikoncepci neužívat. Z mého výzkumného šetření vyplývá, že nejčastějším důvodem je, že nechtějí užívat chemické látky, tato možnost byla zvolena 17x (44 %), dále pak, že nejsou sexuálně aktivní 8x (21 %) a že nemají stálého partnera 7x (18 %). Nejméně často byl uváděn strach z váhového přírůstku 3x (8 %), zdravotní důvody 3x (8 %) a nedostatek financí 2x (5 %). Z výzkumného šetření Malé (2014), která si jako hlavní cíl práce stanovila zhodnotit postoje dospívajících a mladých dospělých žen ve věku 15 – 26 let k užívání hormonální antikoncepce vyplývá, že nejčastějším důvodem proč neužívají hormonální antikoncepci je, že nechtějí užívat chemické látky 79,2 %, v této možnosti se shodujeme. Tento důvod se mi jeví jako velice rozumný důvod, domnívám se, že respondentky, které tuto možnost vybraly, zajímá, jaké látky do svého těla vpravují. Je ale otázkou, zda by některé z nich nezměnily názor, pokud by měly stálého partnera a aktivní sexuální život. Ačkoliv jsem v první otázce k této výzkumné otázce hájila užívání antikoncepce jako prevenci nechtěného těhotenství v dospívání, stejně tak souhlasím i se situací, kdy se dospívající dívka rozhodne neužívat hormonální antikoncepci z důvodu chemických látek v ní obsažených. Kromě hormonální antikoncepce jsou i jiné způsoby ochrany před těhotenstvím, ze kterých si může dívka vybrat.

10 ZÁVĚR

Udržování optimálního reprodukčního zdraví je velice důležité pro správnou funkci pohlavních orgánů a pro schopnost se v budoucnosti bez problému množit a mít děti. Prevence je také důležitá i pro spokojenost se sexuálním životem. Období dospívání je obdobím bouřlivým, které je plné experimentů a nevhodných nápadů. Dospívající mají sklon chovat se spontánně bez toho, aby přemýšlely nad následky, které mohou být právě nevhodným chováním způsobené. Nevhodným chováním není myšleno pouze nesprávné chování v oblasti sexuálních života, promiskuita nebo nevhodné sexuální praktiky, ale velice důležitá je také hygiena, zejména při menstruaci nebo před a po pohlavním styku. Neměla by se také opomíjet oblast oblečení, pohybové aktivity, výživy a celkově zdravý životní styl.

Jak jsem již zmínila, pokud dívka nedodrží prevenci v oblasti reprodukčního zdraví, mohou později nastat komplikace. Následky svého nevhodného chování si ale žena může uvědomit až když je pozdě, například v okamžiku, kdy chce se svým mužem založit rodinu, ale oplodnění se nedaří. Samozřejmě může mít problémy s reprodukčním zdravím i žena, která se chovala vždy naprosto správně a naopak u ženy, u které bylo nebo stále je chování nevhodné, může být v oblasti pohlavních orgánů vše v pořádku. I přesto si myslím, že je nutné, aby byly dívky v období dospívání řádně poučeny a vedeny k tomu, aby si své reprodukční zdraví dostatečně chránily.

Pro zvýšení zodpovědnosti dívek ke svému reprodukčnímu zdraví doporučuji, aby zejména pracovníci škol zajišťovali a rozšiřovali své kompetence pro výuku výchovy ke zdraví, aby provozovali odborné přednášky a semináře v této oblasti pro dospívající dívky a aby jim poskytovali materiály, kde se budou dočítat důležité informace na toto téma. Za důležité považuji také motivovat studenty ke správnému chování v oblasti ochrany reprodukčního zdraví a k přijetí zdravého životního stylu. Nejen škola je důležitá, ale také rodiče by se o své „děti“ měly zajímat, důsledně je o souvisejících tématech poučit, ale také svým dětem jít příkladem.

11 POUŽITÁ LITERATURA

1. DONÁT, Josef a Nora DONÁTOVÁ. *Důvěrně a otevřeně o sexualitě*. 2. vyd. Praha: Fortuna, 2007, 96 s. ISBN 978-80-7168-990-4.
2. FAIT, Tomáš. *Antikoncepce*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2012, 125 s. ISBN 978-80-7345-280-3.
3. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH, Karel MARŠÁL a kol. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada, 2014, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
4. HAVLÍN, Miroslav, Radovan HALUZA, Ivo PROCHÁZKA a kol. *Vybrané zajímavosti z oblasti reprodukčního zdraví*. 1. vyd. Brno: Tribun, 2011, 24 s. ISBN 978-80-904290-3-1.
5. HUDÁK, Radovan, David KACHLÍK a kol. *Memorix anatomie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2013, 605 s. ISBN 978-80-7387-674-6.
6. JANIŠ, Kamil, Lenka KUBRICHTOVÁ a Dagmar MAKALOVÁ. *O dospívání a menstruaci*. 1. vyd. Praha: Johnson & Johnson, 2011, 42 s.
7. JANOŠOVÁ, Pavlína. *Dívčí a chlapecká identita*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 285 s. ISBN 978-80-247-2284-9.
8. KITTNAR, Otomar a kol. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 800 s. ISBN 978-80-247-3067-4.
9. KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. *Repetitorium gynekologie*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2011, 1068 s. ISBN 978-80-7345-267-4.
10. KŘEPELKA, Petr. *Poruchy menstruačního cyklu*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2015, 240 s. ISBN 978-80-204-3520-0.
11. KUČERA, Dalibor. *Moderní psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 213 s. ISBN 978-80-247-4624-0.
12. MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 302 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
13. NEUBAUER, Jiří, Marek SEDLAČIK a Oldřich KŘÍŽ. *Základy statistiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 240 s. ISBN 978-80-247-4273-1.
14. PILKA, Radovan, Martin PROCHÁZKA a kol. *Gynekologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 217 s. ISBN 978-80-244-3019-5.
15. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

16. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 269 s. ISBN 978-80-247-3373.
17. THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2015, 575 s. ISBN 978-80-262-0714-6.
18. URBANOVÁ, Věra a kol. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010, 256 s. ISBN 978-80-8063-343-1.
19. VOJTÍŠEK, Petr. *Výzkumné metody*. 1. vyd. Praha: VOŠSP, 2012, 54 s. ISBN 978-80-905109-3-7.
20. WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada 2010, 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
21. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. ISBN 978-80-247-4062.

Elektronické zdroje

1. DOSTÁLOVÁ, Zuzana, Ingrid REJDOVÁ, David STARÝ a kol. Intimní hygiena u dětí. *Pediatric pro praxi* [online]. 2009, 10(4), 220-223 s. [cit. 10.1.2017]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2009/04/02.pdf>. ISSN: 1803-5264.
2. HRDONKOVÁ, Eliška a Zdeněk ROKYTA. Dospívání z pohledu gynekologa. *Pediatric pro praxi* [online]. 2011, 12(3), 167-170 s. [cit. 10.1.2017]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/03/06.pdf>. ISSN: 1803-5264.
3. KOLIBA, Peter. Antikoncepce u mladistvých. *Pediatric pro praxi* [online]. 2014, 15(6), 348-351 s. [cit. 12.1.2017]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf>. ISSN: 1803-5264.
4. KRUŽICOVÁ, Zuzana, Daniela VAŇUSOVÁ a Jana HERCOGOVÁ. Condylomata acuminata (genitální bradavice). *Česká gynekologie* [online]. 2014, 79(5), 399-406 s. [cit. 18.10.2016]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/condylomata-acuminata-genitalni-bradavice-50527>. ISSN: 1803-6597.
5. ONDRYÁŠOVÁ, Hana, Věra KOUDELÁKOVÁ a Marián HAJDŮCH. Karcinom cervixu – možnosti detekce lidského papilomaviru. *Česká gynekologie* [online]. 2013, 78(3), 289-294 s. [cit. 15.10.2016]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/karcinom-cervixu-moznosti-detekce-lidskeho-papilomaviru-40981>. ISSN: 1803-6597.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexual and reproductive health. *Defining sexual health* [online]. ©2017. [cit. 1.2.2017]. Dostupné z: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/.

7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. About WHO. Constitution of WHO: principles [online]. ©2017. [cit. 1.2.2017]. Dostupné z: <http://www.who.int/about/mission/en/>.

Závěrečné práce

1. BOJANOVSKÁ, Kateřina. *AIDS kognitivní schéma, postoje a prevence u středoškoláků*. Pardubice, 2010. 68 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Vedoucí práce Mgr. Eva Hlaváčková.
2. BŘEZKOVÁ, Markéta. *Problematika antikoncepce a reprodukční zdraví mládeže*. České Budějovice, 2015. 116 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Vedoucí práce MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D.
3. DROBÍKOVÁ, Daniela. *Informovanost studentek středních a vysokých škol v Moravskoslezském kraji o hormonální antikoncepci*. Olomouc, 2015. 86 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Vedoucí práce MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.
4. KOLÁŘOVÁ, Renata. *Znalosti studentů středních škol o sexuálně přenosných chorobách*. Olomouc, 2014. 114 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Vedoucí práce Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
5. MALÁ, Veronika. *Postoje dospívajících a mladých dospělých žen k hormonální antikoncepci*. Brno, 2014. 81 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Přírodovědecká fakulta, Vedoucí práce doc. RNDr. Miroslav Králík, Ph.D.
6. SMETANOVÁ, Šarlota. *Menstruace u dospívajících dívek a mladých žen*. Olomouc, 2016. 67 s. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Vedoucí práce PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph. D.
7. ŠTACHOVÁ, Tereza. *Reprodukční zdraví u dospívajících dívek*. České Budějovice, 2015. 107 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Vedoucí práce PhDr. Drahomíra Filausová.
8. URBÁNKOVÁ, Zuzana. *Informovanost a prevence veřejnosti o hepatitidách*. Jihlava, 2014. 56 s. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií, Vedoucí práce Mgr. Petra Vršecká.

12 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník.....	76
--------------------------	----

Příloha A: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Adéla Štorková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií v Pardubicích. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce, a proto bych vás ráda poprosila o pravdivé vyplnění otázek. Dotazník je zcela anonymní. Vždy zakroužkujte jednu odpověď, pokud v zadání není uvedeno jinak.

Předem děkuji za spolupráci.

Adéla Štorková

1. Jakou střední školu studujete?

.....

2. Věk

.....

3. Označte správné tvrzení o menstruačním cyklu.

- a) Cyklické změny děložní sliznice
- b) Hlavním cílem je příprava děložní sliznice na uhnízdění oplodněného vajíčka
- c) Menstruační cyklus probíhá pod vlivem hormonů
- d) Všechny odpovědi jsou správné

4. Jak dlouho průměrně trvá menstruační cyklus?

- a) Přibližně 14 dní
- b) Přibližně 28 dní
- c) Přibližně 40 dní
- d) Ani jedna odpověď není správná

5. Označte správné tvrzení o ovulačním cyklu.

- e) Cyklické změny děložní svaloviny
- f) Cyklické změny ve vaječniku, dozrávání a příprava vajíčka na oplodnění
- g) Ovulační cyklus začíná přibližně od 18 let
- h) Všechny odpovědi jsou správné

6. Jaké hormony se tvoří ve vaječnicích?

- e) Pouze estrogen
- f) Pouze progesteron
- g) Estrogen a progesteron
- h) Estrogen, progesteron a testosteron

7. Kolikátý den cyklu nastává ovulace?
- e) 28. den
 - f) 14. den
 - g) 5. den
 - h) 35. Den
8. Co patří do ochrany před pohlavně přenosnými nemocemi? (možnost zaškrtnutí více odpovědí)
- h) Hormonální antikoncepce
 - i) Kondom
 - j) Stálý partner
 - k) Promiskuita
 - l) Mytí rukou
 - m) Sexuální abstinence
 - n) Nitroděložní tělísko
9. Jak se nazývá vir způsobující onemocnění zvané AIDS?
-
10. Jaká může být cesta přenosu viru, který způsobuje onemocnění AIDS?
- e) Pohlavním stykem, krví, nedostatečnou hygienou rukou
 - f) Pohlavním stykem, krví, z matky na plod, mateřským mlékem při kojení
 - g) Pohlavním stykem, krví, z matky na plod
 - h) Pohlavním stykem, krví, mlékem při kojení
11. Označte správné tvrzení o žloutence typu B. (hepatitis B)
- e) Označuje se jako nemoc špinavých rukou
 - f) Prevencí je přijímání nezávadných tekutin a potravin
 - g) Přenos je pohlavním stykem, krví, z matky na plod
 - h) Proti žloutence typu B neexistuje očkování
12. Jak často chodíte na gynekologické prohlídky? (Pokud jste zaškrtnula odpověď c nebo d, vynechejte otázku č. 13)
- f) Pravidelně, jednou za rok
 - g) Nepravidelně, jen pokud mám zdravotní problémy
 - h) Nechodím na pravidelné gynekologické prohlídky
 - i) Nikdy jsem nepodstoupila gynekologickou prohlídku
 - j) Jiná možnost

13. Z jakého důvodu navštěvujete svého obvodního gynekologa?
- f) Protože chci a uvědomuji si, že je prevence v této oblasti důležitá
 - g) Rodiče chtějí, abych na pravidelné gynekologické kontroly chodila
 - h) Z důvodu předepsání antikoncepce
 - i) Mám časté gynekologické problémy
 - j) Jiná možnost
14. Jste očkovaná proti rakovině děložního čípku?
- c) Ano
 - d) Ne
15. Používáte při pohlavním styku ochranu proti pohlavním chorobám? (kondom)
- f) Ano
 - g) Většinou ano
 - h) Ne
 - i) Většinou ne
 - j) K pohlavnímu styku u mě zatím nedošlo
16. Užíváte hormonální antikoncepci? (Pokud ne, vynechejte otázku č. 17,18, 19. Pokud ano, vynechejte otázku č. 20.)
- c) Ano
 - d) Ne
17. Jak dlouho užíváte hormonální antikoncepci?
-
18. Z jakého důvodu jste začala hormonální antikoncepci užívat? (možnost zaškrtnutí více odpovědí)
- f) Ochrana před otěhotněním
 - g) Pro zlepšení pleti
 - h) Úprava cyklu
 - i) Zmírnění menstruačních bolestí
 - j) Jiná možnost.....

19. Jaký vliv na Vás má užívání hormonální antikoncepce? (možnost zaškrtnutí více odpovědí)

- k) Zlepšení pleti
- l) Zhoršení pleti
- m) Pravidelný menstruační cyklus
- n) Zmírnění menstruačních bolestí
- o) Intenzivnější menstruační bolesti
- p) Příbytek na váze
- q) Bolest hlavy
- r) Bolesti prsou
- s) Nepozorují žádné změny
- t) Jiná možnost.....

20. Z jakého důvodu hormonální antikoncepci neužíváte? (možnost zaškrtnutí více odpovědí)

- h) Nemám stálého partnera
- i) Nejsem sexuálně aktivní
- j) Zdravotní důvody
- k) Nechci užívat chemické látky
- l) Bojím se možného váhového přírůstku
- m) Nedostatek financí
- n) Jiná možnost.....

