

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ ADOLESCENTŮ V OBLASTI
REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ**

**RISK BEHAVIOR ADOLESCENTS IN THE FIELD OF
REPRODUCTIVE HEALTH**

Bc. Anna Fendrichová

Vedoucí práce: PhDr. Jiří Kučírek, PhD.

Studijní program: Učitelství pro střední školy (N7504)

Studijní obor: N PG - VZ (7504T223, 7504T303)

2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Rizikové chování adolescentů v oblasti reprodukčního zdraví“ vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

.....

NÁZEV: Rizikové chování adolescentů v oblasti reprodukčního zdraví

AUTOR: Bc. Anna Fendrichová

KATEDRA: Pedagogiky

VEDOUCÍ PRÁCE: PhDr. Jiří Kučírek PhD.

ABSTRAKT:

Diplomová práce se zabývá problematikou rizikového chování se zvláštním zaměřením na oblast reprodukčního zdraví v období pozdní adolescence. V teoretické části je nejprve přiblížena problematika rizikového chování z obecného hlediska. Další kapitoly jsou cíleny na reprodukční zdraví v adolescenci, na jeho možná rizika a důsledky. Závěr teoretické části je věnován prevenci rizikového reprodukčního chování s důrazem na prevenci primární.

Výzkumná část diplomové práce představuje výzkumné kvantitativní šetření formou dotazníku. Analýza dat z výzkumného šetření poskytuje informace o znalostech adolescentů v oblasti reprodukčního zdraví a o jejich chování v této oblasti. Dále informace o tom, zdali existuje rozdíl ve znalostech a v chování mezi studenty, kteří mají předmět zaměřený na Výchovu ke zdraví a ti, kteří ho nemají. Šetření ukázalo, že znalosti oslovených adolescentů nejsou na takové úrovni, jak bylo předpokládáno. Ani rozdíly v informovanosti a v chování adolescentů mezi jednotlivými oborami nejsou tak výrazné, jak by se dalo očekávat.

KLÍČOVÁ SLOVA: adolescence, rizikové chování, reprodukční zdraví, těhotenství, interrupce, prevence.

TITLE: Risk behaviors of adolescents in the areas of reproductive health

AUTHOR: Bc. Anna Fendrichová

DEPARTMENT: Department of pedagogy

SUPERVISOR: PhDr. Jiří Kučírek PhD.

ABSTRACT:

This thesis deals with risk behaviour, with a special focus on reproductive health in late adolescence. The theoretical part first approaches risky behaviour in general and next it targets on reproductive health in adolescence, on its possible risks and consequences. The conclusion of the theoretical part is dedicated to the prevention of risky reproductive behaviour with emphasis on primary prevention.

The research part of the thesis presents a quantitative research survey by means of a questionnaire. The analysis of the survey data provides information on adolescents' knowledge of reproductive health and their behaviour in this area. Further, it reveals whether there are differences in knowledge and behaviour among students who have a subject focused on health education and those who do not. The results of the survey showed that knowledge among the questioned adolescents is not at such a level as expected. Neither the differences in awareness and behaviour of adolescent students in particular branches are not as significant as one would expect.

KEY WORDS: adolescence, risk behaviour, reproductive health, pregnancy, abortion prevention.

OBSAH

ÚVOD	7
1 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ V ADOLESCENCI	9
1.1 Rizikové chování	9
1.2 Syndrom rizikového chování	10
1.2.1 Abúzus návykových látek	11
1.2.2 Projevy v psychosociální oblasti	14
1.2.3 Rizikové chování v reprodukční oblasti	15
1.3 Ochranné a rizikové faktory rizikového chování	17
2 REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ V POZDNÍ ADOLESCENCI	19
2.1 Rizikové faktory pohlavního života v dospívání	23
2.2 Výzkumy v reprodukčním chování	25
3 DŮSLEDKY RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ V OBLASTI REPRODUKCE	27
3.1 Těhotenství v adolescenci	27
3.2 Pohlavní choroby	32
4 PREVENCE V REPRODUKČNÍ OBLASTI	35
4.1 Národní strategie primární prevence (2013-2018)	37
4.2 Prevence v rodině	38
4.3 Prevence ve škole	39
4.3.1 Preventivní programy	41
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	43
5.1 Výzkumné cíle práce	43
5.2 Výzkumná otázka a předpoklady	43
5.3 Metodika šetření	44

6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	47
6.1 Zpracování I. části dotazníku	47
6.2 zpracování II. části dotazníku	56
6.3 Shrnutí získaných dat	68
DOPORUČENÍ PRO PRAXI	75
ZÁVĚR	77
SEZNAM POUŽITÉ LITARATURY	79
SEZNAM PŘÍLOH	84

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá problematikou rizikového chování se zvláštním zaměřením na reprodukční zdraví. Práce je cílena na jedince (dívky) v období pozdní adolescence (tj. 16 až 20 let). Obecně je známo, že právě v tomto životním cyklu dochází u jedince k výrazným změnám. Adolescenti mají silnou potřebu vymanit se z vlivu rodičů a své místo hledají mezi vrstevníky. Nový postoj adolescenti často demonstrují neuvážlivým, zbrklým jednáním a rozhodováním, což se může projevit některou z forem rizikového chování.

Ráda bych v této práci upozornila na možná rizika v oblasti reprodukčního zdraví, která mohou významným způsobem ovlivnit budoucí život dospívajících. Problém vidím v předčasném zahájení pohlavního života, které může narušit reprodukční vývoj u dívek. Budoucí reprodukci mohou ohrozit i prodělaná pohlavní onemocnění a v případě nevléčitelné infekce HIV jde o zcela zásadní změnu v celém životě jedince. Sociálním i zdravotním problémem pro dospívající dívku se může stát i nechtěné těhotenství.

Toto téma jsem si vybrala z několika důvodů. Přesto, že jsou v současné době dostupné informace o přenosných pohlavních nemocech, způsobech ochrany před nimi, tak se výskyt pohlavních nemocí v populaci nesnižuje, ba naopak. Dalším důvodem je můj vlastní zájem o tuto problematiku a samozřejmě mé pedagogické zaměření na předmět Zdravověda.

Diplomová práce zjišťuje, zda si dospívající uvědomují závažnost těchto rizik a zda škola věnuje této problematice dostatečný prostor. Dále práce sleduje, zdali je pro studentky dané školy předmět Zdravověda prostředkem k získání informovanosti v oblasti reprodukčního zdraví.

Cílem diplomové práce je zmapovat informovanost a chování (v oblasti reprodukčního zdraví) studentek oslovené školy v období pozdní adolescence. Určit, jestli jejich nižší informovanost v oblasti přenosných chorob vede k rizikovému reprodukčnímu chování a zjistit, zdali existují rozdíly ve znalostech a v chování mezi studentkami oborů, které mají předmět Zdravověda a těmi, které ho nemají.

Práce je tvořena částí teoretickou a praktickou. V teoretické části je věnována pozornost tématům, jako je rizikové chování, rizika reprodukčního zdraví (nechtěné těhotenství, interrupce, pohlavní nemoci, předčasné zahájení pohlavního života) a prevence.

Praktická část sleduje informovanost dospívající dívek, která je zaměřená na pohlavní nemoci, těhotenství a zahájení pohlavního života. Dále šetří chování dospívajících s důrazem na věk zahájení pohl. života, způsobu ochrany a porovnává chování a informovanost mezi vybranými dospívajícími na základě studijního oboru (obory zahrnující předmět Zdravověda s obory bez tohoto předmětu).

Věřím, že náhled do problematiky rizik reprodukčního chování a výsledná data z výzkumného šetření budou využity pro větší informovanost pedagogů a pro další práci učitelů zaměřených především na oblast zdraví a v neposlední řadě by mohla být práce přínosem pro činnost metodika prevence na dané škole.

1 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ V ADOLESCENCI

1.1 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

Rizikové chování je oblast z hlediska terminologie velice rozmanitá. Tato problematika jde napříč obory, jako je vývojová a sociální psychologie, ale i kriminologie, sociální a speciální pedagogika. Objevují se zde termíny problémové chování, delikvence, poruchy chování, kriminální chování, disociální a antisociální chování. Rizikové chování lze chápat jako termín nadřazený výše uvedeným pojmům (Nielsen Sobotková a kol., 2014).

Rizikové chování představuje takové chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost. Macek (2003) pojem rizikové chování chápe jako chování, které přímo či nepřímo ústí v psychosociální nebo zdravotní poškození jedince, jiných osob, majetku nebo prostředí. Mezi toto chování řadí záškoláctví, lhaní, agresivní chování, šikanu, vandalismus, závislostní chování, rizikové sexuální chování, nezdravé stravovací návyky i extremismus (Macek, 2003 in: Nielsen Sobotková a kol., 2014).

Dryfoos (1990) uvádí, že rizikové chování je do určité míry považováno za normativní součást vývoje. Tento názor se opírá o skutečnost, že až 50% adolescentů se během dospívání zapojí alespoň do jedné z forem rizikového chování. Může se tak jednat o experimentování s návykovými látkami či vandalismus, ovšem po dosažení dospělosti většinou toto chování odezní (Dryfoos, 1990 in: Nielsen Sobotková a kol., 2014).

Jessor (1977) vysvětluje problémové chování, které je sociálně definováno jako problém, jako zdroj obav nebo jako nepřijatelné chování vzhledem k normám společnosti (Jessor, 1977 in: Nielsen Sobotková a kol., 2014).

Syndrom problémového chování se opírá o tři skupiny faktorů:

- a) Biologické – pohlaví, hormonální systém, tělesná konstituce, fyzická odolnost vůči bolesti, vrozené handicap atd.
- b) Psychologické – rysy osobnosti, sebepojetí, hodnotová orientace, postoje.

c) Sociální kontext – sociodemografické charakteristiky, prostředí, rodinná konstelace, vrstevníci, sociální kognice, sociální chování adolescenta.

Tyto faktory se dále rozdělují v oblasti osobnosti, chování a sociálního prostředí na protektivní a rizikové (Nielsen Sobotková a kol., 2014).

1.2 SYNDROM RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ

Hamanová, Kabíček z hlediska projevů definují rizikové chování do tří oblastí. Jedná se o oblast zneužívání návykových látek, negativní jevy v oblasti psychosociálního vývoje a rizikové chování v oblasti reprodukční.

Tyto různé oblasti rizikového chování dospívajících se často doplňují a kombinují, usnadňují vzájemně svůj vznik a mají do jisté míry společné nebo podobné příčiny. Proto se hovoří o **syndromu rizikového chování** (SRCH). Mezi prvními signály mohou být zevní změny, jako zhoršení prospěchu, noví kamarádi, změna zájmů (www.zdravi.e15.cz).

Rizikový způsob života přijímá stále větší část dospívajících. Tento způsob života ohrožuje průběh dospívání a může nést následky v dalším životě. Mluví se o tzv. morbiditě mládeže, která je v současnosti hlavní příčinou mortality v tomto věku a kromě dopadu na životy jednotlivců, je i její akutní léčba značnou ekonomickou zátěží pro společnost (www.sanquis.cz).

Na přelomu století vydala Evropská komise zprávu o zdraví 15 – 24letých v EU. Dle zprávy významná část mladých lidí trpí chudobou, rozpadem rodiny, nedostatkem sociální podpory, nedostatkem příležitosti ke vzdělání a následné problematice uplatnění na trhu práce.

Dále zpráva upozorňuje na zvýšený výskyt chronických onemocnění, jako je cukrovka a obezita. Každoročně umírá asi 30,5 tisíce mladých lidí díky rizikovému chování, kdy příčinou jsou především úrazy, otravy, násilí a sebevraždy (Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

Světová zdravotnická organizace (WHO) považuje adolescenty za samostatnou rizikovou skupinu. Slogan této organizace zní: „Klíčem ke zdraví dospívajících je jejich chování“ (Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

Výzkum ESPAD uvedl, že užívání alkoholu a návykových látek vede k dalšímu rizikovému chování, a to nejčastěji k agresivitě (zvláště u chlapců), záškoláctví a nechráněnému pohlavnímu styku (www.docplayer.cz).

V širším pojetí rizikového chování se jedná o ohrožování zdraví ve smyslu nezdravých návyků: nedostatečná výživa, špatné stravovací návyky, které mohou vyústit v poruchy příjmu potravy, nedostatek pohybu, vysedávání u počítače a televize. Velkým problémem dnešních adolescentů je kouření cigaret. Studie na toto téma odhalila, že nikotinismus v dospívání velmi koreluje s problémovým chováním (Turbin, 2000 in: Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

1.2.1 ABÚZUS NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Abúzus lze chápat jako nadměrné užívání či zneužívání drog, jež nepříznivě ovlivňuje vývoj organismu z hlediska tělesného i duševního. Toto chování často vede ke vzniku závislosti. Oproti tomu pojem úzus představuje užívání drog v přijatelném množství, u kterého nedochází k závislosti.

Mezi nejčastěji užívanou návykovou látkou mladistvými je nikotin, alkohol a marihuana. Některé zdroje považují nikotin a alkohol za vstupní bránu k tvrdým drogám.

Nikotinismus

Kouření je nebezpečné právě u adolescentů, a to z důvodu rychlého vzniku návyku. Hrubá, Kyasová (2001) uvádí, že více jak 80% dnes dospělých kuřáků začalo kouřit ve věku 11 až 17 let. U těchto mladých kuřáků se častěji vyskytují respirační nemoci a třeba chronické nachlazení. Nebezpečným faktorem je, že si dospívající neuvědomují nebo nepřipouštějí rychlost vzniku závislosti. (Hrubá, Kyasová, 2001).

Některé studie ukázaly, že 9 z 10 kuřáků začne kouřit před 18. rokem. Z toho tedy vyplývá, že drtivá část kuřáků započala svou závislost ilegálně a ve věku, kdy se sami

nedokázali odpovědně rozhodnout a zhodnotit tak všechna rizika spojená s kouřením. Průměrný věk 1. cigarety je kolem 10 let, další alarmující skutečností je vysoký podíl kouřících dívek. Na vznik nikotinizmu se z 80% podílejí vrstevníci (parta). Výrazný vliv mají i rodiče kuřáci (www.kurakovoplice.cz).

Alkohol

Alkohol je taktéž nebezpečnější pro adolescenty než pro dospělé. Dle Nešpora (2015) hrozí vyšší riziko i u příležitostného pití, onemocnění jater, protože nejsou schopna odbourávat alkohol v takové míře jako u dospělých a riziko onemocnění nervového systému. Velkým nebezpečím pro adolescenty je rychlý nástup závislosti při brzkém a častém pití alkoholu. Rizikovou skupinou mohou být mladí muži, jejichž otcové příliš holdují alkoholu a poskytují tak negativní vzor. Na děti a mladistvé myslí v tomto ohledu společnost, která je chrání zákonem, a to zákaz podávat alkohol osobám mladším 18 let. V případě podání alkoholu nezletilé osobě se tento čin stává trestným. Potrestána je osoba, která alkohol nezletilému poskytla, ať už rodiče či jiná osoba (www.akoholik.cz).

Konopné a jiné návykové drogy

Užívání konopných látek (marihuana, hašiš) mezi adolescenty není dnes nic mimořádného. Vznik rizik při užívání marihuany závisí na okolnostech, jako je věk první zkušenosti, frekvence užívání, duševní stav uživatele, účinky marihuany při prvním užití (Csémy, Kabiček, Hamanová, Kellerová, 2007).

Mezi další drogy užívané dnešními adolescenty se řadí halucinogenní houby, LSD, pervitin, extáze kokain a heroin. Užívání těchto látek vede ke zdravotním, sociálním, rodinným i finančním problémům.

U zdravotních důsledků se rozlišuje mezi abstinenčními příznaky a vlivem užívání drog na náš organismus. Zdravotní následky braní drog se projevují nespavostí, nechutenstvím, poruchami ledvin, jater, zraku, vyčerpaností, zhoršení paměti a reflexů.

Dále hrozí nákaza použitou injekční jehlou, například otrava krve, žloutenka i sexuálně přenosné choroby.

V sociální oblasti se jedná zejména o ztrátu kamarádkých vztahů. Závislý jedinec dává přednost droze před svými původními kamarády i před předchozími zájmy a porozumění nachází jen u jedinců užívajících návykové látky.

Důsledky drogové závislosti v rodinách bývají často negativní. Běžným zdrojem problémů v průběhu závislosti bývají pozdní příchody domů, ztrácení peněz, časté lži a podvody. Rodina se mnohdy jedince zřekne a není pak již ani po vyléčení navázán normální vztah (<http://www.infodrogy.estranky.cz>).

Základním zdrojem dat o užívání alkoholu a jiných návykových látkách ve školní populaci je projekt „Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách“ (ESPAD). Projekt je realizován napříč Evropou a probíhá v pravidelných čtyřletých intervalech se zaměřením na studenty ve věkové skupině 16 let. Cílem projektu je získání přehledu o situaci v oblasti užívání návykových látek u šestnáctiletých, srovnání trendů mezi evropskými státy a jako pomoc při protidrogové strategii a akčních plánů, a to jak na národní, tak i na nadnárodní úrovni.

Poslední studie ESPAD pro ČR byla zveřejněna za rok 2011, kdy bylo do projektu zapojeno celkem 3913 respondentů (ZŠ, G, SŠ, SOU).

V oblasti kouření bylo zjištěno, že 72,5% respondentů zkusilo kouření, 25,7% tvoří denní kuřáky, změna byla zaznamenána u silných kuřáků, a to v pohlaví. V roce 2007 byly silnými kuřáky více dívky, zato v roce 2011 zase chlapci. Celkový výskyt u denního a silného kouření oproti roku 2007 vzrostl o necelá 2 procenta.

Konzumaci alkoholu přiznalo celkem 97,9% šestnáctiletých studentů. Pravidelné konzumenty alkoholu tvoří 58,3% studentů, což znamená mírný nárůst oproti roku 2007. Mezi nejoblíbenější alkoholický nápoj patří pivo (56,4%), destiláty (30,1%), víno (22,6%) a alkopops (21,9%).

Nejčastěji užívanou drogou jsou konopné látky, tj. marihuana nebo hašiš, které užilo v životě 42,3% dotázaných. 22,5% z nich užilo tuto drogu více jak 20 krát v životě. V pořadí druhou nejčastěji užitou nelegální drogou byly halucinogenní houby (6,9 %), následně LSD, jiné halucinogeny (5,1 %) a extáze (3,3 %). Zkušenost s pervitinem nebo

amfetaminy v životě uvedlo 1,9 % dotázaných, s heroinem nebo jinými opiáty 1,4 % a s kokainem 1,1 % studentů. Výzkum ukázal snižující se trend oproti roku 2007, a to u všech uvedených drog.

Ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi zaujímá Česká republika prvenství v kouření. Důvodem může být i snadná dostupnost, která byla taktéž ve výzkumu prokázána.

Alkohol je běžnou formou chování v mnoha zemích Evropy. Za velmi snadné obstarat si alkohol považují studenti Česka, Dánska, Německa i Řecka. Nejméně snadné obstarat alkohol je v Albánii a na Islandu.

U užívání návykových látek se ČR řadí ke státům s nižším výskytem návykového chování. Ovšem významný rozdíl byl zaznamenán v případě užití konopných látek, které v roce 2011 uvedlo 42 % českých studentů oproti 17 % studentů z celé Evropy (www.docplayer.cz).

1.2.2 PROJEVY V PSYCHOSOCIÁLNÍ OBLASTI

V psychosociální oblasti se rizikové chování projevuje sociální maladaptací, problémovým chováním, které souvisí s konfliktními situacemi a poruchami vztahů. Do této roviny spadá agresivita, delikvence a kriminalita, ale i autoagresivita – sebepoškození, popřípadě až sebevražedné myšlenky, pokusy nebo i dokonaná sebevražda (Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

Delikvence

Delikventní chování představuje činnost porušující zákonné a jiné formy chování, čímž způsobuje společnosti nebo jedinci újmu. Jde tedy o trestnou činnost. Dle statistik MV ČR byli v roce 2011 mladiství stíháni především za majetkovou trestnou činnost, násilnou činnost, mravnostní delikt a dokonce 8 jedinců za vraždu (Nielsen Sobotková a kol., 2014).

Autoagresivita

Dle Kulhánka (2015) se sebepoškozování objevuje nejčastěji u adolescentů mezi čtrnáctým a osmnáctým rokem. Pohnutkami k sebepoškozování mohou být vnitřní psychické bolesti, snaha upoutat pozornost nebo potřeba odlišovat se od ostatních. Jedinec, jenž experimentuje s vlastním tělem a praktikuje sebepoškozování, si může vytvořit návyk – závislost. Při stavech napětí se jedinec např. pořezá, což mu přináší pocit uvolnění. Dochází k postupnému zohavování těla, což významně ovlivňuje jedincovo sebevědomí. V českých pramenech bývá uváděn výskyt sebepoškozování v běžné populaci dospělých jedinců 4 %, u psychiatrických pacientů 21%, celoživotní prevalence u psychiatrických adolescentních pacientů je až 60 % (www.sancedetem.cz).

Formy sebepoškozování u adolescentů mohou být rozmanité. Častým způsobem je řezání, hluboké škrábání, vytrhávání vlasů, kousání, údery hlavou, přehnaný piercing. Jedinci během autoagrese nepocítují žádnou bolest, což v některých případech může vést až k ohrožení života. Někteří adolescenti provozující sebepoškozování trpí psychickými problémy, jako je deprese, psychóza, posttraumatické stresové poruchy a bipolární poruchy. Může také dojít k „hraniční poruše osobnosti“ v dospělosti (www.aacap.org).

1.2.3 RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ V REPRODUKČNÍ OBLASTI

Rizikové reprodukční chování v obecné rovině představuje dle Hamanové (2005) především předčasné zahájení pohlavního života a s tím související střídání partnerů, nepoužívání antikoncepce, přenos pohlavních nemocí a nechtěné těhotenství (<http://www.detskylekar.cz>).

Termín reprodukční zdraví nemá jednoznačnou, obecnou definici. Většinou jde o prolínání obecné definice zdraví s definicí sexuálního zdraví.

První obecněji uznávaná definice Světové zdravotnické organizace (WHO) je: *„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jen nepřítomnost nemoci nebo vady.“* Tato obecná definice zdraví byla postupně aplikována na lidskou reprodukci.

V roce 2002 se definice sexuálního zdraví WHO již rozrostla na delší text: „*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 partnerství, stejně jako schopnost mít uspokojení z bezpečného sexu prostého nátlaku, diskriminace a násilí. Aby bylo sexuální zdraví dosaženo a udrženo, musí být sexuální práva všech osob respektována, chráněna a naplňována*“ (www.planovanirodiny.cz).

Machová, Hamanová (2002) vidí reprodukční zdraví ve schopnosti plodit, otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě, zahrnuje také průběh těhotenství, nitroděložní vývoj nového jedince a porod. Ženy mají podstatně větší biologickou úlohu, tzn. od početí přes vývoj jedince až po porod. U mužů se jedná o úlohu oplodnění a dále plní emocionální a sociální úlohu (Machová, Hamanová, 2002).

Za poruchu reprodukčního zdraví se považuje sterilita (neplodnost) a stavy, které znamenají nepravidelnosti a patologie těhotenství. Do patologie těhotenství se řadí samovolný potrat, mimoděložní těhotenství, předčasný porod, vícečetné těhotenství, porod mrtvého dítěte nebo dítě s vrozenou vývojovou vadou (Machová, Hamanová, 2002).

Pro většinu lidí je reprodukční zdraví podmnožinou sexuálního zdraví. Někteří autoři vymezují pojmy reprodukční a sexuální zdraví jednotlivě.

Havlín jednotlivé pojmy definuje takto:

Reprodukční zdraví = „*schopnost se úspěšně, bezproblémově množit, čili mít děti kdy si přeji bez lékařské pomoci*“.

Sexuální zdraví = „*spokojenost s celým sexuálním životem, koitálními i nekoitálními aktivitami*“ (www.planovanirodiny.cz).

Dle Colemana (2001) je k dosažení a udržení sexuálního zdraví nezbytné uznání a respektování sexuálních práv. Sexuální práva definoval XIII. světový sexuologický kongres ve Valencii v červnu 1997. Mezi sexuální práva se řadí právo na sexuální svobodu, které vylučují všechny formy donucování, vykořisťování a zneužívání. Právo na objektivní a pravdivé informace o sexuálním životě, na srozumitelnou sexuální

výchovu a právo na autonomní rozhodování o vlastním sexuálním životě v etickém rámci (Colemana, 2001: in Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

Po vymezení pojmu reprodukční a sexuální zdraví je vhodné ještě vymezit pojem sexualita. Dle Strasburgera (1991) znamená sexualita schopnost navázat a udržet intimní vztah na bázi vzájemného dávání (Strasburger, 1991 cit. dle Machové, Hamanové, 2002).

Dle Pondělíčkové – Mašlové (1990) plní sexualita funkci reprodukční, slasti, partnerského vztahu a funkci komunikační, která je pojata jako intimní komunikace při splynutí těl. Sexualita je součástí našeho života, odlišuje naše vztahy, je základem pro vznik lásky, manželství, z něhož se rodí děti (Pondělíčková – Mašlová, 1990).

1.3 OCHRANNÉ A RIZIKOVÉ FAKTORY RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ

Faktory ochranné a rizikové jsou různého druhu, byly statisticky prokázány a obecně jsou dobře známé. Hamanová (2014) vidí problém ve využívání faktorů jak ochranných, tak rizikových v oblasti prevence. Uvádí, že poměr těchto faktorů určuje, zda se vyvine syndrom rizikového chování. Protektivní (ochranné) faktory mohou účinně vyvažovat působení faktorů rizikových, mají tedy ochranný vliv přímý, ale také nepřímý – oslabují působení rizikových faktorů (Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

Individuální faktory

Mezi rizikové individuální faktory se řadí zkušenost dospívajícího se zneužíváním a týráním v předchozím dětství. V adolescenci malá sebedůvěra a sebeúcta. Určitý vliv mají chronické nemoci nebo handicapy, například poruchy sluchu, syndrom hyperaktivity. Nejasná budoucnost, obecná beznaděj týkající se života.

Ochrannými faktory jsou schopnosti vyrovnat se s případnými negativními zkušenostmi v dětství. Patří sem pěstování sebeúcty a sebedůvěry u dospívajících, dovednosti sociální a vlastní sebekontrola, vhodní přátelé, chápání významu vzdělání, vytvoření si vidiny budoucnosti a netolerantnost vůči negativním sociopatogenním jevům.

Rodinné faktory

Rodina plní zásadní úlohy v rozvoji dítěte. Za rizikové se považují situace, kdy se v rodině užívají návykové látky, nedostatečná komunikace mezi členy rodiny, extrémní výchova rodičů, která je na jedné straně příliš benevolentní a na straně druhé příliš autoritativní.

Naopak ochranným jednáním rodiny je vzájemná otevřená komunikace. Rodina, kde panují pozitivní vztahy, vzájemný respekt a podpora. Rodina přijímá jedince takového, jaký je. Za nejméně rizikovou rodinu se považuje střední sociální třída.

Společenské faktory

Negativní vliv na jedince nese společnost s vysokou nezaměstnaností, což následně vede k chudobě a může vézt k chování mimo normu společnosti, ve které normy a zákony umožňují příležitost k nelegálním činnostem (přístup ke zbraním, dostupnost drog apod.).

Od společnosti se tedy očekávají obecně platné normy a zákony, silná sociální kontrola a sankce za přestupky, kvalitní školy nabízející vzdělání i volnočasové aktivity, pozitivní vzory ve společnosti (Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

Nově byly rizikové a ochranné faktory rozšířeny o oblast psychosociální a sociální, které byly uspořádány do čtyř klíčových oblastí: rodina, vrstevníci, škola a okolí. Tyto oblasti se pak promítají do schématu rizikových a ochranných faktorů:

1. Ochranné faktory: vzory, dohled a podpora.
2. Rizikové faktory: vzory, příležitosti a zranitelnost.

V případě oblasti rodiny budou mezi ochrannými faktory:

- Vzory: rodiče jsou zapojeni do pozitivních, prosociálních činností.
- Dohled: nesouhlas rodičů s rizikovým chováním je se sankcemi.
- Podpora: zájem a podpora rodičů směrem k adolescentovi.
- Rizikové faktory v oblasti rodiny:

- Vzory: problémové chování rodičů (nikotinismus, zvýšená konzumace alkoholu).
- Příležitosti: dostupnost alkoholu, cigaret v rodině.
- Zranitelnost: především tenze (napjaté vztahy) v rodině (Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

V současné době je viděn problém v nedostatečných preventivních programech. Programů existuje velké množství, ovšem mnohé z nich vycházejí ze zjednodušených předpokladů a jsou zatíženy neznalostí vývojových zvláštností dospívání. Programy také bývají ohraničené jedním problémem, jako např. nikotinismus, zneužívání drog nebo tzv. nechráněný sex. Ovšem rizikové chování bývá výsledkem souhry řady konkrétních faktorů u konkrétního adolescenta. Za ideální tedy považují věnovat pozornost konkrétní osobě, jejím problémům, vývojovým potřebám, ale současně se zaměřit i na širokou škálu možných příčin (Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

Dle Friedmana (2000) je zapotřebí uplatňovat holistický princip, tj. biopsychosociální přístup k dospívajícímu. Jde tedy o celkové zdraví, včetně mentálního a správného osobnostního vývoje. Dospívání je obdobím dospívání, proto je nezbytné sledovat oblast somatickou, intelektovou, duchovní, emocionální, sociální aj. Dále Friedman apeluje, aby preventivní programy vycházely z ověřených výzkumů, a tím budou moci být zpětně vyhodnocovány (Friedman, 2000 in: Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

2 REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ V POZDNÍ ADOLESCENCI

Na začátku této kapitoly bych nejprve přiblížila reprodukční změny, které se odehrávají v období pozdní adolescence. V čase pozdní adolescence se dokončuje tělesný vývoj jedince, jenž se projevuje zrychleným vývojem sekundárních pohlavních znaků – ochlupení v oblasti genitálií, axilární ochlupení, u dívek se dokončuje vývoj mléčných žláz, chlapcům rostou vousy, končí hlasová mutace (Machová, Hamanová, 2002).

Tělesné proporce v pozdní adolescenci mají parametry dospělého člověka. Lepší se koordinace pohybů, jemná motorika, dospívající lépe zvládají činnosti vyžadující sílu. Jejich mozek kolem sedmnáctého roku dozrává. Pro obě pohlaví znamená toto období ukončení růstu těla a dosažení plné schopnosti reprodukce (Vašutová, Panáček, 2013).

Sexuální vývoj

V období mezi patnáctým až devatenáctým rokem se u většiny dospívajících výrazně množí sexuální zkušenosti. Anglický psycholog Schofield (1988) popsal průběh sexuálního vývoje v pozdní adolescenci do pěti stádií:

- Malý nebo žádný kontakt s druhým pohlavím, občasné schůzky, avšak bez líbání.
- Lehký petting, do kterého spadá líbání a často i dráždění prsů přes šaty.
- Intenzivní petting projevující se přímým drážděním prsou, manuálním drážděním pohlavního ústrojí, ale žádný koitus.
- Pohlavní spojení s jedním partnerem.
- Pohlavní styky s více než jedním partnerem.

Psychosexuální vývoj dívek se liší od vývoje chlapců. Po patnáctém roce mají u dívek schůzky s partnerem častější sexuální projev než u chlapců. Prvním specifickým sexuálním kontaktem bývá polibek, ke kterému dochází právě při prvních schůzkách. Mezi patnáctým a sedmnáctým rokem mají dívky více zkušeností s lehkým pettingem než chlapci stejného věku. V následujících dvou letech se rozdíl se zkušenostmi zmenšují. Zde se projevuje přirozená agresivita chlapců, kteří oproti dívkám rychleji přechází z intenzivního pettingu k pohlavnímu spojení. Dívky více hledají u partnerů citové pouto, zato chlapci uspokojení sexuálního pudu.

Milostné vztahy mezi adolescenty zpravidla okolí označuje jako naivní, romantické. Těmto vztahům se nepřipisuje hloubka a kvalita, proto termín „partnerský vztah“ není příliš vhodný. Intimní vztahy adolescentů bývají krátkodobé s rychlým střídáním chování. Tyto vztahy se v západních zemích označují za raně partnerské (Schofield, 1988 in: Vašutová, Panáček, 2013).

Brichcín (2014) popisuje vývoj sexuality v období adolescence postupně. V časně adolescenci jedinci neprokazují úplnou sexualitu. V tomto čase se probouzí zejména potřeba atraktivity. Vysílají signály do okolí, například chlapci předvádějí osobní obratnost, důvtip, odvážnost. Dívky se zase snaží imponovat vlastním zevnějškem.

Ve střední adolescenci ještě nejsou schopni párové vazby, pravé romantické vášně. Ovšem už se objevují stavy tzv. citového poblouznění. Jedinci tedy procházejí ještě nezralou pohlavní láskou.

Teprve v pozdní adolescenci nastane propojení intimního sexuálního chování s uskutečňováním vlastního zájmu. Mladé ženy už bývají náročnější a vnímavější k mužskému dvoření (Brichcín, 2014 in: Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

Sexuální orientace

Přetrvávající celoživotní stav citové a erotické preference osob, objektů a způsobů, s nimiž jedinec dosahuje sexuálního uspokojení. Většinou sexuální orientací je heterosexuální a menšinou homosexuální. Není možné si sexuální zaměření volit, jedná se o zcela neovlivnitelnou vývojovou záležitost (Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

Příčiny homosexuality nejsou ještě dnes zcela jasné. Do roku 1961 byla homosexualita dokonce chápána jako trestný čin. A teprve od roku 1992 byla homosexualita vyškrtuta ze seznamu Mezinárodní klasifikace nemocí (Vašutová, Panáček, 2013).

Vědecký časopis *The Quarterly Review of Biology* uvedl, že homosexualitu způsobuje hormonální nerovnováha v těhotenství. Dle výzkumníků dochází ke vzniku homosexuality již v embryonálním období. Kritickým okamžikem je 8. týden těhotenství, kdy se vyvíjí mozek zárodku. Předpokládanou příčinou je konfliktní reakce hormonálního a imunitního systému matky a jejího plodu. Tato neadekvátní reakce zřejmě způsobí vznik homosexuality. Výsledkem je, že se mužskému zárodku začne vytvářet mozek ženského typu a narodí se tak gay a naopak (www.psychologie.cz).

Švédští výzkumníci (Savic, Lindström, 2008) sledovali mozky homosexuálů, protože je známo, že mozek ženy a muže funguje jinak. Výzkum za pomoci magnetické rezonance

ukázal, že při řešení stejného úkolu je u žen zapojena jiná část mozku než u mužů. Výzkum zjistil, že mozek homosexuálních mužů funguje podobně, jako mozek ženy. U homosexuálních žen je tomu naopak. Stejně dopadlo šetření s emoční oblastí mozku a s asymetrií mozku (www.sciencedaily.com).

K rozpoznání sexuální orientace mohou pomoci obsahy erotického snění, ale hlavně směřování zamilovanosti k osobám různého věku, vlastního nebo opačného pohlaví. Sexuální zaměření lze objektivně zaměřit dle změn prokrvení penisu při krátkém vystavení jedince obrázkům mužských, ženských, dětských. Tyto testy pomáhají upřesnit preference sexuálních objektů (Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

Poruchy pohlavní identity

Poruchy pohlavní identity se vyskytují poměrně zřídka, přesto bych se o nich zmínila, protože jsem se již dvakrát během mé krátké učitelské praxe s touto poruchou setkala.

Dle Mezinárodní klasifikace (MKN-10) se jedná o rozpor mezi biologickým pohlavím a pohlavní identitou. Poruchy pohlavní identity jsou zahrnuty pod označením F 64. Jedná se o tři diagnózy – transsexualismus, transvestitismus a poruchy pohlavní identity v dětství.

Transsexualismus je porucha, při které má jedinec touhu žít a být akceptován jako člen opačného pohlaví. Tito jedinci si velmi přejí prostřednictvím chirurgické a hormonální léčby dosáhnout co největší shody s preferovaným pohlavím.

V období adolescence je velice obtížné stanovit tuto diagnózu vzhledem k hormonálním výkyvům. Rizikové právě u adolescentů je jakákoli odlišnost od představy normality, která je provázána úzkostmi, pocity beznaděje a depresivitou. Adolescenti s poruchou pohlavní identity jsou nejrizikovější skupinou z hlediska sebevražedného jednání (Janošová, 2008).

2.1 RIZIKOVÉ FAKTORY POHLAVNÍHO ŽIVOTA V DOSPÍVÁNÍ

Za rizikové faktory v oblasti reprodukce se považují faktory biologické, psychosociální a nezralá motivace pro intimní vztah.

Rizikové faktory biologické

Předčasné zahájení pohlavního života je nebezpečné především pro dívky. Dozrávání imunitního systému a dozrávání sliznice děložního čípku nastává kolem 18. roku věku. Organismus mladé dívky se nedokáže dostatečně chránit proti pohlavním chorobám jako organismus dospělé ženy. Proto právě do 18 let je žádoucí, aby vývoj pohlavních orgánů nebyl narušen škodlivými vlivy a proběhl jako příprava na reprodukci v dospělosti (Machová, Hamanová, 2002).

Také Klaudia Dvořáková (2009) upozorňuje na riziko sexuálních aktivit před 16. rokem věku, které vedou ke vzrůstajícímu počtu výskytu pohlavních nemocí (www.klinickafarmakologie.cz).

Velkou hrozbou, zvláště pro nezralou sliznici děložního čípku je nákaza HPV viru (Human Papilloma Virus). Z velkého počtu existujících typů HPV se přenáší pohlavním stykem asi 40 druhů a cca 15 z nich se považují za onkogenní. To znamená, že tyto typy viru mohou zapříčinit vznik rakoviny děložního čípku. Virus HPV se přenáší sexuálním kontaktem, tj. pohlavním stykem i kontaktem kůží infikovaného partnera v okolí genitálií.

Velká část žen (okolo 75%) se ve svém životě setká s virem HPV onkogenního typu, ovšem to neznamená, že vždy povede ke vzniku rakoviny děložního čípku. Z velké části případů si s virem HPV poradí imunitní systém ženy (www.gsk.cz).

Sláma (2011) vidí přínos v primární prevenci, která spočívá v profylaktické vakcinaci proti HPV viru. Tato vakcinace je především určena ženám, které se ještě nesetkaly s HPV virem, tj. dívky, které ještě pohlavně nežijí. Vakcinace je též doporučována ženám sexuálně aktivním.

V současnosti jsou dostupné dvě odlišné očkovací látky – bivalentní vakcína Cervarix a kvadrivalentní vakcína Silgard. V klinických studiích byla u obou prokázána bezpečnost a dostatečná imunogenita (www.pediatricpropraxi.cz).

Rizikové faktory psychosociální

Hamanová (2014) vidí problém v osobní nezralosti. Úkolem dospívajících je najít vlastní identitu. Jedinec, který vlastní identitu teprve hledá, nezná dostatečně sám sebe, a proto není schopen vytvoření trvalejšího, hlubšího partnerského vztahu. Z vývojového hlediska je nutné projít fází vlastní identity a po té může jedinec přejít k fázi intimity. Pro období dospívání je typické časté střídání partnerů a tím se zvyšuje riziko pohlavně přenosných chorob.

Začátek sexuálního života může být pro jedince velice silným zážitkem, jenž může nesnadný proces tvorby identity narušit nebo i zastavit. Hamanová (2014) uvádí příklad dlouhodobé studie u 820 dospívajících z Belgie, ze které je patrné, že dospívající, kteří odložili počátek sexuálního života až po 18. roku hodnotí svou psychosociální situaci v dospělosti pozitivně (Hamanová, 2014 in: Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

Stupeň osobní zralosti se odráží i na zodpovědném přístupu k sexuálnímu životu. Nezodpovědný přístup v používání ochrany bývá zpravidla u velmi mladých a promiskuitních jedinců. Některé práce upozorňují na fakt, že ochrana proti infekci a používání antikoncepce je v dospívání až desetkrát častější než v dospělosti (Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

Riziko v nezralé motivaci pro intimní život

Motivací k prvnímu pohlavnímu styku jedince může vést tlak vrstevníků nebo nedostatečné citové prožívání. Studie Rabocha (1996) poukázaly mezi lety 1986 – 1994 na významnou změnu v motivaci k pohlavnímu prvnímu styku, zvláště u dívek. V počátku výzkumu dívky uváděly, že motivací k zahájení sexuálního života byl nátlak partnera. Další častou motivací k pohlavnímu životu je společenský tlak vrstevníků, kdy

se jedinci, kteří ještě pohlavně nežijí, mohou v očích vrstevníku jevit jako nenormální (Raboch, 1996 in: Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

Holčík (2013) upozorňuje, že i tlak z komerční sféry může svým způsobem ovlivnit rozhodnutí dospívajících k předčasnému zahájení pohlavního života, protože jim zprostředkovávají sexualitu poutavým pohledem a pro dospívající zajímavou formou. Bohužel informovanost dospívajících o zdravotních rizicích bývá často nedostačující a zkreslující (Holčík, 2013 in: Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

Negativní vliv je viděn i v médiích, a to jak elektronických, tak tištěných. Média vyvíjejí tlak na mládež tím, že vytváří nesprávný dojem o veřejném mínění normalnosti raného sexuálního života (Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

2.2 VÝZKUMY V REPRODUKČNÍM CHOVÁNÍ

V České republice probíhá významný projekt mapující sexuální chování populace. Tento projekt pod vedením Zvěřiny a Weise se uskutečňuje od roku 1993 v pětiletých intervalech.

Odborným garantem všech čtyř opakování byl Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, terénní výzkum provedla demoskopická agentura DEMA. Dotazováno bylo celkem 1 719 osob (v roce 1993), 2 003 osob (v roce 1998) a 2 000 osob (v roce 2003 a v roce 2008) (www.urologiepropraxi.cz).

Výzkum se zabývá věkem prvního pohlavního styku, užíváním antikoncepce při prvním styku, počtem sexuálních partnerů. Dále se dotýká oblasti masturbace, sexuálních aktivit, sexuálních poruch, sexuálního násilí. Zjišťuje názory populace na homosexualitu, interrupci, a to jak dospívající získávají informace o sexualitě.

Z výzkumů vyplývá, že počátek pohlavního života se neurychluje. Zároveň se nemění ani věk (15. rok života) prvních schůzek, zamilovanosti a prvních polibků. To platí i pro první petting, který bývá zahájen u mužů i žen okolo 17. roku věku. První vztahy, které přetrvávají více, jak šest měsíců jsou navazovány kolem 18. roku věku jak u žen, tak u mužů.

Výzkum dále ukázal, že věk prvního pohlavního styku je v podstatě neměnný, pohybuje se okolo 18. roku věku jak u žen, tak u mužů. V oblasti antikoncepce při prvním pohlavním styku jsou vidět pozitivní změny. Vzrůstá počet jedinců užívajících kondom (35% za rok 2008 oproti roku 1993 pouze 19%), přesto to není stále statisticky optimistický výsledek. Antikoncepci s náhodným partnerem nikdy nepoužilo 37% žen a 47% mužů. Antikoncepci považují ženy i muži za nutnou, a to v 72%. Nejoblíbenější metou jsou antikoncepční pilulky a kondom.

Vůči homosexualitě je naše populace vstřícnější. Ještě v roce 1993 byla homosexualita považována z 40% za nemoc, v roce 2008 je homosexualita viděna jako přirozený jev (38%) a odchylka, která neškodí (30%).

Interrupci považují ženy (60%) za svobodné právo a jako nepřístupný zákrok pouze 5% žen. Obdobně interrupci vnímají i muži (www.urologiepropraxi.cz).

Výzkumy zaměřené na rizikové reprodukční chování dospívajících jsou rovněž realizované i v jiných státech. Například v roce 2002 proběhl výzkum zaměřený na australské středoškoláky. Výzkum byl cílen na rizikové reprodukční chování - pohlavní choroby a nechtěné těhotenství. Výsledky nebyly příliš pozitivní. V oblasti ochrany před pohlavními chorobami bylo zjištěno, že kondom při prvním styku s novým partnerem užilo jen 40% dotázaných a při delší známosti již ochranu nepoužívají. Více než polovina těch, kteří užívají antikoncepční pilulku se nechrání před pohlavními chorobami kondomem. Přibližně polovina všech těhotných adolescentek otěhotní během prvních šesti měsíců sexuální aktivity (www.betterhealth.vic.gov.au).

Výzkum amerických středoškoláků, který byl realizován v roce 2013, sledoval počet pohlavně žijících studentů, způsob ochrany a výskyt HIV infekce. Bylo zjištěno, že 47% respondentů již někdy měli pohlavní styk, 34% měli pohlavní styk za poslední 3 měsíce a z těchto respondentů se 41% při styku nechránilo kondomem. Dále výzkum ukázal, že 15% z pohlavně žijících respondentů mělo pohlavní styk se čtyřmi nebo více partnery během jejich života. Téměř u 10 000 mladých lidí (ve věku 13-24) byla v roce 2013 diagnostikována ve Spojených státech infekce HIV (www.cdc.gov).

3 DŮSLEDKY RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ V OBLASTI REPRODUKCE

Rizikové reprodukční chování v dospívání přináší určitá rizika. Především nechtěná těhotenství a tím i mnohdy umělé interrupce a jejich zdravotní a sociální dopady. Velkou hrozbou je střídání sexuálních partnerů, a tím i hrozba pohlavně přenosných chorob.

3.1 TĚHOTENSTVÍ V ADOLESCENCI

Jedním z důsledků rizikového chování adolescentů je těhotenství. Za příčiny předčasného těhotenství se považují zejména nízká úroveň biopsychosociálního vývoje dospívajících, jejich nedostatečné (nedokončené) vzdělání a dovednosti. Zejména kolem 15. roku věku mladiství nedokáží myslet dopředu a jednat plánovitě, chování je impulzivní, a proto nejsou schopni systematické antikoncepce. Další příčinou jsou psychosociální podmínky v rodině a mezi vrstevníky. Tyto podmínky hrají roli v předčasném sexuálním životě, snaze vyrovnat se vrstevníkům, demonstrování dospělosti, naplnění emočních potřeb, zvláště u dívek (Peach, Harris, Bielby, 1994 in: Machová, Hamanová, 2002).

Pohledem Hamanové (2002) se dají rizika těhotenství rozčlenit na rizika dospívající matky, rizika pro dítě a pro rodinu.

Rizika pro dospívající matku

Organismus dospívající dívky vyžaduje přísun některých látek jako je železo, vápník, vitamíny, zároveň klade nároky na vývoj regulačních funkcí, imunitu, apod. Ovšem podobné nároky vyžaduje také vyvíjející se plod během těhotenství, což se může negativně odrazit na organismu matky. Může docházet k nedostatku železa, k hypertenzi. Porodní mortalita u mladých adolescentek je třikrát vyšší než u žen s ukončeným biologickým vývojem.

Rizika pro mladistvou matku bývají i v sociální oblasti. Obvykle tyto dívky studují a v těhotenství studia přeruší nebo zanechají. Většinou se již ke studiu nevrátí, což se dále odrazí v jejich budoucnosti, nezískání kvalifikace ekonomicky ovlivní jejich další život (Machová, Hamanová, 2002).

Některé dospívající dívky řeší tuto situaci umělým přerušením těhotenství, které ovšem může představovat určitá rizika. Ze zdravotního hlediska se jedná o zcela nepřirozený zákrok pro organismus. Za velmi rizikový se považuje zákrok kolem 12. týdne těhotenství, kdy plod je o velikosti 9 centimetrů. Při zákroku může dojít k bezprostřednímu poškození, např. k otevřené krvácející ráně v děloze, což může vést ke vzniku pánevního zánětu s rozšířením na vejcovody a vaječníky. Toto poškození může mít dlouhodobé následky na reprodukční zdraví. Rizikem je i poškození hlubší vrstvy dělohy, které se může do budoucna projevit neschopností uhnízdění zárodku či donošení plodu.

Druhým rizikem pro ženu je hledisko psychické. Většina žen, která si jako řešení zvolí interrupci, prožívají tuto událost jako psychické trauma. Ženy zpravidla pociťují po zákroku úlevu, avšak po stresující události se může dostavit posttraumatická reakce. Příznaky této reakce se mohou dostavit krátce po zákroku, anebo také po několika měsících. Tyto příznaky nesou název tzv. postabortivní syndrom. Příznaky tohoto syndromu se nemusí u všech žen projevit a zároveň se nemusí dostavit všechny příznaky charakteristické pro tento syndrom.

Projevy postabortivního syndromu:

- Stavby lítosti, úzkosti, pocitu viny při vzpomínkách na událost.
- Pocit viny se může změnit v pocit ukřivdění. Žena má tendenci vinit otce dítěte a v některých případech i lékaře, jež zákrok provedl.
- Dalším symptomem je změna postoje k sexuálnímu životu. Mohou vznikat poruchy sexuálního života, někdy může nastat i obrat k frigiditě.

Psychické důsledky nelze zobecňovat. Většina žen, která podstoupila interrupci, nemá výrazné psychopatologické obtíže. Jiný postoj k interrupci má žena, která již děti má a jinak žena bezdětná nebo neprovdaná. Nejhuře nesou interrupci ženy, které byly k zákroku donuceny, buď sociálním vlivem, okolím nebo dokonce partnerem.

Interrupce je provedena, i když žena s tímto zákrokem vnitřně nesouhlasí. U dospívajících jsou popisovány pozdní reakce zvláště kolem výročí potratu nebo data, kdy by se dítě bylo narodilo (Machová, Hamanová, 2002).

Umělé přerušování těhotenství (lat. interruptio graviditatis, interrupce) je záměrný zákrok, který ukončuje těhotenství. Potraty se člení na samovolné neboli spontánní a umělé neboli umělé. Umělé potraty mohou být legální – v mezích zákona a nelegální – provedené mimo zákon.

V roce 1957 vstoupil u nás v platnost zákon č. 68/1957 Sb., o umělém přerušování těhotenství. Umělé přerušování bylo provedeno ze zdravotních důvodů nebo na žádost ženy, a to do 12. týdne těhotenství. O ukončení těhotenství mohla žena požádat a následně musela své důvody vysvětlit před tzv. interrupční komisí. Vyhláška č. 71/1973 Sb. umožnila interrupci do 24. týdne těhotenství při prokázání těžkého poškození plodu. Vyhláška rozšířila tento zákon o indikace genetické. Od 1. ledna 1987 vstoupil v platnost zákon č. 66 ze dne 20. října 1986 o umělém přerušování těhotenství. Ženy již nemusí uvádět důvod interrupce, což umožnilo provést v časném stádiu těhotenství tzv. miniinterrupci.

Podmínky k umělému přerušování těhotenství adolescentních dívek jsou obsaženy v zákonu č. **66/1986 Sb.**

„Dle § 5 je na žádost o přerušování těhotenství u ženy do věku šestnácti let třeba souhlasu zákonného zástupce, popřípadě toho, jemuž byla svěřena do výchovy. Souhlas zákonného zástupce se vyžádá též k umělému přerušování těhotenství této ženě ze zdravotních důvodů. Je-li k umělému přerušování těhotenství třeba souhlasu zákonného zástupce, uvede se jeho souhlas ve zdravotnické dokumentaci“.

„Dle § 6 o umělém přerušování těhotenství na žádost ženy ve věku od šestnácti do osmnácti let uvědomí zdravotnické zařízení jejího zákonného zástupce neprodleně po provedení výkonu vhodným způsobem ústně nebo písemným oznámením do vlastních rukou“.

„Dle § 7 musí zdravotnické zařízení, ve kterém bylo uměle přerušeno těhotenství, podat o tom do pátého dne každého měsíce hlášení krajskému ústavu národního zdraví pro

statistické zpracování. Obdobné hlášení zasílá toto zařízení okresnímu odborníkovi pro obor gynekologie a porodnictví příslušnému podle místa trvalého pobytu ženy“.

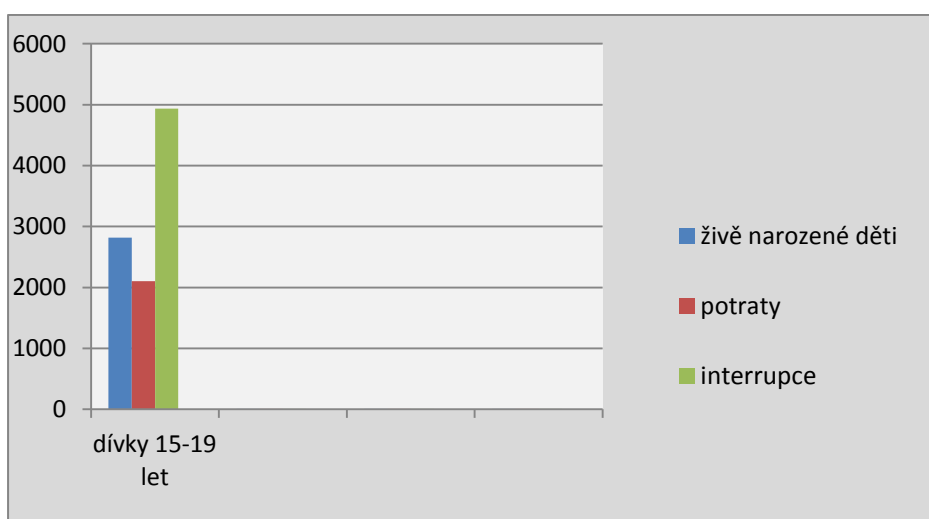
„Dle § 8 všichni zúčastnění pracovníci jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dověděli v souvislosti s umělým přerušením těhotenství, a šetřit oprávněné zájmy ženy“ (www.portal.gov.cz).

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) vydal zprávu za rok 2013, kde mimo jiné jsou uvedeny počty živě narozených dětí, potratů a interrupcí u žen ve věku 15-19 let (graf č. 1).

Dle zprávy ÚZIS (2013) počet živě narozených dětí u dospívajících ve věku 15-19 let rapidně klesl. V roce 1993 bylo zaznamenáno 19 062 živě narozených dětí a ještě i v roce 1995 byl počet v celku vysoký (10 595 dětí). V následujících letech se tento počet výrazně snižoval. Rok 2013 byl rokem s nejnižším počtem živě narozených dětí právě u dospívajících (2816 živě narozených dětí).

Tento klesající trend byl zaznamenán i v počtu potratů a interrupcí. V roce 1993 se uskutečnilo celkem 29 806 interrupcí a za rok 2013 4932 interrupcí. Samovolných potratů bylo za rok 2013 zaregistrováno 2103 (www.uzis.cz).

Graf č. 1: Počet živě narozených dětí, potratů a interrupcí za rok 2013 u žen ve věku 15-19 let.



Markantní pokles počtu těhotenství a interrupcí v posledních 20 letech ovlivnila sexuální otevřenost a dostupnost antikoncepce.

Dnešní doba nabízí dívkám širokou škálu antikoncepčních metod. Dle Geržové (2007) je neúčinnější a nejpobulárnější antikoncepční metodou u dospívajících dívek orální kombinovaná kontracepce (COC). Účinek COC spočívá v inhibici ovulace, zahuštění cervikálního hleny a atrofizaci sliznice děložní. Kontraindikací této metody je žilní trombóza, hypertenze, těžká migréna, diabetes mellitus s cévními změnami.

Dalšími antikoncepčními metodami jsou bariérové metody, mezi často užívané mladými páry se řadí kondomy. Mezi méně užívané metody dospívajícími je nitroděložní tělísko nebo injekční kontracepce (www.pediatricpropraxi.cz).

Rizika pro dítě

Novorozenci mladistvých matek bývají častěji nedonošené, mají nízkou porodní váhu, než u pohlavně dospělých matek. Objevují se komplikace v perinatálním období, ale i později – syndrom náhlého úmrtí kojence.

Nedostatečná péče matky o dítě může mít vliv na poruchy v psychosociálním vývoji dítěte. Předčasné těhotenství může souviset s dalšími oblastmi syndromu rizikového chování, tj. především pohlavních nemocí, která často zapříčiní novorozeneckou úmrtnost. Nákaza se děje transplacentárním přenosem, během porodu nebo mateřským mlékem při kojení (Machová, Hamanová, 2002).

K nechtěnému těhotenství často vede užíváním návykových látek. Závislé matky obvykle přicházejí ke gynekologickému vyšetření v pokročilém stádiu gravidity, kdy už je pozdě na případné umělé přerušování těhotenství. Novorozenci závislých matek trpí NAS (novorozenecký abstinenci syndrom). Stará (2009) popisuje NAS jako charakteristický komplex příznaků, mezi které např. řadí křik dítěte, svalové napětí, záškuby končetin, obličejových svalů, pocení, otok nosní sliznice, časté zívání, řídká, vodnatá stolice (www.pediatricpropraxi.cz).

Rizika pro rodinu

Adolescentní matka není schopna zajistit dítěti sociální i emocionální potřeby. Nabízejí se tři možnosti jak situaci řešit. Jednou z nich je, že se rodiče nezletilé dcery stanou poručníky nad novorozencem a ponosou zodpovědnost za něj i za nezletilou dceru. Další možností, v případě že selže rodina, je umístění nezletilé matky i s dítětem do sociálního zařízení, kde pobývají do doby plnoletosti matky. Třetí možností je adopce.

Rodiče, kteří přebírají zodpovědnost za nezletilou dceru, se nacházejí ve zcela jiné situaci. Příchod dítěte do rodiny může zavinit poruchy funkce rodiny. Rozladěné vztahy rodičů dospívající matky mohou vyústit v rozchod nebo v rozvod (Machová, Hamanová, 2002).

3.2 POHLAVNÍ CHOROBY

Studiem a léčbou pohlavně přenosných nemocí se zabývá lékařská disciplína venerologie, anglickou zkratkou pro pohlavní choroby je STD (sexually transmitted diseases). Pohlavní nemoci způsobují bakterie, viry, houby, prvoci i ektoparazitě (www.venerologie.cz).

Mezi tzv. klasické pohlavní nemoci vyskytující se v České republice nejčastěji patří kapavka a syfilis. Bohužel své místo má u nás také HIV infekce i onemocnění AIDS. Ovšem při současném cestovním ruchu se můžeme i u nás setkat s pohlavními nemocemi jako je měkký vřed, čtvrtá a pátá pohlavní nemoc. Jedná se o nemoci přenosné výhradně pohlavním stykem, které podléhají povinnému hlášení (Machová, Hamanová, 2002).

Pohlavní choroby podléhají v současnosti platným zásadám zákona č.258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 471/2005 Sb., úplné znění zákona o ochraně veřejného zdraví. Opatření proti pohlavním nemocem obsahuje směrnice č. 30/1968 Věstníku MZ, částka 51/1968. Podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění pokrývá vyhláška č. 306/2012 Sb.

Syfilis (příjice, lues)

Syfilis je onemocnění způsobené bakterií spirálovitého tvaru (spirochéta *Treponema pallidum*). Toto onemocnění se přenáší pohlavním stykem, jak vaginálním, tak análním i orálním. Přenos se dále uskutečňuje cestou drobných ranek kůže či sliznice. Přenos může nastat i cestou transplacentární, čili z matky na plod a dále mateřským mlékem během kojení. Pro novorozence bývá tato infekce velmi nebezpečná a často vede i ke smrti.

Syfilis probíhá ve třech stádiích, prvním projevem nemoci je vznik tuhého nebolestivého vředu v místě, kde vstoupila infekce, velmi často se jedná o oblast genitálií, konečníku a orálního otvoru. Velmi zásadní je zahájení včasné léčby, která spočívá v podávání antibiotik. Při ne léčbě, onemocnění dojde až ke konečné fázi, kdy dochází k poškození organismu, demenci až ke smrti (www.pohlavni-nemoci-a-jejich-priznaky.cz).

Kapavka (Gonorrhoea)

Kapavka je vyvolána bakterií zvanou gonokok (*Neisseria gonorrhoea*). Tato velmi častá pohlavní choroba se přenáší výhradně pohlavním stykem. Přenos kontaminovanými předměty (veřejné toalety, ručník apod.) není prakticky možný, protože bakterie na vzduchu rychle zaniká.

Inkubační doba nemoci se u žen pohybuje od 4 do 7 dnů a mužů od 2 do 5 dnů. Typickým projevem kapavky je akutní zánět provázený výtoky. Ženy jsou výrazněji náchylnější než muži. Bakterie při klasickém pohlavním styku napadá výstelku močopohlavního ústrojí, při orálním styku zase sliznici nosohltanu a při análním styku je napadena sliznice konečníku.

Onemocnění se léčí antibiotiky a i zde platí, že je velmi důležitá včasná léčba, aby se infekce nešířila dál vnitřním ústrojím ženy i muže. Zanedbaná kapavka může do budoucna zapříčinit vážné problémy v reprodukci (www.pohlavni-nemoci-a-jejich-priznaky.cz).

AIDS a virus HIV

Onemocnění AIDS je známé jako syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrome). Původcem nemoci je virus HIV (Human Immunodeficiency Virus), který v lidském organismu napadá T-lymfocyty, a tím dochází k oslabování až ztrátě obranyschopnosti jedince. Takto oslabený organismus je velmi náchylný vůči mnoha infekcím a řadě nádorových onemocnění.

Přenos viru HIV se děje prostřednictvím tělních tekutin, tj. krví, spermatem, poševním sekretem a mateřským mlékem. K přenosu dochází pohlavním a análním stykem, krevní cestou - nejčastěji infikované jehly narkomanů, dále z matky na plod – transplacentárním přenos a kojením (www.pohlavni-nemoci-a-jejich-priznaky.cz).

Existuje však řada dalších „neklasických“ nemocí. V současné době se za nejrozšířenější a zároveň za nejzávažnější považuje chlamydiová infekce, jež také podléhá povinnému hlášení.

Pohlavní nemoci jsou dnes závažným celosvětovým problémem. Zejména mají sociální i ekonomický dopad. Hamanová (2014) upozorňuje na stoupající tendenci výskytu pohlavních chorob. Největší nárůst je u mužů homosexuálů, podíl prostitutek a narkomanů se na výskyt pohlavních chorob v průběhu deseti let nemění (Kabíček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

Výskyt pohlavních nemocí zpracovává ÚZIS (graf č. 2) na základě povinného hlášení pohlavních nemocí, kterému podléhají pohlavní nemoci syfilis (příjice, lues), gonokoková infekce (kapavka), lymphogranuloma venereum (chlamydie), chancroid (měkký vřed) a nákaza HIV – AIDS.

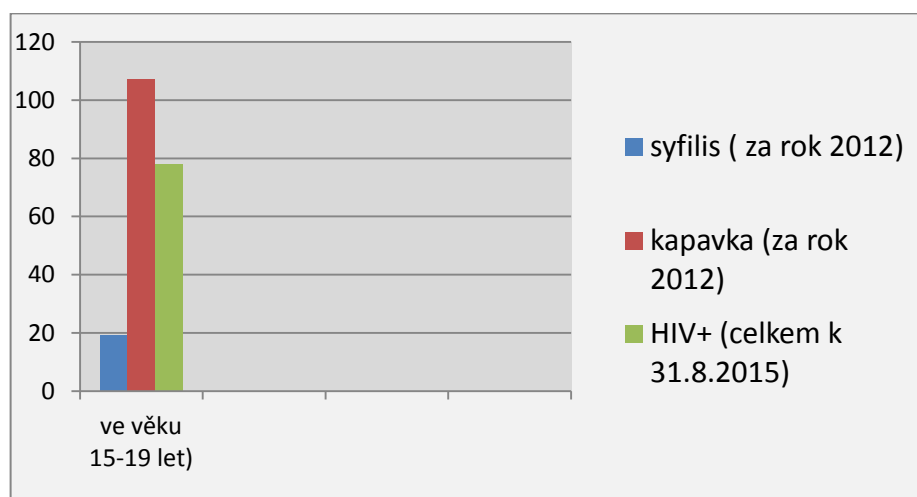
Zpracování dat za rok 2012 ukázalo zvýšený nárůst gonokokových infekcí, jejíž incidence vzrostla o 62,1%. Nárůst se projevil zvláště u mužů (o 335 případů více než v předchozím roku), u žen byl nárůst o 107 případů.

V případě onemocnění syfilis došlo naopak k mírnému poklesu incidence o 5,7 %. Jedná se především o časná stádium syfilis. Za rok 2012 bylo zaznamenáno 696 případů syfilis, což je o 32% méně než v roce 2010 (1022 případů), kdy byl nejvyšší výskyt této nemoci v období 2002-2012.

Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS zaznamenala v roce 2012 celkem 226 nově zjištěných případů HIV pozitivivity a 29 nových onemocnění AIDS. Z tohoto počtu se 85 % případů HIV pozitivivity týkalo mužů a pouze 14 případů bylo zjištěno u cizinců s krátkodobým pobytem v ČR (www.uzis.cz).

Česká společnost AIDS pomoc (ČSAP) vydala statistiku výskytu HIV infekcí a onemocnění AIDS k 31. 8. 2015. Počet jedinců HIV pozitivních ve věku 15-19 let bylo zaznamenáno celkem 78 (50 mužů a 28 žen). Za období leden – srpen 2015 přibýlo 29 (všechny věkové skupiny) nových případů HIV pozitivních a 2 s AIDS. Celkový počet k 31. 8. 2015 HIV pozitivních osob činí 2520 a osob s AIDS 443 (www.szu.cz).

Graf č. 2: počet výskytu pohlavních nemocí ve věku 15-19 let (syfilis a kapavka za rok 2012 a počet HIV do 31. 8. 2015)



4 PREVENCE V REPRODUKČNÍ OBLASTI

Reprodukční zdraví je základním předpokladem úspěšné reprodukce. Ovšem reprodukční zdraví není samozřejmostí a může být během života narušeno či poškozeno. Citlivým obdobím vůči škodlivým vlivům je právě dospívání. Akutní

nemoci a jiné problémy prodělané v období zrání, mohou mít pak dopad na plodnost nebo potíže donosit a porodit zdravé dítě (Machová, Hamanová, 2002).

Za žádoucí prevenci v oblasti reprodukčního zdraví se považuje čas, kdy ještě nedošlo k negativnímu postoji či chování jedince. Mluvíme o tzv. primární prevenci, která by měla probíhat především v rodině a následně na půdě školy formou sexuální výchovy.

Cílem primární prevence reprodukčního zdraví je zasáhnout jedincovu oblast biomedicínskou a psychosociální. Prevence v této oblasti je však mnohostranná a obtížná, protože zasahuje do intimní sféry člověka. Je tedy důležité spojovat prevenci s výchovou ke kladným životním hodnotám (Kabiček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

Za neúčinnou primární prevenci se považuje zastrásování a citové apely. Dále sem patří prosté předávání informací, jednorázové akce (besedy), potlačování diskuse (znevažování osobních postojů a názorů studenta, přednášky a sledování filmu bez následné diskuse, nezapojení studentů do aktivit a nerespektování jejich názorů (www.prevence-info.cz).

Primární prevence tvoří první stupeň prevence, tj. soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucím jevů. Druhým stupněm je sekundární prevence, která je zaměřená na vyhledání a včasné odhalení již existujících nežádoucích jevů. Podstatou terciární prevence je minimalizovat následky a zabránit recidivě nežádoucího jevu (Průcha, Walterová, Mareš, 2003).

Sekundární prevence zaměřená na rizikové reprodukční chování představuje například práci s injekčními uživateli drog. Podávat informace o důležitosti užívat sterilní injekční jehly a seznámit je s místy, kde tyto prostředky dostanou nebo kde budou moci podstoupit vyšetření krve.

Terciární prevence v oblasti rizikového reprodukčního chování je například zaměřená na péči o pohlavně nemocné jedince, zvláště o HIV pozitivní osoby. V České republice existuje mnoho zařízení zaměřených pro pomoc HIV pozitivním osobám. Poskytují infikovaným jedincům nejen léčbu, ale i psychologické poradenství. Dále do terciární prevence můžeme zařadit péči o nezletilé matky formou azylových domů, které poskytnou nezletilým dívkám s dětmi potřebné zázemí a pomoc (www.prevence-info.cz).

4.1 NÁRODNÍ STRATEGIE PRIMÁRNÍ PREVENCE (2013-2018)

MŠMT je resortem, který řídí aktivity v rámci České republiky v oblasti primární prevence rizikového chování dětí a mládeže. Zabezpečuje spolupráci s krajskými školskými koordinátory prevence a krajským protidrogovým koordinátorem. Metodicky podporuje ředitele škol a školských zařízení, školní metodiky prevence ve všech typech škol a metodiky prevence v pedagogicko-psychologické poradně (PPP). Díky takto nastavenému vertikálnímu systému vedení má MŠMT vytvořen stabilní systém koordinace a řízení od úrovně státní, přes samosprávné, až po úroveň místní.

Hlavním cílem Strategie je pomocí efektivního systému minimalizovat vznik a snížit míru rizikového chování u dětí a mládeže. Obecný cíl Strategie spočívá ve výchově ke zdravému životnímu stylu, k rozvoji pozitivního sociálního chování a k rozvoji psychosociálních dovedností a zvládnání zátěžových situací. Specifickými cíli jsou efektivita vzdělávacího systému v oblasti prevence, finanční zajištění, fungující systémy primární prevence na horizontální i vertikální úrovni.

Specifická primární prevence představuje dlouhodobou a přetrvávající práci s dětmi i mládeží. Tato prevence se dá rozčlenit dle kritérií, jako je cílová skupina, nástroje, prostředky nebo intenzita programu.

Národní strategie primární prevence rozděluje specifickou primární prevenci na **všeobecnou**, která je cílena na běžnou populaci dětí a mládeže a představuje programy určené pro větší počet účastníků. Dalším druhem je prevence **selektivní** zaměřující se na skupiny, u kterých se projevují rizikové faktory ve větší míře. A nakonec prevence **indikovaná** zaměřující se na jednotlivce, u něhož se vyskytuje rizikové chování ve zvýšené míře.

Strategie primární prevence se dotýká tří oblastí – koordinace, vzdělávání a legislativy. **Koordinací** se rozumí zapojení do této strategie více resortů, například MZ, MV - Republikový výbor pro prevenci kriminality, dále aktivity na regionální a místní úrovni (tj. krajské i obecní).

Vzdělání hraje zásadní roli v primární prevenci. Proto, aby byla prevence efektivní, je zapotřebí vzdělání pedagogických pracovníků a následné ověřování jejich vědomostí, znalostí a kompetencí.

Legislativa

Oblast primární prevence rizikového chování ve školách upravuje zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů. Zákon ukládá vytvářet podmínky, které podporují zdravý vývoj dětí a tím předcházet vzniku rizikového chování

Dalším legislativním krokem bylo přijetí (2005) Zákona č. 379/2005 Sb., který se týká ochrany před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Došlo ke zpřísnění v užívání alkoholu, tabákových a návykových látek

„Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, je klíčovou pro funkci školního metodika prevence a metodika prevence, neboť poprvé zákonně ukotvuje tuto funkci“.

„Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Tato stanovuje nezbytné kvalifikační předpoklady pro výkon specializovaných činností, mezi něž prevence rizikového chování patří“ (www.msmt.cz).

4.2 PREVENCE V RODINĚ

Matějček (2013) vidí prevenci v oblasti reprodukčního zdraví ve třech rovinách: vztah, vzor, poučení.

První rovinou je **citový vztah**, který by měli rodiče svému dítěti poskytnout. Citový vztah se začíná utvářet již v době těhotenství, pokračuje kojením, chováním, úsměvy, ochranou před různými vnějšími nepříjemnostmi apod. Významným obdobím pro vytvoření budoucích sociálních vztahů je kojenecké a batolivé. Dítě se především učí důvěře, přijímat druhé osoby a jejich citové projevy. Naučit se mít někoho rád je zásadní úlohou dítěte pro budoucí sociální vztahy – vztahy přátelské, kolegiální, milenecké, manželské a rodičovské.

Nenásilnou rovinou, kterou dítě přijímá přirozeně, je **vzor**. Dítě velice dobře pozoruje a vnímá chování svých rodičů. Přebírá vzorce chování v různých sociálních situacích.

Důležité jsou vzájemné vztahy mezi rodiči. Rodiče by měli být k sobě ohleduplní, projevovat si lásku a svým chováním představit dítěti mužskou a ženskou roli. Avšak někteří rodiče se chovají sobecky, hrubě až agresivně a dávají tak dítěti negativní vzor.

Utváření postojů v sexuální oblasti tedy začíná dříve, než se dítě dostane do školy. Dítě, které v dětství nezažívá láskyplnou rodinnou péči, bude mít v budoucnosti problémy tvořit pevné citové vztahy k lidem.

V neposlední řadě jsou to **vědomosti, informace, znalosti**, které se dítěti dostanou, jak od rodičů, tak od školy. Dítě by mělo přicházet do školy s již potřebnými informacemi, které škola pomáhá dítěti taktním způsobem systematicky uspořádat a dále rozšiřovat.

Výrazné nebezpečí je spatřováno v případě, kdy nedojde k rozvinutí citového vztahu a přijmutí pozitivního vzoru, pak sama rovina poučení nepostačí. Jedině se sice bude chovat bezpečně, ale sex bude pro něho pouze uspokojením pohlavního pudu na jeho tělesné a fyziologické úrovni. (Matějček, 2013).

4.3 PREVENCE VE ŠKOLE

Škola se na prevenci v oblasti reprodukčního zdraví podílí sexuální výchovou. Sexuální výchova není samostatným předmětem, i když již tato možnost byla diskutována. Sexuální výchova je zapuštěna v RVP pro základní i střední školu. Pro první stupeň základní školy spadá sexuální výchova do oblasti Člověk a jeho svět. Jde především o kamarádství, partnerství, vztahy v rodině, sourozenci, těhotná maminka a podobná témata. Pro druhý stupeň ZV a SŠ je tato tematika součástí oblasti Člověk a zdraví. Sexuální výchova je zahrnuta do předmětu Výchova ke zdraví nebo do jinak nazvaného předmětu. Rámcové vzdělávací programy pro střední vzdělávání jsou dále rozděleny na RVP pro gymnázia a RVP pro střední odborné školy. Ovšem některé obory středních škol neobsahují učivo s tematikou sexuální výchovy a reprodukčního zdraví, proto se nejdůležitější část prevence odehrává na 2. stupni základních škol.

Oblast sexuální výchovy se zabývá tématy (RVP ZV, 2007), jako je puberta, dospívání – změny tělesné, duševní i společenské, vztahy – partnerské, láska, manželství, rodičovství, reprodukční zdraví – sexuální dospívání, předčasná sexuální zkušenost,

nechtěné těhotenství, poruchy pohlavní identity, ochrana před přenosnými i nepřenosiými chorobami, bezpečné způsoby chování, sexuální násilí a zneužívání (www.vuppraha.cz).

Janiš upozorňuje na důležitost sexuální výchovy jako celku, která zahrnuje aspekty jako je láska, zodpovědnost, intimní vztah, rodičovství. Problém v některých školách vidí v tom, že je výchova cílena jen na pohlavně přenosné nemoci, nežádoucí otěhotnění, znásilnění, prostituci apod. Tudíž je důležité, aby sexuální výchova zahrnovala výchovu pohlavní, sexuální, k rodičovství, k manželství, k partnerství a rodinnou (www.vychovakezdravi.cz).

Prevence ve světě

V Západní Evropě a v USA se sexuální výchovou zabývají od konce 60. let 20. století. Největší soubory informací na téma účinků sexuální výchovy se vztahují k USA a právě z této země – v 90. letech – vychází pozitivní proces změny. Strategický plán „Zdravé obyvatelstvo 2010“ amerického ministerstva zdravotnictví předpokládá snížení počtu sexuálně aktivních mladistvých, a to zavedením abstinentských programů sexuální výchovy. Náplní těchto programů je vedení k odmítání sexuálních návrhů, abstinenci, monogamii apod.

Téměř po 20 letech se ukazují pozitivní výsledky abstinentské strategie sexuální výchovy. USA doznaly pokles jak těhotenství, tak i potratů u mladistvých. 30% pokles těhotenství mladistvých v USA znamená nejnižší úroveň od r. 1946. Publikované výzkumy týkající se příčin tohoto jevu ukazují, že pouze změna sexuálního chování (omezení nebo vyloučení sexuálních styků, nikoli užívání antikoncepce) má tady prvořadou a klíčovou roli.

Opačným trendem v sexuální výchově jde Velká Británie. Ve výchově je zde kladen důraz na předávání biologických znalostí o sexuálním životě a o motivaci k používání antikoncepce, která je mladistvým zdarma dostupná na klinikách. Veškerá mládež mezi 11 a 14 lety prochází ve školách sexuální výchovou. Všechny školy mají povinnost pro mládež v tomto věku ji zavádět. Objevují se dokonce návrhy, aby sexuální výchova zasahovala už 5leté děti. Přesto Velká Británie vykazuje nejvyšší počet těhotenství

mladistvých v Evropě (26 porodů na 1000 žen ve věku 15-19 let). Průměrný věk, kdy člověk začíná sexuálně žít, se v 90. letech snížil na 16 let. Mezi Brity též vzrůstá počet sexuálních partnerů na jednu osobu. Během posledních 10 let vzrostl počet sexuálně přenosných nakažlivých chorob u mužů o 20 % a u žen o 56 %. Přibývá i těhotných především ve věku 17 let. Tyto výsledky dokazují neúčinnost této preventivní metody se srovnáním s preventivní abstinentsní metodou v USA.

Výzkumy realizované v Kenii, Zambii a Chile taktéž poukazují na efektivitu abstinentsní metody sexuální výchovy. V Kenii trval výzkum dva a půl roku a za tu dobu byl zaznamenán 61% pokles těhotenství u nezletilých. Výzkumy založené na srovnání dvou skupin v Zambii i v Chile také potvrdily efektivnost abstinentsních programů (<http://www.fatym.com>).

4.3.1 PREVENTIVNÍ PROGRAMY

Je velice žádoucí, aby učitelé výchov spolupracovali s metodiky prevence na dané škole. Jde především o organizaci odborných přednášek, které mohou žákům poskytnout jiný pohled na danou problematiku nebo se na škole mohou provádět výzkumy dané oblasti.

U nás tyto služby školám poskytuje například organizace CEVAP. Nabízí jednak preventivní programy školám a jednak i zaškolování pedagogů v oblasti reprodukčního zdraví.

Jedním z nabízených programů pro 2. stupeň ZŠ a SŠ je **Free Teens program**. Program je zacílen zvláště na prevenci v oblasti sexuálního chování dospívajících. Zaměřuje se především na následky rizikového chování, jako je např. riziko HIV/AIDS a dalších pohlavních nemocí, dále na problematiku těhotenství v dospívání. Programy jsou sestaveny tak, že upozorňují i na jiné oblasti rizikového chování a zdůrazňují rizikové a ochranné faktory tohoto chování.

Program, jenž navazuje na Free Teens nese název **Moudrost v lásce aneb jak se stát pánem dobrých vztahů**. Podstatou programu je naučit jedince porozumět sám sobě, znát a využívat své přednosti a naučit se řešit běžné životní konflikty. Dále je jedinec

prostřednictvím programu veden uvědomit si rozdílné světy muže a ženy, což mu může pomoci při vytváření zralé osobnosti a při přípravě na manželství a rodičovství.

Do preventivních aktivit v rámci CEVAP jsou zapojeni i dospívající, jako aktéři programu, ve věku 13-19 let s programem **WAIT – peer program**, který je zaměřený na prevenci HIV/AIDS a rizikové sexuální chování. Program je realizován v podobě písniček, tance, scének, break dance a je veden v duchu sexuální zdrženlivosti do doby, než mladí lidé najdou svého životního partnera (www.vychovakezdravi.cz).

Co je tedy cílem sexuální výchovy?

Především ochránit a připravit dospívajícího jedince pro budoucí život. Na konci adolescence by měl mít jedinec jasno v několika oblastech.

Zejména v oblasti znalosti o anatomii a funkci pohlavního ústrojí. Jedinec by měl znát význam intimní hygieny a také ji provozovat. Chápat proces dozrávání, a tím i účel odkladu pohlavního života až do dospělosti. Dále vědomosti v oblasti pohlavních chorob, jejich projevy, možné následky a nutnost léčby. Dospívající by měl vědět, jaké chování může být pro něho rizikové a k jakým následkům může toto chování vést.

Za klíčovou považuje sexuální výchova orientaci v možnostech ochrany proti pohlavním nemocem a antikoncepci. Jde o známou stupňovou strategii ABC v prevenci AIDS: Abstinence, Buď věrný, C – kondom.

Důležitou roli ve výchově hraje učení se partnerským vztahům. Protože jsou dívky mnohem zranitelnější pohlavním životem, např. budoucí těhotenství, je potřeba pěstovat u chlapců ohleduplnost, altruismus, schopnost ženu podporovat. Cílem muže a ženy má být vytvoření společného, stabilního páru. Průběžně vztah budovat, umět řešit konflikty, vyjadřovat i negativní pocity a nabízet kompromisy. Zabudovat do představ dívek i chlapců, že se v dospělosti stanou rodiči (Kabiček, Csémy, Hamanová a kol., 2014).

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

5.1 VÝZKUMNÉ CÍLE PRÁCE

- 1) Zmapovat informovanost a chování adolescentů v oblasti reprodukčního zdraví: problematika nechtěného těhotenství, pohlavních chorob, předčasného zahájení pohlavního života.
- 2) Zjistit, zdali nižší informovanost adolescentů v oblasti přenosných chorob vede k rizikovému reprodukčnímu chování.
- 3) Zjistit rozdíly v informovanosti v oblasti reprodukčního zdraví mezi studenty, kteří mají předmět Zdravověda v ŠVP a studenty, kteří nemají předmět Zdravověda ani předmět obsahem jemu podobný.

5.2 VÝZKUMNÁ OTÁZKA A PŘEDPOKLADY

Výzkumná otázka:

Bude rozdíl mezi respondentkami vzhledem ke druhu studijního oboru v jejich informovanosti a v chování v oblasti reprodukčního zdraví?

Předpoklady:

Předpoklad 1:

Domnívám se, že respondentky studijního oboru zahrnující předmět Zdravověda budou mít z 85% správné a nezkreslené informace v oblasti reprodukčního zdraví (pohl. nemoci, těhotenství, způsob ochrany, interrupce).

Vzhledem k tomu, že respondentky v rámci předmětu Zdravověda probírají témata, která se dotýkají oblasti reprodukčního zdraví, očekávám, že jejich znalosti budou z 85% správné a nezkreslené.

Předpoklad 2:

Předpokládám, že respondentky, které nemají ve studijním oboru předmět Zdravověda, budou prokazovat rizikové chování minimálně z 35%.

Pokud přihlédneme k předchozímu předpokladu, tj. že respondentky s předmětem Zdravověda budou mít správné informace, dá se očekávat, že se budou respondentky bez předmětu Zdravověda na základě jejich nižší informovanosti chovat rizikověji.

5.3 METODIKA ŠETŘENÍ

Výzkum byl realizován kvantitativní metodou. K šetření byl použit nestandardizovaný anonymní dotazník, jehož podstatou je zjištění dat a informací o respondentovi. Výhodou této metody je, že umožňuje rychlé nashromáždění dat od velkého počtu respondentů. Oproti tomu negativní stránku dotazníku představuje to, že nezjišťuje, jací respondenti jsou, ale jak se vidí nebo chtějí, aby byli tak viděni (Chráska, 2007).

Výzkum proběhl na Střední škole obchodu, služeb a podnikání a VOŠ v Českých Budějovicích během měsíce ledna 2016. Výzkumu předcházelo pilotní testování, které zjišťovalo, zdali respondenti rozumějí položkám v dotazníku. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků a i stejný počet byl vrácen. K výzkumu byl využit celkový počet, tj. 100 dotazníků. Výzkum byl realizován v třídnických hodinách. Časový prostor k vyplnění dotazníku byl 30 minut a pak, dle zájmu respondentů, následovala diskuze na dané téma.

Dotazník je sestaven tak, aby byly naplněny výzkumné cíle, tvoří ho položky uzavřené, polootevřené a otevřené se stručnou odpovědí. Dotazník se skládá ze dvou částí. První část sleduje **chování** adolescentů v oblasti reprodukčního zdraví (9 položek). První a druhá položka zjišťuje věk začátku pohlavního života. Třetí položka mapuje způsob ochrany adolescentů. Rizikovým chováním a jeho příčinou se zabývá čtvrtá a pátá položka. Šestá položka je zaměřena na způsob řešení nechtěného těhotenství. Informovanost adolescentů a jeho zdroje mapuje sedmá až devátá položka.

Druhá část dotazníku sleduje **informovanost** adolescentů v této problematice (10 položek). Desátá položka ukáže povědomost adolescentů o pojmu reprodukční zdraví.

Položka č. 11-12 mapuje informovanost o rizicích předčasného a nechráněného pohl. styku. Informovanost adolescentů o pohlavních nemocech zjišťuje položka 13-17. Ochranou před těhotenstvím a riziku interrupce se zabývá položka 18-19.

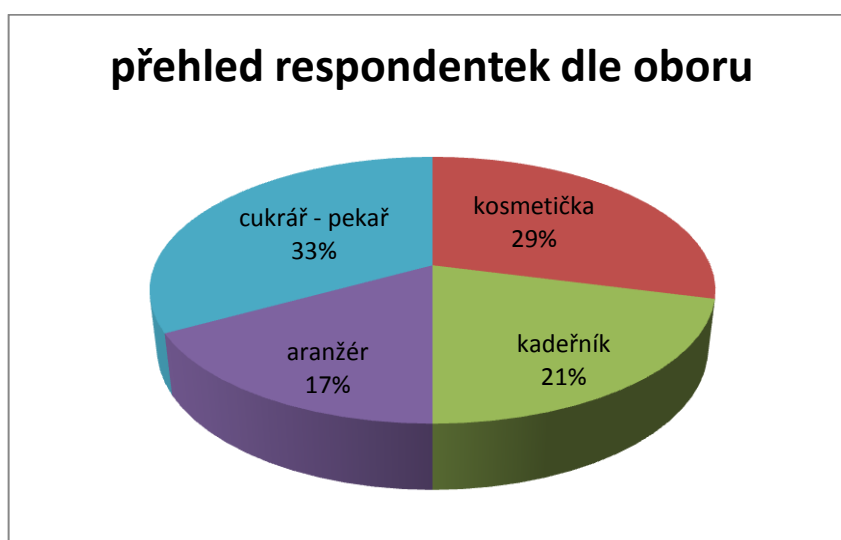
Záměrně jsem nejprve zvolila položky mapující chování respondentů, aby nebyly odpovědi ovlivněny položkami zaměřené na informovanost.

5.4 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvoří studentky jmenované školy, které byly rozděleny do dvou skupin (graf č. 3). První skupinu zastupují respondentky oboru Kadeřník a Kosmetička (dále skupina A), jenž mají v ŠVP předmět - Zdravověda - zabývající se zdravím a to i problematikou reprodukčního zdraví. Ve skupině je celkem 50 respondentek (21 z oboru Kadeřník a 29 z oboru Kosmetička).

Druhou skupinu zaujímají respondentky oboru Aranžér a Cukrář-pekař (dále skupina B). Tyto obory nemají v ŠVP žádný předmět se zaměřením na oblast zdraví. Skupinu tvoří rovněž 50 respondentek (17 z oboru Aranžér a z oboru Cukrář – pekař 33).

Graf č. 3: přehled respondentek dle oboru

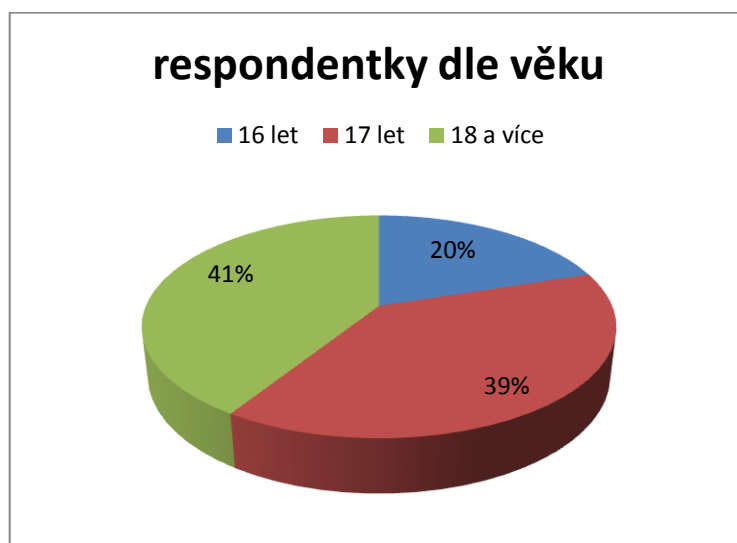


Do výzkumu byly zařazeny studentky druhých a třetích ročníku ve věku 16-18 a více let v celkovém počtu 100 respondentů. Největší zastoupení tvoří respondentky ve věku 18 a více (41%), dále ve věku 17 let (39%) a nejmenší skupinu představují respondentky ve věku 16 let (20%) (tab. č. 1; graf č. 4).

Tab. č. 1 – přehled věku respondentů dle oboru

Věk	Kadeřník	Kosmetička	Aranžér	Cukrář-pekař	Celkem (%)
16	6	2	7	5	20 (20%)
17	12	5	7	15	39 (39%)
18 a více	3	22	3	13	41 (41%)

Graf č. 4: přehled respondentů dle věku



6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Data z dotazníkového šetření jsou zpracovávána čárkovací metodou, dle které jsou stanovena celková data a data v procentech. Získaná data jednotlivých položek jsou zpřehledněna do tabulek a grafů a slovně vyhodnocena.

6.1 ZPRACOVÁNÍ I. ČÁSTI DOTAZNÍKU

První část dotazníku tvoří 9 položek, které jsou zaměřeny na chování respondentek v oblasti reprodukčního zdraví, tj. věk prvního pohlavního styku, způsob ochrany, způsob získání informací.

Položka č. 1: Jaký je dle Vás ideální věk k zahájení pohlavního života?

Dle celkových výsledků považují respondentky (46%) 16. rok života za ideální k zahájení pohlavního života. Pokud porovnáme skupiny resp., tak se výsledky příliš neliší (tab. č. 2).

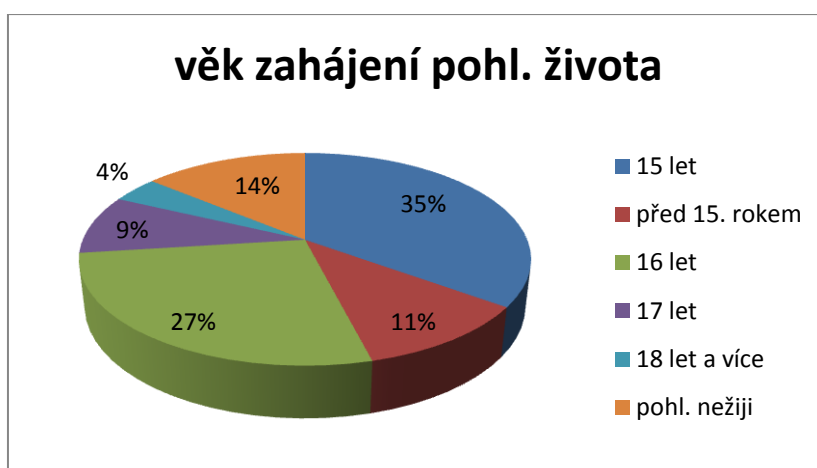
Tab. č.2 – názor na ideální věk zahájení pohl. života

věk	Kosmetička	Kadeřník	Celkem sk. A, (%)	Aranžér	Cukrář-pekař	Celkem sk. B, (%)	Celkem (%)
15 let	2	6	8 (16%)	0	13	13 (6,5%)	21 (21%)
16 let	18	7	25 (50%)	7	14	21 (10,5%)	46 (46%)
17 let	8	5	13 (26%)	7	1	8 (16%)	21 (21%)
18 a více	1	3	4 (8%)	3	5	8 (16%)	12 (12%)

Položka č. 2: Jaký je Váš věk zahájení pohl. života?

Z celkového počtu dotazovaných (100 resp.) byl nejčastějším věkem zahájení 15. rok života (35%). 14% respondentek ještě pohlavně nežije, jedná se o studentky ve věku 16 let. Pohlavně začalo žít ještě před 15. rokem života 11% dotazovaných. Pouze 4% respon. zahájilo pohlavní život až po 18. roku věku (graf č. 5).

Graf č. 5: věk zahájení pohl. života



Tab. č.3 – věk zahájení pohl. života dle skupin

	Ještě pohl. ne žiji	Do 15	15	16	17	18 a více
Kosmetička	1	3	14	8	3	0
Kadeřník	6	3	3	5	3	1
Celkem sk. A (%)	7 (14%)	6 (12%)	17 (34%)	13 (26%)	6 (12%)	1 (2%)
Aranžér	3	2	4	6	0	2
Cukrář- pek.	4	3	14	8	3	1
Celkem sk. B (%)	7 (14%)	5 (10%)	18 (36%)	14 (28%)	3 (6%)	3 (6%)
Celkem (%)	14 (14%)	11 (11%)	35 (35%)	27 (27%)	9 (9%)	4 (4%)

Jak dokazuje výše uvedená tabulka (tab. č. 3), věk zahájení pohlavního života se příliš v porovnání skupin neliší. U Respondentek obou skupin převažuje začátek pohlavního života v 15 letech a 16 letech. V podstatě i tento věk považuje téměř polovina resp. (46%) za ideální k počátku pohlavního života.

Pokud budeme vycházet z teoretické části, že zahájení pohl. života před 18. rokem věku je pro dívky rizikové, tak 72% respondentek se chová rizikově.

Položka č. 3: Jaký způsob ochrany praktikujete před nechtěným těhotenstvím a pohlavními nemocemi?

Na položku odpovídalo celkem 86 respondentek (43 resp. ze skupiny A, 43 resp. ze skupiny B). Pozitivním zjištěním je, že 79 resp. (tj. 91,9%) se chrání před nechtěným těhotenstvím, z toho 67 (tj. 77,9%) užívá hormonální antikoncepci a 12 se chrání kondomem (tj. 14%). Pouze 2 resp. (tj. 2,3%) se před těhotenstvím nechrání žádným způsobem (tab. č. 4).

Před pohlavními nemocemi se chrání celkem 61 resp. (tj. 70,9%). Z toho 59 resp. (tj. 68,6%) uvedly ochranu kondomem a 2 resp. (tj. 2,3%) považují jako ochranu stálý vztah s jedním partnerem. Hrozbu pohlavních nemocí neřeší celkem 19 respondentek (tj. 22,1%) (tab. č. 4).

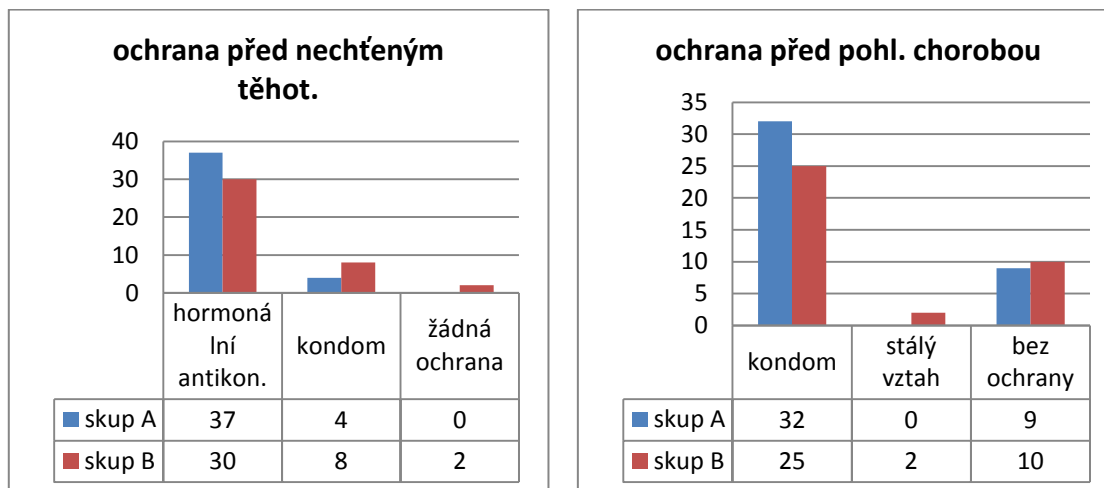
Ochranu před pohlavními nemocemi a těhotenstvím nepraktikuje 5 respondentek (tj. 5,8%).

Při porovnání skupiny A se skupinou B se neukázaly výrazné rozdíly. Skupina B se chová nepatrně rizikověji než skupina A, jak ve způsobu ochrany před těhotenstvím (skupina A 95,3%, skupina B 88,4%), tak v typech ochrany před pohlavními nemocemi (skupina A 74,4%, skupina B 62,8%) (grafy č. 6).

Tab. č. 4 - způsob ochrany před těhotenstvím a pohl. nemocemi

	Před otěhotněním			Pohl chorobou			Nepraktikují žádnou ochranu
	Hormon. antikón.	kondom	Žádná ochrana	kondom	Stálý vztah	Bez ochrany	
Kosmetička	22	4	0	18	0	8	2
Kadeřník	15	0	0	14	0	1	0
Aranžér	7	6	1	13	0	1	0
Cukrář – pekař	23	2	1	12	2	9	3
Celkem	67	12	2	59	2	19	5
Celkem v %	77,9%	14%	2,3%	68,6%	2,3%	22,1%	5,8%

Grafy č. 6: způsoby ochrany v porovnání skupin



Položka č. 4: Uvědomila jste si, že jste se někdy chovala rizikově v oblasti pohlavního života?

Položka je určena pouze pro respondentky, které již zahájily pohlavní život. Na položku opět odpovídalo celkem 86 resp. Z tohoto celkového počtu si rizikové chování ve svém

životě uvědomilo 30 resp. (tj. 34,9%). Jako jediné rizikové chování, které respondentky uvedly, byl pohlavní styk bez ochrany (graf č. 6). Skupina A se liší od skupiny B pouze rozdílem 2 resp. (tab. č. 5).

Graf č. 6: rizikové chování v oblasti pohl. života



Tab. č. 5: rizikové chování v oblasti pohl. života dle skupin

	ne	ano
Kosmetička	19	9
Kadeřník	10	5
Skup. A celkem (%)	29 (67,4%)	14 (32,6%)
Aranžér	8	6
Cukrář – pekař	19	10
Skup. B celkem (%)	27 (62,8%)	16 (37,2%)
Celkem (%)	56 (65,1%)	30 (34,9%)

Položka č. 5: Co bylo příčinou Vašeho rizikového pohlavního chování?

Položce se věnovaly pouze respondentky, které si uvědomily ve svém životě rizikové chování (nechráněný pohlavní styk), a to 30 resp. (sk. A 14 resp., sk. B 16 resp.) Jak jsem předpokládala, nejčastější příčinou tohoto rizikového chování byl u 14 resp. (tj. 46,7%) alkohol, což dokazuje, že se různé typy rizikového chování vzájemně doplňují. Druhým nejčastějším důvodem byla u 11 resp. (tj. 36,7%) lehkomyšlnost, která bezesporu k tomuto věku patří. V nepatrném zastoupení uvedly resp. jako důvod pohodlnost (3,3%), nedostatek peněz (3,3%) a lepší zážitek (3,3%) (tab. č. 6).

Tab. č. 6: příčiny rizikového pohl. chování

	Alkohol	Udržet si partnera	Lehkomyšlnost	Pohodlnost	Nedost. peněz	Lepší zážitek
Kosmetička	6	0	3	0	0	0
Kadeřník	3	0	0	1	1	0
Aranžér	3	0	2	0	0	1
Cuk.-pek.	2	2	5	0	0	0
Celkem	14	2	11	1	1	1
V %	46,7%	6,7%	36,7%	3,3%	3,3%	3,3%

Položka č. 6: Jakou možnost byste v tuto chvíli volila v případě nechtěného těhotenství?

Položka je již určená pro všechny respondentky (100 resp.) bez ohledu na zahájení pohlavního života. U této oblasti jsem očekávala, že budou respondentky spíše volit interrupci než možnost dítě si ponechat. Pozitivním zjištěním je, že 59% resp. by volilo možnost dítě si ponechat a pro interrupci by bylo 37% resp. Pro adopci by byly 4% resp. (tab. č. 7).

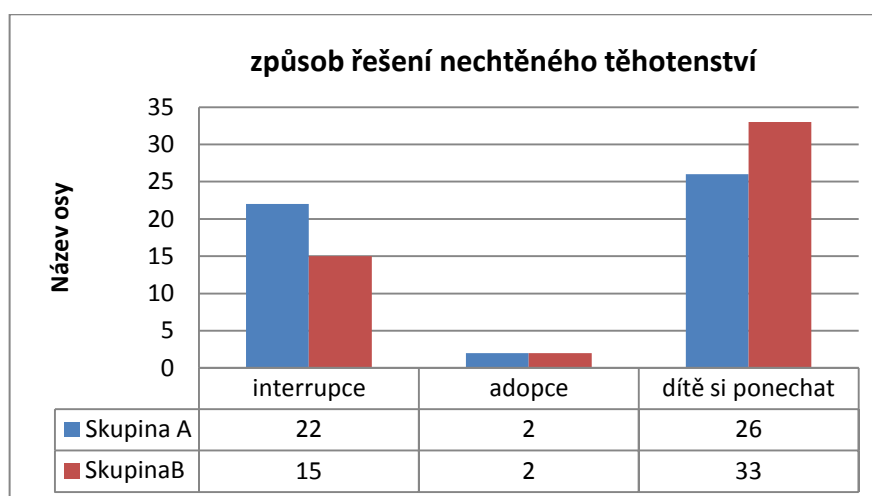
Předpokládala jsem, že možnost dítě si ponechat budou volit spíše 18leté resp. a k interrupci se budou více přiklánět věkově mladší resp. Můj odhad se však nepotvrdil, volba interrupce či dítě si ponechat nebyla ovlivněna věkem, 16leté i 18 a více leté volily obě možnosti vyrovnaně.

Tab. č. 7: způsob řešení nechtěného těhotenství

	Interrupce	Adopce	Dítě si ponechat
Kosmetička	13	---	16
Kadeřník	9	2	10
Aranžér	6	---	11
Cukrář - pekař	9	2	22
Celkem (%)	37 (37%)	4 (4%)	59 (59%)

V porovnání skupin jsou mírné rozdíly. Pro interrupci byla více skupina A (22 resp., tj. 44%) než skupina B (15 resp., tj. 30%). Dítě si ponechat byla zase častější možností skupiny B (33 resp., tj. 66%) než u skupiny A (26 resp., tj. 52%) (graf č. 7).

Graf č. 7: způsob řešení nechtěného těhotenství mezi skupinami



Položka č. 7: Odkud jste získala nejvíce informací z oblasti reprodukčního zdraví?

Respondentky měly možnost vybrat si z nabízených možností, či uvést jinou možnost vedoucí k získání informací. Také mohly označit jednu i více možností. Nejvíce informací získaly resp. od rodičů (29%) a z médií (25%). Dále pak to byli kamarádi (20%) a velmi malá část resp. si informace odnáší ze školy (11%). Více možností označilo celkem respondentek 15%, které volily zároveň rodiče, kamarády a média (tab. č. 8).

Tab. č. 8: zdroje informací o reprodukčním zdraví

	kamarádi	rodiče	škola	média	více možností
Kosmetička	5	6	2	4	12
Kadeřník	3	7	6	5	---
sk. A celkem (%)	8 (16%)	13 (26%)	8 (16%)	9 (18%)	12 (24%)
Aranžér	2	7	---	6	2
Cukrář-pekař	10	9	3	10	1
sk. B celkem (%)	12 (24%)	16 (32%)	3 (6%)	16 (32%)	3 (6%)
Celkem (%)	20 (20%)	29 (29%)	11 (11%)	25 (25%)	15 (15%)

Položka č. 8: Domníváte se, že máte dostatek informací v oblasti reprodukčního zdraví?

Respondentky se domnívají, že jejich informovanost v oblasti reprodukčního zdraví je poměrně na dobré úrovni, což dokazují výsledky v tab. č. 9. Celých 46% resp. uvedlo úroveň informovanosti „spíše ano“ a dokonce úroveň „ano“ uvedlo celkem 36% respondentek. Naopak nedostatečnou informovanost pociťuje celkem 18% resp., z toho 15% resp. uvedlo „spíše ne“ a jen 3% resp. označilo „ne“.

Při součtu možností „ano a spíše ano“ jsou obě skupiny téměř vyrovnané. Přičemž skupina B volila o 8% více úroveň informovanosti „ano“.

Tab. č. 9: vnímaná informovanost respondentů

	ne	Spíše ne	ano	Spíše ano
Kosmetička	---	3	11	15
Kadeřník	1	5	5	10
Sk. A celkem (%)	1 (2%)	8 (16%)	16 (32%)	25 (50%)
Aranžér	1	---	6	10
Cukrář - pekař	1	7	14	11
Sk. B celkem (%)	2 (4%)	7 (14%)	20 (40%)	21 (42%)
Celkem (%)	3 (3%)	15 (15%)	36 (36%)	46 (46%)

Položka č. 9: Měla byste zájem se dozvědět o problematice reprodukčního zdraví více?

Přestože má 82 respondentek pocit, že jsou dostatečně informovaní, projevíly zájem se dozvědět více. Celých 80% respondentek má zájem o další informace z oblasti reprodukčního zdraví a jen 20% nemá zájem o další vzdělávání (tab. č. 10).

V porovnání skupin projevila skupina A větší zájem o prohlubování vědomostí (46 resp., 92%) než skupina B (34 resp., 68%).

Tab. č. 10: zájem o další informace

	ne	ano
Kosmetička	1	28
Kadeřník	3	18
sk. A celkem (%)	4 (8%)	46 (92%)
Aranžér	5	12
Cukrář	11	22
sk. B celkem (%)	16 (32%)	34 (68%)
Absolut. čet. (%)	20 (20%)	80 (80%)

Získat informace projevilo z celkového počtu 80 respondentek především prostřednictvím odborné přednášky celkem (72 resp., tj. 90%). Informace z tištěných materiálů by stačilo 8 respondentkám (tj. 10%) (tab. č. 11).

Tab. č. 11: způsob získání dalších informací

	Přednáška odbor.	Tištěné mater.	Jiný způsob
Kosmetička	27	1	---
Kadeřník	16	2	---
Aranžér	11	1	---
Cukrář - pekař	18	4	---
Celkem (%)	72 (90%)	8 (10%)	---

6.2 ZPRACOVÁNÍ II. ČÁSTI DOTAZNÍKU

Druhá část dotazníku mapuje informovanost dotazovaných v oblasti reprodukčního zdraví. Položky této části zjišťují všeobecné znalosti respondentek o pohlavních nemocech, způsobech ochrany před těhotenstvím a pohlavními nemocemi.

Položka č. 10: Umíte vysvětlit pojem „Reprodukční zdraví“?

Pojmu reprodukční zdraví rozumí pouze 23 respondentek (tj. 23%) ze 100. Největší povědomost má skupina A, a to především zásluhou oboru Kosmetička (tab. č. 12).

Zajímavé je, že v první části dotazníku respondentky uvedly, že mají dostatečné informace v oblasti reprodukčního zdraví, zejména pak skupina B. Ovšem u této položky umělo vysvětlit tento pojem pouze 5 (tj. 10%) respondentek ze skupiny B.

Tab. č. 12: schopnost vysvětlit pojem „Reprodukční zdraví“

	ne	ano
Kosmetička	15	14
Kadeřník	17	4
Sk. A celkem (%)	32 (64%)	18 (36%)
Aranžér	14	3
Cukrář 14	31	2
Sk. B celkem (%)	45 (90%)	5 (10%)
Celkem (%)	77 (77%)	23 (23%)

Položka č. 11: Může mít zahájení předčasného pohlavního života nějaká rizika?

Předčasné zahájení pohlavního života nepovažuje za rizikové 41 respondentů (tj. 41%). Naopak riziko si uvědomuje 47 resp. (tj. 47%) a neví, zdali jsou nějaká rizika 12 resp. (tj. 12%) (graf č. 8).

Graf č. 8: rizika předčasného zahájení pohl. života



Z respondentů, jež považují předčasné zahájení pohl. života za rizikové (47 resp.) vidí největší riziko v předčasném těhotenství a v pohlavních nemocech (28 resp., 59,6%). Nebezpečí v ohrožení pohlavního vývoje označuje 9 respon. (19,1%). Dále 7 respondentek (14,9%) uvedlo riziko narušení psychiky a 3 respondentky (6,4%) označily předčasné zahájení pohlavního života jako riziko trestného činu (tab. č. 13).

Rizika předčasného zahájení si uvědomuje více skupina A (30 resp., tj. 60%), za to ve skupině B si riziko připouští pouze 17 resp. (tj. 34%).

Tab. č.13: rizika předčasného zahájení pohl. života dle skupin

	Nemoc, těhotenství	Narušení psychiky	Ohrožený pohl. vývoj	Trestný čin
Kosmetička	12	5	4	---
Kadeřník	5	---	4	---
Sk. A celkem (%)	17 (56,7%)	5 (16,7%)	8 (26,7%)	---
Aranžér	5	2	1	---
Cukrář-pekař	6	---	---	3
sk. B celkem (%)	11 (64,7%)	2 (11,8%)	1 (5,9%)	3 (17,6%)
Celkem (%)	28 (59,6%)	7 (14,9%)	9 (19,1%)	3 (6,4%)

Položka č. 12: Uved'te možná rizika nechráněného pohlavního styku.

Celkem respondentky uvedly v největší míře riziko těhotenství a pohlavní nemoci (82 resp., tj. 82%). Jen těhotenství se obává 2% resp. (tj. 4%) a jen nemoci 13 resp. (tj. 13%). Na tuto položku nedokázaly odpovědět 3 respon. (3%) (tab. č. 14).

V porovnání skupin nejsou výrazné rozdíly. Pouze skupina B nedokázala v 3případech určit rizika nechráněného pohlavního styku.

Tab. č. 14: rizika nechráněného pohlavního styku

	Těhoten. + nemoc	Pouze těhotenství	Pouze nemoc	Nevím
Kosmetička	29	---	---	---
Kadeřník	15	---	6	---
Sk. A celkem (%)	44 (88%)	---	6 (12%)	---
Aranžér	12	---	4	1
Cukrář	26	2	3	2
Sk. B celkem (%)	38 (76%)	2 (4%)	7 (14%)	3 (6%)
Celkem (%)	82 (82%)	2 (2%)	13 (13%)	3 (3%)

Položka č. 13: Zaškrtněte z uvedených nemocí, které se řadí mezi pohlavní nemoci.

Položka nabízí k výběru osm různých nemocí (diabetes, chlamydie, příjice, bronchitida, AIDS, tuberkulóza, gastroenteritida a žloutenka typu B a C), z nichž respondentky měly označit nemoci přenášené pohlavním stykem.

Nejčastěji respondentky označily onemocnění AIDS (86 resp., tj. 86%) a chlamydie (57 resp., tj. 57%). Žloutenku typu B a C vědělo jen 13 (tj. 13%) respondentek. Příjici znalo pouze 14 resp. (tj. 14%), a to pouze ze skupiny A. Chybně označilo nemoci (bronchitida, tuberkulóza, gastroenteritida) 13 resp. (tj. 13%), z nichž nejvíce chybovaly z oboru Kadeřník (10 resp.) (tab. č. 15).

Tab. č. 15: vybrané nemoci přenosné pohlavním stykem

	AIDS	Chlamydie	Žloutenka	Příjice	Špatné odpovědi
Kosmetička	29	29	5	11	1
Kadeřník	10	4	---	3	10
Sk. A celkem (%)	39 (78%)	33 (66%)	5 (10%)	14 (28%)	11 (22%)
Aranžér	16	16	---	---	---
Cukrář-pekař	31	18	8	---	2
Sk. B celkem (%)	47 (94%)	34 (68%)	8 (16%)	---	2 (4%)
Celkem (%)	86 (86%)	57 (57%)	13 (13%)	14 (14%)	13 (13%)

Položka č. 14: Označte u každé pohlavní nemoci správné cesty přenosu.

Položka tvoří tři části, z nichž každá část je zaměřená na jednu pohlavní nemoc: Syfilis, Kapavku a HIV infekci. U každé pohlavní nemoci respondentky určovaly správné cesty přenosu. Při hodnocení této položky jsem sledovala špatné odpovědi (tab. č. 16) a to, co respondentky nevěděly (tab.č.17).

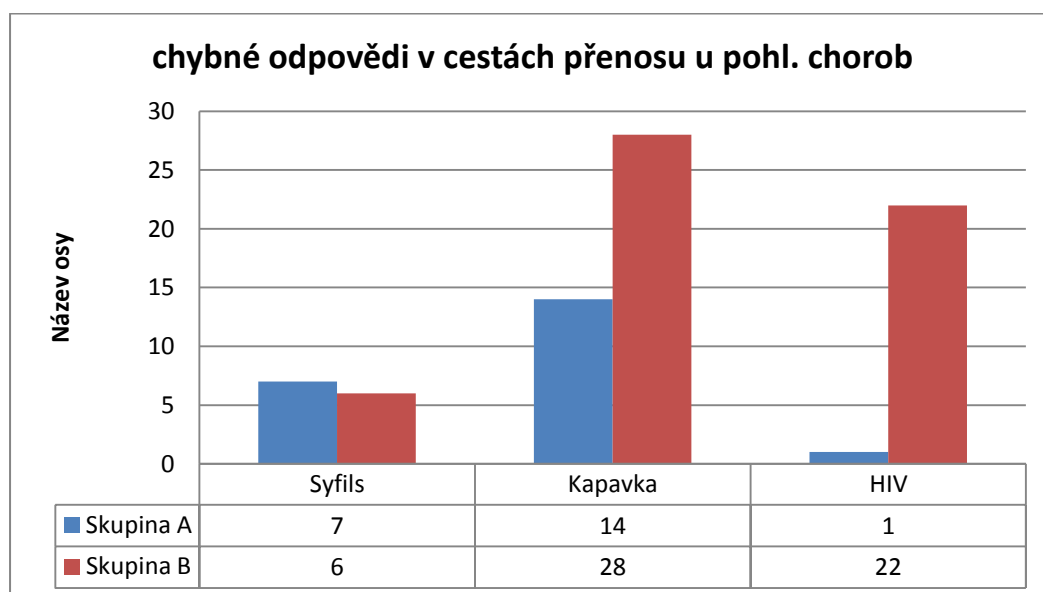
Poměrně dost respondentek se chybně domnívá, že se Kapavka přenáší toaletou (37 resp., tj. 37%). Dále velmi často špatně uvedenou cestou přenosu byly sliny u HIV infekce (23 resp., tj. 23%). Přenos Syfilisu v bazénu označilo 13 resp. (tj. 13%).

Tab. č. 16: špatně uvedené cesty přenosu

	Syfilis	Kapavka			HIV
	bazén	toaleta	polibek	Podání ruky	sliny
Kosmetička	1	5	---	---	1
Kadeřník	6	7	---	2	---
Aranžér	3	12	2	---	12
Cukrář - pekař	3	13	---	1	10
Celkem (%)	13 (13%)	37 (37%)	2 (2%)	3 (3%)	23 (23%)

Při srovnání skupiny A se skupinou B (graf č. 9) je patrné, že více chybovala skupina B. Skupina A udělala celkem 22 chyb a skupina B 56 chyb. Výrazný rozdíl mezi skupinami byl u onemocnění Kapavka, kdy se skupina B domnívá, že cestou přenosu jsou veřejné toalety (25 resp. tj. 50%). Rovněž skupina B chybovala v cestě přenosu u HIV infekce slinami (22 resp. tj. 44%).

Graf č. 9 – chybné odpovědi v cestách přenosu pohl. chorob mezi skupinami



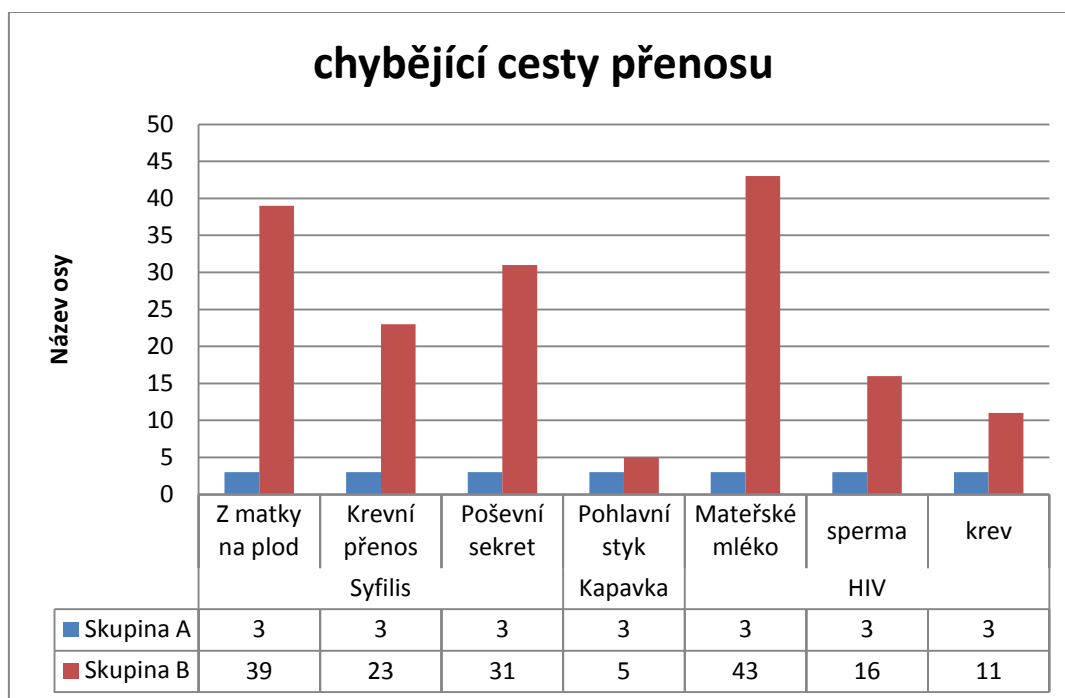
U přenosu nemoci Syfilis nevedlo 34 (tj. 34%) respondentek přenos poševním sekretem, 42 (tj. 42%) resp. z matky na plod a 26 (tj. 26%) resp. přenos krevní cestou. U nemoci Kapavka nevědělo 8 (tj. 8%) resp. přenos pohlavním stykem. V největším zastoupení, a to 49 resp., (tj. 49%) nevěděly přenos u HIV infekce z mateřského mléka, spermatem (19%) a krevní cestou (14 %) (tab. č. 17).

Tab. č. 17: nevedené správné cesty přenosu u pohl. nemocí

	Syfilis			Kapavka	HIV		
	Z matky na plod	Krevní přenos	Poševní sekret	Pohlavní styk	Mateřské mléko	Sperma	Krev
Kosmetička	---	---	---	---	---	---	---
Kadeřník	3	3	3	3	3	3	3
Aranžér	13	---	2	---	13	2	---
Cukrář	26	23	29	5	30	14	11
Celkem	42	26	34	8	46	19	14

Mezi skupinami jsou opět velké rozdíly. Skupina A nevedla správné cesty přenosu pouze ve 21 případech, přičemž chybovaly pouze respondentky oboru Kadeřník. Ze skupiny B nevěděly respondentky cesty přenosu u pohl. chorob v 168 případech (graf č. 10).

Graf č. 10: neuvedené cesty přenosu pohl. chorob dle skupin



Položka č. 15: Stručně popište jaký je rozdíl mezi HIV infekcí a onemocněním AIDS.

Respondentky v této položce měly objasnit rozdíl mezi HIV infekcí a onemocněním AIDS. Celkem nevědělo rozdíl 58 (tj. 58%) respondentek a vědělo 42 (tj. 42%) resp. (tab. č. 18).

Při srovnání skupin vyšla lépe skupina A, především díky respondentkám oboru Kosmetička. Celkově respondentky skupiny A uvedly správně rozdíl mezi HIV a AIDS ve 29 případech (tj. 58%), za to resp. skupiny B věděli pouze ve 13 případech (tj. 26%).

Tab. č. 18: rozdíl mezi HIV infekcí a onemocněním AIDS

	Ví	Neví
Kosmetička	22	7
Kadeřník	7	14
Sk. A celkem (%)	29 (58%)	21 (42%)
Aranžér	0	17
Cukrář - pekař	13	20
Sk. B celkem (%)	13 (26%)	37 (74%)
Celkem (%)	42 (42%)	58 (58%)

Položka č. 16: Co způsobuje virus HIV v lidském organismu?

Správnou odpověď uvedlo celkem 58 (tj. 58%) respondentek. Dle 29 (tj. 29%) resp. napadá virus HIV červené krvinky. V nepatrném počtu respondentky označily oběhový a nervový systém (tab. č. 19).

Při porovnávání skupin si vedla podstatně lépe skupina A, která správně odpověděla z 76%, opět díky resp. oboru Kosmetička. Skupina B správně označila rozdíl HIV a AIDS jen ze 40% (tab. č. 19).

Tab. č. 19: co způsobuje virus HIV v lidském organismu

	Napadá nerv. systém	Červené krvinky	Obrany- schopnost	Nevím	Napadá oběhový systém
Kosmetičky	---	4	25	---	---
Kadeřnice	---	8	13	---	---
Sk. A celkem (%)	---	12 (24%)	38 (76%)	---	---
Aranžér	3	8	3	3	---
Cukrář –pek.	4	9	17	1	2
Sk. B celkem (%)	7 (14%)	17 (34%)	20 (40%)	4 (8%)	2 (4%)
Celkem (%)	7 (7%)	29 (29%)	58 (58%)	4 (4%)	2 (2%)

Položka č. 17: Jsou nějaké možnosti ochrany před pohlavními nemocemi?

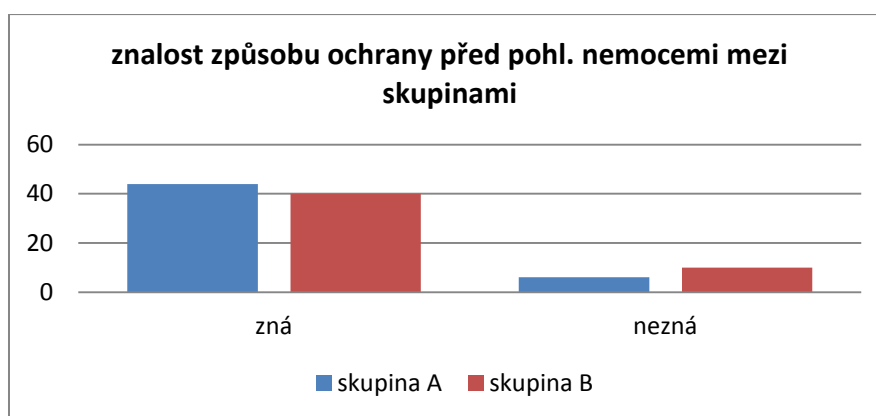
Ochranu před pohlavními nemocemi uvedlo celkem 84 (tj. 84%) resp. Jediný způsob ochrany, který uvedly všechny respondentky je ochrana kondomem. Pouze 16 (tj. 16%) resp. nevěděly, jakým způsobem se chránit (tab. č. 20).

Tab. č. 20: možnosti ochrany před pohl. nemocemi

	ne	nevím	ano
			kondom
Kosmetička	---	2	27
Kadeřník	---	4	17
Aranžér	---	2	15
Cukrář	---	8	25
Celkem (%)	0	16 (16%)	84 (84%)

Mezi skupinami nejsou zaznamenány výrazné odchylky, jak dokazuje graf č. 11. Respondentky skupiny A uvedly ochranu kondomem z 84%, skupina B z 80%. Způsob ochrany před pohl. nemocemi nevědělo 12% resp. ze skupiny A, ze skupiny B nevědělo 20% resp.

Graf č. 11: způsob ochrany před pohl. nemocemi v porovnání skupin



Položka č. 18: Jaké jsou způsoby ochrany před nechtěným těhotenstvím?

Záměrem této položky bylo zjistit znalosti respondentek o způsobech ochrany před nechtěným otěhotněním. Většina respondentek (88%) uvedla jako možnost hormonální antikoncepci, 8% resp. uvedlo kondom a pouze 2% resp. nevěděla (tab. č. 21).

Ani u této položky není zaznamenán rozdíl mezi skupinami.

Tab. č. 21: způsoby ochrany před nechtěným těhotenstvím

	Hormon. antikoncepce	kondom	abstinence	antibiotika	nevím
Kosmetička	26	3	---	---	---
Kadeřník	19	---	1	1	---
Aranžér	12	5	---	---	---
Cukrář – pek.	31	0	---	---	2
Celkem (%)	88 (88%)	8 (8%)	1 (1%)	1 (1%)	2 (2%)

Položka č. 19: Existují nějaká rizika pro dospívající dívku po interrupci?

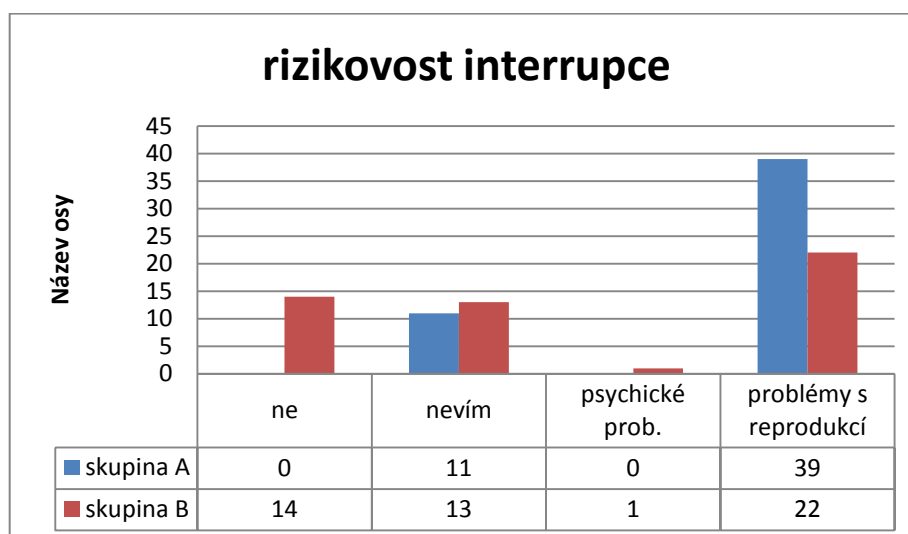
Položka měla zmapovat pohled respondentek na rizikovost interrupce v období dospívání. Celých 61 resp. (tj. 61%) vidí riziko v možnosti, že by mohly nastat v budoucnosti problémy s otěhotněním. Riziko zcela vyloučilo 14 resp. (tj. 14%) a nevědělo 24 resp. (tj. 24%). Pouze 1 resp. uvedla riziko psychického rázu (tab. č. 22).

Tab. č. 22: rizika interrupce

	Ne	Nevím	Psych. problémy	Nemusí otěhotnět
Kosmetička	0	5	0	24
Kadeřník	0	6	0	15
Aranžér	5	2	1	9
Cukrář – pek.	9	11	0	13
Celkem (%)	14 (14%)	24 (24%)	1 (1%)	61 (61%)

Ze skupiny B si 14 resp. (tj. 28%) nepřipouští žádná rizika oproti skupině A, která z 78% vidí hrozbu v omezené reprodukci v budoucnosti (graf č. 12).

Graf č. 12: rizikovost interrupce v porovnání skupin



6.3 SHRNUÍ ZÍSKANÝCH DAT

Výzkumné šetření diplomové práce bylo realizováno na základě výzkumné otázky a výzkumných cílů, které zjišťovaly informovanost a chování dospívajících v oblasti reprodukčního zdraví. Dále mapování rozdílů mezi skupinami rozdělenými dle studijního oboru:

- 1) **Zmapovat informovanost a chování adolescentů v oblasti reprodukčního zdraví: problematika nechtěného těhotenství, pohlavních chorob, předčasného zahájení pohlavního života.**

Informovanost adolescentů v oblasti reprodukčního zdraví sleduje II. část dotazníku obsahující celkem deset položek. Nejprve bylo zjišťováno, zdali se respondentky orientují v pojmu „reprodukční zdraví“. Reprodukční zdraví dokáže popsat pouze 23 respondentek ze 100 (tab. č. 12). Dále byla sledovaná problematika předčasného zahájení pohlavního života a s ní spojené způsoby ochrany. Rizika předčasného zahájení pohlavního života si uvědomuje 47 (tj. 47%) resp. (graf č. 8), a to především obavou pohlavních nemocí a předčasného těhotenství (59,6% resp.). Rovněž tak si resp. (97%) připouští rizika nechráněného pohlavního styku (tab. č. 14).

Oblast informovanosti o pohlavních nemocech se nejeví příliš pozitivně. Respondentky prokázaly na základě dotazníku nízkou povědomost o pohlavních nemocech. Ukázalo se, že resp. jako pohl. nemoc znají pouze AIDS (86%) a chlamydie (57%). Nemoci jako příjice, žloutenka typu B a C zná jen malá část respondentek (27%) (tab. č. 15). Položka zaměřená na cesty přenosu pohlavních nemocí odhalila u resp. přetrvávající mýty. Stále se 37 (37%) resp. domnívá, že se kapavka přenáší veřejnými toaletami, HIV virus slinami (23% resp.) a syfilis v bazénu (13% resp.). Prokázala se i poměrně slabá povědomost o přenosu nemoci syfilis, kdy 42 % resp. nevěděla, že se přenáší z matky na plod a 34% resp. netušila přenos poševním sekretem. Rovněž se tak dělo u přenosu HIV infekce, kdy 49% resp. nevěděla přenos z mateřského mléka na plod (graf č. 9 a 10). Jasnost v rozdílu mezi HIV a AIDS má 58% respondentek a 42% resp. není schopna rozdíl vysvětlit (tab. č. 18). Stejný počet respondentek, tj. 58% ví, co HIV virus v lidském těle napadá (tab. č. 19). Možnost ochrany před pohlavními nemocemi zná 84% resp. a to jednoznačně ochranu kondomem (tab. č. 20).

Ochrana před nechtěným těhotenstvím je drtivě většině respondentek (96%) známa. Celých 88% resp. vidí ochranu v užívání hormonální antikoncepce, dále 8% resp. v použití kondomu (tab. č. 21). Rizika interrupce pro dospívající dívku si uvědomuje 62% resp., z nichž 61% resp. vidí ohrožení v reprodukci do budoucna. Rizika po interrupci si nepřipouští 14% resp. (graf č. 12).

Chování adolescentů v oblasti reprodukčního zdraví sleduje I. část dotazníku. V první řadě byl zjišťován věk resp. první pohlavní zkušenosti. Za ideální věk považují resp. (46%) nejvíce 16. rok života (tab. č. 2). Ukázalo se, že nejčastějším věkem prvního pohlavního styku u 35% resp. je 15. rok života a 16. rok života u 27% resp. (tab. č. 3). Pohlavně ještě nežije 14% resp. Respondentky, které již zahájily pohlavní život (86%), používají jako ochranu před těhotenstvím hormonální antikoncepci (67 resp., z 86) a kondom 12 resp. Před nákazou pohlavní nemocí se chrání z 86 resp. 59 resp., a to kondomem. Žádnou ochranu před pohl. nemocí nepraktikuje 19 resp. z 86 (tab. č. 4). Rizikové chování (nechráněný pohlavní styk) přiznalo 30 resp. z 86, přičemž hlavním důvodem byl alkohol (46,7%) a lehkomyšlnost (36,7%) (tab. č. 5).

V případě nechtěného těhotenství by respondentky volily především možnost dítě si ponechat (59%), interrupci (37%) a adopci jen 4% resp. (tab. č. 7).

V oblasti informovanosti se cítí respondentky poměrně dostatečně informované, a to celých 82% resp. (tab. č. 9). Dále uvedly, že nejvíce informací získaly od rodičů (29%), z médií (25%) a od kamarádů (20%) (tab. č. 8). Zájem dozvědět se více o problematice reprodukčního zdraví projevilo celkem 80% resp. (tab. č. 10).

2) Zjistit rozdíly v informovanosti v oblasti reprodukčního zdraví mezi studenty, kteří mají předmět Zdravověda v ŠVP (skupina A) a studenty, kteří nemají předmět zdravotní výchovy ani předmět obsahem jemu podobný (skupina B).

Rozdíly v informovanosti mezi skupinou A a skupinou B byly zaznamenány především v oblasti pohlavních chorob. Ukázalo se, že skupina A má větší přehled o existujících pohl. nemocech než skupina B (tab. č. 15). Stejně tak prokázala skupina A lepší znalosti v cestách přenosu, kdy chybovala pouze v 21 případech a skupina B chybovala v 56

případech (graf č. 9, 10). Rozdíl mezi HIV a onemocněním AIDS znala rovněž více skupina A (58%) než skupina B (26%) (tab. č. 18). Stejně tak chování viru HIV v lidském organismu věděla více skupina A (76%) než skupina B (46%) (tab. č. 19). Rizika interrupce pro dospívající dívku si více uvědomuje skupina A (68% resp.) než skupina B (44%). Celkem 28% resp. skupiny B se domnívají, že nejsou žádná rizika po interrupci (graf č. 12).

3) Zjistit zdali nižší informovanost adolescentů v oblasti přenosných chorob vede k rizikovému reprodukčnímu chování.

Výsledky dotazníku ukázaly, že nižší znalosti mají respondentky skupiny B, zejména v oblasti pohlavních nemocí. Respondentky této skupiny mají sice nižší povědomost o pohlavních nemocech a jejich cestách přenosu, ovšem u položek zaměřených na způsob ochrany jak před pohl. nemocemi, tak těhotenstvím prokázaly téměř shodné chování se skupinou A.

Dále se neprokázala souvislost mezi rizikovostí interrupce a řešením neplánovaného těhotenství. Respondentky skupiny B (28%), které se domnívají, že nejsou žádná rizika interrupce, volily u položky řešení nechtěného těhotenství možnost dítě si ponechat (66%). Respondentky skupiny A (78%) si sice uvědomují riziko interrupce, ale přesto by ji při nechtěném těhotenství volilo 48% resp.

Zhodnocení předpokladů:

Předpoklad 1: Domnívám se, že respondentky studijního oboru zahrnující předmět Zdravověda budou mít z 85% správné a nezkreslené informace v oblasti reprodukčního zdraví.

Respondentky skupiny A (obor Kosmetička, Kadeřník), jež mají v ŠVP předmět Zdravověda prokázaly poměrně nedostatečné znalosti. Pojmu „Reprodukční zdraví“ rozumí pouze 36%. Orientace respondentek v pohlavních nemocech je průměrná. Rozdíl mezi HIV infekcí a onemocněním AIDS vědělo jen 58% resp. a 24% resp. se mylně domnívá, že virus HIV napadá v lidském těle červené krvinky (tab. č. 23).

Informovanost respondentek o pohlavních nemocech ukazuje tab. č. 24, kdy onemocnění AIDS zná 78% resp., chlamydie 66% resp., příjici pouze 28% resp. a žloutenku typu B a C pouhých 10% resp. Celkem 22% resp. označilo jako pohlavní nemoc bronchitidu, tuberkulózu i gastroenteritidu.

Znalosti skupiny A ve způsobech přenosů pohlavních nemocí mají také nedostatky. Chyby byly zaznamenány v cestě přenosu u nemoci Syfilis (7 chyb), u Kapavky (14 chyb). Jak ukazuje tabulka č. 25 znalosti v cestách přenosu pohlavních nemocí, nedosahují 85% úroveň.

Způsob ochrany před pohlavní nemocí uvedlo správně 88% resp. a ochranu před nechtěným těhotenstvím zná 96% respondentek. Rizika po interrupci pro dospívající dívku si nepřipouští 22% resp. (tab. č. 23).

Tab. č. 23: předpoklad č. 1 - informovanost skupiny A

Oblast informovanosti	Správné odpovědi celkem	V %
Co je reprodukční zdraví	18	36%
Rozdíl mezi HIV a AIDS	29	58%
Co způsobuje HIV v organismu	38	76%
Způsob ochrany před těhoten.	45	96%
Způsob ochrany před pohl. nem.	44	88%
Rizikovost interrupce	39	78%

Tab. č. 24: předpoklad č. 1- znalosti skupiny A o pohlavních nemocech

Pohl. nemoc	Vědělo celkem	Vědělo v %
AIDS	39	78%
Chlamydie	33	66%
Žloutenka	5	10%
Příjice	14	28%

Tab. č. 25: předpoklad č. 1 – informovanost skupiny A o přenosu pohlavních nemocí

Pohl. nemoci	Úspěšnost odpovědi v přenosu chorob -celkem	Úspěšnost v %
Syfilis	34	68%
Kapavka	35	70%
HIV infekce	40	80%

Z výše uvedených tabulek vyplývá, že informovanost respondentek skupiny A je nadprůměrná, ovšem nedosahuje předpokládanou 85% úspěšnost. Pouze v informovanosti o způsobech ochrany před těhotenstvím a pohl. nemocemi měly resp. úspěšnost nad 85% . To znamená, že z 13 kritérií byly resp. skupiny A úspěšné pouze ve 2 kritériích (tab. č. 23 až 25). Proto bych tento předpoklad označila jako nepotvrzený.

Předpoklad č. 1 se nepotvrdil.

Předpoklad 2: Předpokládám, že respondentky, které nemají ve studijním oboru předmět Zdravověda, budou prokazovat rizikové chování minimálně z 35%.

Skupinu tvoří respondentky oboru Aranžér a Cukrář – pekař. Tyto obory nemají v ŠVP žádný předmět zaměřený na zdraví. Předpoklad vychází z odhadu, že tato skupina bude mít slabou informovanost a na jejím základě se budou respondentky chovat rizikověji.

Věk zahájení pohlavního života je poměrně shodný s druhou skupinou. Před 15. rokem života zahájilo pohl. styk 10% resp. Většina resp. 64% začalo pohlavně žít v 15. a 16. letech. Pokud budeme vycházet z teoretické části práce, kde jsou popsána rizika při zahájení pohl. života před 18. rokem života, tak až na 3 resp. všechny spadají do rizikové skupiny (40 resp.). Ze 43 resp., které již zahájily pohl. život se chrání před těhotenstvím 38 resp. a před pohlavními nemocemi 25 resp. Ochranu před pohl. nemocí nepraktikuje 10 resp. a absolutně žádnou ochranu nepraktikuje 7% resp. Rizikové chování (nechráněný pohlavní styk) si uvědomilo 37,2% resp. Interrupci by volilo 30% resp. (tab. č. 26).

Respondentky skupiny B se cítí poměrně dobře informovány v oblasti reprodukčního zdraví. Celých 82% resp. se domnívá, že má dostatek informací v oblasti reprodukčního zdraví. Informace resp. získaly především od rodičů (32%) a z médií (32%). Zájem o další vzdělávání v této oblasti projevilo 68% resp.

Tab. č. 26: předpoklad č. 2: rizikové chování skupiny B

Druh rizikového chování	Celkem s. B	v % s. B	Skupina A
Zahájení pohl. života před 18. r.	40 (ze 43)	93%	97,7%
Žádná ochrana před těhoten.	2	4,7%	0%
Bez ochrany před pohl. nem.	10	23,3%	20,9%
Absolutně žádná ochrana	3	7%	4,7%
Rizik. chování (nechr. pohl.styk)	16	37,2%	32,6%
Volba interrupce	15	30%	44%

Z výše uvedené tabulky je patrné, že rizikové chování skupiny B se projevilo v počátku zahájení pohlavního života a v rizikovém chování v oblasti pohlavního života (nechráněný pohlavní styk). Ovšem při srovnání skupiny B se skupinou A se rizikové chování neliší tak, jak jsem očekávala. To tedy znamená, že se domněnka o vztahu mezi informovaností a chováním nepotvrdila.

Předpoklad č. 2 se nepotvrdil.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Protože výzkumné šetření probíhalo pouze na jedné škole, tak i doporučení jde tímto směrem. V první řadě bych se zaměřila na činnosti učitelů, kteří spadají do vzdělávací oblasti Člověk a zdraví. Jsou to především učitelé předmětu Zdravověda a Tělesné výchovy a v neposlední řadě i činnost metodika prevence či výchovného poradce.

Je třeba, aby si učitelé uvědomili, že nestačí studentovi pouze poskytnout informace k problematice reprodukčního zdraví, ale vést studentky k tomu, aby si rizika uvědomila a ovlivnila tak jejich zodpovědné chování v této oblasti.

V tematickém plánu předmětu Zdravověda lze oblast reprodukčního zdraví zahrnout do více tematických okruhů v jednotlivých ročnících a tím se bude informovanost studentek prohlubovat. Jedná se například o okruhy: Životní styl, Osobní hygiena kosmetičky, kadeřnice, dále Šíření a přenos infekčních chorob, Epidemiologie a Kožní choroby.

Obory Aranžér a Cukrář-pekař mají z oblasti Člověk a zdraví pouze předmět Tělesná výchova. Proto bych hledala prostor i v tomto předmětu. Škola nemá k dispozici tělocvičnu i hřiště v měsíci září a červen, tento čas je tedy možné využít ke vzdělávání studentek v oblasti zdraví.

Příslušní učitelé by se měli zaměřit především na aktuální informace o pohlavních nemocech a na způsoby jejich ochrany. Věnovat se na nácviku situací, které může život přinést tj., jak by se měli studentky zachovat při zjištění, že někdo z blízkého okolí má pravděpodobně pohlavní nemoc. Uvádět příklady z praxe. Vzhledem k cílové skupině zvýšit pozornost k tématu těhotenství a seznámit studentky se způsoby řešení a jejich možnými riziky. Aby edukační působení mělo význam, měla by být komunikace mezi učitelem a studenty přátelská, což pomůže získat důvěru studentů.

Rovněž vidím prostor v činnosti metodika prevence jmenované školy. Zde spatřuji jeho nedostatečnou aktivitu v oblasti reprodukčního zdraví. Na základě rozhovoru s metodikem dané školy neproběhl žádný program na toto téma více jak osm let. Pozornost je věnována zejména kyberšikaně a návykovým látkám. Pokud se podíváme na stoupající tendenci výskytu pohlavních nemocí, bylo by jistě na místě uspořádat ve

škole aktivizující preventivní programy a odborné přednášky, o které i studentky v dotazníku projevily zájem.

ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na problematiku rizikového chování v oblasti reprodukčního zdraví v období pozdní adolescence, se zvláštní pozorností na rizika předčasného zahájení pohlavního života, pohlavních nemocí a nechtěného těhotenství u středoškolské mládeže ve věku 16 až 18 a více let. Teoretická část představila tuto problematiku pohledem různých odborných zdrojů a na jejich základě bylo realizované výzkumné šetření.

Výzkumné šetření bylo uskutečněno kvantitativní metodou. Na podkladu teoretických poznatků byl sestaven nestandardizovaný anonymní dotazník, který byl prostředkem k naplnění cílů výzkumného šetření.

Předmětem výzkumné otázky bylo zjištění, zdali existuje rozdíl mezi studenty, jenž mají v ŠVP předmět Zdravověda s těmi, co ho nemají a ani žádný předmět s tematickým zaměřením na oblast zdraví. Je tedy předmět Zdravověda obsahově dostatečný k tomu, aby uspokojivě připravil studenty na vstup do pohlavního života?

Šetření ukázalo, že obory mající předmět Zdravověda mají skutečně širší povědomost o problematice reprodukčního zdraví než obory bez toho předmětu, ale ne v takové míře, jak bylo očekáváno. Zároveň šetření odhalilo, že dobrá informovanost nemá až takový vliv na chování oslovených respondentek. Přesto, že obory s teoretickou průpravou prokázaly lepší informovanost v oblasti reprodukčního zdraví, v chování jsou zjištěné výsledky srovnatelné, jako u studijních oborů bez předmětů zabývajících se zdravím. Studentky ze sledovaných oborů zahájily pohlavní život nejčastěji okolo 15. a 16. roku věku a také přiznaly téměř ve shodném počtu, že se během svého pohlavního života zachovaly rizikově. Dotazníkové šetření dále ukázalo na problém vnímání informovanosti studentek. Většina studentek se sice cítí dobře informovaná v oblasti reprodukčního zdraví, ovšem ze získaných dat vyplynul pravý opak. Na druhou stranu je nutno podotknout, že i přes jejich nižší informovanost, studentky ve většině praktikují ochranu před pohlavními nemocemi (70,9% resp.) a před nechtěným těhotenstvím (91,9% resp.). Přestože jsou zjištěné výsledky poměrně přesvědčivé, nelze výsledná data obecně paušalizovat.

Během výzkumného šetření jsem pocítila značný zájem studentek o toto téma, a to hlavně u studentek, jež nemají žádný předmět zaměřený na zdraví. Po vyplnění dotazníků měly studentky mnoho dotazů, které se týkaly tématu pohlavních nemocí a interrupce.

Zásadní problém vidím v tom, že z pohledu studentek informace o reprodukčním zdraví získávají ze školy jen v malé míře (11% resp.). Domnívám se tedy, že vzdělávání těchto studentek v oblasti reprodukčního zdraví je slabou stránkou škol, jak základních, tak vyšších sekundárních. To znamená, že studentky by měly již přicházet ze základních škol s hlavními informacemi a dále je na vyšších sekundárních školách prohlubovat a rozvíjet.

Věřím, že výsledky výzkumného šetření by mohly být přínosem pro některé školy a tím i nastartovat nové aktivity a činnosti, které budou podporovat a rozvíjet oblast reprodukčního zdraví studentek školy.

Z mého pohledu, jako pozitivní přínos této práce vidím změnu v přístupu studentek k předmětu Zdravověda. Měla jsem často dojem, že nejeví příliš velký zájem o témata tohoto předmětu. Nyní mám pocit, že dotazníkové šetření a následná diskuze nastartovala jejich zvědavost a otevřenost a hodiny tak získaly zcela jinou dimenzi. Studentky oboru Kosmetička dokonce projevíly zájem o další dotazníkové šetření.

SEZNAM POUŽITÉ LITARATURY

- AIDS. *Pohlavní nemoci*. [online]. [cit. 12. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.pohlavni-nemoci-a-jejich-priznaky.cz/aids>.
- AIDS-POMOC. *Statistika HIV/AIDS 2015*. Statistický zdravotnický ústav. [online]. [cit. 22. 10. 2015]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2015/HIV_AIDS_08_2015.pdf.
- CSÉMY, L., KABÍČEK, P., HAMANOVÁ, J., KELLEROVÁ, P. Účinky krátkodobého a dlouhodobého užívání kanaboidů. *Medicína*. 2007, č. 3, s. 158-169.
- Důsledky drogové závislosti. *Infodrogy*. [online]. [cit. 30. 6. 2015]. Dostupné z: <http://www.infodrogy.estranky.cz/clanky/rizika-a-zdravotni-problemy/dusledky-drogove-zavislosti.html>.
- DVOŘÁKOVÁ, Klauďie. Nejčastější sexuálně přenosné infekce a možnosti jejich léčby. *Klin Farmakol Farm*. [online]. [cit. 18. 9. 2015]. Dostupné z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2009/01/05.pdf>.
- Facts for Families Guide. Self-Injury In Adolescents. *American academy of child & adolescent psychiatry*. [online]. [cit. 25. 10. 2015]. Dostupné z: http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Self-Injury-In-Adolescents-073.aspx.
- GEIST, Bohumil. *Psychologický slovník*. Praha: Vodnář, 2000. ISBN 80-86226-07-7.
- GERŽOVÁ, Hedvika. Antikoncepce a adolescenta. *Pediatric pro Praxi*. [online]. 2007, č. 1, s. 20-23. [cit. 7. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/01/04.pdf>.
- HAMANOVÁ, Jana. Syndrom rizikového chování v dospívání a zneužívání anabolických steroidů. *Vox pediatric*. [online]. 2005, roč. 5, č. 3, s. 11-13. ISSN 1213 – 2241. [cit. 30. 6. 2015].
Dostupné z: http://www.detsky lekar.cz/cps/rde/xbcr/dlekar/2005_vox3.pdf.

- HAMANOVÁ, Jana, KABÍČEK, Pavel. Syndrom rizikového chování v dospívání. *Zdravotnictví, medicína*. [online]. [cit. 30. 6. 2015]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/syndrom-rizikoveho-chovani-v-dospivani-132984>.
- HAVLÍN, Miroslav, HALUZA, Radovan, POLCAROVÁ, Drahomíra. Vybrané otázky z oblasti reprodukčního zdraví. *Labestra*. [online]. Brno, 2011. ISBN 978-80-904290-3-1. [cit. 12. 1. 2016].
Dostupné z: http://www.planovanirodiny.cz/labestra/repr_zdrav_brozura.pdf.
- HRUBÁ, D., KYASOVÁ, M. Závislost dětí a mládeže na nikotinu. *Česko-slovenská pediatrie*. 2001, roč. 56, č. 3, s. 174-178.
- CHOMYNOVÁ, P., CSÉMY, L., GROLMUSOVÁ, L., SADÍLEK, P. (2014). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky. [online]. [cit. 30. 10. 2015]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/607021-Pavla-chomynova-ladislav-csemy-lucie-grolmusova-petr-sadilek.html>.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JANIŠ, Kamil. Sexuální výchova. *Výchova ke zdraví*. [online] [cit. 30. 10. 2015] Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/sexualnivychova/doporucene-metodiky.html>.
- JANOŠOVÁ, Pavlína. *Dívčí a chlapecká identita*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2284-9.
- KABÍČEK, Pavel. Nová morbidita mládeže. *Sanquis pro odborníky*. [online]. [cit. 30. 6. 2015]. Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art184>.
- KABÍČEK, Pavel, CSÉMY, Ladislav, HAMANOVÁ, Jana a kolektiv. *Rizikové chování v dospívání*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-793-4.
- KAPAVKA. *Pohlavní nemoci*. [online]. [cit. 12. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.pohlavni-nemoci-a-jejich-priznaky.cz/kapavka-gonorrhoea>.

- KOUŘENÍ DĚTÍ. *Kuřáková plíce*. [online]. [cit. 12. 10. 2015]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html.
- KŠIŇAN, Albert. Jak vzniká homosexualita. *Psychologie*. [online]. [cit. 06. 10. 2015]. Dostupné z: <http://psychologie.cz/jak-vznika-homosexualita/>.
- KULHÁNEK, Jan. Problémy se sebepoškozováním. *Šance Dětem*. [online]. [cit. 22. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-ditete/problemy-se-sebeposkozovanim.shtml#co-se-skryva>.
- MACHOVÁ, Jitka, HAMANOVÁ, Jana. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Jinočany: H&H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Paha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0519-7.
- Národní ústav pro vzdělávání. © 2011 – 2015 NÚV – *Národní ústav pro vzdělávání*. [online]. [cit. 31. 10. 2015]. Dostupné z: http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12RVPZV_2077.pdf.
- Národní strategie Primární prevence rizikového chování dětí a mládeže. *MŠMT*. [online]. [cit. 22. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/28077>.
- NEŠPOR, Karel. Aspekty dětského pití alkoholu a potencionální závislosti na něm (alkoholismu). *Alkoholismus.cz*. [online]. [cit. 06. 10. 2015]. Dostupné z: http://www.alkoholik.cz/zavislost/deti_a_alkohol/aspekty_detskeho_piti_alkoholu_a_potencionalni_zavislosti_na_nem_alkoholismu.html.
- NEÚČINNÁ PRIMÁRNÍ PREVNCE. *Prevence – info.cz*. [online]. [cit. 12. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.prevence-info.cz/p-prevence/neucinna-primarni-prevence>.
- NIELSEN SOBOTKOVÁ, Veronika., a kol. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4042-3.
- PONDĚLÍČKOVÁ – MAŠLOVÁ, Jaroslava. *Nezralá sexualita*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0008-3.

- PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.
- SAVIC, I, LINDSTRÖM, P. Symmetry of Homosexual Brain Resembles that of Opposite Sex, Swedish Study Finds. *Proceedings of National Academy of Science*. [online]. [cit. 06. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.sciencedaily.com/releases/2008/06/080617151845.htm>.
- SEXUAL RISK BEHAVIORS: HIV, STD, & Teen Pregnancy Prevention. *Centers for Disease Control and Prevention*. [online]. [cit. 22. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/sexualbehaviors/>.
- SLÁMA, Jiří. Aktuální data o vakcinaci HPV. *Pediatric pro Praxi*. [online]. 2011, roč. 12, č. 4, s. 258-260. [cit. 07. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2011/04/08.pdf>.
- SYFILIS. *Pohlavní nemoci*. [online]. [cit. 12. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.pohlavni-nemoci-a-jejich-priznaky.cz/syfilis-prijice-lues>.
- TEENAGERS AND SEXUAL ISSUES. *Better Health*. [online]. [cit. 22. 11. 2015]. Dostupné z: <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/healthyliving/teenagers-and-sexual-issues>.
- URBAN KATARZYNA. Zkušenosti USA a Velké Británie: Neúčinnost biologické sexuální výchovy (typu B nebo C) a účinnost abstinční sexuální výchovy (typu A). *Fatym*. [online]. [cit. 22. 11. 2015]. Dostupné z: http://www.fatym.com/storage/1291140007_sb_vychova-a-b-c.pdf.
- ÚZIS. Pohlavní choroby statistika 2012. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. [online]. [cit. 22. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/pohlavni-nemoci>.
- Vaše zdraví. Rakovina děložního čípku. *GSK Česká republika*. [online]. [cit. 07. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.gsk.cz/vase-zdravi/rakovina-delozniho-cipku.html>.
- VAŠUTOVÁ, Maria, PANÁČEK, Michal a kol. *Mezi dětstvím a dospělostí*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity, 2013. ISBN 978-80-7464-125-1.

- WEISS, Petr, ZVĚŘINA, Jaroslav. Sexuální chování české populace. *Urologie pro Praxi*. [online]. 2009, roč. 10, č. 3, s. 160-163. [cit. 07. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2009/03/02.pdf>.
- Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. *Portál veřejné správy*. [online]. [cit. 06. 10. 2015]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=75~2F1986&rpp=15#seznam>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Vzor žádosti o povolení výzkumu

Příloha č. 2 – Dotazník použitý při šetření

Bc. Anna Fendrichová
Dolní Třebonín 94
382 01 Dolní Třebonín

SŠ OSaP a VOŠ
Kněžskodvorská 33/A
370 04 České Budějovice

Vážený pane řediteli,

prosím Vás o povolení k provedení dotazníkového šetření u studentů oboru Kadeřník, Kosmetička, Aranžér a Cukrář, Pekař.

Jsem studentkou Pedagogické fakulty KU – všeobecně vzdělávací obor Výchova ke zdraví a Sociální pedagogika. V diplomové práci s názvem „Rizikové chování adolescentů se zaměřením na reprodukční zdraví“ se budu věnovat problematice pohlavních chorob, nechtěného těhotenství a jiných rizik v této oblasti.

Ve své práci budu sledovat a porovnávat informovanost studentů v oblasti reprodukčního zdraví u oborů, které mají v ŠVP předmět Zdravověda s obory, jež tento předmět nemá.

Děkuji za spolupráci.

Bc. Anna Fendrichová

Českých Budějovicích dne 19.1. 2016

.....

Razítko a podpis

DOTAZNÍK

Vážené studentky,

ráda bych Vás tímto poprosila o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je součástí diplomové práce na téma „Rizikové chování adolescentů v oblasti reprodukčního zdraví“.

Pokyny pro vyplnění:

- Vyplňte prosím všechny položky.
- U položek s nabídkou více odpovědí vyberte 1, popřípadě více odpovědí a tu označte křížkem (nebo označte jiným způsobem).
- U volných položek stručně odpovídejte.

Dotazník je zcela anonymní.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

Bc. Anna Fendrichová.

Studentka 2. ročníku navazujícího magisterského studijního programu Výchova ke zdraví a Sociální pedagogika na Pedagogické fakultě UK.

Váš věk? let

Váš studijní obor?

ČÁST I.

1. Jaký je dle Vás ideální věk k zahájení pohlavního života?
2. Pokud jste již zahájila pohlavní život, uveďte věk zahájení (v případě, že ještě pohlavně nežijete, přejděte na ot. 6):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ještě pohlavně nežiji | <input type="checkbox"/> 16 let |
| <input type="checkbox"/> do 15 let | <input type="checkbox"/> 17 let |
| <input type="checkbox"/> 15 let | <input type="checkbox"/> 18 let a více |

3. Jaký způsob ochrany praktikujete před:

- nechtěným těhotenstvím:
- pohlavními nemocemi:
- nepraktikuji žádnou ochranu

4. Uvědomila jste si, že jste se někdy chovala rizikově v oblasti pohlavního života?

Pokud ano, stručně popište, jak jste se rizikově zachovala.

- ne
- ano,

5. Co bylo příčinou Vašeho rizikového pohlavního chování?

- alkohol
- návykové látky
- jiné (uved'te):

6. Jakou možnost byste v tuto chvíli volila v případě nechtěného těhotenství?

- interrupci
- adopci
- dítě si ponechat

7. Odkud jste získala nejvíce informací z oblasti reprodukčního zdraví?

- kamarádi
- rodiče
- škola
- média (televize, internet, časopisy)
- jiné (uved'te):

8. Domníváte se, že máte dostatek informací v oblasti reprodukčního zdraví?

- ne ano
- spíše ne spíše ano

9. Měla byste zájem se dozvědět o problematice reprodukčního zdraví více?

- ne
 - ano
 - a. přednášky odborníků
 - b. tištěné materiály
 - c. jiný způsob (uveďte):
-

ČÁST II.

10. Umíte vysvětlit pojem „Reprodukční zdraví“?

- ne
- ano (popište):

11. Může mít zahájení předčasného pohlavního života nějaká rizika?

- ne
- ano (jaká)

12. Uveďte možná rizika nechráněného pohlavního styku:

.....

13. Zaškrtněte z uvedených nemocí, které se řadí mezi pohlavní nemoci (více možností):

- diabetes
- chlamydie
- příjice
- bronchitida

- AIDS
- tuberkulóza
- gastroenteritida
- žloutenka typu B a C

14. Označte u každé pohlavní nemoci správné cesty přenosu (můžete vybrat více odpovědí):

- | | | |
|---|--|---|
| A) přenos Syfilis | B) přenos Kapavky | C) přenos HIV |
| <input type="checkbox"/> krevní přenos | <input type="checkbox"/> polibek na tvář | <input type="checkbox"/> krevní přenos |
| <input type="checkbox"/> sliny | <input type="checkbox"/> pohlavní styk | <input type="checkbox"/> sperma |
| <input type="checkbox"/> poševní sekret | <input type="checkbox"/> toaleta | <input type="checkbox"/> sliny |
| <input type="checkbox"/> v bazénu | <input type="checkbox"/> podáním ruky | <input type="checkbox"/> mateřs. mlékem |

15. Stručně napište jaký je rozdíl mezi HIV infekcí a onemocněním AIDS:

.....

16. Co způsobuje virus HIV v lidském organismu?

- napadá nervový systém
- napadá červené krvinky
- snižuje obranyschopnost organismu
- napadá oběhový systém

17. Jsou nějaké možnosti ochrany před pohlavními nemocemi?

- ne
- nevím
- ano (jaké)

18. Jaké jsou způsoby ochrany před nechtěným těhotenstvím?

.....

19. Existují nějaká rizika pro dospívající dívku po interrupci?

- ne
- nevím
- ano (jaká)