

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

**PREVENCE V OBLASTI REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ
BUDOUCÍCH MATEK**
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Bc. Klára Jeřichová

Psychologie zdraví a výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Václava Klimtová

Plzeň 2019

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

Plzeň, 30. dubna 2019

.....
vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Václavě Klimtové za odborné vedení bakalářské práce, zejména za poskytování písemných podkladů a cenných rad k vypracování teoretické části a také za její vstřícný přístup během naší spolupráce. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Vladimíře Lovasové, Ph.D. za její pomoc a ochotu spolupracovat na zpracování výzkumné části práce. Zároveň děkuji všem ženám, které se podílely na vzniku výzkumné části bakalářské práce, neboť jejich výpovědi přinesly cenné informace.

OBSAH

ÚVOD.....	1
TEORETICKÁ ČÁST.....	3
1 REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ.....	4
1.1 DEFINICE ZDRAVÍ.....	4
1.2 ADOLESCENCE.....	5
2 VÝCHOVA K SEXUÁLNĚ REPRODUKČNÍMU ZDRAVÍ.....	9
2.1 ŠKOLA.....	9
2.2 DOPORUČENÉ POSTUPY V RODINĚ.....	11
2.3 RIZIKA SPOJENÁ SE ŠPATNOU VÝCHOVOU V RODINĚ.....	14
3 PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ.....	16
3.1 NEGATIVNÍ POSTOJE K RODIČOVSTVÍ.....	17
3.2 VOLBA PARTNERA.....	17
4 ANTIKONCEPCE.....	19
4.1 DĚLENÍ ANTIKONCEPČNÍCH METOD.....	20
4.1.1 Přirozené metody.....	20
4.1.2 Bariérové metody.....	21
4.1.3 Spermicidy.....	21
4.1.4 Nitroděložní tělíška.....	21
4.1.5 Hormonální antikoncepce.....	22
4.2 VÝHODY A NEVÝHODY HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....	22
5 HROZBY A RIZIKA REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ.....	24
5.1 SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ CHOROBY.....	25
5.2 NEPLODNOST.....	26
6 PREVENCE.....	27
PRAKTICKÁ ČÁST.....	29
7 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	30
7.1.1 Cíle práce.....	31
7.1.2 Hypotézy.....	31
7.2 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ.....	32
7.3 POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR.....	33
7.4 KATEGORIE VÝPOVĚDÍ.....	35
7.5 TABULKY AXIÁLNÍHO KÓDOVÁNÍ.....	44
7.6 SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ.....	47
7.7 SUMARIZACE ZÁKLADNÍCH ZJIŠTĚNÍ.....	50
ZÁVĚR.....	52
RESUMÉ.....	54
SUMMARY.....	55
8 LITERATURA.....	56
9 INTERNETOVÉ ZDROJE.....	58
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	59

ÚVOD

V této práci se zaměřím především na význam prevence v oblasti reprodukčního zdraví. Předmětem mého zájmu bude zjistit, jaká je úroveň znalostí dospívajících dívek v oblasti reprodukčního zdraví a jaké postoje k tomuto tématu zaujímají. Cílem této práce je teoretické prozkoumání nejrozličnějších preventivních opatření, která se týkají reprodukčního zdraví. Dále budu zjišťovat, jak jsou mladé ženy v této oblasti vzdělávány, popřípadě kde potřebné informace získávají a jak je aplikují do svého života. Dílčím záměrem této práce je získání všech informací, které by mohly být nápomocny především budoucím matkám, studentům pedagogických oborů, popřípadě učitelům, kteří se zabývají výchovou ke zdraví, a celé široké veřejnosti.

Zdraví by mělo stát v žebříčku našich hodnot na prvním místě. Podle svých vlastních zkušeností však mohu říci, že dokud je člověk mladý, zdravý a plný energie, nepomyslí na to, že by svým chováním mohl své zdraví trvale poškodit. Některá má rozhodnutí se v období dospívání negativně odrazila na mém těle. Člověk si bohužel až postupem času uvědomuje, že jeho tělo je pouhou „schránkou“, která se opotřebovává, zatímco mozek se zdokonaluje. Proto je důležité chovat se ke svému tělu zodpovědně v průběhu celého života. Dnes jsem již ve věku, kdy moji vrstevníci zakládají rodiny nebo uvažují nad možností založit rodinu v blízké době. S tím přicházejí určité otázky, které se týkají reprodukčního zdraví žen i mužů. Schopnost rozmnožovat se a plodit zdravé potomky není samozřejmostí, i když to za samozřejmost často považujeme. V této práci se zaměřím především na ženské pohlaví, a to především z toho důvodu, že já sama jsem žena a budoucí matka.

Díky této studii se mohou budoucí matky dovzdělávat a také si utvořit konkrétní představu o svém budoucím výchovném přístupu a způsobu předávání informací mladším generacím. Výchova je základním prostředkem k vytváření určitého modelu života, který naše společnost uznává a do kterého bychom měli zapadat. Sexuální výchova je často zanedbávaným tématem nejen ze strany rodiny, která se nedostatečně podílí na edukaci mládeže, ale často i ze strany škol. V tomto případě mohu vycházet z vlastní zkušenosti.

Sexuální výchova má vliv na sexuální chování mladistvých. Vede k bezpečnějšímu přístupu, k ochraně před neplánovaným otěhotněním či nákazou pohlavními chorobami, a dokonce k zahájení sexuální aktivity v pozdějším věku.

Závěrem mohu říci, že v rámci praktické části této práce budou vypovídat o svých zkušenostech a vědomostech v oblasti reprodukčního zdraví moje vrstevnice, respektive ženy ve věku od 20 do 28 let, které buď mají děti, nebo je ještě nemají, ale již o nich uvažují, nebo děti nemají a zatím o nich ani neuvažují.

TEORETICKÁ ČÁST

1 REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ

Možná si v první řadě kladete otázku: Co znamená pojem reprodukční zdraví? Pojem reprodukce můžeme v tomto smyslu chápat jako rozmnožování, reprodukční zdraví pak jako schopnost rozmnožovat se. Zachování reprodukčního zdraví je zásadní determinantou pro existenci budoucích generací. Splynutím mužského a ženského pohlaví vznikne nový život. Sexuální styk považujeme za běžnou součást našich životů. Důraz se neklade pouze na fyzický akt, ale na takzvaný akt lásky. Lidská sexualita je základem, na němž vzniká láska a z něhož se rodí děti. Na základě sexuality odlišujeme naše vztahy ke všem lidem v našem okolí. Sexuální výchova se zabývá především výchovou k cituplnému vztahu mezi dvěma jedinci, výchovou k partnerským vztahům, manželství, rodičovství a odpovědnému životu v rodině. (Pondělíčková-Mašlová, 1990) Zastupuje funkci preventivní a jejím cílem je omezit rizikové chování v oblasti reprodukčního zdraví.

1.1 DEFINICE ZDRAVÍ

Celkové zdraví našeho organismu patří k jedné z nejdůležitějších hodnot v životě člověka. Světová zdravotnická organizace (SZO, World Health Organization, WHO) definovala v roce 1948 zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoliv jen nepřítomnost nemoci či vady. (Machová, 2002)

Na zdraví člověka působí nejrůznější faktory, některé jsou získány geneticky, jiné výchovou, životním i společenským prostředím. Jsme schopni samostatného uvažování, v dnešní době a v současné společnosti máme možnost volby, jaké způsoby chování budeme preferovat. V dospívání se člověk řídí vývojovými potřebami, kdežto v dospělosti je tato potřeba nahrazena schopností racionálně se rozhodovat. Životní styl považujeme také za jednu determinantu ovlivňující zdraví. Za naše rozhodnutí a styl, jakým povedeme náš život, odpovídáme jen my sami. (Machová, 2002)

Životní styl má zásadní vliv na zdraví v celém jeho měřítku. Je proto důležité vychovávat děti již od útlého věku k odpovědnosti za své zdraví a poskytovat jim dostatečné množství informací v rodině i ve škole. (Machová, 2002) Je potřeba zajistit jejich úspěšný přechod do dospělosti, eliminovat jejich rizikové chování, především v oblasti reprodukčního zdraví, a zajistit schopnost plodit potomky.

1.2 ADOLESCENCE

Během dospívání se z dítěte stává dospělý člověk a mění se v celé své biopsychosociální sféře. Tato změna probíhá velmi rychle a radikálně. Jde o klíčové období k zachování reprodukčního zdraví. Pokud bude adolescent utvářet své projevy chování na základě chybných informací a neznalosti faktů, může to mít trvalý dopad na jeho reprodukční zdraví v dospělosti. Vede to k trvalému poškození zdraví, narušení plodnosti a zdraví našeho potomstva. (Machová, 2002)

Můžeme tedy říci, že jde o jedno z nejrizikovějších období v životě člověka na cestě k dosažení zdravé dospělosti, a proto Světová zdravotnická organizace na začátku 90. let minulého století stanovila dospívání jako samostatnou rizikovou populační skupinu, pro niž je nutná samostatná a zvýšená preventivní péče (Machová, 2002).

1. 2.1 VÝVOJ V OBDOBÍ ADOLESCENCE

I když mezi chlapci a dívkami do šesti let nejsou rozdíly ve tvaru těla, můžeme již v tomto věku pozorovat rozdíly v jejich chování. Tato odlišnost je pravděpodobně způsobena fyziologickými rozdíly a přejímáním různých způsobů chování, které jsou v naší společnosti považovány za chlapecké a dívčí. V předškolním věku se odráží do života dítěte především vzor způsobu života rodičů, který formuje jeho sexuální roli i v rozvoji vztahu ke druhému pohlaví. Dětství je považováno za období klidu v oblasti sexuální až do puberty. (Machová, 2002)

V nadledvinkách dívek i chlapců začíná produkce androgenů. Ty se přímo podílejí na tělesném růstu a počátečním ochlupení v oblasti zevních pohlavních orgánů. Jejich produkce začíná v mladším školním věku, před začátkem samotné puberty. (Machová, 2002)

Součástí dospívání je puberta, což je hormonálně podmíněný proces tělesného růstu a zrání, který začíná u dívek obvykle v deseti letech, u chlapců o dva roky později. Je vyvolána v předním laloku podvěsku mozkového, který v tomto období začne vyměšovat gonadotropní hormony. Tyto hormony uvádějí do činnosti pohlavní žlázy, u dívek vaječníky a u chlapců varlata. Na začátku puberty vaječníky odstartují vyměšování hlavního ženského hormonu estrogenu, který má vliv na vývoj druhotných pohlavních

znaků. Dívkám začínají vystupovat prsní dvorce nad úroveň hrudníku, vyvíjí se jim totiž mléčné žlázy. Stejně je to u varlat s výjimkou toho, že hlavním mužským hormonem je testosteron. U chlapců se objevují druhotné pohlavní znaky ve formě ochlupení na horním rtu, pigmentací prsní bradavky, pokročilým ochlupením i v podpaží a mutací hlasu, u obou pohlaví se může objevit trudovitost kůže neboli akné. (Machová, 2002)

Na konci této vývojové fáze je dosaženo základní pohlavní zralosti, která u dívek vrcholí první menstruací kolem třináctého roku života, u chlapců je to první výron semene, který přichází zhruba ve věku patnácti let. To však neznamena, že bylo dosaženo plné reprodukční schopnosti, protože menstruace bývá zpočátku nepravidelná a bez ovulace, jedná se o tzv. anovulační cyklus. Ovulačních cyklů je dosaženo teprve až po dvou letech od první menstruace. (Machová, 2002) Dalším hormonem vaječnicků je progesteron, ten se však začíná vyměšovat až v období dozrávání žlutého tělíska během ovulačních cyklů. Dokonce ani v ejakulátu u chlapce nebývají ještě zralé spermie. Růst dívek pak pokračuje až do šestnácti let, kdy pohlavní orgány a druhotné pohlavní znaky ještě dozrávají, u hochů pokračuje růst až do osmnácti let. (Machová, 2002) Adolescence pak pokračuje obvykle až do devatenácti let, kdy mluvíme především o psychosociální stránce vývoje. (Machová, 2002)

Můžeme říci, že puberta končí v okamžiku, kdy je mladý jedinec schopen reprodukce; u ženského pohlaví tedy při první ovulaci a u mužského pohlaví při zahájení spermatogeneze. Avšak několik let po zahájení první menstruace musíme na ženu pohlížet jako na nedospělý objekt, který se pořád vyvíjí a je mnohem zranitelnější než dospělá žena. Období dospívání se také vyznačuje jistou nestabilitou v oblasti imunity organismu, tento fakt má často fatální dopady a je nebezpečným činitelem v sexuálním životě, obzvláště u ženy. (Machová, 2002)

1. 2. 2 DOSPÍVAJÍCÍ DÍVKA

Matka má za úkol poučit dospívající dívku o tom, co se odehrává, když se vaječníky začnou probouzet z klidu a vajíčka v nich začnou dozrávat, dostatečně včas před nástupem puberty tak, aby ji menstruace nezaskočila. Zralé vajíčko se uvolní z vaječnicku, dostane se do vejcovodu a jím putuje do dělohy. V případě, že se na své cestě potká se

spermií, usadí se v děloze a začne růst. To by se nemělo stát, dokud není dívka dostatečně vyžralá a připravená na těhotenství. Do té doby se na to děloha bude připravovat každý měsíc, a proto se můžeme často setkat s označením měsíčky, jinak menstruace. Děloha vytváří z výstelky měkký podklad pro vajíčko, a když se neseťká s mužským semenem, začne se vylučovat z dělohy a potom ven z těla. Děložní sliznice (měkká podložka) se trhá a její kousky odcházejí s krví pár dnů po vajíčku. V této době už ve druhém vaječniku dozrává nové vajíčko a celý proces se opakuje. U mladé ženy v prvním roce menstruace bývá tento proces často nepravidelný. Zpočátku se dokonce může stát, že bude jeden měsíc úplně vynechán. Není nutné se ničeho obávat, je to přirozené. Činnost vaječníků není zpočátku ještě vyrovnaná. Navíc v období puberty jsou časté fyzické i psychické výkyvy. Není tedy důvod k panice a matka by měla v tomto případě zachovat klidnou hlavu a nevádět sebe ani svoji dceru do rozpaků. *„Stejně tak není příznakem nemoci silná bolest v podbřišku, přece jen je to poprvé, co děloha musí z rodidel namáhavě vypuzovat krev s částicemi rozpadlé sliznice.“* (Machová, 2002, s. 134) Není nad to si pro jistotu již od prvních měsíčků zavést menstruační kalendář, to znamená vyznačit si do kalendáře dny, během kterých probíhala menstruace. Dá se tak lépe orientovat v pravidelnosti cyklu a v případných výkyvech. (Machová, 2002)

1.2.3 INTIMNÍ HYGIENA

Dávno předtím, než začne první menstruace, musí matka poučit svou dceru o důležitosti intimní hygieny. V období, kdy se dívka začne nápadně odlišovat od chlapců, se objeví pubertální výtok, který je známkou toho, že vaječníky zahájily svou činnost. Tento výtok se zmírní, až zcela vymizí s pravidelnou menstruací. *„Kromě toho se v zevních rodidlech každé dívky a ženy tvoří nažloutlá mazlavá hmota, která se usazuje mezi malými a velkými stydkými pysky. Zapáchá, a navíc usnadňuje usazování choroboplodných zárodků v rodidlech.“* (Pondělíčková-Mašlová, 1990, s. 73) Nesmíme také opomenout, že v těsné blízkosti rodidel se nachází konečník. Důvodů k dodržování zásad intimní hygieny je více než dost. Od malička musíme vést děti k dodržování hygieny, a to nejen po močení nebo stolici, ale také každé ráno a večer k důkladnému omytí vlhkou žínkou a mýdlem v oblasti intimních partií. V pubertě by se mělo dbát na zvýšenou hygienu v celkovém měřítku, a to i z důvodů zvýšené činnosti potních žláz a častých problémů s akné. U dívek musíme dát v průběhu menstruace pozor, aby do rodidel nevnikla voda, společně s ní by

totiž mohly do těchto míst vniknout nečistoty a choroboplodné zárodky. Proto není vhodné se při menstruaci koupat ve vodě, ale pouze se omývat žínkou nebo osprchovat. Vložky musí dívka měnit několikrát za den. Může dojít i k celkovému zeslábnutí organismu a je nutné snížit denní aktivitu na minimum. „*Menstruace není nemoc, přesto by se však dívka měla v těchto dnech šetřit.*“ (Pondělíčková-Mašlová, 1990, s. 74) Její organismus je plně zaneprázdněn, spotřebovává mnoho energie na vylučování neoplovněného vajíčka a nemá dostatek energie na plnění jeho základních funkcí, jako například na ochranu proti nachlazení. Dívka by se tedy měla tepleji oblékat a déle spát nebo odpočívat. (Pondělíčková-Mašlová, 1990)

2 VÝCHOVA K SEXUÁLNĚ REPRODUKČNÍMU ZDRAVÍ

Klíčem k úspěchu je včas odpovědět na otázky, které nám děti kladou. Aby z dětí mohli vyrůst milující, sexuálně i citově plnohodnotní lidé, musí je jejich rodiče poučit a dostatečně informovat o sexu a o partnerských vztazích. Jejich cílem by mělo být posílení společných vztahů, vytvoření důvěry a také přirozeného vztahu k jejich sexualitě tak, aby se děti naučily vnímat své tělo jako přirozený celek. Také by je měli vést k zodpovědnosti v jejich sexuálním životě, přinejlepším co nejvíce oddálit zahájení jejich sexuálního života tak, aby byli potomci schopni zralých vztahů, a minimalizovat potencionálně špatné působení vrstevníků na utváření jejich milostného života. (Šilerová, 2003) *„Protože je zdraví důležitým předpokladem pro aktivní a spokojený život a pro optimální pracovní výkonnost, stává se poznávání a praktické ovlivňování podpory a ochrany zdraví jednou z priorit základního vzdělávání.“* (RVP, 2017)

2.1 ŠKOLA

Na základě dokumentu Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP), který byl vytvořen Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky (MŠMT) a který je v platnosti od 1. 9. 2017, můžeme říci, že škola se má prostřednictvím těchto doporučení pozitivně podílet na výchově žáka v oblasti zdraví. Tato výchova směřuje především k tomu, aby žáci poznávali sami sebe jako živé bytosti, pochopili hodnotu zdraví, nutnost jeho ochrany a vyvarovali se nemocem, úrazům a jiným poškozením zdraví. Sexuální výchova a výchova ke zdraví spadá do oblasti člověk a zdraví v bodě 5.8 a může být vymezena do předmětu výchova ke zdraví, tělesná výchova a okrajově i do dalších předmětů. (RVP, 2017)

Žáci se v rámci těchto předmětů učí, jak se vyhýbat rizikům v běžných i mimořádných situacích. Osvojují si nové dovednosti a způsoby chování, které vedou k zachování či posílení zdraví. Získávají potřebnou míru odpovědnosti za své chování. Ve škole jsou vystaveni modelovým situacím, se kterými se musí umět vypořádat. Zpočátku je žák formován osobním a kladným příkladem učitele, jeho všestrannou pomocí a celkovou atmosférou školy. Později se žák osamostatňuje a je odpovědný za své jednání a rozhodování v činnostech souvisejících se zdravím. Žáci si prostřednictvím těchto předmětů osvojují poznatky o sobě, o mezilidských a partnerských vztazích, manželství a

rodině, škole a společnosti. (RVP, 2017) V oblasti sexuální výchovy se žák dále učí porozumět změnám, které nastávají v období dospívání, učí se kultivovaně chovat k opačnému pohlaví, respektuje význam sexuality v souvislosti se zdravím, etikou, morálkou a pozitivními životními cíli. Chápe význam zdrženlivosti v dospívání a odpovědného sexuálního chování. Je si vědom rizik v souvislosti s pohlavně přenosnými chorobami. (RVP, 2017)

Na základě těchto doporučení si každá škola vypracovává vlastní dokument, tzv. školní vzdělávací program (ŠVP). Porovnáním několika základních škol v České republice se snažíme zjistit, jak důsledně přijímají školy tato doporučení za vlastní. Na 20. ZŠ v Plzni se vyučuje předmět výchova ke zdraví na 2. stupni, a to v 6. a 9. ročníku 1 hodina týdně. Zahrnuje tělesnou výchovu a rodinnou výchovu. V 6. ročníku je rodinná výchova důsledně strukturována a nalezneme zde jak základní výchovná opatření, jejichž cílem je vést žáky k odpovědnému chování a rozhodování ve prospěch zdraví, sociálního prostředí a společnosti, tak pochopení příčin psychických a biologických změn jedince v období puberty. Vztahy mezi lidmi jsou dále rozděleny do kategorií dětství, kamarádství, puberta, láska, partnerství, manželství, rodičovství a nalezneme zde i základy sexuální výchovy. (20. základní škola Plzeň [online])

Na 21. ZŠ v Plzni je zahájena výuka v oblasti člověk a zdraví od 7. ročníku a promítá se do předmětu výchova ke zdraví. Sexuální výchova zde začíná vysvětlením významu sexuality, seznámením s anatomíí mužských a ženských pohlavních orgánů, významem zdraví naší reprodukční soustavy a vysvětlením pojmu menstruace a poluce. V 8. ročníku se žáci seznamují s ochranou před přenosnými chorobami a významem prevence. Zmíněna je zde i volba partnera, dokonce popis rizikového partnera, hygiena pohlavního styku a ochrana proti nechtěnému otěhotnění. Sexuální výchova pokračuje v posledním, a to 9. ročníku, kde se očekává, že student chápe význam zdrženlivosti v dospívání a odpovědného sexuálního chování. Je seznámen s riziky, která přináší těhotenství v období adolescence, a negativními důsledky, které s sebou nese promiskuita. Podrobně jsou zde popsány nejznámější pohlavně přenosné choroby a některé sexuální odchylky, jako je homosexualita, bisexualita, transsexualita. Společně se sexuální výchovou jsou zde vytyčeny všechny rizikové faktory, které mají vliv na naše zdraví. Tento školní vzdělávací program v oblasti člověk a zdraví považuji za jeden

z nejlépe vypracovaných a řádně strukturovaných. Pokud je žák veden podle podobného školního vzdělávacího programu, je ze strany školy dostatečně vybaven všemi potřebnými informacemi k zahájení sexuálních aktivit. (21. základní škola Plzeň [online])

Na jedné z největších plzeňských škol, a to na 1. ZŠ, mají ŠVP rozdělen do předmětu člověk a jeho svět, který se prolíná výukou v 1. – 5. ročníku. Témata jsou zde rozdělena do podskupiny člověk a zdraví, lidé kolem nás, místo, kde žijeme atd. a seznamují zde žáka se všemi základními přístupy ke zdraví. Od 6. do 9. ročníku se podobná témata promítají do předmětu občanství a zdraví. Zaměřuje se na člověka ve společnosti, výchovu ke zdraví, člověka jako jedince, okrajově je zde zmíněna sexuální výchova. V porovnání s předešlými dvěma školami jsou zde témata sexuální výchovy zařazena nedostatečně. V 8. a 9. ročníku je zde vyučovací předmět zdravá výživa. (1. základní škola Plzeň [online])

Z mého úhlu pohledu považuji za nejlépe zpracovaný a nejpřehlednější ŠVP 21. ZŠ. Splňuje všechna má očekávání. Svědomitě vede adolescenta k poznání a sexuální výchova na této škole byla dostatečně obsáhlá.

2.2 DOPORUČENÉ POSTUPY V RODINĚ

Někteří dospělí nevědí, jak by měli s dětmi o otázkách sexuality hovořit. Nevylučuji ani možnost, že ne jeden z dnešních rodičů sám neví, co by měl vysvětlovat, nebo mu k tomu přinejmenším chybí znalost vhodných slov. Rodiče se tomu zpravidla snaží nejdříve vyhnout, a když rozhovor nabídnou pozdě, děti už jejich osvětu nepotřebují a ve většině případů vyhledávají odpovědi na své otázky jim dostupným způsobem. Pokud se škole podaří dětem předat kvalitní informace, a to nejen pouhé vysvětlení rozdílů mezi mužem a ženou, mohou se děti poučit skrze institucionální vzdělávání. Neměl by to však být prvotní a hlavní zdroj informací, jak se někteří rodiče mylně domnívají. Mezi další možnosti připadá v úvahu vyhledávání odpovědí mezi vrstevníky nebo staršími a zkušenějšími přáteli. V poslední řadě je tu možnost „co nezkusím, to nezjistím“. Pak už dospělí jen bezmocně přihlížejí a přemýšlejí nad tím, kde se vzaly modely chování jejich dětí. Výchova, ať už ta sexuální, nebo jiná, nepředává strojově jen informace, ale rozvíjí i cit a etiku. Jen tak můžeme děti vychovat, pro šťastný a spokojený život. (Trojan, 2009)

Někteří lidé bývají překvapeni, jak brzy lze začít se sexuální výchovou a s prevencí. Již ve věku tří let dítě přichází s otázkou: „Jak přijde dítě na svět?“ Například předškolák si chce pohladit těhotenské břicho maminky. To může být vhodná chvíle poskytnout dítěti potřebné informace o anatomii, rozmnožování či porodu. Dítě je zvědavé a vidí své rodiče nahé, například zahlédne protější pohlaví v koupelně. Pokud rodiče využijí těchto příležitostí a poskytnou dítěti konkrétní informace, podpoří tím chuť bavit se o sexuálních otázkách a vytvoří tím pocit důvěry a odhodlání bavit se o těchto otázkách i v pozdějším věku. Nemusíte se bát, že byste řekli příliš mnoho. Dítě si z daných informací vezme to, čemu porozumí, ostatní ho nezajímá, v každém případě se nemusí rodič obávat, že by tím bylo dítě nějakým způsobem pohoršeno. Dítě si bude vědomo toho, že maminky a tatínka se lze kdykoliv na cokoliv zeptat. To je poprvé, kdy můžeme začít vychovávat naše děti k reprodukčnímu zdraví. (Trojan, 2009)

Dalším důležitým faktem, kterému bychom měli porozumět, je, že penis nebo vagína je orgán lidského těla, stejně jako každý jiný. Nebudeme přeci dětem tajit, že máme uši nebo k čemu slouží. Fakt, že si lidé své pohlavní orgány chrání a schovávají je oblečením, neznamena, že je ostuda o nich mluvit. (Trojan, 2009)

2. 2. 1 BUDOVÁNÍ DŮVĚRY

„Uvést dítě do celoživotního procesu sexuálního učení může být báječné nebo obtížné.“ (Trojan, 2009, s. 14) Záleží pouze na tom, jak k tomu rodič přistoupí.

Časem přijdou další otázky, které budou vždy složitějšího charakteru. Rodič by si měl o této problematice raději dopředu něco nastudovat, nebo uznat, že na konkrétní otázku nezná přesnou odpověď. Jsme přece jen lidé a může se nám stát, že nás děti svou zvědavou otázkou zaskočí. Neměli bychom ji nechat otevřenou, ale naopak pomoci svému dítěti nalézt správné odpovědi a něco nového přiučit sebe i své děti. Vždy se musíme snažit je vést tím správným směrem. Děti se učí tím, že pozorují, jak se v konkrétních situacích chovají jejich rodiče, a pak jejich chování napodobují. Pokud se jako rodič budu starat o své zdraví a půjdu svému dítěti příkladem, mám z poloviny vyhráno. Budu-li vyvíjet upřímný zájem o svého potomka a o všem důležitém s ním budu otevřeně hovořit

a diskutovat, vytvořím u něj zájem sdílet s rodinou nejen radosti, ale i strasti. (Trojan, 2009)

2. 2. 2 NEZRALÁ SEXUALITA

Nezralá sexualita s sebou nese spoustu rizik. Řekněme, že chlapec a dívka po sobě budou toužit, ale když po sobě dva lidé touží, neznamena to hned, že se milují. Můžeme mluvit spíše o jakémisi sexuálním zneužití s cílem vzájemně uspokojit sexuální potřeby. Chlapec se baví tělem dívky a naopak. Takové projevy jsou nedospělého charakteru. Poté, co se vzájemně potěší, často přichází pocit prázdnoty, úzkosti, strachu apod. Může se dostavit i zklamání, protože skrze tato povrchní a egoistická potěšení nedochází k opravdovému setkání, nastává citová frustrace. (Joyeux, 1994) Předčasné sexuální vztahy se starším nebo stejně starým kamarádem, za předpokladu, že jeden z nich má už nějaké zkušenosti, nebo jsou oba úplně nezkušení, končí ve většině případů pohromou. Často postačí dvě až tři něžná pohlazení od dívky a u chlapce dojde k nekontrolovatelné ejakulaci neboli předčasnému výronu semene. To může u chlapce vyvolat pocity nedostatečnosti nebo selhání. Dívka může mít pocity frustrace a může začít zpochybňovat svou hodnotu. Žena je totiž složitějším stvořením. Potěšení ženy je mnohem komplexnější a žena k němu také dojde pomaleji než muž. Ženská bytost je velmi citlivá a vyžaduje hodně něžnosti a jemnosti, „laskání“, bezpečí, věrnosti a náklonnosti. Zatímco sexualita ženy je ovládána jejím srdcem, ta mužská je propojena s jeho mozkem, protože v jeho hlavě je počátek každého podráždění.

2. 2. 3 SEXUALITA

Není od věci zaujmout zdravý postoj k sexualitě a přijmout vlastní pohlavnost jako něco přirozeného. Jen tak můžeme úspěšně a efektivně poučovat naše děti, a to nejlépe už před začátkem jejich sexuálního života. (Pondělíčková-Mašlová, 1990)

Dítě přijde s otázkou otázkou: „Co je to sexualita?“ Každý z nás máme právo znát odpovědi. Dětem můžeme odpovědět na tuto otázku i šetrným způsobem. Sexualita totiž není pouze anatomický rozdíl mezi mužem a ženou, ale zahrnuje i jejich chování neboli zaujetí rozdílných rolí. Některé projevy chování považujeme za výhradně mužské, jiné zase za výhradně ženské. Projevují se v cítění a vnímání celého našeho sociálního prostředí. Nebudeme popírat, že existuje i homosexualita, kdy se navzájem vyhledávají a

přitahují jedinci stejného pohlaví. Pro vznik nového života je však zapotřebí rozdílných pohlaví.

Pohlavní spojení ženy s mužem v období, kdy má žena své plodné dny, vede ke splynutí spermie s vajíčkem. V momentě, kdy spermie splyne s vajíčkem, začíná nový život. Vajíčko je oplodněno, stává se z něho embryo, později plod, až nakonec novorozenec neboli miminko. (Joyeux, 1994)

„Sexualita tedy slouží pouze k tomu, abychom měli děti?“ V první řadě je pravdou, že sexualita slouží především k tomu, abychom mohli mít potomky a zajistili existenci populace. Současně však znamená, že muž se svou ženou může mít pohlavní styk i mimo její plodné dny, aniž by výsledkem mělo být početí dítěte. Tento milostný akt se odehrává pouze pro potěšení obou partnerů a je výsledkem vzájemné lásky. *„Toto je nejúplnější a vrcholný způsob, kterým si manželé mohou vyjádřit vzájemně svou něhu. Dávají se jeden druhému ve velké vzájemné důvěře, prostě se všemi svými dobrými vlastnostmi i se svými slabostmi.“* (Joyeux, 1994, s. 25-26) Jednoduše řečeno je to prostředek k tomu, jak si vzájemně vyjádřit lásku, která může být počátkem nového života. Když se nad tím hluboce zamyslíme, tak nakonec není natolik důležitý den, kdy jsme se narodili, ale den, kdy se naši rodiče natolik milovali, že nám dali život. (Joyeux, 1994)

Pokud tyto hodnoty vštíjíme našim dětem před začátkem puberty, velmi tím můžeme podpořit jejich správné rozhodování v období, kdy se chtějí svéhlavě rozhodovat po svém. Sexuální chování se totiž v průběhu dospívání vyvíjí a v časně adolescenci nastává sexuální probuzení neboli zájem o druhé pohlaví. Projevuje se sexuálními fantaziemi. Ve střední adolescenci se pak dále vyvíjí mužská a ženská role, romantické vztahy a u části mládeže dochází i ke koitální aktivitě, která je však v této fázi předčasná a často souvisí s rizikovým životním stylem mladistvých. V pozdní adolescenci se vyvíjí schopnost vytvářet zralé a trvalejší vztahy. Vyvíjí se schopnost skutečné intimity a zralých dospělých vztahů. (Machová, 2002)

2.3 RIZIKA SPOJENÁ SE ŠPATNOU VÝCHOVOU V RODINĚ

Co tedy může nastat v opačném případě, když selžeme jako rodiče a nepřipravíme naše potomky na tak důležité období v životě, jako je dospívání? Když se v období puberty

začnou dospívající odvracet od rodiny, chtějí se rozhodovat samostatně, ale nejsou správně vychováni ani vybaveni dostatečnými životními zkušenostmi. Velmi záleží na tom, jakým způsobem tráví volný čas, protože mají často tendenci inklinovat k chování, které uznávají a obdivují u svých vrstevníků. Záleží také na tom, jak bude k určitým situacím a k určitým způsobům chování jejich rodina tolerantní. Jedinci, kteří budou svůj čas trávit často na večírcích, diskotékách a v restauracích, budou mít více prostoru nejen k intimním partnerským vztahům a promiskuitě, ale i k nadužívání alkoholu a jiných návykových látek. Také mohou mít problémy se školní docházkou a s prospěchem. (Machová, 2002)

Každý z nás byl jednou mladý člověk v pubertě, musí nám být tedy jasné, že pokud budeme v tomto období direktivní rodič, který vše jen zakazuje a trestá mladistvého za každé jeho rozhodnutí, protože mu dříve nevštípil ten správný model chování, nebude mu to k ničemu platné. Naopak může úplně zničit vzájemné vztahy a přetrhat rodinná pouta.

3 PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ

Sexuální výchova a výchova k rodičovství, která by byla zodpovědně vštěpována do našeho podvědomí už od dětství, může výrazně přispět ke zvýšení počtu plánovaně založených rodin. Zvýšený zájem vlád o výchovu a vyškolení odborníků pro oblast reprodukční zdravotnictví a poradenství, důraz na efektivitu sexuální výchovy v institucionálních zařízeních, zlepšení kvality zdravotní péče v oblasti reprodukčního zdraví a v neposlední řadě zlepšení životního stylu obou rodičů by mělo za následek zlepšení stavu v oblasti plánovaného rodičovství. (Zvěřina, 2003)

Gravidita neboli těhotenství je výsledkem heterosexuálního splynutí. Pokud jde o očekávané nebo plánované rodičovství, je tento výsledek pro pár jednoznačně pozitivním. Jde-li však o těhotenství neplánované, je tento výsledek nechtěný a nežádoucí. V moderní civilizaci klesá počet plánovaně založených rodin kvůli rovnoprávnosti mužů a žen, neboť obě pohlaví mají stejné právo na vzdělání, profesní úspěšnost, kariérní růst a jsou si rovnocennými partnery. Důvodem poklesu plánovaně založených rodin je bezpochyby také vysoká zaměstnanost, konkrétně například v České republice. Již není tak jednoduché zakládat rodinu plánovaně, protože v období nejplodnějším a nejvhodnějším pro početí se pár právě nachází ve studijním procesu, například na vysoké škole, nebo v plném pracovním nasazení. Mít děti není levná záležitost, a pokud chcete mít zaopatřenou rodinu, musíte několik let spořit. Studenti a studentky ukončují své vysokoškolské vzdělání ve věku zhruba 26 let. *„Dítě představuje obrovskou sociálně psychologickou zátěž.“* (Zvěřina, 2003, s. 222) Především je často považováno za brzdu v sociálním životě. Představuje obavy ze změny celého dosavadního partnerského soužití. Pro někoho i obavy ze zvládnutí výchovy a ztotožnění se s rolí rodiče. V naší společnosti není povinné mít děti a zakládat rodiny, dokonce právo na plánované rodičovství je jedno ze základních lidských práv. Slouží jako ochrana ženy proti nechtěným a nuceným těhotenstvím. Ve většině moderních států jsou hojně využívány různé antikoncepční metody a mění se i postoje k interrupci na vyžádání ženy. (Zvěřina, 2003)

3.1 NEGATIVNÍ POSTOJE K RODIČOVSTVÍ

Často se setkáváme s nedostatečným oceněním matky a její úlohy při opatrovnictví dítěte a celé domácnosti. Někdy můžeme narazit i na zlehčování termínu rodičovská dovolená. Muži si mohou utvořit takový obrázek, kdy si opravdu představují, že je žena zproštěna všech povinností a užívá si volno od zaměstnání. Avšak veškerou péči ženy považují za automatickou. Není divu, když dnes mají ženy na výběr, zda chtějí být matky na plný úvazek nebo ne, že je každoročně v Evropě indukováno více než 10 milionů potratů. V zemích, kde je sexuální výchova a výchova k rodičovství slabá, je potratovost až 20krát vyšší než jinde. (Zvěřina, 2003)

Rozdílem jsou rozvojové a chudé země, kde se potomek považuje za zdroj hmotných statků. Tím je jejich motivace dostatečná a nemusejí se zabírat tím, zdali potomka chtějí nebo nechtějí. Každý potomek je vítán a počítá se i s tím, že někteří potomci nebudou schopni přežít. Dokonce například i křesťanské rodiny neuznávají žádné moderní a účinné antikoncepční metody nebo dokonce interrupci, protože každé dítě vnímají jako dar od boha. Křesťanské rodiny jsou proto často velmi početné. (Zvěřina, 2003)

3.2 VOLBA PARTNERA

Díky antikoncepci, která zabraňuje otěhotnění, dnes můžeme mluvit o jakémisi novém druhu „sexu pro radost“ neboli o sexu, který není uskutečňován pro jeho hlavní účel, kterým je reprodukce. V tomto případě, když se nad tím zamyslíme, nemusíme v první řadě přemýšlet o tom, zda je potencionální sexuální partner vhodným kandidátem pro roli rodiče našich budoucích dětí. Prvním faktorem, který hraje roli ve výběru partnera, je atraktivita. Vzhled člověka utváří první dojem. Tělesné proporce, výraz v obličeji, oblečení a doplňky vytvářejí na první pohled určitou část naší osobnosti. Individuální pach sexuálního partnera a šarm, neboli jeho přirozené osobní kouzlo, častokrát mnohým stačí k zahájení intimního vztahu. Často se opomíjí ten nejdůležitější fakt, že sex je účelným prostředkem reprodukce pro zachování populace. V tomto momentě si obvykle nebudeme dále lámat hlavu nad tím, jaký má tento člověk charakter, jaké budou jeho projevy chování a rozhodování v krizových situacích, zdali bude schopen zvládat zátěžové situace jak po stránce psychické, tak fyzické. Zvládne roli milence,

partnera, manžela, rodiče a prarodiče podle našich představ? To jsou otázky, které při výběru potenciálního sexuálního partnera nehrají příliš velkou roli. Avšak to je velká chyba, která vede k promiskuitě, nebo končí častými rozvody. Dle přednášky Prof. PhDr. Šulové, CSc. 2019.

Funguje určitá zákonitost, kdy muži přirozeně vyhledávají mladé a přitažlivé ženy, které jim dávají naději na zdravé potomstvo. Ženy vyhledávají o něco starší muže, kteří budou schopni ekonomicky zajistit jejich budoucí rodinu. To však nezaručuje kvalitu ani úspěšnost jejich vztahu. Je důležité, aby se partneři navzájem doplňovali, přílišná podobnost zákonitě vyústí v konflikt. *„V našem kulturním okruhu a v naší době je hlavní podmínkou partnerství zamilovanost, tedy zvláštní stav vědomí, v němž jsme partnerem fascinováni a idealizujeme si ho. Stav se, soudím, dá přirovnat hypnóze.“* (Matoušek, 1997, s. 51) V tomto stavu vnímáme pouze to, co chceme vnímat, některé věci idealizujeme, jiné přehlízíme. Tento stav může trvat několik měsíců, poté začneme přecházet do střízlivějšího stavu, kdy jsme schopni uvažovat realisticky. (Matoušek, 1997)

4 ANTIKONCEPCE

Antikoncepce je jakákoliv metoda, která zabraňuje neplánovanému početí. Můžeme také mluvit o ochraně před pohlavními chorobami, nejúčinnější používanou metodou v zabránění přenosu choroboplodného zárodku je kondom neboli prezervativ. Nejčastěji se s používáním prezervativu setkáme při infekčním onemocnění HIV, AIDS, které napadá přirozenou obranyschopnost našeho organismu a oslabuje ho tak radikálním způsobem, až se neubrání ani obyčejné viróze. Tito pacienti umírají na běžná onemocnění, se kterými by se zdravý jedinec za normálních okolností vypořádal. (Šulová, 2011)

„Zatímco ve vyspělých zemích je rozšíření antikoncepce poměrně vysoké, v postkomunistických zemích východní Evropy je nepatrné.“ (Weiss, 2001, s. 27) Můžeme zde zaznamenat vysoký počet interrupcí. V posledních letech se situace v České republice, Slovinsku, Maďarsku a Polsku přiblížila zemím západní Evropy a počet interrupcí se zmírnil. (Weiss, 2001)

Z výsledků průzkumů, které byly provedeny v České republice od roku 1998, vyplývají následující trendy v této oblasti: zahájení pohlavního života se posouvá do čím dál nižších věkových kategorií, v některých případech už před dosažením zletilosti, zvyšuje se věk při uzavírání prvních sňatků a s tím také souvisí nárůst počtu sexuálních partnerů a předmanželských zkušeností v oblasti sexuálního života.

Vyhodnocené průzkumy zaznamenaly i zlepšení, a to v oblasti ochrany před nákazou pohlavně přenosnými chorobami, především v souvislosti s epidemií HIV/AIDS. Zvýšil se počet uživatelů kondomů. (Weiss, 2001)

4.1 DĚLENÍ ANTIKONCEPČNÍCH METOD

Antikoncepční metody můžeme dělit na ty, které jsou užívány ženami, a na ty, které jsou užívány muži. Také můžeme hovořit o metodách, které jsou vratné, což znamená, že po ukončení jejich užívání se vrátí plodnost, a těch, které jsou nevratné, a to může být případ sterilizace. U mužů se chirurgickým zákrokem přerušuje funkce chámovodu, u žen vejcovody. Po tomto zákroku už není možné znovuobnovit plodnost jedince. (Šulová, 2011)

4.1.1 PŘIROZENÉ METODY

Mezi přirozené metody antikoncepce patří nechráněný pohlavní styk nebo přerušovaná soulož, jsou to však nejméně účinné metody zabránění otěhotnění. Pohlavní splynutí obou jedinců není pouze prostředek reprodukce, ale je to i nedílná součást mezilidských vztahů.

Riziko otěhotnění zcela vylučuje úplné zdržení se sexuálních aktivit, tzv. sexuální abstinence. Tato metoda je účinná i proti přenosu pohlavních chorob, ale v populaci není reálné ji udržovat, protože sex je přirozenou součástí normálního sociálního prostředí. Nejčastější přirozenou metodou je tedy přerušovaná soulož. Odpovědnost za tuto metodu nese převážně muž, neboť se jedná o ejakulaci mimo pochvu. Tato metoda vyžaduje vysokou míru sebeovládání a nepatří mezi nejspolehlivější. Spermie mohou být obsaženy i v tzv. preejakulační tekutině a její únik není citelně znát.

Další metodou, která je považována za přirozenou a také patří mezi častěji používanou, jsou plodné a neplodné dny. Žena, která má pravidelný menstruační cyklus, může vypočítat, kdy má své plodné dny, a v tyto dny se nepouštět s partnerem do žádných sexuálních aktivit. K ovulaci zpravidla dochází 14 dní před začátkem dalšího menstruačního cyklu. Žena může také sledovat svou bazální teplotu, protože při ovulaci se zvyšuje o 0,5°C. Na konci menstruačního cyklu teplota opět klesá. Žena musí velmi dobře znát své tělo a alespoň půl roku detailně sledovat svůj menstruační cyklus, vypočítat si své plodné a neplodné dny, ale i tak jde o jednu z méně funkčních antikoncepčních metod. Všechny tyto přirozené metody si můžou dovolit jedinci v dlouhodobém vztahu, kteří si vzájemně důvěřují, jsou vyšetřeni a znají svůj zdravotní stav, nemusejí se obávat nakažení pohlavní chorobou a v případě neplánovaného početí musí být připraveni na založení

rodiny. V krátkodobých vztazích, při vědomí, že za žádnou cenu nechci mít potomka, a při častějším střídání různých partnerů nejsou tyto přirozené metody doporučovány. (Šulová, 2011)

4.1.2 BARIÉROVÉ METODY

Mezi další metody, které jsou pojmenovány doslovně pojmem bariérové metody, patří kondom, femidom, cervikální klobouček nebo vaginální pesar. Je pro ně charakteristické, že vytvoří doslova bariéru, která zabraňuje proniknutí ejakulátu do pochvy. Jsou obvykle vyráběny z latexu a testují se elektronicky. Pravděpodobnost proniknutí ejakulátu, bakterií a virů je téměř nulová. Tyto bariérové metody jsou jednou z nejúčinnějších metod při ochraně proti pohlavně přenosným chorobám. Mohou být také opatřeny různými výstupy a vroubky pro lepší stimulaci sexuálního prožitku. Jsou vhodné pro ženy, které nemohou ze zdravotních důvodů užívat hormonální antikoncepci, jejich sexuální aktivity jsou velmi nízké nebo naopak velmi vysoké. U mužů se zvýšenou sexuální aktivitou nebo u homosexuálních mužů by tyto bariérové metody měly být samozřejmostí. (Šulová, 2011)

4.1.3 SPERMICIDY

Spermicidy jsou dostupné ve formě krémů nebo vaginálních čípků. Obvykle s okamžitým nástupem účinku, u čípku do dvou hodin. Působí 4 – 10 hodin. Jeho chemická koncentrace je založena na imobilizaci spermií v ejakulátu. Obsahuje chlorid benzalkonium, který má mimo jiné schopnost narušovat buněčnou stěnu organismů. Ničí některé patogeny pohlavně přenosných chorob, jako je například kapavka, syfilis nebo chlamydie. Působí výhradně lokálně, to znamená, že neprostupuje do krve ani do mateřského mléka. Před každým stykem by se měla znovu aplikovat další dávka spermicidu a pro zvýšení účinnosti by se žena neměla dvě hodiny před stykem a po styku mýt mýdlem, vyhnout se koupeli nebo vaginálnímu výplachu. (Šulová, 2011)

4.1.4 NITRODĚLOŽNÍ TĚLÍSKA

Nitroděložní tělísko se dnes vyrábí z kovu, nejčastěji z mědi, stříbra, popřípadě zlata ve tvaru T. Dříve bylo vyráběno z plastu ve tvaru spirálky. Většina tělísek se zavádí na dobu 5 let. Zavádí se obvykle při menstruaci, kdy je jisté, že žena není těhotná a hrdlo je dostatečně pootevřeno. Tato metoda je pohodlná, ale nese s sebou jistá rizika, především

riziko mimoděložního těhotenství, bolesti hlavy, časté špinění a přechodné nepravidelné krvácení, bolesti v podbřišku a citlivost prsou. Tělísko s gestagenem mohou využít jako spolehlivou antikoncepci i ženy po porodu již v období šestinedělí, neovlivňuje tvorbu ani složení mléka. Je vhodné pro ženy, které už mají děti a v nejbližší době další neplánují, ale mohou si ho nechat zavést i ženy, které nejsou těhotné ani nebyly, jedinou podmínkou je dostatečná velikost a prostupnost poševního hrdla pro zavedení tělíška. (Šulová, 2011)

4.1.5 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Hormonální antikoncepce je jedna z nejužívanějších antikoncepčních metod vůbec. Můžeme si vybrat mezi čistě gestagenní a kombinovanou, která obsahuje gestagen a estrogen. Pouze gestagenní antikoncepci mohou užívat i ženy po porodu, protože nemá vliv na tvorbu ani složení kojeneckého mléka, a tudíž ani na kojence. Není možné ji užívat během těhotenství a zároveň není doporučována ženám, které mají diagnostikovaný karcinom prsu, nadváhu, epilepsii, těžké deprese, nemoci srdce, osteoporózu nebo závažné jaterní onemocnění. Můžeme ji užívat perorálně, nitrosvalovými nebo podkožními injekcemi. Po vysazení čistě gestagenní antikoncepce se plodnost navrácí pozvolně. Pokud žena zvolí užívání kombinované antikoncepce, při jejím vysazení se plodnost vrací okamžitě. Kombinovaná antikoncepční metoda je tou nejvíce užívanou ze všech výše uvedených metod. Pokud se žena rozhodne pro užívání této hormonální metody, musí podstoupit prohlídku a konzultaci u lékaře. Pacientkám je změřen tlak a těm rizikovým jsou provedeny i jaterní testy. Ideálně by jim měl lékař vysvětlit všechna rizika a výhody spojené s užíváním hormonální antikoncepce. (Šulová, 2011)

4.2 VÝHODY A NEVÝHODY HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Žena by si měla nejdříve ujasnit, co od užívání hormonální antikoncepce očekává. Zdali plánuje mít děti, za jak dlouho plánuje založit rodinu, nakolik dobře zná svého partnera, jak dlouho chce antikoncepci užívat a hlavně kolik je ochotna do antikoncepce investovat peněz. Musí si zjistit, jestli u ní v rodině nejsou předpoklady pro tromboembolické nemoci, plicní hypertenzi, cukrovku nebo infarkt myokardu. Pokud se prokáže, že k některé z těchto nemocí má genetické dispozice, a přesto začne hormonální antikoncepci užívat, rizika spojená s danou nemocí se tím zvyšují. Infarkt obvykle hrozí u žen nad 35 let, avšak u žen do 35 let, které jsou silnými kuřačkami, se toto riziko výrazně

zvyšuje. Dále hrozí zvyšování tělesné hmotnosti až o 2 kg ročně, silné migrény, změny libida, emoční labilita, nesnášenlivost kontaktních čoček, zvracení, nadváha nebo kožní změny. Když to vše sečteme a podtrhneme, můžeme říci, že kontraindikací, které jsou spojeny s užíváním hormonální antikoncepce, je opravdu mnoho. Ženy po ní často sáhnou pro její pozitivní účinky, kterými jsou léčba bolestivé menstruace, pravidelnost cyklu, snížení rizika opakovaného mimoděložního těhotenství, snížení rizika vzniku ovariálních cyst, snížení rizika vzniku zhoubného nádoru vaječníku i děložní sliznice a jiné. Nejčastěji jsou to však akné, menstruační bolesti a obava z neplánovaného početí, které mladou pacientku přivedou do ordinace gynekologa s žádostí o hormonální antikoncepci. Vždy je dobré poradit se nejdříve s rodiči a s lékařem, pokud jde o mladou ženu, nechat si doporučit více možností, v klidu si rozmyslet, která z antikoncepčních metod je pro danou ženu nejvhodnější, seznámit se se všemi riziky a antikoncepční metodu, ať už si zvolíme kteroukoli, užívat a dodržovat ji zodpovědně. Vždy musíme přistupovat ke svému zdraví zodpovědně. (Šulová, 2011)

5 HROZBY A RIZIKA REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ

Největší váhu musíme přikládat výchově, protože výchova k reprodukčnímu zdraví začíná ze strany rodiny už v předškolním věku dítěte. Nemůžeme s jistotou mluvit o tom, že tomu tak je, ale určitě by to tak mělo být. To je první správný krůček na cestě k reprodukčnímu zdraví. Na základních školách probíhá sexuální výchova a výchova k rodičovství. Zase nemůžeme s jistotou říci, že tomu opravdu tak je, ale je to dalším faktorem, který hraje důležitou roli v životě dospívajícího jedince. Pro některé děti je sexuální výchova ve škole pouze opakování informací, které už znají z rodiny, ale pro jiné děti to může být poprvé, co se o těchto věcech dozvídají. Stejně tak tomu je s utvářením životního stylu, pohybem a zdravou životosprávou jedince. Ve věku, kdy jsou děti ekonomicky a existenčně závislé na rodině, nemají jinou možnost než se přizpůsobovat zvyklostem a stylu života rodiny. Děti napodobují chování svých rodičů. Ne nadarmo se říká „jdi jiným příkladem“ a chovej se tak, jak bys chtěl, aby se chovali druzí. Pokud rodič chce, aby jeho potomek žil zdravě, sportoval, dostatečně spal a jedl zdravě, musí mu jít příkladem. Pokud to bude dospělý považovat za samozřejmost, i jeho potomek to přijme za běžnou součást svého životního stylu.

Zvládání stresových a vypjatých situací je další důležitá dovednost, kterou by rodič měl svého potomka naučit, protože stresová zátěž je přirozenou součástí života. Stres se dělí na ten, který je pro lidský organismus prospěšný, tzv. eustress. Zažíváme ho například při sportovních výkonech, soutěžích, zkouškách ve škole a v práci a posouvá nás kupředu, motivuje nás k podávání lepších výkonů. Na druhou stranu tzv. distress je pro náš organismus škodlivý. Tento druh stresu představuje nepřiměřenou zátěž a způsobuje řadu závažných onemocnění, v krajních případech může mít za následek i smrt. Vyvolává úzkostné stavy a těžké deprese. Jako preventivní opatření nadměrné stresové zátěže je vychovávat jedince k odolnosti vůči stresu. Naučit ho efektivně využívat copingových strategií, které mu vyhovují a pomáhají mu stres odbourávat. Zdá se to neuvěřitelné, ale i stres může mít značný vliv na reprodukční zdraví a pochopitelně na celkové zdraví našeho organismu. Dle přednášek PhDr. Holečka, Ph.D., 2018.

Všechny výše zmíněné faktory vedoucí k utváření zdravého životního stylu by měly být základem a samozřejmostí, avšak často tomu tak není. Mnoho rodin je problémových,

dysfunkčních a v těch nejhorších případech afunkčních. Neplní základní funkce rodiny a ohrožují tím správný vývoj dítěte. V tom méně závažném případě je nukleární rodina funkční, ale z nepochopitelného důvodu neřeší či přímo podporuje obezitu svých dětí nebo přehlíží podváhu a poruchy příjmu potravy, které mohou být nebo jsou způsobeny určitou psychickou nerovnováhou jedince. Rodiče se dětem příliš nevěnují a podceňují základní výchovná opatření. Při zanedbání těchto faktorů se stávají z neškodných a pro mnohé běžných modelů chování velmi škodlivé.

V tomto případě už můžeme začít vytyčovat konkrétní rizikové faktory nejen pro celkové zdraví, ale i pro zdraví reprodukční. Můžeme mluvit o nedostatečné informovanosti v této oblasti jako o jednom z prvních rizikových faktorů, nejčastěji právě v důsledku zanedbání výchovy ze strany rodiny. Dále o stresu, myslíme tím distress, který je pro náš organizmus škodlivý a příliš ho zatěžuje, a také o nadváze nebo jiných dietetických poruchách. To jsou rizikové faktory, které jsou často podceňovány, ale jednoznačně mohou mít vliv na reprodukční zdraví.

Musíme sem zařadit i „legální“ návykové látky, které jsou běžně dostupné, u nás často už velmi mladým adolescentům. Patří sem alkohol a cigarety. Stejně tak rizikové jsou „ilegální“ drogy. Mezi nejčastěji užívané můžeme zařadit marihuanu (konopí), taneční drogy, jako je extáze, halucinogenní drogy jako je LSD, trip nebo lysohlávky a stimulační drogy, jako například pervitin.

Pro oblast reprodukčního zdraví je naprosto zásadní správně zvolená antikoncepční metoda, ochrana před sexuálně přenosnými chorobami a před neplánovaným otěhotněním v období adolescence.

5.1 SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ CHOROBY

Prevence v oblasti sexuálně přenosných chorob je v první řadě v zájmu každého z nás neboli celé široké veřejnosti. Je záležitostí, na kterou se zaměřují odborníci a lékaři. Nákaza některou z pohlavně přenosných chorob je nejčastěji zprostředkována přímým sexuálním stykem, ale také skrze infikovanou krev, tkáněmi, nebo dokonce z matky na plod. Sexuálně přenosné choroby mají za následek fyzické, psychické, neurologické či

kardiologické komplikace a mohou končit smrtí. Některé z těchto chorob podléhají kontrole, aby se zabránilo rozšiřování nákazy. Postižený má povinnost onemocnění nahlásit, v některých případech dokonce nahlásit i všechny jeho dosavadní sexuální partnery a podrobit se léčbě. (Urbanová, 2010; WHO 2015)

5.2 NEPLODNOST

Neplodnost může být zapříčiněna působením rizikových faktorů na organismus jedince, v minulosti uměle ukončeným těhotenstvím neboli interrupcí, genetickými předpoklady nebo proděláním závažného onemocnění. Kvůli užívání antikoncepčních metod považujeme za běžné odkládat rodičovství po 30. roku života ženy, kdy dochází k výraznému poklesu plodnosti. Po 40. roku už považujeme případnou neplodnost za fyziologický fakt. Ve vyspělých zemích jsou z 50% neplodné ženy, z 40% muži a z 10% se důvod neplodnosti neprokáže. Pokud se pár pokouší založit rodinu při pravidelné sexuální aktivitě (2-3x týdně) po dobu jednoho roku bez úspěchu, je poslán k vyšetření do centra asistované reprodukce (CAR). (Šulová, 2011)

Příčiny neplodnosti mohou být vrozené nebo získané, to znamená okolnostmi, které působí na člověka. Vrozené příčiny neplodnosti mohou být způsobeny poruchou vývoje pohlavních orgánů, genetickou příčinou nebo poruchou hormonálně podmíněnou. Až 40 % neplodných žen má hormonální poruchu, která spočívá v nedostatečné činnosti vaječnicků. Může být způsobena různými psychickými onemocněními, jako je například mentální anorexie, nastává také u psychogenních poruch. Po úrazech či nádorech nedochází k ovulaci, nebo zcela chybí vaječníky. Původ neplodnosti může být imunologického charakteru, tzn., že dochází k tvorbě protilátek proti spermiím nebo vajíčkům. Souvisí i s jinými onemocněními, infekcemi, záněty. U mužů může dojít v souvislosti s vývojovou vadou nebo metabolickým či neurologickým onemocněním k impotenci, tato porucha pak může být spojena i s poruchou tvorby spermií. V některých případech nelze zjistit žádnou příčinu. (Šulová, 2011)

6 PREVENCE

Pro reprodukční zdraví je dokonalou prevencí přijetí vlastní sexuality. Pochopení identity a vnímání těla jako celku. Otevřeně hovořit o lidské sexualitě a považovat ji za nezbytnou součást našich životů. Otevřená sexuální výchova je zdrojem důležitých informací pro reprodukční zdraví. Je naukou o anatomii a fyziologii pohlavních orgánů, o místě sexuality v lidském životě a o rizicích pro reprodukční zdraví. (Zvěřina, 2003)

Výchova k reprodukčnímu zdraví je nedílnou součástí výchovy ke zdraví a na základních školách spadá dle RVP do oblasti člověk a zdraví. Cílem úspěšné sexuální výchovy je vzájemné působení rodiny a školy na dítě školního věku již před začátkem adolescence i v jejím průběhu. Mezi její konkrétní cíle patří efektivně formovat postoje dítěte k vlastnímu reprodukčnímu zdraví a odpovědnosti za něj, vzdělávat ho v oblasti intimní hygieny, vést ho k uvědomění si podstaty milostného vztahu, cituplného prožívání a hodnot, které jsou základními stavebními kameny pevného partnerského vztahu. Zároveň je třeba jít řádným příkladem a utvářet příjemné prostředí jak ve škole, tak v rodině. Při dosažení reprodukčního věku adolescenta přichází osvěta o antikoncepčních metodách. Rodič vnímá svého potomka stále jako dítě, kterým již fyziologicky není. Pokud přijme tento fakt a poučí ho včas o všech možnostech ochrany před pohlavně přenosnými chorobami a neplánovaným otěhotněním, bude to mít efektivnější dopad než pouhé nepřipouštění si, že mladistvý už začíná toužit po vlastním sexuálním životě. Správné zvolení antikoncepční metody by mělo být zkonzultováno s odborníkem. Lékař mladé dívce vysvětlí všechna rizika i léčebné účinky antikoncepčních metod a na základě vyšetření jí může doporučit tu, která je pro ni nejvíce vhodná. Poučí ji o průběhu menstruačního cyklu a také o nezbytnosti zvýšené intimní hygieny, kterou je zapotřebí dodržovat v tomto období. Zdůrazní také význam preventivních prohlídek u lékaře.

Vyhýbat se rizikovým faktorům a přistupovat ke svému zdraví zodpovědně je jedna z těch nejefektivnějších prevencí vůbec. Neutvářet ze základních lidských potřeb tabuizované téma. Dopřát všem jedincům dostatek potřebných informací, odpovědí na jejich otázky a kvalitní vzdělání. Ochrana před sexuálním zneužíváním je jedno z témat, které nesmíme opomenout. Je důležité naučit naše děti rozpoznat, kdy jde o sexuální obtěžování a kdy ne. Zabránit tomu, aby se staly obětí sexuálního zneužívání, můžeme

jedině v případě, že je na tento možný fakt upozorníme. Naučíme je bránit se vůči sexuálním nátlakům. Říci ne, neboli zvládat asertivní chování. Nikdy nesmíme dopustit, abychom se nechali kýmkoliv zmanipulovat do situací, které by nám nebyly příjemné. (Zvěřina, 2003)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODOLOGIE VÝZKUMU

Pro účely mé bakalářské práce jsem si zvolila metodu kvalitativního přístupu, při které vycházím ze zakotvené teorie. V rámci této teorie budu využívat výzkumných metod rozhovoru, ale také pozorování. Kvalitativní přístup jsem si zvolila především z toho důvodu, že do výzkumu vstupuji s očekáváním prozkoumat oblast mého zájmu s předpokladem, že se objeví ty informace, které jsou v této oblasti významné. Cílem není popis, ale konceptuální schéma, které postihuje vztahy mezi proměnnými. Výsledná teorie potom bude sada tvrzení o vztazích mezi proměnnými. Půjde o dynamický popis dění. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Hlavními zásadami mého výzkumu jsou dosažení validity, kritičnosti a ověřitelnosti. K umožnění realizace celého výzkumu se nejprve zaměřím na sběr dat, který povede k teoretické nasycenosti kódů. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Pro účely mého výzkumu jsem se zaměřila na vzorek respondentů, kterými jsou ženy v rozmezí věku od 20 do 28 let. Prostřednictvím předem připraveného polostrukturovaného rozhovoru jim budu klást dostatečně otevřené otázky, které mi umožní získat co nejvíce informací v předem určené oblasti, která se vztahuje k teoretické přípravě. Rozhovor bude mít daný seznam otázek, kterých se budu striktně držet, avšak doplněn bude o dodatečné otázky, které budou ovlivněny průběhem rozhovoru a mohou zprostředkovat mnoho dalších obohacujících informací. Tato metoda bude prováděna v prostředí, které bude pro respondenta přirozené. K vytváření záznamu jsem zvolila metodu extrospektivní. Rozhovor bude zaznamenáván do nahrávacího zařízení, tak aby při následném přepisu mohly být zachyceny všechny informace v původním znění a co nejpřesněji. (Strauss, 1996)

Následně budu kódovat získaný materiál a směřovat k vytvoření základních kategorií, které budou takzvanou základnou pro vytvoření budoucí teorie. Na těchto základech vytvořím konstruktivní teorii jako sadu tvrzení o vztazích mezi kategoriemi. (Švaříček a Šed'ová, 2007)

7.1.1 Cíle práce

V bakalářské práci „Prevence v oblasti reprodukčního zdraví budoucích matek.“
Byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1.: Zjistit, jaká je úroveň znalostí mladých žen v oblasti reprodukčního zdraví a jaké postoje k tomuto tématu zaujímají.

Cíl 2.: Prozkoumat, kde potřebné informace o reprodukčním zdraví získávají a jak je aplikují do svého života.

Cíl 3.: Zjistit, jakým způsobem mladé ženy chrání své reprodukční zdraví.

7.1.2 Hypotézy

K výše uvedeným cílům byly následně stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza 1.: Ženy, které mají, lepší úroveň znalostí o reprodukčním zdraví se cítí být více ohroženy neplodností než ženy, které jsou v oblasti reprodukčního zdraví neznalé.

Hypotéza 2.: Hlavním zdrojem informací o reprodukčním zdraví žen je rodina.

Hypotéza 3.: Ženy chrání své reprodukční zdraví především dodržováním zásad intimní hygieny.

7.2 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ

Pro účely svého výzkumu jsem se zaměřila na okruh svých vrstevnic. Vstupovala jsem do výzkumu s určitým očekáváním, ale v jeho průběhu mě připravené otázky zavedly i do jiných sfér mého zájmu. Na výzkumu se podílelo 7 respondentů ženského pohlaví v rozmezí věku od 20 do 28 let. Pomocí předem vytvořených otázek jsem do prvního rozhovoru vstupovala téměř bez očekávání, na základě výpovědi prvního a druhého respondenta jsem začala rozhovor pomocí doplňkových otázek vést blíže k tématům, která jsou obsahem teoretické části bakalářské práce, ale stejně tak tomu bylo i naopak. Výpovědi respondentů měly vliv na další vývoj teoretické části. Tímto způsobem situace pokračovala až k šestému respondentovi, u kterého jsem začala mít pocit, že se jen utvrzuji v tom, co jsem již zjistila. Sedmým rozhovorem, který už nové informace přinášel pouze minimálně, jsem rozhovory ukončila. Celý tento vzorek jsem si vybrala na základě znalosti respondentů, některé z dívek se mnou docházely na základní školu, nebo jsem se s nimi seznámila na některé z brigád. Avšak s žádnou z těchto dívek nejsem v pravidelném kontaktu. Snažila jsem se svůj výzkum obohatit o informace těch, kteří do podobné problematiky nejsou nijak zainteresováni, i těch, kteří se touto problematikou zabývali nebo zabývají.

7.3 POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Pro účely výzkumu jsem vytvořila okruh otevřených otázek:

Plánuješ být matkou? Co si myslíš o mateřství?

Jak se na to připravuješ?

Jak vnímáš hrozbu pohlavních onemocnění?

Jak vnímáš pohlavní nemoci ve smyslu partnerských vztahů?

Máš s tím nějaké zkušenosti?

Co si myslíš, že způsobuje neplodnost?

Cítíš se být ohrožená neplodností?

Co podle tebe patří do intimní hygieny?

Kde získáváš informace o intimní hygieně?

Co pro tebe hraje roli ve výběru partnera?

Metodu kvalitativního výzkumu jsem si zvolila právě z toho důvodu, že je možné získávat data pomocí rozhovorů. Do výzkumu jsem vstupovala na popud vlastního poznání sebe sama. Hlavním důvodem, proč jsem zvolila téma této práce, byly myšlenky týkající se neplodnosti, kterými jsem se sama zabývala. Jsem studentkou výchovy ke zdraví a do předmětu mého zájmu spadá i zdraví reprodukční. Na začátku svého studia jsem se zaměřovala na zdravý životní styl a neustále jsem ve svém okolí narážela na naivitu a povrchnost v jednání ostatních lidí, kteří se zabývají pouze tím, co je vidět, a to, co vidět není, jako kdyby neexistovalo. Jedním z takových příkladů, abych to lépe nastínila, je touha člověka po štíhlejší postavě. Zpočátku jsem měla snahu předávat své nadšení a edukovat okolí, které mě obklopuje. Zjistila jsem však, že mnoha lidem nezáleží na tom, jak na jejich organizmus působí potraviny, které přijímají, ale že jejich jediným cílem je snížení váhy bez ohledu na kvalitu. Zjednodušeně, raději si dám menší kousek smaženého sýra, než abych musela jíst zeleninu. Můj názor, za kterým si stojím, zní: Není žádoucí být krásný pouze na povrchu, ale i uvnitř. Dá se říci, že to je taková moje životní filosofie. Proč to ale zmiňuji?

V této etapě svého prozření jsem přišla na to, že stejně tak tomu je i s reprodukčním zdravím. Podle mého názoru jsem na to přišla pozdě, protože již přicházím do reprodukčního věku a představa o založení rodiny mi není tak cizí. V této době už jsou mé schopnosti ovlivnit stávající úroveň reprodukčního zdraví na velmi nízké úrovni, a to především z těch důvodů, že moje orgány jsou již plně dovyvinuty a mají už za sebou nějakou historii. Do výzkumu jsem vstupovala s očekáváním zjistit, jak jsou na tom ostatní dívky mého věku, především tedy, na jak vysoké nebo nízké úrovni je jejich informovanost o reprodukčním zdraví a jaký význam přikládají prevenci. K této základní podstatě mého bádání se připojily další podotázky týkající se především péče o reprodukční zdraví a jeho ochrany. Jak už jsem zmínila, jsme v takzvaném reprodukčním věku, a proto mě také zajímalo, jestli se mé vrstevnice chystají zaujmout roli matky, co si o tom myslí a v neposlední řadě podle čeho by si zvolily svého životního partnera.

Jsem si vědoma toho, že jsou to pro ženu citlivá témata, ale nelituji, že jsem si pro svůj výzkum zvolila jako hlavní zdroj informací rozhovor. Do mého výzkumu přinesly mnoho cenných údajů právě i podotázky, které vznikaly přirozeným plynutím rozhovorů.

7.4 KATEGORIE VÝPOVĚDÍ

Zde je nejprve uvedeno všech 25 kategorií, poté jsou tyto kategorie vyobrazeny v tabulkách axiálního kódování a následně jsou vztahy mezi proměnnými vyjádřeny jako grafy selektivního kódování.

Postoj k rodičovství

Skupina respondentů popisovala svůj osobnostní postoj k rodičovství pozitivně. Respondenti se téměř shodují v názorech na založení rodiny jako něčeho přirozeného, shledávají to dalším životním stádiem, které patří do života ženy. Respondenti ve svých výpovědích uváděli vyjádření: „Pro mě je to součást života, něco, co má být.“ Někteří pohlížejí na rodičovství jako na jiný druh práce: „Dítě je druhá práce, není to nic jednoduchého, hlavně u prvního dítěte.“ Jiní jsou si vědomi toho, že v budoucnu založí rodinu, ale v současnosti o tom neuvažují jako o aktuálním tématu: „Zatím si to nepřipouštím, že bych měla být matkou.“

- Míra náročnosti mateřství

Pokládají si otázky ohledně náročnosti a zvládnutelnosti celého mateřství. Jsou si jisti, že zkušenosti získané výchovou prvního dítěte jim usnadní výchovu dalších dětí: „Já si myslím, že když čekáš první dítě, tak nevíš, co od toho čekat. Postarat se o první dítě je těžší než postarat se o to druhé. Nevíš, jak na to ze začátku.“ Požadují určitou posloupnost, která je dovede až k cíli: „Určitě bych chtěla mít zázemí pro budoucí rodinu, než bych otěhotněla. Je pro mě důležité přivést dítě do úplné rodiny a dobrého rodinného prostředí.“

- Způsob plánování rodičovství

Respondenti se vědomě připravují na možnost založit rodinu. Tato příprava spočívá především v preventivní péči v oblasti zdraví. Chodí na pravidelné preventivní prohlídky k lékaři. Mají určité představy o tom, jaké by to asi bylo být rodičem, a sdílejí své pocity s rodinou. Zde sehrává svou roli nejen matka respondentů, ale také zkušenosti starší sestry: „Třeba včera mi dala sestra věci po svém malém, ať si vytřídím, co bych třeba jednou mohla chtít.“ Informace si záměrně vyhledávají prostřednictvím internetu: „Občas si přečtu nějaký článek na internetu nebo na sociálních sítích, jako je třeba Instagram

nebo Facebook.“ Pouze výjimečně, u jednoho z respondentů, plánování rodičovství nahání hrůzu. Tyto obavy jsou spojeny s konkrétními zdravotními komplikacemi: „Já se bojím, protože mám štítnou žlázu, musím děti plánovat dopředu. Pokud bych nepodstoupila léčbu, tak bych dítěti ubírala 10% na inteligenci.“

- Vstupní potřeby k rodičovství

Nejprve by respondenti chtěli získat stálého partnera, pokud ho již mají, požadují svatbu: „Teď končím tu školu, budeme mít svatbu a pak ty děti, to máme jasno.“ Jsou to jakési vstupní podmínky pro založení rodiny, chtějí mít jistotu úplné rodiny a zázemí. Rodičovství je zde podmíněno věkem respondenta a předem stanoveným obdobím pro početí. Ve výpovědích je uváděno takovéto věkové rozpětí: „Chci být matkou do 5 let, v období do deseti let, do 25 let, do 27 let, plánuji to okolo 25 – 26 let života, až tak v 28 letech.“

- Aktuální preference kariéry

Někteří však ve své momentální životní situaci upřednostňují kariérní růst: „Z mého pohledu si myslím, že by s tím holky neměly chvátat, já jsem třeba kariéristka, já děti nechci. Chci být matkou, ale ne teď.“ Shledávají roli ženy za předem zformované očekávání společnosti. Možnost založení rodiny odkládají na dobu neurčitou: „Zatím si to nepřipouštím, že bych byla někdy matkou. Takže jako moc se na to necítím, třeba to na mě přijde.“

- Dostupnost v modelu rodičovství

Vzor rodičovství a zdroje informací nacházejí především ve svých vlastních rodinách, a to především u své matky, která je pro ně hlavním vzorem rodiče: „Moje máma je mladá a vidím, že je lepší, když jsou rodiče mladý než starý.“ Dále mezi staršími sourozenci, přáteli a vrstevníky: „Tak já bych se zeptala sestry, protože už má dvě děti, a mojí mámy. Řídila bych se zkušenostmi mých blízkých.“

- Sociální kontexty

Zprostředkovaně získávají nejen informace a zkušenosti od rodiny, ale také se pohybují mezi vrstevníky, kteří již zakládají rodiny: „Hodně mých přátel už má děti, když jsem s nimi, tak si třeba představuji, jaké by to potom bylo. Jestli bych to zvládla.“ Tento

fakt je nutí přemýšlet o rodičovství. Sledují své vrstevníky, jak zvládají celou situaci, jaké výchovné metody upřednostňují, a na základě toho si vytvářejí vlastní představy o výchově. Někteří respondenti uvádějí, že pocházejí z velmi početných rodin, mají mnoho mladších sourozenců a zastávají roli jejich opatrovníků. Nejen, že mají více osobních zkušeností, ale také sdělují, že potřebu založit vlastní rodinu neshledávají jako aktuální: „Mám pět sourozenců a tři z nich jsem vychovávala, když byla moje máma v nemocnici a nebyla schopná se o ně starat. Teď mě pořád potřebují, nejmladšímu je 6 let. Možná, že až mě potřebovat nebudou, tak budu chtít svoje vlastní děti.“ Úplným opakem jsou ti, kteří ve výpovědi zmínili, že nemají ve svém okolí nikoho, s kým by mohli o rodičovství hovořit: „Je to pro mě úplné tabu, nebo jako spíš okolo sebe nemám nikoho, s kým bych to mohla řešit.“

- Sexuálně rizikové chování

Respondenti vnímají celkový životní styl jako hlavní determinantu ovlivňující reprodukční zdraví a zdraví jejich potomků. Někteří respondenti vyjadřují emoce spojené s obavami z rizikového chování, jako je užívání alkoholu a kouření cigaret: „Trápí mě, že kouřím a piju alkohol, zatím se v tom nijak neomezuji, ale vím, že je to špatně. Přestanu s tím, až se rozhodnu, že už jsem připravena na mateřství.“ Jiní se cíleně vyhýbají rizikovému chování již dnes.

- Obavy z užívání antikoncepce

Zprostředkovaně vnímají nejen pozitiva, ale také negativa. Respondenti uvádějí příběhy o jejich vrstevnicích: „Já beru antikoncepci už od 15 let a moje kamarádka, která taky brala dlouhodobě antikoncepci, teď nemohla otěhotnět. Tak z tohohle důvodu jsem se rozhodla, že už ty prášky taky nechci brát, a vysadila jsem je.“ Respondent na základě této zprostředkované zkušenosti uvedl vysokou míru obavy z užívání antikoncepce. Obava spočívá především v hrozbě neúspěšných pokusů o početí.

- Míra ohrožení neplodností

Zde byla respondentům pokládána otázka, zdali se cítí být ohroženi neplodností. Výpovědi se dělí na dvě skupiny: buď ohrožení pociťují, nebo ho naopak nepociťují vůbec. Ti, kteří se cítí být ohroženi nebo přemýšlejí o schopnosti reprodukce, uvádějí tyto

důvody: „Když mi byly tři roky, tak mi zjistili hypofunkci štítné žlázy. Doktoři mi říkali, že nemůžu mít děti.“ „To mě napadlo no, protože můj bratr se pokouší se svou manželkou už dva roky o dítě, a nejde jim to.“ „Napadlo mě to, možná proto, že si děti opravdu přeji a chtěla bych mít vlastní a zdravé.“ „Jako zapřemýšlela jsem nad tím, ale asi to bylo na popud toho, že jsem to viděla v nějakém filmu.“ „Tak určitě mi to prolítlo hlavou, ale nemyslím si, necítím se ohrožena, v naší rodině nikdy komplikace nebyly.“

Ostatní výpovědi byly podobného rázu jako: „Já si to nepřipouštím, necítím se být ohrožena, protože jsem zdravá.“

Z této kategorie vyplývá, že ženy převážně nepovažují schopnost reprodukce za úplnou samozřejmost a jsou si vědomy rizik.

- Informace o příčinách vzniku neplodnosti

V této kategorii se respondenti vyjadřovali k neplodnosti ve smyslu jejího vzniku. Respondenti se shodují v názorech a uvádějí jako nevlivnější činitele, které ovlivňují plodnost, genetické předpoklady, prostředí, které na jedince působí, zdravotní komplikace nebo zanedbání nemoci, rizikové chování a celkový životní styl. Mezi zdravotními komplikacemi byly uváděny především potraty a operace v oblasti genitálu, srůsty, záněty, nepravidelnost menstruace a nedoléčené pohlavní choroby. Přikládají význam věku, ve kterém se žena pokouší otěhotnět: „Mít děti až ve 45 letech mi přijde jako hrozný extrém.“ „Starší ženy jsou častěji neplodné.“ Respondenti uvádějí jako činitel také antikoncepci: „Antikoncepce, kterou jsem kvůli tomu záměrně vysadila. Cítila jsem na sobě velké hormonální změny a neměla jsem chuť na sex.“ „Mám strach, že antikoncepce.“ „Tak já si třeba myslím, že je to antikoncepcí, mám hodně kamarádek, které kvůli tomu nemohou otěhotnět, protože ji užívaly dlouhodobě.“

Míra ohrožení pohlavně přenosnými chorobami

Spatřují aktuálnost v hrozbě nákazy pohlavní chorobou, ale tuto hrozbu si nepřipouštějí. Respondenti se ve většině případů shodli ve svém osobnostním postoji k hrozbě nákazou. Netýká se jich to, avšak zmiňují: „Nikdy dopředu nevíš, co vše se může u těch chlapů stát.“ Shledávají to nebezpečným.

Ti, kteří mají dlouhodobý vztah, jsou si jisti, že se jich to v žádném případě týkat nemůže. Ve svém okolí tyto hrozby nevnímají. Z těchto důvodů se proti nákaze nijak nechrání: „Mám dlouhodobého partnera a nepoužíváme při sexu prezervativ.“ Jsou si jisti svou neohrožeností: „Tímto tématem se popravdě moc nezaobírám. Mám dlouhodobý vztah, takže tu hrozbu nějak nevnímám.“

Pouze v jediném případě respondent ve své výpovědi zmínil vysokou míru obavy: „Mám z toho velký strach.“ Tato obava však byla podnícena vlastní zkušeností a byla doprovázena emocionálními projevy obav, strachem ze vzniku dalších zdravotních komplikací, z návratnosti onemocnění a zpochybňování schopnosti reprodukce.

- Zkušenost s pohlavně přenosnými chorobami

Typ zkušenosti je uváděn především zprostředkovaného charakteru, ale i osobní. V některých výpovědích respondentů se objevuje úplná absence jakékoli zkušenosti.

Mezi zprostředkovanými zkušenostmi byli jako zdroje informací zmíněni přátelé respondentů, ale hlavně současní nebo bývalí partneři. Z osobních zkušeností jde především o často zmiňované mykózy a výtoky, které byly respondenty zařazeny mezi nepříjemné gynekologické obtíže. Jeden z respondentů uvedl: „Mám očkování proti viru HPV, ale před rokem jsem zjistila, že mám nález na děložním čípku. To je opravdu nespravedlivé! Chodím teď na cytologii každý třetí měsíc. Hrozí mi operace. Budou mi dělat biopsii. Bojím se.“ Další z respondentů, který uvádí osobní zkušenost: „Dlouho jsem měla obtíže s genitálním oparem. Bylo to dost nepříjemné.“

- Způsob ochrany před pohlavně přenosnými chorobami

Respondenti se shodují na tom, že se před pohlavními nemocemi chrání. Jedna z více opakovaných výpovědí zní: „Já si myslím, že to jde mimo mě, protože já si dobře vybírám, s kým navážu vztah.“ Další častou odpovědí bylo: „Já si myslím, že se mě to vůbec netýká, protože jsem s přítelem už od 15 let, takže jako nemyslím si, že by mě to mohlo potkat.“ Z těchto tvrzení vyplývá, že respondenti jsou si vcelku jisti, že se jich hrozba nákazou pohlavně přenosným onemocněním netýká, pokud si vyberou správného partnera a setrvají ve vztahu. Jeden z respondentů uvedl: „Samozřejmě používám prezervativ a až po delší době, co už spolu jsme ve vztahu, tak ho používat přestaneme.“

- Dopady pohlavně přenosných chorob na partnerské vztahy

Někteří respondenti uvedli zkušenost osobní, jiní zprostředkovanou. Jako zprostředkovanou zde uvádějí: „Můj přítel, když jsme se rozešli, navázal sexuální kontakt s jinou ženou a nakazil se genitálním oparem. Potom jsme se k tobě vrátili a on mi to řekl.“ Jiní uvádějí osobní zkušenost, kdy museli podstoupit léčbu, která probíhala samostatně nebo v páru. Respondent uvedl: „Dlouho jsem měla genitální opar.“ V této kategorii existují dva typy zkušenosti a v každém případě se dotýká nejen nakaženého jedince, ale i toho, kdo s tímto jedincem sdílí intimní život.

V této kategorii se větší počet respondentů přiklání k podobnému tvrzení, jako je toto: „Kdybych měla partnera a něco bych od něj chytila, tak to by u mě skončil. Nenechala bych to být.“ Našla se tu však i výpověď, která smýšlí tímto způsobem: „V té době jsem měla dvouletý vztah, zeptala jsem se svého partnera, protože jsem nikoho jiného neměla, jestli mi byl nevěrný a on mi řekl, že ne, tak jsem mu věřila.“ Na tuto výpověď navázal jiný respondent se slovy: „Věřit někomu je jedna věc, ale tady jde o zdraví, že jo.“ Většina respondentů by pátrala po vzniku a příčině onemocnění. Chrání tím především sebe, a to je naprosto v pořádku.

Respondenti se ve svých výpovědích shodují a považují léčbu za nutnost. Nejen že by trvali na léčbě nemoci, která by se týkala jejich partnerů, ale ještě větší význam přikládali léčbě vlastní. Shledávají své reprodukční zdraví jako prioritu. Nezapomínají však i na reprodukční zdraví svých partnerů: „Starala bych se i o jeho zdraví a zajímala bych se i o něj, ale tlačila bych na to, abych zjistila, jak se to mohlo stát.“ Pocity zrady z možné nevěry by většinu respondentů iniciovalo k ukončení vztahu, někteří však uvedli, že ve svého partnera věří a ve vztahu by dále setrvali.

- Emoce spojené s pohlavně přenosnými chorobami

Nemoc provází nepříjemné pocity a obavy. Přináší s sebou pocity zoufalství a strach. Respondenti, kteří mají s pohlavně přenosnou nemocí osobní zkušenost, uvádějí ve svých výpovědích obavy z dalších zdravotních komplikací, z návratnosti onemocnění a o schopnost reprodukce. Obavy jsou vyjádřeny slovními spojeními, které jsou doprovázeny emotivními projevy: „Bojím se, je to velmi nepříjemné, hodně mě to trápí, nedivila bych se, kdybych už děti nikdy nemohla mít.“

- Role školy v informování o pohlavně přenosných chorobách

Jeden z respondentů ve své výpovědi uvedl: „Od 5. třídy mám menstruaci a právě, že jsme to probírali ve škole, zrovna týden před tím, než jsem dostala své první měsíčky, takže jsem přesně věděla, co mě čeká.“ Většina respondentů uvedla: „Ve škole si vůbec nepamatuji, že bychom se o něčem takovém učili. My jsme neměli ani výchovu ke zdraví, ani sexuální výchovu.“

Tato kategorie je jedna z nejvýznamnějších, pokud jde o prevenci pohlavně přenosných chorob. Někteří respondenti neměli dostatečný přehled o pohlavně přenosných chorobách, které se vyskytují v populaci: „Znám HIV nebo AIDS, to je to samé, filcky, nevím, jak se tomu říká česky.“ Jediný respondent, který vykazoval dostatečnou míru informovanosti, měl středoškolské vzdělání v oblasti zdravotnictví: „Protože jsem vystudovaná zdravotní sestra, tak pohlavní nemoci dobře znám a chráním se proti nim.“ Tento respondent patří k těm, kteří uváděli vysokou míru obav z možné nákazy.

Kritéria výběru partnera

Respondenti uvedli varianty, že jsou v trvalém vztahu od 15 let svého věku, dále že vztah mají, ale délku trvání vztahu nezmínili, nebo momentálně žádný vztah nemají. Výpovědi se zde lišily podle toho, zda ve vztahu jsou, či nejsou. Někteří uvedli: „Toho jsem si vybrala v patnácti letech, tak už moc nevím, byla to první láska, když se ti někdo líbí a tak.“ Jiní respondenti začali, bez zamyšlení, okamžitě vyjmenovávat aspekty, podmínky a priority v jejich výběru.

Aspekty biologické, psychologické a sociální neboli společenské jsou respondenty zařazeny mezi ty nejdůležitější. Jsou to stanoviska, která jsou respondenty posuzována při výběru partnera. Biologický aspekt v sobě ukrývá genetické předpoklady, stavbu těla, vitalitu, intelekt a další. Psychologický aspekt představuje projevy chování, vlastnosti a charakter jedince. Sociální zase postavení jedince ve společnosti a ekonomickou stabilitu.

Představy o budoucím partnerovi

Podmínky, které respondenti vytyčili jako důležité, se odvíjejí od jejich potřeb, životních hodnot a rolí, které budou ve vztahu zaujímat. Respondenti zde uvádějí: „Musí uživit děti, chci si udržet svůj životní standard a dětem dopřát vše, co budou potřebovat.“

„Zeptala bych se, jestli chce mít děti nebo rodinu.“ „Určitě bychom si měli rozumět, aby nám to vydrželo.“ „Často mi přijde, že se chovám víc jako chlap než oni.“ „Měl by to být pořádný chlap a dělat chlapské věci, já zase ty ženské.“

Mezi priority nejčastěji uváděli věk partnera, jeho životní zkušenosti, které přináší do vztahu, vzhled a atraktivitu. Zmíněna byla vyjádření: „Samozřejmě vzájemná přitažlivost, bez té to prostě nejde.“ „Vzhled, když se mi ten člověk nelíbí, nemohu s ním navázat intimní vztah.“ „Mám přítele o pět let staršího, imponuje mi, že má více zkušeností.“ Někteří respondenti však uvedli: „Vzhled není jedna z těch priorit, která u mě rozhoduje, musím ho nejprve lépe poznat.“ „Hlavně, jestli je hodný a tolerantní, není to jenom o vzhledu.“

Intimní hygiena

Dodržování základních pravidel a zásad intimní hygieny respondenti považují za samozřejmost: „Myslím si, že by to mělo být pravidlem.“ Považují ji za jeden z činitelů, který má vliv na zachování reprodukčního zdraví a schopnosti reprodukce.

- Základní hygienické prostředky

Mezi základní hygienické potřeby respondenti zařadili intimní gely: „Intimní gely, ale ty z lékárny, moc nevěřím těm, co se dají běžně koupit v supermarketu. Nesmí ničit přirozené pH, to mi poradila paní v lékárně.“ Dodržování hygienických zásad po použití toalety: „Po WC se utírat správným směrem.“ Výběr spodního prádla: „Taky asi záleží, jaké nosíme spodní prádlo, mělo by být pohodlné a bavlněné.“ Udržování celého těla v čistotě: „Samozřejmě jako pravidelně se mýt.“ Intimní pomůcky k udržení hygieny během menstruace: „Vložky, tampony, ale já používám jenom vložky, asi také záleží, jak silné je krvácení.“

- Zvýšená potřeba hygienických opatření

V některých případech uvedli respondenti zvýšenou potřebu hygienických opatření. Tyto potřeby se týkají sexuálního styku a období menstruačního cyklu. Respondenti ve svých výpovědích uváděli: „Je důležité umýt se před sexem i po sexu.“ „Musí se umýt i chlap, není to jen o ženě, je to o obou partnerech.“ Všichni respondenti

zmiňují menstruaci jako období, kdy o své intimní partie více pečují. Častěji si mění spodní prádlo a častěji se omývají, tak aby udržovali své genitálie v čistotě.

- Zdroje informací o intimní hygieně

Hlavním zdrojem informací o intimní hygieně je rodina. Respondenti se shodují a ve většině případů označují za hlavní zdroj informací svou matku: „Určitě od rodičů, hlavně od mámy. To mě naučila, když jsem byla malá a od té doby to považuji za samozřejmost.“ Pouze jeden respondent uvedl: „Moje máma na mě kašlala, všechno mi vysvětlil táta.“

- Aktivní vyhledávání informací

Se vznikem problému přichází i potřeba zjistit více informací. Respondenti, kteří měli osobní zkušenost s mykózami, slabými výtoky, genitálním oparem a virem HIV uvedli, že se vznikem problému začali hledat informace, které by jim pomohly jejich problémy řešit. Respondenti uvedli jako zdroje: „Hledala jsem informace na internetu nebo jsem si četla informační letáčky v čekárně u gynekologa.“ „Koukala jsem po letáčcích a časopisech, když jsem měla problémy.“

- Včasnost a relevantnost informací o intimní hygieně

Je důležité předat informace včas: „Já bych svým dětem všechno vysvětlila včas.“ „To byla náhoda, protože já jsem měla své první měsíčky v 5. třídě a zrovna týden před tím jsme se o tom s mamkou bavily, takže jsem přesně věděla, co mě čeká.“ Dalším zmíněným jevem byl stud v rodině: „Máma se nikdy nestyděla chodit doma nahá, ale vím, že jsou i rodiny a setkala jsem se s takovými lidmi, kteří se v rodině o těchto věcech vůbec nebaví a stydí se před sebou.“ Stud v rodině a tabuizování shledali respondenti za negativní jev, který ovlivňuje míru informovanosti o intimním životě jedince.

7.5 TABULKY AXIÁLNÍHO KÓDOVÁNÍ

Příčina	Jev	Kontext jevu	Strategie jednání	Proměnná	Následky, dopady
Postoj k rodičovství	Míra náročnosti mateřství	Sociální kontexty	Vstupní potřeby k rodičovství	Dostupnost v modelu rodičovství	Aktuální preference kariéry
Aktuální preference kariéry	Postoj k rodičovství	Sociální kontexty	Způsob plánování rodičovství	Vstupní potřeby k rodičovství	Obavy z užívání antikoncepce
Informace o příčinách vzniku neplodnosti	Obavy z užívání antikoncepce	Sociální kontexty	Způsob plánování rodičovství		Míra ohrožení neplodností
Míra ohrožení neplodností	Sexuálně rizikové chování		Informace o příčinách vzniku neplodnosti	Postoj k rodičovství	Způsob plánování rodičovství
Informace o příčinách vzniku neplodnosti	Míra ohrožení neplodností	Sociální kontexty	Způsob plánování rodičovství		Obavy z užívání antikoncepce
Vstupní potřeby k rodičovství	Představy o budoucím partnerovi	Dostupnost v modelu rodičovství	Kritéria výběru partnera		Míra náročnosti mateřství

Tabulka č. 1. – Rodičovství

Příčina	Jev	Kontext jevu	Strategie jednání	Proměnná	Následky, dopady
Kritéria výběru partnera	Míra ohrožení pohlavně přenosnými chorobami	Role školy v informování o pohlavně přenosných chorobách	Způsob ochrany před pohlavně přenosnými chorobami	Zkušenost s pohlavně přenosnými chorobami	Dopady pohlavně přenosných chorob na partnerské vztahy
Zkušenost s pohlavně přenosnými chorobami	Kritéria výběru partnera	Míra ohrožení pohlavně přenosnými chorobami	Dopady pohlavně přenosných chorob na partnerské vztahy	Role školy v informování o pohlavně přenosných chorobách	Emoce spojené s pohlavně přenosnými chorobami
Role školy v informování o pohlavně přenosných chorobách	Emoce spojené s pohlavně přenosnými chorobami	Míra ohrožení pohlavně přenosnými chorobami	Způsob ochrany před pohlavně přenosnými chorobami	Zkušenost s pohlavně přenosnými chorobami	Dopady pohlavně přenosných chorob na partnerské vztahy
Míra ohrožení pohlavně přenosnými chorobami	Kritéria výběru partnera	Zkušenost s pohlavně přenosnými chorobami	Způsob ochrany před pohlavně přenosnými chorobami		Dopady pohlavně přenosných chorob na partnerské vztahy

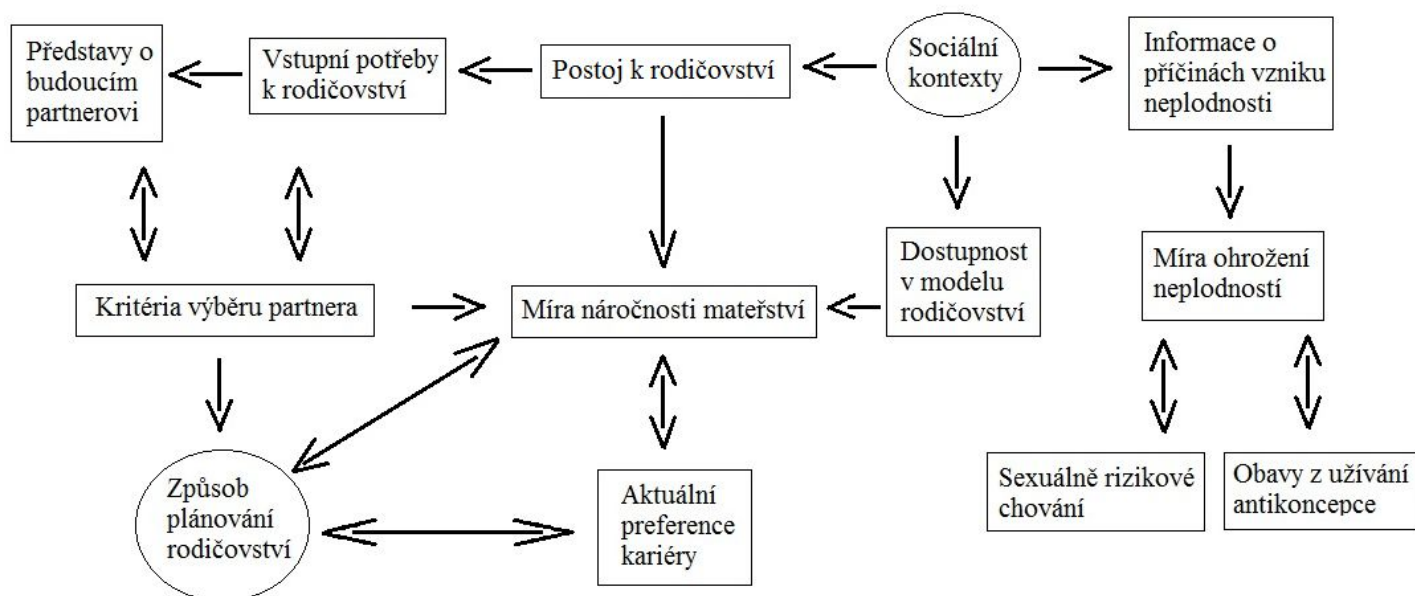
Tabulka č. 2. – Pohlavně přenosné choroby

Příčina	Jev	Kontext jevu	Strategie jednání	Proměnná	Následky, dopady
Intimní hygiena	Zvýšená potřeba hygienických opatření	Zdroje informací o intimní hygieně	Základní hygienické prostředky		
Zvýšená potřeba hygienických opatření	Intimní hygiena	Zdroje informací o intimní hygieně	Základní hygienické prostředky	Včasnost a relevantnost informací o intimní hygieně	Aktivní vyhledávání informací o intimní hygieně
Zkušenost s pohlavně přenosnými chorobami	Včasnost a relevantnost informací o intimní hygieně	Zdroje informací o intimní hygieně	Aktivní vyhledávání informací o intimní hygieně		

Tabulka č. 3. – Intimní hygiena

7.6 SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ

Základní kategorie jsou znázorněny v tabulkách axiálního kódování. Na základě těchto tabulek je vždy ke každé z nich vytvořen graf, který znázorňuje vztahy mezi kategoriemi.

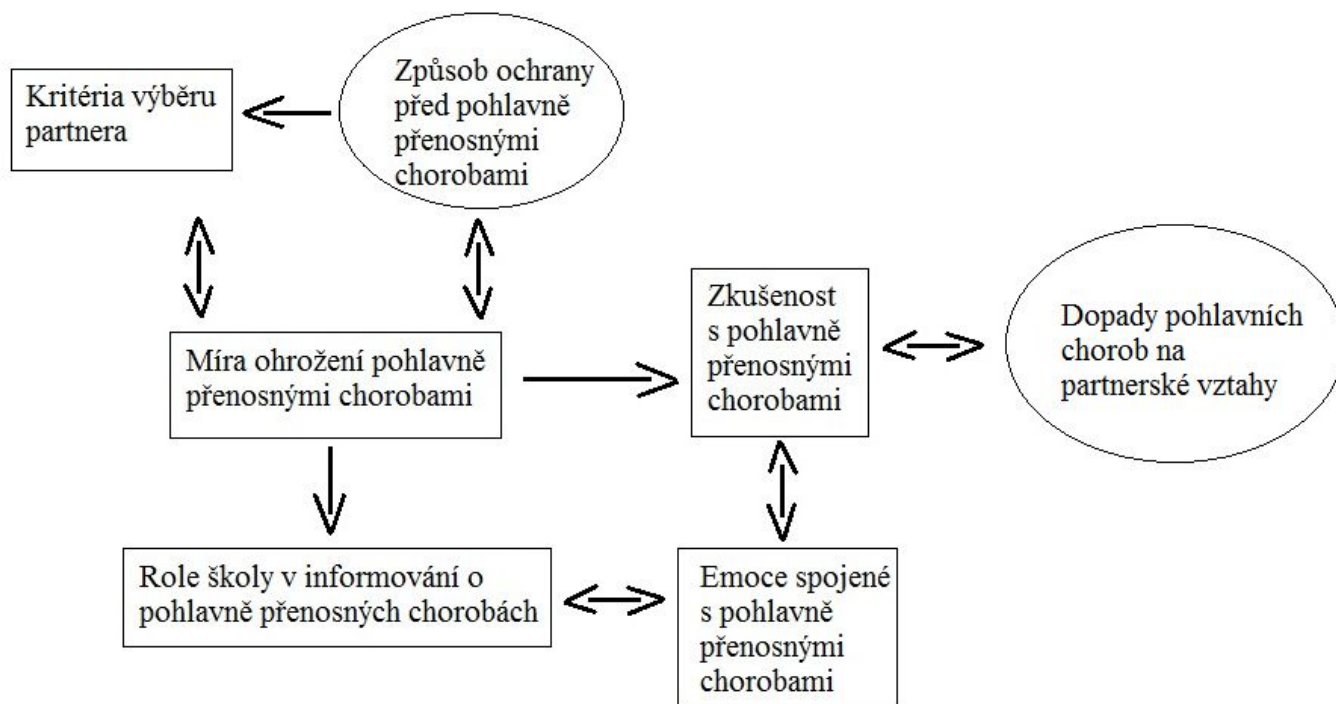


Graf č. 1. – Rodičovství

Graf č. 1. znázorňuje pohled mladých žen na rodičovství jako takové. Z grafu vyplývá, že největší vliv na utváření postojů k rodičovství mají sociální kontexty, tedy prostředí, ve kterém dotazované ženy žijí. Utváření názorů a postojů má počátky v rodině, ale časem se na něm podílejí vrstevníci, přátelé a celá společnost. Sociální kontexty představují zdroj informací, který respondenti nejčastěji uváděli jako hlavní zdroj, z něhož potřebné informace čerpají a poté aplikují do svých životů. Na základě modelu rodičovství si utvářejí představy o míře náročnosti mateřství. Respondenti, kteří mají dostatek informací a dobré rodinné zázemí, považují mateřství za nezbytnou součást života. Jiní, kteří nezískali dostatek informací z rodiny, či shledali mateřství náročným, se přiklánějí k aktuální preferenci kariéry a odkládají tím mateřství na dobu neurčitou. Celý tento proces rozhodování má na svědomí způsob plánování rodičovství. Dalším vlivným činitelem, který lze zařadit právě do způsobů plánování rodičovství, jsou kritéria výběru partnera. Respondenti uvedli, že mají dlouhodobý vztah a díky tomu jsou na mateřství

lépe připraveni. Ti, kteří partnera doposud nemají, uvádějí představy o budoucím partnerovi. Tato kritéria se odvíjejí od vstupních potřeb k rodičovství.

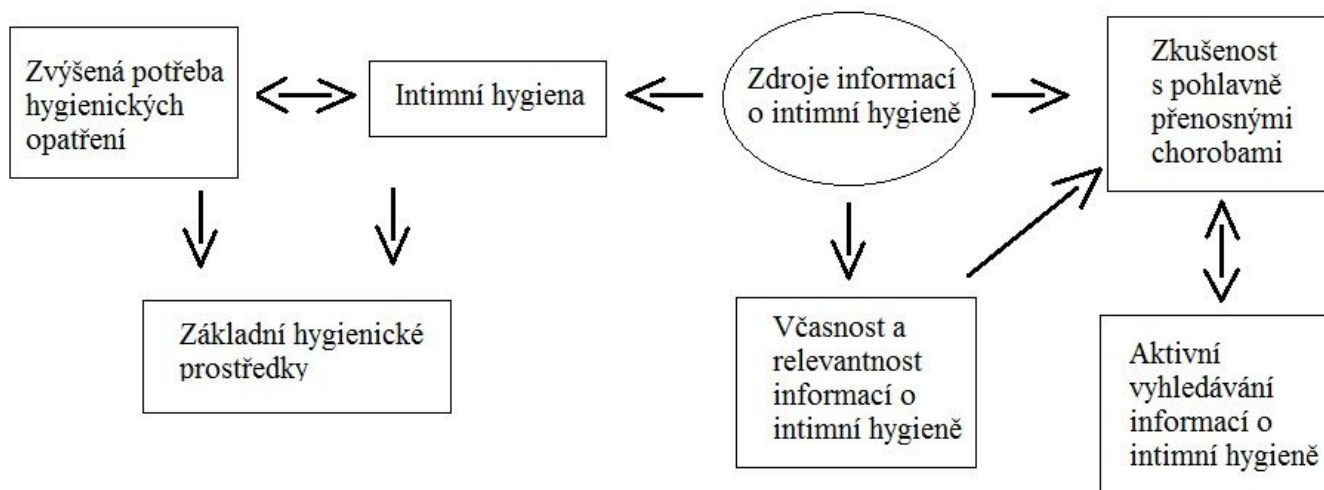
Informace, které vycházejí ze sociálních kontextů, s sebou přinášejí i řadu obav z možné neplodnosti, která byla často spojována s dlouhodobým užíváním antikoncepce. Sexuálně rizikového chování jsou si respondenti vědomi a spojují si ho s ohrožením svého reprodukčního zdraví.



Graf č. 2. – Pohlavně přenosné choroby

Graf č. 2. znázorňuje pohlavně přenosné choroby jako rizika pro reprodukční zdraví. Respondenti ve svých výpovědích zmiňovali pohlavně přenosné choroby ve spojitosti se svým reprodukčním zdravím a shledávali je velmi nebezpečnými. Dominantní kategorií se stává způsob ochrany před pohlavně přenosnými chorobami. Z pohledu respondentů patří mezi nejčastěji uváděné způsoby ochrany především kritéria výběru partnera. Respondent, který je v dlouhodobém vztahu, nespatřuje ohrožení v možné nákaze pohlavně přenosnou chorobou. Tento jev je podmíněn zkušeností. Respondent s osobní zkušeností uvádí vysokou míru ohrožení nákazou pohlavně přenosným onemocněním. Onemocnění provázejí silné emoce. Míra těchto emocí je podmíněna

mírou informovanosti o pohlavně přenosných chorobách. Respondenti, kteří vykazují nízkou vzdělanost v oblasti pohlavně přenosných chorob, se o své reprodukční zdraví obávají méně, než ti, kteří vykazují vyšší míru vzdělanosti. Ve všech zmíněných případech zaznamenáváme dopad na partnerský vztah, který vyústí v rozpad vztahu či v setrvání ve vztahu.



Graf č. 3. – Intimní hygiena

Graf č. 3. představuje intimní hygienu jako jeden z prostředků prevence k zachování reprodukčního zdraví. Hlavní kategorií je zde zdroj informací o intimní hygieně. Základní hygienické návyky si respondenti odnášejí z rodin, a to především od matky. Intimní hygienu považují za samozřejmost. Jsou si vědomi zvýšené potřeby hygienických opatření po celou dobu menstruačního cyklu. Do této kategorie zařazují i pohlavní styk jako tělesný akt, při kterém je zapotřebí dodržovat zvýšená hygienická opatření. Využívají všech dostupných hygienických prostředků. Kládou důraz na včasnost a relevantnost získávaných a předávaných informací o intimní hygieně. Respondenti, kteří uvádí zkušenost s pohlavně přenosnou chorobou nebo gynekologickými obtížemi, označili aktivní vyhledávání informací o intimní hygieně jako jedno z řešení jejich problému.

7.7 SUMARIZACE ZÁKLADNÍCH ZJIŠTĚNÍ

Shrnutím výzkumné práce bych chtěla především potvrdit, či vyvrátit hypotézy, které jsem stanovila na začátku výzkumné práce. Hypotézy představují očekávání, se kterými jsem do praktické části bakalářské práce vstupovala.

Hypotéza 1.: Ženy, které mají lepší úroveň znalostí o reprodukčním zdraví, se cítí být více ohroženy neplodností než ženy, které jsou v oblasti reprodukčního zdraví neznalé.

Odpověď nalezneme v grafu č. 1. ze kterého vyplývá, že míra informovanosti o reprodukčním zdraví má přímý vliv na míru ohrožení neplodností. Ženy, které jsou si vědomy rizik, si také uvědomují možné dopady na reprodukční zdraví a vykazují vyšší míru obav.

Hypotéza 2.: Hlavním zdrojem informací o reprodukčním zdraví žen je rodina.

Odpověď nalezneme v grafech č. 1 a č. 3. V grafu č. 1 jsou jako zdroj informací uvedeny sociální kontexty, čímž je myšlena především rodina, vrstevníci, přátelé a společnost jako celek. Je zde dokonce zmíněn model rodičovství v podobě vzoru, který dotazované ženy spatřují především ve své vlastní matce. V grafu č. 3 jsou uvedeny zdroje informací, ve kterých stojí na prvním místě rodina, pak přátelé a jako ostatní zdroje internet, reklamy v televizi, letáčky a časopisy.

Hypotéza 3.: Ženy chrání své reprodukční zdraví především dodržováním zásad intimní hygieny.

Z povahy výpovědí a výsledků výzkumů je očividné, že ženy chrání své zdraví pomocí dodržování zásad intimní hygieny, ale není to ten nejdůležitější nebo nejvíce zmiňovaný prostředek prevence. Největší význam respondenti přikládali partnerskému vztahu. Ženy, které jsou v dlouhodobém partnerském vztahu, vykazovaly nižší obavy o své reprodukční zdraví. Trvalost vztahu jim přináší pocit jistoty a neohroženosti.

Z výzkumu Aleny Slezáčkové a Aleny Pučelíkové, který nese název Duševní a tělesné zdraví ve vztahu ke zdraví podporujícímu chování a sociální opoře, vyplývá: *„Čím vyšší je úroveň duševního zdraví, tím méně zdravotních stesků respondenti uvádějí. Po analýze vztahu jednotlivých komponent duševního zdraví a tělesného zdravotního stavu*

vyšlo najevo, že nejsilnější vztah existuje mezi emocionální složkou osobní pohody a zdravím.“ (Dosedlová, 2016, s. 109)

Na základě zmíněného výzkumu můžeme říci, že pocit jistoty a neohroženosti, který ženám přináší trvalost vztahu, lze zařadit do oblasti prevence.

ZÁVĚR

V této práci jsem se zaměřila na význam prevence v oblasti reprodukčního zdraví. Byly stanoveny tři cíle bakalářské práce.

Prvním cílem bylo zjistit, jaká je úroveň znalostí mladých žen v oblasti reprodukčního zdraví a jaké postoje k tomuto tématu zaujímají. K tomuto cíli byla stanovena hypotéza, která předpokládala, že ženy, které mají lepší úroveň znalostí o reprodukčním zdraví, se cítí být více ohroženy neplodností než ženy, které jsou v oblasti reprodukčního zdraví neznalé. Díky analýze získaných dat byla tato hypotéza potvrzena.

Druhým cílem bylo prozkoumat, kde mladé ženy získávají potřebné informace o reprodukčním zdraví a jak je aplikují do svého života. Hypotéza, která byla stanovena k tomuto cíli, uvádí předpoklad, že hlavním zdrojem informací o reprodukčním zdraví žen je rodina. Díky analýze získaných dat byla tato hypotéza potvrzena.

Posledním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem mladé ženy chrání své reprodukční zdraví. Hypotéza uvádí předpoklad, že ženy chrání své reprodukční zdraví především dodržováním zásad intimní hygieny. Po následné analýze získaných dat bylo možno tuto hypotézu zamítnout, protože intimní hygiena nebyla respondenty stanovena jako hlavní prostředek prevence.

Za zajímavé také považuji zjištění míry informovanosti o pohlavně přenosných chorobách během školního vzdělávání, kterou respondenti hodnotili ve svých výpovědích jako nedostatečnou. Na základních školách postrádali výchovu ke zdraví i sexuální výchovu. Pro pedagogy z těchto informací vyplývá doporučení, aby v praxi důsledněji dodržovali RVP v oblasti sexuální výchovy (viz průzkum o míře informování školou o pohlavně přenosných chorobách v podkapitole 7.4).

Teoretická část práce by mohla být nápomocna především budoucím matkám a studentům pedagogických oborů. Výsledky výzkumné části poukazují na důležitost předávání včasných a relevantních informací budoucím generacím. Na reprodukční zdraví má největší vliv předávaný model rodičovství, hodnoty, životní priority a dostatečná míra edukace.

Předkládaná bakalářská práce by mohla vést k přehodnocení dosavadního pohledu na vlastní sexualitu. Může pomoci budoucím matkám k zefektivnění výchovy k reprodukčnímu zdraví u jejich dětí. V neposlední řadě může sloužit jako učební materiál pro budoucí generace studentek oboru výchova ke zdraví. Výzkumná práce poukazuje na témata, na která by bylo zapotřebí se zaměřit při výchově ke zdraví i sexuální výchově.

RESUMÉ

Bakalářská práce, která nese název prevence v oblasti reprodukčního zdraví budoucích matek, je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabývám definicí reprodukčního zdraví, výchovou k sexuálně reprodukčnímu zdraví, a to nejen v rodině, ale také v institucionálním vzdělávacím zařízení, kterým je škola. Dalšími kapitolami jsou plánované rodičovství, antikoncepce a dělení antikoncepčních metod, hrozby a rizika reprodukčního zdraví. Poslední kapitola představuje shrnutí předešlých kapitol a vytyčuje prevenci jako soubor opatření, která vedou k zachování reprodukčního zdraví.

V praktické části jsou předloženy a vyhodnoceny výsledky kvalitativního výzkumu, ve kterém zjišťuji, na jaké úrovni je informovanost o reprodukčním zdraví u žen ve věkovém rozmezí od 20 do 28 let, jaké postoje zaujímají k rodičovství, pohlavně přenosným chorobám a k neplodnosti. V poslední části výzkumné práce zjišťuji, na základě jakých kritérií si volí partnera.

Klíčová slova: reprodukční zdraví, výchova, rodičovství, antikoncepce, rizika, prevence, pohlavně přenosné choroby, volba partnera.

SUMMARY

The Bachelor thesis, which bears the name of prevention in the reproductive health of future mothers, is divided into a theoretical and practical parts. In the theoretical part, I deal with the definitiv of reproductive health, education for sexual reproductive health, not only in the family but also in institutional educational establishments, which is school. The next chapters are family planning, contraception and separation of contraceptive methods and threats and risks to reproductive health. The last chapter presents a summary of previous chapters and outlines prevention, as a set of measures that lead to the preservativ of reproductive health.

The practical part shows the results of qualitative research, where I find out at chat level there is awareness of reproductive health among women in the agerange of 20 years to 28 years, chat attitudes they occupy for parenthood, sexually transmitted diseases and infertility. In the last part of the research work, I find out how the partner is chosen.

Keywords: reproductive health, education, parenting, contraception, risks, prevention, sexually transmitted diseases, choice of partner.

8 LITERATURA

- DOSEDLOVÁ, Jaroslava. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8458-2.
- JOYEUX, Henri. *City, sexualita, AIDS: Sexuální výchova od 13 do 15 let*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-004-9.
- MACHOVÁ, Jitka a Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 80-86022-94-3.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-24-9.
- PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, Jaroslava. *Nezralá sexualita: o sexuální výchově a sexuálních projevech dětí a mládeže*. Praha: Avicenum, 1990.
- STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.
- ŠILEROVÁ, Lenka. *Sexuální výchova: jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě*. Praha: Grada, 2003. Pro rodiče. ISBN 80-247-0291-6.
- ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 978-80-7345-238-4.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TROJAN, Ondřej. *Jak mluvit s dětmi o sexu: rádce pro rodiče a učitele*. Praha: Fragment, 2009. ISBN 978-80-253-0833-2.
- URBANOVÁ, E. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziach ošetrovatelstva a porodnej asistencie*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-343-1.
- WEISS, Petr. *Sexuální chování v ČR - situace a trendy*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-558-x.

ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM, 2003. ISBN 80-7204-264-5.

9 INTERNETOVÉ ZDROJE

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání, červen 2017: dostupné z https://docs.google.com/document/d/1OMc_MjUeBNtxDZXLKSyh_64RCsayyQS40Dzxr_vvJ9ng/edit

ZŠ 20 | 20. základní škola Plzeň [online]. Copyright © [cit. 03.04.2019]. Dostupné z: http://www.20zsplzen.cz/Files/zs20/informace_pro_rodice/svp_20_zs_plzen_a.zip

ZŠ 21 | 21. základní škola Plzeň [online]. Copyright © [cit. 03.04.2019]. Dostupné z: https://www.21zsplzen.cz/dokumenty/ke_stazeni/svp/svp-brana-jazyku-otevrena.pdf

ZŠ 1 | 1. základní škola Plzeň [online]. Copyright ©X0u [cit. 03.04.2019]. Dostupné z: http://zs1.plzen-edu.cz/Files/zs1/Dokumenty/2017_2018/SVPod1.9.2017.pdf

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Tabulka č. 1 – Axiální kódování

Obrázek 2 - Tabulka č. 2. – Pohlavně přenosné choroby

Obrázek 3 - Tabulka č. 3. – Intimní hygiena

Obrázek 4 - Graf č. 1. – Rodičovství

Obrázek 5 - Graf č. 2. – Pohlavně přenosné choroby

Obrázek 6 - Graf č. 3. – Intimní hygiena