

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA PEDAGOGICKÁ**

Katedra psychologie

**RIZIKA PRO REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ  
V OBDOBÍ ADOLESCENCE**

***Bakalářská práce***

Lucie Korimová

Výchova ke zdraví (2011–2014)

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šámalová

Plzeň, březen 2014

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 31. března 2014

.....  
*vlastnoruční podpis*

### ***Poděkování***

Děkuji Mgr. Kateřině Šámalové za metodické vedení, vstřícný přístup a cenné rady, které mi během řešení této práce ochotně poskytovala.

# Obsah

<b>OBSAH</b> .....	<b>1</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>3</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>4</b>
<b>1 ADOLESCENCE</b> .....	<b>5</b>
1.1 BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ VÝVOJ.....	5
1.2 ŽIVOTNÍ STYL .....	8
<b>2 REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ</b> .....	<b>9</b>
2.1 PORUCHY REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ.....	10
2.2 VÝCHOVA K REPRODUKČNÍMU ZDRAVÍ .....	13
<b>3 RIZIKA PRO REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ</b> .....	<b>15</b>
3.1 RIZIKOVÉ SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ.....	16
3.1.1 <i>Sexuálně přenosné nemoci</i> .....	17
3.1.2 <i>Gravidita v adolescenci</i> .....	18
3.1.3 <i>Antikoncepční metody</i> .....	19
3.1.3.1 Rizika hormonální antikoncepce.....	21
3.2 ALKOHOL .....	23
3.3 TABÁK.....	25
3.4 KONOPNÉ DROGY .....	26
3.5 NESPRÁVNÁ VÝŽIVA.....	27
3.5.1 <i>Nadváha a obezita</i> .....	28
3.5.2 <i>Podváha a poruchy příjmu potravy</i> .....	29
3.6 PROBLEMATIKA POHYBOVÉ AKTIVITY .....	30
3.7 STRES .....	32
3.7.1 <i>Stresové situace v adolescenci</i> .....	33
3.7.2 <i>Příznaky a následky stresu</i> .....	35
<b>4 PREVENCE</b> .....	<b>36</b>
4.1 PREVENTIVNÍ PROGRAM .....	38
4.2 PÉČE O REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ.....	39
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>42</b>
<b>5 VÝZKUM</b> .....	<b>43</b>
5.1 METODOLOGIE .....	43
5.2 OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY .....	43
5.3 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	44
5.3.1 <i>Testová část</i> .....	65

5.4	VYHODNOCENÍ .....	67
<b>ZÁVĚR</b>	.....	<b>69</b>
<b>RESUMÉ</b>	.....	<b>70</b>
<b>SUMMARY</b>	.....	<b>71</b>
<b>LITERATURA</b>	.....	<b>72</b>
<b>INTERNETOVÉ ZDROJE</b>	.....	<b>74</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b>	.....	<b>76</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b>	.....	<b>77</b>

# Úvod

Cílem práce je teoreticky popsat rizika pro reprodukční zdraví a prakticky zkoumat jejich rozložení v adolescentní populaci. Dílčím záměrem je získání cenných informací o problematice reprodukčního zdraví, které by mohly sloužit studentům pedagogických a zdravotnických oborů, učitelům výchovy ke zdraví i veřejnosti.

K reprodukčnímu zdraví, které se stále dostává do povědomí širší veřejnosti, lze přistupovat z pohledu pojetí zdraví, jako jednoty biopsychosociální. Do určité míry tak na jeho kvalitu mají vliv faktory, které dokáže každý jednotlivec ovlivnit svým vlastním přístupem k životu. Adolescence je období, které přináší nové možnosti, více samostatnosti a také navazuje na povinnou docházku do základní školy, ve které by měla výchova k reprodukčnímu zdraví zaujímat silnou pozici. Po adolescenci přichází období dospělosti, což je většinou etapa pro založení rodiny. V moderních společnostech by péče o reprodukční zdraví měla probíhat především jako soustava preventivních opatření. Významnou roli má v oblasti prevence právě základní škola. Při zaměření na adolescenty, tak můžeme nejlépe pozorovat, jakým způsobem si osvojili předané informace, které nemusejí být vždy kvalitní a přesné. Aprobovaných pedagogů výchovy ke zdraví je na školách nedostatečné množství. Předmět tak vedou učitelé napříč obory, kteří mají často problém s žáky probírat intimní témata, která k reprodukci patří. Nemůžeme se proto divit, že i přes veškerou otevřenost společnosti a rozmanitost informačních zdrojů, adolescenti v otázce reprodukce a zdravého životního stylu tápou.

Důsledkem je, že průměrný věk pro založení rodiny postupně roste a společně s ním vzrůstá počet jednotlivců i párů s problémy v oblasti přirozené reprodukce. Je tristní, že se o ovlivnitelných příčinách poruch reprodukčního zdraví téměř nehovoří. Většina jedinců i párů, je po zjištění poruchy, odkázána na sebe a výhradně na lékaře. Léčba je poté založena na radikálních zákrocích a procedurách. Bohužel, vzhledem k vyššímu věku potenciálních rodičů, někdy nezbytných, jelikož dalších možností postupně ubývá. Přitom by v některých a nezanedbatelných případech stačila dostatečná prevence. Konkrétně uvědomění si důležitosti zdravého životního stylu a rozumné chování v problematičtějších oblastech, které mají na reprodukční zdraví vliv. Právě zmíněné oblasti, které nazýváme rizika pro reprodukční zdraví, jsou tématem této bakalářské práce.

# **Teoretická část**

# 1 Adolescence

Termín adolescence je odvozen z latinského slova *adolescere*, což v překladu znamená dospívat, dorůstat, mohutnět a používá se především v psychologii. Charakterizuje jedince v období mezi 15 až 20 lety (Čáp, Mareš, 2001, s. 236). Adolescence navazuje na pubescenci a končí dospělostí. Je součástí dlouhého časového úseku dospívání. Adolescenci obecně charakterizuje soubor biopsychosociálních změn. Je důležité vnímat především psychický, sociální vývoj a rizikovost daného období.

V různých oborech existují názorové rozepře jak adolescenci fázovat a co vlastně představuje. Například v lékařských vědách se používá označení dospívající, nebo dorost. Za adolescenci lze také označit celé období mezi dětstvím a dospělostí (Macek, 2003, s. 9). Tato periodizace je jednou z nejflexibilnějších, jelikož je možné ji, vzhledem k individuální rychlosti vývoje, lépe aplikovat na individualitu. Do tak obsáhlého časového rozpětí musí zákonitě vstupovat další dělení. Na adolescenci časnou, která se kryje s pubescencí (10–13 let), střední (14–16 let) a pozdní (17–20 let), popřípadě mnohem déle (Macek, 2003, s. 10). Podle amerického vzoru se dospívání také vymezuje pojmem *teenager*. Což je etapa od 13 do 18, někdy také do 20–22 let. Období adolescence zahrnuje dobu zhruba od 15 do 20 až 22 let, kdy je běžné tuto věkovou skupinu nazývat jako *teenagers*, dorost, mladiství (Langmeier, Krejčířová, 1998 s. 140).

V této práci se v teoretické i praktické části přikláníme k periodizaci vymezující adolescenta, jako jedince ve věku mezi 15 až 20 lety. Předpokládáme, že je schopen sám ovlivňovat své zdraví a zná rizika i pozitiva svého životního stylu. Není již natolik ovlivněn rodinou jako pubescent a postupně se stává samostatným. Individuálně ovlivnitelné negativní působení na reprodukční zdraví se odehrává především v této životní etapě.

## 1.1 Biopsychosociální vývoj

V období pubescence dochází k vývojové bouři, která je ukončena reprodukční zralostí. U ženy dojde k první ovulaci a u muže k zahájení spermatogeneze. Podle vývojové psychologie je nejdůležitější věk 8–12 let. Ten se nazývá střední školní věk a je pro něj typický vývoj pohlavních rozdílů mezi chlapci a dívkami. Dalším znakem pubescenta je rychlý tělesný růst, psychické a sociální změny. V adolescenci již biologické děje přecházejí do ústraní. Nadále pokračuje tělesný růst.



V moderních společnostech není ohraničen přechod do dospělosti, jelikož není běžné vykonávat přechodový rituál, jako v dobách dřívějších. Proto se často setkáváme s jedinci, kteří žijí nesamostatně i v dospělém věku. Adolescence je časové období, které supluje přechodový rituál. Je charakteristické několika důležitými proměnami v psychosociální oblasti. V rovině emocionální odeznívá citová labilita z období pubescence. Kognitivní vývoj je téměř ukončen. Rozumové schopnosti jsou již na takové úrovni, že umožňují dosahovat obdivuhodných výkonů. *„Adolescenti jsou stále větší měrou schopni uvažovat stejně jako dospělí, kromě čistě „logických“ argumentů nabývají na významu jejich prožitky, vztahy, zkušenosti a potřeba být v určitém vztahovém rámci efektivní, stabilní a oceňovaný“* (Macek, 2003, s. 47).

Jedním z hlavních faktorů přechodu do dospělosti je dokončení povinné školní docházky a u některých nástup do zaměstnání. Jako první se stávají samostatní učni a jako poslední studenti vysokých škol. Není běžné, aby se o zaměstnání ucházel jedinec pouze se vzděláním základním. Ekonomická samostatnost je primárním faktorem pro přidělení statusu dospělého. Mnoho adolescentů se další fáze bojí a přechod odkládá. Samostatnost je plná odpovědnosti a závislost je přeci tak jednoduchá. Tento výrok však nelze zobecňovat. Mnoho mladých lidí bere právně dosaženou dospělost, jako možnost úniku od závislosti na rodičích. Samostatnost preferují a těší se na ni. Pro některé je čas mezi 15 až 18 lety čekání na svobodu a nemohou se dočkat maturity, nebo vyučení. Časté jsou nereálné, nebo obtížně dosažitelné plány. Některé jedince čeká tvrdý náraz do reality. Změny nezvládají a zvyšuje se u nich riziko poškození zdraví.

Pro adolescenta je typické být v interakci s lidmi. Sociální skupina je pro dospívajícího významná, ale postupně se od ní odpoutává, stejně jako v pubescenci od rodičů. Moderní společnost přinesla nový obzor do vztahové problematiky prostřednictvím internetu, který ve své podstatě vytvořil nové sociální prostředí. Virtuální svět může významně měnit vnímání sociální blízkosti a způsobovat nedostatek reálných kontaktů. Život je součástí virtuální reality a přirozený svět se, pro některé adolescenty, dostává do ústraní.

Pro dospívajícího je velmi důležitý tělesný vzhled. Pokud sám odpovídá ideálu krásy, tak je schopen lehce přijmout sám sebe. Negativní význam může mít handicap, výška postavy a tělesná hmotnost. Důležité je zalíbit se sobě i druhým, být považován za hodnotného a tím dosahovat společenské prestiže. Pro adolescenty je často důležitější tělesná schránka, než to, co je pod ní. Neřeší nemoci, stárnutí a nejsou ochotni se tím významněji zabývat. Jediné co mladého člověka donutí se více ponořit do problematiky

zdraví je situace, kdy je někdo blízký nebo on sám nemocen. Snaha o informovanost je v tomto ohledu na vysoké úrovni, ale bohužel jsou fakta o zdraví a reprodukčním zdraví pro pubescenty a mladé adolescenty podávána velmi složitě a nekonkrétně. Převažuje vyhrožování a strašení. Nesčetněkrát se stává, že jsou dokonce informováni pozdě, což poté znemožňuje vykonávat efektivní preventivní opatření.

Biopsychosociální vývoj v období adolescence nemusí vždy probíhat podle ideálního scénáře. Objevují se vývojové problémy zasahující všechny vývojové složky. Problémy mnohdy vyústí do poruch chování. Níže jsou popsány specifické vývojové problémy dospívajících podle Langmeiera a Křejičřiové (Langmeier, Křejičřiová, 1998, s. 157–159).

- *Rozpor mezi fyzickou a sociální zralostí* je způsoben rozdílností sociálních nároků a individuální psychofyzickou vyspělostí. Biologická stránka dospívání se posunuje do stále nižšího věku a naopak sociální tlak na vyšší vzdělání a profesionální přípravu stále roste. Oddalují se dříve přirozené body dosažení fyzické a sociální zralosti. Vznikají tak poruchy chování. Mnoho adolescentů se nedokáže smířit s faktem, že současně s vyspělostí nepřišla radikální sociální změna.
- *Rozpor mezi rolí a statusem* je způsoben nelogickým očekáváním společnosti, že se dospívající bude chovat dospěle, přitom je neustále v podřadném a závislém postavení. Dochází ke stavu mezistatusu a mezirole, jehož příčinou je nejasná definice postavení jedince v době dospívání. Adolescent si může připadat nedocenen a začne bojovat proti pravidlům.
- *Rozpor mezi hodnotami mladé a starší generace* je způsoben rapidní vědeckou a technickou změnou společnosti. Starší generace má tendence ulpívat na dřívějších hodnotách a naopak mladší generace preferuje nová měřítká. Na druhé straně se odmítá generační konflikt a v popředí je tolerance.
- *Rozpor mezi hodnotami rodiny a vnější společnosti* je způsoben hodnotovou rozdílností mezi rodiči a přáteli. Mezi adolescentem a rodiči vzniká komunikační mezera. Někteří rodiče rozpor nedokážou snést a potomka neustále nutí tlumočit pouze jejich osobní názory. Jedinec poté nemá dostatek volnosti a může vznikat problémové chování. Je důležité poskytnout taktní vedení a přitom dostatek volnosti v rozhodování.

## 1.2 Životní styl

Životní styl je jedním z hlavních determinantů zdraví. Asi 55 % naší populace umírá na choroby srdce a cév, kolem 25 % na nádorová onemocnění a podíl životního stylu na zdravotním stavu celkové populace je minimálně 50 % (ÚZIS, 2010). Negativní aspekty životního stylu jsou: kouření, konzumace alkoholu, nezdravá strava, nízká pohybová aktivita, drogové závislosti, psychická zátěž a sexuální rizikové chování. I když je konzumace alkoholu, užívání drog či kouření do 18 let nelegální činností, je ve věkové kategorii 15–18 let téměř běžnou záležitostí.

Studie Univerzity Palackého v Olomouci zaměřená na životní styl dětí od 11 do 15 let v roce 2010 odhalila, že v 15 letech pravidelně pije alkohol třetina dívek a téměř polovina chlapců. Narůstá počet dětí, které uvádějí svou opakovanou opilost. V porovnání s rokem 2006 je evidentní nárůst ve všech složkách z 37 na 47 % u chlapců. U dívek je nárůst z 30 na 40 %. Alarmující je počet pravidelných kuřáků, kdy v 15 letech kouří 18 % dětí. Zkušenost s marihuanou uvádí třetina patnáctiletých. Odborníci zjistili i to, že v 15 letech snídá pouze 46 % chlapců a 42 % dívek. Šetření také prokázalo, že se děti čím dál méně pohybují a více času tráví u počítačů. V oblasti sexuální přibližně pětina chlapců a čtvrtina dívek získala zkušenost s pohlavním stykem do 15 let věku (Kalman a kol. 2011, s. 21–22). Přibývá počet jedinců s nedostatečným základem v oblasti zdravého životního stylu, který by si přenesli do adolescence.

K adolescenci patří partnerské a přátelské vztahy. Partnerské vztahy jsou stabilnější a dlouhodobější než dříve a jsou doplněny o pohlavní styk, jenž je pro většinu adolescentů běžnou součástí života. Se sexem přímo souvisí případné rizikové sexuální chování, které má negativní vliv na reprodukční zdraví. Přátelské vztahy mohou mít negativní vliv v podobě přiklonění k nevhodné sociální skupině. S tou souvisí případné rizikové chování.

Podstatnou součástí životního stylu většiny adolescentů je nezdravá strava a špatné stravovací návyky. U některých vyústí v poruchy příjmu potravy, nebo nadváhu a obezitu. Mnoho adolescentů trpí nadměrným stresem. Vzhledem k velmi silné zdravotní stabilitě a odolnosti není nemocnost mladých statisticky varující. Do budoucna však nezdravý životní styl představuje velké riziko pro celkové zdraví a reprodukční zdraví, kterému můžeme správnou formou prevence zabránit, či jeho následky zmírnit.

Většina mladých je často připojena k internetu a konverzace probíhá prostřednictvím sociálních sítí. Televize jako hlavní pořáča času již není v kurzu. Internet je vlivný zdroj informací. Jelikož je stále do jisté míry svobodným médiem, tak nemusí vždy dodávat

pouze informace správné a nezávadné. Fenomén počítačové generace přináší informační rizika a rizika pro fyzické zdraví, vznikající sedavým způsobem žití. Naopak sport, jako eventualita trávení volného času, se postupně ze života mladých vytrácí.

## 2 Reprodukční zdraví

Samotné zdraví je pojem používaný napříč obory a specifický mnoha odlišnými definicemi. U adolescentů lze zdraví určit úspěšným přechodem do dospělosti a nepřítomností rizikového chování. Dle WHO (World Health Organisation), se jedná o stav úplné biopsychosociální pohody a nikoli pouze o nepřítomnost nemoci či vady. (WHO, 1948). Psycholog Jaro Křivohlavý do definice vložil i sféru duchovní. „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí*“ (Křivohlavý, 2009, s. 40).

Reprodukční zdraví je relativně nový pojem. Lze přesně určit, jako schopnost oplodnit (u muže), otěhotnět a následně donosit a porodit zdravé dítě (u ženy) (Machová, Hamanová, 2002, s. 50). Větší biologickou úlohu hraje žena, ale i muž musí dodržovat zásady zdravého životního stylu. Na zdravý vývoj v biologické oblasti reprodukce má vliv především období puberty. V pubescenci by mělo u dívek docházet k první menstruaci a u chlapců k první poluci. Poté pokračuje vývoj pohlavních orgánů až do reprodukční zralosti. V adolescenci se zdraví a jeho kvalita přenáší přímo na odpovědnost individuality.

Podstatou pro reprodukční zdraví je obecná biologická schopnost rozmnožovat se. Reprodukce je základem našeho života. Pro možnost se reprodukovat je nezbytností mít vyvinuté ženské, či mužské pohlavní žlázy. V těch se tvoří lidské zárodečné buňky (gamety) a pohlavní hormony. Zdravý muž má plně vyvinuté, funkční spermie, které jsou schopné oplodnit vajíčko zdravé ženy. Základem je schopnost ženy dítě odnosit a porodit. Plná zralost tkání vnitřních pohlavních orgánů ženy je proto datována později, než je nástup pravidelné menstruace. Za plně zralé pro těhotenství se obecně považují dívky ve věku 18 let, proto v době do 18 let je žádoucí, aby vývoj pohlavních orgánů nebyl narušen škodlivými vlivy a proběhl jako příprava na reprodukci v dospělosti (Machová, Hamanová, 2002, s. 32).

Moderní společnost plíživě tlačí páry neustále odkládat těhotenství. Faktory, které je k tomu vedou, jsou jak ekonomické, tak sociální. Mnoho párů je také bohužel neschopno přirozeně počít. Vyšší věk v kombinaci se zjištěním poruchy reprodukčního zdraví vede

k dalšímu, již nechtěnému odkladu těhotenství. Optimum plodnosti u žen je mezi 20 až 30 rokem, poté fertilitní potenciál klesá a po 35. roce nastává jeho strmý pád (Konečná, 2005, s. 9). Věk hraje důležitou roli jak pro početí, tak i pro zdravý vývoj dítěte. Donedávna se předpokládalo, že podstatný je pouze věk ženy. Dnes je již prokázáno, že i vyšší věk otců vede k zvyšování míry rizika pro zdravý vývoj dítěte. Například se stupňuje pravděpodobnost vzniku schizofrenie a autismu (Callaway, 2012).

S reprodukcí a sexualitou je spojeno mnoho tabu, ale u nás se v posledních letech setkáváme více s otevřeností a tolerancí. Výzkumy v oblasti sexuálního chování se ve světě publikovaly především v éře epidemie AIDS, tedy od 80. a 90. let 20. století. Nejsou však považovány za reprezentativní, jelikož se prováděly pouze na dobrovolnících. V té době se přenos HIV viru považoval pouze za záležitost homosexuálů a narkomanů, tehdy uzavřených okrajových skupin obyvatel. Kompletní validní výzkumy se publikovaly celosvětově až v posledních letech. V České republice se tato problematika dostala do popředí zájmu až po roce 1990. Nejvýznamnější byla kontinuální šetření sexuálního chování české populace realizované v letech 1993, 1998, 2003 a 2008 (Zvěřina, Weiss, 2009). V souvislosti s rostoucí neplodností se zvyšuje zájem vědců i veřejnosti o reprodukční zdraví a o elementy, které ho poškozují.

## **2.1 Poruchy reprodukčního zdraví**

Konečný a závažný defekt reprodukčního zdraví je neplodnost (sterilita). Sterilita se projevuje jako neschopnost otěhotnět při nechráněném pohlavním styku a podle WHO je hodnocena jako nemoc (Machová, Hamanová, 2002, s. 51). Je zřejmé, že i u párů u kterých oplodnění nastane, nakonec může docházet k patologiím těhotenství. Za poruchy považujeme mimoděložní těhotenství, spontánní potrat, porod dítěte s vývojovou vadou či porod mrtvého plodu. Pro ženu je fyziologicky rizikové i vícečetné těhotenství. O poruše plodnosti se uvažuje po roce pravidelného pohlavního styku, ke kterému dochází u jednoho páru dvakrát až třikrát týdně (Konečná, 2005, s. 9). Četné množství žen poté vyhledá odbornou pomoc. Podle statistik je zřejmé, že párů s poruchou plodnosti přibývá. 15–20 % dvojic si nemůže splnit své přání mít dítě bez lékařské podpory (Konečná, 2005, s. 8).

Ženy mají možných poruch plodnosti podstatně více než muži a velkou měrou se na jejich vzniku podílí životní styl. Některé příčiny neplodnosti jsou nevysvětlitelné a není možné je současnou vyšetřovací technologií objasnit. Jiné jsou naopak lehce rozpoznatelné. Značný význam mají také poruchy, které vznikají během těhotenství. Tyto

závažné problémy s graviditou v adolescenci, mají následky v podobě sterility ve vyšším věku. Níže jsou popsány ty příčiny neplodnosti, jejichž vznik může žena ovlivnit svým chováním v adolescentním věku.

- *Neprůchodnost vejcovodů* způsobena prodělanou infekcí po nákaze sexuálně přenosnou chorobou, nebo následkem apendicitidy.
- *Nezdravý fyzický stav* má důležitý status v otázkách fertility. Při extrémní ztrátě tělesné hmotnosti (mentální anorexie, bulimie, poruchy stravování, záněty, nádory), stresu, nebo při nadměrné fyzické zátěži (závodní sportovkyně, voják, kulturistka), dochází ke stavu, kdy žena nemenstruuje (sekundární amenorea). Za negativní faktor pro přirozené početí se považuje i obezita. S tou souvisí poruchy regulace pohlavních hormonů vedoucí k neplodnosti.
- *Špatný psychický stav* u žen, které nemohou dlouho otěhotnět. Jsou vystavovány tlaku okolí a stresu ze selhání. Poté vliv negativního psychického působení na konečné oplodnění narůstá. Negativní vliv má také dlouhodobý stres. Neplodnost žen, by však měla být vždy považována za psychosomatický celek (Weischmann, 2003).
- *Zdravotní problémy* komplexně. Choroby a nerovnováhy v organismu, mají negativní vliv na plodnost ženy.
- *Mimoděložní těhotenství* je nejčastěji stav po zánětu vejcovodu. Časté následky zánětu jsou změny na stěně vejcovodu, které ztěžují průchod vajíčka a způsobují jeho zachycení na cestě do dělohy. Tento druh gravidity je počítán jako potrat, jelikož nemůže dojít k porodu.
- *Spontánní potrat* je v České republice označen živý plod o hmotnosti menší než 500 gramů, který nepřežije 24 hodin života. Pokud se narodí plod mrtvý o tělesné hmotnosti o hmotnosti do 999 gramů, je označen jako potrat (Čech E a kol. 1999, s. 148). Mezi závažné příčiny potratu řadíme: kouření, konzumaci alkoholu a drog během těhotenství, nadměrnou fyzickou zátěž a psychické trauma po zjištění nechtěné gravidity. Roli mohou hrát i poruchy obživného pudu (anorexie, bulimie).
- *Interrupce* je umělé přerušování těhotenství s následky případné sterility. Má negativní vliv i na psychický stav dívky.
- *Předčasný porod* vzniká, pokud žena porodí dítě před ukončeným 37. týdnem těhotenství anebo se dítě narodí s hmotností méně než 2500 g. (Machová, Hamanová, 2002, s. 55). Příčinou brzkého porodu může být nemocnost, bakteriální

infekce, nízký věk matky, stres, depresivní stavy, porucha uzávěru děložního hrdla po interrupci a celkové rizikové chování.

- *Vývojové vady u dítěte* mají přední souvislost s rizikovým životním stylem matky. Styl žití má vliv na zvyšující se pravděpodobnost vzniku vývojové vady u dítěte. Velké množství alkoholu vede k poškození vývoje mozku a dalším poruchám. Kouření způsobuje menší tělesný vzrůst. Drogové a lékové závislosti mohou vést až k syndromu náhlého úmrtí kojence.

V minulosti se nepřipouštělo, že by neplodností mohl trpět i muž. Dnes je již běžné, že diagnostika a léčba probíhá u obou členů páru. Podle WHO připadá příčina poruch plodnosti párů na straně ženy pouze ve 25 % případů, na samotném muži ve 33 % a na pár připadá odpovědnost kolem 20 % (Konečná, 2005, s. 14). Níže jsou popsány ty příčiny neplodnosti, jejichž vznik může muž ovlivnit svým chováním v adolescentním věku.

- *Poruchy spermiogeneze* se zjišťují vyšetřením počtu spermií (spermiogram). Hodnotí se jejich tvar, pohyblivost a životaschopnost. Až polovina spermií musí mít při testu výborné výsledky pohyblivosti. Poruchy jsou vyvolány multifaktoriálně. Vyvolávají je zánětlivá onemocnění, nedokonalý vývoj pohlavních orgánů, úrazy, vysoká teplota ve varlatech při nošení obepnutých kalhot, nebo při sedavém způsobu života. Rizikové je kouření cigaret, konzumace alkoholu a drog, styk s chemickými látkami, nadměrná nebo nízká fyzická aktivita.
- *Poruchy erekce* jsou vyvolané multifaktoriálně. Psychickým blokem při stresu, emoční nevyrovnanosti, nebo při nadměrné zátěži. Také onemocněním cévní soustavy, při rakovině a po úrazech.
- *Uzávěry vývodných cest semenných* vznikají následkem zánětu po prodělané pohlavní chorobě.
- *Zdravotní problémy* komplexně. Choroby a nerovnováhy v organismu, mají negativní vliv na plodnost muže.
- *Nezdravý fyzický stav* má důležitý status v otázkách plodnosti a negativně ovlivňuje schopnost uskutečnit pohlavní styk.
- *Špatný psychický stav* mužů, kterým se dlouhodobě nedaří v sexuální oblasti či v oblasti oplození. Vzniká tlak na individualitu s následkem strachu ze selhání, který ovlivňuje jak plodnost, tak schopnost uskutečnit pohlavní styk. Negativní vliv má také dlouhodobý nadměrný stres.

## 2.2 Výchova k reprodukčnímu zdraví

Výchova k reprodukčnímu zdraví zahrnuje sexuální výchovu, prevenci rizikového chování a prevenci v oblasti zdraví. Charakteristikou sexuální výchovy je definice světové zdravotnické organizace (WHO). „*Podstatu a cíle sexuální výchovy tvoří vše, co přispívá k výchově celistvé osobnosti, schopné poznávat a chápat sociální, mravní, psychologické a fyziologické zvláštnosti jedinců podle pohlaví a díky tomu zformovat optimální mezilidské vztahy s lidmi svého i opačného pohlaví*“ (Uzel, 1996).

Sexuální výchova má primárně patřit k záležitostem rodiny a školy, ale informační společnost vytváří lehce dosažitelné a přístupné informace, které si jedinec snadno vyhledá a do určitého věku je není schopen správně dešifrovat. Následně vzniká problém, se kterým se musí rodina i škola vypořádat a kvalitní výchovou a vzděláním pomáhat jedinci informace rozlišovat a chápat. Rodina o sexuální výchově zpravuje velmi specificky. Na kvalitě předaných poučení se podílí vzdělání rodičů, sociální vrstva, ekonomická situace rodiny, náboženství a osobnostní vlastnosti rodičů i dětí. Škola funguje jako případný protipól. Poskytuje obecné informace bez individuálního přístupu. V našem školství je vzdělávání v oblasti reprodukčního zdraví zařazeno do předmětu výchova ke zdraví vyučovaného na druhém stupni základní školy. Prevenci rizikového chování zastávají vyučující výchovy ke zdraví a mimoškolní organizace. Předměty zaměřené na zdraví doplňuje tělesná výchova a vybrané složky dalších předmětů.

Výchova ke zdraví je nejčastěji zastoupená ve školním vzdělávacím programu hodinou týdně, nebo je začleněna do jiného předmětu. Nemusí být vyučována v každém ročníku druhého stupně. Záleží na specifickém plánu určité školy. Charakteristika výchovy ke zdraví je relativně obsáhlá. Vzdělávání je zaměřeno na preventivní ochranu zdraví, dovednost odmítat škodlivé látky, osvojit si hygienické, stravovací, pracovní a jiné zdravotně preventivní návyky, předcházet úrazům, pečovat a zachovávat zdravé mezilidské vztahy, získávat orientaci v základních otázkách sexuality a uplatňovat odpovědnost za sexuální chování a upevňovat návyky poskytnutí základní první pomoci. Předmětem se dále prolíná šestice průřezových témat zaměřených na výchovu demokratického občana, osobnostní a sociální výchovu, mediální výchovu, environmentální výchovu, výchovu k myšlení v evropských a globálních souvislostech a multikulturní výchovu (Matuš, Bednářová, 2009, s. 7 – 8). Žák si má po absolvování osvojit klíčové kompetence uplatnitelné v sociální realitě, formovat svoji osobnost a utvořit si odpovídající postoje a hodnoty.



Aprobovaných učitelů výchovy ke zdraví je nedostatečné množství a mnohdy na ně nestačí finance. Výchovu ke zdraví tak učí pedagogové napříč obory. Neodbornost vyučujících lze do jisté míry kompenzovat několika hodinami mimoškolní prevence. Hromadné jednorázové návštěvy přednášecích místností nejsou nikdy tak efektivní, jako odborně vedené hodiny výchovy ke zdraví. Přednášky zaměřené na antikoncepci jsou neřídka financovány farmaceutickými firmami a fungují jako reklama na jejich výrobky. O drogách mnohdy přednášejí bývalí narkomani bez příslušného pedagogického a odborného vzdělání v oblasti. K roku 2013, MŠMT vydalo novou verzi rámcového vzdělávacího programu pro základní školy platnou od 1. 9. 2013. Pro žáky ZŠ nastala radikální změna v podobě dalšího povinného cizího jazyka. Ve školních programech se následně tenčily hodinové dotace pro předměty zaměřené na zdraví člověka, jelikož nejsou považovány za primární.

Kvalita předaných informací v oblasti reprodukčního zdraví ve vysoké míře závisí i na osobnosti a dovednostech učitele. Rozdíly na jednotlivých školách jsou extrémní. Na jedné straně otevřenost na druhé ostýchavost a neodbornost. Téma reprodukčního zdraví, je obvykle probráno okrajově, neodborně a odloženo na neurčito. Rodiče také nemusí souhlasit, aby učitel s dětmi o sexu a sexualitě vůbec mluvil. Například fakt, že v každé třídě je několik jedinců jiné než heterosexuální orientace, není akceptován a informace o případných rizicích nejsou předávány. Každý student, bez rozdílu, by měl dostávat potřebná poučení v oblasti zdraví a prevence a učitel by se neměl zaměřovat pouze na majoritu.

Společnost si neuvědomuje, že děti o samotném sexuálním styku ví poměrně stejně, jako samotný pedagog, nebo rodiče. Díky internetu není složité potřebné poznatky získat. Učitel má myšlení žáka následně pouze usměrnit a upozornit ho na případná rizika. Výuka by měla obsahovat fakta o rizikovém sexuálním chování a s ním spojeným rizikovým chováním. Pedagog musí žákům vyložit a vysvětlit pojmy zdraví, reprodukčního zdraví, upozornit je na nebezpečí sedavého způsobu života, nezdravého životního stylu a přiblížit psychologickou stránku sexu a sexuality. Biologická a funkční stránka samotné reprodukce má patřit do hodin biologie či konkrétně vedené sexuální výchovy.

V případě, že je výchova k reprodukčnímu zdraví vyučována efektivně, ze základní školy vystupuje jedinec vzdělaný v oblasti reprodukčního zdraví. Adolescent následně začíná svůj sexuální život poučený v oblastech prevence sexuálně přenosných nemocí včetně HIV/AIDS, ochrany před sexuálním zneužíváním a násilím, je seznámen s prosazováním plánovaného rodičovství a antikoncepcí (Janiš, 2008, s. 10). Dále je

seznámen s negativním působením užívání návykových látek na reprodukci a má přehled o zdravém a nezdravém životním stylu. V případě, že je výchova k reprodukčnímu zdraví vyučována neefektivně, vzniká rozsáhlý rizikový faktor. V adolescentním věku můžeme nejlépe pozorovat, jaké informace, hodnoty, postoje a názory v oblasti reprodukčního zdraví, si jedinec osvojil.

### 3 Rizika pro reprodukční zdraví

Pojem riziko znamená nebezpečí či určuje pravděpodobnost budoucího nezdaru. V souvislosti se zdravím se jedná o oblast, nebo míru negativního působení, která může poškodit jeho určitou složku. Může tak zahrnovat prakticky kompletní biopsychosociální celek člověka. Pro účely této práce jsou podstatné ovlivnitelné oblasti, které představují nebezpečí pro reprodukční systém. Tyto oblasti jsou rizikové sexuální chování, užívání návykových látek, nesprávná výživa, nesprávná pohybová aktivita a stres.

Dále je popsáno, proč a jakým způsobem rizika vznikají. Zásadním aspektem vzniku nebezpečí pro reprodukční zdraví adolescentů je přítomnost rizikového chování. Pod pojmem rizikové chování, rozumíme chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu sociálních, výchovných, zdravotních a dalších rizik pro jedince nebo společnost (Miovský a kol., 2010, s. 23). Problémové chování v adolescenci je dvojího druhu. Jednak je ohrožena společnost, ve druhém významu je v popředí poškozování zdraví (Macek, 2003, s. 77).

Na původu rizik pro reprodukční zdraví se podílí vždy mnoho činitelů, které je důležité vzít v úvahu. Porozumění faktorům zrodu problému umožňuje následné vybudování preventivních programů. Na vzniku se většinou podílí více než jeden faktor. Jedná se o multifaktoriální ovlivnění. Faktory lze dělit podle různých hledisek. Dle ovlivnitelnosti (ovlivnitelné: rizikové chování, neovlivnitelné: věk, pohlaví, genetiky), dle vzniku (endogenní: genetické, exogenní: sociální) a dle polarity (rizikové, protektivní). Níže jsou popsány konkrétní faktory vzniku rizik pro reprodukční zdraví.

#### *Endogenní faktory*

- *Rizikové:* negativní orientace na vlastní zdraví, negativní přístup k životu, chronické onemocnění, genetické predispozice k nemocem, handicap, malá sebedůvěra, nedostatek sebeúcty, těhotenství a rodičovství, negativní individuální osobnostní předpoklady, nejisté perspektivy pro budoucnost, malé očekávání úspěchu, malá školní úspěšnost, odlišnost, příslušnost k minoritě.

- *Protektivní:* pozitivní orientace na vlastní zdraví, pozitivní přístup k životu, biopsychosociální zdraví, netolerantní postoj vůči sociopatogenním jevům, vysoká školní a sociální úspěšnost, nadprůměrná inteligence, sebeúcta, možnosti pro budoucnost, sebekontrola.

#### *Exogenní faktory*

- *Rizikové:* ztráta v rodině, chronické onemocnění rodičů (psychické či fyzické), negativní rodinné vztahy, dysfunkční rodina, autoritativní výchova, přehnaně benevolentní výchovný přístup, chudoba, velké bohatství rodičů, neinformovanost ohledně reprodukčního zdraví, nezaměstnanost, přístup k návykovým látkám, nízká vzdělanostní úroveň společnosti v oblasti ochrany zdraví, nedostatečná zdravotní péče, dezinformovanost, negativní mediální ovlivnění, neosobní vývojové prostředí, nedostatek sociálních kontaktů, nedostatečné sociální ocenění, nevhodný vzor, příslušnost k delikventní partě.
- *Protektivní:* fungující rodina, podpora od přátel a rodiny, pozitivní vztah k dospělým, modely chování přátel odpovídající sociálním normám, otevřený přístup společnosti, informovanost o reprodukčním zdraví, pozitivní mediální ovlivnění, kvalitní vzdělávací systém v oblasti zdraví, aktuální a efektivní preventivní programy, zdravé sociální prostředí, tolerantní společnost.

### **3.1 Rizikové sexuální chování**

Sexualita je součástí každého člověka a dnes je sex adolescentů, díky rozšíření antikoncepce a posouvání rodičovského věku výše, téměř kompletně oddělen od reprodukce. Předpokládáme, že dospívající sexuálně žije a s tímto chováním jsou spojená určitá rizika. „*Sexuální rizikové chování považujeme za soubor behaviorálních projevů doprovázejících sexuální aktivity a vykazujících prokazatelný nárůst zdravotních, sociálních a dalších typů rizik*“ (Miovský a kol., 2012, s. 64).

Hrozby vznikají ve více sférách. Může se jednat o relativně frekventované formy sexuálního chování (nechráněný pohlavní styk, promiskuitní chování, rizikové sexuální praktiky atd.) Patří sem i formy kombinující více typů rizikových jevů (užívání návykových látek, sexuální zneužívání, sexuální násilí, veřejné ponižování v souvislosti s nevhodnou prezentací osobních videí a fotografií na internetu.) Mezi sexuální rizikové chování s vysokými potenciálními dopady na reprodukční zdraví řadíme: časný začátek pohlavního života, promiskuitu, prostituci, vysokou frekvenci pohlavních styků a nechráněný styk i přes vědomí možné nákazy. Následky jsou pohlavně přenosné nemoci,

zánětlivá onemocnění, brzká těhotenství a interrupce. Konečným následkem je sterilita a závažné až smrtelné zdravotní problémy.

### 3.1.1 Sexuálně přenosné nemoci

V souvislosti s prostitucí, promiskuitou, nechráněným pohlavním stykem a časným začátkem sexuálního života je spojeno vysoké nebezpečí transferu pohlavně přenosných chorob. Pro ty lze použít i název pohlavní nemoci či známou a používanou zkratku STD (sexually transmitted diseases). Většina nákaz je lehce léčitelná a prakticky neškodná pro reprodukční zdraví, ale existují i choroby s těžkými následky. Pohlavní nemoci postihují tělesný systém jako celek, nebo pouze určité místo. Bývá to nejčastěji pohlavní, močové ústrojí, sliznice dutiny ústní a rekta. Průběh je zánětlivý s přítomností příznaků. Někdy však probíhají asymptomaticky, takže nakažený dál přenáší chorobu na partnery bez vědomí vlastní infekčnosti.

Na území ČR bylo v roce 2011 hlášeno do Registru pohlavních nemocí 1 452 případů infekčních onemocnění, z toho 737 případů syfilis, 709 gonokokové infekce kapavky a z ostatních 6 lymphogranuloma venerum, která se na našem území vyskytuje spíše výjimečně (ÚZIS, 2012, s. 9). Mezi onemocnění s negativním vlivem na reprodukční zdraví řadíme: kapavku, syfilis, chlamydiové infekce, špičaté kondylomy, opar zevního pohlavního ústrojí a kandidózy. Neléčené mohou vést k poruchám plodnosti a k poruchám během gravidity. Některé jsou až životu nebezpečné.

Epidemiologie pohlavně přenosných nemocí je v úzké souvislosti se sociálním chováním a postavením jedince ve společnosti. Mezi hlavní faktory ovlivňující pravděpodobnost nákazy patří sexuální rizikové chování a sexuální orientace. Více než 28 % hlášených onemocnění se týkalo homosexuálně orientovaných mužů a 7 % bisexuálních. U žen byla v 90 % uvedena heterosexuality. Vypovídajícím ukazatelem je fakt, že k přenosu došlo v 80 % po nechráněném styku, v 5 % šlo o uživatele drog. Mezi socioekonomické faktory související s výskytem chorob patří ve velké míře vzdělanost. Čím vyšší je vzdělání, tím nižší je problém s dodržováním pravidel bezpečného styku (ÚZIS, 2012, s. 10).

Při nechráněném heterosexuálním i homosexuálním styku také může dojít k přenosu viru HIV. V roce 2011 bylo diagnostikováno 167 nových případů HIV pozitivita a u 26 nakažených osob dospělo onemocnění do stádia AIDS (ÚZIS, 2012, s. 13). Do budoucna je komplikací pro zdravé těhotenství, matku i dítě. Existuje vztah pohlavně přenosných nemocí a infekce HIV. *„Bylo prokázáno, že přítomnost ostatních pohlavně přenosných nemocí*

*v organismu zvyšuje riziko přenosu viru HIV: jednak při nich podstatně stoupá koncentrace viru v tělesných sekretech (ve spermatu a v sekretu z dělohy a pochvy), jednak současně probíhající pohlavně přenosné choroby zrychlují množení viru HIV“ (Machová, Hamanová, 2002, s. 81).*

### **3.1.2 Gravidita v adolescenci**

V souvislosti s rizikovým sexuálním chováním může dojít k neplánovanému početí. Jelikož není obvyklé, aby byl člověk ve věku 15–20 let samostatný, není možné, aby byl plnohodnotným rodičem. Výjimku tvoří páry, kde je jeden z členů ekonomicky činný a oba již dosáhly právní dospělosti. Průměrný věk matky při narození dítěte byl na počátku 90. let kolem 24,5 roku a v roce 2006 se vyšplhal na téměř 29 let (ČSÚ, 2007). Například v roce 2011 byl průměrný věk matek právě narozených dětí v Plzeňském kraji 30 let, věk otců se pohyboval nad hranicí 33 let a naopak neustále klesá počet dětí narozených v období mezi 20 až 24 lety a dříve (ČSÚ, 2012). Původcem snižující se porodnosti, ale i těhotenství jako takového u dospívajících dívek, je především rozšířenost a dostupnost hormonální antikoncepce. Dalším faktorem je relativní otevřenost společnosti v otázkách sexuální výchovy a snadnější přístup k informacím.

Neplánované těhotenství je samo o sobě velkým zásahem do života dospělých a proto je těžké si představit, jak velký zásah má do života adolescentů. Úspěšné rodičovství předpokládá osobnostní a sociální zralost rodičů. Důležitý je i faktor ekonomický. U mladé matky je podstatná biologická zralost. Gravidita v adolescenci a to především do věku 18 let, je v mnoha ohledech riziková a v biologické oblasti vede často k dysbalanci živin a hypertenzi (Machová, Hamanová, 2002, s. 109). V psychosociální oblasti, která je pro adolescenci základem, je důležité zmínit rizikové chování matky. Nejnebezpečnější je v této oblasti kouření tabáku, konzumace alkoholu, kouření marihuany a drogové závislosti. V 15 až 18 letech je příčina gravidity snaha vyrovnat se vrstevníkům, nedostatek schopnosti myslet dopředu a velkou roli hraje i případné užití alkoholu a drog. Společnost a jmenovitě masmédia vytvářejí nereálné skutečnosti v sexuální oblasti, kdy je sex a vše kolem něj vyobrazen jako něco lehkého, zábavného a přínosného. V roce 2008 se v ČR dívkám do 17 let narodilo celkem 936 dětí (ČSÚ, 2009).

Gravidita v nízkém věku často vede k indikovanému, nebo samovolnému potratu. Na počátku 90. let zhruba 70–80 % těhotenství dívek ve věku 15 let skončilo potratem. Podobná čísla sledujeme i nyní, ale snižuje se počet adolescentních matek. V roce 1992 se narodilo 25 až 30 živě narozených dětí na počet 1000 matek ve věku 17 let, dnes je toto číslo 5 až 10 dětí (ČSÚ, 2013). Interrupce představuje vysoké riziko pro reprodukční

zdraví mladých dívek. Poškození vzniká na bázi biologické i psychické. Tento zákrok je pro organismus ženy nepřirozený a může zanechat dlouhodobé, až trvalé následky. Jsou to zánětlivé komplikace, poruchy schopnosti otěhotnět a dítě odnosit, zvýšená frekvence mimoděložních těhotenství a v nejhorším případě neplodnost. Čím je dívka méně let, tím jsou rizika početnější a následky závažnější. Psychické následky jsou označovány jako postabortivní syndrom (PAS). Symptomy PAS jsou: pocity viny, výčitky směřované k otci dítěte, nenávisť k lékaři, změna postojů k sexualitě, bolesti při pohlavním styku, nenávisť a následné odmítání partnera, závažné emocionální a psychické změny až deprese, lítost, celkové poruchy sexuálního života, u dospívajících až sebevražedné tendence (Machová, Hamanová, 2002, s. 93).

### 3.1.3 Antikoncepční metody

Zda je sexuální chování rizikové, stanovuje též nepoužívání, nebo nesprávné používání antikoncepčních metod. Antikoncepce je termín popisující všechny dostupné metody zabraňující otěhotnění. Jelikož adolescenti začínají svůj sexuální život, je nutností informovat je o rizicích a pozitivěch antikoncepčních metod v souvislosti s potenciální nákazou sexuálně přenosnou chorobou, možným rizikem nežádoucích účinků, nebo případným nechtěným otěhotněním s možným následkem interrupce. Pro každý pár je vhodná jiná metoda. Záleží na věku, charakteru menstruačního cyklu, pravidelnosti sexuálního styku, počtu partnerů a na zdravotním stavu ženy i muže. Každá antikoncepce, při správném užití, je vždy lepší a méně riziková, než gravidita v brzké adolescenci či interrupce.

Antikoncepční metody lze dělit z hlediska nutnosti nákupu či návštěvy lékaře a dle antikoncepční spolehlivosti. Spolehlivost jednotlivých metod se stanoví podle Pearlova indexu (PI), který vyjadřuje počet otěhotnění u 100 žen, které během jednoho roku užívají určitý druh antikoncepce (Machová, Hamanová, 2002, s. 35). Níže jsou popsány metody, které může pár využít bez nutnosti nákupu nutných prostředků či návštěvy lékaře a jejich spolehlivost podle knihy *Contraceptive Technology* (Hatcher et al., 2008, s. 343–363).

- *Počítání plodných a neplodných dnů* je u mladých dívek vysoce nespolehlivé a samostatně se nedoporučuje. Mezi tyto metody patří Billingsova, symptotermální a metoda standardních dnů. Jsou vhodné především pro stabilní pár. Pro velmi mladé adolescenty jsou téměř nepoužitelné, jelikož dívky nemají pravidelný cyklus a jsou také relativně náročné.

- *Billingsova metoda* je založena na zjištění neplodných dnů dle hustoty cervikálního hlenu. PI je 22 %.
- *Metoda standardních dnů* je určena pro ženy s pravidelným cyklem 26–32 dnů, kdy je od 8 do 19 dne neplodná. PI je 12 %.
- *Symptotermální metoda* kombinuje všechny dostupné metody zjištění plodnosti ženy. Bazální teplotu, cervikální hlen a polohu čípku. Na základě výsledků lze se spolehlivostí 2–3 % předpovědět plodné a neplodné dny. Metodu lze použít i při plánovaném rodičovství. U párů, které metodu používají bez odborné pomoci, se uvádí PI 13–20 %.
- *Přerušovaná soulož* je u mladého páru vysoce nespolehlivá. Záleží především na zkušenostech muže. Otěhotní až 27 %.

Pokud adolescenti nemohou, neumějí či nechtějí tyto metody používat, je možné zakoupit prezervativ, nebo spermicidy, bez nutnosti předpisu. Dalších popsanych metod lze dosáhnout pouze návštěvou lékaře. Níže jsou popsány jednotlivé metody, u kterých je nutnosti použít finance a jejich spolehlivost, podle knihy *Contraceptive Technology* (Hatcher et al., 2008, s. 24).

- *Spermicidy* jsou čípky, globule, pěny, nebo krémy pro ženy používané těsně před stykem. Při dodržování návodu je PI 18 % a velkým pozitivem přípravků je schopnost ničit viry a bakterie. V praxi je však PI 29 %.
- *Prezervativ* je mužská i ženská bariérová antikoncepce, někdy s obsahem spermicidu. Je jednou z nejlépe cenově dostupných antikoncepčních metod a do určité míry zabraňuje přenosu infekčních chorob. Vhodná je kombinace se spermicidem. Je však nutné přečíst si příbalový leták, zda je kombinace možná. Prezervativ je jedinou metodou, která zabrání přenosu viru HIV. V praxi vzniká až 15 % riziko otěhotnění. Ženský kondom je užíván minimálně a riziko otěhotnění je kolem 21 %.
- *Hormonální antikoncepce* kombinovaná estrogenem a progestinem v podobě tablet, náplastí a vaginálního kroužku. PI je kolem 0,3 %. V praxi vznikají rizika, která spolehlivost snižují až na 8 %. Některé dívky zapominají antikoncepci užívat, nebo jí kombinují s alkoholem a léky.
- *Gestagení antikoncepce* obsahující pouze hormon gestagen v podobě injekce, tablet, či nitroděložního tělíska. Spolehlivost je stejná jako u kombinované formy. Tělísku, většinou užívávaného až po porodu, se připisuje 0,02 %.

- *Postkoitální antikoncepce* se podávala na předpis po nechráněném pohlavním styku, kdy je vysoká pravděpodobnost nechtěného otěhotnění, dojde ke znásilnění či v případech kdy selže jiná antikoncepční metoda. Nelze ji užívat dlouhodobě, představuje velký nápor na hormonální rovnováhu a má zdravotní rizika. V ČR je dnes k dostání bez předpisu. Je však relativně drahá, aby nebyla zneužívána.
- *Nitroděložní tělísko* má různý tvar a je vyráběno z hmoty, která obsahuje kovy, eventuálně i hormony. Zabraňuje umístění vajíčka v důsledku změny děložní sliznice, která reaguje na cizí předmět. Tento druh antikoncepce mohou užívat, jak ženy po porodu, tak na rozdíl od minulosti i dospívající dívky. Každé tělísko je jinak spolehlivé, ale vždy se uvádí PI v praxi do 0,8 %.
- *Sterilizace* je uměle navozená neplodnost chirurgickým zákrokem, kdy je přerušena chámovod, či vejcovod. Zákrok je velmi psychicky náročný a dochází k němu pouze v nutných případech. PI je 0,5 % u žen a 0,15 % u mužů.

### 3.1.3.1 Rizika hormonální antikoncepce

Užívání hormonální antikoncepce se dnes stalo pro řadu dívek a žen součástí života. Za rok 2012, užívalo v ČR lékařem předepsanou antikoncepci hormonální, nebo nitroděložní 1 281,5 tisíc žen, což je 51,6 % žen fertilního věku od 15 do 49 let (ÚZIS, 2013). Vzhledem k neustále zvyšujícímu se tlaku společnosti na lékaře a farmaceutické firmy, se objevuje řada negativních i pozitivních informací, které se navzájem popírají, a pro běžného laika je téměř nemožné se vyznat v tom, co je pravdou a co pouze klamavou reklamou či propagací. Tržby firem za antikoncepční přípravky v řádech miliard korun ročně, se prolínají do práce lékařů. Na internetu je několik desítek webů, propagující hormonální antikoncepci s téměř zázračným zdravotním účinkem, častokrát s veřejnou podporou gynekologů. Na druhou stranu se objevují hysterické články o zabijácké antikoncepci, které mohou čtenáře mást. Je nutné vědět, že veškeré látky, které jsou do těla léta každodenně dodávány, nepřinášejí pouze pozitiva. Při správném a odpovědném užívání lze eliminovat budoucí poškození.

To, že určité dívky a ženy nemají předpoklady hormonální antikoncepci užívat, je veřejně relativně dobře známé. Dívky jsou, v tom lepším případě, informovány o škodlivosti ve výuce výchovy ke zdraví, od rodičů, při sexuální výchově, nebo přímo od svého gynekologa. V horším případě si vědomosti musí dohledat samostatně, pokud veškeré přirozené informační zdroje selžou. O případných nežádoucích účincích, rizikových faktorech a nevhodném chování při užívání, se dozvedí i v příbalovém letáku,



což je, vzhledem ke koupi, velmi pozdní zjištění. Tragické je, že dívky, i přes varování, vehementně kouří cigarety, které podporují krevní srážlivost, zvyšují srdeční tep, krevní tlak a zužují cévy. Mnoho dívek užívá hormonální antikoncepci, i když nemá sexuálního partnera, na akné či pouze jako prostředek k regulaci menstruačního cyklu.

Hormonální antikoncepci lze předepsat dívce nad 15 let, bez souhlasu rodičů. Faktem je, že adolescentky většinou v tomto věku lékaři slepě důvěřují a nejsou dostatečně informovány o negativěch. Dívky neznají rodinnou anamnézu a neinformují gynekologa o výskytu žilních problémů v rodině. Lékař nemá povinnost se na anamnézu ptát s vysvětlením, že odpovědnost za zdraví si každý člověk musí nést sám. Odborníci volají po nutných vyšetřeních na poruchy srážlivosti krve, před každým předepsáním. I přes větší finanční náročnost se jedná o vyšetření, které může zachránit život.

Výzkum popisující závažnost podceňování rizikových faktorů, byl proveden v roce 2010 a vydán jako článek v odborném periodiku. V souvislosti se zprávami o závažných formách venózního tromboembolismu (VTE) po celém světě i v ČR, iniciovala Česká pediatrická společnost dotazníkovou akci zaměřenou na okolnosti vzniku trombózy, rodinnou anamnézu, rizikové faktory a typ užívané hormonální antikoncepce. Výzkumný soubor byl 77 dívek postižených tromboembolickým onemocněním, ve věku 15–19 let. U 27 z nich měl příbuzný VTE, z toho 4 v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce a 2 souvisely s graviditou. 6 respondentek bylo obézních, 31 kouřilo víc než 10 cigaret denně a 2 přiznaly nitrožilní aplikaci drog. U 56 byla prevence před otěhotněním, jediným důvodem nasazení antikoncepce. U dalších dívek byly důvody léčebné (regulace cyklu, akné). Trombofilní dispozice byla prokázána u 59 % dívek. Další dívky onemocněly díky multifaktoriálnímu ovlivnění, nebo následkem úrazu. U 33 dívek se žádný vyvolávající faktor nenašel. Z výsledků plyne, že hormonální antikoncepce je významným rizikovým faktorem pro vznik VTE u predisponovaných dívek. Povinností lékaře je pacientku upozornit na rizika, ale není jeho povinností pacientku dále vyšetřovat. Výsledkem šetření je doporučení strukturované anamnézy, která má být součástí preventivní prohlídky dívek ve 13 letech (Hadačová, 2012).

Níže jsou souhrnně uvedena pozitiva, nežádoucí účinky s riziky, faktory zvyšující zdravotní riziko a způsoby, jak omezit rizika kombinované formy hormonální antikoncepce s estrogény, která je u adolescentních dívek užívána především (Machová, Hamanová, 2002, s. 45–47).

- *Pozitiva.* Vysoká míra spolehlivosti, úprava menstruačního krvácení, snižování bolestivosti menstruace, zlepšení stavu pleti, snižování rizika vzniku některých

nádorů a mimoděložního těhotenství, globální snížení množství interrupcí a rizikových gravidit v dospívání.

- *Nežádoucí účinky a rizika.* Zvyšování tělesné hmotnosti, bolesti hlavy, nevolnost, zvracení, bolesti břicha, snížení libida, nepřirozené měsíční cykly, vznik trombů s následným rizikem plicní, srdeční a mozkové embolie, možný vznik některých nádorů a poruchy srdeční činnosti, klamný pocit bezpečí a neuzítí prezervativu a tím zvýšení rizika přenosu sexuálně přenosných chorob, časný začátek pohlavního života a promiskuita.
- *Faktory zvyšující zdravotní riziko.* Kouření, obezita, vyšší věk, diabetes mellitus, onemocnění srdce a cév, vyšší srážlivost krve, výskyt cévních a srdečních onemocnění v rodině, současná léčba některými jinými léky.
- *Jak omezit rizika.* Nekouřit, udržet si normální tělesnou hmotnost, celkový zdravý životní styl, pokud není nutnost antikoncepci neužívat vůbec, požadovat vyšetření krve, vybrat si vhodnou antikoncepci na základě recenzí a informací na internetu či v příbalovém letáku.

## 3.2 Alkohol

Adolescence je období, ve kterém je téměř běžné pravidelně konzumovat alkohol. Spotřeba alkoholu v ČR se pohybuje kolem 10 litrů čistého na obyvatele, nadměrně konzumuje asi 1/4 všech mužů a 1/10 žen (Kalina a kol., 2008, s. 341). Při pravidelném užívání může vznikat psychická i fyzická závislost, která má 4 stádia. Fáze popsal kanadský psychiatr Jellinek (Kalina a kol., 2008, s. 343). Dnes jsou všeobecně přijaty a lze je považovat za vývojovou normu postupu závislosti na alkoholu. Počáteční (symptomatická) fáze je typická pocitem uvolnění po užití. Tu si jedinec nemusí uvědomit a připisuje ji okolnostem. Postupně pro vyvolání pozitivních pocitů musí zvyšovat dávku, což si již uvědomuje. U adolescentů je typické chodit pít pravidelně o víkendech, někdy i dvakrát v týdnu. Nejprve připisují uvolnění a dobrou náladu okolnostem, kdy končí škola, nemají starosti a baví se. Většina z nich se postupem věku z této fáze vymaní a pravidelnost zmizí. Někteří se však dostanou do fáze varovné (prodromální). U té již alkohol představuje potřebu. Adolescent se pravidelně dostává do stavu opilosti a nemusí si pamatovat události z předešlých hodin. Neustále figuruje společenský faktor. Třetí stádium se nazývá rozhodné (kruciální), kdy jedinec nemá kontrolu nad svým pitím. Konzumuje bez ohledu na okolnosti. Typické je užít alkohol již ráno a udržovat takzvanou hladinku až do večera. Poté nastává téměř každodenní stav opilosti. Společnost již tento

stav netoleruje a adolescent se dostává na její okraj. Konečné stádium je fáze terminální. Při té již není možné si uvědomovat podstatu konzumace alkoholu. Dochází k úplnému vyčerpání po neustálé opilosti. Typickým znakem je snižující se tolerance na alkohol, fyzická i psychická závislost a silné abstinenční příznaky. Terminální fáze závislosti na alkoholu přináší bez zásahu společnosti, nebo okolností předčasnou smrt.

Dle frekvence užívání alkoholu dělíme 4 typy uživatelů. První typ je abstinents, který alkohol neužívá. Musíme ale rozlišit, zda se jedná o abstinents dobrovolného, nebo vynuceného. Vynucený abstinents je většinou jedinec po prodělané závislosti na alkoholu, nebo jedinec se zdravotním problémem, který pití alkoholu vylučuje. Druhým typem je konzument, který alkohol užívá výhradně ve společnosti, nebo při slavnostní události. Nedostává se do stádia opilosti. Jaká je bezpečná míra alkoholu při běžné konzumaci, není lehké určit. Rozhodují individuální faktory od hmotnosti po aktuální psychický a fyzický stav. Třetím typem je piják, který pije především pro potěšení a dobrý pocit. Oproti konzumentovi se nemusí zvyšovat dávka alkoholu, ale stoupá frekvence užívání. Pro pijáka je podstatná euforie, lepší nálada, uvolnění a bezstarostnost. Často může pít alkohol také pro uvolnění zábran. Posledním typem je alkoholik, jedinec, který pije alkohol neustále a v libovolné formě.

V adolescenci konzumace alkoholu zvyšuje míru rizika pro zdraví, ale také funguje jako most k užívání dalších návykových látek. Adiktologické ambulance v roce 2008 evidovaly 16 dětí do 14 let a 356 adolescentů ve věku od 15 do 19 let (Dolejš, 2010, s. 39). Závislost na alkoholu (i na jiných látkách včetně tabáku) vzniká v dospívání častěji než v pozdějších letech. Není náhodou, že reklamy na alkoholové zboží jsou plné mladých bavících se lidí bez starostí. Alkohol je pro děti a mladistvé mnohem nebezpečnější nežli pro dospělé, jelikož mladá játra v kombinaci s nízkou tělesnou hmotností, nejsou schopná kvalitně odbourávat. Vzniká riziko otravy a velmi rychle se utváří návyk (Nešpor, Csémy, 2003, s. 27).

Další problém, který konzumace alkoholu přináší je především v ovlivnění chování. Není náhodou, že adolescent po požití porušuje zásady bezpečného sexu a může se nakazit pohlavně přenosnou chorobou. Opilá dívka není schopna se efektivně bránit případnému sexuálnímu násilí. Je vystavena riziku nechtěného otěhotnění. Zdravotní poruchy po pravidelné konzumaci alkoholu, zasahují celý organismus. Dochází k oslabení imunity, hormonální nerovnováze, vznikají neurologické a psychické poruchy, hypertenze během opilosti, poškození srdce a cév, devastace vnitřních orgánů, poškození chrupu, záněty prostaty i močové trubice a neplodnost u mužů (Nešpor, Csémy, 2003, s. 27). U žen

narůstá možnost vzniku sekundární amenorei. Vysoké riziko vzniká při konzumaci alkoholu během těhotenství. Plod je ohrožen fetálním alkoholovým syndromem, který se projevuje vrozenými vadami, nižší porodní váhou a poškozením mozku dítěte.

### 3.3 Tabák

Velkým problémem dětí a mladistvých je kouření tabáku v podobě cigaret a vodních dýmek. Méně časté užití je v doutníku, žvýkáním nebo pojídáním. Kouření tabáku je jedna z nejčastějších příčin zbytečných a předčasných onemocnění a úmrtí. V ČR kouří asi 30 % lidí ve věku nad 15 let, v ostatních zemích EU je podíl podobný nebo nižší. Celosvětově umírá ročně 4 miliony lidí, v ČR 23 tisíc každý rok, v důsledku chorob způsobených tabákem, a proto patří mezi drogy s nejvyšší mírou rizika (Kalina a kol., 2008, s. 365). Dospělý jedinec, který nikdy nekouřil a je alespoň minimálně seznámen se škodlivostí látek obsažených v tabáku, si s velkou pravděpodobností nikdy v životě nezapálí. Pravidelné užívání proto téměř vždy vzniká v dětství a dospívání. Sedm z deseti dospívajících, kteří začnou kouřit, toho později litují (Nešpor, Csémy, 2006 s. 32).

Jedinou čistě návykovou látkou obsaženou v tabáku je nikotin. Jedná se o prudký jed, který se váže na specifické receptory v centrálním nervovém systému. Na nikotinu je závislý člověk, který vykouří nejméně 10–15 cigaret denně a první cigaretu zapálí do jedné hodiny po probuzení (Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 62). Nárůst návyku na tabáku pozorujeme u dětí a dospívajících. V posledním ročníku základní školy kouří pravidelně 20 % dětí. Cigarety jsou dostupným, od dosažení dospělosti legálním zbožím, extrémně rozšířené v populaci a snad neexistuje síla, která by vymýtila kouření u pubescentů a adolescentů. Proč stát téměř ignoruje závislost na nikotinu (nikotinismus) u dětí, má množství spekulativních příčin. Tabákové koncerny potřebují oslovit děti a mladistvé, jelikož většinou nemají vytvořené kvalitní obranné mechanismy vůči reklamě a tlaku sociálního prostředí. Generuje se silná závislost, která rychle nastupuje, je dlouhodobá a přetrvávající do dospělosti. Státem je nastavena vysoká daň, která by měla následně pokrýt primární prevenci kouření, léčbu závislosti a zdravotní péči. V mnoha státech tomu tak skutečně je, ale v České republice dosud nikoliv. Rychlý přísun použitelných peněz je evidentně přednější, než zdraví občanů.

Alternativou ke klasickým cigaretám se stala cigareta elektronická. I když se mnoho laické veřejnosti i vědců pře o nižší či vyšší škodlivosti elektronických cigaret na zdraví v podobě karcinogenů a nekontrolované spotřebě nikotinu. Je nepochybně výhodou, že blízké okolí není poškozováno pasivním kouřením. Odpůrci však dodávají, že kouření

v místech, kde je zakázáno, by mělo platit i pro elektronické cigarety, aby nedocházelo k prohlubování závislosti na nikotinu. Kvalita e-cigaret zatím není regulována mezinárodními standardy, není určena pro odvykání kouření, ale měla by být pouze méně závadnou a levnější variantou.

Velkým módním trendem je užívání tabáku pomocí vodní dýmky. Ujal se jak mezi kuřáky cigaret, tak mezi nekuřáky. O této metodě kouření koluje mnoho mýtů. Většina adolescentů nemá povědomí o poškozování svého zdraví kouřením vodní dýmky. Závažné jsou jedy vznikající spalováním tabáku, tak také sdílení jedné vodní dýmky, jelikož může docházet k přenosu infekce. Tabáková směs vodní dýmky je v detailech odlišná od cigaretové. Je obohacena o různé příchutě. Kouř vodní dýmky způsobuje stejné nemoci jako kouř cigaretový (Králíková, 2006).

Zdravotní následky kouření jsou nemoci dýchacího ústrojí, cév a vyšší riziko vzniku astmatu. Cigaretový kouř je komplexní karcinogen, který se podílí na vzniku rakoviny na plicích, hrtanu, jícnu, močovém měchýři, slinivce břišní, ledvinách a na děložním čípku (Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 60). Psychika kuřáka je ovlivněná silnou fyzickou i psychickou závislostí, která má vliv na jeho chování, preference, hodnoty, až sociální vztahy. Pro reprodukční zdraví je kouření cigaret v adolescenci i dále silně nebezpečné. Může způsobit až neplodnost a vždy je u muže detekována horší kvalita spermií. U žen je nebezpečné především kouření během těhotenství, protože poškozují plod. Novorozenci matek, které během gravidity kouřily, mají průměrně o 200 až 300 g nižší porodní hmotnost než novorozenci matek, jež ve stejném období nekouřily vůbec (Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 60).

### **3.4 Konopné drogy**

Ve věku 15 až 20 let, se vyskytují i jedinci pravidelně užívající nealkoholové nelegální drogy. Vliv na zdraví je v tomto případě již extrémně negativní. Popsání drog je velmi složité a není účelem této práce. Proto zde bude zmíněno pouze konopí, které je u adolescentů velmi populární a lehce sehnatelné. Kanabiody jsou přírodní drogy, které se vyrábějí z rostliny jménem konopí. Nejaktivnější psychotropní látkou v konopí je (THC) delta-9-trans-tetrahydrocannabinol. V Evropské unii je nejčastější užívanou nelegální látkou a nejvýznamněji ve věkové skupině 15 až 24 let (Kalina a kol., 2008, s. 352). Užívá se nejčastěji kouřením v podobě marihuany. Dá se též kouřit v podobě hašiše, což je pryskyřice se silným obsahem účinných látek. A také jako hašišový olej, který u nás nebývá příliš dostupným zbožím.

Zastánci legalizace konopí upozorňují, že na rozdíl od alkoholu a tabáku, mají i prokazatelně pozitivní vliv na zdraví. Jelikož jsou u adolescentů primárně užívány kouřením, není to v tomto případě pravdivé tvrzení. Pro zdravé účinky se vždy musí správně zpracovat a užívat odlišně. Na druhou stranu existuje oprávněný argument pro legalizaci. Na rozdíl od tabáku i alkoholu psychická závislost na konopných drogách vzniká jen velmi zřídka, tělesná nevzniká nikdy a zdravotní následky kouření marihuany jsou velmi podobné následkům z kouření cigaret.

Kouření konopí má nepříznivý vliv na kvalitu spermií. Zvyšuje riziko vzniku vývojových vad či potratu. U žen se kouřením konopných drog stupňuje nebezpečí potratů a předčasných porodů. Děti se následně rodí s nízkou porodní váhou. Pro adolescenty vzniká nebezpečí také v oblasti psychického vývoje. Může dojít k provokaci latentní duševní poruchy a poté přetrvávají poruchy paměti a koncentrace (Kalina a kol., 2008, s. 353). Další zdravotní následky kouření marihuany jsou totožné s následky kouření tabáku, které jsou uvedeny výše.

### **3.5 Nesprávná výživa**

Lidský organismus potřebuje pro správné fungování kvalitní a zdravé potraviny. Pro adolescenty jsou výživa a stravování součástí životního stylu. Nesprávné složení potravy, nepravidelnost a nezdravé výživové preference vedou ke zdravotním, sociálním a psychickým komplikacím. Vliv na výživu adolescentů mají rodiče, média, sociální vzory, sociální skupiny a v určité míře vzdělávací instituce. Pro reprodukční zdraví je hlavním rizikem jak nadměrná, tak extrémně nízká tělesná hmotnost. V souvislosti s ideálem krásy, je v ČR nízká váha detekována především u dívek.

Potrava by měla kvantitativně obsahovat příjem odpovídající výdeji. Kvalitativně musí strava obsahovat vyvážené množství minerálů, vitamínů a živin. Nevyváženost vede k oslabení imunitního systému, zvyšují se rizika vzniku kardiovaskulárních chorob a nádorových onemocnění. Mezi výživou a zdravotním stavem existuje úzká souvislost. Doporučený denní příjem bílkovin je 10–15 % energetické potřeby organismu, příjem tuků by neměl překročit hranici 30 % energetického příjmu a sacharidy kryjí asi 55 % denní energetické potřeby (Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 19–22). Nesprávná výživa lidem prokazatelně škodí. Při nedostatku, při poruše příjmu potravy nebo při přejídání je rizikem vznik civilizačních chorob. Nejčastěji vznikají vlivem nadměrného energetického příjmu, množství živočišných tuků, cholesterolu a cukrů v potravě. Stravovací návyky úzce souvisí se vzděláním a výchovou. Bylo zjištěno, že podstatné je i pohlaví. Dívky se o racionální

stravu zajímají více, než chlapci. Není však jasné, zda jim jde v první řadě o zdraví, nebo o líbivý tělesný vzhled.

Optimální tělesnou hmotnost lze přehledně vyjádřit pomocí BMI (Body mass index). Index se počítá vydělením hmotnosti v kilogramech daného člověka druhou mocninou jeho výšky v metrech. U žen je rizikové BMI pod 18,9, nebo nad 23,9. U mužů je rizikové BMI pod 19,9, nebo nad 24,9. Index není určující a není možné hodnoty brát jako definitivní ukazatele nezdravé tělesné hmotnosti. Vždy jsou nutná další vyšetření, například zobrazující poměr svalů a tuku v těle. Pro tuto práci je podstatné orientační hodnocení BMI indexu, které je aplikovatelné na muže i ženy a zobrazuje tyto hodnoty:

- 19–24,9 = optimum
- < 18,9 = podváha
- 25–29,9 = nadváha
- > 30 = obezita

### 3.5.1 Nadváha a obezita

Nadváha i obezita jsou způsobeny nadměrným příjmem tuků. Dochází k jejich nahromadění a narůstá tělesná hmotnost. Váha má úzký vztah s výškou, proto se vždy musí posuzovat jejich poměr. Stejně tak je podstatné změřit obsah svaloviny v těle. Trénovaný sportovec má vyšší tělesnou hmotnost díky zastoupení svalů, které jsou těžší než tuk.

Nejčastější formou poruchy výživy v moderním světě je obezita, tedy nadměrně nahromaděný tuk v organismu. V ČR má hmotnost nad hranicí normality 54 % dospělé populace, z toho 17 % trpí obezitou a v populaci je 63 % mužů a 46 % žen s vyšší než normální hmotností (ÚZIS, 2011, s. 140). Obezita je dvojího typu. Abdominální – mužský typ, kdy se rychle odbouratelný tuk ukládá v břišní oblasti a gynoïdní – ženský typ, kdy se pomalu odbouratelný tuk ukládá v oblasti stehů a prsů (Wasserbauer a kol., 2001, s. 24). Dívky mají vždy vyšší průměrné hodnoty relativního množství tuku než chlapci. Souvisí to s přípravou na budoucí těhotenství. Ve věku 15–24 let trpí nadváhou 29,5 % mužů a 10,7 % žen a BMI nad hranicí obezity má kolem 3,5 % osob (ÚZIS, 2010). K určení typu obezity je vhodné používat vztah mezi obvodem pasu a boků – WHR index (waist/hip ratio). Hraniční rizikové hodnoty WHR indexu:

- muži > 0,95 mužský typ obezity
- ženy > 0,85 ženský typ obezity

Předpokladem pro obezitu v adolescenci je obezita v dětském věku, na které mají hlavní zásluhu rodiče. K nadměrnému příjmu energie přispívají slazené nápoje, fast foody,

nízká pohybová aktivita a psychické problémy. Až 80 % obézních dětí zůstává obézní i v dospělosti (Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 224). Adolescent, který si včas uvědomí zdravotní i sociální komplikace nadváhy a obezity následně může změnit svůj životní styl. Nastartovat metabolismus jde snadněji vždy v poměru k nižšímu věku. Zdravotní komplikace nadváhy a obezity jsou rozmanité. Patří k nim diabetes II. typu, hypertenze, onemocnění srdce a cév, vysoká hladina cholesterolu v krvi, onemocnění vnitřních orgánů a rakovina. Pro tělesnou stavbu má následky v podobě skoliózy, zvětšené hrudní kyfózy a vbočení kolen. Obézní jedinci mají též ploché nohy a křečové žíly. Vyšší rizika má obezita abdominálního typu.

*„Snížení tělesné hmotnosti o 5 % původní hmotnosti již vede k výrazné redukci zdravotních rizik, především se snižuje krevní tlak a hladina rizikového cholesterolu“* (Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 222). Nadváha je v adolescenci ještě lehce korigovatelná a nemá výrazné zdravotní následky. Přesto se jedná o nebezpečný faktor. Pro reprodukční zdraví je vážným rizikovým faktorem především obezita. Obézní jedinci trpí hormonální nerovnováhou, která vede k neplodnosti (Konečná, 2005, s. 10). Snížení tělesné hmotnosti by mělo být prvním opatřením pro léčbu neplodnosti žen i mužů. Dle výzkumu vědců z amsterdamského lékařského centra poklesla šance počít o 4 % ženám s obezitou v hodnotách BMI 30 až 35. U závažně obézních žen s hodnotami nad 35 však byla šance na početí až o 50 % nižší ve srovnání s ženami, které měly BMI mezi 21 a 29 (Van der Steeg et al., 2007).

### **3.5.2 Podváha a poruchy příjmu potravy**

Podváha u adolescentů se vyskytuje především u dívek. Poruchy příjmu potravy se vyskytují ve formě mentální anorexie a bulimie. Hlavním příznakem anorexie je odmítání potravy. U bulimie se naopak střídají stavy vlčího hladu a následného úmyslně vyvolaného zvracení. Jedná se o poruchy obživného pudu. Anorexie je snížení pudu a bulimie zvýšení. Mají důsledky v oblasti somatické, sociální a psychické. V České republice toto onemocnění od druhé poloviny 20. století stále přibývá. Poměr dívek k chlapcům je u obou poruch uváděn 10 : 1. Mentální anorexie se vykytuje u 1 dívky ze 100 adolescentek a vyskytuje se u dívek ve věku 12–18 let. Na mentální bulimii připadá 3–6 případů ze 100 a vykytuje se obvykle mezi 16 a 25 roky (Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 186).

Příčiny vzniku poruch jsou různé. V prvé řadě odmítání pubertálních tělesných změn a kritický pohled na svůj zevnějšek. Poté v adolescenci dochází ke změnám životního stylu v důsledku působení médií, kde je propagován ideál krásy. Extrémní štíhlost je vedena



jako vysoce ceněná hodnota. Normální váha může být nevhodným sociálním prostředím označena jako neakceptovatelná. Obézní dívky a chlapci jsou často vystavováni tlaku, diskriminaci a šikaně. Konečným důsledkem poznámek okolí není zdravé hubnutí a normální váha, ale bohužel poruchy příjmu potravy. Společenské klima vytváří strach z tloustnutí. Výzkum zaměřený na zjištění nevhodného jídelního chování adolescentů ukázal, že až 60 % dívek je ovládáno strachem z nadváhy a tloušťky, a to bez ohledu na to, zda jejich obava odpovídá realitě, či nikoli (Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 186).

Zdraví je ohroženo komplexně. Vážné neléčené poruchy jsou až smrtelné. Pro reprodukční zdraví je podváha kritickým ukazatelem. Ženy s poruchou příjmu potravy většinou nemají šanci zdravě otěhotnět. Ztráta hmotnosti vede k sekundární amenorei. Bulimických žen trpí menstruačními problémy až 50 %. Podváha vede k nedostatku pohlavních hormonů. Většina žen také není schopná následkem psychických poruch pohlavně žít. Uvádí se častější perinatální úmrtnost a spontánní potratovost (Papežová, 2004). U anorektických a bulimických mužů dochází ke ztrátě libida a zhoršení kvality spermií.

### **3.6 Problematika pohybové aktivity**

*„Pro zachování a upevňování zdraví je nezbytným a nejpřirozenějším předpokladem aktivní pohyb“* (Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 39). Pohybové aktivity jsou součástí našeho života. Během let se neustále mění jejich intenzita, pravidelnost a druh v závislosti na věku a individuálních preferencích. Optimální tělesná aktivita je podmínkou pro normální vývoj tělesných i psychických funkcí, dovedností a má pozitivní vliv na zdraví. Kvalitní a pravidelná pohybová aktivita má pozitivní vliv na kompletní biopsychosociální sféru člověka.

Adolescence je specifická tím, že jedinec již nemá téměř žádnou povinnou pohybovou aktivitu a samotná povinnost studenta nemotivuje. Ve třídách existují velké výkonnostní rozdíly. Známkování v tělesné výchově probíhá podle zastaralého fyzického testování, které neodpovídá výkonnostní realitě studentů. Též není brána v ohled individualita a charakteristika výkonu. Školní tělocvik jedince nakonec naprosto demotivuje. Žák si obvykle přinese negativní postoj již ze základní školy. Neustále stoupá počet žáků středních škol s individuálním tělovýchovným programem, který je kompenzován zdravotním cvičením, nebo absolutní absencí povinné tělesné výchovy. Následný přechod na vysokou školu či do zaměstnání znamená pokračování ve velmi

nízké, nepravidelné, nebo téměř žádné pohybové aktivitě. Naopak ve vrcholovém sportovním tréninku většina jedinců nadále pokračuje.

U sportujících jedinců vznikají rizika v oblasti specifických výkonnostních požadavků. Všechny složky tělesné zdatnosti nejsou rozvíjeny stejnou měrou a může docházet k poškození zdraví. Pohybovou rekreační aktivitou, zdravotního rázu, se zabývá minimum adolescentů. Současný životní směr je charakteristický hypokinezí (nedostatek pohybu). Na druhé straně je ale zrychlen ve smyslu životního tempa. Chůze, jako přirozená pohybová aktivita je chápána jako zpomalující faktor. Hypokineze je často spojována s přejídáním a celkovým nezdravým stylem žití. Je jednou z hlavních příčin rostoucího výskytu civilizačních chorob.

Aby měla pohybová aktivita v adolescenci pozitivní zdravotní efekt, musí splňovat několik kritérií. Především nemá dlouhodobý účinek do dospělosti a stáří, pokud pravidelnost a zátěž nepřetržuje. Nutností je tedy neustálý pravidelný pohyb. Pro celkové zdraví je podstatné zdravě žít ve všech životních sférách. Pro současné adolescenty, preferující výhradně sedavý styl života, je nejpraktičtější počáteční vytrvalostní pohybovou aktivitou chůze. Ta by měla probíhat 3x týdně při absolvování v součtu 25 km týdně (Vondruška, Barták, 1999, s. 12). Další doporučené rekreační vytrvalostní aktivity jsou běh, lyžařská turistika, jízda na kole a plavání. Pro celkovou efektivitu je potřebné přidat i posilovací, uvolňovací a protahovací cvičení. Pro každého člověka je optimální aktivně se pohybovat více jak 3x týdně, až 6 hodin v součtu. Na většině středních škol je povinný tělocvik pouze 1,5 hodiny týdně a pohyb se ze života adolescentů vytrácí.

Se zdravotně orientovanou zdatností, při které jsou rovnoměrně rozvíjeny všechny složky tělesné zdatnosti, souvisí následné správné držení těla. Při optimálním držení těla je vzájemný poměr jednotlivých částí těla v prostoru k ose těla – páteři – vyvážený, přičemž těžiště jednotlivých částí leží nad sebou a svalové síly, zejména posturální svalstvo, které udržuje polohu proti gravitaci, jsou při tom nejmenší a spotřeba energie nejnižší (Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 48). Konečným významem je udržování vnitřních orgánů ve správné výši a poloze. Všechny procesy mohou probíhat fyziologicky. Funkční a energetická složka organismu není zatěžována zbytečným kompenzováním dysbalancí a vychylováním rovnovážného postoje. Z hlediska psychického, nám postoj přibližuje aktuální psychický stav člověka. Stažení ramen, nahrbení a napětí značí nervozitu a stres. Automatické vzpřímené držení těla zaručuje zdravé sebevědomí. Dále je zaručen kvalitní vývoj svalstva a motoriky. Pro optimální pohybovou aktivitu je přední cvičit cviky koncipované na správné držení těla.

Pro reprodukční zdraví žen i mužů, je pohyb důležitý komplexně díky své obsáhlé zdravotní funkci. Ženy s diagnostikovanou sterilitou či jinými gynekologickými potížemi, posilují různými metodami pánevní dno. V těhotenství je vhodné se zaměřit na zádové svaly a udržovat správné držení těla. Jinak není nutné radikálně měnit zavedená cvičení v podobě vytrvalostních pohybových aktivit. Při nedostatku pohybové aktivity vznikají poruchy metabolismu, poruchy cévní soustavy následkem nedostatečné svalové aktivity, nemoci kostní tkáně, špatné odbourávání stresu a celkově je snížena kvalita života. Pro plodnost žen je nebezpečím i nadměrná pohybová aktivita. Následkem výkyvů tělesné hmotnosti a podílů svalové a tukové tkáně, může nastat sekundární amenorea. U mužů díky nezdravému, nebo žádnému aktivnímu pohybu dochází k poruchám spermiogeneze.

### 3.7 Stres

Pojem stres k nám pronikl z anglického stress, jehož původ je z latinského slovesa stringo, stringere, strinxi, strictum, v překladu znamenající stahovati, utahovati a zadržovati (Křivohlavý, 1994. s. 7). Obecně lze stres považovat za tlak, nebo napětí. Stres dělíme dle intenzity (hyperstres, hypostres) a dle polarity (pozitivní: eustres, negativní: distres). Pojem stres prošel v historii rozsáhlým rozborem a je popisován množstvím definic. Obecně je chápán jako biopsychická reakce na podněty, které vnímáme jako nepřiměřené a ohrožující. Podněty či příčiny nazýváme stresory. Pojem stres popsal a zavedl do medicíny lékař Hans Selye. „*Stres je stav, projevující se ve formě specifického syndromu, který představuje souhrn všech nespecificky vyvolaných změn v rámci daného biologického systému.*“ (Selye, 1966, s. 82). Selye popsal tři stádia odpovědi na stres jako generalizovaný adaptační syndrom (GAS). GAS je termín, popisující sumu krátkodobých a dlouhodobých reakcí a adaptací organismu na stres s cílem obnovit homeostázu. Reakce, bez ohledu na povahu stresu, má značně uniformní charakter.

- *Poplachová reakce* je charakteristická sníženou odolností, mobilizací obranných mechanismů a následným vzdorem.
- *Rezistence* s různou úrovní adaptace.
- *Vyčerpání* s konečným psychickým zhroucením.

V období adolescence pozorujeme vysoké riziko nadměrné psychické zátěže a nárůst dlouhodobého distresu. K tomu přispívá moderní životní styl. Především nedostatek přirozeného fyzického vyžití v podobě pohybu a nadbytek psychicky náročného života v podobě prodlužujícího se studijního období a informačního zahlcení. Zpravodajství

primárně informuje o negativních událostech vyhocených do absurdních rozměrů. Časová náročnost moderního životního stylu vytváří stresové situace i při zmeškání schůzky.

Stres, který byl původně přirozenou adekvátní reakcí na náročnou život ohrožující situaci, se vytrácí ze života lidí. Dnes je stres vyvoláván situacemi, které s životním fyzickým ohrožením mají málo společného a naopak jsou charakteristické psychickým pojetím. Fyzická reakce, která by měla po náročné stresové situaci následovat, je potlačena sociálním tlakem. Nikdo nechce být považován za jedince mimo normu a reagovat instinktivně. Stresovou reakci potlačuje a vzniká dlouhodobé nebezpečné psychofyzické napětí. Adekvátní reakcí by byl únik (flight), nebo útok (fight). Únikem lze rozumět odklad situace na pozdější vhodnou dobu, doslova odběhnutí od situace či naprosté vyhnutí se situaci. Útokem lze rozumět překonání situace, akutní vyřešení situace či psychofyzické vybití. Poslední dobou se více setkáváme s pojmem zamrznutí (freeze). Freeze reakce, především ve školách a v zaměstnání, není absolutně tolerována. Student musí při stresové situaci, například při zkoušení u tabule, reagovat ihned. Není prostor na uklidnění a vyčištění organismu od stresových hormonů. Výsledky žáka neodpovídají realitě a je podhodnocen. Mnoho pedagogů upřednostňuje zkoušení písemné, které je, pro jedince náchylné ke stresu, přijatelnější.

V zaměstnání vždy záleží na konkrétní pracovní náplni. Nejvíce náchylní na dlouhodobý stres a následný syndrom vyhoření jsou jedinci v pomáhajících profesích. Pomáhající profese jsou veškeré profese, jejichž teorie, výzkum i praxe je zaměřená na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o lidech a jejich životních podmínkách tak, aby pomoc byla co nejkvalitnější (Hartl, Hartlová, 2000, s. 185). Pracovní náplň, ve které je dominantním faktorem poskytnutí pomoci mají: lékaři, zdravotní sestry, zdravotničtí pracovníci, psychologové, pedagogové, sociální pracovníci, pečovatelé, ošetřovatelé, hasiči, policisté a další.

### **3.7.1 Stresové situace v adolescenci**

V adolescenci jsou zdroje stresu velmi obsáhlé. Posledních několik let se publikovalo na desítky výzkumů o stresu. U nás, a na Slovensku se stresem v adolescenci zabývají Medved'ová, Mareš, Urbanovská apod. Podnětné a obsáhlé jsou i výzkumy z bakalářských a diplomových prací. Dle výsledků šetření, je nejvíce zastoupeným stresem adolescentů škola a sociální vztahy s ní spojené. Na předních místech figuruje i stres ze sociálních konfliktů. Méně časté jsou stresové situace spojené se životní událostí a s událostmi, které běžně nenastávají. V pracovním prostředí jsou adolescenti stresováni

minimálně, jelikož většinově studují či pracují v psychicky nezatěžující profesi. Náchylnost ke stresu je v dospívání velmi vysoká, ale postupem věku se prokazatelně snižuje.

Dle výsledků výzkumů, je stres adolescentů nejčastěji spojen se školním prostředím, kdy jsou stresu vystavováni opakovaně, často situačně stejně, což vede k předběžné stresové reakci a oslabení psychického výkonu v paměťové oblasti a v oblasti myšlení. Nejčastěji jsou vystavováni školním stresovým situacím jedinci, kteří dosahují nadprůměrných, nebo podprůměrných výsledků, nebo mají celkové problémy s učením a jsou z toho opakovaně smutní a nešťastní (Kyriacou, 2005, s. 85). Vždy, ve zvládnutí školní zátěže, figuruje individuální faktor odolnosti. Rozdílnost ve zvládnutí stresu, však není většinově respektována. Dochází tak k situacím nadhodnocování a podhodnocování studentů na základě vnímání pedagoga. Pedagog nemusí být trpělivý a empatický a svým přístupem může studenta dostávat do dlouhodobého stresu. Student následně, i přes kvalitní znalosti, nepodá odpovídající výkon. Jako nejvýznamnější konkrétní stres studentů je strach ze zkoušení či písemné práce. Velkým stresem adolescentů je strach z budoucnosti, kdy velkou úlohu hraje volba povolání a přijímací zkoušky na vysoké školy, což se celkově negativně promítá do studijních úspěchů na střední škole (Kyriacou, 2005, s. 91).

Školní zátěžové situace mohou u studentů vyvolat soubor závažných procesů, které můžeme shrnout pod obecnější označení psychosociální stres, který je následkem působení psychologického distresu, který je časově nejbližší (Čáp, Mareš, 2001, s. 531). Ve školním prostředí existuje mnoho situací, kdy je žák vystaven tlaku, napětí, soutěžení, strachu, obavám a nepřátelství. Vše je vyvolané požadavky pedagoga, rodičů, nebo negativním sociálním prostředím ve třídě. Naopak existují školní třídy plné soudržnosti a podpory, kdy se student do stresových situací dostává minimálně a případně pouze díky vlivu pedagogů. Níže je popsána školní zátěžová situace a zátěžové situace ve školním prostředí, podle Čápa a Mareše (Čáp, Mareš, 2001, s. 528–531).

*Školní zátěžová situace:*

- Týká se primárně žáka jako jednotlivce, nebo skupiny žáků.
- Vyskytuje se ve škole, nebo se školou přímo souvisí.
- Má různorodé zdroje.
- Působí dlouhodobě, krátkodobě, spojitě, nebo přerušovaně.
- Je aktuální či jen potenciální.

- Má trojí podobu ve formě obvyklých požadavků, nároků, nebo závažnějších výzev. Nebo ohrožuje biopsychosociální sféru člověka.
- Bývá provázána nepříjemnými nebo negativními psychickými stavy.
- Má dvojí účinek: buď se její působení kumuluje do kritického bodu, nebo představuje momentální psychický nápor.
- Dá se hodnotit objektivně, ale mnohem důležitější je, jak ji vnímá a prožívá jedinec.

*Konkrétní zátěžové situace, kdy student:*

- Je nucen řešit úkol přesahující jeho možnosti.
- Musí řešit úkoly v časovém limitu, na který nestačí.
- Je nucen se stýkat s učitelem, který vůči němu zaujal negativní postoj.
- Je považován sociálním prostředím za málo významného.
- Dosahuje nadprůměrných a podprůměrných výsledků.

Stresových prožitků v adolescenci je rozsáhlé spektrum. Podstatné jsou i ty prožitky, které nesouvisí přímo se školním prostředím a přesto studenta ovlivňují. Stejně tak, je důležité zmínit několik stresových situací, které postihují pracující adolescenty.

- Rozvod rodičů, odloučení jednoho z rodičů, či přistěhování nového partnera rodiče.
- Závažné finanční problémy rodiny, či samotného jedince.
- Závažné onemocnění, nebo zranění příbuzného, kamaráda, či samotného jedince.
- Smrt příbuzného, nebo kamaráda.
- Rozchod, či rozvod jedince.
- Ztráta zaměstnání, nebo nucené i dobrovolné ukončení studia.
- Problémy společnost, globální problémy, přírodní katastrofy.
- Strach z budoucnosti.

### **3.7.2 Příznaky a následky stresu**

Stres má své typické fyziologické, emocionální a behaviorální příznaky pozorovatelné jak postiženým jedincem, tak jeho okolím. V konečné fázi se dlouhodobý stres projevuje v podobě vyšší nemoci. Níže jsou popsány příznaky stresového stavu podle Křivohlavého (Křivohlavý, 1994, s. 29–31).

- *Fyziologické příznaky* jsou zrychlená tepová frekvence, palpitace, hypertenze, zvýšená dechová frekvence, zčervenání, pocení, kruhy pod očima, nauzea, diarhoe, bolest v abdominální oblasti, vyrážky, časté nucení na toaletu, napětí ve

tváři, napětí ve všech svalových skupinách, celková tuhost pohybového aparátu, podrážděné oči, bolesti hlavy, bolesti zad a šíje, náhlé kolísání tělesné hmotnosti, zvýšená tělesná teplota, nachlazení, dvojitě vidění a obtížné soustředění pohledu očí na jeden bod, sexuální impotence a (nebo) nedostatek sexuální touhy, změny menstruačního cyklu.

- *Emocionální příznaky* jsou prudké a rychlé změny nálad, nadměrné trápení se věcmi, neschopnost projevit emocionální náklonnosti, nadměrná starost o vlastní zdravotní stav, nadměrné snění, omezování kontaktu s druhými lidmi, pocity únavy, zvýšená podrážděnost, úzkostnost.
- *Behaviorální příznaky* jsou uzavřenost, náladovost, vyhledávání hádek, chybování, nesoustředěnost, snaha o upoutání pozornosti, ztráta smyslu pro humor, vztahovačnost, nedostatek péče o vzhled, nedbalost, ztráta zájmu o ostatní, nerozhodnost, sklony k nehodovosti, zvýšené množství vykouřených cigaret, zvýšená konzumace alkoholu, zvýšený příjem drog.

Následky stresu se promítají do zdravotního stavu celého organismu. Dlouhodobý stres působí velkou měrou na biopsychosociální zdraví. Veškeré příznaky stresového stavu, se mohou prohlubovat a dostávat do chronicity. Pokud jedinec není schopen stres přirozeně odbourat, může dojít k onemocnění. Konečné nemoci jsou velice podobné civilizačním nemocem. Onemocnění ze stresu zasahují především kardiovaskulární systém v podobě hypertenze a infarktu myokardu. Stres má vliv na vznik nemocí trávicí ústrojí ve formě vředových chorob, nauzei, diarrhoe a obstipace. Při dlouhodobém stresu se snižuje odolnost imunitního systému a zvyšuje se náchylnost k propuknutí infekčních chorob. Dlouhodobý stres působí na celkové zdraví i v oblasti pohybového systému. Způsobuje rozsáhlé bolesti zad, hlavy a bolesti na hrudi. Také zvyšuje riziko vzniku rakoviny. Pro reprodukční zdraví mužů je dlouhodobý stres a nemoci ze stresu rizikem v podobě neschopnosti sexuálního aktu následkem poruch erekce. U žen se snižuje pravděpodobnost otěhotnění a vznikají poruchy menstruačního cyklu. Stres také snižuje libido a vzniká celková sexuální impotence. Stres, je též negativním faktorem pro početí a má silně negativní vliv při těhotenství na matku i dítě.

## 4 Prevence

Prevence je soustava opatření, která mají předcházet nežádoucímu jevu. Vyskytuje se v mnoha životních oblastech (zdravotnictví, právo, výchova, vzdělávání, sociální

politika, zemědělství, doprava, životní prostředí, apod.) Pro účely této práce je podstatná prevence probíhající ve školním prostředí zaměřená na zdravý životní styl a jeho složky. Na školách by měla fungovat a probíhat prevence primární, kdy jedinec zatím nepřišel do kontaktu s nežádoucím jevem. Měla by zahrnovat všechny žáky školy, pedagogické pracovníky i rodiče. Vzhledem k faktu, že jisté procento mladých již do kontaktu s jevy přišlo, například s kouřením, konzumací alkoholu či s rizikovým sexuálním chováním, je nutné tyto jedince oddělit a zaměřit na ně prevenci sekundární. Ta zabraňuje rozvoji a přetrvávání nežádoucího jevu. Sekundární prevence je v prvé řadě určena pouze jedincům, ale vždy musí obsahovat i složky okolního prostředí, které pravděpodobně negativní jev primárně vyvolaly a nadále vyvolávají. Pokud nedojde k odstranění okolnostních složek, nelze zabránit pokračování a prohlubování jevu. Po neúspěšném, nebo nemožném zásahu příslušných pracovníků školy, nebo rodiny, by jedinec, nebo skupina jedinců měla navštívit specialistu. Existuje i prevence terciální, která má za účel předcházet dalším potížím v důsledku nežádoucího jevu. Do terciální prevence škola již nezasahuje, jelikož nemá na odborníky prostředky, ale musí na jev vždy upozornit příslušná místa. Extrémní vznik negativního jevu většinou zabraňuje jedinci nadále pokračovat ve studiu, jelikož ohrožuje sebe i své okolí. Většinou se nejedná pouze o jeden jev, ale o kombinaci jevů. Příkladem je rizikové sexuální chování, které může být silně spojeno s konzumací návykových látek a následnou kriminalitou.

Ve školním prostředí má stabilní místo prevence rizikového chování. Rizikové chování je pojem odkazujícím na komplexní kategorie chování, kterými se zabývají vědci, medicínské i sociální obory a zahrnuje interpersonální agresivní chování (týrání, šikana, rasová nesnášenlivost, diskriminace a extremismus), delikventní chování ve vztahu k majetku (krádeže, vandalismus), rizikové zdravotní návyky (konzumace alkoholu, kouření, užívání drog, nezdravé stravovací návyky, nedostatečnou nebo nadměrnou pohybovou aktivitu), sexuální chování (promiskuita, nechránění pohlavní styk, předčasné rodičovství, předčasné zahájení pohlavního života), rizikové chování ve vztahu ke společenským institucím (záškoláctví, problémové chování ve škole, nedokončení studia střední školy), patologické hráčství a rizikové sportovní aktivity (Miovský et al., 2010, s. 30). Zrodu rizikového chování lze zabránit primární prevencí, která má za cíl výchovu k předcházení a minimalizaci rizikových projevů chování, ke zdravému životnímu stylu, k rozvoji pozitivního sociálního chování a rozvoji psychosociálních dovedností a zvládnání zátěžových situací (MŠMT, 2010, s. 4).



Primární prevence se dělí na specifickou a nespecifickou. Specifická zahrnuje předcházení konkrétnímu jevu. Nespecifická zahrnuje obecné aktivity podporující zdravý životní styl a osvojování pozitivního sociálního chování prostřednictvím smysluplného využívání volného času (MŠMT, 2010, s. 4). Ke školnímu prostředí patří prevence nespecifická, která je zaměřena na všechny žáky dané školy. Představuje souhrnné formování individuality ke zdravému životnímu stylu tak, aby zralý jedinec byl schopen vzdorovat negativním vlivům, ohrožením a nástrahám (Kraus, 2008, s. 148). Prevenci lze zaměřit na rozmanité skupiny. Definuji 3 úrovně provádění prevence (Miovský et al., 2010, s. 42–43).

- *Všeobecná primární prevence* se zaměřením na běžnou populaci dětí a mládeže bez rozdělování na méně a více rizikové skupiny. Důležitý je pouze věk a případná sociální či jiná specifika. Program je koncipován pro více osob najednou.
- *Selektivní primární prevence* se zaměřením na skupiny osob, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik různých forem rizikového chování. Pracuje se s menšími skupinami až jednotlivci. Patří sem vrstevnické programy, nebo programy sociálně-psychologické, které posilují sociální dovednosti, komunikaci, vztahy apod.
- *Indikovaná primární prevence* se zaměřením na jedince, kteří jsou již vystaveni působení výrazně rizikových faktorů, případně se u nich vyskytlo rizikové chování. Snahou je zachytit problém co nejdříve, posoudit ho a zahájit intervence.

## 4.1 Preventivní program

Pro školní prostředí je nejzákladnější pomůckou pro boj se vznikem negativních jevů minimální preventivní program (MPP). MPP je komplexním dlouhodobým preventivním programem školy/školského zařízení a je součástí školního vzdělávacího programu, který vychází z rámcového vzdělávacího programu, popřípadě je přílohou dosud platných osnov a učebních plánů (Miovský a kol., 2012 s. 13). MPP má jasně definované cíle a odpovídá lokálním okolnostem i struktuře školy.

MPP je konkrétním dokumentem školy zaměřeným na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností. Jeho součástí jsou také specifické intervence pomáhající žákům osvojit si znalosti, dovednosti a způsobilosti, které efektivně snižují riziko výskytu konkrétních negativních jevů a projevů chování (Miovský a kol., 2012, s. 14). MPP je vždy zpracován na jeden konkrétní rok a zodpovídá za něj školní metodik prevence. Na

preventivní programy je kladeno několik požadavků. Hlavní zásadou pro vypracování je definování cílové skupiny a cíle programu, podle určených kritérií. Podstatné je věkové kritérium a kritérium pohlaví, které vždy musí být kombinováno s dalšími kritérii (vzdělanost, příslušnost k sociální skupině, projevy rizikového chování apod.) Kritérium vzdělání je významné z hlediska intelektuální náročnosti programů. Kritérium profesní rozlišuje například stresovou náročnost. Posledním kritériem je odlišnost programů pro různé cílové skupiny.

Ve školním prostředí prevence obsáhleji začíná ve 3. ročníku prvního stupně a pokračuje až do dospělosti. Programy lze vytvářet odděleně pro kategorie, mladší školní věk (6–12 let), starší školní věk (12–15 let), mládež (15–18 let) a mladí dospělí (18–26 let). Pro prevenci v oblasti reprodukčního zdraví je nejpodstatnější starší školní věk, ve kterém je jedinec poučován v hodinách výchovy ke zdraví a má konkrétní vědomosti o reprodukci z biologie člověka. V rámci školní a mimoškolní prevence je podstatné, pro jakou vzdělanost skupinu je program koncipován. Pro žáky a studenty základních a středních škol jsou programy snadno přístupné, jelikož zde funguje silná síť podpůrných nástrojů a článků (výchovni pracovníci, školní psychologové, primární preventisté apod.) V rámci adolescentního věku jsou samostatnými skupinami pro vytvoření programu, nezaměstnaní, vysokoškoláci, jedinci čerstvě zaměstnaní a mladiství v ústavní péči (Miovský et al., 2010, s. 56–57).

## **4.2 Péče o reprodukční zdraví**

Kompletní prevence v oblasti reprodukčního zdraví zahrnuje části prevence rizikového chování (rizikové zdravotní návyky a rizikové sexuální chování), prevenci v oblasti předmětu výchova ke zdraví (sexuální výchova, výchova ke zdravému životnímu stylu, zdravá strava, informace o pojmech zdraví, nemoc atd.), prevenci v rámci předmětu tělesná výchova a specificky vedené preventivní programy zaměřené na konkrétní negativní jev (nedostatek pohybu, stres, konzumace alkoholu, kouření apod.). Specificky vedené preventivní programy by měly být nasazeny pouze v případě, že u cílové skupiny došlo ke zmapování výskytu negativního jevu.

Prevence zaměřená na péči o reprodukční zdraví je chápána jako základní lidské právo s oborovým přesahem. Primární prevence poruch reprodukčního zdraví je jednou z priorit moderních společností bez ohledu na sociální postavení, sexuální orientaci, pohlaví a věk. Pokud prevence probíhala a probíhá kvalitně je v adolescentním věku jedinec schopen čelit rizikovým faktorům vzniku rizik pro reprodukční zdraví a je schopen

rizika pojmenovat a myslet v širších souvislostech. Pokud probíhala a probíhá nekvalitně, vzniká prostředí pro vznik poruch zdraví. Vzhledem k výsledkům výzkumů a statistických šetření, která jsou popsána v kapitolách výše, je jasné, že prevence neprobíhá tak, jak by probíhat měla. Veškeré preventivní cíle, které by si měl každý adolescent v rámci prevence v oblasti reprodukční zdraví osvojit, jsou popsány níže.

- Znat a umět vysvětlit pojmy zdraví a reprodukční zdraví.
- Věnovat pozornost prevenci a chodit na preventivní prohlídky.
- Mít informace o rizikovém sexuálním chování, jeho případných následcích a vědět jak rizika snižovat.
- Mít představy o biologické a psychologické sféře sexu a sexuality.
- Vědět, že pohlavní styk je vhodné odložit až nad hranici 15 let a do doby, kdy jsem schopen mít trvalý vztah s jedním partnerem.
- Uvědomovat si případné následky promiskuity a nechráněného sexuálního styku.
- Mít povědomí o antikoncepčních metodách, jejich rizicích i pozitivích s ohledem na dostupnost a případná nežádoucí zdravotní rizika.
- Připravit se na možné přirozené i nechtěné následky pohlavního styku, ve smyslu stvoření nového života či nechtěného těhotenství s následnou interrupcí.
- Umět předcházet sexuálně přenosným chorobám včetně HIV.
- Mít schopnost do budoucna předávat svým dětem relevantní informace o reprodukčním zdraví a elementech, které ho poškozují.
- Vědět jak naplánovat vlastní rodičovství.
- Mít povědomí o rizicích rodičovství ve vyšším věku.
- Vědět kam se obrátit při problémech s reprodukčním zdravím.
- Umět si vybrat životního partnera a vést partnerský život.
- Předcházet závislostem na návykových látkách, uvědomovat si jaké problémy způsobují a jak působí na reprodukční a celkové zdraví.
- Vědět o složení správné stravy, předcházet poruchám příjmu potravy a předcházet nadváze a obezitě.
- Mít ve svém životě pravidelnou správně prováděnou pohybovou aktivitu.
- Předcházet stresu a věnovat pozornost dovednostem zvládnání stresu.
- Vést zdravý život ve všech složkách a podporovat v tom i své okolí.

Každý cíl je obsáhlou složkou, která má mnoho dalších znalostních podsložek, které se v rámci prevence prolínají celou školní docházkou. Na konkrétních individuálních znalostech a dovednostech se podílí množství činitelů. Pokud u žáků a studentů při nástupu do školy a po celou dobu školní docházky převyšují rizikové faktory nad protektivními, je kvalitní školní prevence jedinou kontrolovatelnou silou, která může do budoucna pozitivně ovlivnit jejich reprodukční zdraví.

## **Praktická část**

## 5 Výzkum

Výzkum bude sledovat nežádoucí jevy, které mohou negativně ovlivňovat reprodukční zdraví. Souhrnný vhled do životního stylu jednotlivců poskytnou doplňující a názorové otázky. Konečným stádiem praktické části bude určení míry rizika pro reprodukční zdraví u jednotlivých respondentů, které bude stanoveno pomocí bodového systému. Systém byl utvořen pouze pro účely této práce a slouží ke zmapování četnosti nežádoucích jevů u každého respondenta. Cílem výzkumu je zmapování výskytu rizik pro reprodukční zdraví v období adolescence.

### 5.1 Metodologie

Pro praktickou část bude použit dotazník. Důvodem k použití této metody je možnost získat velké množství respondentů za krátký časový úsek. Dotazník je subjektivní metoda, poněvadž hodnoty a výsledné údaje odrážejí pravdivost či nepravdivost, se kterou dotázaný odpovídá. Otázky jsou v rámci možností pokládány tím způsobem, aby respondent neměl pocit, že musí odpovídat tak, jak je sociálně žádoucí. Přesto je možné, že u některých odpovědí by za použití objektivních metod nebyly výsledky zcela stejné. Dotazník bude veřejně přístupný na [www.vyplnto.cz](http://www.vyplnto.cz) až do získání potřebného počtu respondentů, který je stanoven nad 100. Na dotazník budou odpovídat, jak pozvaní adolescenti, tak veřejnost. Je zcela anonymní. Dotazník je sestaven tak, aby logicky navazoval na teoretickou část práce. Zohledňuje použité informace z odborné literatury a data ze statistických šetření. Každý respondent odpoví na 24 otázek. Dotazník obsahuje otázky charakterizující, testové, názorové a doplňující.

### 5.2 Očekávané výsledky

V oblasti návykových látek očekáváme, že tabák pravidelně užívá alespoň 30 % respondentů, alkohol pravidelně užívá nejméně polovina dotázaných, marihuanu pravidelně užívá alespoň 10 % respondentů a drogy neužívá téměř nikdo.

Očekáváme, že většina respondentů pociťuje nadměrný a nepříjemný stres v průměru 1 měsíčně a více, převážně ve školním prostředí.

Podle vypočteného BMI očekáváme, že se nejméně 30 % dotazovaných nachází mimo optimální váhu.

Očekáváme, že se alespoň polovina respondentů stravuje nepravidelně, nezdravě, tučně, stereotypně, jednostranně, střídavě, méně než čtyřikrát denně.

Očekáváme, že se většina respondentů aktivně pohybuje méně než 3 hodiny týdně s tím, že je aktivní pohyb prováděn pouze v rámci tělesné výchovy, nebo vůbec.

V oblasti rizikového sexuálního chování očekáváme, že většina dotazovaných již měla sexuální styk s tím, že v minulosti použila a obvykle používá alespoň 1 antikoncepční metodu. Dále očekáváme, že alespoň 20 % respondentů mělo v minulosti rizikový sexuální styk v oblasti STD a možného otěhotnění. V oblasti nemocí pohlavního ústrojí a STD očekáváme, že nejméně 20 % respondentů prodělalo, nebo nyní má jednu z uvedených nemocí.

Očekáváme, že většina respondentů není dlouhodobě nemocná a chodí pravidelně na preventivní prohlídky k praktickému lékaři.

V oblasti názorů očekáváme, že pro drtivou většinu respondentů je zdraví důležité. U otázky na důležitost zdravého životního stylu očekáváme, že přinejmenším pro 30 % respondentů nebude důležitý. V otázce názoru na vlastní informovanost v oblasti sexuální výchovy ze základní školy očekáváme, že nejméně 30 % respondentů bude nespokojeno či nevyhraněno. V otázce informovanosti ze základní školy o zdravém životním stylu očekáváme, že nejméně polovina respondentů bude nespokojena či nevyhraněna. Dále očekáváme, že většina respondentů bude chtít mít vlastní děti až po 25 roce života.

V testové části očekáváme, že většina respondentů dosáhne alespoň 3 rizikových bodů.

### **5.3 Výsledky výzkumu**

- Autor průzkumu: Lucie Korimová
- Šetření: 24. 01. 2014 – 29. 01. 2014
- Počet respondentů: 120
- Počet otázek: 24
- Zobrazení otázek: celý dotazník najednou
- Návratnost dotazníku: 71,90 %
- Průměrná doba vyplňování: 00.03:08

Návratnost dotazníku je dána poměrem vyplněných a zobrazených dotazníků. Jedná se o orientační údaj, který nebere v potaz ty oslovené respondenty, kteří ani nezobrazili úvodní text (neklikli na odkaz na dotazník). Šíření probíhalo pomocí sociálních sítí a internetových komunikačních prostředků. Do konečného vyhodnocení je počítáno pouze kompletní vyplnění. U otázek, kde byla možnost uvést více než jednu odpověď, není součet procent u jednotlivých odpovědí 100 %. U všech otázek bylo nutné uvést právě

jednu, nebo alespoň jednu odpověď. Na složení otázek a odpovědí nebyla po dobu vystavení stížnost. Hrubé výsledky jsou veřejně dostupné na webové adrese uvedené v citovaných zdrojích.

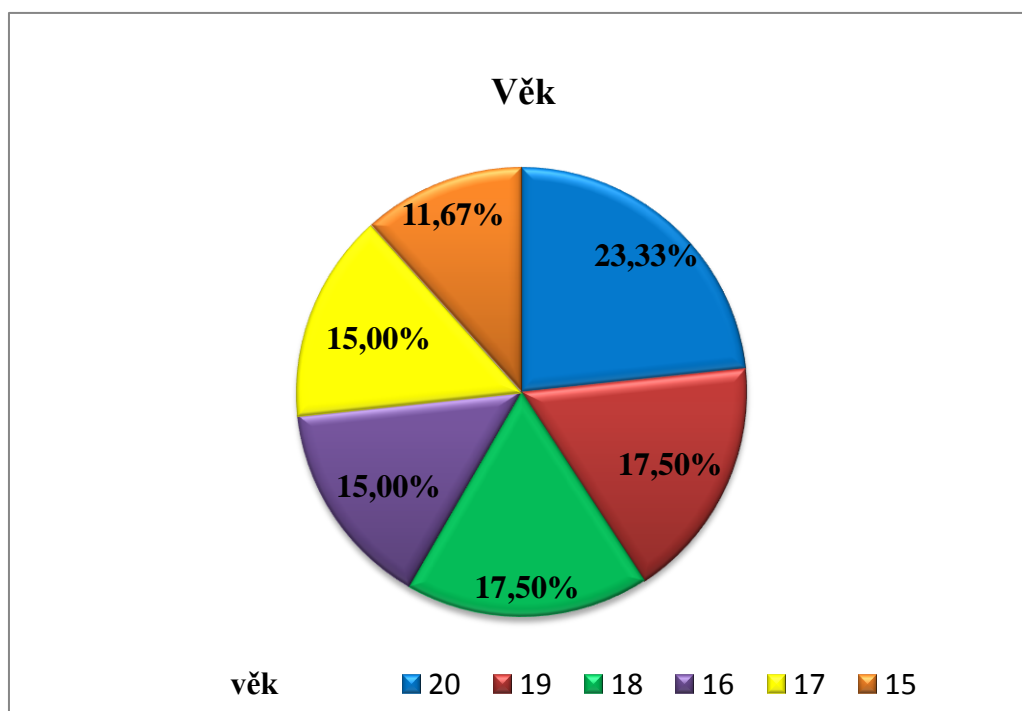
## 1. Věk

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

Tabulka 1 Věk

Odpověď	Počet	%
20	28	23,33%
19	21	17,50%
18	21	17,50%
16	18	15%
17	18	15%
15	14	11,67%

Graf 1 Věk



Věkové rozložení respondentů je přijatelné. V dotazníku je několik otázek koncipovaných na minulost, které sledují celé období mezi 15–20 lety, proto věkový rozptyl respondentů nemusí být rozložen přesněji. Rozložením odpovědí není ohrožena validita výzkumu. Podstatné je, že se šetření zúčastnilo celé potřebné věkové spektrum. Otázka je charakterizující.



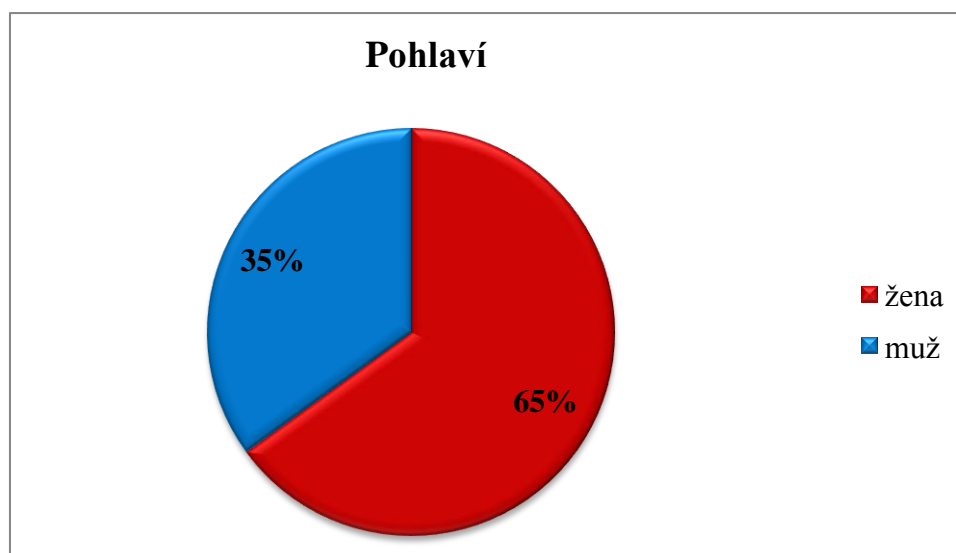
## 2. Pohlaví

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

**Tabulka 2 Pohlaví**

Odpověď	Počet	%
žena	78	65%
muž	42	35%

**Graf 2 Pohlaví**



Z výsledků je očividné, že dotazník vyplnilo větší množství žen, než mužů. Pravděpodobně jde o následek použité metody. Dobrovolné vyplňování internetových dotazníků zaujme více ženy, než muže. Stejně tak dotazník na reprodukční zdraví a zdravý životní styl zaujme pravděpodobněji ženy, než muže. Je možné, že výsledky v některých kategoriích budou mírně ovlivněny. Otázka je charakterizující.

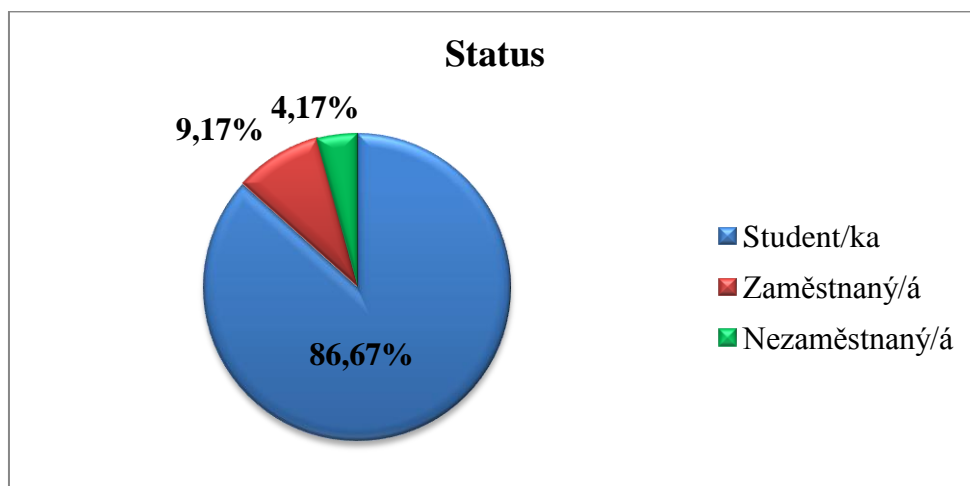
## 3. Jsem:

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

**Tabulka 3 Status**

Odpověď	Počet	%
Student/ka	104	86,67%
Zaměstnaný/á	11	9,17%
Nezaměstnaný/á	5	4,17%

Graf 3 Status



Je zřejmé, že na dotazník odpověděla drtivá převaha studujících. Výsledek mírně převyšuje reálné rozložení studentů v populaci ve věku 15–20 let. Výsledky proto mohou být u některých otázek ovlivněny. V konečném vyhodnocení je nutné zohlednit fakt, že většina respondentů právě studuje. Otázka je charakterizující.

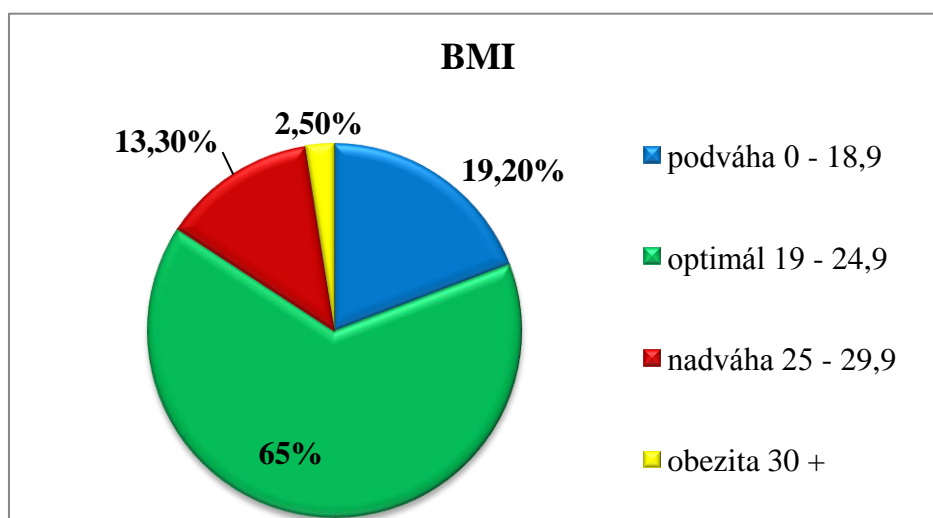
#### 4. Výška a váha

(Povinná otázka, respondent musel napsat odpověď vlastními slovy.)

Tabulka 4 BMI

BMI	Četnost	%
podváha 0 - 18,9	23	19,20%
optimál 19 - 24,9	78	65%
nadváha 25 - 29,9	16	13,30%
obezita 30 +	3	2,50%

Graf 4 BMI



Otázka na váhu a výšku byla zařazena pouze za účelem zjištění BMI. Všichni respondenti svou váhu a výšku uvedli. Výsledky splňují očekávání. Mimo optimální oblast se nachází 35 % dotazovaných. Pro zajímavost zde uvedeme extrémní hodnoty. Nejnižší naměřené BMI dosahuje hodnoty pouze 15,9, což svědčí o silné podváze. Nejvyšší naměřené BMI dosahuje hodnoty 39,5, která hraničí s morbidní obezitou. Otázka je testová. Všichni respondenti, kteří se nacházejí mimo optimální oblast, obdrží 1 bod.

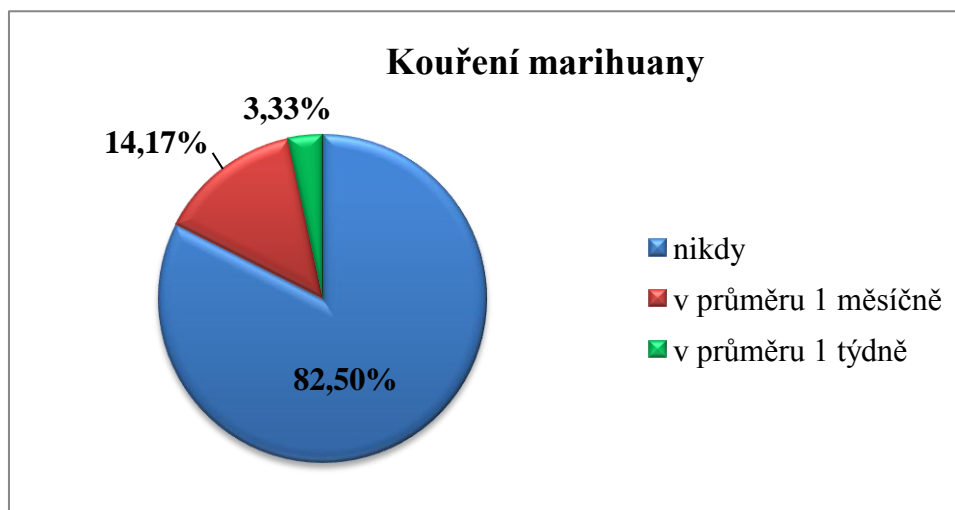
#### 5. Kouřím pravidelně marihuanu:

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

**Tabulka 5 Kouření marihuany**

Odpověď	Počet	%
nikdy	99	82,50%
v průměru 1 měsíčně	17	14,17%
v průměru 1 týdně	4	3,33%

**Graf 5 Kouření marihuany**



Je nepochybné, že marihuana není většinově adolescenty pravidelně užívána. V součtu 18,03 % respondentů kouří marihuanu pravidelně, což splňuje očekávání. Odpovědi 2-3krát týdně a téměř denně, neuvedl žádný respondent. Otázka je testová. Za každou jinou odpověď než: nikdy, obdrží respondent 1 bod.

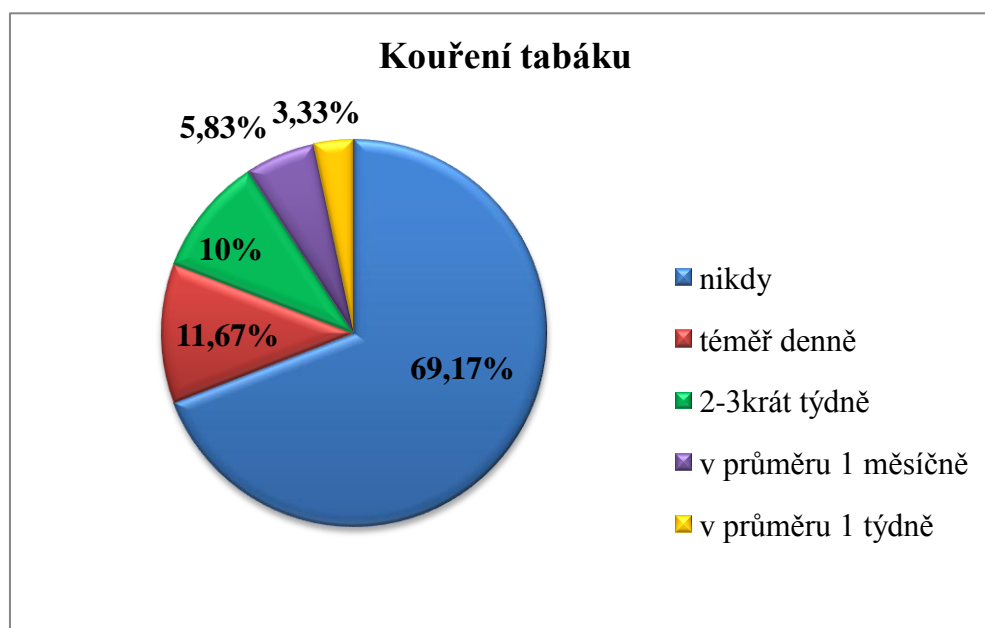
6. Kouřím pravidelně tabák (cigarety, vodní dýmka, doutníky):

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

Tabulka 6 Kouření tabáku

Odpověď	Počet	%
nikdy	83	<b>69,17%</b>
téměř denně	14	<b>11,67%</b>
2-3krát týdně	12	<b>10%</b>
v průměru 1 měsíčně	7	<b>5,83%</b>
v průměru 1 týdně	4	<b>3,33%</b>

Graf 6 Kouření tabáku



Na základě výsledků je jisté, že tabák není adolescenty většinou užíván. Součet pravidelných uživatelů tabáku je 30,83 %, což téměř přesně odpovídá stanovenému očekávání. Výsledek také téměř přesně kopíruje množství uživatelů tabáku v české populaci. Otázka je testová. Za každou jinou odpověď než: nikdy, obdrží respondent 1 bod.

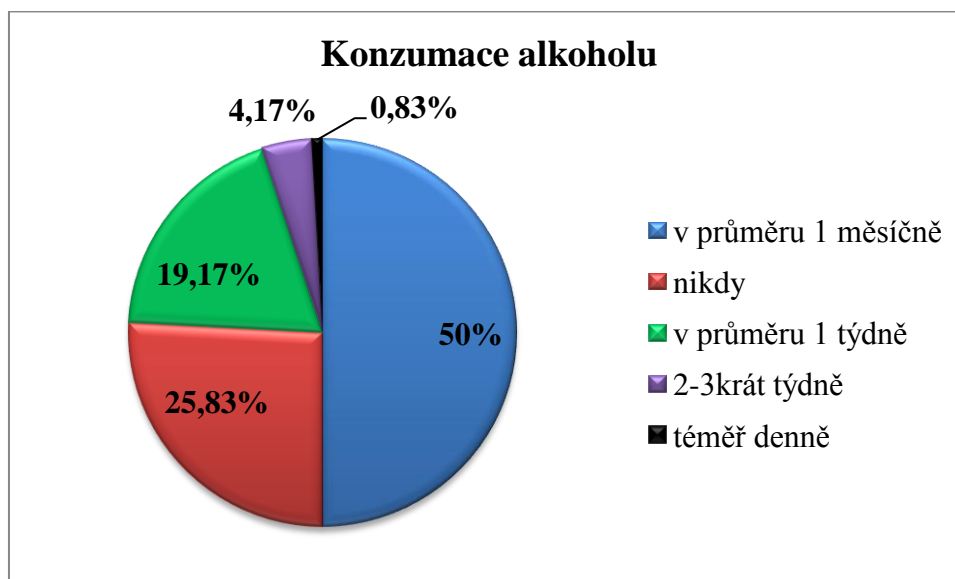
7. Konzumuji pravidelně alkohol: (stav alespoň lehké opilosti)

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

Tabulka 7 Konzumace alkoholu

Odpověď	Počet	%
v průměru 1 měsíčně	60	<b>50%</b>
nikdy	31	<b>25,83%</b>
v průměru 1 týdně	23	<b>19,17%</b>
2-3krát týdně	5	<b>4,17%</b>
téměř denně	1	<b>0,83%</b>

Graf 7 Konzumace alkoholu



Podle očekávání je alkohol jediná návyková látka, kterou respondenti většinou užívají. 74,7 % respondentů alkohol užívá alespoň v průměru 1 měsíčně, což je výsledek, který splňuje očekávání. 4,17 % respondentů konzumuje alkohol 2-3krát týdně a 1 respondent uvedl, že alkohol konzumuje téměř denně. Nad otázkou byli respondenti upozorněni, že se jedná o konzumaci takového množství alkoholu, které u nich pravidelně vyvolává stav alespoň lehké opilosti. Poznámka byla uvedena záměrně, aby nedošlo k započítání konzumentů, kteří alkohol užívají výhradně k jídlu a v malém množství, které je některými odborníky považováno za neškodné, nebo dokonce zdraví prospěšné. Je evidentní, že konzumace alkoholu je součástí života většiny adolescentů. Otázka je testová. Za každou jinou odpověď než: nikdy, obdrží respondent 1 bod.

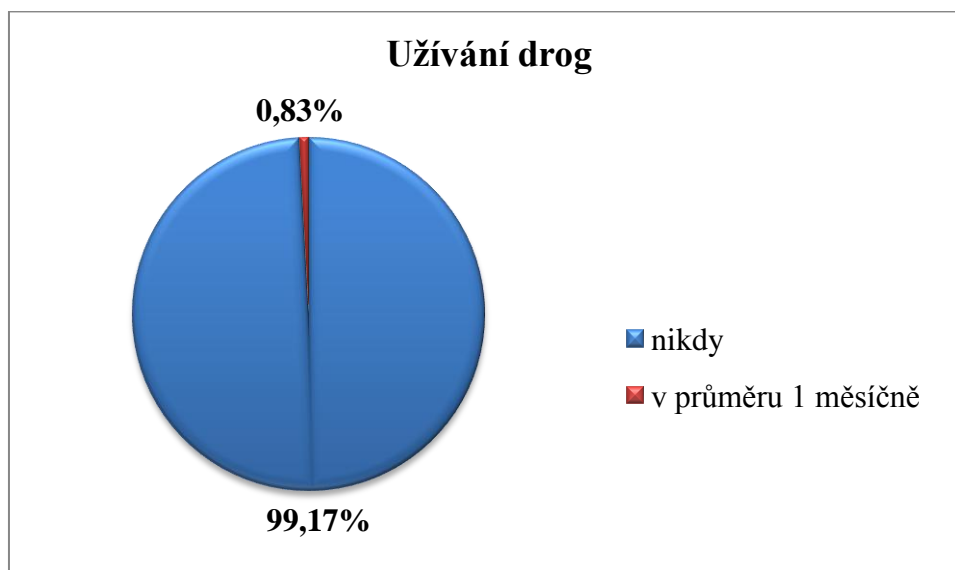
8. Užívám drogy: (kromě marihuany, alkoholu, tabáku)

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

Tabulka 8 Užívání drog

Odpověď	Počet	%
nikdy	119	99,17%
v průměru 1 měsíčně	1	0,83%

Graf 8 Užívání drog



Z grafu je očividné, že drogy respondenti neuvžívají téměř nikdy, kromě jednoho adolescenta, který uvedl odpověď v průměru 1 měsíčně. Očekávání byla splněna. Nad otázkou byli respondenti upozorněni, že se jedná o návykové látky, kromě marihuany, tabáku a alkoholu, pro které jsou určeny samostatné otázky. Odpovědi 2-3krát týdně, v průměru 1 týdně a téměř denně neuvedl žádný respondent. Otázka je testová. Za každou jinou odpověď než: nikdy, obdrží respondent 1 bod.

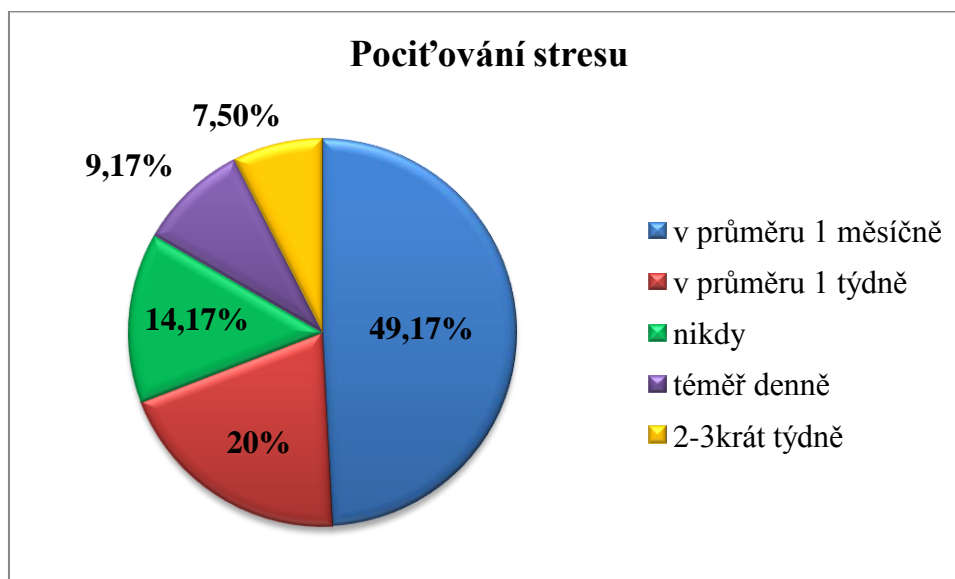
#### 9. Nadměrný nepříjemný stres pociťuji:

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

Tabulka 9 Pociťování stresu

Odpověď	Počet	%
v průměru 1 měsíčně	59	49,17%
v průměru 1 týdně	24	20%
nikdy	17	14,17%
téměř denně	11	9,17%
2-3krát týdně	9	7,50%

Graf 9 Pociťování stresu



Výsledky u otázky na nadměrný stres stanovaná očekávání splňují, ale zároveň překvapivě převyšují. 85,83 % respondentů pociťuje tento stres alespoň v průměru 1 měsíčně. Překvapující je, že 20 % respondentů uvedlo, že stres pociťuje v průměru 1 týdně, což je velmi vysoké číslo. 2-3krát týdně uvedlo 7,5 % a 9,17 % respondentů pociťuje nadměrný nepříjemný stres téměř denně. Je evidentní, že nadměrný a nepříjemný stres je jedním z největších problémů adolescentů. Je však nutné zohlednit fakt, že vnímání stresu je velmi subjektivní a proto nebude rizikový bod udělen za odpověď v průměru 1 měsíčně, ale až za odpověď v průměru 1 týdně. Otázka je testová. Za každou jinou odpověď než: nikdy, nebo v průměru 1 měsíčně, obdrží respondent 1 bod.

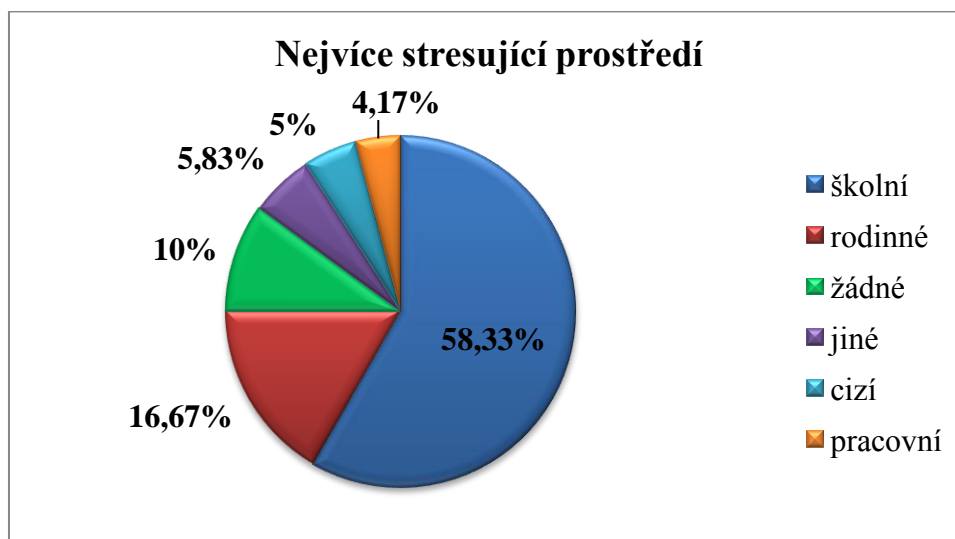
10. Nejvíce stresující je pro mě prostředí:

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

Tabulka 10 Nejvíce stresující prostředí

Odpověď	Počet	%
školní	70	58,33%
rodinné	20	16,67%
žádné	12	10%
jiné	7	5,83%
cizí	6	5%
pracovní	5	4,17%

Graf 10 Nejvíce stresující prostředí



Podle očekávání je pro adolescenty nejvíce stresující školní prostředí. U této otázky je nutné zohlednit fakt, že většina právě studuje. 16,67 % respondentů uvedlo jako nejvíce stresující prostředí rodinné. Pouze 10 % dotázaných nestresuje žádné prostředí. Otázka je doplňující.

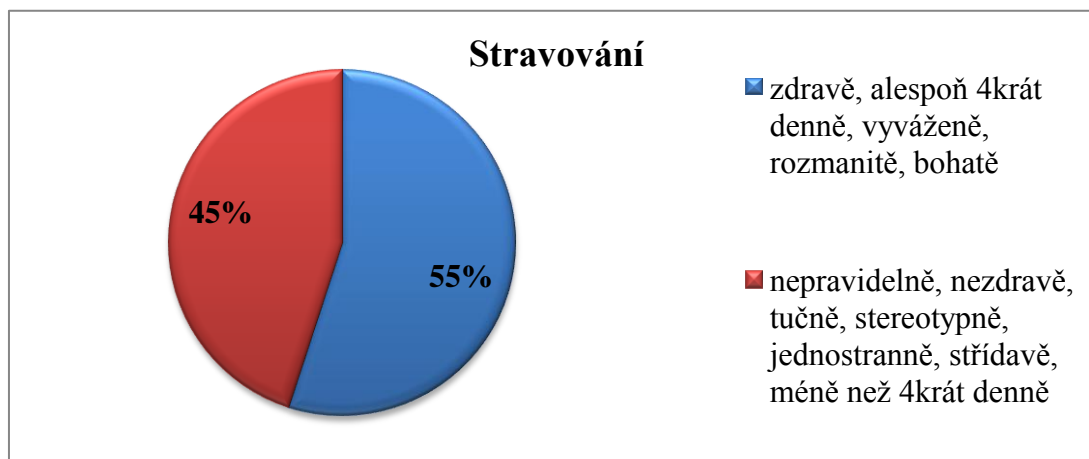
#### 11. Stravuji se spíše:

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

Tabulka 11 Stravování

Odpověď	Počet	%
zdravě, alespoň 4krát denně, vyváženě, rozmanitě, bohatě	66	55%
nepravidelně, nezdravě, tučně, stereotypně, jednostranně, střídavě, méně než 4krát denně	54	45%

Graf 11 Stravování





Z výsledků je patrné, že zdravé stravování se týká více než poloviny respondentů. Je však nutné vzít v úvahu fakt, že se šetření zúčastnilo více žen, které se o zdravou stravu pravděpodobně zajímají více než muži. Proto je výsledek mírně zkreslený a nesplňuje očekávání o 5 %. Otázka je testová. Každý respondent, který označil odpověď: nepravidelně, nezdravě, tučně, stereotypně, jednostranně, střídavě, méně než 4krát denně, obdrží 1 bod.

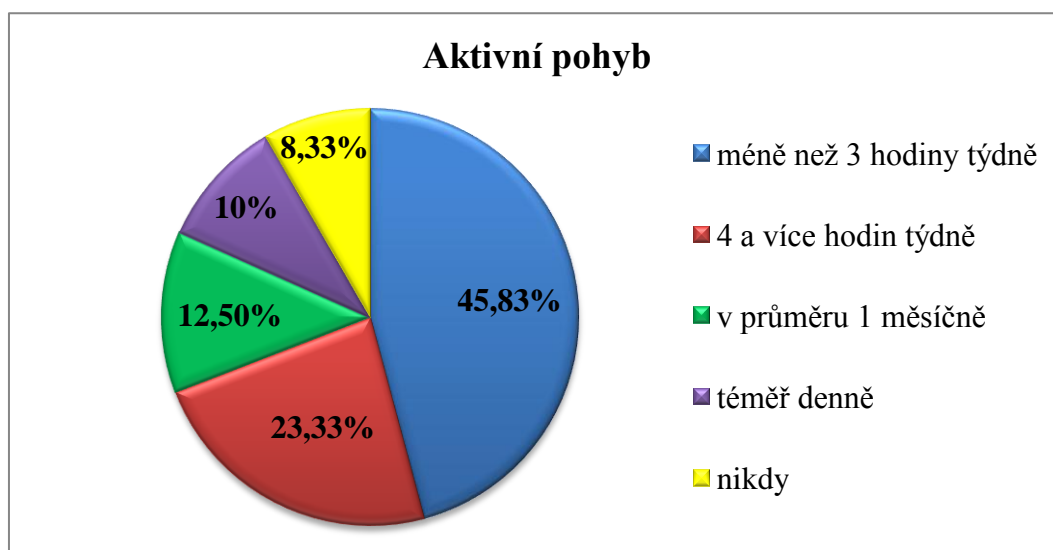
12. Pohybují se aktivně a pravidelně: (sport, turistika, posilování, tělesná výchova, tanec, cvičení, apod.)

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

**Tabulka 12 Aktivní pohyb**

Odpověď	Počet	%
méně než 3 hodiny týdně	55	45,83%
4 a více hodin týdně	28	23,33%
v průměru 1 měsíčně	15	12,50%
téměř denně	12	10%
nikdy	10	8,33%

**Graf 12 Aktivní pohyb**



Z výsledků vyplývá, že se aktivnímu a pravidelnému pohybu respondenti nevěnují dostatečně. 66,66 % respondentů se pohybuje méně než 3 hodiny týdně, což potvrzuje očekávání. Nad otázkou byli dotázáni upozorněni, že se jedná o aktivní a pravidelný pohyb v oblastech sportu, turistiky, posilování, tělesné výchovy, tance a různých cvičení. Otázka je testová. Za odpovědi: méně než 3 hodiny týdně, v průměru 1 měsíčně a nikdy obdrží respondent 1 bod.

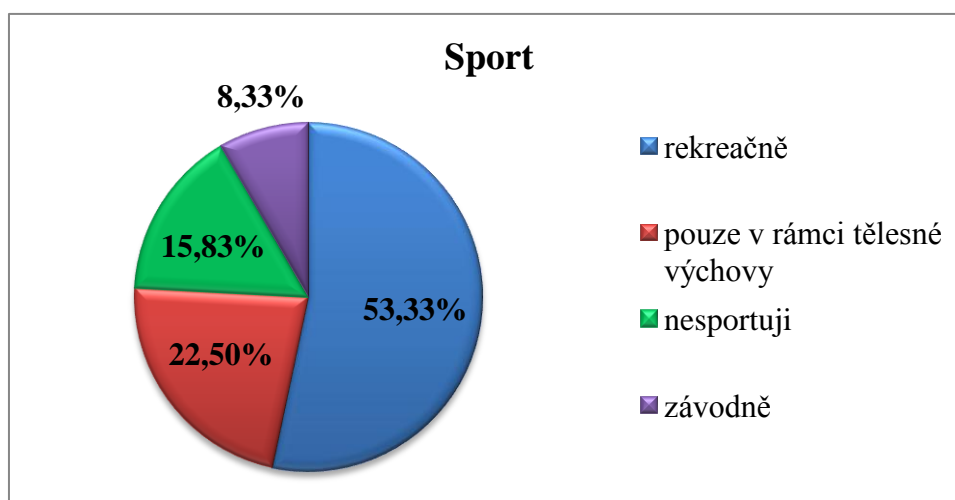
### 13. Sportuji:

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

Tabulka 13 Sport

Odpověď	Počet	%
rekreačně	64	53,33%
pouze v rámci tělesné výchovy	27	22,50%
nesportuji	19	15,83%
závodně	10	8,33%

Graf 13 Sport



Odpovědi na otázku o sportu jsou překvapující. Očekávání byla vyvrácena, protože předpoklad byl, že se většina respondentů pohybuje pouze v rámci tělesné výchovy, nebo vůbec. Rekreační sport, což vítáme, zaujímá v odpovědích převahu. Přesto je alarmující, že 38,33 % jedinců sportuje pouze při tělocviku, nebo nikdy. V konečném důsledku tyto údaje nemění předchozí tvrzení, že se dotázaní adolescenti aktivně a pravidelně pohybují nedostatečně. Otázka je doplňující.

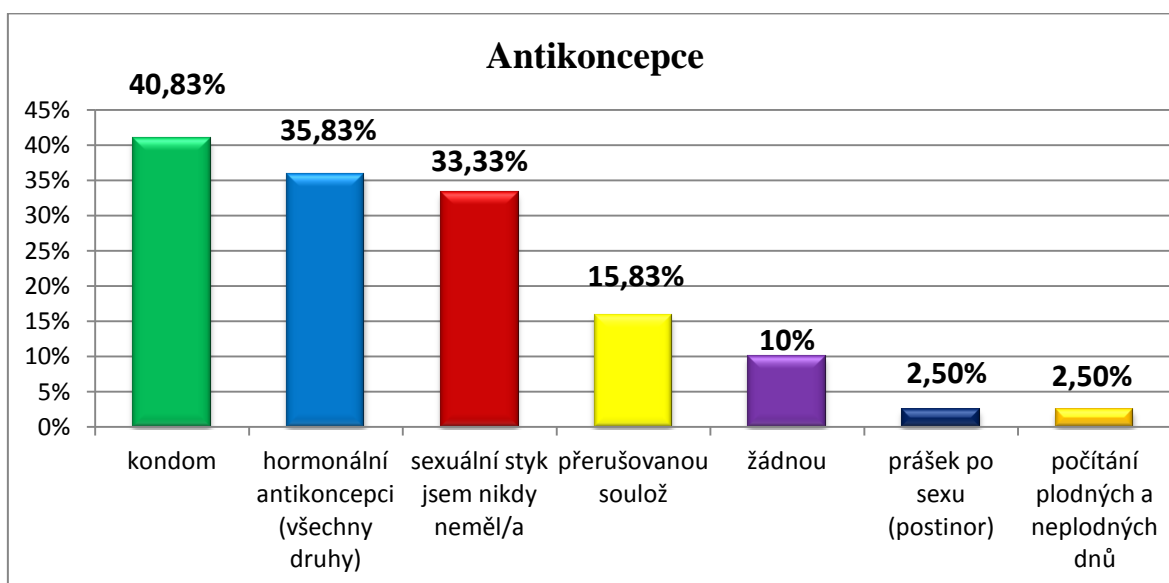
### 14. Při sexuálním styku jsem v minulosti použil/a a obvykle používám antikoncepci:

(Povinná otázka, respondent musel zvolit alespoň některou z nabízených odpovědí.)

Tabulka 14 Antikoncepce

Odpověď	Počet	%
kondom	49	40,83%
hormonální antikoncepci (všechny druhy)	43	35,83%
sexuální styk jsem nikdy neměl/a	40	33,33%
přerušovanou soulož	19	15,83%
žádnou	12	10%
prášek po sexu (postinor)	3	2,50%
počítání plodných a neplodných dnů	3	2,50%

Graf 14 Antikoncepce



Z výsledků je nutné vyřadit 33,33 % respondentů, kteří sexuální styk nikdy neměli a nebudou do dalších vyhodnocení pod otázkou započítáni. 85 % dotázaných, kteří již měli sexuální styk, použilo alespoň 1 antikoncepční metodu. Očekávání bylo potvrzeno. Výsledky také mapují minulost dotázaných, co se týká rizikového sexuálního chování v oblasti přenosu STD, tedy respondentů, kteří nikdy nepoužili při sexu kondom. Těch je po výpočtu 31 (38,75 %). Také mapují minulost dotázaných, co se týká rizikového sexuálního chování v oblasti možného nechtěného otěhotnění, tedy respondentů, kteří někdy nepoužili antikoncepci žádnou a těch je 12 (15 %). Očekávání byla splněna. Protože je složité a téměř nemožné bez individuální konzultace určit, jak rizikové bylo použití metody počítání plodných a neplodných dní či metody přerušovaná soulož a dalších, jsou tyto odpovědi pouze informativní. Otázka je testová. Každý respondent, který neuvedl v odpovědi: kondom, nebo uvedl v odpovědi: žádnou, obdrží vždy pouze 1 bod.

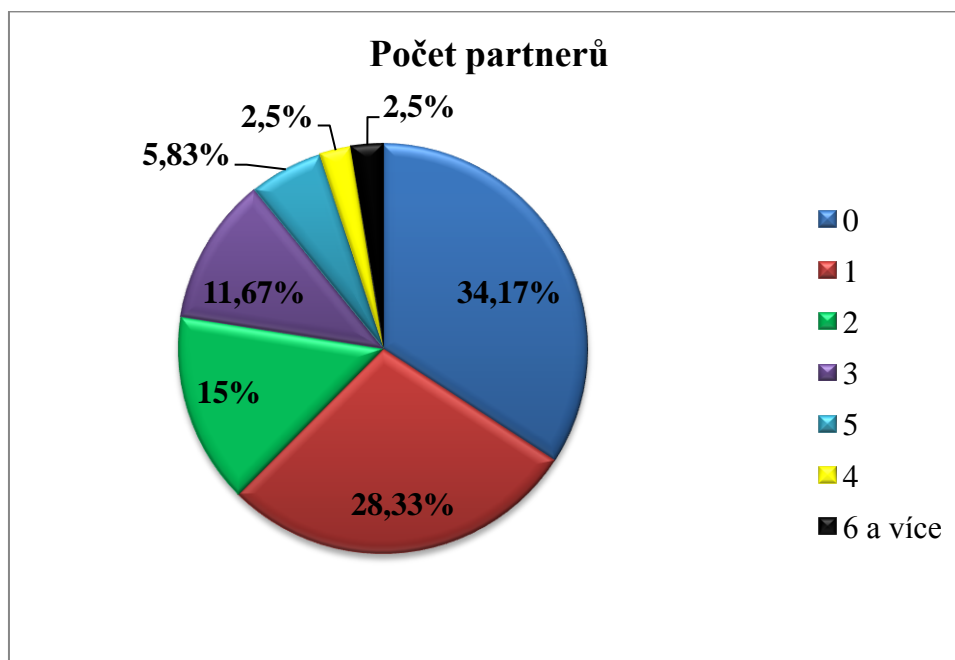
15. V životě jsem měl/a sexuálních partnerů:

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

Tabulka 15 Počet partnerů

Odpověď	Počet	%
0	41	34,17%
1	34	28,33%
2	18	15%
3	14	11,67%
5	7	5,83%
4	3	2,50%
6 a více	3	2,50%

Graf 15 Počet partnerů



Otázka na počet sexuálních partnerů, byla zařazena pouze pro zajímavost. Na promiskuitu existují odlišné názory a není vhodné rizikové sexuální chování jedince posuzovat podle počtu partnerů. Podstatnější je celkové rizikové, či nerizikové sexuální chování, které vyšetřují jiné otázky. Zajímavé je, že se počet respondentů, kteří nikdy neměli sexuální styk, zvýšil o 1. Je to dáno pravděpodobně tím, že u předchozí otázky došlo k nedorozumění a některá žena uvedla, že užívá hormonální antikoncepci, i když styk zatím neměla. Otázka číslo 18, která je uvedena níže potvrzuje, že se opravdu jedná o 41 respondentů, co nikdy nemělo styk. Otázka je doplňující.

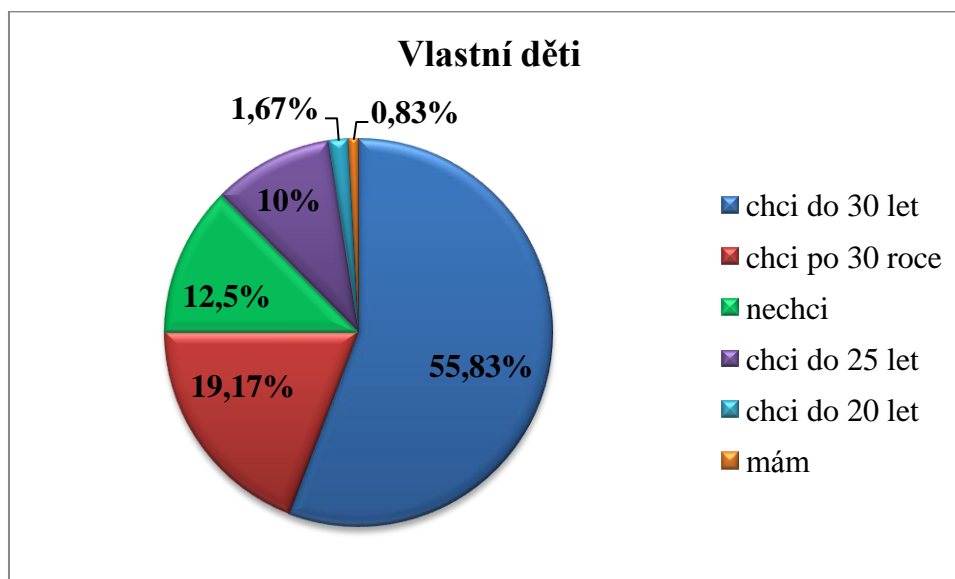
#### 16. Vlastní děti:

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

Tabulka 16 Vlastní děti

Odpověď	Počet	%
chci do 30 let	67	55,83%
chci po 30 roce	23	19,17%
nechci	15	12,50%
chci do 25 let	12	10%
chci do 20 let	2	1,67%
mám	1	0,83%

Graf 16 Vlastní děti



Z výsledků je patrné, že většina respondentů chce vlastní děti mezi 25 – 30 lety, což odpovídá očekávání. Překvapující je, že 19,17 % jedinců chce děti až po 30 roce života. U takto mladých respondentů jde o nepříjemné zjištění. 12,5 % respondentů uvedlo, že vlastní děti nechce. Děti má jediný dotázaný. V konečném důsledku nám údaje zobrazují naši společnost, ve které se počátek rodičovství posunuje do stále vyšších věkových kategorií. Vysoký věk hraje silně negativní roli pro bezproblémové početí a je velice pravděpodobné, že názor většina respondentů měnit v průběhu let nebude. Otázka je názorová.

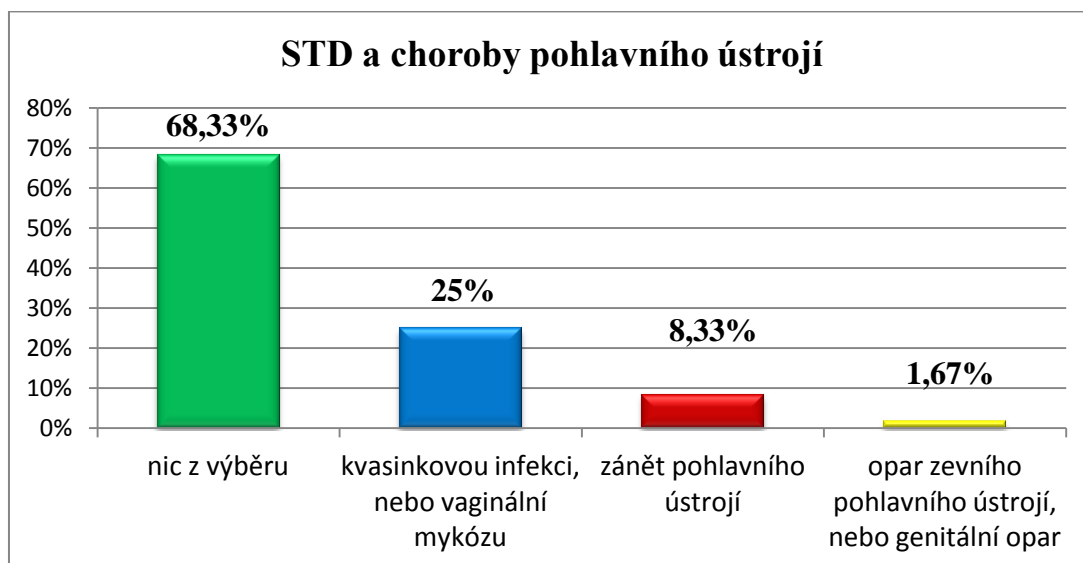
17. V minulosti jsem měl/a, nebo nyní mám:

(Povinná otázka, respondent musel zvolit alespoň některou z nabízených odpovědí.)

Tabulka 17 STD a choroby pohlavního ústrojí

Odpověď	Počet	%
nic z výběru	82	<b>68,33%</b>
kvasinkovou infekci, nebo vaginální mykózu	30	<b>25%</b>
zánět pohlavního ústrojí	10	<b>8,33%</b>
opar zevního pohlavního ústrojí, nebo genitální opar	2	<b>1,67%</b>

Graf 17 STD a choroby pohlavního ústrojí



Údaje zobrazují, kolik respondentů mělo v minulosti, nebo má STD, nebo onemocnění pohlavního ústrojí, které je potenciálně nebezpečné pro reprodukční zdraví. Odpovědi: syfilis, chlamydiovou infekci a HIV pozitivitu, neuvedl žádný respondent. 31,67 % dotázaných mělo alespoň 1 chorobu, což splňuje očekávání. Otázka je testová. Za každou jinou odpověď než: nikdy, obdrží respondent 1 bod.

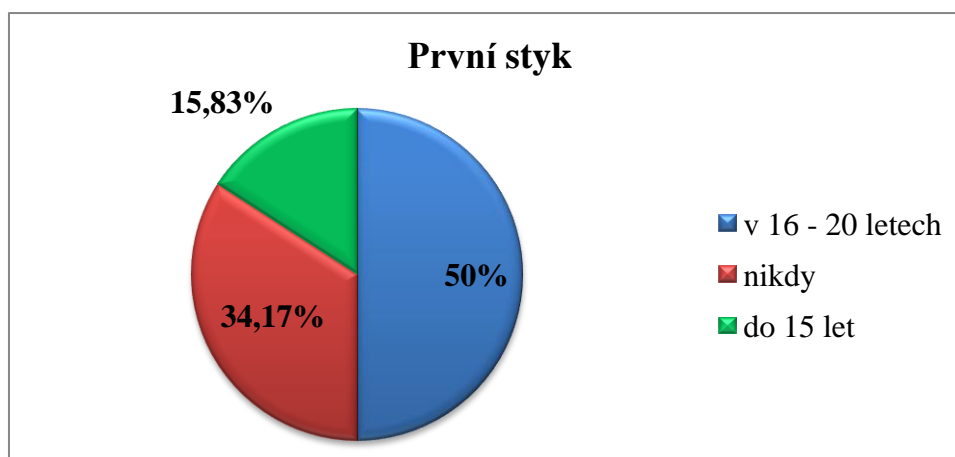
#### 18. První sexuální styk jsem měl/a

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

Tabulka 18 První styk

Odpověď	Počet	%
v 16 - 20 letech	60	50%
nikdy	41	34,17%
do 15 let	19	15,83%

Graf 18 První styk



V případě prvního sexuálního styku je viditelné, že do 15 let mělo první styk 15,83 % dotázaných. Tato otázka má pouze informativní charakter. Brzký sexuální styk má sice svá negativa, ale pro účely této práce není vhodné, kategoricky označit jedince jako rizikového, pokud měl styk například ve 14 letech a jiného jedince jako nerizikového, pokud měl styk v 15 letech. Pro zjištění míry rizika v kategorii sexuálně rizikového chování jsou podstatnější předchozí odpovědi na STD a onemocnění pohlavního systému. A také na otázku o používání antikoncepčních metod. Otázka je doplňující.

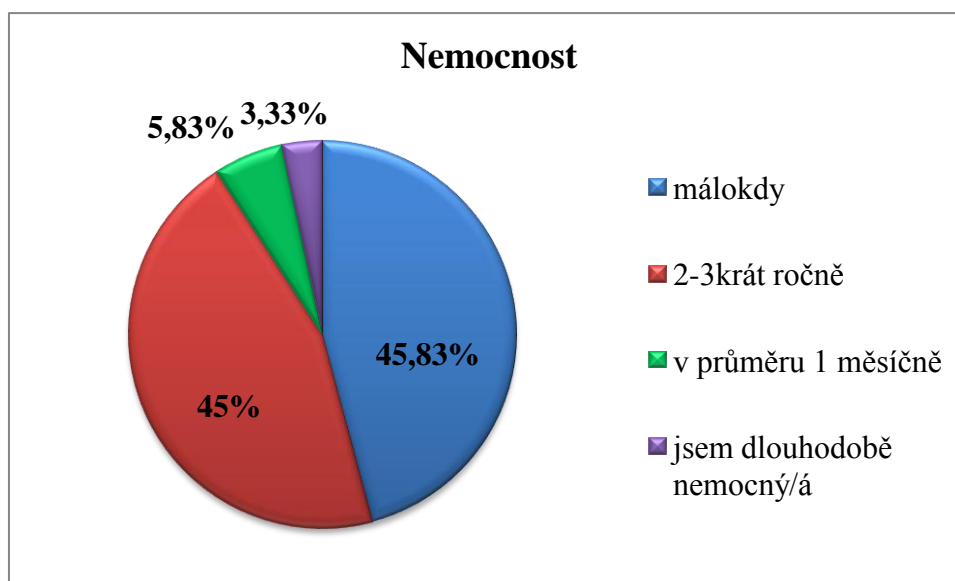
#### 19. Nemocný/á jsem:

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

Tabulka 19 Nemocnost

Odpověď	Počet	%
málokdy	55	45,83%
2-3krát ročně	54	45%
v průměru 1 měsíčně	7	5,83%
jsem dlouhodobě nemocný/á	4	3,33%

Graf 19 Nemocnost



Data z otázky na nemocnost kompletně potvrzují stanovené očekávání. 90,83 % adolescentů je málokdy nemocných, nebo jen 2-3krát ročně. Je jasné, že většina dotázaných je zdravá a nemá zdravotní problémy, což odpovídá realitě. Hraniční je odpověď v průměru 1 měsíčně, kterou uvedlo 5,83 % dotázaných. Otázka je testová. Za odpověď: jsem dlouhodobě nemocný/á, obdrží respondent 1 bod.

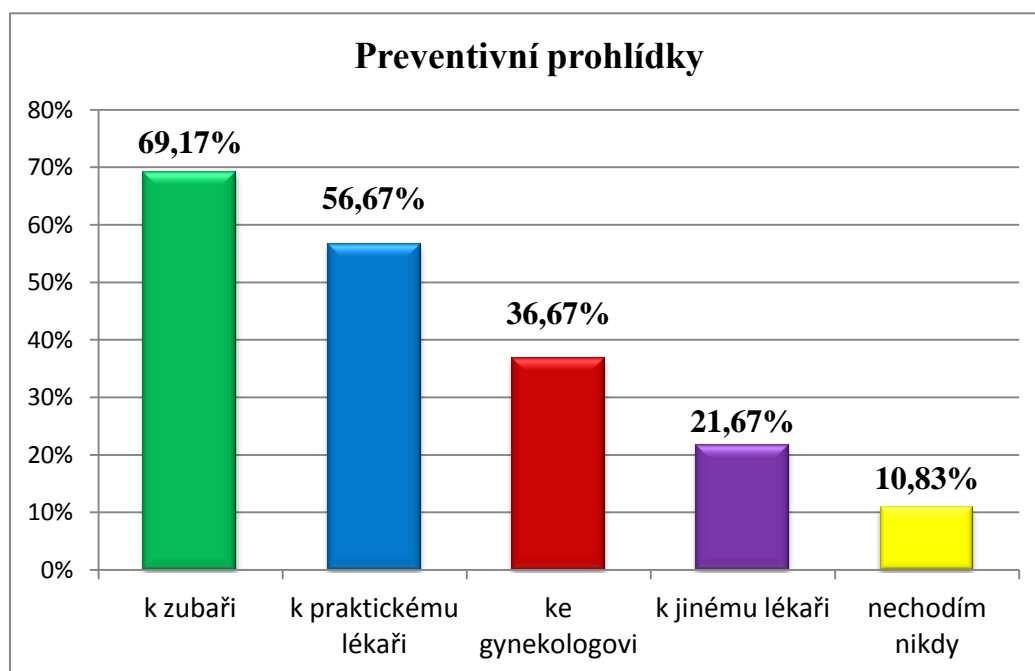
20. Na preventivní prohlídky chodím pravidelně:

(Povinná otázka, respondent musel zvolit alespoň některou z nabízených odpovědí.)

Tabulka 20 Preventivní prohlídky

Odpověď	Počet	%
k zubaři	83	69,17%
k praktickému lékaři	68	56,67%
ke gynekologovi	44	36,67%
k jinému lékaři	26	21,67%
nechodím nikdy	13	10,83%

Graf 20 Preventivní prohlídky



V případě docházky na preventivní prohlídky je zajímavé, že nejvíce pravidelně navštěvovaným lékařem je zubař. Zuby jsou pro adolescenty, v rámci prevence, důležitější než tělo, pravděpodobně díky své estetické funkci. Podle očekávání chodí většina respondentů na prohlídky k praktickému lékaři, ale číslo 56,67 % je velmi nízké a evidentně lékařská prevence není moc oblíbená. Ze 78 žen chodí ke gynekologovi 44. Podle odpovědi na otázku o antikoncepci, kde 43 dívek uvedlo, že někdy použilo hormonální, je jasné, že ke gynekologovi chodí v naprosté většině dívky, které již žijí sexuálním životem. Hormonální antikoncepce je vydávána pouze na předpis gynekologa. Tristní je, že 10,83 % respondentů prevence úplně mívá. Otázka je testová. Za odpověď: nikdy, obdrží respondent 1 bod.



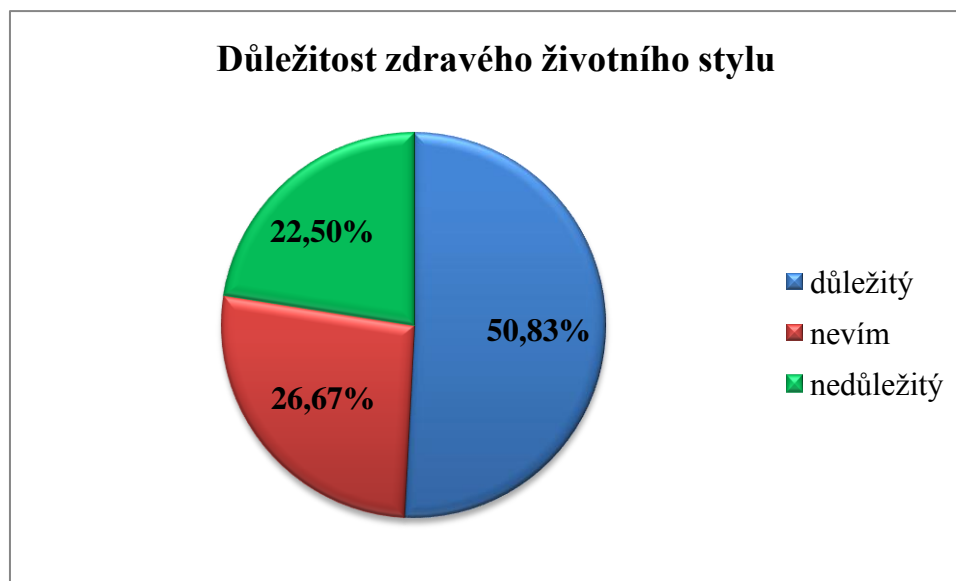
21. Zdravý životní styl je pro mě:

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

Tabulka 21 Důležitost zdravého životního stylu

Odpověď	Počet	%
důležitý	61	50,83%
nevím	32	26,67%
nedůležitý	27	22,50%

Graf 21 Důležitost zdravého životního stylu



U otázky na zdravý životní styl bylo očekávání potvrzeno. Téměř 50 % dotazovaných nepovažuje zdravý životní styl za důležitý. Velké procento u odpovědi nevím, pravděpodobně značí o nízké informovanosti o tom, co vlastně zdravý životní styl představuje. Dalším faktorem může být rozpolcenost respondenta, který na jedné straně zdravý životní styl nedodržuje, ale na druhé straně není přesvědčen, že by pro něj tento druh žití byl nedůležitý. Pro 50,83 % dotázaných je zdravé žití důležité. Otázka je názorová.

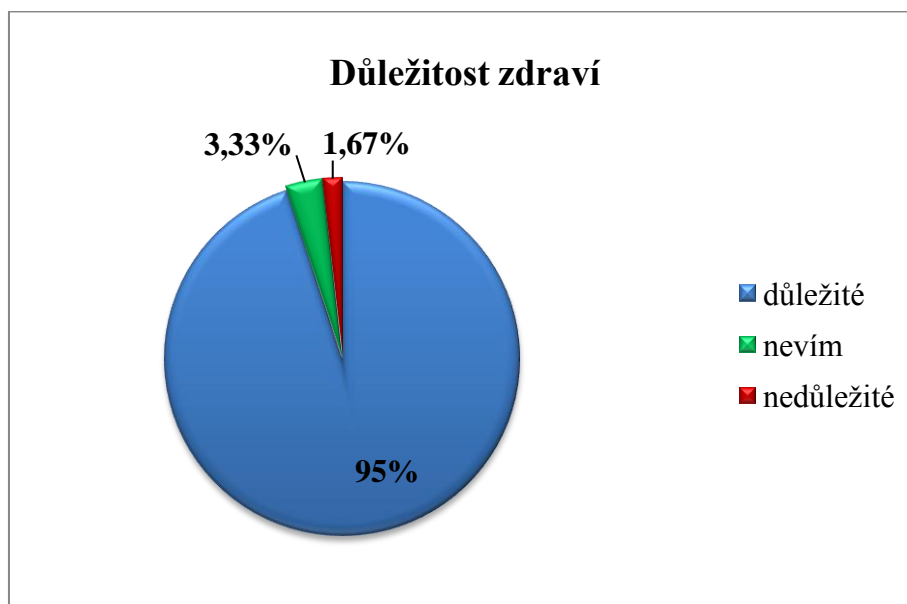
22. Zdraví je pro mě:

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

Tabulka 22 Důležitost zdraví

Odpověď	Počet	%
důležité	114	95%
nevím	4	3,33%
nedůležité	2	1,67%

Graf 22 Důležitost zdraví



Odpovědi na otázku o důležitosti zdraví stvrzují očekávání. Otázka na zdraví byla záměrně uvedena až pod otázkou na zdravý životní styl, aby nedocházelo k uvědomění si paradoxu rozpolcenosti možných odpovědí na obě otázky. Právě jejich vzájemné srovnání je velmi zajímavé. Pro 95 % dotázaných je zdraví důležité, ale zdravý životní styl je důležitý pouze pro 50,83 %. Na jedné straně může tato nerovnováha naznačovat nízkou informovanost adolescentů, na druhé zobrazuje realitu, kdy vědět jak správně žít ještě neznamená, že tak chci žít a žiji. Zarážející je, že pro 2 respondenty zdraví není důležité. Eventuálně bylo možné čekat víc odpovědí: nevím, vzhledem k tomu, kolik dotázaných žije nezdravě. Ale tak velký rozkol jako u otázky na zdravý životní styl nenastal. Otázka je názorová.

23. Myslím si, že jsem na ZŠ byl/a dostatečně informován/a v oblasti sexuální výchovy.

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

Tabulka 23 Informovanost ze ZŠ, sexuální výchova

Odpověď	Počet	%
ano	63	52,50%
ne	41	34,17%
nevím	16	13,33%

Graf 23 Informovanost ze ZŠ, sexuální výchova



Z výsledků je zřejmé, že téměř polovina respondentů si nemyslí, nebo není přesvědčená o opaku, že by byla na ZŠ dostatečně informována v oblasti sexuální výchovy. Údaje tak splňují, ale zároveň silně převyšují očekávání. Názor dotázaných adolescentů na výuku je velmi kritický a poskytuje zajímavý údaj. 52,5 % respondentů je naopak s výukou spokojeno. Otázka je názorová.

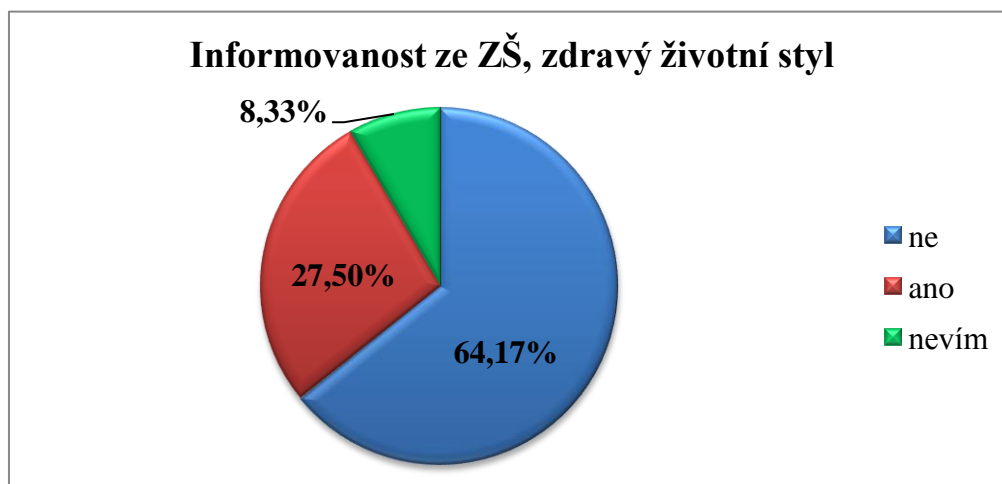
24. Myslím si, že jsem na ZŠ byl/a dostatečně informován/a o zdravém životním stylu.

(Povinná otázka, respondent musel zvolit jednu z nabízených odpovědí.)

Tabulka 24 Informovanost ze ZŠ, zdravý životní styl

Odpo věď	Poč et	%
ne	77	64,17%
ano	33	27,50%
nevím	10	8,33%

Graf 24 Informovanost ze ZŠ, zdravý životní styl



Odpovědi na poslední otázku stvrzují očekávání. 64,17 % dotázaných si nemyslí, že by na ZŠ bylo dostatečně informováno o tom jak zdravě žít. Odpovědi jsou velmi kritické. Při srovnání s tím, pro kolik dotázaných je zdravé žití důležité, je jasné že poptávka po informacích převýšila nabídku. Otázka je názorová.

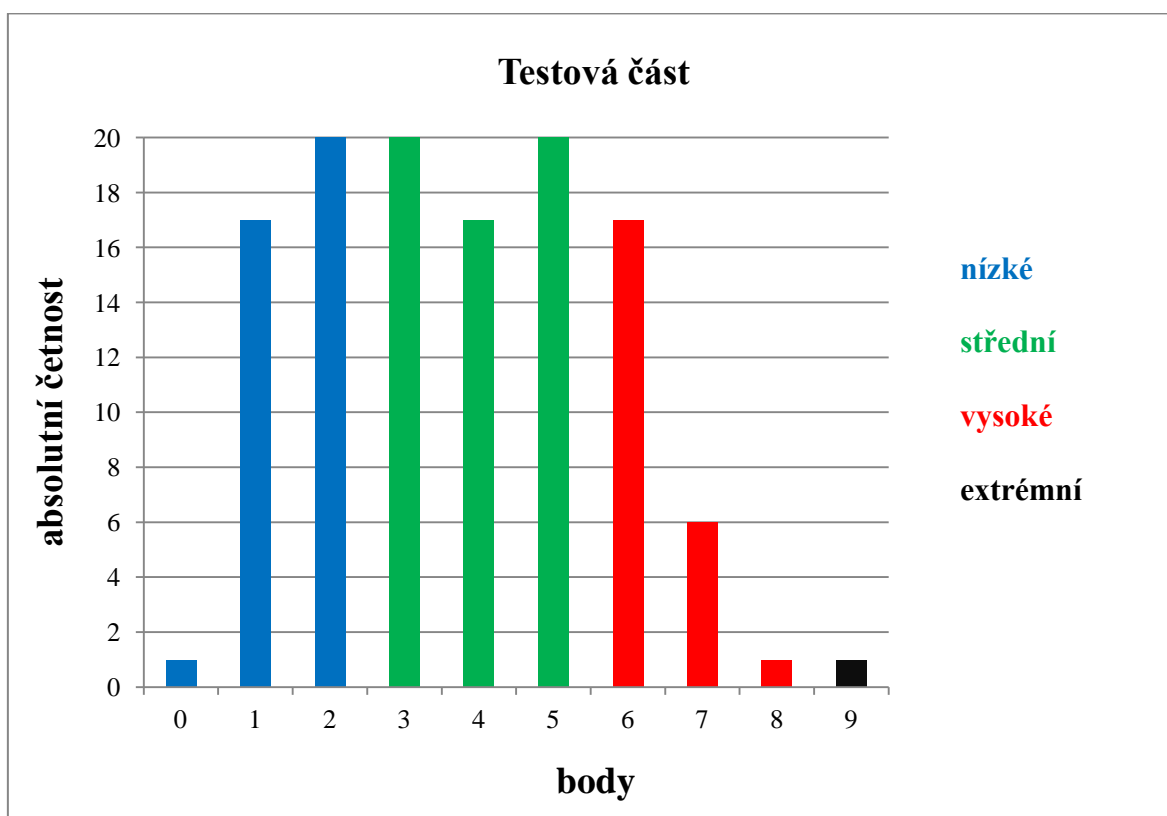
### 5.3.1 Testová část

Testová část dotazníku orientačně hodnotí celkové rizikové chování s možným negativním dopadem na reprodukční zdraví u každého jednotlivce. Odpovědi respondentů na testové otázky byly individuálně vyhodnoceny a podle předem určené míry rizika sestaveny do tabulky. Pro upřesnění uvedeme použitý bodový systém. Bod mohl získat respondent za nevyhovující BMI, kouření marihuany, kouření tabáku, konzumaci alkoholu, užívání drog, nadměrný stres alespoň 1 týdně, špatné stravování, pohybovou aktivitu méně než 3 h. týdně, nepoužití žádné antikoncepce či nepoužití kondomu při styku, STD či chorobu pohlavního ústrojí, dlouhodobou nemocnost a za nechození na preventivní prohlídky. Celkově mohl respondent získat až 12 bodů. Podle počtu získaných bodů se dotázaný nachází v jedné ze 4 rizikových skupin. Pro úplnost je nutné dodat, že 41 respondentů uvedlo, že nikdy nemělo sexuální styk, proto nemohli dosáhnout bodu v otázce č. 14, která mapuje užívání antikoncepce při sexuálním styku v minulosti. Očekávání bylo stanoveno tak, že většina respondentů dosáhne alespoň 3 rizikových bodů.

Tabulka 25 Testová část

Riziko	bodů	četnost	%
nízké	0	<b>1</b>	0,8
	1	<b>17</b>	14,2
	2	<b>20</b>	16,7
střední	3	<b>20</b>	16,7
	4	<b>17</b>	14,2
	5	<b>20</b>	16,7
vysoké	6	<b>17</b>	14,2
	7	<b>6</b>	5,0
	8	<b>1</b>	0,8
extrémní	9	<b>1</b>	0,8
	10	<b>0</b>	0,0
	11	<b>0</b>	0,0
	12	<b>0</b>	0,0

Graf 25 Testová část



Z výsledků je patrné, že většina respondentů dosáhla alespoň 3 rizikových bodů a pohybuje se mimo oblast nízkého rizika. A to konkrétně 68,34 %. Očekávání bylo splněno. 20,83 % dotazovaných dosáhlo 6 a více bodů. V oblasti nízkého rizika se pohybuje 31,67 %. Středního rizika dosáhlo 47,51 % dotazovaných. Na vysoké riziko dosáhlo 20 % adolescentů. Extrémního rizika dosáhl 1 respondent, což není překvapující. Na druhé straně pouze 1 adolescent neobdržel žádný bod. Níže je popsáno, co jednotlivé míry znamenají.

- *Nízké riziko.* (31,67 %). Získání 0–2 bodů znamená umístění v pásmu nízkého rizika. Do budoucna by měl jedinec zlepšit případné bodované sféry svého životního stylu, ale dá se tvrdit, že není nutná radikální změna.
- *Střední riziko.* (47,51 %). Získání 3–5 rizikových bodů je určeno jako středně rizikové. Životní styl dotazovaného se již pohybuje na hraně a je možné, že bude mít dopad na reprodukční zdraví. Do budoucna je nutné se pokusit změnit styl žití, alespoň v některých složkách.
- *Vysoké riziko.* (20 %) Získání 6–8 bodů značí vysokou rizikovost životního stylu. Jednotlivé kategorie samostatně již tak působí negativně, ale jejich společné působení v takovém množství, je do budoucna vysoce nebezpečné.

Je pravděpodobné, že respondent s tímto počtem bodů bude mít nyní, nebo v blízké budoucnosti problémy s reprodukčním zdravím. U těchto jedinců je nutné radikálně změnit životní styl. Také by bylo vhodné se jim dále věnovat a zjistit podrobnější informace k jednotlivým kategoriím.

- *Extrémní riziko.* (0,83 %) Získání 9–12 bodů ukazuje, že jedinec má zažitý silně nezdravý životní styl s nízkou kvalitou života. Je pravděpodobné, že se u takto rizikového adolescenta již vyskytují četné zdravotní problémy a pokud bude stejným způsobem pokračovat dále, hrozí mu další poškození zdraví s dlouhodobými následky.

## 5.4 Vyhodnocení

Výsledky výzkumu, ve valné většině, potvrdily stanovená očekávání. Praktická část práce, tak nepřináší nijak oslnivé a nové poznatky, pouze upozorňuje na dané problémy z jiné perspektivy. Zjištění jsou spíše negativní zprávou, neboť stvrzují nepěkný pohled do budoucna v oblasti reprodukčního zdraví zkoumané adolescentní generace. Existují pouze dvě oblasti, vykazující jiné než určené předpoklady. A to stravování, které se o 5 % posunulo do pozitivna. A také doplňující otázka pro oblast aktivního pohybu, kde rekreační a závodní sportování překonalo nespportující a sportující pouze v rámci tělesné výchovy. Bohužel obě otázky nejsou nijak zásadní a stravování bylo pravděpodobně posunuto do zdravé sféry díky faktu, že dotazník vyplnilo více žen a to, že respondenti sportují rekreačně, nevymaže fakt, že většina z nich se pohybuje nedostatečně. Důležité výsledky přinesla testová část dotazníku, která zobrazuje mnohočetnost negativních vlivů u většiny dotázaných jednotlivců. Podnětné jsou také odpovědi na názorové otázky, které nám přinášejí vhled do myšlení adolescentů v oblasti rizik pro reprodukční zdraví.

Při kompletním shrnutí získáme několik podstatných poznatků. Většina dotazovaných chce děti až po 25 roce života, někteří dokonce až po 30 roce. Většina žije nezdravě nejméně ve třech zkoumaných oblastech. O zdravý životní styl téměř polovina nejeví zájem, nebo pro ně není důležitý. Na druhé straně se našel jeden respondent, který žije velmi zdravě a přibližně 30 % respondentů vykazuje rizikové formy životního stylu pouze v 1-2 oblastech. Dále lze tvrdit, že adolescenti jsou zdraví a zdraví považují za důležité. Zlom nastává při aplikaci názorů a do praxe. Individuální prevence pokulhává, informovanost také, životní styl většiny zdravý rozhodně není. Proč tomu tak je může mít mnoho vysvětlení. Do určité míry má právě aktuální dobrý zdravotní stav, který je důsledkem mladistvé odolnosti, demotivující charakter. Velkou roli hrají i rizikové

a protektivní faktory vzniku rizik. Je také možné, že si většina adolescentů ani neuvědomuje, že by jejich chování mohlo mít na reprodukční zdraví vliv. Vzhledem k faktu, že se věk pro zahájení snažení o dítě neustále zvyšuje, je jasné, že svůj životní styl budou hodnotit až zpětně, i 10–20 let poté. Pro zajímavější výsledky by byla nutná rozsáhlá šetření, která by zkoumala chování jednotlivců od dospívání po pokusy o početí a případné početí. Poutavé by také bylo dále sledovat respondenty vzhledem k dosaženým výsledkům v testu míry rizika. Do budoucna by se jedinci s více body měli potýkat s poruchami plodnosti častěji, než ti co dosáhli nižších čísel.

Pro srovnání výsledků s odbornou literaturou chybí právě ta literatura, která by zkoumala životní styl a jeho následky pro reprodukční zdraví v adolescenci. Mnoho článků, prací a knih je zaměřeno pouze na určité oblasti, nebo je do nich více zakomponován vliv prostředí. Velmi unikátně se vyskytne studie zaměřená na muže. Často je také styl žití podceňován a poruchy jsou zkoumány pouze z medicínského pohledu. Avšak je možné konstatovat, že výsledky z jednotlivých oblastí potvrzují informace získané z literatury.

Zajímavé poznatky přinášejí výsledky zkoumání do praxe. V oblasti prevence je evidentně velký prostor pro zlepšení. Názory, že informace ze sexuální výchovy a výchovy ke zdravému životnímu stylu nebyly na základní škole předány dostatečně, má vysoké množství dotazovaných. Stejně tak vysoké procento respondentů žije nezdravě v jedné i ve více sférách. Není však moudré tvrdit, že za všechno špatné může nedostatečná prevence. Za styl svého žití si adolescent ve velké míře zodpovídá sám. Pro praxi je především nutné, aby pedagog předal odborné informace jednoduchou formou tak, aby každý jedinec ze základní školy odcházel jako poučený v oblasti reprodukčního zdraví, jak je podrobně rozebráno v teoretické části práce.

## Závěr

Cílem této práce bylo teoreticky popsat rizika pro reprodukční zdraví a prakticky zkoumat jejich rozložení v adolescentní populaci. Dílčím záměrem bylo získání cenných informací o problematice reprodukčního zdraví, které by mohly sloužit studentům pedagogických a zdravotnických oborů, učitelům výchovy ke zdraví i veřejnosti.

V teoretické části byl velký prostor věnován adolescenci. Rozebrán byl termín samotný, biopsychosociální vývoj a styl žití. Význam byl kladen zejména na negativní stránky životního stylu. Druhá část se věnovala reprodukčnímu zdraví, které se jako důležitá součást zdraví stále pouze dostává do povědomí širší veřejnosti. Důraz byl kladen na poruchy reprodukčního zdraví, které vznikají následkem rizikového životního stylu. Práce se zaměřila i na zhodnocení výuky výchovy k reprodukčnímu zdraví. Třetí a zároveň stěžejní část popisovala rizika pro reprodukční zdraví vznikající nezdravým a rizikovým životním stylem adolescentů. Okrajově byly zmíněny faktory vzniku rizik. Poté byly detailně prozkoumány jednotlivé jevy. Prostor byl věnován sexuálně rizikovému chování, kouření tabáku, konzumaci alkoholu, kouření marihuany, nesprávné výživě, pohybové aktivitě a stresu. Všechny jevy byly definovány, rozebrány, posouzeny a důraz byl kladen na jejich negativní působení na zdraví a reprodukční zdraví. Poslední úsek teoretické části se zabýval prevencí. Bylo detailně rozepsáno, jaká prevence by měla být používána, aby nedocházelo k výskytu a růstu negativních jevů u adolescentů. Vysvětlen byl minimálně preventivní program, který je základním prvkem prevence na školách. Za konečnou fázi prevence byla označena péče o reprodukční zdraví.

Získané výsledky z praktické části prozradily většinou očekávané, ale v mnohém zajímavé informace. V několika aspektech došlo k překvapivým zjištěním. Výsledky byly tabulkově a graficky zpracovány. V tabulkách byla data, pro přehlednost, seřazena sestupně podle četností. Šetření poskytlo poutavý vhled do zkoumané problematiky. Bylo zařazeno několik otázek pro doplnění a některé přinesly i názory dotazovaných adolescentů. Podnětné bylo testové vyhodnocení, které zobrazuje četnost rizik u jednotlivých respondentů. Výsledné poznatky byly posouzeny a interpretovány.

Domníváme se, že cíle práce byly naplněny. Získali jsme přehled o rizicích pro reprodukční zdraví v období adolescence. Data z výzkumu nám poskytla cenné informace o životním stylu respondentů. Do budoucna věříme, že reprodukční zdraví bude více diskutovaným tématem, než je tomu dnes. A doufáme, že se výchova ke zdraví a podobné předměty, stanou důležitějšími.



## Resumé

Bakalářská práce se zabývá riziky pro reprodukční zdraví v období adolescence, která vznikají v souvislosti s životním stylem. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretickém úseku, jsou detailně rozebrány důležité pojmy. Adolescence, reprodukční zdraví, rizika pro reprodukční zdraví a prevence. Pro praktickou část je využit dotazník. Získané odpovědi přinášejí vhled do životního stylu respondentů. Zkoumanými oblastmi jsou návykové látky, rizikové sexuální chování, pohybová aktivita, prevence, zdravotní stav, stravování a stres. Některé otázky také poskytují názory dotazovaných na zkoumanou problematiku. Součástí výzkumu je test rizik pro reprodukční zdraví, který sleduje četnost nežádoucích jevů u každé individuality. Na závěr, jsou všechny výsledné poznatky vyhodnoceny a interpretovány.

## **Summary**

This bachelor thesis deals with the reproductive health risks during the period of adolescence. These risks originate according to a life style. There are two parts in this work – theoretical and practical. In the theoretical section, the important concepts are discussed. Adolescence, reproductive health, reproductive health risks and prevention. For the practical part of this work the questionnaires were used. The responses give us the idea of respondents' life style. The area of interest involves addictives, risky sexual behaviour, physical activity, prevention, health, diet and stress. Some of the questions also provide the respondents' opinions on this subject. The research also involves a test of the risks for the reproductive health, which monitors the amount of the adverse effects among the individuals. At the end, the results are discussed.

## Literatura

- ČÁP, Jan, MAREŠ, Jiří, *Psychologie pro učitele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8463-X.
- ČECH, Evžen. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 432 s. ISBN 80-716-9355-3.
- DOLEJŠ, Martin. *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. 1. vyd. 2010, 189 pages. ISBN 978-802-4426-426.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.
- HATCHER, Robert A. et al. *Contraceptive technology*. 19th ed. New York, NY: Ardent Media, 2008. ISBN 15-970-8001-2.
- JANIŠ, Kamil. *Sexuální výchova včera, dnes a zítra*. Editor Miroslav MITLÖHNER, STAROSTA, Štěpán. Moravský regionální kongres k sexuální výchově a II. krajská konference k primární prevenci sociálně patologických jevů. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008, s. 1 – 45, ISBN 978-80-7041-622-8.
- JIHOČESKÁ UNIVERZITA, Zdravotně sociální fakulta a [editor] Hana KONEČNÁ. *Reprodukční zdraví 2005: co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005, 141 s. ISBN 80-704-0765-4.
- JITKA MACHOVÁ, Jana HAMANOVÁ. *Reprodukční zdraví v období dospívání*. Vyd. 1. Jinočany: H, 2002. ISBN 80-860-2294-3.
- KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110.
- KALMAN, Michal a kol. *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků: na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010 v rámci mezinárodního projektu "Health behaviour in school-aged children: WHO collaborative cross-national study (HBSC)"*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011, 1 CD-ROM. ISBN 978-80-244-2985-4.
- KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 215 s. ISBN 978-807-3673-833.
- KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Vodní dýmka - nebezpečný módní trend našich adolescentů*. Československá pediatrie, 2005, 60(12), s. 696-699. ISSN 0069-2328.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. vyd. 1. Praha: Grada - Avicenum, 1994, 190 s. ISBN 80-716-9121-6.

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. vyd. 3. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-807-3675-684.
- KYRIACOU, Chris. *Řešení výchovných problémů ve škole*. Vyd. 1. Překlad Dagmar Tomková. Praha: Portál, 2005, 151 s. Pedagogická praxe. ISBN 80-717-8945-3.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1998, 343 s., obr. ISBN 80-716-9195-X.
- MACEK, Petr. *Adolescence: Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 207 s. ISBN 80-717-8348-X.
- MACEK, Petr. *Adolescence*. 2., upr. vyd. Praha: Portál, 2003, 141 s. ISBN 80-717-8747-7.
- MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ a kol. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 291 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.
- MATUŠ, Vladimír a Pavla BEDNÁŘOVÁ. *Metodika výuky výchovy ke zdraví na 2. stupni základních škol z pohledu pedagogické praxe - náměty pro začínajícího učitele*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009, 78 s. ISBN 978-80-7368-434-1.
- MIOVSKÝ, Michal et al. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Centrum adiktologie, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7.
- MIOVSKÝ, Michal a kol. *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy*. Vyd. 1. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012, 100 s. ISBN 978-80-87258-74-3.
- MŠMT, *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže č. j. 21291/2010-28*, 2010.
- NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznávat a jak je zvládat*. 5. revidované vydání. Praha: Sportpropag, 2003, 80 s.
- SELYE, Hans. *Život a stres*. Bratislava: Obzor, 1966. 460 s. + 4 s. přílohy.
- SOVINOVÁ, Hana a Ladislav CSÉMY. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 96 s. ISBN 80-707-1230-9.
- UZEL, Radim. *Sexuální výchova u nás a v Evropě*. In: 4. kongres k sexuální výchově. Praha: SPRSV, 1996.
- ÚZIS, *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice. EHIS 2008*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2011, 240, 32 p. ISBN 80-728-0916-4.

ÚZIS, *Pohlavní nemoci 2011*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012, 40. s. ISBN 978-80-7472-006-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-717-8308-0.

VONDRUŠKA, Vladimír a Karel BARTÁK. *Pohybová aktivita ve zdraví a v nemoci*. Hradec Králové: Klinika tělovýchovného lékařství FN a LFUK, 1999, 28 s. Poradna zdravého životního stylu. ISBN 80-238-4536-5.

WASSERBAUER, Stanislav. *Výchova ke zdraví pro vyšší zdravotnické školy a střední školy*. 3., upr. a rozš. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav ve spolupráci s Krajskou hygienickou stanicí Jihlava, 2001, 47 s. ISBN 80-707-1172-8.

## Internetové zdroje

ČSÚ. *Věk matky při narození dítěte se stále zvyšuje*. [online]. 2007. vyd. [cit. 2013-10-11].

Dostupné z:

[http://www.czso.cz/x/redakce.nsf/i/vek\\_matky\\_pri\\_narozeni\\_ditete\\_se\\_stale\\_zvysuje](http://www.czso.cz/x/redakce.nsf/i/vek_matky_pri_narozeni_ditete_se_stale_zvysuje)

ČSÚ. *Narození podle věku matky, pohlaví a pořadí narození*. [online]. 2009. vyd. [cit. 2013-10-12]. Dostupné z:

[http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/4E002A0A5A/\\$File/401909rd03.pdf](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/4E002A0A5A/$File/401909rd03.pdf)

ČSÚ. *Věk matek dětí narozených v roce 2011*. [online]. 2012. vyd. [cit. 2013-10-11].

Dostupné z:

[http://www.czso.cz/xb/redakce.nsf/i/vek\\_matek\\_deti\\_narozenyh\\_v\\_roce\\_2011](http://www.czso.cz/xb/redakce.nsf/i/vek_matek_deti_narozenyh_v_roce_2011)

ČSÚ. *Potratovost*. [online]. 2013. vyd. [cit. 2013-10-12]. Dostupné z:

[http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/D600220570/\\$File/400713a5.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/D600220570/$File/400713a5.pdf)

CALLAWAY, Ewen. Fathers bequeath more mutations as they age. *Nature*. 2012-8-22, vol. 488, issue 7412, s. 439-439. DOI: 10.1038/488439a. Dostupné z:

<http://www.nature.com/doifinder/10.1038/488439a>

HADAČOVÁ, Ivana. Trombóza a hormonální antikoncepce u mladistvých dívek.

*Pediatric pro praxi*. 2012, 13(4), s. 225-226. ISSN 1213-0494. Dostupné z:

<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/04/02.pdf>

KORIMOVÁ, Lucie. *Životní styl adolescentů (15 – 20 let). Výsledky průzkumu*. [online]. 2014. vyd. [cit. 2014-1-31]. Dostupné z:

<http://www.vyplnto.cz/realizovane-pruzkumy/zivotni-styl-adolescent-zdra/>

PAPEŽOVÁ, Hana. Ženy s poruchou příjmu potravy a těhotenství. *Moderní babičtví*.

2004, č. 5. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-5/?pdf=123>

ÚZIS. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky: Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR – EHIS CR*. [online]. 2010.vyd. [cit. 2013-12-01]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/en/system/files/70\\_10.pdf](http://www.uzis.cz/en/system/files/70_10.pdf)

ÚZIS. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky: Činnost oboru gynekologie a péče o ženy v roce 2012*. [online]. 2013. vyd. [cit. 2013-11-23]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_23\\_0.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_23_0.pdf)

ZVĚŘINA, Petr, Jaroslav, WEISS. *Sexuální chování v ČR: Srovnání výzkumů z let 1993, 1998, 2003 a 2008*. DEMA, a.s. [online]. 2009. vyd. [cit. 2013-10-11]. Dostupné z: <http://mep.zverina.cz/files/103-sexualni-chovani-v-cr-srovnani-vy-zkumu-z-let-1993-1998-2003-a-2008.pdf>

VAN DER STEEG et al. Obesity affects spontaneous pregnancy chances in subfertile, ovulatory women. *Human Reproduction*. 2007-12-14, vol. 23, issue 2, s. 324-328. DOI: 10.1093/humrep/dem371. Dostupné z: <http://humrep.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1093/humrep/dem371>

WHO. *WHO Definition of Health*. [online]. 1948 [cit. 2013-10-11]. Dostupné z: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WISCHMANN, Tewes H. Psychogenic Infertility—Myths and Facts. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. 2003, vol. 20, issue 12, s. 485-494. DOI: 10.1023/B:JARG.0000013648.74404.9d. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1023/B:JARG.0000013648.74404.9d>

## Seznam tabulek

Tabulka 1 Věk.....	45
Tabulka 2 Pohlaví .....	46
Tabulka 3 Status.....	46
Tabulka 4 BMI.....	47
Tabulka 5 Kouření marihuany .....	48
Tabulka 6 Kouření tabáku.....	49
Tabulka 7 Konzumace alkoholu .....	49
Tabulka 8 Užívání drog .....	50
Tabulka 9 Pociťování stresu .....	51
Tabulka 10 Nejvíce stresující prostředí .....	52
Tabulka 11 Stravování .....	53
Tabulka 12 Aktivní pohyb .....	54
Tabulka 13 Sport.....	55
Tabulka 14 Antikoncepce .....	55
Tabulka 15 Počet partnerů .....	56
Tabulka 16 Vlastní děti.....	57
Tabulka 17 STD a choroby pohlavního ústrojí.....	58
Tabulka 18 První styk .....	59
Tabulka 19 Nemocnost .....	60
Tabulka 20 Preventivní prohlídky .....	61
Tabulka 21 Důležitost zdravého životního stylu .....	62
Tabulka 22 Důležitost zdraví .....	62
Tabulka 23 Informovanost ze ZŠ, sexuální výchova.....	63
Tabulka 24 Informovanost ze ZŠ, zdravý životní styl.....	64
Tabulka 25 Testová část.....	65

## Seznam grafů

Graf 1 Věk.....	45
Graf 2 Pohlaví .....	46
Graf 3 Status .....	47
Graf 4 BMI.....	47
Graf 5 Kouření marihuany .....	48
Graf 6 Kouření tabáku .....	49
Graf 7 Konzumace alkoholu .....	50
Graf 8 Užívání drog .....	51
Graf 9 Pociťování stresu .....	52
Graf 10 Nejvíce stresující prostředí .....	53
Graf 11 Stravování.....	53
Graf 12 Aktivní pohyb .....	54
Graf 13 Sport.....	55
Graf 14 Antikoncepce .....	56
Graf 15 Počet partnerů .....	57
Graf 16 Vlastní děti.....	58
Graf 17 STD a choroby pohlavního ústrojí.....	59
Graf 18 První styk.....	59
Graf 19 Nemocnost.....	60
Graf 20 Preventivní prohlídky .....	61
Graf 21 Důležitost zdravého životního stylu .....	62
Graf 22 Důležitost zdraví.....	63
Graf 23 Informovanost ze ZŠ, sexuální výchova.....	64
Graf 24 Informovanost ze ZŠ, zdravý životní styl.....	64
Graf 25 Testová část .....	66