

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Znalosti laické veřejnosti v oblasti reprodukčního zdraví

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce :
doc. PhDr. Ing. Hana Konečná, Ph.D.

Autor :
Lenka Zemanová

4. května 2012

Knowledge of non-professional public in the field of reproductive health

I have chosen the topic “Knowledge of non-professional public in the field of reproductive health” for my bachelor thesis because I am thoroughly interested in this field, and that I find it an increasingly topical question.

The theoretical part of the thesis deals with anatomy of reproductive organs, infertility issues, irregularities and pathologies in pregnancy, sexually transmitted diseases, inflammatory gynaecologic diseases and other negative influences on reproductive health. The remaining part of the theory is represented by prevention in the field of reproductive health and the role of midwives in this field. Nursing care in this field deals in particular with education, and for this reason, the midwife - educator is also mentioned here.

The objective of this bachelor thesis is to find out what level of knowledge the non-professional public have in the field of reproductive health and, further, whether the non-professional public are interested in extending their knowledge in this field. The further, partial objectives were to compare the knowledge between women and men, as well as to find out whether people look after their reproductive health.

To compile the practical part of the bachelor thesis I used the method of the quantitative research. The collection of data was conducted by means of questionnaires. The questionnaire was anonymous and consisted of 25 questions, which were closed, semi-closed and open. The research set for the quantitative research was made up of the non-professional public. They were women and men from the Region of South Bohemia in the age category of 18 – 60 years, with a various level of education. The total set consisted of 95 (100 per cent) respondents.

The result of the quantitative research has shown that the knowledge of the non-professional public in the field of reproductive health can be considered satisfactory. The comparison of knowledge in women and men has proved a slightly better knowledge in women. We have further found out that the non-professional public are interested in extending their knowledge in this field.

Despite the fact that people possess knowledge in the field of reproductive health, as has been proved by this research, they do not behave in accordance with their knowledge. A number of individuals do not look after their health. Looking for instruments to motivate people to take better care of their health would exceed the scope of this thesis, and thus it remains for further researchers.

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum

.....

Podpis studenta

Touto cestou bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Ing. Haně Konečné, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při psaní této bakalářské práce. Dále chci poděkovat svým blízkým za trpělivost a podporu při dokončování práce.

OBSAH

Úvod	8
1 SOUČASNÝ STAV	10
1.1 <i>Anatomie a fyziologie reprodukčních orgánů ženy</i>	10
1.2 <i>Anatomie a fyziologie reprodukčních orgánů muže</i>	12
1.3 <i>Nejčastější poruchy reprodukčního zdraví</i>	13
1.3.1 Neplodnost	15
1.4 <i>Faktory poškozující reprodukční zdraví</i>	18
1.4.1 Sexuálně přenosné choroby (STD)	19
1.4.1.1 <i>Kapavka</i>	19
1.4.1.2 <i>Syfilis</i>	21
1.4.1.3 <i>Urogenitální chlamydiové infekce</i>	23
1.4.1.4 <i>Herpes genitalis</i>	24
1.4.1.5 <i>Lidský papilomavirus</i>	25
1.4.1.6 <i>HIV infekce</i>	26
1.4.2 Zánětlivá onemocnění ženských pohlavních orgánů	28
1.4.3 Další negativní vlivy	30
1.5 <i>Prevence v oblasti reprodukčního zdraví</i>	31
1.5.1 Role porodní asistentky v prevenci gynekologických zánětů a STD	33
1.6 <i>Porodní asistentka edukátorka</i>	35
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	37
2.1 <i>Cíle práce</i>	37
2.2 <i>Hypotézy</i>	37
3 METODIKA	38
3.1 <i>Použitá metodika</i>	38
3.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	38
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	41
4.1 <i>Analýza dotazníků</i>	41
5 DISKUZE	55

6 ZÁVĚR	62
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	64
8 KLÍČOVÁ SLOVA.....	67
9 PŘÍLOHY	68

ÚVOD

Reprodukční zdraví není samozřejmou kvalitou, o kterou žena nebo muž nemusejí pečovat. Schopnost rozmnožování může být v průběhu života narušena či poškozena. Nejdůležitější v boji proti poškození reprodukčního zdraví je prevence.

Znalosti v oblasti reprodukčního zdraví jsou důležité pro správný vývoj pohlavních orgánů, pro prevenci před předčasným pohlavním stykem, před nežádoucím otěhotněním, před různými gynekologickými záněty a sexuálně přenosnými chorobami.

Mezi tyto znalosti by měly patřit správné návyky hygieny pohlavního ústrojí, intimní hygieny v době menstruačního krvácení a během pohlavního života, znalosti o lidské reprodukci, plánování rodičovství a znalosti o rizicích předčasného a neukázněného pohlavního života.

Hlavními cíli zdravotnické péče je nejen nepřítomnost nemoci, ale i podpora zdraví a prevence nemocí. Náplň práce porodní asistentky není pouze samostatná ošetrovatelská péče, ale rovněž edukace a podpora výchovy k reprodukčnímu zdraví. Všechny edukační činnosti, které porodní asistentka koná ve své praxi, se vztahují k reprodukci a reprodukčnímu zdraví.

Porodní asistentka by měla být připravena a schopna na toto téma otevřeně hovořit, protože se na ni mohou ženy a jejich rodiny obrátit se svými potížemi či pouhými dotazy dříve než na svého gynekologa.

Teoretická část práce je věnována anatomii reprodukčních orgánů, problematice neplodnosti, nepravidelnostem a patologiím těhotenství, sexuálně přenosným chorobám, zánětlivým gynekologickým onemocněním a dalším negativním vlivům na reprodukční zdraví. Zbylou část teorie zastupuje prevence v oblasti reprodukčního zdraví a role porodní asistentky v ní. Ošetrovatelská péče se v této oblasti zabývá zejména výchovou (edukací), a proto se zde zmiňujeme i o porodní asistentce edukátorce.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit nejen úroveň znalostí laické veřejnosti v oblasti reprodukčního zdraví, ale i její zájem o rozšíření těchto znalostí. Dalšími dílčími cíli bylo zjistit, zda lidé pečují o své reprodukční zdraví, a porovnat mezi sebou znalosti žen a mužů.

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že mě tato tematika velmi zajímá a pokládám ji za stále více aktuální. Neustále narůstá počet sexuálně přenosných chorob jak v republikovém, tak i v celosvětovém měřítku, také s neplodností se potýká stále více párů a gynekologické záněty jsou pořád nejčastějším důvodem návštěvy žen u gynekologa.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a fyziologie reprodukčních orgánů ženy

Rozmnožování neboli reprodukce patří k jedním ze základních projevů lidského života. Rozmnožováním vzniká nová generace jedinců, která umožňuje další trvání rodu. V lidském těle tuto funkci plní pohlavní (reprodukční) systém. Ten u ženy zabezpečuje několik základních funkcí: zrání vajíček, produkci pohlavních hormonů, uskutečnění pohlavního spojení a vytvoření vhodného prostředí pro vývoj plodu a jeho porod (13, 16).

K reprodukčnímu systému ženy patří vnější a vnitřní pohlavní orgány (Příloha 1) a mléčná žláza (7).

Vnější pohlavní orgány ženy, vulvu, tvoří několik orgánů.

Pahrbek stydký (hrma, mons veneris) je polštářovitá tkáň vyplněná tukem vpředu nad sponou stydkou. Kůže hrmy je pokryta tuhou kůží s pubickým ochlupením a četnými mazovými a potními žlázami.

Velké stydké pysky (labia majora) jsou kožní tukové řasy též pokryté ochlupením po stranách poševního vchodu. Přiléhají k sobě a tvoří tak rýhu stydkou (rima pudendi). Velké stydké pysky na vnitřní straně přecházejí v menší slizniční řasy malých stydkých pysků (labia minora). Stydké pysky obemykají poševní předsín, močovou trubici a poštvěvček (clitoris). Poštěvček je pokryt velmi jemnou sliznicí a obsahuje topořivá tělesa. Je to eroticky nejcitlivější orgán ženy.

Za poševní předsíní je vchod poševní, při kterém jsou ústí párové Bartholinské žlázy produkující sekret, který zvlhčuje poševní vchod, a panenská blána (hymen).

Hymen je slizniční duplikatura různých tvarů s vytvořeným otvorem pro odchod menstruační krve.

Přepážka mezi poševním a řitním otvorem se nazývá hráz. Je tvořena kůží, podkožím a svalovinou (13, 16, 22).

K *vnitřním pohlavním orgánům* ženy patří vaječníky, vejcovody, děloha a pochva.

Vaječníky (ovaria) jsou párové pohlavní žlázy velikosti vlašského ořechu. Leží na bočních stěnách pánevní dutiny, kam jsou připevněny řasou pobřišnice a vazy. Vaječníky jsou bělavé barvy a do puberty je jejich povrch hladký. Později je v důsledku dozrávání folikulů hrboletý. Ovaria se skládají z tenkého vazivového obalu, kůry a dřene.

Dřeň ovaria je tvořena vazivem, cévami a nervy. Zajišťuje látkovou výměnu.

Kůra ovaria obsahuje několik folikulů v různém stadiu vývoje. Již při narození jsou zde uložena nazralá vajíčka, oocyty. Dozrávání vajíček probíhá až od puberty. V době pohlavní zralosti prodělává folikul cyklické změny (ovariální cyklus). Během jednoho cyklu se jeden folikul změní z primordiálního až na Graafův folikul, ve kterém dozrává vajíčko a tvoří se ženské pohlavní hormony. Dozrávajícím folikul produkuje estrogeny a po přeměně na žluté tělísko vytváří progesteron. Vyplavení vajíčka z Graafova folikulu se nazývá ovulace. Uvolněné vajíčko putuje vejcovody do dělohy.

Vejcovody jsou tenké vícevrstevné trubice dlouhé asi 8-10 cm, které vybíhají z děložních rohů k vaječnickům. K vaječnickům jsou obráceny nálevkovitými konci s prstovitými výběžky, které se volně otvírají do dutiny břišní a zachytávají vajíčko. Stěny vejcovodů se skládají ze tří vrstev: vnitřní sliznice s řasinkovým epitelem, střední vrstvy z hladké svaloviny a zevně jsou kryty serózou. Hlavní funkcí vejcovodů je transport vajíčka do dělohy. K případnému oplození vajíčka dochází zde.

Děloha je dutý orgán hruškovitého tvaru uložený v centru pánve. Slouží k uhnízdění vajíčka a k vývoji zárodku. Dělohu můžeme rozdělit na dvě části: tělo (corpus) a hrdlo (cervix uteri). Mezi těmito dvěma částmi je spojovací úsek isthmus uteri, který plní svou funkci při porodu, kdy se stává dolním děložním segmentem.

Tělo děložní má přední a zadní stěnu, které se spojují hranami a v horní části dnem děložním, fundem. Fundus je do stran protažen v rohy děložní, kde odstupují vejcovody. Děložní dutina je vystlána sliznicí – endometriem. V době pohlavní zralosti prodělává endometrium cyklické změny (společně s vaječnickem), které se nazývají menstruační cyklus. Funkcí menstruačního cyklu je příprava děložní sliznice na uhnízdění oplozeného vajíčka. Pokud oocyt není oplozen, odumírá vrchní vrstva sliznice a odchází společně s neoplozeným vajíčkem pochvou ven.

Střední vrstva děložní stěny je tvořena děložní svalovinou – myometriem. Celou dělohu pokrývá serózní vrstva - perimetrium. Děložní hrdlo má válcovitý tvar, je rozdělen na část supravaginální a vaginální. Vaginální části se často říká děložní čípek, kde vyústí kanál děložního hrdla, který spojuje dutinu děložní s pochvou. Kanál hrdla je pokryt cylindrickým epitelem a vnější část obrácená do pochvy je pokryta dlaždicovým epitelem.

Pochva spojuje děložní dutinu se zevními pohlavními orgány. Je to svalovitá trubice dlouhá cca 8-10 cm, která se upíná na děložní hrdlo. Pochva je velmi pružná a poddajná. Slouží jako vývodná cesta, k pohlavnímu spojení a za porodu jí prochází plod při vypuzování z dělohy. V pochvě je kyselé prostředí, které slouží jako ochrana proti choroboplodným zárodkům (13, 16, 22, 7).

Mléčná žláza je největší kožní žlázou v těle. Prs je párový orgán, ve kterém je tato žláza uložena. Žláza je pod kůží obklopena vazivovou a tukovou tkání. Samotná žláza se skládá z 15-20 laloků, které se dále dělí na lalůčky. Z laloků vystupují mlékovody, které ústí na povrchu prsu uprostřed dvorce, na bradavce. K plnému rozvoji mléčné žlázy a k zahájení sekrece dochází až koncem těhotenství a během kojení (22, 19).

1.2 Anatomie a fyziologie reprodukčních orgánů muže

Mužské pohlavní ústrojí zabezpečuje tvorbu pohlavních hormonů, spermií a podmínky pro pohlavní styk. Podle umístění jsou mužské pohlavní orgány rozděleny na zevní a vnitřní (Příloha 2) (13, 16).

Zevní pohlavní orgány muže tvoří pyj a šourek.

Pyj (penis) je kopulační orgán, který v ochablém stavu měří cca 12-14 cm. Penis je tvořen ze tří topořivých těles. Je pokryt tenkou kůží, která na rozhraní žaludu a těla tvoří zásobní řasu – předkožku. Penis slouží k pohlavnímu spojení a k vpravení ejakulátu do pochvy ženy. K tomuto procesu je nezbytný reflexní děj – erekce, při které se penis napřímí, ztuhne a zvětší se.

Pod pyjem je kožní vak, šourek. Jeho stěna je tvořena ochlupenou kůží s vrstvou hladké svaloviny a obaly varlete. Šourek je rozdělen na dva prostory, ve kterých jsou uloženy varlata s nadvarlaty a začátek chámovodu (16, 13).

Mezi *vnitřní pohlavní orgány muže* řadíme varlata, nadvarlata, chámovody, předstojnou žlázu, měchýřkovité žlázy a močovou trubici.

Varlata (testes) jsou párové mužské pohlavní žlázy dlouhé 4-5 cm a široké 2-3 cm. Po narození jsou uložena mimo břišní dutinu. Varlata produkují pohlavní buňky (spermie) a pohlavní hormony (testosteron).

Varlata jsou rozdělena přepážkami na několik oddílů, kde jsou stočené semenotvorné kanálky. Ty mají ve stěně buňky dvojího typu: semenné pohlavní buňky a Sertoliho buňky. Prostor mezi kanálky vyplňuje vazivo s Leydigovými buňkami, které produkují testosteron.

Semenné buňky, spermie, prochází dlouhým a komplikovaným vývojem. Tento proces se nazývá spermatogeneze a začíná v době pohlavního dospívání. Zralé spermie jsou vytlačovány do nadvarlete, kde jsou uloženy. Zde se dokončuje proces zrání, při něm spermie získávají pohyblivost.

Sertoliho buňky zajišťují výživu a ochranné prostředí pro vývoj spermií.

Vývodem nadvarlete je chámovod, který ho spojuje s močovou trubicí. Pod močovým měchýřem vstupuje do předstojné žlázy a zde vstupuje do močové trubice. Při pohlavním dráždění se chámovod smršťuje, tak nasává a vystřikuje sperma z nadvarlete do močové trubice. Při průchodu předstojnou žlázou (prostatou) se sperma obohatí o obsah prostaty a měchýřkovitých žlázek, což je sekret, který zvyšuje pohyblivost spermií. Vzniklá tekutina se nazývá ejakulát (16, 22).

1.3 Nejčastější poruchy reprodukčního zdraví

„Reprodukční zdraví je stav úplné fyzické, mentální a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo poruchy, ve všech případech vztahujících se k reprodukčnímu systému, k jeho funkcím a procesům. Reprodukční zdraví zahrnuje i lidskou schopnost mít uspokojení přinášející sexuální život, schopnost reprodukovat se, také svobodu rozhodnout, kdy a jak často tak konat (28, s. 19).“

Termín reprodukční zdraví je poměrně mladý, začal se používat až v posledních desetiletích. Definice reprodukčního zdraví WHO vznikla v roce 1994 na populační konferenci OSN v Káhiře (28).

Ve smyslu definice znamená reprodukční zdraví schopnost oplodnit (u muže), otěhotnět, donosit a porodit (u ženy) zdravého potomka. Zahrnuje i právo partnerů na informace, právo na přístup k bezpečným metodám a službám plánovaného rodičovství. Zdravotnická péče o reprodukční zdraví je vymezená jako souhrn metod, technik a služeb zabezpečujících reprodukční zdraví a pohodu prostřednictvím prevence a léčby poruch v oblasti reprodukčního zdraví (28, 13).

Z definice reprodukčního zdraví plyne, že za poruchu reprodukčního zdraví se považuje neplodnost (sterilita) a stavy, které znamenají nepravidelnosti a patologie těhotenství (13).

Většina těhotenství probíhá fyziologicky. Avšak u jedné čtvrtiny až třetiny těhotných žen se vyskytují rizikové faktory, které mohou změnit doposud fyziologicky probíhající graviditu. Mezi nepravidelnosti a patologie těhotenství patří mimo jiné samovolný potrat, předčasný porod, vícečetné těhotenství a mimoděložní těhotenství (4, 13).

Samovolný potrat (abortus) je předčasné vypuzení mrtvého plodu do konce 28. týdne gestačního stáří, kdy plod váží méně než 1000g. Za potrat se považuje i narození živého dítěte s hmotností pod 500 g, které ale zemře do 24 hodin. Příčiny samovolného potratu mohou být ze strany matky nebo plodu (4).

Předčasný porod (partus praematurus) je definován jako těhotenství ukončené v období kratším než ukončený 37. týden gestačního stáří anebo narození novorozence s hmotností menší jak 2500 g. Dolní hranice pro předčasný porod je hůře definovatelná vzhledem k nestejně neonatální péči v jednotlivých zemích, a tím odlišné hranici viability. V České republice je hranice viability plodu stanovena na ukončený 24. týden těhotenství Českou neonatologickou společností (19).

Vícečetné těhotenství je stav, kdy se v děloze ženy vyvíjí více než jeden plod. Dle počtu plodů se rozlišují dvojčata (gemini), trojčata (trimini) a čtyřčata (quadrimuni) (19).

Mimoděložní (ektopické) těhotenství (gravidita extrauterina, GEU) vzniká uhnízděním oplodněného vajíčka mimo dutinu děložní. Takto tomu je v 0,5 % těhotenství. Rozeznáváme různé formy GEU podle uhnízdění blastocytu. Nejčastější formou je vejcovodové (tubární) těhotenství (4).

Problematice neplodnosti se věnujeme podrobněji v následující kapitole.

1.3.1 Neplodnost

Reprodukční schopnost, zvláště její poruchy jsou problémem, kterým se medicína zabývá již dlouho. K poměrně značnému vývoji v řešení těchto problémů došlo až v posledních letech (9).

Porucha plodnosti (neplodnost, sterilita) znamená neschopnost počít dítě, i když se o to partneri snaží. Dle definice je pár sterilní tehdy, jestliže při pravidelném nechráněném styku nedojde k početí v průběhu jednoho roku.

Sterilitu označujeme za primární, jestliže k početí nikdy nedošlo, nebo za sekundární, jestliže před sterilitou proběhlo jedno nebo více těhotenství (12).

Neplodností trpí v naší populaci asi každý šestý pár, a to představuje významný problém z hlediska psychologického, medicínského, společenského i finančního. Pravděpodobnost, že příčina neplodnosti je na straně muže, je asi 40 %, na straně ženy 50 %. Zůstává asi 10 % neplodných párů, kde nebyla žádná příčina nalezena (20).

Příčiny neplodnosti jsou různé. Mezi rizikové faktory patří především postupující věk obou partnerů (hlavně ženy). Pravděpodobnost otěhotnění ženy, která má pravidelný pohlavní styk se zdravým mužem, ve věku do 30 let, je cca 20-25 % na jeden menstruační cyklus. Se zvyšujícím se věkem ženy tato pravděpodobnost klesá. Ve 35 letech je to cca 15 %, po 40. roku nedosahuje ani 5 %. Neplodnost je tedy u žen nad 40 let fyziologická. Mezi další rizikové faktory patří obezita nebo podvýživa (u žen), kontaminace těžkými kovy a jinými chemikáliemi, stres, kouření, alkoholismus, vysoké teploty (u mužů), nadměrná fyzická zátěž atd (21, 26, 9).

Mezi příčiny neplodnosti muže obecně patří poruchy sexuálních funkcí, poruchy tvorby spermií, poruchy transportu spermií a kombinované poruchy. Dříve byly velmi časté poruchy průchodnosti vývodných cest po proběhlých zánětech. Dnes je většinou

problém ve tvorbě spermií. Příčinou může být porucha prokrvení při varikokéle (křečová žíla šourková), při poruše sestupu varlat či po operaci, po zánětlivém onemocnění, při hormonálních poruchách a jako následek užívání některých léků (10, 9).

Příčiny ženské neplodnosti se označují jako faktory a dělí se na ovariální, tuboperitoneální, děložní, cervikální, vaginální a imunologický faktor, endometriózu, psychogenní faktor a idiopatickou poruchu plodnosti.

Ovariální faktor se vyskytuje u 25 – 40 % sterilních žen. Stojí za ním poruchy činnosti ovarií, nejčastěji poruchy ovulace. Tuboperitoneální faktor se objevuje u 25 – 40 % žen. Důvod neplodnosti spočívá v poškození nebo absenci vejcovodů či adhezivním procesu v oblasti adnex. Děložní faktor se podílí na vzniku 5 – 7 %. Za příčinami stojí vývojové vady dělohy, děložní myomy, cysty, polypy, endometrióza a srůsty uvnitř dělohy (Ashermanův syndrom). Cervikální faktor se objevuje kolem 3 % a mohou se na něm podílet chronický zánět endocervixu, změna složení cervikálního hlenu, jeho nedostatečná tvorba a anatomické odchylky děložního hrdla. Vaginální faktor se na příčinách podílí 3 % a většinou jde o záněty pochvy. Imunologický faktor se též podílí 3 %. Imunitní systém ženy si vytváří protilátky proti spermiím, které se vyskytují v cervikálním hlenu, nebo proti vlastním zárodečným buňkám. Endometrióza je příčinou v 15 – 25 % případů. Ta způsobuje neplodnost mechanicky - adhezivním procesem, vlivem na ovulaci, uzávěrem vejcovodů či srůsty v dutině břišní. Idiopatická porucha plodnosti znamená, že se nepodařilo všemi dostupnými vyšetřovacími metodami zjistit příčinu neplodnosti (22, 9).

Základní vyšetřovací metodou je detailní anamnéza páru, při níž zjišťujeme genetickou zátěž, prodělaná onemocnění, současný zdravotní stav, užívání léků, operace, předchozí těhotenství, informace o životním stylu a pohlavním životě (8).

Další zjišťování příčin neplodnosti se zahajuje vyšetřením muže. Výchozím vyšetřením je spermioqram neboli spermatologické vyšetření. Po tří až pětidenní pohlavní abstinenci se muž dostaví k vyšetření, kde získá masturbací semeno. Sperma asi po 30 minutách zkapalní a po jeho promíchání začíná vlastní vyšetření ejakulátu. Při tomto vyšetření se sleduje objem, barva, konzistence, pH, počet spermií a jejich

pohyblivost. Z jednoho vyšetření spermioqramu nelze udělat definitivní závěr o plodnosti muže. Hodnoty značně kolísají. Jsou nutná opakovaná vyšetření (21, 7).

Dále je důležité fyzikální vyšetření genitálií ženy i muže jako běžná gynekologická či andrologická prohlídka.

K diagnostice poruch plodnosti u ženy je nezbytným vyšetřením ultrazvuk, který vyloučí odchylky v anatomii ženských pohlavních orgánů, stanoví růst folikulů (folikulometrie) a endometria. Ovulaci lze prokázat ultrazvukem, z analýzy krve či děložního hlenu, ovulačními testy a měřením bazálních teplot. Z dalších metod následuje vyšetření cervikálního hlenu (tzv. postkoitální test) a vyšetření hormonálních hladin.

K vyšetření prostředí vejcovodů, dělohy a pochvy patří: mikroabraze, získání vzorku endometria, kdy se sleduje dynamika růstu sliznice během druhé fáze cyklu; hysterosalpingografie, kdy rentgenkontrastní látka umožní pozorovat tvar a strukturu dutiny děložní a průchodnost vejcovodů; hysteroskopie umožní sledování dutiny děložní pomocí optiky zavedené do dělohy; laparoskopie, kdy se pomocí optiky přes malý řez v dutině břišní sledují tamní orgány a řeší se případné patologie.

Možné je také provést imunologické vyšetření (9, 8).

Specifická terapie sterility závisí na příčině zjištěné při testech. Taktika léčby je volena od těch nejjednodušších, které nejméně zatěžují pacienta, jsou neinvazivní a nejméně nákladné, k těm náročnějším.

Léčbu dělíme na konzervativní, chirurgickou a na metody asistované reprodukce. Ke konzervativním metodám léčby neplodnosti řadíme hormonální, protizánětlivou, imunologickou terapii, fyzikální a lázeňskou léčbu, úpravu tělesné hmotnosti a životního stylu, psychoterapii a léčebný tělocvik (metoda Ludmily Mojžíšové). Sterilita je chápána jako velká životní krize, a proto by i psychické stránce měla být věnována dostatečná pozornost (9, 23).

Chirurgická léčba spočívá v úpravě anomálií. U ženy tkví v úpravě anomálií dělohy, zprůchodnění vejcovodů, rozrušení blanitých srůstů v okolí vaječníku či protnutí povrchové vrstvy vaječníku. V 90 % se dnes používá jen minimálně invazivní terapie - operační laparoskopie. Chirurgická léčba u muže se týká odstranění anomálií

pohlavních orgánů, jako je např. obstrukce nadvarlete, varikokéla nebo hypospadie (rozštěp močové trubice) (21, 9).

Metody asistované reprodukce příčinu poruch plodnosti neléčí, ale obchází je. „Asistovaná reprodukce je obor medicíny, který pracuje mimo tělo člověka se spermiemi, vajíčky a embryi s cílem oplodnění ženy (8; 20, s. 10).“

Mezi metody asistované reprodukce patří arteficiální inseminace (AI), in vitro fertilizace (IVF ET), intracytoplasmic sperm injection (ICSI), kryokonzervace gamet a embryí, mikromanipulace a programy darování gamet a embryí. Metody mají své podmínky a indikace, výsledky a rizika. Dnes nejrozšířenější metodou je mimotělní oplodnění oocyty a transfer embrya (IVF ET).

Výkony asistované reprodukce se provádějí na specializovaných pracovištích, která se nazývají Centra asistované reprodukce (23, 20).

1.4 Faktory poškozující reprodukční zdraví

Převážná část reprodukce probíhá v pohlavních orgánech ženy, a proto pro reprodukční zdraví je velmi důležitý nerušený vývoj těchto orgánů a zachování jejich zdraví. Nemá být však narušen ani vývoj a zdraví pohlavních orgánů muže (13).

Reprodukční zdraví ovlivňuje mnoho faktorů kladným i záporným způsobem. Mezi hlavní determinanty zdraví patří faktory životního a pracovního prostředí, genetické faktory, životní styl, efektivita a kvalita zdravotní péče (1).

Mezi konkrétní faktory, které poškozují reprodukční zdraví, patří předčasný sexuální život v době nezralosti, rizikové formy sexuálního života, časté střídání partnerů (promiskuita), prostituce, umělé přerušování těhotenství (interrupce), gynekologické záněty v malé pánvi, sexuální zneužívání v dětství a pohlavně přenosné choroby (13).

„Stoupající výskyt těchto nežádoucích forem chování, negativních jevů a nemocí pohlavních orgánů v posledních desetiletích souvisí mimo jiné především s oslabením funkce rodiny, s negativními sociálními jevy ve společnosti (nezaměstnanost, chudoba, abúzus návykových látek), s poklesem hodnotové orientace a zaměřením na konzumní

styl života, s liberalizací sexuality a s intenzivním vystavením dětí a mládeže sexuálním podnětům a s uvolněním tradic (13, s. 59).“

1.4.1 Sexuálně přenosné choroby (STD)

Za sexuálně přenosné choroby (sexually transmitted diseases, STD) se považují taková onemocnění, která se získávají a přenášejí pohlavním stykem. Pohlavní nemoci, též nazývané venerické nemoci, jsou nemoci infekční. Tyto choroby vykazují hlavně v poslední době nárůst počtu onemocnění. Představují velký zdravotní problém zejména mezi mládeží a mladými dospělými, kteří vstupují do sexuálního života. Zvýšenou pozornost je potřeba věnovat především mladým ženám, protože jsou vůči STD zranitelnější než muži. Pohlavní nemoci nejčastěji postihují pohlavní a močové ústrojí, kůži a sliznice dutiny ústní a konečníku. Tato onemocnění probíhají zánětlivě, ale často bezpříznakově a to má vliv na jejich další šíření a léčbu. Pohlavní styk zaručuje neohroženost patogenních organismů před nepříznivým zevním prostředím.

Sexuálním stykem se mohou přenášet bakterie, viry, plísně, prvoci a paraziti. Mezi pohlavně přenosné choroby patří kapavka, syfilis, herpes simplex, chlamydiové infekce, měkký vřed, čtvrtá a pátá pohlavní nemoc, infekce lidským papilomavirem a AIDS. Celkem existuje více než 25 známých původců pohlavně přenosných nemocí.

Komplikace doprovázející pohlavní nemoci mohou trvale poškodit reprodukční zdraví a vést ke sterilitě, ovlivnit průběh těhotenství nebo nitroděložně poškodit plod.

STD mají i své psychosociální aspekty. Pacienti mohou trpět obavou z přenosu onemocnění, strachem z návratu nemoci, pocitem viny a obavou z reakce svého sexuálního partnera. Negativním důsledkem pohlavních nemocí může být dokonce stigmatizace či sociální vyloučení.

Některé nemoci podléhají povinnému hlášení, evidenci a sledování osob podezřelých z nákazy (7, 13, 28, 31).

1.4.1.1 Kapavka

Kapavka (gonorrhoea) je hnisavé onemocnění přenášené výhradně pohlavním stykem, postihující primárně urogenitální trakt. Původcem je gonokok *Neisseria*

gonorrhoeae, který je citlivý na vlivy zevního prostředí. Jediným přenašečem je člověk. Nejvyšší prevalence je u mladých, sexuálně aktivních lidí do 25 let. Kapavka bývá často spojena i s dalšími STD.

Inkubační doba je 3 – 5 dní. Pokud se zánět neléčí, může přejít po několika týdnech na chronický zánět, který může být příčinou těžkých komplikací (31, 15).

Klinické příznaky se u žen a mužů liší. U muže mezi první příznaky patří lehké svědění až pálení při močení, polakisurie, zarudlé ústí uretry a běložlutavý uretrální výtok. Komplikací je postup zánětu vzestupnou cestou až k prostatě a nadvarlatům. Při zánětu nadvarlete vzniká jako následek neprůchodnosti vývodných kanálků neplodnost. Příznaky u neléčené kapavky ustupují do 3 - 6 týdnů. Může však přetrvat nosičství původce, což je příčinou další nakažlivosti (13, 31).

Časnými příznaky kapavky u ženy jsou příznaky uretritidy, časté močení a pálení při močení. Dále je přítomen hnisavý nebo hlenovitý výtok z pochvy, uretry nebo anu. Děložní hrdlo je zarudlé, oteklé a kontaktně krvácí. Infekcí může být postiženo i zevní pohlavní ústrojí. Bez léčby se infekce šíří vzestupně a vzniká endometritida, příp. myometritida. Pacientka trpí bolestmi v podbříšku, teplotami a abnormálním krvácením. Infekce se může dále šířit na vejcovody, pánevní peritoneum a ovaria. Vzniká hluboký pánevní zánět (PID), který těžce narušuje reprodukční zdraví. Zánět vejcovodu může způsobit jeho neprůchodnost a tím neplodnost. Následkem proběhlé infekce je pánevní bolest a nebezpečí vzniku extrauterinní gravidity. V těhotenství může kapavka způsobit samovolný potrat, předčasný porod nebo nitroděložní odumření plodu. Při porodu je do oka plodu přenesena infekce, která vede k oboustrannému zánětu spojivek novorozence. Prevencí je tzv. kredeizace (vykapání očí novorozence dezinfekčním roztokem) (13, 31, 15).

Mezi vyšetřovací metody patří mikroskopické vyšetření barveného preparátu, kultivace na speciálních kultivačních půdách, lze použít i amplifikační metody LCR a PCR. Pro správnou diagnostiku je nutné provést adekvátní odběr vzorku. Ten se u žen provádí z endocervixu nebo uretry. Dále se vzorky dají odebírat z rekta, faryngu, nosu, spojivek a kožních lézí. Transport vzorků je nutno provádět v transportní půdě s

aktivním uhlím nebo půdě speciální pro gonokoky s co nejkratší časovou prodlevou a za stálé teploty (31).

Léčba kapavky je povinná pro všechny infikované osoby a patří do rukou venerologa. Lékem první volby jsou antibiotika (7).

1.4.1.2 Syfilis

Syfilis (příjice, lues) je chronické, celosvětově se vyskytující infekční onemocnění přenášené především pohlavním stykem. Onemocnění vyvolává spirochéta *Treponema pallidum*. Postihuje různé orgány včetně kůže, očí, kardiovaskulárního, muskuloskeletálního a centrálního nervového systému.

Přenos je v 90 % pohlavní. V 10 % se infekce přenáší transplacentárně, při náhodném kontaktu s lézí (př. líbání) a profesionální expozicí.

Syfilis může být vrozená nebo získaná. Získaná forma se rozlišuje na časnou (infekční) a pozdní. Časná forma se dělí na primární, sekundární a časnou latentní. Pozdní forma na latentní a terciární. Vrozená syfilis je vzácná forma způsobená transplacentárním přenosem infekce na plod.

Primární syfilis se manifestuje zpravidla za 3 týdny (9 – 90 dní). V místě infekce se vytváří nebolestivý vřed (ulcus durum) se zduřením spádových lymfatických uzlin. U žen se vřed nachází nejčastěji na cervixu nebo v pochvě. U mužů na penisu nebo v perianální krajině. Tvrdý vřed může být lokalizován i mimo genitálie, např. na rtech, prstech nebo tonzilách. V tomto stadiu je onemocnění velice nakažlivé. Neléčený vřed se zhojí zpravidla bezjizevnatě do 6 týdnů, léčený do 1 - 2 týdnů. Neléčená choroba v tomto stadiu pokračuje v další stadium (31, 15).

Sekundární syfilis začíná za 6 týdnů až 6 měsíců po primární infekci vznikem exantému. Exantém je často lokalizován na dlaních a ploskách nohou, příp. na sliznicích. V místech vlhké zapáčky mohou vznikat bradavčité výrůstky (kondylomata lata). Vyrážka bývá spojena s celkovými chřipkovitými příznaky. Klinický obraz je velmi pestrý. K systémovým příznakům patří teploty, nechutenství, únavy, cefalgie a ztuhlost šije, bolesti dlouhých kostí, artralgie a myalgie. Toto stadium je vysoce infekční.

V časném latentním stadiu příznaky většinou vymizí, sérologie je pozitivní a neléčený pacient je infekční. V tomto stadiu může dojít k exacerbaci kožních lézí.

Po 2 letech od infekce přechází nemocný do fáze latentní, kdy může dojít k přenosu pouze transplacentárně na plod. Jinak je pacient neinfekční.

U 1/3 pacientů se objeví příznaky terciární syfilis 3 - 7 let od sekundárního stadia, kdy jde o kožní příznaky nebo příznaky syfilis centrálně nervového systému (neurosyfilis) nebo kardiovaskulární syfilis. Mohou být postiženy i jiné orgány. Vzniká jako granulomatózní zánět se vznikem gummat. Gummata začínají v kůži jako podkožní tvrdý hrbolek, který uprostřed měkne a z nějž vytéká lepkavá žlutá tekutina. V konečném stadiu je nemocný otupělý, nedokáže o sebe pečovat, vznikají u něj spontánní zlomeniny, proleženiny a metabolický rozvrat, který končí smrtí.

Mezi vyšetřovací metody patří hlavně sběr anamnézy, aspekce kožního povrchu a sliznic především v oblasti zevního genitálu, palpace, příp. punkce lymfatických uzlin, odběr biologického materiálu na speciální mikrobiologická vyšetření, odběr biologického materiálu z děložního hrdla, z lézí, vyšetření krve a moče.

Lékem volby pro časnou syfilis je jednorázové podání antibiotik, případně 10 až 14 denní kúra antibiotiky (hlavním zástupcem je penicilin). Pozdní stadia vyžadují delší a komplikovanější léčbu. Všichni nemocní jsou po léčbě dispenzarizováni (4, 15).

Průběh syfilis v těhotenství není ovlivněn, ale představuje velké riziko pro plod. Do konce I. trimestru je riziko přenosu syfilis na plod minimální. Pokud je matka v tomto období léčena, dítě se narodí zdravé. Na začátku a během těhotenství se proto povinně provádí serologické testy. Riziko infekce plodu je přímo úměrné množství spirochet u matky. Nejvyšší riziko přenosu je tehdy, jestliže v graviditě probíhá primární nebo sekundární forma syfilis. Čím dříve nastane kontakt s infekcí, tím více je postižen plod. Těžká infekce může zapříčinit intrauterinní smrt plodu, potrat, nebo se děti narodí s časnou vrozenou syfilis. Infekce v posledních šesti týdnech těhotenství nemusí onemocnění plodu způsobit (4, 15).

Časná forma vrozené syfilis se projevuje ihned po narození dítěte se známkami infekce nebo se choroba projeví do dvou let věku. Průběh onemocnění odpovídá sekundární syfilis u dospělých.

Pozdní forma vrozené syfilis je nejčastěji popisována u dětí mezi 7. až 19. rokem života. Po druhém roce života se u dětí tvoří tzv. Hutchinsonova trias – senzorická hluchota, soudkovité řezáky, nehnisavý zánět rohovky. K dalším typickým příznakům se řadí šavlovité tibie, sedlovitý nos a huhňavá mluva. Některé infikované děti mohou být zcela bezpříznakové (13, 15).

1.4.1.3 Urogenitální chlamydiové infekce

Urogenitální infekce vyvolává *Chlamydia trachomatis* sérotypu D - K. Chlamydiové infekce patří dnes mezi nejčastější sexuálně přenosné choroby. Tyto infekce se vyskytují mnohem častěji než gonokokové. Nejvyšší prevalence je mezi mladými, sexuálně aktivními lidmi ve věku kolem 20 let.

Chlamydiové infekce jsou jedním z nejzávažnějších globálních zdravotnických problémů, a proto byl boj proti této infekci v Evropské unii zařazen mezi prioritní zdravotnické programy (7, 15).

Četnost přenosu infekce z muže na ženu a naopak se pohybuje okolo 68%. Rozšíření je závislé na stupni sexuální promiskuity obyvatelstva a na symptomech infekce. Riziko infekce stoupá s počtem sexuálních partnerů.

U mužů infekce může probíhat bezpříznakově, ale častěji se projeví výtokem z močové trubice, svěděním a dysurií. Infekce probíhá jako lehký, ale vleklý zánět uretry. Zásadní komplikací tohoto stavu je zánět nadvarlete, varlete či prostaty s možným negativním vlivem na plodnost (31, 15, 13).

Probíhající infekce mívá u žen asymptomatický průběh (až z 80 %). Klinické příznaky se velmi často objeví až jako následek zánětlivých změn. Primární chlamydiová infekce u žen probíhá v jednovrstevném cylindrickém epitelu děložního čípku a v parauretrálních žlázách. Mezi příznaky se řadí výtok z děložního hrdla, které je edematózní a může kontaktně krvácet, pruritus (svědění), menstruační potíže, bolest v podbříšku a při pohlavním styku. Infekce se může vzestupně šířit na endometrium, dále na vejcovody až do dutiny břišní. Nejzávažnějšími následky, které může infekce způsobit, jsou hluboký pánevní zánět (PID), tubární sterilita a mimoděložní těhotenství.

Infekce se dále může podílet na vzniku porodnických komplikací, jako jsou předčasný porod a opakované potraty (13, 31, 15).

Při porodu mohou chlamydie infikovat oči novorozence a zapříčinit tak zánět spojivek, který se objevuje během prvních 3 týdnů jeho života. Kromě očí mohou být postiženy všechny tkáně, které přijdou do kontaktu s porodním kanálem. U 10 - 20 % novorozenců se objevují příznaky pneumonie, která výrazně komplikuje poporodní průběh u předčasně narozených (13, 31).

Vyšetřovací metodou na přítomnost *Chlamydia trachomatis* je uretrální nebo endocervikální výtěr, příp. výtěr ze spojivky a vzorek moči. Výsledek vyšetření je závislý na kvalitě odběrů, skladování a transportu vzorku.

Asymptomatická forma je nebezpečná tím, že často přivede člověka do ordinace lékaře až v době, kdy je poškozena reprodukční funkce. Vždy je nutno vyšetřit a léčit všechny sexuální partnery. V léčbě se uplatňují antibiotika (31).

1.4.1.4 Herpes genitalis

Infekce vyvolané virem herpes simplex typu I a II patří mezi nejčastější příčiny ulcerativních onemocnění genitálií.

Zdrojem infekce jsou lidé, kteří vylučují virus sekrety z úst a pohlavního ústrojí. Inkubační doba onemocnění trvá 2 - 7 dní. Herpes genitalis je charakterizován výsevem svědivých a palčivých puchýřků, které přecházejí v drobné eroze či vřídky s erytematózním lemem. Výsevu obvykle předcházejí prodromální příznaky, ke kterým patří svědění, bolestivost a zarudnutí. Onemocnění může doprovázet horečka, lymfadenopatie, bolest, malátnost a nechutenství, výjimečně ztuhlost šíje, fotofobie a bolesti hlavy. Virus může po proběhlém onemocnění v organismu přetrvávat a znovu se aktivovat a vyvolat tak rekurentní infekci.

V těhotenství se virus přenáší přes placentu jen vzácně. Za porodu je zde však vysoké riziko přenosu infekce na plod. Novorozenec může mít poškozená játra, centrální nervový systém a kůži. Prevencí přenosu je porod císařským řezem (31, 13).

K diagnostice patří stěr ze spodiny kožní léze na kultivační, mikroskopické a virologické vyšetření, sérologické testy, amplifikační metody (PCR) a prokázání antigenu herpes viru fluorescenčními metodami (15).

Léčba vyžaduje značnou trpělivost. Je vhodné léčit sexuální partnery. V době prodromálních příznaků by měla být lokálně aplikována virostatika. Celková léčba je indikována u těžších případů a u pacientů se sníženou obranyschopností. Léčba by měla být zahájena nejpozději do 3 dnů od vzniku onemocnění (31).

1.4.1.5 Lidský papilomavirus

Papilomavirové infekce jsou nejčastějším virovým sexuálně přenosným onemocněním. Původcem je lidský papilomavirus (HPV), který se podílí na vzniku akuminátních kondylomat (condylomata acuminata), prekanceróz a karcinomů děložního hrdla. Odhady tvrdí, že 75% sexuálně aktivních žen bylo alespoň jednou během života infikováno papilomavirem. Je známo přes 100 typů HPV, z nichž 30 postihuje genitál. Ty se dále dělí na skupinu s nízkým a vysokým rizikem dle onkogenního potencionálu. Většina infekcí probíhá bez příznaků a spontánně ustupuje. Postižení jsou převážně mladí, sexuálně aktivní lidé mezi 16. a 25. rokem života (31).

Infekce se přenáší sexuálním stykem kožními a slizničními mikrotraumaty. Významnou roli hraje věk a sexuální aktivita. Mezi tyto faktory patří časný začátek sexuálního života, celoživotní počet sexuálních partnerů, nechráněný pohlavní styk, nulliparita a současná infekce jinou STD. Riziko zvyšuje kouření, alkoholismus, dlouhodobé užívání antikoncepce a imunosupresivní léčba (31, 15).

Klinicky manifestní onemocnění (akuminátní kondylomata) je způsobeno skupinou HPV s nízkým rizikem (low risk). Inkubační doba trvá přibližně od 3 týdnů do 8 měsíců, následně se objevují bradavčité nebo květákovité výrůstky různých rozměrů v oblasti vlhké zapáčky, genitálně, perigenitálně a perianálně u žen i mužů (31).

Infekce onkogenními typy je hlavním faktorem při vzniku karcinomu cervixu. Prekancerózy a časná stadia karcinomu děložního hrdla jsou nebezpečná tím, že nemají subjektivní příznaky. Kancerogeneze je dlouhodobý proces, který se odhaduje na dobu

cca 20 let. Karcinom cervixu je po rakovině prsu nejčastějším nádorem u žen (13, 31, 15).

Mezi vyšetřovací metody se řadí gynekologické vyšetření s provedením kolposkopie a cytologie (klasifikace Bethesda). K potvrzení či vyloučení nádorového onemocnění je nutný odběr tkáně (biopsie). Pro prokázání HPV se používají amplifikační metody (PCR) a hybridizační metody.

Léčba kondylomat probíhá konzervativně pomocí lokálních prostředků (podofylin, kyselina bi- a trichloroctová, 5-fluororacil), virostatických a imunomodulačních látek nebo pomocí dermatochirurgických metod (kryolizace tekutým dusíkem, ošetření laserem, abraze, elektrokoagulace). Při řešení kožních lézí na hrdle děložním se používají ablační metody pomocí elektrochirurgie nebo studeného nože. K prevenci před rakovinou děložního čípku jsou vyvinuty vakcíny, které však vzhledem k velkému množství HPV nejsou stoprocentní ochranou (31, 15).

1.4.1.6 HIV infekce

Virus HIV (human immunodeficiency virus) je původcem syndromu získané poruchy imunity (AIDS). AIDS je konečné stadium infekce HIV. V současnosti se šíří pandemicky po celém světě infikovaným člověkem, nosičem nebo nemocným. HIV je výhradně lidským patogenem (31, 15).

Virus patří do skupiny retrovirů. Existují 2 typy viru, HIV-1 a HIV-2. Většinu onemocnění vyvolává HIV-1. Virus narušuje obranyschopnost organismus tím, že napadá lymfocyty T4 a ničí je. Od získání infekce k plnému rozvoji AIDS může uplynout řada let.

Infekce HIV se dle klinických projevů dělí na čtyři postupná stadia - akutní infekce, bezpříznakové období, časná a pozdní symptomatické stadium. Akutní infekce se projevuje za několik týdnů od nákazy a připomíná chřipkové onemocnění se zduřením mízních uzlin. V tomto období se již vytvářejí HIV protilátky. Poté následuje období bez zjevných příznaků. Toto období může trvat 6 měsíců až 7 a více roků. Časná symptomatické období je charakterizováno výskytem oportunních infekcí (hlavně kvasinkové infekce v dutině ústní, nosohltanu, pohlavním ústrojím), teplotami, nočním

pocením, průjmy, kašlem, únavou, nechutenstvím a úbytkem na váze. V pozdním symptomatickém stadiu dochází k těžké poruše imunitního systému. HIV infekce přechází v plně rozvinuté onemocnění AIDS. Organismus v důsledku toho napadají velké oportunní infekce, objevují se nádory, postižení centrální nervové soustavy, demence, kachexie. Za příznaků obecného vyčerpání nemocný umírá.

Hlavními způsoby přenosu je přenos krví, pohlavním stykem a z matky na plod. Infekce se může přenášet nekontrolovaným dárcovstvím krve, spermií a tkání. Virus HIV se nachází v podstatě ve všech tělních tekutinách. Nejvíce je ho v krvi, spermatu a v poševním sekretu. Je také obsažen v mateřském mléce. Člověk je nakažlivý hned, jak vir pronikne do krevního oběhu, a je infekční po celý život (13, 7).

Všechny gravidní ženy jsou v České republice od roku 2000 testovány na přítomnost protilátek proti HIV. Vertikální přenos infekce z matky na plod může nastat v těhotenství, při porodu a též v šestinedělí, pokud žena kojí. Většina infikovaných žen a dětí žije v rozvojových zemích. Vertikální přenos infekce je zde závažným zdravotnickým problémem. Riziko přenosu lze významně snížit podáváním antiretrovirové terapie matce a poté i novorozenci a způsobem vedení porodu. Těhotenství je vhodné ukončit císařským řezem. Doporučuje se také, aby dítě nebylo kojeno. Riziko infekce zvyšují takové faktory, jako je předčasný odtok plodové vody, instrumentální vaginální porod, použití skalpové elektrody a epiziotomie.

Test na přítomnost protilátek proti viru HIV se provádí za 3 měsíce od pravděpodobné nákazy, protože koncentrace protilátek v krvi se zvyšuje postupně a je možné je prokázat nejdříve za 3 týdny od nákazy, s jistotou za 2 - 3 měsíce. Diagnóza se dále potvrzuje imunofluorescenčními metodami. Povinně a neanonymně se test provádí u dárců krve, orgánů či spermatu. Test si však může nechat provést každý dobrovolně a anonymně. Odběr krve na vyšetření HIV protilátek musí být proveden s informovaným souhlasem. Při diagnóze HIV pozitivitu je důležitá empatie a psychická podpora.

Účinný lék na léčbu infekce HIV a možnost očkování nejsou zatím známy. Nejdůležitější v boji proti infekci je prevence a pravidelné kontroly infikovaných osob. Na léčbě infekce se významně podílejí antiretrovirové preparáty, které zpomalují množení viru v organismu. Nedokáží však virus v organismu zlikvidovat. HIV infekce

může být důvodem k přerušení těhotenství, ale rozhodnutí zůstává na ženě. V těhotenství léčba antivirotiky snižuje riziko vertikálního přenosu (13, 7, 31, 15).

1.4.2 Zánětlivá onemocnění ženských pohlavních orgánů

Každý člověk je během života vystaven řadě mikroorganismů, se kterými za normálních podmínek žije v oboustranně výhodném stavu. Když se však rovnovážný stav poruší, může se změnit v neprospěch člověka (7).

Zánětlivá onemocnění pohlavních orgánů se vyskytují častěji u žen než u mužů z důvodu anatomické stavby (duté orgány) a fyziologických funkcí (menstruace, pohlavní styk, porod a šestinedělí) reprodukčního systému. Patogeny, které způsobují infekci, jsou mikroby, kvasinky, viry a paraziti. K predispozičním faktorům patří hormonální vlivy (DM, antikoncepce, těhotenství), léky (kortikoidy, antibiotika, cytostatika), obezita, kouření, redukční diety, nedostatečná nebo nevhodná hygiena (alkalická mýdla, neprodyšné prádlo, horké koupele, detergenty při praní, nedostatečná výměna vložek a tamponů při menses), nevhodný oděv (stahující, kalhotky tanga), sexuální promiskuita, mechanická traumatizace pochvy, snížená imunita, stres, infekce močových cest, zavedené nitroděložní tělísko, stavy po operacích v malé pánvi, po porodu či potratu. Zánětlivá onemocnění jsou jedním z nejčastějších důvodů návštěvy žen u gynekologa (22, 13, 23, 15).

Většina prodělaných zánětů ponechává trvalé následky (např. dyspareunie, dysmenorea, pelvipatie), poruchy funkce pohlavních orgánů a hlavně neplodnost. Onemocnění může mít na nemocnou také negativní psychosociální dopad. Může dojít k narušení partnerských vztahů, žena pociťuje stud a vinu, může být společensky kompromitována z důvodu nepříjemně páchnoucího výtoku atd (22, 23).

Záněty postihují všechny části pohlavního ústrojí. Rozlišují se záněty zevních a vnitřních rodidel. K zánětům vnějších rodidel se řadí zánět vulvy (vulvitis), zánět vestibulární žlázy (bartholinitis), zánět pochvy (kolpitis, vaginitis). K zánětům vnitřních rodidel patří zánět děložního hrdla (cervicitis), zánět dělohy (endometritis, myometritis, perimetritis) a hluboké pánevní záněty (PID), kam patří zánět vejcovodu (salpingitis), zánět vaječníku (oophoritis), zánět děložních přívěsků (adnexitis), zánět malé pánve

(pelveoperitonitis) a zánět pánevního vaziva (parametritis). Vzácnou poruchou, která bývá způsobena bakterií produkující toxin působící šok (*Staphylococcus aureus*), je syndrom toxického šoku (TSS). TSS má spojitost s přítomností bakterií v reprodukčním ústrojí po delší dobu. K faktorům, které zvyšují riziko TSS, patří používání vysokoabsorpčních tamponů, vaginálního pesaru nebo cervikálního kloboučku (23, 12, 27, 22).

Infekce se může šířit a postihnout tak více orgánů zároveň. Selžou-li přirozené obranné mechanismy, může se infekce šířit vzestupně. Méně často se šíří infekce sestupně, krevní nebo mízní cestou. K selhání obranných funkcí přispívá i prochlazení, nedostatečná hygiena, promiskuita, celkové vyčerpání a jiné choroby (13).

K přirozeným obranným mechanismům ženských pohlavních orgánů patří uzávěr stydké štěrbinu stydkými pysky, hymen, poševní ekosystém (kyselé prostředí), uzavřená vnější a vnitřní branka hrdla děložního, hlenová zátka, peristaltika vejcovodu směrem k děložní dutině a fimbrie uzavírající vejcovody při zánětlivém procesu (22).

Gynekologické záněty se projevují klasickými Celsovými znaky, ke kterým patří dolor (bolest), calor (teplota), rubor (zčervenání), tumor (nádor, otok), podle Virchowa i functio laesa (poškození činnosti, funkce orgánu). K dalším příznakům patří poševní fluor, svědění a pálení rodidel, časté močení, bolest při pohlavním styku, poruchy menstruačního cyklu, poruchy vyprazdňování, únava, nechutenství a zvracení. Projevující se příznaky závisejí na postiženém orgánu. Infekce může zkomplikovat těhotenství a porod (předčasný porod, častější porodní poranění, infekce novorozence) (7, 23).

K diagnostice zánětu pohlavních orgánů je potřebný sběr anamnézy, gynekologické vyšetření per vaginam a bimanuální, vyšetření fluoru (MOP - mikrobiální obraz poševní, mikrobiologické vyšetření - kultivace + citlivost), cytologické vyšetření, vyšetření pH poševního prostředí, amniový test, vyšetření krve (zvýšená FW a CRP), vyšetření moči, ultrazvukové vyšetření, příp. CT, laparoskopie.

V konzervativní léčbě gynekologických zánětů se uplatňují antibiotika dle citlivosti, antimykotika, antivirotika, medikamenty k úpravě poševního pH, eventuálně antipyretika a analgetika. Léky se aplikují celkově nebo lokálně. O aplikaci léků do

pochvy je nutné klientku poučit. V léčbě chronických stavů se uplatňuje lázeňská léčba a diatermie (elektroléčebná procedura k hlubokému prohřívání tkání a orgánů). U mladých žen plánujících rodinu se konzervativní léčba preferuje. Z možnosti reinfekce je často nutné léčit i sexuálního partnera.

Operačně, chirurgicky se odstraňuje zánětlivé ložisko. Nejčastěji se takto řeší zánět Bartholiniho žlázy a adnexitida (23).

1.4.3 Další negativní vlivy

Umělé přerušování těhotenství (UPT, interrupce) má určitá rizika. Tento zákrok je tělu nepřirozený, protichůdný a může tak zanechat následky na zdraví. Velmi riziková je interrupce prvního těhotenství, interrupce v II. trimestru a interrupce provedená v období dospívání. Bezprostředně poškodit zdraví může vzplanutí zánětu, zejména endomyometritida. Infekce do rány v děloze se může zavléct nedodržením pohlavní abstinence v období 6 týdnů po zákroku. To může mít dlouhodobé následky na reprodukční zdraví. Komplikací může být porucha uhnízdění zárodku nebo chybné uhnízdění placenty po narušení hlubších vrstev dělohy a být tak příčinou sterility nebo infertility. Za další komplikace lze považovat inkompetenci hrdla děložního, kdy byl narušen jeho svalově-vazivový uzávěr. Kromě somatických potíží může UPT přivodit komplikace psychické. U žen se může projevit postabortivní syndrom jako psychické trauma z této události (13).

Těhotenství v dospívání je v různých ohledech rizikové. Neukončený vývoj organismu klade zvýšené nároky na přísun živin, na imunitu a na vývoj regulačních funkcí. Nároky se v těhotenství ještě zvyšují. Tuto zátěž poté „platí“ organismus dospívající matky. Těhotná často trpí nedostatkem železa, vysokým tlakem, močovými infekcemi atd. Věk matky pod 20 let bývá spojen s větší frekvencí předčasných porodů. Novorozenec je často nedonošený s nižší porodní váhou. Závažná jsou i rizika v sociální oblasti. Těhotenství v dospívání je často zapříčiněno nezodpovědným předčasným sexuálním životem (4, 13).

Prostituce je nežádoucí patologický jev spojený se zdravotními a sociálními riziky. Osoby žijící se prostitutkami jsou nejvíce ohroženy infekčními pohlavními

chorobami a zároveň jsou nejvíce ohrožující skupinou. Od klientů se nakazí a na klienty je dále přenášejí (13).

Kouření negativně ovlivňuje plodnost muže a ženy, sexuální schopnost mužů a zdraví těhotné ženy a plodu. Kouření u žen způsobuje nižší hladiny estrogenu a u mužů nízké hladiny testosteronu, přičemž jsou oba hormony nezbytné pro vývoj a dozrání pohlavních buněk. U žen může dojít k poruchám ovulace a menstruačního cyklu, k změně nitroděložního hlehu a k snížení délky reprodukčního období. Muži mívají ovlivněn počet a kvalitu spermií. Spermie mohou nést skryté genetické vady, které ohrožují těhotenství a zdraví plodu (27, 26).

Alkohol může ovlivnit schopnost mužů a žen produkovat zdravé spermie a vajíčka. Nadměrný přísun alkoholu může mít vliv na tvorbu spermií, na jejich pohyblivost a vliv na schopnost erekce. U žen může mít vliv na ovulaci, může způsobit ukončení těhotenství nebo poškození plodu (25, 26).

Stres u ženy pravděpodobně zvyšuje hladinu prolaktinu, a tím je snížena tvorba hormonů ve vaječnících. Stres může takto narušit dozrání vajíčka a ovulaci. U muže stres může způsobit poruchu tvorby spermií, negativně ovlivnit jejich pohyblivost a přechodně snížit plodnost. Muž může mít problémy s udržení erekce a s předčasnou ejakulací (27, 26).

Tělesná hmotnost je pro plodnost velice důležitá. Ženy s nadměrnou hmotností nebo s nízkou hmotností mívají častěji problémy s otěhotněním. Narušuje se hormonální rovnováha a nastávají poruchy ovulace a menstruačního cyklu. Index tělesné hmotnosti (BMI) by neměl klesnout pod 18, ani stoupnout nad hodnotu 30. Tělesná hmotnost negativně ovlivňuje mužskou plodnost, pokud dojde k náhlé a velké ztrátě hmotnosti, např. při nemoci (27, 26).

1.5 Prevence v oblasti reprodukčního zdraví

Na svou biologickou úlohu, na mateřství by se měla žena připravovat a vychovávat již od raného věku. Základem výchovy je osvojení správných hygienických návyků. V období dětského věku a dospívání je potřeba včas léčit všechny choroby, které mohou mít vliv na pozdější reprodukční funkci. Mimořádnou pozornost vyžaduje

u děvčat apendicitida. U chlapců do jednoho roku je zapotřebí léčebně řešit zadržení varlat v dutině břišní. Před začátkem puberty je vhodné poučit dívku o menstruaci a intimní hygieně v době menstruačního krvácení. Dívka by si též měla vést tzv. menstruační kalendář. V tomto věku je také vhodné podávat dívkám i chlapcům základní informace o lidském rozmnožování, plánování rodičovství a o pohlavně přenosných chorobách. Tyto poznatky by však měly být spojovány s výchovou proti rizikovému pohlavnímu životu. Vždyť předčasný a neukázněný sexuální život je jedno z největších rizik pro reprodukční zdraví (13, 20).

Nejlepší prevencí neplodnosti v období dospělosti je otěhotnět včas. Přístup k rodičovství se v naší společnosti v průběhu několika posledních desetiletí velmi proměnil. Lidé odkládají rodičovství do pozdějšího věku, a tím roste průměrný věk prvorodiček. Průměrný věk matek v České republice v roce 2010 vzrostl oproti roku 2009 o 0,2 roku na 29,6 roku, průměrný věk prvorodiček na 27,6 roku. V první polovině roku 2011 mezi prvorodičkami převažovaly ženy ve věku 28 až 29 let (20, 5, 2, 3).

Riziko poškození funkce pohlavních orgánů se kumuluje úrazy, infekcemi, toxickým působením či v důsledku terapie. Porodní asistentka by měla poskytnout ženě informace o způsobech předcházení nežádoucímu těhotenství a o následcích jeho případného umělého ukončení. Edukace se také zaměřuje na sexuálně přenosné choroby, gynekologické záněty, jejich příčiny a příznaky (27).

Vzhledem k neustálému nárůstu počtu sexuálně přenosných chorob jak v republikovém, tak i v celosvětovém měřítku je v první řadě třeba klást důraz na jejich prevenci. Preventivní opatření se týkají způsobu přenosu pohlavních nemocí, tedy především sexuálního chování. K rizikovému sexuálnímu chování se řadí předčasný pohlavní styk, vysoká frekvence pohlavních styků, promiskuita, sex s neznámou osobou, krvavé sexuální praktiky a pohlavní styk bez použití kondomu (31).

Výskyt pohlavních chorob je také ovlivněn společenskými a výchovnými jevy. V prevenci je nutno vycházet z epidemiologie STD v dané geografické lokalitě a z prostředí cílové skupiny. Nezastupitelný význam, nejen v prevenci STD, má předávání informací z oblasti reprodukčního zdraví a vedení k zodpovědnosti za zdraví své, svého partnera i svých dětí. Důležitou roli zde hrají různé preventivní programy, které by

dlouhodobým působením měly změnit postoje člověka k dané problematice. Nesporným faktem je, že lidé, kteří jsou o sexu včas a otevřeně poučeni, se ve své sexuální praxi chovají zodpovědněji a racionálněji než ti nepoučení (13, 31, 29, 11).

Klasické pohlavní nemoci (syfilis, kapavka, měkký vřed, čtvrtá a pátá pohlavní nemoc) podléhají v České republice povinnému hlášení, evidenci, depistáži, dispenzarizaci a je povinné i poučení pacienta. Cílem tohoto opatření je zamezit šíření infekce a vyhledat další ohrožené nebo již nemocné osoby (31, 13).

Další prevence STD souvisí s kredeizací všech novorozenců po porodu, se screeningem těhotných žen (BWR, HIV) a se screeningem dárců krve, spermií a orgánů či jiných tkání (23).

Prevence a kontrola STD vychází z pěti základních principů: vzdělávání ohrožených skupin a poskytování poradenství; identifikace infikovaných osob, které nemají potřebu vyhledat zdravotní péči; účinná diagnostika a léčba infikovaných osob; vyšetření, léčba a poradenství poskytované sexuálními partnerům infikovaných osob; preexpoziční vakcinace osob s rizikem nákazy STD (je-li vakcína k dispozici) (31).

V oblasti zdravotnictví by prevence pohlavně přenosných chorob měla být součástí primární péče. Důležitou roli v této oblasti prevence plní porodní asistentka, která by měla ženu edukovat v oblasti předcházení STD, vysvětlit důležitost včasné diagnostiky a léčby (23, 29).

Z příčin vyvolávajících gynekologická zánětlivá onemocnění vyplývá, že pro prevenci má význam dodržování hygieny zevních pohlavních orgánů při celkové očistě těla, po vyprázdnění, dodržování hygieny během menstruace a absence pohlavního styku při menses. K preventivnímu chování patří odsunutí předčasného pohlavního styku, vyvarování se promiskuity nebo styku s neznámým partnerem, vyvarování se umělému přerušování těhotenství a pohlavního styku po porodu či potratu v období šestinedělí. Žena by se měla chránit prochladnutí a pobytu ve vlhkém prostředí (23, 13).

1.5.1 Role porodní asistentky v prevenci gynekologických zánětů a STD

V moderním ošetřovatelství se systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka realizuje prostřednictvím ošetřovatelského

procesu. Ošetřovatelský proces je myšlenkový algoritmus porodní asistentky při plánování ošetřovatelských aktivit a systém kroků a postupů při poskytování ošetřovatelské péče (41).

Role porodní asistentky v prevenci gynekologických zánětů a STD spočívá v informování žen o zásadách prevence zejména eliminací rizikových faktorů.

V oblasti sexuálního chování by měla porodní asistentka poučit ženu o vhodnosti používání kondomu při pohlavním styku. Latexové prezervativy jsou vysoce účinné v prevenci HIV a ostatních STD. Měly by se používat nejen při vaginálním styku, ale i při orálním a análním. Dále by jí měla vysvětlit rizika promiskuitního chování, které zvyšují riziko nákazy. Nejspolehlivější ochranou před infekcemi je partnerská věrnost, kdy předpokladem je zdraví obou partnerů. Nevhodnost orálního sexu, pokud má jeden z partnerů opar na ústech, a nevhodnost pohlavního styku, pokud má žena menses, je také důležité ženě sdělit. Klientka by měla být seznámena s příznaky doprovázejícími STD a jiná zánětlivá onemocnění, aby mohla situaci co nejdříve řešit s obvodním gynekologem a zabránit tak pozdějším komplikacím. Měla by proto sledovat své tělo i tělo partnera. Informace o nežádoucích komplikacích análního sexu, jako je poranění rodidel, kolonizace bakterií z oblasti rektu (*E. coli*) a vznik zánětu, jsou pro ženu taktéž významné. Penis by po análním styku neměl být bez předchozího omytí opět vkládán do pochvy či úst ze stejných důvodů.

V oblasti hygieny by si měla porodní asistentka ověřit, zda žena zná a dodržuje zásady správné hygieny rodidel při celkové očištění těla, po vyprázdnění, při menses (nevhodnost alkalického mýdla, preference sprchování, častá výměna vložek a tamponů, používání individuální osušky na rodidla,...). Důležitá je také hygiena pohlavního života, která spočívá ve vymočení a omytí genitálu před stykem i po něm.

V oblasti výživy by porodní asistentka měla klientku nejen poučit o vhodnosti zařazení dostatku mléčných výrobků do jídelníčku (vliv na fyziologické pH pochvy), ale měla by též zdůraznit dietní chyby (např. nadměrný příjem cukrů).

V oblasti životního stylu by měla porodní asistentka vysvětlovat nutnost vhodného oblékání. Žena by se měla vyvarovat prochladnutí, měla by nosit prodyšné oblečení a bavlněné spodní prádlo. Nevhodné jsou upnuté džíny, vhodná je sukně,

podvazky či punčochy. Dále je vhodné upozornit ženu na to, aby se bránila potřísnění biologickým materiálem. Zároveň je nutné seznámit ji s problematikou užívání drog, zejména parenterální cestou.

Porodní asistentka by také měla zdůraznit nezbytnost a důležitost pravidelných preventivních prohlídek u gynekologa. Žena by měla být informována o nutnosti včasné léčby každého výtoku, o možnosti léčby partnera a eventuálním preventivním vyšetření krve na HIV.

V oblasti režimu v období léčby STD a zánětů by měla být žena edukována porodní asistentkou o odpočinkovém režimu, aplikaci léků, sexuální abstinenci, zákazu koupání ve veřejném bazénu a vyvarování se prochladnutí.

Na závěr by se porodní asistentka měla ujistit, zda klientka uvedené zásady dodržuje a rozumí jim. Se ženou by měla mluvit otevřeně, ale zároveň diskrétně (23, 13, 27, 31).

1.6 Porodní asistentka edukátorka

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech (6, s. 9).“

Hlavními cíli zdravotnické péče již není jen nepřítomnost nemoci, ale i podpora zdraví, prevence nemocí a rehabilitace. Tento holistický pohled vedl k zdůraznění a podpoře role porodní asistentky edukátorky. Porodní asistentka provádí edukační činnost u edukantů bez rozdílu věku, pohlaví, rasy, náboženství či politického přesvědčení. Tuto činnost vykonává v různém prostředí: v nemocnici, v domácnosti, v ambulancích, zdravotních střediscích, ve své soukromé praxi, ve školách atd. Všechny edukační činnosti, které porodní asistentka koná ve své praxi, se vztahují k reprodukci a reprodukčnímu zdraví.

V ošetrovatelské péči se profesionálové v oblasti reprodukčního zdraví zabývají výchovou (edukací), která je součástí ošetrovatelské péče. Cílem výchovy spolu s výukou je to, aby každá osoba byla vybavena vědomostmi, dovednostmi a motivací

pro způsob života přispívající k podpoře zdraví a prevenci onemocnění. Porodní asistentka může významně ovlivnit sexuální chování jednotlivců (30).

Porodní asistentka provádí edukační činnost u žen, jejich rodin a komunit, kde poskytuje poučení v období těhotenství, porodu a šestinedělí, dále poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně-právních (mateřská dovolená, rodičovská dovolená, přídavky na dítě,...). Na oddělení šestinedělí dává péči a rady ženám po spontánním a operačním porodu, o porodním poranění, rekonvalescenci, péči o prsy a podpoře kojení. Na oddělení gynekologie edukuje ženy o péči a rekonvalescenci po gynekologických onemocněních a operacích, spolupracuje s rodinou. Porodní asistentka dále poskytuje rady dívkám a ženám ve všech obdobích jejich života a realizuje přednášky v oblasti reprodukčního zdraví, sexuální výchovy a plánovaného rodičovství (28).

Pro úspěšné vykonávání edukace by měl mít edukátor (porodní asistentka) tyto předpoklady: charakterové (např. trpělivost, důslednost, zodpovědnost), intelektové, senzomotorické (např. zručnost), sociální (např. pozitivní vztah k lidem), autoregulační (např. schopnost adaptace) a odborné znalosti a dovednosti. Aby porodní asistentka mohla plnit efektivně funkci výuky klientek a klientů, je nutné, aby si získala jejich důvěru, vyhodnotila jejich schopnost a připravenost k výuce, komunikovala srozumitelně a efektivně, použila vhodné výukové metody a zajistila zpětnou vazbu (6, 28).

Kompetence porodních asistentek pro edukaci v České republice jsou definovány zákonem č. 96/2004 Sb. a vyhláškou č. 424/2004 Sb. v paragrafu 5 a 64 (Příloha 3 a 4) (28).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1 : Zjistit úroveň znalostí laické veřejnosti v oblasti reprodukčního zdraví.

Cíl 2 : Zjistit, zda by laická veřejnost měla zájem o rozšíření znalostí v oblasti reprodukčního zdraví, například o semináře vedené porodní asistentkou.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1 : Laická veřejnost má znalosti v oblasti reprodukčního zdraví.

Hypotéza 2 : Laická veřejnost má zájem o rozšíření dosavadních znalostí v oblasti reprodukčního zdraví.

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Ke zpracování praktické části bakalářské práce byla použita metoda kvantitativního výzkumného šetření. Sběr dat probíhal pomocí dotazníků (Příloha 5). Dotazník byl anonymní a obsahoval 25 otázek, které byly zavřené, polootevřené a otevřené. Dotazník byl rozdán ženám i mužům z oblasti jižních Čech.

Úvodní otázky byly zaměřeny na demografickou charakteristiku respondentů, další oblast otázek byla směřována na jejich znalosti v oblasti reprodukčního zdraví a závěrečné otázky vytvořily prostor pro zpětnou vazbu od respondenta. Na většinu otázek v dotazníku připadaly 3 až 4 možné odpovědi. Kromě jedné otázky, kde bylo více možností, byla na otázky pouze jedna správná odpověď. Dotazník byl vytvořen na základě prostudované literatury, která je uvedena v seznamu použitých zdrojů.

Dotazník nejdříve prošel pilotní studií na zhruba 10 respondentech. Na základě reakcí respondentů jsme upravili znění některých otázek, které pro dotazované byly nesrozumitelné. Takto upravený dotazník jsem použili pro výzkumné šetření.

Výsledky z dotazníků byly vyhodnoceny pomocí statistických výpočtů, grafů.

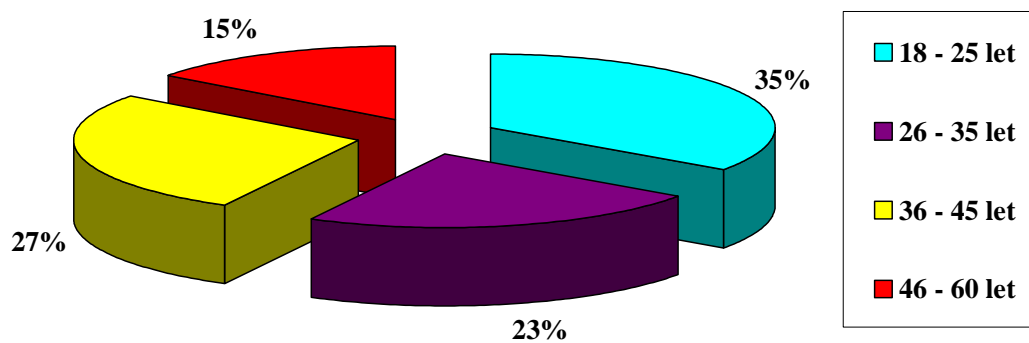
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro kvantitativní výzkumné šetření tvořila laická veřejnost. Byli to ženy a muži z oblasti jižních Čech ve věkové kategorii 18 – 60 let s různým stupněm vzdělání, jak ukazují grafy 1, 2 a 3.

Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků a vráceno jich bylo 102 (92,73 %), z čehož 7 dotazníků bylo vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění. Celkový vzorek respondentů tedy činil 95 (100%).

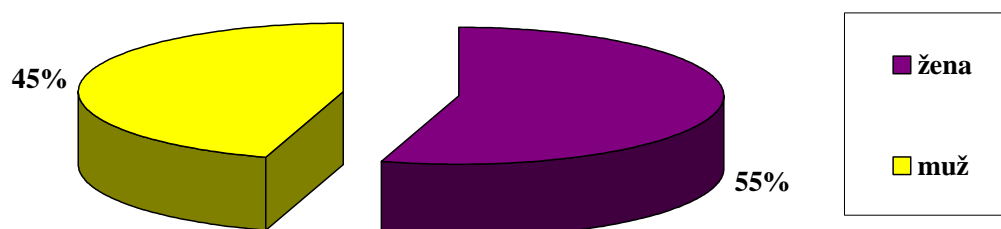
Výzkumné šetření probíhalo od 2.1. 2012 do 29.2. 2012. Vzorek respondentů byl vybrán náhodně. Většina dotazníků byla rozdána do vlastních rukou, několik jich bylo rozesláno Českou poštou a ojediněle byly dotazníky odeslány pomocí emailové pošty.

Graf 1 Věková kategorie



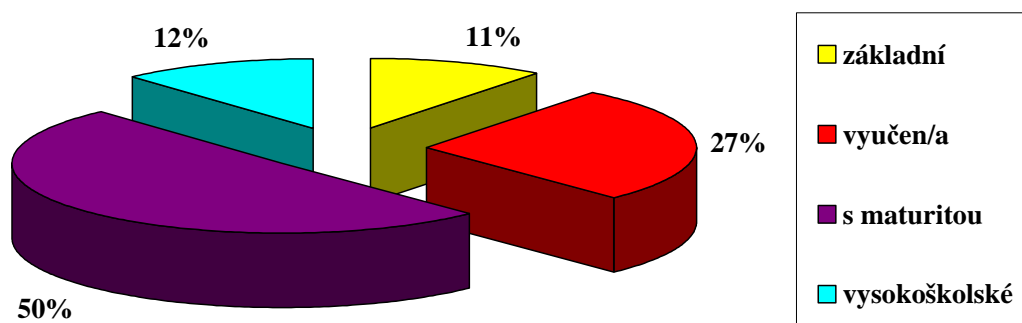
Z celkového počtu 95 (100 %) respondentů je jich 33 (35 %) ve věkové kategorii 18 – 25 let, 22 (23 %) je ve věku mezi 26 a 35 lety, 26 (27 %) respondentů je ve věkové kategorii 36 – 45 let a 13 (15%) v kategorii 46 – 60 let.

Graf 2 Pohlaví



Na dotazník celkem odpovědělo 95 (100 %) respondentů, z toho bylo 52 (55 %) žen a 43 (45 %) mužů.

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

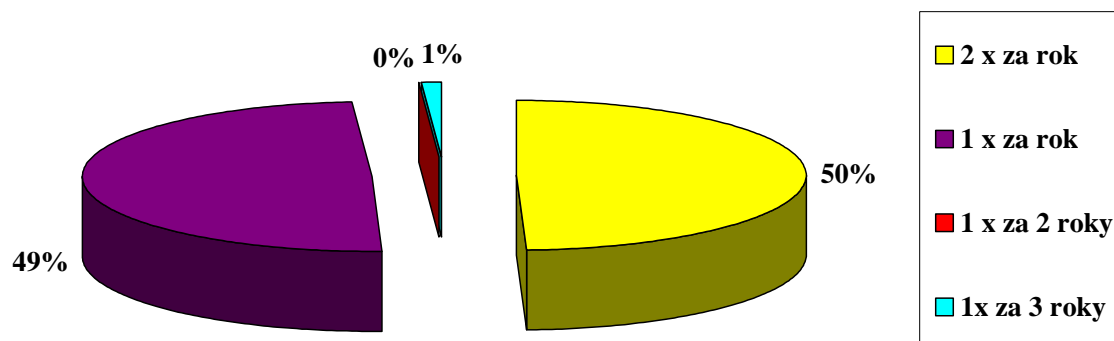


Z celkového počtu 95 (100 %) respondentů má 48 (50 %) nejvyšší dosažené vzdělání s maturitou, 26 (27 %) respondentů je vyučených, 10 (11 %) má základní vzdělání a 11 (12 %) je vysokoškolsky vzdělaných.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

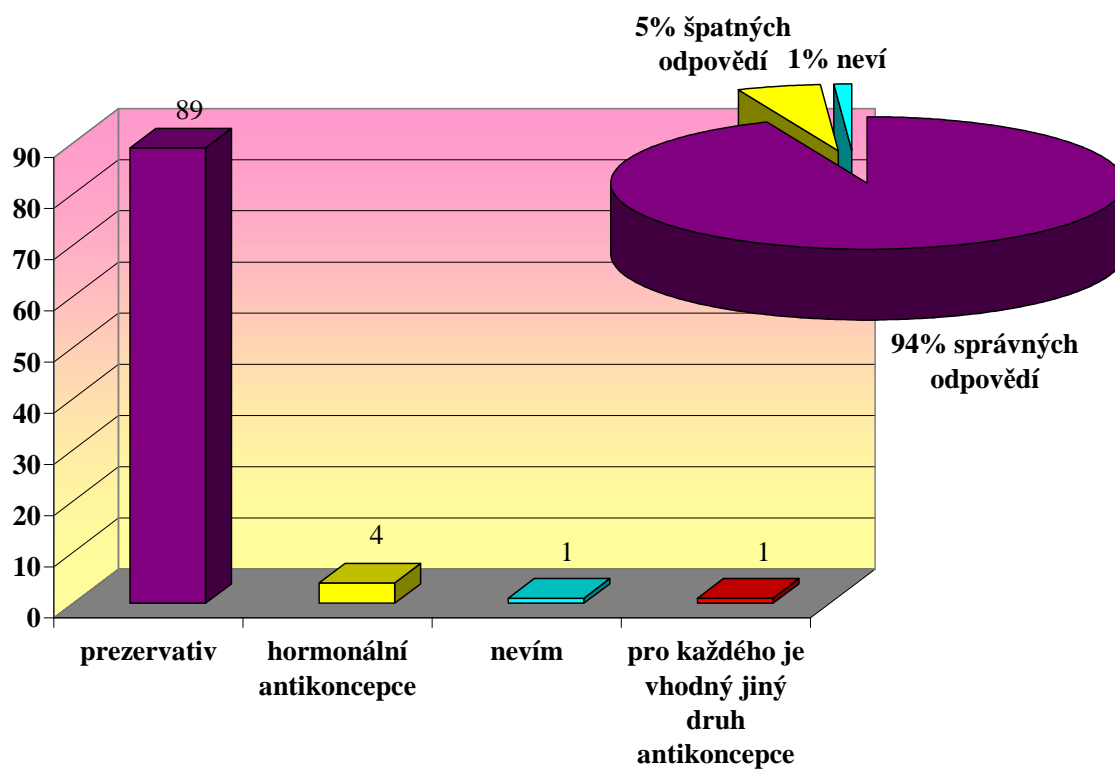
4.1 Analýza dotazníků

Graf 4 Preventivní gynekologická prohlídka



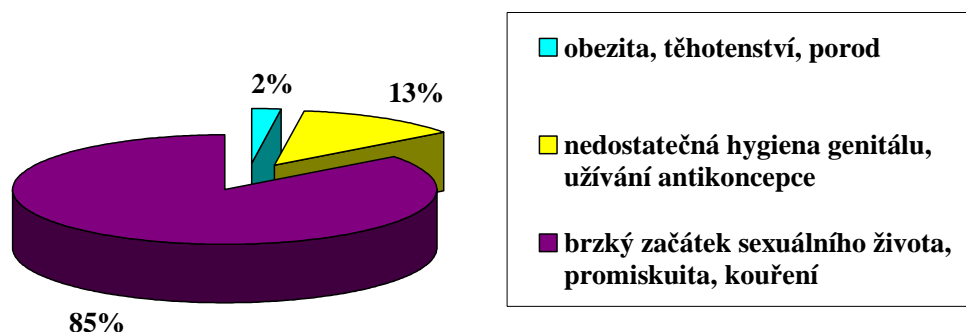
Na otázku správně odpovědělo 47 (49 %) respondentů z celkového počtu 95 (100 %), tedy že se preventivní gynekologická prohlídka provádí 1 x za rok, stejný počet 47 (50 %) respondentů uvedlo, že by žena měla podstoupit preventivní gynekologickou prohlídku 2 x za rok, 1 (1 %) respondent uvedl, že tak stačí činit pouze 1 x za 3 roky, možnost 1x za 2 roky neuvedl žádný z respondentů.

Graf 5 Nejvhodnější ochrana před sexuálně přenosnými chorobami



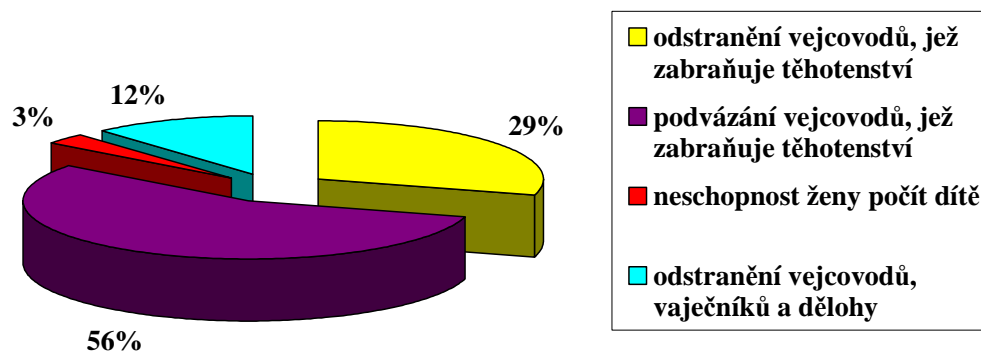
Z celkového počtu 95 (100 %) respondentů jich 89 (94 %) na otázku nejvhodnější ochrany před STD doplnilo správnou odpověď, prezervativ. Další 4 (4 %) respondenti vypsali jako odpověď hormonální antikoncepci, 1 (1 %) nevěděl a 1 (1 %) uvedl, že pro každého je vhodný jiný druh antikoncepce. Celkově odpovědělo správně 89 (94 %) respondentů, 5 (5 %) respondentů doplnilo špatnou odpověď a 1 (1 %) odpověď nevěděl.

Graf 6 Rizikové faktory pro vznik rakoviny děložního čípku



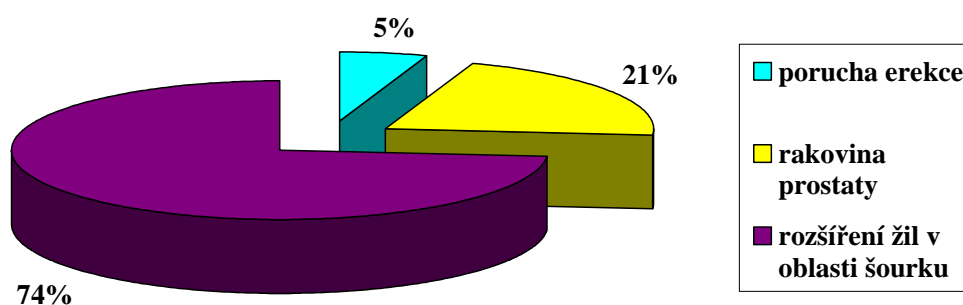
Z grafu vyplývá, že 81 (85 %) respondentů z celkového počtu 95 (100 %) správně uvedlo, že mezi rizikové faktory rakoviny děložního čípku patří brzký začátek pohlavního života, promiskuita a kouření, 12 (13 %) uvedlo nedostatečnou hygienu genitálu, užívání antikoncepce a 2 (2 %) respondentů obezitu, těhotenství a porod.

Graf 7 Pojem ženská sterilizace



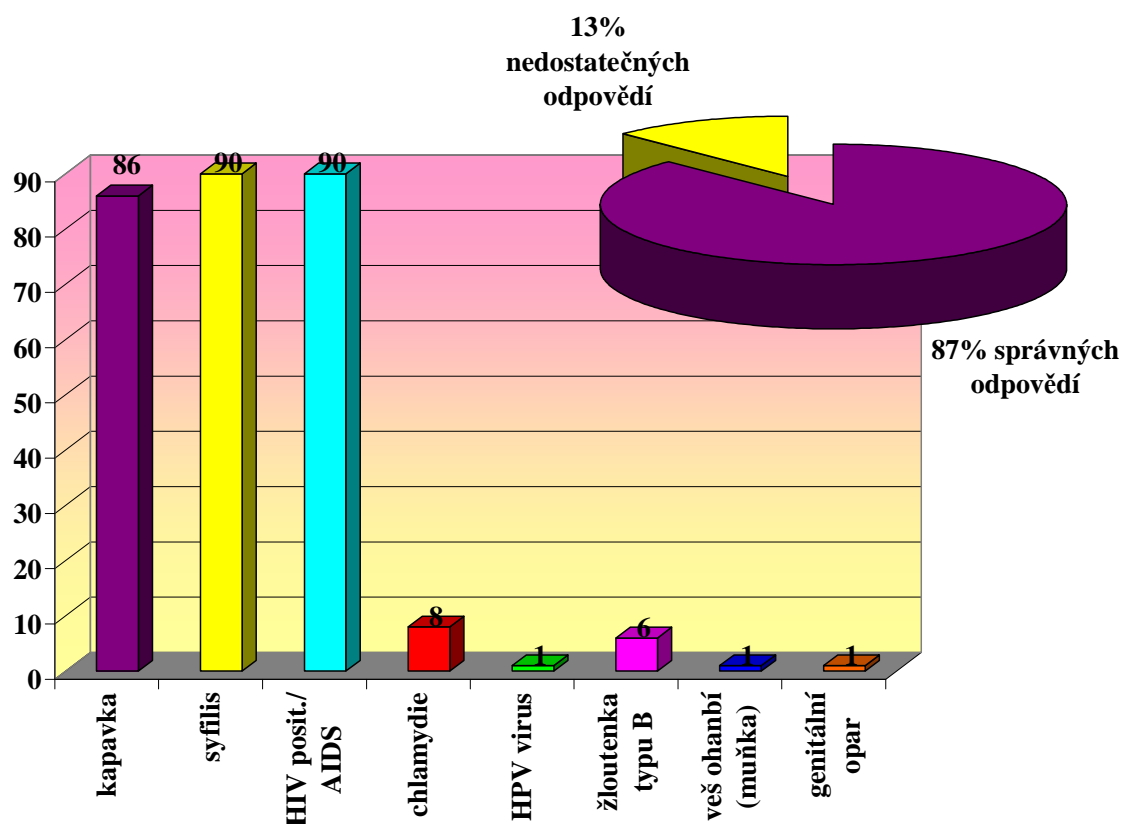
Z celkového počtu 95 (100 %) respondentů jich 53 (56 %) zná pojem sterilizace, což je podvázání vejcovodů, jež zabraňuje těhotenství, 28 (29 %) však jako odpověď uvedlo odstranění vejcovodů, jež zabraňuje těhotenství, 11 (12 %) uvedlo, že pojem sterilizace znamená odstranění vejcovodů, vaječníků a dělohy a 3 (3 %) respondentů uvedlo neschopnost ženy počít dítě.

Graf 8 Pojem varikokéla



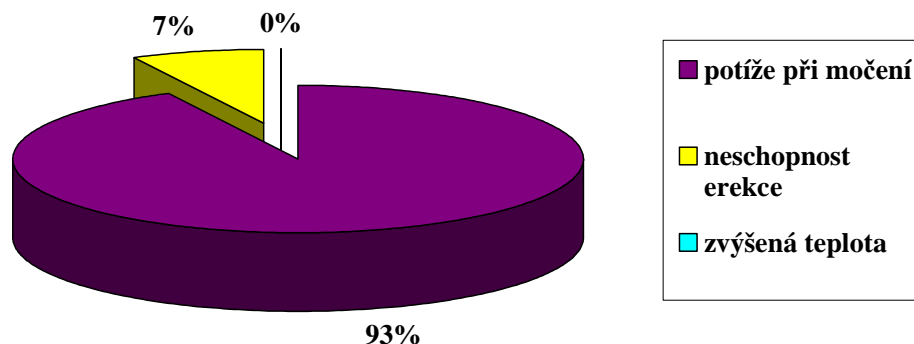
Z celkového počtu 95 (100 %) respondentů jich 70 (74 %) správně odpovědělo, že varikokéla je rozšíření žil v oblasti šourku, 20 (21 %) si myslí, že varikokéla je rakovina prostaty a 5 (5 %) se domnívá, že se jedná o poruchu erekce.

Graf 9 Sexuálně přenosná onemocnění



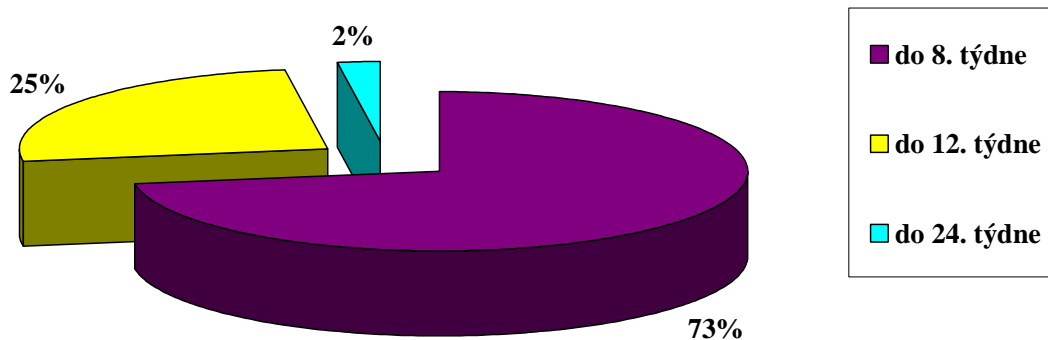
Mezi sexuálně přenosná onemocnění řadí laická veřejnost nejčastěji syfilis a HIV posit./ AIDS, kdy každé onemocnění bylo zvoleno 90 krát, tj. 180 odpovědí z celkových 283 (100 %). Další 86 odpovědí získala kapavka, 8 chlamydie, 1 HPV virus, 6 žloutenka typu B, 1 veš ohanbí a 1 genitální opar. Z celkových 95 (100 %) respondentů zodpovědělo otázku správně 83 (87%) dotázaných, zbylých 12 (13 %) odpovědělo nedostatečně.

Graf 10 První příznaky rakoviny prostaty



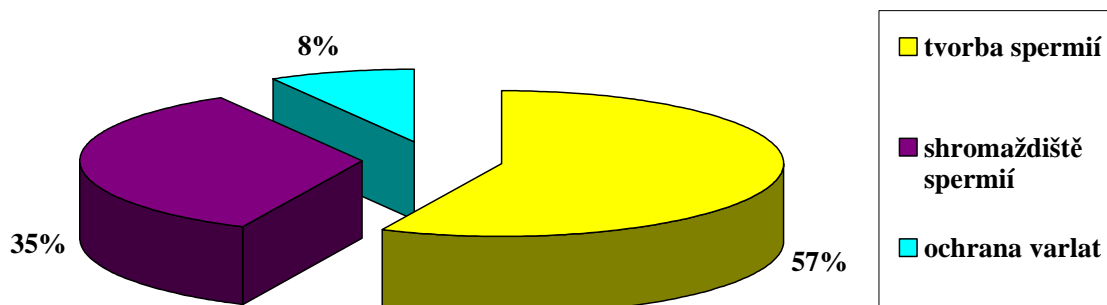
Z celkového počtu 95 (100 %) respondentů jich 88 (93 %) ví, že mezi první příznaky rakoviny prostaty patří potíže při močení. Neschopnost erekce, jako první příznak rakoviny prostaty, uvedlo 7 (7 %) respondentů. Zvýšenou teplotu neuvedl nikdo.

Graf 11 Délka těhotenství možná pro provedení miniinterrupce



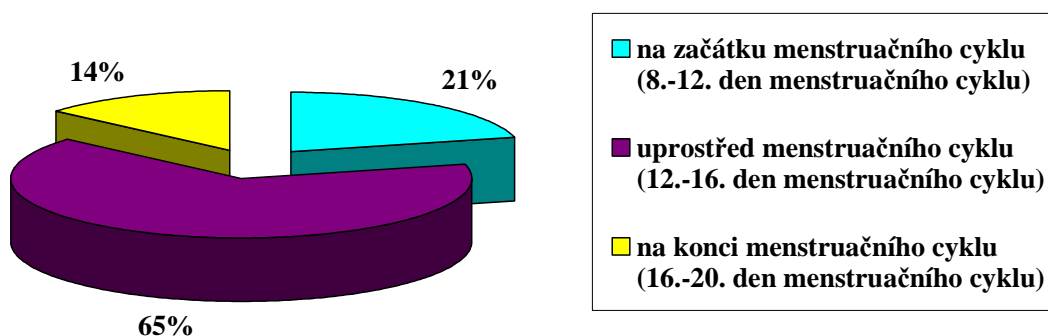
Z celkového počtu 95 (100 %) respondentů zodpovědělo otázku správně 69 (73 %) respondentů, tedy, že interrupci je možné provést ženě do 8. týdne těhotenství. 24 (25 %) respondentů si mylně domnívalo, že do 12. týdne a 2 (2 %) respondenti si mysleli, že do 24. týdne těhotenství.

Graf 12 Funkce nadvarlat v mužském těle



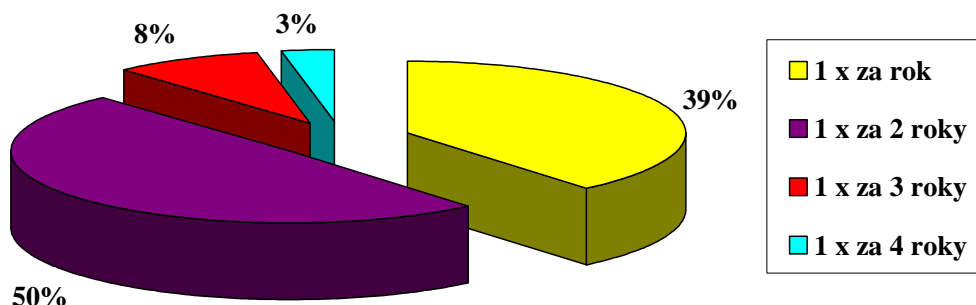
Graf 12 představuje znalosti laické veřejnosti o mužském genitálu. Z celkového počtu respondentů 95 (100 %) jich 33 (35 %) ví, že nadvarlata v mužském těle slouží jako shromazdiště spermií, avšak 54 (57 %) respondentů zvolilo jako odpověď tvorbu spermií a 8 (8 %) ochranu varlat.

Graf 13 Ovulace v menstruačním cyklu ženy



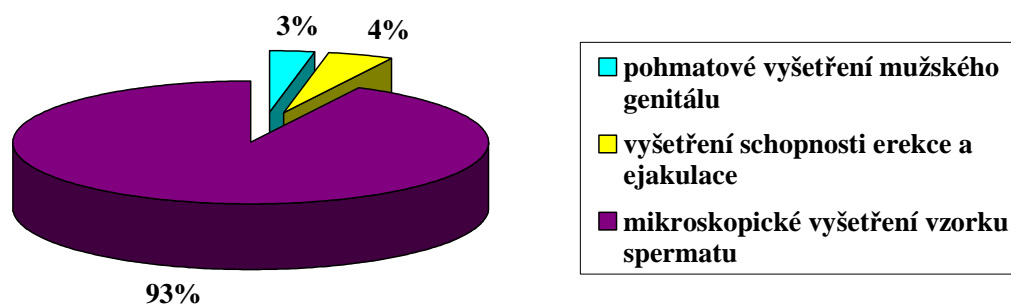
Z celkového počtu 95 (100 %) respondentů zná období ovulace v menstruačním cyklu ženy 62 (65 %) respondentů, tj. uprostřed menstruačního cyklu. Že ovulace probíhá na začátku menstruačního cyklu, uvedlo 20 (21 %) respondentů a na konci menstruačního cyklu, 13 (14 %) respondentů.

Graf 14 Úhrada screeningové mammografie u žen nad 45 let zdravotními pojišťovkami



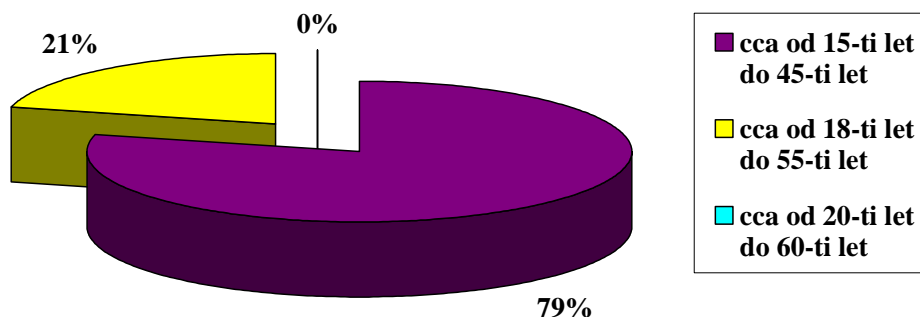
Z celkového počtu 95 (100 %) respondentů jich 47 (50 %) na otázku úhrady screeningové mammografie u žen nad 45 let zdravotními pojišťovkami zvolilo možnost 1 x za 2 roky, 37 (39%) respondentů zvolilo možnost 1 x za rok, 8 (8 %) jich zvolilo 1 x za 3 roky a 3 (3 %) 1 x za 4 roky.

Graf 15 Pojem spermologické vyšetření



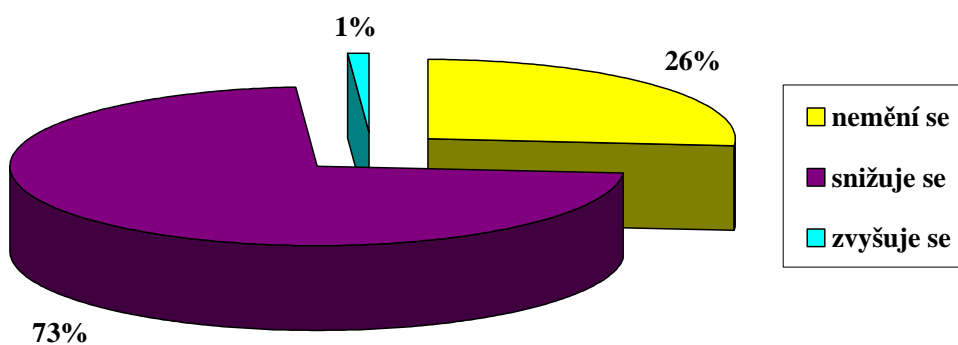
Z 95 (100 %) laiků jich 88 (93 %) zná pojem spermologické vyšetření, což je mikroskopické vyšetření vzorku spermatu, 4 (4 %) respondenti si pod tímto pojmem představili vyšetření schopnosti erekce a ejakulace a 3 (3 %) pohmatové vyšetření mužského genitálu.

Graf 16 Délka trvání fertlilního období u ženy



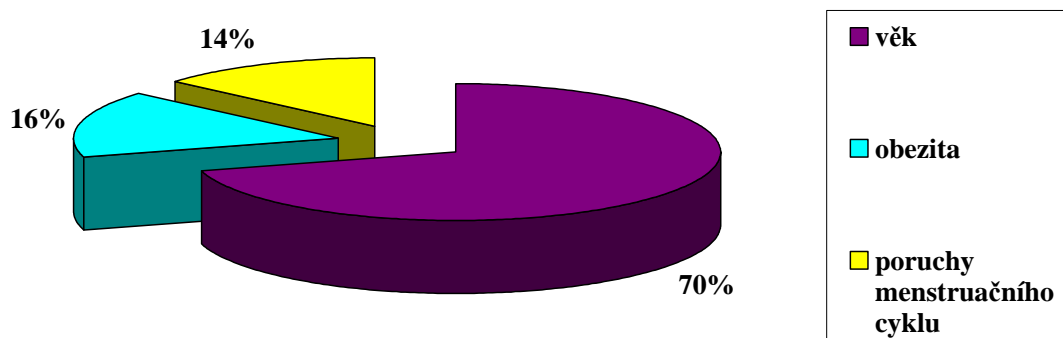
Graf 16 znázorňuje povědomí laické veřejnosti o délce trvání fertlilního období u ženy. 75 (79 %) respondentů z 95 (100 %) ví, že fertlilní období u ženy trvá cca od 15-ti let do 45-ti let. Zbylých 20 (21 %) respondentů si vybralo možnost cca od 18-ti let do 55-ti let.

Graf 17 Plodnost muže v závislosti na věku



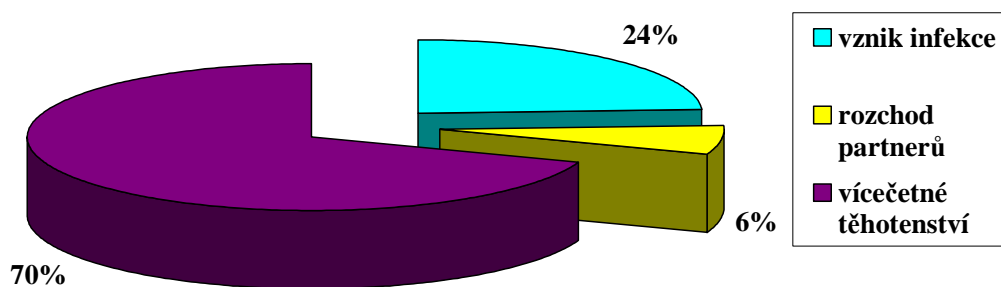
Tento graf ukazuje, že 69 (73 %) lidí z 95 (100 %) si myslí, že plodnost muže se s věkem snižuje. 25 (26 %) respondentů je přesvědčeno, že se plodnost muže s věkem nemění a 1 (1 %) si myslí, že se dokonce zvyšuje.

Graf 18 Příčina ženské neplodnosti, kterou nepomohou vyřešit běžné metody asistované reprodukce



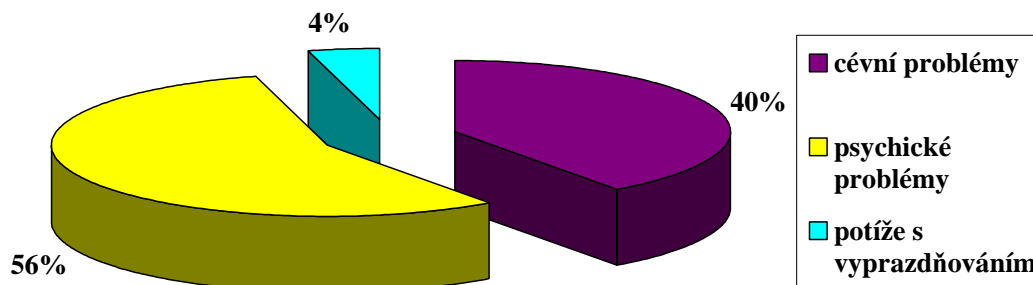
Z celkového počtu 95 (100 %) respondentů jich 67 (70 %) uvádí jako příčinu ženské neplodnosti, kterou nepomohou vyřešit běžné metody asistované reprodukce, věk. Obezitu vidí jako příčinu neplodnosti, kterou nepomohou vyřešit běžné metody asistované reprodukce, 15 (16 %) respondentů. Poruchy menstruačního cyklu tak vidí 13 (14 %) dotazovaných.

Graf 19 Nejčastější komplikace v asistované reprodukci



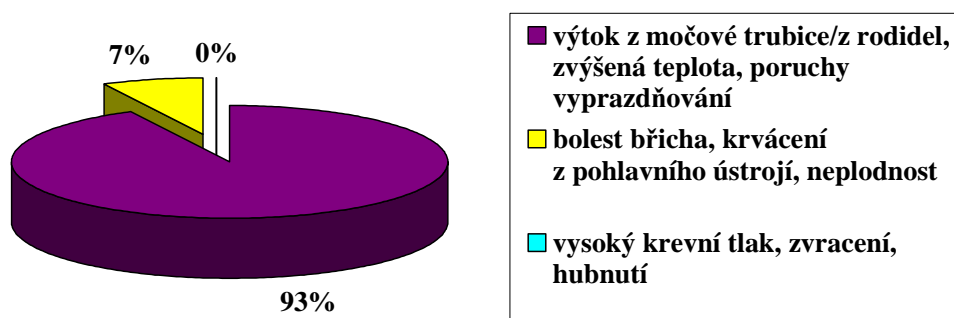
Graf představuje nejčastější komplikace v asistované reprodukci. Správnou odpověď, vícečetné těhotenství, zvolilo 66 (70 %) respondentů. Vznik infekce uvádí jako nejčastější komplikaci v asistované reprodukci 23 (24 %) a rozchod partnerů 6 (6 %) dotázaných.

Graf 20 Nejčastější příčina poruch erekce u mužů



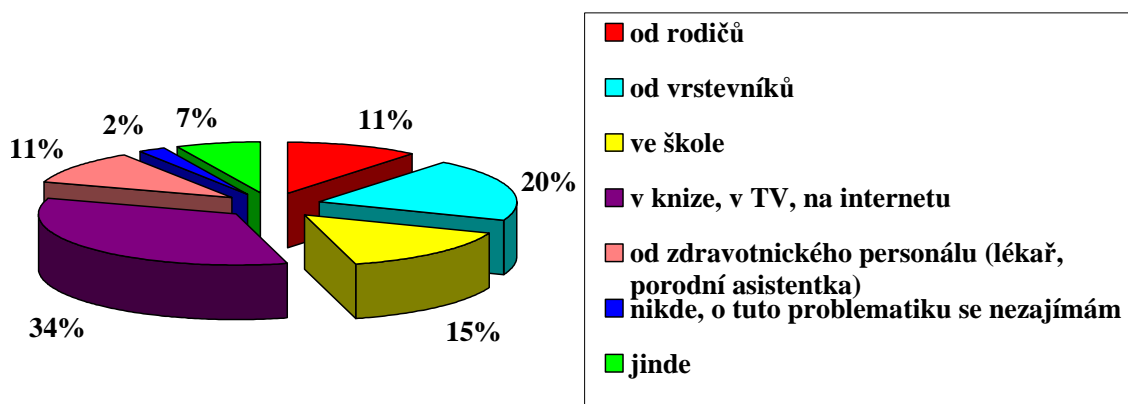
Jako nejčastější příčinu poruch erekce u mužů vidí lidé psychické problémy, celkem 53 (56 %) z 95 (100 %). Menší část z nich, 38 (40 %) respondentů, ví, že nejčastější příčinou poruch erekce u mužů jsou cévní problémy. 4 (4 %) dotazovaní zvolili za odpověď potíže s vyprazdňováním.

Graf 21 Obvyklé příznaky počínající infekce v pohlavním ústrojí



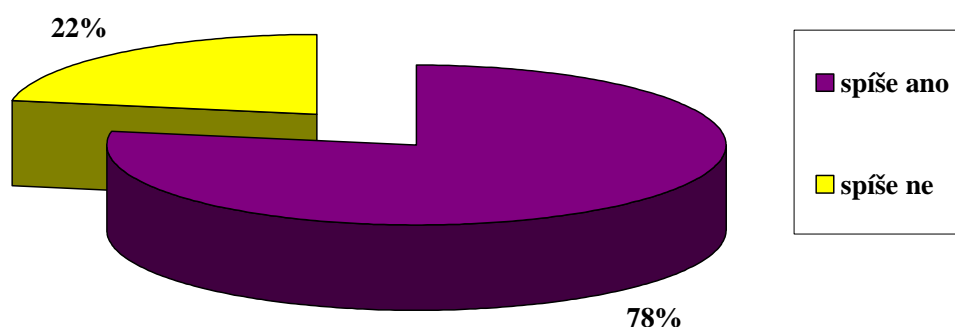
Z celkového počtu 95 (100 %) respondentů jich 88 (93 %) zná příznaky počínající infekce v pohlavním ústrojí, tj. výtok z močové trubice/ z rodidel, zvýšená teplota, poruchy vyprazdňování. 7 (7 %) zvolilo za tyto příznaky bolest břicha, krvácení z pohlavního ústrojí, neplodnost.

Graf 22 Zdroj informací z oblasti reprodukčního zdraví



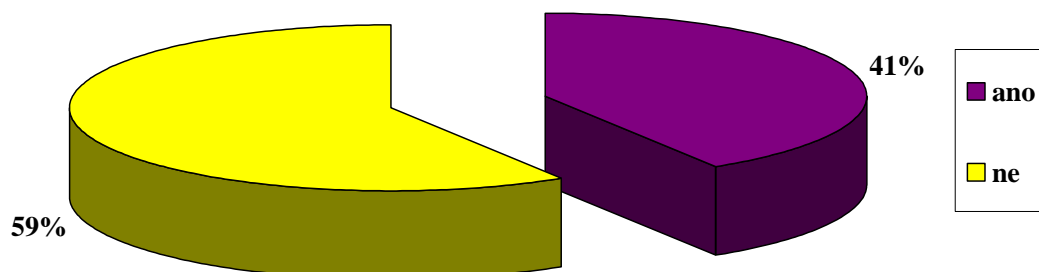
Jako zdroj informací v oblasti reprodukčního zdraví z celkových 175 (100 %) odpovědí získala 60 (34 %) odpovědí kniha, TV a internet, 35 krát (20 %) byli označeni vrstevníci, 26 (15 %) krát škola, 19 krát (11 %) byli za zdroj informací zvoleni rodiče a stejný počet odpovědí získal zdravotnický personál (lékař, porodní asistentka). 12 odpovědí (7 %) dostaly jiné zdroje informací než zde uvedené. 4 (2 %) respondenti se o tuto problematiku nezajímají.

Graf 23 Péče o své reprodukční zdraví



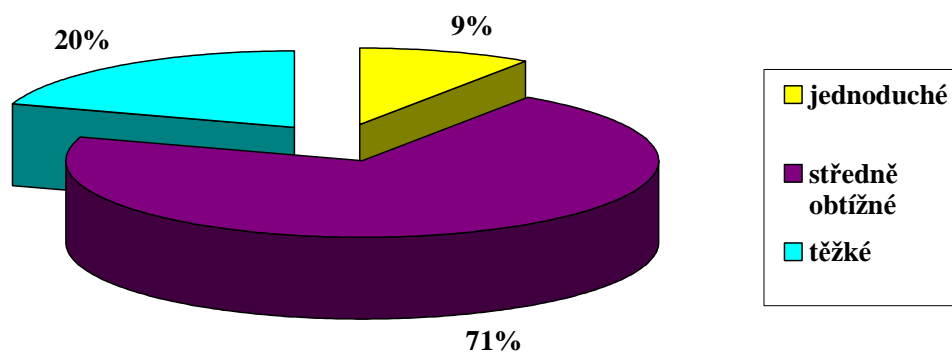
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných jich 74 (78 %) pečuje o své reprodukční zdraví, avšak 21 (22 %) o své reprodukční zdraví nepečuje.

Graf 24 Zájem o rozšíření svých dosavadních znalostí z oblasti reprodukčního zdraví



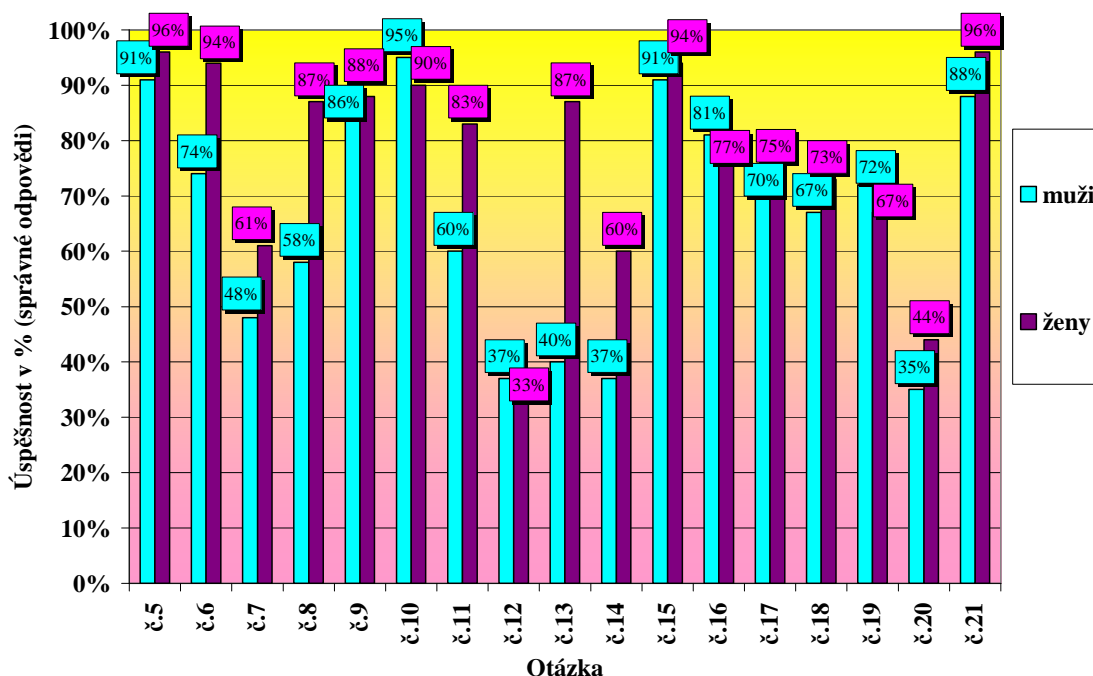
Zájem o rozšíření svých dosavadních znalostí v oblasti reprodukčního zdraví by mělo 39 (41 %) respondentů z celkového počtu 95 (100%). Zbylých 56 (59 %) respondentů zájem nemá.

Graf 25 Obtížnost znalostních otázek z oblasti reprodukčního zdraví v tomto dotazníku



Jako středně obtížné hodnotilo znalostní otázky z oblasti reprodukčního zdraví v tomto dotazníku 67 (71 %) respondentů. 19 (20 %) dotazovaných je označilo jako těžké a 9 (9 %) jako jednoduché.

Graf 26 Porovnání znalostí žen a mužů



Z celkového počtu 52 (100 %) žen a 43 (100 %) mužů, na pátou otázku z dotazníku odpovědělo dobře 50 (96 %) žen a 39 (91 %) mužů, na šestou 49 (94 %) žen a 32 (74 %) mužů, na sedmou otázku správně odpovědělo 32 (61 %) žen a 21 (48 %) mužů, na osmou 45 (87 %) žen a 25 (58 %) mužů, na devátou 46 (88 %) žen a 37 (86 %) mužů, na desátou 47 (90 %) žen a 41 (95 %) mužů, na jedenáctou 43 (83 %) žen a 26 (60 %) mužů, na dvanáctou otázku pouze 17 (33 %) žen a 16 (37 %) mužů, na třináctou 45 (87 %) žen a 17 (40%) mužů, na čtrnáctou adekvátně odpovědělo 31 (60 %) žen a 16 (37 %) mužů, na patnáctou 49 (94 %) žen a 39 (91%) mužů, na šestnáctou 40 (77%) žen a 35 (81%), na sedmnáctou 39 (75 %) žen a 30 (70 %) mužů, na osmnáctou otázku 38 (73 %) žen a 29 (67 %) mužů, na devatenáctou 35 (67%) žen a 31 (72 %) mužů, na dvacátou 23 (44%) žen a 15 (35 %) mužů a na poslední znalostní otázku z oblasti reprodukčního zdraví číslo 21 odpovědělo správně 50 (96 %) žen a 38 (88 %) mužů. Znění jednotlivých otázek je uvedeno v dotazníku (Příloha 5).

5 DISKUZE

Výzkumné šetření bylo uskutečněno metodou kvantitativního sběru dat s použitím anonymních dotazníků. Mezi dotazované patřili ženy i muži ve věku od 18 do 60 let žijící v oblasti jižních Čech. Celkem odpovědělo 95 respondentů.

Výzkumem jsme chtěli zjistit, zda má laická veřejnost znalosti v oblasti reprodukčního zdraví a zda by měla zájem o rozšíření znalostí v této oblasti. Dalšími dílčími cíli bylo zjistit, pokud informace v oblasti reprodukčního zdraví respondenti mají, zda se podle toho chovají, tedy jestli pečují o své reprodukční zdraví, a zároveň porovnat znalosti žen a mužů mezi sebou.

Úvod dotazníku tvořily otázky k demografické charakteristice dotazovaných, což ukazují grafy 1, 2 a 3. Nejvíce lidí bylo ve věkové kategorii 18 – 24 let a nejméně v kategorii 46 – 60 let, celkem odpovědělo 52 žen a 43 mužů. V otázce nejvyššího dosaženého vzdělání byla polovina s maturitou, menší část tvořila veřejnost s výučním listem a zbytek dotázaných měl jednak vysokoškolské vzdělání a jednak vzdělání základní.

Dalších 18 otázek bylo zaměřeno na znalosti laické veřejnosti v oblasti reprodukčního zdraví.

Jedna z otázek se týkala preventivních gynekologických prohlídek, kdy lidé nejčastěji odpovídali, že by ji měla žena podstoupit 1x ročně, stejné procento lidí si myslí, že dokonce 2 x ročně. To ukazuje, že lidé vědí, jak často by měla žena chodit na preventivní prohlídky ke gynekologovi, dokonce by chodili i častěji, ale jak vyplývá z jiných výzkumů, ženy tak nečiní. Z absolventské práce Aleny Pospíchalové (18), která se ve svém výzkumu dotazovala žen, vyplynulo, že stále velký počet z nich podceňuje pravidelné gynekologické vyšetření. Nepravidelně nebo vůbec nenavštěvuje gynekologa 52 žen ze 100 dotázaných, což je alarmující číslo. Pravidelná návštěva gynekologa může včas zachytit různá onemocnění, především rakovinu děložního čípku. Pozitivní na tom je alespoň to, že lidé znají rizikové faktory pro vznik rakoviny cervixu. Správně odpovědělo 81 respondentů z 95. Uvědomují si, že mezi rizikové faktory patří mimo jiné brzký začátek sexuálního života, promiskuita a kouření.

Dále nás zajímalo, jaké mají lidé povědomí o sexuálně přenosných chorobách. V doplňovací otázce č. 9 měli respondenti vypsát tři sexuálně přenosná onemocnění. Správných odpovědí bylo 87 %. Mezi onemocněními se nejčastěji objevovala kapavka, syfilis, AIDS a chlamydie, dále pak HPV virus, žloutenka typu B, veš ohanbí a genitální opar. Nevhodnější ochranou před sexuálně přenosnými chorobami z řad současných metod antikoncepce je prezervativ, jak uvádí Weiss (31). To vědělo i 89 respondentů z 95, jak ukazuje graf č. 5.

Graf 16 prezentuje, jak dlouho trvá podle respondentů fertilní období u ženy. Dle Pařízka (17) je žena schopna počít a donosit dítě přibližně od svých 15 do 45 let. Tuto možnost si vybralo 75 (79 %) laiků. Pro početí dítěte musí v těle ženy dojít k ovulaci, k uvolnění zralého vajíčka z vaječníku (23). O průběhu ovulace uprostřed menstruačního cyklu (12. – 16. den) vědělo 65 % dotázaných. Pokud se zaměříme na muže a jejich plodnost, dochází u nich též k pozvolnému snížení hormonální činnosti a tvorby spermií spolu s věkem, jak říká Hamanová a Machová (13). Na otázku plodnosti muže v závislosti na věku dotazovaní správně v 73 % odpověděli, že se snižuje.

Dále jsme chtěli zjistit informovanost laické veřejnosti o asistované reprodukci, a tak jsme tři z otázek zaměřili tímto směrem. Řežábek (20) ve své knize Asistovaná reprodukce tvrdí, že neplodností trpí v naší populaci asi každý šestý pár a její příčiny jsou různé. Avšak jednu příčinu neplodnosti klasické metody asistované reprodukce nepomohou vyřešit, a to je věk. To si uvědomuje i 67 (70%) respondentů. Přesto lidé odkládají rodičovství do pozdějšího věku, jak lze vyčíst ze statistik ČSÚ (2, 3). Stále více párů tak při neúspěchu koncepce vyhledává pomoc odborníků. V asistované reprodukci je dnes nejrozšířenější metodou mimotělní oplodnění oocyty a transfer embrya (IVF ET) (20). K vyšší pravděpodobnosti otěhotnění se častokrát vkládá do dělohy ženy více než jedno embryo, a proto může vzniknout vícečetné těhotenství, které je samo o sobě rizikové. Nejčastější komplikací v asistované reprodukci se tak stává právě vícečetné těhotenství jak podle Konečné (8), tak podle 88 respondentů. Aby se předešlo tomuto riziku, snižuje se počet transferovaných embryí na jedno či dvě, mnohdy jen na jedno (20, 8).

Tohoto tématu se týká i základní vyšetřovací metoda neplodnosti - spermiologické vyšetření neboli mikroskopické vyšetření vzorku spermatu (8). Tento pojem zná 93% dotázaných.

V poli mužského reprodukčního zdraví byla jedna otázka namířena na anatomii mužského genitálu. Tato otázka získala nejmenší úspěšnost ze všech. Ptali jsme se na funkci nadvarlat v mužském těle. Pouze od 33 (35 %) respondentů jsme se dozvěděli, že slouží jako shromaždiště spermií.

V České republice stále stoupá výskyt vážného onemocnění jednoho z mužských pohlavních orgánů, a tím je rakovina prostaty. Za důležité považujeme znalost prvních příznaků karcinomu prostaty, mezi které patří především potíže při močení. Správných bylo 88 (93 %) odpovědí. Avšak nejčastější problém, který trápí muže jsou poruchy erekce. Dle Kubíčka (10) má tyto problémy až 30 – 40 % mužů kolem 40 let a s věkem procento stoupá. Komplikace nejčastěji způsobují cévní problémy (cévní změny při arterioskleróze, při kouření, při cukrovce a špatném stravování), i když donedávna byla většina erektilních potíží přisuzována psychice. Toto mylné přesvědčení částečně panuje i dnes. Nejčastější příčinu poruch erekce vidí 53 (56%) respondentů v psychických problémech, menší část 38 (40 %) ji spatřuje v oněch cévních problémech.

Významnou část v oblasti reprodukce tvoří potenciální infekce, které mohou vniknout do pohlavních orgánů jak ženy, tak i muže. Záněty mohou postihnout všechny části pohlavního ústrojí a ponechat trvalé následky, jako jsou poruchy funkce a hlavně neplodnost (22, 9). Abychom zjistili, zda respondenti znají obvyklé příznaky počínající infekce v pohlavním ústrojí, zeptali jsme se jich na to. Jak ukazuje graf 21, z celkového počtu 95 respondentů jich 88 (93 %) ví, že mezi symptomy patří výtok z močové trubice/z rodidel, zvýšená teplota a poruchy vyprazdňování.

Důležitou roli v prevenci a případném včasném záchytu rakoviny prsu hraje mammografické vyšetření. Chtěli jsme zjistit, zda lidé vědí, že si ženy nad 45 let mohou nechat jednou za dva roky vyšetřit prsy za úhrady zdravotní pojišťovny. Z počtu 95 tázaných jich 50 % ví, že zdravotní pojišťovna hradí screeningovou mammografii jednou za dva roky.

V rámci široké oblasti reprodukčního zdraví jsme chtěli pojmut co největší okruh znalostí, a proto jsme do dotazníkového šetření zařadili i několik pojmů. Co je ženská sterilizace, vědělo 53 respondentů z 95. Často si tento pojem lidé pletli s odstraněním vejcovodů. Pojem varikokéla byl blízký 70 respondentům, kteří odpověděli, že je to rozšíření žil v oblasti šourku, jak uvádí Kubíček (10). Ještě jsme se zeptali, do kolikátého týdne těhotenství je možné ženě provést miniinterruptci. 69 (73 %) dotazovaných udalo možnost do 8. týdne gravidity.

Celkově hodnotíme znalosti laické veřejnosti za uspokojivé. Hypotéza 1, že laická veřejnost má znalosti v oblasti reprodukčního zdraví, byla potvrzena. Většina otázek byla zodpovězena správně z více jak 60 %, což ukazují koláčové grafy v kapitole Výsledky výzkumu. Lepší znalosti v oblasti reprodukčního zdraví mají ženy. Právě od nich bylo více správných odpovědí. Muži předčili ženy pouze u čtyř vědomostních otázek ze sedmnácti, jak ukazuje graf 26.

Výsledek našeho šetření se však neshoduje s výzkumem, který byl prováděn roku 1997 sdružením gynekologů „Medicus pro Femina“. Dotazníkové šetření se týkalo pouze žen a nikoli mužů. Zaměřovalo se na aspekty pohlavního života, osobní hygienu a zdroje informací. Z výsledku vyplynulo zjištění, že ženy mají značné nedostatky v oblasti reprodukčního zdraví. Ukázalo se, že 86 % žen mělo malé znalosti o funkci ženských pohlavních orgánů, téměř 50 % bylo špatně informováno o intimní hygieně, necelých 40 % žen o menstruační hygieně a pouze 16 % žen znalo správné sexuální návyky (13). Tento názor podporuje i Urbanová (27), která tvrdí, že deficit informací o reprodukčním zdraví má velký počet lidí vzhledem k neadekvátní úrovni vzdělání a nezájmu společnosti. Podle chování našich respondentů ovšem zastáváme názor, že lidé zájem mají. Při zpětném vybírání dotazníků se nás spousta respondentů ptala na správné odpovědi k otázkám, které nevěděli nebo u kterých si nebyli jisti. Někteří říkali, že si problematiku, která je v dotazníku zaujala, našli na internetových stránkách. Dokazuje to i fakt, že 39 (41 %) z 95 (100 %) respondentů by mělo zájem o rozšíření svých znalostí v oblasti reprodukčního zdraví. Tímto se potvrzuje i hypotéza 2.

Myslíme si, že lidé základní znalosti opravdu mají díky řadě faktorů. Dle Marodové (14) je jedním z nich kvantitativní a kvalitativní posun ve znalostech, které

lidé získávají už na základní škole. Více než deset let jsou na základních školách realizována témata, která spadají do oblasti reprodukčního zdraví. V současné době oproti dřívějšímu je patrná napříč celou společností značná otevřenost v poli reprodukce a sexuality. Lidé častěji a bez zábrán hovoří o sexualitě s ostatními ve svém okolí. Mají dostatek informací, a tak jsou jejich vědomosti o reprodukčním zdraví hlubší a přesnější než v minulosti. Informovanost dětí, dospívajících a dospělých stoupá vlivem médií, u dětí často i předčasně.

Dospělí, kteří mají vědomosti o reprodukci, mohou kvalitně vychovávat své děti. Jako první mohou svým ratolestem poskytnout potřebné, správné a dostatečné informace doprovázené hodnotovými postoji a vzorem chování. Výhodou výchovy v rodině je soustavná edukace přizpůsobená vývojové etapě dítěte, používanému rodinnému slovníku, podložená důvěrou dítěte v rodiče (13).

Laická veřejnost získává informace o reprodukčním zdraví nejčastěji z knih, z televize a internetu, což potvrzuje i Machová a Hamanová (13). Následují vrstevníci, za nimi pak škola, zdravotnický personál (lékař, porodní asistentka) a rodiče. 12 respondentů se o tuto problematiku nezajímá. O tom, že se znalosti laické veřejnosti dají označit za uspokojivé, ukazuje i graf 25. Obtížnost vědomostních otázek z oblasti reprodukčního zdraví byla pro 67 (71 %) respondentů střední, pro 9 (9%) dokonce jednoduchá a 19 (20%) ji označilo za těžkou.

Na druhou stranu je nutné poukázat na to, že i přes zdánlivé znalosti a vědomosti v uvedené oblasti se lidé podle nich nechovají. Znalosti je nevedou k odpovědnému chování. Zádrhel je nejspíše na cestě mezi „vědět“ a „rozhodnout se“. Je to stejné jako např. s kouřením. Všichni vědí, že kouření škodí zdraví, přesto kouří. Je potřeba se zaměřit na to, proč tomu tak je, a tento problém řešit. I ženští lékaři, kteří se účastnili výzkumného šetření realizovaného sružením „Medicus pro Femina“, považují reprodukční zdraví 60 % žen za neuspokojivé. Za nejzávažnější pokládají nedostačující péči žen o své zdraví, špatné sexuální návyky a problémy v prevenci a zdravotní péči. Mnohé ženy zanedbávají a podceňují preventivní péči a léčení prvních varovných příznaků onemocnění pohlavních orgánů (13). I v našem šetření se nemalé procento (22% respondentů) přiznalo, že o své reprodukční zdraví nepečuje.

Jako další příklad uvádíme výsledky globálního celosvětového výzkumu postojů lidí k sexualitě a jejich sexuálního chování z roku 2005. Z výsledků vyplývá, že respondenti znají rizika sexuálně přenosných nemocí. Překvapující ovšem je zjištění, že přibližně polovina z 317000 respondentů ze 41 zemí světa zbytečně riskuje, tj. provozuje nechráněný sex, dokonce i v případě, kdy se jedná o rizikového partnera (14). Myslí si snad lidé, že se jim problémy vyhnou?

V plošné edukaci obyvatelstva by měly být obsaženy nejen základní informace o reprodukčním zdraví, ale je třeba se zaměřit na konkrétní oblasti, jako jsou rizikové techniky sexuálního styku, orálně genitální praktiky, anální styky, správné používání kondomu a lubrikačních prostředků atd. Myslíme si, že by bylo prospěšné zařadit do edukační činnosti i obrázkové předlohy, podle kterých si edukanti jistě skutečnosti lépe zapamatují (např. příznaky různých STD slovně popsat a ukázat na obrázku). Cílem edukace by mělo být to, aby každý jedinec byl vybaven vědomostmi, dovednostmi a především motivací pro způsob života, jenž přispívá k podpoře zdraví a prevenci onemocnění. Výchovou by mělo ošetrovatelství pomoci zlepšovat zdraví společnosti, vyvolat změnu životního stylu a podpořit ji (30).

Při řešení této problematiky patří poděkování tvůrcům a organizátorům za různé preventivní programy, poskytovatelům preventivní péče, pracovníkům nízkoprahových zařízení, nevládních organizací, občanských sdružení, kteří se zabývají marginalizovanými skupinami, prostitutky, prostitutkami, uživateli drog, školám a mediím, jež v prevenci poruch reprodukčního zdraví zastávají nezanedbatelnou roli. Současná organizace péče o ohrožené osoby ovšem trpí řadou nedostatků. Mezi ně patří např. neúplné a nepřehledné legislativní předpisy, neřešené otázky prostituce, snížení prostředků na preventivní programy, nedořešené doškolování a způsob jeho hrazení atd (11). Je důležité dále pokračovat ve vzdělávání a výchově společnosti a současně se snažit najít východisko z těchto nedostatků.

Nejen v České republice běží dlouhodobý program Světové zdravotnické organizace „Zdraví 21“, který představuje racionální model komplexní péče o zdraví a jeho rozvoj. Program slouží jako podnět a současně návod k dosažení 21 cílů usilujících o povznesení zdravotního stavu národů a regionů. Některé z cílů se přímo týkají

reprodukčního zdraví. Cílem číslo 3 je do roku 2020 vytvořit podmínky umožňující zdravý start do života všem narozeným dětem a dětem předškolního věku. Jedním z dílčích úkolů je zlepšit přístup k prenatální a perinatální péči. Cílem číslo 4 je vytvořit do roku 2020 takové podmínky, aby mladí lidé byli více schopni plnit svoje role ve společnosti. Jeho dílčím úkolem je snížit o třetinu počet těhotenství v dospívání. Cíl s číslem 7 chce podstatně snížit negativní důsledky infekčních nemocí, které významně ovlivňují zdraví veřejnosti. Dílčím úkolem je nejpozději do roku 2015 trvale zajišťovat snižování výskytu a nepříznivých dopadů infekce HIV a dalších pohlavně přenosných chorob. Tématu se částečně týkají i cíle 11, 15, 18 a 19 (28).

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na informovanost laické veřejnosti v oblasti reprodukčního zdraví. Někdo by mohl namítnout, proč porodní asistentka zkoumá znalosti žen i mužů. Porodní asistentka má však důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i jejich rodin, komunit, kam muži rozhodně patří. Na reprodukčním zdraví žen se totiž velkou měrou podílejí právě oni.

Reprodukční zdraví není samozřejmou kvalitou, kterou člověk nemusí opatrovat. Schopnost rozmnožování může být v průběhu života oslabena či poškozena. V boji proti poškození reprodukčního zdraví je nejdůležitější prevence.

Cílem této práce bylo zjistit jednak úroveň znalostí laické veřejnosti v oblasti reprodukčního zdraví a jednak, zda by laická veřejnost měla zájem o rozšíření znalostí v oblasti reprodukčního zdraví, například o semináře vedené porodní asistentkou.

Na základě daných cílů byly stanoveny dvě hypotézy. Výzkumné šetření bylo uskutečněno metodou kvantitativního sběru dat s použitím anonymních dotazníků.

Hypotéza 1 předpokládala, že laická veřejnost má znalosti v oblasti reprodukčního zdraví. Tato hypotéza byla potvrzena, jak vyplývá z výsledků výzkumu. Většina vědomostních otázek byla správně zodpovězena z více jak 60 %, takže znalosti laické veřejnosti jsme hodnotili jako uspokojivé.

Hypotéza 2 předpokládala, že laická veřejnost má zájem o rozšíření dosavadních znalostí v oblasti reprodukčního zdraví. Tato hypotéza se potvrdila. Zájem veřejnosti o rozšíření znalostí má 39 (41 %) respondentů z 95 (100 %).

Ve výzkumné části této práce se nám navíc podařilo porovnat znalosti mužů a žen. Výsledky ukazují, že lépe informovány jsou ženy.

Jak vyplynulo z výzkumného šetření, lidé vědomosti mají, ale ukázalo se, že se podle toho nechovají. Řada jedinců o své reprodukční zdraví nepečuje, ačkoli znalosti o této problematice má. To dle našeho názoru potvrzuje i fakt, že stále roste počet pohlavně přenosných chorob, že se s neplodností potýká stále více párů a gynekologické záněty jsou pořád nejčastějším důvodem návštěvy žen u gynekologa. Z hlediska těchto důsledků bychom doporučovali tento problém řešit. Hledání nástrojů k motivaci lidí a

k jejich důslednější péči o reprodukční zdraví by přesáhlo rámeček této práce, a tak to zbývá na další badatele.

Teoretická část bakalářské práce by mohla sloužit jako výukový či vzdělávací materiál pro střední zdravotnický personál, pro psychology, sociální pracovníky, pedagogy a studenty. Výsledky výzkumu by mohly být použity k přípravě preventivních programů či jako informace pro porodní asistentky o úrovni znalostí laické veřejnosti v oblasti reprodukčního zdraví.

S cílem informovat veřejnost v oblasti péče o reprodukční zdraví byl vytvořen edukační letáček. Cílovou skupinou jsou ženy a muži v gynekologických a andrologických ambulancích a v ordinacích praktického lékaře.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
2. ČSÚ. *Sňatků i narozených dětí ubývá*. [online], c2011 [cit. 2011-10-10].
Dostupné z : < <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/coby031411.doc> >
3. ČSÚ. *Snižování porodnosti pokračovalo* [online], c2011 [cit. 2011-10-10].
Dostupné z : < <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/coby091211.doc> >
4. HÁJEK, Z. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
5. HAŠKOVÁ, H. *Fenomén bezdětnosti*. 1. vyd. Praha: SLON, 2009. 240 s. ISBN 978-80-7419-020-9.
6. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
7. KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
8. KONEČNÁ, H. *Na cestě za dítětem: Dvě malá křídla*. 2. vyd. Praha: Galén, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7262-591-8.
9. KONEČNÁ, H. *Reprodukční zdraví 2005: Co dělat, aby člověk měl děti když a až je bude chtít mít*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. 34 s. ISBN 80-7040-765-4.
10. KUBÍČEK, V. *Penis, rádce nejen pro muže*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-903642-1-7.
11. KUKLOVÁ, I. *Prevence sexuálně přenosných infekcí. Moderní babičství: Odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha: Levret, 2006, roč. 3, č. 11, s. 40- 44. ISSN 1214-5572.
12. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
13. MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1. vyd. Jinočany: H & H, 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.

14. MARÁDOVÁ, E. K aktuálním otázkám pojetí rodinné a sexuální výchovy v transformované škole. In *14. Celostátní kongres k sexuální výchově v České republice. Sborník referátů*. 1. vyd. Praha: SPRSV, 2006. s. 78- 86. ISBN 80-86559-57-2.
15. MAŠATA, J., JEDLIČKOVÁ, A., et al. *Infekce v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 371 s. ISBN 80-7345-038-0.
16. MERKUNOVÁ, A., OREL, M. *Anatomie a fyziologie člověka: Pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
17. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009. 776 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
18. POSPÍCHALOVÁ, A. *Míra informovanosti ženy o rakovině prsu*. Čelákovice, 2011. Absolventská práce. Vyšší odborná škola a Střední zdravotnická škola MILLS, Vedoucí absolventské práce MUDr. Milan Štětina.
19. ROZTOČIL, A., et al. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
20. ŘEŽÁBEK, K. *Asistovaná reprodukce: Průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2008. 112 s. ISBN 978-80-7345-154-7.
21. ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti*. 3. vyd. Praha: Grada, 2004. 120 s. ISBN 80-247-1010-2.
22. SÁK, P. *Vybrané kapitoly z gynekologie pro porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2010. 82 s. ISBN 978-80-7394-235-9.
23. SLEZÁKOVÁ, L., et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
24. TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
25. TRČA, S. *Plánované rodičovství: Nejlepší cesta k narození zdravého dítěte*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 160 s. ISBN 978-80-247-2794-3.
26. TREWINNARD, K. *Jak přirozeně otěhotnět*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2005. 177 s. ISBN 80-251-0764-7.

27. URBANOVÁ, E., et al. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy: V dimenziách ošetrovateľstva a porodnej asistencie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010. 256 s. ISBN 978-80-8063-343-1.
28. VRÁNOVÁ, V. *Výchova k reprodukčnému zdraví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 107 s. ISBN 978-80-244-2629-7.
29. VRUBLOVÁ, Y. *Sexualita: Přirozená potřeba*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2005. 61 s. ISBN 80-7204-406-0.
30. VRUBLOVÁ, Y. Sexuální výchova v ošetrovateľství. In *17. Celostátní kongres k sexuální výchově v České republice. Sborník referátů*. 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2009. s. 150- 151. ISBN 978-80-7399-835-6.
31. WEISS, P., et al. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Edukace

Gynekologické záněty

Neplodnost

Porodní asistentka

Prevence

Reprodukční zdraví

Sexuálně přenosné choroby

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 Anatomie ženských pohlavních orgánů

Příloha 2 Anatomie mužských pohlavních orgánů

Příloha 3 Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky

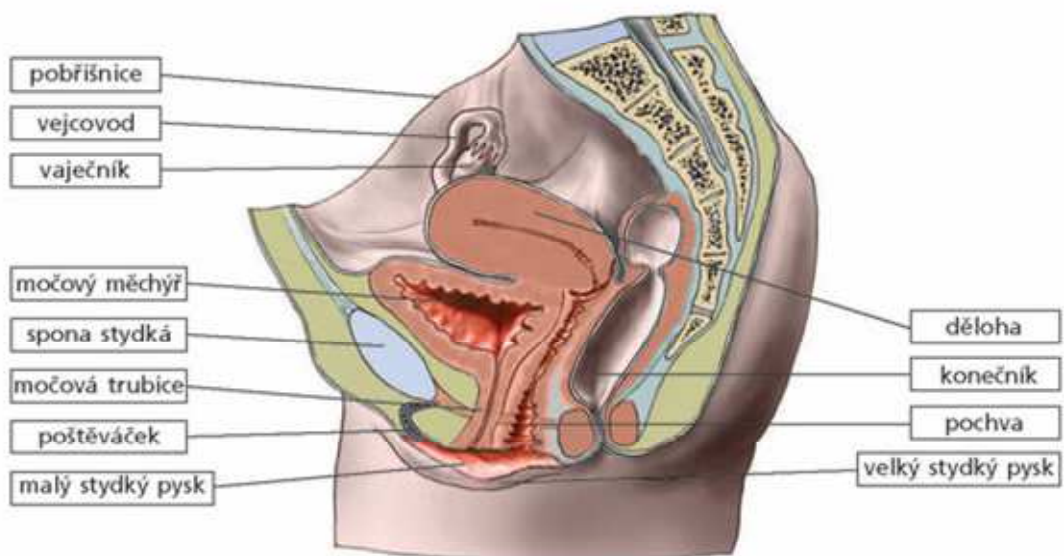
Příloha 4 Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí

Příloha 5 Dotazník

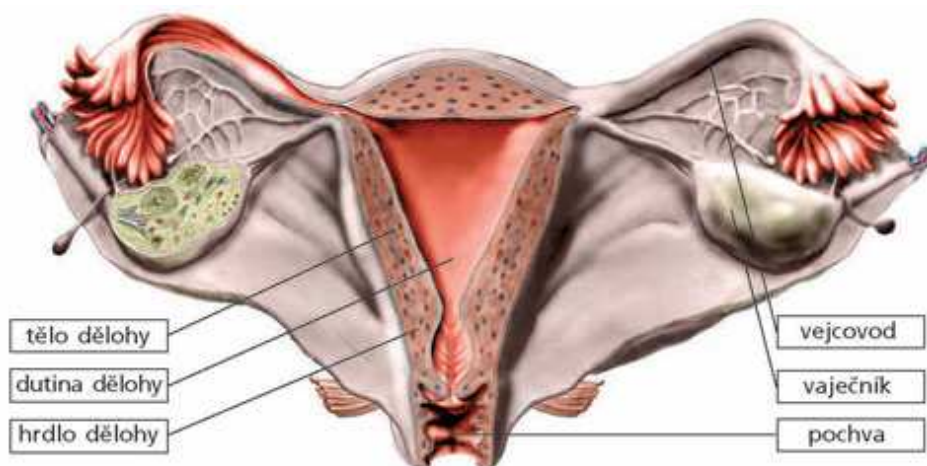
Příloha 1 Anatomie pohlavních orgánů ženy



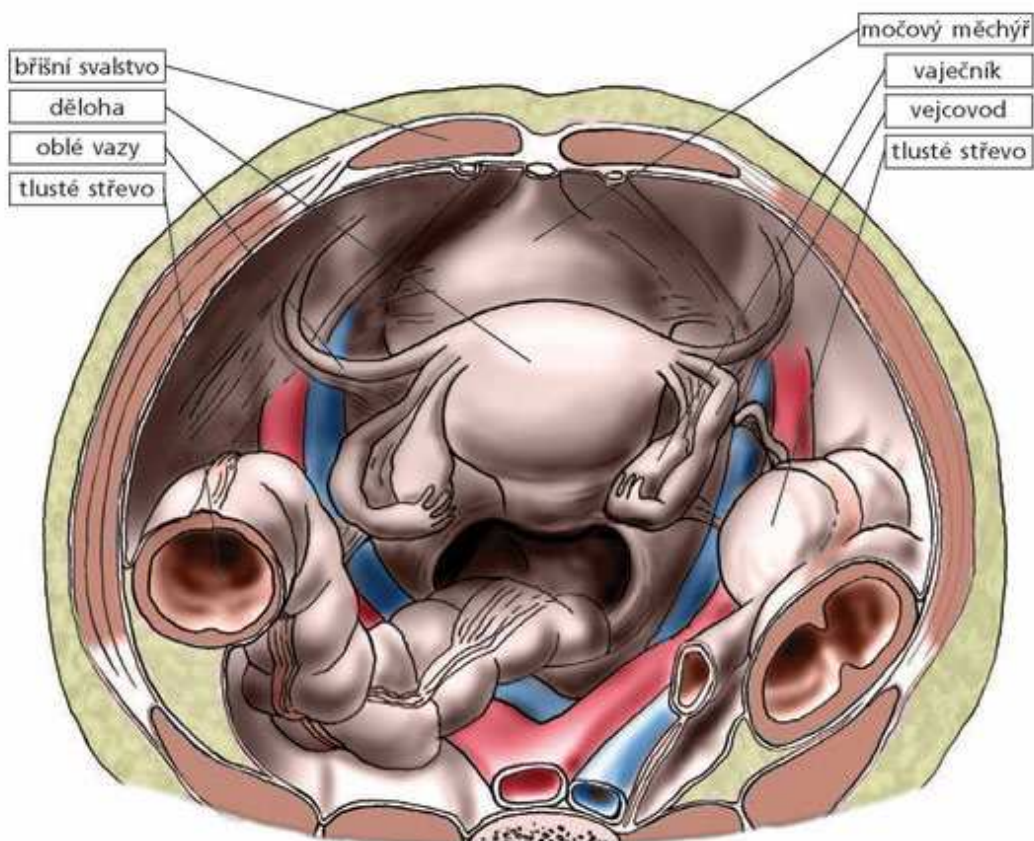
Zevní pohlavní orgány ženy



Vnitřní pohlavní orgány ženy z boku



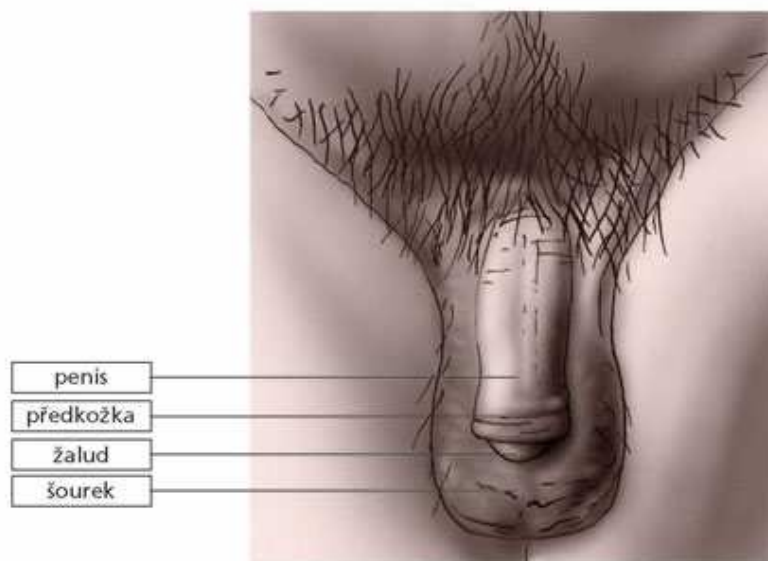
Vnitřní pohlavní orgány ženy



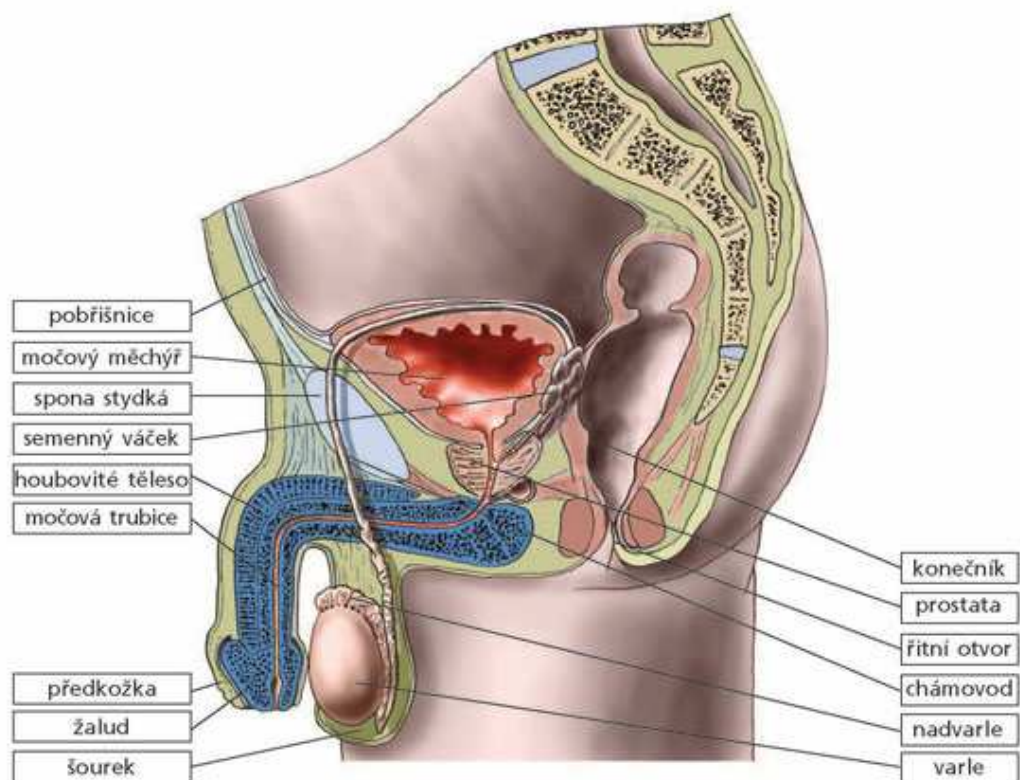
Vnitřní pohlavní orgány ženy shora

Zdroj: *Anatomie pohlavních orgánů ženy a muže* [online], c2002-2011 [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: < <http://www.porodnice.cz/anatomie-pohlavnich-organu-zeny-muze> >

Příloha 2 Anatomie mužských pohlavních orgánů



Zevní pohlavní orgán muže



Vnitřní pohlavní orgány muže z boku

Zdroj: *Anatomie pohlavních orgánů ženy a muže* [online], c2002-2011 [cit. 2012-02-10]. Dostupné z: < <http://www.porodnice.cz/anatomie-pohlavnich-organu-zeny-muze> >

Příloha 3 Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky

Zákon č. 96/2004 Sb.

-výňatek-

§ 6

Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky

(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky se získává absolvováním

- a. nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu porodních asistentek,
- b. tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004
- c. střední zdravotnické školy v oboru ženská sestra nebo porodní asistentka, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997.

(2) Porodní asistentka, která získala odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. c), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání porodní asistentky na úseku péče o ženu během těhotenství, porodu a šestinedělí a péče o novorozence. Porodní asistentka musí prokázat činnost na každém z těchto úseků v minimální délce 1 měsíce, kromě úseku péče o ženu během porodu, kde musí prokázat činnost v minimální délce 6 měsíců. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem.

(3) Za výkon povolání porodní asistentky se považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to jest zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence; součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

(4) Pokud způsobilost k výkonu porodní asistentky získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti porodní asistent.

Zdroj: MVČR. *Sbírka zákonů* [online], c2012 [cit. 2012-02-27]. Dostupné z:

< www.mvcr.cz/soubor/sb109-08-pdf.aspx >

Příloha 4 Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí

Vyhláška MZČR č. 424/2004 Sb.

-výňatek-

§ 3

Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí

(1) Zdravotnický pracovník uvedený v § 4 až 20 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti

- a. poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- b. dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu se zvláštními právními předpisy,
- c. vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních právních předpisů, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení,
- d. poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,
- e. podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů,
- f. podílí se na přípravě standardů.

(2) Zdravotnický pracovník uvedený v § 21 až 26 do doby získání specializované způsobilosti nebo prokázání výkonu praxe podle zvláštního právního předpisu v rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti uvedené v odstavci 1 pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v příslušném oboru.

(3) Zdravotnický pracovník uvedený v § 27 až 40 po získání odborné způsobilosti pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v rozsahu své odborné způsobilosti

- a. poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- b. pracuje se zdravotnickou dokumentací a s informačním systémem zdravotnického zařízení.

(4) Pokud zdravotnický pracovník vykonává činnosti zvláště důležité z hlediska radiační ochrany, musí splňovat zvláštní požadavky stanovené zvláštním právním předpisem.

§ 4

Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména

- a. vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- b. sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- c. pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta,
- d. zajišťuje herní aktivity dětí,
- e. zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- f. provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost,
- g. hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
- h. provádí rehabilitační ošetřování ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem, zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility,
- i. provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- j. edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály,
- k. orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
- l. zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propouštěním pacientů,
- m. provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
- n. zajišťuje přejímání, kontrolu, uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek, (dále jen „léčivé přípravky“) a manipulaci s nimi a dále zajišťuje jejich dostatečnou zásobu,

- o. zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Všeobecná sestra se podílí pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom zejména vykonává činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i).

(3) Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména

- a. podává léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,
- b. zavádí a udržuje kyslíkovou terapii,
- c. provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické,
- d. provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
- e. provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,
- f. provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,
- g. provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře

- a. aplikuje nitrožilně krevní deriváty,
- b. spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.

§ 5

Porodní asistentka

(1) Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 Činnosti zdravotnického pracovníka, odst. 1 této vyhlášky a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Přítom zejména:

- a. poskytuje poučení o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkuje
- b. provádí návštěvy v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných, sleduje jejich zdravotní stav
- c. podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikacím
- d. diagnostikuje těhotenství, předepisuje, doporučuje nebo provádí vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím, poskytuje jim informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předává ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví
- e. sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými i technickými prostředky, rozpoznává u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhá mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádí neodkladná opatření
- f. připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví
- g. ošetřuje porodní a poporodní poranění a pečuje o šestinedělky
- h. zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků, manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu
- i. zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu

(2) Porodní asistentka poskytuje bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickým novorozencům prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádí jejich první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví

- a. asistuje při komplikovaném porodu
- b. asistuje při gynekologických výkonech
- c. instrumentuje na operačním sále při porodu císařským řezem

(4) Porodní asistentka se podílí pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované péče. Přítom zejména vykonává činnosti podle § 4 Všeobecná sestra, odst. 1 písm. b) až i).

(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti dle § 4 Všeobecná sestra, odst.1, 3 a 4 této vyhlášky u těhotných a rodících žen, šestinedělek a pacientek s gynekologickým onemocněním.

Zdroj: MVČR. *Sbírka zákonů a mezinárodních smluv* [online], c2005 [cit. 2012-03-09]. Dostupné z: < <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb139-04.pdf> >

Příloha 5 Dotazník

Vážený/á respondente/tko,
jmenuji se Lenka Zemanová a jsem studentkou 3. ročníku oboru porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás poprosila o spolupráci na mé bakalářské práci na téma Znalosti laické veřejnosti v oblasti reprodukčního zdraví vyplněním dotazníku, který je anonymní a bude použit pouze pro účely bakalářské práce. Odpovědi kroužkujte (správně je jen jedna odpověď, pokud není uvedeno jinak) nebo čitelně doplňte na vyznačené místo.

Předem děkuji za spolupráci
a Vámi strávený čas nad tímto dotazníkem.

Lenka Zemanová
lencitek@seznam.cz

1) Kolik je Vám let?

- a) 18- 25 b) 26- 35 c) 36- 45 d) 46- 60

2) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena b) muž

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní b) vyučen/a c) s maturitou d) vysokoškolské

4) Jak často by měla žena podstoupit preventivní gynekologickou prohlídku?

- a) 2 x za rok b) 1 x za rok c) 1 x za 2 roky d) 1 x za 3 roky

5) Která ze současných metod antikoncepce je nejvhodnější pro ochranu před sexuálně přenosnými onemocněními?

Prosím doplňte

6) Co patří mezi rizikové faktory pro vznik rakoviny děložního čípku?

- a) obezita, těhotenství, porod
b) nedostatečná hygiena genitálu, užívání antikoncepce
c) brzký začátek sexuálního života, promiskuita, kouření

7) Co je to ženská sterilizace?

- a) odstranění vejcovodů, jež zabraňuje těhotenství
b) podvázání vejcovodů, jež zabraňuje těhotenství
c) neschopnost ženy počít dítě
d) odstranění vejcovodů, vaječnicků a dělohy

8) Co je to varikokéla?

- a) porucha erekce b) rakovina prostaty c) rozšíření žil v oblasti šourku

9) Která onemocnění patří mezi sexuálně přenosná?

Prosím doplňte (min. 3)
.....
.....

10) Co patří mezi první příznaky rakoviny prostaty?

- a) potíže při močení b) neschopnost erekce c) zvýšená teplota

11) Do kolikátého týdne těhotenství je možné provést ženě *miniinterrupci*?

- a) do 8. týdne těhotenství b) do 12. týdne těhotenství c) do 24. týdne těhotenství

12) Jakou funkci v mužském těle plní nadvarlata?

- a) tvorba spermií b) shromaždiště spermií c) ochrana varlat

13) Kdy dochází v menstruačním cyklu ženy k ovulaci? (začátek cyklu = 1. den menstruace)

- a) na začátku menstruačního cyklu (8.-12. den menstruačního cyklu)
b) uprostřed menstruačního cyklu (12.-16. den menstruačního cyklu)
c) na konci menstruačního cyklu (16.-20. den menstruačního cyklu)

14) Screeningová mammografie (preventivní rentgenové vyšetření prsů) je zdravotní pojišťovnou hrazena u žen nad 45 let:

- a) 1 x za rok b) 1 x za 2 roky c) 1 x za 3 roky d) 1 x za 4 roky

15) Co je to spermiologické vyšetření?

- a) pohmatové vyšetření mužského genitálu
b) vyšetření schopnosti erekce a ejakulace
c) mikroskopické vyšetření vzorku spermatu

16) Jak dlouho trvá fertilní (reprodukční) období u ženy?

- a) cca od 15-ti let do 45-ti let
b) cca od 18-ti let do 55-ti let
c) cca od 20-ti let do 60-ti let

17) Plodnost muže se s věkem

- a) nemění b) snižuje c) zvyšuje

18) Kterou příčinu snížené plodnosti nepomohou vyřešit *běžné metody* asistované reprodukce?

- a) věk b) obezitu c) poruchy menstruačního cyklu

19) Jaká komplikace je nejčastější v asistované reprodukci?

- a) vznik infekce b) rozchod partnerů c) vícečetné těhotenství

20) Co stojí nejčastěji za poruchami erekce u mužů?

- a) cévní problémy b) psychické problémy c) potíže s vyprazdňováním

21) Co patří mezi obvyklé příznaky počínající infekce v pohlavním ústrojí?

- a) výtok z močové trubice/z rodidel, zvýšená teplota, poruchy vyprazdňování
b) bolest břicha, krvácení z pohlavního ústrojí, neplodnost
c) vysoký krevní tlak, zvracení, hubnutí

22) Kde jste získal/a či získáváte informace z oblasti reprodukčního zdraví?

* zde možno více voleb

- a) od rodičů
- b) od vrstevníků
- c) ve škole
- d) v knize, v TV, na internetu
- e) od zdravotnického personálu (lékař, porodní asistentka)
- f) nikde, o tuto problematiku se nezajímám
- g) jinde.....

23) Pečujete o své reprodukční zdraví?

- a) spíše ano
- b) spíše ne

24) Měl/a byste zájem o rozšíření svých dosavadních znalostí z oblasti reprodukčního zdraví (např. o semináře vedené porodní asistentkou)?

- a) ano
- b) ne

25) Znalostní otázky z oblasti reprodukčního zdraví v tomto dotazníku pro Vás byly:

- a) jednoduché
- b) středně obtížné
- c) těžké