



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ZDRAVSTVENA VZGOJA MLADOSTNIC V
GINEKOLOŠKEM DISPANZERJU**

**HEALTH EDUCATION OF ADOLESCENTS
AT GYNECOLOGY OUTPATIENT CLINICS**

Mentorica: Erika Povšnar, pred.
Somentorica: Vanja Škoda, strok. sod.

Kandidatka: Maruša Arnež

Jesenice, april, 2015

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Eriki Povšnar, pred., in somentorici Vanji Škoda, strok. sod., za sprejeto mentorstvo in somentorstvo ter za usmerjanje pri pripravi diplomskega dela. Zahvaljujem se osebju dispanzerja za žene zdravstvenega doma v Kranju in na Jesenicah, ker so mi omogočili izvedbo raziskave. Iskrena zahvala gre tudi vsem dekletom, ki so si vzele čas in rešile naš anketni vprašalnik.

Zahvaljujem se tudi Tanji Torkar, pred., in doc. dr. Joci Zurc za recenzijo diplomskega dela.

Posebna zahvala gre mojim staršem, ki so mi omogočili študij in me spodbujali v vsakem trenutku. Brez njune podpore danes ne bi bila to, kar sem. Hvala vama!

Zahvaljujem se tudi Mateji in vsem ostalim, ki so mi kakor koli pomagali med študijem in pri nastajanju diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Najstniško obdobje je za dekleta zelo občutljivo razvojno obdobje, v katerem se začne oblikovati tudi njena spolna identiteta. Za izboljšanje in varovanje zdravja mladostnic je v ginekološkem dispanzerju zelo pomembno zdravstveno vzgojno delo medicinskih sester.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil proučiti spolno vedenje mladostnic, njihova stališča do zdrave spolnosti, ugotoviti, kako dobro so poučene o reproduktivnem zdravju ter raziskati njihove izkušnje in potrebe po zdravstveno vzgojnem delu v ginekološkem dispanzerju.

Metoda: Raziskava je bila osnovana na deskriptivni metodi empiričnega kvantitativnega raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo uporabili metodo anketiranja v obliki strukturiranega pisnega vprašalnika. Vzorec je bil namenski, neslučajnostni. Zajel je 89 deklet v Zdravstvenih domovih na Jesenicah in v Kranju. Realizacija vzorca je bila 89,9 %. Podatke smo obdelali s statističnim programom IBM Statistic SPSS 20.

Rezultati: Največ deklet (52,8 %) je ginekologa prvič obiskalo, ker so potrebovale kontracepcijo, večina (97,8 %) vprašanih je seznanjenih z uporabo kondoma, pri spolno prenosljivih okužbah najvišjo stopnjo poznavanja zaseda okužba z virusom HIV (aids) (96,6 %). Okužbe s humanim papiloma virusom (HPV) ne pozna slaba polovica deklet (48,3 %), velika večina (95,5 %) deklet pa ni seznanjena s preventivnim programom Zora. Statistično pomembne razlike med šolajočimi in zaposlenimi ugotavljamo v poznavanju humanega papiloma virusa ($p = 0,001$) in v oceni pomembnosti pogovora o zdravi spolnosti ($p = 0,013$).

Razprava: Rezultati raziskave kažejo na pomembnost zdravstvene vzgoje v ginekološkem dispanzerju, saj mladostnice veliko informacij pridobijo na načine, ki niso preverjeno verodostojni. Cilj zdravstvene vzgoje je seznaniti mladostnice z zdravo spolnostjo in nevarnostmi ter posledicami tveganih vedenj. Medicinska sestra mora mladostnice spodbuditi k pozitivnemu odnosu do svojega telesa in pomagati privzgojiti navade, povezane z zdravim načinom življenja, ki jim bodo pomagale pri dolgoročnem ohranjanju zdravja.

Ključne besede: reproduktivno zdravje, zdravstvena vzgoja, spolna vzgoja, mladostništvo, medicinska sestra.

SUMMARY

Theoretical starting point: Adolescence is for girls a very sensitive developmental period, during which their sexual identities begin to create. To improve and protect health of female adolescents, health educational work of nurses on the gynaecological clinic is of great importance.

Goals: The main goal of this paper was to study sexual behaviour of female adolescents, their viewpoint about healthy sexuality, to discover how well they are informed about the reproductive health and to research their experiences and needs for health educational work on the gynaecological clinic.

Method: The research was based on a descriptive method of the empirical quantitative research. We collected data by using structural written survey. The sample was purposive and non-random. The survey was conducted in the Health Centre Jesenice and the Health Centre Kranj. The realization of the sample was 89,9 %. The data were processed by the statistical software IBM Statistic SPSS 20.

Results: The majority of the adolescents (52,8%) visited a gynaecologist for the first time, because they needed contraception, the majority (97,8%) is also informed about the use of condom. Best known disease among the sexually transmitted diseases is the HIV (AIDS) (96,6%), but most concerned is low awareness of the infection by the Human papillomavirus (HPV). This infection is not known by almost a half of adolescents (48,3%) and the vast majority (95,5%) of girls is not informed about the preventive programme ZORA. Statistically significant differences between schoolgirls and employed women are in awareness of Human papillomavirus (HPV) ($p = 0,001$) and significance of conversation about healthy sexuality ($p = 0,013$).

Discussion: The results of this research show how important the health education on the gynaecological clinic is, for the female adolescents collect many information, which are not trustworthy. The most important goal of health education on the gynaecological clinic is to inform female adolescents about healthy sexuality and dangers of risky behaviours and their consequences. A nurse has to encourage adolescents to respect their bodies and assist to impart healthy habits, which will help them to protect their health in the long term.

Key words: Reproductive health, health education, sex education, adolescence, nurse, gynaecological clinic.

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL.....	3
2.1	ZDRAVSTVENA VZGOJA.....	3
2.1.1	Splošno o zdravstveni vzgoji in promociji zdravja.....	3
2.1.2	Zdravstvenovzgojna dejavnost za mladostnice v ginekološkem dispanzerju.....	5
2.1.3	Vloga medicinske sestre v zdravstvenovzgojni dejavnosti v ginekološkem dispanzerju.....	6
2.2	MLADOSTNIŠTVO IN PUBERTETA.....	8
2.2.1	Puberteta in telesni razvoj.....	8
2.2.2	Značilnosti in razvoj mladostnika.....	9
2.2.3	Spolna socializacija.....	10
2.3	REPRODUKTIVNO ZDRAVJE.....	10
2.3.1	Spolno zdravje.....	10
2.3.2	Kontracepcija v obdobju adolescence.....	12
2.3.3	Preventiva raka na materničnem vratu in raka dojk.....	16
3	EMPIRIČNI DEL.....	19
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	19
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	19
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	20
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	20
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	20
3.3.3	Opis vzorca.....	21
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelava podatkov.....	21
3.4	REZULTATI.....	22
3.4.1	Starost in razlogi mladostnic za prvi obisk ginekologa.....	22
3.4.2	Ozaveščenost mladostnic o varni in odgovorni spolnosti.....	23
3.4.3	Stališča mladostnic o spolnosti.....	26
3.4.4	Seznanjenost mladostnic s preventivo raka na materničnem vratu in dojkah.....	28

3.4.5	Zdravstvenovzgojne vsebine, ki so bile predstavljene mladostnicam med obiskom v ginekološki ambulanti	33
3.4.6	Izvajanje intervencij medicinske sestre v ginekološkem dispanzerju	33
3.5	RAZPRAVA	35
4	ZAKLJUČEK.....	42
5	LITERATURA.....	44
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Starost mladostnic pri prvem obisku ginekologa	22
Tabela 2: Razlogi mladostnic za prvi obisk ginekologa.....	23
Tabela 3: Poznavanje kontracepcijskih metod med mladostnicami	23
Tabela 4: Poznavanje spolno prenosljivih bolezni pri mladostnicah	24
Tabela 5: Poznavanje humanega papiloma virusa (HPV) glede na izobraževalni status mladostnic.....	24
Tabela 6: Viri informacij o spolnosti pri mladostnicah.....	25
Tabela 7: Odzivi mladostnic v primeru nezaščitenega spolnega odnosa	25
Tabela 8: Izkušnje mladostnic z nasprotnim spolom	26
Tabela 9: Starost mladostnic pri prvem spolnem odnosu.....	26
Tabela 10: Mnenje mladostnic, ali bi s spolnim odnosom počakale, glede na njihov izobraževalni status.....	27
Tabela 11: Razlogi mladostnic za prvi spolni odnos.....	27
Tabela 12: Mnenja mladostnic o odgovornosti za uporabo kontracepcije	28
Tabela 13: Mnenje mladostnic o obdobju, v katerem najpogosteje zbolevalo ženske za rakom na materničnem vratu	29
Tabela 14: Mnenje mladostnic o starosti, pri kateri naj bi ženske prvič šle na odvzem brisa za preventivo raka na materničnem vratu	29
Tabela 15: Mnenje mladostnic o pogostosti preventivnih ginekoloških pregledov	30
Tabela 16: Mnenje mladostnic o najprimernejšem obdobju za začetek samopregledovanja dojk	31
Tabela 17: Mnenje mladostnic o najprimernejšem dnevu menstrualnega ciklusa za samopregledovanje dojk.....	32
Tabela 18: Mnenje mladostnic o predstavljenih zdravstvenovzgojnih vsebinah	33
Tabela 19: Mnenje mladostnic o pomembnosti predstavljenih vsebin zdravstvenovzgojnega dela in komunikaciji z medicinsko sestro glede na izobraževalni status	33
Tabela 20: Mnenje mladostnic o času, ki jim ga medicinska sestra nameni pogovoru v ginekološkem dispanzerju	35

KAZALO SLIK

Slika 1: Poznavanje kratice HPV	28
Slika 2: Poznavanje kratice ZORA.....	28
Slika 3: Poznavanje kratice DORA	30
Slika 4: Poznavanje izraza "mamografija"	31
Slika 5: Redno samopregledovanje dojk	32

1 UVOD

Čeprav mladi (od 0 do 18 let) v slovenski družbi predstavljajo manjši delež (manj kot eno petino prebivalstva – 18 %), jim mora družba posvečati posebno pozornost. Razlogov za to je več. Eden izmed njih je, da so mladi prihodnost in steber vsake družbe. V mladostništvu se oblikujejo življenjski slog in glavne navade, ki vse življenje zaznamujejo posameznika in vplivajo na potek njegovega življenja, kakovost življenja, uspešnost in tudi na zdravje. Zdravje mladostnikov je po mnenju številnih raziskovalcev pomemben napovednik zdravja odraslih in celotne populacije, po drugi strani pa je povezano z doseganjem razvojnih nalog mladostništva pa tudi s šolsko uspešnostjo, odnosi s starši in vrstniki. Dobro zdravje mladih je tako osnova za dobro zdravje odraslih ter dolgoročni razvoj družbe in blagostanje (Zupančič, Jeriček Klanšček, 2012).

Najstniško obdobje je za dekline oz. žensko zelo občutljivo, saj je povezano z intenzivnim duševnim razvojem, hkrati pa se začinja oblikovati tudi njena spolna identiteta. Dekline se začinja zavedati razlik med spoloma ter odkrivati prednosti in pomanjkljivosti svoje spolne vloge. S pomočjo pozitivnih modelov identifikacije in izkušenj z njimi sprejema vse, kar je povezano z žensko spolno vlogo, zaradi negativnih izkušenj pa lahko začinja to tudi zavračati. Pričenja se zavedati svojega telesnega videza in navezovati prve stike z moškimi spolom. Erotične sanjarije postanejo pogosta tema njenih razgovorov z vrstnicami, večkrat pa tudi povod za preverjanje in rizično vedenje (Rakovec-Felser, 2006).

Cilji, ki jih zdravstveni delavci želijo doseči pri vzgoji in izobraževanju mladostnic in vseh mladih na področju varnega spolnega vedenja, so seznanjanje s spolnostjo, kontracepcijskimi sredstvi, spolno prenosljivimi boleznimi, redno in pravilno uporabo kontracepcijskih sredstev, seznanjanje s posledicami spolnih odnosov brez ustrezne zaščite, odgovoren odnos do spolnosti, varovanje reproduktivnega zdravja, skrb za ustrezno osebno higieno, zaupanje med mladostniki in starši, večje sodelovanje med zdravstvenimi delavci, starši in učitelji ter primeren odnos mladostnikov: zaupanje, prijateljstvo in ljubezen (Nerat, 2009).

Diplomsko delo obravnava spolne izkušnje mladostnic z gorenjske regije, njihovo ozaveščenost o kontracepciji, spolno prenosljivih boleznih, preventivo raka na materničnem vratu in na dojkah ter mnenje mladostnic o pomembnosti izvajanja zdravstvene vzgoje v ginekološkem dispanzerju.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ZDRAVSTVENA VZGOJA

Zdravstvena vzgoja je vsaka kombinacija izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti, ki so namenjene pomoči posameznikom in skupnostim za ohranjanje in izboljšanje zdravja ali vplivanju na njihovo vedenje (Health education, b. l.).

2.1.1 Splošno o zdravstveni vzgoji in promociji zdravja

V današnjem zapletenem, hitrem tempu družbe se včasih zdi, da je zdravje postranska skrb v življenju. Ena glavnih nalog zdravstvene nege je pomagati posamezniku in družbi, da prepozna pozitivne učinke zdravja in zdravega življenja, ki vplivajo na različne vidike v življenju. Zdravstvena nega jim pomaga in jih spodbuja, da razvijejo strategije za izboljšanje njihovega zdravja. Čeprav se mora zdravstvena vzgoja prilagajati potrebam posameznega pacienta, je zelo pomembno, da se zdravstveni delavci zavedajo aktualnih trendov in vzorcev družbe. To znanje pomaga medicinskim sestram, da pacientom svetujejo pri odločitvah, povezanih z zdravjem, in predvidevajo nadaljnje možne izzive pri izpolnjevanju potreb posameznika (Orshan, 2007).

Zdravstvena vzgoja je strokovna in znanstvena disciplina. Predstavlja proces učenja o zdravju z oblikovanjem pozitivnih stališč, navad in vedenj zdravega življenjskega sloga. Namen zdravstvene vzgoje je spodbuditi posameznika, da bi skrbel za ohranjanje lastnega zdravja. Zdravstvenovzgojni programi pomagajo oblikovati znanja, stališča in vedenjske vzorce za zdrav način življenja in spreminjati zdravju škodljiv življenjski slog. Na ta način zdravstvena vzgoja presega samo promocijo zdravja, saj se ne omeji samo na širjenje znanja o zdravem načinu življenja, temveč ima poslanstvo v spreminjanju posameznikovega vedenja v zvezi z lastnim zdravjem (Zurc et al., 2010).

Promocija zdravja je proces, ki omogoča ljudem, da povečajo nadzor nad svojim zdravjem in ga čim dlje ohranjajo ali celo okrepijo (Health promotion, b. l.). Promocija zdravja je celovit pristop k doseganju zdravja. V okviru koncepta promocije zdravja se

zdravje pojmuje kot sposobnost uresničevanja posameznikovih možnosti in kot pozitiven odziv na izzive okolja. Pojmuje se tudi kot vzpostavljanje dinamičnega ravnotežja med človekom in njegovim okoljem ter kot sposobnost izrabe posameznikovih potencialov za pozitivno reagiranje na izzive okolja. Ta definicija upošteva družbene in osebne vire pa tudi telesne zmožnosti posameznika. Koncept promocije zdravja obsega vplive na življenjski slog in na druge socialne, ekonomske, okoljske in osebne dejavnike, ki prispevajo k zdravju (Mesarič, Fujs, 2009).

Zdravstvena vzgoja na primarni ravni je namenjena zdravemu prebivalstvu. Njena naloga v obdobju mladostništva je obveščati mladostnike o dejavnikih, ki ogrožajo zdravje in so značilni za določen prostor in čas. Prav tako obvešča o tistih dejavnikih, ki zdravje vzdržujejo ali ga povrnejo. Na tej ravni želimo z zdravstveno vzgojo doseči ravnanje, ki krepi zdravje in tako preprečuje zbolevanje. Doseči želimo čim višjo stopnjo zdravstvene prosvetljenosti, zainteresiranosti oz. motivacijo in odgovornost za lastno zdravje (Hoyer, 2005).

Medicinska sestra ima na primarni ravni zdravstvene dejavnosti (in tudi na sekundarni in terciarni) številne pomembne in odgovorne naloge (Kvas, 2011). Temeljna naloga medicinske sestre je krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja in lajšanje trpljenja. Človek, zdrav ali bolan, je osrednji namen njenega delovanja, enkrat in neponovljiv v času in prostoru in zato najvišja vrednota vrednostnega sistema medicinske sestre (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Mednarodni kodeks etike za babice, 2006). Pri zagotavljanju naštetih nalog je zelo pomembno zdravstvenovzgojno delovanje medicinskih sester, kajti le poučen in vzgojen posameznik bo upošteval načela zdravega načina življenja v svoji vsakodnevni praksi, znal bo preprečiti nastanek bolezni, ob nastopu bolezni bo motiviran, da aktivno sodeluje v procesu zdravljenja, in ko bo ozdravel, bo znal ohranjati in krepiti svoje zdravje. Medicinske sestre imajo v zdravstvenem timu ključno vlogo v zdravstvenovzgojnem procesu, saj prav one preživijo največ časa s pacientom, in to na vseh treh ravneh zdravstvene dejavnosti. To jim omogoča, da prepoznajo trenutek, ko je pacient sposoben in motiviran za učenje. V zdravstvenovzgojnem procesu naj bo pacient v aktivni vlogi, kar pomeni, da aktivno sodeluje v procesu pridobivanja novega

znanja, spretnosti in veščin. V zdravstvenovzgojni proces naj medicinske sestre vključujejo aktivne učne oblike in metode dela ob uporabi primernih učnih pripomočkov (Kvas, 2011).

2.1.2 Zdravstvenovzgojna dejavnost za mladostnice v ginekološkem dispanzerju

Zdravstvena vzgoja s področja ginekologije zajema vsa pomembna obdobja v življenju ženske. Odločitve, povezane z zdravjem, odražajo njeno mesto v družbi, vključno s kulturnega, socialnega in duhovnega vidika. Delo medicinskim sestram omogoča razumeti zapletenost prepričanj in vedenj, povezanih s promocijo zdravja, in prevzemajo vodilne položaje v primarnem zdravstvenem varstvu žensk in njihovih družin. Promocija zdravja je prav tako pomembna, če ne še bolj, kot sekundarni in terciarni ukrepi zdravstvenega varstva. Medicinske sestre imajo priložnost za interakcijo z ženskami v ključnih okoljih, vključno z njihovimi družinami, skupnostmi, prav tako pa sodelujejo tudi s šolami in v delovnih okoljih (Roux, 2007).

Spremljanje zdravja otrok in mladostnikov v zdravstvenem sistemu je namenjeno zagotavljanju optimalne rasti in razvoja otrok ter adolescentov, preprečevanju bolezni in poškodb ter promociji zdravja pri otrocih in adolescentih. V Sloveniji zagotavlja izvajanje zdravstvene vzgoje Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2009). Ureja vsebino zdravstvene vzgoje in njihove izvajalce. Na temo spolnosti in o odnosu do lastnega telesa je predvideno zdravstvenovzgojno izobraževanje otrok že v 6. razredu osnovne šole, torej pri 11 oziroma 12 letih. Poslušajo in pogovarjajo se o temah, kot so odraščanje, značilnosti telesnega, duševnega in socialnega dozorevanja s poudarkom na telesnih spremembah, medosebni odnosi. Naslednje zdravstvenovzgojno izobraževanje s tega področja je načrtovano za adolescente ob koncu osnovnošolskega izobraževanja. V tem obdobju jim zdravstveni delavci poskusijo približati zdravo in varno spolnost, medsebojne odnose, enakopravnost med spoloma, strpnost do drugačnosti, pravico o odločanju o svojem telesu, spolno nasilje in spolne zlorabe, dejavnike tveganja (neznanje, neinformiranost, odločanje za spolni odnos, odgovornost, alkohol ...), izbiro primerne kontracepcijske

metode (informacije, prednosti in slabosti, demonstracija uporabe ...), spolno prenosljive bolezni (preprečevanje, prepoznavanje, zdravljenje), strokovno pomoč in druge oblike pomoči (anonimne svetovalne telefonske linije, spletne strani ...) in vlogo ginekološkega dispanzerja (ogled). O spolnosti se znova organizirano izobražujejo v tretjem letniku srednje šole, glavna tema takrat je preprečevanje spolno prenosljivih okužb in izbira primerne kontracepcije (Mihevc Ponikvar, Renar, 2010).

Programirana zdravstvena vzgoja v ginekološkem dispanzerju je pomembna za izboljšanje in varovanje reproduktivnega zdravja in je sestavni del vsakega preventivnega programa. Programirana zdravstvena vzgoja za varovanje reproduktivnega zdravja poteka v obliki individualnega svetovanja – v okviru preventivnega pregleda, ki ga izvaja ginekološki tim in kot skupinske učne delavnice – za ciljne skupine prebivalcev (mladostnice) (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2009).

Večina zdravstvenih domov pod okriljem dispanzerja za ženske organizira mladinsko posvetovalnico. Povabljene so mladostnice, ki običajno pridejo v spremstvu partnerja, prijateljice ali staršev. Dekletom osebje v ambulanti ponudi in predstavi gradivo aktualnih vsebin s področja ginekologije. Pomembno je, da dekleta lahko zložene in prospekte odnese s seboj in ima možnost, da jih doma v miru prebere. Mladostnice so skupina, ki je manj motivirana za zdravstveno vzgojo in učenje. So zelo mlade in neizkušene in pri večini je glavni cilj, da pridobi kontracepcijo. Medicinska sestra mora biti v stalni pripravljenosti, da zazna pravi trenutek za izvajanje zdravstvene vzgoje z največjim možnim učinkom (Škoda, Štern, 2010).

2.1.3 Vloga medicinske sestre v zdravstvenovzgojni dejavnosti v ginekološkem dispanzerju

Področje ginekološke zdravstvene nege ima celovit vpogled v potrebe žensk različnih starosti. Menstrualni cikel nam lahko služi kot razvojni parameter za določanje potreb po promociji zdravja, ki se osredotočajo na posamezne starostne skupine. Na primer, deklice v puberteti in dekleta v adolescenčnem obdobju se morajo pripraviti in

informirati o telesnih spremembah. Zdravstvena vzgoja mora obravnavati odločitve mladostnice o začetku spolne aktivnosti, nuditi jim mora nasvete o primerni in zanesljivi kontracepciji ter jih opozarjati na pasti, ki jih ponuja mladostništvo: alkohol, droge in spolno nadlegovanje ali siljenje v spolni odnos (Roux, 2007).

Ginekološki pregled ponuja medicinski sestri možnost za izvajanje zdravstvene vzgoje (Wendt, Fridlung, Lidell, 2004). Pri posvetu z mladostnicami naj izkoristi možnost zdravstvene vzgoje s poudarkom na kontracepciji, infekcijah, življenjskem slogu – med drugim o prehrani, kajenju, športu (Buck, Kreienberg, 2010), motnjah prehranjevanja, nasilju in možnosti cepljenja proti HPV (Sanfilippo, Lara-Torre, 2009). Seznanjati jih naj s potekom normalne pubertete in z menstruacijo. Pogovor naj vključuje tudi zdravo spolnost, vzpostavljanje medsebojnih odnosov in spolno orientiranost (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2010).

Roux (2007) izpostavlja, da je naloga medicinskih sester, da dekletom nudijo zdravstveno vzgojo o tem, kako telo deluje, kakšne spremembe naj pričakujejo (vključno s povečanjem dojk in pojavom sekundarnih spolnih znakov) in kaj se zgodi z začetkom menstruacije. Nujno je, da mlada dekleta razumejo pomen ovulacije in njen pomen za njihovo plodnost. Zdravstvena vzgoja na področju reproduktivnega zdravja mora obravnavati spolne odnose in nosečnost. To je bistveno za spodbujanje pozitivnega odnosa do spolnosti, varnejših spolnih praks, pripomore pa tudi k preprečevanju nenačrtovanih mladostniških nosečnosti in spolno prenosljivih okužb (Roux, 2007).

Spolnost je zelo občutljivo področje, kjer imajo osebne vrednote močan vpliv. Zaradi njene povezave z diskretnostjo, zasebnostjo, osebnimi in moralnimi načeli ter posameznikovo identiteto in predstavo o samem sebi je treba ukrepati previdno in z mladostnikovim dovoljenjem. Ni potrebno, da postanejo medicinske sestre spolne terapevtke, dovolj je, da se zavedajo povezanosti med zdravjem, boleznijo in spolnostjo ter znajo mladostnike pravilno informirati in jim svetovati o spolnosti ter spolnem zdravju in s tem odstranjevati mite. S pojavom HIV-a in aidsa se od njih vedno bolj

zahteva, da odprto razmišljajo o svojih stališčih do spolnosti in spolnega zdravja na osnovi domneve, da so tabuji o teh temah popolnoma neprimerni (Nerat, 2009).

Vzpostavitev pozitivne komunikacije z mladostniki omogoča medicinskim sestram, da ugotavljajo njihove potrebe in pričakovanja na področju njihove spolnosti. Medicinske sestre morajo spolnost obravnavati kot del holistične zdravstvene nege, njihova naloga je krepiti spolno zdravje. Za uresničitev tega potrebujejo znanje in sproščenost. Veliko lahko pomagajo, če so same zadovoljne z lastno spolnostjo, nimajo predsodkov in si prizadevajo za čim boljše počutje mladostnikov (Žohar, 2004).

Najbolj učinkovit način za izboljšanje spolnega zdravja na dolgi rok je zavezanost k zagotavljanju, da so mladostniki in mladi dovolj izobraženi, da bi odgovorno sprejemali primerne odločitve o svojem spolnem življenju. Informacije, ki jih mladostnik pridobi v šoli, na delovnem mestu, v zdravstvenih zavodih, morajo biti točne in temeljiti na dokazih (Reproductive health, b. l.).

2.2 MLADOSTNIŠTVO IN PUBERTETA

2.2.1 Puberteta in telesni razvoj

Puberteta je obdobje spolnega dozorevanja in razvoja sekundarnih spolnih znakov, pospešene rasti in povečanega izločanja endokrinih in drugih žlez. Običajno se začne med trinajstim in šestnajstim letom starosti. Puberteta je povezana z aktivacijo hipotalamične hipofizne osi, ki deluje na spolne žleze, in z izločanjem ovarijalnih hormonov. Starost, pri kateri se začne puberteta, je povezana z raso, dednostjo, prehrano in ekonomsko-socialnimi dejavniki (Kodrič, 2006).

Adolescenco različni avtorji časovno različno opredeljujejo. Kodričeva (2006) adolescenco, ki jo spremljajo spremembe na čustvenem področju, umesti med trinajsto in osemnajsto leto starosti. Ob koncu tega obdobja naj bi otrok postal zrela in odgovorna oseba.

2.2.2 Značilnosti in razvoj mladostnika

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (Adolescent health, b. l.) adolescenco delimo na tri obdobja: zgodnja (od 10. do 14. leta), srednja (od 15. do 19. leta), pozna (od 20. do 24. leta).

Temeljna značilnost razvojnega obdobja mladostništva je spraševanje: »Kdo sem in kaj hočem postati?« Nove socialne zahteve tega obdobja povzročajo konflikte z drugimi in samim seboj. Značilno je ponovno oživljanje seksualnih in agresivnih impulzov, ki prispevajo k oblikovanju težav v doživljanju stalnosti sebe in nadzora nad seboj, saj mladostnik spozna, da impulzov ne more več nadzorovati z lastno voljo, da niso isto, kot on sam, čeprav so del njega. K temu spoznanju prispeva tudi pospešen telesni razvoj, zaradi katerega mladostnik samega sebe težje prepozna kot kontinuirano celoto. Po drugi strani se mladostnik zaveda možnosti, da ne bo zadovoljil družbenih pričakovanj, da ne bo našel svojega mesta v družbi, da se ne bo pravilno odločal ali pa ne ve, kako naj izpelje tisto, za kar se je odločil. Obremenjen je s številnimi možnostmi, za katere se mora opredeliti. To dogajanje oblikuje mladostniško psihosocialno krizo identitete/identitetna zmedenost. V mladostništvu posamezniki prvič doživijo in izražajo močna pozitivna čustva do vrstnikov (navadno) nasprotnega spola. Vendar so te izkušnje pod močnim vplivom usmerjanja pozornosti nase, prezaposlenosti z zunanjim videzom in tem, kako mladostnika zaznava partner ter kakšen vtis naredi nanj. V srednjem mladostništvu prihaja tudi že do prvih spolnih odnosov (Gorenc, 2011).

Mladostniško obdobje je obdobje priložnosti in tveganja, še posebej tveganja, ki je povezano s spolno dejavnostjo in njenimi neželenimi posledicami: neželena nosečnostjo, porodom v mladostniškem obdobju, spolno prenosljivimi okužbami (SPO) in neugodnim vplivom starševstva v mladostniškem obdobju na osebno dozorevanje, izobrazbo in socialno-ekonomsko neodvisnost (Pinter, Skušek-Fakin, Maurič, 2009).

2.2.3 Spolna socializacija

Socializacija je vseživljenjski proces, v katerem se ljudje v interakcijah z drugimi ljudmi (Andolšek, 2009):

- prilagajamo družbi, v katero smo se rodili, se vključujemo vanjo in sprejemamo njeno kulturo (vrednote, norme, prepričanja, vzorce vedenja itd.);
- naučimo prevzemati in opravljati (igrati) vloge, značilne za to družbo;
- oblikujemo identiteto in osebnost, vključno s specifičnim načinom govora in komunikacije, mišljenja, čustvovanja in vrednotenja.

Socializacija je po eni strani individualno osebnostno oblikovanje posameznika oziroma posameznice, po drugi pa vključevanje v družbeni svet, razvijanje družbeno sprejemljivih, zahtevanih in/ali pričakovanih vzorcev vedenja (ibid.).

V večini družb in kultur se oblikujejo tudi predstave o tem, kakšne so osebnostne lastnosti, vedenje, družbene vloge itd. primerne za žensko in kakšne za moške. Te predstave so v različnih družbah in kulturah različne, spreminjajo se tudi v času; vedno vplivajo na socializacijske postopke, ki so različni glede na to, ali je človek ženska ali moški. Kljub mnogim spremembam na področju delitve dela med spoloma in spolnih vlog v razvitih modernih družbah je socializacija še vedno spolno zaznamovana. Različne podobe ženskosti in moškosti se uveljavljajo tudi prek drugih množičnih medijev. Odraščajoča dekleta in odrasle ženske so bolj kot fantje in moški deležne pritiskov glede fizičnega videza, telesne samopodobe, modnih smernic (ibid.)...

2.3 REPRODUKTIVNO ZDRAVJE

2.3.1 Spolno zdravje

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije je spolno zdravje stanje fizične, čustvene, duševne in socialne blaginje v odnosu do spolnosti in ne le odsotnost bolezni, disfunkcije ali hibe. Spolno zdravje zahteva pozitiven in spoštljiv odnos do spolnosti in spolnih odnosov ter možnost uživanja v prijetnih in varnih spolnih izkušnjah, brez

prisile, diskriminacije in nasilja. Za spolno zdravje je treba pridobiti in ohraniti spolne pravice vseh oseb ter jih spoštovati, zaščititi in izpolnjevati (Sexual health, b. l.).

Moški in ženske morajo imeti dostop do varnih, učinkovitih, cenovno ugodnih in sprejemljivih metod za uravnavanje plodnosti po svoji izbiri in do ustreznih zdravstvenih storitev, ki bodo ženskam omogočale, da gredo varno skozi nosečnost in porod (ibid.).

Ukrepi za izboljšanje spolnega zdravja lahko potekajo v okviru programov reproduktivnega zdravja, v okviru dela v zvezi z virusom HIV in aidsom, prek primarnega zdravstvenega varstva in v drugih sektorjih, kot so izobraževalne in socialne ustanove, v mladinskih programih ... V vseh primerih pa je potreben multidisciplinaren pristop (ibid.).

V Sloveniji za reproduktivno zdravje žensk skrbi zdravstveno osebje v ginekoloških dispanzerjih, ki delujejo v sklopu zdravstvenih domov, nekaterih bolnišnic ali pa kot zasebne ginekološke ambulante s koncesijo. Povsod je ob urejenem zdravstvenem zavarovanju mogoče koristiti enake storitve (Mihevc Ponikvar, Renar, 2010).

Vsako leto vstopajo v pubertetno obdobje vedno nove generacije mladostnikov, zato mora biti varovanje reproduktivnega zdravja mladostnikov naša neprestana prednostna naloga. Glede na razpoložljive podatke so najpomembnejši izzivi v varovanju reproduktivnega zdravja mladostnikov v Sloveniji: zgodnja spolna dejavnost mladostnikov, slaba uporaba dvojne zaščite pri spolnih odnosih in nezadostno odkrivanje spolno prenosljivih okužb (Pinter et al., 2009 a).

Reševanje problematike varovanja reproduktivnega zdravja se je začela že v petdesetih letih prejšnjega stoletja z dejavnostmi, ki so jih spodbudili prof. dr. Franc Novak, akad. prof. dr. Lidija Andolšek-Jeras in prim. Majda Kuštrin-Marolt. Leta 1995 so na pobudo Ginekološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana vzpostavili multicentrično mrežo regijskih nosilcev varovanja spolnega in reproduktivnega zdravja

(SRZ) mladostnikov v Sloveniji. Regije so opredelili glede na regijsko porodnišnico v Sloveniji, v vsaki regiji pa je bil izbran ginekolog kot nosilec dejavnosti (ibid.).

S stališča promocije spolnega zdravja je pomembno izobraževati tako ženske kot moške glede njihovih spolnih želja, bojazljivih predstav v zvezi s spolnostjo, spolnih tehnikah in o potrebah pri nasprotnem spolu, s čimer se lahko zmanjšajo razlike in nerazumevanja med njimi (Skoberne, 2004).

Ljudje smo spolna bitja vse življenje. Namen varovanja reproduktivnega zdravja bi moral temeljiti na izboljšanju kakovosti življenja in krepitvi osebnih odnosov. Samo svetovanje in opozarjanje na nevarnost spolno prenosljivih okužb ni zadosti. Reproaktivno zdravje pomeni, da so ljudje sposobni, da imajo odgovorno, zadovoljno in varno spolno življenje in da so sposobni imeti otroke ter imajo svobodno voljo, kdaj se zanje odločijo (Reproductive health, b. l.).

2.3.2 Kontracepcija v obdobju adolescence

Zaradi razširjenosti spolno prenosljivih okužb (SPO) med mladimi že dolgo velja kot najboljša izbira tako imenovana »dvojna zaščita« – zaščita pred SPO in neželjeno nosečnostjo hkrati. Dvojno zaščito dosežemo z redno in dosledno uporabo kondoma ali s hkratno uporabo kondoma in zanesljive kontracepcije (npr. hormonske kontracepcije) – to je tako imenovana »dvojna metoda« zaradi uporabe dveh metod hkrati (Pinter, 2012).

Mladi do 25. leta starosti so skupina, najbolj izpostavljena tveganju za SPO, ker so veze običajno krajše in je zaporedno menjavanje partnerjev večje kot pri starejših. Prej kot mladi začnejo s spolnimi odnosi, večja je verjetnost menjavanja spolnih partnerjev in s tem večja verjetnost okužbe s SPO. Zato se vse bolj uveljavlja pristop A-B-C, ki poudarja celosten pristop za zaščito pred SPO in neželjeno nosečnostjo hkrati (ibid).

Pristop A-B-C (Pinter, 2012):

- A-bstinenca (angl. *abstinence*):

Vzdržnost od tveganih spolnih odnosov: odlaganje prvega spolnega odnosa na kasnejši čas – na obdobje večje zrelosti; sekundarna vzdržnost – vzdržnost po začetni spolni aktivnosti; vzdržnost od spolnih odnosov brez ustrezne zaščite; vzdržnost od priložnostnih spolnih odnosov, vzdržnost od spolnih odnosov, dokler se partnerja ne spoznata dobro in dokler odnos ni zaupljiv ter zanesljiv; vzdržnost od spolnih odnosov, dokler partnerja nista sposobna poskrbeti za učinkovito zaščito ob spolnih odnosih.

- B-odi zvest/-a (angl. *be faithful*):

Zveza z enim stalnim, zvestim, neokuženim partnerjem in uporaba zanesljive kontracepcije; zmanjšanje števila spolnih partnerjev.

- C-ondom – kondom (angl. *condom*):

Redna uporaba kondoma z zanesljivo kontracepcijo ali brez druge zanesljive kontracepcije (npr. hormonska kontracepcija).

Pristop A-B-C torej istočasno poudarja vzdržnost od tveganih spolnih odnosov in monogamno zvezo (zvestoba) ter uporabo kondoma z drugo kontracepcijo ali brez nje (ibid).

Kot so avtorji ugotovili v raziskavi Spolno vedenje slovenskih srednješolcev v letu 2004 (Pinter et al., 2009b), pri prvem spolnem odnosu najpogosteje uporabijo kondom (74 % srednješolcev 1. letnika in 75 % 3. letnika). Druga največkrat uporabljena metoda kontracepcije pri mladostnikih je oralna kontracepcija ali oralna kontracepcija kombinirana z uporabo kondoma (Pinter et al., 2009b; Pinter, 2012). Kondom spada med pregradno kontracepcijo in je najbolj razširjena ter lahko dosegljiva oblika zaščite pri mladostnikih. Mlade je treba podučiti o njegovi pravilni uporabi. Medicinska sestra lahko prikaže pravilno uporabo na modelu penisa ali predmetu podobne oblike (banana) (Scaringi, 2007).

Hormonska kontracepcijska sredstva vsebujejo estrogen in/ali različne progestagene, ki zavirajo ovulacijo s pomočjo zniževanja izločanja obeh gonadotropnih hormonov, ki sta pri ovulaciji najpomembnejša. Preparati s hormonskim delovanjem spremenijo tudi sluz v cervikalnem kanalu tako, da postane gosta in neprimerna za prehod spermijev proti

notranjosti. Hormoni v preparatih spremenijo tudi maternično sluznico, tako da je ovirana ugnezditev zarodka, ki bi se razvil iz morebitno oplojenega jajčeca (Borko, Žebeljan, 2006).

Glede na podatke je v Sloveniji nujno okrepiti uporabo dvojne zaščite s spodbujanjem dosledne rabe kondoma in dvojne metode (Pinter et al., 2009a). V raziskavi, ki so jo opravili pod okriljem Univerzitetnega kliničnega centra Maribor in Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, so prišli do naslednjih rezultatov: med spolno aktivnimi srednješolci v zadnjih treh mesecih je bilo vedno zaščiteneh 81 % dijakinj in 77 % dijakov, samo občasno je bilo zaščiteneh 14 % dijakinj in 19 % dijakov, medtem ko nikoli ni bilo zaščiteneh 4 % dijakinj in 4 % dijakov. V primeru nezaščitene spolnega odnosa gre 55 % dijakinj v lekarno po jutranjo tabletko, 2 % uporabita jutranjo tabletko in izpiranje nožnice, 5 % pa obišče ginekologa. Samo ginekologa obišče 19 % dijakinj, 5 % jih samo izpere nožnico, 14 % dijakinj pa ne naredi ničesar (But et al., 2011).

Kontracepcija v sili je primerna, kadar je prišlo do nezaščitene spolnega odnosa zaradi dveh ali več nezaužitih kombiniranih oralnih kontracepcijskih tablet, če se je med spolnim odnosom strgal kondom, če obstaja nevarnost, da metoda prekinjenega spolnega odnosa ni bila uspešna in je prišlo do izliva semena v nožnico, če obstaja sum, da je maternični vložek izpadel, če ne upoštevamo nevarne plodne dneve pri naravnih metodah ... (Borko, Žebeljan, 2006). Nujna kontracepcija je kontracepcija za zaščito pred neželjeno nosečnostjo neposredno po nezaščitnem spolnem odnosu. Deluje na treh nivojih: preprečuje ovulacijo, spremeni maternično sluznico in ovira ugnezditev jajčeca v maternici. Jutranja tabletko je na voljo v vseh lekarnah. Dekleta, starejša od 16 let, zanjo ne potrebujejo recepta (Bizjak Ogrinc, Korošec, Pinter, 2011).

Mladostniki vstopajo v partnerske odnose mlajši in tudi prej začenjajo s spolnim življenjem, kar je povezano z večjimi tveganji za reproduktivno zdravje in spolne okužbe. Zgodnja in celovita vzgoja za zdravo spolnost pri mladih ne vpliva na zgodnejše spolne odnose, temveč se pozitivno odraža v bolj odgovornem spolnem vedenju. Ker pojavnost spolno prenosljivih bolezni narašča, je smiselno vlagati v preprečevanje in omejevanje prenosa teh bolezni. Cilj take preventive je o spolno

prenosljivih boleznih (SPB) izobražena populacija, ki se zaveda posledic, spozna simptome okužbe in ima informacije o pravilni zaščiti. Svetovna zdravstvena organizacija je pripravila strategijo preprečevanja in obvladovanja spolno prenosljivih okužb (SPO) (Antončič et al., 2007).

S preventivo dosežemo zmanjšanje obolevnosti in smrtnosti zaradi SPO, preprečevanje okužb z virusom HIV, preprečevanje resnih zdravstvenih zapletov pri ženskah in preprečevanje patoloških izidov nosečnosti.

Strategije Svetovne zdravstvene organizacije za preventivo in nadzor SPO so:

- hitri diagnostični testi: testi za treponemo, ki jih lahko opravijo v ambulanti in takoj začnejo terapijo, v razvoju pa so tudi hitri testi za klamidijo;
- dostopnost do učinkovitih in cenovno ugodnih zdravil;
- cepiva: številne države, vključno s Slovenijo, uspešno cepijo proti hepatitisu B. Preventivno cepljenje proti humanim papiloma virusom (HPV) je že na voljo in bo uspešno predvsem, če bomo dobro precepili mlade, preden postanejo spolno aktivni. Cepivo proti HSV – 2 je še v razvoju.
- javni pristop: promocija varnega spolnega odnosa – to pomeni 100-odstotno uporabo kondoma, ki je trenutno še vedno najbolj zanesljiva zaščita, spodbujanje k iskanju strokovne pomoči ob prvih simptomih (ker so simptomi zelo blagi ali pa jih sploh ni, ti pacienti velikokrat pridejo prepozno do terapevta), izobraževanje o kliničnih znakih in simptomih SPO, spodbujanje k periodičnim preventivnim pregledom, poseben pristop adolescentom (dostopnost in razumljivost informacij) – ti v veliki večini ob prvem spolnem odnosu o spolnosti ne vedo dovolj, da bi se lahko pravilno odločali, posebna pozornost rizičnim skupinam (prostitutke, istospolno usmerjeni partnerji, pogosto menjavanje partnerjev, mladi ...), aktivno vključevanje moške populacije v preventivo, njihova motivacija in svetovanje za moške (statistika kaže, da je preventiva, nad katero imajo nadzor ženske, bolj dosledno uporabljana in ima boljše rezultate uspešnosti) (ibid.).

2.3.3 Preventiva raka na materničnem vratu in raka dojk

Humani papiloma virus (HPV) se prenaša prek spolnih stikov, najpogosteje z vaginalnim in analnim odnosom, lahko pa tudi z oralnim seksom. Do okužbe lahko pride tudi takrat, kadar spolni partner ne kaže znakov infekcije. Oseba lahko prenaša HPV, kadar je preteklo že nekaj let od okužbe (Genital HPV Infection – Fact Sheet, 2013).

Najzgodnejše oblike raka na materničnem vratu potekajo brez simptomov. Krvavitev iz nožnice je najbolj pogost zgodnji znak bolezni. Največkrat je to krvavitev, ki se pojavi po spolnih odnosih, pri defekaciji, lahko pa se pojavi tudi kot neredna izvenciklična krvavitev. Kasnejši simptomi so odvisni predvsem od načina širjenja bolezni (proti sečilom ali danki). Lahko se pojavijo otekline ene ali obeh nog, zunanega spolovila in spodnjega dela trebuha. Bolečina je pri raku na materničnem vratu (RMV) dokaj pozen simptom (Novaković et al., 2009).

Ker se prvi simptomi in znaki RMV pojavijo večinoma šele takrat, ko so celice na materničnem vratu že rakave ali je rak že razširjen, so redni preventivni ginekološki pregledi za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb nujni. Ginekologi s presajanjem zdravih žensk pravočasno odkrijejo velik delež predrakavih sprememb, še preden se rak razvije. RMV je danes obvladljiva bolezen, ki jo lahko preprečimo z rednimi ginekološkimi pregledi (Mahmutović et al., 2010).

Državni program Zora je najstarejši program v Sloveniji, ki s svojim multidisciplinarnim pristopom uspešno deluje predvsem zaradi dobrega dela številnih ginekologov, medicinskih sester, presejalcev, citopatologov in vseh drugih strokovnjakov, ki so združeni v skupni skrbi za zgodnje odkrivanje in zdravljenje predrakavih sprememb materničnega vratu (Florjančič, Kuster, 2012).

Koordinacijski center Register Zora (RZ) pošilja centralna vabila na preventivne ginekološke preglede vsem ženskam, starim od 20 do 64 let, ki imajo prebivališče v Republiki Sloveniji in so registrirane v centralnem registru prebivalstva, ne glede na to,

ali imajo že izbranega ginekologa ali ne. Ženske, ki prejmejo centralno vabilo RZ, nimajo evidentiranega še nobenega izvida brisa materničnega vratu (BMV) ali pa je od datuma odvzema zadnjega brisa minilo že več kot štiri leta, zato so še posebej ogrožene za predrakave ali rakave spremembe (ibid.).

Glavna naloga dispanzerja za ženske je reproduktivno zdravstveno varstvo žensk. Zelo velik poudarek je na preventivnih programih in ozaveščanju žensk predvsem z dobrim informiranjem in aktivnim vabljenjem žensk, ki že več kot tri leta niso bile na odvzemu brisa materničnega vratu (BMV) za test CIN. Razumljiva informacija je pogoj za uspešno ozaveščenost žensk o koristnosti rednih ginekoloških pregledov, o normalnem in patološkem BMV ter o humanem papiloma virusu (HPV). Zavedati se je treba, da je le tako mogoče pridobiti ženske za sodelovanje in tako povečati možnosti za uspešnejšo preventivo in zdravljenje (Mahmutović et al., 2010).

Vsaka sprememba dojk ni znak bolezni. Dojke se spreminjajo med vsakim menstruacijskim ciklusom, še zlasti pa med nosečnostjo in dojenjem ter v menopavzi. V drugi polovici ciklusa dojke nabreknejo in postanejo boleče. Vsaka ženska se mora zavedati, da lahko zboli za rakom dojke. Možnost za ozdravitev je velika, če bolezen odkrije pravočasno, ko je že v zgodnji fazi razvoja. Pomembna preiskava za zgodnje odkrivanje raka dojke je mamografija, ki lahko zasledi raka, ko je še netipen (Borštnar et al). Prve informacije o skrbi za svoje zdravje in o pomenu samopregledovanja dojk naj bi dekleta dobila že v osnovni šoli pri zdravstveni oziroma spolni vzgoji in jih osvežila pri prvem obisku v ginekološki ambulanti. Zdravnik ginekolog naj jim na preprost način razloži zgradbo dojke ter kaj, kdaj in kako si naj dojke pregledujejo. Zelo pomembno je zdravstvenovzgojno delo medicinske sestre v ginekološki ambulanti, ki naj te informacije dopolnjuje in jim izroči zloženko o samopregledovanju dojk. V zadnjem času se daje vedno večji poudarek zdravstvenovzgojnemu delu v okviru brezplačnih individualnih učnih delavnic samopregledovanja dojk, ki jih vodijo diplomirane medicinske sestre (Pleskonjić, 2008).

Ključno vlogo pri odkrivanju raka dojke ima tudi ženska sama. S pregledovanjem dojk naj ženska začne po 20. letu in naj ga opravlja vsak mesec, najbolje 7. do 10. dan po

končani menstruaciji. Bolečina in včasih zatrdlina, ki jo ženska zatipa nekaj dni pred mesečnim perilom ali med njim, sta največkrat povsem normalen pojav. Pregled dojk naj ponovi nekaj dni po koncu mesečnega perila. Če zatrdlina ni izginila, se priporoča obisk zdravnika.

Presejanje (angl. *screening*) imenujemo preiskovanje navidezno zdravih ljudi s preprostimi preiskavami ali testi, da bi med njimi odkrili tiste, pri katerih je velika verjetnost, da že imajo predrakave spremembe ali začetnega raka. Dora je državni program presajanja za raka dojk, ki ga organizira Onkološki inštitut v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Program Dora omogoča vsem ženskam z vnaprejšnjim vabljenjem med 50. in 69. letom starosti pregled z mamografijo, kjer gre za slikanje dojk z rentgenskimi žarki (Borštnar et al., 2006).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je proučiti zdravstvenovzgojno delo v obdobju mladostništva v ginekološkem dispanzerju. Proučiti želimo seznanjenost in stališča mladostnic do zdrave in odgovorne spolnosti, ugotoviti njihove potrebe po zdravstvenovzgojnem delu ter vlogo medicinske sestre v zdravstvenovzgojni dejavnosti ginekološkega dispanzerja.

Cilji raziskovanja so:

1. proučiti razvojno obdobje mladostništva, zdravstvenovzgojno dejavnost v obdobju mladostništva in vlogo medicinske sestre v ginekološkem dispanzerju;
2. proučiti seznanjenost in stališča mladostnic do odgovorne spolnosti;
3. proučiti seznanjenost mladostnic o preventivi raka na materničnem vratu in raka dojke;
4. ugotoviti potrebe mladostnic po zdravstvenovzgojnem delu v ginekološkem dispanzerju.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- Kateri so razlogi mladostnic za prvi obisk ginekologa?
- Kakšna je ozaveščenost mladostnic o varni in odgovorni spolnosti?
- Kakšna so stališča mladostnic do varne in odgovorne spolnosti?
- Kakšna je seznanjenost deklet o preventivi raka na materničnem vratu?
- Katere zdravstvenovzgojne vsebine so bile predstavljene mladostnicam med obiskom v ginekološkem dispanzerju?
- Kakšne so potrebe mladostnic po zdravstvenovzgojnem delu v ginekološkem dispanzerju?
- Katere intervencije izvaja medicinska sestra ob obisku mladostnic v ginekološkem dispanzerju?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V diplomskem delu smo uporabili deskriptivno metodo empiričnega kvantitativnega raziskovanja. Glede na obravnavano temo smo teoretični in empirični del naloge oblikovali na osnovi pregleda znanstvene in strokovne domače ter tuje literature, ki smo jo iskali v domačih in tujih podatkovnih bazah (COBISS, dLib, CINAHL, PubMed, ProQuest, SpringerLink). Uporabili smo naslednje ključne besede: zdravstvena vzgoja, spolna vzgoja, reproduktivno zdravje, spolno zdravje, mladostništvo, puberteta, socializacija, telesni razvoj, menstruacija, kontracepcija, intimna nega, spolno prenosljive bolezni, rak materničnega vratu, rak dojke. V angleškem jeziku pa *health education, sex education, reproductive health, sexual health, adolescence, puberty, socialization, physical development, menstruation, contraception, intimate care, sexually transmitted diseases, cervical cancer, breast cancer*. Omejili smo se na strokovno domačo in tujo literaturo, objavljeno od leta 2004 do 2014, v slovenskem in angleškem jeziku.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za raziskavo smo uporabili tehniko anketiranja. Vprašalnik smo sestavili na osnovi pregledane literature in opravljenih raziskav (Orshan, 2007). Za temeljno izhodišče smo uporabili vprašalnik iz raziskave »Spolno vedenje slovenskih srednješolcev 2004« (Pinter et al., 2004), ki smo ga preoblikovali in prilagodili naši raziskavi. Vprašalnik je sestavljen iz štirih sklopov. Prva štiri vprašanja so socialnodemografskega značaja, sledila so vprašanja na temo ginekoloških pregledov, spolnih odnosov, spolno prenosljivih bolezni in kontracepcije. Nato sta sledila dva sklopa trditev, ki se nanašajo na seznanjenost deklet z odgovorno spolnostjo, na vlogo in odnos z medicinsko sestro v ginekološkem dispanzerju in na odnos do ginekologa. Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili s Cronbachovim testom, katerega vrednosti so bile: za 7. vprašanje – poznavanje kontracepcijskih metod – 0,778, za 8. vprašanje – poznavanje spolno prenosljivih bolezni – 0,831, za 12. vprašanje – razlogi odločitev za prvi spolni

odnos – pa 0,727, kar pomeni, da je bila pri omenjenih vprašanjih zanesljivost vprašalnika dobra (Cenčič, 2005). Pri vprašanju 17 – predstavljene zdravstvenovzgojne teme – pa je vrednost znašala 0,924, kar pove, da je tu zanesljivost vprašalnika odlična (ibid).

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec, ki je zajel dekleta v starosti od 14 do 25 let, ki so prišle na ginekološki pregled v ginekološke dispanzerje Osnovnega zdravstva Gorenjske, in sicer v Zdravstveni dom (ZD) Kranj in ZD Jesenice. V ZD Kranj je bilo razdeljenih 60 anketnih vprašalnikov, vrnjenih je bilo 59, v ZD Jesenice pa je bilo razdeljenih 30 vprašalnikov, prav toliko jih je bilo tudi vrnjenih. Skupno je bilo razdeljenih 90, vrnjenih pa 89 vprašalnikov, kar pomeni 98,9-odstotno realizacijo vzorca. Raziskava je zajela žensko populacijo s povprečno starostjo 19,3 leta. Najmlajša anketiranka je imela 15, najstarejša pa 24 let. 33,7 % anketirank je v času anketiranja obiskovalo srednjo šolo, 12,4 % deklet je bilo gimnazijk, visoko šolo ali fakulteto je obiskovalo 34,8 %, zaposlenih pa je bilo 10,1 % deklet. Slaba polovica anketiranih deklet (49,4 %) je prihajala iz Kranja in okolice, 25,8 % jih je bilo z Jesenic in okolice, 11,2 % anketirank je prihajalo iz Tržiča, z blejskega območja je bilo 7,9 % mladostnic, 1,1 % iz škofjeloškega območja, 4,5 % anketiranih žensk pa je prihajalo iz drugih delov Slovenije.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelava podatkov

Raziskava je bila izvedena na primarni ravni zdravstvenega varstva na Gorenjskem v ginekoloških ambulantah ZD Kranj in ZD Jesenice. Anketiranje mladostnic je potekalo med čakanjem na ginekološki pregled v obdobju od 1. 6. 2014 do 31. 8. 2014. Anketirankam je bila zagotovljena anonimnost, seznanjene so bile z namenom in cilji raziskave, na voljo so imele dovolj časa za izpolnjevanje vprašalnika in možnost odklonitve in/ali prekinitve sodelovanja. Rezultati raziskave so bili uporabljeni le v namen raziskave.

Podatke smo obdelali z deskriptivno statistiko s pomočjo računalniškega programa SPSS. Za spremenljivke smo ugotavljali frekvence, odstotke, mere srednjih vrednosti (aritmetično sredino) in mere razpršenosti (standardni odklon, minimalno in maksimalno vrednost). Za ugotavljanje razlik med šolajočimi in zaposlenimi anketirankami z vidika seznanjenosti in stališč do zdrave in odgovorne spolnosti ter potreb po zdravstvenovzgojnem delu smo uporabili kontingenčne tabele, t–preizkus, hi-kvadrat (χ^2) in Kullbackov test. Za statistično pomembne smo upoštevali razlike s p-vrednostjo $\leq 0,05$. Vprašanja odprtega tipa so predstavljena opisno. Statistični prikaz podatkov je upodobljen s pomočjo tabel in grafov.

3.4 REZULTATI

Rezultate prikazujemo glede na postavljena raziskovalna vprašanja.

3.4.1 Starost in razlogi mladostnic za prvi obisk ginekologa

Tabela 1: Starost mladostnic ob prvem obisku ginekologa

Starost v letih	Število	Odstotki
13	3	3,4
14	1	1,1
15	10	11,2
16	28	31,5
17	18	20,2
18	19	21,3
19	5	5,6
20	2	2,2
21	1	1,1
22	1	1,1
24	1	1,1
Skupaj	89	100
PV	16,83	
SO	1,74	

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Tabela 1 nam prikazuje starost anketiranih deklet, ko so prvič obiskale ginekologa. Iz tabele je razvidno, da je večina deklet prvič obiskala ginekologa med petnajstim in osemnajstim letom starosti, največ, 31,5 %, v starosti 16 let. 3,4 % deklet so ga prvič obiskale pri trinajstih letih, eno dekle (1,1 %) pa ga je prvič obiskalo pri štiriindvajsetih letih. Povprečna starost prvega obiska pri ginekologu znaša 16,83 leta (SO = 1,74).

Tabela 2: Razlogi mladostnic za prvi obisk ginekologa

Razlog za obisk	Število	Odstotki
Posvet pred prvim spolnim odnosom	4	4,5
Posvet po prvem spolnem odnosu	8	9,0
Potrebovala sem kontracepcijo	47	52,8
Imela sem ginekološke težave	18	20,2
Nenačrtovana nosečnost	2	2,2
Po pošti sem prejela vabilo za preventivni ginekološki pregled	2	2,2
Drugo	6	6,7
Skupaj	87	97,8
Ni odgovora	2	2,2

Tabela 2 nam prikazuje, da so dekleta največkrat (52 %) navajale, da je bil razlog za prvi obisk ginekologa potreba po kontracepciji. 20,2 % je potrebovalo pregled zaradi ginekoloških težav, po prvem spolnem odnosu pa se je za pregled odločilo 9 % mladostnic. Anketiranke so prav tako imele možnost prostega odgovora, na katerega je odgovorilo 6,7 % anketirank. Najpogostejši odgovor je bil, da so jih za obisk spodbudili starši.

3.4.2 Ozaveščenost mladostnic o varni in odgovorni spolnosti

Tabela 3: Poznavanje kontracepcijskih metod med mladostnicami

Vrsta kontracepcije	N	1	2	3	PV	SO
Poznavanje kondoma	87	0,0 %	1,1 %	97,8 %	2,99	0,11
Poznavanje kontracepcijske tabletko	85	2,2 %	1,1 %	95,5 %	2,94	0,32
Poznavanje jutranje tabletko	67	11,2 %	10,1 %	75,3 %	2,66	0,68
Poznavanje diafragme	37	25,8 %	30,3 %	41,6 %	2,16	0,82
Poznavanje varnih dni	37	30,3 %	25,8 %	41,6 %	2,11	0,85
Poznavanje prekinjenega spolnega odnosa	63	15,7 %	11,2 %	70,8 %	2,56	0,76
Poznavanje kontracepcijske injekcije	16	58,4 %	20,2 %	18,0 %	1,58	0,79
Poznavanje materničnega vložka	35	25,8 %	32,6 %	39,3 %	2,14	0,81

% = odstotek; Lestvica: 1 = ne poznam, 2 = niti poznam niti ne poznam, 3 = poznam; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Tabela 3 nam pokaže, da dekleta najbolj (PV = 2,99; SO = 0,11) poznajo kondom. Za ta odgovor, v katerem so tudi najbolj enotne, se je odločilo 97,8 % deklet, 95,5 % pozna kontracepcijske tabletko. Jutranjo tabletko pozna 75,3 %, za odgovor »ne poznam« pa se je odločilo 11,2 % deklet. Najmanjša povprečna vrednost (PV = 1,58; SO = 0,79) je pripadla poznavanju kontracepcijskih injekcij ter poznavanju materničnega vložka (PV = 2,14; SO = 0,81).

Tabela 4: Poznavanje spolno prenosljivih boleznih pri mladostnicah

Okužba	1	2	3	PV	SO
Aids	1,1 %	2,2 %	96,6 %	2,96	0,26
Gonoreja	21,3 %	24,7 %	52,8 %	2,32	0,81
Sifilis	13,5 %	16,9 %	68,5 %	2,56	0,72
Klamidija	22,5 %	21,3 %	55,1 %	2,33	0,83
Genitalni herpes	11,2 %	16,9 %	71,9 %	2,61	0,68
Virusni hepatitis	34,8 %	24,7 %	40,4 %	2,06	0,87
Trihomonas vaginalis	64,0 %	24,7 %	6,7 %	1,40	0,62
Humani Papiloma Virus	48,3 %	21,3 %	29,2 %	1,81	0,87
Sramne uši	13,5 %	18,0 %	68,5 %	2,55	0,72

% = odstotek; Lestvica: 1 = ne poznam, 2 = niti poznam niti ne poznam, 3 = poznam; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Tabela 4 predstavlja poznavanje spolno prenosljivih boleznih med mladostnicami. Najbolj, z najvišjo enotnostjo odgovorov med vsemi naštetimi okužbami, je poznan aids (PV = 2,96; SO = 0,26); pozna ga velika večina deklet (96,6 %). Drugo mesto v poznavanju je zasedla okužba z genitalnim herpesom (PV = 2,61; SO = 0,68). Zanj je že slišalo 71,9 % anketirank. Sledita sifilis (PV = 2,56; SO = 0,72) in sramne uši (PV = 2,55; SO = 0,72). Pri prepoznavnosti so zelo podobno uvrstile gonorejo (PV = 2,32; SO = 0,81) in klamidijo (PV = 2,33; SO = 0,83), pozna ju dobra polovica vprašanih. Najslabšo povprečno oceno sta si prislužila poznavanje humanega papiloma virusa (PV = 1,81; SO = 0,87) in okužba s trihomonas vaginalisom (PV = 1,4; SO = 0,62).

Tabela 5: Poznavanje humanega papiloma virusa (HPV) glede na izobraževalni status mladostnic

		Humani papiloma virus (HPV)					Status	
		1	2	3	PV	SO		
Status	Dijakinje Študentke	Število	26	19	34	2,10	0,87	2 \uparrow = 13,968 p = 0,001
		% dijak., štud.	32,9	24,1	43,0			
		% skupaj	29,5	21,6	38,6			
	Zaposlene	Število	9	0	0	1,00	0	
		% zaposlene	100,0	0,0	0,0			
		% skupaj	10,2	0,0	0,0			

% = odstotek; Lestvica: 1 = ne poznam, 2 = niti poznam niti ne poznam, 3 = poznam; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; 2 \uparrow = Kullbackov test; p = statistična pomembnost

Tabela 5 prikazuje seznanjenost anketiranih deklet s poznavanjem humanega papiloma virusa (HPV) glede na zaposlitveni status. Dekleta, ki obiskujejo srednjo šolo, visoko šolo ali fakulteto, so v 43 % odgovorile, da virus poznajo, 24,1 % jih je izbralo

neopredeljen odgovor, 32,9 % deklet pa virusa ne pozna. Povprečna vrednost odgovorov pri dijakinjah in študentkah skupaj je bila 2,1 (SO = 0,87), vse zaposlene pa so bile pri odgovoru enotne (PV = 1, SO = 0). Rezultati kažejo statistično pomembne razlike v poznavanju HPV glede na izobraževalni status ($2\hat{\uparrow} = 13,968$; $p = 0,001$). Poznavanje HPV virusa je boljše v skupini anketirank, ki so vključene v izobraževanje.

Tabela 6: Viri informacij o spolnosti pri mladostnicah

Vir informacij	1	2	3	4	5	PV	SO
Starši	9,0 %	27,0 %	24,7 %	23,6 %	12,4 %	3,03	1,19
Prijatelji	1,1 %	5,6 %	19,1 %	33,7 %	39,3 %	4,06	0,96
Zdravstveni delavci	2,2 %	13,5 %	27,0 %	38,2 %	15,7 %	3,53	1,00
Učitelji	7,9 %	29,2 %	31,5 %	23,6 %	4,5 %	2,87	1,03
Knjige, revije	2,2 %	10,1 %	30,3 %	39,3 %	13,5 %	3,54	0,95
RTV	7,9 %	25,8 %	36,0 %	18,0 %	7,9 %	2,92	1,06
Internet	1,1 %	3,4 %	21,3 %	30,3 %	41,6 %	4,10	0,94

% = odstotek; Lestvica: 1 = nobene informacije, 2 = zelo malo informacij, 3 = malo informacij, 4 = veliko informacij, 5 = zelo veliko informacij; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Tabela 6 nam prikazuje, da dekleta pridobijo največ informacij o spolnosti na internetu, v tem odgovoru so tudi najbolj enotne (PV = 4,1; SO = 0,94); kar 41,6 % deklet se je opredelilo, da na internetu pridobijo zelo veliko informacij. Po rezultatih zasedajo drugo mesto pogovori in izmenjava izkušenj s prijatelji (PV = 4,6; SO = 0,96), zdravstveni delavci so uvrščeni na četrto mesto (PV = 3,53; SO = 1), najnižje pa so se uvrstili učitelji (PV = 2,87; SO = 1,03).

Tabela 7: Odzivi mladostnic v primeru nezaščitenega spolnega odnosa

Odziv	Prva izbira	Druga izbira	Tretja izbira	Četrta izbira
Obisk ginekologa	4,5 %	33,7 %	22,5 %	36,0 %
Jutranja tabletko	74,2 %	5,6 %	4,5 %	12,4 %
Test nosečnosti	9,0 %	30,3 %	47,2 %	10,1 %
Čakanje na morebitni izostanek menstruacije	9,0 %	27,0 %	22,5 %	38,2 %

% = odstotek

Tabela 7 prikazuje, kakšen potek odzivov bi mladostnice izbrale, če bi prišlo do nezaščitenega spolnega odnosa. Večina deklet, 74,2 %, se je opredelila, da bi najprej vzele jutranjo tabletko, za naslednji, drug odziv je največ deklet (33,7 %) izbralo obisk ginekologa, tretja izbira bi bil v 47,2 % test nosečnosti, zadnja, najmanj pogosta izbira, 38,2 %, pa bi bilo čakanje na morebitni izostanek menstruacije.

3.4.3 Stališča mladostnic o spolnosti

Tabela 8: Izkušnje mladostnic z nasprotnim spolom

	Število	Odstotek
Zaljubljenost	84	94,4
Zmenek	82	92,1
Poljubljanje	87	97,8
Božanje	80	89,9
Petting	76	85,4
Spolni odnos	82	92,1

Tabela 8 prikazuje romantične izkušnje anketirank z nasprotnim spolom. Največ, 97,8 %, vprašanih ima izkušnje s poljubljanjem, najnižje na lestvici so izkušnje z božanjem, 89,9 %, in petting. 92,1 % anketirank ima za sabo že prvi spolni odnos.

Tabela 9: Starost mladostnic pri prvem spolnem odnosu

Starost v letih	Število	Odstotek
13	1	1,1
14	7	7,9
15	17	19,1
16	15	16,9
17	24	27,0
18	14	15,7
19	4	4,5
22	1	1,1
24	1	1,1
Skupaj	84	94,4
Ni še imela spolnega odnosa	5	5,6
PV	16,52	
SO	1,72	
M	17	

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; M = mediana

V tabeli 9 je prikazana starost ob prvem spolnem odnosu. Največ anketirank je postalo spolno aktivnih pri sedemnajstih letih, in sicer 27 %. Iz tabele je razvidno, da se v prvi spolni odnos mladostnice najpogosteje podajajo v starosti od 15 do 18 let. Do svojega dopoljenega devetnajstega leta je imelo prvi spolni odnos za sabo že 92,9 % anketirank. Najnižja starost ob prvem spolnem odnosu med anketiranimi dekletimi je bila 13 let, najvišja 24, povprečna starost pa 16,52 leta (SO = 1,72). Izračunana mediana znaša 17 let. Pet anketirank spolnega odnosa še ni imelo. Na vprašanje, ali bi s spolnimi odnosi počakale, če bi še enkrat izbirale, je skupno 48,3 % deklet izbralo odgovor »da«, 22,5 % »ne«, 23,6 % anketirank pa je ostalo neopredeljenih.

Tabela 10: Mnenje mladostnic o odložitvi spolnega odnosa glede na izobraževalni status

		Bi s spolnim odnosom počakali					Status	Starost
		1	2	3				
S t a t u s	Dijakinje/študentke	Število	37	20	19	$\chi^2 = 4,887$ $p = 0,558$	$2\hat{\uparrow} = 0,165$ $P = 0,997$	
		% dijakinje, študentke	48,7	26,3	25,0			
		% skupaj	44,0	23,8	22,6			
	Zaposlene	Število	6	1	1			
		% zaposlene	75,0	12,5	12,5			
		% skupaj	7,1	1,2	1,2%			

% = odstotek; Lestvica: 1 = ne, 2 = ne vem, 3 = da; χ^2 = hi-kvadrat; $2\hat{\uparrow}$ = Kullbackov test; p = statistična pomembnost

Tabela 10 kaže mnenja deklet, ali bi s prvim spolnim odnosom počakale, če bi se še enkrat odločale zanj. 48,7 % anketiranih dijakinj in študentk je mnenja, da s spolnim odnosom ne bi počakale, 26,3 % jih je bilo neopredeljenih, ostala četrtnina deklet pa je mnenja, da bi s spolnimi odnosi počakala. Pri zaposlenih je 75 % anketirank mnenja, da s spolnim odnosom ne bi čakale, 12,5 % jih je neopredeljenih, enak odstotek deklet pa je mnenja, da bi s spolnostjo še počakale. Razlike v mnenju med skupinama mladostnic glede na izobraževalni status niso statistično pomembne ($\chi^2 = 4,887$, $p = 0,558$). Prav tako s Kullbackovim testom nismo ugotovili statistično pomembnih razlik ($2\hat{\uparrow} = 0,165$, $p = 0,997$) med mladostnicami glede na starost (starostne skupine od 16 do 18 let, od 19 do 21 let in od 22 do 24 let).

Tabela 11: Razlogi mladostnic za prvi spolni odnos

Razlogi	1	2	3	4	5	PV	SO
Zaljubljenost	3,4 %	6,7 %	9,0 %	28,1 %	47,2 %	4,15	1,09
Radovednost	6,7 %	7,9 %	18,0 %	42,7 %	18,0 %	3,61	1,11
Da bi se počutila odraslo	46,1 %	28,1 %	12,4 %	3,4 %	1,1 %	1,74	0,92
Nagovarjal me je fant	46,1 %	22,5 %	16,9 %	4,5 %	3,4 %	1,89	1,09
Nagovarjale so me prijateljice	61,8 %	20,2 %	7,9 %	2,2 %	0,0 %	1,46	0,76
Bila sem pod vplivom opojnih substanc	70,8 %	10,1 %	3,4 %	5,6 %	2,2 %	1,46	1,00

% = odstotek; Lestvica: 1 = sploh ne drži, 2 = ne drži, 3 = niti drži niti ne drži, 4 = drži, 5 = zelo drži; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

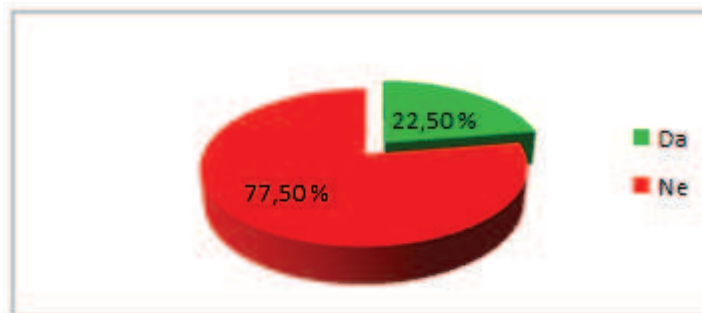
Tabela 11 prikazuje pogostnost razlogov odločanja za prvi spolni odnos. Najpogostejši razlog za prvi spolni odnos mladostnic, v katerem pa niso najbolj enotne, je zaljubljenost (PV = 4,15; SO = 1,09), sledi radovednost (PV = 3,61; SO = 1,11). Najnižje so ocenile mnenje, da so jih nagovarjale prijateljice (PV = 1,46; SO = 0,76) in da so bile pod vplivom opojnih substanc (PV = 1,46; SO = 1).

Tabela 12: Mnenja mladostnic o odgovornosti za uporabo kontracepcije

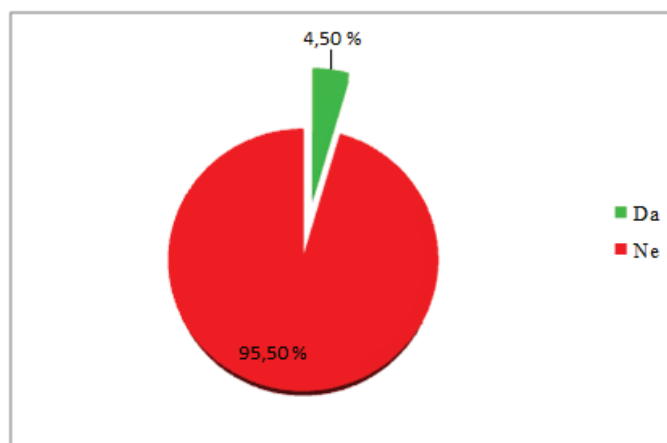
	Število	Odstotek
Dekle	3	3,4
Fant	1	1,1
Oba – fant in dekle	82	92,1
Ni odgovora	3	3,4

Tabela 12 prikazuje mnenja anketirank, kdo od para je odgovoren za kontracepcijo. Večina deklet, 92,1 %, meni, da sta za zaščito odgovorna fant in dekle, torej oba v paru. 3,4 % so bila mnenja, da je za to odgovorno dekle, ena anketiranka (1,1 %) pa je odgovorila, da mora za kontracepcijo poskrbeti fant.

3.4.4 Seznanjenost mladostnic s preventivo raka na materničnem vratu in dojkah

**Slika 1: Poznavanje kratice HPV**

Slika 1 prikazuje poznavanje kratice HPV med anketiranimi mladostnicami. 22,5 % vprašanih deklet kratico pozna in so jo pravilno razložile, 77,5 % pa kratice ni poznalo.

**Slika 2: Poznavanje kratice ZORA**

S slike 2 lahko razberemo, da 95,5 % deklet ne pozna kratice ZORA ali pa je niso pravilno razložile. Le 4,5 % deklet je napisalo, da je ZORA preventivni program za odkrivanje predrakavih in zgodnjih rakavih sprememb na materničnem vratu.

Tabela 13: Mnenje mladostnic o obdobju, v katerem ženske najpogosteje zbole vajo za rakom na materničnem vratu

Obdobje	Število	Odstotek
Najstnice	4	4,5
Ženske v najaktivnejšem obdobju življenja	56	62,9
Starejše ženske	21	23,6
Skupaj	81	91,0
Ni odgovora	8	9,0

V tabeli 13 je prikazano mnenje anketirank, kdaj ženske najpogosteje zbole vajo za rakom na materničnem vratu. 4,5 % deklet meni, da za to boleznijo najpogosteje zbole vajo najstnice, 62,9 % deklet je mnenja, da najpogosteje zbole vajo ženske, ki so v najaktivnejšem obdobju življenja. Dobra četrtina deklet (23,6 %) pa je prepričana, da za rakom na materničnem vratu zbole vajo le starejše ženske.

Tabela 14: Mnenje mladostnic o starosti, pri kateri naj bi ženske prvič šle na odvzem brisa za preventivo raka na materničnem vratu

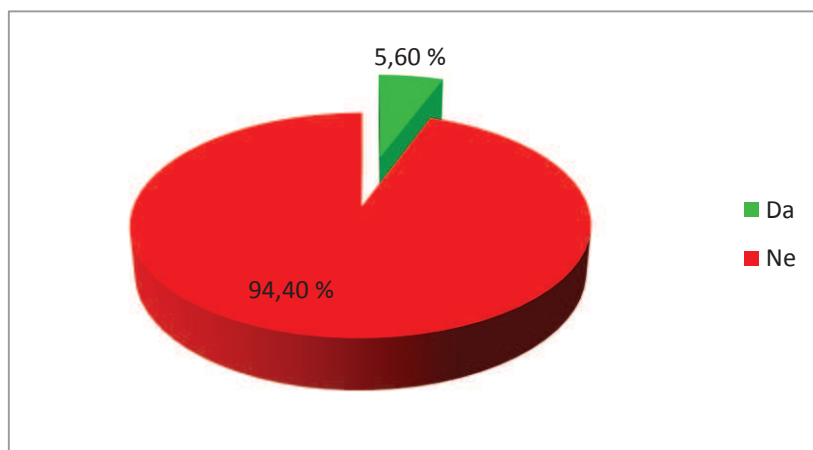
Povprečna vrednost let	20,33 leta
Standardni odklon	5,04
Najnižja vrednost let	14 let
Najvišja vrednost let	45 let
Skupaj število odgovorov	83
Manjkajoči odgovori	6

V tabeli 14 prikazujemo povprečno starost, ki so jo anketiranke navedle, kdaj, po njihovem mnenju, bi ženske morale začeti obiskovati ginekologa za odvzem brisa materničnega vrata. Povprečna starost, ki so jo dekleta navedla, je 20 let (SO = 5,04), pri čemer je bila najnižja navedena starost 14 let, najvišja pa 45 let.

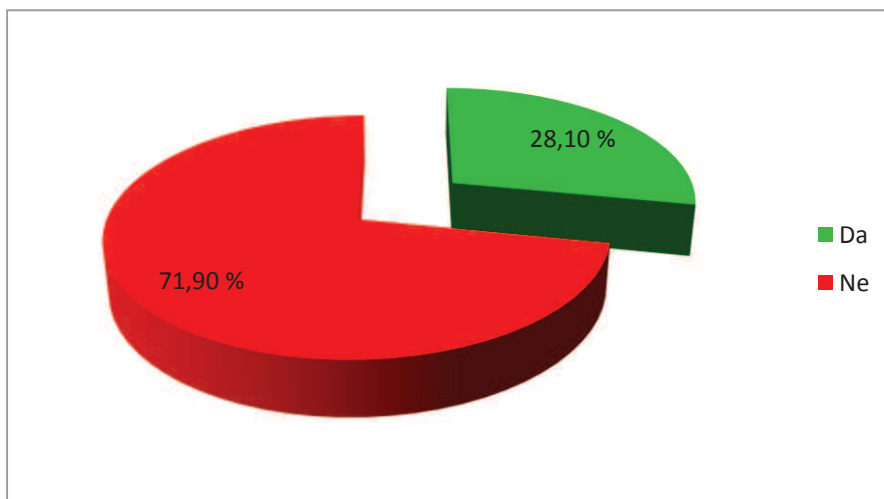
Tabela 15: Mnenje mladostnic o pogostosti preventivnih ginekoloških pregledov

Pogostnost	Število	Odstotek
Enkrat na leto	77	86,5
Enkrat na tri leta	8	9,0
Enkrat na pet let	1	1,1
Skupaj	86	96,6
Ni odgovora	3	3,4

V tabeli 15 je prikazano mnenje deklet, kako pogosto naj bi opravljale preventivne obiske pri ginekologu. 89,5 % se strinja, da je treba preventivni ginekološki pregled opraviti enkrat na leto, 9,3 % je mnenja, da je preventivni obisk lahko le enkrat na tri leta, ena od vprašanih (1,2 %) pa je odgovorila, da je dovolj, če ginekologa obiščemo le enkrat na pet let.

**Slika 3: Poznavanje kratice DORA**

Na sliki 3 je prikazano poznavanje kratice DORA med anketiranimi mladostnicami. 94,4 % deklet kratice ni znalo razložiti, 5,6 % deklet pa je napisalo, da je DORA program presajanja za raka dojk.



Slika 4: Poznavanje izraza mamografija

Slika 4 prikazuje poznavanje izraza mamografija med anketiranimi dekleti. 28,2 % je ta izraz povezalo s pregledom dojk, 71,9 % vprašanih za to preiskavo še nikoli ni slišalo.

Tabela 16: Mnenje mladostnic o najprimernejšem obdobju za začetek samopregledovanja dojk

Obdobje	Število	Odstotek
Od mladostništva	72	80,9
Od prvega poroda	13	14,6
Po menopavzi	0	0,0
Po 65. letu starosti	0	0,0
Skupaj	85	95,5
Ni odgovora	4	4,5

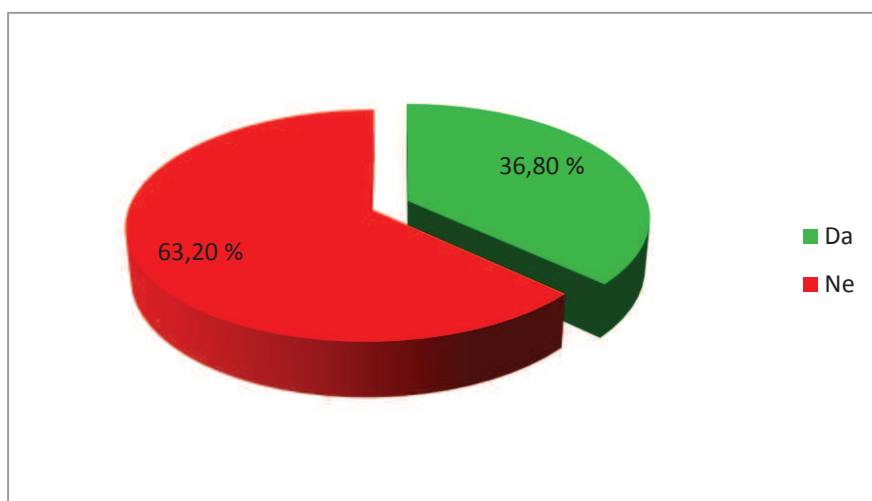
V tabeli 16 je prikazano mnenje deklet o začetku samopregledovanja dojk. 80,9 % deklet se zaveda, da je treba s samopregledovanjem začeti že v mladostništvu, 14,6 % anketirank pa je odgovorilo, da je s pregledovanjem treba začeti po prvem porodu. Niti ena mladostnica ni bila mnenja, da s samopregledovanjem dojk začnemo šele po menopavzi ali pa po 65. letu starosti.

Tabela 17: Mnenje mladostnic o najprimernejšem dnevu menstrualnega ciklusa za samopregledovanje dojk

Najprimernejši dan	Število	Odstotek
Prvi dan krvavitve	14	15,7
Po koncu menstruacije	36	40,4
Vseeno	30	33,7
Skupaj	80	89,9
Ni odgovora	9	10,1

V tabeli 17 je prikazano mnenje anketirank o najprimernejšem obdobju menstrualnega ciklusa za samopregledovanje dojk. 15,7 % jih meni, da je za samopregledovanje najprimernejši prvi dan krvavitve, 40,4 % deklet je odgovorilo, da je najustreznejše obdobje po končani menstruaciji, 33,7 % pa meni, da je vseeno, v katerem obdobju si pregledujejo dojke.

Slika 5 prikazuje, ali si anketirane mladostnice redno pregledujejo dojke. Na vprašanje je pritrdilno odgovorilo 36,8 % vprašanih, 63,2 % pa samopregledovanja ne opravlja redno ali pa ga sploh ne opravlja. Dve od deklet na vprašanje nista odgovorili. Vprašanje je vsebovalo tudi možnost odprtega odgovora, v katerem nas je zanimal vzrok, zakaj si prsi ne pregledujejo redno. Mladostnice so navajale dva vzroka: da na samopregledovanje pozabijo in da si ne znajo pregledovati prsi.



Slika 5: Redno samopregledovanje dojk

3.4.5 Zdravstvenovzgojne vsebine, ki so bile predstavljene mladostnicam med obiskom v ginekološki ambulanti

Tabela 18: Mnenje mladostnic o predstavljenih zdravstvenovzgojnih vsebinah

Zdravstvenovzgojne vsebine	1	2	3	PV	SO
Osebna higiena	33,7 %	16,9 %	39,3 %	2,06	0,90
Menstruacijski ciklus	18,0 %	18,0 %	55,1 %	2,41	0,80
Prehrana in gibanje	36,0 %	24,7 %	30,3 %	1,94	0,86
Partnerski odnosi	27,0 %	20,2 %	43,8 %	2,19	0,87
Spolni odnosi	23,6 %	15,7 %	51,7 %	2,31	0,86
Zaščita pred zanositvijo	20,2 %	16,9 %	53,9 %	2,37	0,83
Zaščita pred spolno prenosljivimi okužbami	21,3 %	24,7 %	44,9 %	2,26	0,82
Rak na materničnem vratu	34,8 %	37,1 %	19,1 %	1,83	0,75
Rak na dojkah	30,3 %	36,0 %	24,7 %	1,94	0,78

% = odstotek; Lestvica: 1 = tema mi ni bila predstavljena, 2 = tema mi je bila delno predstavljena, 3 = tema mi je bila predstavljena; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

V tabeli 18 je prikazano mnenje mladostnic o predstavljenih zdravstvenovzgojnih vsebinah. V 55,1 % so anketiranke odgovorile, da jim je bil najpogosteje predstavljen menstruacijski ciklus (PV = 2,41; SO = 0,8), na drugem mestu s 53,9 % pa je tematika o zaščiti pred zanositvijo (PV = 2,37; SO = 0,83). 34,8 % anketirank se strinja, da jim tema o raku na materničnem vratu ni bila predstavljena, prav tako pa so si bile pri tej trditvi najbolj enotne (PV = 1,83; SO = 0,75).

3.4.6 Izvajanje intervencij medicinske sestre v ginekološkem dispanzerju

Z analizo rezultatov v tabeli 19, kjer so mladostnice ocenjevale stopnjo pomembnosti zdravstvenovzgojnih vsebin, ugotavljamo, da so mladostnicam najpomembnejše informacije o kontracepciji (PV = 4,61; SO = 0,62), na drugo mesto so uvrstile informacije o spolno prenosljivih boleznih, pri ocenjevanju pomembnosti pa so bile tudi najbolj enotne (PV = 4,60; SO = 0,54). Najnižjo povprečno oceno so namenile informacijam o odnosih med spoloma in v partnerstvu (PV = 4,01; SO = 0,98). Zaposlene mladostnice ($t = -2,833$; $p = 0,013$) pripisujejo večjo pomembnost informacijam o zdravi spolnosti in partnerstvu.

Tabela 19: Mnenje mladostnic o pomembnosti predstavljenih vsebin zdravstvenovzgojnega dela in o komunikaciji z medicinsko sestro glede na izobraževalni status

Zdravstvenovzgojne vsebine	Status	PV (ocene od 1 do 5)	SO	t	p
Informacije o osebni higieni	D/Š	4,08	0,84	-1,635	,106
	Zaposlene	4,56	0,73		
Informacije o odnosih med spoloma, v partnerstvu	D/Š	3,95	0,99	-1,789	,077
	Zaposlene	4,56	0,73		
Informacije o zdravi spolnosti	D/Š	4,52	0,60	-2,833	,013
	Zaposlene	4,89	0,33		
Informacije o spolno prenosljivih boleznih	D/Š	4,58	0,55	-1,211	,251
	Zaposlene	4,78	0,44		
Informacije o kontracepciji	D/Š	4,59	0,63	-0,865	,390
	Zaposlene	4,78	0,44		
Informacije o pravilnem postopku pregledovanja dojk	D/Š	4,45	0,68	0,043	,966
	Zaposlene	4,44	0,53		
Informacije o dejavnih tveganja za okužbo s HPV	D/Š	4,38	0,63	-1,296	,198
	Zaposlene	4,67	0,50		
Zagotavljanje zasebnosti med pogovorom z medicinsko sestro	D/Š	4,44	0,71	-0,487	,627
	Zaposlene	4,56	0,53		
Dovolj časa za pogovor z medicinsko sestro med obravnavo v ambulanti	D/Š	4,27	0,78	-0,652	,516
	Zaposlene	4,44	0,53		

D/Š = dijakinje/šudentke; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Lestvica ocen: 1 = se popolnoma ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = delno se strinjam, 4 = se strinjam, 5 = se popolnoma strinjam; t = t-test; p = statistična pomembnost

Z vprašanjem odprtega tipa smo zbrali odgovore, o čem bi se še želele pogovoriti mladostnice med obiskom pri ginekološkem dispanzerju. Na vprašanje je odgovorilo 12 mladostnic, ki so zapisale, da si želijo pogovora o manj znanih spolno prenosljivih okužbah in pravilni prehrani. 8 od njih je poudarilo, da si želi več zasebnosti med pogovorom z ginekologinjo in medicinsko sestro, 5 pa jih je zapisalo, da želijo več odkritega in direktnega podajanja informacij, ker so negotove pri postavljanju vprašanj na temo spolnosti.

Tabela 20: Mnenje mladostnic o času, ki jim ga medicinska sestra nameni za pogovor v ginekološkem dispanzerju

Čas	Število	Odstotki
Do 5 minut	27	30,3
5–10 minut	32	36,0
Več kot 10 minut	12	13,5
Nič	10	11,2
Skupaj	81	91,0
Ni odgovora	8	9,0

V tabeli 20 so odgovori mladostnic na vprašanje, koliko časa jim posveti medicinska sestra za pogovor med obiskom v ginekološki ambulanti. Več kot 10-minutnega pogovora je deležnih 14,8 % vprašanih, 5–10 minut pogovora nameni medicinska sestra 39,5 % anketirankam, do 5 minut časa pa si medicinska sestra v ginekološkem dispanzerju vzame pri 33,3 %. 12,3 % anketiranih mladostnic zdravstvenovzgojnih nasvetov s strani medicinske sestre ni bilo deležnih.

3.5 RAZPRAVA

Naša raziskava je pokazala, da se največji delež mladostnic odloča za prvi ginekološki pregled od 16. do 18. leta starosti. Kot razlog prvega obiska več kot polovica mladostnic navaja potrebo po pridobitvi primerne kontracepcije, petina pa ginekološke težave. Podobno povprečno starost ob prvem ginekološkem pregledu (povprečna starost 17 let) med dijakinjami gimnazije ter srednje zdravstvene in kemijske šole Novo Mesto ugotavlja v svoji raziskavi tudi Starešinič (2013). Dijakinje, ki so že bile na prvem ginekološkem pregledu, prav tako podobno navajajo kot razlog zanj predvsem motnje menstrualnega cikla in kontracepcijsko svetovanje. Za prvi ginekološki pregled se mladostnice večinoma odločajo same.

Skrb za reproduktivno zdravje mladostnic se začne že zgodaj v otroštvu in ne s prvim obiskom v ginekološki ambulanti. Širiti znanje o reproduktivnem zdravju je naloga vseh, ki se srečujejo z mladimi (staršev, pedagogov, pediatrov, šolskih zdravnikov, ginekologov, medicinskih sester, psihologov, socialnih delavcev ...). Vloga ginekološkega dispanzerja pa ni le v predpisovanju kontracepcije za mladostnice, pač pa so to tudi svetovanje o kontracepciji, spolnosti in zdravem načinu življenja, odkrivanje

in zdravljenje ginekoloških bolezni, ultrazvočni pregledi in antenatalna zaščita nosečih mladostnic. Potrebo mladostnic po kontracepciji pa lahko izkoristimo za zdravstvenovzgojno delo.

Z zdravstvenovzgojno dejavnostjo moramo skrbeti za čim višjo stopnjo osveščenosti mladih, da bodo vse spolno aktivne mladostnice redno obiskovale ginekologa in da se bodo za prvi obisk odločile še pred prvim spolnim odnosom. Potrebno je intenzivno delo z mladimi in multidisciplinaren pristop, pomoč staršev, šole in vključevanje širše družbe (Dajčman Waldhuber, Frankič, Markuš, 2006).

V raziskavi ugotavljamo, da so mladostnice, ki obiskujejo ginekološki dispanzer v ZD Kranj in ZD Jesenice, ob prvem spolnem odnosu povprečno stare 17 let. Dobljen rezultat je primerljiv z rezultati slovenske raziskave (Pinter et al., 2006), izvedene leta 2004, v kateri so anketirali srednješolce 1. in 3. letnika srednjih šol. Med srednješolci 3. letnika so izračunali srednjo starost ob prvem spolnem odnosu (mediano), ki je bila prav tako kot v naši raziskavi 17 let. Ugotovitve naše raziskave kažejo, da je imela slaba tretjina anketiranih mladostnic prvi spolni odnos v starosti med 14–15 let. Podobno v eni od raziskav v Veliki Britaniji avtorja (Cook, Cook, 2009) ugotavljata, da ima več kot ena tretjina mladostnikov v starosti od 14 do 15 let za sabo že izkušnjo prvega spolnega odnosa, do osemnajstega leta pa imata za sabo to izkušnjo že dve tretjini mladostnikov. Rezultati izkušenj v oralnem seksu pa so še višji. Kažejo, da ima tovrstno izkušnjo od 20 do 30 % srednješolcev (do 17. oziroma 18. leta starosti) in 18 % najstnikov v starostnem obdobju od 12 do 15 let.

V naši raziskavi je večina anketirank (več kot 95 %) odgovorila, da kot kontracepcijsko sredstvo pozna kondom in kontracepcijske tabletko. Avtorji (Pintar et al., 2006) v slovenski raziskavi med srednješolci prav tako ugotavljajo, da od kontracepcijskih metod srednješolci po njihovem subjektivnem mnenju zelo dobro poznajo kondom (94 %) in kontracepcijske tabletko (73 %). Med letoma 2009 in 2010 je Svetovna zdravstvena organizacija med drugim raziskovala tvegano spolno vedenje med 15-letniki. Njihovi rezultati razkrivajo, da se je uporaba kodoma med spolnim odnosom povečala in na njegovo uporabo ne vpliva finančni status posameznika, ampak bolj

njihova dostopnost, informiranost posameznika in razvitost države (Sexual behaviour: condom and pill use, 2012). V današnjem času so mladi vse prej fiziološko zreli, tudi za spolnost, nižja pa je zrelost v psihosocialnem smislu. Zato je mladostniško obdobje zaznamovano z večjo ranljivostjo ob številnih tveganih vedenjih. Eno od teh vedenj je prenos spolno prenosljivih okužb (Bočaj, 2011).

Dekleta, anketirana v naši raziskavi, so povedala, da so najbolj seznanjena z okužbo HIV, dve tretjini z genitalnim herpesom, sramnimi ušmi in sifilisom, več kot polovica s klamidijo in gonorejo, tretjina z virusnim hepatitisom in HPV, najmanj pa menijo, da so seznanjene z okužbo s trihomonas vaginalisom. Podobne rezultate v svoji raziskavi, ki je zajela spolno vedenje slovenskih srednješolcev v letu 2004, ugotavlja tudi Pinterjeva s sodelavci (2006). Ugotavljajo, da od spolno prenosljivih okužb večina srednješolcev (93 %) pozna aids. Poznavanje ostalih spolno prenosljivih okužb je med mladostniki slabše: tretjina jih pozna sramne uši, nekaj odstotkov manj pa virusni hepatitis in sifilis. Še slabše je poznavanje genitalnega herpesa in gonoreje, medtem ko okužbe s klamidijo, humanim papiloma virusom in trihomonasom poznajo v manj kot 2 %. Rezultati naše raziskave na temo poznavanja spolno prenosljivih okužb so primerljivi s tujimi avtorji. Samkange-Zeeb, Spallek in Zeeb (2011) ugotavljajo, da je najbolj poznana okužba med vsemi spolno prenosljivimi boleznimi okužba s HIV/aidsom. Isti avtorji opozarjajo tudi na dejstvo, da znanje o spolno prenosljivih boleznih ne vpliva toliko na uporabo kondoma pri spolnem odnosu. Na to bolj vpliva samozavedanje, da je okužbo mogoče dobiti v realnem svetu, kjer živimo, in mladostnike poučujemo ter seznanjamo s posledicami okužbe. Poleg okužbe s HIV-om pa je treba več pozornosti nameniti tudi manj znanim, a prav tako razširjenim okužbam s klamidijo, gonorejo in sifilisom. V tujini opozarjajo tudi na dejstvo, da se najstniki velikokrat poslužujejo oralnega seksa z mišljenjem, da je ta način manj tvegan za okužbo s spolno prenosljivimi boleznimi.

Raziskava kaže, da najstnice največ informacij o spolnosti pridobijo na načine, ki niso preverjeno verodostojni, in sicer prek prijateljev in informacij na internetu. Zdravstveni delavci se moramo zavedati, da je treba mladostnicam ponuditi kakovostne informacije o reproduktivnem zdravju. Zdravstvenovzgojni programi naj bi posamezniku omogočili

oblikovati znanja, stališča in vedenjske vzorce za zdrav način življenja. Ciljne skupine za zdravstveno vzgojo so starši, pedagogi, otroci in mladostniki (Dajčman Waldhuber et al., 2006). Vzgoja (mednjo sodi tudi spolna vzgoja) in vse učenje se začne najprej pri starših, v družini, in sicer od rojstva dalje. Otroci in mlajši mladostniki so še sprejemljivi za posredovanje informacij s strani odraslih. S skupnimi močmi vseh primarnih socializatorjev otrok in mladostnikov (tistih, ki jih učijo veščin in kažejo, pomagajo usmerjati na poti v odraslo, zrelo, samostojno osebo in življenje – to so družina, vrstniki, šola, najrazličnejši mediji, širša lokalna skupnost) se lahko veliko naredi – tudi pri spolni vzgoji. Pri tem je pomembno, da so sporočila odraslih usklajena, kajti kasneje se mladostniki vse pogosteje orientirajo po vrstnikih. Medicinske sestre imajo pri vzgoji za zdravje, zdravstveni vzgoji in spolni vzgoji veliko vlogo. S programi zdravstvene vzgoje ne želimo zgolj obveščati, ampak skušamo vplivati na stališča ljudi in doseči varnejše vedenje, tudi spolno (Bočaj, 2011). Za učinkovito uporabo veščin in doseganje omenjenih ciljev je potrebno svetovanje usposobljenega strokovnjaka, v ginekološki ambulanti sta to zdravnik in diplomirana medicinska sestra (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2009).

Pogovor na temo spolnosti, spolne vzgoje z odraščajočo mladostnico je zahteven pogovor. Cilji so pravilna higiena, spoznavanje in skrb za lastno telo, seznanjanje s telesnimi in duševnimi spremembami, znati reči ne, preprečevati agresijo, nasilje in spodbuditi boljšo komunikacijo med spoloma in komunikacijo nasploh. Usmerjati želimo v zdravo spolno življenje in načrtovanje družine, v varovanje in krepitev reproduktivnega ter celostnega zdravja mladih. Tak pogovor zahteva obvladovanje faktografskih znanj in podatkov, poznavanje različnih pedagoških veščin, predvsem metod posredovanja znanj oziroma poučevanja. Potrebna so določena znanja iz psihologije, poznati je treba spretnosti in veščine, ki so pomembne v socialnih odnosih. Za poučevanje so pomembni tudi osebnost zdravstvenega vzgojitelja, navdušenost in samoiniciativnost. Ne sme mu biti nerodno pogovarjati se in odgovarjati na vprašanja mladostnic – včasih tudi provokativna (ibid.).

Rezultati naše raziskave glede poznavanja kratice HPV in ZORA kažejo, da kratice HPV ne pozna niti četrtnina deklet, odstotek anketiranih mladostnic, ki pozna kratico

ZORA, pa je še veliko manjši. Za potrebe diplomskega dela je Pepić (2012) opravila raziskavo med ženskami v aktivni dobi. Rezultati so pokazali, da so ženske pomanjkljivo poučene o preventivnih programih ZORA in DORA, prav tako pa jim je premalo poznana okužba s HPV. Obe raziskavi izpostavljata dejstvo, da so ženske željne znanja s strani zdravstvenih delavcev, vendar je podajanje le-tega pomanjkljivo oziroma neustrezno (organizacija dela, neustrezni prostori). Študije, izvedene na ženskah iz Velike Britanije, Združenih držav Amerike in Avstralije (Marlow, Waller, 2014), poročajo o podobnih rezultatih. Načeloma najnovejše raziskave kažejo, da se poznavanje humanega papiloma virusa izboljšuje, zahvaljujoč promoviranju novoodkritega cepiva, ki preprečuje zbolevanje za rakom na materničnem vratu. V omenjeni raziskavi tretjina žensk, ki so že slišale za HPV, ni vedela, da uporaba kondoma med spolnim odnosom močno zmanjša tveganje za okužbo z omenjenim virusom. Polovica teh žensk prav tako ni vedela, da se večina spolno aktivnih ljudi z virusom slej ko prej okuži, kar pa ne pomeni, da tudi zbolijo za rakom. Okužba s HPV večinoma poteka brez znakov in okuženi ne potrebuje zdravljenja.

V naši raziskavi prav tako ugotavljamo, da presejalni program DORA pozna le peščica anketirank, malo bolj pa jim je znana beseda mamografija. Razveseljivo je dejstvo, da se dobrih 80 % deklet zaveda, da je samopregledovanje dojk potrebno že v mladostništvu, vendar si jih redno pregleduje le dobra tretjina. Zelo primerljive rezultate z našimi na temo samopregledovanja dojk med mladostnicami so dobili tudi v Turčiji (Karayurt, et al., 2008). Le 6,7 % dijakinj si je pregledovalo prsi redno, in sicer enkrat mesečno, 20 % deklet pa si jih je pregledovalo občasno. Tako kot pri nas je tudi v tej raziskavi največ deklet navedlo, da si prsi ne pregleduje zaradi neznanja. Čeprav je rak dojk značilen za ženske v zrelih letih, je nanj treba opozarjati že mladostnice. Zdrave navade, ki nastanejo v času odraščanja, v prihodnosti pozitivno vplivajo na celoten življenjski stil. Rezultati naše in turške raziskave opozarjajo na pomembne, temeljne informacije o ozaveščenosti mladostnic o raku na dojkah. Zdravstveni delavci smo si dolžni prizadevati za razvoj učinkovitih programov za zdravje dojk, poučevati že mlada dekleta o dejavnikih tveganja in pomembnosti zgodnjega odkrivanja te bolezni. Dekletom moramo pomagati, da že v mladosti pridobijo dobre navade, povezane s krepitvijo in varovanjem zdravja.

Poudarili bi dejstvo, da mladostnice v dobi odraščanja in osamosvajanja potrebujejo podporo na vseh področjih – tudi pri odločitvah, povezanih z zdravjem. Na tem občutljivem področju imajo medicinske sestre v ginekoloških dispanzerjih ključno vlogo. Raziskava kaže, da si mladostnice želijo informacij s strani medicinske sestre. Kot najbolj pomembni temi so izpostavile spolno prenosljive bolezni in kontracepcijo. Pomembno je, da med obiskom v ambulanti medicinska sestra zazna in se zaveda potreb mladostnic po zdravstveni vzgoji. Mladostnice si želijo odkritega pogovora z jasnimi odgovori na vprašanja, naloga medicinske sestre pa je, da mladostnico povabi v pogovor. Med izvajanjem zdravstvene vzgoje so kot ključno izpostavile zagotavljanje zasebnosti. Med pogovorom naj bo čim manj motečih dejavnikov okolja (telefoni, trkanje na vrata ambulante, prisotni drugi ljudje – pacientke ali osebje v istem prostoru, glasovi iz sosednjih prostorov ...).

Rezultati raziskave nam razkrivajo dejstvo, da se mladostnice zavedajo pomembnosti preventivnih ginekoloških pregledov, samopregledovanja dojk, preventive raka na materničnem vratu ... Naloga medicinske sestre je, da mladostnice opremi z znanjem, ki ga bodo lahko prenesle in uporabljale v vsakodnevnih konkretnih situacijah. Mladostnico je treba opremiti z znanjem o preventivnih ukrepih in možnostih preprečevanja določenih obolenj (HPV – uporaba kondoma, redni ginekološki pregledi; samopregledovanje dojk – seznanjanje z ustreznim postopkom).

Zavzemati se je treba za kakovostno zdravstveno vzgojo in kakovostne informacije, odprt pogovor, zaupnost in za zagotavljanje zasebnosti med njenim izvajanjem. Za to je potreben tudi čas. Z mladostnico mora medicinska sestra vzpostaviti zaupen odnos. Gradi ga vsakič, ko mladostnica obiše ambulantno. Medicinska sestra se mora zavedati, da so lahko dekleta ob obisku nervozna in potrebujejo več časa, da se sprostijo, odprejo ... Pristop mora biti strokoven, potrpežljiv, ne sme vzbujati občutka naglice in stiske s časom.

Zdravstvena vzgoja bi morala biti dokumentirana in vrednotena, znanje in potrebe mladostnic pa bi bilo treba ugotavljati in nadgrajevati med vsakim obiskom v ambulanti. Potrebne pa bodo še nadaljnje raziskave na tem področju. Dobrodošla bi bila

raziskava in primerjanje rezultatov med vsemi regijami v Sloveniji. Tako bi pridobili večji vzorec in še bolj širok pogled na stopnjo reproduktivnega zdravja med slovenskimi mladostnicami. Predvsem bi bila zanimiva raziskava v okviru primerjave poznavanja reproduktivnega zdravja in z njim povezanega vedenja oziroma kako mladostnice svoje znanje o zdravi spolnosti uporabljajo v praksi.

Če bomo upoštevali ključna sporočila, ki nam jih dajejo mladi, bomo s pripravo programirane zdravstvene vzgoje za zdravo spolnost pozitivno vplivali na mlade, na njihovo razmišljanje in odločanje, na oblikovanje zdravih stališč in norm, ki mlade usmerjajo pri odločitvah v spolnem življenju. Medicinske sestre so pomembni strokovnjaki v timu primarnega zdravstvenega varstva, zato moramo sodelovati z ostalimi zdravstvenimi delavci in strokovnjaki z drugih področij. S svojim nenehnim in dokumentiranim delom dosežemo, da se bodo mladostniki zavedali pomena spolnega zdravja in uspeli povezati svoje znanje z načinom življenja (Kontič, 2009).

4 ZAKLJUČEK

Zdravje je ena od osnovnih potreb in za večino ljudi najvišja vrednota v življenju. Mladim se zdravje pogosto zdi samoumevno, o njem ne razmišljajo, saj so po večini zdravi. Prav zato je zdravstvena vzgoja z mladostniki za zdravstveno nego velik izziv, priložnost in naloga. Mladim je treba priučiti zdrave navade in ustrezen odnos do lastnega telesa, jim pomagati, da bodo znanja prenesli tudi v prakso. Ni dovolj, da mladostnice znajo »našteti« vse spolno prenosljive bolezni, pomembno je, da jih v ginekološki ambulanti ozavestimo in naučimo prepoznavati simptome ter jim privzgojimo občutek zavedanja možnosti okužbe in obolevanja v realnem svetu.

Z rezultati naše raziskave smo dobili vpogled v stopnjo ozaveščenosti anketiranih mladostnic o zdravi spolnosti ter o preventivni skrbi za svoje telo. Ugotovili smo, da so mladostnice željne znanja, ki ga potrebujejo za zdrav odnos do reproduktivnega zdravja. Mladostnice so željne kakovostnih informacij. Ustrezno znanje je potrebno že pred obdobjem, ko se spoznavajo s prvimi koraki v svetu spolnosti. Med svojim odraščanjem so mladostnice nemalokrat izpostavljene tveganemu spolnemu vedenju. Pomembno je osveščanje o spolno nalezljivih boleznih ter o njihovi vedno večji prisotnosti med mladimi in o preventivnih ukrepih. Nizka ozaveščenost o nevarnosti okužbe s HPV nas opozarja, da o njej premalo govorimo. Le ustrezno poučeno dekle se bo zavedalo pomembnosti rednih ginekoloških pregledov, brisov materničnega vratu in nujnosti samopregledovanja dojk. Čeprav je obolevnost deklet za rakom na dojkah izredno majhna, jih je treba vseeno ozaveščati, da se s staranjem tveganje za bolezen poveča.

Zaupen odnos z medicinsko sestro lahko občutno vpliva na odločitve posameznice v preizkušnjah. Medicinska sestra se mora zavedati svoje naloge zdravstvene vzgojiteljice. Težiti mora k nenehnemu izobraževanju o trendih med mladostnicami in o njihovih potrebah. Mladostnice mora spodbujati tudi k učenju in prevzemanju navad (npr. samopregledovanje dojk), ki so naložba za njihova zrela leta. Pomembno je, da jih ozavesti o pravilni izbiri in kritičnem odnosu do virov informacij, saj jih mladi prevečkrat iščejo na mestih, kjer te niso preverjene.

Na uspešno spolno vzgojo vpliva sodelovanje celotne družbe, od staršev, vzgojiteljev, učiteljev, zdravstvenih delavcev ... Ti ljudje so mladostnici za zgled in pripomorejo k osebnotnemu razvoju dekleta v zdravo in samozavestno žensko, ki ima oblikovana pozitivna stališča do lastnega telesa, spolnosti in reproduktivnega zdravja.

5 LITERATURA

Adolescent health. World Health Organization, B. 1. Dostopno na: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/ (20. 1. 2014).

American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 460: the initial reproductive health visit. *Obstet Gynecol.* 2010;116(1):240–3.

Andolšek S. Kultura in socializacija. In: Šmagelj J, ed. *Uvod v sociologijo*. Ljubljana: DZS; 2009: 14–31.

Antončič M, Buršič D, Gros D, Jeras T, Jošt J, Kralj U, et al. *Spolno prenosljive okužbe v Sloveniji: [seminar]*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 2007.

Bizjak Ogrinc U, Korošec S, Pinter B. Smernice za rabo nujne kontracepcije. *Zdrav Vestn.* 2011;80(10):727–33.

Bočaj T. Vloga medicinske sestre pri spolni vzgoji otroka in mladostnika – Pogovarjajmo se ... In: Ljubič A, ed. *Zdrav otrok in mladostnik – cilj medicinske sestre v pediatriji in najpogostejši problemi v primarnem zdravstvenem varstvu: zbornik predavanj*, Rogaška Slatina, 25.–26. marec 2011. Ljubljana: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji; 2011: 81–6.

Borko E, Žebeljan I. Načrtovanje družine in reproduktivno zdravje. In: But I, Gorišek B, Kralj B, eds. *Ginekologija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola; 2006: 213–60.

Borštnar S, Bračko M, Čufer T, Hertl K, Hočevar M, Us Krašovec M, et al. Bolezni dojke. In: Borštnar S, Čufer T, Pajk B, eds. *Rak dojke: kaj morate vedeti*. Ljubljana: Onkološki inštitut; 2006: 6–7.

Buck G, Kreienberg R. Kinder - und Jugendgynäkologie. *Gynakologe.* 2010;43(6):499–516.

But I, Blažević S, Dorič M, Jelenc M, Špilak M, Pakiž M. Spolno vedenje in uporaba kontracepcije med srednješolci v severovzhodni Sloveniji. *Zdrav Vestn.* 2011;80(2):84–91.

Cencič M. *Pedagoška metodologija*. Koper: Pedagoška fakulteta; 2005.

Cook JL, Cook G. Adolescent Sexual Activity. In: Cook JL, Cook G, eds. *Child development: principles and perspectives*. 2nd ed. B. k.: Pearson Education; 2009: 397–400.

Dajčman Waldhuber J, Frankič M, Markuš E. Zdravstveno vzgojno delo na dispanzerju za ženske. In: Kaučič BM, Geč T, Krajnc A, eds. *Skupaj delamo za zdravje: zbornik predavanj*, Maribor, 5. april 2006. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca; 2006: 58–62.

Florjančič M, Kuster M. Delo medicinske sestre v Registru Zora. In: Ivanuš U, ed. 3. *Izobraževani dan programa ZORA: zbornik*, Brdo pri Kranju, 20. april 2012. Ljubljana: Onkološki inštitut; 2012: 73–142.

Genital HPV Infection - Fact Sheet. National HPV and Cervical Cancer Prevention. Resource Center American Sexual Health Association (ASHA); 2013. Dostopno na: <http://www.cdc.gov/std/hpv/HPV-Factsheet-March-2013.pdf> (20. 1. 2014).

Gorenc M. Razvojne značilnosti otrok in mladostnikov po posameznih starostnih skupinah. In: Pucelj V, ed. *Vzgoja za zdravje: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih šolskih otrok in mladostnikov: promocija zdravja za otroke in mladostnike v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2011: 5–16.

Health education. World Health Organization. B. 1. Dostopno na: http://www.who.int/topics/health_education/en/ (20. 1. 2014).

Health promotion. World Health Organization. B. 1. Dostopno na: http://www.who.int/topics/health_promotion/en/ (20. 1. 2014).

Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2005.

Karayurt Ö, Özmen D, Çakmakçı Çetinkaya A. Awareness of breast cancer risk factors and practice of breast self examination among high school students in Turkey. *BMC Public Health*. 2008; 8: 359–67.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Mednarodni kodeks etike za babice. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2006.

Kodrič T. Otroška in adolescentna ginekologija. In: But I, Gorišek B, Kralj B, eds. *Ginekologija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola; 2006: 277–82.

Kontič T. Spolno vedenje velenjskih srednješolcev: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2009.

Kvas A. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo in kam gremo? In: Kvas A, ed. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2011: 33–45.

Mahmutović R, Hrvatinić T, Velova S, Plazar N. Seznanjenost žensk s preventivnim brisom materničnega vratu v dispanzerju za ženske zdravstvenega doma Koper. *Obzor Zdr N*. 2010;44(4):269–75.

Marlow L, Waller J. Communicating the changes to cervical cancer screening in England: the choice to have an HPV test. *Women's Health*. 2014;10(3):221–33.

Mesarič E, Fujs A. Promocija zdravja in mediji. In: Majcen Dvoršak M, Kvas A, Kaučič BM, eds. *Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč*, Ljubljana, 11.-13. maj 2009. [CD-ROM]. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2009.

Mihevc Ponikvar B, Renar I. Reproduktivno zdravje in zdravstveno varstvo žensk. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2010. Dostopno na:

http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=78&pi=6&_6_id=885&_6_PageIndex=0&_6_groupId=-2&_6_newsCategory=IVZ+kategorija&_6_action=ShowNewsFull&pl=78-6.0. (20. 1. 2014).

Nerat J. Ginekološka ZN 1; 2009. Dostopno na: <http://www.fzv.uni-mb.si> (20. 1. 2014).

Novaković S, Hočevar M, Novaković-Jezeršek B, Strojjan P, Žgajnar J. Tumorji rodil. In Novaković S, Hočevar M, Novaković-Jezeršek B, Strojjan P, Žgajnar J, eds. Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2009: 334–45.

Orshan SA. Philosophy and Framework for Women's Reproductive and Sexual Health. In: Orshan SA, ed. Maternity, Newborn, & Women's Health Nursing. Phoenix: University Of Phoenix; 2007: 5–28.

Pepić J. Zdravstveno vzgojno delo v ginekološkem dispanzerju: [diplomsko delo]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2012.

Pinter B, Čeh F, Verdnik I, Grebenc M, Maurič D, Pavičević L, et al. Spolno vedenje slovenskih srednješolcev v letu 2004. Zdrav Vestn. 2006;75:615-9.

Pinter B, Skušek-Fakin C, Maurič D. Izzivi v varovanju reproduktivnega zdravja mladostnikov v Sloveniji. Zdrav Vestn. 2009a;78(1):79–84.

Pinter B, Verdenik I, Grebenc M, Čeh F. Sexual activity and contraceptive use among secondary-school students in Slovenia. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2009b;14(2):127–33.

Pinter B, Verdenik I, Grebenc M, Čeh F. Spolno vedenje slovenskih srednješolcev, 2004: Spolnost in kontracepcija med slovenskimi srednješolci [datoteka podatkov]. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika; 2004.

Pinter B. Mladi in spolnost. Naša lekarna. 2012;65:12–7.

Pleskonjić N. Samopregledovanje dojk in opazovanje. Vita. 2008;14(65):6–7.

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS, št. 22/09.

Rakovec-Felser Z. Psihosomatski pristop v ginekologiji in perinatologiji. In: But I, Gorišek B, Kralj B, eds. Ginekologija. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola; 2006: 375–84.

Reproductive health. World Health Organization. B. 1. Dostopno na: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/ (20. 1. 2014).

Roux GM. Health Promotion. In: Orshan SA, ed. Maternity, Newborn, & Women's Health Nursing. Phoenix: University Of Phoenix; 2007: 29–84.

Samkange-Zeeb FN, Spallek L, Zeeb H. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature. BMC Public Health. 2011;11:727–38.

Sanfilippo JS, Lara-Torre E. Adolescent gynecology. Obstet Gynecol. 2009;113(4):935–47.

Scaringi E. Fertility Control and Contraception. In: Orshan SA, ed. Maternity, Newborn, & Women's Health Nursing. Phoenix: University Of Phoenix; 2007: 275–306.

Sexual behaviour: condom and pill use. In: Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, Looze M, Roberts C, et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012: 177–82.

Sexual health. World Health Organization, b. 1. Dostopno na: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ (20. 1. 2014).

Skoberne M. Spolnost in spolno zdravje. Obzor Zdr N. 2004;38:117–27.

Starešinič A. Odnos deklet do prvega ginekološkega pregleda in vloga medicinske sestre pri oblikovanju tega odnosa: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; 2013.

Škoda V, Štern K. Preventivno delo medicinske sestre v dispanzerju za ženske. In: Slak J, ed. Skrb zase za danes – naložba za jutri: zbornik predavanj, Bled, 4. marec 2010. Kranj: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske; 2010: 8-12.

Wendt E, Fridlung B, Lidell E. Trust and confirmation in a gynecologic examination situation a critical incident technique analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(12):1208–15.

Zupančič T, Jeriček Klanšček H. Uvod in metodologija. In: Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Zupančič T, Pucelj V, Bajt M, eds. Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2012: 23–9.

Zurc J, Torkar T, Bahun M, Ramšak Pajk J. Metodika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, Skinder Savič K, Mežik Veber M, Romih K, et al., eds. Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 52–62.

Žohar M. Svetovanje medicinskih sester v zvezi s spolnostjo pacientkam, ki jim je bila operativno izrezana maternica v Splošni bolnišnici Celje. *Obzor Zdr N.* 2004;38(3):229–34.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Spoštovani!

Sem Maruša Arnež, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice, študijskega programa Zdravstvena nega na I. stopnji. V študijskem letu 2013/2014 pripravljam diplomsko delo z naslovom »Zdravstvena vzgoja mladostnic v ginekološkem dispanzerju«.

Z anketnim vprašalnikom, ki ga imate pred sabo, želim raziskati vaša mnenja o spolnem vedenju med vami in o zdravstvenovzgojnem delu v ginekološki ambulanti. Vaše sodelovanje v raziskavi je prostovoljno. Anketa je anonimna, zato vas prosim, da iskreno odgovorite na vsa vprašanja. Rezultati raziskave bodo uporabljeni izključno za namene diplomskega dela.

V primeru, da spolnega odnosa še niste imeli, izpustite vprašanja pod zaporednimi številkami 11, 12 in 13.

Vnaprej se vam zahvaljujem za iskrene odgovore!

Maruša Arnež

1. Starost v letih (dopišite):

_____ let.

2. Izobrazba (obkrožite črko pred izbranim odgovorom):

- a) Obiskujem osnovno šolo
- b) Obiskujem srednjo šolo
- c) Obiskujem gimnazijo
- d) Obiskujem visoko šolo ali fakulteto
- e) Sem zaposlena

- f) Brez statusa
3. Kraj bivanja (obkrožite črko pred izbranim odgovorom):
- a) Kranj z okolico
 - b) Jesenice z okolico
 - c) Tržič z okolico
 - d) Škofja Loka z okolico
 - e) Bled z okolico
 - f) Drugo
4. Starost, ko ste prvič obiskali ginekologa (dopišite)?
_____ let.
5. Kakšen je bil razlog za prvi obisk ginekologa (obkrožite črko pred izbranim odgovorom):
- a) Posvet pred prvim spolnim odnosom
 - b) Posvet po prvem spolnem odnosu
 - c) Potrebovala sem kontracepcijo
 - d) Imela sem ginekološke težave
 - e) Nenačrtovana nosečnost
 - f) Po pošti sem prejela vabilo za preventivni ginekološki pregled
 - g) Drugo
- (dopišite): _____
6. Kdo vas je spodbudil za prvi obisk pri ginekologu (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?
- a) Odločila sem se sama
 - b) Svetovali so mi starši
 - c) Svetovale so mi prijateljice
 - d) Svetoval mi je fant
 - e) Drugo: _____

7. Kako dobro poznate našteje kontracepcijske metode? Izbran odgovor označite z X.

Kontracepcijska metoda	Poznam	Niti poznam niti ne poznam	Ne poznam
Kondom			
Kontracepcijske tabletko			
Jutranja tabletko			
Diafragma			
Varni dnevi			
Prekinjen spolni odnos			
Kontracepcijske injekcije			
Maternični vložek			

8. Katere spolno prenosljive bolezni poznate (znaki bolezni in kako se prenašajo)?
Izbran odgovor označite z X.

Spolno prenosljiva bolezen	Poznam	Niti poznam niti ne poznam	Ne poznam
Aids (HIV)			
Gonoreja			
Sifilis			
Klamidija			
Genitalni herpes			
Virusni hepatitis			
Trihomonas			
Humani papiloma virus (HPV)			
Sramne uši			

9. Kje ste dobili največ informacij o spolnosti? Izbran odgovor označite z X.

Vir informacij	1 nobene informacije	2 zelo malo informacij	3 malo informacij	4 veliko informacij	5 zelo veliko informacij
Starši					
Prijatelji					
Zdravstveni delavci					
Učitelji					
Knjige, revije					
Radio, televizija					
Internet					
Drugo (dopišite):					

10. Ljudje doživljamo in si izkazujemo naklonjenost ter ljubezen na različne načine.

Obkrožite vse načine, s katerimi že imate izkušnje (obkrožite črko pred izbranim odgovorom):

- a) Zaljubljenost
- b) Zmenek
- c) Poljubljanje
- d) Božanje
- e) Petting (božanje spolnih organov pri ljubkovanju z dekletom/fantom)
- f) Spolni odnos
- g) Drugo: _____

11. Na črto spodaj dopišite vašo starost ob prvem spolnem odnosu (če spolnega odnosa še niste imeli, nadaljujte pri 14. vprašanju):

_____ let.

12. Ljudje se za prvi spolni odnos odločajo iz različnih vzrokov. Od 1 do 5 ocenite, zaradi česa ste se odločili za prvi spolni odnos. Svoj odgovor označite z X.

Vzrok	1 sploh ne drži	2 ne drži	3 niti drži niti ne drži	4 drži	5 zelo drži
Zaljubljenost					
Radovednost					
Da bi se počutila odraslo					
Nagovarjal me je fant					
Nagovarjale so me prijateljice					
Bila sem pod vplivom alkohola in drog					
Drugo (dopišite):					

13. Če bi se še enkrat odločali, bi s spolnimi odnosi še malo počakali (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?

- a) Da
- b) Ne vem/ne morem se odločiti
- c) Ne

Zakaj? _____

14. Kdo je po tvojem mnenju odgovoren za kontracepcijo (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?

- a) Dekle
- b) Fant
- c) Oba – fant in dekle
- d) Ne vem
- e) Ne morem se odločiti
- f) Drugo (dopišite):

15. Kako bi reagirali v primeru, če bi imeli nezaščiten spolni odnos in ne bi želeli zanositi?

Spodaj napisane aktivnosti razporedite s številkami od 1 do 4, pri čemer pomeni 1 prva stvar, ki bi jo naredili, 4 pa zadnja.

_____ Obisk ginekologa

_____ Jutranja tabletk

_____ Test nosečnosti

_____ Čakanje na morebitni izostanek menstruacije

16. Prosim, da od 1 do 5 ocenite naslednje trditve (1 – se popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam).

Trditve:					
Informacije o zdravi spolnosti so pripomogle k mojemu odgovornejšemu spolnemu vedenju.	1	2	3	4	5
Medicinska sestra v ginekološkem dispanzerju si vzame dovolj časa za pogovor in svetovanje.	1	2	3	4	5
Med pogovorom z medicinsko sestro v ginekološki ambulanti je poskrbljeno za zasebnost.	1	2	3	4	5
Z medicinsko sestro se lahko sproščeno pogovarjam o svojem spolnem življenju.	1	2	3	4	5
Z ginekologom se lahko sproščeno pogovarjam o svojem spolnem življenju.	1	2	3	4	5
S strani medicinske sestre v ginekološki ambulanti želim več informacij o spolnosti, spolno prenosljivih boleznih, kontracepciji ...	1	2	3	4	5
S starši se lahko pogovarjam o spolnosti.	1	2	3	4	5
O kontracepciji imam dovolj znanja.	1	2	3	4	5
V mladosti redni preventivni pregledi pri ginekologu niso potrebni.	1	2	3	4	5
Medicinska sestra v ginekološki ambulanti mi je predstavila pravilen postopek pregledovanja dojk.	1	2	3	4	5
Medicinska sestra v ginekološki ambulanti mi je predstavila dejavnike tveganja za okužbo s HPV (humani papiloma virus).	1	2	3	4	5

17. Obkrožite zdravstvenovzgojne teme, ki so vam bile predstavljene s strani medicinske sestre med obiskom v ginekološkem dispanzerju. Izbran odgovor označite z X.

Zdravstvenovzgojne teme	Tema mi je bila predstavljena	Tema mi je bila delno predstavljena	Tema mi ni bila predstavljena
Osebna higiena			
Menstruacijski cikel			
Prehrana in gibanje			
Partnerski odnosi			
Spolni odnosi			
Zaščita pred zanositvijo			
Zaščita pred spolno prenosljivimi okužbami			
Rak na materničnem vratu			
Rak na dojkah			
Drugo (dopišite):			

18. Koliko časa si medicinska sestra povprečno vzame za pogovor o zdravstvenovzgojnih temah med vašim obiskom v ambulanti (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?

- a) Do 5 minut
- b) Od 5 do 10 minut
- c) Več kot 10 minut
- d) Zdravstvenovzgojnih nasvetov v ginekološki ambulanti s strani medicinske sestre nisem bila deležna

19. Potrebe žensk se pri obisku v ginekološki ambulanti zelo razlikujejo. Od 1 do 5 ocenite, kako pomembne se vam zdijo aktivnosti, naštetе v spodnji tabeli. Svoj odgovor označite z X.

Aktivnost	1 sploh ni pomembno	2 ni pomembno	3 niti pomembno niti ne pomembno	4 pomembno	5 zelo pomembno
Informacije o osebni higieni					
Informacije o odnosih med spoloma, v partnerstvu					
Informacije o zdravi spolnosti					
Informacije o spolno prenosljivih boleznih					
Informacije o kontracepciji					
Informacije o pravilnem postopku pregledovanja dojk					
Informacije o dejavnikih tveganja za okužbo s HPV (humani papiloma virus)					
Zagotavljanje zasebnosti med pogovorom z medicinsko sestro					
Dovolj časa za pogovor z medicinsko sestro med obravnavo v ambulanti					

20. O katerih vsebinah bi se vi osebno najbolj želeli pogovoriti (dopišite)?

21. Ali poznate spodaj naštetе izraze? Z nekaj besedami razložite pomen tistih, ki jih poznate.

DORA: _____

ZORA: _____

HPV: _____

Mamografija: _____

22. V katerem obdobju najpogosteje zbolevalo ženske za rakom na materničnem vratu (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?
- a) Najstnice
 - b) Ženske v najaktivnejšem obdobju življenja
 - c) Starejše ženske
23. Pri kateri starosti naj bi ženske začele obiskovati ginekologa za odvzem brisa materničnega vratu? Odgovor dopišite na črto.
Pri _____ letih.
24. Kako pogosto je priporočljivo obiskovati ginekologa (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?
- a) Enkrat na leto
 - b) Enkrat na tri leta
 - c) Enkrat na pet let
25. Ali si redno pregledujete dojke? Obkrožite: DA NE
Če je vaš odgovor ne, dopišite, zakaj?
- _____
- _____
- _____
26. Od katerega obdobja dalje je priporočljivo, da bi ženske izvajale samopregledovanje dojk (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?
- a) Od mladostništva
 - b) Od prvega poroda
 - c) Po menopavzi
 - d) Po 65. letu starosti

27. Kateri dan menstrualnega ciklusa je najbolj primeren za samopregledovanje dojke (obkrožite črko pred izbranim odgovorom)?

- a) Prvi dan krvavitve
- b) Po koncu menstruacije
- c) Vseeno

28. Veseli bomo, če dopišete, kaj vam je pri obisku v ginekološki ambulanti všeč, kaj pogrešate, če imate morda kakšen predlog ali pripombo.

Všeč mi je:

Pogrešam:

Predlagam:

Hvala za vaše odgovore! 😊