

**Univerzita Hradec Králové**

**Pedagogická fakulta**

**KDYŽ SE VYSOKOŠKOLÁCI (NE)CHRÁNÍ ANEB POSTOJE A ZKUŠENOSTI  
VYSOKOŠKOLSKÝCH STUDENTEK A STUDENTŮ V OBLASTI UŽÍVÁNÍ  
ANTI-KONCEPCE**

Bakalářská práce

Autor: Aneta Müllerová  
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika  
Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních  
Vedoucí práce: Mgr. Martin Kaliba

## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Aneta Müllerová

**Studium:** P131173

**Studijní program:** B7506 Speciální pedagogika

**Studijní obor:** Výchovná práce ve speciálních zařízeních

**Název bakalářské práce:** **Když se vysokoškoláci (ne)chrání aneb postoje a zkušenosti vysokoškolských studentek a studentů v oblasti užívání antikoncepce.**

**Název bakalářské práce AJ:** When university students (not) protect or attitudes and university students' experiences of taking contraception.

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce bude rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část bakalářské práce se bude zabývat edukací v oblasti prevence rizikového chování, zkušenostmi a informacemi získanými od starší generace, z médií, časopisů apod., různými možnostmi antikoncepce a jejím historickým i současným vývojem. Praktická část bude pojata jako výzkum postojů a zkušeností studentek a studentů vysokých škol. Výzkum bude realizován formou dotazníků, popřípadě rozhovorem. Cílem bakalářské práce bude zjistit získané postoje, zkušenosti a informovanost vysokoškolských studentek a studentů z oblasti užívání antikoncepce. Dále se budu zabývat otázkou zdrojů informací studentek a studentů o antikoncepčních metodách.

Barták, Alexandr. Antikoncepce. Grada Publishing a.s. Praha. 2006. ISBN 80-247-1351-9 Čepický, Pavel. Fanta, Michael. Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology. Levret. Praha. 2011. ISBN 978-80-87070-51-2 Presl, Jiří et al. Kontracepce. Galén. Praha. 1993. ISBN 80-85824-01-9 Seidlová, Dana. Kontracepce pro praxi. Maxdorf. Praha. 1997. ISBN 80-85800-39-X Uzel, Radim. 4000 let antikoncepce. Praha. 2003. ISBN 80-239-0671-2 Weiss, Petr. Zvěřina, Jaroslav. Sexuální chování v ČR. Portál. Praha. 2001. ISBN 80-7178-558-X Weiss, Petr. Sexuologie. Grada Publishing, a.s. Praha. 2010. ISBN 978-80-247-2492-8

**Garantující pracoviště:** Katedra speciální pedagogiky,  
Pedagogická fakulta

**Vedoucí práce:** Mgr. Martin Kaliba

**Oponent:** doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.

**Datum zadání závěrečné práce:** 27.1.2015

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové, dne 18. 11. 2016

.....

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Martinu Kalibovi za odborné vedení a cenné rady, které mi při zpracování této práce poskytl. Dále děkuji paní doktorce Janě Křenkové za ochotu a pomoc při zpracování kapitoly „Alternativní metody antikoncepce – „babské rady proti početí“. V neposlední, ale důležité řadě děkuji své rodině a přátelům, že to se mnou vydrželi.

## **Anotace**

MÚLLEROVÁ, Aneta. Když se vysokoškoláci (ne)chrání aneb postoje a zkušenosti vysokoškolských studentek a studentů v oblasti užívání antikoncepce. [Bakalářská práce]. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 80 s.

Bakalářská práce se zabývá edukací v oblasti prevence rizikového chování, zkušenostmi a informacemi získanými od starší generace, z médií, časopisů apod., různými možnostmi antikoncepce a jejím historickým i současným vývojem. Cílem bakalářské práce je zjistit získané postoje, zkušenosti a informovanost vysokoškolských studentek a studentů v oblasti užívání antikoncepce. Dále se zabývá otázkou informačních zdrojů o antikoncepčních metodách, ke kterým mají studentky a studenti přístup.

**Klíčová slova:** antikoncepce, prevence, rizikové chování, antikoncepční metody, vysokoškolská studentka, vysokoškolský student

### **Annotation**

MÚLLEROVÁ, Aneta. When university students (not) protect or attitudes and university students' experiences of taking contraception. [Bachelor Degree Thesis]. Hradec Králové: Faculty of Education, Univerzity of Hradec Králové, 2016. 80 s.

This thesis deals with the education of the prevention of risk behaviors, experiences, and information obtained from an older generation of media, magazines etc., various possibilities of contraception and its historical and contemporary development. The main of the thesis is to determine attitudes gained experience and knowledge of university students and students in the field of the use of contraceptives. It also deals with the question of sources of information students and students about contraceptive methods.

**Key words:** contraception, prevention, risk behavior, contraceptive methods, college students

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 1/2013 (Řád pro nakládání se školními a některými jinými autorskými díly na UHK).

Datum:.....

Podpis:.....

## Obsah

Obsah .....	8
Úvod .....	11
1 Sexuální osobnost .....	13
1.1 Sexualita a Sigmund Freud (1856 – 1939) .....	14
1.2 Sexualita a Abraham Harold Maslow (1908 – 1970).....	15
1.3 Freud versus Maslow .....	17
2 Období adolescence až dospělosti .....	18
2.1 Adolescence (mezi 15. – cca 20. rokem) .....	18
2.2 Mladá dospělost (věk cca 20 let – 30 let).....	20
3 Neformální sexuální vzdělávání .....	21
3.1 ROZKOŠ bez RIZIKA.....	22
3.2 Sex koučink.....	23
4 Antikoncepce .....	24
4.1 Historie antikoncepce.....	24
4.2 Spolehlivost antikoncepce .....	27
4.3 Rizika antikoncepce .....	28
4.4 Česká republika a formy antikoncepce .....	29
5 Antikoncepční metody .....	31
5.1 Přirozené metody antikoncepce .....	31
5.1.1 Kojení .....	31
5.1.2 Periodická abstinence .....	31
5.1.3 Coitus interruptus a další příbuzné techniky .....	33
5.1.4 Úplná koitální abstinence .....	34
5.2 Bariérové metody antikoncepce .....	34
5.2.1 Mechanické bariérové metody .....	34
5.2.2 Chemické bariérové metody .....	36



5.3	Nitroděložní antikoncepce .....	36
5.4	Gestagenní antikoncepce.....	37
5.5	Kombinovaná hormonální antikoncepce .....	38
5.6	Intercepce .....	38
5.7	Sterilizace.....	39
5.8	Interrupce .....	40
5.9	Alternativní metody antikoncepce – „babské rady proti početí“ .....	41
6	Praktická část – výzkum .....	43
6.1	Dotazník .....	43
6.2	Tři rozhovory .....	43
6.3	Cíle výzkumu .....	44
6.4	Hypotézy dotazníkového výzkumu .....	44
6.5	Vyhodnocení dotazníkového výzkumu.....	44
6.5.1	První část .....	44
6.5.2	Druhá část.....	47
6.5.3	Třetí část .....	52
6.5.4	Čtvrtá část.....	55
6.5.5	Shrnutí .....	56
6.6	Vyhodnocení rozhovorového šetření .....	58
6.6.1	Seznámení s respondentkami a respondentem.....	58
6.6.2	Shrnutí rozhovorů .....	58
	Diskuze .....	62
	Závěr .....	64
	Seznam literatury .....	66
	Knížní zdroje: .....	66
	Časopisecké zdroje: .....	67
	Internetové zdroje: .....	67

Seznam grafů.....	68
Seznam příloh .....	69
Příloha A .....	70
Příloha B .....	75
Příloha C .....	76

## Úvod

Ve vysokoškolském věku je sexuální chování ve velkém rozkvětu, ale zároveň se začíná sexuální chování dostávat do určité „ustálené“ roviny. Sexuální chování u dnešních mladých lidí většinou ještě není spojené s manželstvím, těhotenstvím či společném budování rodiny a domova. V současnosti je to spíše naopak, jedinci v tomto věku dokončují vysoké školy, začínají s budováním kariéry, sbírají různé zkušenosti, formulují si určité postoje nejen k životu, ale i ke své sexualitě. Rodičovství povětšinou odsouvají na vedlejší, pozdější kolej. V tomto ohledu je důležité, aby tito jedinci měli dostatečné informace o možnostech antikoncepčních metod. V dnešní době se často stává, že „mládežnice“ a „mládežníci“ střídají sexuální partnery. Z tohoto ohledu je důležitá i včasná edukace v oblasti prevence sexuálního rizikového chování. Tato včasná edukace začíná u mládeže již na základních školách a pokračuje na středních školách v podobě sexuální výchovy. Sexuální výchova probíhá jako předmět „Občanská výchova“ či jako preventivní programy. Na vysokou školu většinou přichází tito jedinci obeznámeni s touto problematikou, přesto by se měli vysokoškoláci v této problematice dále rozvíjet, vzdělávat a zajímat se o další možnosti získávání informací.

Právě z těchto důvodů jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala právě téma spojené s antikoncepcí a zdroji informací ať už v oblasti antikoncepčních metod, tak i právě v oblasti edukace prevence sexuálního rizikového chování. Zaměřila jsem se na cílovou skupinu vysokoškolských studentek a studentů. Především pak na skupinu vysokoškoláků pedagogických fakult, neboť tito budoucí pedagožky a pedagogové budou později (mnozí z nich) své zkušenosti, znalosti a postoje předávat svým svěřencům, tedy dětem, žákům a studentům ve své budoucí profesi. Mým cílem bylo především zjistit získané zkušenosti a postoje v oblasti antikoncepce u jedinců v tomto věku, zjistit jejich další vzdělávání či odkud dále čerpají informace a jak se chrání před rizikovým pohlavním stykem.

Ke svému výzkumu jsem použila metodu dotazníku, který jsem rozeslala cílové skupině přes sociální síť. K doplnění dotazníkového výzkumu jsem ještě využila metodu rozhovoru. Rozhovor probíhal za osobního setkání se dvěma studentkami a jedním studentem vysoké školy pedagogické fakulty. Předpokládám, že studentky a studenti z vysokých škol pedagogických fakult budou k ochraně proti početí nebo i proti pohlavně

přenosným nemoce přistupovat zodpovědně a jejich znalosti či zkušenosti se projeví na tomto přístupu.

Můj výzkum navádí dospělé lidi, jak se dále tzv. neformálně vzdělávat v této oblasti, tedy jaké jsou jejich možnosti neformálního vzdělávání. Dále pomůže budoucím pedagožkám a pedagogům k poukázání na možnosti získávání informací z různých zdrojů.

# 1 Sexuální osobnost

Jedním ze základních projevů lidského života je sexualita. Je plno vymezení tohoto pojmu, já použiji definici z Psychologického slovníku, která vymezuje pojem sexualita jako „*soubor vlastností a jevů, které vyplývají z pohlavních rozdílů; souhrn projevů lidského chování a citění vyplývající z tělesných a psychických rozdílů mezi pohlavími; zahrnuje rozdíly anatomické, hormonální, reprodukční, i rozdílné sociální role získané učení, též fyziologické uspokojení a psychická slast spojená se sexuálními aktivitami sblížení, vzrušení, spojení.*“ (Hartl, 2015, s. 532) Sexualita se vyskytuje u všech živých organismů, lidská sexualita je na rozdíl od zvířecí sexuality více ovlivněna právě psychickými, sociálními a kulturními faktory, a na rozdíl od zvířat má trvalou, celoživotní povahu. Sexualita plní v lidském životě několik funkcí. Mezi základní funkce patří bezesporu funkce reprodukční, to znamená, že prostřednictvím heterosexuálního<sup>1</sup> styku je zabezpečeno rozmnožování lidského druhu. Naplnění funkce slasti je většinou největší motivací pohlavního styku. Jedinci se snaží o dosažení prožitku (například v podobě orgasmu<sup>2</sup>). Sexualita také plní funkci komunikační. Dá se říct, že pohlavní styk lze zařadit mezi jakýsi zvláštní druh intimní komunikace (jedinci se snaží o příjemný prožitek svého partnera či o prožitek sobě navzájem). Jednu z posledních funkcí, kterou sexualita plní, je funkce prestižní, která vyplývá i ze společenského postavení každého jedince, a dává mu tím jisté schopnosti a určitou roli (Täubner a Janiš, 1998).

Základními činiteli lidské sexuality jsou biologické dispozice, tedy předpoklady, vlohy, vzniklé již v průběhu fylogenetického vývoje. Konkrétně lidská sexualita je velice specifická. Lidské sexuální chování je především určeno právě těmi biologickými dispozicemi, které jsou schopny se měnit či přizpůsobit vlivem vnějšího prostředí. Vnějšími prostředími se zde myslí hlavně rodinná výchova, vliv školy, vrstevnických skupin nebo třeba i celého společenského prostředí (kultura, náboženství, tradice, masmédiá, politické systémy apod.) (Weiss a Zvěřina, 2001).

Člověk své sexuální chování a své sexuální projevy vyjadřuje už od dětství. Tyto projevy přetrvávají, dalo by si říci, po celý život. Člověk je od narození ovlivněn

---

<sup>1</sup> „*Heterosexualita – normální pohlavní orientace, tj. orientace na jedince opačného pohlaví.*“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 349)

<sup>2</sup> „*Orgasmus – pohlavní vyvrcholení, jehož podstatou jsou mimovolní stahy pánevního svalstva a svalstva orgánů v malé pánvi (zejm. pohlavních) spojené s výrazným emočním zážitkem.*“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 652)

základním sexuálním instinktem, který v procesu vývoje osobnosti stojí mezi biologickou potřebou a určitým kulturním omezením. Člověk také dostal dar od „matky přírody“, disponuje schopností vnímat slast, která by se samozřejmě odmítat neměla (Kubík, 2010).

Nutno podotknout, že sexualita a vše, co sexualita představuje, by se měla považovat za velice důležitou oblast lidského života, za konečný projev lidské přirozenosti a kultury (Kubík, 2010).

Tato kapitola poukazuje na to, že sexualita a s ní spojené sexuální chování se projevují od počátku lidského bytí a jsou úzce spojené s biologickými potřebami každého člověka. Touto problematikou se více zabývají psychologové Sigmund Freud a Abraham H. Maslow.

## 1.1 Sexualita a Sigmund Freud (1856 – 1939)

Sigmund Freud se narodil v Příboře na Moravě a je zakladatelem psychoanalýzy. Prospěch na obecné a později pak na střední škole měl vynikající, dále se rozhodl jít na medicínu, kterou vystudoval. Během studií medicíny získává novou filozofickou orientaci – radikálně-mechanický materialismus. Po studiu pracoval převážně s nervově nemocnými klienty. Až po několika letech si otevírá soukromou ordinaci pro nervově nemocné. Orientoval se tedy na psychologické aspekty nervových chorob a definitivně přechází od neurologie k psychopatologii a psychologii. Byl jednou ženatý a měl šest dětí. Zemřel v Londýně poté, co si nechal dobrovolně píchnout injekci morfia (Plháková, 2006).

Názor Jana Ámose Komenského, že „na dobrém počátku všecko záleží“, prosadil i ve své psychologii Sigmund Freud tzv. teorií psychosexuálního vývoje. Freud v něm tvrdil, že každý člověk má určité množství pudové energie, kterou nazval libido<sup>3</sup> (toto libido je nezničitelné a prochází složitým vývojem). Tato energie je energií sexuálního pudu a vybíjí se dosahováním určité slasti, která se získává přiměřenou stimulací erotogenních<sup>4</sup> zón (Řičan, 2010).

Teorie psychosexuálního vývoje byla Freudem navržena v roce 1905. V tomto pojednání se libido dělí na různé dílčí etapy. Základní etapy vývoje jsou fáze orální,

---

<sup>3</sup> „Libido – v medicíně termín vyjadřující pohlavní touhu a její intenzitu. V psychoanalýze jeden ze základních životních pudů a zdrojů energie. Pokles libida může být příznakem některých chorob (např. hormonálních, duševních, ale i celkově zhoršeného zdravotního stavu).“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 512)

<sup>4</sup> „Erotogenní – vzbuzující erotické, sexuální vzrušení.“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 245)

anální a falická, které souvisí právě se stimulací erotogenních zón. Podrážděním erotogenních zón vzniká sexuální vzrušení. Dítě postupně zjišťuje, že stimulace těchto zón a následná slast z této stimulace, může pomoci při uvolňování pudového napětí. Dosažení slasti se stává cílem dětského sexuálního chování. Po překonání tří etap vývoje přecházejí děti do období latence a poté do genitálního stádia (Plháková, 2006).

*„Podle Freuda postupuje psychosexuální vývoj skrze stadia, každé stádium je definováno částí těla, která je nejcitlivější. V orálním stádiu děti vše vkládají do úst. Během análního stadia nácvik čistotnosti uvádí dítě a rodiče do konfliktu. Střední dětství se považuje za klidné latentní období, kdy je sexuální touha potlačena. Začátkem puberty se v genitálním stádiu objevují sexuální touhy jako u dospělých.“* (Kassin, 2004, s. 543) Pokud dítě není dostatečně uspokojeno v určitém vývojovém stádiu, stává se, že v neuspokojeném stádiu uvízne a zůstane v něm tzv. fixování. Podle Freuda musí každý projít úspěšně všemi po sobě jdoucími psychosexuálními stádii (například pokud má dítě problém v době análního stádia (rodiče na něj křičí, když nestihl dojít na toaletu a vykonal potřebu někde v prostoru), v dospělosti se pak tento problém může projevit například nadměrným shromažďováním přebytných věcí), aby se mohla vytvořit zdravá osobnost, a aby tato osobnost měla potěšení z dospělých vztahů (Kassin, 2004).

## **1.2 Sexualita a Abraham Harold Maslow (1908 – 1970)**

Sexuální chování jednoznačně vychází z lidských potřeb. Lidskými potřebami se zabýval zakladatel humanistické psychologie<sup>5</sup> Abraham Harold Maslow. Maslow vystudoval vysokou školu v USA. Po studiích se zabýval přírodovědecky orientovanými experimenty a zajímal se o psychoanalýzu. Postupem času dospěl k celostnímu humanistickému pojetí lidské psychiky. V roce 1967 se stal předsedou Americké psychologické asociace. Zemřel při běhu na srdeční infarkt. Maslow se proslavil hlavně svou knihou *Motivace a osobnost* (vydaná v roce 1954). V teorii motivace vychází z předpokladu, že u lidské osobnosti existuje minimálně pět skupin cílů, které Maslow označil jako potřeby (Plháková, 2006).

*„Potřeba je subjektivně pociťovaný nedostatek něčeho, co je pro život jedince nezbytné.“* (Výrost a Slaměník, 2008, s. 150) Podstatou se stává osobní prožívání, které

---

<sup>5</sup> Humanistické psychologii se někdy také říká „třetí síla v psychologii“ a upozorňuje na jedinečnost každého člověka jednotlivě. Tento směr nerozkládá člověka na dílčí části, ale zajímá se o něho jako o celek. Staví na předpokladu, že člověk je schopen svobodné volby, cílevědomého, účelného a tvořivého jednání a snaží se o určitou seberealizaci a sebeaktualizaci (Plháková, 2006).

podněcuje k dosažení určitých životních podmínek. Potřeby jsou tedy jakousi hybnou silou lidské činnosti. Je jasné, že uspokojená potřeba je pro náš život velice důležitá (Výrost a Slaměník, 2008).

Hierarchická pyramida lidských potřeb vychází z prožívané naléhavosti a principu, kdy potřeby musí být uspokojovány tak, jak jdou po sobě. Tedy vyšší potřeby jsou uspokojovány jen tehdy, pokud jsou alespoň z části uspokojeny potřeby nižší. U tohoto uspořádání potřeb existují výjimky jejich uspokojování, které jsou dány zejména zkušeností s uspokojování potřeb v raném dětství nebo jsou dány záměnou potřeby lásky a úcty (Nakonečný, 2003).

Maslow tyto potřeby zobrazoval jako pyramidu záměrně, chtěl tím získat zjevné priority uspokojování v daném okamžiku, a zároveň, aby bylo patrné, že se nejdříve musejí uspokojovat nižší potřeby a po uspokojení nižších se mohou uspokojovat vyšší. Tato teorie nepopisuje přesnou motivační „cestičku“ každého z nás do úplných detailů, ale představuje jakousi kostru pro další výzkum motivace (Kassin, 2004).

V současnosti je jasně dáno, že součástí lidské bytosti jsou nejen fyziologické, ale i psychologické potřeby. Tyto potřeby jsou považovány za nedostatky, které musí být nutně uspokojeny, aby nenastala nemoc či strádání. Právě tyto neuspokojené základní (biologické) potřeby se dají přirovnat k potřebě soli, vápníku či vitamínu D, protože: *„deprimovaný člověk neustále touží po jejich uspokojování; nejsou-li tyto potřeby uspokojeny, člověk chřadne a je nemocný; uspokojení těchto potřeb má léčivý účinek, vyléčí chorobu související s deficiencí; u zdravých (uspokojených) lidí se tyto deficiencie neprojevují.“* (Maslow, 2014, s. 208-209)

*„Maslowovo uspořádání potřeb od „nižších“ (základních) k „vyšším“ je následující:*

- *Fyziologické potřeby: potravy, nápojů, spánku, odpočinku, útulku a sexu*
- *Potřeby jistoty: bezpečí, ochrany, péče a pomoci*
- *Potřeby náležitosti a lásky: přijetí druhými, přátelství a lásky*
- *Potřeby sebeocenění a úcty, uznání a prestiže*
- *Potřeby sebeaktualizace (seberealizace): potřeba realizovat plně svůj potenciál produkce a tvořivosti, jakož i „potřeby růstu“ (rozumí se rozvoje osobnosti),*



*k nimž patří i potřeby poznávání a estetických zážitků.“ (Nakonečný, 2003, s. 209)*

Sexuální potřeba, která se promítá v Maslowově pyramidě jako fyziologická tedy základní potřeba, je přirozená, vrozená a stejně jako potřeba jíst nebo spát je jen těžko vyhnutelná. Sex původně sloužil k rozmnožování druhu, ovšem slast, kterou přináší, dává sexuálnímu chování a prožitku z tohoto chování úplně jiný rozměr. Sexuální chování je pak nevyhnutelně spojené s nějakou formou antikoncepce. Motivem sexu je získání silné slasti a potřeba sexuálního styku se pak projevuje jakýmsi druhem napětí, které ovšem není nepříjemné (Nakonečný, 2003).

### **1.3 Freud versus Maslow**

Freud a Maslow měli společnou lidskou dualitu, ale každý na ni nahlížel jinak. Freud byl toho názoru, že lidská schopnost chovat se nějakým způsobem agresivně má stejný biologický základ jako lidské pudy související se sebezáchovou a sexuálním uspokojením. Naproti tomu Maslow tvrdil, že i když člověk dokáže být sobecký, chlípny a agresivní, není takový ve své podstatě. Pod tzv. povrchem, tedy v psychologickém a biologickém základu lidské přirozenosti, je člověk dobrý a slušný. Když jsou lidé jiní než dobří a slušní, reagují jen na stres a bolest, kterou mají okolo sebe, nebo je jim odpíráno uspokojování lidských potřeb, což pak vede k tomu, že nejsou dobří a slušní (Maslow, 2014).

## 2 Období adolescence až dospělosti

Sexuální vývoj provází jedince od jeho narození až do jeho smrti. Pro nás jsou důležitá dvě období, a to období adolescence, tedy věk 15 až cca 20 let, a období mladé dospělosti, tedy věk cca 20 až 30 let, které v dalších podkapitolách uvádím právě z hlediska sexuálního vývoje.

### 2.1 Adolescence (mezi 15. – cca 20. rokem)

Mládí vrcholí právě mezi patnáctým a dvacátým rokem života. Tomuto období života se říká adolescence<sup>6</sup>. Vstup do tohoto období je většinou dán tím, že chlapec dozrává v muže a dívka dozrává v ženu. Jedinec je nejkrásnější, tělesně i duševně nejsvěžejší, nejdychtivější a nejbystřejší – svůj život začíná brát „do svých rukou“. Jedinec zároveň volí učební nebo studijní obor, který ho většinou připravuje na budoucí povolání. Začíná se zde objevovat i velmi výrazný sexuální vývoj. Právě doba sexuálního rozvoje je pro nás důležitá. Dříve období adolescence splývalo s obdobím dospělosti, tedy splývalo dosažení pohlavní zralosti s dosažením sociální zralosti (například dřívější vdavky u žen, dřívější odpovědnost za hospodářství u mužů). Dnes je to však úplně jinak. Dosažení sociální zralosti se spíše posouvá do pozdějšího věku (například velký počet vysokoškoláků se „na vlastní nohy“ staví až po absolvování školy), naproti tomu sexuální rozvíjení se spíše uspišuje (Říčan, 2004).

Na vlastní tělo jedince se teď klade ještě větší důraz. Tělesný vývoj je zde ještě zřejmější než v předchozím období, tedy pubescenci (období mezi 11 až 15 rokem). Růst do výšky, mohutnění svalstva, tvarování postavy, větší produkce hormonů, pracování kožních žláz, které produkují sexuálně dráždivý pach - to všechno a mnohem víc patří do tělesného vývoje adolescenta (Říčan, 2004).

Sexuální a milostný život v tomto období je velice různorodý a hodně intenzivní. Jedinec na sex a erotiku myslí „v jednom kuse“, o vztazích mluví jako nikdy jindy v životě. Jedinec se zajímá o sexuologickou literaturu, ale i o pornografii. Důležitou roli zde hrají rodiče či učitelé, kteří by měli být největšími informátory sexuálního vývoje. Hlavním způsobem sexuálního uspokojování je masturbace<sup>7</sup>, dále je to období první

---

<sup>6</sup> Slovo adolescence je odvozeno od latinského slova *adolesco*, což znamená dospívat, vyvíjet se, ale také vzrůstat, sílit a mohutnět (Říčan, 2004).

<sup>7</sup> „*Masturbace – manuální nebo jiná umělá erotická stimulace pohlavních orgánů obvykle s dosažením orgasmu, pohlavní sebeukájení, onanie. Náhradní způsob pohlavního ukájení u obou pohlaví.*“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 542)

soulože. Začínají zde probíhat schůzky, ve kterých jde o tělesné sblížení (chytání za ruku, které se vyvíjí v první polibky, doteky, objímání, hlazení až dojde k samotnému styku). Kulturní vzorce napovídají, že hlavním iniciátorem je muž, ve skutečnosti je většinou hlavním iniciátorem provokující žena. Celý proces sblížování může trvat několik měsíců či let, ale může nabrat rychlý spád a proces sblížování proběhne během jednoho večera. Sblížování se někdy uskutečňuje s jediným partnerem, ale většinou adolescenti často střídají své partnery kvůli potřebě sexuálních hrátek a sbírání zkušeností. *„Nebezpečným moratoriem může být i sexuální promiskuita: adolescent začne intenzivně sexuálně žít, střídá partnery, nemyslí na nic než na sex. Všechno ostatní počká, problémy jsou nejen vědomě odloženy, ale úplně ztrácejí svou naléhavost (o to totiž v moratoriu jde!), mizí ze subjektivního obzoru. Musí to být promiskuitní sex, protože kdyby šlo o jedinou partnerku, tlačil by se neodbytně do popředí jeden ze základních úkolů dospívání – opravdový heterosexuální vztah.“* (Říčan, 2004, s. 224) Často se o tomto stádiu sexuálního vývoje mluví jako o polygammním stádiu, tzv. že se většinou při začínajícím vztahu počítá s brzkým koncem. Erotika a sexualita má příchut' tzv. zakázaného ovoce, vztahy se navazují ze zvědavosti, jedinci se dobývají, svádějí. Motivace je silná. Vyskytují se i vztahy dlouhodobější, které vydrží až do dospělosti. Chlapci mají většinou z prožitků ze sexuálního styku dobré pocity, dívky však často prožívají úzkost, strach z otěhotnění, stud nebo třeba výčitky svědomí (Říčan, 2004).

Adolescenti dozrávají k naplnění určitého partnerského vztahu zahrnujícího sexualitu, která hraje v partnerském vztahu velice důležitou roli. S partnerskými vztahy úzce souvisí i vztah lásky. Většina „adolescentních lásek“ má charakter experimentace, což často nevede k trvalejšímu vztahu. Samotný partnerský vztah prochází dvěma fázemi, první fáze je fáze zamilovanosti, ve které dominuje potřeba citového vztahu s určitým jedincem. Tento citový vztah bývá mnohdy idealizován a provází ho pocity euforie či vzrušení. Druhou fází je fáze navázání vztahu a romantické lásky, ve kterém dochází především ve stylizaci sebe sama. Dochází zde k idealizaci partnerského vztahu, ale i k přecenění jeho možností (Vágnerová, 2000).

Jedinci začínají především hledat sexuální identitu, což je jistota vlastním ženstvím a mužstvím. Obě pohlaví musí přijmout svou vytvarovanou postavu (žena má přijmout fakt, že má ňadra, boky, klín apod., muži řeší spíše než svou mužskou postavu to, jak být dobrým mužem). Žena musí přijmout i ženskou úlohu (například matky), muž musí přijmout mužskou úlohu (pro muže je přijetí ovšem snadnější) (Říčan, 2004).

## 2.2 Mladá dospělost (věk cca 20 let – 30 let)

Jedincův věk okolo dvacátého až třicátého roku života nazýváme jako mladá dospělost. Dospělý jedinec se stává soběstačným, dodělává vysokou školu či nastupuje do práce, osamostatňuje se, hospodaří samostatně, důležité záležitosti si vyřizuje sám, má už realistické plány do budoucnosti, volný čas je schopen trávit sám, je schopen stýkat se s příslušníky druhého pohlaví, má schopnost také přijímat a dávat lásku a něhu, objevuje se výrazný sklon k budování dlouhodobého, citové silného vztahu. Toto období je klidnější, harmoničtější a méně bouřlivější než období předchozí. Tělo v tomto období je už, dalo by se říct, vyvinuto a jedinec ho musí přijmout takové jaké je (Říčan, 2004).

V období mladé dospělosti se erotika a sexualita spojují v harmonický milostný vztah, který by měl vést v monogamní manželské žití (jestliže ovšem vývoj probíhá příznivě). Toto období má být ideálním obdobím pro vytvoření milostné intimity. Vzniklou milostnou intimitu můžeme v pár bodech shrnout tak, že tělesná a duševní něha není brzděna ostychem, studem či strachem, objevuje se zde přání poznat silné i slabé stránky partnera či mít bezvýhradnou důvěru, úctu a respekt a poskytují a přijímají city k partnerovi. Sexuální intimita klade velký důraz na pevnou a silnou identitu (Taktéž).

Dospělost je dobou sexuální zralosti, sexualita je velice důležitou součástí partnerského vztahu a je značně ovlivněna potřebou založit rodinu, mít dítě a vybudovat si pevné a citové zázemí. Partnerský vztah v sobě nese určité psychické potřeby, jako jsou potřeba orientace a učení, potřeba nové zkušenosti, potřeba citové jistoty, potřeba seberealizace a potřeba otevřené budoucnosti. Volbu partnera značně ovlivňuje získaná sociální zkušenost a při výběru vzniká rozpor mezi vlastnostmi, které jsou atraktivní v prvním kontaktu, a vlastnostmi, které jsou významné pro trvalejší vztah (Vágnerová, 2000).

### 3 Neformální sexuální vzdělávání

Sexualita patří do života každého jedince. Proto důležitou roli právě v informovanosti o sexuálním životě hraje sexuální výchova. V našem dospělém období bychom spíše mohli říkat druh formálního či neformálního vzdělávání o problematice sexuality.

*„Sexuální výchova vychází z přirozené potřeby lidské sexuality po uspokojení v intencích společensky žádoucího sexuálního chování, zejména k příslušníkům opačného pohlaví, při respektování a využívání celistvé a celoživotní výchovy člověka. Sexuální výchova pak představuje organickou součást celého systému výchovy a významnou měrou se opírá o ostatní složky výchovy.“* (Täubner a Janiš, 1998, s. 16)

Sexuální výchova dnes již není jen prevencí řady problémů, které jsou spojené se sexuálním chováním (pohlavně přenosné nemoci, nechtěné otěhotnění apod.), ale i užitečnou a účinnou formou podpory zdraví či určitou formou informovanosti. Zdraví zde nepředstavuje jen bolest a choroby, ale především psychickou, sociální a sexuální pohodu (Kolektiv autorů, 2006). Sexuální výchova představuje formativní, plánované a dlouhodobé cílevědomé činnosti. Tyto činnosti aplikuje vychovatel (zde například učitel nebo rodič) na tzv. objekt výchovy (žák, dítě apod.). Cílem sexuální výchovy je samozřejmě kvalitní a zdravý život, jak v partnerství či manželství, tak i v rodičovství. Sexuální výchova se snaží o podání informací, postojů k jednotlivým vědomostem, a také se snaží o množství a kvalitu získaných dovedností, návyků a chování, které by měl objekt výchovy získat. Sexuální výchova může probíhat v různých podobách, jako jsou například výchovně vzdělávací programy ve škole či jako součást školního předmětu, výchova v rodině, výchova v dětských zájmových organizacích apod., kteří se převážně aplikují u dětí, žáků či studentů, které navštěvují základní či střední školu (Täubner a Janiš, 1998).

Vysokoškolská studentka či vysokoškolský student většinou „prošli“ určitou formou sexuální výchovy. Otázkou však zůstává, jak dále pokračuje jejich „vzdělávání“ o problematice sexuálního chování, popřípadě jak velkou iniciativu vynaloží tito jedinci při dalším zjišťování informací o této problematice. V současnosti je doba otevřenější a méně tabuizovaná. Proto i téma sexuality není ničím tajným či špatným. V dnešní moderní době je mnoho možností, kde získávat informace a hlavně je mnohem jednodušší se k těmto informacím dostat. Myslím si, že dospělí lidé se neformálně

vzdělávají, tedy že informace hledají z vlastní iniciativy, ke které využívají technické vymoženosti (televize, internet apod.), knihy, časopisy, výzkumy či třeba rady rodičů, lékařů, kamarádů nebo známých. Dospělí lidé mohou také navštívit a absolvovat různé tematické kurzy.

Knih, časopisů, výzkumů je hodně, jak v knihovnách, tak na internetu. Na internetu mohou dospělí lidé najít poučná videa, dokumenty, články, ale i diskuze a poradny. Pro mě jsou mnohem zajímavějším zdrojem informací kurzy nebo programy, které se věnují oblasti sexuality, jak z fyzické, tak i z psychické stránky.

Právě tyto, dnes se rozvíjející kurzy či programy týkající se sexuality a všeho kolem ní, chci zde uvést. Dnešní doba je doba mnohem otevřenější. O problematice sexuality a všeho, co je s ní spojené, se více mluví a komunikuje. Jako první bych uvedla organizaci, která nese název Rozkoš bez rizika. A jako druhý zdroj informací bych ráda představila sex koučink. V obou zmiňovaných „zdrojích“ lze absolvovat kurzy na různá témata týkající se sexuality.

### **3.1 ROZKOŠ bez RIZIKA**

*„ROZKOŠ bez RIZIKA (dále jen R-R) je nestátní nezisková organizace založená v roce 1992, její právní formou je spolek. Posláním R-R je především zmenšit sociální a zdravotní rizika u žen pracujících v sexbyznysu, ale následně i u širší populace, převážně u lidí, kteří jsou ohroženi rizikovým způsobem života.“* (<http://www.rozkosbezrizika.cz/o-nas/rozkos-bez-rizika>) R-R nabízí školám i veřejnosti přednášky a besedy na téma intimita, bezpečnější sex, partnerství, nastavení hranic a podobně. Přípravují i preventivní akce pro dospělé. Jejich přednášky a besedy se dělí na okruhy, ze kterých je pro moji bakalářskou práci zajímavý tematický okruh „partnerské vztahy a sex“, který je zaměřený na bezpečnější sex, důsledky rizikového sexuálního chování, antikoncepci, těhotenství, pohlavně přenosné infekce. Tyto přednášky a besedy jsou interaktivní.

R-R má na svých internetových stránkách i online poradnu, ve které se vedou diskuze na libovolná témata. R-R má i mnoho publikací, z toho většina je jich stažitelných na jejich internetových stránkách. R-R má také svůj divadelní spolek, který funguje jako „terapie pro klienty“. Tato nezisková organizace dělá mnoho akcí, mezi které patří například i bezplatné HIV testování.

### 3.2 Sex koučink

*„Sex koučink je holistická a komplexní forma koučování zaměřená především na osobní rozvoj v oblasti sexuality. Pomáhá klientům a klientkám nacházet řešení v otázkách partnerské intimity, vlastní sexuality či rozvoje dalších erotických zážitků. Sex koučink nepatologizuje stávající stav klienta (nehledá diagnózu ani léčbu), ale naopak staví na jeho silných stránkách, které si klient mnohdy sám neuvědomuje.“*  
(<http://www.sex-koucink.cz/kategorie-produktu/sex-koucink/>)

Ačkoli je tato služba ve světě poměrně rozšířená, v České republice je sex koučink „novinkou“. Tato forma služby prohlubuje znalosti a dovednosti klientů v sexuální oblasti. Sex koučink si lze představit i jako rozhovor či formu spolupráce při tělesných cvičeních s druhým člověkem, párem nebo skupinou. Sex koučink zahrnuje různé přístupy - jógu tantra a další - zaměřené na relaxaci a uvolnění. Snaží se rozvíjet vztahy, intimní a smyslové prožitky, dovednosti a schopnosti. Každý má velký prostor o tématu sexuality, sexu i všeho týkajícího se těchto témat otevřeně mluvit.

V České republice se sex koučinku věnuje Julie Gaia Poupětová. Na svých internetových stránkách má plno zajímavých informací, online kurzů i „živých“ akcí, videí, publikací či článků a online poradnu.

Plno kurzů, které jsou spojené se sexualitou, je nějakým způsobem spojené i s bezpečným sexuálním životem. Myslím si, že absolvování různých kurzů je velice přínosné pro lepší informovanost a nabytí dalších postojů a zkušeností.

## 4 Antikoncepce

Dle Čepického a Fanty (2010) je antikoncepce neboli kontracepce<sup>8</sup> souhrnný termín pro reverzibilní, tedy vratné, metody ochrany před početím. Seidlová (1997) se dívá na pojem antikoncepce (kontracepce) v širším smyslu, když uvádí, že to jsou všechny postupy zabraňující nechtěnému otěhotnění, bez nutnosti úplné abstinence. Tato široká definice v sobě zahrnuje kontracepci proti početí a antinidaci, tj. zábranu nidace<sup>9</sup> oplodněného vajíčka v dutině děložní. Z praktického hlediska s kontracepcí souvisí i antigestace, což jsou postupy vedoucí k odstranění již nidovaného vajíčka z dělohy. Dle Faita (2012) je antikoncepce každá metoda zabraňující početí, tím pádem je primární prevencí proti nechtěnému otěhotnění a tedy i porodu nechtěného dítěte. Antikoncepce je také nejúčinnější prevencí interrupcí.

Antikoncepce se dělí na přirozené, bariérové, chemické a gestagenní metody, dále pak na metody nitroděložní antikoncepce a kombinované hormonální antikoncepce (Weiss a kol., 2010). Dělení postrádá alternativní metody antikoncepce, neboli „babské rady pro početí“, se kterými také pracuji.

Některé metody antikoncepce ve vlastním slova smyslu nepatří do této oblasti, přesto je pro úplnost zařadím do svého výčtu metod vzhledem k blízkým vztahům k regulaci reprodukce. Jedna z metod je metoda intercepce, tj. postkoitální antikoncepce, která se používá po souloži a brání uhnízdění případně oplodněného vajíčka. Další metodou je sterilizace, což je termín pro metody ireverzibilní zábrany početí, kde trvale není možné přirozené otěhotnění. Jako poslední metodu bych uvedla interrupci, což sice není metoda plánovaného rodičovství, je to umělé přerušování těhotenství, které již nidovalo v děloze, přesto, jak už jsem se zmínila, pro úplnost sem patří (Weiss a kol., 2010).

### 4.1 Historie antikoncepce

*„Snahy o prevenci početí při pohlavním styku lze zaznamenat v lidské kultuře od doby, kdy člověk spojitost koitu a gravidity rozpoznal.“* (Čepický a Fanta, 2010, s. 13)

---

<sup>8</sup> Význam obou slov – antikoncepce a kontracepce - je zcela totožný. Antikoncepce je v češtině více používána a lidé jsou na tento název více zvyklí, ovšem v poslední době se stále více prosazuje název kontracepce, který je původem z anglické literatury. (Čepický a Fanta, 2010)

<sup>9</sup> „Nidace – zahnízdění. Pochod, při kterém se blastocysta přiložená svým embryonálním pólem k děložní sliznici postupně zanoří do děložní sliznice, která ji přeroste a mezi 11. – 12. dnem vývoje se nad ní zcela uzavře.“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 625)



Staří Egypťané používali pesary z krokodýlího trusu a z medu, po souloží vykuřovali pochvu směsí vonných bylin nebo pili speciální nápoj, jehož základem bylo sladké pivo, sádlo a další přísady. Další mechanické metody se využívaly i v Číně. Bible popisuje přirozenou metodu přerušované soulože, která je popisována v Genesis, 38: 9-10. Muž jménem Onan (od tohoto muže je odvozen termín onanie<sup>10</sup>) dostal úkol od Boha, měl oplodnit manželku svého zesnulého bratra Támar a zplodit tak svému bratrovi potomstvo. Onan však nechtěl zplodit potomstvo svému bratrovi, takže sice s vdovou a svou švagrovou souložil, ale semeno vypouštěl vždy na zem. Středověk kladl velký důraz na sexuální čistotu, což lze chápat jako velice osobitou antikoncepční metodu. Přinesl také mechanické překážky soulože, tedy tzv. pás cudnosti a objevil návlaky na penis, které zprvu sloužily jako ochrana před francouzskou nemocí, syfilisem. Renesance nepřinesla nic nového, jediné pár anekdot, a to například Casanovův citron - svérázná forma vaginálního pesaru. Koncem 18. století doporučoval Malthus sexuální abstinenci, to znamenalo, že po porodu tří dětí se už nesmělo sexuálně žít.

V polovině 19. století byl díky velkému úsilí lékařů objeven poševní pesar. Úplně první pesar vytvořil v roce 1838 americký lékař Wilde. Zásahu na jeho rozšíření měl německý lékař Mensing v roce 1883. Ve 20. letech 20. století začaly vznikat první antikoncepční poradny, úplně první poradna byla založena v roce 1921 v Anglii Marií Stopesovou. V České republice pak první poradna vznikla ve 30. letech 20. století při 2. Gynekologicko-porodnické klinice v Praze, tu vedla doktorka Slámová. V tuto dobu už bylo k dispozici několik antikoncepčních metod, mezi které patřily pesar, kondom, poševní hubky a tampony, lokální vaginální prostředky, které vytvářely hustou pěnu, přerušovaná soulož, dočasná sterilizace zářením a metoda plodných a neplodných dnů podle Ogina a Knause, které mnozí moc nedůvěřovali. V roce 1920 uvedl německý gynekolog Gräfenberg nitroděložní tělíška tvořena ze slitiny mědi, niklu a zinku, která však byla veřejností odmítnuta pro riziko zánětlivých, v té době až smrtelných komplikací. Tato metoda prostě předběhla svou dobu. V dnešní době je o poznání více používána, přesto je stále předmětem diskuzí.

Velký zvrat nastal v 50. a 60. letech, kdy byly položeny základy tří dnes používaných metod antikoncepce – nitroděložní, gestagenní a kombinované hormonální. Historie moderní antikoncepce začíná koncem 50. let, přesněji v roce 1956, kdy začaly

---

<sup>10</sup> „Onanie – pohlavní sebeukájení.“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 647)

první zkoušky s kombinovanou hormonální antikoncepcí. O tři roky později „se zrodil“ první přípravek kombinované hormonální antikoncepce. Nejprve ho Úřad pro kontrolu potravin a léčiv (zkratka FDA) v roce 1957 schválil jako lék na poruchy menstruačního cyklu, a až v roce 1959 ho schválil jako antikoncepci. S dalším rozvojem přípravků kombinované hormonální antikoncepce pokračovala Evropa v roce 1961.

V České republice se první přípravek hormonální antikoncepce Antigest objevil v roce 1961, zásluhu na tom má profesor Lukáš. Tento přípravek byl ale uveden až v roce 1965. V 60. letech byly objeveny i první přípravky gestagenní kontracepce, v roce 1963 injekční forma této metody Depo-Provera a v roce 1968 Nacenyl, což byla první gestagenní „minipilulka“. Ve stejné době se začaly rojit zprávy o úspěšném využívání nitroděložního tělíska (to „přežívalo“ v Japonsku a Izraeli), další vývoj byl kladný. V Československu byla tato metoda zavedena v roce 1967, využívala se nitroděložní tělíska DANA, na kterých má největší podíl doktor Šráček. Pro zajímavost zkratka DANA podle některých znamená Dobrá A Neškodná Antikoncepce, podle jiných toto tělísko dostalo název podle manželky již zmiňovaného doktora Šráčka.

V 80. letech nadšení z antikoncepčních metod opadlo. Objevily se zprávy o vyšším výskytu pánevní zánětlivé nemoci u žen se zavedeným nitroděložním tělískem. Velká publicita způsobila to, že metoda nitroděložní antikoncepce zcela vymizela. Nakonec se ukázalo, že tělísko riziko zánětu nijak nezvyšuje, přesto se toho lidé nepřestali obávat. I jiné metody se spíše dočkaly úpadku, právě díky objevování nejrůznějších zdravotních rizik.

Zpětný vzestup moderní antikoncepce trval přibližně deset let. Během těchto let se vyvinuly nové přípravky, které měly rizika odstranit. Díky výzkumům a výsledkům z těchto přípravků se začalo mluvit o příznivých účincích antikoncepce a předešlá rizika se začala přehodnocovat. Vše začínalo nabírat „ten správný směr“. Do této idyly ovšem vstoupily dvě události. První přišla s nástupem pandemie infekce HIV, s ní začala razantní propagace „bezpečného sexu“ a s tím spojené využívání kondomu, který vytlačil nebariérové metody. Tím došlo k výraznému vzestupu interrupcí, neboť kondom měl v této době vyšší riziko selhání než kombinovaná hormonální antikoncepce. Po nějakém čase se začala doporučovat kombinace kondomu a kombinované hormonální antikoncepce. Druhá událost nastala v roce 1995, kdy úředníci britského Výboru pro

bezpečnost léčiv upozorňovali na dvojnásobné riziko tromboembolické nemoci<sup>11</sup> u žen užívajících přípravky kombinované hormonální antikoncepce. Celý svět se obrátil vzhůru nohama, poklesl počet žen užívajících tuto metodu a opět vzrostl počet interrupcí. Během pár let aféra utichla.

V současnosti jsou moderní metody antikoncepce velmi rozšířené a oblíbené. Výběr z druhů antikoncepce je široký, vybrat si tak může každá žena. Zároveň při takto široké škále možností lze zohlednit požadavky i zdravotní stav každé budoucí uživatelky. Ve stručnosti, v České republice jsou k dostání metody kombinované hormonální antikoncepce ve formě tablet (pilulek), náplastí a vaginálních kroužků, gestagenní metody jsou na trhu ve formě tablet, injekcí a tělísek nebo je na trhu výběr z nehormonálních nitroděložních tělísek různých tvarů. Předpokládá se, že počet žen užívajících spolehlivé metody antikoncepce bude nadále stoupat, naopak počet interrupcí bude klesat (<https://www.levret.cz/>).

## 4.2 Spolehlivost antikoncepce

Spolehlivost antikoncepce se nejčastěji vyjadřuje tzv. Pearlovým indexem, který byl poprvé uveřejněn v roce 1933. Pearlův index znamená počet těhotenství na 100 žen, které užívají metodu během jednoho roku. Tento index se běžně používá, osvědčil se, i když samozřejmě není 100 %. Naráží na některé metodologické problémy, které Čepický a Fanta (2010, s. 19) uvádí takto:

- a) *„Pearlův index se dá počítat různými statistickými cestami, podle toho se mírně liší jeho hodnoty. Jiného čísla dosáhneme při prostém sečtení gravidit za rok, jiný je výsledek, když sledujeme kumulativní počet selhání v každé době sledovaného intervalu (obvykle 12 měsíců) – v této „life table“ technice odpovídá Pearlovu indexu tzv. hrubá míra selhání, zatímco čistá míra selhání zahrnuje nejen těhotenství, ale i ukončení antikoncepce z jiných důvodů.*
- b) *Hodnota Pearlova indexu u většiny antikoncepčních metod klesá s délkou užívání metody (nikoli lineárně, pokles je nejvyšší v prvním roce)*
- c) *Je nutno rozlišit Pearlův index při teoreticky bezchybném užívání. Pearlův index v praxi motivované ženy s dobrou compliance<sup>12</sup> a Pearlův index v běžné populaci.*

---

<sup>11</sup> „Tromboembolická nemoc (zkr. TEP) – onemocnění charakterizované vznikem krevní sraženiny (trombu), obv. v hlubokých žilách dolních končetin či pánve a jeho následným vmetením (embolizací) do plic.“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 922)

<sup>12</sup> Compliance = spolupráce

*Rozdíl mezi „selháním metody“ a „selháním uživatelky“ může být desetinásobný, jak je tomu u periodické abstinence.*

- d) Hodnota Pearlova indexu pochopitelně ovlivňuje přirozenou plodnost ženy (klesá např. s věkem), plodnost partnera a počet pohlavních styků, případně i skutečné vyloučení jiných antikoncepčních prostředků (např. přerušovaná soulož, sexuální abstinence v nejplodnějších dnech uprostřed cyklu atd.), používaných „pro jistotu“ současně.*
- e) Většina studií vychází z počtu gravidit referovaných ženami. Tím unikají velmi časné těhotenské ztráty; jen nejpečlivější studie používají monitorování hladiny hCG<sup>13</sup>.*
- f) Bylo ukázáno, že práce s vysokým Pearlovým indexem jsou méně nabízeny k publikaci, a dokonce jsou méně často k publikaci přijímány.“*

Čím je číslo Pearlova indexu nižší, tím je metoda spolehlivější, u dobré antikoncepce by mělo být toto číslo nižší než pět (Barták, 2006).

Pokud uživatelka jakýchkoli antikoncepčních metod přistupuje zodpovědně k užívání (to znamená, že uživatelka užívá antikoncepční metodu takovou, která jí vyhovuje, užívá antikoncepční metodu podle daného způsobu užívání apod.), je antikoncepce velice dobře spolehlivá. Pokaždé samozřejmě zůstává nějaké to procento „nezdarů“, ale takto to je malá pravděpodobnost.

### **4.3 Rizika antikoncepce**

Zdravotní (ani jiná) rizika a komplikace spojené s užíváním antikoncepce nejsou samozřejmě nulová. Ostatně jako nejsou nulová zdravotní rizika u jakékoli jiné lidské činnosti. Všechna rizika jsou neustále velice propírána, zkoumána a porovnávána, ovšem nelze říci, že různá zdravotní rizika (například pohlavně přenosná pánevní zánětlivá nemoc, tromboembolická příhoda a další) jsou způsobena na 100 % nějakou určitou antikoncepční metodou (Čepický a Fanta, 2010).

Existuje mnoho výzkumů a mnoho teorií, zda užívání jakéhokoli druhu antikoncepce, způsobuje rizika, ať už zdravotní, fyzická, nebo psychická. Časopis Téma

---

<sup>13</sup> „hCG (HCG) – zkr. lidský (humánní) choriogonadotropin. Glykoproteinový hormon obdobný LH („LH – zkr. luteinizační hormon. Peptidový hormon předního laloku hypofýzy, který řídí činnost pohlavních žláz. U žen působí ve vaječnicích na žluté tělísko a na tvorbu hormonů gestagenů, u mužů ovlivňuje tvorbu testosteronu ve varlatech.“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 512)) vznikajícímu v hypofýze, který produkuje v průběhu těhotenství spolu s dalšími hormony placenta. Tvoří se již několik dnů po oplodnění budoucím základem placenty a vylučuje se močí. Na jeho prokázání je založena řada testů na stanovení těhotenství.“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 335)

ve svém 41. vydání, uveřejnil 14. října 2016 článek „Deprese související s hormonální antikoncepcí. U zvýšeného procenta žen užívajících nějaký druh hormonální antikoncepce, se podle třináctiletého výzkumu u těchto žen prokazuje větší výskyt depresivních stavů. Tyto stavy mohou vyvolat vedlejší účinky hormonální antikoncepce.

*„Dlouho se o tom jen spekulovalo, teď od vědců z univerzity v Kodani přišlo první oficiální potvrzení. Hormonální antikoncepce může ženám způsobovat depresi. Vzhledem k tomu, že výzkumu se v období 13 let zúčastnil milion dánských žen ve věku od 15 do 34 let, jde o dosud nejrozsáhlejší a tedy i nejprůkaznější studii svého druhu. Její závěry zveřejnil odborný časopis JAMA Psychiatry. Ukázalo se, že u žen užívajících kombinovanou perorální antikoncepci se riziko, že jim kvůli depresi budou předepsána antidepresiva, zvýšilo o 23 %. U uživatelék progestogenových medikamentů riziko stoupl o 34 % a u žen s vaginálním implantátem (etonogestrel) toto riziko narostlo o 60 %. Vědci navíc přišli s tím, že rizikem deprese vyvolané antikoncepcí jsou nejvíce ohroženy náctileté. Podle výsledků výzkumu se u dívek ve věku 15 až 19 let riziko depresivních stavů v případě kombinované antikoncepce zvýšilo o 80 % a u mladistvých uživatelék progestogenových pilulek stoupl dokonce o 120 %. Souvislost mezi užíváním antikoncepce a depresivními stavy, kterými ženy trpí až dvakrát častěji než muži, byla dosud zpochybňována především tvrzením, že „náladovost“ žen primárně způsobuje kolísání hladiny ženských pohlavních hormonů. Nejnovější výzkum by však podle dosavadních kritiků hormonální antikoncepce měl lékařskou veřejnost přimět k tomu, aby vedlejší účinky antikoncepčních medikamentů přestala podceňovat.“ (Cejpová, 2016, s. 37)*

#### **4.4 Česká republika a formy antikoncepce**

V České republice je dostupná široká škála antikoncepčních metod, ze kterých si vybírají uživatelé a uživatelky různého věku. Z výzkumu, který byl provedený v roce 2002, byly vysledovány rozdíly využívání jednotlivých antikoncepčních metod v závislosti na věku uživatelů a uživatelék. Mezi mladšími uživateli a uživatelkami je velice oblíbený kondom. U uživatelů a uživatelék kolem třicátého roku života je nejčastěji používanou antikoncepční metodou přerušovaná soulož a kondom. A konečně u uživatelů a uživatelék kolem čtyřicátého roku života je nejčastěji používanou antikoncepční metodou nitroděložní tělísko, po něm pilulky a kondom (Čepický a Fanta, 2010).

V České republice předepisuje antikoncepci gynekolog, ale ani ostatní lékaři nesmějí mít „tabula rasu“, tedy nepopsanou mysl o jakékoli antikoncepční metodě. Na všechny lékaře se může obrátit kdokoli s dotazem, který se týká nějaké formy antikoncepce, a každý lékař musí umět odpovědět či zvážit rizika spojená s užíváním metody. Důsledkem jeho nevědomosti či špatné odpovědi, může být ohrožen zdravotní stav pacienta či pacientky (Čepický a Fanta, 2010).

## 5 Antikoncepční metody

Sexuální chování s sebou nese, mimo příjemných a uspokojivých prožitků a zážitků, i riziko nechtěného otěhotnění, popřípadě riziko pohlavně přenosných chorob. Proto jsou již od dávných dob používány různé metody antikoncepce s cílem ochrany před otěhotněním a proti pohlavně přenosným nemocem (Kolektiv autorů, 2006). Rozdělení jednotlivých druhů antikoncepcí je uvedeno v dalších podkapitolách.

### 5.1 Přirozené metody antikoncepce

Přirozené metody vyžadují disciplínu – jsou zatíženy vysokými nároky na techniku provedení, ale i sebekontrolu. Díky tomu je provází i fakt jejich nízké účinnosti a spolehlivosti (Fait a Prouzová, 2010). Přirozené metody antikoncepce nemají žádné vedlejší účinky, přesto jsou poněkud nespolehlivé, proto je nelze moc doporučovat (Kolektiv autorů, 2006).

#### 5.1.1 Kojení

Kojení je přirozená poporodní antikoncepce prováděna laktační<sup>14</sup> amenoreou<sup>15</sup> a využívající zvýšenou hladinu hormonu prolaktinu<sup>16</sup>, který obecně vzato brání zrání vajíček (při zmiňovaném kojení). Tvorba hormonu prolaktinu je vyvolána stimulací prsní bradavky sáním novorozence. Pro účinnost metody je třeba splnit následující podmínky:

- žena musí „plně kojit“, tedy kojit minimálně každé čtyři hodiny přes den a každých šest hodin v noci,
- od porodu nesmí uplynout více jak půl roku,
- žena dosud nemenstruovala (Fait a Prouzová, 2010).

#### 5.1.2 Periodická abstinence

*„Metoda periodické abstinence (metoda plodných a neplodných dnů) je (spolu s kojením) jedinou antikoncepční metodou, kterou schválila katolická církev.“* (Čepický a Fanta, 2010, s. 31) Tato metoda je velice prostá a srozumitelná, ne však naprosto spolehlivá a přesná (nejvhodnější uživatelka periodické abstinence je uživatelka

---

<sup>14</sup> „Laktace – tvorba a vylučování mléka v mléčné žláze prsu, předpoklad kojení.“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 493)

<sup>15</sup> „Amenorea (amenorrhoea) – vynechání menstruačního krvácení u ženy v období pohlavní zralosti a plodnosti (mimo těhotenství).“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 36)

<sup>16</sup> „Prolaktin (zkr. PRL) – hormon předního laloku hypofýzy, stimuluje růst prsní žlázy, řídí tvorbu mléka v době kojení, tlumí vyzrávání vajíčka ve vaječniku (a menstruační cyklus) a tím i možnost oplodnění, tlumí buněčné imunitní reakce.“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 739)

s pravidelným menstruačním cyklem). „*Během jednoho menstruačního cyklu dochází jen k jedné ovulaci. Vajíčko je schopno oplodnění maximálně 2 dny, spermie maximálně 7 dní (uvedená čísla znamenají extrémní hodnoty). Je tedy možno určit dny, kdy není možno otěhotnět.*“ (Weiss a kolektiv, 2010, s. 279) Principem této metody je předvídání a rozpoznávání období v každém měsíci, kdy je žena nejplodnější a vyvarování se proto styku v těchto dnech (dny tzv. ovulace) (Kolektiv autorů, 2002). Tuto metodu lze kombinovat s mechanickými bariérovými antikoncepčními metodami a přerušovanou souloží. Naopak se nedoporučuje kombinace s dalšími jinými způsoby antikoncepce, protože ty pak zkreslují ukazatele plodných a neplodných dnů. Spolehlivost metody, dodrží-li žena přesně daný postup a pravidla, je vysoká, ovšem klesá právě díky spolehlivosti uživatelky, která je dle studií velice špatná (Čepický a Fanta, 2010). Existuje několik metod periodické abstinence, které jsou principiálně podobné.

Metoda kalendářová (metoda Ogino-Knausova) byla zavedena ve 30. letech minulého století. Žena se naučí vypočítávat, kdy s největší pravděpodobností dojde k ovulaci. Tento výpočet získá z dlouhodobého záznamu o menstruačním cyklu (většinou se hodnotí všechny menstruační cykly za dobu posledního roku). Tato metoda je však vysoce nespolehlivá a dnes už se nedoporučuje (Taktéž).

Metoda měření bazální teploty je známa už od 18. století. U této metody si žena měří teplotu po dobu 5 minut každý den v pochvě nebo konečníku vždy ve stejnou hodinu ráno a vede si přesný záznam teplot. Bezprostředně před ovulací teplota mírně poklesne a po uvolnění vajíčka se zase teplota zvýší na hodnotu, která je vyšší než v předchozích dnech. Podle teplot se zjistí doba ovulace, tedy i doba plodných a neplodných dnů (Taktéž).

Metoda hlenová (Billingsova metoda) byla zavedena již v 60. letech. Je založena na principu toho, že ovulaci lze zjistit podle změn v cervikálním hlenu<sup>17</sup>. Žena se naučí hlen sledovat (nejlépe denně) a rozpoznávat jeho změny, například zvýšené množství hlenu, vlhkost apod. Období ovulace je možné zjistit podle tažnosti hlenu (před ovulací dosahuje 12-15 cm, po ovulaci se ztrácí) (Taktéž).

---

<sup>17</sup> *Cervikální hlen – hlen tvořený žlázkami v hrdle děložním (cervix uteri). Jeho vlastnosti se mění vlivem pohlavních hormonů; v první fázi menstruačního cyklu vlivem estrogenů je hojnější, tažnější a na laboratorním sklíčku tvoří po zaschnutí obrazce připomínající kapradí („fenomén kapradí, arborizace). Vyšetření c. h. proto vypovídá o tvorbě estrogenů. Ve druhé fázi cyklu se podílí na uzavření děložního hrdla.“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 144)*



Metoda cervikální se vyznačuje změnami děložního čípku a zevní branky. Po menstruaci je čípek tvrdý a branka uzavřená. Plodné dny začínají v době, kdy čípek začíná měknout a branka se začíná pootvírat, současně se čípek začíná posouvat vzhůru. Po ovulaci čípek opět sestupuje níž, tvrdne a branka se uzavírá (Taktéž).

Metoda krystalizace slin má jistě nějaký určitý vědecký základ, ale její antikoncepční účinnost nebyla nikdy ověřena. K této metodě se využívaly antikoncepční lupy. Metoda vychází z toho, že obrazce vzniklé po zaschnutí slin na skličku lupy se mění vlivem estrogenů a progesteronu. V ovulačním období jsou struktury stromečkovitého tvaru, kdežto v období mimo ovulaci je struktura beztvará (Taktéž).

Metoda symptotermální (indexová metoda) je kombinace alespoň dvou z výše uvedených metod (nejčastěji metoda měření bazální teploty s metodou hlenovou či cervikální). U této metody můžeme za neplodný den pokládat jen ten den, kdy všechny ukazatele používaných metod svědčí pro to, že den je neplodný (pokud se najde nějaký ukazatel, který tvrdí, že je den plodný, musíme ho považovat za plodný) (Taktéž).

### 5.1.3 Coitus interruptus a další příbuzné techniky

Historie této metody sahá až k Bibli (viz kapitola číslo 4.1). Přerušovaná soulož nevyžaduje žádné speciální opatření. Cílem a snahou této metody je zabránit spermiím, aby se dostaly do pohlavního ústrojí ženy. Muž tedy ukončí pohlavní styk ještě před svou ejakulací, ke které nakonec dojde mimo rodidla ženy (muž by neměl ejakulovat, ani na zevní rodidla ženy), následně by se měl muž po souloži vymočít. Ani při bezchybné technice této metody nelze zabránit riziku selhání (vykazuje až 20 % selhání za rok). Žena může otěhotnět následkem úniku preejakulační tekutiny, která sama o sobě už obsahuje několik milionů spermií, nebo v důsledku přežívání spermií v žlázkách, odkud mohou být „vyslány“ do pohlavního ústrojí ženy při opakované souloži. Tato metoda je velmi málo spolehlivá (Čepický a Fanta, 2010).

Jsou známy i další alternativní postupy přerušované soulože. Je znám Coitus reservatus, při kterém vůbec nedochází k ejakulaci, soulož končí po orgasmu ženy, Coitus saxonicus, při kterém musí žena těsně před ejakulací silně stisknout penis u kořene přesně tak, aby uzavřela močovou trubici, tedy dochází k retrográdní ejakulaci<sup>18</sup>, a Coitus ante portas, kterému se také říká „soulož před branami“, neboť pohlavní styk i ejakulace je

---

<sup>18</sup> „Retrográdní ejakulace je stav, při němž dochází k výronu semene při orgasmu do močového měchýře a nikoliv močovou trubicí ven.“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 223)

prováděna do vestibulu vagíny, tedy je prováděna před panenskou bránou, která se tímto stykem nemusí ani porušit. Tyto tři popisované techniky jsou mnohem rizikovější než samotný přerušovaný styk (Taktéž).

#### **5.1.4 Úplná koitální abstinence**

Tato metoda je v různých kulturách a ideologiích pokládána za tu nejsprávnější, pro většinu populace je však těžko přijatelná. Někdy také bývá uváděna jako abstinence od vaginální soulože a může být buď dočasným řešením, nebo životní strategií. V tom případě se začátek sexuálního života odkládá na dobu plánovaných dětí. Po narození plánovaného počtu dětí se s pohlavním životem končí. Tato metoda nemá žádné negativní dopady, ba naopak, jde o účinnou ochranu před pohlavně přenosnými nemocemi (Čepický a Fanta, 2010).

Nonkoitální techniky jsou využívány především mladými páry a slouží jako kompromis mezi úplnou rezignací na sexuální aktivity a normální souloží. Nekoitální techniky zahrnují široké spektrum aktivit přes orální sex po bezkontaktní sex (společnou onanii) (Taktéž).

Mezi koitální abstinencí se řadí i Coitus analis (anální styk), což je pohlavní styk do konečníku (napodobuje vaginální soulož). Tento pohlavní styk je většinou provázen orgasmem, jak muže, tak i ženy. Anální styk provází několik rizik, například možnost porušení anální sliznice, vyšší riziko přenosu pohlavních nemocí a další. Při análním styku se doporučuje používat kondom (Taktéž).

### **5.2 Bariérové metody antikoncepce**

Do těchto metod se řadí takové metody, které kladou spermiím překážku v pochvě. Tato překážka nedovolí spermiím splynout s vajíčkem a tím ho oplodnit (Kolektiv autorů, 2006). Rozlišují se dva typy bariérových metod - mechanické (staví mechanickou překážku) a chemické (staví chemickou překážku). Někdy je možná i kombinace mechanické a chemické překážky (Weiss a kol., 2010). Bariérová metoda antikoncepce se musí používat při každém pohlavním styku, aby byla spolehlivá a splnila dobře svůj úkol.

#### **5.2.1 Mechanické bariérové metody**

Mechanické metody jsou známy již od dob, kdy člověk vůbec objevil souvislosti mezi otěhotněním a souloží. Jejich popularita stoupla i díky možnosti ochrany proti

pohlavním nemocem. Dnes jsou často využívány i jako doplněk k moderním spolehlivým antikoncepčním přípravkům.

U mechanické metody se spermiiím staví mechanická překážka, nejčastěji se jedná o pryžovou překážku. Vhodná je i kombinace mechanické a chemické bariérové metody, chemická metoda většinou už obsahuje spermicidy. Mechanické metody antikoncepce můžeme rozdělit dle používání, a to buď mužem, nebo ženou (Čepický a Fanta, 2010).

Bariérová antikoncepce pro muže má jen jednu formu, a tou je kondom. Kondom neboli prezervativ je dnes většině uživatelů dobře známý, vyrábí se obvykle z latexu. Pro muže alergické na latex byl v USA vyvinut polyuretanový kondom, který je dostupný i v České republice. Kondom je celkem spolehlivá metoda, ale stejně se musí dodržovat jistá „pravidla“ (například uchovávat kondom v suchém a chladném místě, nasazovat kondom bezprostředně před pohlavním spojením atd.). Právě při jejich nedodržení může dojít k selhání. O kondomu je taky dobře známo, že *„kondom je výborné hygienické opatření a do jisté míry chrání před pohlavně přenosnými infekcemi.“* (Čepický a Fanta, 2010, s. 46)

Ženy mají bariérových možností více, ovšem hodně metod je v České republice nedostupných. Mezi první metodu patří poševní pesar neboli diafragma, což je gumový klobouček (průměr 5-10,5 cm), který má kovovou pružinu kolem svého obvodu. Zavádí se před stykem (před děložní čípek, kdy se vpředu opírá o sponu stydkou a vzadu o klenbu poševní) a nechává se ještě několik hodin (ale ne déle než 24 hodin) po styku. Lze ho používat opakovaně, na rozdíl od kondomu, který je na jedno použití. Jako další možnost ženské bariérové metody je Femidon, který zdánlivě připomíná mužský kondom. Femidon se vyrábí z polyuretanu a na rozdíl od kondomu je větší, delší a na obou koncích vybavený flexibilními kroužky. Zavádí se podobně jako pesar, tedy vnitřní kroužek se přikládá k čípku a zevní kroužek zůstává před rodidly, tím je kryta celá pochva. Na českém trhu je Femidon dostupný (Čepický a Fanta, 2010).

Při správném používání je nejspolehlivější kondom a Femidon. Pro alergické uživatele či uživatelky není využívání těchto metod doporučeno. Mezi hlavní výhodu mužského kondomu je jednoznačně jeho dostupnost a částečná ochrana před již zmiňovanými pohlavně přenosnými chorobami. Použití kondomu se doporučuje při každém pohlavním styku, a to hlavně s „nestálým“ partnerem (Taktéž).

## 5.2.2 Chemické bariérové metody

Chemické metody se překrývají v historii s mechanickými, v jejichž kombinaci se převážně využívají, samostatně nejsou tolik oblíbené. U těchto metod si žena zavede do pochvy před stykem spermicid, který pak působí na spermie jiným mechanismem. U chemických metod je důležitý vehikulum, což je látka přidávaná k látkám v léčivu, úkolem vehikula je rozprostřít účinnou látku po celé pochvě. V České republice jsou na trhu pěny, čípky, tablety, krémy, želé a papírové filmy. Po zavedení látky hluboko do pochvy je třeba vyčkat určenou dobu, než se zahájí soulož (většinou to bývá 5 - 10 minut) a účinek je poté 2 hodiny (při opakované souloži je nutné zavedení spermicidní látky znovu). Chemické metody jsou dostupné bez lékařského předpisu. Je doporučováno využívat chemické přípravky v kombinaci s mechanickými (v České republice je to nejčastěji kombinace s kondomem). Je důležité přesné dodržování časů, které jsou doporučené výrobcem, jinak je totiž tato metoda velice nespolehlivá (Čepický a Fanta, 2010).

## 5.3 Nitroděložní antikoncepce

Historie nitroděložních tělísek má několik zásadních zlomů. Úplně první nitroděložní tělísko zavedl v roce 1920 Gräfenberg, od roku 1959 bylo během deseti let uvedeno několik typů z plastických hmot, které se zařadily do antikoncepčních metod. Na přelomu 60. a 70. let pak vznikly dva typy tělísek s novým „vylepšením“ – Daltonův štítek, který byl opatřený vláknem vyčnívajícím hrdlem do pochvy (to mělo usnadnit extrakci neboli vylučování antikoncepční látky), a Copper 7, který obsahoval jako první měď. V 90. letech se objevila hormonální nitroděložní antikoncepce (v USA s progesteronem, v Evropě s levonorgestrelm). V České republice popularita nitroděložního tělíska začala stoupat (Čepický a Fanta, 2010).

Dnešní nitroděložní tělísko (zkratka IUD – z anglického Intrauterine Device) je vyrobeno z plastu, který je ohebný, většinou má tvar T, měří přibližně 3 cm a je k dispozici několik variant. IUD inertní (tedy nehybné), vyrobené z plastu a nerezavějící oceli, se dnes už nepoužívá. IUD vyrobené z umělé hmoty, obalené mědí, je nejpoužívanější variantou nitroděložního tělíska. Právě měď lehce změní děložní sliznici, protože je pro ni toxická. Jako poslední variantu uvedu IUD hormonální, která je

vyrobená z umělé hmoty a v pravidelných časových intervalech uvolňují malé množství gestagenu<sup>19</sup> (Kolektiv autorů, 2006).

Zavedením IUD dochází v děložní sliznici ke změnám, které znemožňují uhnízdění vajíčka. U IUD hormonálního typu dochází i ke zhoustnutí cervikálního hlenu, díky tomuto zhoustnutí nemůžou spermie projít „do cíle“. Po vyjmutí tělíska z dělohy, okamžitě dojde k plodnosti ženy, tedy může znovu bez problému otěhotnět. Nitroděložní antikoncepce je spolehlivá a většinou je ženami dobře snášena (Taktéž).

## 5.4 Gestagenní antikoncepce

Je velice zajímavé a málo známé, že gestagenní antikoncepce je starší než častěji používaná kombinovaná hormonální antikoncepce. Snahy o gestagenní metodu začaly už v 50. letech a postupně se začaly dále rozvíjet. Přesto však zůstávají v pozadí a jejich využívání není tak časté (Čepický a Fanta, 2010).

Gestagenní metoda antikoncepce spočívá v souvislé aplikaci hormonu gestagenu (progestinu). Gestagen působí na mukopolysacharidy<sup>20</sup> v cervikálním hlenu děložního hrdla. Mukopolysacharidy vytváří jakousi síť, dochází k tažnosti a lepkavosti hlenu a tento hlen se tím pádem stává pro spermie naprosto neprostupný (Taktéž).

Gestagenní antikoncepce se užívá souvisle (bez přestávek). V důsledku toho žena buď nemenstruje vůbec, nebo se u ní objevuje nepravidelné krvácení. Gestagenní antikoncepce se používá v několika formách. Mezi první formu gestagenních metod patří tablety, kterým se jinak říká minipilulky. Užívají se denně ve stejnou denní dobu. Minipilulky se nejlépe začínají užívat první den menstruačního cyklu (pak je účinek okamžitý) a po vysazení je nástup plodnosti také okamžitý. Další forma metody je depotní injekce, používá se převážně medroxyprogesteron<sup>21</sup> acetát (DMPA)<sup>22</sup>. Tato injekce se aplikuje intramuskulárně<sup>23</sup> jednou za tři měsíce nejlépe během prvních pěti dnů

---

<sup>19</sup> „Gestageny (progestiny) – skupina ženských pohlavních hormonů, k nimž patří progesteron. Vznikají ve větším množství ve vaječnicích ve žlutém tělísku ve druhé polovině menstruačního cyklu a po oplodnění i v placentě. Patří ke skupině steroidních hormonů. Jejich funkcí je zejm. příprava pohlavních orgánů k těhotenství.“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 308)

<sup>20</sup> „Mukopolysacharidy - skupina sacharidů („Sacharidy – cukry glycid.“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 806)), které jsou obsaženy zejm. v základní hmotě pojiva.“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 584)

<sup>21</sup> „Medroxyprogesteron – hormon, syntetický progestin, používá se v gynekologii a onkologii“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 546)

<sup>22</sup> „Acetát – ester nebo sůl octové kyseliny“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 5)

<sup>23</sup> „Intramuskulární (zkratka i. m.) – nitrosvalový. Častý způsob podání injekce, obv. do hýžděvého (gluteálního) svalů.“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 423)

menstruačního cyklu s tím, že maximální odstup je 14 dní. Po vysazení této metody je návrat plodnosti pomalý, rozmezí návratu ovulačních cyklů se uvádí 10 až 18 měsíců od poslední injekce. Další formy gestagenní antikoncepce jsou podkožní implantáty, zpravidla bývají ve formě tyčinek, u kterých účinek přetrvává po dobu tří nebo pěti let (podle toho, jakou formu implantátu si uživatelka zvolí), a vaginální kroužek, který může obsahovat různé progestiny a jeho výhodou je přímý lokální účinek na cervikální hlen. Obě tyto metody nejsou dostupné na trhu (Taktéž).

## **5.5 Kombinovaná hormonální antikoncepce**

Historie kombinované hormonální antikoncepce sahá do 19. století, během dalších století se tato antikoncepce vyvíjí. V Československu byl první přípravek kombinované hormonální antikoncepce tzv. Antigest uveden v roce 1965. Dnes je kombinovaná hormonální antikoncepce nejrozšířenější a nejužívanější antikoncepční metodou využívanou českými ženami (v České republice je často termín „antikoncepce“ ztotožňován s orální metodou kombinované hormonální antikoncepce). Na trhu je kombinovaná hormonální antikoncepce ve formě tablet (pilulek), náplastí či vaginálního kroužku (Čepický a Fanta, 2010).

Kombinovaná hormonální antikoncepce využívá kombinace estrogenu a progestinu, proto se také využívá název estrogen-gestagenní antikoncepce. Tyto kombinace se nejčastěji užívají v cyklickém režimu (díky tomu pak nastává pravidelné menstruační krvácení), tedy 21 (někdy 22 nebo 24) dnů, poté následuje sedmidenní (někdy šestidenní nebo čtyřdenní) přestávka (některé přípravky obsahují i placebové tablety, které se berou během přestávky jednou denně), během které se objevuje menstruační krvácení. Tablety se užívají jednou denně ve stejnou dobu, kdy tolerance chyby je 12 hodin, náplastí se na kůži lepí jednou týdně, kdy tolerance chyby je 48 hodin, a vaginální kroužek se zavádí na 21 dní do pochvy. Obvykle se kombinovaná hormonální antikoncepce začíná užívat v prvních pěti dnech menstruačního cyklu. Tyto metody brání ovulaci a způsobují pro spermie neprůchodnost cervikálním hlenem. Spolehlivost této metody je vysoká, ovšem musí se správně užívat (Taktéž).

## **5.6 Intercepce**

Metody postkoitální antikoncepce se objevily v historii již ve 2. tisíciletí před Kristem jako vykuřování pochvy, později se objevily například jako otřásání těla v dřepu (tím se měl ejakulát z pochvy odstranit). V současné moderní době jsou metody

postkoitální antikoncepce stále více dostupné, recept v lékárně už není třeba. „*Intercepce, též postkoitální, emergentní, záchranná, mening-after antikoncepce zahrnuje metody, které mají zabránit otěhotnění až po té, co už došlo k jinak nechráněnému koitu.*“ (Čepický a Fanta, 2010, s. 131)

Mezi nejznámější a nejpoužívanější formu postkoitální antikoncepce patří tableta, též také „tabletky po“ nebo „pilulka den poté“. „Tabletky po“ mají za úkol změnit děložní sliznici, aby nedošlo k uhnízdění oplodněného vajíčka. Nepovažují se za potratovou metodu, neboť jakmile už došlo k otěhotnění, tato metoda nefunguje. Tyto metody se užívají výjimečně, nikoli však pravidelně jako běžná antikoncepční metoda. „Tabletky po“ se užívají ve dvou dávkách, první se užívá maximálně do 72 hodin a druhá do 12 hodin od užití první dávky. Spolehlivost této metody je kolem 90 %. Když se užije během 24 hodin po nechráněném pohlavním styku, její účinnost je téměř 100 % (Kolektiv autorů, 2006).

## 5.7 Sterilizace

„*Sterilizace je termín zahrnující metody, které znemožňují další otěhotnění bez použití metod asistované reprodukce nebo bez dalšího operačního zásahu na vnitřním genitálu.*“ (Weiss a kolektiv, 2010, s. 290) Je to vlastně nevratná forma antikoncepce, tedy trvale se ztrácí plodnost, ovšem současně se zachovávají normální funkce pohlavních žláz. V České republice bránila rozšíření této metody naprosto zastaralá právní úprava, konkrétně směrnice Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 01/1972, díky které byla sterilizace možná ve stavech, kdy by popřípadě těhotenství bylo přerušeno ze zdravotních důvodů. Na splnění jistých podmínek sterilizace dohlížela sterilizační komise. Tato opatření naprosto porušovala práva a schopnost svobodné volby žen. Naštěstí od 1. dubna 2012 vyšel v platnost nový zákon, konkrétně zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, který naprosto zrušil sterilizační komise (ovšem s výjimkou osob s omezenou způsobilostí k právním úkonům a nezletilých). O sterilizaci ze zdravotních důvodů může žádat občan starší 18 let a o sterilizaci z jiných než zdravotních důvodů občan starší 21 let. Sterilizace se dělí na podvaz chámovodů muže a tubární sterilizaci ženy (tedy zneprůchodnění vejcovodů), přičemž spolehlivost je téměř 100 % (Fait, 2012).

Mužské sterilizaci se také říká vazektomie, což je: „...*chirurgické přetěti a podvázání chámovodů*<sup>24</sup> *vedoucích při ejakulaci spermie z varlat a nadvarlat do močové trubice. Oboustranný výkon vede ke sterilitě, aniž ovlivní libido či potenci*<sup>25</sup>. *Provádí se v šourku.*“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 95) Tento chirurgický zákrok trvá přibližně 30 minut, přerušuje se při něm oba chámovody a provádí se při místním umrtvení, tedy pacient může po celou dobu zákrok sledovat. Po provedení je nutné vyšetření spermioqramu s odstupem minimálně 10 ejakulací (v těchto prvních 10 ejakulacích jsou ještě většinou přítomny spermie). Sterilizaci je možné uznat za účinnou až po tomto vyšetření a jsou-li odebrané vzorky ejakulátu úplně bez spermií (Weiss a kolektiv, 2010).

Ženská sterilizace se provádí chirurgickým přerušením vejcovodů, zabrání se postupu spermií, ale i přenosu vajíčka do dělohy. Sterilizace se dnes může provádět několika způsoby, například laparotomicky, tedy přímým řezem přes dutinu břišní (z tohoto způsobu se dnes ale pomalu ustupuje), minilaparotomicky, provádí se velmi malý řez dutiny břišní nad stydkou sponou nebo transcervikálně, to je zákrok skrz děložní hrdlo (tento zákrok se dnes už nevyužívá). Oproti tomu nejčastější způsob provedení ženské sterilizace je přístup laparoskopický (tedy výkon provedený bez otevření dutiny břišní klasickým řezem), který se provádí pomocí laparoskopu, což je speciálně upravené optické zařízení - kamera, která se s nástroji zavádí do dutiny břišní několika otvory (otvor se většinou dělá v oblasti pupku). Se zavedením nástrojů a kamery se do dutiny břišní ještě zavádí plyn (kysličník uhličitý), který břicho nafoukne. Poté je celý výkon sledován na obrazovce. Optickým zařízením se sledují vejcovody a speciálně upravenými nástroji se provede jejich zablokování či podvázání. Tento zákrok se provádí buď v lokální, nebo celkové anestezii. Pokud nejsou žádné komplikace, stačí jednodenní hospitalizace (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005 a Kolektiv autorů, 2006).

## 5.8 Interrupce

*„Interrupce – přerušení. Umělé přerušení těhotenství (zkr. UPT) – zákrok uměle ukončující těhotenství do 12. týdne (tzv. miniinterrupce zhruba do 8. týdne). Provádí se dnes převážně vakuovou aspirací obsahu děložní dutiny děložní hrdlem (v minulosti*

---

<sup>24</sup> „*Ductus deferens – lat. chámovod. Součást mužského pohlavního ústrojí. Trubicový orgán s hladkou svalovinou vedoucí od nadvarlete tříselným kanálem k prostatě a ústící do močové trubice. Slouží k přenosu spermií při ejakulaci. Je dlouhý cca 40-60 cm, až 3 mm tlustý.*“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 207)

<sup>25</sup> „*Potence – schopnost, možnost obv. ve vztahu k pohlavnímu styku, schopnost soulože resp. Dostatečné erekce.*“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 728)



*častěji kyretáží<sup>26</sup>). Zákrok, který má svá rizika a možné komplikace.*“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 421) Ukončení těhotenství může být provedeno také prostřednictvím chemické látky. Interrupce se může provádět pouze v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Interrupce se jinak také nazývá potrat (ovšem původní význam tohoto termínu znamená spíše samovolné přerušení těhotenství bez jakéhokoli opatření). Ukončení těhotenství je zaznamenáno v zákoně č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství a vyhláškou č. 75/1986 Sb. (aktualizovaná na vyhlášku č. 467/1992 Sb.). Termín „potrat“ je pak zaznamenán v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a vyhláškou č. 297/2012 Sb. Ženě se umělé přerušení těhotenství vykoná, pokud o to sama písemně požádá a délka jejího těhotenství nepřesahuje dvanáctý týden. Zvláštní ustanovení zákona je ve vztahu k nezletilým klientkám. Ženám, které nedovršily 16 let, se může interrupce provést pouze s jejich souhlasem a se souhlasem jejich zákonných zástupců. Ženám ve věku 16 až 18 let stačí jejich souhlas, poté jsou lékaři povinni jen vyrozumět jejich zákonné zástupce o provedeném zákroku (Weiss a kolektiv, 2010).

Interrupce má mnoho příznivců a mnoho odpůrců. Odpůrci se ohrazují Listinou základních práv a svobod, konkrétně článkem číslo 6, který říká: *„Každý má právo na život. Lidský život je hoděn ochrany již před narozením. Nikdo nesmí být zbaven života.*“ (<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-23>) Tato tvrzení byla odmítnuta a body z Listiny základních práv a svobod se vztahují k již narozenému občanu.

## **5.9 Alternativní metody antikoncepce – „babské rady proti početí“**

V dnešní době plné moderních metod antikoncepce se zdá být až neuvěřitelné, že „babské rady“ proti početí stále kolují mezi dívkami a ženami. Těmto „babským radám“ některé dívky a ženy věří a využívají je jako určitou formu antikoncepce. Je ovšem důležité si uvědomit, že tyto metody jsou mnohdy, dalo by se říct, že vždy, neúčinné a někdy i zdraví nebezpečné. Téma „babských rad“ jsem konzultovala s gynekoložkou MUDr. Janou Křenkovou z nemocnice v Hořovicích. Od paní doktorky jsem získala potřebné informace, které dále uvádím.

Některé „babské rady“ navádí dívky či ženy k výplachu pochvy po styku. Pochva se může vyplachovat například Coca-Colou. Stačí jen zatřepat a nechat „vyběhnout směr

---

<sup>26</sup> „Kyretáž (curettage) – seškrábnutí vnitřního povrchu dutého orgánu, nejč. dělohy (výškrab). Provádí se jako diagnostický a někdy i léčebný výkon u řady gynekologických poruch (krvácení, podezření na nádor atd.) nebo při umělém přerušení těhotenství.“ (Vokurka, Hugo a kolektiv, 2005, s. 489)

pochva“. Tato rada nejen že má být účinná proti otěhotnění, ale prý funguje i proti kvasinkovým infekcím. Ve skutečnosti je to úplně naopak. Nápoj Coca-Cola spíše svou kyselostí podráždí sliznici a díky styku pochvy s Coca-colou kvasinkové infekce spíše vznikají. Navíc Coca-Cola může způsobit i alergickou reakci.

Další známá „babská rada“ je horká vana po pohlavním styku. V horké koupeli se mají dívky a ženy dostatečně vrtět, aby mohly spermie vyplavat ven a tudíž, se nedostanou na „místa určená k otěhotnění“. Tato rada je naprosto scestná, spermie, které se už dostaly dovnitř, nevyjdou sami od sebe, ani za pomoci horké vody, zase ven.

Podobná „babská rada“, jako je horká vana, je vymočení se po styku. Tato rada se vztahuje jak na chlapce či muže, tak na dívky či ženy. Chlapec či muž se má vymočit po každém pohlavním styku, neboť se může stát, že po ejakulaci mu nějaké „zatoulané“ spermie mohou zůstat ve žlázkách. Při opakované souloži mohou „zatoulané“ spermie zase „najít správnou cestu k vajíčkům“. Když se chlapec či muž vymočí, vyjdou spermie s močí ven. U dívky či ženy je to podobné. Spermie se mají při vymočení vyplavit z dívky či ženy ven.

Bylinkářky by zajisté doporučily proti otěhotnění bylinu rozmarýn. Rozmarýn prý zabraňuje otěhotnění. Pro toto využití se může rozmarýn užívat v jakékoli podobě, například jako čaj nebo přísada do pokrmů. Když je žena už těhotná, může užíváním rozmarýnu přivodit potrat. Ze zdravotního hlediska užívání rozmarýnu v přiměřeném množství neškodí, ale o účincích jako antikoncepce se dá jen spekulovat. „Babské rady“ proti početí nejsou vůbec spolehlivé.

## **6 Praktická část – výzkum**

Výzkum byl zaměřený na získané postoje, zkušenosti a informace o problematice antikoncepce u studentek a studentů vysokých škol pedagogických fakult. Při realizaci jsem především využila metodu dotazníku, kterou jsem doplnila o metodu rozhovoru.

### **6.1 Dotazník**

Sestavený dotazník je anonymní a je sestaven z 23 otázek, 19 otázek bylo povinných a 4 otázky byly nepovinné („podotázky“). Podoba dotazníku je uvedena v „Příloze A“. Otázky byly uzavřeného i otevřeného typu. Dotazník byl zaměřený na studentky a studenty vysokých škol pedagogických fakult, respondentky a respondenti byly k vyplnění dotazníku vyzváni přes sociální síť.

Sběr zodpovězených dotazníků probíhal během jednoho měsíce. Na dotazník odpovědělo celkem 274 respondentek a respondentů.

Vyhodnocení dotazníkového šetření je rozděleno do čtyř částí, každá část se zabývá jinou problematikou mého šetření. První část vyhodnocuje otázky se základními informacemi o dotázaných jedincích. Druhá část se zabývá zjišťováním využívaných druhů antikoncepčních metod. Třetí část zjišťuje míru zodpovědnosti při sexuálním pohlavním styku a čtvrtá část rozebírá možnosti zdrojů informací k dalšímu možnému vzdělávání.

Ke každé části jsem využila některé otázky z dotazníku. Otázky, které u jednotlivých částí neuvádím, mi buď pomáhaly dostat se k jádru jednotlivého okruhu, ale nebyly pro můj výzkum tolik zásadní, nebo jsem během vyhodnocování zjistila, že pro můj výzkum nejsou podstatné.

### **6.2 Tři rozhovory**

Celý výzkum byl doplněn o informace ze tří rozhovorů. Otázky rozhovoru uvádím v „Příloze B“. Rozhovory s odpověďmi od konkrétních jedinců uvádím v „Příloze C“. S dotázanými jedinci vysokých škol pedagogických fakult proběhl rozhovor během osobního setkání. Respondentkám a respondentovi jsem položila jedenáct základních otázek vztahujících se k zaměření a k cílům praktické části. Respondentky a respondent tyto otázky mohli dále rozvíjet podle jejich potřeb a ochoty.

Výběr dvou respondentek a jednoho respondenta byl záměrný, zaměřila jsem se na jedince z řad mých vysokoškolských známých hlavně kvůli snadnější komunikaci, otevřenosti a detailnosti rozhovoru.

Rozhovory probíhaly během jednoho týdne. Rozhovory jsem nahrávala, pak jsem je přepisovala a následně s nimi dále pracovala. Všichni tři dobrovolníci mi ochotně a vstřícně odpovídali na všechny mé otázky. Rozhovory dostaly díky jejich otevřenosti osobnější ráz.

### **6.3 Cíle výzkumu**

- Zjistit druhy využívaných antikoncepčních metod.
- Zjistit míru zodpovědnosti k ochraně při pohlavním sexuálním styku.
- Zjistit od koho nebo kde vysokoškolské studentky a vysokoškolští studenti čerpají informace (jaké zdroje informací je ovlivňují při výběru antikoncepční metody).

### **6.4 Hypotézy dotazníkového výzkumu**

- Předpokládám, že respondentky a respondenti budou na otázku o využití kombinovaných hormonálních metod při pohlavním styku se stálým partnerem či stálou partnerkou odpovídat nejčastěji možností „vždy“.
- Předpokládám, že respondentky a respondenti budou na otázku o využití bariérových metod při pohlavním styku s náhodným partnerem či náhodnou partnerkou odpovídat nejčastěji možností „vždy“.
- Předpokládám, že ženy, které měly nechráněný pohlavní styk, u sebe prezervativ převážně nenosí.
- Předpokládám, že muži, kteří měli nechráněný pohlavní styk, u sebe prezervativ převážně nenosí.
- Předpokládám, že nejvyužívanější zdroj informací je pro vysokoškolské studentky a vysokoškolské studenty internet.

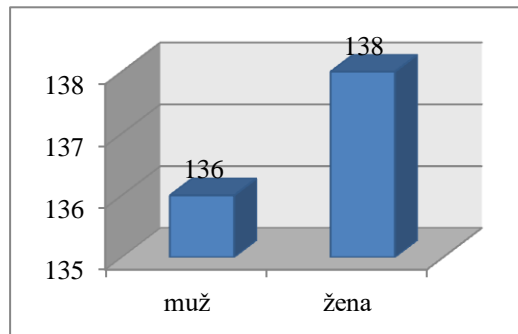
### **6.5 Vyhodnocení dotazníkového výzkum**

#### **6.5.1 První část**

První část se zabývá základními informacemi o jedincích, kteří se mého výzkumu zúčastnili. Tato část mi posloužila k rozdělení jedinců na potřebné skupiny, se kterými jsem později různě pracovala. V této části jsem využila tyto čtyři otázky z dotazníku:

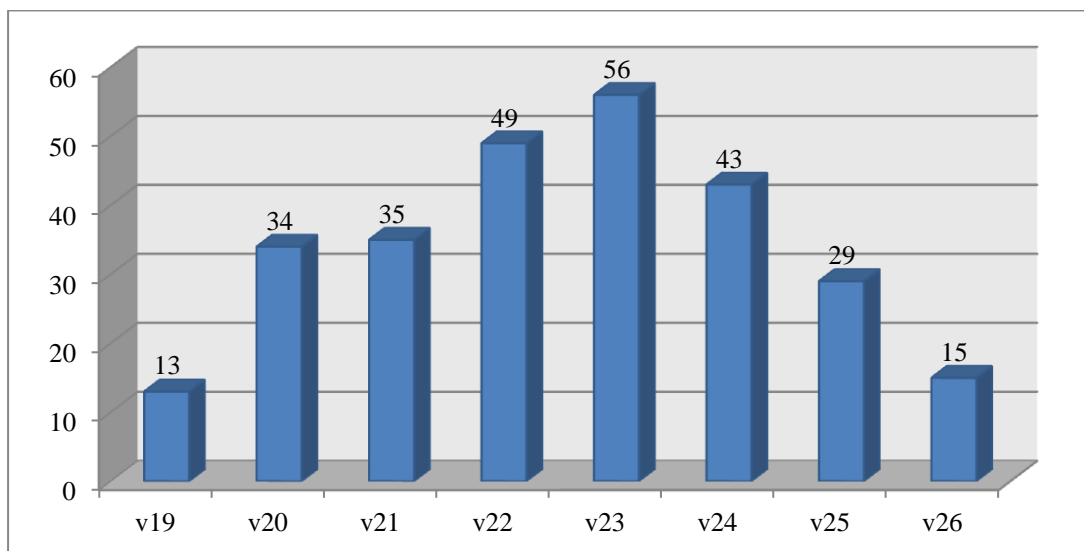
- Jaké je Vaše pohlaví?,
- Kolik je Vám let?,
- Jaká je Vaše sexuální orientace?,
- Měl/a jste pohlavní styk?.

**Graf 1: Pohlaví respondentek a respondentů**



Komentář: Výzkumného šetření se zúčastnilo 138 žen a 136 mužů vysokých škol pedagogických fakult. Výzkum je zaměřený na obě pohlaví, proto jsem ráda, že výsledky jsou rovnoměrné, nebudou tedy ve výsledku šetření převažovat ani odpovědi mužů, ani odpovědi žen.

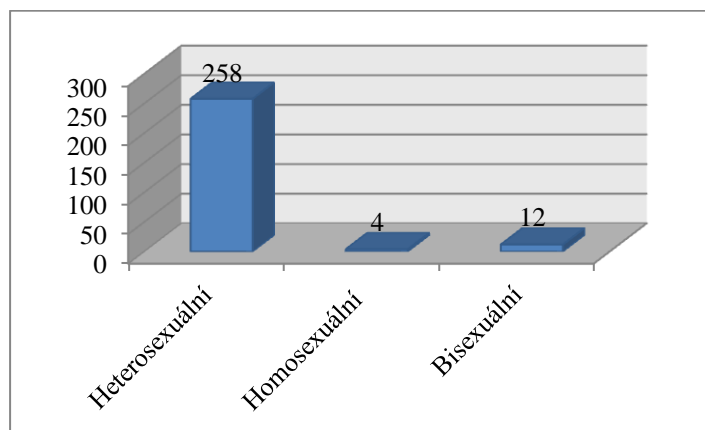
**Graf 2: Věk respondentek a respondentů**



Komentář: Výzkum je zaměřený na respondentky a respondenty vysokoškolského věku, to je rozmezí 19 až 26 let. Z grafu je patrné, že nejvíce dotazovaných odpovídalo ve věku 23 let, konkrétně 56 dotazovaných z celkového počtu respondentek a respondentů. Tato otázka pouze ověřovala vysokoškolský věk, výzkum se dále nezaměřuje na znalosti

u konkrétních věkových skupin vysokoškolského věku, proto tato otázka není dále tak podstatná.

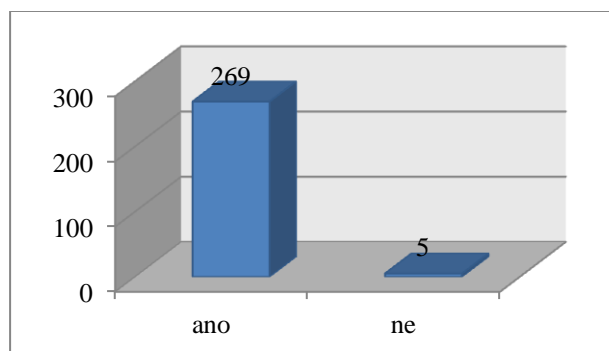
**Graf 3: Sexuální orientace respondentek a respondentů**



Komentář: Největší zastoupení mají respondentky a respondenti s heterosexuální orientací, což nám ukazuje první sloupec v grafu. Počet dotazovaných s bisexuální a homosexuální orientací byl nízký, proto výzkum s těmito orientacemi nebude uskutečněn.

Právě kvůli největšímu zastoupení heterosexuální orientace budu další výzkum provádět jen s touto skupinou jedinců. Dnešní doba je mnohem otevřenější a vřelejší k jedincům jiné než heterosexuální orientace, přesto výsledky výzkumu vykazují malé zastoupení jiných orientací. Toto malé zastoupení může být způsobeno několika důvody, z nichž některé mohou být například ty, že někteří jedinci v tomto věku ještě zcela nevědí o své jiné orientaci, nechtějí se k ní přiznávat nebo jedinci s jinou než heterosexuální orientací nenašli čas na vyplnění mého dotazníku.

**Graf 4: Pohlavní styk respondentek a respondentů**



Komentář: Průměrný věk první soulože je okolo 16. roku života. Výsledek této otázky odpovídá věkové skupině respondentek a respondentů, tedy je adekvátní, že 269 jedinců již mělo pohlavní styk. Je překvapující, že se v současné zrychlené době najdou jedinci, co ještě v tomto věku pohlavní styk neměli. Může to být zapříčiněno několika možnými důvody, buď že jedinci nenašli zalíbení v činnostech týkajících se sexuality a sexu, jejich víra jim nedovoluje předmanželský pohlavní styk, nebo jednoduše ještě nepotkali toho pravého, tu pravou.

### **6.5.2 Druhá část**

Tato část se zabývá využívanými druhy antikoncepčních metod. K vyhodnocení výsledku výzkumu jsem využila několik otázek z dotazníku, konkrétně otázky:

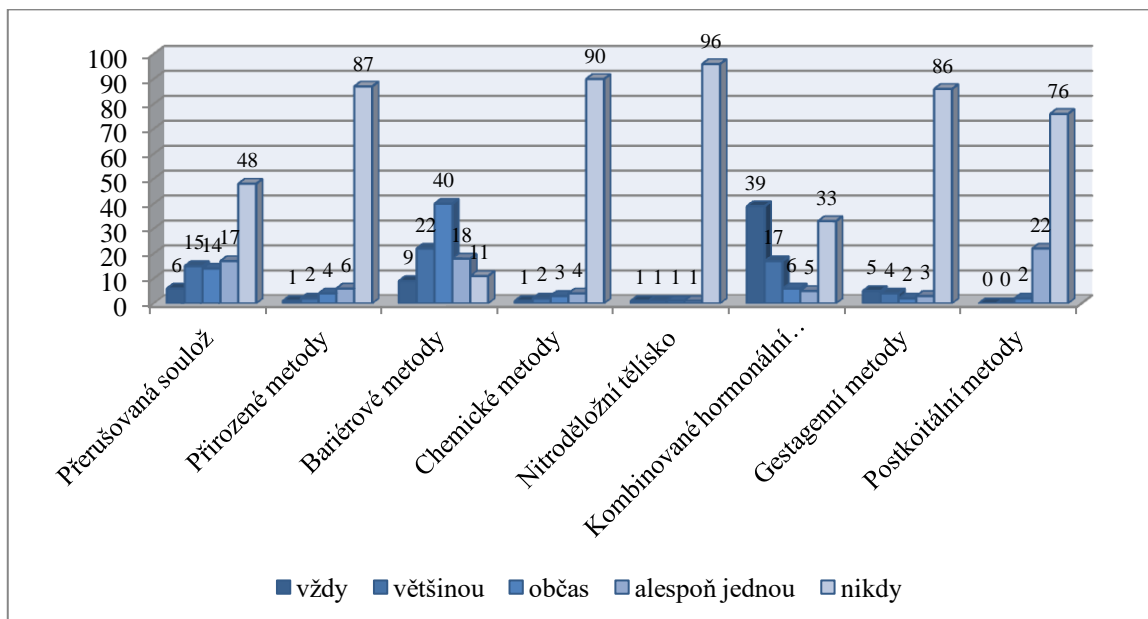
- Měl/a jste stálého partnera či stálou partnerku?,
- V situaci, kdy jste měl/a stálého partnera či stálou partnerku, jakou antikoncepci jste používal/a při pohlavním styku?,
- Měl/a jste náhodného partnera či náhodnou partnerku?,
- V situaci, kdy jste měl/a náhodného partnera či náhodnou partnerku, jakou antikoncepci jste používal/a při pohlavním styku?,
- Vyzkoušel/a jste někdy nějakou alternativní metodu antikoncepce, tedy „babskou radu proti početí“?.

Tyto otázky jsem pospojovala a výsledky jsem zpracovala do grafů. Druhá část bude srovnávat využívané druhy antikoncepčních metod při pohlavním styku se stálým partnerem či stálou partnerkou a využívané druhy antikoncepčních metod při pohlavním styku s náhodným partnerem či náhodnou partnerkou.

Zde uvádím kritéria pro vyhodnocování výsledků z této části. Použila jsem odpovědi jedinců (dohromady ženy i muži), kteří již měli pohlavní styk, protože jejich zkušenost s využitím nějakého druhu antikoncepční metody je jistá, a byli heterosexuální orientace. Počet jiných orientací dotazovaných jedinců nebyl dostačující pro uspokojivý výsledek výzkumu.

Zajímá mě využití jednotlivých antikoncepčních metod při pohlavním styku se stálým partnerem či stálou partnerkou. Tento graf mi ukazuje využití a frekvenci využití jednotlivých metod antikoncepce. Počet dotazovaných, kteří splňují všechna kritéria uvedená na začátku kapitoly druhé části, je 246 jedinců.

**Graf 5: Jednotlivé antikoncepční metody při pohlavním styku se stálým partnerem či stálou partnerkou (vyjádřeno v procentech)**



**Komentář:** Při pohlavním styku se stálým partnerem či stálou partnerkou je z grafu patrné, že některé druhy antikoncepčních metod jsou velmi málo využívány nebo nejsou využívány vůbec. Mezi tyto metody patří přírozené metody, které kladou velké nároky na jejich uživatelky. Tyto metody vyžadují trpělivost a přesnost, i přesto je jejich spolehlivost nízká. U chemických metod může být problém v plánování pohlavního styku. Je možné, že gestagenní metody se jedincům pletou s kombinovanými hormonálními metodami. Nitroděložní tělísko se nedoporučuje mladým ženám nebo ženám, které ještě nerodily. Buď respondentky dbají na doporučení, nebo nitroděložní tělísko pro ně není finančně dostupné. Výsledky u postkoitální antikoncepce jsou adekvátní k druhu této antikoncepce. Z grafu je patrné, že ji jedinci využili opravdu jen jako záchrannou metodu při selhání jiného využívaného druhu antikoncepce.

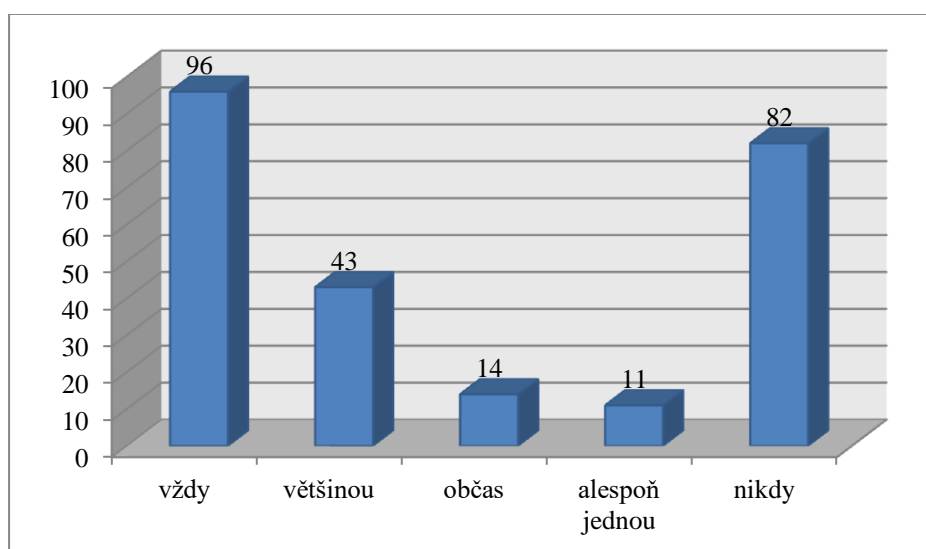
V současné době jsou pro mnoho lidí atraktivní ty metody, při kterých se nemusí tolik soustředit na užívání, nemusí se nervovat jejich spolehlivostí a nemusí moc řešit, zda jsou dostupné. Proto se většina z nich často obrací na bariérové a kombinované hormonální metody. V obojím případě se jedná o dobře dostupné a snadno použitelné druhy antikoncepce, které při správném používání a při správném dodržování určitých pravidel, splňují spolehlivě svůj účel. Jak je z grafu patrné tak mezi další využívané metody se řadí i přerušovaná soulož, která při „používání“ nevyžaduje žádné zvláštní opatření ani přípravy. Jedinci ji mohou využívat jako doplňující metodu s jinými druhy antikoncepce, jako jedinou metodu například kvůli nevyhovujícím účinkům jiných druhů,



nebo kvůli hygieně (některé ženy nechtějí, aby muž ejakuloval uvnitř jejich pohlavního ústrojí).

Dále se zabývám detailním zobrazením využití kombinovaných hormonálních antikoncepčních metod při pohlavním styku se stálým partnerem či stálou partnerkou. Tyto antikoncepční metody skýtají dostupnost, pohodlnost a spolehlivost, to, co je ve stálém vztahu zapotřebí. Partneri mají sexuální styk jen spolu, tudíž jim odpadá starost o přenos pohlavních nemocí, v pohlavním styku jsou „ustálení“ a nastává „vztahová pohodlnost“. Právě proto se zajímám o využití kombinované hormonální antikoncepce, na které mi poukazuje graf číslo 6.

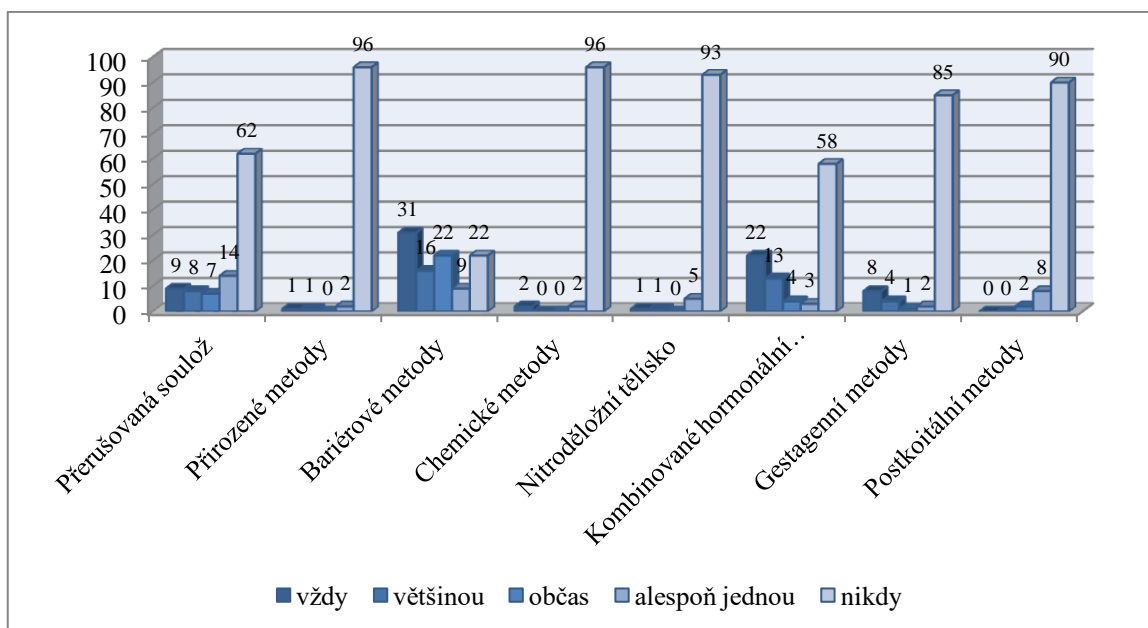
**Graf 6: Kombinovaná hormonální antikoncepce při pohlavním styku se stálým partnerem či stálou partnerkou**



Komentář: Metody kombinované hormonální antikoncepce jsou dobře dostupné a snadno užitelné, skýtající jistou pohodlnost. Jedinci, kteří mají stálého partnera či stálou partnerku, žijí už v jisté pohodlnosti. Předpokládá se u nich, že pohlavní styk mají jen spolu, tudíž se nemusejí obávat ani přenosu pohlavních chorob. První a pátý sloupec v grafu nám ukazuje přibližně stejné výsledky hodnot „vždy“ a „nikdy“ u kombinovaných hormonálních metod. V odpovědích se vyšší číslo objevuje i u hodnoty „většinou“, což si lze vysvětlit tak, že tyto metody využívají jedinci proto, že chtějí předejít riziku nechtěného otěhotnění, nechtějí se ještě stát rodiči, a nebojí se v tomto vztahu nákazy pohlavně přenosných nemocí. Ti, kteří nevyužívají tyto metody, se například mohou bát velice diskutabilní rizikovosti kombinované hormonální antikoncepce či se třeba nechtějí chránit před možností nechtěného otěhotnění, neboť už se rodiči stát chtějí.

Zajímá mě využití jednotlivých antikoncepčních metod při pohlavním styku s náhodným partnerem či náhodnou partnerkou. Tento graf mi ukazuje využití a frekvenci využití jednotlivých metod antikoncepce. Počet dotazovaných, kteří splňují všechna kritéria uvedená na začátku kapitoly druhé části, je 109 jedinců.

**Graf 7: Jednotlivé antikoncepční metody při pohlavním styku s náhodným partnerem či náhodnou partnerkou (vyjádřeno v procentech)**



Komentář: Nepatrně jiné jsou výsledky u pohlavního styku s náhodným partnerem či náhodnou partnerkou. Zde se dostávají do popředí jiné aspekty pohlavního styku než ve stálém vztahu (náhodnost, spontánnost, novost, živočišnost, vzrušující situace a podobně).

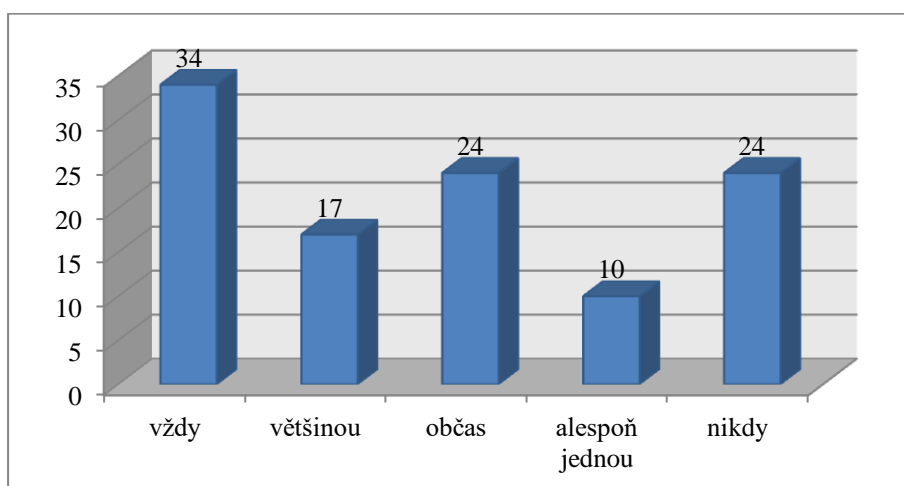
U náhodného pohlavního styku se řeší především ochrana proti přenosu a nákaze pohlavně přenosných nemocí. Důvody nepoužívání některých druhů antikoncepčních metod (přirozené metody, chemické metody, gestagení metody, nitroděložní tělísko) budou převážně podobné jako u nevyužívání při pohlavním styku se stálým partnerem či stálou partnerkou.

Právě kvůli skutečnosti častějšího přenosu pohlavních nemocí by bariérové metody antikoncepce měli respondentky a respondenti využívat při každém náhodném pohlavním styku. Výsledky ovšem neukazují jasně na odpověď „vždy“. Graf nám také ukazuje, že jedinci využívají i kombinované hormonální metody a přerušovanou soulož, které je spíše než před pohlavními nemocemi chrání před otěhotněním. Můžu se tedy

domnívat, že respondentky a respondenti využívají buď kombinaci antikoncepčních metod, nebo bariérové metody nevyužívají proto, že partnera či partnerku už znají a věří mu či jí. Tak či onak, jistotu nemají nikdy, tudíž se vědomě chovají nezodpovědně.

Dále se zabývám detailním zobrazením využití bariérových antikoncepčních metod při pohlavním styku s náhodným partnerem či náhodnou partnerkou. Bariérová metoda antikoncepce je jediná metoda, která chrání jak proti otěhotnění, tak hlavně i před přenosem a nákazou pohlavních přenosných nemocí. U náhodných pohlavních styků je důležité se chránit před obojím, proto mě zajímá, jak zodpovědně přistupují jedinci k ochraně. Na tuto skutečnost mi poukazuje graf číslo 8.

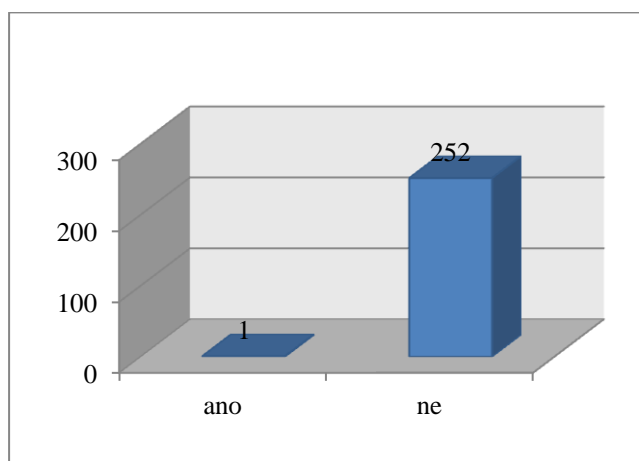
**Graf 8: Bariérová metoda antikoncepce při pohlavním styku s náhodným partnerem či náhodnou partnerkou**



Komentář: Bariérové metody jsou v současnosti dobře dostupné, skýtají různé možnosti. Z grafu je patrné, že převážná většina jedinců, využívá tyto metody při styku s náhodným partnerem či náhodnou partnerkou ať už ze zodpovědnosti nebo z uspokojivého a bezstarostného prožitku.

Zajímá mě využití alternativních metod antikoncepce, tedy „babských rad proti početí“ při pohlavním styku s partnerem či partnerkou. Graf mi ukazuje, zda se někdy dotazovaní setkali s nějakým druhem těchto metod či nikoli. Počet dotazovaných, kteří splňují všechna kritéria uvedená na začátku kapitoly druhé části, je 253 jedinců.

**Graf 9: Využití alternativních metod antikoncepce, tedy "babských rad proti početí"**



Komentář: Druhý sloupec v grafu ukazuje, že alternativní metody antikoncepce jedinci nevyžívají při jakémkoli pohlavním styku. Účinnost různých „babských figlů proti početí“ je stále velice nejasná, výsledky jasně ukazují, že dnešní vysokoškoláci spoléhají raději na ověřenější formy ochrany, jak před početím, tak i před pohlavně přenosnými chorobami.

### 6.5.3 Třetí část

Tato část se zabývá mírou zodpovědnosti při pohlavním styku s náhodným partnerem či náhodnou partnerkou. Zkoumá tedy míru rizikovosti náhodného pohlavního styku. K vyhodnocení výsledků výzkumu jsem využila několik otázek z dotazníku, konkrétně otázky:

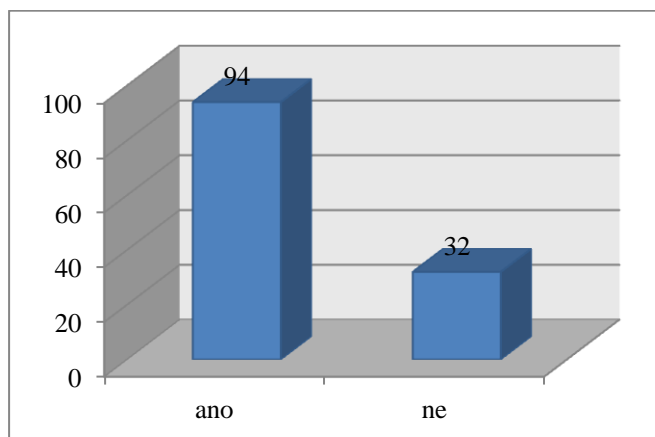
- Měl/a jste nechráněný pohlavní styk?,
- Nosíte u sebe bariérovou metodu antikoncepce, tedy prezervativ?.

Zde uvádím kritéria pro vyhodnocování výsledků z této části. Použila jsem odpovědi jedinců (zvláště ženy a zvláště muži), kteří již měli pohlavní styk (pokud pohlavní styk neměli, tak neměli ani rizikový pohlavní styk) a byli heterosexuální orientace. Počet jiných orientací dotazovaných jedinců nebyl dostačující pro uspokojivý výsledek výzkumu. Počet dotazovaných jedinců, kteří splňují tyto kritéria a nejsou ještě dělení na ženy a muže zvláště, je 253 jedinců.

Zajímá mě, jaký je výskyt nechráněného pohlavního styku u žen, které splňují kritéria uvedená na začátku kapitoly třetí části. Graf ukazuje počet žen, které někdy měly

nechráněný pohlavní styk a chovaly se tedy rizikově. Celkový počet žen splňujících kritéria tohoto výzkumu je 126 žen.

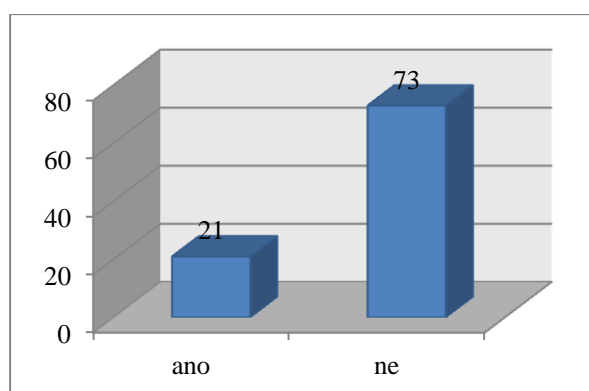
**Graf 10: Nechráněný pohlavní styk u žen**



Komentář: Z grafu je patrné, že více žen mělo nechráněný pohlavní styk. Díky nechráněnému pohlavnímu styku patří tyto ženy do rizikové skupiny. Při nechráněném pohlavním styku je větší pravděpodobnost toho, že se některá z těchto žen nakazí nějakou pohlavně přenosnou nemocí nebo že nechtěně otěhotní.

Dále zjišťuji, jestli ženy, které měly nechráněný pohlavní styk, u sebe prezervativ nosí či nenosí. Právě ženy, které praktikují nechráněný pohlavní styk, patří do rizikové skupiny, proto se jimi budu zabývat. Počet dotazovaných žen je 94.

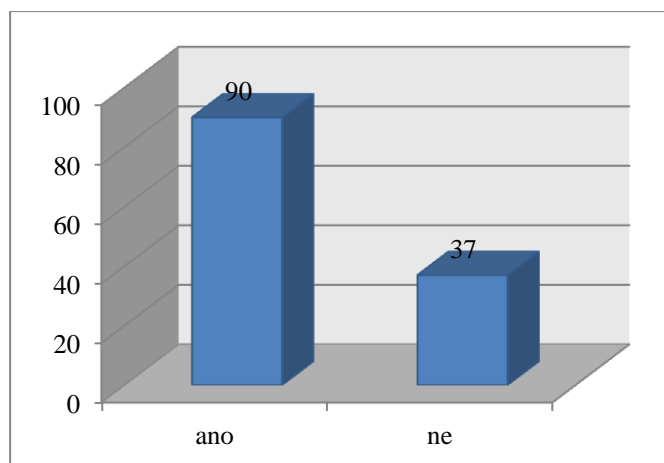
**Graf 11: Prezervativ u žen, které měly nechráněný pohlavní styk**



Komentář: 73 žen, které měly nechráněný pohlavní styk, u sebe prezervativ nenosí. 21 žen u sebe prezervativ nosí, přesto ale měly nechráněný pohlavní styk. Toto jejich chování může být zapříčiněno například tím, že ženy jsou „líné hledat kondom v kabelce“ nebo náhodní partneři jsou bezohlední a prezervativ nechtějí použít.

Zajímá mě, jaký je výskyt nechráněného pohlavního styku u mužů, kteří splňují kritéria uvedená na začátku kapitoly třetí části. Graf ukazuje počet mužů, kteří někdy měli nechráněný pohlavní styk a kteří se tak chovali rizikově. Celkový počet mužů splňujících kritéria tohoto výzkumu je 127 mužů.

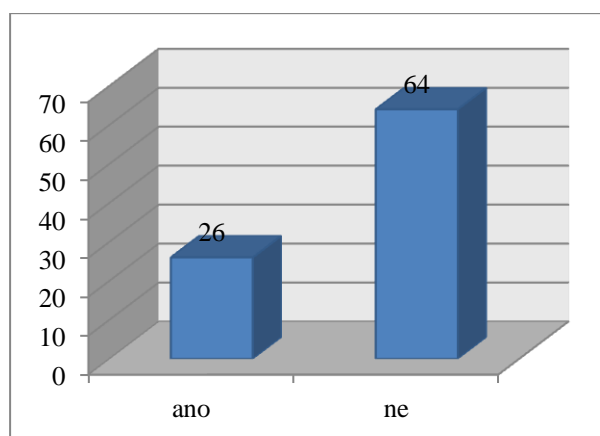
**Graf 12: Nechráněný pohlavní styk u mužů**



Komentář: Graf ukazuje, že více mužů mělo nechráněný pohlavní styk. Může to být zapříčiněno negativním postojem k latexové látce na svém údu.

Dále zjišťuji, jestli muži, kteří měli nechráněný pohlavní styk, u sebe prezervativ nosí či nenosí. Právě muži, kteří praktikují nechráněný pohlavní styk, patří do rizikové skupiny, proto se jimi budu zabývat. Počet dotazovaných mužů je 90.

**Graf 13: Prezervativ u mužů, kteří měli nechráněný pohlavní styk**



Komentář: 26 mužů, kteří měli nechráněný pohlavní styk, u sebe prezervativ nosí. Jeden z mnoha důvodů nepoužití prezervativu může být ztráta zábran a zodpovědnosti po požití

alkoholu nebo nějaké drogy. 64 mužů u sebe prezervativ nenosí, možná proto měli nechráněný pohlavní styk.

#### 6.5.4 Čtvrtá část

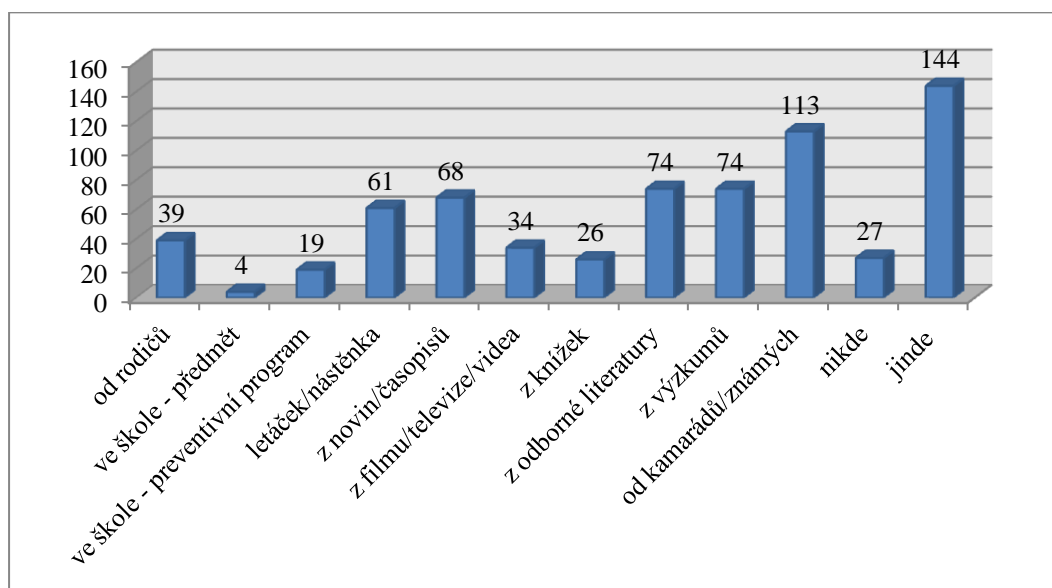
Tato část rozebírá možnosti zdrojů informací pro další možné vzdělávání všech dotázaných jedinců. K vyhodnocení výsledků výzkumu jsem využila dotazníkovou otázku:

- Od koho / z čeho čerpáte informace o antikoncepci v současné době?.

V této části vyhodnocuji výsledek výzkumu z odpovědí všech dotázaných jedinců. Počet dotázaných jedinců je 274.

Následující graf mi ukazuje využití jednotlivých možností, ze kterých vysokoškolské studentky a vysokoškolští studenti čerpají informace. Tyto informace mohou dále využívat ve svém životě nebo je mohou využít ve své další profesi.

**Graf 14: Zdroje informací vysokoškolských studentek a studentů**



Komentář: Povědomost o sexualitě, intimitě i vhodné antikoncepční metodě by měl mít každý dospělý člověk. Informace se získávají jednoznačně životními zkušenostmi. Přesto není na škodu mít ještě nějaké jiné zdroje informací, které životní zkušenosti doplní a „dokreslí je k dokonalosti“.

V grafu si můžeme všimnout, že respondentky a respondenti stále „prahnou“ po získávání informací. Dnešní doba je otevřená a nakloněná k poskytování informací různými prostředky.

Na internetu je možné najít snad všechno, na co si člověk vzpomene. Je tam spousta článků, poraden, dokumentárních videí a dalších. Například společnost Durex se snaží o osvětu a různými spoty, články, reklamami a podobně navádí jedince k bezpečnému sexu. Stále vychází mnoho knih na téma „sexualita“, ve kterých je vždy nastíněna celá problematika sexuality a všeho, co k ní patří.

Jedinci rádi probírají a rozebírají své dobré nebo špatné zkušenosti. Rádi i poslouchají názory a zkušenosti druhých. Právě k tomu jim slouží komunikace s rodiči, kamarády či kamarádkami nebo třeba i s lékařem či lékařkou. Tyto debaty slouží k vzájemnému vzdělávání.

Z grafu je velmi patrná špatná informovanost ze strany školy. Může to být způsobeno tím, že v období, kdy respondentky a respondenti chodili na základní či střední školu, se ještě sexuální výchova tolik neprosazovala. Tak nebo jinak, škola v předávání informací selhala a z výsledků je patrné, že to pociťují i samotné respondentky a samotní respondenti.

### **6.5.5 Shrnutí**

První část vyhodnocuje pět otázek, které zahrnují základní informace o respondentkách a respondentech. Otázka „Jaké je Vaše pohlaví?“ mi pomohla při rozdělování žen a mužů u dalších otázek. Otázka „Kolik je Vám let?“ ověřovala vysokoškolský věk respondentek a respondentů. Otázka „Jaká je Vaše sexuální orientace?“ rozdělila všechny dotazované podle jejich sexuální orientace. Každý jedinec s jakoukoli orientací má i jiné zkušenosti, názory a postoje, k sexualitě a antikoncepčním metodám se staví jinak. Můj dotazník bohužel nevyplnilo tolik jedinců s orientacemi „homosexuální“ a „bisexuální“, z tohoto důvodu jsem nedělala s těmito skupinami lidí žádný další výzkum, i když by byl jistě zajímavý s ohledem na dnešní otevřenější pohled a možnosti týkající se těchto jedinců. Převážná většina jedinců se „hlásí“ k heterosexuální orientaci, s kterou jsem pracovala i při zpracovávání výsledků výzkumu. Mezi důležitou otázkou patří jednoznačně otázka „Měl/a jste pohlavní styk?“. Tím, že už někdo zkušenost v podobě pohlavního styku měl, bude jeho zkušenost s antikoncepčními metodami, třeba i s chováním se při různých situacích, jiná než toho, kdo ještě pohlavní styk neměl.



Z celkového počtu respondentek a respondentů odpovědělo jen málo studentek a studentů, že pohlavní styk nemělo, mezi dotazované, kteří neměli pohlavní styk, patřili čtyři ženy a jeden muž. U těchto pěti dotazovaných se můžu domnívat, že důvodem jejich sexuální zdrženlivosti může být náboženské vyznání či fakt, že ještě „nepotkaly toho pravého“. Právě nízký počet sexuálně neaktivních jedinců z celkového počtu není dostačující pro další zkoumání a právě kvůli tomuto faktu jsem tyto jedince nezařadila do vyhodnocování v druhé a třetí části.

Druhá část zjišťovala, jaké druhy antikoncepčních metod jsou využívány uživatelkami a uživateli při pohlavním styku se stálým partnerem či stálou partnerkou a při pohlavním styku s náhodným partnerem či náhodnou partnerkou. Při pohlavním styku se stálým partnerem či stálou partnerkou oba „aktéři“ vztahu počítají s tím, že pohlavní styk vedou jen spolu. Tomuto faktu poté odpovídají i výsledky. Velká část dotazovaných využívá kombinované hormonální metody, bariérové metody a přerušovanou soulož. Z těchto výsledků je patrné, že ve stálém vztahu už panuje mezi jedinci jistá pohoda, pohodlnost a jistota. Podle mého názoru se jedinci ve stálém vztahu chrání spíše před otěhotněním než před pohlavně přenosnými nemocemi. Tomu odpovídají metody kombinované hormonální antikoncepce a přerušované soulože. Bariérové metody využívají většinou v kombinaci s již zmiňovanými dvěma metodami (kombinované hormonální metody a přerušovaná soulož) buď pro ještě větší jistotu, nebo třeba jen pro zpestření jejich sexuálního prožitku. V České republice jsou bariérové metody a kombinované hormonální metody dobře dostupné a přerušovaná soulož je vlastně zadarmo. Právě i kvůli dostupnosti je jedinci využívají. Při pohlavním styku s náhodným partnerem či náhodnou partnerkou jsou nejvyrovnanější výsledky u bariérových metod antikoncepce. I když převažují odpovědi, že bariérové metody využívají, přesto mě stejně zarazí trochu vysoké procento odpovědí, že je nikdy nevyužívají. Jedinci by měli využívat bariérové metody antikoncepce při každém náhodném pohlavním styku, aby tak předešli riziku nákazy pohlavně přenosnou nemocí.

Třetí část zkoumala, jak jsou ženy a muži zodpovědní při pohlavním styku s náhodným partnerem či náhodnou partnerkou. Z výsledků vyplývá, že jedinci, ať už muži, nebo ženy, jsou velice nezodpovědní. Většina jich u sebe prezervativ nenosí, z toho vyplývá, že teoreticky nejsou připraveni na pohlavní styk a neměli by ho tedy mít. Opak je ovšem pravdou. Z výzkumu také vyplynulo, že i jedinci, kteří prezervativ u sebe mají, ho stejně při náhodném pohlavním styku nepoužijí. Je to ovšem zarážejí, hlavně

i v současné době, ve které je na rizika nechráněného pohlavního styku pořád upozorňováno.

Čtvrtá a poslední část zjišťuje možnosti zdrojů informací, které vysokoškolským studentkám a studentům umožňují další možné vzdělávání v oblasti sexuality a antikoncepčních metod. Zde byly odpovědi vcelku rovnoměrné. Vysokoškolské studentky a vysokoškolští studenti tráví zřejmě hodně času v knihovně, neboť pro čerpání informací volí noviny, časopisy, různé výzkumy, odbornou literaturu, ale i internet. Ve výzkumu se objevila i odpověď lékař, myslím si, že z tohoto zdroje čerpají převážně ženy, které k lékaři (většinou ženám tyto informace podává gynekolog) chodí častěji. Jsem ráda, že se v hojném počtu objevily i odpovědi rodiče, známý a kamarádi, z toho plyne, že studentky a studenti stále umí dobře komunikovat se svými vrstevníky a blízkými lidmi.

## **6.6 Vyhodnocení rozhovorového šetření**

### **6.6.1 Seznámení s respondentkami a respondentem**

Respondentka číslo 1 je dvaceti tříletá studentka pedagogické fakulty. Její sexuální orientace je heterosexuální. Ve svých šestnácti letech měla svůj první pohlavní styk. Od té doby vystřídala několik sexuálních partnerů. Stálého sexuálního partnera měla několikrát, ovšem stálý sexuální vztah spojený i s tím partnerským prožívá až nyní.

Respondentka číslo 2 je dvaceti pětiletá studentka pedagogické fakulty. Její sexuální orientace je heterosexuální. Svůj první pohlavní styk měla ve svých devatenácti letech. Měla tři vážnější vztahy, mezi stálými vztahy měla pár nezávazných vztahů. Momentálně nemá žádného sexuálního partnera.

Respondent číslo 3 je dvaceti šestiletý student pedagogické fakulty. Jeho sexuální orientace je heterosexuální. Svůj první pohlavní styk měl ve svých šestnácti letech. Měl jeden vážný vztah, pár nezávazných vztahů. V současnosti má čtyři roky přítelkyni, s kterou má dvouletého syna.

### **6.6.2 Shrnutí rozhovorů**

Z rozhovorů vyplynulo, že všichni tři jedinci mají kladný vztah k sexualitě, zajímají se o tuto oblast, určité povědomí o antikoncepčních metodách mají. Všichni tři jedinci vědí, jak by se měli chránit, ale každý se k využívání jednotlivých ochranných prostředků staví

zcela odlišně. Respondentka číslo 1 antikoncepčním metodám nevěří, nedělají jí dobře, možná k nim (z jejích vlastních zkušeností) má i jakýsi odpor. V rozhovoru uvedla: *„S bývalým sexuálním partnerem (to už je určitě 5 let zpátky) jsem dva měsíce brala dva druhy hormonální antikoncepce v podobě tablet (jako jeden měsíc jeden druh, druhý měsíc druhý druh). Ani jeden druh této antikoncepce mně nedělal dobře. Po prvních práškách mi bolely prsa a po druhých jsem se cítila otekle.“* Respondentka má k antikoncepci jasný postoj, žádnou brát nechce. Říká: *„Když nemusím, tak do sebe žádnou chemii nechci hrnout.“* Respondentce číslo 2 využívání antikoncepčních metod nevadí, nebrání se jejich používání. Několik let brala i hormonální prášky. Momentálně nemá žádného sexuálního partnera, proto jí přijde zbytečné, aby využívala nějaký druh antikoncepce. V rozhovoru uvedla: *„Nemám žádného chlapa na sex, takže jsem se na antikoncepci vykašlala.“* Když stálého partnera má, ráda se nemusí o ochranu starat, většinou se vrací k vyzkoušeným hormonálním tabletám. Říká: *„Po prvním sexu jsem začala brát prášky, které jsem dlouhou dobu nezměnila. V podstatě jsem je brala se všemi stálými partnery. Bylo to super, že jsme se o to moc nemuseli starat. Jen jsem si je jednou za tři měsíce koupila a jak už jsem je brala dlouho pravidelně, tak už jsem to dělala automaticky.“* Respondent číslo 3 dává ve vztazích převážně přednost ženským druhům antikoncepce, které povětšinou doplňoval přerušovanou souloží. V rozhovoru uvedl: *„Já jako chlap žádnou nevyužívám, teď ani přerušovanou soulož, kterou jsem dřív provozoval. Přítelkyně začala zase brát hormonální antikoncepci.“* Dále uvádí: *„Hned na začátku jsme se domluvili na nějakém druhu ženské antikoncepce.“* Co se týče bylinkářství a přírodních antikoncepčních metod, všichni tři dotázaní o nich už někdy slyšeli, každý odjinud. Ani jeden je nikdy nevyužil. Respondentka číslo 1 si o různých možnostech občas přečte nějaký článek a myslí si, že nějaké zrnko pravdy o účincích určitě bude. Uvedla: *„Určitě na tom něco pravdy bude, například nějaké byliny určitě něčemu pomáhají a třeba i něčemu zabraňují, ale abych tomu věřila úplně na 100 % to rozhodně ne.“* Naproti tomu respondentka číslo 2 viděla použití poševního výplachu v televizním seriálu, poté si o tom přečetla nějaký článek, ovšem moc tomu nevěří, přijde jí to i nehygienické a špatné. Uvedla: *„Když jsem si někdy pročítala nějaké články, tak mi něco přišlo i nechutný.“* Respondent číslo 3 o „babských radách proti početí“ slyšel, ale dále se o ně nezajímá, ani o nich nepřemýšlí. Říká: *„Jediné, co jsem slyšel je, že na potrat je dobré si sednout do horké vany a vypít v ní sklenku vína. Tohle, ani nic podobného jsem s partnerkou nezkoušel.“*

V rozhovorech se ukazuje míra zodpovědnosti k ochraně při jakémkoli sexuálním pohlavním styku. Respondentka číslo 1 se k ochraně staví velice nezodpovědně. V současnosti má stálého partnera, mohla bych tedy říci, že mají „pohodu“ a antikoncepci tolik neřeší, překvapila mě ovšem odpověď s náhodným partnerem: *„Kondom jsem využila jen jednou, jinak ho vůbec nepoužívám. Dalo by se říct, že nemám ráda pohlavní styk s kondomem, vadí mi ta chvilka, kdy by se měl kondom nandat.“* Předpokládám, že respondentka vystřídala více náhodných partnerů. To, že s nimi nepoužila prezervativ, bylo velice rizikové, i když svého sexuálního partnera znala, jak dále uvádí: *„Vím, že je to hodně rizikové, ale co si tak vzpomínám, tak jsem na tohle zrovna v tu chvíli vůbec nemyslela. Většinou, když jsem měla nějaký náhodný pohlavní styk, tak to bylo s člověkem, kterého jsem nějakým způsobem znala nebo jsem ho už nějaký čas znala.“* Naproti tomu respondentka číslo 2 přistupuje k ochraně velice zodpovědně. Se stálým partnerem využívala hormonální prášky právě z důvodu pohodlnosti a „bezstarostnosti“ užívání. Teď stálého sexuálního partnera nemá, a proto u sebe stále nosí prezervativ. Uvádí: *„Nemám teď žádného stálého partnera, proto neberu žádnou stálejší antikoncepci. Nechci otěhotnět, ani nechci chytnout pohlavní nemoc, takže když přeskočí jiskra u mě i u protějšku, tak se většinou snažím ten kondom použít. Myslím, že mi to zatím vždy vyšlo.“* Je pozitivní, že respondentka „nezlenivěla“ ze stálých vztahů a s náhodnými partnery prezervativ využívá vždy. I v problematice líbivosti prezervativů má jasno: *„Někdo sex s kondomem nemá rád, mně osobně to nevadí, protože dnešní kondomy jsou tenké a nejsou cítit. Hlavně je i plno druhů, například sex s kondomem s vroubkou je velice příjemný a vzrušující.“* Respondent číslo 3 se k ochraně staví zodpovědně. V současnosti má stálou přítelkyni, tudíž náhodný pohlavní styk neprovozuje, přesto u dřívějších náhodných partnerek prezervativ využil vždy. Říká: *„Nějaký náhodný sex jsem měl většinou s ženou, kterou jsem už nějakým způsobem znal, nebo to třeba byla moje známá. Co si pamatuju, tak jsem u těchto žen kondom použil vždy.“* Zcela náhodný pohlavní styk, jako s úplně cizím člověkem, všichni tři jedinci striktně odmítli, pro příklad odpověď respondenta číslo 3: *„Nikdy jsem to nahned neudělal. Ani to pro mě není lákavé.“*

Všichni tři dotázaní jsou velice komunikativní a otevření pro další vzdělávání, téma sexuality je zajímavá. Každému z nich je bližší jiný zdroj informací v této oblasti. Respondentka číslo 1 využívá pro získání informací internet (dokumentární videa, články a podobně), ovšem jako hlavní zdroj uvádí své blízké (rodina, kamarádi, přítel),

od kterých čerpá i intimnější informace: „V dnešní době lidé málo komunikují mezi sebou, já mám štěstí, že se mě málo komunikace opravdu netýká, jak z mé strany, tak ze stran rodičů, kamarádů a přítele. Proto jsou pro mě největšími zdroji informací právě rodiče, kamarádi a přítel.“ Respondentku sexualita a vše okolo ní baví, ráda zjišťuje i nové věci, nebojí se i nových možností vzdělávání: „Téma sexuality mě, ale docela zajímá a baví, takže bych klidně na nějaký kurz či přednášku ráda šla.“ Respondentka číslo 2 uvádí jako hlavní zdroj informací své rodiče a blízké osoby, stejně jako respondentka číslo 1. Respondentka číslo 2 v rozhovoru uvádí: „Mám v pohodě rodiče, kteří mají velice otevřený přístup k věcem ohledně sexuality. Od mládí se se mnou hodně bavili, když jsem se na něco zeptala tak mi normálně odpověděli. Informace jsem především získala od nich, získávám i dodnes.“ V dospívání se jí možnosti vzdělávání rozšířili o internetové články, sexuální knihy, gynekoložku a další. Respondentka je otevřená dalším možnostem získávání nových informací, uvádí: „Slyšela jsem teď o sex koučinku. Když jsem se na to koukala na internetu, tak tam byly docela zajímavé věci, takže jsem si říkala, že bych klidně nějaký kurz absolvovala.“ Když je takto zapálená, tak by bylo dobré, kdyby nějaký kurz absolvovala. Myslím si, že pro takhle „rozjetou“ mladou slečnu by to bylo hodně zajímavé a zábavné. Respondent číslo 3 je také otevřen dalšímu možnému vzdělávání a získávání informací v oblasti sexuality, ne však v podobě kurzů či přednášek, ale spíše v „domácím prostředí“ se svou přítelkyní. V rozhovoru říká: „S přítelkyní máme hodně otevřený a upřímný vztah, takže se „vzděláváme“ navzájem. Často si i spolu prohlížíme sexuální knihy, kterých doma už pár máme.“

## Diskuze

Na začátku celého výzkumu jsem si k dotazníkovému šetření určila pět hypotéz (viz kapitola číslo 6.4).

1. Hypotéza: Předpokládám, že respondentky a respondenti budou na otázku o využití kombinovaných hormonálních metod při pohlavním styku se stálým partnerem či stálou partnerkou odpovídat nejčastěji možností „vždy“.

Tato hypotéza se mi potvrdila, přesto s malým rozdílem mezi možnostmi odpovědí „vždy“ a „nikdy“. Právě tato malá rozdílnost může pramenit z informovanosti o kombinovaných hormonálních metodách. Uživatelé, kteří nikdy nepoužívají tyto metody při pohlavním styku se stálým partnerem, buď chtějí otěhotnět, nebo používají jiné antikoncepční metody, nebo jim tyto metody jednoduše nevyhovují ze zdravotních či jiných důvodů. U těch, co využívají tyto metody vždy při pohlavním styku se stálým partnerem, se můžu domnívat, že tyto druhy antikoncepčních metod jim plně vyhovují nebo zde hraje roli fakt, že ve vztahu se stálým partnerem už mají jistou „pohodlnost“.

2. Hypotéza: Předpokládám, že respondentky a respondenti budou na otázku o využití bariérových metod při pohlavním styku s náhodným partnerem či náhodnou partnerkou odpovídat nejčastěji možností „vždy“.

Tato hypotéza se mi potvrdila, přesto mezi dalšími možnostmi bylo velice malé procento. Tyto odpovědi mě překvapily. Pohlavní styk s náhodným partnerem či náhodnou partnerkou, by měl být, podle mého názoru, vždy chráněný bariérovou metodou antikoncepce. Když se dva lidé neznají, nemůžou přece ani vědět, co tomu druhému je nebo čím může nakazit. Je to proto podle mě hodně nezodpovědné, že jedinci bariérovou metodu antikoncepce používají jen tak „hala bala“.

3. Hypotéza: Předpokládám, že ženy, které měly nechráněný pohlavní styk, u sebe prezervativ převážně nenosí.

Tato hypotéza se mi také potvrdila. Přesto mě zarazí, proč ženy tolik riskují. 94 žen uvedlo, že mělo nechráněný pohlavní styk, proč tedy u sebe nenosí prezervativ, aby se nechráněnému pohlavnímu styku vyhnuly? Možná, třeba čekají, že prezervativ budou mít v pohotovosti muži, ale není bezpečnější mít tyhle věci pod kontrolou raději

sama? Myslím si, že raději ano. Vyšší procento nechráněného pohlavního styku tedy pramení z nepřipravenosti a také z nezodpovědnosti žen.

4. Hypotéza: Předpokládám, že muži, kteří měli nechráněný pohlavní styk, u sebe prezervativ převážně nenosí.

I tato hypotéza se mi potvrdila. Obdobně jako u žen. U mužů bych spíše čekala, že prezervativ u sebe mít budou. Vždyť se přeci pánové rádi chvástali prezervativem ukrytým v jejich peněžence. Nebo že by se doba změnila? Stejně jako u žen pramení vyšší procento nechráněného pohlavního styku z nezodpovědnosti, nepřipravenosti a dalo by se říct i lenosti.

5. Hypotéza: Předpokládám, že nejvyužívanější zdroj informací je pro vysokoškolské studentky a vysokoškolské studenty internet.

Tato hypotéza mě vlastně trochu překvapila. V dnešní době moderních technologií a vymožeností, je pro všechny nejdostupnější a nejrychlejší zdroj informací právě internet. Vždyť stačí napsat nebo kliknout a informace máte „naservírované na talíři“. Přesto z odpovědí vyplývá, že internet není nejvyužívanější zdroj informací.

## Závěr

Má bakalářská práce se zaměřuje na cílovou skupinu vysokoškolských studentek a studentů pedagogických fakult. Dále se zaměřuje na další možné vzdělávání této cílové skupiny a na jejich získané postoje, názory a zkušenosti v oblasti antikoncepčních metod.

Prvním cílem bylo zjistit využívané druhy antikoncepčních metod u studentek a studentů vysokých škol. Respondentky a respondenti mě mile překvapili. Všichni alespoň trochu mají povědomí o možnostech antikoncepčních metod. Nejvíce využívané metody antikoncepce byly bariérové a kombinované hormonální metody. Tyto dvě metody podle mého názoru „sedí“ do tohoto věkového období. Bariérové metody jsou v České republice dostupné, navíc slouží mimo jiné i jako ochrana proti pohlavně přenosným nemocem. Kombinované hormonální metody předepíše lékař a při jejich správném použití jsou i spolehlivé.

Zajímavé, přesto pro mě očekávané, byly výsledky z otázky na alternativní metody antikoncepce – „babské rady proti početí“. Naprostá většina se nesetkala s využitím těchto metod. Doba babictví a bylinek je této věkové skupině mnohem vzdálenější.

Druhým cílem bylo zjistit míru zodpovědnosti k ochraně při pohlavním sexuálním styku. Z tohoto zjištění mám hodně smíšené pocity. Při pohledu na ochranu při jakémkoli pohlavním sexuálním styku, jsem měla jasno, myslela jsem si jednoduše, že dospělí jedinci jsou zodpovědnější a méně riskují. Když máte stálého sexuálního partnera či stálou sexuální partnerku, tak je mi jasné, že se ochrana může po nějakém čase změnit. Přesto názor na ochranu při pohlavním styku s náhodným sexuálním partnerem či náhodnou sexuální partnerkou, mám velice striktní. Jedinci, kteří do takového pohlavního styku „jdou“, by vždy měli použít prezervativ. Přesto se ale ukázalo, že takto zodpovědní respondentky ani respondenti nejsou.

Třetím cílem bylo zjistit od koho nebo kde vysokoškolské studentky a vysokoškolští studenti čerpají informace. Zde se objevovaly odpovědi všech možností. Vysokoškolské studentky a vysokoškolští studenti vědí, kam „sáhnout“ pro nějakou tu informaci. Z výsledků vyplývá, že jsou respondentky a respondenti otevření mluvit o takovýchto věcech se svými kamarády a známými, tedy, že si od nich nějakou radu či informaci nechají říct. Jako informátoři u respondentek a respondentů slouží jak rodiče,



tak i lékař. Velkou roli zde hrají i různé časopisy, výzkumy, odborná literatura a internet. Na internetu se dá najít video, článek, rozhovor a mnoho dalšího užitečného k této problematice.

Postoje, názory a zkušenosti vysokoškolských studentek a vysokoškolských studentů jsou již ovlivněny a nějakým způsobem vytvořeny. To samozřejmě neznamená, že se dále ještě nemohou vytvářet a přetvářet. Proces sexuality a s ní spojená i problematika edukace o ní a problematika antikoncepčních metod, nás provází a bude provázet celý život.

Tato bakalářská práce celkově předkládá aktuální informace o problematice využívání antikoncepčních metod. Předkládá také možnosti dalšího neformálního vzdělávání dospělých lidí. Bakalářská práce může posloužit budoucím či stávajícím pedagožkám a pedagogům jako inspirace pro další možné získávání informací. Tato bakalářská práce může také některé přimět k zamyšlení, jestli jejich postoje a názory na určité aspekty jejich sexuálního života jsou správné či nikoli.

V úplném závěru bych jen chtěla zmínit, že při vyhodnocování výzkumného šetření jsem zaznamenala z mé strany nepatrné nedokonalosti v mnou sepsaném dotazníku. Zjistila jsem, že některé dotazníkové otázky byly pro mé cíle výzkumu nepotřebné, proto bych je příště do dotazníku nezařadila. Pár dotazníkových otázek bych pozměnila pro lepší srozumitelnost. Během vyhodnocování mého výzkumu jsem si vyvodila další možné otázky, které by můj výzkum více rozvinuly a „dokreslily“ by výsledky šetření. Tyto nedokonalosti mi ovšem nikterak nepoznamenaly výsledky výzkumu, přesto kdybych tento výzkum připravovala znovu, snažila bych se těmto nedokonalostem vyhnout.

## Seznam literatury

### Knižní zdroje:

1. BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 132 s. ISBN 80-247-1351-9.
2. ČEPICKÝ, Pavel a FANTA, Michael. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. 2. vydání. Praha: Levret, 2010. 136 s. ISBN 978-80-87070-51-2.
3. FAIT, Tomáš. *Antikoncepce*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2012. 125 s. ISBN 978-80-7345-285-8.
4. FAIT, Tomáš a PROUZOVÁ, Zuzana. *Jak učit o antikoncepci*. 1. vydání. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovy, 2010. 16 s. ISBN 978-80-254-6428-1.
5. HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 3. vydání. Praha: Portál, 2015. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
6. KASSIN, Saul. *Psychologie*. 2. vydání. Brno: CPress, 2012. 771 s. ISBN 978-80-264-0074-5.
7. Kolektiv autorů. *Jak lépe milovat. Důvěrný dotek*. 1. vydání. Praha: Svojtka&Co., 2002. 191 s. ISBN 80-7237-082-0.
8. Kolektiv autorů. *Rodinná encyklopedie zdraví. Sexuální život*. 1. vydání. Čestlice: Rebo, 2006. 292 s. ISBN 80-7234-537-0.
9. KUBÍK, Josef. *Sexualita bez tabu*. 1. vydání. Brumovice: Carpe diem, 2010. 328 s. ISBN 978-80-87195-10-9.
10. MASLOW, Abraham H. *O psychologii bytí*. 1. vydání. Praha: Portál, 2014. 320 s. ISBN 978-80-262-0618-7.
11. NAKONEČNÝ, Milan. *Úvod do psychologie*. 1. vydání. Praha: Academia, 2003. 507 s. ISBN 80-200-0993-0.
12. PLHÁKOVÁ, Alena. *Dějiny psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-0871-X.
13. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. vydání. Praha: Portál, 2004. 392 s. ISBN 80-7178-829-5.
14. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu*. 6. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9.
15. SEIDLOVÁ, Dana. *Kontracepce pro praxi. Průvodce metodami zábrany otěhotnění*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 1997. 148 s. ISBN 80-85800-39-X.

16. TÄUBNER, Vladimír a JANIŠ, Kamil. *Na pomoc studentům a učitelům v sexuální výchově*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 1998. 50 s. ISBN 80-7041-194-5.
17. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. Dětství, dospělost, stáří. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.
18. VOKURKA, Martin a HUGO, Jan a kolektiv. *Velký lékařský slovník*. 5. vydání. Praha: Maxdorf, 2005. 1005 s. ISBN 80-7345-058-5.
19. VÝROST, Jozef a SLAMĚNÍK, Ivan (Eds.). *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
20. WEISS, Petr a kolektiv. *Sexuologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
21. WEISS, Petr a ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-558-X.

### **Časopisecké zdroje:**

22. CEJPOVÁ, Helena. Deprese související s hormonální antikoncepcí. *TÉMA. Zpravodajsko-společenský časopis*. Praha: MARFA a. s., 2016. 41. s. 37. ISSN 2336-4815.

### **Internetové zdroje:**

23. ČEPICKÝ, Pavel. *Historie antikoncepce*. In. *Levret.cz* [online]. 2016 [cit. 20. 3. 2016]. Dostupné z: <http://ambulance.levret.cz/historie-antikoncepce/>
24. *Listina základních práv a svobod: úplné znění zákon č. 23/1991 Sb. ze dne 9. ledna 1991* [online]. 2010-2016 [cit. 20. 3. 2016]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-23>
25. POUPĚTOVÁ, Julie Gaia. *Julie Gaia sex kouč*. [online]. 2016 [cit. 30. 5. 2016]. Dostupné z: <http://juliegaiapoupetova.cz/>
26. ROZKOŠ bez RIZIKA, o.s. [online]. 2010-2013 [cit. 30. 5. 2016]. Dostupné z: <http://www.rozkosbezrizika.cz/>

## Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentek a respondentů .....	45
Graf 2: Věk respondentek a respondentů .....	45
Graf 3: Sexuální orientace respondentek a respondentů .....	46
Graf 4: Pohlavní styk respondentek a respondentů .....	46
Graf 5: Jednotlivé antikoncepční metody při pohlavním styku se stálým partnerem či stálou partnerkou (vyjádřeno v procentech).....	48
Graf 6: Kombinovaná hormonální antikoncepce při pohlavním styku se stálým partnerem či stálou partnerkou .....	49
Graf 7: Jednotlivé antikoncepční metody při pohlavním styku s náhodným partnerem či náhodnou partnerkou (vyjádřeno v procentech) .....	50
Graf 8: Bariérová metoda antikoncepce při pohlavním styku s náhodným partnerem či náhodnou partnerkou .....	51
Graf 9: Využití alternativních metod antikoncepce, tedy "babských rad proti početí" .....	52
Graf 10: Nechráněný pohlavní styk u žen .....	53
Graf 11: Prezervativ u žen, které měly nechráněný pohlavní styk .....	53
Graf 12: Nechráněný pohlavní styk u mužů .....	54
Graf 13: Prezervativ u mužů, kteří měli nechráněný pohlavní styk .....	54
Graf 14: Zdroje informací vysokoškolských studentek a studentů .....	55

## **Seznam příloh**

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Rozhovor

Příloha C – Rozhovory s odpověďmi

## Příloha A

Dobrý den,

jmenuji se Aneta Müllerová a jsem studentka Pedagogické fakulty (obor Speciální pedagogika ve speciálních zařízeních) Univerzity Hradec Králové. Téma mé bakalářské práce je „*Když se vysokoškoláci (ne)chrání aneb postoje a zkušenosti vysokoškolských studentek a studentů v oblasti užívání antikoncepce*“. Pro svůj výzkum k mé bakalářské práci jsem zvolila formu dotazníku. Tímto dotazníkem bych chtěla zjistit získané postoje, zkušenosti a informovanost vysokoškolských studentek a studentů pedagogických fakult v oblasti užívání antikoncepce a také zdroje informací o antikoncepčních metodách těchto studentek a studentů.

Tento dotazník je anonymní. Povinné otázky jsou označené tímto znakem „\*“. Prosím o pravdivé vyplnění jednotlivých otázek. Čitelně zakroužkujte jednotlivé otázky nebo vyplňte otázky na příslušné řádky.

1. Jaké je Vaše pohlaví?\*

  - a) Muž
  - b) Žena

2. Kolik je Vám let?\*
3. Jaká je Vaše sexuální orientace?\*

  - a) Heterosexuální
  - b) Homosexuální
  - c) Bisexuální
  - d) Jiná možnost .....

4. Měl/a jste pohlavní styk?\*

  - a) Ano
  - b) Ne

5. Počet Vašich sexuálních partnerů (mužů) s koitem (pohl.stykem) je:\*
6. Počet Vašich sexuálních partnerek (žen) s koitem (pohl. stykem) je:\*
7. Měl jste někdy nechráněný pohlavní styk?\*

  - a) Ano
  - b) Ne

8. Nosíte u sebe bariérovou metodu antikoncepce, tedy prezervativ?\*

  - a) Ano
  - b) Ne

9. Měl/a jste stálého partnera či stálou partnerku?\*

a) Ano

b) Ne

10. Otázka k otázce číslo 10, pro odpověď ANO: V situaci, kdy jste měl/a stálého partnera či stálou partnerku, jakou antikoncepci jste používal/a při pohlavním styku? (zahrnují se minulé vztahy)

(Zaškrtnout u všech metod, pokud jste nějakou metodu nepoužil/a, zaškrtněte kolonku „nikdy“.)

	Vždy	Většinou	Občas	Alespoň 1	Nikdy
Přerušovaná soulož					
Přirozené metody (měření teploty těla, počítání plodných a neplodných dnů,...)					
Bariérové metody (prezervativ – mužský, ženský, poševní pesar,...)					
Chemické metody (metody, které obsahují spermicidy (=látky hubící spermie) - krém, čípek, globule, tampóny)					
Nitroděložní tělísko					
Kombinované hormonální metody (obsahující dva hormony – estrogen a progesteron - tableta, náplast, kroužek)					
Gestagenní metody (obsahující hormon – progestin (hormon s účinkem na žluté tělísko – tablety, injekce, podkožní tělíška (implantáty))					
Postkoitální metoda (=intercepse, záchranná antikoncepce (po nechráněném pohlavním styku))					

11. Máte v současné době stálého sexuálního partnera či stálou sexuální partnerku?\*

a) Ano

b) Ne

12. Otázka pro otázku číslo 12, odpověď pro ANO: Jakou antikoncepci používáte s tímto sexuálním partnerem? (možná je i kombinace antikoncepcí)

.....

13. Otázka pro otázku číslo 12, odpověď pro ANO: Změnilo se Vám používání této/těchto antikoncepce/í v průběhu trvání tohoto sexuálního vztahu?

a) Ano, jak (co na začátku, co teď).....

b) Ne

14. Měl/a jste někdy náhodného partnera či náhodnou partnerku?\*

a) Ano

b) Ne

15. Otázka k otázce číslo 13, pro odpověď ANO: V situaci, kdy jste měl/a náhodného partnera či náhodnou partnerku, jakou antikoncepci jste používal/a při pohlavním styku? (zahrnují se minulé vztahy)

(Zaškrtnout u všech metod, pokud jste nějakou metodu nepoužil/a, zaškrtněte kolonku „nikdy“.)

	Vždy	Většinou	Občas	Alespoň 1	Nikdy
Přerušovaná soulož					
Přirozené metody (měření teploty těla, počítání plodných a neplodných dnů,...)					
Bariérové metody (prezervativ – mužský, ženský, poševní pesar,...)					
Chemické metody (metody, které obsahují spermicidy (=látky hubící spermie) - krém, čípek, globule, tampóny)					
Nitroděložní tělísko					
Kombinované hormonální metody (obsahující dva hormony – estrogen a progesteron - tableta, náplast, kroužek)					
Gestagenní metody (obsahující hormon – progestin (hormon s účinkem na žluté tělísko – tablety, injekce, podkožní tělíška (implantáty))					
Postkoitální metoda (=intercepse, záchranná antikoncepce (po nechráněném pohlavním styku))					

16. Jak Vás ovlivňuje okolí při výběru antikoncepce?\*

- a) Zásadně
- b) Spíše ovlivňuje
- c) Spíše neovlivňuje
- d) Vůbec

17. Jak moc diskutujete s partnerem/partnerkou o výběru antikoncepce?\*

- a) Je mu/jí jedno, vybírám sám/sama
- b) Diskutujeme o tom, ale volbu nechává na mě
- c) Diskutujeme o tom, na konečném rozhodnutí se shodneme



18. Určete spolehlivost jednotlivých typů antikoncepce proti nechtěnému otěhotnění.\*

(1=nejvíce, 5=nejméně – určit spolehlivost u všech typů metod)

	Proti nechtěnému otěhotnění
Přerušovaná soulož	
Přirozené metody (měření teploty těla, počítání plodných a neplodných dnů,...)	
Bariérové metody (prezervativ – mužský, ženský, poševní pesar,...)	
Chemické metody (metody obsahující spermicidy (=látky hubící spermie) – krém, čípek, globule, tampóny)	
Nitroděložní tělísko	
Kombinované hormonální metody (obsahující dva hormony – estrogen a progesteron – tableta, náplast, kroužek)	
Gestagení metody (obsahující hormon – progestin (=hormon s účinkem na žluté tělísko, který brání spermím v průchodu do dělohy, blokáda ovulace – tablety, injekce, podkožní tělíška (implantáty))	
Postkoitální metoda (=intercese, záchranná antikoncepce (po nechráněném pohlavním styku)	

19. Určete spolehlivost jednotlivých typů antikoncepce proti pohlavním nemocem.\*

(1=nejvíce, 5=nejméně – určit spolehlivost u všech typů metod)

	Proti pohlavním nemocem
Přerušovaná soulož	
Přirozené metody (měření teploty těla, počítání plodných a neplodných dnů,...)	
Bariérové metody (prezervativ – mužský, ženský, poševní pesar,...)	
Chemické metody (metody obsahující spermicidy (=látky hubící spermie) – krém, čípek, globule, tampóny)	
Nitroděložní tělísko	
Kombinované hormonální metody (obsahující dva hormony – estrogen a progesteron – tableta, náplast, kroužek)	
Gestagení metody (obsahující hormon – progestin (=hormon s účinkem na žluté tělísko, který brání spermím v průchodu do dělohy, blokáda ovulace – tablety, injekce, podkožní tělíška (implantáty))	
Postkoitální metoda (=intercese, záchranná antikoncepce (po nechráněném pohlavním styku)	

20. Dostali jste se někdy do situace, kdy jste použili postkoitální antikoncepci?\*

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

21. Od koho/ z čeho čerpáte informace o antikoncepci v současné době?\*

(možno zaškrtnout více odpovědí)

- a) Od rodičů
- b) Ve škole – předmět
- c) Ve škole – preventivní program
- d) Letáček/nástěnka
- e) Z novin/časopisů
- f) Z filmu/televize/video
- g) Z knížek
- h) Z odborné literatury
- i) Z výzkumů
- j) Od kamarádů/známých
- k) Nikde
- l) Jinde, kde .....

22. Vyzkoušel/a jste někdy nějakou alternativní metodu antikoncepce, tedy „babskou radu“ proti nechtěnému otěhotnění?\*

- a) Ano,
- b) Ne

23. Jakou spolehlivost mají podle vás jednotlivé alternativní metody antikoncepce, tedy „babské rady“ proti otěhotnění (=metody sloužící jako antikoncepce)?\*

(1=nejvíce, 5=nejméně – určit spolehlivost u všech typů metod)

Výplach pochvy Coca – Colou po styku	
Pití čaje z tabáku před, během a po styku	
Pití mléka během styku	
Vana po styku	
Vymočení po styku	
Pití citrónové šťávy před, během a po styku	
Užívání byliny „rozmarýn“ (v jakékoli podobě)	

## **Příloha B**

1. Jaké je Vaše pohlaví?
2. Kolik je Vám let?
3. Jaká je Vaše sexuální orientace?
4. Měl/a jste pohlavní styk?
5. Využíváte nějaké antikoncepční metody? Jestli ano, jaké a proč zrovna tyhle?
6. Slyšela jste o alternativních metodách antikoncepce – „babských radách proti početí“? Využila jste je někdy?
7. Změnilo se Vám v průběhu trvání nějakého vztahu využívání antikoncepčních metod (jestli jste na začátku používali nějakou, než jste přešli na jinou a podobně)?
8. Nosíte u sebe prezervativ? Jestli ano, proč?
9. V případě, že byste se dostal/a do situace, kdy máte možnost mít náhodný pohlavní styk, jak se zachováte? Jakou metodu antikoncepce byste popřípadě použil/a?
10. Čerpáte od někoho nebo z něčeho informace? Jestli ano, jaký je Váš zdroj informací, proč právě tento?
11. Absolvoval/a jste nějakou besedu či kurz prevence sexuálního rizikového chování nebo s problematikou antikoncepčních metod?

## **Příloha C**

### **Respondentka číslo 1**

#### **Využíváte nějaké antikoncepční metody? Jestli ano, jaké a proč zrovna tyhle?**

„Žádné antikoncepční metody nevyužívám. S přítelem se „chráníme“ přerušovanou souloží. S bývalým sexuálním partnerem (to už je určitě 5 let zpátky) jsem dva měsíce brala dva druhy hormonální antikoncepce v podobě tablet (jako jeden měsíc jeden druh, druhý měsíc druhý druh). Ani jeden druh této antikoncepce mně nedělal dobře. Po prvních práškách mi bolely prsa a po druhých jsem se cítila otekle.“

#### **Slyšela jste o alternativních metodách antikoncepce – „babských radách proti početí“? Využila jste je někdy?**

„Ano, slyšela jsem o nich. Občas si o tomhle i přečtu různé články na internetu. Sama jsem je nikdy nevyužila, vlastně ani neznám nikoho, kdo by je využil. Určitě na tom něco pravdy bude, například nějaké byliny určitě něčemu pomáhají a třeba i něčemu zabraňují, ale abych tomu věřila úplně na 100 % to rozhodně ne.“

#### **Změnilo se Vám v průběhu trvání nějakého vztahu využívání antikoncepčních metod (jestli jste na začátku používali nějakou, než jste přešli na jinou a podobně)?**

„Nezměnilo. Hned jsem říkala, že hormonální prášky mi nedělají dobře. Nad jinou možností ochrany jsem vlastně ani nikdy nepřemýšlela a nikdo mě do žádné nikdy nenutil. Když nemusím, tak do sebe žádnou chemii nechci hrnout.“

#### **Nosíte u sebe prezervativ? Jestli ano, proč?**

„Nenosím. Kondom jsem využila jen jednou, jinak ho vůbec nepoužívám. Dalo by se říct, že nemám ráda pohlavní styk s kondomem, vadí mi ta chvilka, kdy by se měl kondom nandat. Víím, že je to hodně rizikové, ale co si tak vzpomínám, tak jsem na tohle zrovna v tu chvíli vůbec nemyslela. Většinou, když jsem měla nějaký náhodný pohlavní styk, tak to bylo s člověkem, kterého jsem nějakým způsobem znala nebo jsem ho už nějaký čas znala. S úplně cizím chlapem bych pohlavní styk neměla.“

**V případě, že byste se dostal/a do situace, kdy máte možnost mít zcela náhodný pohlavní styk, jak se zachováte? Jakou metodu antikoncepce byste popřípadě použil/a?**

„Kdybych se do takové situace dostala, tak bych tuto situaci nevyužila k pohlavnímu styku. S cizím člověkem bych nikdy pohlavní styk neměla. Jinak obecně vzato, by měli takoví jedinci, kteří by do toho šli, využít jednoznačně prezervativ.“

**Čerpáte od někoho nebo z něčeho informace? Jestli ano, jaký je Váš zdroj informací, proč právě tento?**

„Nejdostupnější je jednoznačně internet, tam najdete všechno a hned. I já čerpám z internetu, koukám se na různá dokumentární videa nebo i na takové poučné spoty. Taky čtu různé články. V dnešní době lidé málo komunikují mezi sebou, já mám štěstí, že se mě málo komunikace opravdu netýká, jak z mé strany, tak ze stran rodičů, kamarádů a přítele. Proto jsou pro mě největšími zdroji informací právě rodiče, kamarádi a přítel.“

**Absolvoval/a jste nějakou besedu či kurz prevence sexuálního rizikového chování nebo s problematikou antikoncepčních metod?**

„Jedině na střední škole nějaké preventivní programy, ale moc už si to nepamatuju. Téma sexuality mě, ale docela zajímá a baví, takže bych klidně na nějaký kurz či přednášku ráda šla.“

## Respondentka číslo 2

**Využíváte nějaké antikoncepční metody? Jestli ano, jaké a proč zrovna tyhle?**

„Žádnou nevyužívám. Nemám žádného chlapa na sex, takže jsem se na antikoncepci vykašlala. Sex mám ráda, takže pro všechny případy mám v peněžence, někdy i po kabelce, poházené kondomy.“

**Slyšela jste o alternativních metodách antikoncepce – „babských radách proti početí“? Využila jste je někdy?**

„Slyšela, ale nikdy jsem je nevyužila. Ale dříve jsem koukala na seriál Sága rodu Forsytů a v něm si hlavní hrdinka po sexu vyplachovala pochvu vodou. Třeba to nějaký účinek má, ale asi bych to ani vyzkoušet nechtěla. Když jsem si někdy pročítala nějaké články, tak mi něco přišlo i nechutný.“

**Změnilo se Vám v průběhu trvání nějakého vztahu využívání antikoncepčních metod (jestli jste na začátku používali nějakou, než jste přešli na jinou a podobně)?**

„Po prvním sexu jsem začala brát prášky, které jsem dlouhou dobu nezměnila. V podstatě jsem je brala se všemi stálými partnery. Bylo to super, že jsme se o to moc nemuseli starat. Jen jsem si je jednou za tři měsíce koupila a jak už jsem je brala dlouho pravidelně, tak už jsem to dělala automaticky. Vysadila jsem je tak před rokem, teď při sexu, když nějaký mám, použiju kondom.“

**Nosíte u sebe prezervativ? Jestli ano, proč?**

„Nosím. Nemám teď žádného stálého partnera, proto neberu žádnou stálější antikoncepci. Nechci otěhotnět, ani nechci chytout pohlavní nemoc, takže když přeskočí jiskra u mě i u protějšku, tak se většinou snažím ten kondom použít. Myslím, že mi to zatím vždy vyšlo. Někdo sex s kondomem nemá rád, mně osobně to nevádí, protože dnešní kondomy jsou tenké a nejsou cítit. Hlavně je i plno druhů, například sex s kondomem s vroubky je velice příjemný a vzrušující.“

**V případě, že byste se dostal/a do situace, kdy máte možnost mít zcela náhodný pohlavní styk, jak se zachováte? Jakou metodu antikoncepce byste popřípadě použil/a?**

„Já bych asi s úplně jako s úplně cizím chlapem nešla. Myslím si to pro teď. Ale zároveň nechci zase říkat nikdy, protože člověk neví, do jaké situace se dostane, a co se v jaké situaci stane. Třeba bych si i dala říct, kdyby mi byl nějaký chlápek hodně sympatický a tak nějak by mě dostal a zdál by se mi v pohodě. Brala bych to jen jako na ten sex, aspoň ze začátku. Určitě bych ale použila kondom.“

**Čerpáte od někoho nebo z něčeho informace? Jestli ano, jaký je Váš zdroj informací, proč právě tento?**

„Mám v pohodě rodiče, kteří mají velice otevřený přístup k věcem ohledně sexuality. Od mládí se se mnou hodně bavili, když jsem se na něco zeptala tak mi normálně odpověděli. Informace jsem především získala od nich, získávám i dodnes. V průběhu dospívání se začali nabalovat další zdroje, různé články na internetu, bavilo mě prohlížet sexuální knihy, začala jsem věci týkající se kluků a sexu probírat s kamarádkami nebo se svou gynekoložkou.“

**Absolvoval/a jste nějakou besedu či kurz prevence sexuálního rizikového chování nebo s problematikou antikoncepčních metod?**

„Pamatuju si jedině nějakou besedu na základní škole. Na střední škole jsme nic neměli. Já sama jsem si žádný kurz, besedu nebo přednášky nevyhledala. Slyšela jsem teď o sex koučinku. Když jsem se na to koukala na internetu, tak tam byly docela zajímavé věci, takže jsem si říkala, že bych klidně nějaký kurz absolvovala.“

**Respondent číslo 3**

**Využíváte nějaké antikoncepční metody? Jestli ano, jaké a proč zrovna tyhle?**

„Já jako chlap žádnou nevyužívám, teď ani přerušovanou soulož, kterou jsem dřív provozoval. Přítelkyně začala zase brát hormonální antikoncepci. Máme jedno dítě, tak zkoušela po porodu nitroděložní tělíčko, ale nějak jí nevyhovovalo.“

**Slyšela jste o alternativních metodách antikoncepce – „babských radách proti početí“? Využila jste je někdy?**

„O tyhle metody se moc nezajímám. Jediné, co jsem slyšel je, že na potrat je dobré si sednout do horké vany a vypít v ní sklenku vína. Tohle, ani nic podobného jsem s partnerkou nezkoušel. Určitě to nefunguje na 100 %.“

**Změnilo se Vám v průběhu trvání nějakého vztahu využívání antikoncepčních metod (jestli jste na začátku používali nějakou, než jste přešli na jinou a podobně)?**

„Změnilo. S mou současnou přítelkyní jsme nejdřív začínali s přerušovanou souloží, potom brala na chvíli prášky, pak je vysadila (chtěla nechat odpočinout tělo od chemie). Poté otěhotněla. Po dítěti zkusila tělíčko a nakonec se vrátila k práškům. Z mužských antikoncepcí mě vlastně napadá jedině kondom. Myslím, že jsem si přečetl asi někde na internetu o hormonální ochraně pro chlapi, ale blíž jsem se o ni nezajímal. Hned na začátku jsme se domluvili na nějakém druhu ženské antikoncepce.“

**Nosíte u sebe prezervativ? Jestli ano, proč?**

„Ne, nenesím. Momentálně mám přítelkyni, se kterou kondom nepoužívám. Jinou sexuální partnerku nemám. Zcela náhodný pohlavní styk jsem neměl. Někáký náhodný sex jsem měl většinou s ženou, kterou jsem už nějakým způsobem znal, nebo to třeba byla moje známá. Co si pamatuju, tak jsem u těchto žen kondom použil vždy.“

**V případě, že byste se dostal/a do situace, kdy máte možnost mít zcela náhodný pohlavní styk, jak se zachováte? Jakou metodu antikoncepce byste popřípadě použil/a?**

„Nikdy jsem to nahned neudělal. Ani to pro mě není lákavé.“

**Čerpáte od někoho nebo z něčeho informace? Jestli ano, jaký je Váš zdroj informací, proč právě tento?**

„Hodně informací jednoznačně čerpám z internetu. S přítelkyní máme hodně otevřený a upřímný vztah, takže se „vzděláváme“ navzájem. Často si i spolu prohlížíme sexuální knihy, kterých doma už pár máme.“

**Absolvoval/a jste nějakou besedu či kurz prevence sexuálního rizikového chování nebo s problematikou antikoncepčních metod?**

„Myslím, že nějaká přednáška na střední proběhla, ale že by mě to nějak nabylo informacemi, mi teda nepříjde. Teď už nějaké kurzy moc neřeším.“