

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Informovanost středoškoláků o antikoncepci
(Bakalářská práce)

Autor: Zuzana Nováková

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Učitelství praktického vyučování

Vedoucí práce: PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Irena Loudová, Ph.D.

Hradec Králové 2016

KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLGIE

Pedagogická fakulta UHK

PŘIHLÁŠKA

k tématu BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Informovanost žáků střední školy o antikoncepci

Stručný obsah, popis tématu, použité metody:

Bakalářská práce si klade za cíl zmapovat úroveň znalostí žáků střední školy v oblasti antikoncepce. Teoretická část vymezuje základní a související fakta k danému tématu. Empirická část se bude zabývat samotným výzkumem v oblasti informovanosti a využitím antikoncepčních prostředků žáky střední školy. Pro výzkum bude zvolena forma kvantitativní s využitím dotazníkové formy sběru dat.

Název práce v anglickém jazyce: Awareness of contraception for secondary school students

Prohlášení

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

V Hradci Králové dne 1. 6. 2016

Podpis:

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Evě Švarcové, Ph.D. za cenné rady, informace a odbornou pomoc při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji též všem respondentům za spolupráci při výzkumném šetření.

Anotace

NOVÁKOVÁ, Zuzana. *Informovanost středoškoláků o antikoncepci*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. (s). Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zaměřuje na informovanost středoškoláků o antikoncepci. Teoretická část vymezuje historii antikoncepce, období adolescence, druhy antikoncepce, interrupci, sterilizaci a pohlavní choroby. Empirická část se bude zabývat samotným výzkumem v oblasti informovanosti středoškoláků kvantitativní metodou výzkumu s využitím dotazníkového šetření.

Klíčová slova: antikoncepce hormonální, antikoncepce bariérová, adolescence

Annotation

NOVÁKOVÁ, Zuzana. *Awareness of high school students about contraception*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králove, 2016 (s). Bachelor Thesis.

This thesis focuses on the awareness of high school students about contraception. The theoretical part defines the history of contraception, adolescence, types of contraception, abortion, sterilization and venereal disease. The empirical part will deal with the research itself in the awareness of high school students using quantitative research using questionnaires.

Keywords: hormonal contraception, barrier contraception, adolescence

Obsah

1	Úvod.....	10
2	Historie antikoncepce.....	11
3	Pohlavní orgány muže a ženy	14
3.1	Reprodukční systém ženy	14
3.2	Reprodukční systém muže.....	15
4	Období adolescence	16
5	Druhy antikoncepce	18
5.1	Přirozená antikoncepce.....	18
6	Bariérová antikoncepce.....	19
6.1	Kondom	19
6.2	Krémy a čípky	20
7	Hormonální antikoncepce	20
7.1	Antikoncepční náplasti	20
7.2	Minipilulky	21
7.3	Nitroděložní tělíška.....	21
7.4	Postkoitální antikoncepce	22
8	Sterilizace.....	23
8.1	Ženská sterilizace	23
8.2	Mužská sterilizace	23
9	Interrupce	24
10	Pohlavní nemoci.....	25
10.1	Kapavka	26
10.2	Kapavka u muže	26
10.3	Kapavka u ženy	26
10.4	Příjice (syfilis)	27
10.5	Získaná příjice	27

10.6	Vrozená příjice	28
11	Cíl výzkumné části	29
11.1	Metoda sběru dat	29
11.2	Výzkumný soubor.....	30
11.3	Analýza dat	30
11.4	Diskuze výsledku.....	52
12	Závěr.....	55

1 Úvod

Bakalářská práce se zabývá informovaností středoškoláků o antikoncepci. Důvodem, proč jsem si téma vybrala, je stoupající počet případů gravidity nezletilých dívek na středních školách. Cílem bakalářské práce je zjištění úrovně znalostí žáků středních škol o druzích antikoncepce, jejich využití, ochrana před početím a přenosem pohlavních chorob a v neposlední řadě postup studentů v případě, že by jim antikoncepční metoda selhala. Z mého pohledu je informovanost o možnostech využití antikoncepce nedostatečná, je málo probírána jak v rámci výuky na základních a středních školách, tak i rodinách, kde je většinou rozhovor na téma sex a antikoncepce tabu. V mém mínění mne utvrdila i skutečnost, že po mém nástupu na pozici učitelky střední školy ve Velkém Poříčí, již v průběhu prvního školního roku přerušily kvůli graviditě studium čtyři žákyně.

Rizikové sexuální chování se objevuje nejčastěji v období adolescence, kdy s věkem přichází spousta změn jak psychických, tak i fyzických. Období adolescence odpovídá zhruba věku od 12 do 20 let, což je období vyšších ročníků základní školy a střední školy. Adolescent na konci procesu získá konečnou fyzickou podobu, sexuálně vyzraje a je schopen sexuální reprodukce. V tomto období si mnozí jedinci neuvědomují rizika a důsledky svého neuváženého sexuálního chování. Ráda bych bakalářskou prací upozornila na to, že by se měla zvýšit informovanost dnešní mládeže o veškerých možnostech antikoncepčních prostředků. A to nejen o nich, ale i o důsledcích neuváženého založení rodiny bez ukončeného vzdělání a potřebného sociálního i finančního zázemí.

Bakalářská práce je členěna do sedmi kapitol, které se věnují danému tématu na základě odborné literatury. Práce je neformálně dělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část popisuje historii antikoncepce, reprodukční systém muže a ženy, období adolescence, druhy antikoncepce, sterilizaci, interrupci a pohlavní choroby. Empirická část se zabývá vlastním výzkumným šetřením informovanosti středoškoláků o antikoncepci.

2 Historie antikoncepce

Antikoncepce vznikla ve chvíli, kdy si lidé uvědomili souvislost mezi pohlavním stykem a otěhotněním ženy. První, kdo přišel s touto informací, byl zakladatel lékařství Hippokrates. Vznikaly různé snahy o zabránění otěhotnění, které se objevují ve všech středověkých kulturách. Pravěcí lidé neměli tušení o spojitosti mezi pohlavním stykem a otěhotněním, proto chápali početí potomka jako strohou biologickou realitu. (ČEPICKÝ, P. Historie antikoncepce [online]. 2004).

V období středověku se jednalo především o zaříkávání, různé šamanské rituály a kouzla na přírodní bázi, jež měla odvrátit těhotenství nebo vyvolat potrat. Účinky byly patrně nejisté a jejich účinnost nízká. Používaly se výplachy pochvy roztokem z citronu a z mahagonských lusků, které dodnes aplikují některé přírodní národy na ostrově Martinique v Malých Antilách. V bibli je také popsán chirurgický zákrok, při kterém se na pánském přirození nařízne hráz kůže a vývodní cesty, ejakulát poté odchází bokem z mužského přirození a nesměřuje přímo do pochvy. Tímto zákrokem je však muž odkázán na močení vsedě. Do současnosti používaný a v bibli též popsán způsob je přerušovaná soulož. Vynálezcem této nejprostší antikoncepční metody je Ónán. (ČEPICKÝ, P. Historie antikoncepce [online]. 2004).

Ve starověkém Egyptě se obyvatelé řídili Petriho papyrem, který byl sepsán kolem roku 1850 př. n. l. a shrnuje různé antikoncepční metody. Před souloží využívali vykuřovací techniku spočívající v zapálení směsi vonných bylin, kterými těsně před pohlavním stykem vykuřovali ženskou pochvu. Dále používali pastu z krokodýlího trusu, která měla sloužit jako pesar. Zajímavostí je, že na staroegyptských náhrobních kamenech byly znázorněny na pánském přirození jakési pestrobarevné plátěné obaly. Vystává tedy otázka, zdali to byl první kondom, či se jednalo pouze o módní doplněk. (ČEPICKÝ, P. Historie antikoncepce [online]. 2004).

Ve starověkém Řecku ženy vkládaly důvěru v kouzla a amulety, které jim měly pomoci v zabránění zplození potomka. Jednalo se o sušená kočičí játra, která byla uzavřena v sáčku a připevněna k pravé noze. Tato a další aplikované metody byly zcela bez účinku. Z bariérových metod využívali cibulovou šťávu, vrbové listy, mast z tuhy, med, olej, kapustu či malý smotek ovčí vlny, který byl namáčen ve víně. Musíme však konstatovat, že většina těchto metod byla skutečně zčásti spermicidní a bariérová,

protože prostředky zaváděné do pochvy byly zcela kyselé nebo zásadité. (ČEPICKÝ, P. Historie antikoncepce [online]. 2004).

Křesťanské středověké období v Evropě zásadně odmítá jakoukoliv antikoncepční metodu. Pokud motivací k manželskému aktu byla radost a libost, bylo to považováno za velký hřích. (ČEPICKÝ, P. Historie antikoncepce [online]. 2004).

V roce 1564 se poprvé podařilo vyrobit kondom. Název je odvozen z latinského slova „condus“, což je označení pro nádržku, nádobku. Za vynálezce je považován Gabriel Fallopius, který přišel s myšlenkou navléci na pánské přirození pouzdro vytvořené ze lněného vlákna a napuštěné roztokem proti infekci. V 18. století se kondomy vyráběly ze zvířecích střívek, v roce 1844 se začaly vyrábět z kaučuku (Charles Goodyear) a v roce 1930 se na jejich výrobu začal využívat latex. (ČEPICKÝ, P. Historie antikoncepce [online]. 2004).

Zlom v historii antikoncepce nastal ve 20. letech minulého století, kdy vznikaly první antikoncepční poradny. U nás ve 30. letech na gynekologicko-porodnické klinice v Praze, vedoucí oddělení byla dr. Slámová. Poradny byly vybaveny kondomy, pesary, lokálními vaginálními pěnotvornými prostředky, poševní hubkami, tampony a sterilizačním zařízením. Počátky moderní antikoncepce se vztahují k 50. a 60. létům 20. století, kdy byl značný zájem o spolehlivou antikoncepci. Proběhlo několik klinických výzkumů a první antikoncepční přípravek byl schválen k užívání v roce 1959. V Evropě poněkud déle, a to v roce 1965 pod názvem Antigest. Začaly se objevovat různé typy gestagenní (injekční) nebo intrauterinní antikoncepce (nitroděložní tělíška). Děložní tělíška přišla na trh v roce 1967 zásluhou primáře Šráčka, který tělíško nazval DANA, což je zkratka hesla: Dobrá a neškodná antikoncepce. V 80. letech 20. století však nastala „první krize antikoncepce“, která byla zapříčiněna mediálním zájmem a zveřejněním informací o zánětlivých onemocněních způsobených nitroděložními tělísky. Pozdější výzkumy, které tyto poplašné a nesprávné informace měly vyvrátit, nebyly veřejností přijaty. Dále se šířily informace o negativních účincích antikoncepčních pilulek, které údajně způsobovaly rakovinu dělohy a nádory v prsu. Tento stav vedl k příklonu společnosti k využívání bariérových způsobů ochrany, avšak rovněž vedl ke zvýšení počtu interrupcí. Druhý pokles využívání antikoncepce je připisován 90. létům 20. století, kdy veřejnost zasáhly především dvě události, a to

pandemie HIV a tromboembolická nemoc. Během dalších několika let aféra utichla. (ČEPICKÝ, P. Historie antikoncepce [online]. 2004).

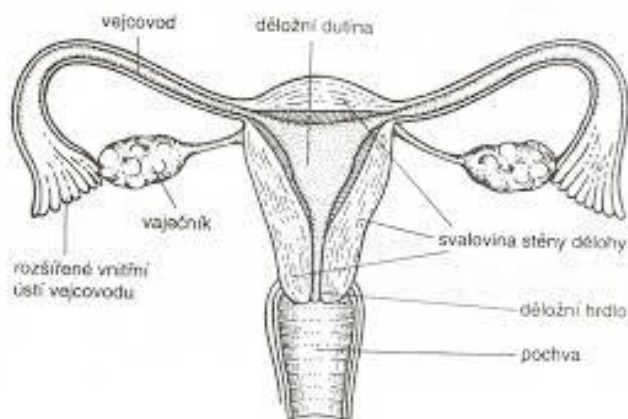
V současné době existuje mnoho metod, jak se ženy mohou chránit před početím. Využití prostředků se dělí na kombinovanou hormonální antikoncepci, gestagenní antikoncepci, nitroděložní tělíška nebo klasické bariérové metody. Všechny výše zmiňované prostředky budeme probírat podrobněji v samostatné kapitole. (ČEPICKÝ, P. Historie antikoncepce [online]. 2004).

3 Pohlavní orgány muže a ženy

3.1 Reprodukční systém ženy

Ženské orgány, které slouží k reprodukci, jsou uloženy v oblasti malé pánve. Pohlavní systém se skládá z vejcovodů, dělohy, vaječníků, pochvy, děložního čípku a děložního hrdla. Vajíčka se tvoří ve vejcovodech, odkud putují do dělohy. *„Vajíčko je doslova nasáváno směrem k široce zejícímu ústí vejcovodu, které je obklopeno jakýmsi prstovitými výběžky, které se nazývají fimbrie. Jakmile se vajíčko jednou ocitne na začátku vejcovodu, je pak transportováno směrem k děloze pomocí jemných řasinek, zvaných cilie“* (Szarewská, Guillebaud 1994, s. 13). Děloha je označována za jakousi schránku, která je určena k průběhu těhotenství. Vagina spolu s děložním krčkem mají úlohu ve směřování mužského spermatu k děloze, kde čeká vajíčko na oplodnění. Důležitý proces, odehrávající se v ženském těle, je menstruační cyklus. Na pravidelné krvácení, které se dostaví jednou za měsíc, má velký vliv mozek, který jej řídí množstvím vypuštěných hormonů do krevního řečiště. Mozek reguluje výdej tzv. gonadotropinu (GnRH). *„Gonády lze v překladu označit za pohlavní žlázy, výraz „trofický“ pochází z řečtiny a znamená něco stimulovat, vyživovat. Celkový název tohoto hormonu lze tedy přeložit asi tak, že se jedná o hormonální faktor, způsobující výdej dalšího hormonu, který pak určitým způsobem ovlivňuje pohlavní orgán. GnRH je přenesen krví do hypofýzy, ze které pak uvolňuje dva další hormony, a to folikuly stimulující hormon (FSH) a luteinizační hormon (LH), oba opět vstupují do krve a putují do vaječníků.“* (Szarewská, Guillebaud 1994, s. 16). Už od narození má každé děvče ve svých vaječnících několik tisíc folikulů, které se mohou vyvinout ve vajíčko. Počet těchto tekutinou naplněných měchýřků je od narození stálý, nové se netvoří, ale naopak ubývají. V období puberty se množství folikulů sníží asi na 200 tisíc, což je ovšem stále nadměrný počet, který žena za svůj život nevyužije. Při zrání folikulu je do krve vypouštěn hormon estrogen, který dělá z dívky ženu, a to ve smyslu růstu prsou a ochlupení, vytváří rovněž zaoblenější tvary ženského těla. Estrogen dále ovlivňuje ve zvýšeném množství výdej luteinizačního hormonu (LH), který ve vaječníku pomůže dozrát největšímu folikulu, ze kterého vzejde vajíčko. Ostatní folikuly ovlivněné LH mají za úkol zajistit takové podmínky, aby se vajíčko setkalo se spermií a přežilo. Ostatní folikuly vytvářejí malý okrsek nažloutlé tkáně nazývané žluté tělísko, které produkuje hormon progesteron. Hlavním úkolem progesteronu je proměnit dělohu v pohodlné lůžko a vyvolat tvorbu velkého množství sekrečních žlázek, které budou

sloužit jako výživa pro oplodněné vajíčko, tedy embryo. Od chvíle zachycení vajíčka ve vystlaném lůžku bojuje o udržení, jelikož mu hrozí stržení při dalším menstruačním cyklu. „Nedošlo-li k oplodnění nebo došlo ke stržení vajíčka, vzniklé žluté tělísko postupně mizí. Krevní hladina estrogenů i progesteronu prudce klesá a žlázy ve zbytnělé děložní sliznici odumírají. Mechovitá výstelka se pak z dělohy uvolňuje a odnáší s sebou i embryo, kterému nebylo souzeno přežít. A právě toto oddělování k těhotenství připravené děložní výstelky se nazývá periodickým krvácením neboli menstruací“. (Szarewská, Guillebaud 1994, s. 18). Pokles výše zmiňovaných hormonů má za následek aktivaci FSH hormonů, které opět napomáhají dozrávání folikulů, aby se celý menstruační proces mohl znovu opakovat. (Szarewská, Guillebaud 1994, s. 13-19).

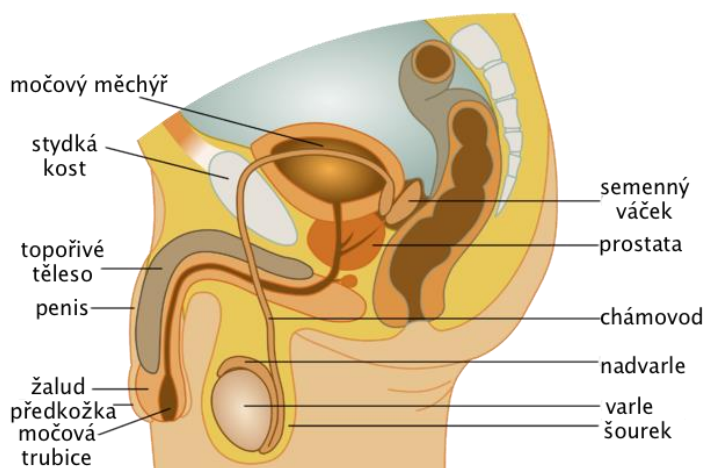


Obrázek 1 Reprodukční systém ženy

3.2 Reprodukční systém muže

Mužské pohlavní orgány se skládají z varlat, nadvarlat, chámovodu a pyje neboli penisu. Varlata jsou tvořena sítí kanálků, ve kterých se rodí spermie. Mají velikost vlašského ořechu a řadí se mezi párové orgány. Lze je přirovnávat k ženským vaječníkům, avšak s tím rozdílem, že žena se s dotací vajíček rodí a jejich počet se snižuje, oproti tomu spermie se tvoří a doplňují po celý život muže. Vytvořené spermie putují do nadvarlete, což představuje stejný kanálkovitý systém jako varle, kde spermie získává schopnost pohybu připomínající mrskající se pulce. Celý tento proces probíhá po dobu sedmdesáti dní. „Z nadvarlete se pak spermie pohybují do široké trubice, zvané chámovod, kterou jsou pak transportovány směrem k semenným váčkům a prostatě, což jsou žlázy, jejichž sekret napomáhá jejich výživě a tvoří i tekuté prostředí vlastního

ejakulátu neboli semene.“ (Szarewská, Guillebaud 1994, s. 21) Obecně má penis dvě základní funkce, a to odvádění moči a směřování spermatu do pochvy. Při vzrušení se penis ztopoří a nabyde na objemu. Už v tomto okamžiku můžeme spatřit na konci penisu ejakulační tekutinu, která při aplikaci přerušované soulože může zapříčinit těhotenství. Při vyvrcholení muže během pohlavního styku jsou vstříknuty miliony spermií do ženské vagíny. Spermii kyselého prostředí vagíny škodí, proto se snaží co nejrychleji proniknout děložním hrdlem až do dělohy. V případě, že zůstanou delší dobu v pochvě, dojde k jejich postupnému odumření. Sperma, které se dostane do pochvy, není zcela aktivní, aktivitu a schopnost oplodnit vajíčko získává ve chvíli, kdy prostupuje vrstvou děložního hlenu, tento jev nazýváme „kapacitace“. Když se spermie ocitne v děloze, může zde i několik dní přežívat. Některé pronikají až do vejcovodu, kde se také mohou setkat s vajíčkem a oplodnit ho. Embryo pak sestupuje do připravené ztlustělé děložní výstelky. (Szarewská, Guillebaud 1994, s. 20-23)



Obrázek 2 Reprodukční systém muže

4 Období adolescence

Mnoho autorů, kteří se zabývají vývojovou psychologií, popisuje věkové ohraničení adolescence rozdílně. Nelze tedy jednoznačně a přesně vymezit období, ve kterém adolescence probíhá. Adolescence je velmi obtížná životní etapa, v níž člověk přechází z etapy dětství do etapy dospělosti. Podle Atkinsona je to období zhruba od 12 do 20 let, kdy by měl být tělesný růst již ukončen. Je to ovšem značně individuální záležitost. Dosažení dospělosti ovlivňuje několik faktorů, a to jak společenských a kulturních, tak i ekonomických. Hranice vstupu do dospělosti se posouvá s nároky kladenými na adolescenta. V méně rozvinutých společnostech je dospělost ohraničena věkem, kdy adolescent prováděnými rituály získává a přijímá status dospělého.

„V industriálně rozvinutých společnostech jsou požadavky na dospělost náročnější, přechod do dospělosti se může posouvat do vyššího věku. Je provázen rozpory mezi povinnostmi, které jsou na adolescenta kladeny, aby se optimálně zařadil do společnosti, a jeho nároky na dospělé, aby mu ponechali plný prostor všech jeho osobních předpokladů a sklonů.“ (Číšková, Binarová, Holásková, Petrová, Plevová, Pugnerová, 2001, s. 111)

„Hlavním úkolem adolescenta je vytvořit si vlastní pocit identity, přijmout normy společnosti, vytvořit si vlastní hodnoty, přijmout za své morální principy dané společnosti, postupně se stát nezávislým na rodičovské autoritě a navazovat heterosexuální vztahy.“ (Číšková, Binarová, Holásková, Petrová, Plevová, Pugnerová, 2001, s. 111) Identita vzniká v průběhu hraní rolí, kdy si jedinec zkouší osvojit určité situace spolu s reakcemi na ně. Adolescent si v průběhu utváření identit osvojuje vzorce myšlení a chování, přijímá ty, které se mu osvědčily a společnostmi byly hodnoceny kladně, a upouští od těch, které byly společnostmi kritizovány.

K období dospívání neodmyslitelně patří i somatické změny, na jehož konci jedinec získává konečnou fyzickou podobu a pohlavně vyzraje. Je tedy připraven a schopen pohlavní reprodukce. (Rita L. Atkinson, 2003, s. 101)

V kognitivní oblasti se adolescent již přiklání k realitě. Zůstává však stále radikální a nekompromisní, chybí mu vícestrannost v chápání problému. Adolescent často postrádá rozvahu v řešení problémů, do všeho se zbrkle a bez rozmyšlení vrhá. Toto chování je zakotveno v tom, že adolescenti chtějí být co nejdříve nezávislí a samostatní. Dospívající se později stávají sebekritičtí a začínají chápat vztahy a souvislosti mezi věcmi a událostmi. (Číšková, Binarová, Holásková, Petrová, Plevová, Pugnerová, 2001, s. 114).

S obdobím dospívání přichází rozvoj erotické a sexuální aktivity. Zhruba ve druhé fázi puberty a postpuberty se navazují skutečné vztahy mezi dívkou a chlapcem, označované také jako „první lásky“. Oblast sexuálního chování má již párový charakter a jedinec si vybírá vhodného sexuálního partnera. Nejprve jde o navázání erotického vztahu, tedy vztahu emocionálního rázu, který přechází do druhé fáze zvané „dotyková“. V dotykové fázi zprvu nejde o koitus, ale o ustavení sexuálního páru. U obou partnerů se objevuje tendence k nezájmu o jiné sexuální partnery a zachování si vzájemné věrnosti.

Období adolescence s sebou přináší otázku rizikového sexuálního chování. Chlapce v bouřlivém dospívání pohání především biologická pudová složka sexuality.

U dívky je v popředí citová složka, která může a měla by být přirozenou brzdou předčasného zahájení pohlavního života. Chlapci se proto musí učit svoji sexuální tenzi ovládat a být schopni sebekázně. (Machová, Kubátová, 2009, s. 149-150)

„V současné době pozorujeme, že tradiční dospívání, spojené s pozvolným navazováním nejprve citových a teprve později sexuálních vztahů k jedincům druhého pohlaví, jež poskytuje dostatek času pro rozvoj osobnosti a pro přípravu na budoucí manželský, rodičovský a profesionální život, dnes mizí. Pod společenským tlakem konzumního přístupu k sexualitě bez přítomnosti emocionálního vztahu k sexuálnímu partnerovi mladiství předčasně začínají žít sexuálním životem, který s sebou nese i různé důsledky.“ (Machová, Kubátová, 2009, s. 150)

5 Druhy antikoncepce

5.1 Přirozená antikoncepce

Přirozené antikoncepční metody se vyznačují nízkou účinností a vysokými nároky kladenými na sebekontrolu i techniku provádění. Na druhou stranu výhodou těchto metod jsou nulové vedlejší účinky. Všechny druhy přirozené antikoncepce však nechrání proti přenosu pohlavních chorob. Nejčastěji používanou metodou je přerušovaná soulož, za kterou nejvíce zodpovídá muž a jeho schopnost ovládnutí své touhy. Důležitá je důkladná genitální hygiena muže a nejlépe mikce před dalším pohlavním stykem. (Fait, 2012, s. 96)

Druhou využívanou metodou je počítání plodných dní. Mohou ji aplikovat ženy, které mají pravidelný menstruační cyklus. *„Vychází z pravidla, že ovulace (uvolnění vajíčka) nastává čtrnáct dní před začátkem dalšího menstruačního krvácení, spermie mají životnost dva až tři dny a vajíčko je možno oplodnit do dvaceti čtyř hodin. Po půlročním až ročním sledování délky cyklu může žena plodné dny ohraničit odečtením osmnácti dnů od nejkratšího a jedenácti dnů od nejdelšího cyklu“* (Fait, 2012, s. 96) Ostatní dny tedy vycházejí jako neplodné.

Neplodné dny lze také zjistit měřením bazální teploty v pochvě. Teplota se měří vždy ráno, než žena vstane a napije se. Při ovulaci dochází ke změně hormonů, kdy začnou produkovat více gestagenů a méně estrogenů. Teplota se tím zvýší o 0,5 stupně a trvá až do konce celého cyklu. Neplodné období pak nastává po čtvrtém dni takto zvýšené teploty. Uvádí se, že teplota se musí měřit vždy na stejném místě, nemusí to

však být výhradně pochva, ale také oblast pod jazykem nebo v konečníku. Měření teploty by mělo probíhat po delší dobu, a to zhruba okolo čtyř minut. (Fait, 2012, s. 96)

Ovulaci lze obdobně zjistit na základě změny děložní sekrece, tedy výskytu tažného hlenu v děložním hrdle. Na těchto změnách je založena „Billingova metoda“, která rozeznává hlen produkovaný žlázkami děložního krčku. Hlen se mění podle fáze cyklu a podléhá změnám, které odpovídají koncentraci hormonů uvolňovaných vaječníky. V rané fázi menstruačního cyklu je hlen hustší a lepkavější, je ho malé množství, čím více se přibližuje čas ovulace, hlen díky estrogenům získává vodnatější a elasticitější podobu a přibývá. Elasticita hlenu se prokáže schopností natáhnout se o několik centimetrů, přičemž připomíná syrový vaječný bílek. Po ovulaci se hlen opět mění a vrací se mu podoba jako na začátku cyklu, změna je jasně rozpoznatelná ze dne na den. K ovulaci tedy došlo v den, kdy byl naposledy hlen elastický. Ženy raději připočítávají ještě další čtyři dny a pak si mohou být jistější, že jim těhotenství nehrozí. (Szarewská, Guillebaud, 1994, s. 157)

Za zmínku stojí i přirozená antikoncepční metoda související s obdobím kojení. Pokud žena pravidelně kojí a dítě se přisává k prsu, signál předávaný do hypofýzy ženy vypouští do těla hormon zvaný prolaktin. Jeho hlavní funkcí je podpora tvorby nového mléka v mléčných žlázách, působí však i sekundárně, a to tak, že zastavuje tvorbu hormonů ve vaječníku, který by uvolnil vajíčko. Při vysoké hladině prolaktinu v krvi k ovulaci vůbec nedochází. Nesmíme se však domnívat, že kojení zaručí stoprocentní antikoncepční jistotu, jelikož záleží především na jeho frekvenci. (Szarewská, Guillebaud, 1994, s. 161)

6 Bariérová antikoncepce

6.1 Kondom

Označován také jako prezervativ, je nejtypičtější a nejznámějším představitelem bariérové antikoncepce. Kondom je jakýsi obal z jemné gumy, který si muž nasazuje na úd. Na konci prezervativu je zesílený a zarolovaný okraj pro snadnější navlečení. V přední části na vrcholku se nachází malý rezervoár pro zachycení vystříknutého spermatu. Na trhu jsou prezervativy v různých velikostech a provedení. Mohou být vylepšeny o různé hrbolky, vroubky a výstupky, které by měly zajistit větší potěšení partnerky. Důležité je však rozdělení na prezervativy suché nebo lubrikované, tedy „namazané“. Prezervativ se aplikuje na ztopořený penis před pohlavním stykem,

po jeho ukončení by měl být co nejrychleji sejmuto, dokud penis neochabne. Při ochabnutí nastává riziko sklouznutí z přirození a rozlití do pochvy ženy. Kondom nechrání jen před početím, rovněž chrání uživatele před přenosem pohlavních chorob, což je jeho velkou výhodou, kterou ostatní antikoncepční metody nezaručují. Další výhodou je dostupnost tohoto výrobku po finanční stránce. (Barták, 2006, s. 34-37)

6.2 Krémy a čípky

Spermie, mají-li vhodné prostředí, vydrží živé, pohyblivé a schopné oplodnit vajíčko až tři dny. Mohou po tuto dobu přežívat v pohlavním orgánu ženy. Zárodečné buňky muže jsou však velice citlivé na kyselé prostředí, které je rychle zlikviduje. Zmíněné kyselé prostředí se dá využít jako jedna z antikoncepčních metod, která je založena na spermicidní bázi, je to tedy „spermie hubící“ antikoncepce, která se řadí do chemické antikoncepce. *„Spermicidy se do pochvy dostávají ve formě čípků nebo krémů, které se do pochvy umísťují všelijakými aplikátory, pěnovými spreji a dokonce houbičkami, které jsou spermicidem nasyceny a po zavedení do pochvy pod vlivem vlhkosti nabobtnají a přehrazují spermiím průchod do děložního čípku.“* (Barták, 2006, s. 38) Nevýhodou této metody je vysoký rušivý element při aplikaci před souloží a dále nízký antikoncepční účinek. Výhodou však spatřujeme v dostupnosti zmíněných prostředků bez lékařského předpisu a žádné vedlejší hormonální účinky. Spermicidy jsou také zčásti dezinfekční, takže v menší míře mohou zabráňovat i přenosu pohlavních chorob. (Barták, 2006, s. 38-40)

7 Hormonální antikoncepce

7.1 Antikoncepční náplasti

Antikoncepční náplasti patří mezi kombinovanou hormonální antikoncepci, obsahují jak estrogenovou, tak i progesteronovou hormonální složku. Náplast je tělové barvy a má tvar malého čtverce o velikosti 4,5 x 4,5 cm, který se umísťuje nejčastěji na oblast ramene nebo hýždí. Jedna náplast obsahuje 6 mg EE a 0,6 mg norelgestrominu, ze které se denně uvolní okolo 0,02 mg EE a 0,15 mg této látky. (Fait, 2008, s. 103). Hlavní výhodou antikoncepční náplasti je fakt, že se látky vstřebávají přes kůži, díky čemuž není zbytečně zatěžováno trávicí ústrojí. Míží tedy i riziko snížení účinků antikoncepce při užívání antibiotik. Jsou vhodné pro ženy, které mají problémy s perorálním užíváním hormonálních tabletek. Princip časového užívání je stejný jako u

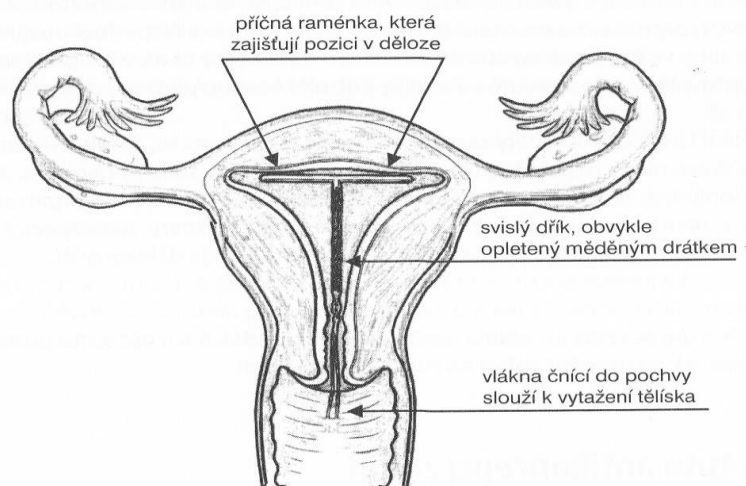
tablet, tedy tři týdny aktivního užívání a jeden týden pauza s tím, že náplasti se lepí vždy na jeden celý týden. Tento druh antikoncepce má také oproti tabletě velké plus v postupném a rovnoměrném vstřebávání hormonů do těla. Samozřejmě jako každá antikoncepční metoda má i tato své nevýhody. Je nápadná, může se neopatrným zacházením sloupnout nebo zkrabatit s následkem neestetického vzhledu. Bylo také zjištěno, že účinnost náplastí klesá u žen, jejichž tělesná váha přesahuje 90 kg. Na trhu je jediný dostupný přípravek, náplast Erva. (Barták, 2006, s. 100 -104)

7.2 Minipilulky

Minipilulkami nazýváme druh antikoncepce, který je založen na čistě gestagenních tabletách. V literatuře se v souvislosti s tímto druhem antikoncepce objevuje i druhé používané označení, a to metoda luteálního doplňování. *„Progestin brání početí tím, že zahušťuje hlen v děložním hrdle, který se tak stává pro spermie neprostupný, kromě toho působí malou změnu v charakteru děložní sliznice, v chemickém složení tekutiny tvořené buňkami vejcovodu a má na svědomí celou řadu drobných změn.“* (Barták, 2006, s. 105) Minipilulky se užívají jednou denně bez menstruační pauzy. Po 24 hodinách účinek silně klesá, proto je nutná obezřetnost uživatelky a pravidelnost užívání, tolerance při zapomenutí pilulky je 2 až 3 hodiny. Metoda luteálního doplňování má jednu hlavní výhodu, pilulky totiž mohou užívat i kojící ženy. Uvedeme i nevýhody výrobku, ke kterým se řadí nepravidelná menstruace, různé výtoky či špinění. Na současném trhu je pouze jediný přípravek tohoto typu, pilulky Cerazette. (Barták, 2006, s. 105 - 106)

7.3 Nitroděložní tělíska

Nitroděložní tělíska se v antikoncepčním světě ženy objevují již několik desetiletí, avšak do dnešní doby nebylo přesně zjištěno, na jakých principech fungují. Jedna z hypotéz tvrdí, že tělísko v děložní dutině vyvolává zánětlivý stav, na jehož základě je do těla vypouštěno větší množství bílých krvinek, tzv. killerů, které pohlcují a ničí bakterie i cizorodé buňky, partnerovy spermie nevyjímaje. Druhá hypotéza vypovídá o tom, že tělísko zrychluje přesun tekutin děložní dutinou, a tím pádem nemá oplodněné vajíčko dostatek času, aby se uchytilo v děloze.



Obrázek 3 Nitroděložní tělísko

Pro děložní tělíska se užívá zkratka IUD z anglického „intraterine device“, doslova přeloženo je to výraz pro vnitřní zařízení. Pro výrobu tělísek se používají kvalitní plasty, díky jejichž skvělé tvarové paměti se lehce zavádějí tak, že se *„tělísko vtáhne do tenké trubičky kalibru běžného brčka na pití, spolu s trubičkou se zavede děložním hrdlem do děložní dutiny a tam se z brčka jakýmsi pístem vytlačí. Tělísko se rozvine do původního tvaru, který mu nedovolí vyklouznout ven. Poté se brčko vytáhne a tělísko je úspěšně zavedeno.“* (Barták, 2006, s. 42) V současné době mají tělíska nejčastěji tvar písmene Ta jsou opatřena rybářským vlasem, který vyčnívá hrdlem do pochvy, v případě potřeby je tak možno jej lehce vyjmout. Existují dva základní druhy tělísek, medikovaná a inertní. Inertní působí jen jako cizí těleso v děložní dutině. Medikovaná tělíska pak fungují na kombinaci plastů a hormonu nebo plastu a kovu. Nejčastěji se využívá měděný drátek pro vyšší antikoncepční účinnost. Měď se pomalu rozpouští, a snižuje tak pohyblivost spermií. (Barták, 2006, s. 41-47)

7.4 Postkoitální antikoncepce

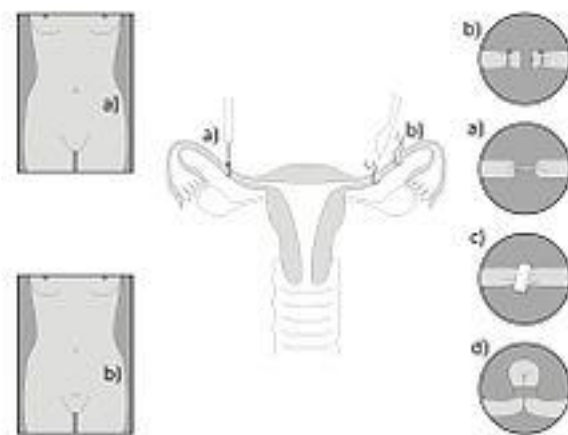
Postkoitální antikoncepcí se rozumí hormonální tabletky, která se užívá v případě, kdy dvojice má nechráněný pohlavní styk, či jim antikoncepce z nějakého důvodu selže. Mezi širokou veřejností je známá pod pojmem „pilulka po“. Tabletky se užívá po pohlavním styku, nejdéle však do 72 hodin. Uživatelka ji může zakoupit v lékárně bez lékařského předpisu pod názvem Escapelle a Postinor. Tento druh antikoncepce má vysoký obsah hormonů, který naruší hormonální hladinu v těle ženy a také naruší její menstruační cyklus. (Šlajsová, 2013, s. 24-25)

8 Sterilizace

Sterilizace není klasickou antikoncepční metodou, protože sterilizační zákrok je nezvratný a plodnost nelze jako u ostatních druhů antikoncepce navrátit. Sterilizace je chirurgický zákrok a může být proveden jak u muže, tak u ženy.

8.1 Ženská sterilizace

Sterilizační operace u žen spočívá v mechanickém zabránění průchodnosti vejcovodů, čímž se znemožní spojení vajíčka a spermie, tedy oplodnění. Chirurgicky jsou vaječníky podvázány, přestříhnuty, nebo pomocí speciálního gelu zneprůchodněny. V dnešní době je tento chirurgický zákrok prováděn laparoskopicky, což znamená, že drobnými řezy v ženském podbřišku se lékař pomocí nástrojů dostane k vejcovodům, kde se zákrok uskuteční. Jak jsme již výše zmiňovali, sterilizace je nezvratná operace. Jediná možnost, jak by žena mohla otěhotnět, je umělé oplodnění. Přerušení průchodnosti vaječníku se žádným způsobem neprojeví na libidu a intimním životě ženy. Sterilizace neovlivňuje ani menstruační cyklus. Vajíčko, které se každý měsíc uvolní z vaječníku, se vstřebá stejně, jako když není oplodněno. Sterilizace se doporučuje ženám až po porodu nebo v případě, že již mají děti více a další už neplánují. (Šlajsová, 2013, s. 24)

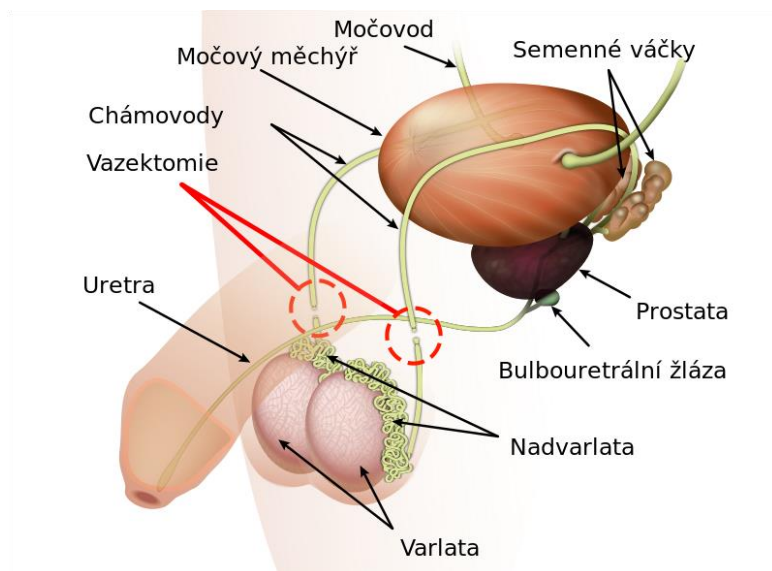


Obrázek 4 Sterilizace ženy

8.2 Mužská sterilizace

Mužský sterilizační zákrok, označovaný také jako vazektomie, je velmi rychlý a jednoduchý. Spočívá v chirurgickém přerušení chámovodu v oblasti šourku. Rány mohou být tak malé, že nevyžadují ani zašití a samy se zacelí. Při prvních 5-7

ejakulacích může nastat situace, kdy se v chámovodu objeví zbytky spermatu. Po delší době je však tato metoda velice spolehlivá a účinná. Pokud se muž rozhodne pro sterilizaci (vazektomii), musí být vše podrobně probráno s lékařem na urologickém oddělení. Muž musí podávat písemnou žádost s odůvodněním, proč se takto rozhodl, spolu s písemným souhlasem k operaci. (Šlajsová, 2013, s. 24)



Obrázek 5 Vazektomie

9 Interrupce

V České republice je interrupce zakotvena v zákoně č. 66/1986 Sb., který byl přijat v roce 1986. Tímto zákonem se Česká republika řadí mezi země s liberální potratovou legislativou. Definic, které vymezují interrupci, je několik. Roztočil však uvádí tuto: „Umělé ukončení těhotenství je zákrok, kterým se zabráňuje dalšímu vývoji plodového vejce.“ (Roztočil, 2001, s. 67) Přerušit těhotenství je možné, pokud žena o přerušení požádá do 12. týdne gravidity.

Samotný zákrok je podle gynekologů velice jednoduchý. Nejdříve se děložní hrdlo zachytí jednozubými kleštěmi a dále se rozšíří tzv. Hegarovými dilatátory. Jedná se o sadu kovových, lehce zahnutých a na konci zaoblených tyčinek, které se stále silněji zavádějí do děložního hrdla. Hrdlo se rozšiřuje podle stáří těhotenství. U malých těhotenství hrdlo stačí rozšířit na 6-8 mm, u těch větších je někdy nutno dilatovat až do maximálních 13 mm. Dřívější praktiky využívaly na vyprázdnění děložní dutiny potratové kleště, které rozšířily hrdlo a poté se děloha vyškrabovala jakousi lžičkou bez dna s ostrými okraji (kyretou). Dnešní moderní zdravotnictví provádí potratové zákroky

zavedením plastové trubičky, obsah děložní dutiny se jednoduše odsaje ven z dělohy. Kyreta se používá jen jako kontrola, zda v poševní dutině nezůstaly zbytky placentární tkáně. Zbylá tkáň odchází ven z těla při další menstruaci, která může být díky tomu bolestivější. Celý zákrok se provádí v narkóze, je ambulantní a často netrvá déle než 5 minut. Literatura zmiňuje další související název, miniinterrupce. Mezi interrupcí a miniinterrupcí není žádná ostrá hranice. Miniinterrupce se provádí v brzkém stadiu těhotenství zavedením úzké kanyly do dělohy a odsátím obsahu. Úskalím je však fakt, že není dost dobře zřetelné, co vše se z dělohy odsává. Pokud se plod nachází v mimoděložním prostoru, nebo je v děloze umístěn tak, že na něho úzká hadička nedosáhne, těhotenství se nepřeruší a plod se může vyvíjet dál. (Barták, 2006, s. 121-125)

10 Pohlavní nemoci

Pohlavní nemoci patří mezi nejrozšířenější choroby, které bez rozdílu postihují všechny vrstvy společnosti. Za rozšiřováním pohlavních chorob stojí především nechráněný pohlavní styk s nakaženou osobou. Častěji se nakazí svobodní jedinci, kteří se nebrání příležitostnému nechráněnému pohlavnímu styku s neznámou osobou. Nesmíme ale opomenout ani skupinu zadaných či lidí v manželském svazku, kteří mohou využívat služeb prostituce. Pohlavní nemoci se také označují jako „nemoci tajné“, protože jedinec, který se nakazí, se snaží tuto skutečnost zatajit. Mezi nejznámější pohlavní nemoci můžeme zařadit kapavku, syfilis, měkký vřed, ale také chlamydie, bradavice, opary a HIV. Největší riziko šíření je samozřejmě ve velkých městech a průmyslových oblastech, kde je oproti vesnickému prostředí velká hustota obyvatelstva. Nejvíce postiženou skupinou jsou jedinci ve věkovém rozmezí od 15 do 24 let. Velké riziko je u žen, kdy se nakažení nemusí nijak projevovat, avšak při dalším koitu se nemoc dále šíří. Pohlavní choroby s sebou nesou nebezpečné situace, hlavně v případě, pokud se žena nakazí ve fázi těhotenství. Může tak dojít k nakažení plodu či k předčasnému porodu. Při zjištění možného nakažení by měla dotyčná osoba co nejdříve navštívit odborného lékaře a domluvit se na dalších postupech a vyšetřeních. Léčba pohlavních chorob je povinná, nejčastěji se léčí antibiotiky, ale záleží na druhu a fázi nemoci. Léčba může probíhat ambulantně, kdy pacienti dochází v pravidelných intervalech k lékaři, ve vážných případech může být pacient hospitalizován. (Schwank, 1972, s. 5-7)

10.1 Kapavka

Kapavka je vědecky označována jako gonorrhoea, genos - semeno a rheó - téci (semenotok). Je nejrozšířenější infekční pohlavní chorobou, která je způsobena mikrobem, který je označován jako gonokok. „*Pod mikroskopem při velkém zvětšení a barvení určitými barvicími prostředky spatřujeme mikroby, které se skládají ze dvou částí, obrácených k sobě rovnými ploškami, navenek vypouklými, takže mezi oběma zůstává úzká jasná štěrbina.*“ (Schwank, 1972, s. 12) Buňky gonokoků se shromažďují do skupinek, tvoří řetízky a rozmnožují se tak, že se oba v páru protáhnou a vytvoří tvar osmičky, načež se v místě protnutí od sebe oddělí. Přenáší se výhradně pohlavním stykem a nakažení mimo soulož je možné jen zřídka. Přenést se kapavka může jen pouhým dotykem nakažené ženy na úd. Více postihuje pánskou než dámskou populaci.

10.2 Kapavka u muže

Nakažení kapavkou se u muže projevuje jako zánětlivé onemocnění močové roury. V případě, že dojde k infekci, muž zjistí za tři dny až týden zavlhnutí ústí močové roury spolu s bolestivým a pálivým močením. Při stisku může z ústí vytlačit hlenovitý až hnisavý sekret, který poté přechází v hnisavý výtok. Hnis přibývá, proto pak samovolně odtéká z močové roury. Podle tohoto průběhu odkapávání získalo toho pohlavní onemocnění název. Kapavku můžeme rozdělit na přední a zadní akutní kapavku, kdy v přední kapavce probíhá již výše zmíněná infekce. Při akutní zadní kapavce jde o zasažení zadní sliznice močové roury až k močovému měchýři. Chronickou kapavkou pak nazýváme současný průběh přední a zadní akutní kapavky. (Obrtel, 1967, s. 23-24)

10.3 Kapavka u ženy

Kapavka je pro ženu vždy velmi závažně onemocnění, jelikož ohrožuje její plodnost a zdraví. V současné době, oproti příznakům před 2. světovou válkou, kdy docházelo k mohutným výtokům z rodidel, se v dnešní době kapavka projevuje méně nápadně, neznatelně až plíživě. Žena ani nemusí poznat, že je kapavkou nakažena. Mnohé ženy trpí chronickým nekapavčitým výtokem, při přidružení infekce může dojít jen k mírnému zesílení výtoku. Žena však výtoku nemusí věnovat tolik pozornosti, protože se zvýšeným výtokem se setkává i při nastydnutí či před menstruací, čímž jí může uniknout nákaza kapavkou. Na začátku nákazy bývá postižena sliznice močové roury a četné žlázy v jejím okolí. V průběhu však může postihnout i děložní hrdlo,

vejcovody a vaječníky. Pálení při močení je nepatrné. Na vnitřní straně stydkých pysků jsou umístěny vývody žláz, které nazýváme Bartholiniho žlázy. Tyto žlázy mají za úkol při vzrušení zvlhčit sliznici zevních rodidel. Jestliže je však jejich sekret také infikován gonokokem, způsobuje rozšíření choroby při pohlavním styku na zdravého partnera. Mohou také nastat komplikace v případě, že se žlázy ucpu a vytvoří absces (ucpání hnisem), který je bolestivý a znemožňuje chůzi. (Obrtel, 1968, s. 27-31)

10.4 Příjice (syfilis)

Příjice neboli syfilis je způsoben zvláštním mikrobem, který se nazývá bledá spirochéta a přenáší se tak, že se při souloži vtírá do porušeného povrchu kůže nebo sliznice. Porušení nemusí být ani okem rozeznatelné, k přenesení stačí mikroskopická trhlina, o které postižený nemusí ani vědět. Syfilis se přenáší výhradně pohlavním stykem. V ojedinělých případech se můžeme setkat s nakažením, které proběhlo prostřednictvím polibku, sklenicí při napití či cigaretou. Příjici lze rozdělit na příjici získanou, které odpovídá nakažení od jiné osoby, a na příjici vrozenou, která se vyznačuje přenesením nemoci matkou na plod v době těhotenství. (Obrtel, 1968, s. 14)

10.5 Získaná příjice

U získané příjice postižený prochází třemi stádii, proto je důležitá pro rychlé vyléčení včasná návštěva lékaře a zahájení léčby v co nejrannější fázi. Vnikne-li bledá spirochéta do sliznice nebo kůže, první příznak onemocnění se objeví přibližně za tři týdny. V první fázi v místě vniknutí vznikne příjičná oděrka či příjičný vřídek, dojde-li k rozpadu spodiny oděrky. Nezpůsobují žádnou bolest, proto mohou být lehce přehlédnutelné. Spodina vřídka nebo oděrky je zarudlá a tvrdá, proto je označována jako tvrdý vřed. Při homosexuální nákaze se objevují příznaky nemoci v okolí mužského konečníku. Při heterosexuální nákaze nalezneme příznaky na sliznicích pohlavních orgánů. Při ojedinělých nákazách mimo sexuální styk se příznaky objevují na rtech, mandlích, bradavce prsu ženy či na jazyku. V této fázi je postižený séronegativní, což znamená, že se bledé spirochéty ještě nerozšířily do krevního oběhu, a proto nelze prozatím z krevního testu potvrdit, zda je jedinec opravdu nakažen. Ve druhé fázi bledá spirochéta postupuje mizní soustavou do tříselných uzlin, které zhruba po pátém nebo šestém týdnu nakažení viditelně zduří. U žen je nevýhodou, že uzliny zduří jen ve chvíli, kdy se vřed objeví na velkých stydkých pyscích, v jiném umístění zduří například uzliny uložené hluboko v břišní dutině, ze kterých nelze odebrat vzorek

ke zjištění nákazy. Dále spirochéta prostupuje do krevní soustavy, kde se dále rozsévá po celém organismu nakaženého. Nemocný na rozšíření spirochét reaguje horečkou, vyrážkou, bolestí kloubů, hlavy a dalšími nepříjemnými stavy. V tomto stádiu je již postižený pozitivní na krevní testy. Bezpříznačné stádium může být po dobu čtyř a více let. Poté už přichází poslední, třetí stádium syfilisu. Jedná se o narušení obranyschopnosti nemocného příjčnou infekcí. Bledé spirochéty přežívají latentně v orgánech nebo tkáních a osud nakaženého jedince závisí na tom, na jak pro život důležitém orgánu nebo tkáni se spirochéta usídlila. (Obrtel, 1968, s. 14-18)

10.6 Vrozená příjice

Žena infikovaná mužem během těhotenství přenáší příjčnou infekci na plod. Mohou nastat rizika, kdy žena v šestém měsíci těhotenství může potratit, předčasně porodit, porodit mrtvý plod či porodit dítě, které již bude mít znatelné příznaky vrozené příjice. Dítě se také může zdát při porodu zcela zdravé, avšak příjice se může projevit až kolem sedmého nebo desátého věku dítěte, nebo dokonce déle v pubertě. Není však výjimkou, že se nakažené ženě může narodit naprosto zdravé dítě. Aby se předešlo narození nakaženého dítěte, jsou důležité těhotenské prohlídky u gynekologa, v rámci kterých jsou povinné krevní testy, schopné včas odhalit nakažení plodu. Zahájení rychlé a včasné léčby umožní matce donosit zdravé dítě. (Obrtel, 1968, s. 18-19)

11 Cíl výzkumné části

Cílem výzkumné části je zmapovat úroveň znalostí žáků střední školy Propagační tvorby a polygrafie ve Velkém Poříčí a výsledky porovnat s výsledky bakalářské práce Lucie Šlajsové, která výzkum realizovala na Obchodní akademii v Plzni. Výzkum byl realizován kvantitativní formou výzkumného šetření. „*Kvantitativní přístup je založen na měřitelných výsledcích, na tříditelnosti a přehlednosti výsledků.*“ (Reichel, 2009, s. 40) Úkolem bylo zjistit zdroj informací žáků o využití antikoncepce, jejich znalosti v oblasti druhů antikoncepce, zajištění ochrany před početím a pohlavními chorobami a také jejich postup při selhání antikoncepce. Pro náš výzkum byly stanoveny tři výzkumné otázky:

Výzkumné otázky:

1. Kde respondenti získávají informace o antikoncepci?
2. Jaké mají respondenti informace o antikoncepci bariérové a hormonální?
3. Jak se zachovávají respondenti v případě, že jim selže antikoncepce?

11.1 Metoda sběru dat

Ve výzkumné části jsem použila metodu sběru dat formou dotazníkového šetření. Dotazník je způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí, který je určen především pro hromadné získávání údajů.“ (Gavora, 2000, s. 99) Nevýhodu dotazníkového šetření může být aplikační omezení, například ve chvíli, kdy by dotazovanou cílovou skupinu tvořily malé děti, osoby nevidomé, mentálně či jinak postižení jedinci nebo cizinci, kteří neovládají náš úřední jazyk. Výhodu dotazníkového šetření spatřujeme ve velmi dobré tříditelnosti a srovnatelnosti získaných údajů. (Reichel, 2009, s. 118-123)

Dotazník byl anonymní a obsahoval 17 otázek. Dotazník obsahoval otázky uzavřené, u kterých respondenti mohli vybírat z uvedených odpovědí, dále z polootevřených otázek, kde u výběru odpovědí mohli respondenti uvést vlastní poznatky, a otevřených otázek, kde respondenti měli možnost stručně odpovídat na uvedenou otázku. Polootevřené a uzavřené otázky byly tvořeny tak, aby byla vždy správná jen jedna z uvedených možností. Dotazník byl přejat od Lucie Šlajsové, která na toto téma psala svoji bakalářskou práci na Západočeské Univerzitě v Plzni.

11.2 Výzkumný soubor

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 67 respondentů ze Střední školy propagační tvorby a polygrafie Velké Poříčí z tříletých oborů Tiskař, Aranžér a Kadeřník. Dotazník byl rozdán všem třem ročníkům. Výzkumným vzorkem je velký počet respondentů, což splňuje základní znak kvantitativní metody zkoumání a odpovídá i technice sběru dat. Výzkumný vzorek byl vybrán záměrně. Definici záměrného výběru vzorku uvádí Gavora: „*Záměrný výběr se uskuteční na základě určení relevantních znaků, tj. takových znaků základního souboru, které jsou důležité pro dané zkoumání.*“ (Gavora, 2008, s. 79) Důležitým znakem je v tomto případě věk respondentů, protože v období studia na střední škole začínají jedinci aktivní sexuální život, a proto je důležitá jejich osvěta v otázkách antikoncepce. Výzkumný soubor byl pro moji bakalářskou práci dostupný, protože již tři roky působím na výše uvedené škole jako učitelka odborné výuky u oboru Kadeřnice. Dotazníky byly u každého z odborů respondentům rozdány v rámci jedné vyučovací hodiny. Návratnost dotazníků byla stoprocentní.

11.3 Analýza dat

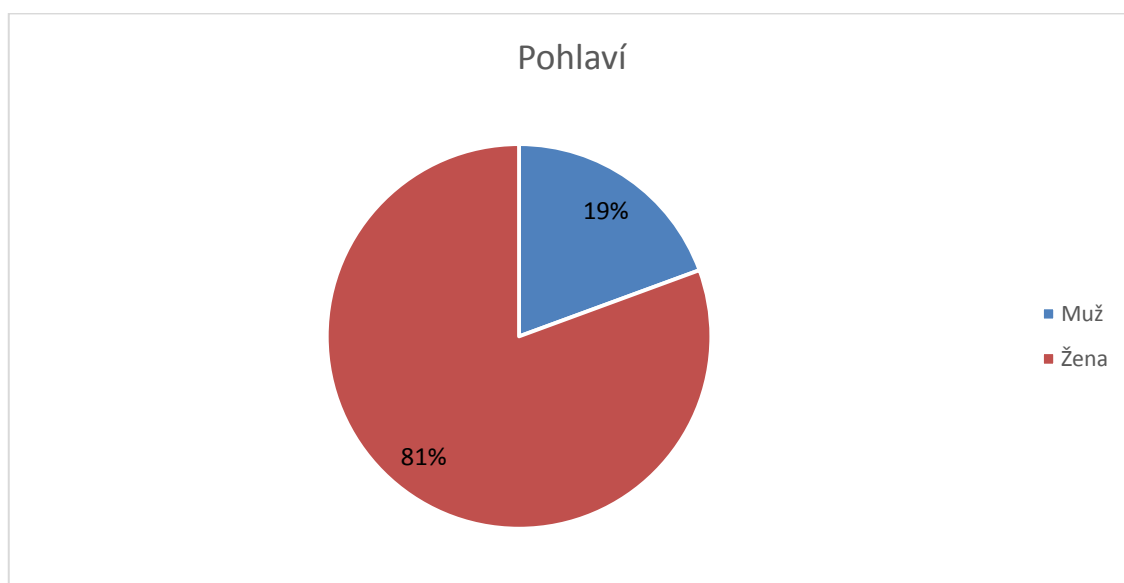
Kapitola věnovaná analýze dat, která následuje, bude mít za úkol vyhodnocení dat, která jsme získali kvantitativní metodou. „*Kvantitativní data standardně procházejí následujícím procesem: kódování, třídění 1. stupně, úpravy znaků, třídění 2. stupně.*“ (Reichel, 2009, s. 153)

Pro snadnější a přehlednější výsledky získaných dat bylo využito kódování. Každé otázce byl přiřazen číselný kód. První dvě čísla kódu označují číslo otázky a poslední třetí číslo určuje respondentem zvolenou odpověď. Například u otázky č. 1 byla zvolena odpověď B, která má přiřazené číslo 2. Takže otázka č. 1 získala kód 012. U otázek, které byly polootevřeného a otevřeného typu, bylo zvoleno číslo otázky s tečkou. Podle jednotlivých odpovědí byly vytvořeny příslušné kategorie, kterým byl také přiřazen číselný kód. Kategorie odpovědí, které nejsou v dotazníku, jsou shrnuty v příslušné tabulce kódovníku. Jednotlivá data s označenými číselnými kódy byla zaznamenána do kódovníku a poté byla vytvořena jednotlivá grafická znázornění otázek.

Dotazník obsahoval otázky zaměřené na to, odkud a jak byli respondenti informováni o antikoncepci. Druhá oblast měla za úkol zjistit znalosti respondentů o antikoncepčních metodách a postup při jejich selhání. Pro výsledné zhodnocení

výzkumu bylo využito bodování správných odpovědí. Do bodovacího systému byly zahrnuty otázky č. 4, č. 7, č. 8, č. 9, č. 10, č. 12 a č. 13. Za správné odpovědi získali respondenti informační body v rozmezí od 0–7. Tabulka s informačními body byla následně rozdělena do kategorií - velmi dobrá, dobrá, dostačující a nedostačující. Respondenti v otázce č. 5 mohli sami zvolit, jak hodnotí svoji informovat o antikoncepci. V závěru práce budou porovnány výsledky otázky č. 5 s výsledky dotazníkového šetření.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 67 respondentů, z toho 54 dívek a 13 chlapců.



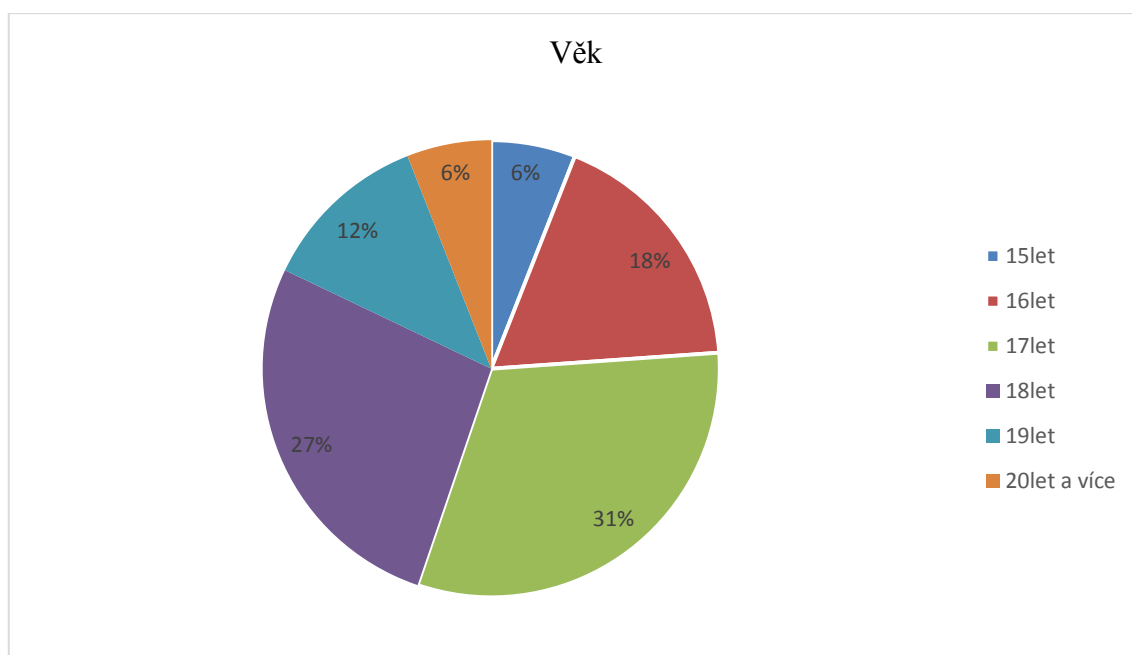
Graf 1 - pohlaví

Tabulka 1 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Muž	19,40 %	13	47,00 %	45
Žena	80,60 %	54	53,00 %	50
Celkem		67		95

V porovnání SŠPTP a OA je z tabulky č. 1 viditelný značný rozdíl. V SŠPTP většinu respondentů tvořily dívky, celých 80,6 %, chlapci jen 19,4 %. V dotazníkovém šetření OA bylo pohlaví respondentů téměř vyrovnané.

Věk dotazovaných respondentů byl v rozmezí od 15 do 20 let. Největší zastoupení respondentů bylo ve věku 17 let, poté 18 let a 16 let.



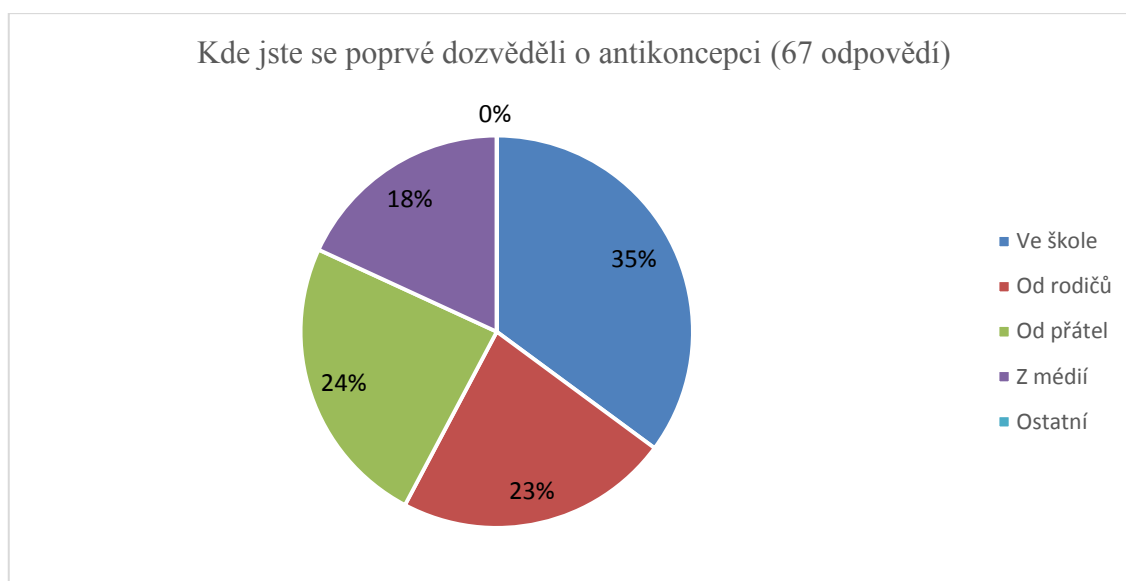
Graf 2 - Věk

Tabulka 2 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
15let	5,97 %	4	4,00 %	4
16let	17,91 %	12	31,00 %	29
17let	31,34 %	21	37,00 %	35
18let	26,87 %	18	24,00 %	23
19let	11,94 %	8	6,00 %	6
20let a více	5,97 %	4	1,00 %	1
Celkem		67		95

Z tabulky č. 2 vyplývá, že dotazovaní respondenti jak ze SŠPTP, tak i z OA, byli nejčastěji ve věku 17 let. Rozdíl pak nastává v druhé příčce zastoupení, kdy SŠPTP uvádí respondenty ve věku 18 let a OA ve věku 16 let. Třetí místo v tabulce obsazuje u SŠPTP věk 16 let a u OA 18 let.

První otázka měla za úkol zjistit, odkud se respondenti poprvé dozvěděli o antikoncepci. Nejvíce respondentů uvedlo, že ve škole. Na druhém místě uváděli jako zdroj informací přátele. Třetí nejčastější odpovědi byli rodiče a nejméně informací zjistili prostřednictvím médií.



Graf 3 - otázka č. 1

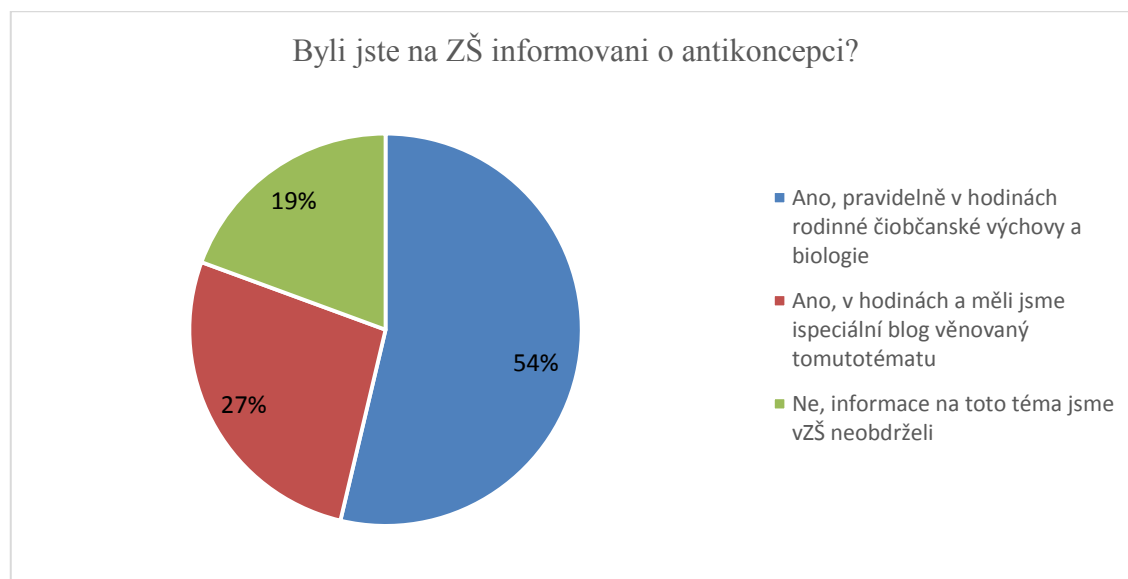
Tabulka 3 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPPT Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ve škole	35,82 %	24	22,00 %	21
Od rodičů	23,10 %	15	18,00 %	17
Od přátel	24,60 %	16	34,00 %	32
Z médií	18,50 %	12	25,00 %	24
Ostatní	0,00 %	0	1,00 %	1
Celkem		67		95

Tabulka č. 3 ukazuje, že SŠPTP nejčastěji volila odpověď, která poukazuje na to, že se nejvíce respondentů se dozvědělo o antikoncepci v rámci vyučování v základní škole. Oproti tomu OA volila nejčastěji jako zdroj informací přátele. Na druhém místě u SŠPTP byla označována odpověď rodiče, což je velký rozdíl oproti OA, kde rodiče byli až na předposledním místě. Nejméně vstupních informací o antikoncepci získali respondenti ze SŠPTP prostřednictvím médií. Respondenti z OA však tuto možnost zvolili jako druhou nejčastější, poté následovala škola.

Druhá otázka měla za úkol zjistit, jakou formou se respondenti o antikoncepci dozvídali. Většina respondentů uvedla, že se o antikoncepci dozvídali pravidelně v hodinách rodinné či občanské výchovy a biologie. Druhá nejčastější odpověď s 27 % ukázala, že respondenti se dozvídali o antikoncepci v rámci speciálních blogů, věnovaných uvedenému tématu. Poměrně velká část respondentů zvolila poslední

možnou odpověď, tedy že informace na téma antikoncepce ve škole neobdrželi, celkem 19 %.



Graf 4 - otázka č. 2

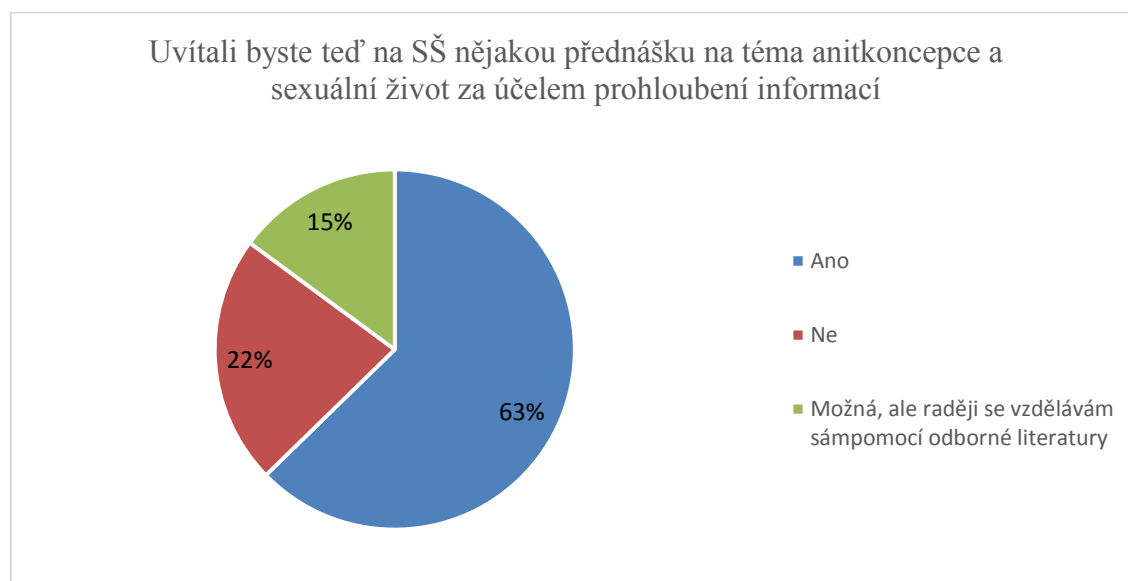
Tabulka 4 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ano, pravidelně v hodinách rodinné či občanské výchovy a biologie	53,70 %	36	47,00 %	45
Ano, v hodinách a měli jsme i speciální blog věnovaný tomuto tématu	26,90 %	18	41,00 %	39
Ne, informace na toto téma jsme v ZŠ neobdrželi	19,40 %	13	12,00 %	11
Celkem		67		95

Z tabulky č. 4 vyplývá, že obě školy uvádějí nejvyšší procenta, SŠPTP s 53 % a OA s 47 %, že pravidelně byli informováni o antikoncepci v hodinách občanské a rodinné výchovy. Rozdílně se však ukazuje fakt, kdy respondenti v OA měli více speciálních blogů zaměřených na antikoncepci, celkem 41 % oproti SŠPTP jen s 26 %. Nejméně respondenti z obou dotazovaných škol uváděli, že informace o antikoncepci v rámci výuky neobdrželi.

Třetí otázka ukazuje, že celkem 63 % respondentů by uvítalo na střední škole prohlubující přednášku na téma antikoncepce. Dalších 22 % uvádí, že přednášky na

uvedené téma nepotřebují. Posledních 15 % uvedlo, že by možná přednášku o antikoncepci v rámci vyučování ocenili, ale raději volí možnost zjistit si potřebné informace pomocí odborné literatury.



Graf 5 - otázka č.3

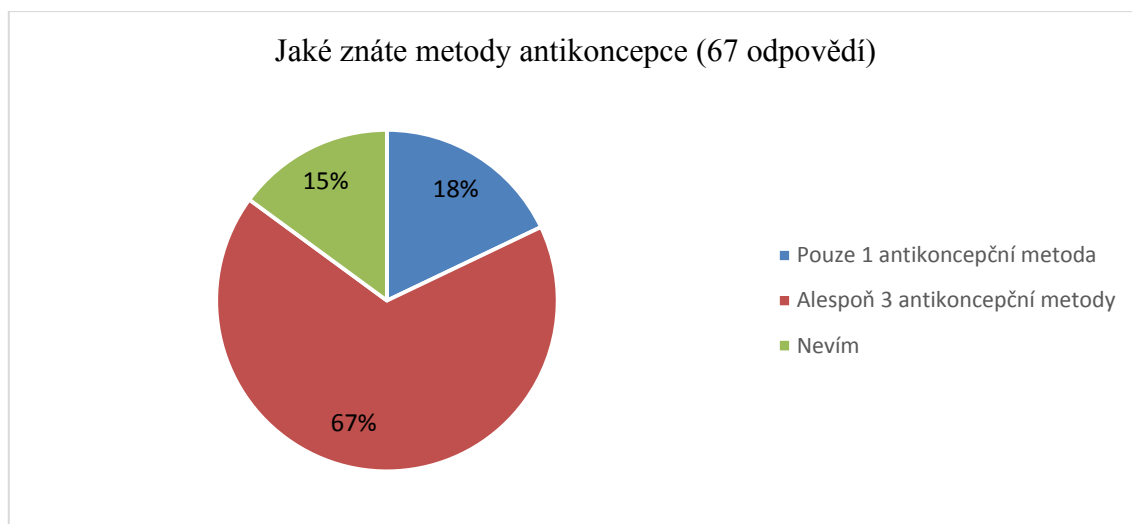
Tabulka 5 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ano	62,70 %	42	41,00 %	39
Ne	22,40 %	15	45,00 %	43
Možná, ale raději se vzdělávám sám pomocí odborné literatury	14,90 %	10	14,00 %	13
Celkem		67		95

Tabulka č. 5 popisuje, že SŠPTP má větší procentuální rozdíly ve zvolených odpovědích ano s 62 % a s odpovědí ne s 22 %. Respondenti z OA mají téměř stejná procenta, okolo 45 % u obou uvedených odpovědí. Nejméně označovanou odpovědí je ta, že by možná uvítali přednášku na téma antikoncepce, ale raději si potřebné informace vyhledají v odborné literatuře, v zastoupení celkem 14 % z obou porovnávaných škol.

Čtvrtá otevřená otázka zjišťovala, kolik druhů antikoncepce respondenti znají. Respondenti mohli uvádět libovolný počet antikoncepcí, které jsou jim známy. Nejvíce

respondentů v celkovém počtu 67 % bylo schopno vyjmenovat více než tři antikoncepční metody. Nejčastěji se objevovala kombinace těchto různých metod: prezervativ, antikoncepční tabletky, děložní tělíska, femidom, injekce a náplasti. Respondenti, kteří uvedli jen jeden druh antikoncepční metody, ve většině případů uvedli prezervativ, celkem v 18 %. Posledních 15 % respondentů neumělo vypsát ani jednu antikoncepční metodu.



Graf 6 - otázka č. 4

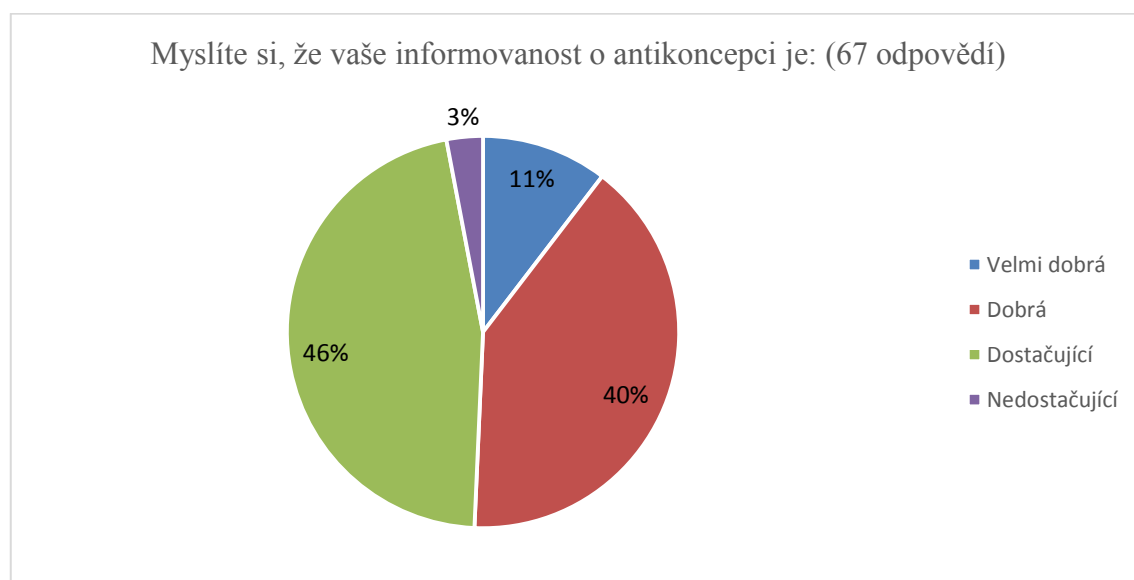
Tabulka 6 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Pouze 1 antikoncepční metoda	17,91 %	12	13,00 %	12
Alespoň 3 antikoncepční metody	67,16 %	45	83,00 %	79
Nevím	14,93 %	10	4,00 %	4
Celkem		67		95

Z tabulky č. 6 vyplývá, že většina respondentů z obou dotazovaných škol je schopna vyjmenovat více jak tři antikoncepční metody, u SŠPTP to celkově činí 67 % a u OA 83 %. U této otázky respondenti z OA nejčastěji uváděli pesar, hormonální antikoncepci, nitroděložní tělíska, prezervativ, což jsou také nejčastěji uváděné antikoncepční metody od respondentů ze SŠPTP. U SŠPTP bylo téměř 18 % respondentů a 13 % u OA, kteří si vybavili pouze jednu antikoncepční metodu. Tato

skutečnost poukazuje na nedostatky v informovanosti o druzích antikoncepce. Jako znepokojivé se ukázaly základní neznalosti v možnostech ochrany proti početí u respondentů SŠPTP se 14 %, kteří odpověděli, že neznají ani jednu antikoncepční metodu. U OA se tato odpověď vyskytla také, ale poměrně v menším procentuálním zastoupení, jen 4 %.

Pátá otázka nám přiblíží náhled samotných respondentů na sebe a na vlastní úroveň znalostí o antikoncepci. V níže uvedené otázce tedy sami mohli ohodnotit svoji informovanost o antikoncepci. Za velmi dobře informované se považuje 11 % respondentů, 40 % označuje svoji informovanost jako dobrou, 46 % jako dostačující a pouze 3 % jako nedostačující.



Graf 7 - otázka č. 5

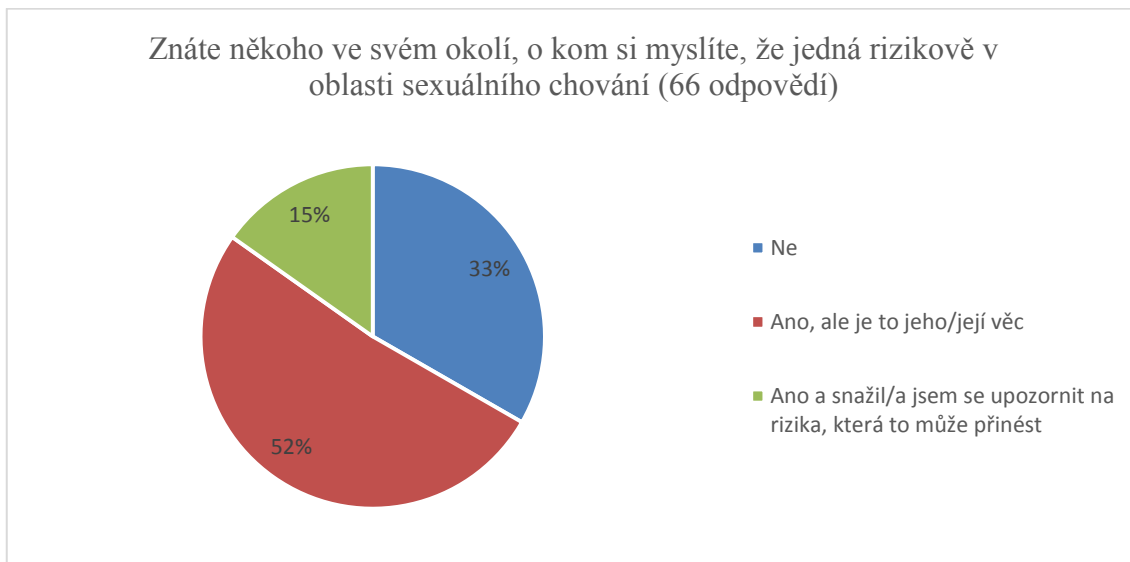
Tabulka 7 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Velmi dobrá	10,40 %	7	20,00 %	19
Dobrá	40,30 %	27	48,00 %	46
Dostačující	46,30 %	31	31,00 %	29
Nedostačující	3,00 %	2	1,00 %	1
		67		95

Tabulka č. 7 uvádí, že respondenti ze SŠPTP nejčastěji volili odpověď, že jejich informovanost je dostačující, takto odpovědělo 46 %, zatímco respondenti z OA volili

informovanost dobrou se 48 %. Za velmi dobře informované se považuje celkem 10 % ze SŠPTP a 20 % z OA. Za nedostatečně informované se považují respondenti ve 3 % ze SŠPTP a v 1 % z OA Plzeň.

Otázka číslo šest byla zaměřena na přístup respondentů k rizikovému sexuálnímu chování ve svém okolí. Více než polovina, tedy 52% uvedla, že znají někoho, kdo se v jejich okolí rizikově v oblasti sexu chová, ale nijak to neřeší, protože je to soukromá věc dané osoby. Další velká část dotazovaných respondentů 33 %, označila odpověď, že neznají nikoho, kdo by se takto rizikově choval. Zbývající část tvořící 15 % respondentů odpověděla, že někoho takového znají a snažili se ho upozornit na rizika jeho chování.



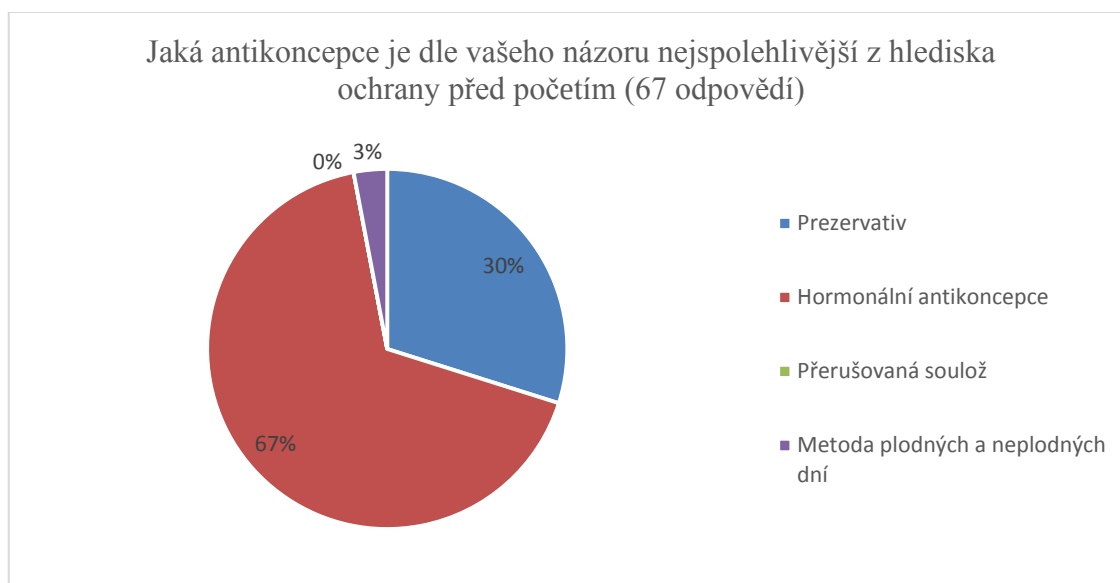
Graf 8 - otázka č. 6

Tabulka 8 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ne	33,30 %	22	32,00 %	30
Ano, ale je to jeho/její věc	51,50 %	35	53,00 %	50
Ano a snažil/a jsem se upozornit na rizika, která to může přinést	15,20 %	10	15,00 %	14
Celkem		67		95

Porovnávací tabulka č. 8 ukazuje, že školy SŠPTP a OA mají ve všech odpovědích téměř shodné výsledky.

Sedmá otázka má za úkol zjistit, zda respondenti vědí, jaká antikoncepce je nejspolehlivější z hlediska ochrany před početím. Celkem 67 % uvedlo správnou odpověď, hormonální antikoncepci. Jako nejspolehlivější metodu považuje nesprávně 30 % prezervativ, který má o 2 % nižší spolehlivost než hormonální antikoncepce. Zbývajících 3 % respondentů nesprávně zvolili metodu plodných a neplodných dní.



Graf 9 - otázka č. 7

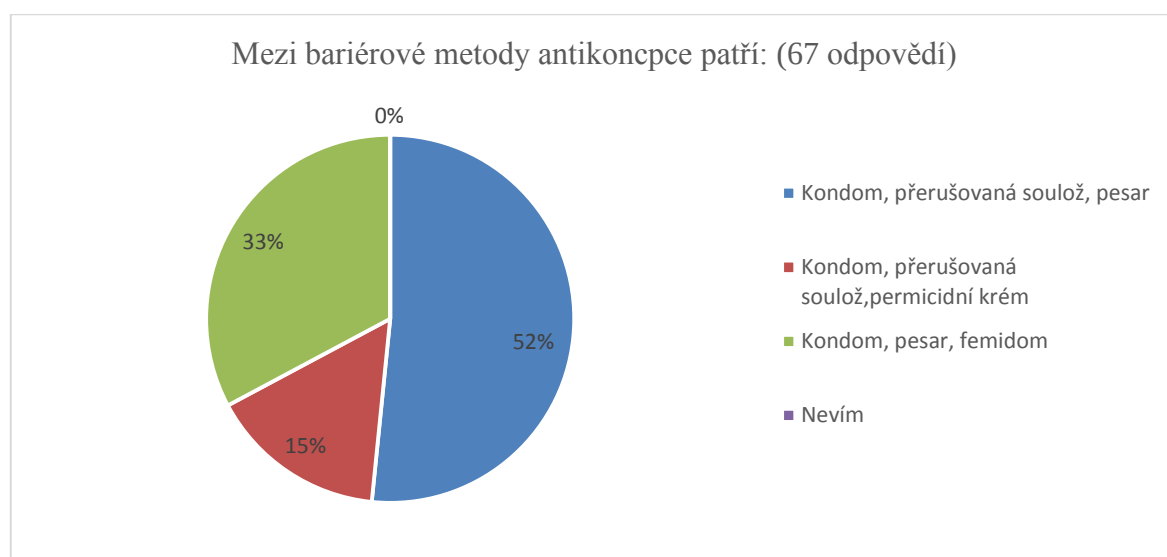
Tabulka 9 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Prezervativ	29,90 %	20	27,00 %	26
Hormonální antikoncepce	67,20 %	45	70,00 %	67
Přerušovaná soulož	0,00 %	0	2,00 %	2
Metoda plodných a neplodných dní	3,00 %	2	1,00 %	1
Celkem		67		95

Z tabulky č. 9 vyplývá, že většina dotazovaných respondentů zvolila správnou odpověď hormonální antikoncepce, u SŠPTP 67 % a u OA 70 %. Prezervativ označili respondenti obou dotazovaných škol také téměř stejně, SŠPTP 29 % a OA 27 %. Malý procentuální rozdíl se objevil v odpovědích, kde respondenti zvolili přerušovanou

soulož. OA tuto odpověď zaškrtnla ve 2 % a ze SŠPTP žádný z respondentů. Metoda plodných a neplodných dní byla zastoupena u SŠPTP 3 % a u OA 1 %.

Osmá otázka měla zjistit, zda respondenti vědí, která antikoncepce spadá pod označení bariérová antikoncepce. Na tuto otázku odpovědělo správně pouze 33 % respondentů, kteří zvolili kondom, pesar a femidom. Přes polovinu respondentů špatně označilo odpověď první, kdy si respondenti mylně mysleli, že přerušovaná soulož patří do bariérové antikoncepce. Dalších 15 % respondentů zvolilo kondom, přerušovanou soulož a spermicidní krém.



Graf 10- otázka č. 8

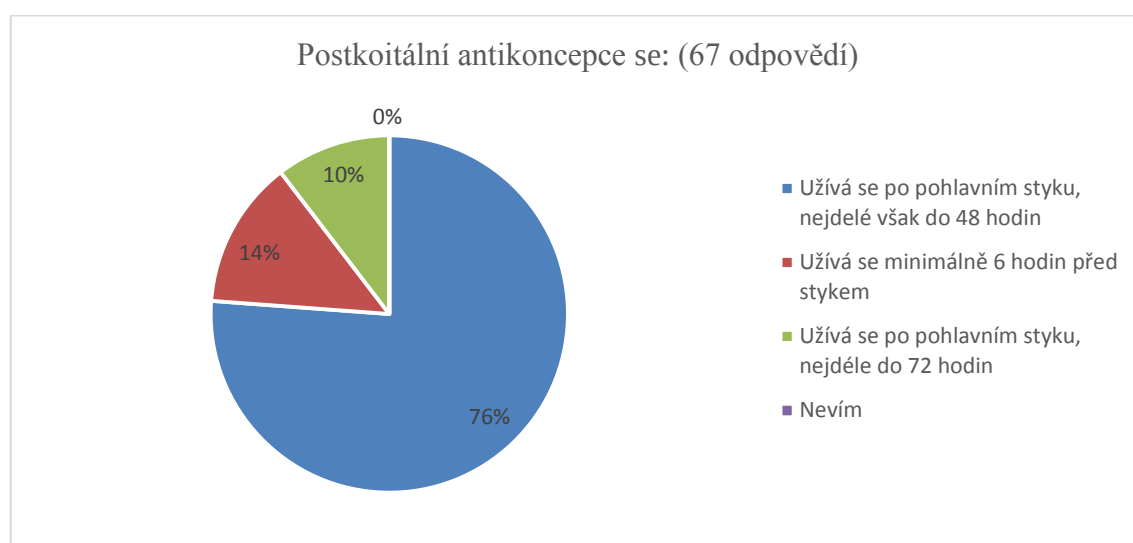
Tabulka 10 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Kondom, přerušovaná soulož, pesar	51,60 %	35	17,00 %	16
Kondom, přerušovaná soulož, spermicidní krém	15,60 %	10	4,00 %	4
Kondom, pesar, femidom	32,80 %	22	61,00 %	58
Nevím	0,00 %	0	18,00 %	17
Celkem		67		95

V porovnávací tabulce č. 10 většina respondentů ze OA zvolilo správnou odpověď v zastoupení 61 %. Respondenti ze SŠPTP nejvíce označovali nesprávně první odpověď 51 %, která ve výčtu uváděla i přerušovanou soulož. Druhou nejčastější, a tedy

správnou odpověď již respondenti ze SŠPTP uvedli pouze v 32 %. Druhá otázka byla volena ze strany respondentů SŠPTP v 15 % a respondenti z OA pouze 4 %. Dotazovaní respondenti z OA v 18 % odpověděli, že na tuto otázku neznají odpověď.

Otázka číslo devět se zabývala informovaností respondentů o tom, zda vědí, jak se užívá postkoitální antikoncepce. Správnou odpověď zvolilo pouze 10 % respondentů, kdy se postkoitální antikoncepce užívá po pohlavním styku nejdéle do 72 hodin. Většina dotazovaných respondentů (76%) nesprávně odpověděla, že se užívá po pohlavním styku nejdéle do 48 hodin. Odpověď, která uvádí, že se postkoitální antikoncepce užívá minimálně 6 hodin před stykem, označilo 14 % respondentů.



Graf 11 - otázka č. 9

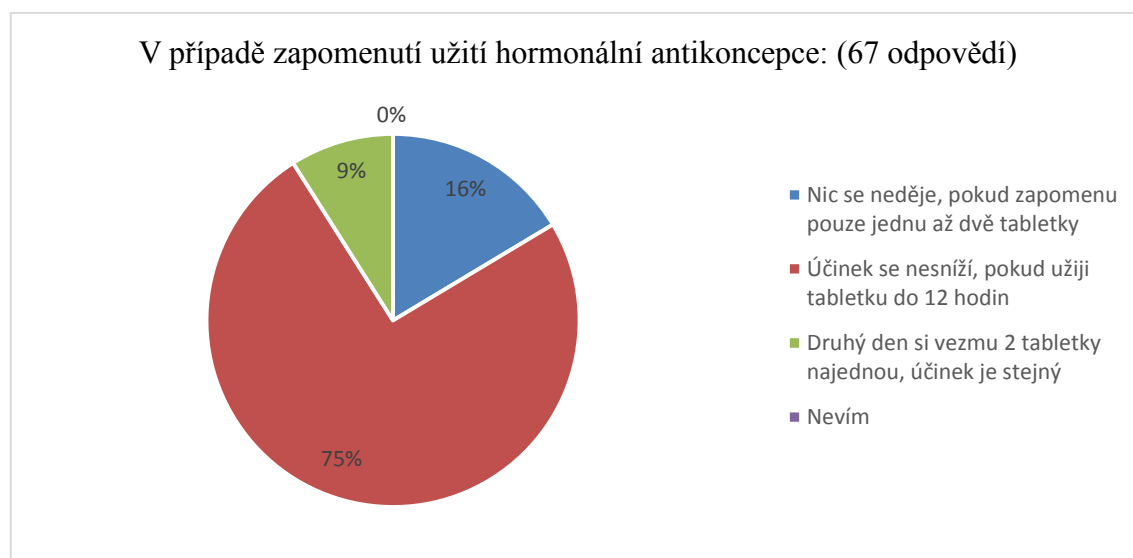
Tabulka 11 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Užívá se po pohlavním styku, nejdéle však do 48 hodin	76,10 %	51	62,00 %	59
Užívá se minimálně 6 hodin před stykem	13,40 %	9	3,00 %	3
Užívá se po pohlavním styku, nejdéle do 72 hodin	10,40 %	7	23,00 %	22
Nevím	0,00 %	0	12,00 %	11
Celkem		67		95

Z tabulky č. 11 je zřejmé, že obě dotazované školy nejvíce uváděly nesprávně první odpověď, kdy respondenti z OA ji zvolili v 62 % a respondenti ze SŠPTP v 76 %.

Rozdíl se objevil ve správné odpovědi, kterou respondenti ze SŠPTP označili v 10 % a respondenti z OA ve 23 %. Odpověď, že se postkoitální antikoncepce užívá minimálně 6 hodin před stykem respondenti ze SŠPTP označili ve 13 % a respondenti z OA pouze ve 3 %.

Otázka číslo deset měla za úkol zjistit, zda respondenti vědí, jak správně postupovat v případě, kdy by zapomněli užít tabletu hormonální antikoncepce. Celkově 75 % respondentů správně uvedlo, že se účinky hormonální antikoncepce nesníží, pokud další tabletu užijí do 12 hodin. Dále 16 % respondentů si myslí, že se nic neděje, pokud zapomenou užít hormonální tabletu i dvakrát za sebou. Zbýlých 9 % dotazovaných respondentů by při výše zmíněné situaci postupovalo tak, že by si následující den vzali dvě hormonální tabletky najednou.



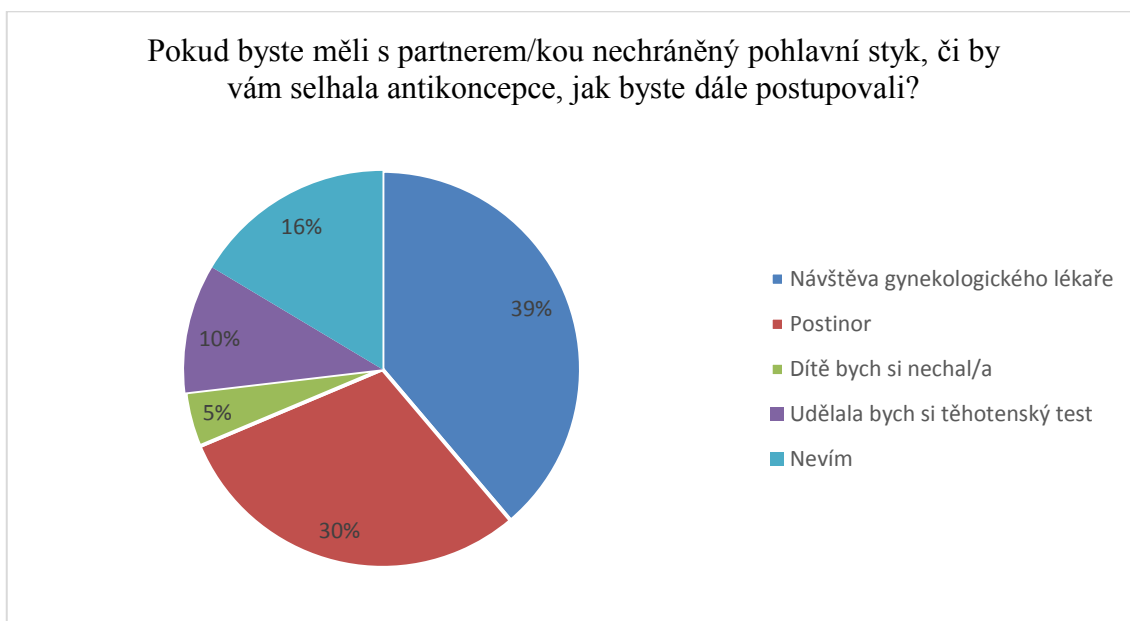
Graf 12 - otázka č. 10

Tabulka 12 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Nic se neděje, pokud zapomenou pouze jednu až dvě tabletky	16,40 %	11	12,00 %	11
Účinek se nesníží, pokud užijí tabletu do 12 hodin	74,60 %	50	82,00 %	78
Druhý den si vezmu 2 tabletky najednou, účinek je stejný	9,00 %	6	3,00 %	3
Nevím	0 %	0	3,00 %	3
Celkem		67		95

Porovnávající tabulka č. 12 ukazuje, že většina dotazovaných respondentů obou škol zvolila správnou odpověď. U SŠPTP by v 16 % a u OA v 12 % tuto situaci respondenti nijak neřešili, pokud by si nezapomněli vzít pouze jednu nebo dvě tabletky. 9 % respondentů ze SŠPTP a 3 % z OA by situaci řešili tím, že by následující den užili dvě hormonální tabletky najednou. U OA 3 % respondentů uvedlo, že nevědí, jak by situaci řešili.

Otázka číslo jedenáct byla otevřená, tudíž respondenti mohli volně odpovídat na položenou otázku, jak by dále postupovali, pokud by měli s partnerem/kou nechráněný pohlavní styk, či by jim selhala antikoncepce. V 39 % by respondenti navštívili svého gynekologa. Ve 30 % by respondenti navštívili lékárnu a zakoupili Postinor. 10 % respondentů by vyčkalo a využilo těhotenského testu. 5 % respondentů dokonce uvedlo, že by si v případě otěhotnění dítě nechali. 16 % respondentů uvedlo, že nevědí, jak by dále postupovali.



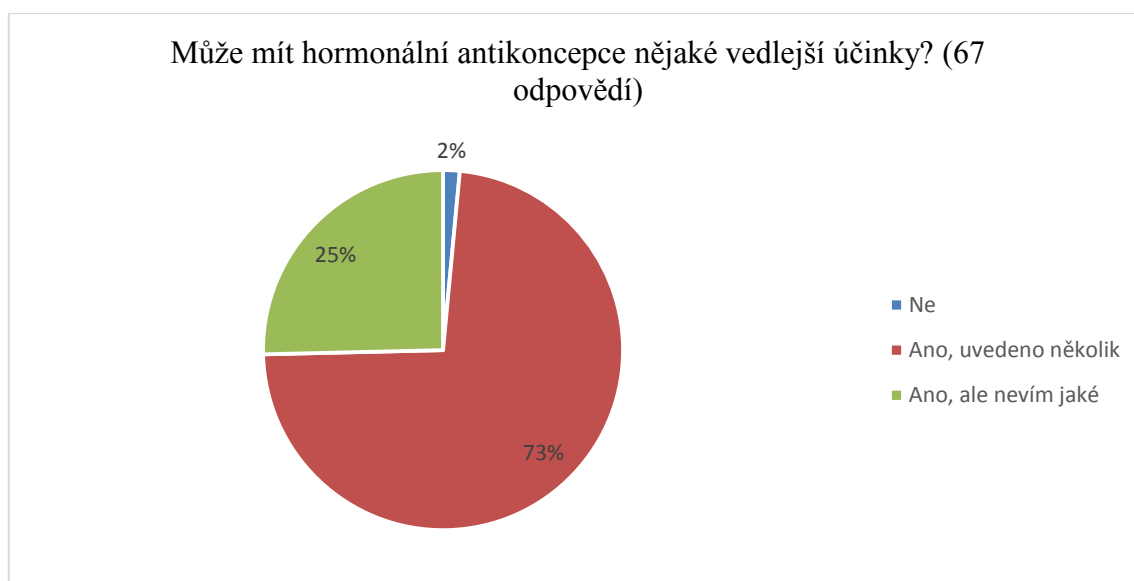
Graf 13 - otázka č. 11

Tabulka 13 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Návštěva gynekologického lékaře	38,81 %	26	39,00 %	37
Postinor	29,85 %	20	47,00 %	45
Dítě bych si nechal/a	4,48 %	3	0,00 %	0
Udělala bych si těhotenský test	10,45 %	7	0,00 %	0
Nevím	16,42 %	11	14,00 %	13
Celkem		67		95

V tabulce č. 13 vidíme, že ač se jednalo o otevřenou otázku, tak respondenti z obou dotazovaných škol uváděli dvě stejné nejčastější odpovědi. U SŠPTP by nejvíce respondentů navštívilo gynekologického lékaře, ale u OA by respondenti nejčastěji uvedenou situaci řešili návštěvou lékárny a zakoupením Postinoru. Na druhém místě respondenti ze SŠPTP volili nákup Postinoru a OA návštěvu gynekologa. Respondenti ze SŠPTP dále uvedli ve 4 %, že by si dítě při otěhotnění nechali, v 10 % by vyčkali a udělali si těhotenský test. U obou dotazovaných respondentů se objevila odpověď, že nevědí, jak by v uvedené situaci postupovali, u SŠPTP v 16 % a u OA ve 14 %.

Dvanáctá, rovněž otevřená otázka byla zaměřena na znalosti respondentů o vedlejších účincích hormonální antikoncepce. Respondenti nejčastěji uváděli riziko trombózy, bolest hlavy, nevolnost, zvýšenou chuť k jídlu, zvýšení hmotnosti, bolest poprsí. Výčet uvedených vedlejších účinků je obsažen v každém příbalovém letáku hormonální antikoncepce. Celkem 73 % respondentů bylo schopno uvést dva a více vedlejších účinků, 25 % respondentů uvedlo, že vědí, že hormonální antikoncepce může mít vedlejší účinky, ale nebyli schopni žádný z nich uvést, a 2 % respondentů uvedlo, že hormonální antikoncepce žádné vedlejší účinky nemá.



Graf 14 - otázka č. 12

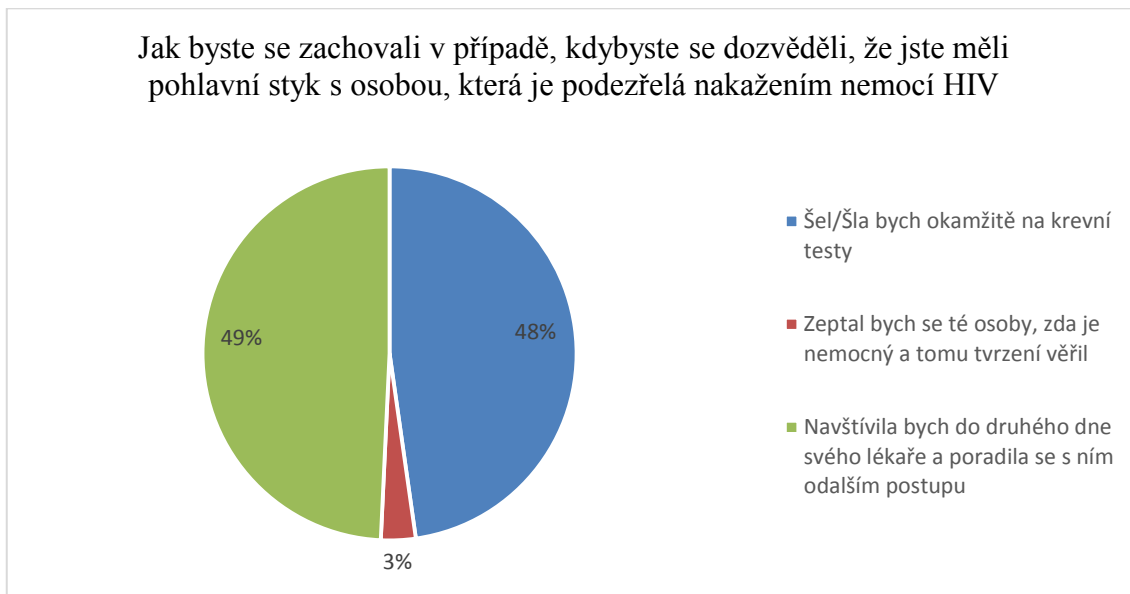
Tabulka 14 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ne	1,49 %	1	19,00 %	18
Ano, uvedeno několik	73,13 %	49	68,00 %	65
Ano, ale nevím jaké	25,37 %	17	13,00 %	12
Celkem		67		95

Z tabulky č. 14 vyplývá, že respondenti ze SŠPTP i OA byli schopni ve většině uvést několik vedlejších účinků hormonální antikoncepce, u SŠPTP 73 % a OA 68 %. Respondenti SŠPTP ve 25 % a OA ve 13 % uvedli, že hormonální antikoncepce má vedlejší účinky, ale žádné nebyli schopni uvést. Na výběr byla také možnost, že hormonální antikoncepce žádné vedlejší účinky nemá, tuto odpověď zvolilo 1 % respondentů ze SŠPTP a 19 % z OA.

Otázka číslo třináct měla za úkol zjistit, jak by se respondenti zachovali v případě, kdyby se dozvěděli, že měli pohlavní styk s osobou, která je podezřelá z nákazy nemocí HIV. Rozdíl jednoho procenta dělilo od dvou nejčastěji zvolených odpovědí, 49 % dotazovaných respondentů odpovědělo, že by do druhého dne

navštívili svého lékaře a poradili by se s ním o dalším postupu a 48 % zvolilo odpověď, že by šli okamžitě na krevní testy. Zbývá 3 % respondentů odpovědělo, že by se dané osoby zeptali, zda je nemocí HIV nakažena, tomuto tvrzení by věřili a další kroky by nepodnikali. Správnou odpověď tedy označila téměř polovina dotazovaných respondentů, kteří volili návštěvu lékaře. Druhé velké zastoupení, které zvolilo krevní testy, odpovědělo špatně, protože nákazu virem HIV je krevními testy možno odhalit až po 3 měsících od proběhlého pohlavního styku.



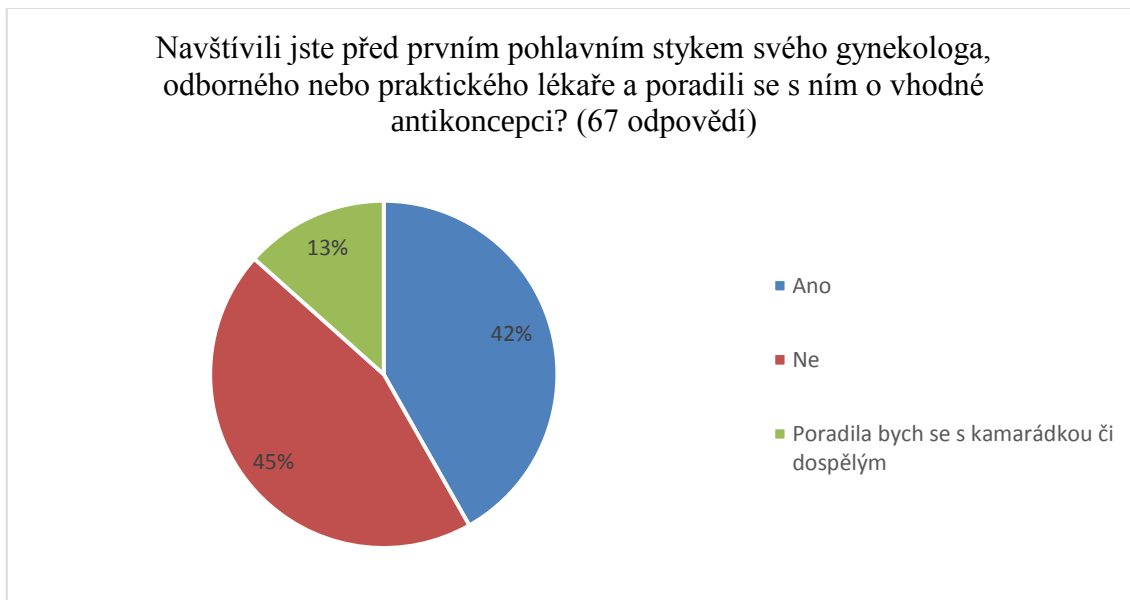
Graf 15 - otázka č. 13

Tabulka 15 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Šel/Šla bych okamžitě na krevní testy	47,80 %	32	52,00 %	49
Zeptal/a bych se té osoby, zda je nemocný a tomu tvrzení věřil/a	3,00 %	2	2,00 %	2
Navštívil/a bych do druhého dne svého lékaře a poradil/a se s ním o dalším postupu	49,30 %	33	46,00 %	44
Celkem		67		95

Tabulka č. 15 uvádí, že respondenti ze SŠPTP zvolili správnou odpověď ve 49 %, OA ve 46 %. Návštěvu lékaře, tedy špatnou odpověď, zvolili respondenti ze SŠPTP ve 47 %, respondenti z OA v 52 %. Minimální počet respondentů volil zbývající odpověď, 3 % u SŠPTP a 2 % u OA.

Čtrnáctá otázka měla zjistit, kolik respondentů navštívilo před prvním pohlavním stykem svého gynekologa, odborného nebo praktického lékaře. A zda se s ním poradili o vhodné antikoncepci. 45 % respondentů odpovědělo, že před prvním pohlavním stykem navštívili svého gynekologa, 42 % uvedlo, že nikoliv, a 13 % respondentů odpovědělo, že se poradili se svými přáteli či dospělým.



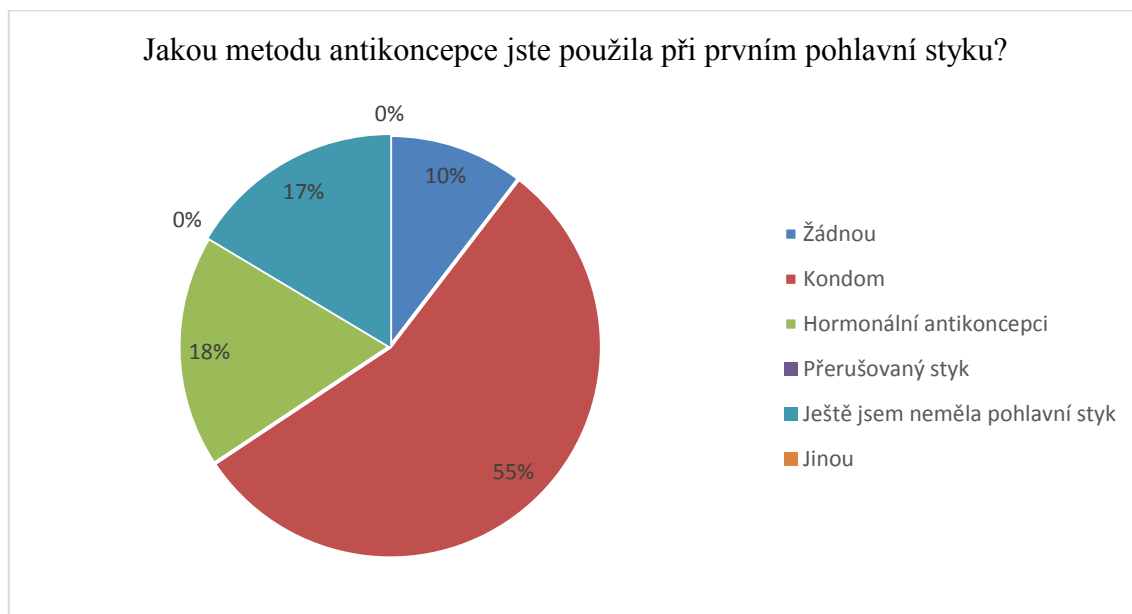
Graf 16 - otázka č. 14

Tabulka 16 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ano	41,80 %	28	37,00 %	35
Ne	44,80 %	30	53,00 %	50
Poradila bych se s kamarádkou či dospělým	13,40 %	9	10,00 %	10
Celkem		67		95

Z porovnávací tabulky č. 16 vyplývá, že respondenti ze SŠPTP ve 41 % navštívili svého odborného lékaře před prvním pohlavním stykem, stejnou odpověď zvolilo 37 % respondentů z OA. Zde je vidět, že studenti ze SŠPTP jsou obezřetnější a zajistili si více informací před zahájením sexuálního života než studenti z OA. Před zahájením pohlavního života nenavštívilo lékaře 44 % respondentů ze SŠPTP a 53 % z OA. Radu od dospělého či kamaráda zvolilo 13 % respondentů ze SŠPTP a 10 % z OA.

Otázka číslo patnáct byla zaměřena na to, jakou metodu antikoncepce použili respondenti při svém prvním pohlavním styku. Nejčastěji použitou antikoncepcí byl prezervativ, který však není z hlediska ochrany před početím bezpečnější než hormonální antikoncepce, ale chrání uživatele před přenosem pohlavních chorob. 18 % dotazovaných respondentů uvedlo, že již užívali hormonální antikoncepci. Riskantních 10 % respondentů uvedlo, že jejich první pohlavní styk byl nechráněný. Zbýlých 17 % respondentů uvedlo, že ještě pohlavní život nezačali.



Graf 17 - otázka č. 15

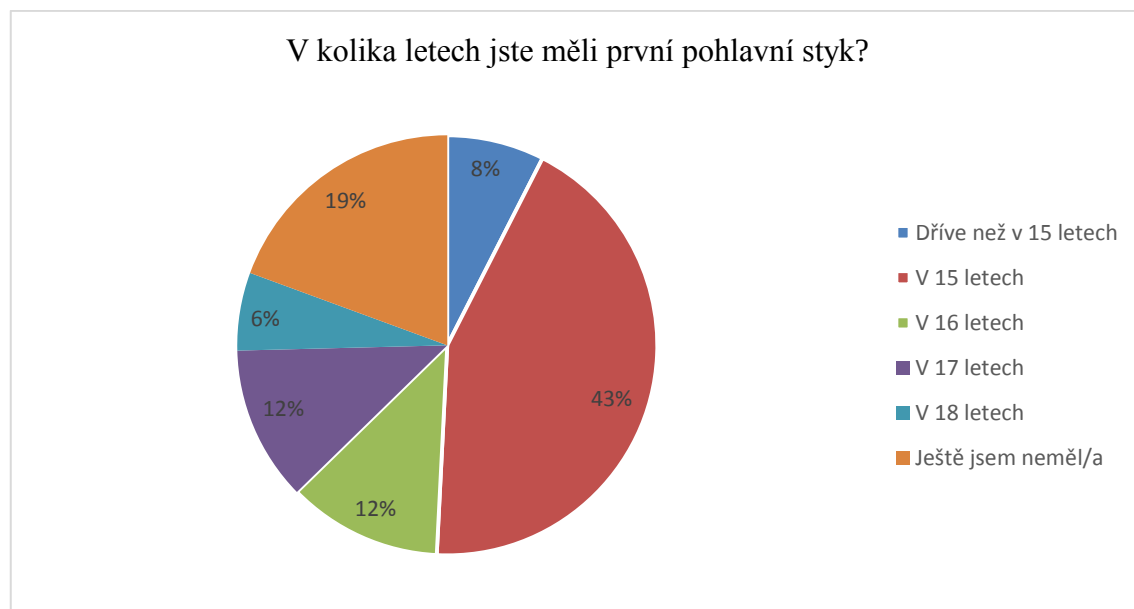
Tabulka 17 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Žádnou	10,40 %	7	13,00 %	12
Kondom	55,20 %	37	42,00 %	40
Hormonální antikoncepci	17,90 %	12	13,00 %	12
Přerušovaný styk	0,00 %	0	2,00 %	2
Ještě jsem neměl/a pohlavní styk	16,40 %	11	29,00 %	28
Jinou	0,00 %	0	0,00 %	0
Celkem		67		95

Tabulka č. 17 ukazuje, že obě dotazované školy nejčastěji uváděly, že respondenti při prvním pohlavním styku použili prezervativ, SŠPTP v 55 % a OA ve 42

%. Druhou nejvíce využitou metodou byla hormonální antikoncepce, SŠPTP 17 % a OA 13 %. Rizikově se zachovali respondenti z OA, kteří využili přerušované soulože ve 2 % a ti, kteří se při prvním pohlavním styku nijak nechránili, u SŠPTP v 10 % a OA v 13 %. Z poslední možnosti vyplynulo, že celkem 16 % ze SŠPTP a 29 % dotazovaných respondentů z OA ještě svůj sexuální život nezahájilo.

Předposlední otázka se dotazovala respondentů, v kolika letech zahájili svůj pohlavní život. 43 % respondentů uvedlo, že svůj sexuální život zahájili v 15 letech. 12 % respondentů v 16 letech a dalších 12 % respondentů v 17 letech. V 18 letech mělo poprvé pohlavní styk 6 % respondentů. Nezákonně svůj sexuální život před 15. rokem zahájilo 8 % dotazovaných respondentů a u celých 19 % ještě první pohlavní styk neproběhl.



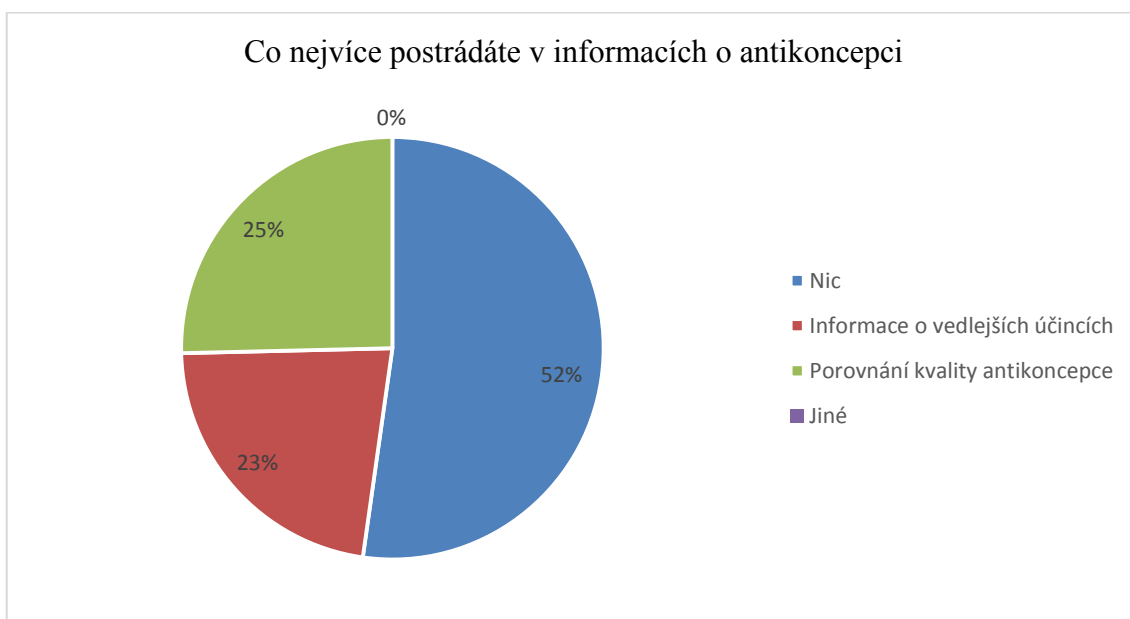
Graf 18 - otázka č.16

Tabulka 18 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Dříve než v 15 letech	7,50 %	5	8,00 %	8
V 15 letech	43,30 %	29	34,00 %	32
V 16 letech	11,90 %	8	10,00 %	10
V 17 letech	11,90 %	8	15,00 %	14
V 18 letech	6,00 %	4	4,00 %	4
Ještě jsem neměl/a	19,40 %	13	29,00 %	28
Celkem		67		95

Z tabulky č. 18 je zřejmé, že nejčastěji respondenti z obou dotazovaných škol zahájili svůj pohlavní život v 15 letech, tedy na hranici věku povoleného k sexuálnímu životu. V 16 letech zahájilo pohlavní život 11 % respondentů ze SŠPTP a 10 % z OA. V 17 letech začalo sexuálně žít 11 % respondentů ze SŠPTP a 15 % z OA. V plnoletosti mělo první pohlavní styk 6 % respondentů ze SŠPTP a 4 % z OA. Pohlavním životem prozatím nežije 19 % respondentů ze SŠPTP a 29 % respondentů z OA. Téměř stejný počet okolo 8 % respondentů z obou dotazovaných škol zahájilo svůj sexuální život rizikově před patnáctým rokem.

Poslední otázka č. 17 se zaměřovala na to, co respondenti nejvíce postrádají v informacích o antikoncepci. Přes polovinu dotazovaných respondentů uvedlo, že žádné další informace o antikoncepci nepotřebují. 25 % respondentů uvedlo, že by uvítali informace porovnávající druhy a kvalitu antikoncepce na trhu, a 23 % respondentů odpovědělo, že postrádají komplexní informace o vedlejších a škodlivých účincích antikoncepce.



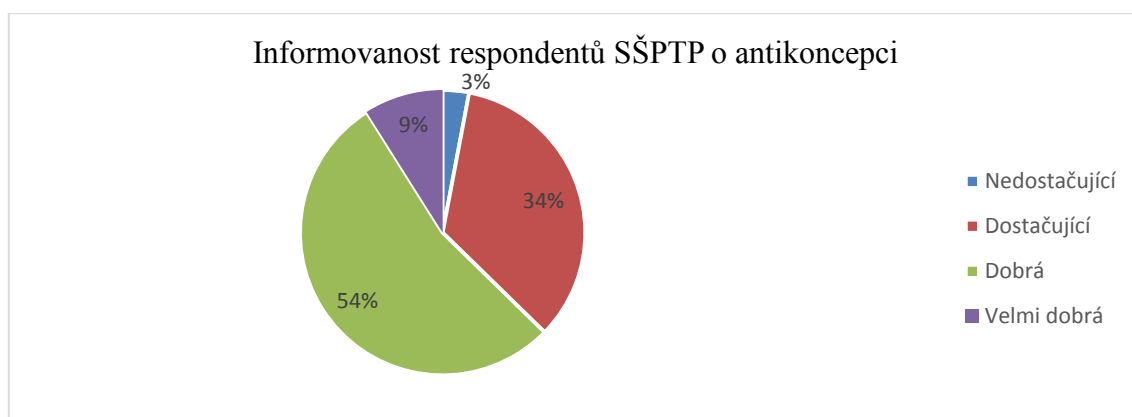
Graf 19- otázka č. 17

Tabulka 19 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Nic	52,24 %	35	86,00 %	82
Informace o vedlejších účincích	22,39 %	15	0,00 %	0
Porovnání kvality antikoncepce	25,37 %	17	0,00 %	0
Jiné	0,00 %	0	14,00 %	13,3
Celkem		67		95

Z tabulky č. 19 vyplývají velké rozdíly, kdy respondenti ze SŠPTP uváděli v 52 %, že nepostrádají žádné informace, u dotazované OA tuto skutečnost uvádělo až 86 % respondentů. Respondenti ze SŠPTP uváděli i další oblasti, o kterých by se chtěli dozvědět. Chtěli by získat více informací především o porovnání jednotlivých druhů antikoncepce na trhu a jejich vedlejších účincích. Respondenti z OA uváděli, že některé informace také postrádají, a to ve 14 %, konkrétní oblasti však neuvedli.

Výsledný graf a přehledová tabulka informovanosti středoškoláků o antikoncepci je vytvořena dle dat získaných a zaznamenaných do kódovníku a podle počtu správných odpovědí byly jednotlivým respondentům přiřazovány informační doby. Níže vidíme, že respondenti mohli sami v otázce č. 6 ohodnotit, jak subjektivně vnímají svoji informovanost na dané téma. Konečný informační graf ukazuje téměř shodné výsledky z výzkumu o jejich znalosti. Nedostačující informace o antikoncepci mají 3 % respondentů, dostačující 34 % a dobrá informovanost se prokázala u 54 % respondentů. Velmi dobrou informovanost o antikoncepci prokázalo pouhých 9 % dotazovaných respondentů.



Graf 20 - Výsledný graf informovanosti středoškoláků o antikoncepci

Tabulka 20 – výsledná porovnávací tabulka SŠPTP a OA

	SŠPTP Velké Poříčí		OA Plzeň	
	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost
Nedostatečná	2,99 %	2	9,00 %	3
Dostačující	34,33 %	23	55,00 %	31
Dobrá	53,73 %	36	33,00 %	52
Velmi dobrá	8,96 %	6	3,00 %	9
Celkem		67		95

Uvedená výsledná tabulka č. 20 porovnává výsledky našeho výzkumu, provedeného na Střední škole propagační tvorby a polygrafie ve Velkém Poříčí a výzkumu na Obchodní akademii v Plzni, který provedla Lucie Šlajsová v roce 2013. Vzhledem k odlišnému počtu respondentů porovnávaných výzkumů vykazuje námi provedený výzkum lepší výsledky ve všech bodech, největší zastoupení má u výsledků SŠPTP dobrá informovanost s 53 %, oproti OA má největší zastoupení a 55 % u dostačující informovanosti respondentů. Dále vykazuje lepší výsledky dotazníkové šetření u SŠPTP, které má o 6 % nižší počet nedostatečné znalosti o antikoncepci a o 6 % vyšší počet respondentů u velmi dobré informovanosti o antikoncepci oproti OA.

11.4 Diskuze výsledku

Následující závěrečná fáze práce obsahuje zpracování a interpretaci získaných dat. Reichel uvádí ve své metodologii výklad interpretace jako „výklad zjištěných výsledků, vysvětlení, co znamenají a co z nich vyplývá.“ (Reichel, 2008, s. 173)

Provedené dotazníkové šetření na SŠPTP ve Velkém Poříčí mi poskytlo dostatečné informace, které jsem mohla porovnat s výsledky dotazníkového šetření z

bakalářské práce Lucie Šlajsové z roku 2013. Níže se budeme snažit výsledky shrnout a porovnat tak, aby byly znatelné rozdíly.

Respondenti z našeho výzkumu nejčastěji uváděli, že se informace o antikoncepci dozvěděli v rámci výuky ve škole. Respondenti z porovnávaného výzkumu označovali nejčastěji jako zdroj informací přátele. Respondenti ze SŠPTP mají zájem získávat nové informace o antikoncepci, oproti tomu výsledky z výzkumu z OA ukazují, že respondenti nemají zájem o další prohlubující přednášky na téma antikoncepce. U obou výzkumů byli respondenti schopni vyjmenovat více než tři antikoncepční metody, což ukazuje na dobré povědomí o jejich druzích. Rizikové sexuální chování svého okolí respondenti pozorují ve stejné intenzitě jak OA, tak SŠPTP. Oba výzkumy dokazují, že respondenti vědí, že nejspolehlivější antikoncepcí je antikoncepce hormonální. Rozdíl byl znatelný ve znalostech bariérové antikoncepce, respondenti ze SŠPTP nemají tak dobré informace o bariérové antikoncepci oproti respondentům z OA. Tento výsledek přisuzují tomu, že v současné době je hojně užívána hormonální antikoncepce a méně využívána bariérová. Při otázce zjišťující znalost bariérové antikoncepce byl ve výběru uveden i femidom, což mohlo respondenty zmást, protože je již nepopulární metodou a respondenti ji nemusí znát. Komplexně však respondenti obou výzkumů mají vyšší znalost hormonální antikoncepce. Další oblast v porovnaných výzkumech odhalila neznalost časového rozmezí pro užití postkoitální antikoncepce. Na druhou stranu znají správný postup v případě, že by zapomněli užít tabletku hormonální antikoncepce. Další situační otázka poukázala na to, že v případě, kdy by respondentům selhala antikoncepce, by se většina respondentů ze SŠPTP zachovala zodpovědně a navštívila by svého lékaře. Porovnaný výzkum z OA ukázal, že by respondenti tuto situaci radikálně řešili nákupem Postinoru. Většina respondentů obou výzkumů zná více než tři vedlejší účinky hormonální antikoncepce. Poslední situační otázka poukázala na to, že v případě, kdy by měli respondenti pohlavní styk s osobou nakaženou HIV, by nejvíce respondentů ze SŠPTP správně navštívilo svého odborného lékaře, porovnaný výzkum z OA ukázal, že by většina respondentů nesprávně volila krevní testy. Nejvíce respondentů u obou výzkumů mělo první pohlavní styk v 15 letech a jako ochranu využili prezervativ. Na tři stanovené výzkumné otázky následně jednoznačně odpovědělo:

Výzkum OA (2013)

- Respondenti získávají v 34 % informace o antikoncepci od přátel.
- Respondenti mají 70 % informace o hormonální antikoncepci a 61 % informace o bariérové antikoncepci.
- Respondenti při selhání antikoncepce v 47 % zakoupí tabletu Postinor.

Výzkum SŠPTP (2016)

- Respondenti získávají v 36 % informace o antikoncepci ze školského zařízení.
- Respondenti mají 67 % informace o hormonální antikoncepci a 33 % informace o bariérové antikoncepci.
- Respondenti při selhání antikoncepce v 39 % navštíví svého odborného lékaře.

12 Závěr

V současné době je velkým tématem, probíraným jak v médiích, tak i v mezilidské komunikaci, brzké zahájení sexuálního života u studentů již před dosažením patnáctého roku věku a s tím spojená gravidita nezletilých dívek. Dnešní doba je uspěchaná a moderní technologie se přímo řítí kupředu. Bohužel s vývojem moderních technologií a díky otevřeným možnostem získávat informace o sexu se lze dostat i na portály, které spíše nabádají v oblasti sexuálního života k vyzkoušení něčeho nového. Studenti leckdy prahnou po dobrodružství a nových zážitcích, které často vykazují známky rizikového sexuálního chování. Proto je velice důležité se včas zaměřit na to, aby studenti získali komplexní informace o antikoncepci.

Ve své bakalářské práci jsem si zvolila jako hlavní cíl zjistit, jaká je informovanost středoškoláků o antikoncepci. Zajímaly mne především znalosti v oblasti druhů antikoncepce, využití antikoncepčních metod, ochrana před početím a pohlavními chorobami. V neposlední řadě i postup studentů v případě, že by jim zvolená antikoncepce selhala. Následně jsem výsledky porovнала s výzkumem na stejné téma, který byl realizován v roce 2013 Lucií Šlajsovou. Záměrně jsem tedy zvolila jako cílovou skupinu žáky středních škol, kteří začínají pohlavně dozrávat a sexuálně žít. Zpracování tématu bych hodnotila kladně. Mám za to, že se mi podařilo zjistit míru informovanosti středoškoláků o antikoncepci a výsledky výzkumů vzájemně porovnat. Teoretická část práce popisovala historii antikoncepce, období adolescence, druhy antikoncepce, sterilizaci, interrupci a pohlavní choroby. Druhá, empirická část bakalářské práce se zabývala konkrétními otázkami z dotazníku, jeho vyhodnocováním a porovnáním. Dotazníkové šetření nám poskytlo dostatek informací, potřebných k získání odpovědí na výzkumné otázky, které zněly: Jak respondenti získávají informace o antikoncepci? Jaké mají respondenti informace o antikoncepci bariérové a hormonální? Jak se zachovávají respondenti v případě, že jim selže antikoncepce?

Oba výzkumy shodně ukázaly, že většina respondentů má dobrou informovanost o antikoncepci, což znamená, že správně odpověděli na 4 nebo 5 bodovaných otázek ze 7. Na výzkumné otázky se zaměříme jednotlivě. Z porovnání odpovědí na první výzkumnou otázku vyplynulo, že respondenti se v minulém výzkumu informace dozvídali především od přátel, zatímco náš výzkum ukázal, že respondenti informace získali ve školském zařízení. Výsledný rozdíl přisuzuji tomu, že v současné době se

školy snaží aktivněji zapůsobit na osvětu svých žáků v oblasti antikoncepci v rámci výuky občanské nebo rodinné výchovy. Intenzivněji se také informace o antikoncepci dostávají ke studentům díky práci školních metodiků prevence, kteří zprostředkovávají různé prohlubující přednášky na toto téma a zapojují je do výuky. V druhé výzkumné otázce shodně vyšlo, že respondenti obou výzkumů mají lepší znalosti o hormonální antikoncepci než o bariérové. Troufám si říci, že v dnešní době je hojně využívaná hormonální antikoncepce pro její nejvyšší účinnost ochrany před početím, pozitivní účinky na pleť a jednoduché užívání, což je určitým komfortem, který preferuje většina mladých dívek i žen. Poslední výzkumná otázka porovnála rozdílné postupy respondentů v případě, že by jim selhala antikoncepce. Respondenti z našeho výzkumu by zodpovědně navštívili svého lékaře, zatímco respondenti z porovnávaného výzkumu by situaci řešili zakoupením Postinoru.

Ráda bych touto prací poukázala na důležitost včasných a cíleně předávaných informací o antikoncepci žákům již na druhém stupni základní školy. Školský systém by měl být nastaven tak, aby ve spolupráci se školním metodikem prevence připravoval pravidelné přednášky na téma antikoncepce, nové trendy v antikoncepci, rozšířené pohlavní nemoci a aktuální situace ve společnosti. Dále bych upozornila na to, že dívky nejsou dostatečně informovány o péči o dítě. Společnost i škola se k dívkám, které předčasně otěhotní, otáčí spíše zády. Vidím potřebu, aby v České republice byla zavedena organizace, která bude v této situaci dívkám nápomocna.

Seznam použité literatury

BARTÁK, A.: *Antikoncepce*. Praha: Grada Publishing, 2006. 1. vyd., 132 s. ISBN 80-247-1351-9

ČEPICKÝ, P.; KURZOVA, H. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Karolinum, 2003. 174 s. ISBN 80-246-0677-1

ČÍŠKOVÁ, J., BINAROVÁ, I., HOLÁSKOVÁ, K., PETROVÁ, A., PLEVOVÁ, I., PUGNEROVÁ, M.: *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Polygrafické středisko VUP, 2001. ISBN 80-7067-953-0.

FAIT, T.: *Antikoncepce. Průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2008. 103 s. ISBN 978-80-7345-172-1

GALÁN, E.: *Láska a sex ve Starém Řecku*. Praha: EG Ikar, 2003. ISBN 80-249-0244-3

GALÁN, E.: *Milostný život ve Starém Římě*. Praha: EG Ikar, 2004. ISBN 80-249-0410-1

GAVORA, P.: *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2008, 269 s. ISBN 978-80-223-2391-8

HENDL, J.: *Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace*. Praha: Portál, s. r. o., 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

JELÍNEK, J.: *Biologie a fyziologie člověka a úvod do studia obecné genetiky*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2003. 223 s. ISBN 80-7182-138-1

MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J.: *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H□H, 2002. ISBN 80-86022-94-3

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D.: *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8

MACHOVÁ, J.: *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Karolinum, 2002. 269 s. ISBN 80-7184-867-0

OBRTTEL, J., SCHWANK, R.: *Moderní diagnostika a léčení příjice*, 1. vydání. Praha: Avicenum, 1972, 150s.

REICHEL, J.: *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Grada Publishing a. s., 2009, 181 s. ISBN 978-80-247-3006-6

ROZTOČIL, A. *Porodnictví*. Brno. 2001, 333 s., ISBN 80-7013-339-2

SEIDLOVÁ, D.: *Kontrace pro praxi*. Praha: Maxdorf., 1997, 148 s., ISBN 80-85800-39-X

SCHWANK, Richard. *Pohlavní choroby, jejich podstata, sociální význam a léčení*. Praha 1941, 166 s.

ČEPICKÝ, P., ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, Z., *Jak odpovídat na otázky o antikoncepci a plánovaném rodičovství*. Praha: Levret, 2010. 70 s. ISBN 978-80-87070-49-9.

OBRTTEL, J. *Pohlavní choroby*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1968, 38 s.

OBRTTEL, J. *Pohlavní choroby a jak jim předcházet*. 1. vyd. Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1967. 36 s.

SZAREWSKI, A., GUILLEBAUD, J., *Antikoncepce: Praktická příručka*. Praha: Victoria Publishing, 1996. ISBN 80-85865-55-6

ŠIPR, K., ŠIPROVÁ, H.: *Přirozené a spolehlivé plánování rodičovství*. Brno: GLORIA, 1995. 118 s. ISBN 80-901834-0-9

ŠLAJSOVÁ, Lucie. *Informovanost středoškoláků o antikoncepci*. Plzeň, 2013
Bakalářská práce. Západočeská univerzita V Plzni. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Šámalová.

UZEL, R.: *Antikoncepční kuchařka aneb Cesty k sexuálnímu zdraví*. Praha: Grada Publishing, 1999, 137 s. ISBN 80-7169-767-2

ČEPICKÝ, P. Historie antikoncepce [online]. 2004 [cit. 24.března 2016] Dostupné na World Wide

Web:http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/cepicky.php?PHPSESSID=24b27b1afaf6347533672cbf7eea8387

Seznam obrázků

Obrázek 1 Reprodukční systém ženy.....	15
Obrázek 2 Reprodukční systém muže	16
Obrázek 3 Nitroděložní tělísko	22
Obrázek 4 Sterilizace ženy	23
Obrázek 5 Vasektomie.....	24

Seznam grafů

Graf 1 - pohlaví.....	31
Graf 2 - Věk	32
Graf 3 - otázka č.1.....	33
Graf 4 - otázka č. 2.....	34
Graf 5 - otázka č. 3.....	35
Graf 6 - otázka č. 4.....	36
Graf 7 - otázka č.5.....	37
Graf 8 - otázka č. 6.....	38
Graf 9 - otázka č.7.....	39
Graf 10 - otázka č. 8.....	40
Graf 11 - otázka č. 9.....	41
Graf 12 - otázka č.10.....	42
Graf 13- otázka č. 11.....	43
Graf 14 - otázka č. 12.....	45
Graf 15 - otázka č. 13.....	46
Graf 16 - otázka č. 14.....	47
Graf 17 - otázka č. 15.....	48
Graf 18 - otázka č. 16.....	49
Graf 19 - otázka č. 17.....	50
Graf 20 - Výsledný graf informovanosti středoškoláků o antikoncepci	52

Seznam tabulek

Tabulka 1 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA.....	31
Tabulka 2 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	32
Tabulka 3 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	33
Tabulka 4 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	34
Tabulka 5 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	35
Tabulka 6 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	36
Tabulka 7 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	37
Tabulka 8 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	38
Tabulka 9 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	39
Tabulka 10 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	40
Tabulka 11 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	41
Tabulka 12 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	42
Tabulka 13 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	44
Tabulka 14 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	45
Tabulka 15 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	46
Tabulka 16 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	47
Tabulka 17 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	48
Tabulka 18 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	49
Tabulka 19 - porovnávací tabulka SŠPTP a OA	51
Tabulka 20 – výsledná porovnávací tabulka SŠPTP a OA	52

Přílohy

Příloha A: dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Zuzana Nováková a studuji obor Učitel odborné výuky na Univerzitě Hradec Králové. Píši bakalářskou práci na téma informovanost středoškoláků o antikoncepci. Velmi mi pomůžete, pokud tento dotazník vyplníte. Dotazník je anonymní. Předem děkuji za spolupráci

Pohlaví:

Věk:

Škola:

1. Kde jste se poprvé dozvěděli o antikoncepci?

- a) ve škole 011
- b) od rodičů 012
- c) od přátel 013
- d) z médií (internet, časopis, televize) 014
- e) jinde, uveďte kde.....01.

2. Byli jste na ZŠ informováni o antikoncepci?

- a) ano, pravidelně v hodinách rodinné či občanské výchovy a biologie 021
- b) ano, v hodinách a měli jsme i speciální blok věnovaný tomuto tématu 022
- c) ne, informace na toto téma jsme na ZŠ neobdrželi 023

3. Uvítali byste teď na SŠ nějakou přednášku na téma antikoncepce a sexuální život, za účelem prohloubení informací?

- a) ano 031
- b) ne 032
- c) možná, ale raději se vzdělávám sám(a) pomocí odborné literatury 033

4. Jaké znáte metody antikoncepce?

.....
.....
.....
.....
..... 04.

5. Myslíte si, že vaše informovanost o antikoncepci je:

- a) velmi dobrá 051
- b) dobrá 052
- c) dostačující 053
- d) nedostačující 054

6. Znáte někoho ve svém okolí, o kom si myslíte, že jedná rizikově v oblasti sexuálního chování?

- a) ne 061
- b) ano, ale je to jeho (její) věc 062
- c) ano, a snažil (a) jsem se upozornit na rizika, která to může přinést 063

7. Jaká antikoncepce je dle vašeho názoru nejspolehlivější z hlediska ochrany před početím?

- a) prezervativ 071
- b) hormonální antikoncepce 072
- c) přerušovaná soulož 073
- d) metoda plodných a neplodných dnů 074

8. Mezi bariérové metody antikoncepce patří:

- a) kondom, přerušovaná soulož, pesar 081
- b) kondom, přerušovaná soulož, spermicidní krém 082
- c) kondom, pesar, femidom 083

9. Postkoitální antikoncepce:

- a) užívá se po pohlavním styku, nejdéle však do 48 hodin 091
- b) užívá se minimálně 6h před stykem 092
- c) užívá se po pohlavním styku, nejdéle do 72 hodin 093

10. V případě zapomenutí užití tabletky hormonální antikoncepce:

- a) nic se neděje, pokud zapomenou pouze 1 – 2 tabletky 101
- b) účinek se nesníží, pokud užijí tabletu do 12 hodin 102
- c) druhý den si vezmu dvě tabletky najednou, účinek je stejný 103

11. Pokud byste měli s partnerem-kou nechráněný pohlavní styk, či by vám selhala antikoncepce, jak byste dále postupovali?

.....

 11.

12. Může mít hormonální antikoncepce nějaké vedlejší účinky?

- a) ne 121
- b) ano, uveďte jaké:

.....

 122

13. Jak byste se zachovali v případě, že byste se dozvěděli, že jste měli pohlavní styk s osobou, která je podezřelá nakažením nemocí HIV?

- a) šel (šla) bych okamžitě na krevní testy 131
- b) zeptal(a) bych se té osoby, zda je nemocný, a tomu tvrzení věřil(a) 132
- c) navštívil(a) bych do druhého dne svého lékaře a poradil(a) se s ním o dalším postupu

14. Navštívili jste (byste) před prvním pohlavním stykem gynekologa, odborného nebo praktického lékaře a poradili se s ním o vhodné antikoncepci?

- a) ano 141
- b) ne 142
- c) poradil(a) bych se s kamarádkou či dospělým 143

15. Jakou metodu antikoncepce jste použili při prvním pohlavním styku?

- a) žádnou 151
- b) kondom 152
- c) hormonální antikoncepci 153
- d) přerušovaný styk 154
- e) jinou 155
- f) ještě jsem neměl(a) pohlavní styk 156

16. V kolika letech jste měli první pohlavní styk?

- a) dříve než v 15 letech 161
- b) v 15 letech 162
- c) v 16 letech 163
- d) v 17 letech 164
- e) v 18 letech 165
- f) ještě jsem neměl(a) pohlavní styk 166

17. Co nejvíce postrádáte v informacích o antikoncepci?

.....
.....

Příloha B – kódovník odpovědí respondentů

	Pohlaví	Věk	Škola	č.1	č.2	č.3	č.4	č.5	č.6	č.7	č.8	č.9	č.10	č.11	č.12	č.13	č.14	č.15	č.16	č.17	IB
1	Žena	15	SŠPTP	011	021	031	042	053	061	072	081	091	103	111	122	133	141	152	162	171	4
2	Žena	15	SŠPTP	013	023	031	043	053	062	071	081	091	102	111	122	133	143	156	166	171	3
3	Žena	16	SŠPTP	011	021	032	042	052	063	072	083	091	103	111	122	131	142	152	162	173	4
4	Žena	16	SŠPTP	012	022	033	041	053	062	072	082	092	102	111	122	133	142	152	162	171	4
5	Žena	16	SŠPTP	014	021	032	042	052	063	072	081	091	102	112	122	133	142	152	161	171	5
6	Žena	16	SŠPTP	013	023	031	043	053	062	072	081	091	102	112	122	133	142	152	162	173	4
7	Žena	16	SŠPTP	013	022	033	042	052	062	072	082	091	103	111	122	131	142	152	162	171	3
8	Žena	16	SŠPTP	012	022	031	042	052	061	072	081	091	102	112	122	131	142	152	161	171	4
9	Žena	16	SŠPTP	013	021	031	041	053	061	071	081	091	102	112	121	133	142	152	162	171	2
10	Žena	16	SŠPTP	014	021	033	042	053	061	072	083	091	101	116	122	133	143	156	166	173	5
11	Žena	16	SŠPTP	014	021	031	042	053	061	072	083	091	102	112	123	133	143	156	166	171	5
12	Žena	16	SŠPTP	014	021	032	041	054	061	071	081	091	102	115	122	133	141	156	166	173	3
13	Žena	16	SŠPTP	013	021	032	041	053	061	071	081	091	102	116	122	133	142	156	166	171	3
14	Žena	17	SŠPTP	014	021	031	041	052	061	072	081	091	101	116	122	131	142	152	164	172	2
15	Muž	17	SŠPTP	013	023	032	042	052	061	072	081	093	102	112	122	131	143	151	163	173	5
16	Žena	17	SŠPTP	012	022	031	042	052	062	072	083	091	103	111	122	131	141	152	162	171	4
17	Žena	17	SŠPTP	012	022	031	042	052	062	072	083	091	101	111	122	133	142	151	162	172	5
18	Žena	17	SŠPTP	013	021	031	041	052	062	071	081	093	102	111	122	131	142	152	162	172	4
19	Muž	17	SŠPTP	013	022	033	041	053	062	072	081	091	102	115	123	132	142	153	162	171	2
20	Žena	17	SŠPTP	011	022	031	042	051	062	072	081	091	102	115	123	133	141	152	162	171	3
21	Žena	17	SŠPTP	011	021	031	041	052	062	072	081	091	102	111	122	133	141	152	162	173	4
22	Žena	17	SŠPTP	011	023	033	041	052	062	072	081	091	101	111	122	132	142	152	162	171	2
23	Žena	17	SŠPTP	011	023	031	041	053	062	071	082	092	101	115	122	131	142	152	165	173	1

24	Žena	17	SŠPTP	012	021	031	041	052	062	072	083	091	102	112	123	133	141	152	163	171	4
25	Žena	17	SŠPTP	014	023	031	041	053	062	072	083	091	102	112	122	133	142	152	162	172	5
26	Žena	17	SŠPTP	011	021	033	042	052	062	072	081	091	102	115	122	133	141	156	166	173	5
27	Žena	17	SŠPTP	013	021	033	042	053	061	072	082	091	102	111	123	131	142	152	161	173	3
28	Žena	17	SŠPTP	012	021	031	041	053	061	071	081	091	102	116	122	131	141	152	162	172	2
29	Žena	17	SŠPTP	012	022	031	043	053	062	072	081	091	102	115	122	133	141	153	164	172	4
30	Žena	17	SŠPTP	012	021	031	042	053	061	072	083	091	102	111	123	131	141	152	166	171	4
31	Žena	17	SŠPTP	014	021	032	042	053	062	072	081	092	101	115	123	133	143	156	166	173	3
32	Žena	17	SŠPTP	011	021	032	043	053	061	072	081	091	101	115	123	133	141	156	166	171	2
33	Žena	17	SŠPTP	011	021	031	042	053	062	072	083	091	102	111	122	133	141	153	163	173	6
34	Žena	17	SŠPTP	011	022	031	042	052	062	072	083	091	102	112	122	133	141	153	162	172	6
35	Muž	18	SŠPTP	013	023	032	043	052	063	071	082	091	102	111	122	131	142	151	165	173	2
36	Žena	18	SŠPTP	014	023	031	043	052	061	072	081	091	102	111	122	131	141	152	162	172	3
37	Žena	18	SŠPTP	011	021	031	042	053	062	071	081	091	102	116	122	131	141	152	163	173	3
38	Muž	18	SŠPTP	011	021	031	042	052	062	072	081	092	102	111	122	131	142	151	162	171	4
39	Žena	18	SŠPTP	011	022	031	042	052	062	072	082	091	102	112	123	131	141	152	162	172	3
40	Žena	18	SŠPTP	013	021	032	042	053	061	072	081	092	102	114	122	131	141	152	164	173	4
41	Muž	18	SŠPTP	011	021	031	042	052	061	071	081	091	101	111	123	131	143	156	166	171	1
42	Žena	18	SŠPTP	011	021	031	042	053	061	072	081	091	102	115	122	133	141	153	165	172	5
43	Žena	18	SŠPTP	011	022	031	042	053	061	072	082	091	102	112	122	131	141	152	164	173	4
44	Žena	18	SŠPTP	012	021	032	043	052	061	071	081	092	102	111	122	131	143	152	163	171	3
45	Žena	18	SŠPTP	011	022	032	042	051	062	072	083	091	102	112	122	131	143	152	162	171	5
46	Žena	18	SŠPTP	012	021	031	042	052	063	072	082	091	102	112	122	131	142	151	162	171	4
47	Muž	18	SŠPTP	013	022	031	042	052	061	071	083	091	101	116	123	133	142	152	161	172	3
48	Žena	18	SŠPTP	012	022	031	042	052	063	072	083	091	102	112	122	133	141	153	162	172	6
49	Žena	18	SŠPTP	011	021	032	042	053	062	072	081	093	102	114	122	131	142	152	162	171	5
50	Muž	18	SŠPTP	014	021	031	042	052	062	071	081	093	102	112	122	131	142	151	161	171	4
51	Žena	18	SŠPTP	013	022	032	042	051	061	071	083	091	102	112	122	133	141	153	164	172	4
52	Žena	18	SŠPTP	011	022	031	042	053	063	072	083	091	102	112	123	133	141	153	162	171	5
53	Žena	19	SŠPTP	012	022	031	042	053	063	071	084	093	102	111	123	133	141	152	164	171	4
54	Muž	19	SŠPTP	013	023	031	042	053	062	072	081	092	102	111	122	131	141	153	164	171	4

55	Muž	19	SŠPTP	013	023	033	043	053	061	074	084	091	102	115	122	131	143	156	166	172	2
56	Žena	19	SŠPTP	012	023	033	042	052	063	071	083	091	102	111	123	133	141	152	162	171	4
57	Žena	19	SŠPTP	014	021	031	042	051	062	072	082	093	102	111	122	133	142	153	162	171	6
58	Muž	19	SŠPTP	011	022	032	042	053	062	072	083	092	102	112	122	131	142	151	166	172	6
59	Žena	19	SŠPTP	014	021	031	042	052	062	072	083	093	102	111	122	133	141	153	162	171	7
60	Žena	19	SŠPTP	012	021	031	042	053	062	072	081	092	103	116	122	131	142	153	162	171	3
61	Muž	20	SŠPTP	011	021	031	042	053	062	072	083	091	103	112	123	133	142	152	165	171	4
62	Žena	20	SŠPTP	014	021	031	042	053	063	072	083	091	102	111	123	131	142	152	163	173	4
63	Žena	20	SŠPTP	011	021	031	042	053	062	071	081	091	101	111	122	131	142	152	162	171	2
64	Muž	24	SŠPTP	011	023	032	043	052	062	071	083	091	102	115	122	133	142	156	166	171	4
65	Muž	34	SŠPTP	012	023	031	042	051	062	071	083	091	102	114	123	133	141	152	164	171	4
66	Žena	16	SŠPTP	012	021	031	043	051	062	071	082	091	102	112	122	131	142	152	163	173	2
67	Žena	16	SŠPTP	011	022	031	042	051	062	074	081	091	102	111	122	131	141	152	163	171	4

Legenda
041 - žádné
042 - prezervativ, hormonální antikoncepce, tělísko, náplasti, injekce
043 - prezervativ
122 - bolest hlavy, trombóza, zvýšená chuť k jídlu, zvýšení hmotnosti, bolest poprsí
123 - ano, ale nevím jaké