

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra zdravovědy a antropologie

Diplomová práce

Bc. Lenka Matúšová

Didaktické metody v sexuální výchově

Olomouc 2012

vedoucí práce: Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma: „Didaktické metody v sexuální výchově“ jsem vypracovala samostatně. Použitou literaturu uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Uherském Brodě dne

.....

Podpis

.....

Poděkování:

Děkuji Mgr. Michaele Hřivnové, Ph.D., za vedení diplomové práce, za cenné rady a připomínky, kterými přispěla k vyhotovení této práce.

OBSAH

1	ÚVOD.....	6
2	CÍLE A ÚKOLY PRÁCE.....	8
3	TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	9
3.1	Sexuální výchovy.....	9
3.1.1	Historie.....	9
3.1.2	Role rodiny	15
3.1.3	Role školy	17
3.1.4	Zařazení sexuální výchovy do RVP a ŠVP	20
3.2	Antikoncepce	22
3.2.1	Historie.....	23
3.2.2	Přirozená antikoncepce	25
3.2.3	Bariérová antikoncepce.....	26
3.2.4	Chemická antikoncepce	32
3.2.5	Nitroděložní antikoncepce	33
3.2.6	Hormonální antikoncepce	36
3.2.7	Další formy hormonální antikoncepce.....	41
3.2.8	Chirurgická antikoncepce	45
3.3	Vybrané aktivizační metody sexuální výchovy	48
3.3.1	Problémové vyučování	50
3.3.2	Diskusní metody	51
3.3.3	Situační metody	54
3.3.4	Metody inscenační	55
3.3.5	Didaktické hry.....	57
3.3.6	Speciální metody.....	59
	MATERIÁL A METODIKA.....	66
3.4	Charakteristika souboru	66
3.5	Použité metody	66
3.5.1	Vědomostní test	66
3.5.2	Dotazník k výukovým metodám.....	67
3.6	Statistické zpracování	67
4	VÝSLEDKY A DISKUSE	67
4.1	Hodnocení vstupního a výstupního testu	68

4.2	Dotazník k výukovým metodám.....	95
5	ZÁVĚR	127
6	SOUHRN	128
7	SUMMARY	129
	SEZNAM LITERATURY	130
	SEZNAM PŘÍLOH.....	135

1 Úvod

Sexuální výchova a její vyučování jsou poslední dobou hodně diskutovaným tématem. Vedou se spory o tom, zda sexuální výchovu vůbec vyučovat a pokud ano, tak jakým způsobem. Ti, kdo jsou zásadně proti, jsou rodiče z Výboru na obranu rodičovských práv, kteří sexuální výchovu zavrhnou a představují si, že by její jednotlivá témata měla být probírána pouze v rodině (Výbor na ochranu rodičovských práv, 2011), neboť ne všichni učitelé vyučují podle toho, jak si tento výbor představuje. Což samozřejmě vede k různým debatám a sporům, které lze jen těžko soudit. Všichni se však shodneme na tom, že na různých školách probíhá vyučování sexuální výchovy různě – záleží na mnoha faktorech, například na stanovení Školního vzdělávacího programu, kritériích kladených na učitele i samotné žáky, osobnosti učitele apod. Obecně však můžeme říci, že sexuální výchova žáky zajímá a proto je nutné stanovit taková kritéria vyučování a její formy, aby vyhovovaly škole, rodičům i samotným dětem. Ve své práci se proto zabývám některými didaktickými metodami sexuální výchovy, které se nám zdají být pro výuku tématu antikoncepce prospěšnější než klasické vyučování.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je členěna do 3 kapitol. Po úvodu a cílech a úkolech práce následuje první kapitola, ve které si charakterizujeme sexuální výchovu, budeme se zabývat zejména její historií, rolí rodiny, rolí školy a zařazením sexuální výchovy do Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (RVP ZV) a Školního vzdělávacího programu (ŠVP). Druhá kapitola je zaměřena na antikoncepci. Rozhodli jsme se rozdělit tuto kapitolu na podkapitoly, které se týkají historie a jednotlivých typů antikoncepce – přirozené, bariérové, chemické, nitroděložní, hormonální, dalších forem hormonální a chirurgické, které podrobněji popisujeme z hlediska jejich charakteristiky, ale také jejich výhod a nevýhod. Ve třetí kapitole si budeme přibližovat vybrané aktivizační metody sexuální výchovy – problémové vyučování, diskusní metody, situační metody, metody inscenační, didaktické hry a speciální metody, jež představuje RWCT (Reading and Writing for Critical Thinking), což je mezinárodní program, volně do češtiny přeložený jako Čtením a psaním ke kritickému myšlení (Grecmanová, Urbanovská, 2007).

Praktická část nejprve popisuje materiál a metodiku, ve které si charakterizujeme soubor, který pro nás představují 91 žáků 9. tříd, které jsme měli možnost oslovit a vést s nimi výuku na téma antikoncepce v rámci dvou souvislých praxí, dále si vysvětlíme použité metody a statistické zpracování. Následovat budou výsledky, které jsme získali

pomocí vstupního a výstupního testu a dotazníku, a diskuse. V přílohách můžeme zhlédnout pracovní listy i práce žáků.

2 Cíle a úkoly práce

Cílem diplomové práce je využít jednotlivé aktivizační metody v praxi a zjistit jejich efektivitu a přínos pro vyučování. Dále ověřit, zda se obsah znalostí žáků po využití těchto metod zlepšil.

Pro stanovení těchto cílů bylo potřeba vytvořit si cíle dílčí:

1. posbírat a nastudovat materiál sloužící pro výuku tématu antikoncepce,
2. připravit a realizovat vstupní a výstupní test, které jsou naprosto shodné a na nichž jsme poté vyhodnocovali dosažené výsledky žáků,
3. připravit a realizovat dotazníkové šetření, který se týká výukových metod, zejména pak jejich efektivnosti a přínosu,
4. sestavit jednotlivé pracovní listy tak, aby je bylo možné aplikovat pro výuku pomocí námi zvolených metod. Vytvořit jsme pracovní listy, které nám sloužili k metodě Skládankové učení při výuce ženské antikoncepce.
5. vytvořit handouty, sloužící jako zápis, který si žáci nalepili do sešitů,
6. připravit souhrn antikoncepce jako podklad k probíranému učivu,
7. sestavit karty pro metodu Kostka, během níž mají žáci popisovat, porovnat, asociovat, analyzovat, aplikovat a argumentovat své znalosti na pojmu prezervativ,
8. vytvořit návod na použití prezervativu a ten pak rozstříhat a rozdělit do obálek – slouží pro metodu Zpřeházené věty,
9. připravit velké archy a obrázky (samozřejmě si žáci museli přinést také obrázky vlastní) s tématem antikoncepce související, se kterými žáci pracovali na vytváření plakátu,
10. vyhodnotit, analyzovat a interpretovat získané údaje vzhledem ke stanoveným cílům diplomové práce.

3 Teoretická východiska

3.1 Sexuální výchovy

3.1.1 Historie

„Rodinná výchova, obdobně jako jiná složka výchovy, má svou historii. V historii můžeme sledovat její vývoj od pohlavní výchovy, přes sexuální výchovu, dále pak přes výchovu k partnerství, manželství a rodičovství až po rodinnou výchovu a výchovu ke zdravému způsobu života,“ píše Janiš (2008, s. 70).

Již na **konci 18. století** můžeme nalézt příklady, které můžeme označit jako pohlavní výchovu. Dochází k postupnému odtabuizování lidské sexuality a tento trend se začal v některých oblastech více prosazovat. *„Někteří extrémisté názornosti doporučovali pitvat březí zvířata, pozorovat se školními dětmi páření ve volné přírodě, dále pak doporučovali, aby matky rodily v kruhu své rodiny za případné účasti dětí ze sousedství, aby děti a případně i dospělí chodili doma nazí apod.“* (Janiš, 2008, s. 71)

Sexuální výchovu tedy nelze oddělit od historie lidstva, přesto její kořeny byly položeny až zhruba v **19. století**. Myšlení lidí v této době výrazně ovlivnil spis T. R. Malthuse nazvaný „An essay on the principle of population“. *„Základní tezí bylo, že lidský pud je předimenzován, čímž se výrazně podílí na nekontrolovatelném růstu populace a nárůstu disproporcí mezi populací a zajištěním materiálních zdrojů, zejména potravin, pro udržení její existence,“* vysvětluje Janiš (2008, s. 70). Dalším faktorem, který výrazně ovlivňoval tuto dobu, byl nárůst průmyslové výroby, a s tím spojená také migrace obyvatelstva a jeho stěhování se do průmyslových oblastí. V této době se také začínají objevovat výrazné problémy s prostitucí, šířením pohlavně přenosných chorob, vzrůstající množství nechtěných těhotenství a ilegálních potratů. Na tuto problematiku začaly zpočátku poukazovat zejména církve a školy, jakožto instituce, pro které mládež představovala významné pracovní pole zájmu.

Janiš (2008) dále objasňuje, že v Čechách se otázkou pohlavní výchovy zabýval B. Bolzano (1781-1848). V českém školství se problémem pohlavní výchovy prvně zabývá v pedagogickém díle A. Pařízka. Jeho zásluhou byl v roce 1790 vydán překlad Praktické knihy ruční, který obsahuje doporučení realizovat pohlavní poučování mládeže, aby se „ukajováním více škody nepřinášelo, než rozumným vyjevováním.“

Pohlavní výchova se začala postupně vyvíjet i v dalších evropských zemích (Německo, Anglie), ovšem na konci století nastal výrazný ústup zájmu o pohlavní otázky, zejména kvůli viktoriánské pruderii, která se snažila mládež zastrašovat prostřednictvím šíření zpráv o pohlavně přenosných chorobách, o škodlivosti onanie apod. Netrvá to dlouho a již na **počátku 20. století** se k otázkám spojených s pohlavním životem začínají vracet různé lékařské a pedagogické časopisy, zejména pak v Německu a USA.

V Berlíně, v roce 1913, vzniká například Mezinárodní společnost pro sexuální výzkum (Internationale Gesellschaft für Sexualforschung), o 7 let později vzniká Liga pro sexuální reformu a v roce 1921 se v Berlíně uskutečnil mezinárodní sjezd pro sexuální problémy. V USA je rozvíjena činnost Sdružení pro pohlavní hygienu (The American Federation for Sex Hygiene), vysvětluje Janiš (2008).

Poprvé se také objevuje termín sexuální pedagogika, která se má zabývat poučením v pohlavních otázkách. Všeobecně panoval názor, že rodinná výchova má být součástí rodiny, postupně byl však vyvíjet také tlak na školy, které se měly stát hlavním garantem této výchovy. I přes počáteční odpor laické a z části i odborné veřejnosti, začala se rodinná výchova vyučovat v přírodopise, kde byly mládeži předkládány poznatky o biologické funkci rozmnožování a s tím souvisejících tématech jako popis pohlavních orgánů, menstruace, oplodnění, těhotenství, porod. Mládež získávala také poznatky o pohlavní hygieně, onanii, nebezpečí pohlavně přenosných chorob atd.

Nově byly také v Německu nastoleny požadavky rodinné výchovy, které nabízely možnost objasňovat dětem otázky pohlavních rozdílů a již před 10. rokem jejich života, na základě pozorování opylování rostlin, oplození ryb, ptactva i zvířat.

U nás byly podobné požadavky vysloveny na kongresu Volné myšlení v Praze v roce 1907, ale jednalo se o ojedinělý pokus, na rozdíl od okolních zemí, kde se pohlavní osvěta plně rozvíjela, přibližuje tuto problematiku Janiš (2008) a dále dodává, že u nás k tomu dochází až po vzniku Československa v souvislosti se zaváděním nových osnov (1919) do středních škol. Na pomoc přicházejí rozličné spolky, sdružení a instituce. Např. v Praze byla z iniciativy spolku Záchrana zřízena bezplatná poradna pro pohlavní výchovu. Za určitý průlom lze považovat i fakt, že pojem sexualita se začíná zavádět v pedagogickém světě, i když ne přímo ve vztahu k sexuální osvětě.

Tato problematika se začala zanedlouho také týkat zdravotnictví, které zaznamenalo nárůst osob s pohlavně přenosnou chorobou a s ním souvisejícím šířením těchto nemocí, docházelo také k vzrůstu nelegální potratovosti a nízkému věku prvorodiček. Začínají se tedy realizovat různé osvětové akce, zejména pod záštitou

Armády spásy, které mají za cíl varovat nezkušené dívky z venkova před prostitucí. V roce 1919 se dostává téma pohlavní výchovy na sjezd sociálnědemokratických žen a v roce 1920 i na jednání Prvního sjezdu učitelstva.

Po první světové válce u nás začaly vycházet různé rubriky, např. Výchova k rodičovství v časopise Národní osvěta, ale také různé publikace a populárně naučné spisy zabývající se touto tematikou. Největší zásluhu na tom měl Zdeněk Záhoř, který se zasloužil o pohlavní osvětu u nás. „*U pedagogů dochází k zajímavému posunu v názorech na samotnou realizaci a to, že hromadné formy výuky nepatří vzhledem ke značným individuálním rozdílům mezi neoptimálnější vyučovací metody.*“ (Janiš, 2008, s. 80) V této době má však stále velký vliv církve a pochopitelně zde byl i silný vliv společnosti na instituci rodiny. Hlavním cílem byla osvětová činnost, kterou měly podporovat i školy. Začaly se proto speciálně vyškolovat pedagogové. V hrubých rysech příprava pedagogů odpovídala obsahu dnešní rodinné výchovy.

Janiš (2008) dále píše, že k nosným tématům negraduální přípravy budoucích učitelek patřilo šití, vaření, drobné domácí práce, ekonomika domácnosti, zdravotvěda, vztahy v rodině, základy hygieny apod. Specifické bylo téma – styk s úřady, které navádělo k samostatnému vedení úřední agendy v oboru sociální péče. Mimo školu se dál uplatňovala rozsáhlá pohlavní osvěta.

Po druhé světové válce se školy snaží velice rychle navázat na předválečnou tradici. V této době se ve společnosti začíná projevovat značná volnost v uzavírání manželství, zvyšuje se také počet narozených dětí, postupně však také docházelo k postupnému nárůstu rozvodovosti. „*Rodinná výchova (v dnešním pojetí) se omezovala na fungování rodiny jako celku. Základní informace týkající se lidské sexuality (se záměrem snížit počet nežádoucích přerušení těhotenství a nechtěných těhotenství, kterou zpravidla vedlo k uzavření sňatků) byly žákům poskytovány prostřednictvím vyučovacího předmětu přírodopis (v souvislosti s učivem o rozmnožovacím ústrojí člověka).*“ (Janiš, 2008, s. 82) Začínají se však objevovat impulsy nebádající k zvýšenému zájmu v oblasti sexuální výchovy. Speciálně jsou proškolení lékaři i učitelé v oblasti psychosexuálního života. Zatímco v 50. letech dochází k průlomem do představ o lidské sexualitě, zejména pak díky rozsáhlým výzkumům Alfreda Charlese Kinseye, u nás nedochází k razantnímu vstupu výsledků sexuálních výzkumů na pole výchovy.

Podle Janiše (2008) k částečné nápravě dochází na počátku 50. let, kdy po XI. sjezdu KSČ dochází k zavedení nového výukového a výchovného předmětu s názvem Společenské nauky na vysokých školách. Obsah předmětu se dotýkal otázek výchovy

„nového“ typu člověka. Na úrovni základního školství došlo k zavedení vyučovacího předmětu Nauka o domácnosti, tento předmět byl určen pouze dívkám, který však na základě pojetí nové školské politiky byl v roce 1953 společně s výukou náboženství z učebního plánu škol vypuštěn.

Na prudký nárůst rozvodovosti a interrupcí reagoval v roce 1959 ÚV KSČ, který vydal pokyn, aby ředitelé do svých základních škol do výchovných plánů zařadili také komplexní působení školy. Byla také doporučena spolupráce rodičů, žáků a zdravotníků. Na základě těchto doporučení se uskutečňovaly různé besedy na téma výchova k rodičovství a pohlavní výchova mládeže. Zvláště pro dívky a chlapce byly organizovány besedy na téma výchova k manželství a rodičovství. Janiš (2008, s. 83) dodává, že *„dalším významným zákonným dokumentem byl Zákon o rodině (č. 94/1963 Sb.), který vešel v platnost v roce 1964. S odstupem doby lze považovat za správný celkový závěr, že výchova k rodičovství patří mezi opomíjené oblasti výchovy, že kroky vedoucí ke zlepšení stavu v minulosti probíhaly nesoustavně, kampaňovitě a omezovaly se na pouhou zdravotnickou osvětu. Do popředí pozornosti učitelské veřejnosti se dostává učitel, který musí být na činnost v pedagogické praxi připraven po všech stránkách (teoretická metodická připravenost).“*

Byl tak zaveden nový vyučovací předmět s názvem Biologie dítěte a školní hygiena, který se obsahově věnoval citové a sociální složce pohlavního života, pohlavnímu vývoji sexuálního citění během dětství a dospívání a metodickou sexuální výchovy a výchovy k rodičovství. Na vysokých pedagogických školách dochází k rozšíření výuky o předmět Hygiena výchovně vzdělávacího procesu, který si klade za cíl seznámit budoucí učitele s některými metodickými postupy při výkladu sexuální tematiky žáků na základních devítiletých školách. **V období 1969-1989** došlo ke zvýšenému zájmu na požadavky sexuální výchovy. Dochází k zavádění koncepce výchovy k rodičovství na základních devítiletých školách, která navazuje na poznatky z předchozích období. Byl také zvýšen důraz na mravní výchovu. Do výchovy k manželství a rodičovství byla zahrnuta sexuální výchova. Současně začaly v odborných časopisech vycházet názory, diskuse, zkušenosti z této oblasti výchovy. *„Ministerstvo školství ČSR na základě rozhodnutí vlády č. 137/1972, vypracovává program výchovy k manželství a rodičovství na základních devítiletých školách, v jehož rámci se poskytuje základní poučení o významu a postavení rodiny socialistické společnosti, o jejich základních funkcích, o vytváření správných vztahů mezi jejími členy, taktním a věku dětí přiměřeným způsobu seznámení s tělesným a duševním vývojem v době dospívání, se sexuální problematikou a se*

základními podmínkami zdravého a spokojeného rodinného života,“ píše Janiš (2008, s. 85).

Tato výchova se orientovala spíše na informativní složku. Došlo také k rozčlenění výchovy do tří etap: I. etapa – 1. až 5. ročník, II. etapa – 6. a 7. ročník, III. etapa – 8. a 9. ročník. Pro realizaci na 2. stupni základní devítileté školy bylo doporučováno hovořit (např. formou besedy) o některých otázkách odděleně. (Janiš, 2008)

Dívky byly také zvlášť vzdělávány v oblasti výživy a péči o dítě. Výchova také probíhala v rámci různých soutěží, vzdělávacích a zábavných cyklů a akcí pořádaných masmédií. V 70. letech se objevuje dosud nepoužívaný označení pro výchovu v rodině – rodičovská výchova. V rámci rodiny se tak má uskutečňovat individuální forma výuky, dříve se totiž jednalo o skupinovou práci. Rodiče jsou tedy nabádáni k tomu, aby si na své dítě vyčlenili čas, který bude věnován morálně vzdělávacím rozhovorům, chvilčkám pracovní výuky, rodinné etikety apod. Na výchově se podílejí také různé kulturní instituce, zdravotnická zařízení, matriky, které pořádají besedy pro snoubence, úsek sociálních věcí a společenské organizace.

„Obsahovým předchůdcem předmětu Rodinná výchova byl vyučovací předmět Pracovní vyučování (1987). Na 2. stupni základní školy (5. – 8. ročník) se skládal ze tří složek:

- *technické práce,*
- *pěstitelské práce,*
- *specifická příprava dívek.*

Průběh výuky předpokládal nekoedukovanou účast. Specifická příprava dívek probíhala v 7. ročníku na úkor technických prací se zaměřením především na vaření, v 8. ročníku na úkor pěstitelských prací se zaměřením na šití.“ (Janiš, 2008, s. 88)

Jako nepovinný byl také v roce 1986 zaveden předmět Domácí nauky, který měl rozvíjet manuální zručnost dívek prostřednictvím témat výživa v rodině, háčkování a pletení, příprava jídel a šití. Tento předmět byl zařazen do učebních plánů základních škol pro 5. - 8. ročník. Nově se také do učebních osnov zařadila příprava chlapců na život v budoucí rodině, výběr partnerky a výchova ke spoluzodpovědnosti muže za rodinu. Zajímavostí je, že pro mládež připravující se na dělnická povolání, byl zaveden povinný kurz k rodičovství. Ministerstvo očekávalo, že dojde k očekávaným demografickým a sociálním změnám u dané kategorie osob, ale nestalo se tak. Tento fakt byl dán především jednostranným přeceněním úlohy školy a zvýrazněním této instituce jako jediného garanta za výchovu dětí a mládeže. „Četná výzkumná šetření z té doby prokázala,

že naprostá většina mladých lidí je nepřipravena pro manželství, sexuální život, rodičovství apod. Výsledkem takového stavu bylo usnesení vlády č. 303 (26. 11. 1985) ke zprávě „*O výchově k manželství a odpovědnému rodičovství za období sedmé pětiletky a hlavních úkolech na léta 1986 až 1990. V usnesení se ukládalo všem školním orgánům sledovat úroveň výchovy k manželství a rodičovství ve všech školách a školských zařízeních, mimo jiné i k sexuální výchově,*“ dokončuje Janiš (2008, s. 89).

Od roku 1989 až dosud dochází ke snahám pedagogických pracovníků zkvalitnit vlastní připravenost žáků na reálný život. V systému celistvé výchovy nabývá na vážnosti předmět Rodinná výchova, který vystupuje jako integrující vyučovací předmět, který v podobě otevřeného systému zahrnuje řadu poznatků a dovedností z dalších vyučovacích předmětů. Rodinná výchova tak vystupuje jako multidisciplinární předmět se širokým obsahovým spektrem. (Janiš, 2008)

Cílem tohoto předmětu bylo přispět k celkovému osobnostnímu a sociálnímu rozvoji žáků. Teprve od 90. let dochází k možnosti výběru předmětu Rodinná výchova v rámci Pracovního vyučování, a to na základě administrativního rozhodnutí ředitele školy. Od roku 1996-1997 je Rodinná výchova zařazena do souboru ostatních vyučovacích předmětů. Obsah byl společný pro dívky i pro chlapce a zahrnoval tyto témata:

- „*Rodina a širší sociální prostředí;*
- *Rozvoj osobnosti;*
- *Péče o zdraví, osobní hygiena, režim dne;*
- *Zdravá výživa;*
- *Pohybová aktivita a zdraví;*
- *Sexuální výchova;*
- *Prevence zneužívání návykových látek;*
- *Osobní bezpečí.*“ (Janiš, 2008, s. 92)

Od roku 2007 vstoupil v platnost tzv. školní vzdělávací program (podle něhož se mělo začít vyučovat v 1. a 6. ročníku), ve kterém jako jedna ze vzdělávacích oblastí vystupuje také oblast Člověk a zdraví, v rámci níž je vymezen předmět Výchova ke zdraví.

Machová, Marádová a Klementa (1998) píší, že výchova ke zdravému životnímu stylu je pro školy poměrně novým okruhem zájmu. Ve vyspělých zemích jsou již řadu let rozvíjeny programy, které bezprostředně reagují na zhoršující se zdravotní stav obyvatelstva, na zmírňování negativního dopadu konzumního způsobu života společnosti.

Zaváděné programy výchovy ke zdraví vycházejí z chápání zdraví jako prvořadé hodnoty podílející se na kvalitě života.

Autorka této práce poskytuje bližší informace o tomto předmětu níže v kapitole „Zařazení sexuální výchovy do RVP ZV a ŠVP.“

3.1.2 Role rodiny

„Rodina je důležitým prostředím nejen pro sexuální výchovu od raného dětství až do období dospívání. V současnosti, kdy se setkáváme se sexualitou takřka na každém kroku a kdy je sexuální výchova alespoň částečně součástí školních osnov již od základní školy, se na význam rodiny zapomíná. Někteří rodiče jsou přesvědčeni, že jejich děti již všechno ví, že se vše potřebné o sexualitě a pohlavním dospívání dozvěděli ve škole nebo už ve školce či v časopisech, a svou roli v této oblasti podceňují. Naopak, právě v době, kdy informace o sexualitě jsou volně dostupné téměř kdykoliv a komukoliv, je role rodičů jen obtížně nahraditelná,“ apeluje Šilerová (2003, s. 19).

Můžeme říct, že rodina je základním a nejpřirozenějším prostředím pro výchovu obecně, ale zejména pak pro výchovu sexuální. Děti zde zažívají blízkost, intimitu, ale taky pocit důvěry a bezpečí. Právě to je živná půda ideální pro rozhovory o pohlavním dospívání, lásce, partnerství, erotice, sexualitě a jejích projevech. Všechny ostatní formy seznamování se se sexuální oblastí, jako např. na internetu, ale také na přednáškách či různých besedách, poskytují jiné prostředí (emočně neutrální) než to rodinné.

Mnoho lidí si klade otázku: „Kdy začínat se sexuální výchovou?“ Machová, Marádová a Klementa (1998, s. 82) se k tomu vyjadřují takto: *„Sexuální výchova dítěte začíná hned po narození. Pocit bezpečí a projevovaná láska pozitivně ovlivňuje vývoj dítěte i v sexuální oblasti přispívá podstatně k jeho harmonickému rozvoji. Velmi záhy dítě začíná vnímat odlišné chování dospělých k němu, jde-li o chlapce nebo o děvče, a je-li tento signál vyslán mužem nebo ženou. Vnímá vztahy mezi rodiči.“*

Vývoj dítěte je ovlivněn kvalitou vztahu mezi rodiči, i citovým zázemím, ve kterém vyrůstá. V dobře fungující rodině rodiče hovoří s dětmi o řadě věcí, panuje zde atmosféra důvěry a blízkosti, a tak není pro ně obtížné hovořit s dětmi o různých choulostivých věcech. Pokud rodiče nebudou svým dětem lhát, budou děti to, co se o sexualitě dozvědí v důvěrném rámci rodiny, spíše považovat za pravdivé a důležité, než to, co se dozvědí pokoutně. (Šilerová 2003)

Rodiče se většinou snaží předávat své hodnoty svým dětem. Pro rodiče je důležité, aby si oni sami uvědomili svůj postoj k sexualitě a otázkám sexu, aby dokázali o těchto tématech bezprostředně hovořit. Často také předpokládají, že co je důležité pro ně, je důležité i pro jejich děti. Ale zejména pak v období dospívání se jejich názory můžou odlišovat, a je dobré, aby si to rodiče uvědomili a nenutili dětem své vlastní postoje a pocity v této oblasti. *„Hodnoty se vztahují také k partnerským vztahům a k sexualitě. Někteří rodiče považují sexualitu za nejdůležitější část života, pro některé je spíše okrajová, pro někoho je to naopak spíše tabu a nechce si význam sexuality příliš připouštět nebo o ní mluvit. Oblast hodnot vztahujících se k sexualitě může být významně ovlivněna vyznávaným náboženstvím.“* (Šilerová, 2003, s. 20)

Při společném soužití i trávení času vzniká nespočet chviliek, které lze využít pro povídání o nejrůznějších věcech, včetně otázek týkajících se partnerství, sexuality či pohlavního dospívání. Významným činitelem ovlivňujícím děti a dospívající i na poli sexuální výchovy je vzájemný vztah rodičů a jejich vztah k dětem. (Šilerová, 2003) Často tak dítě přejímá jakési modely chování, ať už vědomě, či nevědomě. Je žádoucí, aby si rodiče uvědomili, že nemusí znát všechny novinky a detaily z této oblasti. Úplně postačí jejich praktické poznatky a postřehy ze života, které nenásilnou formou dětem předloží.

Šilerová (2003) nabádá, že důležité je, aby si rodiče uvědomili význam komunikace o sexualitě v rodině, a to význam pro jejich děti i pro významný vztah rodiče a dětí. Žádoucí je, aby rodiče nečekali na to, až se děti zeptají, ale měli by sami začít při vhodné příležitosti rozhovor sami.

Dokonce i církve si už uvědomuje, že rodičovská sexuální výchova dětí je velice nesnadným úkolem. Rozhodně se nestaví proti vyučování sexuální výchovy na školách. *„Výchova v rodině je ale vždy na prvním místě a výchova ve škole může být pouze formou pomoci rodičům. Proto by nikdy neměla být v rozporu s výchovou v rodině,“* tvrdí Augustus (1998, s. 26). Podle církve tak zůstává nejlepším místem sexuální výchovy rodina. Proto by se rodiče neměli zřeknout této své povinnosti, i přesto, že mají pocit, že škola tento předmět vyučuje dostatečně. Měli by se pak zejména zajímat také o tom, jak škola tento předmět vyučuje, jaké využívá metody při její výuce, jakým způsobem jsou dětem zprostředkovávány hodnoty, zda je tato výchova přiměřena věku apod.

Je důležité, aby si děti z rodiny neodnášely jakousi citovou povrchnost a neznalost v sexuální oblasti. Měly by být vybaveny přesvědčením, že sexualita je přirozenou, i když intimní součástí lidského života, a že se o tomto tématu nemusí stydět mluvit.

Rodiče by měli svým dětem pomoci zjistit, že sex je báječný a má své místo v širokých souvislostech. Měli by také především zdůrazňovat lásku, věrnost, úctu a především komunikaci mezi partnery. Sami by pak měli být v této oblasti dětem vzorem. Kvalita rodičovské či jinými dospělými projevované lásky a péče v dětském životě je jedna z nejvýznamnějších složek sexuální výchovy dítěte vůbec. (Trojan, 2009)

3.1.3 Role školy

„Studie ukazují, že v národním měřítku souhlasí 85% rodičů se sexuální výchovou ve škole. Ale je ironií, že méně než 5% studentů či učňů v celé zemi zde toto vzdělání získá. Školní sexuální výchova lze charakterizovat slovy „příliš málo příliš pozdě.“ (Trojan, 2009, s. 119) Veřejnost už dlouho čeká na spolupráci školy a rodičů, která by se týkala sexuální výchovy. Někteří rodiče jsou totiž v této oblasti příliš konzervativní a nepřejí si, aby se jejich děti něco o sexuální výchově vůbec ve škole dozvíдали. Aby byla tato výchova ve školách efektivní, musí se jednat o výchovu soustavnou. Školní sexuální výchova však může mít velký význam, a to zejména na mladé lidi, zlepšuje také komunikaci, rozšiřuje znalosti, zvyšuje sebevědomí a preventivně pomáhá v oblasti sexuálně rizikového chování. „Přesto je solidní sexuální výchova zavedena asi v 5% škol. To vše v době, kdy se počty HIV pozitivních osob začínají i v ČR rychle zvyšovat!“ (Trojan, 2009, s. 120)

Jak je tedy vidět, škola, stejně jako rodiče a rodina, má nepostradatelnou a podstatnou roli v oblasti sexuální výchovy. Šilerová (2003) zdůrazňuje, že v současnosti je náplní školní sexuální výchovy především předávání základních, zejména biologicky orientovaných informací o pohlavním dospívání, početí, porodu, těhotenství, mateřství, o zabránění těhotenství a o ochraně před sexuálně přenosnými chorobami. Otázkám vztahů, hodnot, formování postojů a vytváření vlastního názoru je věnováno většinou velmi málo prostoru. Také obtížnější otázky, jakými jsou například problematika onanie nebo první sexuální zkušenosti, jsou nezřídka opomíjeny.

Sexuální výchova na základních školách je rozptýlena do mnoha různých předmětů. Jednotlivé poznatky jsou rozděleny podle toho, čeho se nejvíce týkají, a také podle toho, jaké věkové skupině mají být přiblíženy. Täubner a Janiš (1998) tvrdí, že základní škola je jediný subjekt v celém systému výchovy dětské populace, který je schopen v plné míře realizovat sexuální výchovu. Nikomu jinému, ani nikdy jindy se už taková příležitost, ovlivnit výchovu celé dětské populace, nenaskytne.

To, že škola v této problematice má své nezastupitelné místo je také dáno tím, že některé rodiny nejsou schopny o těchto tématech hovořit, mohou to být rodiny dysfunkční, ale také funkční, kde je však nedostatečná sexuální informovanost a výchova ze strany rodičů.

Täubner a Janiš (1998, s. 22) dále zdůrazňují, že „*k základním determinujícím motivům vedoucím k zavádění sexuální výchovy do škol patří:*

- *prosazování plánovaného rodičovství, antikoncepce, s čímž souvisí otázka potlačení nechtěného těhotenství a potratovosti,*
- *ochran dětí před sexuální násilím a zneužíváním,*
- *prevence sexuálně přenosných nemocí včetně HIV/AIDS,*
- *příspět k všestrannému rozvoji všech stránek lidské osobnosti.“*

Aby sexuální výchova ve škole mohla být rodičům nápomocna, je samozřejmě zapotřebí těsné spolupráce mezi rodiči a školním vychovatelem, tvrdí Augustus (1998). Tato myšlenka je velmi dobrá. I když z tohoto pomyslného trojúhelníku vypustíme kněží, bude i nadále spolupráce mezi dvěma stranami, a to školou a rodiči, velmi prospěšná. „*Je nezbytné rovněž vytváření otevřeného klimatu, příznivého pro sexuální výchovu v celém výchovném prostředí a okolí mladého člověka. Pouze tímto způsobem bude možno čelit atmosféře, kterou určitá prostředí vytvářejí okolo „mladistvého sexu“ prostřednictvím hromadných sdělovacích prostředků. Tato prostředí hlásají sexismus zbavený emocionálního, morálního a duchovního rozměru. Takovýto pohled na sexualitu dezintegruje nejen sexuální rozměr člověka, ale i celou jeho osobnost,*“ ukončuje toto téma Augustus (1998, s. 28).

Osobnost pedagoga v sexuální výchově

Učitel musí být z psychologického hlediska osobností zralou i stabilní a zejména by měl být osobností klíčovou, která se stává žákovi vzorem pro jeho chování a uvědomování si vlastních hodnot. (Rašková, 2008)

Je zřejmé, že velmi důležitá a nepostradatelná je odborná kvalifikace učitele, profesní znalosti a dovednosti, osobní předpoklady, jeho připravenost k sexuální výchově. „*V rámci klíčových odpovědností musí mít učitel (mimo jiné) potřebné znalosti, rozumět problematice sexuální výchovy, znát vyučovací strategie a metody zprostředkování učiva, dále se profesně rozvíjet,*“ vyzdvihuje Rašková (2008, s. 42). Kromě teoretických znalostí by také měl disponovat znalostmi praktickými. Učitel by si měl na žáky udělat čas, umět

s nimi otevřeně komunikovat a diskutovat o jejich problémech či tématech, které je zajímají, měl by je umět motivovat a především v žácích vzbuzovat důvěru.

Úloha učitele ve výchovně vzdělávacím procesu je vymezena dvěma základními úkoly:

- rozvíjení osobnosti žáků,
- řízení procesu učení žáků.

Současně jsou na něj kladeny další požadavky:

- odbornost širokého profilu,
- znalosti a dovednosti pedagogického a psychologického charakteru,
- potřeba doplňovat a zkvalitňovat získanou odbornost v průběhu celoživotního vzdělávání,
- mravní profil a odpovědnost na rozvoji žáků,
- schopnost neustálé sebereflexe a odtud odvozené zdokonalování výchovně vzdělávací práce.“ (Täubner, Janiš, 1998)

Augustus (1998) ve své knize *Sexuální výchova v rodině a ve škole* však upozorňuje na to, že existuje i nežádoucí „otevřenost“ a „odvaha“ v hovoru o sexuálních záležitostech, která soustřeďuje pozornost žáků na tělesnou oblast.

Učitel by tak měl umět intuitivně vycítit citlivost dětí a mládeže a nebýt ve svém výkladu až nevkusný, neměl by také dětem sexuální informace vnučovat, ale měl by zohledňovat věk a připravenost žáků. Nevýhodou pak je, že učitel nemůže ve svém výkladu brát v potaz individuální stránky každého jednotlivého žáka. *„Vyučující by měli nejen předávat fakta, ale také pomoci studentům rozvíjet vhodné postoje a dovednosti: schopnost komunikace, vyjednávání, sebereflexe, rozhodování a řešení problémů jsou centrem kvality sexuální výchovy. Vyučující neustále aplikují neutrální jazyk, když hovoří o sexuálních záležitostech, aby neurazili studenty a respektovali jejich hranice.“* (BZgA, 2010)

Již v minulosti se Světová zdravotnická organizace zabývala úvahami, zda jsou učitelé schopni z hlediska svého osobnostního přístupu na přijatelné úrovni realizovat sexuální výchovu ve své pedagogické praxi. Zjistilo se, že asi třetina učitelů není schopna na přijatelné úrovni realizovat sexuální výchovu, a to ne proto, že by byli nedostatečně vzdělaní či informovaní, ale pro nevhodné osobnostní předpoklady (např. různé zábrany, vlastní negativní životní zkušenosti atd. (Rašková 2008)

„Kompetentní vyučující potřebují vzdělání v sexuální výchově, stejně tak jako otevřenost pro daný předmět a vysokou motivaci pro jeho vyučování: potřebují pevně věřit

v principy sexuální výchovy uvedené výše. Z toho vyplývá, že školské autority by neměly tlačit nikoho, kdo není ochoten přednášet sexuální výchovu; namísto toho učitelé musí být stimulováni a podporováni. Důležitým předpokladem je ochota vyučujících sebereflektovat vlastní postoj k sexualitě a ke společenským hodnotám a normám, jelikož budou působit jako příkladové modely pro studenty. Vyučující sexuální výchovy potřebují podpůrné struktury a měli by mít přístup k supervizi.“ (BzGA, 2010)

Ovšem naskytá se otázka, zda si může učitel, který přijal odpovědnost, tento předmět vyučovat, vůbec dovolit oblast sexuální výchovy nezmínit. Je tedy jakousi povinností každého učitel podílet se dle svých možností a schopností na sexuální výchově, využívat k tomu tak různé metody a formy výuky, poznávat přitom své žáky a předávat jim své etické hodnoty a postoje.

3.1.4 Zařazení sexuální výchovy do RVP ZV a ŠVP

„V souladu s novými principy kurikulární politiky, zformulovanými v Národním programu rozvoje vzdělávání v ČR (tzv. Bílé knize) a zakotvenými v zákoně č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), se do vzdělávací soustavy zavádí nový systém kurikulárních dokumentů pro vzdělávání žáků od 3 do 19 let. Kurikulární dokumenty jsou vytvářeny na dvou úrovních – státní a školní.“ (MŠMT, 2007)

V oblasti státní úrovně se od 2004 na všech stupních škol v ČR realizuje **rámcový vzdělávací program** pro základní vzdělávání (dále jen RVP ZV), který vymezuje závazné rámce vzdělávání pro předškolní, základní a střední vzdělávání.

Školní úroveň představují **školní vzdělávací programy** (dále jen ŠVP). Podle ŠVP se uskutečňuje vzdělávání na jednotlivých školách. Každá škola si tedy ŠVP musí vytvořit sama právě podle stanovených zásad v RVP.

RVP je strukturován do několika částí. Část A obsahuje vymezení RVP ZV, část B charakteristiku základního vzdělávání, v části C nalezneme pojetí a cíle základního vzdělávání, klíčové kompetence, vzdělávací oblasti, průřezová témata a rámcový učební plán. Část D pak pojednává o vzdělávání žáků se specifickými vzdělávacími potřebami, o vzdělávání žáků mimořádně nadaných, stanovuje podmínky pro uskutečnění RVP ZV a zásady pro zpracování školního vzdělávacího programu.

Do jedné ze vzdělávacích oblastí patří také sekce **Člověk a zdraví**, v rámci které se realizuje předmět výchova ke zdraví. „*Vzdělávací obor Výchova ke zdraví přináší*

základní poznání o člověku v souvislosti s preventivní ochranou jeho zdraví. Učí žáky aktivně rozvíjet a chránit zdraví v propojení všech jeho složek (sociální, psychické a fyzické) a být za ně odpovědný.“ (MŠMT, 2007)

Pro druhý stupeň ZŠ je v RVP ZV stanoveno učivo v rámci výchovy ke zdraví, není zde však přesně stanoveno, ve kterém období má být žák seznámen s daným učivem. To znamená, že například pro sexuální výchovu je stanoven obsah učiva, ale RVP ZV již neuvádí, zda se například o antikoncepci mají žáci dozvídat v 6., 7., 8. nebo až 9. třídě. Naopak v příručce **Sexuální výchova – vybraná témata** (Fifková, 2009, s. 1), kterou vydalo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT) v roce 2009 jsou už konkrétně vymezeny obsahy daných ročníků výuky sexuální výchovy na základních školách. Tato příručka uvádí návrh učiva vzhledem k věkovým zvláštnostem žáků. Konkrétně téma antikoncepce má být na základních školách realizováno v 8. ročníku, v rámci výuky o fyzickém zdraví.

Podívejme se však i za hranice našeho státu. Federální centrum pro vzdělávání v oblasti zdraví ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (dále jen WHO) vydalo v roce 2010 příručku **Standardy pro sexuální vzdělávání v Evropě** (BZgA, 2010), ve které popisuje mimo jiné také historický kontext sexuálního vzdělávání ve školách, zapojení sexuální výchovy ve školách v Evropě, soustavu sexuálního výchovy v Evropě, udává zde také důvody, proč je důležité učit sexuální výchovu již od narození, dále popisuje principy sexuální výchovy, zabývá se také kompetencemi učitele sexuální výchovy a v neposlední řadě také přibližuje formu sexuální výchovy a doporučuje, ve které věkové oblasti by mělo být dané učivo realizováno. Budeme-li v těchto standardech hledat, ve které věkové kategorii má být přibližováno žákům téma antikoncepce, dozvíme se, že děti by měly být s tímto tématem seznámeny již v období mezi 6. až 9. rokem (tj. 1.-3. třída). Konkrétně by se pak měly dozvědět o základních informacích o antikoncepci (jako o možnosti plánování si vlastní rodiny), jednotlivých druzích antikoncepce, měly by být seznámeny s ovulačním cyklem a metodami reprodukce. Žáci by pak měli být schopni mluvit na toto téma, pochopit, že lidé mohou ovlivnit svou vlastní plodnost, a být si vědomi faktu, že někteří lidé zkrátka chtějí mít děti a jiní nikoliv. V období od 9 do 12 let (tj. 4. – 6. třída) jsou pak děti seznámeny s reprodukcí a plánováním rodičovství, opět jsou zasvěceni do různých typů antikoncepce a mýtů o ní, a do rizik a důsledků nechtěného těhotenství. Dítě po získání těchto informací má být schopno porozumět vztahům mezi menstruací, ejakulací a plodností, také by se mělo naučit používat kondom a porozumět

faktu, že za používání antikoncepce jsou odpovědná obě pohlaví. Ve věku od 12 let a výše jsou prohlubovány znalosti v oblasti reprodukce, antikoncepce, rodičovství a mateřství.

Jak jsme zde mohli vidět, WHO doporučuje učit sexuální výchovu už od narození, o antikoncepci pak seznamovat děti již od 6 let. MŠMT v ČR však doporučuje učit na našich základních školách téma antikoncepce až v 8. třídě. Což není zrovna vhodné období vzhledem k tomu, že v této době již někteří žáci mají mnohdy více informací o antikoncepci než samotný učitel (pokud se vůbec ten rozhodne sexuální výchovu ve svých hodinách vůbec realizovat). Nutno ještě podotknout, že příručka MŠMT Sexuální výchova – vybraná témata, byla později stažena z oficiálních stránek ministerstva a již se dále nešířila mezi učiteli. Takže teď nikdo neví, co vláda chce doporučit svým učitelům, a ani oni sami neví, kdy mají daná témata učit.

Na základní škole, kde jsem měla možnost realizovat svou praktickou část, se téma antikoncepce vyučuje až v 9. třídě. V 6. třídě jsou žáci seznámeni s menstruačním cyklem a získají také základní informace z oblasti reprodukce. V 9. třídě jsou pak jejich znalosti rozšířeny o jednotlivé typy antikoncepce a způsobu jejich použití.

3.2 Antikoncepce

V této kapitole bude přiblíženo téma antikoncepce. Nejprve si však vysvětlíme základní pojmy, které s touto problematikou souvisí.

Termín *antikoncepce* je složenina ze dvou slov: *anti* (z latiny, znamená proti) a *koncepce* (v latině toto slovo znamená početí, průnik spermií do vajíčka). Můžeme tedy toto slovo volně přeložit jako metodu nebo postup zabraňující nechtěnému těhotenství bez nutnosti úplné sexuální abstinence dvou plodných jedinců různého pohlaví pomocí přirozených, mechanických, chemických nebo hormonálních přípravků a antikoncepčních metod. Křenková (2000, s. 3) definuje tento termín takto: „*Antikoncepce jsou všechna opatření k zabránění početí (koncepce = početí, oplodnění), tedy setkání a splynutí ženské pohlavní buňky (vajíčka) s mužskou pohlavní buňkou (spermií). V poslední době se stále častěji používá termín Kontracepce, převzatý z angličtiny, a to zejména pro hormonální antikoncepci.*“

Důležitý je také pojem *Pearl index*. „*Všechny antikoncepční metody nesou určité riziko selhání. Tato spolehlivost se zpravidla udává tzv. Pearl indexem neboli těhotenským číslem. Je to jeden ze způsobů matematického vyjádření spolehlivosti antikoncepce. Určuje pravděpodobnost toho, kolik žen ze 100 v průběhu jednoho roku při používání dané*

antikoncepční metody otěhotní. Čím nižší je jeho hodnota, tím je metoda spolehlivější,“ vysvětluje Uzel (2010, s. 20).

3.2.1 Historie

Je zřejmé, že snahy o jakousi podobu antikoncepce jsou staré jako lidstvo samo. Proto tuto kapitolu budeme věnovat historii antikoncepce. Prvním legendárním průkopníkem antikoncepce byl biblický Ónan, který před tím, než vstoupil k ženě, vypouštěl své spermie na zem, aby s ženou nezapłodili potomka. Můžeme ho tedy považovat nikoliv za předchůdce onanie, ale přerušované soulože. Barták (2006) tvrdí, že vysokou porodnost vyvažovala stejně vysoká úmrtnost a populační exploze tehdy ještě nikomu vrásky nedělala. Před antikoncepčními praktikami se tedy spíše varovalo.

„Již staří Egypťané doporučovali řadu metod, které měly zabránit početí. Tzv. Petriho papyrus, sepsaný v Egyptě kolem roku 1850 př. n. l., doporučuje zavést před souloží do pochvy pastu vyrobenou z krokodýlího trusu. Pokud by to někomu připadalo poněkud nechutné, nabízejí jiné prameny trus sloní, popřípadě volskou žluč, stromovou smůlu nebo zeli. Staří arabští učenci zase doporučovali vzít pravé varle vlka, obalit je bavlnou nasáknutou olivovým olejem a tento svérázný antikoncepční čípek zavádět před pohlavním stykem do pochvy,“ popisuje Barták (2006, s. 12). Ačkoliv se nám opět tyto metody mohou zdát jakkoliv zvláštní, jsou z pohledu tehdejšího i dnešního racionální. Lidé, kteří tyto metody používali, věděli nebo tušili, že látky, které jsou v používaných prostředcích obsaženy, usmrcují spermie.

Už ve starověku si lidé uvědomovali nevýhody některých typů antikoncepce, jako jsou například přerušovaná soulož či nepříjemné manipulace na pohlavních orgánech s různými pomůckami, které měly zabránit početí, těsně před pohlavním stykem. Proto hledali snadnější použitelné metody. *„Ve starověké Číně mělo ochranu před početím ženy na plných 5 let zajistit spolknutí 24 živých pulců chycených v předjaří. O spolehlivosti si nedělám iluze a nedělal si je již ve 13. století profesor pařížské univerzity, filozof Albert, zvaný později Veliký, který za spolehlivější považuje polykání živých včel,*“ vyjadřuje se k těmto metodám Barták (2006, s. 13).

V roce 1798 jistý reverend Thomas Robert Malthus varoval lidstvo před jejich neomezeným pářením, což povede podle jeho poznatků k přelidnění. Malthus vítal všechny skutečnosti, které by takovýto konec mohly odvrátit: zdraví škodlivé zaměstnání,

těžkou prací, extrémní chudobu, špatnou výživu, nahromadění lidí ve velkých městech, zhoubné výstřelky, nemoci, epidemie, války i hladomory. (Uzel, 1999)

„Ještě v roce 1878 tvrdil Dr. Routh ve svém projevu před Britskou lékařskou společností, že „sexuální fradulence“ (jak byla antikoncepce nazývána), zejména pak používání kondomu, působí řadu vážných chorob, jako je rakovina, poruchy srdeční činnosti, úpadek duševních schopností, ztráta paměti a nakonec všeobecný nervový rozpad s šílenstvím, vedoucím k sebevraždě.“ (Barták, 2006, s. 12) Argumenty Dr. Routha se nám dnes můžou zdát jako velmi úsměvné, avšak na tomto příkladu můžeme vidět, jak se společnost (převážně církevně založená) stavěla k antikoncepci. Jistě se i dnes najdou její odpůrci.

Historie moderní antikoncepce se začíná psát zhruba ve 20. letech 20. století. V této době si Rakušan Dr. Haberland všiml, že výtažky z vaječníků těhotných zvířat mohou být použity jako antikoncepce, neboť blokují uvolnění zárodečných buněk z vaječníku. Tato metoda však nebyla vhodná k širšímu použití, i přesto, že jejich mechanismus mohl být efektivní, protože vaječníky obsahují hormony estrogen a progesteron, stejně jako novodobé antikoncepční pilulky. Pro jednu uživatelku totiž bylo nutné k zapotřebí 80 tisíc prasnic!

„Naději přinesla až umělá syntéza ženského hormonu, progesteronu (pozn. autor. – ženský pohlavní hormon, jehož hlavním účinkem je příprava děložní sliznice na otěhotnění a udržení těhotenství (top lékař, 2012)), která se podařila excentrickému americkému chemikovi Russelovi Markerovi z výtažku z jisté mexické rostliny (pozn. autor. – progesteron byl uměle vyráběn z extraktů kořenů liliovité rostliny Trillium, rostoucí v Severní Karolíně, dalším zdrojem byly mexické yamy a kořeny rostliny Dioscorea mexicana (zdn.cz, 1999)) – z téže suroviny vytvořili v roce 1951 jiní američtí vědci norethisteron, progestin dodnes široce využívaný v gynekologii,“ vysvětluje Barták (2006) a dále pokračuje: *„Již v roce 1960 Americký úřad pro potraviny a léčiva schválil do výroby první antikoncepční tabletku nazvanou Enavid – 10. I když z dnešního pohledu obsahovala hormonů příliš mnoho (dávka estrogeneru v 1 tabletě stačí dnešní uživatelce na 5 dní, progestinu dokonce na 20 dní), je letopočet 1960 rokem, kdy antikoncepční tablety, které dnes v USA užívá každá druhá žena, zahájily své vítězné tažení světem.“*

3.2.2 Přirozená antikoncepce

Přirozené antikoncepční metody jsou takové, které nevyužívají žádných pomůcek ani medikamentů zabraňujících otěhotnění. „Jako „přirozené“ jsou označovány ty metody, které nepracují s žádnými umělými zásahy do organismu a s žádnými mechanickými pomůckami.“ (Machová, Marádová, Klementa, 1998, s. 65) Mezi takové formy antikoncepce řadíme zejména sexuální abstinenci a přerušovanou soulož.

3.2.2.1 Sexuální abstinence

„Pokud na besedách s mladými lidmi přijde řeč na sexuální abstinenci jako na nejspolehlivější a nikdy neselhávající metodu regulace porodnosti, vídávám v řadách obecenstva pohrdlivé úsměšky svědčící o tom, že se tato metoda netěší zrovna veliké popularitě,“ píše na úvod Uzel (1999, s. 35). Velkou výhodou člověka je to, že dokázal oddělit v mnoha případech sexualitu od rozmnožování. Sexuální abstinence zůstává jediným výchovným cílem především v pubertálním a prepubertálním období mladých lidí, resp. dětí. Je důležité si uvědomit, že čím později s pohlavním životem začneme, tím lépe. „Třeba v USA mají takzvané „zdrženlivé“ sexuální výchovné programy prioritu. V pubertální mládeži jsou všemožnými způsoby propagovány pocity, že je skutečným hrdinstvím odmítnout soulož.“ (Uzel, 1999, s. 35)

Současná sexuální výchova však také hlásá možnosti tzv. nekoitálního styku. Mezi takové metody můžeme zařadit zejména onanii, ale také petting včetně orálního sexu. U mládeže by se však měla více propagovat riziko nález a infekcí, ale také by se měla zdůrazňovat nutnost stabilního vztahu, výběru zdravého partnera a úzkostlivé dodržování nejen pohlavní, ale i ústní hygieny.

Uzel (1999) dále tvrdí, že ještě jeden druh sexuální abstinence stojí za zmínku. Je to takzvaná periodická sexuální abstinence. Spočívá ve využívání méně plodných období v menstruačním cyklu ženy. Macků (1993, s. 13) k tomu dále vysvětluje, že „při pravidelném menstruačním cyklu bývá ovulace kolem 13. dne cyklu, z čehož vyplývá, že fertilní období je kolem ovulačního termínu – od 9. do 19. dne cyklu. Ostatní dny cyklu jsou neplodné, takže oplodnění při nechráněné souloži nehrozí. Tato forma antikoncepce předpokládá pravidelnost cyklů a doporučuje se sledovat ovulační termín měřením bazální teploty. Těhotenské číslo je poměrně vysoké – 15-20.“

3.2.2.2 Přerušená soulož

Jedná se o nejstarší, nejprimitivnější a také nejlevnější antikoncepční metodu, která je nazývána coitus interruptus. Barták (2006) nám vysvětluje, že do češtiny se pojem coitus interruptus překládá jako přerušovaná soulož, což je trochu nesmysl, výstižnější by byl termín přerušená soulož. Tato metoda spočívá v tom, že muž těsně před vyvrcholením a ejakulací svůj pohlavní úd z ženské pochvy vytáhne. Sperma se tak do pochvy vůbec nedostane, ale je vystříknuto mimo ni.

V historii byl přirozenou odezvou na poznatek, že ejakulace do pochvy je příčinou koncepce. Z tohoto poznatku pak již zcela jasně vyplynul postup přerušování pohlavního styku a úplná ejakulace mimo pochvu a zevní pohlavní orgány partnerky. (Uzel, 1999) „*Princip metody je už popsán v bibli v 1. knize Mojžíšově. Praktikoval ji jistý Onan, který nechtěl zplodit dítě se svou ovdovělou švagrovou, a proto „vypouštěl své semeno na zem“.* Podle tohoto antikoncepčního průkopníka byla později pojmenována onanie, která je ovšem přerušované souloži podobná jenom velice vzdáleně. Starozákonní Hospodin – známý to kruťas – sice Onana za jeho počínání potrestal, jak jinak než smrtí, stamiliony následovníků ovšem metodu praktikují dosud.“ (Uzel, 1999, s. 47)

Nespornou **výhodou** této metody je to, že je vždy a všude k dispozici, jde však o způsob málo spolehlivý. Mezi její **nevýhody** můžeme zařadit fakt, že mezi častou příčinou selhání této metody patří to, že dochází k vytékání malého množství spermatu z močové trubice i mimo mužský orgasmus, dále také tehdy, kdy muž svůj ejakulát vypouští velice blízko k zevním pohlavním orgánům, například na podbřišek, kdy se odtud může při dalších milostných hrách dostat k zevním rodidlům, nebo také tehdy, kdy po každé ejakulaci zůstane v močové trubici malé množství spermatu a při opakované souloži se pár spermií do pochvy snadno dostane. Další nevýhodou této metody je to, že soulož musí být přerušena v okamžiku, kdy by přinejmenším jedna ze zúčastněných stran ráda pokračovala. Dřívější obavy, že to může vést až k neurotickým poruchám, se sice nepotvrdily, ale nemusí to být vždycky příjemné. (Barták, 2006)

Pearl index u této metody je 20 žen na 100.

3.2.3 Bariérová antikoncepce

Bariérová antikoncepce zahrnuje takové metody, které mechanicky zabraňují splynutí vajíčka a spermie. Mezi ženskou bariérovou ochranu můžeme zařadit cervikální pesar, vaginální diafragma nebo ženský kondom. „*Ačkoliv se jedná o několik samostatných*

antikoncepčních metod, základní princip je společný – musí vytvořit překážku prostupu spermií z pochvy dál do dělohy, k vejcovodům a tedy k samotnému vajíčku.“ (Uzel, Kovář, 2010, s. 56) Mužskou bariérovou antikoncepcí je kondom.

3.2.3.1 Kondom

Historie

Kondom neboli prezervativ je nejtypičtějším, nejvýznamnějším a patrně i nejstarší používanou antikoncepční metodou. *„Panuje obecné mínění, že název „condom“ je odvozen od jména Dr. Condoma, osobního lékaře Karla II., který svému králi tuto ochranu doporučoval z důvodu prevence vzniku nelegitimního potomstva i v zájmu zábrany přenosu pohlavních nemocí,*“ objasňují Szarewská a Guillebaud (1996, s. 134).

Však ještě před tím, někdy kolem roku 1350 př. n. l. byl v Egyptě vymyšleno první pouzdro na penis, které mělo sloužit jako ochrana před pohlavně přenosnými chorobami. Uzel (1999) k historii kondomu píše, že skutečný kondom vznikl až v roce 1564, kdy italský anatom Gabriel Fallopius přišel s nápadem navléknout na penis jakési pouzdro zhotovené z lněného plátna napuštěného olejem, do něhož se přidával ještě zvláštní roztok proti infekci. V této době byly kondomy často nazývány jako „mužské brnění“ či „prostředek před pohlavní nemocí a proti zplození bastardů“.

Nový věk kondomů však začal v roce 1839, když Charles Goodyear objevil vulkanizaci kaučuku. Z tohoto pružného materiálu se kondomy začaly vyrábět roku 1844. Později v roce 1861 se v amerických novinách objevila první reklama na kondomy a pak jejich popularita rychle narůstala. (Barták, 2006) Objevení smrtelného rizika AIDS ale i jiných pohlavně přenosných chorob, zajistil, že dnešní roční světová produkce kondomů dosahuje asi 8,5 bilionu kusů.

Vlastnosti kondomu

Dnešní podobu kondomu zná snad každý. *„Je to jakýsi obal na pohlavní úd vyrobený z jemné gumy, který má na jednom konci zesílený okraj, kolem kterého je kvůli snadnějšímu nasazení kondom zarolován, na vrcholku pak má malý rezervoár na vystříknuté sperma. Pružnost materiálu je téměř neuvěřitelná: průtažnost kondomu je až 730%, vejde se do něj 11 l vody a vzduchu do něj nafoukáte dokonce přes 30 l.*“ (Barták, 2006, s. 34) Dnešní kondomy se vyrábějí v různém provedení, výrobky se liší silou stěny, barvou i strukturou materiálu, různých chutí a vůní. Většina kondomů má standardní velikost.

Kondom se nasazuje na ztopořený penis před zavedením do pochvy. Představuje tak pro sperma mechanickou zábranu. Ejakulát je zadržen v rezervoáru prezervativu. Vhodné je kondom ještě před ochabnutím penisu sundat, neboť má tendenci z penisu sklouznout, a vylije-li se jeho obsah do pochvy, vynaložené antikoncepční úsilí přichází vniveč. Použité prezervativy je nejlépe zabalit do papírového ubrousku a vyhodit je do koše. V žádném případě není vhodné kondomy volně zanechávat v přírodě.

Výhody

Kondomy spolehlivě brání před početím. Jejich Pearlův index je v rozmezí od 0,1 až do 0,5. „*Různá sdělení uvádějí, že jejich index selhání je velmi nízký a téměř tak dobrý, jako je tento index u antikoncepčních tablet. Tak je tomu ovšem jen tehdy, používají-li se opravdu správným způsobem, a nikoliv tak, že se přitom zanedbává celá řada věcí,*“ upozorňují Szarewská a Guillebaud (1996, s. 135).

Mezi hlavní výhody kondomu můžeme zařadit fakt, že snižují riziko nákazy před pohlavně přenosnými chorobami, ochranou proti AIDS, proti nechtěnému těhotenství, mezi další jeho výhodu řadíme jeho relativně nízkou cenu (dle výrobce, průměrná cena levnějších kondomů se pohybuje okolo 15-20 Kč za jedno balení po 3 ks) a jeho snadnou dostupnost. Patří také mezi vhodné antikoncepční metody po porodu či potratu ženy. V této době je totiž žena obzvlášť náchylná k různým nákazám a infekcím.

Nevýhody

Někteří uživatelé uvádí, že kondom jim bere svobodu a spontánnost při pohlavním styku. Szarewská a Guillebaud (1996) uvádí, že patrně proto je také jednou z největších nevýhod snížení citlivosti sexuálního prožitku při pohlavním styku. To někdy vyvolává pocity odcizení, ale je to zároveň i hlavní důvod, proč se někteří muži kondomům vyhýbají nebo je používají nesprávným způsobem. Často pak na ně při pohlavním vzrušení buď zapomínají, nebo se dopouštějí chyb.

Výhodou je udělat z použití prezervativu součást milostné přede hry. A také se doporučuje kombinovat kondom s jinými typy antikoncepce, zejména pak s hormonální antikoncepcí. Naopak se nedoporučuje zvlhčovat prezervativy jinými látkami, než jsou ty ve vodě rozpustné. To znamená nepoužívat žádné oleje, masti a opalovací krémy.

Další nevýhodou může být alergie na gumovou nebo i spermicidní složku kondomů. Alergie na latex je vzácná. Uzel (1999) však argumentuje tím, že spíše bývají

někteří lidé přecitlivělí na některé chemické látky, silikonový olej, gelová zvlhčovačla nebo aromatické přísady. V takovém případě stačí používat latexový prezervativ bez barvy, chuti, vůně či zápachu.

3.2.3.2 Ženský kondom

Ženský kondom je jednou z posledních novinek v ženské bariérové kontracepci, která zatím u nás nemá velkou oblibu. Je to nepříliš rozšířená forma ochrany pro ženy. „*Jde v podstatě o velký kondom s výztuhou, který se zavede do pochvy tak, že okraje přesahují přes stydké pysky. Skýtá stejně dobrou ochranu jako mužský kondom, ale s menším pohodlím,*“ píše Trojan (2009, s. 145). Jeho vlastnosti jsou shodné s vlastnostmi běžného pánského prezervativu (to znamená, že snižuje riziko nákazy pohlavními chorobami a chrání před nechtěným těhotenstvím).

„*Nejvíce známý ženský kondom je prodáván pod značkou „Femidom“, „Reality“, nebo „Femi“. Je tvořen polyuretanovým válcem, který se zavádí do pochvy před souložití. Vyjímatelný vnitřní prstenec je tvořen polyuretanovým kroužkem, který na uzavřeném konci kondomu slouží k snadnějšímu zavádění a pomáhá udržet kondom na místě. Širší zevní profilovaný kroužek zůstává vně pochvy a pomáhá krýt zevní rodidla v průběhu pohlavního styku,*“ vysvětluje Uzel (1999, s. 67).

Femidom je ve světě k dostání již od roku 1992. Kondom je také často opatřen silikonovým lubrikantem, který pomáhá snadnějšímu zavádění a odstranění kondomu z pochvy. „*Femidom sám je vybaven lubrikanciem, takže je kluzký. To lze zlepšit kombinací s antikoncepčním krémem. Podle výrobce může být vhodné aplikovat krém jak uvnitř femidomu, tak zevně, tj. mezi femidom a stěnu pochvy.*“ (Presl, 1993, s. 28)

Zavádí se do pochvy bezprostředně před pohlavním stykem nebo i několik hodin před ním, odstraňuje se ihned po pohlavním styku. Je určen pro jednorázové použití. Je snadno dostupný v lékárnách.

3.2.3.3 Pesar - diafragma

Historie

O historii pesaru Uzel (1999) ve své knize Antikoncepční kuchařka aneb Cesty k sexuálnímu zdraví píše, že první moderní gumový klobouček na děložní čípek byl zhotoven „na míru“ jedním německým gynekologem v roce 1838. Szarewská a Guillebaud (1996, s. 141) k tomu dodávají, že „*první pesar byl vynalezen německým lékařem, který byl tak dbalý své pověsti, že při uveřejnění svého článku v roce 1880 použil pseudonymu.*

Pesary velmi rychle zdomácněly v Německu a v Holandsku, ve Velké Británii byly tehdy známy pod názvem „holandské kloboučky.“ Za otce moderní překážky pod názvem poševní pesar můžeme považovat Wilhelma Mensinga.

Vlastnosti pesaru

„Je to vlastně kulatý gumový klobouček, do jehož lemu na okraji je zatavena pružná kovová spirála, která je dokonale pružná, můžeme ji snadno stlačit a po uvolnění tlaku zaujímá původní kruhovitý tvar. Poševní diafragmy se zhotovují v různých velikostech od 55 mm do 100 mm v průměru. Vhodnou velikost vybere lékař na základě gynekologického vyšetření,“ přibližuje nám tuto bariérovou antikoncepci Uzel (1999, s. 63).

Pesary pak mohou být ploché obloukové, spirálové nebo obloukové pérové pesary. Každý z těchto druhů je vhodný pro různé typy žen. Jak už bylo řečeno, jejich velikost a tvar určí gynekolog. První zavedení může být obtížnější, neboť si žena nemusí být jistá, že má pesar zavedený správně. Proto je vhodné zavádění pesaru provádět pod odborným dohledem svého gynekologa. Další zavádění bude poměrně snadnější, vyžaduje to však nácvik. Na správném zavedení spočívá celý antikoncepční efekt. Membránou pesaru by totiž měl být překryt především děložní čípek. *„Prstencové i spirálové pesary se mají uchopit za svůj okraj a lehkým tlakem prstů se zmáčknou. Doporučuje se vzít pesar mezi palec a prostřední prst, přičemž ukazovák slouží za jakousi „směrovou orientaci“.* *Na kterou stranu je pesar ohnut, je zcela lhostejné.“* (Szarewská, Guillebaud, 1996, s. 143) Nejlépe se pesar zavádí po vymočení, kdy je močový měchýř prázdný. Pesar je vhodné zavádět kdykoliv před pohlavním stykem, odstranit bychom jej však ženy měly nejpozději 6 hodin po pohlavním styku. Jeho životnost je asi 2 roky.

Uzel (1999) uvádí, že co se týče spolehlivosti této antikoncepční metody, údaje se rozcházejí snad ještě víc než u periodické sexuální abstinence. Ono totiž i tady záleží především na pečlivosti užívání a správnosti zavedení. Většinou se tyto údaje pohybují od 3 do 18% případů selhání. Takto vysoké procento selhání zahrnuje spíše ženy, které si pesar zavádějí špatně nebo občas dokonce riskují soulož bez této ochrany. Riziko selhání je dvojnásobné u žen mladších 30 let a u těch, které souloží častěji než čtyřikrát týdně.

Výhody a nevýhody

Mezi **výhody** můžeme zařadit jeho jakousi „nerušenost“ při pohlavním styku, to znamená, že pesar nepocituje ani žena ani její partner. Také možnost jeho nasazování se

značným předstihem před pohlavním stykem je další jeho výhodou (např. na rozdíl od kondomu, který se nasazuje těsně před pohlavním stykem a může tak narušit milostnou atmosféru). Ve srovnání s kondomem, který je jednorázovou pomůckou, pesar lze používat mnohonásobně častěji.

„Nevýhodou této metody jsou obtíže některých žen při zavádění, event. při odstraňování pesaru z pochvy, u jiných vzbuzuje nevoli vlastní manipulace s pesarem a jeho zavedení před každým sexuálním stykem. Další nevýhodou je nutnost čistění a ochrany pesaru po každém použití.“ (Presl, 1993, s. 27) Nevýhoda pesaru spočívá také v relativně vysokém procentu selhání, které souvisí s jeho zaváděním. Pro zkušenou ženu to nemůže již být problém, ale po několika zavedení může antikoncepční efekt klesat, tzn., že selhání pesaru je v tomto případě většinou zaviněno lidským faktorem. Jako vedlejší účinky pesaru se mohou projevit záněty močového měchýře a výjimečně pak alergie na gumu. Žena také může pociťovat bolest při používání pesaru, ale tento problém se dá většinou odstranit použitím menší velikosti. Při používání pesaru je vhodné kombinovat tuto metodu s jinou antikoncepční metodou, například chemickou. Rozhodně však pesar nechrání před pohlavně přenosnými chorobami.

3.2.3.4 Cervikální klobouček

I cervikální kloboučky mají svou historii – již na počátku 20. století *„Marie Stopesová cervikální kloboučky velmi doporučovala, protože je považovala za nejméně zatěžující formu antikoncepce. Tato žena prý prohlašovala, že polovina vymačkaného citrónu umístěného nad děložní čípek je pro urgentní antikoncepci lepší než vůbec nic!“* (Szarewská, Guillebaud, 1996, s. 147)

V historii cervikálního kloboučku najdeme také nějaké informace v knize Gynekologové ženám, kde Macků (1993) píše, že již před 100 lety byly takové kloboučky vyráběny z kovu, v duté části měly kovový dřík. Klobouček nasazoval ženám lékař po menstruaci tak, že dřík zasunul do kanálu děložního hrdla. Před menstruací byl klobouček klobouček vyjmut.

Cervikální kloboučky jsou tzv. násadce na děložní čípek. Dnešní cervikální kloboučky mají miskovitý, polokulovitý tvar, jsou vyrobeny z plastické hmoty o průměru 22-31 mm a nasazují se přímo na děložní čípek. Jsou podstatně menší než diafragma. Nabízeny jsou v různých velikostech a tvarech, neboť každá žena má děložní čípek jiný.

Jeho nasazování je v podstatě stejné jako nasazování diafragmy. Technika nasazení vyžaduje zručnost a zkušenost ženy. *„Je nasazován na čípek tím způsobem, že zmáčknutím*

z něj vypudíme vzduch, aby se mohl k povrchu čípku přisát. Je nutné se přesvědčit, že klobouček na čípku opravdu pevně sedí, protože jeho sklouzávání je u této metody největším problémem,“ upozorňují Szarewská a Guillebaud (1996, s. 148). U prvního zavedení by měl opět asistovat gynekolog. Je vhodné tuto antikoncepční metodu kombinovat s chemickou metodou. Klobouček může být ponechán na děložním čípku i několik dní, ovšem před menstruací by se měl neprodleně vyjmout.

Uzel (1999) uvádí, že **výhody a nevýhody** tohoto antikoncepčního prostředku, stejně jako jeho účinnost, jsou asi stejné jako u diafragmy. Jejich hlavní výhodou je to, že nejsou při pohlavním styku vůbec cítit a že mohou být ponechány na svém místě déle než 24 hodin. Je ale vhodné je do 30 hodin odstranit, jinak je žena vystavena syndromu toxického šoku.

3.2.4 Chemická antikoncepce

Barták (2006) píše, že tato metoda je vlastně velmi jednoduchá a zmínky o ní najdeme již ve starém Egyptě. Petriho papyrus z roku 1850 př. n. l doporučuje do pochvy před pohlavním stykem zavádět různé látky – krokodýlí trus, včelí med se sodou či pastu z arabské gumy. Do pochvy však byly vkládány i různé nerosty, nebo také ocet, mýdlo, máslo, fíky apod. Od všech těchto látek se vyžadoval spermicidní účinek, tj. takový, který hubí spermie. Protože spermie nesnášejí kyselé prostředí, bylo vhodné vše, co zvyšuje kyselost prostředí.

„Jako chemickou antikoncepci označujeme látky, které ničí spermie, tzv. spermicidy. K nejpoužívanějším patří nonoxynol-9, který zároveň působí proti infekcím, a může dokonce ničit i virus HIV. Tyto látky se používají v nejrůznějších formách, například lubrikované (zvlhčované) kondomy, jsou součástí lubrikačních gelů, spermicidních pěn, tablet, čípků nebo tzv. houby (polyethylenová pěna napuštěná nonoxynolem-9, která se vkládá do pochvy),“ popisuje Křenková (2000, s. 19).

Mezi výhody patří jejich snadná dostupnost bez lékařského předpisu, neobsahují žádné hormony a mají desinfekční účinek. Tyto antikoncepční metody se mají do pochvy zavádět před pohlavním stykem a jsou relativně málo spolehlivé. Jsou-li tyto látky ve formě čípků, musí se po jejich zavedení se stykem vyčkat 5-10 minut. Během této doby se čípky tělesnou teplotou roztaví a účinná látka se rozptýlí po pochvě. Krémy fungují sice okamžitě, ale zavádění pomocí aplikátoru je přece jen složitější. (Barták, 2006)

Antikoncepční houbička je poměrně nový typ antikoncepce. „*Jedná se o malou houbičku kruhového tvaru z polyuretanu, která je impregnována nonoxynolem⁹. Je opatřena provázkem, jenž usnadňuje její odstranění. Princip jejího použití spočívá v tom, že ji žena pouze namočí do vody a pak si ji zavede hluboko do pochvy, aby překrývala děložní čípek. Po pohlavním styku musí být ponechána nejméně 6 hodin na svém místě,*“ vysvětlují Szarewská a Guillebaud (1996, s. 151). Spermicidní látka v ní působí okamžitě.

Mezi **výhody** chemické antikoncepce můžeme zařadit jejich dostupnost a jednoduchý způsob použití. Tyto prostředky také nevyžadují konzultaci lékaře ani lékařský předpis. Jsou vhodné pro páry, které nemají častý sexuální styk, pro krátkodobé užití anebo jako doplněk jiných bariérových metod kontracepce. (Presl, 1993)

Chemická antikoncepce nechrání před pohlavně přenosnými chorobami. Je vhodné je kombinovat s jinými antikoncepčními metodami. „*Při izolovaném používání je index selhání u spermicidů 11 až 30 pro sto žen za rok.*“ (Szarewská, Guillebaud, 1996, s. 51) Jejich **nevýhodu** spatřujeme také v opakované aplikaci při každém dalším pohlavním styku. Tato skutečnost často přerušuje a ovlivňuje spontánní sexuální aktivitu.

Jistá nezdrženlivost a opominutí těchto podmínek jsou pak příčinou častějších selhání této metody. Někteří uživatelé spermicidů poukazují na nevhodnou přilnavost spermicidních látek k penisu, případně na jejich sekreci z pochvy v průběhu pohlavního styku. (Presl, 1993)

3.2.5 Nitroděložní antikoncepce

Historie

V historii nitroděložního tělíska se odborné literatury shodují na tom, že „*již otec lékařství Řek Hippokrates (460-370 př. n. l.) prý zaváděl ženám do dělohy drobné předměty ze slonoviny, aby neotěhotněly. Později byly užívány spíše drahé kovy, někdy prý i zdobené diamanty,*“ píše Barták a dále vysvětluje, že „*poznatek o tom, že cizí těleso v děloze brání početí, upadl na dlouhou dobu v zapomnutí. Myšlenku vzkřísil až ve 20. století německý gynekolog Ernst Gräfenberg. V novověku byl první, kdo zkusil zavádět ženám do dělohy různě tvarované drátky z drahých kovů.*“ (Barták, 2006, s. 41)

Zpočátku využíval předměty zhotovené ze stříbrných či zlatých drátků, jeho tělíska měla charakter jakéhosi kroužku. Uzel (199) uvádí, že ve stejné době bylo navrženo podobné tělísko i v Japonsku. Bylo vyrobeno ze zlata a stříbra a do dějin vstoupilo pod

názvem Otova spirála. Tento typ antikoncepce, v dobách, kdy lidé ještě neznali antibiotika, byl velmi brzy zavržen, neboť se u žen začala vyskytovat velmi závažná zánětlivá onemocnění. S vynálezem antibiotik a hlavně kvalitních plastů, které se pro tyto účely ukázaly jako mnohem vhodnější, se nitroděložní tělíska v 60. letech 20. století opět rozšířila.

Vlastnosti nitroděložního tělíska

Nitroděložní tělíska mají mezinárodní označení IUD z anglického Intrauterine Device (pozn. autor. - nitroděložní zařízení). U nás se pak nitroděložní tělíska označují pod názvem DANA (Dobrá A Neškodná Antikoncepce). V současné době se tělíska vyrábějí z kvalitních plastů. „Plast má totiž tzv. tvarovou paměť, a právě té se využívá při zavádění: tělísko se 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,“ vysvětluje metodu zavádění nitroděložního tělíska Barták (2006, s. 42). Nitroděložní tělíska jsou zaváděna v první polovině menstruačního cyklu. V této době je totiž děložní hrdlo trochu pootevřené. Když má žena již po prvním porodu (ne císařském), obvykle nečiní jeho zavedení problémy ani mimo menstruaci.

V některých tělískách se plast kombinuje s kovem, nejčastěji s mědí, kvůli zesílení antikoncepčního efektu. V poslední době se k nim připojují tělíska s příměsí hormonu levonorgestrelu (podobný hormon i v některých antikoncepčních tyčinkách). Tvary tělísek jsou různé (spirálovité, srdčité, motýlovité, do písmene Y či T, číslice 7 apod.), nejčastěji se vyrábí ve tvaru písmene T. Na svém konci jsou opatřena monofilovým vláknem připomínající rybářský vlasec, pro snadnější odstranění z dělohy. Nitroděložní tělíska se prodávají v lékárně na lékařský předpis.

Barták (2006) popisuje **rozdělení tělísek do 2 hlavních typů**:

- Inertní – už jen svou přítomností působí jako cizí těleso. Jejich výhodou je, že se dají zavést na prakticky neomezenou dobu a nemusí se po několika letech vyměňovat. Dokonce je lépe je ponechat, k nejvíce komplikacím a problémům s tělískem totiž dochází v prvním roce po zavedení.
- Medikovaná – obsahují nějakou látku, která se uvolňuje do organismu a zvyšuje jejich účinnost. Ta dále můžeme rozdělit na:
 - o tělíska s mědí,
 - o tělíska s hormonem.

Nitroděložní tělíška svou přítomností v děloze způsobují v děložní dutině změny podobné zánětlivým. „*To znamená, že organismus přesouvá do místa zánětu větší množství leukocytů (bílých krvinek), zejména typu, kterému se v imunologii říká „killer“, tedy doslova „zabíječů“, kteří jsou připraveni okamžitě ničit a pohlcovat bakterie a cizorodé buňky,*“ vysvětluje Barták (2006, s. 42). Na tomto principu je tedy založeno i hubení spermií, které se do dělohy dostanou. Ve chvíli, kdy se stane, že vajíčko ženy je přeci jen oplozeno spermií, toto embryo nemá kvůli nitroděložnímu tělíšku dost času na to, aby se v děloze usadilo.

Uzel (1999) píše, že na našem trhu je k dispozici tělíško Mirena, z něhož se uvolňuje asi 20 mikrogramů levonorgestrelu denně. Toto tělíško je tedy křížencem mezi IUD a podkožními tyčinkami, spojují se v něm příznivé účinky obou těchto moderních metod. Proto je také označováno za antikoncepci 21. století.

Barták (2006, s. 110) se k tomu nitroděložnímu tělíšku vyjadřuje shodně, píše: *“Nitroděložní tělíško, které uvolňuje hormon, je věcička velmi vtipně vymyšlená a má, řekl bych, velkou budoucnost. Konstruktivně je to jakýsi hybrid mezi nitroděložním tělíškem a antikoncepčním implantátem. Zjednodušeně řečeno, antikoncepční tyčinka se opatří na jednom konci takovými „pacičkami“, takže vypadá navlas jako nitroděložní tělíško, drží dobře v děložní dutině a může tam uvolňovat progestin.“* Jejich antikoncepční účinek pak spočívá v tom, že progestin zablokuje růst děložní sliznice, která neposkytne vhodné prostředí oplodněnému vajíčku.

Výhody a nevýhody

Mezi nesporné **výhody** nitroděložních tělíšek patří to, že jsou relativně levná (500 Kč za 5 let). Velká výhoda také je, že se na nitroděložní tělíška nemusí myslet ani před pohlavním stykem ani po něm. Zavedou se gynekologem do dělohy a odsud jsou většinou také vytažena až za 5 let. Je jen čas od času potřeba zkontrolovat, zda jsou stále na správném místě. Vhodné jsou také pro kojící matky, neboť nijak neomezují tvorbu mateřského mléka.

Jednou z **nevýhod** je výskyt infekce, záněty vejcovodů, můžou se také objevit poruchy srážlivosti krve, velmi zřídka se také stává, že při aplikaci nitroděložního tělíška může dojít k protržení dělohy. Další komplikací může být zmizení nitek tělíška. Nitroděložní tělíška jsou především nespolehlivá. Těhotenské číslo je skoro 3-5. Velmi často se u tohoto typu antikoncepce vyskytuje silnější a delší menstruační krvácení,

než je obvyklé. Nitroděložní tělíška nechrání před pohlavně přenosnými chorobami a nechtěným těhotenstvím.

3.2.6 Hormonální antikoncepce

„Podstata hormonální kontracepce vychází z poznání, že během těhotenství k ovulaci nedochází a že ovulace je v graviditě inhibována vysokými hladinami endogenního estrogeneru a progestinu.“ (Machová, Marádová, Klementa, 1998, s. 70)

Tato kapitola pojednává o jednotlivých typech hormonální perorální antikoncepce.

3.2.6.1 Perorální antikoncepce

Historie

Prehistorie kombinované antikoncepční pilulky sahá vlastně až do 19. století, na jehož konci se objevily první publikace, které dokládaly, že u zvířat existence žlutého tělíška blokuje ovulaci. Na začátku 20. století tak vznikly práce, ve kterých jejich autoři píší, že u žen potlačovali ovulaci pomocí extraktů žlutého tělíška, což vlastně byla estrogenní směs. (Čepický, 2002)

Za zakladatele hormonální antikoncepce bývá považován Ludwig Haberlandt z Innsbrucku, který bojoval za myšlenku hormonální antikoncepce, ačkoliv jeho experimenty nedopadly úspěšně. Zjistil totiž, že podkožní tnasplantace ovarií březích králic způsobuje neplodnost pohlavně zralých samiček. (Presl, 1993)

„Z roku 1937 je publikace o blokádě ovulace u ramlice podáním progesteronu, zapadla bez jakékoliv odezvy,“ píše Čepický (2002, s. 61) a dále dodává, že *„trvalo 14 let, než v roce 1951 zahájili Pincus a Chang ve Worcester Foundation for Experimental Biology program vývoje antikoncepční pilulky.“*

První klinické zkoušky pak byly zahájeny v roce 1956 a antikoncepční pilulka přišla na trh o 3 roky později. Postupně se v pilulce obměňovalo její složení, až se nakonec vyvinula taková pilulka, která obsahuje estrogestagenní kombinaci. V Československu přišel na trh první přípravek kombinované hormonální antikoncepce až v roce 1965. Do konce 80. let pak převládaly tuzemské preparáty (Antigest B, Biogest, Neogest), změny jejich složení vcelku kopírovaly světové trendy. Po roce 1990 se na trhu rychle objevilo široké spektrum přípravků, které byly a jsou plně srovnatelné s kteroukoli západní zemí. (Čepický, 2002)

V dnešní době je kombinovaná antikoncepce nejužívanější moderní metodou vůbec. „Velmi pozitivně se mění obraz používání antikoncepce ve stálých partnerských vztazích, a to jak u mužů, tak i u žen. V roce 1993 užívalo hormonální antikoncepci pravidelně 22% žen, v roce 2008 52%.“ (Šulová, Fait, Weiss, 2011, s. 148)

Zajímavé jsou také údaje o užívání hormonální antikoncepce mezi ženami: „V současné době užívá hormonální antikoncepci ve věku 15 - 29 let 70 % žen, 30 - 44 let 50 % žen a ve věku 45 - 59 let 22 % žen. Čtyři ženy z deseti s hormonální antikoncepcí žádné zkušenosti nemají - 37 % žen antikoncepci nikdy neužívalo a ani to v budoucnu neplánuje (jedná se především o ženy vyššího věku), 4 % žen sice doposud zkušenosti nemají, ale plánují hormonální antikoncepci v budoucnosti užívat.“ (České noviny.cz, 2011)

Vlastnosti perorální antikoncepce

Kombinovaná hormonální antikoncepce se zakládá na užívání estrogen-progesteronové kombinace v podobě tablet. „Základem antikoncepčního efektu je podávání estrogenu ve správné dávce. Samotný estrogen by ovšem nestačil, protože působí růst děložní sliznice. Výsledkem by bylo nepravidelné krvácení z dělohy a zvýšené riziko její rakoviny. Proto je nutné podávat, stejně jako v přirozeném cyklu, i druhý hormon, progesteron. Ten je nutný k tomu, aby zbrzdil růst sliznice dělohy, a také jedině on zajistí pravidelné měsíční krvácení,“ vysvětluje Barták (2006, s. 56).

„Antikoncepce **zabraňuje otěhotnění následujícím způsobem:**

- zabraňuje ovulaci (uvolnění vajíčka),
- ruší funkci žlutého tělíska, které je zodpovědné za uhnízdění vajíčka,
- zabraňuje implantaci oplozeného vajíčka do děložní sliznice,
- způsobuje zahuštění cervikálního hlenu a tím zhoršuje podmínky pro průchod spermií děložním hrdlem.“ (Vránová, 2010)

Kombinovaná hormonální antikoncepce patří k nejspolehlivějším metodám proti početí právě díky tomu, že zablokují ovulaci a navíc ještě činí hlen v děložním hrdle nepropustný pro spermie.

Pokud se žena rozhodne užívat hormonální antikoncepci, potřebuje k tomu lékařský předpis, a k tomu je nejprve nutné podstoupit gynekologickou prohlídku, při které lékař stanoví celkovou anamnézu uživatelky. Čepický (2002) vysvětluje, že před zavedením kombinované antikoncepce má lékař provést především cílenou anamnézu, která pátrá

po rizikových faktorech zvláště kardiovaskulárních onemocnění nádorů prsu a nemocí jater. Poté provede obvyklou preventivní gynekologickou prohlídku a doporučuje se také změřit krevní tlak.

V současné době je na trhu více než 40 druhů antikoncepčních tablet a neexistuje žádný objektivní test, který by určil, který z nich bude určité ženě nejlépe vyhovovat. Proto je žádoucí poradit se se svým gynekologem.

Kontracepci by měla žena začít užívat v 1. den menstruačního cyklu. Začne-li žena užívat antikoncepci v dalších dnech menstruace, doporučuje se, aby během pohlavního styku v dalších 14 dnech používala i jiný typ antikoncepci (př. kondom). Tablety se většinou užívají v cyklu 21+7 dní, to znamená, že 21 dní žena užívá tabletu, 7 dní si dá pauzu a v této době se také dostaví menstruace. Menstruace se dostaví díky tomu, že v těle klesne hladina hormonů. Obvykle se dostaví asi 3 dny po poslední tabletě. Některé antikoncepce obsahují placebová dražé, která usnadňují určení začátku aplikace dalšího cyklu užívání. Proti otěhotnění chrání tableta i ve dnech, kdy se dělá přestávka v užívání. Tablety se berou denně, ve stejnou dobu. Obecně je uváděna tolerance chyby 12 hodin. Pro méně zkušeného je vhodné v případě chyby v užívání nahlédnout do příbalového letáku. Pro případ „zapomenutí“, tj. opoždění o více než 12 hodin, je zde obvykle doporučeno užívat přípravek dál, ale po dobu dalších 14 dní zajistit ochranu před těhotenstvím ještě jinak, nejspíše některou bariérovou metodou. (Čepický, 2002)

Rozhodně by žena neměla užívat dvě tablety najednou, nehrozí však předávkování. Barták (2006) tvrdí, že obecně se říká, že zapomenutí 1 tablety většinou neudělá nic, zapomenutí 2 tablet vyvolá téměř jistě asi 3 dny poté nepravidelné krvácení z dělohy a při zapomenutí 3 tablet již hrozí selhání antikoncepčního efektu.

Kombinovaná hormonální antikoncepce se **dělí podle dávkování progestinu** na:

- jednofázovou,
- dvoufázovou
- a třífázovou.

Pokud se u ženy neobjevují žádná zdravotní rizika, není důvod časově omezovat užívání kombinované orální antikoncepce. K **obnovení fertility** (tzn. plodnosti ženy) dochází zpravidla do 2 let. „*Za normálních okolností je první cyklus ještě v 10-25 % případů anovulační, ve 3. cyklu již ovuluje 98 % žen,*“ uvádí Presl (1993, s. 52).

Výhody

Velkou a bezesporu důležitou výhodou kombinované hormonální antikoncepce je její spolehlivost. Index spolehlivosti je udáván počtem 0,1 -0,2. „V běžné praxi je riziko selhání vyšší a to jednak následkem chyb užívání, jednak následkem „objektivních chyb v užívání“, tj. podceňování situace, která spolehlivost pilulky snižuje,“ vysvětluje Čepický (2002, s. 68). A Barták (2006) dodává, že antikoncepce, to nejsou jen tablety proti dětem. Důvodů k užívání může být víc, než je jen strach z nežádoucího těhotenství. Tablety mají i celou řadu jiných, neantikoncepčních, příznivých a příjemných vedlejších účinků.“

Mezi takové můžeme zařadit například fakt, že antikoncepční tablety snižují riziko onemocnění rakoviny děložní sliznice a vaječnicků, předchází gynekologickým zánětům, bolestivé menstruaci a premenstruačním potížím, antikoncepční tablety také nedovolí vznik mimoděložního těhotenství, dále se snižuje množství krevních ztrát při menstruaci, dochází k úpravě menstruačního cyklu a samozřejmě mají některé typy antikoncepčních tablet vliv na léčbu akné a některých případů nežádoucího ochlupení.

Nevýhody

Samozřejmě mají antikoncepční tablety i své nežádoucí účinky. Na nežádoucích účincích se podílejí v různé míře a různým způsobem, jak estrogenu, tak i progesteronu. Mezi nežádoucí účinky antikoncepčních tablet můžeme zařadit riziko zhoršení žilního systému u žen, které již onemocněním žil trpí, progestiny pak mají na svědomí problémy s tepnami, nejčastěji jsou to nemoci jako ateroskleróza, infarkt myokardu a mozková mrtvice, dále hrozí zhoršení onemocnění jater u žen, které již tímto onemocněním trpí.

Barták (2006) dodává, že oficiální stanovisko odborníků zní, že u zdravých lidí by měl lékař vyšetřit jaterní funkci po 3-12 měsících užívání, pokud výsledky jsou normální a uživatelka nemá potíže, není nutno jaterní testy opakovat.

Dále antikoncepce může způsobovat váhový přírůstek, který zapříčiní estrogen, který zadržuje vodu v těle. Pokles libida, psychické změny, bolesti hlavy, nevolnost (pocit na zvracení), nepravidelné krvácení patří mezi ostatní nepříjemnosti, které antikoncepční tablety mohou způsobit.

„Již v prvních letech širšího užívání orálních kontraceptiv byla zjišťována vyšší mortalita u žen – kuřáček, a to zvláště u žen starších 35 let. Kouření přispívá k mortalitě zejména zvýšením rizika infarktu myokardu,“ vysvětluje Seidlová (1997, s. 52). Dodrží-li se tato podmínka, že ženám nad 35 let gynekologové předepisují pouze přípravky

s tzv. neandrogenními progestiny, nekuřačky žádné věkové omezení nemají. „*To, co v konečné instanci způsobí mozkovou mrtvici nebo srdeční infarkt, je krevní sraženina, která ucpe některou z důležitých cév, a jestliže kombinovaná hormonální antikoncepce krevní srážlivost zvyšuje, může její užívání spustit zhoubnou kaskádu cévních změn, které nakonec skončí tragicky,*“ apeluje Barták (2006, s. 98). Je nutné také zmínit, že za kuřačku se obecně považuje žena, která kouří denně v průměru 15 a více cigaret.

Nelze zastírat, že užívání antikoncepčních tablet s sebou přináší určitá rizika. Ale to platí o každém léku, který je účinný. Nežádoucí účinky jsou však v případě antikoncepce poměrně vzácné. (Barták, 2006)

3.2.6.2 Postkoitální neboli záchranná antikoncepce

Snad žádná antikoncepční metoda nemá tolik názvů a označení, jako právě „postkoitální antikoncepce“, tedy antikoncepce „po pohlavním styku“. V žádném případě se ale nejedná o novinku, vždyť pod názvem „záchranná antikoncepce“ či „pilulka po“ (známá také jako „Postinor“) u nás doslova zdomácněla. (Uzel, Kovář, 2010).

Tento typ antikoncepce se také označuje anglickým termínem „morning-after pill“ neboli „pilulka následujícího rána“. V lékařském oboru se tato antikoncepce označuje termínem intercepce, tedy zabránění uhnízdění vajíčka, které již může být oplozené. (Křenková, 2000)

Machová, Marádová a Klementa (1998) vysvětlují, že metody intercepce jsou akceptovatelné pouze u žen, které měly neočekávaný a nechráněný pohlavní styk (například při selhání kondomu, po znásilnění nebo pohlavním zneužití).

Pokud jsou tyto metody podány ve správný okamžik, jsou schopny zablokovat uvolnění vajíčka a to za pomoci náhlého zahuštění hlenu v děložním hrdle, a tak se spermiím ztíží jejich pronikání. Jestliže je však vajíčko již uvolněné a spermie k němu docestovaly, blokáda ovulace a zahuštění hlenu by v této situaci již nepomohly.

„*Hormonální dávka podaná v tuto chvíli však zabrání uhnízdění oplodněného vajíčka v děloze. Toto vajíčko se pak ve vnitřních pohlavních orgánech ženy beze zbytku vstřebá.*“ (Uzel, Kovář, 2010, s. 146) Tato metoda tedy zůstává velmi problematickou, protože ovlivňuje již první stádium vyvíjejícího se embrya – zygotu, a proto mohou být tyto metody odmítány, jak některými lékaři, tak i laickou veřejností jako interrupční. (Machová, Marádová a Klementa, 1998)

Tyto přípravky dají použít do 72 hodin, v některých případech až 120 hodin po nechráněném pohlavním styku. Na našem trhu se můžeme nejčastěji setkat s pilulkou Postinor-2. Co nejdříve po pohlavním styku se užije jedna pilulka, druhá tableta se pak musí užít do dvanácti hodin od tablety první. „*Od roku 2007 máme k dispozici novější (a dle studií i trochu účinnější) preparát Escapelle. Obsahuje stejný hormon jako Postinor-2, pouze v jedné tabletě je ho dvojnásobné množství. K dosažení antikoncepčního účinku postačí spolknout jednu jedinou pilulku kdykoliv do 72 hodin,*“ vysvětlují Uzel a Kovář (2010, s. 147) a dodávají, že „*oba přípravky obsahují účinnou látku levonorgestrel, platí pro ně tedy stejná úskalí. Rozhodně nejsou určeny pro pravidelné užívání, není vhodné je podat častěji než jednou měsíčně. Pohotovostní antikoncepce je také mnohem méně účinná než antikoncepční pilulky užívané dlouhodobě.*“

Mezi naprostou novinku na našem trhu patří přípravek Ellaone, který je účinný až do 120 hodin od pohlavního styku. Platí však pro něho určitá omezení, kterými bychom se měli před jejich užitím řídit – mělo by se předem vyloučit, že je žena těhotná, neboť není znám jeho možný vliv na již vyvíjející se plod, dále pak by ho neměly užívat dívky do 18 let, výrazná omezení platí také pro ženy kojící, u žen s onemocněním ledvin a jater. Po jeho podání se ženám doporučuje, aby pro následující pohlavní styk až do začátku další menstruace, použily některý z výše uvedených typů bariérové antikoncepce, nejvhodnější variantou je kondom.

Postkoitální antikoncepce se tedy rozhodně nehodí pro každodenní užívání, nesmí ani nahrazovat některou metodu pravidelné antikoncepce. Je tedy vhodné ženám doporučovat, aby si zvolily některou z běžných antikoncepčních metod.

3.2.7 Další formy hormonální antikoncepce

3.2.7.1 Antikoncepční náplasti

Tato metoda antikoncepce je poměrně mladá, na trhu ji zaznamenáváme teprve posledních 10 let. Antikoncepční náplasti jsou založené na stejném principu jako kombinované antikoncepční tablety. Jedná se tedy o náplast, kterou si ženy nalepí na kůži a ze které se do organismu dodávají chybějící hormony. Jejich princip je shodný s principem hormonálních tablet, obsahují totiž hormony estrogen i progestin. Náplasti se lepí 3 týdny, vždy 1 náplast na 1 týden, a pak se týden vynechá. V tomto týdnu by se měla dostavit menstruace.

„Náplasti mají jednu nepochybnou výhodu: zajišťují trvalou plynulou dodávku hormonů do organismu. Jejich hladina je mnohem stálější a nezávisí na každodenním pravidelném užívání tablet.“ (Barták, 1006, s. 101) I přesto, že náplasti obsahují hormon estrogen, ženy se nemusí obávat srážení krve zdaleka tak jako u antikoncepce perorální. A proto při této antikoncepční metodě nedochází k závažným vedlejším efektům. S touto metodou se ženy nemusí bát ani antibiotik. *„Antibiotika mají vliv na střevní bakterie, které se podílejí na vstřebávání některých látek, jako například antikoncepčních hormonů. Pokud jde o náplasti, nemá vstřebávání hormonů z nich se střevem vůbec co dělat,“* vysvětluje Barták (2006, s. 101).

Mezi jejich nevýhody můžeme zařadit především to, že jdou vidět. Náplast se také může odlepit a může se všelijak krabatit a po týdnu používání může na těle vypadat nevzhledně. Většinou se doporučuje, aby se lepily na místa, která nejdou příliš vidět, jako například na pozadí či rameno, nejvíce je však doporučovaná vnitřní strana stehén. Také jejich cena, která je stále poměrně vyšší, než cena běžné hormonální antikoncepce, může pro některou ženu být nevýhodou. Můžeme však doufat, že časem si na našem trhu a mezi ženami všeobecně získají svou oblibu a tím se i jejich cena podstatně sníží. Jedná se o velmi perspektivní metodu, před níž je velká budoucnost.

3.2.7.2 Injekční antikoncepce

Tento typ antikoncepce funguje na stejném principu jako minipilulky, to znamená, že do organismu se pomalu rozpouštějí mikrokrystaly ve svalové tkáni. Tento způsob podávání hormonů zajistí vytvoření jejich dostatečné hladiny po dobu nejméně 3 měsíců. Každý 3. měsíc se tedy do svalové hmoty aplikuje jedna injekce, která zajistí ochranu před nechtěným početím.

Jejich nespornou výhodou je to, že injekční antikoncepce je levná (1 injekce na 3 měsíce stojí asi 150 Kč), spolehlivá a neškodná metoda. Na našem trhu se tak setkáme s přípravkem Depo-Provera. Tento prostředek je používán ve více než 80 zemích světa asi sedmi miliony žen. (Uzel, 1999) Injekční antikoncepci mohou používat i kojící matky, je tedy velmi vhodná pro matky, které po šestinedělí přijdou ke svému gynekologovi řešit antikoncepci. Jedná se také o velice spolehlivou antikoncepci – ze čtyř set žen otěhotní v průběhu jednoho roku sotva jedna.

Jedinou, ale velmi podstatnou nevýhodou, je narušení pravidelnosti menstruačního cyklu. Jedná se totiž o čistě progestinovou antikoncepci a ta nedokáže zajistit pravidelný cyklus. Značná část žen nemenstruuje vůbec, menstruuje nepravidelně nebo téměř pořád.

Uzel (1999) píše, že těmto injekcím ovšem musíme přiznat ještě jednu částečnou nevýhodu. Zpravidla po dobu 3 měsíců sice spolehlivě chrání, nicméně i po tomto spolehlivém antikoncepčním období přetrvává ještě několik dalších měsíců období snížené plodnosti. Tyto námi vyjmenované nevýhody jsou možná důvodem, proč tak málo žen v ČR tuto antikoncepci využívá. Obecně se doporučuje, že by ji neměly užívat ženy, které hodlají své budoucí mateřství přesně načasovat, ženy s vysokým krevním tlakem, bolestmi hlavy a silné kuřačky nad 40 let.

3.2.7.3 Antikoncepční implantáty

Podkožní implantáty jsou založeny na zcela stejném principu jako antikoncepční implantáty. *„Mají obvykle vzhled dutých tyčinek průměru asi 2 mm a délky několik cm, vyrobených z polopropustné hmoty na bázi silikonu, které uvnitř skrývají zásobu antikoncepčního progestinu na několik let. Tyčinky se zavádějí pod kůži v místním umrtvení obvykle na vnitřní stranu paže speciální jehlou, která se podobá silné jehle injekční,“* popisuje tuto metodu Barták (2006, s. 109).

Uzel (1999) dodává, že do tohoto jediného drobného řezu se potom vějířovitě postupně zasunuje všech šest tyčinek pomocí pístu. Po skončení celé procedury se tubicovitý zaváděč odstraní a drobná ranka na kůži přelepí leukoplastí. Nemusí se vůbec zašívát, po zahojení není tato drobná jizvička na kůži skoro vidět, zato tyčinky jsou přes kůži dobře hmatné. Složitě pak není ani tyčinky po vyčerpání účinné látky vyjmout.

U nás je známé implantáty s názvem Nordplant, které obsahuje hormon levonorgestrel. Tyčinka tedy neobsahuje žádný estrogen, pouze hormon progesteron. Jedna antikoncepční dávka v podobě 6 tyčinek zavedených najednou obvykle postačí na 5 let. *„Před několika lety přišla na trh nová tyčinka pod názvem Implanon. Ta zajišťuje antikoncepci jen na 3 léta, zato se jedná o tyčinku jedinou, s níž se rozhodně lépe zachází.“* (Barták, 2006, s. 109) Můžeme se také setkat ještě s jednou novinkou – jedná se o vylepšené tyčinky s názvem Capronor, které mají tu výhodu, že jsou samovstřebatelné, to znamená, že po vyčerpání hormonální nálože se nemusí odstraňovat, neboť prostě samy zmizí. Jejich účinek však trvá pouze 18 měsíců.

Tato antikoncepční metoda je tedy vhodná pro ženy, které zatím nemají v plánu otěhotnět, nebo pro ty, které už děti mají a potřebují nějakou dlouhodobější antikoncepci, na kterou nebudou muset denně myslet. Důležitý je také fakt, že po odstranění tyčinek, může žena kdykoliv otěhotnět. Zaručují tedy bezprostřední návrat plodnosti. Stejně jako

jiné antikoncepční metody snižuje i Nordplant výskyt menstruačních bolestí a pochopitelně i rakoviny dělohy.

Společnou nevýhodou této antikoncepce je rozhodně vysoká cena, jedná se však o jednu z nejspolehlivějších metod vůbec, takže se rozhodně vyplatí do ní investovat. Barták (2006, s. 109) však na tuto antikoncepci má názor spíše negativní, píše: „*Mohu-li vyjádřit svůj zcela subjektivní názor, vhodnější než antikoncepční podkožní tyčinka je nitroděložní antikoncepční systém (pozn. autora – Mirena). V každém případě se snadněji zavádí a hlavně mnohem snadněji odstraňuje. Jen v jednom případě je podkožní tyčinka zřetelným favoritem: u dívek, které nerodily. Jejich úzkým děložním hrdlem se poměrně objemný nitroděložní systém těžko zavádí.*“

3.2.7.4 Minipilulky

Pod tímto označením se skrývá zvláštní forma tabletové hormonální antikoncepce, která se svým principem dost podstatně liší od dosud tak rozsáhle popisované hormonální antikoncepce. Minipilulkami se nazývá proto, že pracuje s dávkami hormonů o řád nižšími. Barták (2006) Jedná se o tablety, které neobsahují estrogeny, takže neblokuje ovulaci. Obsahují pouze malé dávky hormonu progestinu, který brání početí tím, že zahušťuje hlen v děložním hrdle, který se tak stává nepropustný pro spermie.

Tyto čistě gestagenní tablety se užívají trvale, každý den. Pilulky jsou všechny stejné a berou se bez pauzy. Je tedy nutné dbát na to, abychom je denně užívaly vždy ve stejnou dobu, nanejvýše však s tříhodinovým zpožděním. (Szarewská, Guillebaud, 1996)

Mezi jejich výhody bezesporu patří to, že obsahují pouze progestin, takže některé vedlejší účinky spojené s hormonem estrogenem se u žen užívajících minipilulky neobjevují. Neovlivňují také krevní tlak a tím nezvyšují nebezpečí kardiovaskulárních chorob, nemají také vliv na hladinu HDL cholesterolu. Další výhodou je, že je ženy mohou brát až do své menopauzy. Minipilulky také nezpůsobují žádné vedlejší účinky, se kterými se můžeme setkat při užívání kombinované hormonální antikoncepce. Po přerušení jejich užívání, také neovlivňují budoucí plodnost žen. Nemají také žádný vliv na užívání antibiotik.

Jejich hlavní nevýhoda spočívá v tom, že se musí brát denně zhruba ve stejnou dobu. Je důležité zajistit, aby v užívání nevznikla prodleva delší než 24 hodin. Při jejich užívání dochází u žen také velmi často k nepravidelnému menstruačnímu cyklu, mohou se

také objevit nerakovinové cysty na vaječnicích, mimoděložní těhotenství (v případě nechtěného otěhotnění) či zvýšená plynatost.

„Nejvhodnější jsou pravděpodobně pro ženy nad 30 let nebo pro ženy, které nemohou nebo nechtějí brát z jakýchkoliv důvodů estrogeny. Jsou také nejlepší antikoncepční metodou při kojení. Jejich hlavní nevýhodu lze spatřovat v tom, že je nutné je brát vždy ve stejnou dobu, ale většina žen si s tímto problémem nakonec vždy nějak poradí. Až do této doby jsou však bohužel ještě stále poměrně nepopulární, ale věříme, že se jejich užívání v budoucnosti rozšíří,“ ukončují Szarewská a Guillebaud (1996, s. 99).

3.2.8 Chirurgická antikoncepce

Tento typ antikoncepce zahrnuje takové metody, které jsou spojené s chirurgickým zákrokem, u žen se provádí tubulární sterilizace a u mužů vazektomie. Jednotlivé metody jsou níže popsány.

3.2.8.1 Sterilizace

Jedná se o ženskou metodu chirurgické antikoncepce, kdy dochází k přerušení průchodnosti vejcovodů, které má za následek trvalou neplodnost. Obvykle se provádí z důvodů všeobecně zdravotních (například ženám se závažným onemocněním, u nichž by těhotenství ohrozilo zdraví nebo dokonce život ženy), z důvodů genetických (porodila-li žena opakovaně hrubě znetvořený plod nebo plod s jinou závažnou dědičnou vadou) a z důvodů porodnických (porodila-li žena opakovaně císařským řezem). (Macků, Macků, 1993)

O povolení k tomuto výkonu musí žena požádat, žádost posoudí a schválí k tomu ustanovená komise. *„Tubulární sterilizace jako metoda plánování rodičovství je u nás jednoznačně povolena Věstníkem Ministerstva zdravotnictví ČSR o provádění sterilizace z r. 1972. Může o ni požádat žena, které je 35 let a má nejméně 3 děti, anebo žena bez ohledu na věk a počet dětí, která nemůže ze zdravotních důvodů používat jinou metodu kontracepce,“* vysvětluje Seidlová (1997, s. 113). Většina lékařů však zdravé ženy, které ještě neměly děti, většinou sterilizovat nechtějí.

Nejběžnějším druhem této operace je dnes laparoskopická sterilizace, kterou lze provést buď v celkové, nebo místní anestezii. S vejcovody je možné naložit při operaci různým způsobem. Mohou být spáleny elektricky, což je výkon, který se nazývá diatermie. Je ovšem spojena s tím, že poškozuje poměrně značný okrsek sousední tkáně a kromě toho přináší i riziko, že při ní dojde i k nechtěnému poranění orgánu jiného, třeba střeva,

popisují Szarewská a Guillebaud (1996) a dále vysvětlují, že vejcovody je také možné protnout a jejich pahýly podvázat. Mnoho chirurgů nyní dbá na to, aby byly konce těchto prořatých vejcovodů od sebe i dostatečně vzdáleny, což maximálně ztíží možnost, že by se spolu mohly opět spojit.

Následky sterilizace jsou stálé a ve většině případů také nezvratné, takže by si žena měla tento zákrok velmi dobře rozmyslet. Szarewská a Guillebaud (1996, s. 193) se nad sterilizací pozastavují a nabádají ženy, aby nepodstupovaly sterilizaci, tímto způsobem: *„Jak vám asi bude, skončí-li vztah rozvodem nebo bude dokonce přerván smrtí? Jste si jista, že už nebudete chtít další dítě, jestliže se prvnímu něco stane? Máte-li snad v těchto otázkách i jen ty nejmenší pochybnosti, nikdy se zatím ke sterilizaci nerozhodujte.“* Je tedy velmi důležité, aby žena nejprve vzala v úvahu i jiné typy antikoncepce. Sterilizace však žádným způsobem neovlivňuje sexuální život partnerů. Její velkou výhodou je velké procento spolehlivosti, kdy index selhání se pohybuje mezi 2-6 ženami z 1 000 žen. Výhodou ženské sterilizace je skutečnost, že je na rozdíl od mužské vazektomie účinná ihned. (Szarewská, Guillebaud, 1996) Navrátit plodnost ženě po sterilizaci je velmi obtížné, finančně nákladné a ne vždy úspěšné.

3.2.8.2 Vazektomie

Jedná se o operaci, která je mnohem snadnější, než sterilizace u žen. A to zejména proto, že mužské pohlavní orgány leží mimo dutinu břišní. *„Přerušeni chámovodů – vasektomie – je spolehlivá, ale trvalá a nevratná metoda mužské kontracepce. Přerušeny jsou kanálky, jimiž prochází semeno do prostaty. Je to vcelku malý a bezpečný výkon, v mnoha zemích volně prováděný na přání muže. U nás je o provedení tohoto výkonu třeba požádat – žádost posuzuje komise k tomu účelu ustanovená.“* (Macků, Macků, 1993, s. 94)

Tento výkon lze většinou provést jen v místní anestezii, celková anestezie není nutná. *„Při operaci vyhledá chirurg chámovod, což je tuhá trubička hned pod kůží šourku, a pevně ho stiskne. Z malého řezu přímo nad chámovodem tuto trubičku vytáhne, načež ji protne,“* popisují vazektomii Szarewská a Guillebaud (1996, s. 202) a dále píší, že *„v posledních letech se začíná zavádět bezskalpelová technika, která je ještě rychlejší a snadnější. Kůže se při ní nad chámovodem probodne zvláštními kleštěmi, přičemž se chámovod ihned fixuje. Hlavní výhodou je rychlost této operace i to, že po ní nevzniká žádný řez, který by se pak musel šít.“*

Vazektomie je velmi účinná metoda, při níž je index selhání velmi nízký, asi jen jeden až dva muži na tisíc případů. Na rozdíl od ženské sterilizace, není účinná ihned.,

neboť pod přerušením chámovodu se stále nachází obrovský počet spermií, které musí nejprve vymizet, dříve, než se dá mluvit o nějakém bezpečném, chráněném sexu. Množství ejakulací, při kterých se tyto spermie „spláchnou“, u mužů velice kolísá. Aby se zásoba spermií s jistotou vyčerpala, je lépe počkat nejméně 3 měsíce, než se lze na výsledky této sterilizace s jistotou spolehnout. (Szarewská, Guillebaud, 1996)

Tento typ operace je z padesáti procent zvratný, jedná se však o řadu dalších výkonů, které však nemusí být stoprocentní zárukou navrácení plodnosti muže. Obecně platí, že čím dříve dojde ke zrušení vazektomie, tím je větší pravděpodobnost navrácení plodnosti muže.

3.3 Vybrané aktivizační metody sexuální výchovy

V sexuální výchově ve škole využívá učitel všech obecně známých metod výchovně vzdělávací práce, zejména pak didaktické metody a metody mravní výchovy. (Janiš, Täubner, 1999) Ve srovnání s ostatními předměty má výchova ke zdraví tu výhodu, že v ní lze využít mnohem více různých aktivizačních metod, her a didaktických prostředků, pro které je typická vysoká aktivita a spolupráce žáka s učitelem a probíraným tématem i žáků mezi sebou navzájem. „*Smyslem metod v sexuální výchově je vedle tvorby systémů vědomostí především tvorba silně identifikovaných postojů, soustav dovedností, návyků a chování. Proto je kladen takový důraz na aktivitu žáků,*“ píše Täubner a Janiš (1998, s. 41).

Během **vytváření aktivizační metody** je důležité:

- stanovit a vytyčit si *jasný cíl*, který nám určuje, čeho bychom chtěli pomocí aktivizační metody dosáhnout, tj. určit výukový, ale také výchovný cíl,
- zabývat se *náplní* dané aktivity, tzn. jakýsi scénář, průběh, obsah, který bude tvořit podkladový materiál pro realizaci metody (mohou být dvě varianty – podkladový materiál pouze pro učitele, ale také můžeme vytvořit podkladový materiál, jež dostanou žáci),
- vytvořit si *metodický list*, který obsahuje stručný popis dané metodiky, její cíl, možnosti využití, pomůcky k realizaci, časové nároky a dále například také odkaz na použité zdroje.

Při tvorbě se učitel může inspirovat příběhy různých lidí, problémy a skutečnostmi z praxe a z reálného života, které přizpůsobí pro potřeby své výuky. Lze využít i různých her, ale také například televizních soutěží, které se dají s velkým úspěchem upravit pro školní podmínky. Je však vhodné nově vytvořenou metodu před použitím nejdříve prodiskutovat se zkušenějšími kolegy, zjistit, zda se jedná o dobrý nápad a jaký mají naši kolegové názor na využití dané metody nebo hry ve výuce. Velmi užitečné je vyzkoušet si metodu v menší kolektivě a udělat si tak pretest. (Kotrba a Lacina, 2007)

Při **výběru a realizaci metod** výuky by měl učitel respektovat:

- zákonitosti procesu učení,
- uplatnění výchovně vzdělávacích zásad (např. aktivity, názornosti, individuálního přístupu a přiměřenosti, trvalosti, spojení teorie s praxí atd.). (Grecmanová, Urbanovská, 2007)

Zákonitosti procesu učení by měly přivádět učitele k přemýšlení o správné volbě metod, které by žáky aktivovaly a vedly je ke spolupráci, umožnily samostatnou práci a seberealizaci, respektovaly zájmy a schopnosti žáků apod. Neexistuje dobrá ani špatná metoda, ale záleží na tom, zda ji učitel vhodně nebo nevhodně aplikuje.

Grecmanová a Urbanovská (2007) vymezují další **kritéria výběru metod**, mezi které patří:

- naplnění výchovně vzdělávacího cíle a obsahu výuky,
- časová přiměřenost,
- forma,
- prostorové možnosti a materiální vybavení,
- vlastnosti a schopnosti žáků a učitele,
- kolektiv žáků ve třídě,
- klima školy.

Kotrba a Lacina (2007, s. 81) tvrdí, že „*aktivizační metody lze dělit podle různých hledisek. Nejpraktičtější dělení pro potřeby učitele může vypadat takto:*

- *podle náročnosti přípravy (času, materiálního vybavení, pomůcek nutných pro realizaci),*
- *podle časové náročnosti samostatného průběhu výuce,*
- *podle zařazení do kategorií (hry, situační, diskusní, inscenační metody, problémové úlohy),*
- *podle účelu a cílů použití ve výuce (k diagnostice, opakování, motivaci, jako nové formy výkladu, odreagování).“*

Společně tedy podrobněji prozkoumáme jednotlivé kategorie aktivizačních metod.

Aktivizační metody budou popisovány v tomto pořadí:

- problémové vyučování,
- diskusní metody,
- situační metody,
- inscenační metody,
- hry,
- speciální metody.

3.3.1 Problémové vyučování

Problémové metody tvoří základ všech aktivizačních metod. V každé se řeší určitý problém, který je pomocí aktivizační metody různě pojat, zpracován a řešen. Možností jak zprostředkovat problém studentům je více. Tento typ vyučování lze chápat jako samostatnou metodu. Učit problémově lze i ve frontální výuce. Většina učitelů problémovou výuku ve své praxi využívá, zejména proto, že mnoho otázek, které zpestřují a oživují jejich monotónní výklad, tvoří základ problémových úloh. (Kotrba, Lacina, 2007)

„**Základní schéma problémové metody:**

- *Problémová situace, která je vlastně zformovaným úkolem. Žák ho dostává jako první informace.*
- *Ujasnění problémové situace, kdy si žák uvědomuje úkol a snaží se mu porozumět. Zde dá učitel žákům možnost doplňujících otázek.*
- *Formulace hypotézy řešení problému. Žáci zpracují úkoly a navrhnou možnost řešení.*
- *Ověření hypotézy. Jednotlivé týmy či jednotlivci uveřejňují řešení problému a obhajují ho.*
- *Oprava a korekce řešení slouží k tomu, aby učitel přivedl žáky k opravě chybných řešení.*
- *Nalezení správného řešení a jeho zobecnění.“ (Janiš, Täubner, 1999, s. 55)*

Řešení problémů může být spojeno s různými aktivitami a je důležité, aby na opravu při korekci řešení děti přicházely samy nebo ve spolupráci s učitelem. Žáci na základě svých dovedností a zkušeností volí vhodná řešení. Jejich organizační forma může být libovolná. Žáci pracují s určitým schématem, který je velmi vhodný, zejména pak pro řadu témat v sexuální výchově, ovšem není potřeba toto schéma dodržovat. Záleží především na věku dětí, předávaném obsahu a organizační formě.

Problémových metod existuje celá řada a dají se rozlišovat podle mnoha hledisek. Například **podle způsobu řešení** lze všechny obecně **dělit** na:

- skupinové řešení problémů,
- individuální řešení problémů.“ (Kotrba, Lacina, 2007)

Ve skupinovém řešení problému žáci řeší stejný problém ve skupinách, následuje jednání v plénu, kde zástupci jednotlivých skupin prezentují svá řešení. Naopak v individuálním řešení problému je zadána problémová úloha, na kterou musí každý žák samostatně vymyslet své řešení.

Metody problémové patří k nejvýznamnějším metodám, zejména pak v oblasti sexuální výchovy. Jak píše Janiš a Täubner (1999) jsou velmi vhodné především proto, že formulují postoje vychovávaných k tématu. Jedním ze základních prvků problémových metod je rozhodovací proces, v němž žák volí mezi alternativami. Tento rozhodovací proces je obvyklou obecnou modelovou situací i pro sexuální chování v nejširším slova smyslu. Jejich nevýhodou je náročnost na přípravu.

„Do problémového vyučování patří tyto metody:

- *analýza případové studie,*
- *metody heuristické,*
- *metoda černé skříňky,*
- *metoda konfrontace,*
- *metoda paradoxů,*
- *úloha samostatně sestavovaná,*
- *úloha předvídání.“* (Kotrba, Lacina, 2007, s. 84)

Cílem těchto metod je vytvořit dovednost řešit problémy, zaujímat k nim nějaké stanovisko a umět se podělit se svými názory s ostatními žáky.

3.3.2 Diskusní metody

„Pro dobré fungování každé skupiny je nezbytná komunikace všech členů navzájem, kteří by se měli účastnit diskusí, obhajovat své názory a pochopit motivace a myšlenky druhých lidí. A právě k nábídku těchto dovedností mohou být využity diskusní metody,“ podotýkají Kotrba a Lacina (2007, s. 101).

Tato forma metod je postavena na slovní interakci mezi učitelem a žákem nebo mezi žáky navzájem. Jejich podstatou je otázka a odpověď. Učitel klade žákům otázky nebo na ně odpovídá, ale především vede žáka k formování správného závěru. Od žáka se očekává, že bude aktivním partnerem učitele. Někdy může učitel odpověď formulovat i sám, ale je důležité, aby s ním žák souhlasil. Závěrem dialogu je pak vědomost nebo i postoj žáka, ke kterému došel vlastním myšlenkovým úsilím v dialogu. Závěr by měl žák formulovat sám, případně za pomoci učitele. (Janiš a Täubner, 1999)

Při **využití diskusní metody** ve výuce záleží na cíli výuky, vlastním obsahu, dále na žácích, ale i na vhodném prostředí. Diskusi lze využít jako prostředek k výkladu nového učiva, k procvičování, opakování a upevňování učiva v malých skupinách.

Dialogické metody v sexuální výchově mohou být **rozděleny „podle typu interakce na:**

- *dialog v plénu nebo ve skupině,*
- *dialog na podnět simulovaného dialogu,*
- *dialog na základě písemných dotazů žáků,*
- *dialog na základě referátu žáka.*“ (Janiš a Täubner, 1999, s. 46)

Dialog může vznikat na základě iniciativy učitele nebo i samotných žáků, otázky pak mohou být tvořeny jako ústní nebo i písemné, např. anketa nebo dotazník. Dialog pak může být prováděn v různých organizačních formách, jako jsou například heterogenní či homogenní skupiny, dialog v kruhu nebo mezi jednotlivými řečníky. Podle těchto forem *„můžeme rozlišovat:*

- *dialog v celé třídě (org. forma – hromadné vyučování),*
- *dialog ve skupině žáků (org. forma – skupinová práce),*
- *dialog ve dvojicích (org. forma – párová práce).*“ (Janiš a Täubner, 1999, s. 46)

Je důležité si předem rozmyslet **průběh diskusní metody**. Učitel by se měl vždy na diskusi připravit písemně. Přesné formulování problému, promyšlení si zadání, neboli zahájení diskuse, postupu diskuse a stěžejních bodů, vede ke snadnějšímu průběhu diskuse. Během diskuse učitel diskusi řídí. Měl by podněcovat zúčastněné a přiměřeně zasahovat do diskuse. Také musí udržovat diskusi v přesně stanovených mezích tak, aby žáci nezačali diskutovat o jiném tématu, než jaké je stanové. Na závěr učitel zhodnotí výsledky a celou diskusi uzavře. *„Kdo se zúčastnil aktivně zdařilé diskuse na vyšší úrovni a na zajímavé téma, pravděpodobně prožil atmosféru intelektuálního vzrušení, kdy se diskusní skupina na základě bystrých, pronikavých a někdy i provokativních otázek a neméně pozoruhodných odpovědí dobírá nového poznání nebo aspoň překvapivého osvětlení problematiky.*“ (Maňák, 2001, s. 29)

Diskuse se skládá z otázek, odpovědí a argumentů. Existuje **několik typů otázek**, přičemž každý má jiný účel a použití:

- *startující otázka – otevírá diskusi (př. K čemu všemu slouží peníze?),*
- *uzavřené otázky – na tyto otázky existuje pouze jednoslovná odpověď typu ANO, NE (př. Souhlasíte s tím, že potrat je vražda?),*
- *otevřené otázky – tento typ otázek vyžaduje konkrétní názor, postoj a stanovisko (Jak lze vysvětlit jev zvaný bouřka?),*
- *provokativní otázky – tyto otázky jsou velice nebezpečné a měly by se používat zřídka (př. Někde jsem slyšel, že...),*

- přímé otázky – velice výhodné pro učitele z hlediska pedagogického, zjišťují názor žáků a snaží se donutit zapojit do diskuse také mlčenlivého účastníka (př. A co si myslíš ty, Ondro?),
- doplňující otázky – vyžadují podrobnější odpověď, při jejich použití existuje obvykle více správných odpovědí (př. Souhlasíte s názory a postoji beat generation?),
- sugestivní otázky – tento typ otázky se pro diskusi zcela nehodí a učitel by se takovýchto otázek měl vyvarovat (př. Souhlasíte přece s názorem, že...).“ (Kotrba, Lacina, 2007)

V rámci této metody lze **využít i dalších aktivizačních metod** jako např. hlasování, řetězového dialogu, alternativy řešení, dialog s míčem apod. Závěr této metody musí být v rukou učitele, který společně s žáky formuluje výchovně vzdělávací vědomosti, postoje a důsledky při životní praxi, které vyplynuly z dialogu.

Výhodou diskusní metody je především to, že si žáci mohou navzájem sdílet životní zkušenosti, mohou si naslouchat a své odlišné názory konfrontovat s ostatními. Takováto vzájemná výměna mezi mladými lidmi by však od nich vyžadovala velkou vzájemnou pozornost, jemnost, diskrétnost a takt. (Augustus, 1998)

Petty (2008, s. 163) vidí v diskusní metodě tyto výhody: *„Dialogická metoda má nesmírný význam. Učí žáky samostatně uvažovat a umožňuje získávat kvalitní, široce aplikovatelné intelektuální dovednosti. Bez této metody by nebylo možné dospět ke skutečnému porozumění ani rozvíjet další duševní schopnosti vyššího řádu.“*

Diskusních metod je celá řada a lze je různě dělit. Mezi **nejznámější diskusní metody** patří:

- brainstorming,
- brainwriting, metoda 653,
- diskuse ve spojení s přednáškou,
- řetězová diskuse,
- diskuse na základě tezí,
- diskuse na základě předneseného referátu posluchače,
- diskuse jako samostatná vyučovací jednotka,
- panelová diskuse,
- diskuse v malých skupinách,
- Gordonova metoda,
- Phillips 66,

- Hobo metoda,
- metoda cílených otázek.
- metoda konsenzu. (Kotrba, Lacina, 2007)

Zde popíšeme metodu **brainstormingu**, která byla součástí praktické části této diplomové práce. Tato metoda patří v praxi k nejnámějším a nejvíce používaným diskusním metodám. Někdy se také nazývá burza nápadů. Brainstorming je založen na asociativním způsobu myšlení. „*Žáci mají ve vymezeném čase heslovitě napsat do sešitu, na papír nebo na tabuli všechno, co je napadne k danému tématu. Nemusí to být jen obecně platná fakta, uvádějí se i pocity, domněnky, otázky, na které by rádi znali odpověď.*“ (Grecmanová, Urbanovská, 2007, s. 81)

Jak píše Tomková (2007) jde tedy o evokaci (pozn. autor. – vyvolání) dosavadních zkušeností a všech informací, které žák o tématu již má. Na počátku by měly být přijímány i nesprávné informace. Brainstorming má řadu podob, může být využit jako individuální nebo skupinový, nestrukturovaný nebo strukturovaný, ústní nebo písemný.

Na závěr této metody je důležité jednotlivé nápady a myšlenky utřídit a s těmito postřehy je pak možné dále pracovat. Cílem této metody je především produkce nových myšlenek, hypotéz, které by měly vést k vyřešení daného nepříliš komplexního problému.

Diskuze na základě tezí je metoda, při které je důležitá fáze samostatného samostudia zadaných hlavních myšlenek před vlastní diskusí. Studenti se tak učí pracovat s textem a literaturou. Velice náročný je výběr a formulace tezí (neboli hlavních myšlenek), které provádí sám učitel. Tato forma diskuse je vhodná pro větší kolektiv a využívá se při aplikaci, procvičování i upevňování učiva. Diskuse na základě tezí také může rozvíjet hlavní body tématu, které bylo probráno učitelem ve vyučování. (Kotrba a Lacina, 2007)

3.3.3 Situační metody

Situační metody (neboli případové studie) jsou vlastně modelové situace, které vycházejí ze skutečných událostí, jež je třeba vyřešit. Jsou založeny na přehledné, řešitelné, přiměřené a vhodné problémové situaci.

„Studentům může být situace zprostředkována několika způsoby:

- *textová podoba (příběh, popis konkrétní situace, odborný článek, úryvek z knihy),*

- audioukázka (nahrávka rozhovoru, analýza hudební skladby, ukázka poezie, namluvený příběh, popis konkrétní situace),
- videoukázka (profesionální odborně zaměřené filmy, zahraniční scény z firemního prostředí, divadelní ukázky, reklamy, firemní prezentace),
- počítačová podpora (situaci jde zprostředkovat pomocí webových stránek – může zde být text, fotografie, krátká videa nebo zvukové ukázky, powerpointové prezentace, výukové programy, případně některé formy e-learningu).“ (Kotrba, Lacina, 2007, s. 121)

Učitelé nejčastěji zprostředkovávají žákům situační metody v textové podobě, neboť se jedná o nejjednodušší a také nejlevnější variantu. Úkolem žáků je pak nabízet k danému problému svá různá řešení situace.

Tvořivý moment je v hloubce analýzy dané problematiky, ve vyhledávání potřebných informací, v rozhodování při volbě dalšího postupu i v síle představivosti, pomocí níž se žák nachází optimální řešení. (Maňák, 2001)

Při těchto metodách se dá využít různých organizačních forem, například lze aplikovat brainstorming. Po ukončení situační metody může učitel na závěr ukázat řešení problémové metody v praxi, a to opět všemi výše zmíněnými způsoby.

„Situační metody lze **rozdělit podle svého zaměření do několika skupin:**

- rozborové metody,
- metody konfliktních situací,
- metody incidentu,
- metody postupného seznamování s případem
- bibliografické metody.“ (Kotrba, Lacina, 2007, s. 122)

Cílem této metody je analyzovat předložené situace s ohledem na to, že problémová úloha zpravidla má i více řešení a často vyžaduje komplexní přístup. Dále také vypracování alternativních řešení a stanovení preventivních opatření, která zabrání tomu, aby se situace v budoucnu již neopakovala.

3.3.4 Metody inscenační

Inscenační metody (jinak také zvané metody hraní sociálních rolí) nejsou žádnou novinkou. Patří bezesporu mezi nejnáročnější metody problémového učení. Používal je dokonce už i Jan Amos Komenský jako školu hrou. V současné době se uplatňuje všude, kde je třeba zvládnout praktické prvky jednání a chování.

Základem inscenačních metod je rozpracování nějaké konfliktní situace, kterou samotní účastníci předvádí (hrají). Vychází se z přímé zkušenosti, tzn. z pravidla, že se žák naučí mnohem více tím, když si danou roli zahraje, než když je mu jako vnějšímu pozorovateli pouze zprostředkována.

K nesporným **výhodám** této metody patří vysoká aktivita všech účastníků, při které se žáci učí samostatnosti, vytváření návyků a zlepšování komunikativních dovedností. Hraní rolí dává také žákům příležitost, aby si své schopnosti vyzkoušeli v prostředí, kde nic neriskují. **Nevýhoda** inscenační metody spočívá ve vysoké náročnosti na přípravu a čas.

„Inscenační metoda (inscenace) se skládá ze čtyř etap:

- *v první dochází k popisu a vymezení problémové situace,*
- *ve druhé dochází k popisu charakteristik jednotlivých rolí a úloh včetně instrukce pro „diváky“ (účastníky),*
- *ve třetí fázi dochází k určení problému a vlastní přípravy na inscenaci,*
- *po předvedení inscenace následuje poslední fáze: návrh řešení a zhodnocení celého průběhu inscenace.“* (Janiš a Täubner, 1999, s. 61)

Jejich podstatnou je tedy nějaký problém nebo konflikt, který děti samy hrají a při tom se učí samostatnosti v rozhodování a vytváří si také návyky v chování. Jsou velmi praktické důležité zejména v sexuální výchově, protože žákům umožňují výcvik při tvorbě dovedností sexuálního chování. Žáci se v rozhodování dostávají do nezvratných situací, za které přebírají odpovědnost. Při těchto metodách je nezbytné dodržovat jejich etapy tak, jak jdou po sobě. V inscenaci lze používat různých didaktických technických prostředků, hlasování, ale také burzy nápadů. Samotná inscenace vyžaduje velmi pečlivou přípravu.

Kotrba s Lacinou (2007) uvádějí **základní rozdělení inscenací** a vychází ze způsobu a účelu jejich použití:

- umělecké (divadelní a estrádní inscenace),
- psychosociální (sociodramata),
- terapeutické (psychodramata),
- výchovně- vzdělávací – tvoří základ inscenací, které se používají ve výuce.

„Podle náročnosti, zkušeností studentů s inscenacemi a počtu zapojených studentů do hraní sociálních rolí lze inscenační metody dělit na:

- *strukturní inscenace,*
- *nestrukturní inscenace,*
- *mnohostranné hraní rolí.“* (Kotrba, Lacina, 2007, s. 128)

Cílem této metody je naučit žáky určitým vzorcům chování, jednání a řešení a prostřednictvím inscenace žákům zprostředkovat emotivní zážitek a zkušenost.

3.3.5 Didaktické hry

„Hru lze obecně definovat jako soubor seberealizačních aktivit jedinců nebo skupin, které jsou vázány danými, předem domluvenými pravidly a jejichž primárním cílem není ani materiální zájem, ani užitek.“ (Kotrba, Lacina, 2007, s. 94) Největší význam a použití je u dětí jakéhokoliv věku.

Tato metoda, tzn. metoda hrou, je v sexuální výchově dalším velmi důležitým prostředkem k aktivizaci dětí a jejich zapojení do výuky zábavnou, ale poučnou formou. Svým obsahem sexuální výchova umožňuje využití i netradičních prostředků, mezi které patří především hry. V západním školství hra a dramatizace představuje významný motivační prvek ve výchově a vzdělávání dětí. (Täubner, 1997)

Aplikace metody her v sexuální výchově je sociálním výcvikem, který významně formuje především postoje, dovednosti, návyky a chování dětí. (Täubner, Janiš, 1998) Hry v sexuální výchově učí děti citlivému vnímání, učí je vyjadřovat svoje pocity, názory a postoje k dané problematice, rozvíjí jejich odpovědnost, komunikativní dovednosti a s tím spojené mezilidské vztahy, děti se také naučí požádat o pomoc a chápat vlastní i cizí motivy jednání.

Hru je potřeba dobře metodicky připravit a provést také další didaktické úpravy tak, aby splnila účel, který se od ní očekává.

„Metodická příprava k začlenění didaktických her do výuky:

- *vytyčení cílů hry,*
- *diagnóza připravenosti žáků,*
- *ujasnění pravidel hry,*
- *vymezení úlohy vedoucí hry,*
- *stanovení způsobu hodnocení,*
- *zajištění vhodného místa,*
- *příprava pomůcek, materiálu, rekvizit,*
- *určení časového limitu hry,*
- *promyšlení případných variant hry.“* (Kotrba, Lacina, 2007, s. 95)

Didaktické hry jsou vhodné zejména pro opakování, procvičování a upevňování učiva. Výhodné jsou také jako forma motivace. Hra by však nikdy neměla nahrazovat výklad učitele.

Kotrba s Lacinou (2007) tvrdí, že didaktická hra by měla mít tyto **komponenty**:

- didaktický cíl (předpokládaný efekt, čeho chceme pomocí hry dosáhnout),
- pravidla (na základě čeho se bude hrát a podmínky hry),
- obsah (motivační rámec).

Výhoda hry spočívá v tom, že hra umožňuje navodit neformální vztah mezi žákem a učitelem a tím přispívá k uvolněnější konverzaci. Dále některé hry vytváří u žáků určitý typ žádoucího chování a učí je vhodným dovednostem. Pro učitele je nesmírnou výhodou to, že i přesto, že u většiny her se uvádí věková kategorie, pro kterou je hra určena, může si vyučující hru přizpůsobit i pro jinou věkovou kategorii. **Nevýhodou** může být jistá rozvolněnost hodiny, pracovní ruch a hlavně náročnost na přípravu a čas.

Cílem hry v sexuální výchově je motivovat žáky k sociálnímu učení, k vytváření dovedností, postojů a správného chování. Hra také dokáže aktivovat pasivní žáky a regulovat žáky dominantní. Cílem také je probouzet žákovu přirozenou zvědavost a radost ze hry, tímto způsobem se pak učí z vlastních zkušeností.

Uvádíme zde některé typy her, které jsou vhodné použít ve výuce sexuální výchovy:

- „Podle mě“,
- „Kočka a myš“,
- „Stavba židle“,
- „Dotýkáme se“,
- „Pašerák vzácného zboží“,
- „Gordické uzly“,
- „Trhání partnera“,
- „Obrazová galerie“,
- „Psaní knihy“.

Definice vybraných her:

Pašerák vzácného zboží je hra určená pro smíšené skupiny, nejlépe dvě. Jedna skupina představuje pašeráky, druhí jsou celníky. *„Pašerák si někde ve svých šatech nebo přímo na těle schová např. antikoncepční prostředek, který mu učitel předem potají půjčí. Závisí na věku hráčů, o jaký druh zboží jde. Celník se osaháváním, poklepáváním prsty a různými příkazy (udělej dřep, předkloň se, vyskoč atd.) pokouší objevit, kde je pašované zboží*

ukryto. Samozřejmě celník neví, co hledá. Celník také nesmí pašeráka šacovat, tedy nesmí mu sahat do kapes, pod oděv apod.,“ popisuje průběh hry Täubner (1997, s. 32) a dále dodává, že *„když celník pašované zboží najde, tváří se, že nezná funkci pašovaného zboží (kondomu). Pašerák musí celníkovi dobře vysvětlit, k čemu se zboží užívá.“*

Tuto hru je možné aplikovat v různých věkových skupinách, učitel si vždy hru může přizpůsobit podle charakteru třídy. Její výhodou je, že rozvíjí u žáků schopnost komunikace, manipulace s antikoncepčními prostředky (nebo také pomůckami sloužícími k hygieně, péči o zdraví apod.), dále také odstraňuje zábrany při manipulaci s nimi.

Psaní knihy je hra, při které učitel žákům nejprve navodí nějaký problém. Musí si být však jistý, že žáci mají o problému dostatečné množství informací, se kterými umí pracovat. Poté jsou žákům zadány potřebné instrukce. Například: *„Vaším úkolem bude vytvořit knihu pro děti určitého věku (např. pro 13leté), které neumí číst česky. Bude to kniha obrázková. Děti se v ní mají dozvědět všechno potřebné o chorobě AIDS a o infekci HIV. Tedy, jaká je to nemoc, jak se přenáší, jak vypadá, jak se projevuje a také jak se mohou děti a lidé proti této nemoci preventivně chránit.“* (Täubner, 1997, s. 30)

Je vhodné žáky rozdělit do několika skupin (všechny skupiny mohou mít zadáno stejné téma, nebo každá skupina může mít jiné téma). Žáci při práci používají sešity (budoucí knihy), pastelky, tužky, fixy, pomocný materiál k tomuto tématu a různé obrázky. Učitel by měl vymezit žákům přesný čas na tvorbu.

Tato hra se dá obměnit i pro jiné účely – lze postupovat stejně tímto způsobem i při **tvorbě plakátů**, které nakonec mohou být vystaveny ve třídě. V tomto případě je vhodné, aby vyučující obstaral žákům dostatečně velké archy papíru a aby jim umožnil větší časovou dotaci pro jejich práci.

3.3.6 Speciální metody

Do této skupiny metod chceme zařadit ty metody, které mají žáky naučit **kritickému myšlení**, tzn. vyučovací metody a formy v **programu RWCT**.

Program RWCT

„Mezinárodní program RWCT (Reading and Writing for Critical Thinking = Čtením a psaním ke kritickému myšlení) byl vytvořen před deseti lety na základě dlouholetých zkušeností odborníků a pedagogů celého světa a nejnovějších poznatků

pedagogického a psychologického výzkumu v oblasti učení. V současnosti probíhá ve více než třiceti zemích střední a východní Evropy a střední Asie,“ přibližují tento program Grecmanová a Urbanovská (2007, s. 9).

Program RWCT se skládá z tří fází modulu učení (evokace, uvědomění si významu informací, reflexe = model EUR) a k naplnění těchto cílů nabízí řadu efektivních vyučovacích metod. *„V modelu EUR žák aktivně pracuje se svými dosavadními zkušenostmi a s novými informacemi, přetváří, rekonstruuje své poznání, rozvíjí své vědomosti a dovednosti. Přesto je role učitele v tomto procesu důležitá. Jeho aktivita nespočívá v předávání hotových informací žákům, ale ve vytváření podnětného učebního prostředí,*“ vysvětluje Tomková (2007, s. 23).

Vzdělávací program je u nás aplikován postupně od školního roku 1997/1998 na různých stupních škol. Program se dále šíří, neustále se vyvíjí a získává českou podobu. Důležitou skutečností a důkazem jeho životnosti a aktuálnosti je úzká spojitost s tvorbou a realizací školních vzdělávacích programů. (Grecmanová, Urbanovská, 2007)

Kritické myšlení

Existuje několik definic pojmu „critical thinking“, které se ve svém pojetí odlišují, ale mají i mnoho společného. *„Původně anglický pojem „critical thinking“ je v současné době nejvíce užíván v souvislosti s charakteristikou lidí, kteří jsou schopni zhodnotit různá alternativní hlediska a možnosti, přijmout rozhodnutí a podložit je argumenty. Schopnost kriticky myslet představuje jeden z důležitých prostředků zkoumání reality,*“ objasňují Grecmanová a Urbanovská (2007, s. 13).

Myslet kriticky znamená:

- být zvědavý, používat různé strategie zjišťování informací,
 - klást otázky a systematicky hledat odpovědi,
 - řídit se zdravou skepsí, nalézat alternativy k ustáleným přístupům, mít pochybnosti,
 - dospět k určitému názoru a dokázat svůj názor obhájit,
 - pečlivě vážit argumenty jiných a umět zkoumat logiku těchto argumentů.“
- (Grecmanová, Urbanovská, 2007)

Při vytváření prostředí pro kritické myšlení by měl učitel:

- poskytnout čas a příležitost,
- umožnit žákům volně domýšlet a spekulovat,

- akceptovat rozmanité myšlenky, nápady a názory,
- podporovat aktivní zapojení žáků do učebního procesu,
- zajistit bezrizikové prostředí,
- vyjádřit důvěru ve schopnosti každého žáka,
- oceňovat kritické myšlení.

Jedná se tedy o proces aktivní, interaktivní, uspořádaný a komplexně poznávací. Tato metoda se „opírá o diferencovanou a reflektovanou práci s informacemi, o vidění faktů v souvislostech a o využití všech úrovní logických myšlenkových postupů.“ (Grecmanová, Urbanovská, 2007, s. 14)

Metody pro fázi evokace

Evokace je počáteční fáze EUR. V jejím průběhu si žáci samostatně, aktivně vybavují, co si o daném tématu myslí. Z hlediska procesu dalšího zpracování a uchování informací je velmi důležité, aby žák začal přemýšlet samostatně. Dosavadní znalosti, zkušenosti, představy, dojmy a očekávání se v průběhu evokace vědomě strukturují. To žákovi umožňuje zařazovat nové informace na příslušná místa kognitivní struktury. Pak žák učivo lépe pochopí, snadněji si ho osvojí a zvnitřní a uloží do dlouhodobé paměti. (Grecmanová a Urbanovská, 2007)

„Cílem evokace je aktivizace kognitivních procesů žáků a vzbuzení vnitřního zájmu žáků učit se.“ (Tomková, 2007, s. 22) Rozhodně není záměrem této fáze zopakovat znalosti z předchozích hodin. Proto si musí učitel dobře promyslet zadání pro evokaci vzhledem k cíli vyučovací hodiny.

Mezi **metody** vhodné k zařazení do fáze evokace patří:

- brainstorming,
- klíčové pojmy,
- myšlenková mapa,
- vím – chci vědět – dozvěděl jsem se,
- metoda volného psaní,
- Vennův diagram,
- T- graf,
- metoda Kostka.

Myšlenková mapa jedná se o prostorově a graficky uspořádaný brainstorming o tématu, o pojmech a jejich vztazích. Během této metody je na tabuli nebo na papír napsán pojem nebo otázka, která by se měl zakroužkovat. Poté jsou žáci vyzváni, aby do prostoru kolem kroužku zapisovali všechno, co je v souvislosti s tímto pojmem napadne. Může se jednat o různá fakta, myšlenky nebo konstatování, která jsou opět zakroužkována a spojena se středovou částí čarou.

Tato metoda „*umožňuje nelineární přemýšlení o tématu, grafické zachycení a znázornění zkušenosti žáků, zaznamenávání jen několika slovy nebo obrázky, zvýraznění otázek, nejasností, prázdných míst, souvislostí, třídění, přeskupování. Dále umožňuje vracet se k původnímu poznání během práce a na jejím konci, doplňovat a měnit informace, registrovat posun a změnu v poznání a chápání tématu a vztahů,*“ objasňuje Tomková (2007, s. 30).

Na konci by měla být myšlenková mapa žáky interpretována. Grecmanová a Urbanová (2007) zdůrazňují, že největší výpovědní hodnotu o kognitivní struktuře a znalostech žáka mají myšlenkové mapy jednotlivců. Tvorba myšlenkové mapy dvojicí, skupinou nebo celou třídou rozvíjí schopnost spolupráce, tolerance a odpovědnosti za názor.

Kostka jedná se o poměrně náročnou metodu, při které si učitel dopředu musí připravit kostku, jejíž strany popíše slovy „popiš, porovnej, asociuj, argumentuj, analyzuj, aplikuj“. Poté vyzve žáky, aby si přichystali papír a psaní potřebu. Učitel otáčí kostkou a povinností žáků je přemýšlet a vyjádřit se k tématu podle těchto hledisek. „*Žáci pracují metodou volného psaní. Nejdříve téma 2-4 minuty popisují, potom porovnávají, asociují atd. Postupuje se od jednodušších myšlenkových operací ke složitějším. Končí se argumentací.*“ (Grecmanová, Urbanovská, 2007, s. 83)

Poté následuje čtení jednotlivých zápisků ve dvojicích. Nato se práce zveřejňují před třídou. „*U menších dětí doporučujeme pokyny přiblížit opisem a pracovat s jejich menším počtem, např. se třemi hledisky. Nutné je však zachovat jejich logický sled. Úryvky je možné zveřejnit na nástěnce nebo e seřadit podle kategorií a vytisknout ve školním časopise. Tímto způsobem je téma důkladně zpracované,*“ přibližují Grecmanová a Urbanovská (2007, s. 84).

Metody pro fázi uvědomění si významu informací

Uvědomění si významu je druhá fáze EUR, při které se žáci setkávají s novými informacemi a myšlenkami. Ty pak samostatně zpracovávají a porovnávají s dosavadními znalostmi a představami o tématu. *„Na základě vlastní činnosti si potvrzují nebo vyvracejí své původní domněnky a obohacují se o nové poznatky. Hledají a nacházejí odpovědi na své otázky. Tím je podporována jejich chuť učit se a objevovat nové věci.“* (Grecmanová, Urbanovská, 2007, s. 34)

V této fázi učení by měl mít učitel na žáky nejmenší vliv. *„V průběhu práce s novými informacemi by žáci měli sledovat, jak se vyvíjí jejich vlastní chápání nových poznatků. Aby dokázali nové informace vhodně uložit, je důležité, aby si neustále uvědomovali význam, který pro ně tyto informace mají.“* (Grecmanová, Urbanovská, 2007, s. 34)

Musí si ujasnit, jak nové informace souvisí s tím, co již znají, a jak je pro ně tato informace důležitá. Pokud se jim to podaří, ukládají si nové vědomosti mezi staré, takže se zdokonalují a tím jim je umožněno hlubší pochopení tématu. Tomková (2007) vysvětluje, že cílem fáze uvědomění si významu informací je aktivizace žáka při práci s novými informacemi, podporování zájmu o problém a aktivizace žáka ve sledování vlastního učebního procesu.

Mezi **metody** vhodné k zařazení do fáze uvědomění si významu informací patří:

- I.N.S.E.R.T.,
- učíme se navzájem,
- diskuse,
- diskusní pavučina,
- skládkové učení.

Skládkové učení je taková metoda, při které *„žáci vytvoří tzv. domovské skupiny „A“, „B“, „C“, „D“. Každé skupině předá učitel stejný text, rozdělený do čtyř přibližně dlouhých pasáží – „a“, „b“, „c“, „d“. Žáci si je rozdělí a nastudují. Po čase se seskupí do tzv. expertních skupin. Nově vzniklé skupiny jsou čtyři. V každé z nich pracují žáci, kteří studovali tutéž pasáž.“* (Grecmanová, Urbanovská, 2007, s. 101) V těchto expertních skupinách žáci diskutují o tom, co si z textu nastudovali, kladou si různé otázky pro objasnění nových informací, a utvrzují se, zda myšlenku či informaci správně pochopili. Poté shrnují nejdůležitější informace, které následně předávají své domovské skupině.

Na závěr si mohou udělat zápis. Tato metoda je poměrně dost organizačně, koordinačně, ale i časově náročná, a proto je vhodné jí věnovat dostatek času. Učitel si ji však může dle svých potřeb pozměnit. Grecmanová a Urbanovská (2007) spatřují pozitivní stránky této metody v tom, že aktivizuje všechny žáky, kteří se prostřednictvím této metody učí zodpovědnosti, samostatnosti, spolupráci, výběru podstatné myšlenky, formulaci závěru a zejména komunikaci.

I přesto, že výklad nelze zařadit mezi aktivizující metody, jedná se o vyučovací metodu, která může doplňovat jednotlivé prostory mezi aktivizujícími metodami.

Výklad je didaktická metoda, při níž je učitel v centru děje. Při výkladu může učitel žákům poskytovat vysvětlení či zprostředkovat nové informace. Její výhoda spočívá v tom, že:

- představuje vhodný způsob vysvětlování,
- na rozdíl od knihy může být veden na úrovni odpovídající znalostem třídy a jeho obsah lze řídit jejími potřebami,
- může žáky nadchnout pro věc,
- pro zkušeného učitele nevyžaduje mnoho přípravy ani pomůcek,
- jde o rychlou metodu seznamování se s látkou,
- je osobnější metodou komunikace než metody písemné.“ (Petty, 2008)

Samozřejmě tato metoda má i své nevýhody, mezi které můžeme zařadit především stereotypnost, pasivitu žáků v hodině, předpoklad ukázněných žáků, žáci nedostávají příležitost použít naučené znalosti, při výkladu také neexistuje zpětná vazba, takže učitel neví, zda žáci učivo pochopili.

Metody pro fázi reflexe

Reflexe představuje závěrečnou fázi, během níž se žáci ohlížejí zpět za procesem učení. „*Uvažují o tom, co nového se naučili a dále třídí, sjednocují, systematizují nové poznatky, upevňují je a přetvářejí svá původní vědomostní schémata. Dotvářejí si svou novou představu o tématu, uvědomují si, co nového se naučili, co ještě zůstalo nezodpovězeno, čemu se chtějí příště věnovat,*“ přibližují tuto fázi Grecmanová a Urbanovská (2007, s. 36).

V této fázi je žádoucí, aby se žáci naučili vyjadřovat myšlenky vlastními slovy, aby se rozvinula schopnost výměny názorů mezi žáky, ale také aby se rozvíjely metakognitivní dovednosti. Tomková (2007) uvádí, že cílem této fáze je výměna názorů, vyjadřování

aktuálního porozumění tématu, uvažování nad tím, co nového se žáci naučili, a uvědomění si procesů, které k novému poznání a porozumění vedly.

Mezi **metody** vhodné k zařazení do fáze reflexe patří:

- metoda klíčových slov,
- metoda pětilístku,
- metoda zpřeházené věty,
- metoda kolem dokola,
- kmeny a kořeny.

Pětilístek je metoda, která je s oblibou využívána. Je to tzv. báseň o pěti řádcích, která „vzniká podle následujících instrukcí: Na prvním řádku žák píše název tématu (obvykle podstatné jméno), na druhém se snaží vystihnout základní popis, tj. odpovídá na otázku *Jaký je?*, na třetím řádku má zachytit základní dějovou složku tématu, tj. odpovídá na otázku *Co dělá? Co se s ním děje?*, na čtvrtém řádku vyjadřuje pocit, hledá výraz vyjadřující vcítění se do tématu, vztah žáka k tématu a na pátém řádku se pokouší o závěrečnou formulaci podstaty věci,“ vysvětluje Tomková (2007, s. 33). Cílem této metody je nejen vyjádřit své porozumění tématu, problému, ale i svůj pohled na téma, vyjádřit svůj pocit. Na závěr se můžou žáci shodnout na jedné závěrečné variantě pětilístku, kterou si můžou vystavit ve třídě.

Během **metody zpřeházené věty** učitel rozdává jednotlivcům nebo dvojicím obálky, ve kterých je na ústřížku rozstříhaný text (např. návod či pracovní postup). Úkolem žáků je si ústřížky přečíst a poskládat je tak, aby text dával smysl a byla dodržena kontinuita textu původního. Poté se seznámí se sestaveným textem a interpretuje ho vlastními slovy ostatním žákům. „*Touto aktivitou se rozvíjí schopnost pro systematické a logické uspořádání informací. Aby žáci mohli text poskládat, musí informace (myšlenky) analyzovat, srovnávat, hledat souvislosti. Vyžaduje to i účast procesů tvořivého myšlení. Metoda zpřeházené věty také usnadňuje zapamatování si informací, které tvoří text,*“ specifikují Grecmanová a Urbanovská (2007, s 77).

Materiál a metodika

3.4 Charakteristika souboru

Tématem této diplomové práce je aplikace didaktických metod při výuce výchovy ke zdraví, konkrétně tématu antikoncepce, a zkoumání jejich efektivity. Výzkum byl prováděn na Základní škole Mariánské náměstí, Uherský Brod, kde byla také autorkou této práce prováděna souvislá praxe v délce 3 týdnů, během nichž byl proveden výzkum a realizace praktické části této diplomové práce.

Nejprve bylo potřeba podat žádost na Pedagogickou fakultu, která přiřazuje studenty na jednotlivé školy na praxi. Poté, co fakulta schválila umístění autorky na již výše zmiňovanou základní školu, proběhla seznámení cvičného učitele s cíli diplomové práce studentky. Cvičná učitelka Mgr. Blanka Kňazejová dovolila vést výzkum v jejích vyučovacích hodinách Výchovy ke zdraví 9. tříd.

Základní škola si ve svém školním vzdělávacím programu stanovila 1 hodinu výuky Výchovy ke zdraví týdně v 6., 7. a 9. třídě. Samotná realizace tématu tedy probíhala po dobu 3 vyučovacích hodin (tj. 135 minut) rozložených do tří týdnů v 9. třídách.

Vstupního a výstupního testu se zúčastnilo celkem 91 žáků, z toho 41 dívek a 50 chlapců. Dotazníkem k výukovým metodám pak bylo osloveno 89 žáků, pro výsledky diplomové práce autorka nerozlišovala pohlaví žáků, protože jejím cílem nebylo získat náhled na to, jak vnímají jednotlivé metody žáci podle pohlaví (tzn. genderové rozdíly), ale získat všeobecný pohled na problematiku využití těchto metod.

3.5 Použité metody

3.5.1 Vědomostní test

Výzkumná část práce byla prováděna prostřednictvím totožného vstupního a výstupního testu, který měl dokázat efektivitu didaktických metod ve výuce výchovy ke zdraví, tématu antikoncepce. V testu bylo celkem 7 otázek, které byly formulovány buď pro možnost otevřené odpovědi, nebo jako přiřazovací či spojovací varianta (celé znění testu pro žáky je uvedeno v přílohách jako Příloha č. 1). Stejnou podobu měl i výstupní test, který měl dokazovat efektivitu výuky pomocí aktivizačních metod. Jak již bylo výše uvedeno, bylo osloveno celkem 91 žáků, z toho 41 dívek a 50 chlapců.

3.5.2 Dotazník k výukovým metodám

Další použitou metodou pro výzkum byl také anonymní dotazník (celé znění dotazníku je uvedeno v přílohách jako Příloha č. 2), který měl zjistit efektivnost, přínosnost a oblíbenost jednotlivých použitých aktivizačních metod. Dotazník obsahuje 6 otázek, pro samotný výzkum byla však vybrána pouze otázka první, která se zabývá efektivitou využitých metod, a otázka druhá, která zkoumala přínos metod pro žáky, a třetí, která se dotazovala na oblíbenost jednotlivých metod. Ostatní otázky sloužily spíše jako hodnocení výuky pro samotnou autorku diplomové práce. Dotazovaní měli za úkol hodnotit metody v rámci číselné škály od 1 do 10, kdy 1 znázorňovala nejvyšší možný stupeň, 10 nejnižší hodnocení. Díky menšímu počtu dotazovaných respondentů, můžeme jeho výsledky považovat spíše za orientační.

3.6 Statistické zpracování

Při rozboru získaných dat prostřednictvím dotazníku, byla využita čárkovací metoda, která byla posléze zpracovaná programem Microsoft Excel (tabulky, počítání procent, grafy).

V diplomové práci jsou používány následující početní znaky:

N – absolutní četnost, % – relativní četnost.

4 Výsledky a diskuse

V této kapitole jsou prezentovány výzkumné výsledky, které byly získány prostřednictvím vstupního a výstupního testu a dotazníku.

Nejprve se zaměříme na porovnání vstupního a výstupního testu. Porovnááme tyto dva testy proto, abychom ukázali dosažené výsledky prostřednictvím využívání didaktických metod.

Test obsahoval 7 položek, z nichž každá byla jiného typu. Odpovědi jsou tříděny podle pohlaví. Jak už bylo výše řečeno, testu se zúčastnilo celkem 91 žáků, z toho 50 chlapců a 41 dívek.

4.1 Hodnocení vstupního a výstupního testu

První úkol v testu byl následující: „Vysvětli pojem antikoncepce“. Podle odborné literatury bychom za zcela správnou odpověď měli považovat takovou, která by zněla asi takto: Antikoncepce je metoda dočasného zabránění těhotenství (Barták, 2006).

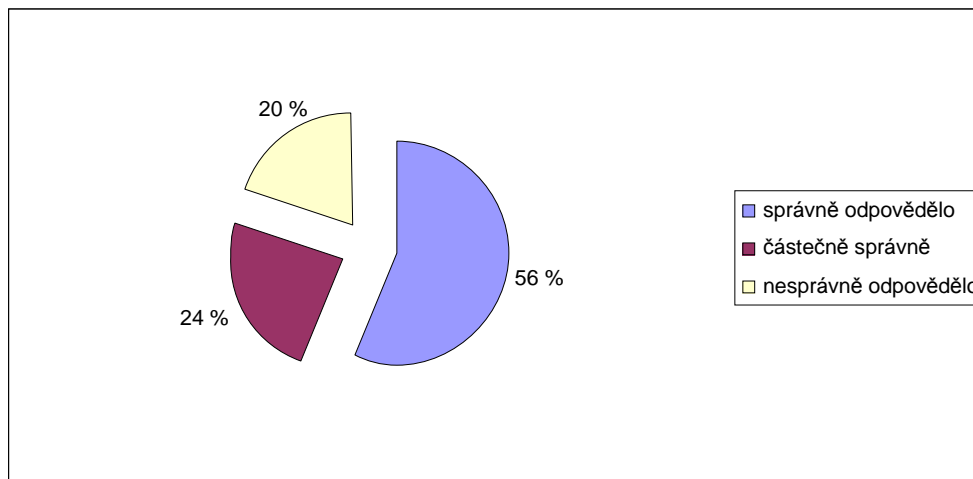
Nejprve jsme si museli stanovit kritéria hodnocení, která byla nakonec pro tento úkol následující:

- za správnou odpověď stačilo pouze to, když žák odpověděl, že antikoncepce je ochrana proti těhotenství,
- za částečně správnou odpověď lze považovat časté tvrzení, že antikoncepce je lék (nebo prášek) proti otěhotnění. Takto odpovídala většina žáků.

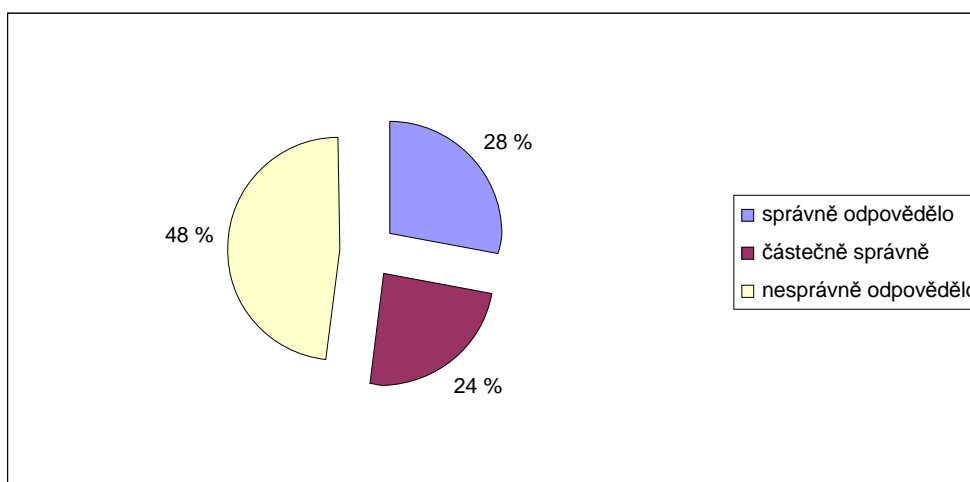
Tabulka 1 – odpověď na úkol „Vysvětli pojem antikoncepce“ (vstupní test)

	dívky		chlapci		žáci celkem	
	N	%	N	%	N	%
správně odpovědělo	23	56	14	28	37	41
částečně správně	10	24	12	24	22	24
nesprávně odpovědělo	8	20	24	48	32	35
celkem	41	100	50	100	91	100

Graf 1 – odpověď na úkol „Vysvětli pojem antikoncepce“ (dívky)



Graf 2 – odpověď na úkol „Vysvětli pojem antikoncepce“ (chlapci)



„V souvislosti s odkládáním narození dětí do vyššího věku žen došlo k výraznému poklesu intenzit plodnosti u žen ve věku do 19 let. Zatímco před rokem 1990 se ženy mladší 20 let podílely na úhrnné plodnosti 14%, v roce 2008 již jen 4%.“ (Šulová, Fait, Weiss, 2011, s. 169) Proto nás také zajímalo, zda žáci vůbec ví, co antikoncepce je a zda ji dokáží definovat. Zajímavý je také další statistický údaj: „V současné době užívá svou každodenní pilulku téměř 100 miliónů žen a toto jejich počínání můžeme považovat za jeden z hlavních činitelů zpomalení světové populační exploze. Také u nás mají antikoncepční tablety lví podíl na dramatickém poklesu počtu prováděných umělých potratů.“ (Uzel, Kovář, 2010, s. 70)

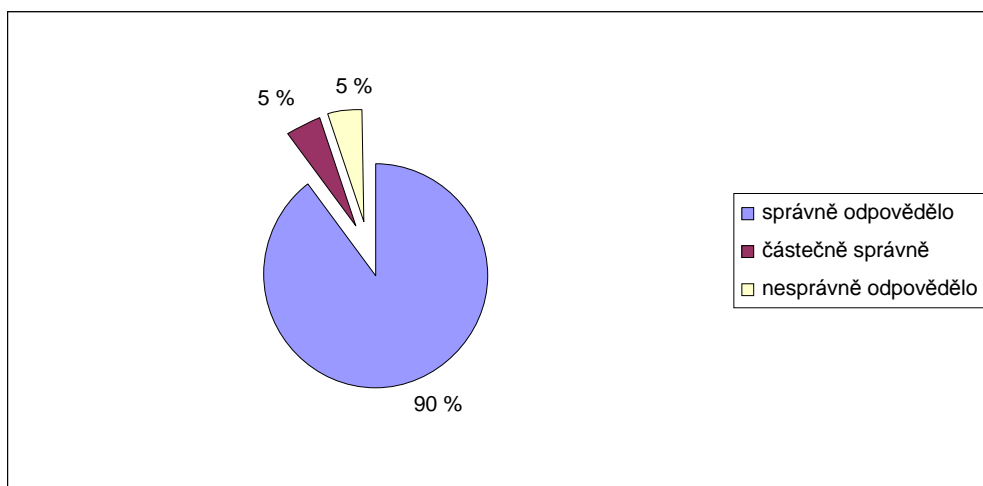
Ve vstupním testu nám z celkového počtu dotazovaných odpovědělo takto 23 dívek, tj. 56 % z celkového počtu dívek, a 14 chlapců, tj. 28% z celkového počtu chlapců. Celkem správně odpovědělo 37 žáků, tj. 41% z celkového počtu žáků. Zajímavé je také sledovat, že na tuto otázku dokázalo správně odpovědět více dívek než chlapců. Částečně správně odpovědělo pouze 10 dívek, tj. 24%, a 12 chlapců, tj. 24%. Z celkového počtu částečně správně odpovědělo 22 žáků, tj. 24%. Na tuto položku nesprávně odpovědělo 8 dívek, tj. 20%, a 24 chlapců, tj. 48%. Celkem 32 žáků, tj. 35%.

Ve výstupním testu, ve kterém byla položena stejná otázka, se předpokládalo, že se počet žáků, kteří úspěšně odpoví na zadaný úkol, zvýší.

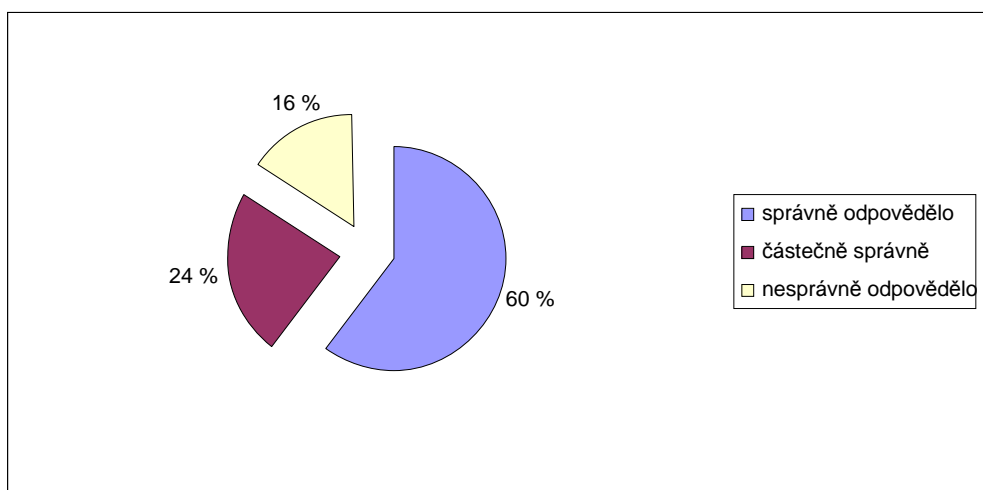
Tabulka 2 – odpověď na úkol „Vysvětli pojem antikoncepce“ (výstupní test)

	dívky		chlapci		žáci celkem	
	N	%	N	%	N	%
správně odpovědělo	37	90	30	60	67	74
částečně správně	2	5	12	24	14	15
nesprávně odpovědělo	2	5	8	16	10	11
celkem	41	100	50	100	91	100

Graf 3 – odpověď na úkol „Vysvětli pojem antikoncepce“ (dívky)



Graf 4 – odpověď na úkol „Vysvětli pojem antikoncepce“ (chlapci)



Můžeme zde tedy sledovat, že se počet úspěšných odpovědí žáků skutečně zvýšil. U dívek se počet správně zodpovězených odpovědí zvýšil o 14, to znamená, že správně odpovědělo 37 dívek, tj. 90%, u chlapců tento počet vzrostl o 16 správných odpovědí, počet se tedy zvýšil na 30 chlapců, tj. 60%. Částečně správně odpovědělo o 8 dívek méně, počet chlapců, kteří částečně odpověděli, zůstal stejný, tedy 12. Nesprávně odpověděly 2 dívky, tj. 5%, a 8 chlapců, tj. 24%. Můžeme tedy tvrdit, že zde bylo dosaženo navýšení procenta úspěšnosti z celkového počtu zúčastněných respondentů z 41% na 74% a snížil se i počet nesprávně zodpovězených odpovědí z původních 35% na 11%.

Ve **druhé položce** testu měli žáci **přiřadit k příslušné skupině druhů antikoncepce níže vyjmenované metody antikoncepce**:

Skupina:	Metody antikoncepce	
a.) bariérová	1 pilulky	7 nitroděložní tělísko
b.) hormonální	2 kondom	8 pesar
c.) chemická	3 spermicidní krém	9 přerušovaná soulož
d.) postkoitální	4 POSTINOR	10 měření bazální teploty
e.) biologická	5 hlenová metoda	
f.) nitroděložní	6 využívání dnů se sníženou plodností	

Správná odpověď: a – 2,8; b – 1; c – 3; d – 4; e – 5, 6, 9, 10; f – 7

Pro žáky byl však tento úkol ve vstupním testu poněkud náročnější, neboť se doposud s dělením antikoncepce nesetkali.

Proto jsme zvolili následující *způsob hodnocení*:

- za správnou odpověď jsme považovali takovou, která měla 1-2 špatně přiřazené pojmy,
- za částečně správnou odpověď tu, která měla 3-6 nesprávně přiřazených pojmů,
- a za nesprávnou odpověď jsme pokládali takovou, která měla 7-10 nesprávně přiřazených pojmů.

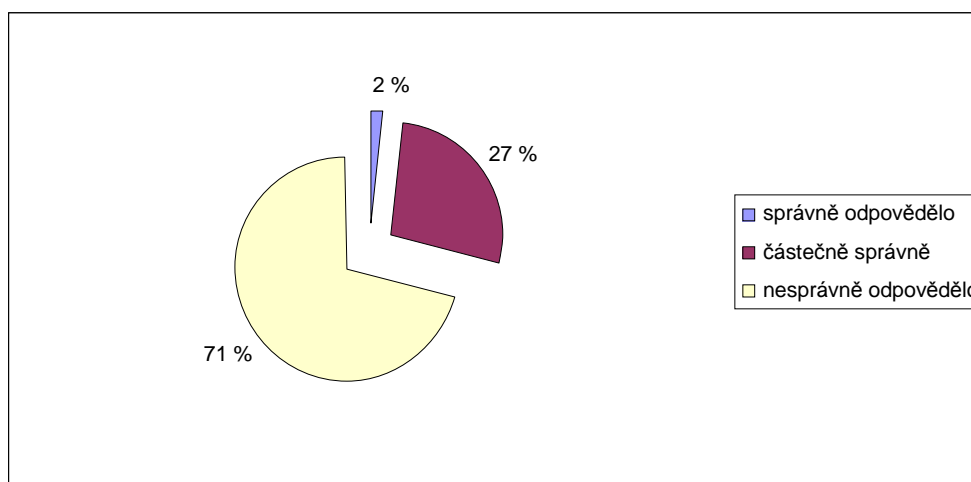
Příklad správně zodpovězené otázky vypadal následovně: a – 2,8; b – 1; c – 3; d – 4; e – 6, 9, 10; f – 7. Takto vypadala odpověď jedné dívky v rámci vstupního testu. Dokázala správně přiřadit 9 metod, jednu metodu zřejmě nedokázala přiřadit, tudíž ji ani nikam nepřihradila. Její odpověď jsme tedy považovali za správnou.

Příklad částečně správně zodpovězené otázky jedné z dívek: a – 2,8; b – 1; c – 3; d – 4; e – 5; f – 7,9. Zde můžeme vidět, že dívka správně přiřadila některé metody antikoncepce k jednotlivým skupinám, na některé však neznala odpověď, tudíž je nikam nezařadila. V závěru se jí však podařilo správně přiřadit 7 metod. Zbývající 3 metody jsme považovali za nesprávně přiřazené (v jejím případě nebyly 2 metody přiřazeny vůbec).

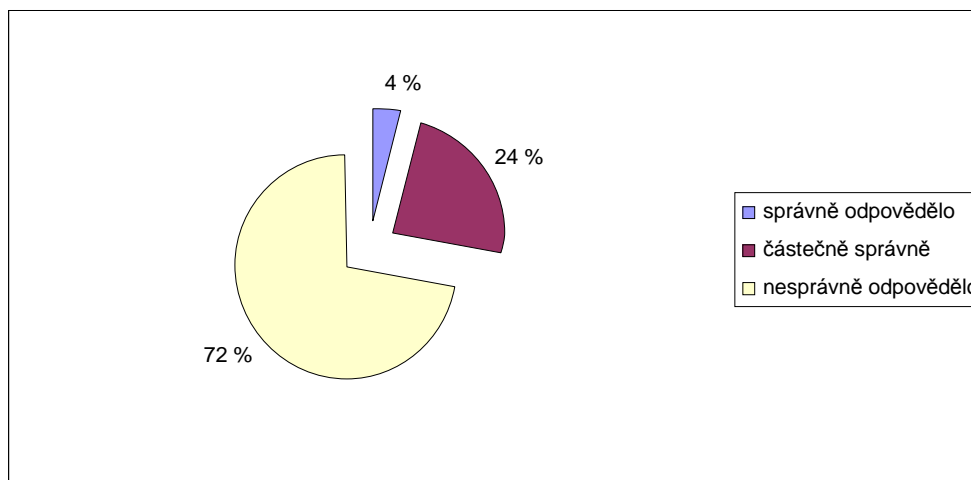
Tabulka 3 – odpověď na úkol „Vyjmenované metody antikoncepce přiřad k příslušné skupině“ (vstupní test)

	dívky		chlapci		žáci celkem	
	N	%	N	%	N	%
správně odpovědělo	1	2	2	4	3	3
částečně správně	11	27	12	24	23	25
nesprávně odpovědělo	29	71	36	72	65	72
celkem	41	100	50	100	91	100

Graf 5 – odpověď na úkol „Vyjmenované metody antikoncepce přiřad k příslušné skupině“ (dívky)



Graf 6 – odpověď na úkol „Vyjmenované metody antikoncepce přiřad k příslušné skupině“ (chlapci)

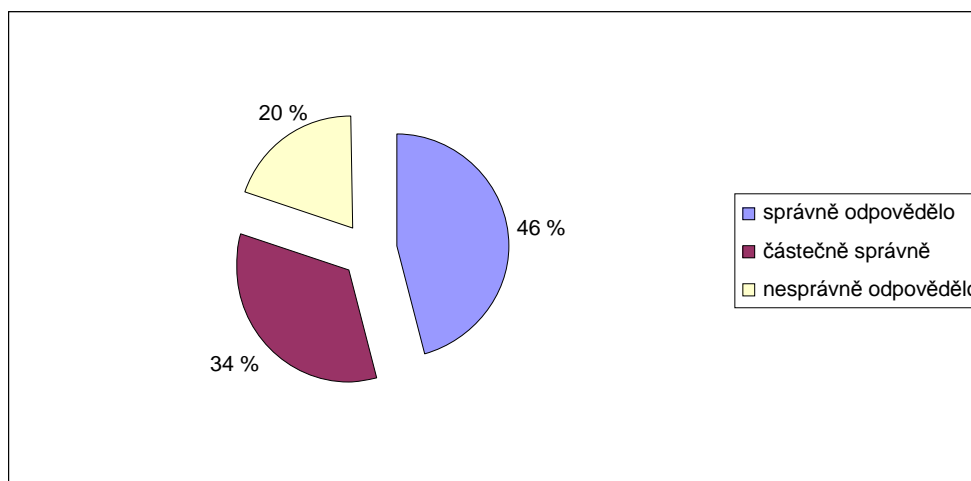


Výsledky vstupního testu dopadly následovně: správně dokázala odpovědět pouze jedna dívka (tj. 2%) a 2 chlapci (4%). Částečně správně odpovědělo 11 dívek (27%) a 12 chlapců (24%). Zadané metody k jednotlivým skupinám nesprávně přiřadilo 29 dívek (71%) a 36 chlapců (72%). Výsledky obou pohlaví jsou srovnatelné.

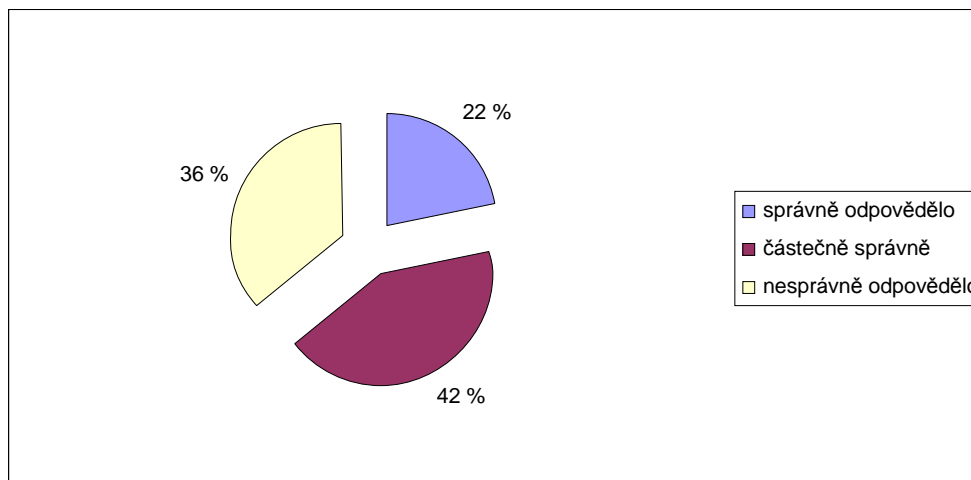
Tabulka 4 – odpověď na úkol „Vyjmenované metody antikoncepce přiřad’ k příslušné skupině“ (výstupní test)

	dívky		chlapci		žáci celkem	
	N	%	N	%	N	%
správně odpovědělo	19	46	11	22	30	33
částečně odpovědělo	14	34	21	42	35	38
neodpovědělo	8	20	18	36	26	29
celkem	41	100	50	100	91	100

Graf 7 – odpověď na úkol „Vyjmenované metody antikoncepce přiřad’ k příslušné skupině“ (dívky)



Graf 8 – odpověď na úkol „Vyjmenované metody antikoncepce přiřad’ k příslušné skupině“ (chlapci)



V rámci výstupního testu této otázky dokázalo správně odpovědět 19 dívek (46%) a 11 chlapců (22%). Částečně správně zodpovězenou odpověď podalo 14 dívek (34%) a 21 chlapců (42%). A na tuto otázku nesprávně odpovědělo 8 dívek (20%) a 18 chlapců (36%).

Když však porovnáme obě tabulky, můžeme vidět, že se počet úspěšně zodpovězených odpovědí zvedl u dívek o úctyhodných 44%, u chlapců tomu bylo o 18%. Zvýšil se i počet částečně správně zodpovězených odpovědí, u dívek o 7% a u chlapců u 18%. Povedlo se nám také snížit počet nesprávně zodpovězených otázek, celkově o 43%. I zde však můžeme nadále pozorovat, že dívky jsou ve svých odpovědích přesnější než chlapci, a jejich procento úspěšnosti je tedy vyšší. Celkově však správné odpovědi jsou pod 50%, tzn. složité pro žáky.

Ve **třetí položce** měli žáci **spojovat, co k sobě patří (antikoncepční metody a její účinek)**. Jejich možnosti byly následující:

- | | |
|--------------------------|--|
| a.) kondom | 1 brání zahnízdění oplozeného vajíčka v děloze |
| b.) hormonální pilulky | 2 muž ejakuluje mimo rodidla ženy |
| c.) nitroděložní tělísko | 3 brání uzrávání vajíček ve vaječnících |
| d.) přerušovaná soulož | 4 spermie se nedostanou do rodidel ženy |

Správná odpověď: a – 4, b – 3, c – 1, d – 2.

I zde jsme si museli stanovit *kritéria hodnocení*:

- za správnou odpověď jsme považovali takovou, která byla bezchybná,
- částečně správná odpověď byla taková, která zahrnovala 1- 2 chyby,
- za nesprávnou odpověď jsme považovali takovou, která měla více jak 2 chyby.

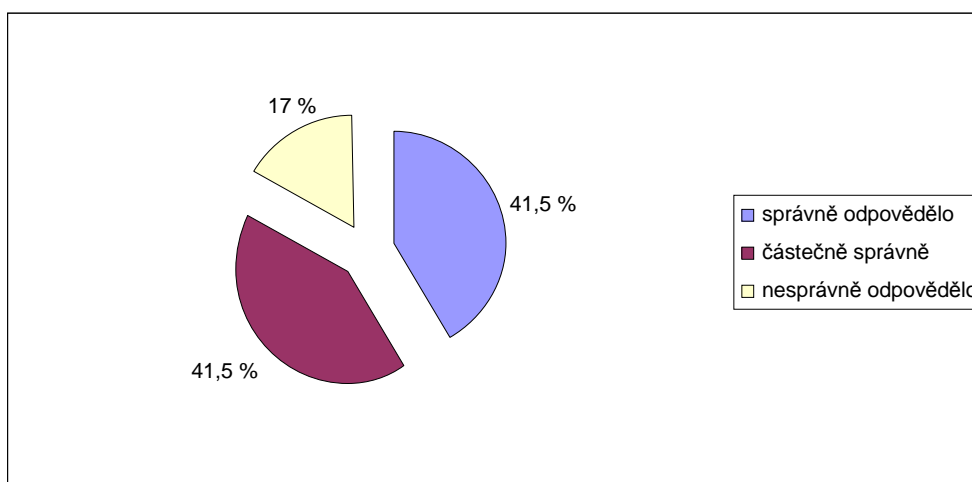
Příklad částečně zodpovězené odpovědi: a – 4, b – 1, c – 3, d – 2. Žáci se nejčastěji mylili v přiřazování odpovědi k hormonální pilulce a nitroděložním tělísku. Ve většině případů tyto dva pojmy navzájem zpřeházeli.

Velmi nás však překvapilo, že hned ve vstupním testu 45% žáků znala správnou odpověď. Výsledky jsou uváděny v následujících tabulkách:

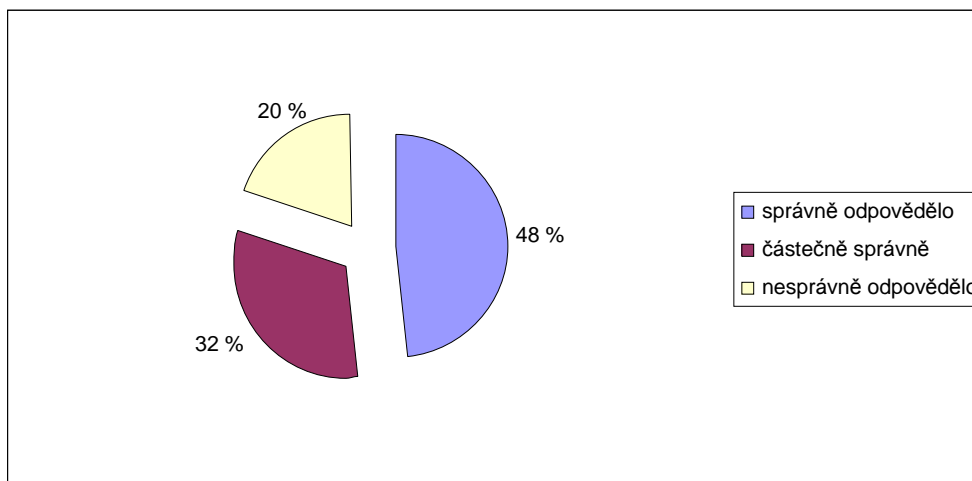
Tabulka 5 – odpověď na úkol „Spoj, co k sobě patří“ (vstupní test)

	dívky		chlapci		žáci celkem	
	N	%	N	%	N	%
správně odpovědělo	17	41,5	24	48	41	45
částečně správně	17	41,5	16	32	33	36
nesprávně odpovědělo	7	17	10	20	17	19
celkem	41	100	50	100	91	100

Graf 9 – odpověď na úkol „Spoj, co k sobě patří“ (dívky)



Graf 10 – odpověď na úkol „Spoj, co k sobě patří“ (chlapci)

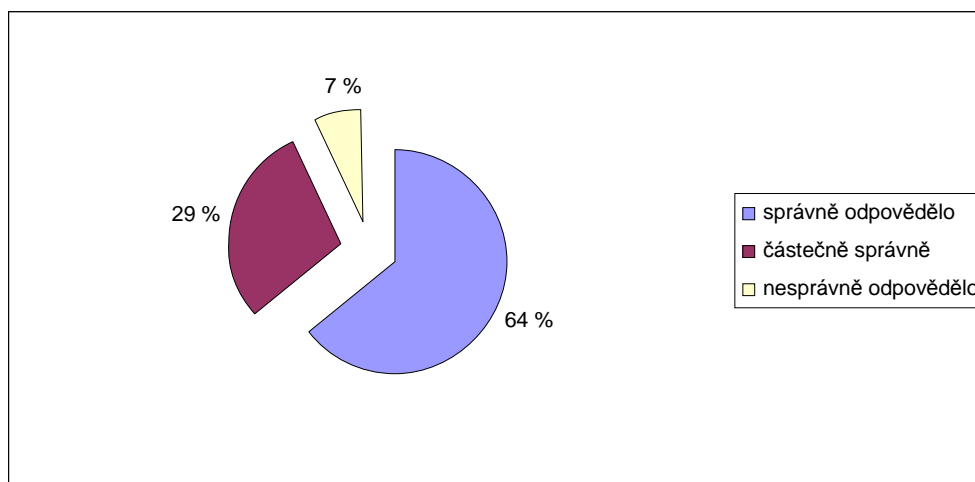


V rámci vstupního testu odpovědělo správně 17 dívek (41,5%) a 24 chlapců (48%). Částečně správně dokázalo odpovědět 17 dívek (41,5%) a 16 chlapců (32%). Nesprávně odpovědělo pouze 7 dívek (17%) a 10 chlapců (20%).

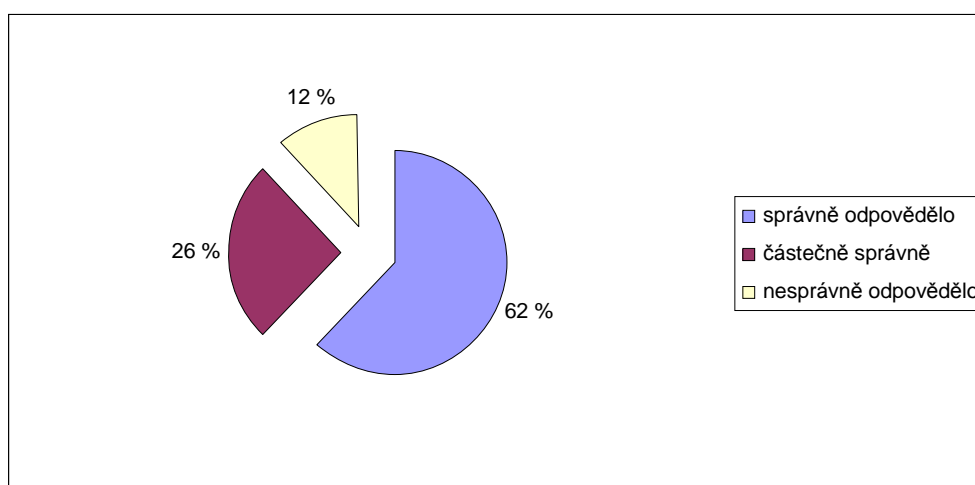
Tabulka 6 – odpověď na úkol „Spoj, co k sobě patří“ (výstupní test)

	dívky		chlapci		žáci celkem	
	N	%	N	%	N	%
správně odpovědělo	26	64	31	62	57	63
částečně správně	12	29	13	26	25	27
nesprávně odpovědělo	3	7	6	12	9	10
celkem	41	100	50	100	91	100

Graf 11 – odpověď na úkol „Spoj, co k sobě patří“ (dívky)



Graf 12 – odpověď na úkol „Spoj, co k sobě patří“ (chlapci)



V porovnání se vstupním testem můžeme říci, že se počet správně zodpovězených otázek u dívek zvýšil o 11 dívek, částečně správně odpovědělo o 5 dívek méně, takže se i počet nesprávně zodpovězených otázek snížil o 4 dívky. Stejně tak u chlapců byly výsledky lepší. V rámci porovnání se vstupním testem můžeme pozorovat, že počet správných odpovědí se zvýšil o 7. Částečně správně odpovědělo o 3 chlapce méně, což se projevilo i u počtu nesprávně zodpovězených otázek.

Čtvrtá otázka testu byla rozdělena do dvou částí. První se dotazovala na to, zda žáci ví, co je měřítkem spolehlivosti antikoncepční metody. Za správnou odpověď jsme považovali tvrzení, že měřítkem spolehlivosti antikoncepční metody je těhotenské číslo. Druhá část otázky zkoumala, zda žáci znají, co toto těhotenské číslo udává. Odpověď měla znít, že těhotenské číslo udává „počet otěhotnění u 100 párů, které žijí plným sexuálním životem a užívají určitou antikoncepční metodu po dobu 1 roku.“ (Hajnová, Kleinová, 2002, s. 50) Toto hodnocení má celosvětovou platnost a jsou jím posuzovány všechny antikoncepční metody.

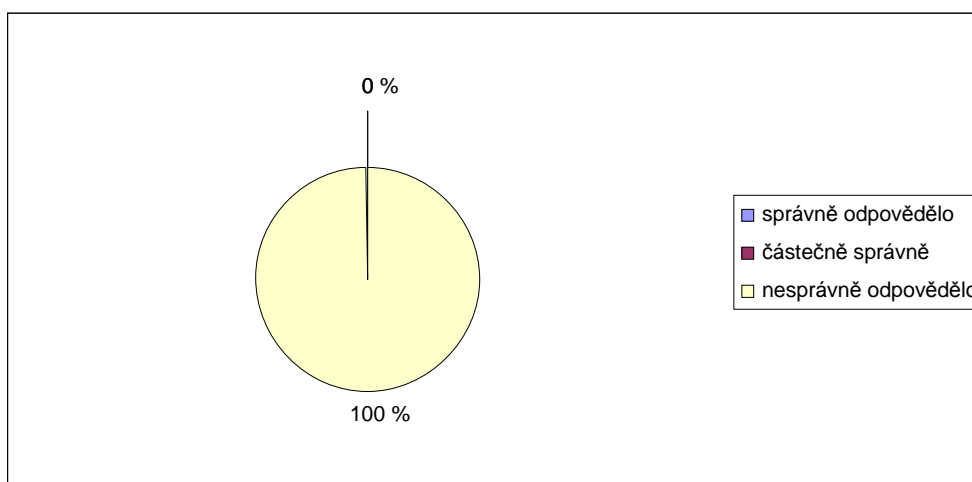
Čtvrtou otázku jsme *hodnotili celkově*:

- za zcela správnou odpověď jsme považovali tehdy, když žáci odpověděli na obě části otázky správně,
- částečně správná odpověď představovala situaci, kdy bylo odpovězeno správně buď na jednu část otázky a druhá zůstávala nezodpovězena,
- a v případě, kdy žáci nedopověděli ani na jednu část otázky, jsme považovali tento úkol za nesprávně zodpovězený.

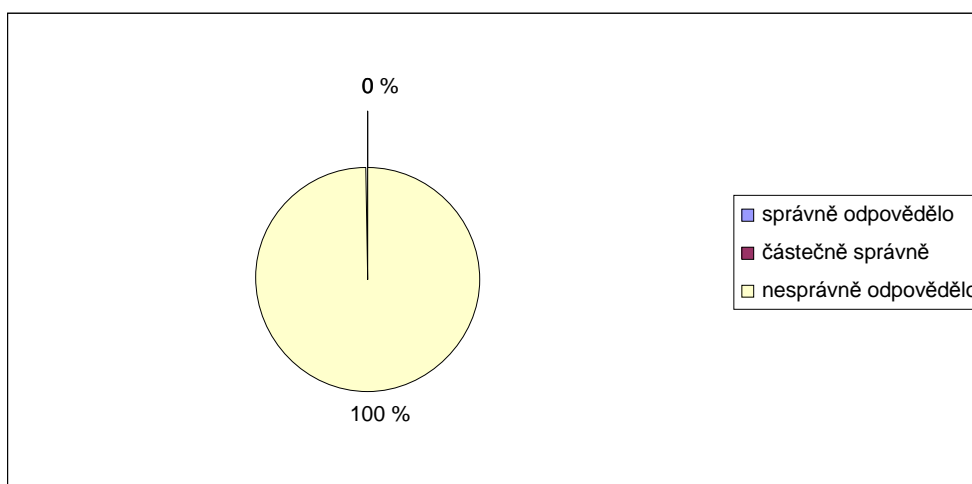
Tabulka 7 – odpověď na čtvrtý úkol (vstupní test)

	dívky		chlapci		žáci celkem	
	N	%	N	%	N	%
správně odpovědělo	0	0	0	0	0	0
částečně odpovědělo	0	0	0	0	0	0
neodpovědělo	41	100	50	100	91	100
celkem	41	100	50	100	91	100

Graf 13 – odpověď na čtvrtý úkol (dívky)



Graf 14 – odpověď na čtvrtý úkol (chlapci)

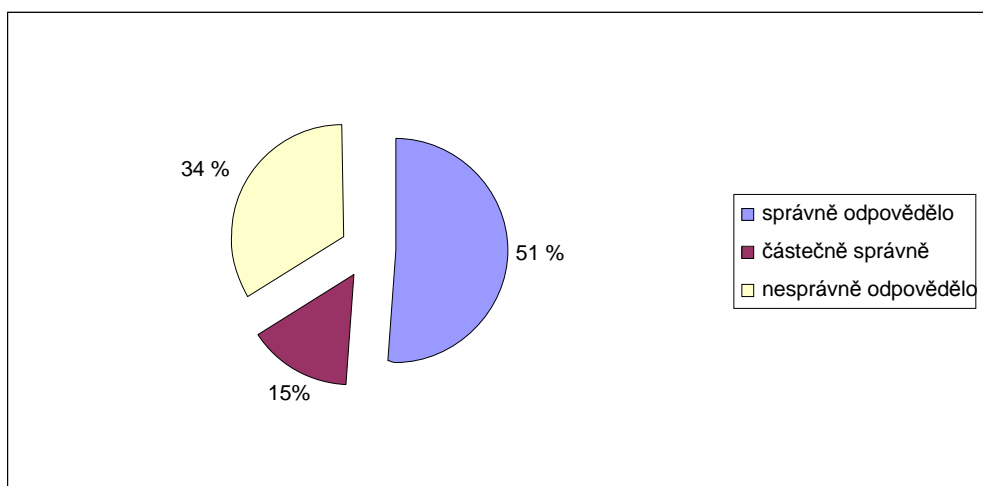


Tabulka výše nám ukazuje, že nikdo nedokázal správně zodpovědět tuto část testu, to znamená, že celých 100% žáků na tuto otázku vůbec neodpovědělo. Tato situace nastala pravděpodobně tak, že se žáci doposud s tímto pojmem nesetkali, tudíž ani neznali správnou odpověď. Jak však uvidíme níže, po nastudování patřičných materiálu a probrání stanovené učební látky, se situace výrazně změnila.

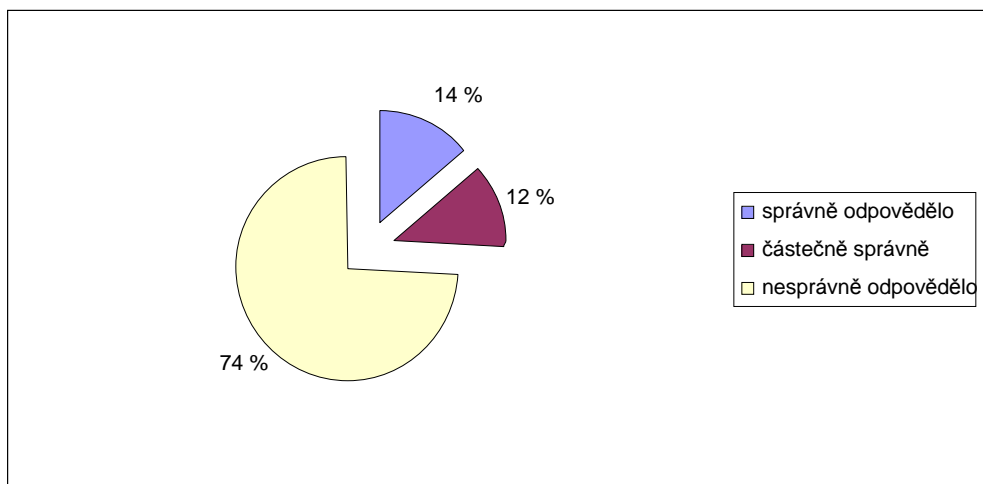
Tabulka 8 – odpověď na čtvrtý úkol (výstupní test)

	dívky		chlapci		žáci celkem	
	N	%	N	%	N	%
správně odpovědělo	21	51	7	14	28	31
částečně správně	6	15	6	12	12	13
nesprávně odpovědělo	14	34	37	74	51	56
celkem	41	100	50	100	91	100

Graf 15 – odpověď na čtvrtý úkol (dívky)



Graf 16 – odpověď na čtvrtý úkol (chlapci)



Během výstupního testu jsme zaznamenali *nejčastější správné odpovědi* tohoto typu: „*Měřítkem spolehlivosti antikoncepční metody je těhotenské číslo. Udává nám kolik lidí (párů) ze sta během roku otěhotní, i přesto, že používá antikoncepci.*“ Nebo také tvrzení, že „*měřítkem spolehlivosti antikoncepční metody je těhotenské číslo. Udává počet žen ze sta, které otěhotněly a užívaly určitý druh antikoncepce.*“

Také se občas stalo, že žáci si nedokázali vzpomenout na to, co je měřítkem spolehlivosti, ale i přesto věděli, co toto měřítko udává. I v tomto případě jsme považovali odpověď za částečně splněnou.

Tyto výsledky nám dokládají, že úspěšnost žáků při výstupním testu byla rozhodně mnohem lepší než během testu vstupního. Správně tedy odpovědělo 21 dívek, tj. 51%, částečně správně odpovědělo 6 dívek (15 %) a nesprávně odpovědělo pouze 14 dívek, tj. 34%. Zajímavé je, že chlapci byli se svými odpověďmi na tom mnohem hůře než dívky. Celkově se však ve srovnání se vstupním testem ve svých vědomostech výrazně zlepšili. Správně odpovědělo 7 chlapců (14%), dalších 6 chlapců (12%) znalo jen částečně správnou odpověď a nesprávně odpovědělo celkem 37 chlapců (74%).

Z celkového počtu 91 žáků správně odpovědělo 28 (31%). Částečně správně odpovědělo 12 žáků (13%), nesprávně odpovědělo 51 (56%).

Pátá položka testu zjišťovala, zda žáci dokáží **seřadit níže uvedené antikoncepční metody podle spolehlivosti** (od nejvíce spolehlivé metody po nejméně spolehlivou).

Žáci měli na výběr z těchto možností:

- a.) pesar,
- b.) prezervativ,
- c.) nitroděložní tělísko,
- d.) přerušovaná soulož,
- e.) hormonální pilulky,
- f.) využívání dnů se sníženou plodností.

Za správné pořadí antikoncepčních metod podle jejich spolehlivosti lze považovat toto: hormonální pilulky (e), nitroděložní tělísko (c), prezervativ (b), pesar (a), přerušovaná soulož (d), využívání dnů se sníženou plodností (f).

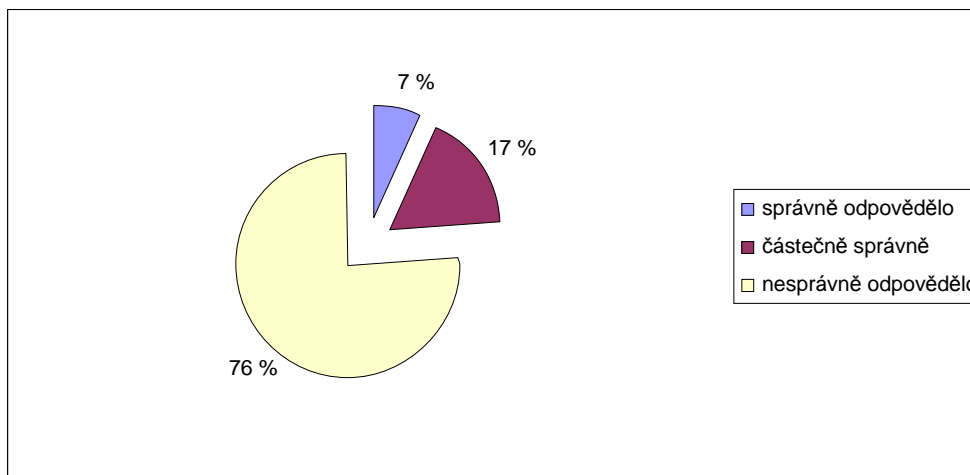
Zcela správně však nedokázal odpovědět nikdo, proto jsme hodnotili odpovědi podle těchto kritérií:

- seřadilo, to znamená, odpovědělo (1-2 chyby),
- částečně odpovědělo (3-4 chyby),
- neodpovědělo (5-6 chyb).

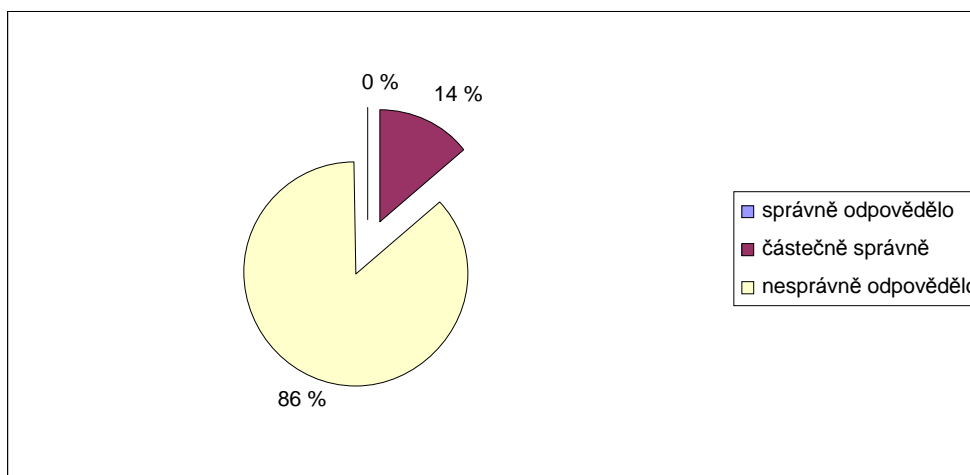
Tabulka 9 – odpověď na úkol „Seřad’ níže uvedené antikoncepční metody podle spolehlivosti“ (vstupní test)

	dívky		chlapci		žáci celkem	
	N	%	N	%	N	%
správně odpovědělo	3	7	0	0	3	3
částečně správně	7	17	7	14	14	16
nesprávně odpovědělo	31	76	43	86	74	81
celkem	41	100	50	100	91	100

Graf 17 – odpověď na úkol „Seřad’ níže uvedené antikoncepční metody podle spolehlivosti“ (dívky)



Graf 18 – odpověď na úkol „Seřad’ níže uvedené antikoncepční metody podle spolehlivosti“ (chlapci)

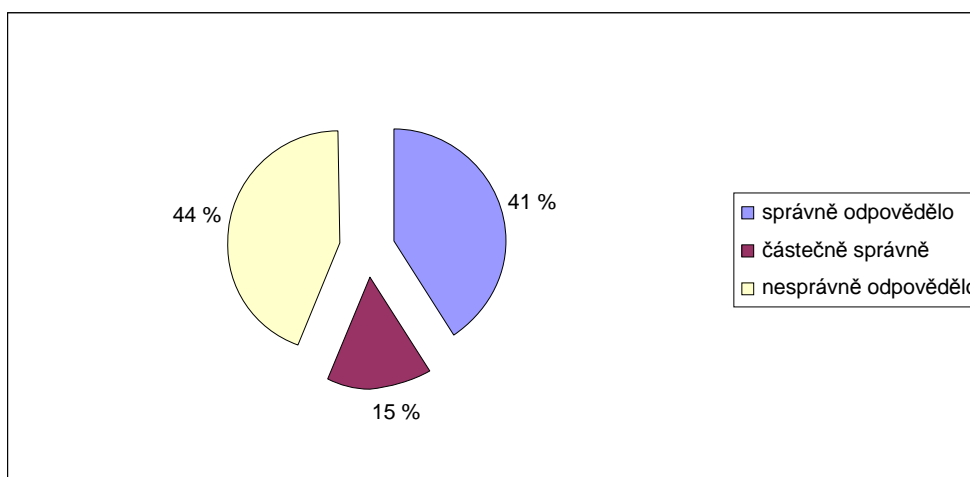


Zde můžeme vidět, že tuto položku nedokázalo splnit 31 dívek, tj. 76%, a 43 chlapců, tj. 86%. Domníváme se, že tento neúspěch můžeme přičítat faktu, že žáci doposud nebyli blíže seznámeni s jednotlivými typy antikoncepce, tudíž je ani nedokázali seřadit podle jejich spolehlivosti.

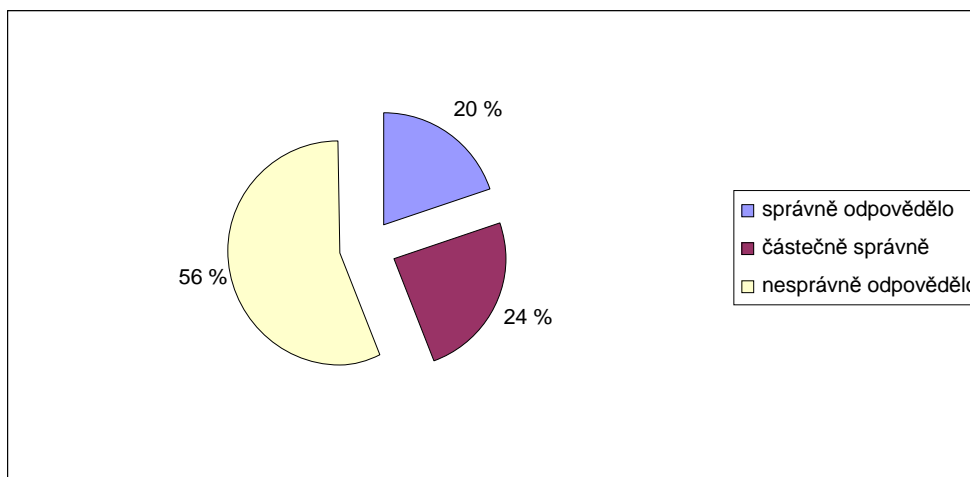
Tabulka 10 – odpověď na úkol „Seřad’ níže uvedené antikoncepční metody podle spolehlivosti“ (výstupní test)

	dívky		chlapci		žáci celkem	
	N	%	N	%	N	%
správně odpovědělo	17	41	10	20	27	30
částečně správně	6	15	12	24	18	20
nesprávně odpovědělo	18	44	28	56	46	50
celkem	41	100	50	100	91	100

Graf 19 – odpověď na úkol „Seřad’ níže uvedené antikoncepční metody podle spolehlivosti“ (dívky)



Graf 20 – odpověď na úkol „Seřad’ níže uvedené antikoncepční metody podle spolehlivosti“ (chlapci)



Ve výstupním testu výsledky dopadly lépe. Správně dokázalo odpovědět 17 dívek, tj. 41%, to znamená o 14 dívek více než během vstupního testu, a 10 chlapců, tj. 20%. Částečně správně dokázalo odpovědět pouze 6 dívek, tj. 15% z počtu dotazovaných děvčat. Chlapci si polepšili pouze o 5, tj. celkem dokázalo částečně správně odpovědět 12 chlapců (24%). Tento úkol nesprávně zodpovědělo 18 dívek, tj. 44%, a 28 chlapců, tj. 56%. Vcelku však počet nesprávně zodpovězených otázek klesl z původních 81% na 50%. Celkově se hodnoty dívek chlapců příliš neliší, obě pohlaví ve výstupním testu dopadla mnohem lépe než během testu vstupního.

Šestá otázka zjišťovala, zda žáci dokážou vysvětlit, kterou výjimečnou předností vyniká prezervativ mezi ostatními metodami antikoncepce.

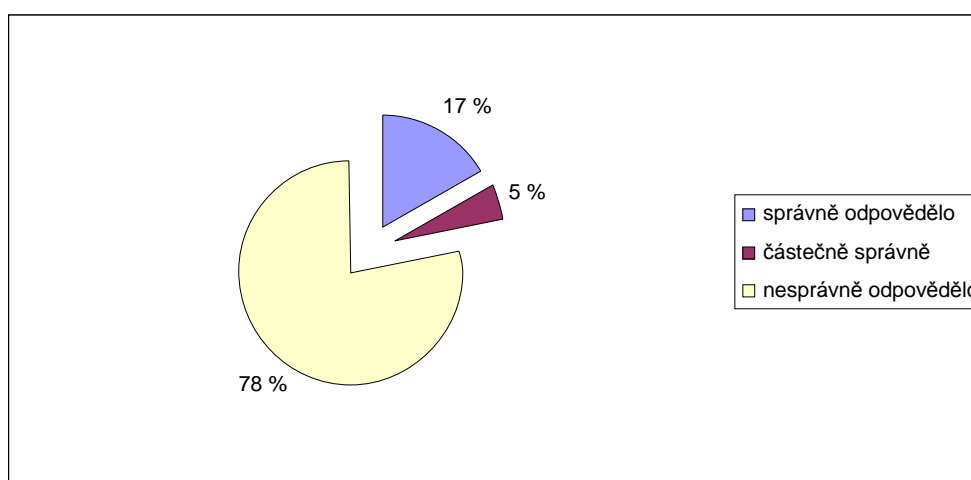
V tomto úkolu jsme zvolili následující *kritéria hodnocení*:

- za správnou odpověď lze považovat takovou, která říká, že kondom jako jediná antikoncepční metoda chrání před pohlavně přenosnými chorobami,
- za částečně správnou odpověď jsme považovali to, když někdo odpověděl, že kondom chrání před HIV. Takto totiž odpovídala většina dotazovaných žáků.

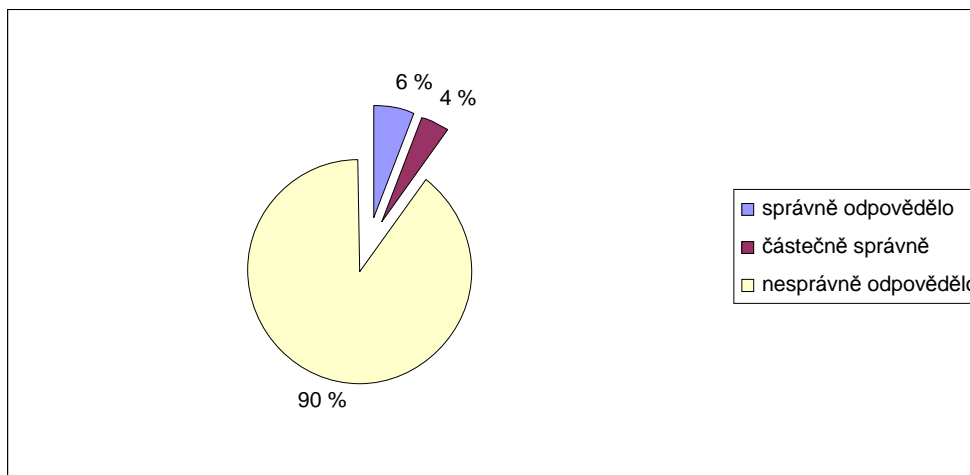
Tabulka 11 – odpověď na otázku „Vysvětlí, kterou výjimečnou předností vyniká prezervativ mezi ostatními metodami antikoncepce“ (vstupní test)

	dívky		chlapci		žáci celkem	
	N	%	N	%	N	%
správně odpovědělo	7	17	3	6	10	11
částečně správně	2	5	2	4	4	4
nesprávně odpovědělo	32	78	45	90	77	85
celkem	41	100	50	100	91	100

Graf 21 – odpověď na otázku „Vysvětlí, kterou výjimečnou předností vyniká prezervativ mezi ostatními metodami antikoncepce“ (dívky)



Graf 22 – odpověď na otázku „Vysvětli, kterou výjimečnou předností vyniká prezervativ mezi ostatními metodami antikoncepce“ (chlapci)



„V ČR za loňský rok přibylo 180 případů HIV pozitivitu. Celkem se za 24 let sledování nakazilo k 31. prosinci 2010 v ČR virem HIV už 1522 lidí, z toho 321 onemocnělo AIDS, 169 lidí tomuto onemocnění podlehl. Vyplývá to ze statistik Národní referenční laboratoře pro AIDS, které poskytl ředitel Domu světla Miroslav Hlavatý. Podle odhadů přinejmenším čtvrtina nakažených v ČR o své nemoci neví a přenáší ji dál. Nejčernější statistiky vykazuje Praha, kde je evidováno 723 nakažených. Následují kraje Středočeský (147) a Jihomoravský (129) kraj, nejméně zjištěných infekcí je na Vysočině (16) a v kraji Pardubickém (18).“ (Top lékař, 2011)

Důležitá je také statistická informace o frekvenci použití kondomu během pohlavního styku: „Podle Výzkumu sexuálního chování v ČR (Weiss a Zvěřina: 2009) nepoužilo žádnou antikoncepci při prvním pohlavním styku s novým partnerem 23 % žen ve věku 15-29 let, 39 % použilo kondom, 28 % antikoncepční pilulky a na metodu přerušované soulože spolehlo 9 % žen.“ (MedicalHealthworld, 2009)

V testu jsme se zabývali i touto otázkou, neboť nás zajímalo, zda si žáci kolem sebe registrují informaci o šířící se nemoci HIV a o možnosti ochrany před touto chorobou.

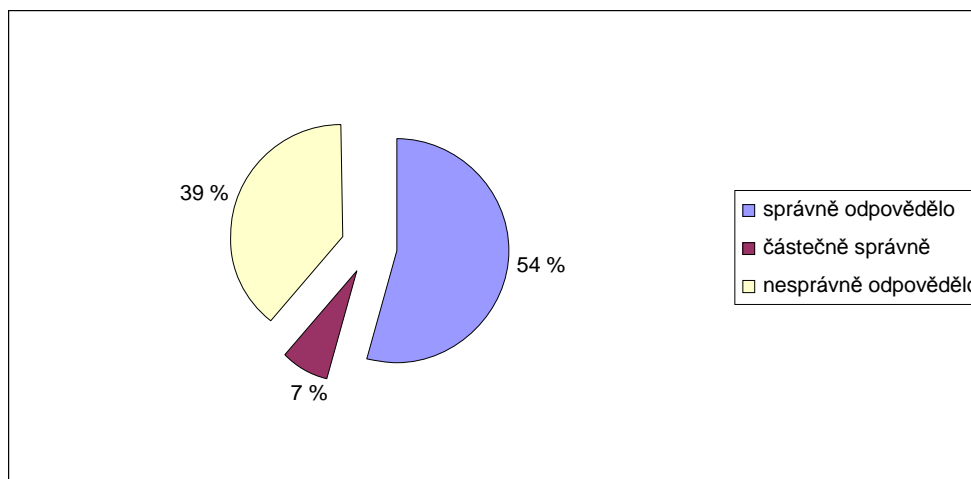
V tabulce hodnotící výsledky vstupního testu můžeme pozorovat, že na položenou otázku dokázalo správně odpovědět 7 dívek, tj. 17%, a 3 chlapci, tj. 6%. Z celkového počtu 91 žáků tedy dokázalo správně odpovědět 10 žáků. Částečně správně odpověděly 2 dívky, tj. 5%, a 2 chlapci, tj. 4%. Na tuto otázku však nesprávně odpovědělo 32 dívek a 45 chlapců, z celkového počtu je to tedy 85%. Za tento neúspěch však nemůže malá

neinformovanost žáků, neboť již od 6. třídy jsou na oslovené základní škole ve výchově ke zdraví informováni o schopnosti kondomu bránit proti pohlavně přenosným chorobám.

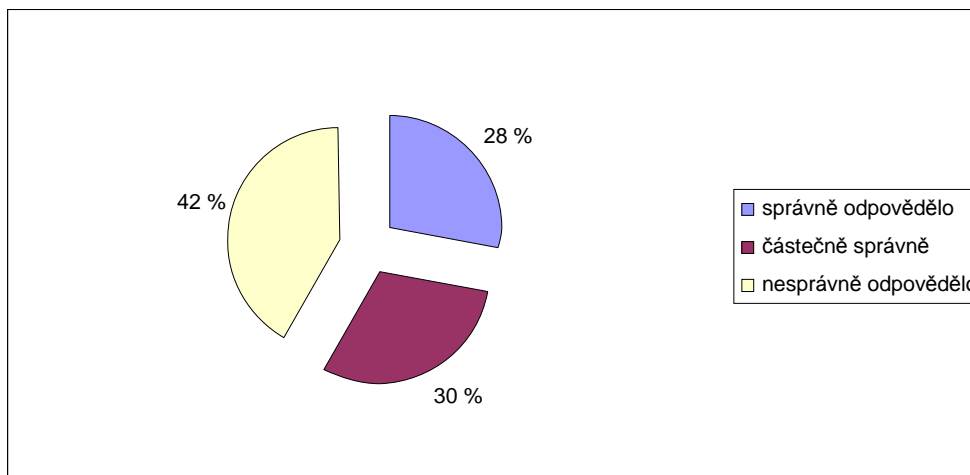
Tabulka 12 – odpověď na otázku „Vysvětli, kterou výjimečnou předností vyniká prezervativ mezi ostatními metodami antikoncepce“ (výstupní test)

	dívky		chlapci		žáci celkem	
	N	%	N	%	N	%
správně odpovědělo	22	54	14	28	36	40
částečně správně	3	7	15	30	18	20
nesprávně odpovědělo	16	39	21	42	37	40
celkem	41	100	50	100	91	100

Graf 23 – odpověď na otázku „Vysvětli, kterou výjimečnou předností vyniká prezervativ mezi ostatními metodami antikoncepce“ (dívky)



Graf 24 – odpověď na otázku „Vysvětli, kterou výjimečnou předností vyniká prezervativ mezi ostatními metodami antikoncepce“ (chlapci)



Z těchto výsledků můžeme pozorovat, že správně dokázalo správně odpovědět 22 dívek, tzn. o 15 více než během vstupního testu, a 14 chlapců, tj. o 11 více. Částečně správně dokázaly odpovědět 3 dívky, tj. 7%, a o 13 chlapců více než ve vstupním testu, tzn. 15 chlapců, tj. 30%. V prvním testu dokázali částečně správně odpovědět pouze 4 žáci, nyní je to o 14 žáků více, takže můžeme považovat za úspěch fakt, že si žáci dokázali zapamatovat, že kondom chrání před rizikem nákazou HIV. I celkový počet žáků, kteří nesprávně odpověděli na tuto otázku, se výrazně snížil – z původních 77 žáků, klesl tento počet na 37.

Sedmá otázka testu se dotazovala na to, **jaký je rozdíl mezi antikoncepcí a sterilizací.**

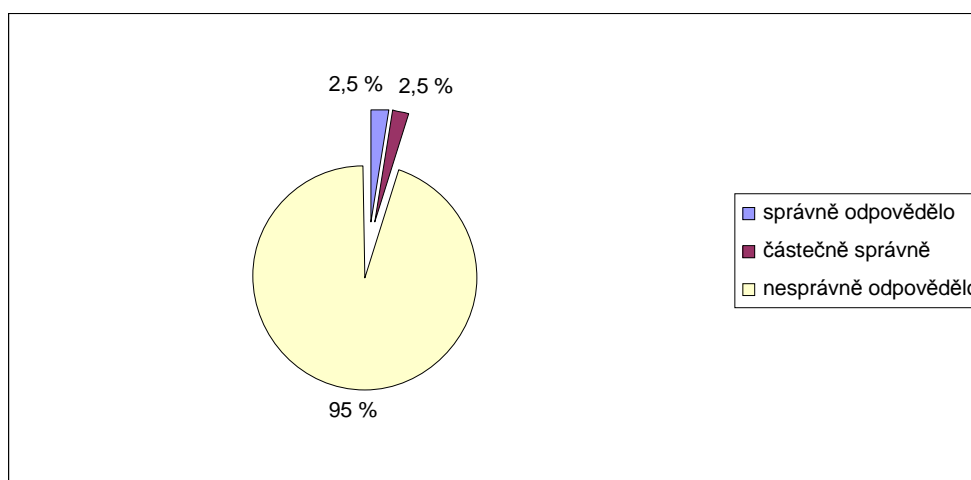
Za správnou odpověď jsme považovali takovou, která tvrdila, že *antikoncepce je dočasná metoda zabránění otěhotnění a sterilizace je nezvratná metoda zabránění otěhotnění.*

Částečně správně odpověděl žák tehdy, když uvedl alespoň jednu z charakteristik vyžadovaných metod. To znamená, že odpověděl například takto: „*Sterilizace je nezvratná.*“ Dále však neuvedl, jaká je tedy antikoncepce. Nebo i taková odpověď, kdy nám jedna dívka uvedla, že „*Antikoncepce není 100%, ale sterilizace ano*“.

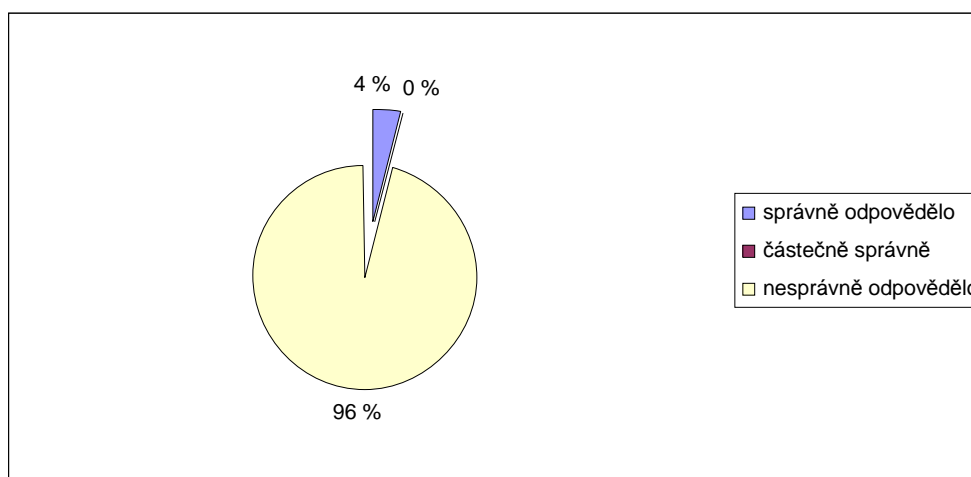
Tabulka 13 – odpověď na otázku „Uved’ rozdíl mezi antikoncepcí a sterilizací“ (vstupní test)

	dívky		chlapci		žáci celkem	
	N	%	N	%	N	%
správně odpovědělo	1	2,5	2	4	3	3
částečně správně	1	2,5	0	0	1	1
nesprávně odpovědělo	39	95	48	96	87	96
celkem	41	100	50	100	91	100

Graf 25 – odpověď na otázku „Uved’ rozdíl mezi antikoncepcí a sterilizací“ (dívky)



Graf 26 – odpověď na otázku „Uved’ rozdíl mezi antikoncepcí a sterilizací“ (chlapci)



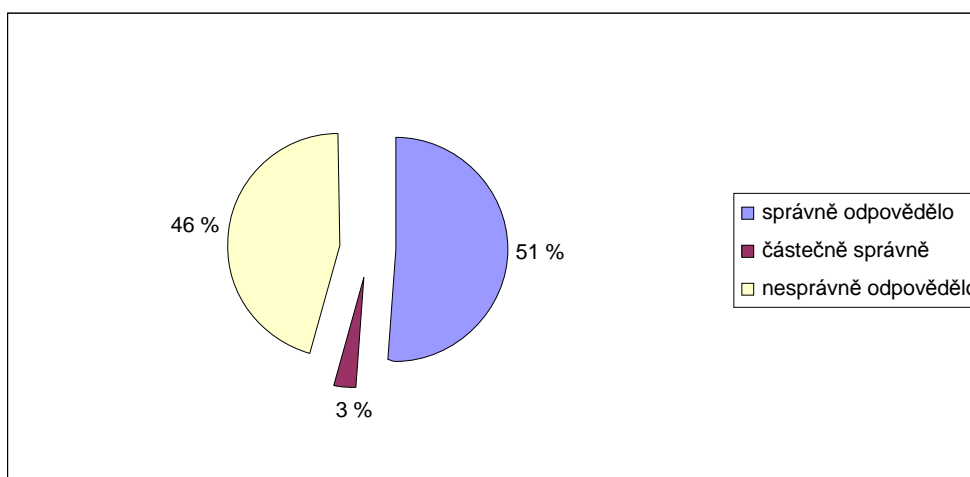
Zajímalo nás, zda si žáci znají rozdíl mezi sterilizací a antikoncepcí a s tím související důsledky rozhodnutí podstoupit sterilizaci. Neboť jak píše Uzel (1999) v mnoha rozvojových zemích, stejně jako v průmyslově vyspělém světě, můžeme rok od roku pozorovat přibývajícím počet sterilizovaných mužů a žen. Někde je tato antikoncepční metoda nesmírně populární (např. v Holandsku, kde je v současné době sterilizována nejméně celá jedna třetina obyvatel ve věku plodnosti). Česká republika je ve srovnání s mnoha jinými zeměmi dosud ve sterilizacích na hodně nízké úrovni. Sterilizovaných žen jsou u nás necelá tři procenta a počet sterilizovaných mužů nestojí ani za řeč.

Správně dokázala odpovědět pouze jedna dívka (tj. 2,5%), která uvedla, že antikoncepce je dočasná a sterilizace je nezvratná, a dva chlapci (tj. 4%), kteří uvedli, že antikoncepce způsobuje dočasné neoplození a sterilizace zapříčiňuje úplné neoplození. Zbývajícím počet žáků, tj. 87 (96%), na tuto otázku nedokázalo odpovědět.

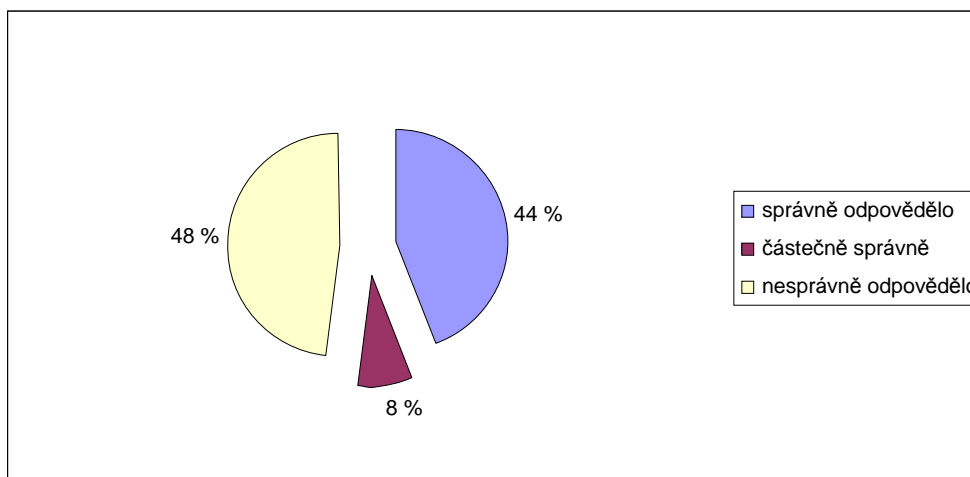
Tabulka 14 – odpověď na otázku „Uved’ rozdíl mezi antikoncepcí a sterilizací“ (výstupní test)

	dívky		chlapci		žáci celkem	
	N	%	N	%	N	%
správně odpovědělo	21	51	22	44	43	47
částečně správně	1	3	4	8	5	6
nesprávně odpovědělo	19	46	24	48	43	47
celkem	41	100	50	100	91	100

Graf 27 – odpověď na otázku „Uved’ rozdíl mezi antikoncepcí a sterilizací“ (dívky)



Graf 28 – odpověď na otázku „Uved’ rozdíl mezi antikoncepcí a sterilizací“ (chlapci)



Zde můžeme pozorovat, že se počet správně zodpovězených žáků zvýšil v celkovém počtu o 40 žáků. Správně tedy dokázalo odpovědět 21 dívek, tj. 51%, a 22 chlapců, tj. 44%. Částečně správně odpověděla jedna dívka a čtyři chlapci. Počet nesprávně zodpovězených odpovědí se u dívek z původní hodnoty 39 snížil na 19, což je 46%, a u chlapců ze 48 na 24, tj. 48%. Celkově se tedy počet snížil z původních 87 nesprávně zodpovězených odpovědí, téměř na polovinu tj. 43, tzn. 47%.

4.2 Dotazník k výukovým metodám

Dotazníkového šetření (dotazník uváděn v Příloze č. 2) realizovaného za účelem zjištění efektivity a přínosnosti výuky antikoncepce prostřednictvím námi zvolených výukových metod se zúčastnilo celkem 91 žáků 9. ročníku Základní školy Mariánské náměstí, Uherský Brod. Žáci byli osloveni v průběhu třetí vyučovací jednotky, kterou jsme měli k dispozici. Někteří žáci ovšem mohli v průběhu některé vyučovací jednotky chybět, tudíž měli právo se vzdát hodnocení dané metody, kterou neabsolvovali s ostatními žáky. Pro výzkum jsme využili z celkového počtu 6 otázek, pouze otázku první (zabývající se efektivitou metod z pohledu žáků), třetí (dotazující se po přínosnosti metod pro žáky) a čtvrtou (zabývající se oblíbeností práce s těmito metodami). Díky menšímu počtu dotazovaných žáků, můžeme výsledky dotazníku považovat spíše za orientační. Jak už bylo výše řečeno, dotazovaní měli za úkol hodnotit metody v rámci číselné škály od 1 do 10, kdy 1 znázorňovala nejvyšší možný stupeň, 10 nejnižší hodnocení. Kdo tedy zvolil číslo 1, považoval tuto metodu za velmi efektivní. Kdo využil čísla 5, označil tuto metodu jako průměrně efektivní. Číslo 10 pak znázorňuje nejmenší efektivitu využití dané metody.

První otázka zněla takto: **Která metoda se ti zdála při výuce problematiky antikoncepce nejefektivnější?** Cílem šetření bylo zjistit, která z níže uvedených metod byla podle žáků při výuce antikoncepce nejefektivnější. S některými z těchto metod se žáci již setkali v minulosti při výuce výchovy ke zdraví, byla to konkrétně metoda Pětilístek a práce s myšlenkovou mapou. Ostatní byly pro žáky nové. Jednotlivé metody měly pomoci žákům získat nové poznatky efektivnější formou.

Tabulka 15 – zjišťování efektivnosti jednotlivých metod z pohledu žáků

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	celkem	Ø koeficient
metoda Učení se navzájem	13	18	11	14	18	3	1	4	1	0	83	3,6
myšlenková mapa	13	15	15	14	9	3	5	3	1	5	83	3,9
metoda Kostka	27	19	15	6	15	3	1	0	1	1	88	2,9
metoda Zpřeházené věty	27	19	13	7	12	5	2	1	1	0	88	2,9
metoda Pětílístek	17	21	20	7	7	5	2	5	1	4	89	3,5
vytvoření plakátu	37	19	11	5	5	4	3	1	2	2	89	2,7

Výpočtem koeficientu bylo zjištěno, že neúspěšnější metodou se stala práce na vytvoření plakátu s koeficientem 2,7. Jako druhá neúspěšnější metoda se ukázaly hned dvě – metoda Kostka a metoda Zpřeházené věty, které obě získaly shodně koeficient 2,9. Jako třetí lze stanovit metodu Pětílístku, které jsme napočítali koeficient 3,5. Další v pořadí je metoda Učení se navzájem (koeficient 3,6) a jako poslední, tedy nejméně úspěšná, zůstala tvorba myšlenkových map (koeficient 3,9).

Tyto výsledky nás příliš nepřekvapili, neboť při plánování samotné výuky jsme jako za stěžejní metody považovali právě ty, které ve výpočtech koeficientů obsadily první tři místa – tedy vytvoření plakátů, metoda Kostka a metoda Zpřeházené vědy.

Budeme zde **hodnotit jednotlivé metody** v takovém pořadí, jak byly v průběhu vyučování použity.

Hodnocení metody *Učení se navzájem* se zúčastnilo celkem 83 žáků. Tato metoda, kterou jsme použili při výuce jednotlivých typů ženské antikoncepce, byla většinou žáky průměrně ohodnocena známkami 2 a 5. Celkem ji takto označilo 18 žáků. Můžeme se domnívat, že takto byla hodnocena zejména proto, že jsme jí mohli vymezit pouze jednu vyučovací jednotku, což vyžadovalo rychlé seznámení s metodou a následnou práci žáků. Proto se také mohla tato metoda zdát složitější.

Další metodou byla *myšlenková mapa*, kterou žáci dobře znali z předchozího vyučování. Proto jsme také tuto mapu nechali žáky sestavit za domácí úkol. Předpokládali jsme, že žáci tuto metodu dobře ovládají a nebude tak pro ně problém zadaný úkol splnit. Hodnocení metody ze strany žáků bylo velmi kladné. Celkem se této metody zúčastnilo 83 žáků. Jak můžeme vidět z tabulky hodnotové stupnice, většinou je tato metoda hodnocena spíše známkami 1-5. Nejvíce ji však žáci hodnotili známkami 2 a 3, takto ji ohodnotilo 15 žáků

Jako další nejefektivnější a nejoblíbenější metoda se jeví *metoda Kostka*, která sloužila při výuce mužské antikoncepce. Možnost ohodnotit tuto metodu mělo 88 žáků. Nejvyšším stupněm ohodnocení 1 ji označilo 27 žáků. Dále byla tato metoda nejvíce hodnocena opět známkami 2-5. Tato metoda měla kladnou odezvu, nejenom u žáků, ale také u přihlížející cvičné učitelky. Velmi příjemně nás taky překvapilo, že žáky tato metoda bavila a dala se taktéž zvládnout ve stanovené časové dotaci. Pro výuku to byla jedna z nejefektivnějších metod, kterou jsme pro naši práci zvolili.

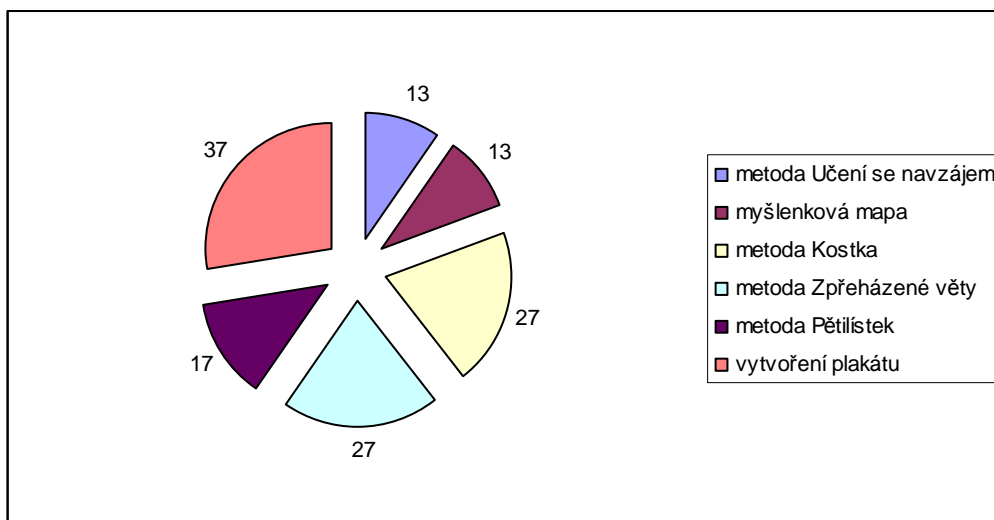
Společně s předchozí metodou byla velmi oblíbená také *metoda Zpřeházené věty*, která sloužila při sestavování návodu na použití kondomu. Absolvovalo ji celkem 88 žáků, kteří ji také posléze mohli hodnotit. Tato metoda přišla nejvíce efektivní 27 žákům, kteří ji obodovali číslem 1. Hodnocení číslem 2 využilo 19 žáků. Číslem 3 ji označilo 13 žáků. Většina hodnot se tedy pohybuje nad průměrem, což nás velmi potěšilo. Jako méně efektivní, tedy číslem 6 ji označilo 12 žáků. Práce s touto metodou se skutečně jevila jako velmi efektivní, jedná se o metodu snadnou a zábavnou. U žáků měla velký ohlas stejně jako metoda Kostka.

Předposlední využitou metodou byla *metoda Pětilístek*. Jako součást výuky ji využívala i vyučující daných tříd, takže se jednalo o metodu, kterou žáci dobře znali a byli na ni zvyklí. Celkem se jí zúčastnilo 89 žáků. Průměrně byla nejvíce hodnocena známkou 2, takto ji posoudilo celkem 21 žáků. Dále byla opět hodnocena čísly 1 a 2. Shodně 7 žáků ji přidělilo známku 4 a 5.

Z výše uvedené tabulky můžeme vyvodit, že nejvíce se žákům líbila *tvorba plakátu*, která měla sloužit jako výstupní materiál pro žáky i pro samotného vyučujícího. I přesto, že na tuto metodu bylo stanoveno pouze 45 minut, což je malá dispoziční jednotka k samotné realizaci skupinové práce, a zejména při vytváření plakátu, číslem 1 ji ohodnotilo celkem 37 žáků, číslem 2 ji ocenilo 19 žáků, a číslem 3 žáků 11. Počty žáků u ostatních hodnot se pohybovali kolem 5-1 žáků. Tuto metodu hodnotilo 89 žáků. Práce s touto metodou přišla efektivní nejenom samotným respondentům, ale také autorce

diplomové práce. Zejména pak proto, že si u této metody mohli žáci utřídit své dosavadní nabyté znalosti a také získali hodnotné zkušenosti při skupinové práci a vzájemné komunikaci.

Graf 29 – Hodnocení efektivity jednotlivých metod nejvyšší známkou 1



V další části dotazníku jsme se ptali, zda žákům práce prostřednictvím didaktických metod přišla přínosná a zda se jim práce s těmito metodami líbila.

Celkem na tuto otázku odpovídalo 91 žáků. Hodnocení bylo obdobné jako u předchozí otázky.

Tabulka 16 – zjišťování přínosnosti a oblíbenosti jednotlivých metod z pohledu žáků

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	celkem
Byla pro tebe práce ve formě různých metod přínosná?	28	26	19	7	6	1	1	1	1	1	91
Líbila se ti práce s těmito metodami?	35	22	11	7	10	3	2	1	0	0	91

Z výše uvedené tabulky nám vyplývá, že práce ve formě různých metod byla nejvíce přínosná pro 28 žáků, kteří ji označili číslem 1, číslem 2 ji ohodnotilo 26 žáků, číslem 3 pak 19 žáků. Nejméně přínosná se tato práce zdála pouze 1 žákovi. Je zde tedy vidět,

že žáci mnohem raději absolvují vyučování, které je obohaceno různými didaktickými metodami.

Na otázku, zda se žákovi líbila práce s těmito metodami, odpovědělo 35 žáků číslem 1, to znamená, že se jim tato práce velmi líbila. Hodnocení číslem 2 využilo 22 žáků a číslo 3 žáků 11. Průměrnou známkou 5 hodnotilo 10 žáků. Můžeme tedy říci, že práce s těmito metodami se žákům většinou líbila. Když navíc přihlédneme k působícím faktorům, jako byla nedostatečná časová dotace nebo počáteční neochota žáků spolupracovat, můžeme říci, že tyto výsledky jsou uspokojivé.

METODICKÝ BALÍČEK

Obsah:

1. Učební osnova vyučovacího předmětu
2. Tematický plán učiva
3. Mezipředmětové vztahy
4. Výukové cíle pro učitele
5. Výukové cíle pro žáky
6. Výukové metody
7. Didaktické prostředky
8. Organizační forma výuky
9. Struktura vyučovací hodiny včetně chronometráže
 - a. Úvod
 - b. Mobilizace předchozího poznatkového systému
 - c. Motivace
 - d. Exponování nových poznatků
 - e. Fixace a procvičení nového učiva
 - f. Praktická aplikace a komparace
10. Literatura pro žáky, pro učitele
11. Přílohy

Níže uvedené informace autorka čerpala ze *Školního vzdělávacího programu – „Brána do života“* (ZŠ Mariánské náměstí Uherský Brod, 2007), který si sestavila Základní škola Mariánské náměstí v Uherském Brodě.

1. UČEBNÍ OSNOVA VYUČOVACÍHO PŘEDMĚTU:

Název vyučovacího předmětu: Výchova ke zdraví

Cílové zaměření vzdělávací oblasti

Úkolem předmětu Výchova ke zdraví je seznámit žáky se základy zdravého životního stylu a správného sociálního klimatu. Cílem předmětu je rozvinout u žáků znalosti a dovednosti potřebné ke zvládnutí péče o své zdraví a bezpečnost v běžném životě.

Výuka směřuje k tomu, aby žáci:

- zvládli základy zdravého životního stylu,
- naučili se skloubit základní životní potřeby s hodnotou zdraví,
- získali konkrétní představu o rizikových oblastech společenského života,
- utvářeli dobré mezilidské vztahy v užším a širším společenství,
- upevňovali techniky prevence rizik ohrožujících zdraví,
- učili se vyhledávat informace z různých zdrojů,
- prezentovali zdravý životní styl ve školním prostředí,
- cílevědomě jednali v situacích osobního a veřejného ohrožení,
- vypěstovali si kritický postoj ke konzumnímu způsobu života prezentovanému médiu,
- vytvořili si potřebu každodenního pohybu jako účinnou prevenci proti některým civilizačním chorobám,
- chápali pohyb jako součást každodenního života a možnost psychické relaxace,
- dodržovali zásady fair-play v každodenní činnosti.

Obsah předmětu zahrnuje učivo potřebné k péči o zdraví a ochraně lidstva za mimořádných okolností.

Z průřezových témat je se vzdělávací oblastí Výchova ke zdraví úzce spojena Osobnostní a sociální výchova.

Časová dotace

Vyučovací předmět Výchova ke zdraví je celkem na II. stupni dotován 3 hodinami.

V 6., 8. a 9. ročníku je mu věnována jedna hodina týdně. V 8. ročníku Výchova ke zdraví úzce navazuje na zvládnuté učivo přírodopisu.

Organizační vymezení předmětu a podmínky pro jeho výuku

V rámci vzdělávací oblasti Člověk a zdraví se obor Výchova ke zdraví na druhém stupni základního vzdělávání vyučuje jako samostatný předmět. K výuce je využívána učebna zdravého životního stylu, ve které je zabudována audiovizuální technika. Dále je využívána učebna výpočetní techniky.

Metody a formy práce

Při výuce jsou používány metody a formy práce vhodné pro daný věk a schopnosti žáků.

Metody práce: komunitní kruh, řízená diskuze, brainstorming, modelové situace, rozhodovací hry, psychologické testy, pětilístek, soutěž týmů, myšlenková mapa, skládkové učení, volné psaní, další techniky RWCT.

Formy práce: výuka ve třídě, výuka v odborné učebně, exkurze, výuka hromadná, výuka skupinová (dva i více žáků), domácí úloha.

Výchovné a vzdělávací strategie předmětu pro rozvoj klíčových kompetencí

1. Kompetence k učení

- nabízet žákům dostatek aktivizačních metod, které jim přiblíží problematiku jeho zdraví a povedou je k ochotě se zdravím dále zabývat,
- předkládat žákům dostatek informačních zdrojů s problematikou zdraví a jeho prevence a vést je k jejich pravidelnému využívání.

2. Kompetence k řešení problému

- rozpozná a pochopí problém, přemýšlí o jeho příčinách, promyslí a naplánuje způsob jeho řešení, využívá k tomu svého úsudku nebo zkušeností,
- využívá získané vědomosti a dovednosti k objevování různých variant řešení,
- samostatně řeší problémy související se zdravím psychickým, fyzickým a sociálním, volí vhodné způsoby řešení.

3. Kompetence komunikativní

- formuluje a vyjadřuje své myšlenky a názory, vyjadřuje se výstižně a kultivovaně,
- naslouchá druhým, snaží se jim porozumět, vhodně na ně reagovat, účinně se zapojovat a obhajovat svůj názor,
- využívá získané komunikační dovednosti k vytváření vztahů potřebných k plnohodnotnému soužití a kvalitní spolupráci s ostatními lidmi.

4. Kompetence sociální a personální

- účinně spolupracuje ve skupině, podílí se na vytváření pravidel práce v týmu,
- podílí se na vytváření příjemné atmosféry v týmu, na základě ohleduplnosti a úcty k druhým lidem přispívá k upevňování dobrých mezilidských vztahů,
- chápe potřebu efektivně spolupracovat s druhými lidmi při řešení daného úkolu, oceňuje zkušenosti druhých lidí, čerpá poučení z toho, co si druzí lidé myslí, říkají a dělají,
- vytváří si pozitivní představu o sobě samém, která podporuje jeho sebevědomí, řídí své chování tak, aby dosáhl pocitu sebeúcty.

5. Kompetence občanské

- respektuje názor druhého, vcítí se do situace druhého,
- chová se zodpovědně v krizových situacích i v situacích ohrožujících život a zdraví člověka.

6. Kompetence pracovní

- svým zodpovědným chováním přispívá k ochraně svého zdraví i zdraví druhých.

2. TEMATICKÝ PLÁN UČIVA:

Učivo:

Změny v životě člověka a jejich reflexe

- reprodukční zdraví dospívajících,
- plánované rodičovství.

Očekávaný výstup RVP:

Žák

- přijímá odpovědnost za bezpečné sexuální chování,
- svěří se se zdravotním problémem a v případě potřeby vyhledá odbornou pomoc,
- uplatňuje osvojené preventivní způsoby rozhodování a chování v oblasti reprodukčního zdraví.

Výstupy ŠVP:

Žák si dle svých schopností je vědom významu antikoncepčních metod.

Výchova ke zdraví – 9. ročník (učební osnova)

<p>Očekávaný výstup RVP</p> <p>Žák:</p>	<p>Výstupy ŠVP</p> <p>Žák dle svých schopností:</p>	<p>Učivo</p>	<p>Průřezová témata, mezipředmětové vztahy</p>
<p>- respektuje pravidla soužití mezi partnery a pozitivní komunikací a kooperací přispívá k utváření dobrých mezilidských vztahů,</p> <p>- přijímá odpovědnost za bezpečné sexuální chování,</p> <p>- svěří se se zdravotním problémem a v případě potřeby vyhledá odbornou pomoc,</p> <p>- uplatňuje osvojené preventivní způsoby rozhodování a chování v oblasti reprodukčního zdraví,</p>	<p>- hledá možnosti komunikace založené na toleranci a vzájemné úctě mezi partnery, v manželství i v rodičovství</p> <p>- chápe a uvědomuje si vliv sourozenecké konstelace na svoji osobnost,</p> <p>- je si vědom významu antikoncepčních metod,</p>	<p>Vztahy mezi lidmi a formy soužití</p> <p>- manželství a rodičovství, sourozenecké konstelace,</p> <p>- faktory ovlivňující stabilitu rodiny, vliv rodiny na osobnost dítěte,</p> <p>- mezigenerační konflikty,</p> <p>Změny v životě člověka a jejich reflexe</p> <p>- reprodukční zdraví dospívajících,</p> <p>- plánované rodičovství,</p>	<p>VO - lidská setkání,</p>

Očekávaný výstup RVP Žák:	Výstupy ŠVP Žák dle svých schopností:	Učivo	Průřezová témata, mezipředmětové vztahy
<p>- projevuje odpovědné chování v situacích ohrožení osobního bezpečí, - uplatňuje osvojené sociální dovednosti a modely chování při kontaktu se sociálně patologickými jevy, - vysvětlí vztah mezi uspokojováním základních lidských potřeb a hodnotou zdraví,</p>	<p>- navrhne zásady pro udržení zdravé tělesné hmotnosti, - propaguje zdravé stravovací návyky, - vyhledává informace o poruchách příjmu potravy, - vyhodnocuje nejbezpečnější způsob sexuálního chování, - navrhuje možnou propagaci zdrženlivosti, - navrhuje možnosti, jak se chránit před vznikem násilí,</p>	<p>Zdravý způsob života a péče o zdraví - vliv životních podmínek na zdraví člověka, - udržování zdravé tělesné hmotnosti, - zdravé stravovací návyky a jejich propagace, - poruchy příjmu potravy, - bezpečné způsoby chování - nemoci přenosné pohlavním stykem, umění odmítnout, - propagace zdrženlivosti v oblasti sexuálního chování,</p>	<p>PŘ - zdraví - největší bohatství člověka, TV - význam pohybu,</p>

Očekávaný výstup RVP Žák:	Výstupy ŠVP Žák dle svých schopností:	Učivo	Průřezová témata, mezipředmětové vztahy
	<p>- navrhuje možnosti, jak se chránit před vznikem závislosti,</p> <p>- vyhledává možnosti pomoci při zneužívání návykových látek,</p> <p>- přiřazuje konkrétní lidské potřeby do Maslowova modelu přirozených lidských potřeb.</p>	<p>Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence</p> <ul style="list-style-type: none"> - pohyb a chování v rizikovém prostředí, - závislost a její nebezpečí, - jak se ubránit, jak pomoci, - komunikace se službami odborné pomoci, - drogy a legislativa, - patologické hráčství, - práce s počítačem, <p>Hodnota a podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none"> - základní lidské potřeby a jejich hierarchie, - Maslowův model přirozených lidských potřeb, <p>Osobnostní a sociální rozvoj</p> <ul style="list-style-type: none"> - vztah k sobě samému, - řeč těla, - zdravé a vyrovnané sebepojetí. 	<p>OSV - regulace vlastního Jednání,</p> <p>OSV – sebeovládání</p>

3. MEZIPŘEDMĚTOVÉ VZTAHY:

Vzhledem k povaze předmětu Výchova ke zdraví jsou mezipředmětové vztahy zasahující do předmětů:

- **VO (výchova k občanství)** – lidská setkání,
- **PŘ (přírodopis)** – zdraví, největší bohatství člověka,
- **TV (tělesná výchova)** – význam pohybu,
- **OSV (osobnostní a sociální výchova)** – regulace vlastního jednání, sebeovládání.

4. VÝUKOVÉ CÍLE PRO UČITELE:

Pro **1. vyučovací jednotku (téma: ženská antikoncepce)** byly pro učitele stanoveny tyto **obecné cíle**:

- podnítit zájem žáků o znalosti z oblasti antikoncepce,
- seznámit žáky s jednotlivými typy ženské antikoncepce formou samostatné práce a práce ve skupinách,
- rozvíjet schopnosti spolupráce.

Pro **2. vyučovací jednotku (téma: mužská antikoncepce a ostatní typy antikoncepce)** byly pro učitele stanoveny tyto **obecné cíle**:

- seznámit žáky s mužskou antikoncepcí a ostatními typy antikoncepce,
- naučit žáky vnímat předmět z několika hledisek,
- naučit žáky pracovat s textem (samostatně a také ve skupinách),
- naučit žáky aplikovat své nabyté znalosti v praxi,
- předem připravit pracovní listy.

Pro **3. vyučovací jednotku (téma: opakování antikoncepce)** byly pro učitele stanoveny tyto **obecné cíle**:

- zopakovat získané znalosti z předchozích hodin prostřednictvím vytvoření plakátu.

5. VÝUKOVÉ CÍLE PRO ŽÁKY:

1. vyučovací hodina (ženská antikoncepce):

Kognitivní

- žák umí *definovat* antikoncepci,
- žák *zná* jednotlivé typy ženské antikoncepce,
- žák *rozeznává* výhody a nevýhody jednotlivých typů ženské antikoncepce.

Psychomotorické

- žák porovnává podobu jednotlivých prostředků ženské antikoncepce.

Afektivní

- žák *ocení* význam antikoncepce pro svůj sexuální život.

2. vyučovací hodina (mužská antikoncepce, ostatní typy antikoncepce):

Kognitivní

- žák umí *definovat* znaky a jednolitě typy mužské antikoncepce,
- žák *zná* základní typy antikoncepce,
- žák *umí* schopen rozpoznat výhody a nevýhody mužské antikoncepce,
- žák umí *využít* své teoretické poznatky v praxi.

Psychomotorické

- žák *vytvoří* myšlenkovou mapu,
- *utřídí* si myšlenky a vytvoří asociace,
- žák *umí* pracovat s pomůckami.

Afektivní

- žák *umí* posoudit, která z typů antikoncepce je pro něho nejvhodnější,
- žák *ocení* význam antikoncepce.

3. vyučovací hodina (opakování antikoncepce):

Kognitivní

- žák se *učí* vzájemné komunikaci a spolupráci,
- žák *umí* vyhledat důležité informace.
- žák *umí* bez zábran kulturně hovořit a manipulovat s antikoncepčními prostředky.

Psychomotorické

- žák *vytvoří* plakát s jednotlivými metodami antikoncepce.

Afektivní

- žák *ocení* výhody antikoncepce a nevýhody jednotlivých druhů antikoncepce.

6. VÝUKOVÉ METODY:

Pro vyučování byly zvoleny následující **výukové metody** podle Mojžíška (In Janiš, 2007, s. 64), které jsme ještě rozdělily do jednotlivých vyučovacích hodin:

1. vyučovací hodina (ženská antikoncepce):

metody motivační (metoda stimulující zájem o učení),

- *metody expoziční* (monologické metody, metody samostatné práce žáků, demonstrace pomůcek).

2. vyučovací hodina (mužská antikoncepce, ostatní typy antikoncepce):

- *metody diagnostické a klasifikační* (ústní zkoušení),
- *metoda informačně receptivní* (výklad nového učiva, vysvětlování)
- *motivační metody* (metoda stimulující zájem o učení),
- *metody expoziční* (monologické metody, metody samostatné práce žáků, demonstrace pomůcky).

3. vyučovací hodina (opakování antikoncepce):

- *metody expoziční* (ilustrace, demonstrace)

7. DIDAKTICKÉ PROSTŘEDKY:

Pro stanovenou vyučovací hodinu byly stanoveny následující **didaktické prostředky**:

- tabule,
- test,
- pracovní listy pro studenty,
- archy papíru, pastelky, fixy, obrázky.

8. ORGANIZAČNÍ FORMA VÝUKY:

Pro vyučovací hodinu jsou zvoleny **organizační formy výuky**:

- frontální výuka,
- skupinová výuka.

9. STRUKTURA VYUČOVACÍ HODINY VČETNĚ CHRONOMETRÁŽE:

Vyučovací hodina probíhala ve třídě konstruované pro výuku výchovy ke zdraví. Tato třída je vybavena potřebnými pomůckami a didaktickou technikou. Vyučovací hodina je složena z 1 vyučovací jednotky (tj. 45 minut). Celkem bude pro realizaci výuky antikoncepce potřeba 3 vyučovacích jednotek.

1. vyučovací jednotka (ženská antikoncepce):

Pracovní podmínky k zabezpečení výuky jsou následující:

- zajistit dostatečný počet předem připravených a nakopírovaných testů (uváděny v příloze jako Příloha č. 1),
- vybavit se potřebnými pracovními listy (uváděny v příloze jako Příloha č. 2), handouty pro žáky (uváděny v příloze jako Příloha č. 3) a souhrny antikoncepce (uváděny v příloze jako Příloha č. 4).

Struktura vyučovací hodiny včetně chronometráže:

- A. Prolog (úvod)** – 5 minut, zápis do třídní knihy, sdělení cílů hodiny, seznámení žáků s průběhem hodiny.
- B. Mobilizace předchozího poznatkového systému** – 5 minut, opakování informací prostřednictvím vstupního testu. Tento test bude po všech třech vyučovacích hodinách konfrontován s výstupním testem.
- C. Motivace (stimulace)** – 10 minut, aktivizační metoda – brainstorming na téma „Antikoncepce“, každý žák nejprve definuje tento pojem sám na papír, posléze ve skupině bude vybrán pouze jeden názor, který bude zapsán na tabuli. Tyto definice budou vzájemně porovnány.
- D. Exponování nových poznatků** – 15 minut, aktivizační metoda – Skládankové učení. Žáci budou rozděleni do 4-5 skupin. Tyto skupiny tvoří domovskou základnu, ve které každý žák dostane jiný text. Úkolem žáků je si text nastudovat a vytvořit si zápis do sešitu.
- E. Fixace a procvičení nového učiva** - 5-8 minut, úkolem žáků je navzájem si předat získané informace tak, aby se každý žák dozvěděl o některé z typů antikoncepce.
- F. Praktická aplikace a komparace** – 2-3 minuty, zopakování cílů hodiny, zhodnocení toho, co se žákům v hodině podařilo a co méně, zadání domácího úkolu - vytvoření myšlenkové mapy (uváděny v příloze na konci diplomové práce jako Příloha č. 8) z poznatků, které žáci získali během této vyučovací hodiny.

2. vyučovací jednotka (mužská antikoncepce, ostatní typy antikoncepce):

Pracovní podmínky k zabezpečení výuky jsou následující:

zajistit:

- dostatečný počet pracovních listů – zmenšených kartiček (uváděny v příloze jako Příloha č. 5),
- ukázkou prezervativu,

- obálky s nastříhanými zpřeházenými větami návodu na použití prezervativu (uváděny v příloze jako Příloha č. 6).

Struktura vyučovací hodiny včetně chronometráže:

- A. Prolog (úvod)** – 5 minut, zápis do třídní knihy, sdělení cílů hodiny, seznámení žáků s průběhem hodiny.
- B. Mobilizace předchozího poznatkového systému** – 5 minut, opakování informací z testu z minulé hodiny.
- C. Motivace (stimulace)** – 2-3 minuty, aktivizační metoda – brainstorming na téma „Různá označení pro kondom“. Brainstorming je proveden pouze ústní formou, neprobíhá zápis na tabuli.
- D. Exponování nových poznatků (výklad)** – 15 minut, aktivizační metoda – Kostka. Žáci jsou rozděleni do 6 skupin. Úkolem skupin je přemýšlet a vyjádřit se k tématu podle různých hledisek (popiš, analyzuj, aplikuj, asociuj, argumentuj, porovnej). Postřehy skupin jsou poté zhodnoceny vyučujícím (přitom jsou shrnuty informace o novém učivu).
- E. Fixace a procvičení nového učiva** - 15 minut, aktivizační metoda – Zpřeházené věty. Žáci do dvojic dostanou rozstříhaný návod na použití kondomu a jejich úkolem je tyto věty správně seřadit. Poté následuje demonstrace navlékání kondomu (demonstruje vyučující).
- F. Praktická aplikace a komparace** – 3 minuty, zopakování cílů hodiny, zhodnocení toho, co se žákům v hodině podařilo a co méně, zadání domácího úkolu.

3. vyučovací jednotka (opakování antikoncepce):

Pracovní podmínky k zabezpečení výuky jsou následující:

zajistit:

- dostatečný počet výstupních testů,
- plakát (ukázka metody Pětílístek),

- archy papíru, pastelky, fixy, obrázky a jiné pomůcky výtvarné výchovy.

Struktura vyučovací hodiny včetně chronometráže:

- A. Prolog (úvod)** – 5 minut, zápis do třídní knihy, sdělení cílů hodiny, seznámení žáků s průběhem hodiny.
- B. Mobilizace předchozího poznatkového systému** – 5-10 minut, opakování informací prostřednictvím výstupního testu.
- C. Motivace (stimulace)** – 2-3 minuty, aktivizační metoda – Pětílístek na téma „kondom“. Tato metoda je žákům názorně představena prostřednictvím předem připraveného plakátu.
- D. Fixace a procvičení učiva** - 20 minut, aktivizační metoda – vytvoření plakátu (uváděny v přílohách na konci diplomové práce jako Příloha č. 9). Každá skupina má za úkol vytvořit plakát na dané téma (např. bariérová antikoncepce). Práce jednotlivých žáků musí být ve skupině rozdělena (např. jeden žák vše píše, jiný žák vystřihuje obrázky apod.)
- E. Praktická aplikace a komparace** – 3 minuty, zopakování cílů hodiny, zhodnocení toho, co se žákům v hodině podařilo a co méně, zadání domácího úkolu.

10. LITERATURA PRO ŽÁKY, PRO UČITELE:

Literatura pro žáky:

1. BARTÁK A. *Antikoncepce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 132 s. ISBN 80-247-1351-9.
2. KŘENKOVÁ K. *Antikoncepce*. 1. vyd. Praha: Jan Vašut, 2000. 32 s. ISBN 80-7236-173-2.
3. TROJAN O. *O čápech, vránách a dětech*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 152 s. ISBN 80-7169-821-0.

Literatura pro učitele:

1. AUGUSTUS J. *Sexuální výchova v rodině a ve škole*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1998. 80 s. ISBN 80-7192-331-1.
2. BARTÁK A. *Antikoncepce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 132 s. ISBN 80-247-1351-9.
3. ČEPICKÝ P. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. Praha: LEVRET, 2002. 92 s. ISBN 80-903183-0-4.
4. JANIŠ K, TÄBNER V. *Didaktika sexuální výchovy*. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 1999. 107 s. ISBN 80-7041-902-4.
5. MACKŮ F., MACKŮ J. *Gynekologové ženám*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1993. 264 s. ISBN 80-7169-323-5.
6. SEIDLOVÁ D. *Kontracepce v praxi*. Praha: MAXDORF, 1997. 148 s. ISBN 80-85800-39-X.
7. ŠILEROVÁ L. *Sexuální výchova – Jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 104 s. ISBN 80-247-0291-6.

- 9.** TROJAN O. *Jak mluvit s dětmi o sexu*. 1. vyd. Praha: Fragment, 2009. 152 s. ISBN 978-80-253-0833-2.
- 10.** UZEL R. *Antikoncepční kuchařka aneb Cesty k sexuálnímu zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 140 s. ISBN 80-7169-767-2.

11. PŘÍLOHY:

Příloha č. 1 – Vstupní a výstupní test

Příloha č. 2 – Pracovní listy – metoda Skládankové učení

Příloha č. 3 – Handout pro žáky

Příloha č. 4 – Souhrn antikoncepce

Příloha č. 5 – Zmenšené kartičky – metoda Kostka

Příloha č. 6 – Pracovní list – metoda Zpřeházené věty

Příloha č. 1 – Vstupní a výstupní test

Antikoncepce

1. Vysvětlí pojem antikoncepce:

2. Vyjmenované metody antikoncepce přiřad' k příslušné skupině.

Skupina:	Metody antikoncepce	
a.) bariérová	1 pilulky	7 nitroděložní tělísko
b.) hormonální	2 kondom	8 pesar
c.) chemická	3 spermicidní krém	9 přerušovaná soulož
d.) postkoitální	4 POSTINOR	10 měření bazální teploty
e.) biologická	5 hlenová metoda	
f.) nitroděložní	6 využívání dnů se sníženou plodností	

3. Spoj, co k sobě patří:

a.) kondom	1. brání zahníždění oplozeného vajíčka v děloze
b.) hormonální pilulky	2. muž ejakuluje mimo rodidla ženy
c.) nitroděložní tělísko	3. brání uzrávání vajíček ve vaječnících
d.) přerušovaná soulož	4. spermie se nedostanou do rodidel ženy

4. Doplň:

- a.) Měřítkem spolehlivosti antikoncepční metody je _____
b.) Udává nám _____

5. Seřad' níže uvedené antikoncepční metody podle spolehlivosti:

- | | |
|--------------------------|---|
| a.) pesar | b.) prezervativ |
| c.) nitroděložní tělísko | d.) přerušovaná soulož |
| e.) hormonální pilulky | f.) využívání dnů se sníženou plodností |

6. Vysvětlí, kterou výjimečnou předností vyniká prezervativ mezi ostatními metodami antikoncepce.

7. Uved' rozdíl mezi antikoncepcí a sterilizací.

„a“

Hormonální antikoncepce – brání dozrávání vajíček ve vaječnících.

Antikoncepční pilulky

- jsou složeny z hormonů, které se vyskytují v ženském organismu,
- regulují menstruační cyklus a zajišťují, aby se vajíčko neuvolnilo z vaječníků,
- bez vajíčka nemůže dojít k oplodnění,
- existuje mnoho druhů antikoncepčních tablet,
- tablety je třeba brát pravidelně (většinou každý den),
- lékař předepisuje tablety s ohledem na zdravotní stav ženy,
- všechny jsou téměř 100% účinné, pokud jsou užívány správně,
- podle dávkování progestinu během cyklu se dělí na jednofázové a vícefázové (nejčastěji třífázové),
- schéma 21 dní + 7 dní pauza (proti otěhotnění chrání i ve dnech, kdy se dělá přestávka),
- *vhodná pro dospívající dívky!!!*
- *předepisuje lékař,*
- má řadu příznivých vedlejších účinků: snížení rizika rakoviny dělohy a vaječniku (na polovinu), snížení rizika zánětu vnitřních rodidel (na třetinu), „krása a akné“,
- výhody: je vysoce účinná, můžete si perfektně naplánovat těhotenství, navádí pravidelný menstruační cyklus, můžete si s ní regulovat menstruaci při dovolené, během menstruačního cyklu netrpíte tak velkými bolestmi,
- nevýhody: nechrání před pohlavně přenosnými chorobami, při zapomenutí jedné tablety může selhat a nelze spoléhat celý cyklus, prodleva užití tablety by neměla být delší než 12 hodin,
- varování: U kuřáček jakéhokoliv věku jsou velmi zatíženy tepny a srdce, kouření totiž dává tepnám pořádně zabrat a nevhodný progestin vy škodlivost kouření mohl zmnohonásobit!!! U kuřáček, které berou hormonální antikoncepci, vzniká velmi vysoké riziko tvoření krevních sraženin.
- cena: různá, od 300 Kč (za 3 měsíce) až do 1000 Kč (za 3 měsíce).

„b“

antikoncepční implantát

- pět nebo šest silikonových kulatých kapslí se zavede pod kůži na ruce ženy – na vnitřní stranu paže,
- působí podobně jako antikoncepční tablety tím, že postupně uvolňují hormony,
- mohou být kdykoliv odstraněny,
- vydrží účinné až 5 let,
- metoda je téměř 100%,
- *předepisuje lékař,*
- výhoda: vysoká spolehlivost,
- nevýhoda: příliš drahé.

injekční antikoncepce (Depo-provera)

- jedná se o aplikaci injekce progestinu, který chrání před otěhotněním po tři měsíce,
- účinnost 99%,
- tento typ antikoncepce funguje na stejném principu jako minipilulky, tzn. že do organismu se pomalu rozpouštějí mikrokrystaly ve svalové tkáni,
- *není vhodná pro dospívající dívky,*
- *předepisuje lékař,*
- cena: 1 injekce na 3 měsíce stojí asi 150 Kč.
- nevýhoda: narušení pravidelnosti menstruačního cyklu Návrat plodnosti po vysazení této antikoncepce bývá v rozmezí 6-7 měsíců.

antikoncepční náplasti

- aktivní léčivá látka je zakomponována v lepidivé hmotě, kterou náplast drží na kůži,
- princip stejný jako princip tablet,
- lepí se na 3 týdny a pak se týden vynechá,
- *vhodné pro dospívající dívky,*
- *předepisuje lékař*
- výhoda: zajišťují trvalou plynulou dodávku hormonů do organismu, hormon se uvolňuje přes kůži, nejde přes trávicí soustavu, nejsou tak zatěžována játra,
- nevýhoda: je vidět, může se odlepit.

hormonální antikoncepční kroužek

- aktivní léčivá látka se dostává do těla přes sliznici pochvy
- povrch kroužku umožňuje jeho ponechání v pochvě po uvedenou dobu 3 týdnů, pak se vyjme a následuje týden bez kroužku, kdy se dostaví krvácení.

postkoitální antikoncepce

- antikoncepční metody, které jsou schopny zabránit otěhotnění i v případě, že byly použity až po pohlavním styku,
- vhodná při selhání kondomu nebo při znásilnění,
- př. POSTINOR - Tabletka musí žena použít do 72 hodin po „nehodě“. Postinor má být používán výhradně v případech nouze jako jakási tabletka poslední záchrany. Rozhodně to není způsob pravidelné „ochrany“ před otěhotněním, naopak!!! Hormonální náraz obvykle vede k narušení menstruačního cyklu a nepravidelnému krvácení. Požití vysoké dávky hormonů v tabletách může také u citlivých žen vyvolat nevolnost

Přípravek není volně prodejný, seženete jej jen na lékařský předpis.

„c“

Nitroděložní antikoncepce – brání zahnízdění oplozeného vajíčka v děloze.
IUD (nitroděložní tělíčko)

- **historie:** V historii nitroděložního tělíška se odborné literatury shodují na tom, že „již otec lékařství Řek Hippokrates (460-370 př. n. l.) prý zaváděl ženám do dělohy drobné předměty ze slonoviny, aby neotěhotněly. Později byly užívány spíše drahé kovy, někdy prý i zdobené diamanty,
- je vytvořeno z měkké umělé hmoty pokryté mědí nebo hormonem,
- u nás se pak nitroděložní tělíška označují pod názvem DANA (Dobrá A Neškodná Antikoncepce),
- tělíčko je zaváděno do dělohy lékařem,
- zavádí se během menstruace, protože otevření děložního čípku je lehčí, takže způsobí menší bolest,
- má tenké nylonové vlákno, které z něj visí do pochvy,
- nitroděložní tělíčko zabraňuje vajíčku, aby se uhnízdilo ve stěně dělohy, tak zabrání oplodněnému vajíčku v dalším vývoji,
- je téměř 100%,
- *vhodná pro ženy, které již rodily a které netrpí záněty vejcovodů,*
- *předepisuje lékař,*
- **výhody:** relativně levná (500 Kč za 5 let), žena nemusí myslet na ochranu před pohlavním stykem ani po něm, jednoduchost v používání a dlouhá doba použitelnosti,
- **nevýhody:** infekce, záněty vejcovodů, zmizení nitky (nutná kontrola), nespolehlivost, prodloužení a zesílení krvácení při menstruaci, mírné krvácení mezi cykly, určitá pravděpodobnost vypadnutí tělíška z pochvy, zvýšené riziko vzniku mimoděložního těhotenství a častá nutnost lékařských prohlídek.

Chemická antikoncepce – ochromuje pohyb spermií

- jedná se o různé krémy, pěny, čípky, houbičky, které obsahují chemické látky (spermicidy), které znehybňují nebo usmrcují spermie,
- obvykle se dávají do pochvy pomocí aplikátoru,
- vyžadují počkat alespoň 10 minut po zavedení spermicidů, než může být pohlavní styk realizován,
- hodinu po aplikaci jsou již neúčinné.
- **cena:** PHARMATEX
cena krému 1×72 g 267Kč
cena 10 globulí 237 Kč
cena 6 čípků 97 Kč

„d“

Bariérová antikoncepce – zabrání setkání vajíčka a spermie

Diafragma - pesar

- *historie*: první moderní gumový klobouček na děložní čípek byl zhotoven „na míru“ jedním německým gynekologem (Wilhelm Mensing) v roce 1838,
- je to *kulatý gumový klobouček*, do jehož lemu na okraji je zatavena pružná kovová spirála, která je dokonale pružná, můžeme ji snadno stlačit a po uvolnění tlaku zaujímá původní kruhovitý tvar
- ženy si zavádějí do vagíny diafragmu tak, jako kdyby to byl tampón,
- diafragma musí být zavedena do pochvy ne více než 6 hodin před pohlavním stykem,
- po pohlavním styku by měla zůstat zavedena ještě min. 8 hodin (v pochvě může být ponechána až 24 hodin),
- doporučuje se používat spolu se spermicidními krémy,
- diafragma musí vyhovovat velikostí,
- jsou účinné na 80-97 %,
- *předepisuje lékař*,
- *výhoda*: nerušitelnost při pohlavním styku (nepocítuje ho ani žena, ani partner), možnost jejího opakovaného použití,
- *nevýhoda*: nízká spolehlivost, obtížné zavádění, manipulace před stykem, potřeba zručnosti a nácviků. Tyto antikoncepční metody způsobují častější infekce močových cest a nechrání před pohlavními chorobami.

klobouček na děložní čípek (cervikální klobouček)

- *historie*: na počátku 20. století Marie Stopesová proklašovala, že polovina vymačkaného citrónu umístěného nad děložní čípek je pro urgentní antikoncepci lepší než vůbec nic,
- vypadá jako náprstek a je menší než diafragma,
- dává se na děložní čípek,
- musí být zaveden až 6 hodin před pohlavním stykem,
- ponechat nejméně 8 hodin po styku,
- nabízeny jsou v různých velikostech a tvarech,
- *předepisuje lékař*,
- *výhody* a *nevýhody* jsou stejné jako u diafragmy.

ženský kondom – Femidom

- vyrábějí se ze stejného materiálu jako kondomy mužské (polyuretanu),
- kondom se zavádí do pochvy,
- skládá se z 2 prstenců, mezi nimiž je polyuretan,
- menší prstenec se nasazuje na děložní čípek a větší zůstává vně pochvy,
- *snadno dostupný v lékárnách*,
- *výhody*: spolehlivost, ochrana před pohlavně přenosnými chorobami,
- *nevýhody*: alergie na gumovou nebo i spermicidní složku kondomů,
- *cena*: zhruba 40 Kč/1 ks.

Antikoncepce

Koncepce – oplodnění

Antikoncepce – (kontracepce) je souhrnný název pro metody, které způsobují dočasnou a vratnou ztrátu schopnosti oplodnění, a tak brání vzniku neplánovaného těhotenství

- **metoda dočasného zabránění těhotenství**
- **ochrana před nežádoucím otěhotněním**

Dělení antikoncepce:

mužská / ženská

hormonální/nitroděložní/ bariérová/chemická/biologické/

Metody hormonální – brání dozrávání vajíček ve vaječnicích

- antikoncepční pilulky, antikoncepční implantát, antikoncepční injekce, hormonální antikoncepční kroužek

Metody nitroděložní – brání zahnízdění oplozeného vajíčka v děloze

- nitroděložní tělísko

Metody bariérové – zabrání setkání vajíčka a spermie.

- ženský kondom, diafragma (pesar), klobouček na děložní čípek (cervikální klobouček)
- mužský kondom

Metody chemické – ochromují pohyb spermií

- krémy, pěny, čípky, houbičky

Metody postkoitální – vyvolají předčasnou menstruaci a vyplaví oplozené vajíčko

Metody biologické – vystříhat se pohlavním stykům v plodném období (kolem ovulace)

- přerušovaná soulož, přirozené plánování rodičovství

Měřítkem spolehlivosti antikoncepční metody je **těhotenské číslo** (% neúspěšnosti). Těhotenské číslo **udává počet otěhotnění u 100 párů, které žijí plným sexuálním životem a užívají určitou antikoncepční metodu po dobu 1 roku.**

Příloha č. 4 – Souhrn antikoncepce

Která antikoncepce je pro mě nejvhodnější?

Dnes máme k dispozici mnoho antikoncepčních metod a vybrat nemusí být vždy jednoduchý. Tento přehled Vám pomůže při rozhodování, která z metod bude nejlépe vyhovovat Vaším potřebám.

Hormonální antikoncepce

Zabraňuje zrání a uvolnění vajíčka (ženské zárodečné buňky) a v děloze vytváří nepřátelské prostředí pro spermie.

Antikoncepční metoda	Jak je účinná?	Jak často ji musím užívat?	Jsou nějaká omezení této metody?	Jak rychle mohu otěhotnět po přerušení užívání?	Potřebuji lékařský předpis?	Ochrání mě před pohlavními chorobami a HIV?	Mohu tuto metodu užívat při kojení?	Co bych měla o této metodě ještě vědět?
 Antikoncepce v náplasti	Vic jak 99%	Náplast se lepí jednou týdně po tři týdny, čtvrtý týden se vynechává	Mohou být zdravotní - je nutno předem konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vysazení	ANO	NE	NE	Zpoždění výměny náplasti o méně než 48 hodin nemá vliv na účinnost
 Kombinovaná pilulka (obsahuje estrogen a gestagen)	99%	Denně po 21 (někdy 28) dnů, vždy ve stejnou denní dobu	Mohou být zdravotní - je nutno předem konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vysazení	ANO	NE	NE	Zpoždění užití o víc jak 12 hodin může vést k selhání
 Minipilulka (obsahuje pouze gestagen)	98%	Denně, vždy ve stejnou denní dobu	Mohou být zdravotní - je nutno předem konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vysazení	ANO	NE	ANO	Zpoždění užití o víc jak 3 hodiny může vést k selhání
 Pohotovostní (záchranná) pilulka	98%	Možno užití do 72 hodin po nechráněném pohlavním styku nebo při selhání jiné antikoncepce	V případě rizika otěhotnění není absolutní důvod, proč antikoncepci nepodat	Používá se po pohlavním styku. Pokud ji neuzijete, můžete otěhotnět	ANO	NE	ANO ve výjimečném případě (užití ihned po kojení)	Není určena k pravidelnému užívání (nemá být použita víc jak jedenkrát měsíčně)
 Injekční antikoncepce	Vic jak 99%	Aplikuje se jednou za 3 měsíce (tj. 4x ročně)	Mohou být zdravotní - je nutno předem konzultovat s lékařem	Návrat plodnosti může trvat až 10 měsíců po vysazení	Injekce Vám aplikuje lékař	NE	ANO	Mohou se vyskytnout nepravidlosti menstruačního cyklu. Až 70% žen do roka užívání přestává menstruat
 Nitroděložní hormonální tělísko (IUS)	Vic jak 99%	Předpokládaná délka užití je 5 let (s možností předčasného ukončení)	Mohou být zdravotní - je nutno předem konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vyjmutí tělíska	IUS zavádí a vyjímá lékař	NE	ANO	Mohou se vyskytnout nepravidlosti menstruačního cyklu. Až 20% žen do roka užívání přestává menstruat
 Podkožní tyčinka (implantát)	99%	Předpokládaná délka užití je 3 roky (s možností předčasného ukončení)	Mohou být zdravotní - je nutno předem konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vyjmutí tělíska	Do podkoží vnitřní strany paže vpichuje a vyjímá lékař	NE	NE	Mohou se vyskytnout nepravidlosti menstruačního cyklu. Až 40% žen do roka užívání přestává menstruat
 Mužský kondom	93%	Nutno použít při každém pohlavním styku	Oznamte svému lékaři, že máte v plánu užívat tuto metodu	Pokud nepoužijete kondom, nejste chráněni před otěhotněním	NE	ANO	ANO	K dosažení dobré účinnosti a jako ochrana před pohlavními chorobami se musí používat důsledně od počátku do konce pohlavního styku
 Spermicidy (ve formě vaginálních čípků nebo gelu)	95%	Nutno zavést do pochvy deset minut před každým pohlavním stykem	Oznamte svému lékaři, že máte v plánu užívat tuto metodu	Pokud čípky nebo gel nepoužijete, nejste chráněni před otěhotněním	NE	NE	ANO	Vhodně kombinovat s jinou antikoncepční metodou (nejlépe s mužským kondorem)
 Nitroděložní tělísko (IUD)	98%	Předpokládaná délka užití je 5 let (s možností předčasného ukončení)	Mohou být zdravotní - je nutno předem konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vyjmutí	Tělísko zavádí a vyjímá lékař	NE	ANO	Méně vhodné pro ženy, které ještě nerodily
 Sterilizace	Vic jak 99%	Chirurgický zákrok, po jehož provedení jste trvale neplodná	Omezeno pro ženy nad 40 let, ženy s více dětmi a při zdravotní nevhodnosti jiné metody	Po provedení zákroku již nelze otěhotnět	Sterilizaci (chirurgické přerušování vejcovodu) provádí lékař	NE	ANO	Nevhodné pro ženy, které ještě v budoucnu zvažují těhotenství

Vydáno v rámci programu CONTRACEPTIVE AD FOR TEENS. © MUDr. Petr Kovář, Ostrava, 2004

Popiš	Jak vypadá, vlastnosti, charakteristika, z čeho je vyroben...
Porovnej	Porovnej tuto antikoncepční metodu s jiným antikoncepčním prostředkem (výhody, nevýhody).
Aplikuj	K čemu se používá.
Asociuj	Napiš, co tě napadá, když se řekne slovo kondom (nějaká příhoda, zážitek, cokoliv).
Argumentuj	Kondom ano nebo ne? Proč?
Analyzuj	Jak se používá.

Opatrně vyjmeme kondom z obalu a dáváme při tom pozor, aby se kondom nepoškodil.

Kondom se navléká až před vlastním pohlavním spojením na ztopořený úd.

Na špičce kondomu musí zůstat malý prostor k zachycení spermatu.

Kondom postupně odvíjíme a navlékáme na penis až k jeho kořeni.

Po výronu semene je nutné přidržit okraj kondomu u kořene penisu a penis z pochvy vysunout dřív než opadne erekce, aby nedošlo k úniku spermatu.

Po ukončení pohlavního styku je třeba kondom sejmout tahem za jeho konec a dbáme při tom, aby se semeno nevytlilo.

Použitý kondom nevyhazujeme nikdy do WC, protože jej nelze spláchnout, ale zabalíme jej do papíru a odhodíme do odpadkového koše.

5 Závěr

K tomu, aby bylo možné problematiku sexuální výchovy a konkrétně antikoncepce přiblížit, bylo nejdříve nutné získat patřičné informace studiem zdrojů, to znamená literatury, časopisů, příruček, internetu apod. Snažili jsme se využít těchto zdrojů k sepsání práce, která by byla přínosem pro veřejnost a těm, kteří práci budou číst. Myslíme si, že je důležité o těchto věcech mluvit, podávat informace a především tuto problematiku nepodceňovat.

V diplomové práci jsme se teoreticky zabývali sexuální výchovou, nastínili jsme její historii, roli rodiny i školy. Blíže jsme také popsali zařazení sexuální výchovy do Rámcového vzdělávacího programu ZŠ a školních vzdělávacích programů. Dále jsme charakterizovali jednotlivé druhy antikoncepce, ke kterým jsme uváděli nejenom jejich historii, ale také jejich vlastnosti, výhody a nevýhody. Bylo nutné si vysvětlit vybrané aktivizační metody sexuální výchovy, zejména pak ty z mezinárodního programu RWCT (Reading and Writing for Critical Thinking), což můžeme do češtiny přeložit jako Čtením a psaním ke kritickému myšlení. Pomocí těchto metod jsme poté sestavovali metodické listy, které jsme shromáždili v metodickém balíčku.

Poté jsme naše poznatky aplikovali v praxi při výuce jednotlivých druhů antikoncepce, a to zejména za pomoci vybraných aktivizačních metod. Snažili jsme se dokázat, že využití těchto metod je pro žáky mnohem zábavnější a pro samotnou výuku efektivnější než práce s klasickými výukovými metodami. Proto jsme také v praktické části popsali námi zvolené aktivizační metody, které jsme následně aplikovali při výuce antikoncepce v 9. třídách ZŠ. K posouzení výsledků žáků nám sloužili vstupní a výstupní testy, které byly naprosto shodné. Jejich porovnáním jsme dospěli k závěru, že po realizaci těchto metod žáci věděli o antikoncepci mnohem více než na začátku naší práce. Následně měli také samotní žáci možnost jednotlivé metody zhodnotit a posoudit, a to prostřednictvím dotazníku k výukovým metodám, ve kterém posuzovali, zda byli pro výuku jednotlivé metody přínosné a efektivní. I přesto, že se s některými metodami doposud nesetkali, jejich ohlasy byly velmi kladné.

K zamyšlení zůstává, o kolik by byla větší rozdíl v úrovni znalostí při použití klasických výukových metod s porovnáním aktivizačních metod. Bohužel v praxi jsme neměli tuto možnost prokázat, avšak věříme, že aktivizační metody jsou pro výuku mnohem prospěšnější a efektivnější než využití klasických, zejména výukových, metod.

6 Souhrn

V diplomové práci jsme se zaměřili na didaktické metody v sexuální výchově, konkrétně pak na ty, které je možné aplikovat při výuce antikoncepce. Nejprve jsme museli vytvořit teoretický podklad, který se skládá z definování sexuální výchovy, její historie, role rodiny a role školy v rámci sexuální výchovy a blíže jsme také popsali zařazení sexuální výchovy do Rámcového vzdělávacího programu a do Školních vzdělávacích programů. Poté bylo potřeba přiblížit téma antikoncepce, které je v dnešní moderní době mnoho druhů a tudíž bylo nutné se zaměřit na každý druh a jeho způsob použití, historii, vlastnosti, výhody a nevýhody zvlášť. Rozdělili jsme si jednotlivé druhy na přirozenou, bariérovou, chemickou, nitroděložní, hormonální antikoncepci, další formy hormonální antikoncepce a chirurgickou antikoncepci. Pro naši praktickou část bylo také nepostradatelné popsat vybrané aktivizační metody sexuální výchovy, ve kterých jsme se blíže zabývali problémovým vyučováním, diskusními, situačními, inscenačními metodami, dále také didaktickými hrami a speciálními metodami, do kterých jsme zařadili reaktivně nové aktivizační metody v rámci mezinárodního programu Čtením a psaním ke kritickému myšlení.

Tento teoretický potenciál nám sloužil k vypracování praktické části, kterou jsme věnovali vytvoření příprav na výuku pro 9. ročník jedné konkrétní základní školy, kde jsme měli v rámci praxe možnost realizovat námi vytvořené přípravy, které obsahovali zvolené aktivizační a didaktické metody. Tyto přípravy jsme seskupili a vytvořili jsme z nich metodický balíček, který může v budoucnu sloužit jako podkladový materiál pro učitele. Dále bylo potřeba vytvořit vstupní a výstupní test a dotazník, které nám sloužily pro zhodnocení úspěšnosti a efektivnosti našich metod. Nakonec jsme naše výsledky převedli do podoby tabulek a grafů. Přílohy obsahují vytvořené pracovní listy sloužící pro výuku a práci žáků ve formě myšlenkových map a plakátů týkajících se jednotlivých druhů antikoncepce.

7 Summary

In this thesis we have focused on didactical methods in sexual education, especially on that ones, which can be applied during teaching the topic of contraception. First of all we had to create theoretical basis, which consists of the definition of sexual education and its history, role of the family and school within sexual education .We also closely described the classification of sexual education in “General educational program” and “School educational program”. Then it was necessary to describe the topic of contraception: there are a lot of its types in today’s modern times and therefore it was essential to focus on each kind and its way of use, history, characteristics, advantages and disadvantages. We have sorted each type out into natural, barrier, chemical, intrauterine, hormonal, surgical and other types of contraception. For our practical part it was essential to describe representative activizational methods of sexual education, in which we dealt with problematical teaching, methods of discussion, situational methods, staging methods and also with didactical games and special methods. In these methods there are involved new activizational methods within the frame of the international program “By reading and writing to critical thinking”.

This theoretical potential served us to elaborate the practical part, which is dedicated to creation of teaching materials for 9th grade in one specific basic school. In this school we had the possibility to implement prepared materials that included chosen activizational and didactical methods. We have gathered these materials and created methodical package, which can serve as a source for teachers in the future. Then it was necessary to create an entry and final test and a questionnaire – these helped us to evaluate the fruitfulness and the efficiency of our methods. At last we have transferred our outputs into the form of tables and charts. The appendices contain created working papers serving for teaching and the work of students in the form of cognitive maps and posters related to particular kinds of contraception.

Seznam literatury

1. AUGUSTUS J. *Sexuální výchova v rodině a ve škole*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1998. 80 s. ISBN 80-7192-331-1.
2. BARTÁK A. *Antikoncepce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 132 s. ISBN 80-247-1351-9.
3. ČEPICKÝ P. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. Praha: LEVRET, 2002. 92 s. ISBN 80-903183-0-4.
4. FIFKOVÁ H. a kolektiv. *Sexuální výchova – vybraná témata*. 1. vyd. Praha: MediaDIDA, 2009. 80 s. ISBN 80-87000-29-8.
5. GRECMANOVÁ H., URBANOVSKÁ E. *Aktivizační metody ve výuce, prostředek ŠVP*. 1. vyd. Olomouc: HANEX, 2007. 180 s. ISBN 80-85783-73-8.
6. HAJNOVÁ R., KLEINOVÁ S. *Průvodce sexuální výchovou pro základní a střední školy*. 1. vyd. Brno: Institut pro vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 86 s. ISBN 80-7013-359-7.
7. JANIŠ K. *Učební text k problematice rodinné a sexuální výchovy*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. 117 s. ISBN 978-80-7041-898-7.
8. JANIŠ K. *Obecná didaktika – vybraná témata*. 3. vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2007. 108 s. ISBN 978-80-7041-297-8.
9. JANIŠ K, TÄBNER V. *Didaktika sexuální výchovy*. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 1999. 107 s. ISBN 80-7041-902-4.
10. KOTRBA T., LACINA L. *Praktické využití aktivizačních metod*. 1. vyd. Brno: Barrister&Principal, 2007, 186 s. ISBN 978-80-87029-12-1.

11. KŘENKOVÁ K. *Antikoncepce*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Vašut, 2000. 32 s. ISBN 80-7236-173-2.
12. LAASER M. *Jak mluvit s dětmi o sexu*. 1. vyd. Praha: SAMUEL, 2004. 183 s. ISBN 80-86849-03-1.
13. MACKŮ F., MACKŮ J. *Gynekologové ženám*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1993. 264 s. ISBN 80-7169-323-5.
14. MACHOVÁ J., MARÁDOVÁ E., KLEMENTA J. a kol. *Základy sexuální výchovy*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1998. 98 s. ISBN 80-86039-63-3.
15. MAŇÁK J. *Stručný nástin metodiky tvořivé práce ve škole*. Brno: Paido, 2001. 46 s. ISBN 80-7315-002-6.
16. PETTY G. *Moderní vyučování*. 5. vyd. Praha: Portál, 2008. 380 s. ISBN 978-80-7367-427-4.
17. PRESL J. *Kontracepce*. 1. vyd. Praha: Galén, 1993. 147 s. ISBN 80-85824-01-9.
18. RAŠKOVÁ M. *Připravenost učitele k sexuální výchově v kontextu pedagogické teorie a praxe v české primární škole*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 190 s. ISBN 978-80-244-2077-6.
19. SEIDLOVÁ D. *Kontracepce v praxi*. Praha: MAXDORF, 1997. 148 s. ISBN 80-85800-39-X.
20. SZAREWSKÁ A., GUILLEBAUD J. *Antikoncepce – praktická příručka*. 1. vyd. Praha: VICTORIA PUBLISHING, 1996. 222 s. ISBN 80-85865-55-6.
21. ŠILEROVÁ L. *Sexuální výchova – Jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 104 s. ISBN 80-247-0291-6.

22. ŠULOVÁ L., FAIT T., WEISS P. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. 1. vyd. Praha:MAXDORF, 2011. 439 s. ISBN 978-80-7345-238-4.
23. TÄUBNER V. *Metodika sexuální výchovy*. 2. vyd. Praha: Fortuna, 1997. 45 s. ISBN 80-7168-403-1.
24. TÄUBNER V., JANIŠ K. *Na pomoc studentům a učitelům v sexuální výchově*. 1. vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 1998. 50 s. ISBN 80-7041-194-5.
25. TOMKOVÁ A. *Program Čtením a psaním ke kritickému myšlení v primární škole*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2007. 97 s. ISBN 978-80-7290-315-3.
26. TROJAN O. *Jak mluvit s dětmi o sexu*. 1. vyd. Praha: Fragment, 2009. 152 s. ISBN 978-80-253-0833-2.
27. UZEL R. *Antikoncepční kuchařka aneb Cesty k sexuálnímu zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 140 s. ISBN 80-7169-767-2.
28. UZEL R., KOVÁŘ P. *Antikoncepční otázky*. 1. vyd. Ostrava: CAT Publishing, 2010. 164 s. ISBN 978-80-904290-0-0.
29. VRÁNOVÁ V. *Výchova k reprodukčnímu zdraví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 107 s. ISBN 978-80-244-2629-7.

Internetové zdroje

1. Příspěvatelé Výbor na ochranu rodičovských práv, *Kdo jsme* [online]. Sekce O nás, c2011. Datum poslední revize 2012, [cit. 2011-11-10]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.vorp.cz/clanek/kdo-jsme/>>.
2. KOTAČKOVÁ L., *Progesteron* [online]. Sekce Top lékař, c2011. Datum poslední revize 2011, [cit. 2011-11-13]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.toplekar.cz/laboratorni-hodnoty/progesteron.html>>.
3. Příspěvatelé Top lékař, *ČR hlásí 180 nových pacientů s HIV* [online]. Sekce Top lékař, c2011. Datum poslední revize 2011, [cit. 2011-11-13]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.toplekar.cz/archiv-clanku/cr-hlasi-180-novych-pacientu-s-hiv.html>>.
4. Příspěvatelé MedicaHealthworld, *Sexuální chování obyvatel ČR - výsledky národního výzkumu číslo IV* [online]. Servis pro novináře, c2011. Datum poslední revize 2011, [cit. 2011-11-13]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.mhw.cz/media/?pid=32>>.
5. UHROVÁ E. *Historický vývoj, současný stav a perspektivy v užívání perorální hormonální kontracepce* [online]. Sekce Zdravotnické noviny, c2011. Datum poslední revize 1999, [cit. 2011-11-13]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/historicky-vyvoj-soucasny-stav-a-perspektivy-v-uzivani-peroralni-122210>>.
6. Příspěvatelé České noviny. *Průzkum: Mladí lidé neznají možnosti antikoncepce a nechrání se při sexu* [online]. Sekce České noviny, c2011. Datum poslední revize 2011, [cit. 2011-11-13]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/pruzkum-mladi-lide-neznaji-moznosti-antikoncepce-a-nechrani-se-pri-sexu/691426&id_seznam=8843>.
7. Příspěvatelé Federal Centre For Health Education. *WHO Regional Office for Europe and BZgA: Standards for Sexuality Education in Europe* [online]. Sekce BZgA, c2011. Datum poslední revize 2010, [cit. 2011-11-13]. Dostupné na

World Wide Web: <<http://www.bzga-whocc.de/?uid=5a7e4d02983fea9cda394d6c9e8e43d9&id=Seite4489>>.

8. NEZVAL J. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání - verze 2007* [online]. Sekce MŠMT, c2011. Datum poslední revize 2009, [cit. 2011-11-13]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/ramcovy-vzdelavaci-program-pro-zakladni-vzdelavani-verze-2007>>.
9. Příspěvatelé ZŠ Mariánské náměstí. *Školní vzdělávací program* [online]. Sekce ŠVP, c2011. Datum poslední revize 2011, [cit. 2011-11-13]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.zsmarianske.cz/svp.htm>>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Vstupní a výstupní test

Příloha č. 2: Dotazník k výukovým metodám

Příloha č. 3: Pracovní listy – metoda Skládankové učení

Příloha č. 4: Handout pro žáky

Příloha č. 5: Souhrn antikoncepce

Příloha č. 6: Zmenšené kartičky – metoda Kostka

Příloha č. 7: Pracovní list – metoda Zpřeházené věty

Příloha č. 8: Myšlenkové mapy antikoncepce

Příloha č. 9: Plakáty jednotlivých druhů antikoncepce

Příloha č. 1: Vstupní a výstupní test

Antikoncepce

1. Vysvětlí pojem antikoncepce:

2. Vyjmenované metody antikoncepce přiřaď k příslušné skupině.

Skupina:	Metody antikoncepce	
a.) bariérová	1 pilulky	7 nitroděložní tělísko
b.) hormonální	2 kondom	8 pesar
c.) chemická	3 spermicidní krém	9 přerušovaná soulož
d.) postkoitální	4 POSTINOR	10 měření bazální teploty
e.) biologická	5 hlenová metoda	
f.) nitroděložní	6 využívání dnů se sníženou plodností	

3. Spoj, co k sobě patří:

a.) kondom	1. brání zahníždění oplozeného vajíčka v děloze
b.) hormonální pilulky	2. muž ejakuluje mimo rodidla ženy
c.) nitroděložní tělísko	3. brání uzrávání vajíček ve vaječnících
d.) přerušovaná soulož	4. spermie se nedostanou do rodidel ženy

4. Doplň:

a.) Měřítkem spolehlivosti antikoncepční metody je _____

b.) Udává nám _____

5. Seřaď níže uvedené antikoncepční metody podle spolehlivosti:

a.) pesar	b.) prezervativ
c.) nitroděložní tělísko	d.) přerušovaná soulož
e.) hormonální pilulky	f.) využívání dnů se sníženou plodností

6. Vysvětlí, kterou výjimečnou předností vyniká prezervativ mezi ostatními metodami antikoncepce.

7. Uveď rozdíl mezi antikoncepcí a sterilizací.

Příloha č. 2: Dotazník k výukovým metodám

1. Která metoda se ti zdála při výuce antikoncepce nejefektivnější?

- metoda **UČENÍ SE NAVZÁJEM** (ženská antikoncepce)
1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
- metoda **MYŠLENKOVÁ MAPA**
1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
- metoda **KOSTKA** (aplikuj, analyzuj, popiš, porovnej, asociuj, argumentuj – kondom)
1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
- metoda **ZPŘEHÁZENÝCH VĚT** (návod na použití kondomu)
1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
- metoda **PĚTILÍSTEK** (antikoncepce)
1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
- hra – **VYTVORENÍ PLAKÁTU**
1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

2. Byla pro tebe práce ve formě různých metod přínosná?

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

3. Líbila se ti práce s těmito metodami?

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

4. Jak hodnotíš odbornou připravenost vyučující?

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

5. Jak hodnotíš svou individuální práci?

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

6. Jak hodnotíš práci tvé třídy?

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Příloha č. 3: Pracovní listy – metoda Skládankové učení

„a“

Hormonální antikoncepce – brání dozrávání vajíček ve vaječnicích.

Antikoncepční pilulky

- jsou složeny z hormonů, které se vyskytují v ženském organismu,
- regulují menstruační cyklus a zajišťují, aby se vajíčko neuvolnilo z vaječnicků,
- bez vajíčka nemůže dojít k oplodnění,
- existuje mnoho druhů antikoncepčních tablet,
- tablety je třeba brát pravidelně (většinou každý den),
- lékař předepisuje tablety s ohledem na zdravotní stav ženy,
- všechny jsou téměř 100% účinné, pokud jsou užívány správně,
- podle dávkování progestinu během cyklu se dělí na jednofázové a vícefázové (nejčastěji třífázové),
- schéma 21 dní + 7 dní pauza (proti otěhotnění chrání i ve dnech, kdy se dělá přestávka),
- *vhodná pro dospívající dívky!!!*
- *předepisuje lékař,*
- má řadu příznivých vedlejších účinků: snížení rizika rakoviny dělohy a vaječnicku (na polovinu), snížení rizika zánětu vnitřních rodidel (na třetinu), „krása a akné“,
- výhody: je vysoce účinná, můžete si perfektně naplánovat těhotenství, navádí pravidelný menstruační cyklus, můžete si s ní regulovat menstruaci při dovolené, během menstruačního cyklu netrpíte tak velkými bolestmi,
- nevýhody: nechrání před pohlavně přenosnými chorobami, při zapomenutí jedné tablety může selhat a nelze spoléhat celý cyklus, prodleva užití tablety by neměla být delší než 12 hodin,
- varování: U kuřáček jakéhokoliv věku jsou velmi zatíženy tepny a srdce, kouření totiž dává tepnám pořádně zabrat a nevhodný progestin vy škodlivost kouření mohl zmnohonásobit!!! U kuřáček, které berou hormonální antikoncepci, vzniká velmi vysoké riziko tvoření krevních sraženin.
- cena: různá, od 300 Kč (za 3 měsíce) až do 1000 Kč (za 3 měsíce).

„b“

antikoncepční implantát

- pět nebo šest silikonových kulatých kapslí se zavede pod kůži na ruce ženy – na vnitřní stranu paže,
- působí podobně jako antikoncepční tablety tím, že postupně uvolňují hormony,
- mohou být kdykoliv odstraněny,
- vydrží účinné až 5 let,
- metoda je téměř 100%,
- *předepisuje lékař,*
- výhoda: vysoká spolehlivost,
- nevýhoda: příliš drahé.

injekční antikoncepce (Depo-provera)

- jedná se o aplikaci injekce progestinu, který chrání před otěhotněním po tři měsíce,
- účinnost 99%,
- tento typ antikoncepce funguje na stejném principu jako minipilulky, tzn. že do organismu se pomalu rozpouštějí mikrokrytaly ve svalové tkáni,
- *není vhodná pro dospívající dívky,*
- *předepisuje lékař,*
- cena: 1 injekce na 3 měsíce stojí asi 150 Kč.
- nevýhoda: narušení pravidelnosti menstruačního cyklu Návrat plodnosti po vysazení této antikoncepce bývá v rozmezí 6-7 měsíců.

antikoncepční náplasti

- aktivní léčivá látka je zakomponována v lepidelné hmotě, kterou náplast drží na kůži,
- princip stejný jako princip tablet,
- lepí se na 3 týdny a pak se týden vynechá,
- *vhodné pro dospívající dívky,*
- *předepisuje lékař*
- výhoda: zajišťují trvalou plynulou dodávku hormonů do organismu, hormon se uvolňuje přes kůži, nejde přes trávicí soustavu, nejsou tak zatěžována játra,
- nevýhoda: je vidět, může se odlepit.

hormonální antikoncepční kroužek

- aktivní léčivá látka se dostává do těla přes sliznici pochvy
- povrch kroužku umožňuje jeho ponechání v pochvě po uvedenou dobu 3 týdnů, pak se vyjme a následuje týden bez kroužku, kdy se dostaví krvácení.

postkoitální antikoncepce

- antikoncepční metody, které jsou schopny zabránit otěhotnění i v případě, že byly použity až po pohlavním styku,
- vhodná při selhání kondomu nebo při znásilnění,
- př. POSTINOR - Tabletku musí žena použít do 72 hodin po „nehodě“. Postinor má být používán výhradně v případech nouze jako jakási tabletková poslední záchrana. Rozhodně to není způsob pravidelné „ochrany“ před otěhotněním, naopak!!! Hormonální náraz obvykle vede k narušení menstruačního cyklu a nepravidelnému krvácení. Požití vysoké dávky hormonů v tabletách může také u citlivých žen vyvolat nevolnost

Přípravek není volně prodejný, seženete jej jen na lékařský předpis.

„d“

Bariérová antikoncepce – zabránění setkání vajíčka a spermie

Diafragma - pesar

- *historie*: první moderní gumový klobouček na děložní čípek byl zhotoven „na míru“ jedním německým gynekologem (Wilhelm Mensing) v roce 1838,
- je to *kulatý gumový klobouček*, do jehož lemu na okraji je zatavena pružná kovová spirála, která je dokonale pružná, můžeme ji snadno stlačit a po uvolnění tlaku zaujímá původní kruhovitý tvar
- ženy si zavádějí do vagíny diafragmu tak, jako kdyby to byl tampón,
- diafragma musí být zavedena do pochvy ne více než 6 hodin před pohlavním stykem,
- po pohlavním styku by měla zůstat zavedena ještě min. 8 hodin (v pochvě může být ponechána až 24 hodin),
- doporučuje se používat spolu se spermicidními krémy,
- diafragma musí vyhovovat velikostí,
- jsou účinné na 80-97 %,
- *předepisuje lékař*,
- *výhoda*: nerušitelnost při pohlavním styku (nepocituje ho ani žena, ani partner), možnost jejího opakovaného použití,
- *nevýhoda*: nízká spolehlivost, obtížné zavádění, manipulace před stykem, potřeba zručnosti a nácviků. Tyto antikoncepční metody způsobují častější infekce močových cest a nechrání před pohlavními chorobami.

klobouček na děložní čípek (cervikální klobouček)

- *historie*: na počátku 20. století Marie Stopesová proklašovala, že polovina vymačkaného citrónu umístěného nad děložní čípek je pro urgentní antikoncepci lepší než vůbec nic,
- vypadá jako náprstek a je menší než diafragma,
- dává se na děložní čípek,
- musí být zaveden až 6 hodin před pohlavním stykem,
- ponechat nejméně 8 hodin po styku,
- nabízeny jsou v různých velikostech a tvarech,
- *předepisuje lékař*,
- *výhody* a *nevýhody* jsou stejné jako u diafragmy.

ženský kondom – Femidom

- vyrábějí se ze stejného materiálu jako kondomy mužské (polyuretanu),
- kondom se zavádí do pochvy,
- skládá se z 2 prstenců, mezi nimiž je polyuretan,
- menší prstenec se nasazuje na děložní čípek a větší zůstává vně pochvy,
- *snadno dostupný v lékárnách*,
- *výhody*: spolehlivost, ochrana před pohlavně přenosnými chorobami,
- *nevýhody*: alergie na gumovou nebo i spermicidní složku kondomů,
- *cena*: zhruba 40 Kč/1 ks.

Příloha č. 4 – Handout pro žáky

Antikoncepce

Koncepce – oplodnění

Antikoncepce – (kontracepce) je souhrnný název pro metody, které způsobují dočasnou a vratnou ztrátu schopnosti oplodnění, a tak brání vzniku neplánovaného těhotenství

- **metoda dočasného zabránění těhotenství**
- **ochrana před nežádoucím otěhotněním**

Dělení antikoncepce:

mužská / ženská

hormonální/nitroděložní/ bariérová/chemická/biologické/

Metody hormonální – brání dozrávání vajíček ve vaječnicích

- antikoncepční pilulky, antikoncepční implantát, antikoncepční injekce, hormonální antikoncepční kroužek

Metody nitroděložní – brání zahnízdění oplozeného vajíčka v děloze

- nitroděložní tělísko

Metody bariérové – zabrání setkání vajíčka a spermie.

- ženský kondom, diafragma (pesar), klobouček na děložní čípek (cervikální klobouček)
- mužský kondom

Metody chemické – ochromují pohyb spermií

- krémy, pěny, čípky, houbičky

Metody postkoitální – vyvolají předčasnou menstruaci a vyplaví oplozené vajíčko

Metody biologické – vystříhat se pohlavním stykům v plodném období (kolem ovulace)

- přerušovaná soulož, přirozené plánování rodičovství

Měřítkem spolehlivosti antikoncepční metody je **těhotenské číslo** (% neúspěšnosti). Těhotenské číslo **udává počet otěhotnění u 100 párů, které žijí plným sexuálním životem a užívají určitou antikoncepční metodu po dobu 1 roku.**



Příloha č. 5 – Souhrn antikoncepce

Která antikoncepce je pro mě nejvhodnější?

Dnes máme k dispozici mnoho antikoncepčních metod a výběr nemusí být vždy jednoduchý. Tento přehled Vám pomůže při rozhodování, která z metod bude nejlépe vyhovovat Vaším potřebám.

Hormonální antikoncepce

Zabraňuje zrání a uvolnění vajíčka (ženské zárodečné buňky) a v děloze vytváří nepřátelské prostředí pro spermie.

Antikoncepční metoda	Jak je účinná?	Jak často ji musím užívat?	Jsou nějaká omezení této metody?	Jak rychle mohu otěhotnět po přerušení užívání?	Potřebuji lékařský předpis?	Ochrání mě před pohlavními chorobami a HIV?	Mohu tuto metodu užívat při kojení?	Co bych měla o této metodě ještě vědět?
 Antikoncepce v náplasti	Víc jak 99%	Náplast se lepí jednou týdně po tři týdny, čtvrtý týden se vynechává	Mohou být zdravotní - je nutno předem konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vysazení	ANO	NE	NE	Zpoždění výměny náplasti o méně než 48 hodin nemá vliv na účinnost
 Kombinovaná pilulka (obsahuje estrogen a gestagen)	99%	Denně po 21 (někdy 28) dnů, vždy ve stejnou denní dobu	Mohou být zdravotní - je nutno předem konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vysazení	ANO	NE	NE	Zpoždění užití o víc jak 12 hodin může vést k selhání
 Minipilulka (obsahuje pouze gestagen)	98%	Denně, vždy ve stejnou denní dobu	Mohou být zdravotní - je nutno předem konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vysazení	ANO	NE	ANO	Zpoždění užití o víc jak 3 hodiny může vést k selhání
 Pohotovostní (záchranná) pilulka	98%	Možno užití do 72 hodin po nechráněném pohlavním styku nebo při selhání jiné antikoncepce	V případě rizika otěhotnění není absolutní důvod, proč antikoncepci nepodat	Používá se po pohlavním styku. Pokud ji neužijete, můžete otěhotnět	ANO	NE	ANO ve výjimečném případě (užití ihned po kojení)	Není určena k pravidelnému užívání (nesmí být použita víc jak jedenkrát měsíčně)
 Injekční antikoncepce	Víc jak 99%	Aplikuje se jednou za 3 měsíce (tj. 4x ročně)	Mohou být zdravotní - je nutno předem konzultovat s lékařem	Návrat plodnosti může trvat až 10 měsíců po vysazení	Injekce Vám aplikuje lékař	NE	ANO	Mohou se vyskytnout nepravidelnosti menstruačního cyklu. Až 70% žen do roka užívání přestává menstruuovat
 Nitroděložní hormonální tělísko (IUS)	Víc jak 99%	Předpokládáná délka užití je 5 let (s možností předčasného ukončení)	Mohou být zdravotní - je nutno předem konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vyjmutí tělíska	IUS zavádí a vyjímá lékař	NE	ANO	Mohou se vyskytnout nepravidelnosti menstruačního cyklu. Až 20% žen do roka užívání přestává menstruuovat
 Podkožní tyčinka (implantát)	99%	Předpokládáná délka užití je 3 roky (s možností předčasného ukončení)	Mohou být zdravotní - je nutno předem konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vyjmutí tělíska	Do podkoží vnítrní strany paže vpichuje a vyjímá lékař	NE	NE	Mohou se vyskytnout nepravidelnosti menstruačního cyklu. Až 40% žen do roka užívání přestává menstruuovat
 Mužský kondóm	93%	Nutno použít při každém pohlavním styku	Oznamte svému lékaři, že máte v plánu užívat tuto metodu	Pokud nepoužijete kondóm, nejste chráněna před otěhotněním	NE	ANO	ANO	K dosažení dobré účinnosti a jako ochrana před pohlavními chorobami se musí používat důsledně od počátku do konce pohlavního styku
 Spermicidy (ve formě vaginálních čípků nebo gelu)	95%	Nutno zavést do pochvy deset minut před každým pohlavním stykem	Oznamte svému lékaři, že máte v plánu užívat tuto metodu	Pokud čípky nebo gel nepoužijete, nejste chráněna před otěhotněním	NE	NE	ANO	Vhodné kombinovat s jinou antikoncepční metodou (nejlépe s mužským kondómem)
 Nitroděložní tělísko (IUD)	98%	Předpokládáná délka užití je 5 let (s možností předčasného ukončení)	Mohou být zdravotní - je nutno předem konzultovat s lékařem	V měsíci následujícím po vyjmutí	Tělísko zavádí a vyjímá lékař	NE	ANO	Méně vhodné pro ženy, které ještě nerodily
 Sterilizace	Víc jak 99%	Chirurgický zákrok, po jehož provedení jste trvale neplodná	Omezeno pro ženy nad 40 let, ženy s více dětmi a při zdravotní nevhodnosti jiné metody	Po provedení zákroku již nelze otěhotnět	Sterilizaci (chirurgické přerušování vejcovodu) provádí lékař	NE	ANO	Nevhodné pro ženy, které ještě v budoucnu zvažují těhotenství

Nehormonální antikoncepce

Chrání před otěhotněním vytvářením bariér proti spermím, zamezují jejich pohybu nebo vytváří v děloze nepřátelské prostředí vůči nim.

Příloha č. 6 – Zmenšené kartičky –metoda Kostka

Popiš	Jak vypadá, vlastnosti, charakteristika, z čeho je vyroben...
Porovnej	Porovnej tuto antikoncepční metodu s jiným antikoncepčním prostředkem (výhody, nevýhody).
Aplikuj	K čemu se používá.
Asociuj	Napiš, co tě napadá, když se řekne slovo kondom (nějaká příhoda, zážitek, cokoliv).
Argumentuj	Kondom ano nebo ne? Proč?
Analyzuj	Jak se používá.

Příloha č. 7 – Pracovní list – metoda Zpřeházené věty

Opatrně vyjmeme kondom z obalu a dáváme při tom pozor, aby se kondom nepoškodil.

Kondom se navléká až před vlastním pohlavním spojením na ztopořený úd.

Na špičce kondomu musí zůstat malý prostor k zachycení spermatu.

Kondom postupně odvíjíme a navlékáme na penis až k jeho kořeni.

Po výronu semene je nutné přidržet okraj kondomu u kořene penisu a penis z pochvy vysunout dřív než opadne erekce, aby nedošlo k úniku spermatu.

Po ukončení pohlavního styku je třeba kondom sejmout tahem za jeho konec a dbáme při tom, aby se semeno nevylilo.

Použitý kondom nevyhazujeme nikdy do WC, protože jej nelze spláchnout, ale zabalíme jej do papíru a odhodíme do odpadkového koše.

Příloha č. 8: Myšlenkové mapy antikoncepce

- obušně zavádění
 manipulace před systémem
 možnost dalšího vyřízení
 pro pohl. syst. by měla zůstat zavazena 8 hod.
 před pohl. systémem by měla být zavazena 6 hodin
 diagrafina (pesar)
 zabránění setkání vajíčka a spermií

BARIEROVÁ ANTIKONCEPCE

zaváděn do pochvy
 ženský kondom

vypadá jako náprstek
 klobouček na děložní čípek

+ 500,- za pět let, žena nemusí
 myslet na ochrannu při pohl. syst.
 - infekce, závažný nežádoucí projev
 menstruace
 než začne pohl. syst.
 zaváděno do děložní dutiny, zavazeno
 se 6-8 hodin
 obsahuje: ethinyl, h. h. - zadržuje
 pohyb spermií
 jsou 20 kromi, 1000 čípek
 a hormonů

NITRODĚLOŽNÍ A CHEMICKÁ ANTIKONCEPCE

ANTI-KON-CEP-CE

HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

brání dozrávání vajíček ve vaječnicích

antikoncepční pilulky

zajistí, aby se vajíčko neovulnovalo z vaječniku

SCHEMA: 21 dní se berou pilulky 7 dní pauza (ochrana i ve dnech, kdy je přestávka)

+ upraví na pravidelný menstruační cyklus, snižuje riziko rakoviny dělohy a vaječnicků
 - nechrání před pohlavně přenosnými chorobami, prodlouží nemůže být delší než 12 hodin

ANTI-KON-CEP-ČNÍ IMPLANTAT - metoda je známá 100%

účinná až 5 let INJEKČNÍ ANTIKONCEPCE - účinná

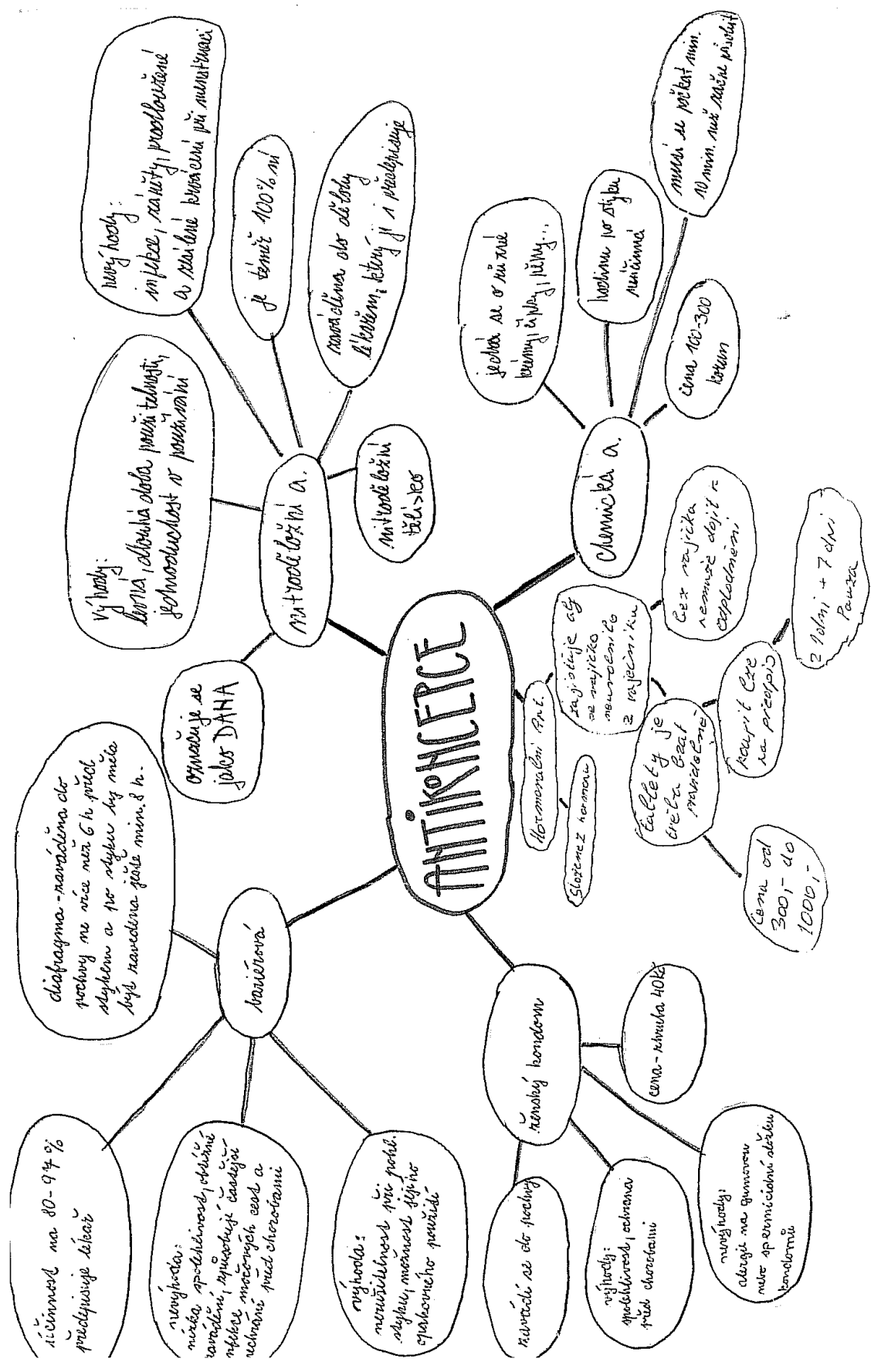
3 měsíce, nevhodná pro dlouhodobou účinnost ANTIKONCEPČNÍ

MIKROKAPKY - účinný způsob jako mikrokapky MORNĚNÁČNÍ

ANTI-KON-CEP-ČNÍ KLOBOUČEK - zabránění setkání vajíčka a spermií

pilulky POSKOČENÍ ANTIKONCEPCE - zabránění pohl. i pro

plánovanou reprodukci



ANTIKONCEPCE

Hormonální antikoncepce

diagnostika - navrátná cívka
 pochvy ne více než 6 h před stykem a po styku by měla být navrátna ještě min. 8 h.

ovulace je se jistotou DANA

rozhodnutí

rychlota

navrátní se do pochvy

výhody: méně opotřebení, obšírné kontraceční, spolehlivější časová ochrana před choroobem

navrátní se do pochvy

výhody: méně opotřebení, obšírné kontraceční, spolehlivější časová ochrana před choroobem

Místní antikoncepce

jechová se o návrat během 5 min, 15 min, 1 h, 1 h 15 min, 1 h 30 min, 1 h 45 min, 2 h, 2 h 15 min, 2 h 30 min, 2 h 45 min, 3 h, 3 h 15 min, 3 h 30 min, 3 h 45 min, 4 h, 4 h 15 min, 4 h 30 min, 4 h 45 min, 5 h, 5 h 15 min, 5 h 30 min, 5 h 45 min, 6 h, 6 h 15 min, 6 h 30 min, 6 h 45 min, 7 h, 7 h 15 min, 7 h 30 min, 7 h 45 min, 8 h, 8 h 15 min, 8 h 30 min, 8 h 45 min, 9 h, 9 h 15 min, 9 h 30 min, 9 h 45 min, 10 h, 10 h 15 min, 10 h 30 min, 10 h 45 min, 11 h, 11 h 15 min, 11 h 30 min, 11 h 45 min, 12 h, 12 h 15 min, 12 h 30 min, 12 h 45 min, 13 h, 13 h 15 min, 13 h 30 min, 13 h 45 min, 14 h, 14 h 15 min, 14 h 30 min, 14 h 45 min, 15 h, 15 h 15 min, 15 h 30 min, 15 h 45 min, 16 h, 16 h 15 min, 16 h 30 min, 16 h 45 min, 17 h, 17 h 15 min, 17 h 30 min, 17 h 45 min, 18 h, 18 h 15 min, 18 h 30 min, 18 h 45 min, 19 h, 19 h 15 min, 19 h 30 min, 19 h 45 min, 20 h, 20 h 15 min, 20 h 30 min, 20 h 45 min, 21 h, 21 h 15 min, 21 h 30 min, 21 h 45 min, 22 h, 22 h 15 min, 22 h 30 min, 22 h 45 min, 23 h, 23 h 15 min, 23 h 30 min, 23 h 45 min, 24 h, 24 h 15 min, 24 h 30 min, 24 h 45 min

výhody: méně opotřebení, obšírné kontraceční, spolehlivější časová ochrana před choroobem

Mechanická antikoncepce

jechová se o návrat během 5 min, 15 min, 1 h, 1 h 15 min, 1 h 30 min, 1 h 45 min, 2 h, 2 h 15 min, 2 h 30 min, 2 h 45 min, 3 h, 3 h 15 min, 3 h 30 min, 3 h 45 min, 4 h, 4 h 15 min, 4 h 30 min, 4 h 45 min, 5 h, 5 h 15 min, 5 h 30 min, 5 h 45 min, 6 h, 6 h 15 min, 6 h 30 min, 6 h 45 min, 7 h, 7 h 15 min, 7 h 30 min, 7 h 45 min, 8 h, 8 h 15 min, 8 h 30 min, 8 h 45 min, 9 h, 9 h 15 min, 9 h 30 min, 9 h 45 min, 10 h, 10 h 15 min, 10 h 30 min, 10 h 45 min, 11 h, 11 h 15 min, 11 h 30 min, 11 h 45 min, 12 h, 12 h 15 min, 12 h 30 min, 12 h 45 min, 13 h, 13 h 15 min, 13 h 30 min, 13 h 45 min, 14 h, 14 h 15 min, 14 h 30 min, 14 h 45 min, 15 h, 15 h 15 min, 15 h 30 min, 15 h 45 min, 16 h, 16 h 15 min, 16 h 30 min, 16 h 45 min, 17 h, 17 h 15 min, 17 h 30 min, 17 h 45 min, 18 h, 18 h 15 min, 18 h 30 min, 18 h 45 min, 19 h, 19 h 15 min, 19 h 30 min, 19 h 45 min, 20 h, 20 h 15 min, 20 h 30 min, 20 h 45 min, 21 h, 21 h 15 min, 21 h 30 min, 21 h 45 min, 22 h, 22 h 15 min, 22 h 30 min, 22 h 45 min, 23 h, 23 h 15 min, 23 h 30 min, 23 h 45 min, 24 h, 24 h 15 min, 24 h 30 min, 24 h 45 min

hořivina pro styk navrátná

cena 100-300 korun

2 roky + 7 dní pauza

bez rizika nemůže dojít k oplodnění

2 roky + 7 dní pauza

cena 300-400 Kč

2 roky + 7 dní pauza

Hormonální antikoncepční prostředek
 - křesť. se odává do těla přes
 - stěnu dělohy
 - na 30 dní / měsíc / injekce

Postkoitální antikoncepce
 - možné 6-8 po pohlavním styku
 - vhodné při sexuálním kontaktem nebo
 - při zvrácení
 - blokuje vajíčko nebo spermii do 24h.
 - 90% účinnosti
 - není volně prodejny
 - 100% účinnost
 - pokládá chorobou

Antikoncepční implantát
 - státní zdravotní ústav
 - vidět až 5 let
 - ze křesť. odstranit
 - vliv na zdraví
 - vliv na zdraví

Injekční antikoncepce (Drospirenon)
 - implanť (chladit 2 měsíce)
 - 99% účinnosti
 - není vliv na zdraví
 - na 2 měsíce → 150
 - odstranění uměle vytvořeného

Antikoncepční tablety
 - lépe v hromadném
 - není se 2000000000
 - vhodné pro všechny typy
 - 99% účinnosti
 - 100% účinnosti
 - 100% účinnosti

Antikoncepce

Ochrana proti otehotnění

Hormonální antikoncepce
 - křesť. účinná - křesť. a abne
 - 99% účinnosti
 - účinná a vliv na zdraví
 - vliv na zdraví

Vlhodly
 - neúčinné
 - účinná
 - neúčinné
 - účinná

neúčinné
 - účinné
 - účinné
 - účinné

na hormonach
 - účinné
 - účinné
 - účinné

Klobazek na děložním čípku
 - na děložním čípku
 - předepisuje lékař
 - není účinné
 - 100% účinnosti
 - 100% účinnosti

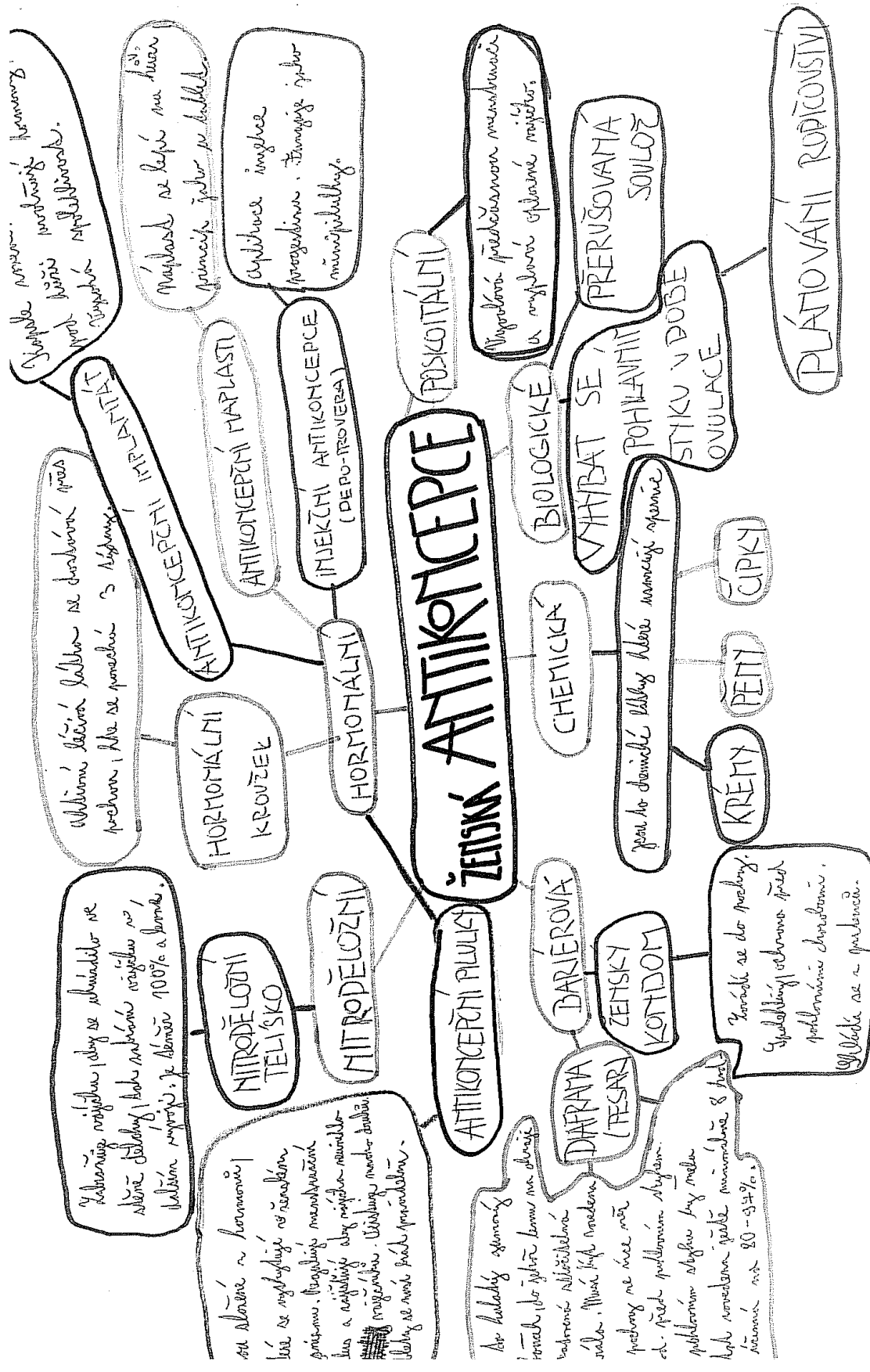
Diafragma - pesar
 - účinné
 - účinné
 - účinné

Metodolohiční tablety
 - účinné
 - účinné
 - účinné

Implanť
 - účinné
 - účinné
 - účinné

Implanť
 - účinné
 - účinné
 - účinné

Implanť
 - účinné
 - účinné
 - účinné



Příloha č. 9: Plakáty jednotlivých druhů antikoncepce

Hormonální Antikoncepce

ANTIKONCEPČNÍ KROUŽEK



- spolehlivost 99%
- užívání měsíčně
- zavádě si ho žena do pochvy na 3 týdny
- nechrání před pohl. chorobami

ANTIKONCEPČNÍ NÁPLAST



- spolehlivost 99%
- užívání týdně
- lepi se jednou týdně, tři týdny za sebou

INJEKČNÍ ANTIKONCEPCE



- spolehlivost 99%
- užívání jednou za 3 měsíce
- injekce aplikuje lékař
- nechrání před pohl. chorobami
- cena 150,-
- narušení pravidelnosti menstruace

PODKOŽNÍ TYČINKA

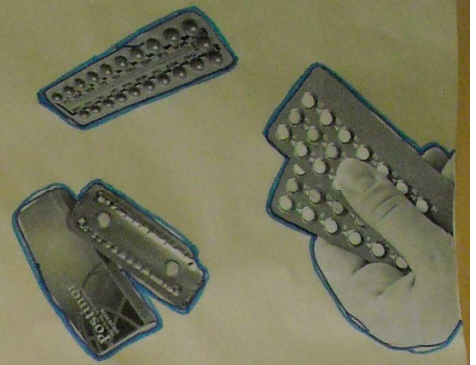


- spolehlivost 99%
- užívání tři roky
- vpichuje a vyjímá lékař
- nechrání před pohl. chorobami
- účinná 5 let
- narušení pravidelnosti menstruace

HORMONÁLNÍ

ANTI KONCEPCE

(pilulky)



• kombinovaná pilulka má nejčastěji režim užívání 21+7
tzn. že se 21 dní užívají pilulky a pak následuje 7 dní
bez pilulek, kdy se dostaví krvácení, žena pak pokračuje
s novým plátcíkem.

• Pilulka bez estrogeneru se užívá kontinuálně (tzn.):
1 plátcíčko s 28 tabletkami za druhým.

Ostatní Typy



SEXUÁLNÍ
ZDRŽEN-
LIVOST
100%
OCHRANA

Hormonální

Antikoncepce

ANTI-KONCEPCNÍ
IMPLANTÁT



BRÁNÍ DOZRAVÁNÍ VAJČEK

ANTI-KONCEPCNÍ PÍLUKY, ANTI-KONCEPCNÍ IMPLANTÁT, ANTI-KONCEPCNÍ INJEKCE A HOP. ANTI-KONCEPCNÍ

Antikoncepční Kroužek



Antikoncepční kv. si žena zavede
= do pochvy NA 3 týdny, pak ho vyjme
a následuje 7 dní bez kroužku,
kdy se dostan' krvácení pak si
zavede nový kroužek.



Antikoncepční Injekce:

VPICHUJE SE DO HŘÍBŮVĚHO STALU
APLIKUJE SI GYNEKOLOG

ANTI-KONCEPCNÍ

NA PLAST

LEPI SE NA
BRÝIKO, PAŽI
NEBO HŘÍBŮVĚ



MUŽSKÁ ANTIKONCEPCE

KONDOM

- = BARIÉROVÁ ANTIKONCEPCE
- = CHRÁNÍ JAKO JEDINÝ PŘED POHLAVNÍMA CHOROBA
- = ZADRÁNÍ UNIKNUTÍ SPERMATU DO POUCHU ŽENY
- = JE DOSTUPNÝ V OBCHODECH (NEMUSÍ BÝT NA PŘEDPIS)
- = JE SPOLEHLIVÝ NA 93%
- = VE VĚTŠINĚ PŘÍPADŮ SELHÁNÍ MŮŽE ŠPATNÉ POUŽITÍ

- = PŘI POUŽÍVÁNÍ MUSÍME DBÁT NA ZÁRUČNÍ LHŮTU
- = KONDOMY JSOU RŮZNĚ BARVY MŮŽOU I VONĚT

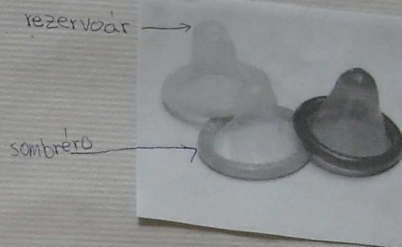


KONDOM

Jaký je?

- vrubkovaný
- hladký
- latexový
- tenký
- lubrikovaný
- otlučovaný
- aromatisovaný
- levný

- dostupný



Z čeho je?

= latexu!

Před čím chrání?

před otěhotněním

před AIDS (pohlavní choroba)

před pohlavními chorobami



Není potřeba lékařský předpis!

Návod k použití

- 1, opatrně vyjmeme z obalu
- 2, zkontrolujeme jestli je tam barolína a datum expirace
- 3, zmáknout rezervoár aby se vytlačil vzduch
- 4, rozmotávat pomalu ke kořenu penisu
- 5, při vstupu do pochvy přidržíme kondom
- 6, po sexu ^{sundáme} sundáme z ochablého údu
- 7, zasutujeme
- 8, nesplachujeme do záchodu, ale zabalíme do papíru a vhodíme do koše.

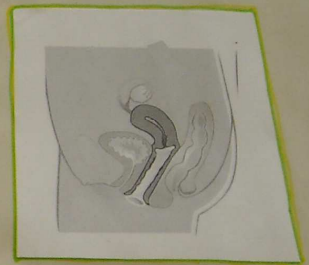
dříve byl z
ovčího střívka!



BARIÉROVÁ ANTI KONCEPCE



BRÁNÍ SETKÁNÍ
SE VAJÍČKA SE
SPERMII



- MEZI PŘÍKLADY PATŘÍ: PESAR, FEMIDOM



PESAR- DALŠÍM MÍSTEM ZÁBRANY JE OBLAST
POCHVY A ČÍPKU DĚLOŽNÍHO, KDE ÚČINKUJE POŠEVNÍ PESAR NEBO
DIAFRAGMA. PO POHLAVNÍM STYKU JE NUTNO cca 2-3 hodiny POČKAT,
NEŽ ZAHÝNOU VŠECHNY SPERMIE V POCHVĚ