Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Antikoncepce u středoškolské a vysokoškolské mládeže

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Šárka Křivková

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Antikoncepce u středoškolské a vysokoškolské mládeže“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne .....

Šárka Křivková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce paní PhDr. Drahomíře Filausové za její cenné rady při zpracování bakalářské práce. Jejího vedení a pomoci si velice vážím.

Antikoncepce u středoškolské a vysokoškolské mládeže

Abstrakt

Bakalářská práce na téma „Antikoncepce u středoškolské a vysokoškolské mládeže“ je zaměřena na zmapování znalostí a vědomostí o možnostech a metodách antikoncepce.

Teoretická část bakalářské práce charakterizuje a definuje pojem antikoncepce a popisuje její metody a druhy. Je zde zahrnuta také historie antikoncepce, sexualita mládeže, charakteristika vývoje v období adolescence a dospívání. Jelikož je důležité, aby nejen dospívající dívky byly o možnostech antikoncepce důkladně informovány, je zde v poslední kapitole zmíněna i role porodní asistentky při edukaci dívek o antikoncepci.

Pro tuto práci byla zvolena metodika kvantitativního výzkumného šetření a pro sběr dat byla zvolena technika dotazníku a ankety. Získaná data byla dále zpracována a vyhodnocena v počítačovém programu Microsoft Excel a následně hodnocena pomocí kontingenčních tabulek. Pro statistické testování stanovených hypotéz byl použit tzv. Pearsonův chí kvadrát – test dobré shody. Dále byly k jednotlivým otázkám z dotazníku a ankety vypracovány grafy, které znázorňují odpovědi respondentek.

Výzkumným souborem pro výzkumné šetření, byly dívky a mladé ženy ze středních a vysokých škol z Jihočeského kraje ve věku 16 – 26 let. Dotazníky byly rozeslány elektronickou cestou. Celkem bylo získáno 555 dotazníků a z toho jich pro výzkum bylo použito 440.

Cílem této práce bylo zmapovat znalosti dívek a mladých žen vybraných středních a vysokých škol o metodách antikoncepce.

Byly stanoveny 3 hypotézy. První hypotéza měla zjistit, zda existují rozdíly ve znalostech o metodách antikoncepce mezi studentkami zdravotnických středních a vysokých škol a studentkami ostatních středních a vysokých škol. Tato hypotéza se nepotvrdila, rozdíly ve znalostech o metodách antikoncepce mezi vybranými skupinami neexistují. Druhá hypotéza sloužila ke zjištění, zda studentky vysokých škol mají lepší znalosti v oblasti metod antikoncepce, než studentky středních škol. Tato hypotéza se potvrdila – vysokoškolské studentky mají lepší znalosti v oblasti metod antikoncepce, než středoškolské studentky. Třetí hypotéza předpokládala, že studentky vysokých škol více preferují hormonální antikoncepci, než středoškolské studentky, což se nepotvrdilo, protože dle tabulek a statistických testů jsme zjistili, že mezi studentkami středních a

vysokých škol nejsou statistické rozdíly v preferencích užívání hormonální antikoncepce.

Z výsledků dotazníkového šetření je patrné, že vysokoškolské studentky mají celkově lepší znalosti o antikoncepci než středoškolské studentky, bez ohledu na to, zda se jedná o školu zaměřenou na zdravotnictví. Ukázalo se, že dívky v mladším věku spíše volí metodu hormonální antikoncepce a nemají povědomí o jiných metodách.

Tato bakalářská práce by se dala využít jako výukový či informační materiál studentům středních a vysokých škol. Informační leták, který je výstupem práce, může sloužit jako informační materiál pro středoškolskou a vysokoškolskou mládež.

Klíčová slova

Antikoncepce; dívka; porodní asistentka; znalosti

Contraception among secondary school and university students

Abstract

The thesis on "Contraception in High School and among College Youth" is focused on the mapping of knowledge about the possibilities and methods of contraception.

The theoretical part of this bachelor thesis characterizes and defines the concept of contraception and describes its methods and types. It also includes a history of contraception, the sexuality of youth, and the characteristics of development during adolescence. Because it is important not only to teen girls to be thoroughly informed about the possibilities of contraception, the last chapter also mentions the role of the midwife in educating girls about contraception.

A methodology of quantitative research was chosen for this thesis and the technique of a questionnaire and a poll was chosen for data collection. The data obtained was further processed and evaluated using the Microsoft Excel computer program and was subsequently evaluated using PivotTables. The so-called *Pearson chi*-square goodness-of-fit test was used to statistically test the hypotheses. In addition, charts have been drawn up for individual questions from the questionnaire and poll, which illustrate respondents' answers.

The research group for the research investigations were girls and young women from secondary schools and universities of the South Bohemian Region aged from 16 to 26 years. Questionnaires were sent electronically. In total, 555 questionnaires were obtained, of which 440 were used for research.

The aim of this study was to map the knowledge of girls and young women in selected secondary schools and universities about the methods of contraception.

Three hypotheses have been established. The first hypothesis was to find out if there are differences in knowledge about methods of contraception among students of health and secondary schools and students of other secondary and higher education institutions. This hypothesis has not been confirmed, because there was no difference in knowledge about contraceptive methods between the selected groups. The second hypothesis was used to find out whether university students have a better understanding of contraceptive methods than secondary school students. This hypothesis has been confirmed, for college students have a better understanding of contraceptive methods than high school students. The third hypothesis assumes that college students prefer hormonal contraceptives more than high school students, which has not been confirmed,

as according to tables and statistical tests we have found that there were no statistical differences in preference for hormonal contraceptives amongst secondary and university students.

From the results of the questionnaire survey it is clear that college students generally have a better knowledge of contraception than high school students, regardless of whether it is a health-related school. It turned out that girls at a younger age tend to choose a hormonal contraceptive method and are not aware of other methods.

This work could be used as an educational or informational material for students of secondary schools and universities. An information leaflet, which is the output of this thesis, can serve as information material for high school and university youth.

Key words

Contraception; girl; midwife; knowledge

Obsah

Úvod ... 8

1 **Současný stav dané problematiky** ... 9

1.1 Antikoncepce ... 9

1.1.1 Přirozené metody antikoncepce ... 10

1.1.2 Chemické metody antikoncepce ... 12

1.1.3 Bariérové metody antikoncepce ... 12

1.1.4 Intrauterinní (nitroděložní) antikoncepce ... 14

1.1.5 Hormonální antikoncepce ... 16

1.1.6 Chirurgické metody antikoncepce ... 20

1.2 Vývojová stádia života ... 21

1.3 Sexualita mládeže ... 23

1.4 Role porodní asistentky při edukaci o antikoncepci ... 24

1.4.1 Edukace porodní asistentkou o metodách antikoncepce ... 25

2 **Cíle a hypotézy** ... 28

2.1 Cíl práce ... 28

2.2 Hypotézy práce ... 28

3 **Metodika práce** ... 29

3.1 Použité metody sběru dat ... 29

3.2 Charakteristika výzkumného souboru ... 30

4 **Výsledky výzkumu** ... 31

4.1 Struktura dotazovaného vzorku ... 31

4.2 Interpretace dotazníkového šetření ... 32

4.3 Interpretace výsledků ankety ... 44

4.4 Testování hypotéz ... 54

5 **Diskuze** ... 57

6 **Závěr** 66

7 **Seznam použité literatury** 67

8 **Přílohy** 71

8.1 Příloha 1 72

8.2 Příloha 2 79

8.2.1 Citace obrázků z letáku 81

9 **Seznam použitých zkratek** 82

ÚVOD

Antikoncepce je souhrnný termín označující všechny metody, které zabraňují otěhotnění a některé slouží také k zabránění přenosu pohlavních chorob. Metod antikoncepce je několik. Zpravidla se rozdělují na přirozené, bariérové, chemické, intrauterinní, hormonální a chirurgické.

Téměř každá dívka nebo žena za svůj život použila nějakou metodu antikoncepce k tomu, aby předešla nechtěnému otěhotnění. Dívky by měly mít povědomí o tom, jakými metodami lze předejít nechtěnému těhotenství a jak se chránit před pohlavně přenosnými chorobami. Pokud chce dívka začít se sexuálním životem a není připravena otěhotnět, je v jejím zájmu navštívit ordinaci gynekologa a poradit se s ním nebo s porodní asistentkou o antikoncepci, která bude vhodná právě pro ni.

Téma Antikoncepce u středoškolské a vysokoškolské mládeže jsem si vybrala proto, že jsem chtěla zjistit, jaké znalosti mají dívky na středních a vysokých školách o metodách antikoncepce, zda samy antikoncepci užívají, které z nich volí metodu hormonální antikoncepce, a zda se v některé sledované skupině úroveň znalostí o metodách antikoncepce liší. Také nás zajímalo, kolik dívek použilo při prvním pohlavním styku nějakou metodu antikoncepce a jakou, v kolika letech měly první pohlavní styk, zda ví, jak se chránit před pohlavně přenosnými chorobami a jestli již byly někým informovány o možnostech ochrany před početím.

Velký podíl na získávání informací o antikoncepci mají masmédia, kde dívky mohou získat velké množství informací týkajících se antikoncepce. Informace o metodách antikoncepce by měl poskytovat nejen gynekolog a porodní asistentka v ordinaci, ale především školy a rodiče, aby dívky předešly neplánovanému těhotenství nebo pohlavnímu onemocnění.

1 SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY

1.1 Antikoncepce

Antikoncepce patří mezi metody plánovaného rodičovství (Vrublová, 2005). Umožňuje ženě svobodně se rozhodnout o početí dítěte v době, která je nejvhodnější pro jeho narození a o počtu dětí (Vrublová, 2005). V dnešní době je antikoncepce chápána jako součást moderního životního stylu ženy, kdy nejčastějším důvodem jejího užívání je obava z otěhotnění (Čepický, 2010).

Snahy, jak zabránit otěhotnění, se objevily hned poté, jakmile lidé odhalili souvislost mezi pohlavním stykem a těhotenstvím (Čepický, 2004; Čepický a Fanta, 2011). Již v pravěku bylo kojení využíváno jako prostředek k regulaci plodnosti (Čepický a Líbalová, 2010). Čepický a Fanta (2011) uvádějí, že ve starověku Egypťané používali jako kontracepci pesary z krokodýlího trusu a medu, nápoj ze sádla a sladkého piva nebo vykuřování pochvy po styku, ale Barták (2006) zmiňuje ještě další antikoncepční metody, například použití sloního trusu, stromové smůly, volské žluči a zelí.

Ve středověku byl kladen důraz na sexuální čistotu a přinesl mechanické překážky soulože, například v podobě pásu cudnosti, dále se objevily návleky na penis, které zpočátku sloužily jako ochrana před nemocí zvanou syfilis (Čepický, 2010).

Před druhou světovou válkou již měly ženy k dispozici celou řadu antikoncepčních metod, mezi něž řadíme kondom, poševní pesar, poševní hubky a tampony, lokální vaginální gely, ale i metody jako je chirurgická sterilizace ženy nebo dočasná sterilizace zářením, dále přerušovaná soulož a metoda výpočtu plodných a neplodných dnů podle Ogina a Knause (Čepický a Fanta, 2011).

Hlavní převrat nastal v roce 1960, kdy Americký úřad pro potraviny a léčiva schválil k výrobě první antikoncepční pilulku s názvem Enavid – 10, a tím odstartoval její vítězné tažení celým světem (Barták, 2006). V 90. letech téhož století poptávka po hormonální antikoncepci klesla kvůli pandemii Human Immunodeficiency Virus (HIV) a tromboembolické nemoci (TEN), a následné propagaci tzv. „bezpečného sexu“, čímž vzrostl počet interrupcí (Čepický, 2004). Výzkumy ale potvrdily, že hormonální antikoncepce má pozitivní vliv na některá onemocnění, jako je rakovina dělohy, vaječníků a tlustého střeva (Čepický, 2004).

Zhruba v 80. letech 20. století se objevily zmínky o vysokém výskytu pánevních zánětů způsobených zavedením nitroděložního tělíska (Čepický, 2004).

Podle definice Čepického (2010) je antikoncepce souhrnným termínem pro reverzibilní metody ochrany před otěhotněním. To znamená, že na rozdíl od chirurgických metod antikoncepce (sterilizace) jsou tyto metody antikoncepce vratné a po skončení antikoncepce je možné přirozeně otěhotnět (Čepický a Líbalová, 2010). Lze tak tedy označit všechny metody, které zabraňují početí (Čepický a Líbalová, 2010). I přesto, že antikoncepce a kontracepce mají stejný význam, se v češtině více používá pojem antikoncepce. Dalším způsobem ochrany, který se ale hodí pouze pro ojedinělé použití je postkoitální antikoncepce, tzv. intercepce (Čepický a Fanta 2011). Je ale vhodné se o ní zmínit kvůli problematice zabránění otěhotnění při náhodném nebo násilném pohlavním styku (Čepický a Fanta, 2011). V dnešní době chce žena otěhotnět až poté, co dokončí vzdělání, tím se ale posouvá koncepce do vyššího věku (Chromý a Honzák et al., 2005).

Skoro každou uživatelku antikoncepce zajímá otázka, zda je její spolehlivost ochrany stoprocentní (Barták, 2006). Spolehlivost antikoncepce se zjišťuje pomocí Pearlova indexu, též nazývaného jako tzv. těhotenské číslo (Čepický, 2010). Vyjadřuje se počtem otěhotnění na 100 žen, které používají jakoukoli metodu antikoncepce během jednoho roku (Čepický, Fanta, 2011). Do této statistiky se zahrnují pouze ženy, které jsou vystaveny riziku otěhotnění (Čepický a Fanta, 2011). Nelze sem ale zahrnovat ženy, které mají pohlavní styk 1 – 2x za rok, jsou neplodné nebo ženy s neplodnými partnery (Uzel, 1999). Kvůli četným metodologickým problémům je nutno brát hodnoty tohoto indexu jen jako přibližné (Čepický, 2011).

V současné době je kladen důraz na to, aby každý lékař byl schopen kompetentně radit svým pacientkám o metodách antikoncepce (Čepický, 2010). Metody kontracepce se rozdělují na přirozené metody, bariérové metody, chemické metody, hormonální antikoncepci, postkoitální antikoncepci neboli intercepci, nitroděložní antikoncepci a sterilizaci (Slezáková et al., 2011). Porodní asistentka a lékař jsou povinni informovat klientky o míře spolehlivosti, výhodách, nevýhodách či způsobu užívání (Čepický, 2010).

1.1.1 Přirozené metody antikoncepce

Za přirozené jsou označovány ty metody, které nevyžadují žádnou mechanickou nebo farmakologickou pomůcku (Čepický, 2010). Mezi tyto metody patří například přerušovaná soulož (coitus interruptus), periodická abstinence, která se vypočítává na základě plodných a neplodných dnů, hlenová metoda a můžeme sem zařadit i kojení

(Rokyta, 2008). Mezi další možnosti patří úplná sexuální abstinence, cervikální metoda a metoda krystalizace slin (Sák, 2010). Hlavní nevýhodou těchto uvedených metod je, že nechrání před pohlavně přenosnými chorobami, a tak patří mezi velmi nespolehlivé metody a mají nejvyšší Pearlův index. Na druhou stranu výhodou této antikoncepce je to, že je z ostatních dostupných metod nejlevnější (Pašková, 2017).

Přerušovaná soulož (coitus interruptus) patří mezi nejstarší metody, je dostupná v podstatě za každé situace a je to také nejlevnější metoda antikoncepce (Uzel, 2006). Přerušovaná soulož znamená, že muž před orgasmem přeruší soulož a ejakuluje mimo rodidla, ovšem je nutno zmínit, že před další souloží se musí vymočit, protože v močové trubici zůstává zbytek ejakulátu, který se do pochvy může dostat (Čepický, 2010). I přes to, že muž ejakuluje mimo pochvu, k vytékání spermatu z močové trubice může dojít i bez orgasmu a tím může dojít k početí (Barták, 2006). Proto tento typ metody patří mezi nejméně spolehlivé a Pearlův index je 18 (Sák, 2010).

Pomocí periodické abstinence ženy využívají svých neplodných dnů. Metod periodické abstinence je hned několik. Řadí se mezi ně kalendářová metoda, teplotní metoda, hlenová metoda, cervikální metoda, krystalizace slin a symptotermální metoda (Čepický, 2010).

Kalendářová metoda bývá také nazývána metodou Ogino – Knausovou, kterou mohou používat ženy s pravidelným menstruačním cyklem (Fait, 2012). Při této metodě se využívá tzv. neplodných dnů a je založena na poznatku, že oplodnění může nastat v krátkém období kolem ovulace (Kobilková, 2005). Předpokládá se, že vajíčko je schopno oplodnění pouze 12 – 14 hodin po ovulaci a mužské spermie přežívají 24 – 48 hodin (Rokyta, 2008). Plodné dny nastávají +/- 2 dny kolem ovulace, ale protože ovulace nepřichází pravidelně, jsou stanoveny neplodné dny do devátého dne a od devatenáctého dne (Sák, 2010). Tato metoda je extrémně nespolehlivá a její používání se výslovně nedoporučuje (Čepický, 2010).

Zpřesnit metodu Ogino – Knausovu je možné pomocí *měření bazální teploty* (Kobilková, 2005). Ve druhé polovině cyklu dochází ke zvýšení teploty o cca 0,2 – 0,6 °C, a proto je nutné teplotu měřit za stejných bazálních podmínek (v ústech, pochvě nebo konečníku, vždy na stejném místě a hned po probuzení) po dobu alespoň tří měsíců (Slezáková et al., 2011). Ke vzestupu teploty dochází v luteální fázi (1 – 2 dny po ovulaci) a pohybuje se mezi 0,2 a 0,5 °C (Pilka et al., 2017).

Metoda hlenová spočívá ve vyhodnocení kvality hlenu, která se mění během menstruačního cyklu, kdy si žena denně vyšetřuje kvalitu hlenu buď podle

subjektivního pocitu vlhkosti, nebo palpačním pocitem kluzkosti a vlhkosti vulvy, nebo zrakem, podle toho, jak se hlen táhne (Čepický a Fanta, 2011). Plodná fáze začíná ve chvíli, kdy se hlen stává postupně řidším, vodnatějším, s větší tažností a žena je nejplodnější poslední den, kdy se tento typ hlenu objeví (Rokyta, 2008).

Kojení jako metoda antikoncepce je nejčastěji využívána ve třetím světě (Sák, 2010). Při dráždění prsní bradavky sáním dítěte dochází k uvolňování hormonu prolaktinu, který působí na tvorbu mléka a zároveň blokuje ovulaci ve vaječníku (Uzel, 1999). Aby tato forma antikoncepce byla účinná, je ale nutné kojit minimálně 10krát denně (Sák, 2010). Při kojení dochází k laktační amenorrhoee (vynechání menstruace), a aby bylo možné ho využít jako antikoncepci, je důležité splnit několik podmínek (od porodu neuplynulo více jak půl roku, žena doposud nemenstruovala, dítě je téměř plně kojeno (Čepický, 2010). Při dodržení výše uvedených podmínek je Pearlův index 2 - 4 (Čepický a Fanta, 2011).

1.1.2 Chemické metody antikoncepce

K antikoncepčním účelům se využívají spermicidní látky, které jsou dostupné ve formě krémů, gelů, tablet, čípků, pěn a filmů (Pilka et al., 2017). Jedná se o látky, které se zavádí do pochvy před pohlavním stykem, způsobují znehodnocení spermií a imobilizují je (Rokyta, 2008). Podobný účinek má vaginální hubka, která obsahuje spermicidní látku, je na jedno použití a odstraňuje se za šest hodin (Sák, 2010). Široká použitelnost, příznivý účinek na poševní prostředí, neškodnost a likvidace některých bakterií a virů patří mezi výhody spermicidních látek (Slezáková et al., 2011). Nevýhodou je ale možnost alergie, menší komfort pohlavního styku (pěnění přípravku) a nutnost manipulace v pochvě (Slezáková et al., 2011). Chemickou antikoncepci je vhodné kombinovat s jinými antikoncepčními metodami, například s bariérovými metodami antikoncepce (kondom, vaginální pesar, cervikální pesar) (Čepický a Fanta, 2011). U čípku a tablet je nutno s pohlavním stykem počkat 5 – 10 minut po zavedení (čípky se musí rozpustit a rozptýlit v pochvě), krémy fungují okamžitě a zavádí se pomocí aplikátoru (Barták, 2006). Účinkují po dobu jedné hodiny a žena by se po styku neměla minimálně šest hodin sprchovat (Pilka et al., 2017).

1.1.3 Bariérové metody antikoncepce

Řadíme sem metody, které v pochvě staví spermiím mechanickou, chemickou a někdy i kombinovanou překážku (Čepický, 2010). V souvislosti s epidemií HIV popularita mechanických bariérových metod opět plynule narůstá a jsou často chápány

jako doplněk moderních spolehlivých antikoncepčních prostředků (Čepický a Fanta, 2011). Bariérové metody můžeme rozdělit podle toho, zda je používá muž, jehož jedinou možností je kondom, anebo žena, která má možností více (Čepický a Fanta, 2011).

Kondom (prezervativ) byl původně používán jako ochrana před pohlavními nemocemi (Čepický, 2010). Je prvním, nejtypičtějším a nejvýznamnějším představitelem tzv. bariérové antikoncepce (Barták, 2006). Prezervativ, který má vlastně dvojí účinek, je také jednou z nejstarších používaných antikoncepčních metod (Uzel, 1999). Nasazuje se na ztopořený pohlavní úd ještě před zavedením do pochvy a nesmí přijít do styku s mastnými krémy, které totiž narušují jeho strukturu a také zvyšují jeho propustnost (Fait, 2012). Čepický (2010) uvádí, že kombinace kondomu se spermicidy je velmi vhodná, jelikož jeho spolehlivost závisí na správném dodržení podmínek při aplikaci a zkušenostech páru. Možné dvě nevýhody, které prezervativ má, jsou méně intenzivní pocity při pohlavním styku a zřídka se vyskytuje alergie na materiál, ze kterého je vyroben (Slezáková et al., 2011). Pearlův index je 14 (Fait, 2012).

Vaginální pesar (diafragma) je gumový klobouček o průměru 5 – 10,5 cm, jenž má po obvodu kovovou pružinu (Čepický a Fanta, 2011). Fait (2012) tvrdí, že tato antikoncepce je vhodná pro ženy, jejichž frekvence pohlavního styku není častá. Po zavedení se pesar vzadu opírá o poševní klenbu a vpředu o sponu stydkou (Čepický, 2010). Nesmí se odstraňovat ihned po pohlavním styku, ale až nejméně za 6 hodin (Pilka et al., 2017). Tuto formu ochrany je vhodné kombinovat s chemickou metodou antikoncepce (Slezáková et al., 2011). Těhotenské číslo pro vaginální pesar je 1 – 20 (Fait, 2012).

Cervikální pesar je klobouček, který je vyroben z latexu nebo umělých hmot, existuje v různých typech a velikostech, kterou určí gynekolog, protože princip ochrany spočívá v jeho správném přisátí na čípek (Čepický a Fanta, 2011). Klobouček se přikládá k děložnímu hrdlu, kde se následně přisaje (Slezáková et al., 2011). Jeho nevýhodou je obtížnější zavádění (Fait, 2012). Pokud následuje několik styků po sobě, je doporučeno aplikovat do pochvy po každém styku trochu antikoncepčního želé (Kobilková, 2005). Pearlův index je 6 (Fait, 2012).

Vaginální hubka kombinuje mechanickou a chemickou bariéru, je vyrobená z polyuretanu a obsahuje spermicidní látku (Čepický, Fanta, 2011). Před zavedením je nutné zvlhčit ji v čisté vodě a následně zavést před děložní hrdlo, hubka se poté při styku komprimuje a vyplavuje spermicid (Rokyta, 2008). V pochvě se houbička může

ponechat až 24 hodin po zavedení a po poslední souloži zde musí zůstat ještě 6 hodin (Uzel, 1999). Pearlův index je 5 – 8 (Rokyta, 2008).

Femidom (označení pro ženský kondom) je tvarem podobný mužskému kondomu, zvenku vyčnívá z pochvy a dosahuje až k děložnímu čípku (Čepický, 2010). Uzel (1999) přirovnává ženský kondom k *„takovému malému, gumovému, válcovému lampionku“*, který mimo jiné zakrývá i zevní rodidla v průběhu pohlavního styku pomocí kroužku zůstávajícího vně pochvy (Uzel, 1999). Může být zaveden do pochvy několik hodin nebo těsně před stykem a odstraněn okamžitě po styku nebo za jakoukoliv dlouhou dobu (Uzel, 2005). V současné době se femidom dá objednat na internetu a je volně dostupný na českém trhu (Čepický a Čepická, 2010).

1.1.4 Intrauterinní (nitroděložní) antikoncepce

Nitroděložní antikoncepce patří do skupiny antikoncepce, která vyžaduje lékařskou asistenci. Tato metoda spočívá v zavedení tělíska, které obsahuje progestin nebo může obsahovat měď (nebo i jiný kov) do dutiny děložní, kde díky uvolňování zmíněných látek zabraňuje početí (Čepický, 2010). Po zavedení tělíska z dutiny děložní vyčnívá podle Bartáka (2006) jakýsi „rybářský vlasec“, který slouží ke snadnému vytáhnutí tělíska opět z dělohy ven. S přítomností tělíska v děložní dutině vlastně dochází k místní aseptické reakci na endometriu, která zabraňuje implantaci vajíčka a hubí spermie nacházející se v děloze (Rokyta, 2008). Čepický a Fanta (2011) rozdělují nitroděložní tělíska na inertní nitroděložní tělíska, nitroděložní tělíska s mědí (nebo jiným kovem), nitroděložní tělíska s progesteronem nebo progestinem a netradiční nitroděložní tělíska. Zpravidla se ale rozdělují na nehormonální děložní tělíska označovaná jako IUD (intrauterine device) a hormonální nitroděložní systém, který je označován jako LNG – IUS (Levonorgestrel – releasing intrauterine system) (Čepický, 2010). Rokyta (2008) se zmiňuje pouze o nitroděložních tělíscích IUD, zatímco Čepický a Fanta (2011) již pojednávají o obou možnostech nitroděložní antikoncepce.

Nehormonální nitroděložní tělíska (IUD) jsou vyráběna z umělé hmoty a mohou obsahovat různé kovy, jako například stříbro, zlato nebo slitinu mědi a zinku, ale obvykle se používají tělíska, která obsahují měď (Čepický, 2010). Například ParaGard, je název nehormonálního nitroděložního tělíska, u kterého dochází k uvolňování mědi a ta následně narušuje pohyblivost spermií, oplození vajíčka a zabraňuje tak implantaci (Paragard, 2018). Fait (2012) udává, že tento druh nitroděložního tělíska používá 85 – 100 milionů žen na světě a považuje ji jako jednu z nejvýhodnějších metod

antikoncepce při srovnání spolehlivosti, ceny a zdravotní bezpečnosti. Tělíska IUD mají mnoho různých tvarů, velikostí a barev, přičemž ta tmavá tělíska obsahují měděné ionty a stříbro (Kobilková, 2006). Zavádění nitroděložního tělíska není nijak složité a provádí se většinou ambulantně. Pacientka zaujímá gynekologickou polohu, lékař po zavedení normálních gynekologických zrcadel uchopí čípek americkými kleštěmi a speciálním zavaděčem zavede tělísko do dělohy (Čepický a Čepická - Líbalová, 2010). Zavedení tělíska může proběhnout až třetí nebo čtvrtý den pravidelného menstruačního krvácení a v děloze se ponechává bez obtíží 3 – 5 let (Rokyta, 2008). Podle Slezákové (2011) je nevýhodou IUD větší krevní ztráta při menstruaci, obtížná aplikace u žen, které ještě nerodily a postradatelnost příznivých zdravotních účinků hormonální antikoncepce. U některých onemocnění, jako jsou například chlopenní srdeční vady, zánětlivá onemocnění rodidel, maligní onemocnění rodidel, alergie na plast apod., je zavedení IUD kontraindikováno (Rokyta, 2008).

Hormonální nitroděložní tělísko (IUS), existující také pod názvem Mirena, je též vyrobené z plastu, ovšem na rozdíl od nehormonálního tělíska obsahuje syntetický progestin levonorgestrel (LNG - IUS) (Čepický, 2010). Tento nitroděložní systém má stejné účinky jako IUD a můžeme ho považovat za zvláštní, jinou verzi gestagenní antikoncepce (Čepický, Fanta, 2011). V podstatě tedy kombinuje nitroděložní antikoncepční metodu s hormonální metodou za použití nejnižší dávky hormonů (Zvolský, 2014). Levonorgestrel působí na cervikální hlen a ovlivňuje jeho vazkost, díky které se stává neprostupným pro spermie, zeslabuje děložní sliznici a zabraňuje spermiím dorazit k vajíčku a oplodnit ho (Bayer, 2017). Hormonální tělísko má vliv na funkci vaječníků, protože vzestup luteinizačního hormonu (LH) i produkce progesteronu je nižší, čímž dochází k luteální insuficienci, sníží se děložní průtok a dochází ke zmenšení (atrofii) endometria (Čepický a Fanta, 2011). Výhodou hormonálního systému je vysoká spolehlivost (Pearl index < 1), snížená intenzita menstruačního krvácení a nižší výskyt pánevních zánětů (pelvic inflammatory disease - PID) (Slezáková et al., 2011). Mirena je vhodná pro ženy s nepravidelným denním cyklem, zapomnětlivé ženy, pro kojící matky, pro ženy s aktivním stylem života a pro některé ženy, které z jakéhokoliv důvodu nemohou užívat kombinovanou hormonální antikoncepci (Zvolský, 2014). Tělísko má tvar písmene T, jeho způsob zavedení je tentýž jako u nehormonálního tělíska a doba, po kterou může setrvat v děloze je 5 let (Čepický, 2010). Zvolský (2014) ve svém článku uvádí, že až 20 % žen přestane menstruovat do roka po zavedení tělíska, menstruace je pro ženy méně bolestivá, tělísko

spolehlivě ženy chrání před otěhotněním, další výhodou je, že ženy tuto metodu dobře snáší, klesá výskyt mimoděložních těhotenství a tím, že snižuje krevní ztráty, působí jako prevence anemie. Čepický (2010) uvádí, že absolutní kontraindikací k zavedení hormonálního nitroděložního systému jsou vrozené vývojové vady dělohy (VVV) a aktivní karcinom prsu, za další kontraindikaci se považují např. recidivující PID, opakované ovariální cysty, závažná onemocnění jater, ICHS (ischemická choroba srdeční), velká myomatózní děloha a CMP (cévní mozková příhoda).

1.1.5 Hormonální antikoncepce

Hormonální antikoncepce v současné době patří mezi nejspolehlivější a nejrozšířenější antikoncepční metodu pro ženy (Rokyta, 2008). Tato metoda antikoncepce je založena na principu společného působení estrogenů a gestagenů (Macků, 2002). Při užívání hormonální antikoncepce dochází k zabránění zpětné vazby, jež vyvolává změnu folikulů a útlum ovulace (Macků, 2002). Dalšími účinky jsou změna struktury děložní sliznice, složení cervikálního hlenu a snížení pohyblivosti vejcovodu (Rokyta, 2008).

Některé preparáty mají tzv. *„přidanou hodnotu“* a mezi jejich účinky mimo jiné také patří příznivý vliv na pleť (zlepšení mastné pleti, akné), alopecii, úleva od mastodynie a premenstruačního syndromu (Rokyta, 2008).

Samozřejmě, že hormonální antikoncepce má i nepříznivé účinky, jako například větší riziko TEN, která patří mezi ty nejzávažnější, a proto tento druh antikoncepce není vhodný pro každou ženu (Rokyta, 2008). Mezi další nejčastější nepříznivé účinky patří poruchy menstruačního cyklu, gynekologické infekce a další somatické a psychické nezávažné problémy jako nauzea a zvracení, bolesti a napětí prsů, nárůst hmotnosti, negativní kožní změny nebo výkyvy nálad a emoční labilita (Čepický a Fanta, 2011).

Proto je důležité, aby lékař před zahájením užívání hormonální antikoncepce provedl především cílenou anamnézu, která pátrá po rizikových faktorech (především hluboké žilní trombózy a hypertenze, nádory prsů a nemoci jater), provedl obvyklou preventivní onkologickou prohlídku a měření krevního tlaku (Čepický a Fanta, 2011).

Podle způsobu, formy a podání se hormonální antikoncepce dělí na tabletovou, injekční, nitroděložní, podkožní a kožní implantáty (Honzík a Pařízek, 2014).

1.1.5.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce

Tento druh hormonální antikoncepce je celosvětově nejrozšířenější a zároveň nejspolehlivější (Rokyta, 2008). Její účinek spočívá v cyklickém užívání kombinace

estrogenu a progestinu (Čepický, 2010). Základním účinkem této formy antikoncepce je blokáda ovulace (Čepický a Fanta, 2011). Pomocí uměle podávaných hormonů dochází k regulaci hypotalamo-hypofýzo-ovariální osy (Čepický, 2010). Pokud je totiž estrogen podán uměle, hypofýza i tak předpokládá, že pochází z vaječníků a takto oklamané řídící centrum přestane vydávat řídící hormony (Barták, 2006). Nepracuje tedy ani hypofýza, ale ani vaječníky (Barták, 2006). Dalším účinkem je změna struktury cervikálního hlenu (Čepický, 2010). Hlen se totiž stává velmi hustým a tím zabraňuje spermiím proniknout do dělohy, což způsobují gestageny (Pařízek, 2015). Kombinovaná hormonální antikoncepce se na trhu vyskytuje v podobě tablet, injekcí, transdermálních náplastí nebo vaginálních kroužků (Pilka et al., 2017).

Perorální antikoncepci lze rozdělit podle způsobu perorálního podávání a používaných složek na preparáty monofázické, bifázické a trifázické (Rokyta, 2008). Monofázické preparáty jsou takové preparáty, v nichž se dávka estrogenu a gestagenu během cyklu nemění (Křepelka, 2013). Tyto preparáty lze užívat v delších intervalech (déle než 21 -24 dní bez přestávky), nebo i zcela kontinuálně (Čepický a Fanta, 2011). U bifázických a trifázických preparátů se pouze trochu mění poměr a dávka hormonů během cyklu (Čepický, 2010). Tento druh antikoncepce se většinou užívá cyklicky, to znamená 21 dnů a poté následuje sedmidenní přestávka, kdy dochází k menstruačnímu krvácení (Čepický, 2010). Pilulky se doporučují užívat denně, ve stejnou denní dobu a tolerance chyby je 12 hodin (Čepický a Fanta, 2011).

Injekční forma antikoncepce se aplikuje do svalu jedenkrát měsíčně a konstantně do krevního oběhu uvolňuje účinné látky (Křepelka, 2013). Účinek je zde stejný jako u perorální formy kontracepce (Pařízek, 2014).

Antikoncepční náplast se aplikuje jedenkrát týdně po dobu tří týdnů na kůži (břicho, hýždě, vnější část paže), načež následuje týdenní pauza (Rokyta, 2008). Výhodou této formy antikoncepce je, že se účinné látky uvolňují do kůže a tím dochází k vynechání průchodu játry, nevýhodou je ale riziko nepozorovaného odpadnutí náplasti od kůže či její podráždění (Pilka et al., 2017).

Antikoncepční vaginální kroužek je ohebný, vyrobený z etylenvinylacetátu, má v průměru 5,4 cm a zavádí se přímo do pochvy na tři týdny, po kterých následuje jeden týden bez kroužku a dochází k menstruačnímu krvácení (Rokyta, 2008). Hormony se z kroužku uvolňují pomalu a jsou absorbovány přímo reprodukčními orgány (Pilka et al., 2017). Kroužek by měl být pohodlný pro ženu i jejího partnera a neměl by vadit při

pohlavním styku (Rokyta, 2008). Tento kroužek si žena aplikuje do pochvy sama (Křepelka, 2013).

1.1.5.2 Gestagenní antikoncepce

Gestagenní antikoncepce na rozdíl od kombinované hormonální antikoncepce obsahuje pouze hormon žlutého tělíska, nazývaný progestin nebo také gestagen, a neobsahuje tedy žádné ženské pohlavní hormony (Čepický a Čepická – Líbalová, 2010). Pilka et al. (2017) uvádí, že mechanismus účinku spočívá zejména v potlačení ovulace, ve snížení počtu žlázek endometria a jeho atrofizaci, dále ve snížení pohyblivosti fimbrií, a tím následným zpomalením transportu vajíčka ve vejcovodech, v nárůstu viskozity cervikálního hlenu, a také udává, že má variabilní účinek na potlačení vrcholu luteinizačního a folikulostimulačního hormonu. Tento druh kontracepce je na trhu dostupný v podobě tablet, tzv. minipilulek, injekcí, podkožních implantátů a ve formě hormonálních nitroděložních tělísek (Čepický a Fanta, 2011). Je vhodná pro ženy, které raději užívají perorální antikoncepci a měly nežádoucí účinky při užívání přípravků s estrogeny nebo jim byly estrogeny kontraindikovány (Křepelka, 2013). Ideálně by gestagenní antikoncepci měly brát ženy kojící, dále ženy, které mají v anamnéze trombózu, hypertenzi, klientky trpící migrénami, kuřačky starší 35 let, anebo ženy, které mají vyšší riziko kardiovaskulárních komplikací (Pilka et al., 2017). Nevýhodou této antikoncepce je vysoký výskyt nepravidelného cyklického krvácení nebo špinění (Křepelka, 2013). Může přejít i v celkové vymizení menstruace a lze tedy tuto metodu užít zvláště při hypermenoree a dysmenoree (Křepelka, 2013). Výhodou této metody pro uživatelky jsou menší krevní ztráty při menstruaci, ústup dysmenorey a mírnější příznaky premenstruačního syndromu (Pilka et al., 2017). Pearlův index je 0,5 (Pilka et al., 2017).

Minipilulky, nazývané také jako POP (progestin only pills), jsou na českém trhu dostupné jako přípravky obsahující látku zvanou desogestrel, který má za úkol blokovat ovulaci a tím zajišťuje vyšší spolehlivost a větší toleranci chyby při užívání (Čepický a Fanta, 2011). Žena minipilulky začne užívat již první den menstruačního krvácení a dále je užívá pravidelně každý den ve stejnou denní dobu, přičemž tolerance chyby je 12 hodin (Čepický, 2010). Hladina progestinů dosáhne maxima již za 2 hodiny, účinek je tedy téměř okamžitý, ovšem také nástup plodnosti po jejich vysazení je bezprostřední (Pilka et al., 2017).

Gestagenní injekce se jinak nazývají DMPA (depotní medroxyprogesteron acetát), který se aplikuje intramuskulárně do hýžďového svalu (Depo - Provera) nebo subkutánně (Sayna) jednou za 3 měsíce či za 12 týdnů (Čepický, 2010). Obvykle se první injekce podává během prvních 5 dnů menstruačního cyklu, ale může se aplikovat v zásadě kdykoli (Čepický a Fanta, 2011). Velký pozor se musí dávat tehdy, když je injekce podána později než během prvních 5 dnů, protože účinek progestinu na cervikální hlen se ukáže až v průběhu tří dnů a kvůli tomu by první ovulaci nemuselo být zabráněno (Čepický a Fanta, 2011). Pearlův index je 0,3, a proto jde o velmi účinnou antikoncepční metodu, podle Čepického a Čepické – Líbalové (2010) je to nejspolehlivější známá antikoncepce vůbec, která není ovlivňována změnou hmotnosti, ani další medikací (Pilka et al., 2017). Výhodou DMPA je, že nemá žádné nežádoucí účinky estrogenu ve smyslu rizika tromboembolismu, snižuje riziko ovariálního a endometriálního karcinomu a také zmírňuje anemii a dysmenoreu (Pilka et al., 2017).

Podkožní implantáty se jako depotní injekce nejčastěji zavádějí v prvních 5 dnech menstruace, kdy zásadním důvodem je vyloučení těhotenství a inhibice ovulace již v prvním cyklu (Čepický a Fanta, 2011). Implantáty, které zatím nejsou dostupné v České republice, ale v některých zemích Evropské unie již ano, se vyskytují pod názvy Norplant nebo Implanon a zavádí se po dobu pěti nebo tří let (Pilka et al., 2017). Tato metoda je vhodná pro ženy, které neplánují graviditu v průběhu 2 – 3 let, tolerují neplánované krvácení a nedávají přednost pravidelnému krvácení (Křepelka, 2013). Tento druh antikoncepce nemá vliv na produkci mléka při kojení, ale může se objevovat galaktorea, nadměrné ochlupení, bolesti hlavy, změny nálad, akné (Pilka et al., 2017). Implantát se zavede jednorázovým, speciálním zavaděčem v lokální anestezii pod kůži do ramene, kde se následně pod kůží rýsuje a je dobře hmatatelný (Pilka et al., 2017). Tato podkožní antikoncepční tyčinka je dlouhá zhruba 40 mm a délka účinku jsou 3 roky (NHS, 2017). Pokud žena více používá pravou ruku, implantát se jí zavede pod kůži ruky levé a naopak (Čepický a Čepická – Líbalová, 2010).

1.1.5.3 Postkoitální antikoncepce

Postkoitální antikoncepce, nebo také záchranná, emergentní, morning – after antikoncepce, má za úkol zabránit otěhotnění až po souloži (Čepický, 2010). Podle Faita (2012) je tento typ antikoncepce určen spíše pro páry, u nichž selhala jiná metoda antikoncepce, pro jedince, kteří mají náhodný styk, anebo pro páry, jejichž frekvence styku je velmi nízká. Pilka et al. (2017) uvádí, že využití této antikoncepční metody je

vhodné jako prevence otěhotnění při znásilnění. Čepický (2011) mezi metody intercepce řadí užití levonorgestrelu, Yuzpeho metodu a použití IUD tělíska jako možnost postkoitální antikoncepce.

Levonorgestrel je přípravek obsahující pouze gestageny a na našem trhu se vyskytuje ve formě pilulky s názvem Postinor nebo Escapelle (Pilka et al., 2017). Pokud se lék užije do 1 hodiny po souloži, stačí pouze jedna tableta, při pozdějším užití musí žena za 12 hodin spolknout další tabletu, ale vše takto musí proběhnout do 72 hodin kvůli žádoucímu účinku pilulky (Barták, 2006). Bylo prokázáno, že podání levonorgestrelu je účinnější než použití Yuzpeho metody (podávání etinyleastradiolu a levonorgestrelu) a vyskytuje se také méně nežádoucích vedlejších účinků (Cheng et al., 2012). Skutečná míra úspěšnosti při užití levonorgestrelu je 75 % (Pilka et al., 2017).

Yuzpeho metoda spočívá v podávání etinylestradiolu a levonorgestrelu ve dvou dávkách po 12 hodinách (Čepický a Fanta, 2011). Její účinnost byla prokázána již v roce 1974 (Yuzpe et al., 1974). Dostatečné hladiny se dosahuje podáním několika pilulek kombinované hormonální antikoncepce najednou a metodu lze využít také do 72 hodin po pohlavním styku, jako při podání pouze gestagenní intercepce (Čepický, 2010). S užitím této formy postkoitální antikoncepce jsou spojeny nežádoucí účinky, jako jsou například ve 20 % zvracení, které může omezovat účinek metody a v 50 % se u žen objeví nauzea (Křepelka, 2013).

Měděné IUD tělísko může být do dělohy vloženo nejpozději sedm dnů od pohlavního styku jako prevence nechtěného otěhotnění (Pilka et al., 2017). Tuto metodu lze využít až do 120 hodin po souloži a její spolehlivost je vysoká (Čepický, 2010). Pilka et al. (2017) udávají, že zavedení IUD je dokonce daleko účinnější než užití hormonálních pilulek a snižuje možnost otěhotnění až o 99 %.

1.1.6 Chirurgické metody antikoncepce

Sterilizace je termín zahrnující metody, které znemožňují další otěhotnění bez použití metod asistované reprodukce nebo bez dalšího operačního zásahu na vnitřním genitálu (Čepický, 2010, s. 290). Pilka et al. (2017) ale uvádí, že mužskou i ženskou sterilizaci lze chirurgicky zvrátit (metoda Essure), ovšem výkon je velice náročný a ne vždy úspěšný. Podle Rokyty (2008) je jak ženská, tak i mužská sterilizace velmi rozšířenou antikoncepční metodou, ale Čepický (2010) se naopak domnívá, že význam sterilizace značně poklesl. Tuto metodu volí manželské páry, které již nechtějí mít z jakéhokoli důvodu žádné děti, ale volí ji i ženy vážně nemocné, u kterých by bylo další

početí lékařem z medicínských důvodů kontraindikováno (Rokyta, 2008). Mezi typy provedených procedur řadíme metodu klipovací, parciální salpingektomii, použití silikonové pásky, postpartální salpingektomii a v neposlední řadě Essure systém, který je nejnovější formou ženské sterilizace (Pilka et al., 2017). Metoda Essure nevyžaduje chirurgickou incizi a je možno ji provést v lokální anestezii pomocí hysteroskopu, kdy je mikroinzerční tělísko zavedeno a vloženo přímo do vejcovodů (Pilka et al., 2017). Podstatou této metody je, že mikrotělísko a tkáň v průběhu prvních třech měsíců po zavedení vytvoří ve vejcovodu bariéru, která následně brání spermiím v průniku k vajíčku (Pilka et al., 2017). Před několika lety byla sterilizace povolena jen v takových stavech, kde by těhotenství muselo být přerušeno z vitální indikace a dohlížela na to příslušná komise, ale od 1. dubna 2012 je platný nový zákon č. 373/2011 Sb., O specifických zdravotních službách v tomto znění: *Sterilizací se rozumí zdravotní výkon zabraňující plodnosti bez odstranění nebo poškození pohlavních žláz. Sterilizaci lze provést ze zdravotních důvodů, nebo z jiných než zdravotních důvodů. Zdravotními důvody se rozumí nemoci nebo vady, u nichž existuje vysoká míra pravděpodobnosti vážného ohrožení zdraví nebo života v důsledku těhotenství nebo porodu nebo zdravého vývoje plodu nebo zdraví nebo života budoucího dítěte.* (Fait, 2012; Sbírka zákonů České Republiky, 2011). Ženskou sterilizaci lze dále provést abdominálně, vaginálně nebo transcervikálně (Rokyta, 2008). Podle Čepického (2010) se od vaginálního přístupu zcela upustilo a nejvíce se využívá přístupu laparoskopického. Výhodou ženské sterilizace je to, že nezahrnuje užívání hormonálních preparátů, nedochází k ovlivňování menstruačního cyklu, laktace a libida (Pilka et al., 2017).

1.2 Vývojová stádia života

Do jednotlivých období lidského života řadíme prenatální období, novorozenecké období, kojenecké období, batolecí období, předškolní období, vstup dítěte do školy, mladší školní období, období dospívání, časnou a střední dospělost, pozdní dospělost a stáří (Langmeier a Krejčířová, 2008). Tato bakalářská práce se zaměřuje na středoškolskou a vysokoškolskou mládež, proto zde bude vyzdviženo jen období dospívání a časná dospělost.

Období adolescence (neboli také období dospívání) probíhá od 15 – 20 let a ohraničují jej dva mezníky (odchod ze školy a dovršení přípravné profesní etapy) (Sedláčková, 2009). Adolescence je obdobím, kdy dochází k tělesnému a pohlavnímu dospívání, rozvíjejí se emocionální strategie, které jsou potřebné k tomu, aby se jedinec

vyrovnal se všemi změnami spojenými s dospíváním (Černá, 2015). Ovšem v této etapě nedochází pouze k tělesnému, ale i k duševnímu vývoji, modifikaci sebepojetí, vývoji kritického myšlení a k vymezování interpersonálních vztahů (Kriegelová, 2008). Tělesný růst nebývá ale pravidelný, rychleji totiž rostou horní a dolní končetiny, tudíž dochází k nesouladu postavy a tělo vypadá nevyváženě a neobratně (Langmeier a Krejčířová, 2008). U dívek dochází k zaoblování postavy a chlapci se vyznačují přibíráním svaloviny, tím se odlišuje jejich tělesná stavba (Langmeier a Krejčířová, 2008). Adolescenti mají o své tělo zájem, mají na něj velké nároky a často se srovnávají s ostatními jedinci nebo přijímaným ideálem kvůli fyzické kráse (Sedláčková, 2009). Na úkor těchto ideálů a srovnávání si mladiství vytvářejí jistotu vlastního sebevědomí a tvoří si své hodnoty (Sedláčková, 2009). Dochází také ke konfliktnímu sebeprosazování při utváření vlastní identity (Černá, 2015). *Dospívající se začínají lišit jak od dětí, tak od dospělých, vytvářejí si zvláštní znaky i specifickou subkulturu s odlišným vyjadřováním, oblečením a úpravou, někdy zakládají i zvláštní neformální či formální seskupení – různá „hnutí mládeže*“. (Langmeier a Krejčířová, 2008, s. 146).

Dospělost se dělí do čtyř různých vývojových etap, které jsou typické rozdílným myšlením, vnímáním a sociálním chováním daného jedince (Zormanová, 2017). Období časné dospělosti probíhá zhruba od 20 do 25 – 30 let a patří do přechodné etapy mezi adolescencí a plnou dospělostí (Langmeier a Krejčířová, 2008). Dochází zde zejména k dosažení osobní zralosti, k identifikaci s rolí dospělého, upřesnění osobních cílů, nezávislosti na rodičích, upevnění identity jedince a předběžné volbě povolání (Langmeier a Krejčířová, 2008). Dospělý člověk si začíná hledat partnera, zakládá vlastní rodinu a postupně získává odpovědnost v profesi. Podle Kerna (2006) tuto pozici dospělého člověka přebírají hůře studenti středních a vysokých škol než jedinci se základním vzděláním, kteří se osamostatňují dříve (Kern et al, 2006). *Člověk je zpravidla pokládán za zralého, když po dokončení dospívání přejímá plnou osobní a občanskou odpovědnost, začíná být ekonomicky nezávislý a navíc přispívá k rozmnožování obecných statků, rozvinul plně své osobní zájmy, ustavil legalizovaný vztah k životnímu partnerovi, přejal očekávané výchovné úkoly vůči svým potomkům a na druhé straně se přizpůsobuje svým stárnoucím rodičům*. (Langmeier a Krejčířová, 2008, s. 169).

1.3 Sexualita mládeže

Lidská sexualita je velice úzce spjata s rozmnožováním (Uzel, 2006). Lékaři a sexuologové pojednávají o sexualitě tehdy, když se sexuální motivy začnou projevovat v určitém období skrze pohlavní orgány (Katrňák, 2011). Člověk je jediným živočišným druhem, který rozlišuje sexualitu od rozmnožování a ve většině případů realizuje pohlavní styk, aniž by tím sledoval chtěné těhotenství (Uzel, 2006). Sexuální vývoj každého jedince probíhá naprosto individuálně, je ovlivněn sociálním učením, kulturou společnosti a genovou výbavou (Vrublová, 2005). K vývoji sexuálního chování patří také sexuální emoce, k jejichž rozvoji dochází právě v období puberty a adolescence (Spilková, 2010). Sexuální aktivita v určité primitivní formě začíná už ale dávno před tím, než v období dospívání (Langmeier a Krejčířová, 2008).

Velmi důležitá je postupná sexuální výchova, poučení o antikoncepci, menstruaci, poluci, pohlavně přenosných chorobách, dále je důležité zabránit pocitům méněcennosti z panictví a panenství, dívkám vysvětlit, že pohlavní styk je dobrovolný a podobně by se chlapci měli dozvědět, že není nejdůležitější jen samotný pohlavní styk ale vzájemný vztah partnerů (Vrublová, 2005). Je nutno podotknout, že problémem sexuální výchovy byla a je spolupráce mezi výchovou rodinnou a školní, kde může docházet k rozporu (Uzel, 2006). Pro adolescenty je ale mnohem snazší se na otázky týkající se sexu ptát svých vrstevníků, než svých rodičů, nebo jiných dospělých osob (Spilková, 2010). Nejvíce informací v současné době získává mládež na internetu, což u psychologů vzbuzuje obavy (Spilková, 2010). V souvislosti s internetem je vázána také otázka dostupnosti pornografie jako vyjádření sexuality vůbec (Spilková, 2010).

V dnešní době je sex chápán jako něco, co patří do partnerského či mileneckého vztahu, jako součást intimního vztahu mezi mladými jedinci a jako hlavní prostředek k sexuálnímu uspokojení (Katrňák, 2011). Sex je v moderní společnosti nezbytnou součástí lásky, která je definována jako romantický cit mezi dvěma lidmi (Katrňák, 2011). Spilková (2010) uvádí, že první pohlavní styk proběhne mezi oběma pohlavími mezi 17. a 18. rokem, což se samozřejmě liší v různých zemích světa a kulturách. Podle Roztočila (2011) je průměrný věk prvního pohlavního styku u obou pohlaví 16 let. Langmeier a Krejčířová (2008) ve své knize uvádí, že na prvních schůzkách dochází obvykle pouze k jednoduchým polibkům, které později mohou přecházet v petting pod oděvem. Uzel (2006) uvádí, že mládež poučená v oblasti sexuální výchovy začíná s pohlavním stykem později než mládež nepoučená a také, že učení se sexuální výchově

má velmi dobrý vliv na snížení výskytu nechtěných těhotenství a sexuálně přenosných chorob.

Lidé dosahují různého stupně zralosti v různém čase a odlišným tempem a přechod do dospělosti se neodehrává v jediném dni, naopak se zdá, že zabírá dlouhou životní etapu (Langmeier a Krejčířová, 2008). Katrňák (2011) tvrdí, že je to právě sexuální zralost, která motivuje dívky a chlapce k zahájení sexuálního života, protože motivací pro ně již není uzavření sňatku nebo touha po dítěti. Zahájení sexuálního života až po svatbě je u nynější mladé generace spíše výjimečné a předmanželské zkušenosti jsou v případě obou pohlaví takřka univerzální (Langmeier a Krejčířová, 2008). *Předmanželský pohlavní styk je normální součástí života mladých lidí*. (Pohanka, 2008, s. 109). Mladiství i dospělí mohou dlouho žít ve volném svazku, který následně může a nemusí vyústit v manželství a v obou případech je sexuální život důležitou součástí (Langmeier a Krejčířová, 2008). Pokud dojde k uzavření manželství, v sexuálním životě hraje roli řada faktorů, jako například příznivé či nepříznivé zkušenosti s předchozí sexuální aktivitou nebo nezkušenost vůbec, úzkosti a obavy způsobené nízkým sebevědomím, obavy z těhotenství či ze selhání a přijatelnost nebo naopak nepřijatelnost specifických sexuálních praktik (Langmeier a Krejčířová, 2008). Podle Katrňáka (2011) má ale i přesto převážná většina mužů i žen sexuální znalosti a bohaté sexuální zkušenosti.

1.4 Role porodní asistentky při edukaci o antikoncepci

Pojem edukace lze přeložit jako výchovu nebo vzdělávání a v porodní asistenci jí můžeme definovat jako výchovu či výuku klienta, která umožňuje zvýšení jeho sebepéče (Sedlářová a Řezníčková, 2008). Je to také jedna z činností, kterou má porodní asistentka ve svých kompetencích, jež jsou v České republice stanoveny zákonem č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, zákon o nelékařských zdravotnických povoláních (Sbírka zákonů České Republiky, 2017).

Porodní asistentka se stává edukátorkou, tedy aktérem edukační aktivity (Juřeníková, 2010). Z pacienta se stává edukant, který je definován jako subjekt učení bez rozdílu věku a prostředí, kde edukace probíhá (Juřeníková, 2010). Edukant a edukátorka se nacházejí v tzv. edukačním procesu, což je činnost, při které dochází

k záměrnému nebo nezáměrnému učení (Juřeníková, 2010). Tento proces probíhá v určitém prostředí, v tomto případě nejčastěji ve zdravotnickém zařízení a dělí se zpravidla na pět fází (Juřeníková, 2010).

V první fázi počáteční pedagogické diagnostiky edukátor odhaluje úroveň vědomostí, návyků, dovedností a postojů pacienta (edukanta) a následně zjišťuje jeho vzdělávací potřeby (Šulistová, Trešlová, 2012). Tato pedagogická diagnostická fáze se využívá pro stanovení edukačních cílů a pro získání informací se využívá pozorování nebo rozhovor (Juřeníková, 2010).

Druhou fází je fáze projektování, kdy edukátor společně s klientem plánuje cíle, postup, volí metody, formu, pomůcky, obsah edukace, způsob hodnocení edukace a časový harmonogram (Šulistová, Trešlová, 2012).

Třetí fáze realizace spočívá především v motivaci klienta, na kterou následně navazuje expozice, při níž umožňujeme edukantovi získat nové poznatky (Juřeníková, 2010). Dochází zde také k působení vybraných pomůcek a metod při osvojování dovedností, znalostí a postojů edukanta (Šulistová, Trešlová, 2012). Klientka by se měla při této fázi aktivně zapojovat, aby nešlo pouze o předávání informací ze strany porodní asistentky (Juřeníková, 2010). Dále na již zmíněnou expozici navazuje další krok, tzv. fixace, při níž je nutné, aby pacient získané dovednosti procvičoval a opakoval ve spojitosti s již získanými vědomostmi a dovednostmi (Juřeníková, 2010). Dalším krokem je průběžná diagnostika, při které testujeme zájem edukanta a zda pochopil dané učivo, a po diagnostice následuje aplikace, kdy je naším cílem, aby pacient získané dovednosti a vědomosti dokázal také použít (Juřeníková, 2010).

Čtvrtá fáze spočívá v upevnění a prohlubování učiva a slouží k uchování vědomostí do dlouhodobé paměti, proto musí být informace stále připomínány a opakovány (Juřeníková, 2010).

Poslední je *pátá fáze* zpětné vazby, u které hodnotíme výsledky edukační činnosti a ty nám umožňují zpětnou vazbu mezi edukátorem a edukantem (Juřeníková, 2010; Slezáková et al., 2017).

1.4.1 Edukace porodní asistentkou o metodách antikoncepce

Edukace hraje významnou roli v rámci primární, sekundární a terciární prevence (Juřeníková, 2010). Porodní asistentka musí mít přiměřené teoretické znalosti a praktické dovednosti, verbální a neverbální komunikační schopnosti, měla by projevovat zájem, snahu a ochotu pomoci, vytvořit vhodné prostředí a příjemnou

atmosféru, důležitá je empatie a navázání kontaktu a důvěry a také je zásadní získání klientky pro spolupráci (Slezáková, 2017). Při komunikaci s dívkou je prvořadé, aby porodní asistentka zvolila citlivý a laskavý přístup, a aby edukace probíhala v příjemném prostředí, jako je například prostředí gynekologické ordinace či ambulance nebo přímo ve školách ve vyhrazeném čase pro tyto účely (Bašková, 2006).

Porodní asistentka by měla dívky edukovat v intimních záležitostech, jako je například menstruace, pohlavní život, ale hlavně prevence nechtěného otěhotnění. Při výuce může využít letáčků a brožur, obrázků, pomůcek (kondom, perorální hormonální antikoncepce, chemická antikoncepce), názorných ukázek či krátkých videí. Nakonec by samozřejmě měla zodpovědět všechny dotazy zúčastněných dívek.

Obsahem *primární prevence* je edukace a rozvinutí náležitých zručností a identifikace rizikových faktorů (Bašková, 2006). Patří sem také očkování jako činnost zaměřená proti určitým nemocem (Machová, Kubátová, 2015). V pubertálním období je nutné, aby porodní asistentka dívku edukovala o menstruaci, a následně ji poučila o sexuálním životě (Bašková, 2006). Zdravotně výchovné přednášky by měly vycházet z anatomických a fyziologických poznatků dívek o pohlavním ústrojí (Bašková, 2006). V období adolescence je velice důležitý citlivý přístup k jednotlivci (Sedláčková, 2009). Velmi závažnou situací je v tomto období nechtěné těhotenství, a proto je důležité, aby porodní asistentka poskytla správnou sexuální výchovu, informace o vhodné a účinné antikoncepci a prevenci pohlavních chorob (Bašková, 2006).

Sekundární prevence zahrnuje screening, dispenzarizaci, časnou diagnostiku a léčbu již vzniklých problémů (Bašková, 2006; Machová, Kubátová, 2015). V souvislosti s antikoncepcí tato prevence spočívá v podpoře a v pomoci ženám, jež mají problémy s používáním antikoncepce nebo při riziku nechtěného těhotenství (Bašková, 2006). Porodní asistentka může klientku edukovat a doporučit jí potřebnou pomoc při výběru nejvhodnějšího způsobu antikoncepce a plánování rodičovství (Bašková, 2006). Role edukátorky je ale velmi náročná, a porodní asistentka musí mít určité znalosti, dovednosti a postoje z psychologie, ošetřovatelství, pedagogiky a didaktiky (Šulistová, Trešlová, 2012).

Terciární prevence se zaměřuje na prevenci následků nemocí, rehabilitaci a zabránění obnovení zdravotních potíží (Machová, Kubátová, 2015). Je mimořádně důležitá při nechtěném těhotenství, sexuálním zneužití a sexuálně přenosných chorobách a zahrnuje užívání efektivní antikoncepce s cílem předejít nechtěnému

těhotenství (Bašková, 2006). Porodní asistentka může dívku opakovaně poučit a doporučit vhodnou antikoncepci (Bašková, 2006).

2 CÍLE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cíl 1. Zmapovat znalosti dívek vybraných středních a vysokých škol o metodách antikoncepce.

2.2 Hypotézy práce

Hypotéza 1. Mezi studentkami zdravotnických středních a vysokých škol a studentkami ostatních středních a vysokých škol, existují rozdíly ve znalostech o metodách antikoncepce.

Hypotéza 2. Studentky vysokých škol mají lepší znalosti v oblasti metod antikoncepce, než studentky středních škol.

Hypotéza 3. Studentky vysokých škol více preferují hormonální antikoncepci, než středoškolské studentky.

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Použité metody sběru dat

Výzkumná data byla získána metodou kvantitativního výzkumného šetření, které bylo prováděno pomocí ankety a dotazníku. Získávání dat touto formou bylo zvoleno proto, aby bylo umožněno respondentkám zůstat v anonymitě, což nám zajistilo větší ochotu pro vyplňování dotazníku. Tato metoda výzkumu byla zvolena také kvůli získání většího množství potřebných dat.

Anketa a dotazník byly určeny studentkám středních odborných a středních zdravotnických škol, a studentkám Zdravotně sociální fakulty a ostatních fakult JU v ČB ve věku 16 – 26 let. Anketa obsahovala 9 otázek, pomocí kterých byly zjištěny znalosti studentek o metodách antikoncepce. Anketa byla dále vyhodnocena jednotlivým bodováním, kdy za správnou odpověď respondentky získaly 1 bod a za špatnou odpověď -1 bod. Dotazník obsahoval 21 otázek, které byly uzavřené. Otázky 1 a 2 zjišťovaly věk respondentek a typ studované školy. Otázky 3 - 5 měly zjistit informace o jejich prvním pohlavním styku, v kolika letech měla dívka pohlavní styk, zda použila ochranu, a popřípadě jakou. Otázka 6 zjišťovala, zda se partneři dívek zajímají o použití ochrany při pohlavním styku. Otázky 7 a 8 se týkaly informovanosti dívek o menstruačním cyklu a následně otázky 9 a 10 zjišťovaly, jestli si dívky menstruaci zaznamenávají a jakým způsobem. Otázky 11, 12 a 14 nás informovaly o tom, jakou metodu antikoncepce studentky používají, jaká antikoncepce jim vyhovuje a pokud zvolily hormonální metodu, tak jaký typ hormonální antikoncepce používají. Otázky 13 a 15 zjišťovaly, jaké vědomosti mají respondentky o spolehlivosti antikoncepce. Otázky 16 – 18 měly za úkol zjistit, jestli byly dívky někým informovány o možnostech antikoncepce, pokud ano, tak odkud byly informace získány, a kdy jej získaly. Otázka 19 měla zjistit, zda se dívky samy zajímají o možnosti ochrany před početím. Otázky 20 a 21 zjišťovaly, jestli dívky byly informovány o metodách antikoncepce porodní asistentkou v ordinaci, a zda by měly zájem, aby jim tyto informace poskytovala porodní asistentka ve škole.

Získaná data byla analyzována a následně grafy zpracovány v programu Microsoft Excel.

K ověření námi zvolených hypotéz jsme použili statistický test Pearsonův chí kvadrát – test dobré shody. Hladina významnosti byla stanovena na 0,05 (5 %).

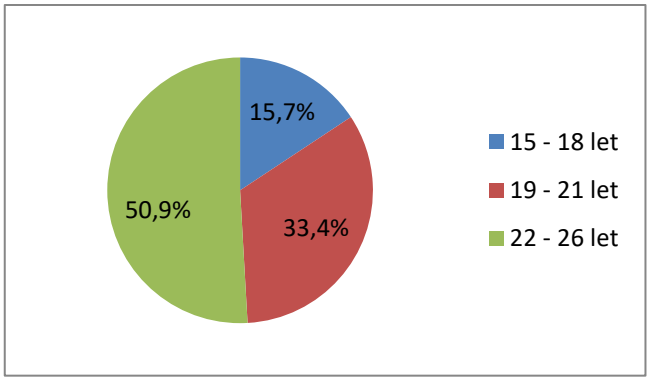
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily studentky středních zdravotnických a nezdravotnických škol a studentky zdravotně sociální fakulty JU v ČB a studentky ostatních fakult JU v ČB. Anketa a dotazníky byly odeslány studentkám Středních zdravotnických škol v Českých Budějovicích, Písku a Českém Krumlově, studentkám ostatních středních škol (Vyšší odborná škola, Střední průmyslová škola a Střední odborná škola řemesel a služeb ve Strakonicích), dále byly odeslány studentkám ze Střední pedagogické školy v Prachaticích, z Gymnázia v Prachaticích, ze Střední průmyslové školy a Vyšší odborné školy v Písku. Anketa a dotazníky byly také odeslány studentkám Zdravotně – sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a studentkám z ostatních fakult Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Od studentek bylo celkem vybráno 555 anket a dotazníků, z nichž bylo ke zpracování použito 440. Návratnost anket a dotazníků tedy byla 100% (555 dotazníků), ale pro neúplné nebo nesprávné vyplnění muselo být 115 anket a dotazníků vyřazeno. Skupinu respondentek tvořilo 440 (100 %) dívek. Respondentky byly ve věkovém rozmezí 16 – 26 let.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Struktura dotazovaného vzorku

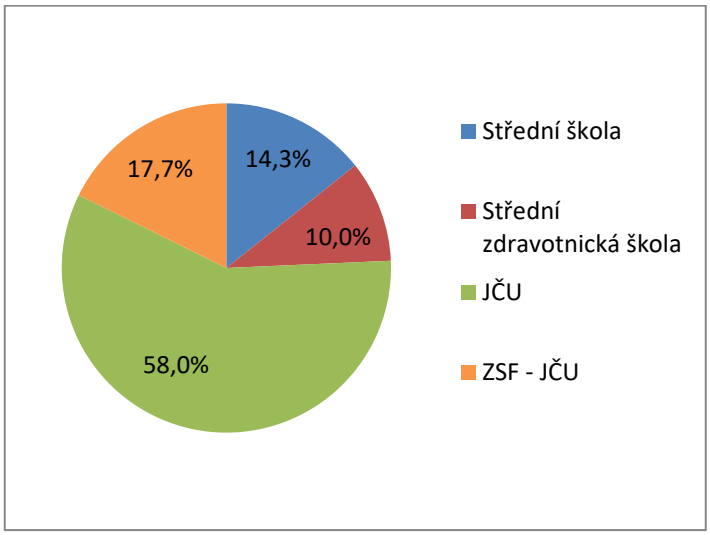
Graf 1 Věk respondentek (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Z grafu 1 vidíme, že 69 (15,7 %) dívek, bylo ve věku 15 – 18; 147 (33,4 %) bylo ve věku 19 – 21 a 224 (50,9 %) bylo ve věku 22 – 26 let.

Graf 2 Typ studované školy (n=440)

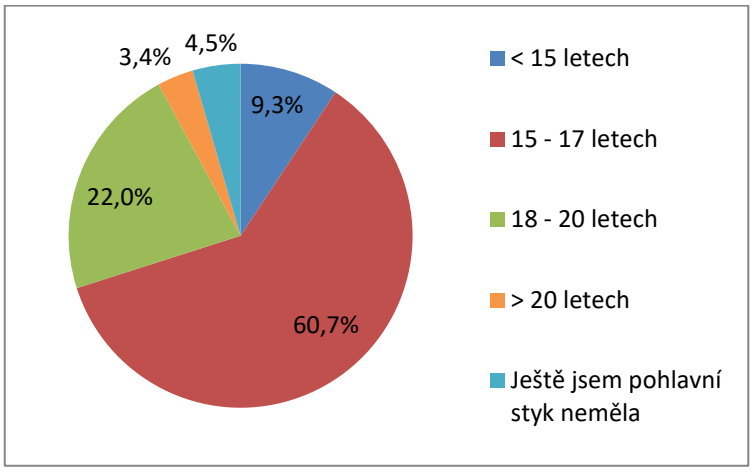


Zdroj: vlastní šetření

Z grafu 2 je patrné, že 63 (14,3 %) dívek studuje střední školu; 44 (10 %) studuje Střední zdravotnickou školu; 255 (58 %) studuje JU v ČB a 78 (17,7 %) dívek studuje Zdravotně sociální fakultu JU v ČB.

4.2 Interpretace dotazníkového šetření

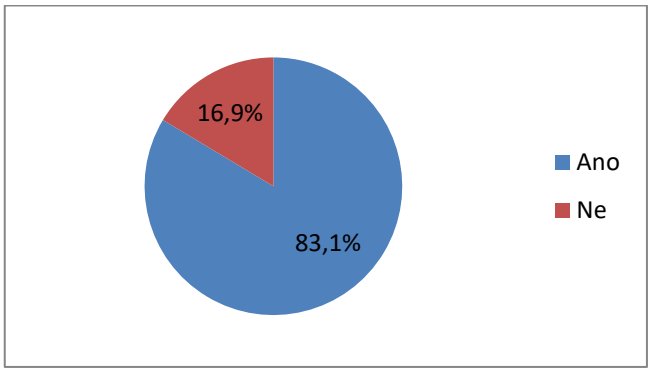
Graf 3 Věk dívek při prvním pohlavním styku (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Graf 3 nás informuje o tom, že 41 (9,3 %) dívek mělo první pohlavní styk ve věku < 15 let; 267 (60,7 %) dívek ve věku 15 – 17; 97 (22 %) dívek ve věku 18 – 20; 15 (3,4 %) dívek ve věku > 20, a 20 (4,5 %) dívek ještě pohlavní styl nemělo.

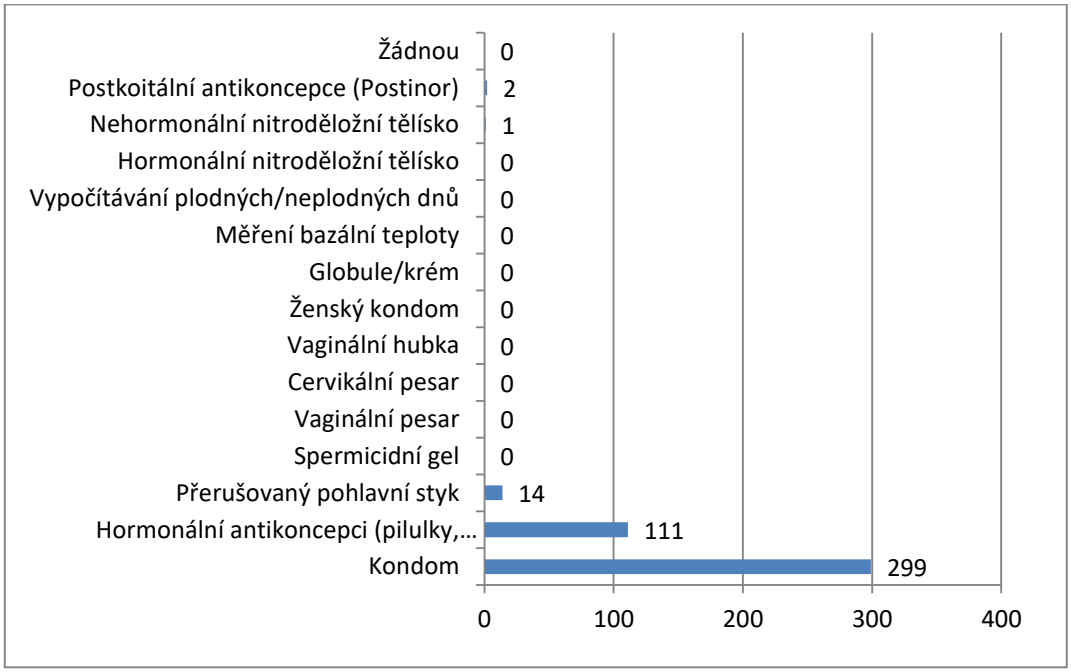
Graf 4 Použití ochrany při prvním pohlavním styku (n=420)



Zdroj: vlastní šetření

Z grafu 4 vidíme, že 350 (83,1 %) dívek použilo při prvním pohlavním styku ochranu a 70 (16,9 %) dívek při prvním pohlavním styku nepoužilo žádnou ochranu.

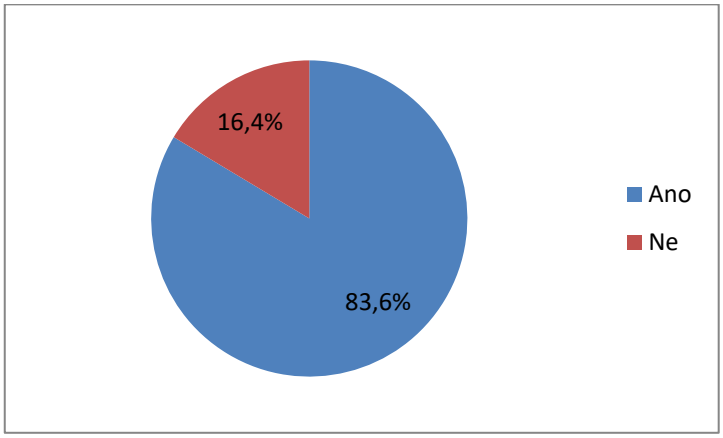
Graf 5 Zvolení metody antikoncepce při prvním pohlavním styku (n=350)



Zdroj: vlastní šetření

Tento graf znázorňuje, jakou metodu antikoncepce respondentky zvolily při prvním pohlavním styku. Dívky měly možnost zvolit více odpovědí. Celkem bylo získáno 428 odpovědí. Z grafu 5 vyplývá, že nejčetnější odpovědí (299krát) byla možnost „kondom“; 111krát byla volena hormonální antikoncepce; 14krát byl zvolen přerušovaný pohlavní styk; 1krát bylo zvoleno nehormonální nitroděložní tělísko; postkoitální antikoncepce byla zvolena 2krát a následující možnosti „spermicidní gel“, “vaginální pesar“, „cervikální pesar“, „vaginální hubka“, „ženský kondom“, „globule/krém“, „měření bazální teploty“, „vypočítávání plodných/neplodných dnů“, „hormonální nitroděložní tělísko“ a „žádnou“ nebyly zvoleny ani jednou.

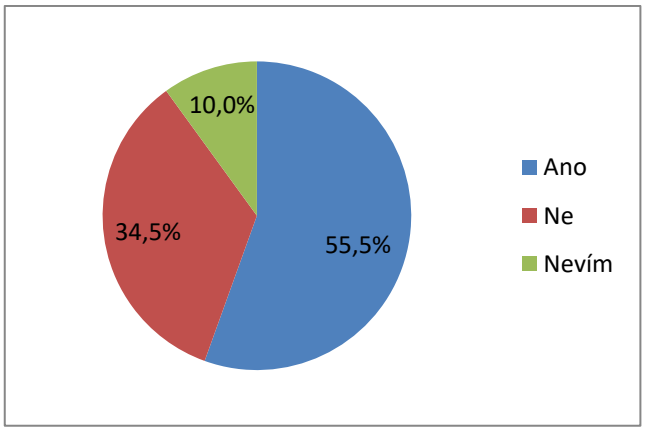
Graf 6 Zájem partnera o použití ochrany při pohlavním styku (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Graf 6 nám ukazuje, že 368 (83,6 %) partnerů dívek se zajímá o použití ochrany při pohlavním styku a 72 (16,4 %) se o použití ochrany při pohlavním styku nezajímá.

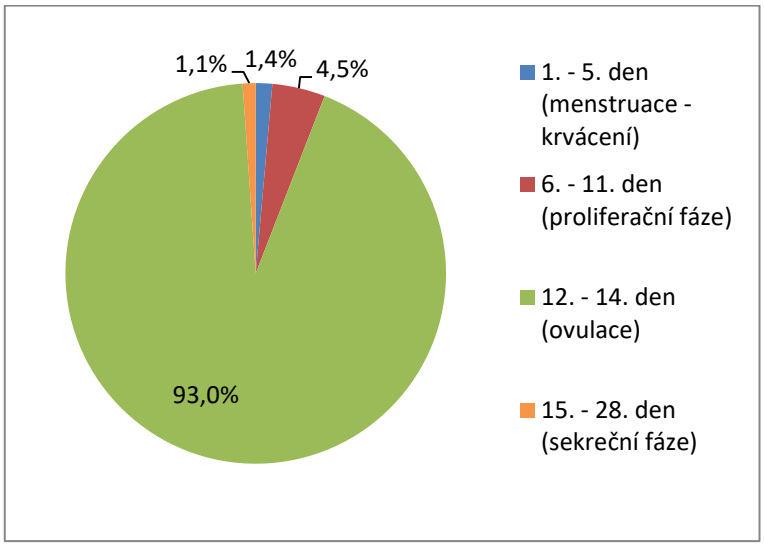
Graf 7 Možnost otěhotnění během menstruačního cyklu (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Z grafu 7 je patrné, že 244 (55,5 %) dívek si myslí, že je možné otěhotnět po celou dobu menstruačního cyklu, naopak 152 (34,5 %) dívek se domnívá, že není možné otěhotnět po celou dobu menstruačního cyklu a 44 (10 %) dívek neví, zda je to možné.

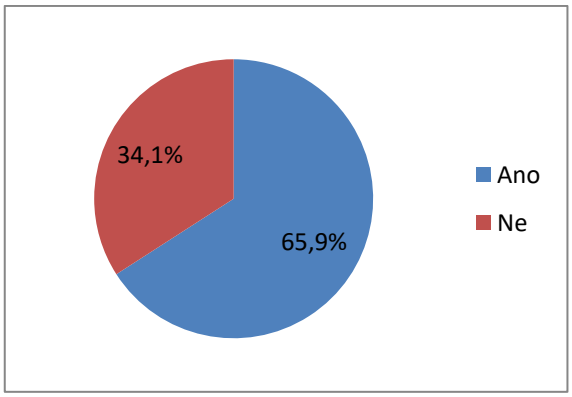
Graf 8 Názor dívek na nejvyšší pravděpodobnost otěhotnění v určité fázi menstruačního cyklu (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Z grafu 8 vyplývá, že nejvíce – 409 (93 %) – dívek si myslí, že nejvyšší pravděpodobnost otěhotnění je při ovulaci; 20 (4,5 %) dívek si myslí, že je tato pravděpodobnost nejvyšší v proliferační fázi menstruačního cyklu; 6 (1,4 %) dívek si myslí, že je pravděpodobnost nejvyšší při krvácení a 5 (1,1 %) dívek považuje za nejvyšší pravděpodobnost otěhotnění sekreční fázi.

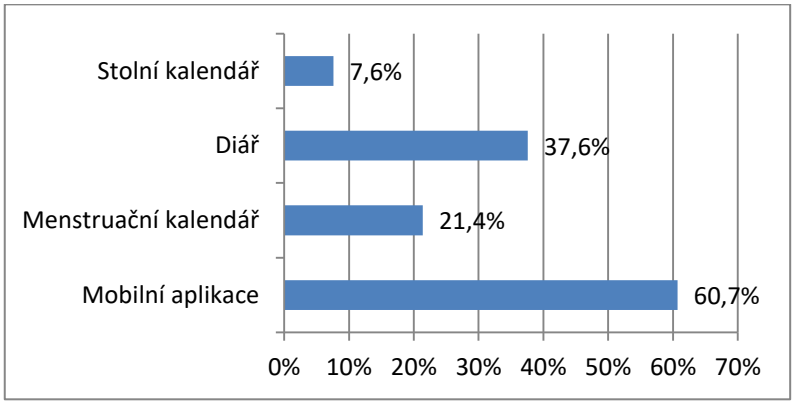
Graf 9 Zaznamenávání menstruačního cyklu (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Z grafu 9 vyplývá, že 290 (65,9 %) dívek si zaznamenává svůj menstruační cyklus a 150 (34,1 %) dívek si menstruační cyklus nezaznamenává.

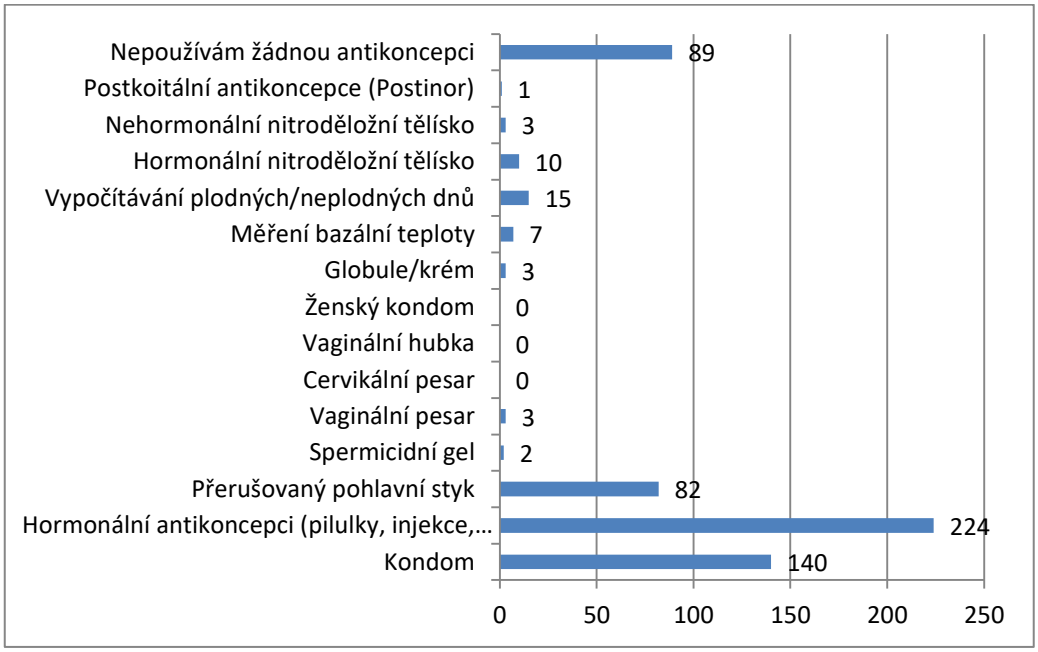
Graf 10 Způsob zaznamenávání menstruačního cyklu (n=290)



Zdroj: vlastní šetření

Tento graf navazuje na předchozí graf 9. Na tuto otázku odpovídaly dívky, které uvedly, že si zaznamenávají menstruační cyklus. Měly možnost zaškrtnout více odpovědí. Možnost „stolní kalendář“ zvolilo 22 (7,6 %) dívek; 109 (37,6 %) používá k zaznamenávání menstruačního cyklu diář. Menstruační kalendář využívá 62 (21,4 %) dívek a 176 (60,7 %) dívek k zaznamenávání menstruačního cyklu vyžívá mobilní aplikaci.

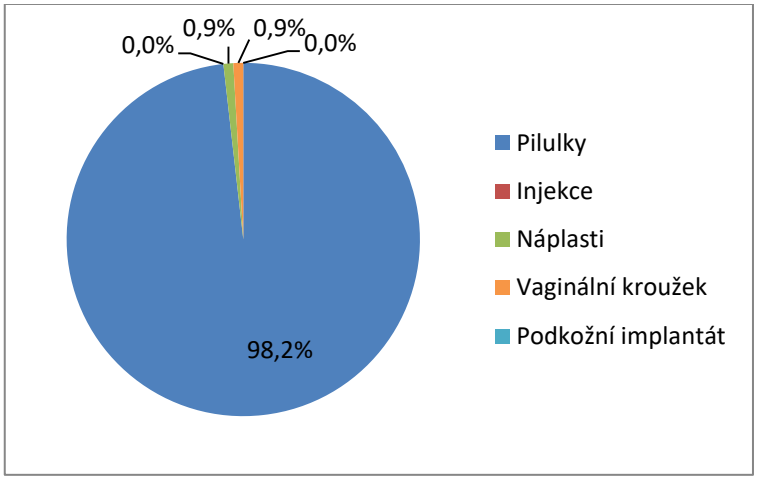
Graf 11 Nynější antikoncepce (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Tento graf popisuje, jakou antikoncepci dívky nyní užívají. V této otázce mohly studentky volit více možností. Celkem bylo získáno 579 možností. Hormonální antikoncepce (pilulky, injekce, náplast, vaginální kroužek, implantát) byla volena dívkami nejčastěji, tj. 224krát. Druhou nejčastější možností byl „kondom“, který byl zvolen 140krát. Třetí nejčastěji volenou možností byla odpověď „nepoužívám žádnou antikoncepci“, která byla zvolena 89krát. Přerušovaný pohlavní styk byl zvolen 82krát, dále 15krát bylo zvoleno vypočítávání plodných/neplodných dnů; 10krát bylo uvedeno hormonální nitroděložní tělísko; 7krát měření bazální teploty a 3krát bylo zvoleno nehormonální nitroděložní tělísko. 3krát byly zaznamenány možnosti „globule/krém“ a „vaginální pesar“. 2krát byla zvolena možnost „spermicidní gel“. Použití postkoitální antikoncepce bylo zvoleno 1krát a nikdo nezvolil cervikální pesar, vaginální hubku a ženský kondom.

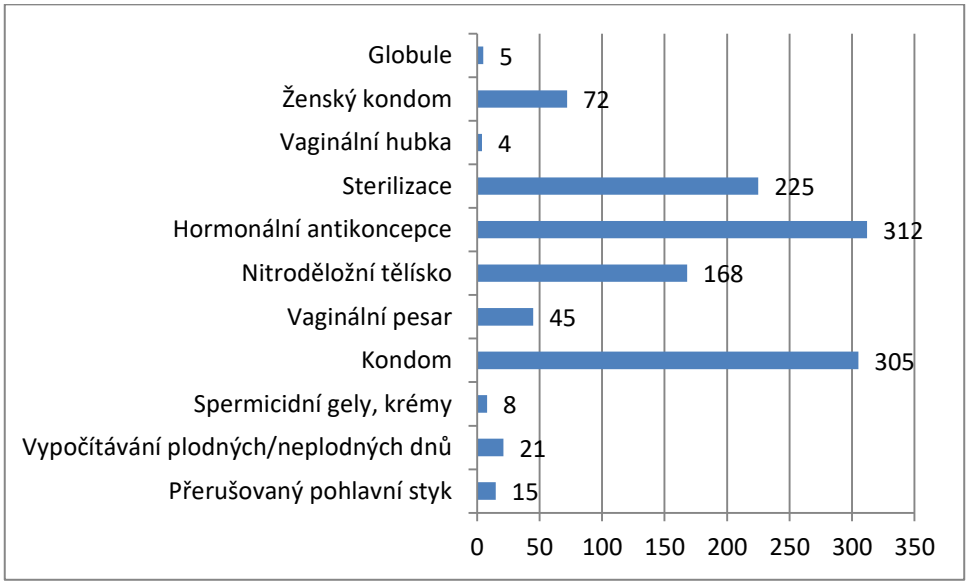
Graf 12 Druhy hormonální antikoncepce (n=224)



Zdroj: vlastní šetření

Graf 12 navazuje na graf 11. Na tuto otázku odpovídaly dívky, které v předchozí otázce zvolily možnost „hormonální antikoncepce“. 220 (98,2 %) dívek jako druh hormonální antikoncepce užívá pilulky; žádná dívka nezvolila možnost „injekce“; náplasti používají 2 (0,9 %) dívky; 2 (0,9 %) dívky zvolily vaginální kroužek a podkožní implantát nezvolila žádná dívka.

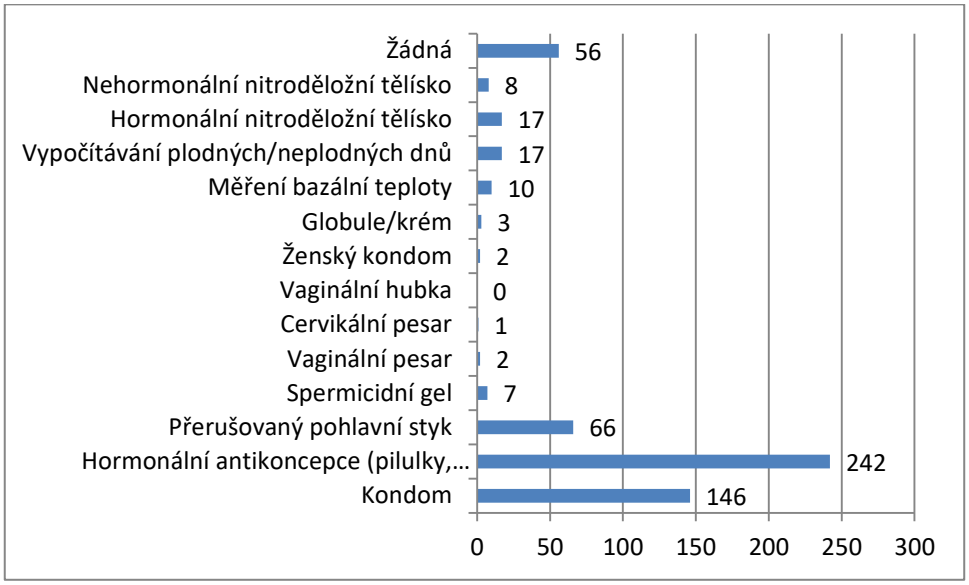
Graf 13 Spolehlivá ochrana před otěhotněním (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Graf 13 ukazuje, jaký druh antikoncepce je dle jejich názoru spolehlivě ochrání. Dívky měly možnost zvolit více odpovědí. Celkem bylo získáno 1180 odpovědí. 5krát, byly zvoleny jako spolehlivá ochrana před otěhotněním globule; 72krát byl zvolen ženský kondom. Možnost „vaginální hubka“ byla zaškrtnuta 4krát a sterilizace byla zvolena 225krát. Nejvíce, tj. 312krát, byla zaznamenána jako spolehlivá ochrana před otěhotněním hormonální antikoncepce. 168krát, bylo zvoleno za spolehlivou ochranu nitroděložní tělísko; 45krát byl volen vaginální pesar; 305krát byla zvolena možnost „kondom“; 8krát byly zvoleny spermicidní gely, krémy; 21krát byla zvolena metoda vypočítávání plodných/neplodných dnů a 15krát byla zaznamenána odpověď „přerušovaný pohlavní styk“.

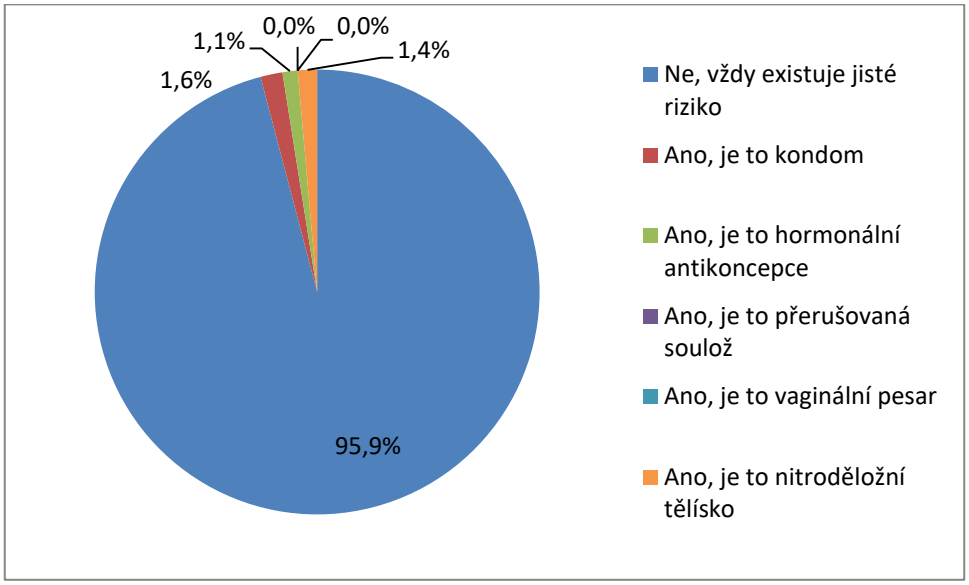
Graf 14 Vyhovující antikoncepce (n=440)



Zdroj: vlastní zdroj

Respondentky měly možnost výběru více odpovědí. Zvoleno bylo celkem 577 odpovědí. V grafu 14 můžeme vidět, jaká antikoncepce respondentkám nejvíce vyhovuje. Dívkami nejčastější zvolenou možností, tj. 242krát, byla hormonální antikoncepce (pilulky, injekce, náplast, vaginální kroužek, implantát). Druhá nejčastější možnost „kondom“, byla zvolena 146krát a jako třetí nejčastěji volenou možností, tj. 66krát, byl přerušovaný pohlavní styk. Dále 56krát byla uvedena odpověď „žádná“; 7krát byla zvolena možnost „hormonální nitroděložní tělísko“ a „vypočítávání plodných/neplodných dnů“; 10krát bylo zvoleno za vyhovující antikoncepci měření bazální teploty a 8krát nehormonální nitroděložní tělísko. Spermicidní gel byl volen 7krát; 3krát byly uvedeny za vyhovující antikoncepci globule/krém a 2krát byl zvolen vaginální pesar a ženský kondom; 1krát byla zaznamenána odpověď „cervikální pesar“ a ani jednou nebyla zvolena možnost „vaginální hubka“.

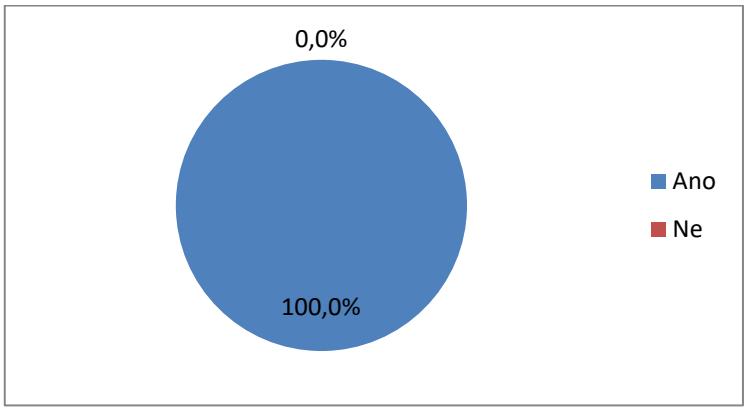
Graf 15 Existence 100% antikoncepce (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Graf 15 znázorňuje, že 422 (95,9 %) dívek si myslí, že vždy existuje jisté riziko otěhotnění; 7 (1,6 %) dotazovaných si myslí, že je před otěhotněním 100% ochrání kondom; 5 (1,1 %) dívek považuje za 100% ochranu hormonální antikoncepci; Žádná dívka si nemyslí, že 100% antikoncepce je přerušovaná soulož a vaginální pesar; 6 (1,4 %) dívek za 100% antikoncepci považuje nitroděložní tělísko.

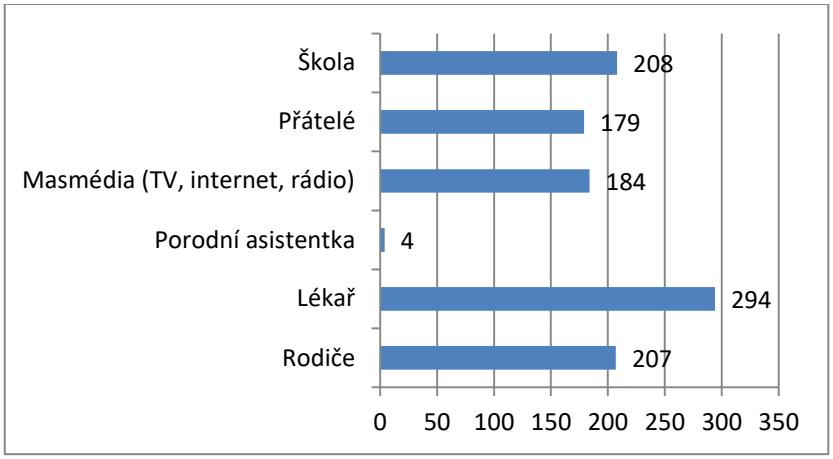
Graf 16 Informovanost dívek o možnostech antikoncepce (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Z grafu 16 vyplývá, že všechny dotazované dívky, tj. 440 (100 %), byly již někým informovány o možnostech antikoncepce.

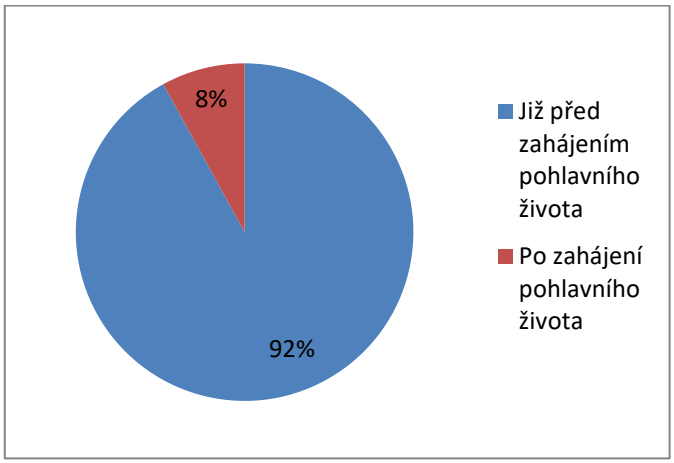
Graf 17 Zdroj získání informací (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

V této otázce mohly respondentky uvést zdroje, ze kterých získaly informace o metodách antikoncepce. Celkem bylo zaznamenáno 1076 možností, protože dívky měly možnosti zaškrtnout více odpovědí. Nejvíce, tj. 294krát, byl jako zdroj informací zvolen lékaře; 208krát byla uvedena škola; 207krát byli zvoleni rodiče; 184krát byla zvolena odpověď „masmédia (TV, internet, rádio)“; 179krát byla uvedena možnost „přátelé“ a pouze 4krát byla jako zdroj informací o metodách antikoncepce uvedena porodní asistentka.

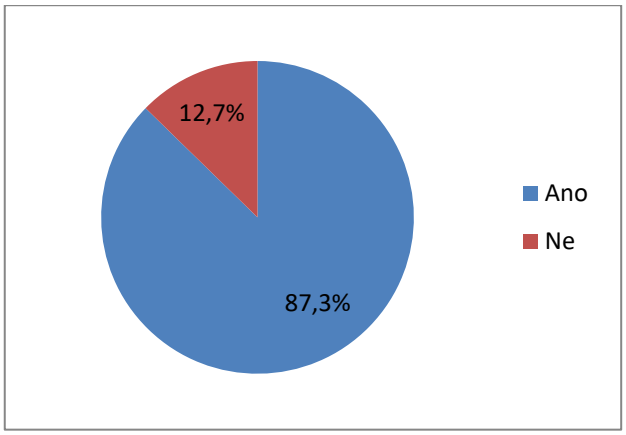
Graf 18 Období prvního získání informací o antikoncepci (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

405 (92 %) dívek odpovědělo, že byly o antikoncepci informovány poprvé již před zahájením pohlavního života a 35 (8 %) dívek bylo o antikoncepci informováno poprvé až po zahájení pohlavního života.

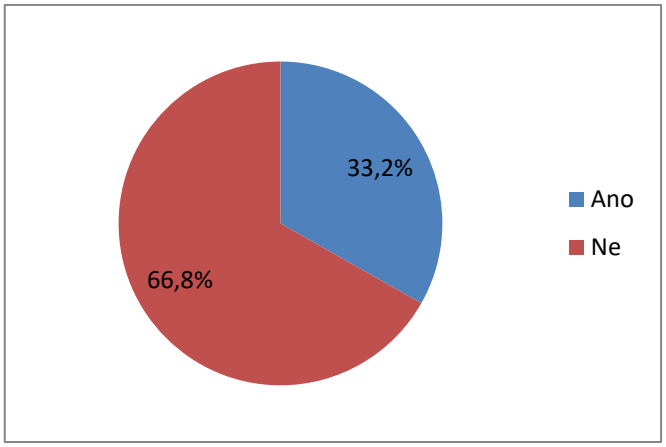
Graf 19 Zájem dívek o možnosti ochrany před početím (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Graf 19 ukazuje, že 384 (87,3 %) dívek se zajímá o možnosti ochrany před početím a 56 (12,7 %) dívek ne.

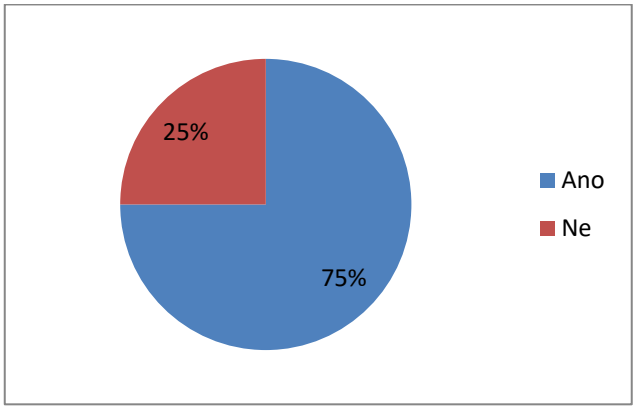
Graf 20 Informovanost porodní asistentkou v ordinaci o metodách antikoncepce (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

146 (33,2 %) dívek odpovědělo, že byly informované o metodách antikoncepce porodní asistentkou v ordinaci a 294 (66,8 %) dívek odpovědělo, že jim informace poskytnuty nebyly.

Graf 21 Zájem dívek o poskytnutí informací o metodách antikoncepce porodní asistentkou ve škole (n=440)

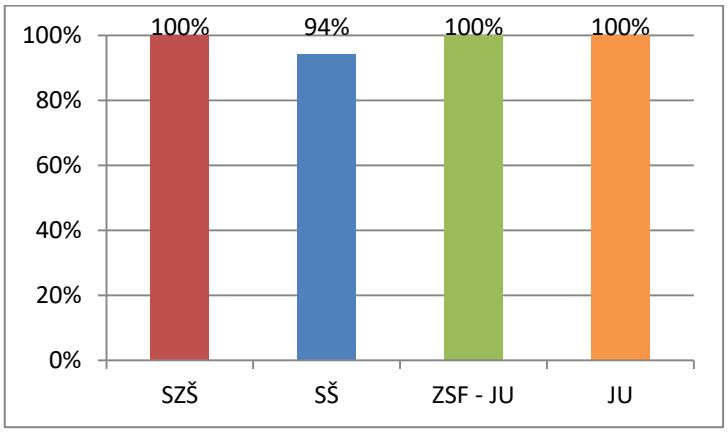


Zdroj: vlastní šetření

Z grafu 21 je patrné, že 330 (75 %) dívek by mělo zájem o poskytování informací porodní asistentkou ve škole a 110 (25%) dívek by zájem nemělo.

4.3 Interpretace výsledků ankety

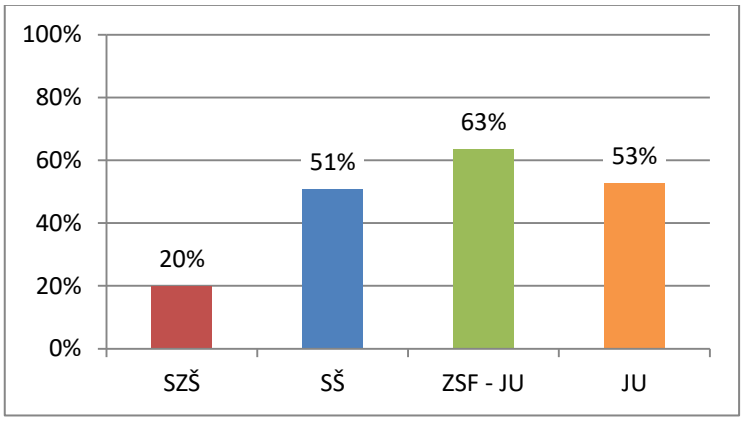
Graf 22 Pojem antikoncepce (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

V otázce č. 1 jsme se dívek ptali, zda ví, co znamená pojem antikoncepce. Studentky měly vybrat jednu správnou možnost ze tří. Na grafu 22 můžeme vidět, že dívky ze střední zdravotnické školy, Zdravotně sociální fakulty JU v ČB a ostatních fakult JU v ČB měly v této otázce 100% úspěšnost a studentky ostatních středních škol uspěly v 94 %. Z celkového počtu dívek, tj. 440, odpovědělo správně na tuto otázku 438 (99,5 %) dívek a 2 (0,5 %) dívky odpověděly nesprávně.

Graf 23 Metody patřící do bariérové antikoncepce (n=440)

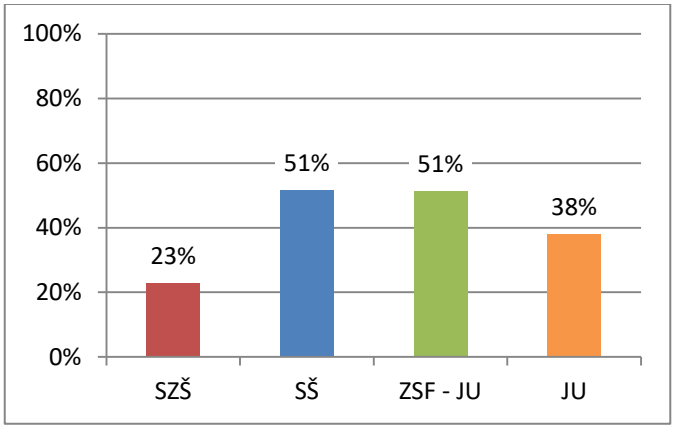


Zdroj: vlastní šetření

Tento graf zobrazuje, zda respondentky znají metody patřící do bariérové antikoncepce. Bylo zde více odpovědí správných, proto bylo celkem získáno 1550 odpovědí. Z grafu 23 je patrné, že studentky ze střední zdravotnické školy uspěly na 20 %; respondentky z ostatních středních škol měly úspěšnost 51 %; 63 % získaly

respondentky ze Zdravotně sociální fakulty JU v ČB a 53% úspěšnost měly dívky z ostatních fakult JU v ČB.

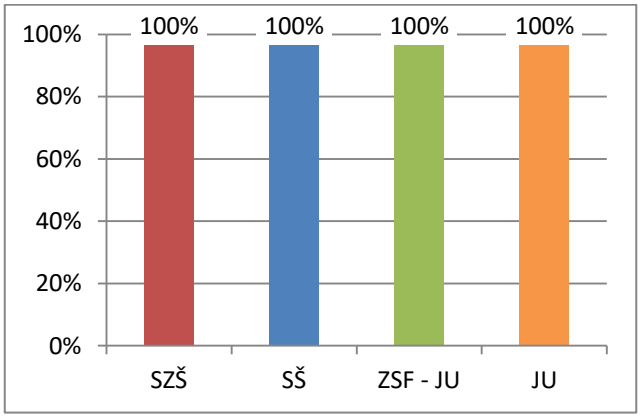
Graf 24 Princip bariérové metody antikoncepce (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Tento graf znázorňuje odpovědi dívek, kterých jsme se ptali, k čemu slouží bariérová metoda antikoncepce. Tato otázka měla jen jednu správnou odpověď. Stejně úspěšné, tj. 51 %, byly studentky z ostatních středních škol a Zdravotně sociální fakulty JU v ČB. 38 % získaly dívky z ostatních fakult JU v ČB a 23% úspěšnost měly dívky ze střední zdravotnické školy. Z celkového počtu 440 dívek jich odpovědělo správně 309 (70,2 %), možnost „pouze k zabránění těhotenství“ zvolilo 128 (29,1 %) dívek a možnost „pouze k přenosu pohlavně přenosných chorob“ zvolily 3 (0,7 %) dívky.

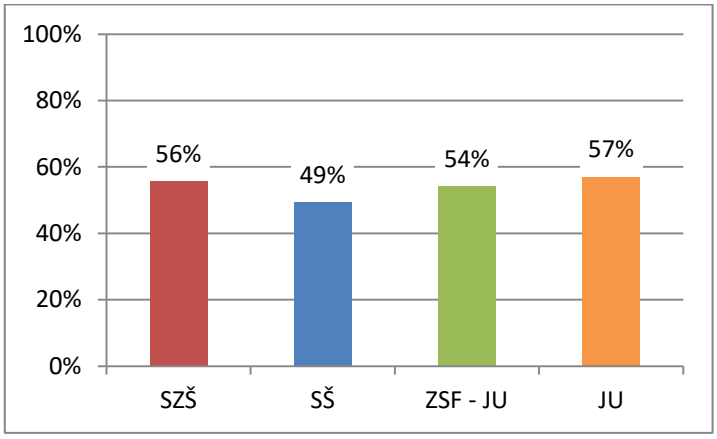
Graf 25 Hormonální antikoncepce jako ochrana před pohlavně přenosnými chorobami (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Graf 25 zobrazuje odpovědi na otázku, zda si dívky myslí, že je hormonální antikoncepce ochrání před pohlavně přenosnými chorobami. Dívky měly na výběr ze dvou možností, přičemž pouze jedna byla správná Z grafu 25 je patrné, že všechny dívky odpověděly správně a zvolily možnost „ne“, měly tedy 100% úspěšnost.

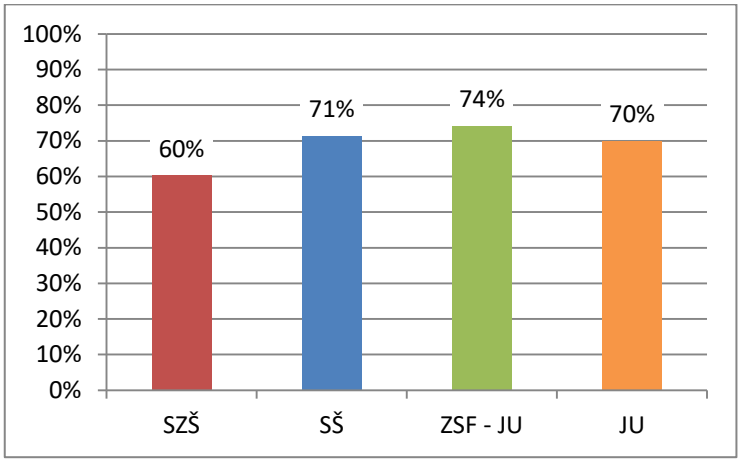
Graf 26 Antikoncepce chránící před pohlavně přenosnými chorobami (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Graf 26 znázorňuje, jaká antikoncepce dívky dle jejich názoru ochrání před pohlavně přenosnými chorobami. V této otázce mohly studentky zvolit více odpovědí. Ze čtrnácti nabízených odpovědí byly správné dvě. Celkem bylo získáno 868 odpovědí. Z grafu 26 vyplývá, že úspěšnost dívek ze středních zdravotnických škol byla 56 %; 49% úspěšnost dosáhly dívky z ostatních středních škol; dívky ze zdravotně sociální fakulty JU v ČB uspěly na 54 % a 57% úspěšnost v této otázce měly dívky z ostatních fakult JU v ČB.

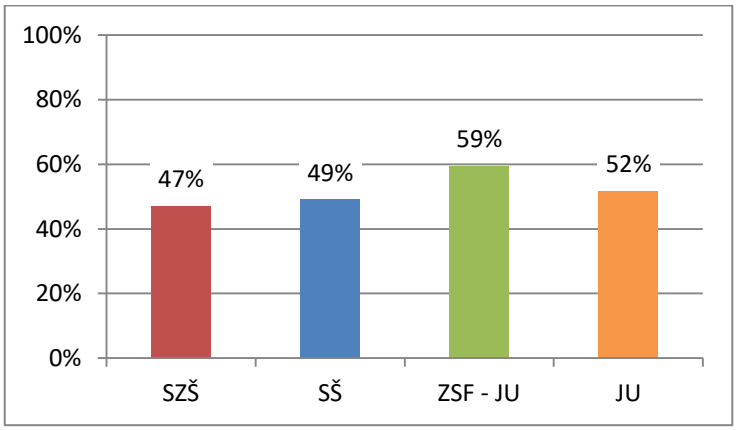
Graf 27 Metody patřící do hormonální antikoncepce (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Tento graf zobrazuje odpovědi na otázku, které metody patří do hormonální antikoncepce. Dívky mohly zvolit více možností, proto bylo celkem zaznamenáno 1902 odpovědí. Z grafu 27 je patrné, že dívky ze středních zdravotnických škol uspěly v této otázce na 60 %; dívky z ostatních středních škol na 71 %; dívky ze Zdravotně sociální fakulty JU v ČB na 74 % a dívky z ostatních fakult JU v ČB na 70 %.

Graf 28 Metody patřící do chemické antikoncepce (n=440)

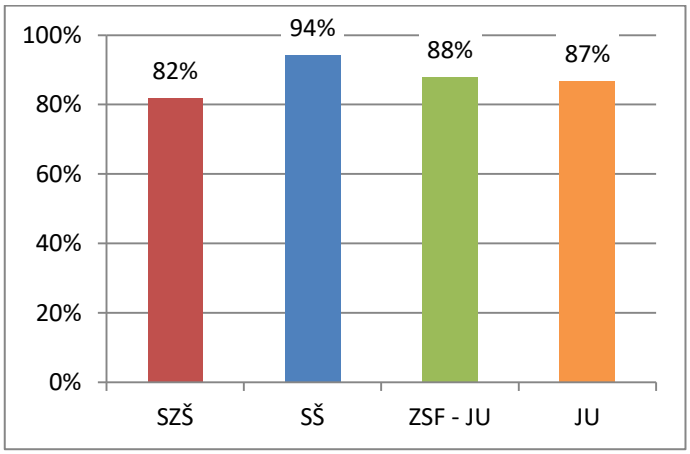


Zdroj: vlastní šetření

Graf zobrazuje úspěšnost studentek v určení metod chemické antikoncepce. Dívky mohly zvolit více odpovědí. Celkem jich bylo získáno 905. Z grafu 28 vyplývá, že v této otázce získaly nejvyšší úspěšnost, tj. 59 %, dívky ze Zdravotně sociální fakulty JU v ČB. Dívky z ostatních fakult JU v ČB získaly 52 %; 49 % měly dívky z ostatních

středních škol a nejnižší úspěšnost měly dívky ze středních zdravotnických škol, a to 49%.

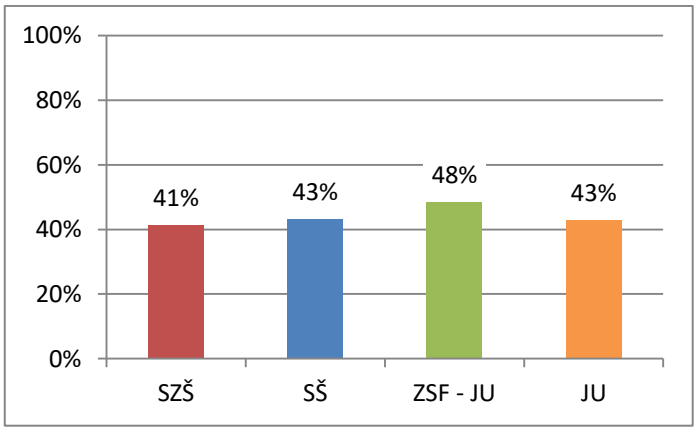
Graf 29 Pojem ovulace (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Graf zobrazuje znalost pojmu ovulace. Byla zde pouze jedna správná odpověď, a dívky měly na výběr ze tří možností. Na grafu 29 můžeme vidět, že úspěšnost v této otázce byla 82% u dívek ze středních zdravotnických škol; dívky z ostatních středních škol uspěly na 94 %; 88 % získaly dívky ze Zdravotně sociální fakulty JU v ČB a na 87 % uspěly dívky z ostatních fakult JU v ČB.

Graf 30 Příznaky ovulace (n=440)

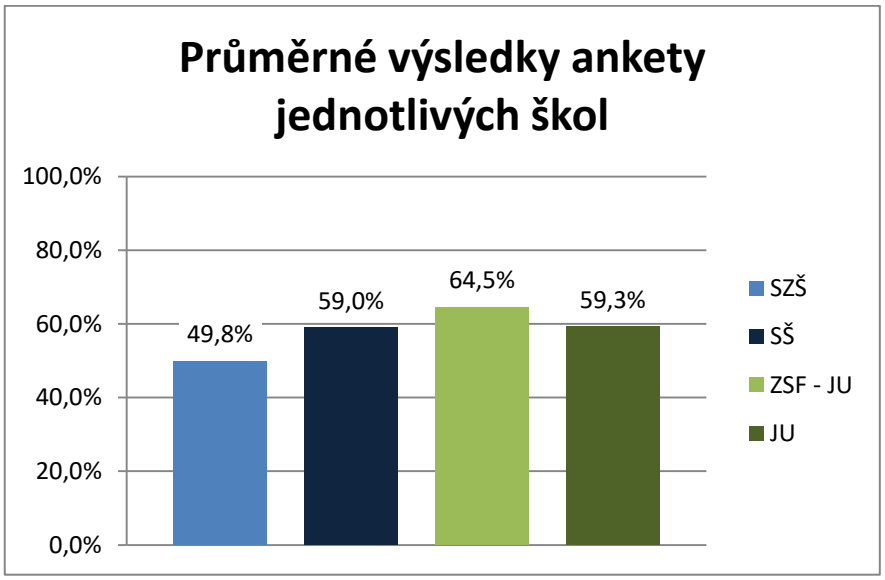


Zdroj: vlastní šetření

Graf zobrazuje odpovědi na otázku, jaké mohou být příznaky ovulace. V otázce bylo šest správných odpovědí ze šesti možných. Studentky tedy měly možnost zaškrtnout více možností, a proto bylo cekem získáno 1147 odpovědí. Z grafu 30 je

patrné, že nejúspěšnější, tj. 48 %, byly dívky ze Zdravotně sociální fakulty JU v ČB. Stejnou úspěšnost, tj. 43 %, měly dívky z ostatních středních škol a z ostatních fakult JU v ČB a nejnižší úspěšnost, tj. 41 %, měly dívky ze středních zdravotnických škol.

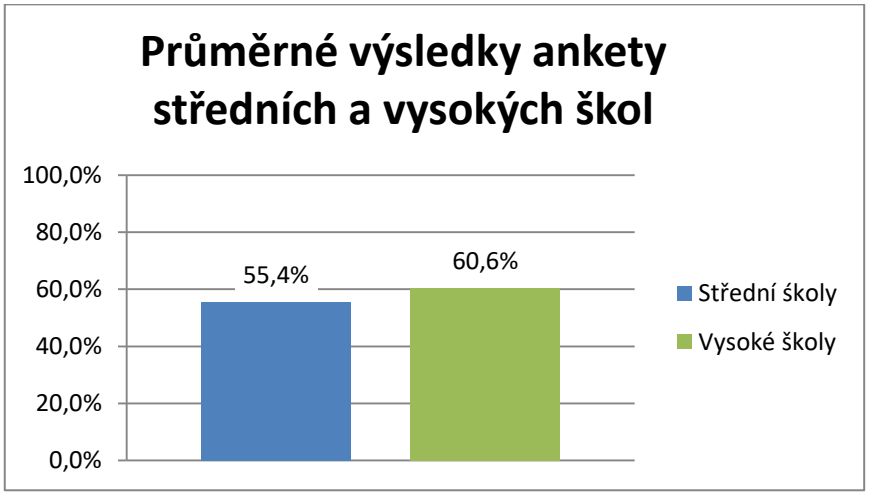
Graf 31 Průměrné výsledky ankety jednotlivých škol (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Na tomto grafu můžeme vidět průměrné výsledky testu jednotlivých škol. Z grafu je patrné, že nejvíce úspěšné v anketě, tj. 64,5 %, byly studentky ze Zdravotně sociální fakulty JU v ČB. Druhou nejvyšší úspěšnost, tj. 59,3 % měly studentky z ostatních fakult JU v ČB. Za nimi, s úspěšností 59 %, jsou studentky ostatních středních škol a na posledním místě se umístily studentky středních zdravotnických škol se 49, 8 %.

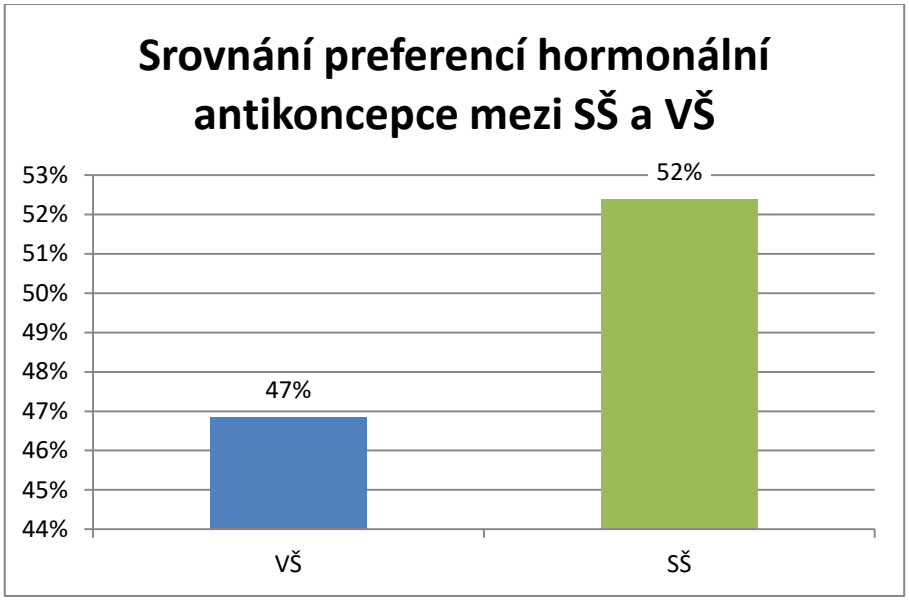
Graf 32 Průměrné výsledky ankety středních a vysokých škol (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Graf znázorňuje průměrné výsledky ankety středních a vysokých škol. Podle těchto výsledků v grafu 32 studentky vysokých škol uspěly v anketě na 60,6 % a studentky středních škol získaly 55,4 %.

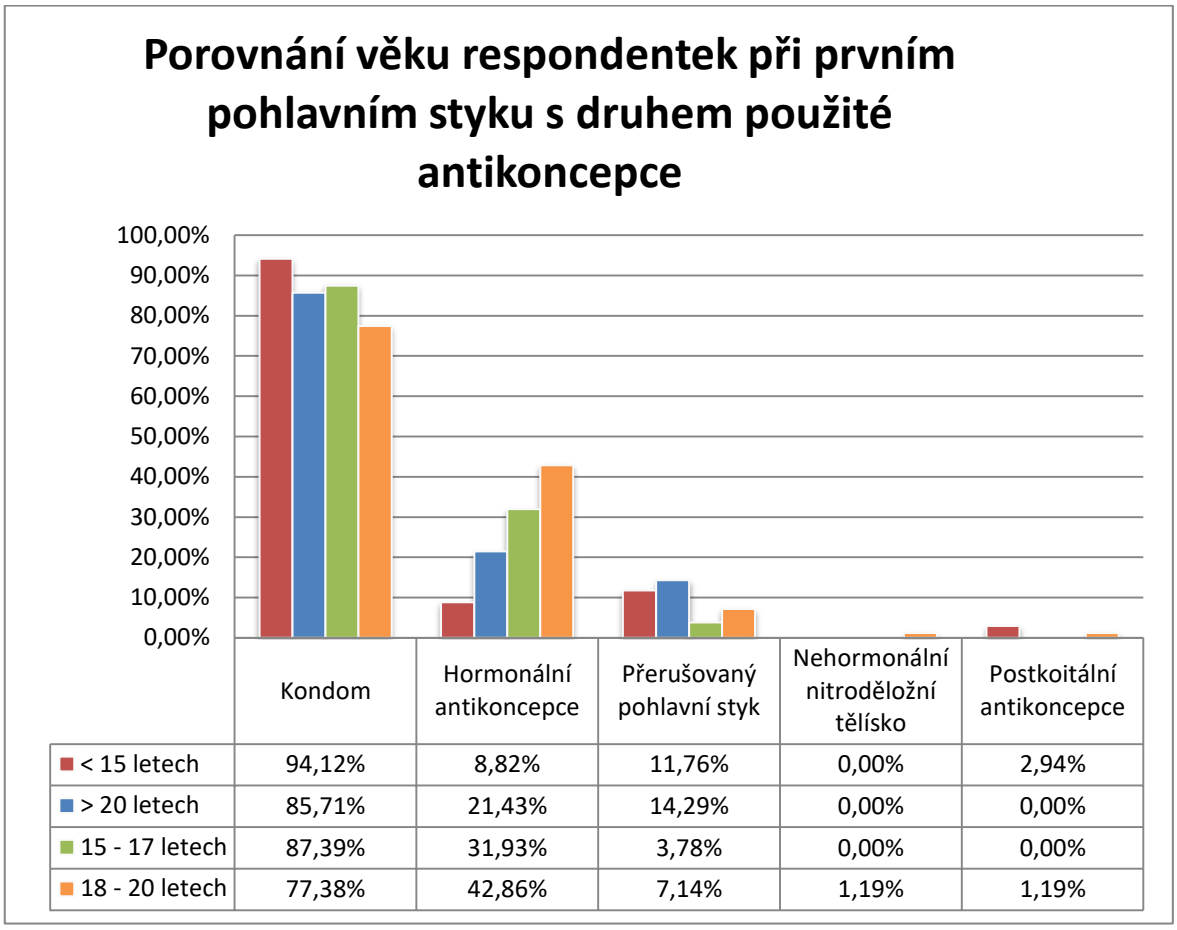
Graf 33 Srovnání preferencí hormonální antikoncepce mezi SŠ a VŠ



Zdroj: vlastní šetření

Na grafu 33 můžeme vidět preference hormonální antikoncepce mezi středními a vysokými školami. Dle výsledků hormonální antikoncepci preferuje 52 % středoškolaček a 47 % vysokoškolaček.

Graf 34 Porovnání věku respondentek při prvním pohlavním styku s druhem použité antikoncepce (n=440)



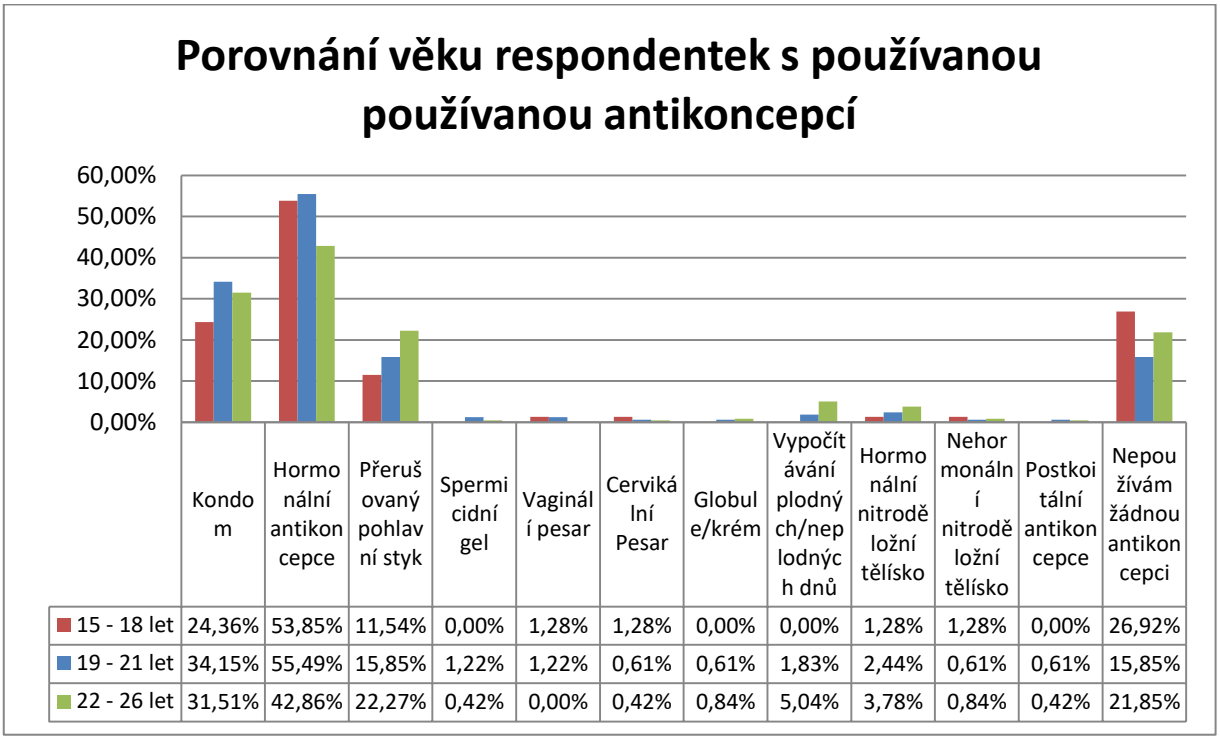
	Kondom	Hormonální antikoncepce	Přerušovaný pohlavní styk	Nehormonální nitroděložní tělísko	Postkoitální antikoncepce
< 15 letech	94,12%	8,82%	11,76%	0,00%	2,94%
> 20 letech	85,71%	21,43%	14,29%	0,00%	0,00%
15 - 17 letech	87,39%	31,93%	3,78%	0,00%	0,00%
18 - 20 letech	77,38%	42,86%	7,14%	1,19%	1,19%

Zdroj: vlastní šetření

Graf 34 zobrazuje věk respondentek při prvním pohlavním styku a druh použité antikoncepce. Je zřejmé, že 32 (94,12 %) dívek ve věku < 15 let; 12 (85,71 %) dívek ve věku > 20 let; 208 (87,39 %) dívek ve věku 15 – 17 let a 65 (77,38 %) dívek ve věku 18 – 20 let, použilo při prvním pohlavním styku kondom. Možnost „hormonální antikoncepce“ zvolily 3 (8,82 %) dívky ve věku < 15 let; 3 (21,43 %) dívky ve věku > 20 let; 76 (31,93 %) dívek ve věku 15- 17 let a 36 (42,86 %) dívek ve věku 18 – 20 let. 4 (11,76 %) dívky ve věku < 15 let; 2 (14,29 %) dívky ve věku > 20; 9 (3,78 %) dívek ve věku 15 – 17 let a 21 (7,14 %) dívek ve věku 18 – 20 let zvolilo při prvním pohlavním styku přerušovaný pohlavní styk. Jen 1 (1,19 %) dívka ve věku 18 – 20 let použila při prvním pohlavním styku jako ochranu nehormonální nitroděložní tělísko a žádná z dívek ve věku < 15 let, > 20 let a ve věku 15 – 17 let ho nepoužila. Možnost „postkoitální antikoncepce“ zvolila 1 (2,94 %) dívka ve věku < 15 let a 1 (1, 19 %) dívka ve věku 18 – 20 let, žádná z dívek ve věku > 20 let a 15 – 17 let tuto možnost

nezvolila. Do tohoto grafu nejsou zařazeny odpovědi (spermicidní gel, vaginální pesar, cervikální pesar, vaginální hubka, ženský kondom, globule/krém, měření bazální teploty, vypočítávání plodných/neplodných dnů a hormonální nitroděložní tělísko), které nezvolila žádná dívka z těchto čtyř skupin.

Graf 35 Porovnání věku respondentek s používanou antikoncepcí (n=440)



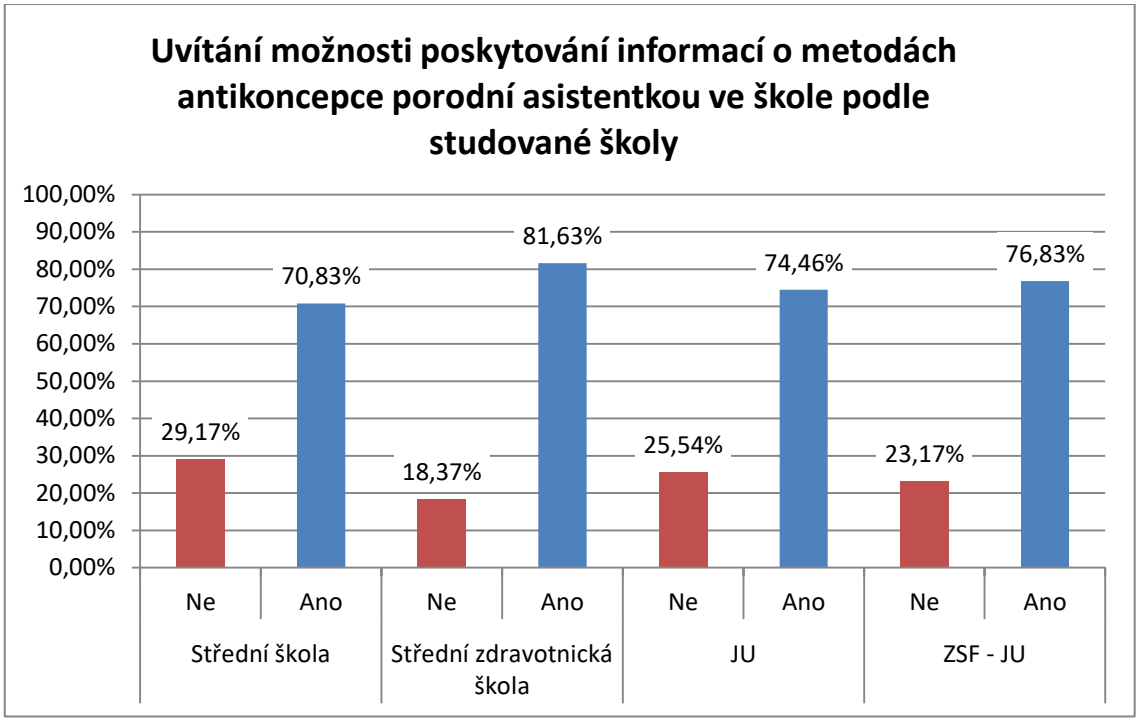
	Kondom	Hormonální antikoncepce	Přerušovaný pohlavní styk	Spermicidní gel	Vaginální pesar	Cervikální Pesar	Globule/krém	Vypočítávání plodných/neplodných dnů	Hormonální nitroděložní tělísko	Nehormonální nitroděložní tělísko	Postkoitální antikoncepce	Nepoužívám žádnou antikoncepci
15 - 18 let	24,36%	53,85%	11,54%	0,00%	1,28%	1,28%	0,00%	0,00%	1,28%	1,28%	0,00%	26,92%
19 - 21 let	34,15%	55,49%	15,85%	1,22%	1,22%	0,61%	0,61%	1,83%	2,44%	0,61%	0,61%	15,85%
22 - 26 let	31,51%	42,86%	22,27%	0,42%	0,00%	0,42%	0,84%	5,04%	3,78%	0,84%	0,42%	21,85%

Zdroj: vlastní šetření

Grafu 35 znázorňuje věk respondentek a antikoncepci, kterou dívky nyní používají. Kondom zvolilo 19 (24,36 %) dívek, kterým je 15 – 18 let; 56 (34,15 %) dívek ve věku 19 – 21 let a 75 (31,51 %) dívek ve věku 22 – 26 let. Hormonální antikoncepci nyní používá 42 (53,85 %) dívek ve věku 15 – 18 let; 91 (55,49 %) dívek, kterým je 19 – 21 let a 102 (42,86 %) dívek ve věku 22 – 26 let. Možnost „přerušovaný pohlavní styk“ zvolilo 9 (11,54 %) dívek ve věku 15 – 18 let; 26 (15, 85 %) dívek ve věku 19 – 21 let a 53 (22,27 %) dívek, kterým je 22 – 26 let. Žádná dívka ve věku 15 – 18 let za nynější antikoncepci nezvolila spermicidní gel, zatímco 2 (1,22 %) dívky ve věku 19 – 21 let a 1 (0,42 %) dívka ve věku 22 – 26 let ho zvolily. Vaginální pesar byl zvolen 1 (1,28 %) dívkou z věkové skupiny 15 – 18 let, 2 (1,22 %) dívkami ve věku 19 – 21 let a žádnou dívkou, které by bylo 22 – 26 let. 1 (1,28 %) dívka z věkové skupiny 15 – 18 let; 1 (0,61 %) dívka ve věku 19 – 21 let a 1 (0,42 %) dívka ve věku 22 – 26 let nyní používá jako

metodu antikoncepce cervikální pesar. Globule/krém nezvolila žádná dívka ve věku 15 – 18 let, ale zvolila jej 1 (0,61 %) dívka z věkové skupiny 19 – 21 let a 2 (0,84 %) dívky ve věku 22 – 26 let. Žádná dívka ve věku 15 – 18 let; 3 (1,83 %) dívky ve věku 19 – 21 let a 12 (5,04 %) dívek ve věku 22 – 26, jako metodu antikoncepce, zvolilo vypočítávání plodných/neplodných dnů. 1 (1,28 %) dívka z věkové skupiny 15 – 18 let; 4 (2,44 %) dívky ve věku 19 – 21 let a 9 (3,78 %) dívek ve věku 22 – 26 let používá hormonální nitroděložní tělísko. 1 (1,28 %) dívka ve věku 15 – 18 let; 1 (0,61 %) dívka ve věku 19 – 21 let a 2 (0,84 %) dívky ve věku 22 – 26 let nyní jako antikoncepci používají nehormonální nitroděložní tělísko. Možnost „postkoitální antikoncepce“ nezvolila žádná dívka z věkové skupiny 15 – 18 let, ale byla zvolena 1 (0,61 %) dívkou ve věku 19 – 21 let a taktéž 1 (0,42 %) dívkou ve věku 22 – 26 let. 21 (26,92 %) dívek ve věku 15 – 18 let; 26 (15, 85 %) ve věku 19 – 21 a 52 (21,85 %) z věkové skupiny 22 – 26 let nepoužívá při pohlavním styku žádnou antikoncepci. Do grafu nebyly zahrnuty možnosti „vaginální hubka“, „ženský kondom“ a „měření bazální teploty“, protože nebyly zvoleny žádnou dívkou z každé skupiny.

Graf 36 Uvítání možnosti poskytování informací o metodách antikoncepce porodní asistentkou ve škole podle studované školy (n=440)



Zdroj: vlastní šetření

Z grafu 36 je patrné, že 70,83 % studentek ze střední školy by uvítalo možnost poskytování informací porodní asistentkou ve škole, a 29,17 % studentek by tuto možnost neuvítalo. Ze střední zdravotnické školy by tuto možnost uvítalo 81,63 % dívek a 18,37 % dívek ne. Respondentky z JU by tuto možnost uvítaly v 74,46 %, a neuvítaly by ji ve 25,54 %. Studentky ZSF JU volily možnost „ano“ v 76,83 %, a možnost „ne“ ve 23,17 %.

4.4 Testování hypotéz

Tabulka 1 Porovnání znalostí mezi studentkami zdravotnických středních a vysokých škol a studentkami ostatních středních a vysokých škol.

	Dosaženo bodů	Nedosaženo bodů	Celkem
SZŠ + ZSF - JU	1871	1279	3150
	59,40 %	40,60 %	
SŠ + JU	4811	3314	8125
	59,21 %	40,79 %	
Celkem	6682	4593	11275

Z této tabulky se dozvídáme, že u Střední zdravotnické školy a Zdravotně sociální fakulty JU v ČB bylo v anketě celkem dosaženo 1871 (59,40 %) bodů a 1279 (40,60 %) bodů bylo nedosažených. Celkem tedy mohly získat 3150 bodů. Dívky z ostatních středních škol a ostatních fakult JU v ČB dosáhly 4811 (59,21 %) bodů a 3314 (40,79 %) bodů bylo nedosažených. Celkem mohly získat 8125 bodů. Všechny školy poté získaly v anketě celkem 6682 bodů a nedosažených bodů bylo 4593. Celkem mohly všechny skupiny získat 11275 bodů.

Tabulka 2 Statistické zpracování porovnání znalostí mezi studentkami zdravotnických středních a vysokých škol, a studentkami ostatních středních a vysokých škol.

	p-value
Pearsonův chí-kv.	0,85

Nulová hypotéza H0 tvrdí, že mezi studentkami zdravotnických středních a vysokých škol a studentkami ostatních středních a vysokých škol, neexistují rozdíly ve znalostech o metodách antikoncepce. Při využití chí kvadrát testu vyšla hodnota p = 0,85. Při hladině významnosti p = 0,05 nelze nulovou hypotézu H0 zamítnout, tzn., že

nemůžeme potvrdit stanovenou hypotézu 1, že existují rozdíly ve znalostech o metodách antikoncepce mezi studentkami zdravotnických středních a vysokých škol a studentkami ostatních středních a vysokých škol.

Tabulka 3 Porovnání znalostí v oblasti metod antikoncepce mezi studentkami vysokých škol a studentkami středních škol.

	Dosaženo bodů	Nedosaženo bodů	Celkem
JU + ZSF-JU	5102	3323	8425
	60,56 %	39,44 %	
SŠ + SZŠ	1580	1270	2850
	55,44 %	44,56 %	
Celkem	6682	4593	11275

V této tabulce lze pozorovat, že studentky z ostatních fakult JU a Zdravotně sociální fakulty JU v ČB dosáhly 5102 (60,56 %) bodů a 3323 (39,44 %) bodů bylo nedosažených. Celkem mohly obě skupiny dívek v anketě získat 8425 bodů. U dívek z ostatních středních škol a středních zdravotnických škol bylo dosaženo 1580 (55,44 %) bodů a nedosaženo 1270 (44,56 %) bodů. Celkem mohly tyto dvě skupiny dívek získat 2850 bodů. Respondentky ze všech škol tedy celkem dosáhly 6682 bodů, nedosáhly 4593 bodů a mohly získat 11275 bodů.

Tabulka 4 Statistické zpracování porovnání znalostí v oblasti metod antikoncepce mezi studentkami vysokých škol a studentkami středních škol.

	p-value
Pearsonův chí-kv.	0,0000015

Nulová hypotéza H0 tvrdí, že mezi studentkami vysokých škol a studentkami středních škol nejsou rozdíly ve znalostech v oblasti metod antikoncepce. Při využití chí kvadrát testu vyšla hodnota p = 0,0000015. Při hladině významnosti p = 0,05 lze zamítnout nulovou hypotézu H0 o nezávislosti dosaženého výsledku na typu studované školy a na základě dat můžeme potvrdit hypotézu 2, že studentky vysokých škol mají lepší znalosti v oblasti metod antikoncepce, než studentky středních škol.

Tabulka 5 Porovnání preferencí hormonální antikoncepce mezi studentkami vysokých škol a studentkami středních škol.

	Hormonální antikoncepce	Nehormonální antikoncepce	Celkem
JU + ZSF-JU	139	119	258
	53,88 %	46,12 %	
SŠ + SZŠ	65	35	100
	65,00 %	35,00 %	
Celkem	204	154	358

Z této tabulky je patrné, že 140 (40 %) studentek ostatních fakult JU v ČB a Zdravotně sociální fakulty JU v ČB užívá hormonální antikoncepci a 210 (60 %) studentek užívá nehormonální antikoncepci. 65 respondentek z ostatních středních škol a středních zdravotnických škol užívá hormonální antikoncepci a 60 respondentek užívá nějaký druh nehormonální antikoncepce. Celkem ze všech skupin hormonální antikoncepci užívá 205 dívek a nehormonální antikoncepci užívá 270 dívek.

Tabulka 6 Statistické zpracování porovnání preferencí hormonální antikoncepce mezi studentkami vysokých škol a studentkami středních škol.

	p-value
Pearsonův chí-kv.	0,05

Nulová hypotéza H0 tvrdí, že mezi studentkami vysokých škol a studentkami středních škol nejsou rozdíly v preferencích hormonální antikoncepce. = 0,05. Při hladině významnosti p = 0,05, nelze zamítnout nulovou hypotézu o Při využití chí kvadrát testu vyšla hodnota p nezávislosti druhu používané antikoncepce na typu studované školy a na základě dat vyvracíme hypotézu, že studentky vysokých škol více preferují hormonální antikoncepci než středoškolské studentky. Mezi studentkami středních a vysokých škol nejsou statisticky významné rozdíly v preferencích užívání hormonální antikoncepce.

5 DISKUZE

Antikoncepce je souhrnným termínem pro reverzibilní metody ochrany před otěhotněním a patří mezi metody plánovaného rodičovství (Čepický, 2010; Vrublová 2005). V dnešní době je antikoncepce chápána jako součást moderního životního stylu ženy a umožňuje ženě svobodně se rozhodnout o početí dítěte (Čepický, 2010; Vrublová, 2005)

Výzkumem jsme chtěli zmapovat, jaké znalosti mají dívky o metodách antikoncepce. Byl rozeslán jeden typ dotazníku a anketa, jež byly určeny studentkám středních zdravotnických škol, studentkám ostatních středních škol, dívkám Zdravotně sociální fakulty JU v ČB a studentkám ostatních fakult JU v ČB.

První část dotazníku (graf 1 a 2) měla posloužit k identifikaci respondentek (věk a typ studované školy). Otázky identifikačního charakteru byly položeny proto, abychom mohli porovnat znalosti dívek podle věku a typu studované školy (graf 35 a 36). Z celkového počtu respondentek bylo 15,7 % dívek ve věku 15 – 18; 33,4 % dívek ve věku 19 – 21 a nejvíce dívek, tj. 50,9 % studentek ve věku 22 – 26 let. Dále jsme zjistili, že 14,3 % dotazovaných studuje střední školu; 10 % dívek studuje střední zdravotnickou školu; 58 % respondentek studuje vysokou školu a 17,7 % dívek studuje Zdravotně sociální fakultu JU v ČB.

Graf 4, 5 a 6 nás informuje o tom, v kolika letech měly respondentky první pohlavní styk, zda při něm použily ochranu, a pokud ano, tak jakou. Ukázalo se, že v 60,7 % měly dívky první pohlavní styk v 15 – 17 letech; ve 22 % v 18 – 20 letech; v 9,3 % v < 15 letech; ve 3,4 % ve > 20 letech a ve 4,5 % dívky ještě pohlavní styk neměly. Machová a Hamanová (2002) uvádějí, že vhodný věk pro první pohlavní styk je 18 – 20 let. V tomto věku je totiž dívka připravená jak fyzicky, tak psychicky. Děložní čípek je v období dospívání pokrytý cylindrickým epitelem, jež tolik nechrání před vniknutím infekce do vnitřních rodidel jako dlaždicový epitel, který se nachází u dospělé ženy. Podle Spilkové (2010) proběhne první pohlavní styk mezi oběma pohlavími mezi 17. – 18. rokem a podle Roztočila (2011) je průměrným věkem prvního sexuálního styku dokonce 16 let. Rovněž podle výzkumu Weisse věk první soulože u ženy klesá (Bouda, 2014). Výsledky výzkumu ukázaly, že české dívky začínají pohlavně žít již po 17. roku života. Dále jsme zjistili, že 83,1 % dívek použilo při prvním pohlavním styku ochranu a 16,9 % dívek ji nepoužilo. Domnívali jsme se, že dívky nějakou metodu antikoncepce při prvním pohlavním styku použily, jelikož je

chráněný styk hodně propagován v reklamách, časopisech i na internetu. Ve většině případů, tj. 85,5 %, studentky jako metodu antikoncepce zvolily kondom, což může být výsledek jeho velké propagace v televizních reklamách a cenové dostupnosti. Velkým plusem je také to, že k získání této metody antikoncepce není potřeba návštěvy lékaře. V 31,6 % respondentky použily hormonální antikoncepci; 4 % dívek zvolilo přerušovaný pohlavní styk. To je stále poměrně vysoké procento s ohledem na fakt, že před touto metodou (resp. její významnou nespolehlivostí) odborníci důrazně varují (např. Barták, 2006; Hollá, Weiss, Unzeitig, Cibula, 2009); 0,6 % dotazovaných použilo postkoitální antikoncepci a 0,3 % dívek volilo jako metodu antikoncepce při prvním pohlavním styku nehormonální nitroděložní tělísko. Zajímalo nás, zda se partner dívky zajímá o použití ochrany při pohlavním styku (graf 6). Dívky v 83,6 % odpověděly ano, v 16,4 % uvedly, že se partner o metodu ochrany nezajímá. Dále jsme se snažili zjistit, zda má věk respondentek nějaký vliv na volbu použité ochrany při prvním pohlavním styku, což je znázorněno v grafu 34. Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že nejčastější volbou bylo použití kondomu, a to ve všech uvedených věkových skupinách. Prezervativ je cenově nejdostupnější variantou ochrany. Lze ho zakoupit nejen v lékárnách, ale i v drogeriích a obchodních řetězcích a k jeho pořízení není nutná návštěva gynekologa, jako tomu je například u hormonální antikoncepce. Tato forma ochrany dívkám poskytuje dvojí účinek, a to ochranu nejen před otěhotněním, ale i před pohlavními nemocemi (Uzel, 1999). To zřejmě vysvětluje fakt, že se mezi dívkami, které začínají s pohlavním stykem, stále těší velké oblibě. I Barták (2006) uvádí, že kondom je nejtypičtějším a nejvýznamnějším představitelem bariérové antikoncepce. Ukázalo se, že dívky ve věku 18 – 20 let daly přednost hormonální antikoncepci před prezervativem více, než respondentky z ostatních věkových skupin. Je možné, že měly větší zájem a více času na to, získat dostatek informací o výhodách hormonální antikoncepce, ať už ve škole, v gynekologické ordinaci nebo od svých vrstevnic a mohly zvážit, jaká forma ochrany jim bude nejvíce vyhovovat. Informovanost mládeže v oblasti sexuální výchovy má totiž velký vliv na zahájení pohlavního života, a to v tom smyslu, že poučená mládež začíná s pohlavním životem později než mládež nepoučená (Uzel, 2006). Je zřejmé, že na výběr vhodné antikoncepce má vliv i vyšší věk respondentek, což potvrzuje i Katrňák (2011), který tvrdí, že hraje v tomto směru velkou roli i stupeň zralosti.

Na menstruační cyklus se zaměřují grafy 7, 8, 9 a 10. Dozvěděli jsme se, že 55,5 % respondentek si myslí, že je možné otěhotnět po celou dobu menstruačního cyklu;

34,5 % dívek si myslí, že to možné není, a 10 % respondentek neví, zda je to možné. Otázky zaměřené na menstruační cyklus úzce souvisí s kalendářovou metodou antikoncepce, tzn. s vypočítáváním plodných a neplodných dnů. Jak uvádí Čepický (2010), tato metoda antikoncepce je velice nespolehlivá, jelikož některé dívky nemusí mít pravidelný menstruační cyklus, a proto nemůžeme tvrdit, že nelze otěhotnět po celou dobu menstruačního cyklu. Odpovědi na otázku, kdy si respondentky myslí, že je nejvyšší pravděpodobnost otěhotnění znázorňuje graf 8. Nejvíce dívek, tj. 93 %, zaznamenalo správně odpověď 12. – 14. den (ovulace) menstruačního cyklu, což je potěšující, protože pokud dívka začne s pohlavním životem, měla by se zajímat o to, kdy je v jejím cyklu největší pravděpodobnost otěhotnění. Sák (2010) uvádí, že plodné dny nastávají +/- 2 dny kolem ovulace. Dále jsme se dívek dotazovali, zda si zaznamenávají svůj menstruační cyklus (graf 9). 65,9 % studentek si menstruační cyklus zaznamenává a 34,1 % studentek si ho nezaznamenává. Ukázalo se, že nejoblíbenější pomůckou pro zaznamenávání menstruačního cyklu je mobilní aplikace, kterou používá 60,7 % respondentek. 37,6 % dotázaných zvolilo možnost „diář“; 21,4 % dívek si menstruační cyklus zaznamenává pomocí menstruačního kalendáře a 7,6 % dívek zvolilo stolní kalendář.

Z grafu 11 můžeme vidět, že hormonální antikoncepci v současné době užívá polovina (50,9 %) dotazovaných dívek. Toto zjištění odpovídá i skutečnosti, že literatura tuto metodu uvádí jako celosvětově nejspolehlivější a nejrozšířenější (Rokyta, 2008). Hormonální antikoncepce má totiž velmi nízký Pearlův index (0,3) (Pilka et al., 2017). Dále 31,8 % dívek jako současnou antikoncepci používá kondom; 20,2 % dotazovaných dívek nepoužívá žádnou antikoncepci; poměrně vysoké procento studentek (18,6 %) praktikuje přerušovaný pohlavní styk i přesto, že jde podle odborníků o velmi nespolehlivou metodu antikoncepce, čemuž nasvědčuje i Pearlův index 18 (Uzel, 2006; Barták, 2006; Čepický 2010; Sák, 2010). K vytékání spermatu z močové trubice může dojít i bez orgasmu a hrozí zde riziko oplodnění (Barták, 2006). Plodné a neplodné dny si vypočítává 3,4 % dívek; 2,3 % respondentek uvedlo jako současnou antikoncepci hormonální nitroděložní tělísko (IUS), 1,6 % dívek si měří bazální teplotu; 0,7 % zvolilo možnost „nehormonální nitroděložní tělísko“, „globule/krém“ a „vaginální pesar“; 0,5 % dotazovaných studentek zvolilo Spermicidní gel; 0,2 % dívek zvolilo postkoitální antikoncepci a žádná dívka nezvolila odpověď „cervikální pesar“, „vaginální hubka“ a „ženský kondom“. V grafu 35 je stejná otázka porovnána podle věku respondentek. Ukázalo se, že nejvíce volenou možností ochrany

byla hormonální antikoncepce ve všech věkových skupinách. Nejvíce ji ale preferují dívky ve věku 15 – 18 let (53,85 %) a nejméně (42,86%) dívky ve věkovém rozmezí 22 – 26 let. Překvapilo nás zjištění, že čtvrtina (26,92 %) studentek ve věku 15 – 18 let nepoužívá žádnou antikoncepci, což si můžeme vysvětlit buď tím, že respondentky nemají v současné době žádného partnera a tudíž se nepotřebují chránit, nemají dostatek informací o metodách antikoncepce nebo tím, že jen spoléhají na „štěstí“. Může to však být způsobeno i tím, že jejich gynekologická vyšetření stále probíhají pod dohledem rodičů a rodiče s užíváním antikoncepce nesouhlasí (Antikoncepce, 2016). Ty dívky, které v současné době používají hormonální antikoncepci, měly následně odpovědět na otázku (graf 12), jaký druh hormonální antikoncepce používají. Většina dotazovaných dívek, tj. 98,2 % užívají hormonální tablety; 0,9 % studentek používá náplasti a 0,9 % dívek používá vaginální kroužek. Dalo se předpokládat, že nejvíce respondentek užívá pilulky, protože mezi dívkami je tento druh hormonální antikoncepce nejznámější, a dle literatury považována za celosvětově nejrozšířenější (Rokyta, 2008), a patří ještě s kondomem mezi nejpropagovanější (televize, časopisy, internet). Je zajímavé, že dívky, které zvolily metodu hormonální antikoncepce, si ve většině případů nezaznamenávají menstruační cyklus.

Názor dívek na spolehlivou ochranu před otěhotněním znázorňuje graf 13. 3,4 % dívek považuje za spolehlivou antikoncepci přerušovaný pohlavní styk; 4,8 % dotazovaných vypočítávání plodných/neplodných dnů; 1,8 % studentek spermicidní gely, krémy; 69,3 % respondentek si myslí, že je spolehlivě před otěhotněním ochrání kondom; podle 10,2 % dívek je spolehlivou ochranou vaginální pesar; nitroděložní tělísko zvolilo 38,2 % studentek. Nejvíce studentek, tj. 70,9 %, věří, že je nejlépe před početím ochrání hormonální antikoncepce, což je i dle literatury nejlepší možná volba, co se týče spolehlivosti (Rokyta, 2008). Možnost „sterilizace“ zvolilo 51,1 % dotazovaných dívek; 0,9 % považuje za spolehlivou antikoncepci vaginální hubku; 16,4 % studentek ženský kondom a 1,1 % dívek odpovědělo, že spolehlivě je před otěhotněním ochrání globule.

Jaká antikoncepce dívkám vyhovuje, můžeme vidět na grafu 14. Nejvíce dotazovaných za vyhovující zvolilo opět hormonální antikoncepci a to v 55 % případů. Pomyslné druhé místo získal kondom, který zvolilo 33,2 % respondentek. 15 % dívek zvolilo metodu přerušovaného pohlavního styku; 12,7 % studentek nevyhovuje žádná antikoncepce; ve 3,9 % dívkám vyhovuje hormonální nitroděložní tělísko a vypočítávání plodných/neplodných dnů; 2,3 % dívek zvolilo možnost „měření bazální

teploty“; Nehormonální nitroděložní tělísko vyhovuje 1,8 % dívkám; Spermicidní gel volilo 1,6 % dotazovaných dívek; 0,7 % dívek bylo pro možnost „globule/krém“; stejné procento, tj. 0,5 % dívek, zvolilo za vyhovující antikoncepci ženský kondom a vaginální pesar; cervikální pesar vyhovuje 0,2 % studentkám a žádná z dívek nezaškrtla možnost „vaginální hubka“.

Graf 15 znázorňuje odpovědi na otázku, zda si dívky myslí, že existuje nějaká 100% antikoncepce. Z výzkumu bylo zjištěno, že 95,9 % dotazovaných zvolilo odpověď „Ne, vždy existuje jisté riziko“. Většina dívek si tedy myslí správně, že neexistuje 100% antikoncepce, která by je ochránila před nechtěným otěhotněním. Ani v literatuře žádný autor neuvádí Pearlův index 0 (Pilka et al., 2017; Čepický, Fanta, 2011; Čepický, 2010; Rokyta, 2008).

Zda byly dívky již někým informovány o možnostech antikoncepce, nám znázorňuje graf 16. 100 % dotazovaných dívek odpovědělo, že ano. Z grafu 6 vidíme, od koho respondentky informace získaly. Nejvíce informací dívkám poskytl lékař, což uvedlo 66,8 %, jako další nejčastější zdroj uvedlo 47,3 % dívek školu. 47 % dívek získalo informace od rodičů; 41,8 % studentek čerpalo informace z různých masmédií; 40,7 % respondentek získalo informace od přátel a pouze 0,9 % dívek bylo informováno o metodách antikoncepce porodní asistentkou. Poučení dívek o menstruaci, pohlavně přenosných chorobách a antikoncepci je velice důležité (Vrublová, 2005). Čím víc je totiž mládež informována v oblasti sexuální výchovy, tím později začíná sexuálně žít, snižuje se výskyt nechtěných těhotenství a sexuálně přenosných chorob (Uzel, 2006). Dalo se předpokládat, že většina dívek bude informována o této problematice, protože v současné době je dostupné velké množství různých zdrojů, kde jsou dívky nabádány ke chráněnému pohlavnímu styku, jako například internet, výuka sexuální výchovy ve škole a zejména poučení v této oblasti ze strany rodičů (Spilková, 2010). Co se týče zdrojů, ze kterých dívky získávaly informace, je zajímavé, že možnost „porodní asistentka“ byla dívkami uvedena jen 4krát. Nejvíce volenou možností byl „lékař“ (294krát), poté „škola“ (209krát) a „rodiče“ (207krát), „masmédia“ (184krát) a „přátelé“ (179krát). Spilková (2010) uvádí, že pro mládež je snazší diskutovat o sexu spíše se svými vrstevníky. Z našeho šetření se ale ukázalo, že rodiče již mají v tomto důležitější roli než vrstevníci. O tom, kdy byly dívky o antikoncepci informovány, se dozvídáme v grafu 18. 92 % studentek bylo o antikoncepci informováno již před zahájením pohlavního styku, a 8 % dívek až po zahájení pohlavního styku.

V grafu 19 vidíme, zda se dívky zajímají o možnosti ochrany před početím. Většina, tj. 87,3 % dotazovaných dívek, se o tyto možnosti zajímá a 12,7 % dívek ne.

Z grafu 20 je patrné, že 66,8 % dívek nebylo informováno porodní asistentkou v ordinaci u gynekologa o metodách antikoncepce a 33,2 % dívek porodní asistentkou informováno bylo.

Odpovědi na otázku, zda by dívky uvítaly možnost poskytování informací o metodách antikoncepce porodní asistentkou ve škole, nám zobrazuje graf 21. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že 75 % respondentek by tuto možnost uvítalo a 25 % studentek ne. Z tohoto výsledku lze usoudit, že studentky, které zvolily možnost „ano“, mají nedostatek informací o této problematice, nebo by si své dosavadní znalosti chtěly ještě prohloubit. Stejná otázka je položena v grafu 36, ale je porovnána podle typu studované školy. 81,63 % dívek ze střední zdravotnické školy a 76,83 % dívek ze Zdravotně sociální fakulty JU v ČB, by uvítalo možnost poskytování informací porodní asistentkou o metodách antikoncepce ve škole. Zatímco z ostatních středních škol, by tuto možnost uvítalo 70,83 % respondentek a z ostatních fakult JU v ČB 74,46 % dívek.

Dívkám byla rozeslána i anketa, která obsahovala 9 otázek zaměřených na znalosti o metodách antikoncepce. Každá správná odpověď byla obodována. Nejvyšší možný počet bodů byl 25. Výsledky této ankety posloužily k vyhodnocení hypotézy 1 a 2. V hypotéze 1 jsme předpokládali, že mezi studentkami zdravotnických středních a vysokých škol a studentkami ostatních středních a vysokých škol, existují rozdíly ve znalostech o metodách antikoncepce. Předpokládali jsme tak proto, že dívky se na škole se zdravotnickým zaměřením učí o anatomii a reprodukci. K této hypotéze se vztahují grafy 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 a 31. Tato hypotéza nebyla potvrzena, což dokládají tabulky a statistické testy 1 a 2.

Odpovědi na otázku, co je antikoncepce, znázorňuje graf 22. Odpovědi byly rozdělené podle toho, jaký typ školy dívky studují. 100 % dívek z ostatních fakult JU, ze Zdravotně sociální fakulty JU, a ze středních zdravotnických škol odpověděly na tuto otázku správně, a to tak, že antikoncepce je metoda sloužící k ochraně před neplánovaným těhotenstvím (Čepický, 2010). Z ostatních středních škol odpovědělo správně 94 % studentek. Předpokládali jsme, že studentky škol se zdravotnickým zaměřením dosáhnou lepších výsledků než ostatní studentky. Z grafu ale můžeme vypozorovat, že mezi studentkami není zásadní rozdíl.

Úspěšnost dívek, jež vybraly správné metody patřící do bariérové antikoncepce, můžeme vidět v grafu 23. Nejlepšího výsledku dosáhly studentky ze Zdravotně sociální fakulty JU, které uspěly v anketě na 63 %. Bohužel střední zdravotnické školy uspěly pouze ve 20 %. Respondentky z ostatních středních a vysokých škol v anketě uspěly přibližně stejně, a to v 51 a 53 %.

Graf 24 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku „k čemu slouží bariérová metoda antikoncepce?“ Zde nejlépe odpovídaly studentky ze Zdravotně sociální fakulty JU a ostatních středních škol, které v této otázce uspěly na 51 %. Naopak nejhůře odpovídaly dívky studující střední zdravotnickou školu. Vidíme zde, že rozdíl v úspěšnosti není zásadní.

Názor dívek na to, zda si myslí, že je hormonální antikoncepce ochrání před pohlavně přenosnými chorobami, můžeme vidět na grafu 25. 100 % dívek ze všech typů škol, odpovědělo na tuto otázku správně. Toto zjištění je velice potěšující. Na základě této otázky, jsme se dívek dále zeptali, která antikoncepce je před pohlavně přenosnými chorobami ochrání. Dle odborné literatury (Vigué, 2006) před pohlavně přenosnými chorobami dívky ochrání pouze některé metody bariérové antikoncepce (kondom, femidom). Úspěšnost respondentek v této otázce můžeme vyčíst z grafu 26. Zde vidíme, že všechny dívky byly přibližně stejně úspěšné a typ studované školy neměl zásadní vliv na správně zvolené odpovědi.

Úspěšnost studentek v otázce, která antikoncepce patří mezi hormonální, nám ukazuje graf 27. Můžeme zde vidět, že úspěšnost dívek je přibližně stejná. Dívky v této otázce uspěly na 74, 71, 70 a 60 %.

Je tomu stejně i v grafu 28, kde jsme chtěli uvést, které druhy antikoncepce patří mezi chemické metody. Úspěšnost respondentek se v tomto grafu příliš neliší. Nejlépe, tj. na 59 %, tuto otázku zodpověděly studentky ze Zdravotně sociální fakulty JU. Ostatní fakulty JU uspěly na 52 %; 48 % získaly ostatní střední školy a 47 % střední zdravotnické školy.

Z grafu 29 je patrné, že na otázku, co znamená pojem ovulace, nejlépe odpověděly dívky z ostatních středních škol. Uspěly v ní na 94 % s odpovědí, že při ovulaci dochází k uvolnění vajíčka z vaječníku, což ve svém článku uvádí i Arndt (Arndt, 2010). Druhou příčku obsadily studentky Zdravotně sociální fakulty JU s 88% úspěšností; 87% úspěšnost měly respondentky z ostatních fakult JU a nejhůře odpovídaly dívky ze středních zdravotnických škol (82 %).

V poslední otázce jsme se studentek ptali na to, jaké jsou příznaky ovulace. Jejich odpovědi jsou znázorněny v grafu 30. Více než 50 % dívek neví, jaké mohou být příznaky ovulace, což je překvapující. Každá dívka by totiž měla vědět, co se s jejím tělem v době ovulace děje a poznat to na sobě. Obzvlášť dívky, jež praktikují přerušovaný pohlavní styk, by měly mít tušení o tom, že zrovna ovulují, a tudíž je zde velké riziko otěhotnění. Studentky ze Zdravotně sociální fakulty JU v této otázce uspěly na 48 %; úspěšnost dívek z ostatních škol je přibližně stejná, tj. 41, 43 a 43 %.

V hypotéze 2 jsme předpokládali, že studentky vysokých škol mají lepší znalosti v oblasti metod antikoncepce, než středoškolské studentky, protože s vyšším věkem se počítá s jistou rozumovou vyspělostí. K této hypotéze se vztahuje graf 32, kde můžeme pozorovat, že studentky vysokých škol měly nepatrně lepší výsledky než středoškolačky. Tato hypotéza se nám potvrdila, což dokládají tabulky a statistické testy 3 a 4.

V hypotéze 3 byl dán předpoklad, že studentky vysokých škol více preferují hormonální antikoncepci, než středoškolské studentky. K této hypotéze se vztahuje graf 11 a 33. Na grafu 33 můžeme vidět, že preference hormonální antikoncepce je vyšší spíše u dívek ze středních škol (52 %) než u studentek vysokých škol (47 %). Ale podle tabulek a statistických testů jsme zjistili, že mezi studentkami středních a vysokých škol nejsou statisticky významné rozdíly v preferencích užívání hormonální antikoncepce.

Z výsledků ankety a dotazníkového šetření je patrné, že dívky mají nedostatek znalostí o metodách antikoncepce a jejich získané informace o této problematice nejsou celistvé. Studentky například velmi dobře ví, co znamená pojem ovulace. Taktéž ví, že při ovulaci je nejvyšší riziko otěhotnění. Jakmile jsme se ale zeptali na příznaky ovulace, bylo vidět, že znalosti dívek v této otázce značně pokulhávají. Nabízí se zde otázka, proč tomu tak je. Zjistili jsme, že polovina dotazovaných užívá hormonální antikoncepci, jako nynější antikoncepci. Možná, že právě proto mnoho dívek nezná příznaky ovulace, protože spoléhají na to, že šance otěhotnění je u této formy ochrany velice nízká. Je také známo, že užíváním hormonální antikoncepce řada příznaků prostě vymizí, což je dáno podstatou fungování této metody ochrany. Dobrým zjištěním ale je to, že dívky jsou si vědomy faktu, že hormonální antikoncepce je neochrání před pohlavně přenosnými chorobami. Domníváme se, že dívky žijící pohlavním životem, by měly být dostatečně informovány o metodách antikoncepce, aby předešly nechtěnému těhotenství nebo pohlavním chorobám. Zjistili jsme, že 75 % studentek by uvítalo ve škole poradenství s porodní asistentkou o metodách antikoncepce, bohužel

však pouze velmi malé procento dívek (0,9 %) mělo možnost získat informace o této problematice právě tímto způsobem. Dalším překvapivým zjištěním pro nás bylo to, že dívky začínají pohlavně žít poměrně brzy, a to již v 15 – 17 letech. Je ale potěšující, že většina dívek při pohlavním styku použila nějakou formu ochrany, a to buď kondom, nebo hormonální antikoncepci.

6 ZÁVĚR

Tato práce byla zaměřena na antikoncepci, její druhy a metody, sexualitu mládeže a edukaci v této problematice. Cílem práce bylo zmapovat znalosti pomocí ankety a dotazníku na středních zdravotnických školách, ostatních středních školách, Zdravotně sociální fakultě JU v ČB a ostatních fakultách JU v ČB. Tyto typy škol byly vybrány záměrně, aby mohly být mezi sebou porovnávány. Byly stanoveny 3 hypotézy.

Hypotéza 1 zněla: „Mezi studentkami zdravotnických středních a vysokých škol a studentkami ostatních středních a vysokých škol, existují rozdíly ve znalostech o metodách antikoncepce“. Tuto hypotézu nebylo možné potvrdit. Dokládají to grafy 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 a 31, tabulky a statistické testy 1 a 2.

Hypotéza 2 zněla: „Studentky vysokých škol mají lepší znalosti v oblasti metod antikoncepce, než středoškolské studentky“. Tato hypotéza se potvrdila, což můžeme vidět v grafu 32, tabulkách a statistických testech 3 a 4.

Hypotéza 3 zněla: „Studentky vysokých škol více preferují hormonální antikoncepci, než středoškolské studentky. Tuto hypotézu opět nebylo možné se nepotvrdit. Dokládá to graf 11 a 33, tabulky a statistické testy 5 a 6, kde se ukázalo, že mezi studentkami středních a vysokých škol nejsou statistické rozdíly v preferencích užívání hormonální antikoncepce.

Výsledky výzkumu poukázaly na nedostatek znalostí dívek v oblasti metod antikoncepce. Ukázalo se také, že dívky začínají s pohlavním životem poměrně brzy (15 – 17 let). Zjistili jsme, že respondentky nejvíce preferují kondom a hormonální antikoncepci. Což si lze vysvětlit tím, že tyto formy ochrany jsou nejvíce propagované. Proto by bylo vhodné dívky informovat i o jiných metodách antikoncepce, aby si ucelily informace v této problematice. Vhodným poradcem v této oblasti je porodní asistentka. Poměrně velké množství respondentek uvedlo, že porodní asistentku, jako poradce, by ve škole uvítalo. Šíření informací o metodách a možnostech antikoncepce by mohlo být prováděno i pomocí letáků a brožur volně dostupných na všech školách a v gynekologických ordinacích. Práce by mohla sloužit jako výukový, či informační materiál studentům středních a vysokých škol, a také jako inspirace dalším bakalářským pracím zaměřeným na podobné téma.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ANTIKONCEPCE, 2016. *Antikoncepce pro mladé dívky: kdy a jakou zvolit?*, n.d. [online]. Antikoncepce.cz. Praha [cit. 2018-04-19]. Dostupné z: https://www.antikoncepce.cz/antikoncepce/antikoncepce-pro-mlade-divky
2. ARNDT, T., 2010. *Ovulace* [online]. Praha [cit. 2018-04-19]. Dostupné z: https://www.celostnimedicina.cz/ovulace.htm
3. BARTÁK, A., 2006. *Antikoncepce: druhy antikoncepce, hormony, když všechno selže*. 1. vyd. Praha: Grada. 130 s. ISBN 80-247-1351-9.
4. BAŠKOVÁ, M., 2006. Komunitní ošetřovatelská péče o ženu. In: HANZLÍKOVÁ, A. et al. *Komunitní ošetřovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta. 197–198 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
5. BAYER, 2017. *Mirena* [online]. Whippany: The Bayer Cross [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: https://www.mirena-us.com/safety/
6. BOUDA, F., 2014. *Nejnovější výzkum sexuálního chování české populace* [online]. Praha: MediaTrust Communications s.r.o. [cit. 2018-04-26]. Dostupné z: http://csnoviny.cz/nejnovejsi-vyzkum-sexualniho-chovani-ceske-populace/
7. ČEPICKÝ, P. a ČEPICKÁ LÍBALOVÁ Z., c2010. *Jak odpovídat na otázky o antikoncepci a plánovaném rodičovství*. 1. vyd. Praha: Levret. 70 s. ISBN 978-80-87070-49-9.
8. ČEPICKÝ, P. a FANTA M., 2011. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. 2. vyd. Praha: Levret. 138 s. ISBN 9788087070512.
9. ČEPICKÝ, P., 2010. Antikoncepce a ostatní metody plánovaného rodičovství. In: WEISS, P. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada. s. 275-294. ISBN 978-80-247-2492-8.
10. ČEPICKÝ, P., 2011. Antikoncepce, intercepce, sterilizace. In: ROZTOČIL, A. a BARTOŠ P. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada. s. 105-115. ISBN 978-80-247-2832-2.
11. ČERNÁ M., 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 222 s. ISBN 9788024630717.
12. FAIT, T., 2012. *Antikoncepce: [průvodce ošetřujícího lékaře]*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. 160 s. ISBN 978-80-7345-280-3.

13. HOLLÁ, K., WEISS, P., UNZEITIG, V., & CIBULA, D.. 2009. *Česká gynekologie*. Interrupční chování a postoje k umělému přerušení těhotenství u českých žen: Výsledky národního výzkumu. 74(2), s. 92-96.
14. HONZÍK, T. a PAŘÍZEK, A., 2014. *Hormonální antikoncepce* [online]. Opava: Mother-Care-Centrum s.r.o. [cit. 2017-11-09]. Dostupné z: http://www.porodnice.cz/clanky/hormonalni-antikoncepce-0
15. CHENG L., CHE Y., GÜLMEZOGLU AM., 2008. *Interventions for emergency contraception*. Cochrane database. Syst Rev. DOI: 10.1002/14651858. CD001324.pub3.
16. CHROMÝ, K. a HONZÁK R., 2005. *Somatizace a funkční poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada. 216 s. ISBN 80-247-1473-6.
17. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 77 s. ISBN 8024721716.
18. KATRŇÁK, T., 2011. *Na prahu dospělosti: partnerství, sex a životní představy mladých v současné české společnosti*. 1. vyd. Praha: Dokořán. Bod (Dokořán). 224 s. ISBN 978-80-7363-352-3.
19. KERN H., 2006. *Přehled psychologie*. 3. vyd. Přeložila VALÁŠKOVÁ M. Praha: Portál. 288 s. ISBN 80-7367-121-2.
20. KOBILKOVÁ, J., c2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén. 368 s. ISBN 80-7262-315-x.
21. KRIEGELOVÁ M., 2008. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). 259 s. ISBN 9788024723334.
22. KŘEPELKA, P., 2013. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. 288 s. ISBN 9788020429919.
23. LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D., 2008. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1284-9/
24. MACHOVÁ, J. a HAMANOVÁ, J., 2002. *Reprodukční zdraví v dospívání.* 1. vyd. Praha: H & H. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
25. MACHOVÁ, J. a KUBÁTOVÁ, D., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2.vyd. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
26. NHS, 2017. *Contraceptive implant* [online]. England: National Health Service [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: https://www.nhs.uk/conditions/contraception/contraceptive-implant/

27. PARAGARD, 2018. *How Paragard Works* [online]. The United States: CooperSurgical, Inc. [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: https://www.paragard.com/how-paragard-works.aspx
28. PAŘÍZEK, A., 2014. *Hormonální antikoncepce* [online]. Opava: Mother-Care-Centrum s.r.o. [cit. 2017-11-09]. Dostupné z: http://www.porodnice.cz/clanky/hormonalni-antikoncepce-0
29. PAŠKOVÁ, A., 2017. Zajímavosti. *Základní metody antikoncepce* [online]. Gyn Medico [cit. 2017-12-04]. Dostupné z: https://www.gynmedico.cz/zajimavosti/zakladni-metody-antikoncepce/
30. PILKA, R., KUČERA, E., PILKOVÁ, M., 2017. Plánované rodičovství a antikoncepce. In: PILKA, R. *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. s. 141-156. ISBN 978-80-7345-530-9.
31. POHANKA, M., 2008. Sexualita ženy. In: ROB, L., MARTAN A., a CITTERBART K. *Gynekologie*. 2.vyd. Praha: Galén. s. 109. ISBN 978-80-7262-501-7.
32. ROKYTA, Z., 2008. Plánované rodičovství a antikoncepce. In: ROB, L., MARTAN A., a CITTERBART K. *Gynekologie*. 2.vyd. Praha: Galén. s. 117-128. ISBN 978-80-7262-501-7.
33. ROZTOČIL, A., 2011. Sexualita ženy, její poruchy, sexuální násilí a znásilnění. In: ROZTOČIL, A. a BARTOŠ P. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada. s. 117-126. ISBN 978-80-247-2832-2.
34. ŘEZNÍČKOVÁ, A., SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. Edukace dětí a rodičů. In: SEDLÁŘOVÁ, P. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). s. 159-168. ISBN 978-80-247-1613-8.
35. SÁK, P., 2010. *Vybrané kapitoly z gynekologie pro porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 82 s. ISBN 978-80-7394-235-9.
36. SEDLÁČKOVÁ D., 2009. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. 1. vyd. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 123 s. ISBN 978-80-247-2685-4.
37. SLEZÁKOVÁ L. a KOLEKTIV, 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. 269 s. ISBN 8024733730.
38. SLEZÁKOVÁ, L., ANDRÉSOVÁ, M., KADUCHOVÁ, P., ROUČOVÁ,M. a STAROŠTÍKOVÁ, E., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). 272 s. ISBN 9788027102143.

39. SPILKOVÁ, J., 2010. Psychosexuální vývoj. In: WEISS, P. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada. s. 93-106. ISBN 978-80-247-2492-8
40. ŠULISTOVÁ, R. a TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetřovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
41. UZEL, R., 1999. *Antikoncepční kuchařka aneb Cesty k sexuálnímu zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada. Strom života. 137 s. ISBN 80-7169-767-2.
42. UZEL, R., 2006. *Sexuální výchova*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 28 s. ISBN 80- 86991-69-5
43. VIGUÉ, J., 2006. *Zdravý sexuální život.* 1 vyd. Čestlice: Rebo productions. 292 s. ISBN 80-7234-537-0
44. VRUBLOVÁ. Y., 2005. *Sexualita přirozená potřeba-malý průvodce pro zdravotníky, učitele a rodiče*. 1. vyd. Brno: Cerm. 61 s. ISBN 80-7204-406-0
45. YUZPE AA., THURLOW HJ., RAMZY I., et al., 1974. Post coital contraception-A pilot study. J Reprod Med. 13 (2): s. 53-58. PMID: 4844513
46. Zákon č. 201/2017 Sb., kterým sem mění zákon č. 96/2004 Sb., 2017. [online]. [cit. 2017-11-09]. In: *Sbírka zákonů České Republiky*, částka 72, s. 2065-2084. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=201/2017&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
47. Zákon č. 373/2011 Sb., Zákon o specifických zdravotních službách, 2011. [online]. [cit. 2017-11-09]. In: *Sbírka zákonů České Republiky,* částka 131, s. 4802-4838. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=373/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
48. ZORMANOVÁ L., 2017. *Didaktika dospělých*. 1. vyd. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 224 s. ISBN 978-80-271-0051-4.
49. ZVOLSKÝ, J., 2014. *Mýtů zbavená antikoncepce* [online]. Opava: Mother-Care-Centrum s.r.o. [cit. 2017-10-26]. Dostupné z: http://www.porodnice.cz/porod-a-z/mytu-zbavena-nitrodelozni-antikoncepce

8 PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník určený studentkám středních a vysokých škol

Příloha 2 Informační leták pro dívky

8.1 Příloha 1

Dotazník určený studentkám středních a vysokých škol

Vážená studentko, jsem studentka Zdravotně - sociální fakulty v Českých Budějovicích a studuji obor Porodní asistentka. Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila Antikoncepci u středoškolské a vysokoškolské mládeže a tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění ankety a následného dotazníku, který Vám zabere maximálně 10 minut.
Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity výhradně pro účely bakalářské práce.
Děkuji za Váš čas.

ANKETA

1. Antikoncepce je:

a) Metoda sloužící k ochraně před neplánovaným otěhotněním
b) Metoda sloužící pouze k zabránění přenosu pohlavně přenosných chorob
c) Metoda sloužící k otěhotnění

2. Vyberte metody patřící do bariérové antikoncepce (více správných odpovědí)

a) Hormonální antikoncepce
b) Kondom
c) Nitroděložní tělísko
d) Spermicidní gel
e) Přerušovaná soulož
f) Vaginální pesar
g) Ženský kondom
h) Cervikální pesar

3. K čemu slouží bariérová metoda antikoncepce?

a) Zabránění těhotenství a přenosu pohlavně přenosných chorob
b) Pouze k zabránění těhotenství
c) Pouze k přenosu pohlavně přenosných chorob

4. Myslíte si, že Vás hormonální antikoncepce ochrání před pohlavně přenosnými chorobami?

a) Ano
b) Ne

5. Která antikoncepce Vás dle Vašeho názoru ochrání před pohlavně přenosnými chorobami? (více správných odpovědí)

a) Kondom
b) Hormonální antikoncepce (pilulky, injekce, náplasti, vaginální kroužek, implantát)
c) Přerušovaný pohlavní styk
d) Spermicidní gel
e) Vaginální pesar
f) Cervikální pesar
g) Vaginální hubka
h) Ženský kondom
ch) Globule / krém
i) Měření bazální teploty
j) Vypočítávání plodných / neplodných dnů
k) Hormonální nitroděložní tělísko
l) Nehormonální nitroděložní tělísko
m) Žádná

6. Která antikoncepce patří mezi hormonální? (více správných odpovědí)

a) Pilulky
b) Hormonální nitroděložní tělísko
c) Injekce
d) Kondom
e) Náplast
f) Spermicidní gel
g) Přerušovaná soulož
h) Vaginální kroužek
ch) Podkožní implantát
i) Nehormonální nitroděložní tělísko

7. Které druhy antikoncepce patří mezi chemické metody? (více správných odpovědí)

a) Vaginální hubka
b) Kondom
c) Spermicidní gel, krém
d) Vaginální pesar
e) Vaginální globule, čípky, želé, tampony, tablety, pěny, filmy
f) Nitroděložní tělísko

8. Víte, co znamená pojem „ovulace“?

a) Při ovulaci nastává menstruační krvácení
b) Při ovulaci dochází k uvolnění vajíčka z vaječníku
c) při ovulaci nemůže dojít k oplodnění vajíčka

9. Jaké jsou příznaky ovulace? (více správných odpovědí)

a) Řidší a sklovitý hlen děložního hrdla
b) Bolest hlavy
c) Bolest v podbřišku
d) Napjaté a citlivé prsy
e) Zimnice
f) Zvýšená bazální teplota

DOTAZNÍK

1. Kolik Vám je let?

a) 15 – 18 let
b) 19 – 21 let
c) 22 – 26 let

2. Jakou školu studujete?

a) Střední školu
b) Střední zdravotnickou školu
c) Vysokou školu
d) Vysokou školu se zaměřením na zdravotnictví

3. V kolika letech jste měla první pohlavní styk?

a) < 15 letech
b) 15 – 18 letech
c) 18 – 20 letech
d) > 20 letech
e) ještě jsem pohlavní styk neměla (nevyplňujte následující otázku 4 a 5)

4. Použila jste při prvním pohlavním styku ochranu?

a) Ano
b) Ne (pokračujte otázkou č. 6)

5. Jakou metodu antikoncepce jste použila při prvním pohlavním styku? (možnost zvolit více odpovědí)

a) Kondom
b) Hormonální antikoncepci (pilulky, injekce, náplast, vaginální kroužek, implantát)
c) Přerušovaný pohlavní styk
d) Spermicidní gel
e) Vaginální pesar
f) Cervikální pesar
g) Vaginální hubka
h) Ženský kondom
ch) Globule / krém
i) Měření bazální teploty
j) Vypočítávání plodných / neplodných dnů
k) Hormonální nitroděložní tělísko
l) Nehormonální nitroděložní tělísko
m) Postkoitální antikoncepce (Postinor)
n) Žádnou

6. Zajímá se Váš partner o použití ochrany při pohlavním styku?

a) Ano
b) Ne

7. Myslíte si, že je možné otěhotnět po celou dobu cyklu?

a) Ano
b) Ne
c) Nevím

8. Kdy si myslíte, že je nejvyšší pravděpodobnost otěhotnění?

a) 1. – 5. den (menstruace – krvácení)
b) 6. – 11. den (proliferační fáze)
c) 12. – 14. den (ovulace)
d) 15. – 28. den (sekreční fáze)

9. Zaznamenáváte si Váš menstruační cyklus?

a) Ano
b) Ne (nevyplňujte následující otázku č. 10)

10. Jak zaznamenáváte menstruační cyklus? (možnost zvolit více odpovědí)

a) Mobilní aplikace
b) Menstruační kalendář
c) Diář
d) Stolní kalendář

11. Jakou metodu antikoncepce používáte nyní? (možnost zvolit více odpovědí)

a) Kondom
b) Hormonální antikoncepci (pilulky, injekce, náplast, vaginální kroužek, implantát)
c) Přerušovaný pohlavní styk
d) Spermicidní gel
e) Vaginální pesar
f) Cervikální pesar
g) Vaginální hubka
h) Ženský kondom
ch) Globule / krém
i) Měření bazální teploty
j) Vypočítávání plodných / neplodných dnů
k) Hormonální nitroděložní tělísko
l) Nehormonální nitroděložní tělísko
m) Postkoitální antikoncepce (Postinor)
n) Nepoužívám žádnou antikoncepci

12. Jaký druh hormonální antikoncepce používáte?

a) Pilulky
b) Injekce
c) Náplasti
d) Vaginální kroužek
e) Podkožní implantát

13. Jaký druh antikoncepce Vás dle Vašeho názoru spolehlivě ochrání před otěhotněním? (možnost zvolit více odpovědí)

a) Přerušovaná soulož
b) Vypočítávání plodných / neplodných dnů
c) Spermicidní gely, krémy
d) Kondom
e) Vaginální pesar
f) Nitroděložní tělísko
g) Hormonální antikoncepce
h) Sterilizace
ch) Vaginální hubka
i) Ženský kondom
j) Globule

14. Jaká antikoncepce Vám vyhovuje? (možnost zvolit více odpovědí)

a) Kondom
b) Hormonální antikoncepce (pilulky, injekce, náplast, vaginální kroužek, implantát)
c) Přerušovaný pohlavní styk
d) Spermicidní gel
e) Vaginální pesar
f) Cervikální pesar
g) Vaginální hubka
h) Ženský kondom
ch) Globule / krém
i) Měření bazální teploty
j) Vypočítávání plodných / neplodných dnů
k) Hormonální nitroděložní tělísko
l) Nehormonální nitroděložní tělísko
m) Žádná

15. Myslíte si, že existuje antikoncepce, která Vás 100% ochrání před početím?

a) Ne, vždy existuje jisté riziko otěhotnění
b) Ano, je to kondom
c) Ano, je to hormonální antikoncepce
d) Ano, je to přerušovaná soulož
e) Ano, je to vaginální pesar
f) Ano, je to nitroděložní tělísko

16. Byla jste již někým informována o možnostech antikoncepce?

a) Ano
b) Ne (nevyplňujte následující otázku č. 17 a 18)

17. Od koho jste získala informace o metodách antikoncepce? (možnost zvolit více odpovědí)

a) Rodiče
b) Lékař
c) Porodní asistentka
d) Masmédia (TV, internet, rádio)
e) Přátelé
f) Škola

18. Kdy jste byla o antikoncepci informována poprvé?

a) Již před zahájením pohlavního života
b) Po zahájení pohlavního života

19. Zajímáte se o možnosti ochrany před početím?

a) Ano
b) Ne

20. Informovala Vás porodní asistentka o metodách antikoncepce v ordinaci u Vašeho obvodního gynekologa?

a) ano
b) ne

21. Uvítala byste možnost poskytování informací o metodách antikoncepce porodní asistentkou ve škole?

a) Ano
b) Ne

Děkuji Vám za vyplnění této ankety a dotazníku.

8.2 Příloha 2

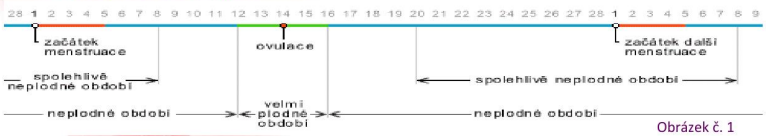
Informační leták pro dívky

Antikoncepce, a jak zvolit tu správnou

- Antikoncepce je souhrnný termín označující všechny metody, které zabraňují těhotenství a slouží také k zabránění přenosu pohlavních chorob. Antikoncepce je častým důvodem návštěvy dívky v ordinaci u gynekologa.

Kdy je žena nejplodnější?

- Žena je nejplodnější při ovulační fázi menstruačního cyklu, která nastává 12. – 14. den. (počítá se od 1. dne krvácení)
- Zaznamenávejte si Váš menstruační cyklus – jsou různé metody: mobilní aplikace, menstruační kalendář, diář, stolní kalendář



Obrázek č. 1

Co je to ovulace?	Jak poznám, že ovuluji?	Kdy začít s pohlavním životem?
Při ovulaci dochází k uvolnění vajíčka z vaječníku	• Zvýšená bazální teplota • Řidší sklovitý hlen • Citlivé a napjaté prsy • Bolest hlavy • Bolest v podbřišku • Zakrvácení / Zašpinění • Zimnice	S pohlavním životem je nejvhodnější začít v 18 letech. Pohlavní orgány jsou připraveny na pohlavní styk i dříve, ale jsou náchylnější k různým gynekologickým zánětům a pohlavním chorobám. Dále může mít předčasný pohlavní styk vážné následky, jako je například nechtěné těhotenství.

S kým se poradit o výběru vhodné antikoncepce?

1. Lékař
2. Porodní asistentka
3. Lékárník / Lékárnice
4. Další informace můžete získat také na internetu, na nejrůznějších webových stránkách

Obrázek č. 2

Pouze Kondom a Femidom (Ženský kondom) Vás ochrání před pohlavně přenosnými chorobami!

Když se stane nehoda...

- Antikoncepci lze použít i po pohlavním styku. Pro takové případy slouží hormonální pilulky s názvem „Postinor“ nebo „Escapelle“, které jsou volně dostupné v lékárně. Tyto pilulky je nutné použít do 72 hodin po styku.

Metody antikoncepce

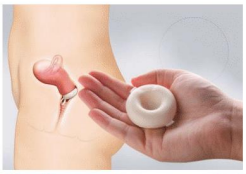
Přirozené metody:

- Přerušovaná soulož
- Počítání plodných/neplodných dnů
- Hlenová metoda

Chemické metody:

- Vaginální hubka (kombinuje chemickou i bariérovou a.)
- Krémy
- Gely
- Tablety
- Pěny
- Filmy

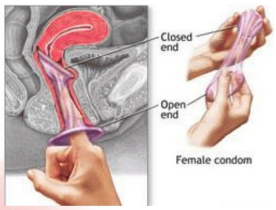
(tyto metody je vhodné kombinovat s bariérovou antikoncepcí)



Obrázek č. 3

Bariérové metody:

- Kondom
- Femidom (ženský kondom)
- Vaginální pesar (Diafragma)
- Cervikální pesar
- Vaginální hubka



Obrázek č. 4

Obrázek č. 5

Vaginální pesar Caya

Cervikální pesar FemCap

Obrázek č. 6

Nitroděložní tělíska:

- Nehormonální tělísko
- Hormonální tělísko

Hormonální antikoncepce:

- Pilulky
- Injekce
- Náplasti
- Vaginální kroužek
- Podkožní implantát

8.2.1 Citace obrázků z letáku

Obrázek č. 1

DABELINKA, 2009. *Plodné a neplodné dny* [online]. [cit. 2018-04-26]. Dostupný z: http://dabelinka.blog.cz/0906/plodne-a-neplodne-dny

Obrázek č. 2

IDNES, 2015. *Antikoncepce bez hormonů. Jak funguje krém, pesar a ženský kondom* [online]. Praha: Mafra, a.s. [cit. 2018-04-26]. Dostupný z: https://ona.idnes.cz/nehormonalni-antikoncepce-d0l-/deti.aspx?c=A150715_104504_deti_haa

Obrázek č. 3

BUĎTE KRÁSNÍ, © 2018. *Antikoncepční houba: co to je, návod, recenze* [online]. [cit. 2018-04-26]. Dostupný z: https://cs.girl-talk.info/contraceptive-sponges-what-it-instructions-reviews/

Obrázek č. 4

AYURVEDICCURE, ©2016. *Tips for using female condoms* [online]. [cit. 2018-04-26]. Dostupný z: http://www.magazine.ayurvediccure.com/tips-for-using-female-condoms/

Obrázek č. 5

ENSUELOFIRME, ©2017. *CAYA diafragma anticonceptivo + gel espermicida* [online]. [cit. 2018-04-26]. Dostupný z: https://www.ensuelofirme.com/tienda/caya-diafragma-anticonceptivo-gel-espermicida/

Obrázek č. 6

KALÍŠEK, 2017. *Pesar diafragma Caya* [online]. Praha. [cit. 2018-04-26]. Dostupný z: http://www.kalisek.cz/pesar-diafragma-caya

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CMP	cévní mozková příhoda
ČB	České Budějovice
DMPA	depotní medroxyprogesteron acetát
ICHS	ischemická choroba srdeční
IUD	intrauterine device
JU	Jihočeská univerzita
LH	luteinizační hormon
LNG – IUS	Levonorgestrel – realising intrauterine systém
NHS	National Health Service
PID	pelvic inflammatory disease
POP	progestin only pills
TEN	tromboembolická nemoc
VVV	vrozené vývojové vady
ZSF	Zdravotně – sociální fakulta