UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012 **Jana Havlová**

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Problematika antikoncepce u adolescentů (sociální aspekty)

Jana Havlová

Bakalářská práce

2012

Prohlášení

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Mladé Boleslavi 5.5. 2012 ……..

Jana Havlová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat paní PhDr. Magdě Taliánové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, velkou trpělivost a cenné rady, které mi dala.

Také bych chtěla poděkovat všem zúčastněným dívkám za vyplnění dotazníků, které byly podkladem pro vypracování bakalářské práce, a zároveň všem ředitelům a profesorům nezmiňovaných škol za ochotnou spolupráci.

V Mladé Boleslavi 5.5. 2012 ……

Jana Havlová

Souhrn

Název závěrečné práce je „Problematika antikoncepce u adolescentů (sociální aspekty)“. Jedná se o teoreticko-výzkumnou práci, která je rozdělena do dvou částí: teoretické a praktické.

Teoretická část je zaměřena na problematiku antikoncepce, dále obsahuje popis jednotlivých druhů antikoncepce a charakteristiku období adolescence.

V praktické části je popisována metodika výzkumu a analýza získaných dat. Výzkumným vzorkem byly dívky ve věku od 15 do 18 let. Cílem práce bylo zjištění způsobu výběru antikoncepce dívkami, způsobu jejího financování a metody, kterou dívky preferují.

Klíčová slova

Antikoncepce, hormonální, nehormonální, nitroděložní

Adolescence

Title

The issue of contraception in adolescents (social aspects)

Summary

Title of thesis is "The issue of contraception in adolescents (social aspects of the issue)." This is a theoretical and research work, which is divided into two parts: theoretical and practical.

The theoretical part focuses on the issues of contraception, also contains a description of the different types of contraception and the characteristics of adolescence.

In the practical part of the research methodology is described and analysis of data obtained. The target group were girls aged 15 to 18 years. The aim was to determine how contraceptive choice girls, its method of financing and methods that girls prefer.

Keywords

Contraception, hormonal, non-hormonal, intrauterine

Adolescence

Obsah

Úvod....9
Cíle práce....10
I TEORETICKÁ ČÁST....11
1 Antikoncepce....11
2 Historie antikoncepce....12
3.1 Pravěk....12
3.2 Starověk....12
3.3 Období od středověku až do 18. století....13
3.4 Období od 19. do 20. století....13
3 Druhy antikoncepce....16
3.1 Nehormonální antikoncepce....16
3.1.1 Přirozená antikoncepce....16
3.1.1.1 Periodická sexuální abstinence....16
3.1.1.2 Přerušovaná soulož (Coitus interruptus)....17
3.1.1.3 Kojení jako antikoncepce....17
3.1.2 Bariérové antikoncepce....17
3.1.2.1 Kondom (prezervativ)....18
3.1.2.2 Poševní pesar (diafragma)....18
3.1.3 Chemická antikoncepce....18
3.1.3.1 Spermicidy....18
3.1.4 Chirurgická antikoncepce....19
3.1.4.1 Sterilizace....19
3.2 Hormonální antikoncepce....19
3.2.1 Kombinované preparáty....19
3.2.1.1 Kombinované hormonální tablety....19
3.2.1.2 Hormonální náplast....19
3.2.1.3 Postkoitální antikoncepce....20
3.2.2 Gestagenní preparáty....20
3.2.2.1 Minipilulka....20
3.2.2.2 Injekce....20
3.2.2.3 Podkožní implantát....20

3.3 Nitroděložní antikoncepce 21
4 Ekonomické náklady na antikoncepci 22
5 Období adolescence 23
5.1 Fyzický a psychický vývoj 23
5.2 Emoční vývoj 25
5.3 Kognitivní vývoj 25
5.4 Vztahy s vrstevníky 26
II VÝZKUMNÁ ČÁST 27
6 Výzkumné otázky 27
7 Metodika výzkumu 28
8 Prezentace výsledků 30
9 Diskuze 60
10 Závěr 63
Soupis bibliografických citací 64
Seznam příloh 67
Seznam tabulek 81
Seznam obrázků 82

Úvod

Téma bakalářské práce je: „Problematika antikoncepce u adolescentů“. Práce je zaměřena převážně na sociální stránku dané problematiky. Cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem se adolescenti s antikoncepcí seznamují, na základě jakých informací si vybírají svou první antikoncepci a kde získávají finanční prostředky na její zaplacení.

Dané téma jsem si zvolila, protože se s problematikou antikoncepce budu v praxi běžně setkávat, neboť mezi kompetence porodních asistentek patří i edukace. Proto si myslím, že by všechny porodní asistentky měly být obeznámeny s rozsahem informací, které je nutné poskytnou mladým dívkám, které si jdou pro svou první antikoncepci.

Teoretická část práce je zaměřena na antikoncepci a období adolescence. Obsahuje vysvětlení pojmu antikoncepce, zkrácenou historii a popis jednotlivých druhů, dále se zde zmiňuji o ekonomických nákladech na vybrané druhy antikoncepce. Zařadila jsem i popis období adolescence a změn, které v tomto období probíhají po stránce fyzické, psychické i sociální.

Cíle práce

Před začátkem výzkumu jsem si stanovila níže uvedené cíle práce.

Cíl 1: Zjistit, zda mají dívky z města a z vesnice stejné znalosti v oblasti antikoncepce.

Cíl 2: Zjistit, kde dívky získávají informace o antikoncepci.

Cíl 3: Zjistit, kým jsou dívky nejvíce ovlivněny při výběru antikoncepce.

Cíl 4: Zjistit, kde dívky získávají finanční prostředky na zaplacení antikoncepce.

Cíl 5: Zjistit, jakou antikoncepční metodu dívky preferují.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Antikoncepce

Antikoncepce je soubor metod, které mají zabránit nechtěnému těhotenství. Některé se v současnosti používají nejen pro svůj kontraceptivní účinek, ale i jako ochrana před pohlavně přenosnými chorobami. (Weiss a kol., 2010)

Antikoncepci je možné rozdělovat mnoha různými způsoby, např. na antikoncepci mužskou a ženskou, hormonální a nehormonální, atd. (ve své práci jsem zvolila dělení na hormonální a nehormonální). Mezi nehormonální antikoncepci patří metody přirozené, které ve většině případů nevyžadují žádné speciální pomůcky nebo farmaka, bariérové, chemické a chirurgické. Mezi metody hormonální řadíme antikoncepci gestagenní a kombinovanou. Jako zvláštní skupinu lze zmínit antikoncepci nitroděložní, která patří do obou výše zmíněných skupin. (Weiss a kol., 2010)

Nejdůležitější vlastností antikoncepce je její spolehlivost, která je stále znovu posuzována jejími uživateli. Spolehlivost je udávána Pearlovým indexem, což je počet těhotenství na 100 žen za 24 měsíců během užívání dané metody. Rozlišujeme dva druhy spolehlivosti antikoncepce: praktická a teoretická. Praktická (klinická) spolehlivost antikoncepce zohledňuje ve výsledku i možnost pochybení uživatele (např. vynechání pilulky, protržení prezervativu, atd.). Teoretická (biologická) spolehlivost je vypočítána za předpokladu bezchybného užívání. (Seidlová a Hugo, 1997)

V současnosti dochází k vývoji dalších antikoncepčních metod, jako např. imunologická antikoncepce nebo mužská hormonální antikoncepce. (Weiss a kol., 2010)

2 Historie antikoncepce

2.1 Pravěk

„Snahy o prevenci početí při pohlavním styku lze zaznamenat v lidské kultuře od doby, kdy člověk spojitost koitu a gravidity rozpoznal.“ (Čepický a Fanta, 2011, s. 13)

Jako nejstarší metoda k zábraně otěhotnění ženy byla používána různá zaříkávání, kouzla a šamanské rituály, při nichž se užívaly léčivé byliny a jiné přírodní prostředky. Tyto rituály měly těhotenství nejen předcházet, ale také nechtěnou graviditu ukončit (vyvolat umělý potrat). Oblíbenou antikoncepční metodou byly výplachy pochvy, které se v některých kulturách užívají dodnes. (Uzel, 2003)

2.2 Starověk

Nejstarší písemné záznamy o snaze člověka ovlivnit početí se dochovaly v Papyru Petri, který pochází z roku 1850 před Kristem. Tento papyrus byl objeven v Egyptě v roce 1889. Popisuje dříve uznávané postupy předcházení těhotenství, jako například použití krokodýlího trusu v podobě dnešního pesaru, dále je zde doporučován sloní trus nebo včelí med. Jejich spermicidní účinky však nebyly nikdy prokázány. Vědci se proto domnívají, že měly spíše bariérový účinek než spermicidní. (Uzel, 2003; Uzel a Kovář, 2010)

Papyrus Petri je velice významnou historickou památkou, avšak není jediným dochovaným zdrojem, který obsahuje rady proti otěhotnění, dalším je Papyrus Ebers, který pochází přibližně z roku 1550 před Kristem a obsahuje podobné rady jako Papyrus Petri. (Uzel, 2003)

Významnou osobností starověku se stal Sorános z Efezu (98-138 př. K.). Jako první odlišil antikoncepci od potratu. Za svého života vydal čtyřdílnou učebnici gynekologie v řečtině a dvoudílnou učebnici porodnictví, která se dochovala pouze v latinském překladu. Stal se odpůrcem Hippokrata, který prosazoval zákaz umělého potratu. Sorános prohlašoval, že umělý potrat by měl být prováděn, a to u žen s úzkou pánví, nebo u žen, které měly závažné zdravotní problémy a těhotenství by mohlo způsobit jejich smrt. Jako antikoncepční prostředek doporučoval smotek ovčí vlny, který si žena zavedla vždy před souloží do pochvy. (Uzel, 2003)

Vynález jedné z nejznámějších antikoncepčních metod, kondomu, spadá také do starověku. Na náhrobních deskách ze starověkého Egypta byly nalezeny kresby mužů s návleky na penisu. Není jisté, zda se nejednalo o ozdobu, která měla za úkol muže zatraktivnit, anebo o prapředka dnešního kondomu. Také v řecké mytologii se objevují zmínky o tzv. návleku na

penis a to v báji o krétském králi Minósovi. (Uzel a Kovář, 2010; Szarewská a Guillebaud, 1996)

2.3 Období od středověku až do 18. století

Ve středověké Evropě převzala moc nad veškerým věděním římskokatolická církev, a proto se centrum myšlení přesunulo do islámského světa. Ani církev však nedokázala zabránit šíření tzv. babských rad, jak předcházet nechtěnému těhotenství. Mezi ně patří například nošení semene šťovíku ve vlněné látce pod levým ramenem, polykání semene solanu po 7 dní po menstruaci, močení na vlčí moč nebo nošení dětských zubů. (Uzel, 2003)

Jedním z prvních islámských gynekologů se stal muž zvaný Rhazes. Stal se hlavním propagátorem přerušované soulože jako nejúčinnější antikoncepční metody. Také doporučoval železnou strusku, smůlu, kapustu, hovězí žluč nebo ušní maz zvířat k zavedení do pochvy před souloží. Tyto látky měly mít spermicidní účinek, to však nikdy nebylo prokázáno. (Uzel, 2003)

Nejslavnější středověký islámský lékař, Avicenna, se také zabýval antikoncepčními metodami. Na počátku jedenáctého století vydal dílo Avicennův Kánon, kde uvádí osm antikoncepčních postupů. Tyto postupy jsou pro ilustraci uvedeny v Příloze A. (Uzel, 2003)

V 16. století se v islámské literatuře objevují doporučení k užívání kamence jako antikoncepce. Vždy před souloží se zavádí do pochvy, nebo se jím potře penis. Při dlouhodobém užívání však došlo k trvalé neplodnosti ženy, proto se od jeho používání upustilo. (Uzel, 2003)

V roce 1564 byl vyroben, z lněného plátna napuštěného olejem, první skutečný kondom. Měl hlavně ochranou funkci. Jeho autorem byl italský anatom Gabriel Fallopius. Svůj název však získal až později. Jsou známy dvě teorie vzniku pojmenování „kondom“. Jedna uvádí, že vzniklo podle anglického lékaře Contona, který žil za Karla II. (1630-1685). Některé prameny uvádějí, že se lékař jmenoval přímo Condom. Druhá teorie hovoří o latinském slově „condus“, které v překladu znamená: „nádoba vyrobená ze zvířecího střeva“. (Uzel a Kovář, 2010; Szarewská a Guillenbaud, 1996)

2.4 Období od 19. do 20. století

Na konci 18. a počátku 19. století se ve společnosti začínají objevovat obavy z rychlého růstu populace a neschopnosti zajistit dostatečnou obživu pro výrazně se zvyšující počet

obyvatel. Na základě těchto obav se věda začíná zabývat vývojem spolehlivé antikoncepční metody, která by růst populace zpomalila. (Čepický a Fanta, 2011)

V roce 1838 byl vynalezen první moderní cervikální klobouček. Jeho autorem byl německý gynekolog, který klobouček zhotovil na základě voskového otisku děložního čípku ženě přímo „na míru“. Avšak za otce této moderní poševní překážky byl považován holandský lékař Wilhelm Mensing. V roce 1881 začal s propagací této antikoncepční metody. Setkal se s mnohými odpůrci. Díky jeho usilovné práci si pomůcka našla své příznivce a je používána dodnes pod názvem poševní pesar nebo diafragma. (Szarewská a Guillebaud, 1996; Čepický a Fanta, 2011)

Na počátku 20. století přišel zlomový okamžik. Na univerzitě v Innsbrucku došlo k významnému objevu v oblasti antikoncepce. Profesor fyziologie Ludvig Haberlandt ve spolupráci s vídeňským gynekologem Otfriedem Otto Fellnerem přišli s nápadem regulace plodnosti žen pomocí vaječníkových steroidních hormonů. Provedli velké množství testů na myších a jiných savcích. Roku 1931 pak představili svůj preparát s názvem Infecundin, který měl prokazatelně regulační účinek na plodnost. Nejzávažnějším problémem se stala výroba tohoto antikoncepčního prostředku. Získání potřebných substancí na výrobu dané látky bylo v té době možné pouze ze živočišných tkání, a proto se výzkum nesetkal s využitím v praxi. Zlom přišel až s objevem možnosti získávat látky podobné vaječníkovým steroidům z rostlin. (Uzel, 2003)

Za otce antikoncepční pilulky je považován Gregory Pincus. Jeho přednáška, na vědecké konferenci v Tokiu roku 1956, která pojednávala o účincích žlutého tělíska, přítomného ve vaječnících, na rozmnožování králíků, způsobila zvrat ve vývoji antikoncepčních metod. V letech 1953-54 prováděl testy svých preparátů na zvířatech, na jejichž základě také proběhla přednáška v Tokiu. Hned po konferenci začal ve spolupráci s Edrisem Rice Wrayem testovat antikoncepční látku na dobrovolnicích v Portoriku. Výsledky testů potvrdily 98% úspěšnost látky s minimálními vedlejšími účinky. (Uzel, 2003)

Na začátku 20. století se objevila ještě jedna velmi spolehlivá antikoncepční metoda – nitroděložní tělísko. Jeho autorem je německý lékař Ernst Gräfenberg. K myšlence zavádění určitých těles do pochvy jako antikoncepční metody ho přivedly zkušenosti afrických velbloudářů. Ti vždy před dlouhými pouštními cestami svým velbloudicím zavedli do dělohy kamínek, aby zabránili jejich otěhotnění, což by znamenalo nemalou komplikaci. Protože zavádět ženám do dělohy kameny mu přišlo nedůstojné, vyrobil ze stříbrných a zlatých drátků

spirálku, kterou poté ženám zaváděl. Jeho antikoncepční efekt byl vynikající. Gräfenbergovy studie byly zveřejněny ve světoznámých vědeckých časopisech. Ženy začaly zavedení tělíska hojně vyžadovat. V tu chvíli se však objevil zásadní problém. Začaly se čím dál častěji objevovat případy úmrtí žen po zavedení tělíska. Tyto ženy neumíraly kvůli zavedenému tělísku, ale na sepsi. Hygiena zdravotnických zařízení byla ve špatném stavu, dodržení asepse při zavedení tělíska bylo nemožné, a účinná antibiotika ještě nebyla na světě. Proto došlo k zavržení nitroděložního tělíska na dlouhou dobu. (Uzel, 2003; Szarewská a Guillebaud, 1996)

V 60. letech však došlo ke zvratu, kterému nahrál rozvoj chemie plastických hmot. Tělíska se začala vyrábět z plastických hmot, během let došlo také ke znatelnému zlepšení nemocniční hygieny a rozšíření antibiotik. To vše přispělo ke znovurozšíření nitroděložních tělísek, která následně získala mezinárodní zkratku IUD (intrauterine device). V České republice se vžil název DANA („dobrá a neškodná antikoncepce“). (Uzel a Kovář, 2010; Čepický a Fanta, 2011)

3 Druhy antikoncepce

3.1 Nehormonální antikoncepce

3.1.1 Přirozená antikoncepce

Přirozené metody antikoncepce jsou postupy, k jejichž použití nepotřebujeme žádné farmakologické ani mechanické pomůcky a nevyžadují žádnou lékařskou asistenci. Většina těchto metod je založena na pečlivém sledování a zaznamenávání všech změn probíhajících během menstruačního cyklu. (Weiss a kol., 2010; Leifer, 2004)

Gynekologové v současnosti přirozenou antikoncepci nedoporučují, nejen kvůli její nespolehlivosti, ale také kvůli nepřítomnosti ochrany proti pohlavně přenosným chorobám. (Barták, 2006)

3.1.1.1 Periodická sexuální abstinence

Tato metoda je založena na stanovení tzv. plodných a neplodných dnů v průběhu menstruačního cyklu ženy. Žena proto musí být podrobně seznámena se všemi příznaky spojenými s ovulací. V průběhu plodných dnů musí pár dodržovat sexuální abstinenci, pokud chce, aby byla antikoncepční metoda úspěšná. Pearlův index udává spolehlivost metody v rozmezí 5-10 a to v závislosti na konkrétním způsobu zjišťování neplodných (plodných) dnů. (Weiss a kol., 2010; Leifer, 2004; Barták, 2006)

Mezi metody výpočtu neplodných (plodných) dnů patří:

- *Kalendářní metoda* – je prvním způsobem stanovení ovulace. Žena musí přesně zaznamenávat délku každého menstruačního cyklu, z nichž poté vypočítává své plodné dny. Vlastní výpočet je uveden v Příloze B. (Uzel a Kovář, 2010)
- *Teplotní metoda* - je založena na principu pravidelného měření bazální teploty a to vždy ráno před jakoukoli denní aktivitou. Měření žena provádí v ústech, konečníku nebo pochvě. Vždy během ovulace dochází ke zvýšení bazální teploty o 0,4°C, která zůstává zvýšená po celou druhou polovinu menstruačního cyklu. Třetí den po jejím zvýšení začínají neplodné dny. (Weiss a kol., 2010; Leifer, 2004)
- *Hlenová metoda* - je založena na posuzování charakteru hlenu vylučovaného z děložního hrdla. V průběhu menstruačního cyklu dochází k vylučování hlenu různé konzistence a různého množství. (Uzel a Kovář, 2010)
- *Krystalizace slin* – také patří mezi metody určování neplodných (plodných) dnů. Vyšetřením zaschlého vzorku slin můžeme také zjistit, zda je žena v plodném období

či ne. Během plodných dnů můžeme ve vzorku slin pozorovat struktury připomínající listy kapradí, jejichž přítomnost je ovlivněna působením estrogenů. (Uzel, 1992)

- *Antikoncepční počítač* - také známý jako Baby-comp nebo Lady-comp je novinkou v oblasti přirozené antikoncepce na českém trhu. Jedná se o přístroj o velikosti 14 cm a hmotnosti 200 g, jehož hlavním úkolem je stanovení plodných (v případě Baby-compu) či neplodných (v případě Lady-compu) dnů (viz Příloha C). Výpočet provádí počítač na základě naměřené teploty v ústech (pod jazykem). Toto měření je však nutné provádět denně ve stejnou hodinu. U některých typů se ještě zadává datum poslední menstruace. Na základě těchto údajů dojde k vyhodnocení a určení, zda bude den a následujících šest dní plodných či nikoliv. Pearlův index udává spolehlivost metody 0,7. (Lady-Comp, 2012; NaturComp, 2012)

3.1.1.2 Přerušovaná soulož (Coitus interruptus)

Při praktikování přerušované soulože muž přeruší sexuální styk těsně před ejakulací. Snaží se tak zabránit vniknutí spermatu do pochvy ženy a tím otěhotnění své partnerky. Jedná se o metodu značně nespolehlivou, Pearlův index udává hodnotu 20. (Uzel a Kovář, 2010; Uzel, 1992; Barták, 2006)

3.1.1.3 Kojení jako antikoncepce

S výrokem: *„Když žena kojí, nemůže otěhotnět.“*, je možné částečně souhlasit. Pokud žena splní určité podmínky, může se pro ni stát kojení antikoncepcí, ale ne nastálo. Když žena otěhotní, stává se neplodnou. Vlivem hormonu prolaktinu dojde k zástavě ovulace. Pokud žena po porodu dítě kojit nemůže nebo nechce, postupně se jí její reprodukční schopnost vrací. Kojící žena má poporodní neplodnost delší. Kojení lze využít jako antikoncepční metodu, pokud je dítě plně kojeno v minimálně 4 hodinových intervalech, s jedinou výjimkou v noci, kdy je možné intervaly prodloužit až na 6 hodin. Pokud žena kojí dostatečně často, jedná se o spolehlivou antikoncepci. Pearlův index udává hodnotu 3. (Uzel a Kovář, 2010; Weiss a kol., 2010)

3.1.2 Bariérové antikoncepce

Do této skupiny řadíme antikoncepční prostředky zabraňující vniknutí spermií do dělohy. Patří sem metody tvořící mechanickou překážku pro spermie. (Weiss a kol., 2010; Leifer, 2004)

3.1.2.1 Kondom (prezervativ)

Kondom neboli prezervativ patří mezi nejznámější a nejstarší antikoncepční metody. Známe mnoho podob kondomu, jeho producenti, průmyslové společnosti, ho vyrábí v různých velikostech, barvách, s různými povrchovými úpravami, atd. Dělíme je do dvou skupin a to na kondomy mužské a kondomy ženské (neboli femidomy, viz Příloha D). Dále můžeme kondomy dělit na lubrikované a suché, nebo podle materiálů, z kterých jsou vyrobeny, na latexové, polyuretanové a přírodní (z ovčího střívka). Nejvýznamnější vlastností prezervativu je schopnost ochránit organismus člověka před pohlavně přenosnými chorobami. Velmi důležité je dodržet zásady správné manipulace s kondomem (viz Příloha F). Pearlův index spolehlivosti se pohybuje okolo hodnoty 5. (Leifer, 2004; Weiss a kol., 2010; Uzel a Kovář, 2010; Barták, 2006)

3.1.2.2 Poševní pesar (diafragma)

Jedná se o kulatý gumový klobouček, v jehož okraji je uložena kovová spirálka, která drží kruhový tvar (viz Příloha F). Pokud žena chce danou metodu používat, musí projít vyšetřením u svého gynekologa, který stanoví přesnou velikost. Důležitý je i nácvik správného zavádění. Žena by měla navštívit svého gynekologa, který jí pesar zavede, žena si poté může zkontrolovat, jak má být pesar na čípku usazen. Následně si vyzkouší zavedení sama a lékař zkontroluje jeho umístění. (Uzel a Kovář, 2010; Seidlová a Hugo, 1997)

3.1.3 Chemická antikoncepce

3.1.3.1 Spermicidy

V historii se jednalo o jednu z nejrozšířenějších antikoncepčních metod. V dnešní době její význam upadá. Jedná se o metodu spolehlivou, Pearlův index je udáván okolo 2. (Uzel a Kovář, 2010)

Jsou to látky, které mají za úkol zničit nebo poškodit spermie tak, aby nebyly schopny oplodnit vajíčko. Spermicidy se ve většině případů používají spolu s bariérovými metodami. Často je opomíjen jejich antimikrobiální a antivirový účinek. (Uzel a Kovář, 2010)

Dostupné jsou v lékárnách ve formě čípků, pěny, krémů, gelů, tablet či papírových filmů. Na českém trhu jsou však k dostání pouze vaginální globule a krémy. (Čepický a Fanta, 2011; Uzel a Kovář, 2010)

3.1.4 Chirurgická antikoncepce

3.1.4.1 Sterilizace

Sterilizace je téměř 100 % metoda regulace plodnosti. V případě, že je sterilizace provedena bezchybně, žena se nemusí bát nechtěného těhotenství. Pokud by však svůj názor změnila, je zrušení sterilizace velmi nákladné, obtížné a v mnohých případech neúspěšné. Proto je důležité, aby bylo rozhodnutí dobře zváženo, eventuelní přání dalšího těhotenství lze umožnit pouze po chirurgickém zákroku nebo po zařazení do IVF (in vitro fertilisation) programu. Při zažádání o sterilizaci musí být splněny podmínky stanovené zákonem z roku 1972. (Čepický a Fanta, 2011; Rob, Martan a Citterbart, 2008)

3.2 Hormonální antikoncepce

Tato antikoncepční metoda je založena na účincích hormonů obsažených v jednotlivých preparátech. Existují dva druhy, a to antikoncepce kombinovaná a gestagenní. Liší se obsahem hormonů, ale účinky na ženský organismus jsou shodné. Způsobují blokádu ovulace a ovlivňují složení cervikálního hlenu, který se při používání hormonální antikoncepce stává hustým a nepropustným pro spermie. (Čepický a Čepická Líbalová, 2010)

3.2.1 Kombinované preparáty

Obsahují kombinaci ženského pohlavního hormonu estrogenu a hormonu žlutého tělíska progestinu. Hlavním účinkem tohoto typu antikoncepce je vlastní blokáda ovulace a změna složení cervikálního hlenu je spíše vedlejším účinkem. (Čepická a Čepická Líbalová, 2010; Uzel a Kovář, 2010)

3.2.1.1 Kombinované hormonální tablety

Hormonální tablety dělíme do tří skupin, podle množství hormonů obsažených v jednotlivých tabletách. Pokud všechny obsahují stejné množství hormonů, jedná se o přípravky monofázické (jednofázové). Dále existují ještě preparáty bifázické (dvoufázové), u nichž je hladina estrogenů konstantní a mění se pouze hladina progestinu, a trifázické (třífázové), které mají proměnlivé hladiny estrogenů i progesteronu. (Seidlová a Hugo, 1997)

3.2.1.2 Hormonální náplast

Mechanismus účinku je stejný jako u tablet, pouze se liší způsob aplikace hormonů do organismu. Antikoncepční látky jsou obsaženy v lepivé hmotě náplasti, z níž se vstřebávají do

kůže (viz Příloha G). Náplast lze umístit kamkoliv na pokožku, nedoporučuje se pouze oblast prsou. (Uzel a Kovář, 2010)

3.2.1.3 Postkoitální antikoncepce

Postkoitální neboli záchranná antikoncepce se užívá až v případě nechráněného pohlavního styku nebo selhání jiné antikoncepční metody (např. prasknutí prezervativu). „Nouzová" antikoncepce je v současné době volně k dostání v lékárnách (bez předpisu). První pilulka má být spolknuta, co nejdříve po pohlavním styku a druhá za 12 hodin od požití první. Metoda je účinná až do 72 hodin od nechráněného pohlavního styku, u nejnovějších preparátů je to dokonce až 120 hodin. (Uzel a Kovář, 2010; Szarewská a Guillebaud, 1996)

3.2.2 Gestagenní preparáty

Tento typ preparátů obsahuje pouze hormon žlutého tělíska progestin. Hlavním účinkem tohoto typu antikoncepce je zahuštění a zneprůchodnění cervikálního hlenu pro spermie, blokáda ovulace je spíše vedlejším účinkem. (Uzel a Kovář, 2010)

3.2.2.1 Minipilulka

Tato metoda se velmi podobná užívání hormonálních kombinovaných tablet, zásadní rozdíl je však v jejích účincích. Výhodou je, že ji mohou užívat i ženy, které se musí vyvarovat kombinovaným tabletám, např. ženy kojící, trpící hypertenzí, diabetem mellitem, s vysokým rizikem žilní trombózy, atd. Minipilulka se užívá nepřetržitě. Spolehlivost této metody je ovšem o něco nižší než u kombinovaných tablet, Pearlův index je udáván okolo 0,3-1,0. (Uzel a Kovář, 2010; Barták, 2006)

3.2.2.2 Injekce

Injekční aplikace gestagenů je spolehlivější metodou než užívání minipilulek, protože zde nedochází k ovlivnění látky při vstřebávání v trávicím traktu. Pearl index udává spolehlivost 0,01-0,3. Každé tři měsíce musí být aplikována intramuskulární injekce s antikoncepční látkou, která zajistí blokaci ovulace. Tato antikoncepce však není vhodná pro ženy, které plánují otěhotnění, protože nástup plné plodnosti po vysazení ve většině případů trvá až rok. (Čepický a Fanta, 2011; Barták, 2006)

3.2.2.3 Podkožní implantát

Podkožní implantát funguje na stejném principu jako injekce. Jediným rozdílem je, že po zavedení implantátu je žena chráněna před otěhotněním po dobu tří až pěti let dle zvoleného typu. Implantát má tvar trubičky, která je vyplněna progestinem (viz Příloha H). Zavádí se na

vnitřní stranu předloktí nedominantní ruky při místním znecitlivění. (Uzel a Kovář, 2010; Barták, 2006)

3.3 Nitroděložní antikoncepce

Antikoncepční metoda spočívá v zavedení určitého, speciálně pro toto využití vytvořeného, předmětu do dělohy (viz Příloha I). V historii se vyráběla tělíska různých velikostí, tvarů a z rozlišných materiálů. V současnosti jsou vyráběna většinou z plastických hmot a ve tvaru písmene T nebo Y. Většina tělísek má navíc ještě monofilní vlákno, které slouží pro usnadnění extrakce. Tělísko je zaváděno na pět let, extrahováno může být kdykoliv před uplynutím tohoto intervalu a po jeho vyjmutí může žena ihned otěhotnět. (Čepický a Fanta, 2011; Rob, Martan a Citterbart, 2008)

Na trhu jsou k dostání dva typy: nemedikovaná tělíska, která obsahují měď nebo jiný kov, jejichž využití v současnosti je spíše výjimečné, a tělíska medikovaná neboli hormonální, která obsahují syntetický progestin, jež se po dobu zavedení pozvolna uvolňuje. (Weiss a kol., 2010)

4 Ekonomické náklady na antikoncepci

Finanční náklady jsou v mnoha případech jedním z hlavních faktorů, na základě kterých si žena vybírá svou antikoncepci. Jelikož si v současnosti vybíráme svoji první antikoncepci nejčastěji v adolescentním věku, je kladen důraz hlavně na finanční stránku. Protože si adolescenti ve většině případů ještě sami nevydělávají, je rozhodování o antikoncepci závislé i na její ceně. Tabulka 1 zobrazuje cenové relace, v nichž se jednotlivé výše uvedené antikoncepční metody pohybují. (Musil, 2011)

Tab. 1 Cenové rozmezí vybraných druhů antikoncepcí (Cephaelis, 2006; Bukač, 2004; Lady-Comp, 2012; Heureka)

Antikoncepční metoda	**Cena/ks/doba působení**
Antikoncepční počítač	12 000 – 15 000 Kč
Prezervativ (mužský)	5 – 45 Kč / ks
Femidom	40 – 88 Kč / ks
Poševní pesar	1 800 Kč / ks
Spermicidy	100 – 300 Kč / 1 balení
Sterilizace	zdarma
Kombinované hormonální tablety	200 – 1 000 Kč / 3 měsíce
Hormonální náplast	300 – 400 Kč / 1 měsíc
Postkoitální antikoncepce	300 – 600 Kč / 2 tablety
Minipilulka (gestagenní pilulka)	500 – 600 Kč / 3 měsíce
Injekce	100 – 150 Kč / 3 měsíce
Podkožní implantát	4 900 – 6 500 Kč / 3 roky
Nitroděložní tělísko (s hormony)	5 500 – 6 000 Kč / 5 let
Nitroděložní tělísko (bez hormonů)	500 – 1 000 Kč / 5 let

5 Období adolescence

Pojem adolescence je odvozen od latinského slova adolescere, tj. dospívání, proto často dochází k zaměňování obou pojmů, různí autoři se však v názoru na přesné vymezení adolescence liší. Období dospívání je dle Vágnerové (2008) rozdělováno na dvě fáze: pubescence (10–14 let) a vlastní adolescence (15 – 20 až 22 let). Naopak Macek (2003) preferuje dělení tohoto období do tří fází: raná (10-13 let), střední (14-16 let) a pozdní (17-20 až 22 let).

Toto období zahrnuje velkou část života mezi dětstvím a dospělostí, je považováno za nejbouřlivější. Dochází k největším životním změnám. Nejpatrnější jsou změny tělesné, začínají se objevovat sekundární pohlavní znaky a samotné období končí úplnou pohlavní zralostí jedince. Vývoj je patrný i po stránce psychické a sociální. (Vágnerová, 2000; Vágnerová, 2008)

Změny v životě adolescenta probíhají současně, jsou na sebe v určitém smyslu vázané a podmiňují se. Také jsou ovlivněny množstvím dalších faktorů. Adolescenti se zbavují dětských atributů, chtějí rozhodovat sami o sobě a získat větší svobodu, ale povinnosti a zodpovědnost dospělých přijmout odmítají, nebo tak činí s velkou nevolí. Mění se i pohled dospělých. Vztahy rodičů a adolescentů se v tomto období postupně uklidňují a na konci období lze hovořit ve většině případů o vzniku přátelského vztahu. (Vágnerová, 2008; Langmeier a Krejčířová, 2008)

Můžeme zde zaznamenat i množství důležitých životních mezníků. Jedinec dovršuje povinnou školní docházku, musí rozhodnout o svém budoucím povolání, na jehož základě volí další vzdělávání. Někteří ukončí středoškolské vzdělání získáním výučního listu jiní tzv. zkouškou z dospělosti (maturitní zkouškou). Následuje nástup do prvního zaměstnání nebo naopak odchod na vysokou školu. Dalším významným mezníkem je dosažení plnoletosti a s ní i převzetí plné odpovědnosti za své jednání. Poslední důležitou událostí tohoto období je první pohlavní styk. (Vágnerová, 2000)

5.1 Fyzický a psychický vývoj

Vývoj po stránce fyzické a psychické spolu velmi úzce souvisí. Dochází k řadě změn v obou oblastech, které se navzájem podmiňují.

V tomto období již nedochází k žádným závažným tělesným změnám, většina již proběhla v rámci prepuberty a puberty. Ke konci dochází k ustálení tělesného růstu, zpomaluje se i

přibývání na váze a celkový vzhled těla je stejný jako u dospělého jedince. Pohyby jsou oproti pubertě koordinované, harmonické a ladné. Toto období je vrcholem fyzické a sexuální aktivity, což posiluje i sebevědomí adolescentů. (Vágnerová, 2000; Leifer, 2004)

Tělesný vzhled se však stává důležitou součástí vlastní identity každého adolescenta. K tomu přispívá i všeobecný názor, že adolescence je období mládí a fyzické krásy. Každý jedinec je srovnáván se svými vrstevníky a s v současnosti přijímaným ideálem. Tělesný vzhled, vnímaný jeho okolím jako uspokojivý, mu zajišťuje jistotu, sociální prestiž, a to zejména ve vztahu k druhému pohlaví. V opačném případě dochází ke ztrátě sebevědomí, jistoty i sociálního postavení. Mezi nejzávažnější tělesné nedostatky je v tomto období považována nadváha a přítomnost akné, které mohou v jedinci vyvolávat pocity úzkosti, vnitřního napětí a vzteku. Zde vzniká riziko sklouznutí jedince k projevům autoagrese a ke vzniku například poruch příjmu potravy. (Vágnerová, 2008)

Objevují se i tendence k uniformitě, čím více se přiblíží všeobecně uznávanému ideálu, tím lépe budou hodnoceni svým okolím i přes riziko ztráty své individuality. Tento styl jim zajistí úspěch, nemusí se bát ztráty své sociální prestiže. Až ke konci tohoto období začínají adolescenti přicházet se svými vlastními originálními styly, čímž se projevuje i zrání jejich osobnosti. (Vágnerová, 2008)

Vnější vzhled a styl oblékání vyjadřuje vlastní identity adolescenta. Tímto způsobem se snaží svému okolí sdělit, kým chce být. Preference stále stejného oblečení může pomoci překonat pocit nejistoty, která je vyvolána hlavně proporcionálními změnami postavy. Někteří takto mohou vyjadřovat svou příslušnost k určité skupině. Hlavní funkcí změny vzhledu adolescenta je odlišení se od dětí, ale zároveň i od dospělých. (Vágnerová, 2008)

Všeobecně uznávaného ideálu krásy se snaží dosáhnout především dívky. Atraktivita je významnou hodnotou, která jim zajišťuje sociální postavení. Ty, které jsou svým okolím i samy sebou považovány za neatraktivní, nedosahují takové prestiže. Přesto se tento stav pro ně stává v určitém smyslu výhodou. Většina společensky neuznávaných dívek hledá jiný způsob seberealizace, což podnítí jejich další osobností rozvoj. (Macek, 2003; Vágnerová, 2008)

Pro chlapce je naopak důležitější výška a fyzická síla. Vzrůst, který je srovnatelný s dospělým, dává adolescentovi pocit rovnocennosti, již si nemusí připadat jako podřízený. Fyzická síla dává najevo soběstačnost a posiluje jistotu jedince. Ve vztahu k dospělým nemá žádné uplatnění, vzhledem k zábranám vyplývajícím z běžných norem chování. Jinak je tomu

mezi vrstevníky. Zde je naopak fyzická síla hojně využívána. Získává jedinci sociální prestiž a uznání ostatních vrstevníků. (Vágnerová, 2008)

5.2 Emoční vývoj

Vlivem hormonálních proměn dochází v období adolescence i ke změnám v oblasti citové. Typická je citová labilita jedince a dráždivost. Reagují mnohdy velmi přecitlivěle a intenzita reakce bývá často nepřiměřená situaci. Velmi těžko lze předvídat, jak zareaguje příště. Typické jsou také prudké výkyvy nálad, které probíhají bez zjevné příčiny, a které si ani sám adolescent nedokáže vysvětlit. (Vágnerová, 2008)

Prudké výkyvy nálad jsou spojovány s rychlými změnami míry aktivity. Intenzivní zapojení do činnosti je často vystřídáno nechutí a apatií. Adolescenti jsou charakterizováni vysokou mírou impulzivity a nedostatkem sebeovládání. Působí jako rozmazlené a špatně vychované děti. Chování jedinců je z velké části podmíněno hormonálními změnami a ne špatnou výchovou. (Vágnerová, 2008)

Pocity nejistoty a zranitelnosti sebeúcty vyvolávají zvýšenou citlivost na projevy a názory druhých osob. Pro zmírnění těchto pocitů postačí, když se dospělí vyvarují nemístného vtipkování a dostatečná pozornost je věnovaná i zdánlivě banálním problémům, které adolescent nemusí považovat za tak jednoduché jako dospělí. (Vágnerová, 2008)

Ke konci tohoto období dochází k celkové emoční stabilizaci jedince. Snižuje se jeho náladovost, impulzivita, zvyšuje se míra sebeovládání. (Vágnerová, 2008)

5.3 Kognitivní vývoj

Tuto část života člověka z hlediska kognitivního vývoje lze charakterizovat jako období rozvoje formálních operací. Vyvíjí se a rozšiřuje výbava abstraktního myšlení. Adolescent je schopen přemýšlet o reálně neexistujících věcech, uvolňuje se ze zajetí konkrétního světa, začíná chápat souvislosti, které mu dosud byly cizí. (Vágnerová, 2008; Langmeier a Krejčířová, 2008)

Dochází k posunu i v řešení různých problémů. Již se nespokojí s jedním výsledkem. Nad problémem více uvažuje, hledá možnosti jeho řešení, které následně ověřuje. Úvahy ale nevedou k výběru správného řešení, adolescent téměř vždy sklouzne k tomu nejsnadnějšímu a nejrychlejšímu bez ohledu na okolní situaci. Kompromis je pro něj nepříjemným výsledkem, proto volí radikálnější a zbrklá rozhodnutí. Úsudek je významně ovlivněn současně

působícími emocemi. Dokáže se pro věc nadchnout, ale i naopak. (Vágnerová, 2000; Macek, 2003)

Růst inteligence je na počátku adolescence potvrzen přijetím na střední školu, která reprezentuje i budoucí profesní zaměření. Úspěch v roli studenta bohužel nezaručuje vyšší sociální prestiž nebo lepší profesní roli. Škola zajišťuje pouze dostatečnou profesní kvalifikaci pro výkon požadovaného povolání, ale nezaručuje úspěch v reálném světě. (Vágnerová, 2000; Vágnerová, 2008)

Dochází také ke zkvalitnění paměti, hlavně v oblasti dlouhodobého zapamatování. S přibývajícím věkem přibývají i životní zkušenosti, což zvyšuje kvalitu ukládaných informací. Zlepšuje se i schopnost ovládání pozornosti. Pozornost jedince je zvýšená v oblasti zájmů, které se konkretizují a ustalují, ale dokáže ji udržet delší dobu i při nudnosti daného tématu. (Vágnerová, 2008)

5.4 Vztahy s vrstevníky

Vrstevnická skupina se pro adolescenta stává tou nejdůležitější součástí jeho života. Podporuje jeho emancipaci od rodiny, poskytuje mu potřebnou sociální a emoční oporu. Vztahy ve skupině jsou unikátní a nenahraditelné, navzájem sdílejí své názory a pocity. Dokážou strávit hodiny povídáním si v podstatě „o ničem“. Vztahy mezi členy skupiny jsou hlubší a stálejší než ve fázi pubescence. (Macek, 2003)

Na počátku tohoto období jsou skupiny pouze chlapecké, nebo pouze dívčí. V průběhu vývoje však začínají adolescenti pociťovat potřebu komunikovat i s opačným pohlavím. Začínají se objevovat tzv. „první lásky“. Tajné schůzky umožňují získávat první zkušenosti ve styku s opačným pohlavím. Tyto první vztahy však bývají ve většině případů nestálé, až ke konci období dochází k jejich prohloubení, které může vést až k uzavření manželství. (Langmeier a Krejčířová, 2008; Macek, 2003)

II VÝZKUMNÁ ČÁST

6 Výzkumné otázky

Na základě výzkumu jsem si stanovila 6 výzkumných otázek.

Otázka č. 1 : Mají dívky z města a z vesnice stejné znalosti v oblasti antikoncepce?

Otázka č. 2 : Získávají dívky informace o antikoncepci spíše od vrstevníků než rodičů?

Otázka č. 3 : Jsou dívky při volbě antikoncepce ovlivněny spíše názorem partnera než rodičů?

Otázka č. 4 : Jsou dívky ovlivněny při zvažování užívání antikoncepce spíše vrstevníky než reklamou?

Otázka č. 5 : Financují dívkám antikoncepci častěji rodiče než partneři?

Otázka č. 6 : Preferují dívky kombinovanou hormonální antikoncepci před bariérovou?

7 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována na podkladě metody dotazníkového šetření, které jsem prováděla během měsíce prosince 2011 v Mladé Boleslavi. Celkem jsem rozdala 85 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 100 %. Pro vypracování práce bylo použito všech 85 dotazníků. Z celkového počtu dotazníků bylo v otázce č. 7 vyřazeno 15 dotazníků, protože tyto respondentky uvedly, že antikoncepci neužívají, a proto již dále dotazník nevyplňovaly.

Dotazník obsahuje celkem 22 otázek různého typu. Otevřené položky (č. 4, 5, 9, 11) umožňují respondentkám vyjádřit se k danému tématu vlastními slovy, nenavrhují žádné odpovědi. Dále jsou zde zahrnuty položky uzavřené (č. 2, 3, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 22), které respondentkám umožňují výběr z již připravených možností. Tento typ otázek je nejvhodnější pro statistické zpracování a jejich zodpovězení je snadné a rychlé. Z uzavřených položek byly použity otázky dichotomické (č. 2, 12, 13, 14), kde je možný výběr pouze mezi 2 navzájem se vylučujících odpovědí, otázky polytomické výběrové (č. 3, 7, 8, 10, 15, 18, 19, 20, 22), kde respondentky vybíraly jednu odpověď z několika možných, polytomické výčtové (č. 21), kde bylo možné zvolit více odpovědí, a stupnicové komparativní (č. 6), kde respondentky prováděly hodnocení jednotlivých možností na základě bodového systému. Dále byly použity otázky polouzavřené (č. 1, 16, 17), které umožňovaly výběr z navrhnutých odpovědí, ale i vyjádření vlastního názoru k danému tématu. V neposlední řadě jsem volila otázky filtrační (č. 7, 11, 15), které byly určeny pouze části respondentek, otázky kontrolní (č. 11), které ověřovaly pravdivost odpovědí, a otázky identifikační (č. 1, 2, 3), které více specifikovaly vybranou skupinu respondentek. (Zvárová, 2004)

Dotazníkové šetření jsem prováděla u dívek ve věku od 15 do 18 let. Toto věkové rozmezí jsem zvolila v závislosti na tématu práce, které je zaměřeno na období adolescence (15 – 20 až 22 let).

Horní věkovou hranici jsem snížila na 18 let, protože jsem se rozhodla provádět výzkum v rámci vyučování na gymnáziích, středních školách a středních odborných učilištích. Dotazníky jsem dívkám rozdávala během vyučovací hodiny (tělesné výchovy) za souhlasu ředitele školy a po předchozí domluvě s vyučujícím. Souhlasy s provedením výzkumu jednotlivých škol a rodičů dívek, které nedovršily 18ti let, nejsou k práci přiloženy z důvodu zachování anonymity.

Získaná data jsem zpracovala v počítačovém programu Microsoft Office Excel. Výsledky jsem zaznamenala do tabulek a grafů.

Výše zmiňovaný dotazník je uveden v Příloze J.

Přehled použitých četnostních veličin :

$\boldsymbol{n}$ rozsah souboru

$\boldsymbol{n_i}$ četnost jednotlivých hodnot znaku ve statistickém souboru

$\boldsymbol{f_i}$ veličina pro vyjádření relativní četnosti

$\boldsymbol{\Sigma}$ suma = celkový součet

Vzorec pro výpočet relativní četnosti v procentech :

Četnost jednotlivých hodnot znaku ve statistickém souboru dělená rozsahem souboru.

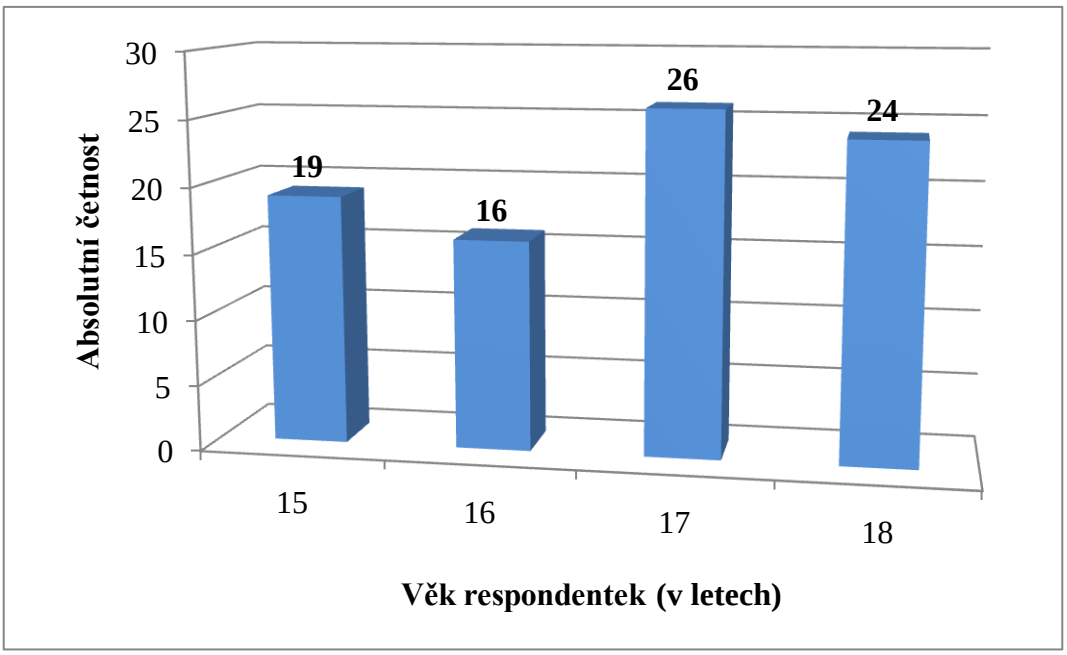
$$\boldsymbol{f_i}\,[\%] = \frac{\boldsymbol{počet\ n_i}}{\boldsymbol{n}} * \mathbf{100}$$

8 Prezentace výsledků

Otázka č. 1 – Kolik Vám je let?

(na tuto otázku odpovídalo 85 respondentek)

a) 15 let
b) 16 let
c) 17 let
d) 18 let



Obr. 1 Graf věkového rozložení respondentů

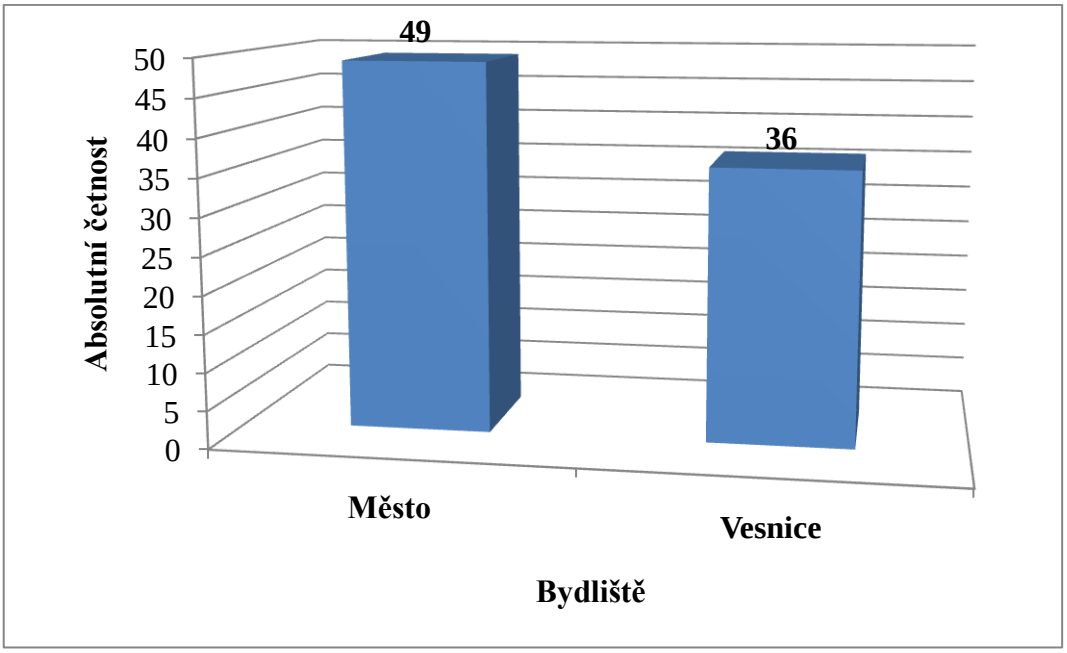
První otázka je zaměřena na věk respondentek. Výše uvedený obrázek (Obr. 1) zobrazuje jejich věkové rozložení. Žádné z respondentek nebylo méně než 15 let a více než 18 let. Ve věku 15 let bylo 19 (22 %) respondentek. Ve věku 16 let bylo 16 (19 %) respondentek. Nejpočetnější věkovou skupinou bylo 17 let, ve které se nacházelo 26 (31 %) dotázaných. V nejstarší věkové skupině 18 let se nacházelo 24 (28 %) respondentek.

Otázka č. 2 – Jaké je místo Vašeho bydliště?

(na tuto otázku odpovídalo všech 85 respondentek)

a) Vesnice (do 3 000 obyvatel)

b) Město (nad 3 000 obyvatel)



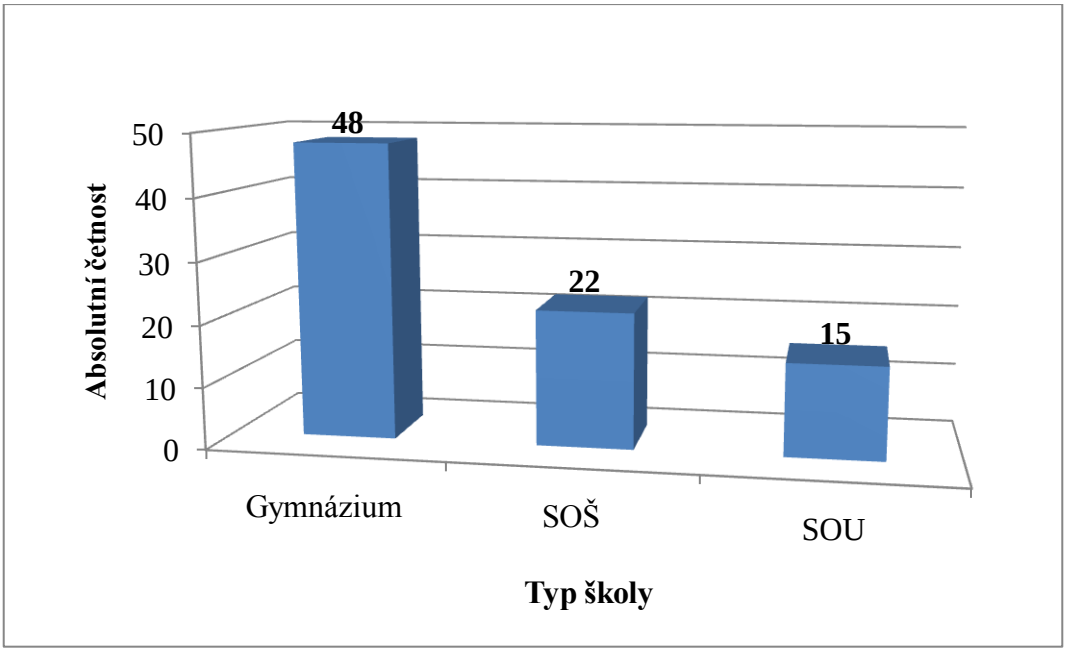
Obr. 2 Graf bydliště respondentek

Z výsledků druhé otázky vyplývá, zda respondentky bydlí na vesnici nebo ve městě. Do kategorie vesnice jsem zařadila všechny obydlené oblasti, které měly do 3 000 obyvatel. Nejpočetnější skupinu tvořily obyvatelky města, byly zastoupeny 49 (58 %) respondentkami. Menší skupinu tvořily vesničanky, které byly zastoupeny 36 (42 %) respondentkami. (viz Obr. 2)

Otázka č. 3 – Jaký typ školy studujete?

(na tuto otázku odpovídalo všech 85 respondentek)

a) Gymnázium
b) Střední odborná škola
c) Střední odborné učiliště



Obr. 3 Graf typů škol, které respondentky navštěvují

V této otázce jsem se zajímala o to, jaký typ školy jednotlivé respondentky navštěvují. Z celkového počtu respondentek nejvíce navštěvovalo gymnázium a to 48 (56 %). Střední odbornou školu navštěvovalo 22 (26 %) respondentek. Nejmenší skupinu tvořily dívky studující střední odborné učiliště a to 15 (18 %). (viz Obr. 3)

Otázka č. 4 – Vysvětlete pojem antikoncepce.

(na tuto otázku odpovídalo všech 85 respondentek)

U této otázky měly respondentky možnost volné odpovědi.

Tab. 2 Definice pojmu antikoncepce

Definice antikoncepce	**Město**		**Vesnice**	
	n_i	**f_i [%]**	**n_i**	**f_i [%]**
ochrana proti otěhotnění (početí)	42	86	35	97
pilulka zabraňující početí	4	8	1	3
ochrana proti těhotenství pro ženy	2	4	0	0
zabraňuje dostat se spermii k vajíčku	1	2	0	0
Σ	**49**	**100**	**36**	**100**

Výše uvedená tabulka (Tab. 2) zobrazuje odpovědi na otázku číslo 4. V této otázce měly respondentky možnost volné odpovědi. Nejčastější odpovědí bylo, že antikoncepce je ochrana proti otěhotnění (početí). Tuto odpověď uvedlo 42 (86 %) dívek ze skupiny město a 35 (97 %) ze skupiny vesnice. Možnost, že se jedná o pilulku zabraňující početí, zvolily 4 (8 %) dívky ze skupiny město a 1 (3 %) dívka ze skupiny vesnice. Odpověď ochrana proti těhotenství pro ženy zvovily 2 (4 %) dívky ze skupiny město a žádná ze skupiny vesnice. Nejméně zastoupenou skupinou se stala odpověď, že antikoncepce zabraňuje spermii dostat se k vajíčku, tuto možnost napsala pouze jedna dívka (2 %) ze skupiny město.

Z celkového počtu dotázaných uvedlo odpověď, kterou je možné považovat za správnou a dostačující, 78 (92 %) respondentek.

Spolu s předcházejícími odpověďmi uvedlo 9 respondentek, že antikoncepce zabraňuje přenosu pohlavních chorob, z nichž 1 byla ze skupiny vesnice a 8 ze skupiny město. Dále 4 respondentky uvedly, kromě správné odpovědi, že antikoncepce zpravidelňuje menstruaci. Všechny 4 byly ze skupiny město.

Otázka č. 5 – Napište, jaké antikoncepční metody znáte.

(na tuto otázku odpovídalo všech 85 respondentek)

U této otázky měly respondentky možnost volné odpovědi.

Tab. 3 Počty uvedených možností

Počet uvedených možností	**Město**		**Vesnice**	
	n_i	**f_i [%]**	**n_i**	**f_i [%]**
1	6	12	5	14
2	12	24	13	36
3	18	37	7	19
4	8	16	4	11
5	4	8	2	6
6	1	2	3	8
7	0	0	1	3
8	0	0	1	3
Σ	**49**	**100**	**36**	**100**

U otázky č. 5 měly respondentky možnost volné odpovědi. Výše uvedená tabulka (Tab. 3) zobrazuje počet možností, které u dané otázky jednotlivé respondentky napsaly.

Tab. 4 Druhy antikoncepce

Druhy antikoncepce	Město		Vesnice	
	n_i	f_i [%]	n_i	f_i [%]
prezervativ (kondom)	36	25,4	27	24,3
pilulky	46	32,4	36	32,4
nitroděl. tělísko	26	18,3	12	10,8
náplast	12	8,5	7	6,3
injekce	6	4,2	3	2,7
pesar	6	4,2	13	11,7
spermicidní čípky	4	2,8	5	4,5
spermicidní gel	1	0,7	3	2,7
sex. abstinence	3	2,1	1	0,9
přerušovaná soulož	1	0,7	1	0,9
sterilizace	1	0,7	3	2,7
Σ	**142**	**100**	**111**	**100**

Tabulka 4 ukazuje četnost jednotlivých antikoncepčních metod zaznamenaných v dotaznících. Nejčetnější byly pilulky, tuto možnost uvedlo 46 (32,4 %) respondentek ze skupiny město a 36 (32,4%) ze skupiny vesnice. Ve skupině město byl 36krát (25,4 %) uveden prezervativ (kondom) a stal se tak druhým nejpočetnějším v této skupině. 26 (18,3 %) respondentek uvedlo nitroděložní tělísko, 12 (8,5 %) antikoncepční náplast, 6 (4,2 %) injekce, 6 (4,2 %) vaginální pesar, 4 (2,8 %) spermicidní čípky, 3 (2,1 %) sexuální abstinenci. Spermicidní gel, přerušovaná soulož a sterilizace byly uvedeny v této skupině po jednom (každý 0,7 %).

Ve skupině vesnice byla druhou nejpočetnější také odpověď prezervativ (kondom), kterou uvedlo 27 (24,3 %) respondentek. Dále napsalo odpověď nitroděložní tělísko 12 (10,8 %) respondentek, antikoncepční náplast 7 (6,3 %), injekce 3 (2,7 %), spermicidní čípky 5 (4,5 %). Spermicidní gel a sterilizaci uvedl stejný počet respondentek a to 3 (2,7 %), přerušovanou soulož a sexuální abstinenci uvedl také stejný počet a to 1 (0,9 %). Možnost pesar uvedlo 13 (11,7 %) respondentek, což je dvojnásobný počet oproti skupině město.

Výše uvedená tabulka 4 ukazuje, že mezi nejznámější antikoncepční metody patří antikoncepční pilulka. Tato možnost byla celkově uvedena 82krát (32,4 %). Ze získaných dat

můžeme usuzovat, že druhou nejznámější antikoncepční metodou je prezervativ (kondom), který byl uveden celkem 63krát (24,9 %). Třetí nejpočetnější odpovědí bylo ve skupině město nitroděložní tělísko, ale ve skupině vesnice to byl pesar.

Z výše uvedených dat lze usoudit, že antikoncepční pilulka a prezervativ (kondom) jsou nejznámějšími antikoncepčními metodami.

Tab. 5 Druhy antikoncepce uvedené vzhledem k počtu respondentek

Druhy antikoncepce	**Město**		**Vesnice**	
	n_i	**f_i [%]**	**n_i**	**f_i [%]**
prezervativ (kondom)	36	73	27	75
pilulky	46	94	36	100
nitroděl. tělísko	26	53	12	33
náplast	12	24	7	19
injekce	6	12	3	8
pesar	6	12	13	36
spermicidní čípky	4	8	5	14
spermicidní gel	1	2	3	8
sex. abstinence	3	6	1	3
přerušovaná soulož	1	2	1	3
sterilizace	1	2	3	8

K této otázce jsem ještě zařadila tabulku 5, která zobrazuje, jaké procento respondentek uvedlo konkrétní možnost. Každá respondentka v této otázce mohla uvést, kolik možností chtěla, resp. znala. Z tabulky je patrné, že nejčastěji respondentky uváděly možnost antikoncepční pilulky a to ve skupině město celkem 46krát (94 %) a ve skupině vesnice dokonce 36krát (100 %). Druhou nejčastěji uváděnou metodou se stal prezervativ neboli kondom, který byl uveden ve skupině město 36krát (73 %) a ve skupině vesnice 27krát (75 %). Třetí nejčastější odpovědí ve skupině město se stalo nitroděložní tělísko, které uvedlo 26 (53 %) respondentek, ve skupině vesnice pouze 12 (33 %). Na třetím místě ve skupině vesnice se umístil pesar, který byl uveden 13krát (36 %). Jako další metody byly uvedeny antikoncepční injekce, náplasti, spermicidní čípky a gely, sex. abstinence, přerušovaná soulož a sterilizace.

Otázky č. 6 – Kde jste získala informace o antikoncepčních metodách? (Zakroužkujte číslo od 1 do 5 podle množství informací, které jste z daného zdroje získala. 1 – velmi dobré, 2 – spíše vyhovující, 3 – dobré, 4 – spíše nevyhovující, 5 – nevyhovující.)

(na tuto otázku odpovídalo všech 85 respondentek)

a) Internet 1 2 3 4 5
b) Gynekolog 1 2 3 4 5
c) Rodinní příslušníci 1 2 3 4 5
d) Kamarádi 1 2 3 4 5
e) Knihy, letáky 1 2 3 4 5
f) Televize (reklamy) 1 2 3 4 5

Tab. 6 Zdroje informací o antikoncepci (data jsou zprůměrována)

Zdroje informací	**Město**	**Vesnice**
Internet	2,7	2,8
Gynekolog	2,2	2,3
Rodinní příslušníci	2,1	2,3
Kamarádi	2,6	2,5
Knihy, letáky	2,8	3,4
Televize (reklama)	3,5	3,9

V této otázce jsem se zajímala o zdroje, ze kterých respondentky získávaly informace o antikoncepci. Měly možnost zakroužkovat číslice od 1 do 5, které znázorňovaly množství informací získaných z daného zdroje. Získaná data jsem zprůměrovala a zanesla do tabulky (Tab. 6). Z tabulky je patrné, že nejvíce informací respondentky získaly od rodinných příslušníků a gynekologa. Očekávala jsem vyšší míru kvality informací od gynekologů, ale jejich průměr byl snížen respondentkami, které antikoncepci neužívají a gynekologa ještě nikdy nenavštívily, a proto udávaly známku 5 (nevyhovující). Zdrojem, který podle získaných dat je nejméně vyhovující, byla televize (reklama). Na základě tohoto výsledku usuzuji, že dívky cíleně nevyhledávají dokumentární filmy o antikoncepci a těhotenství.

Otázka č. 7 – Užíváte antikoncepci?

(na tuto otázku odpovídalo všech 85 respondentek)

a) Ano, trvale
b) Občas
c) Ne

Tab. 7 Užívání antikoncepce

Odpověď	**Město**		**Vesnice**	
	n_i	**f_i [%]**	**n_i**	**f_i [%]**
Ano, trvale	30	61,2	33	91,7
Občas	5	10,2	2	5,6
Ne	14	28,6	1	2,8
Σ	**49**	**100**	**36**	**100**

V otázce č. 7 jsem se ptala respondentek, zda užívají některou z antikoncepčních metod. Získaná data jsou zaznamenána v tabulce (Tab. 7). Ve skupině město užívá antikoncepci trvale 30 (61,2 %) respondentek, občas 5 (10,2 %) respondentek a antikoncepci vůbec neužívá 14 (28,6 %). Ve druhé zhodnocované skupině vesnice užívá antikoncepci trvale 33 (91,7 %) respondentek, občas 2 (5,6 %) a vůbec antikoncepci neužívá 1 (2,8 %) respondentka.

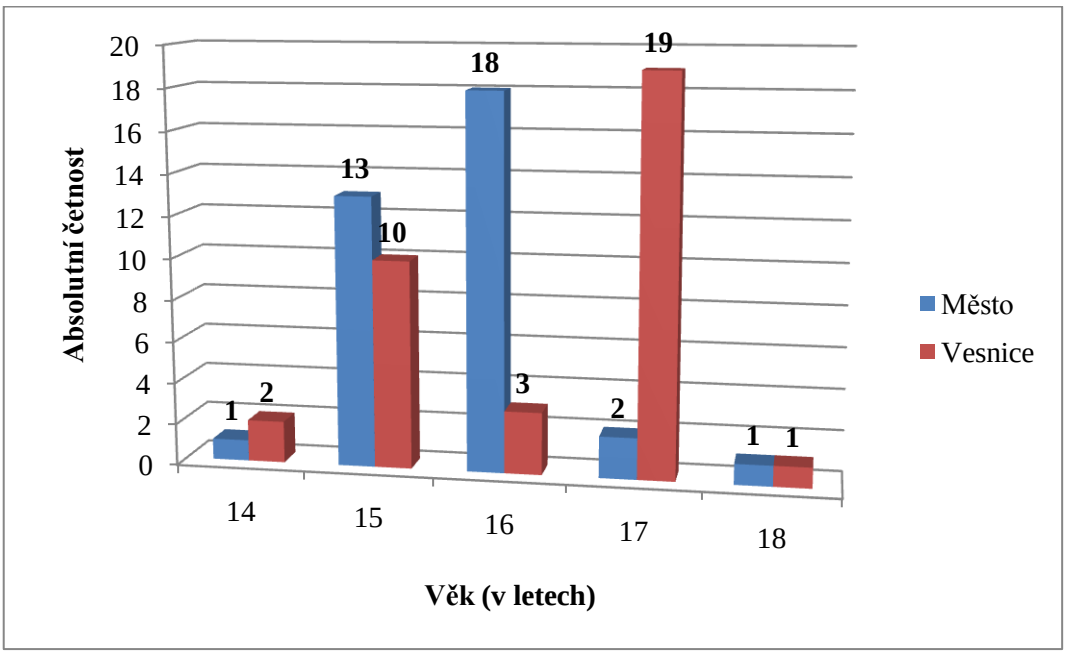
Protože se následující otázky týkají jen dívek užívajících antikoncepci, vyřadila jsem dotazníky dívek, které uvedly, že antikoncepci neužívají. Jedná se tedy o 14 dívek ze skupiny město a 1 ze skupiny vesnice. (viz Tab. 8)

Tab. 8 Použité a vyřazené dotazníky

Dotazníky	**Město**		**Vesnice**	
	n_i	**f_i [%]**	**n_i**	**f_i [%]**
Použité k hodnocení	35	71	35	97
Vyřazené	14	29	1	3
Σ	**49**	**100**	**36**	**100**

Otázka č. 8 – Od kolika let antikoncepci užíváte? (na tuto otázku odpovídalo již jen 70 respondentek)

a) Od 15 let
b) Od 16 let
c) Od 17 let
d) Neužívám
e) Jiné ……..



Obr. 4 Graf věkové hranice začátku užívání antikoncepce

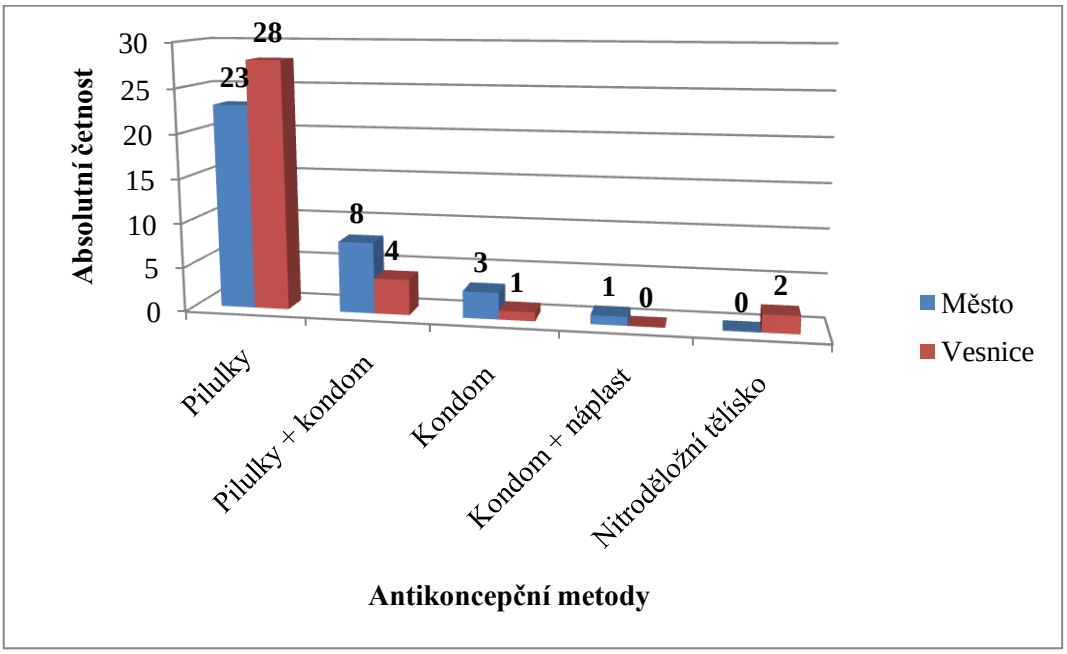
V této otázce jsem se zajímala o věk respondentek v období, kdy začaly užívat antikoncepci. Výše uvedený obrázek (Obr. 4) zobrazuje věkovou hranici počátku užívání antikoncepce ve skupině město a vesnice. Spodní věkovou hranici, ve které respondentky začaly užívat antikoncepci, tvoří věk 14 let. Ve skupině město tuto možnost udala 1 (3 %) respondentka a ve skupině vesnice 2 (6 %). Druhou nejpočetnější možností byl v obou skupinách věk 15 let. Skupina město byla zastoupena 13 (37 %) respondentkami a skupina vesnice 10 (29 %). Ve skupině město byla nejpočetnější odpověď c) 16 let, vybralo si ji 18 (51 %) respondentek. Naopak ze skupiny vesnice tuto možnost zvolily pouhé 3 (9 %) respondentky a nejpočetnější odpovědí se stala možnost d) 17 let, kterou uvedlo 19 (54 %) respondentek této skupiny. U druhé skupiny byla zastoupena pouze 2 (6 %) respondentkami. Poslední uvedenou odpovědí bylo 18 let, tato možnost byla zvolena v každé skupině pouze jednou (u obou 3 %) respondetkou.

Na základě získaných dat lze usoudit, že dívky s bydlištěm ve městě začínají užívat antikoncepci nejčastěji v 15 až 16 letech a dívky z vesnice již v 15 letech nebo až později v 17 letech. Průměrný věk počátku užívání antikoncepce je ve skupině město 15,7 let a ve skupině vesnice 16,1 let, z čehož vyplývá, že dívky z vesnice začínají užívat antikoncepci ve vyšším věku než dívky z města. Rozdíl však není nijak výrazný.

Otázka č. 9 – Jaké antikoncepční metody používáte?

(na tuto otázku odpovídalo 70 respondentek)

U této otázky měly respondentky možnost volné odpovědi.



Obr. 5 Graf používaných antikoncepčních metod

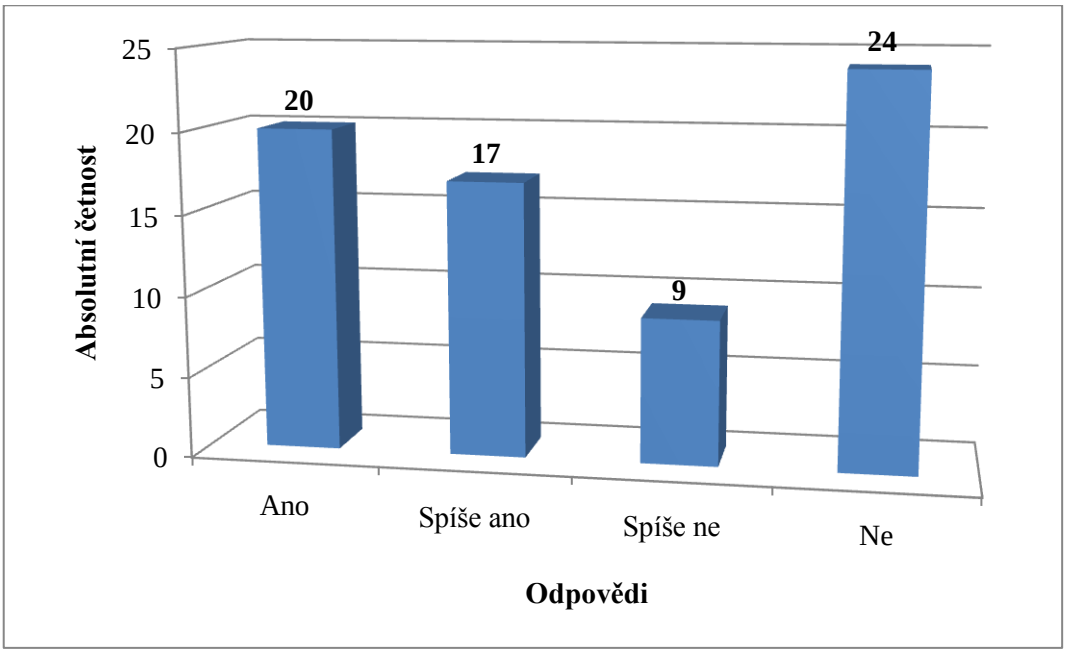
V otázce jsem se zajímala o to, jaké antikoncepční metody respondentky běžně používají. Výše uvedený obrázek (Obr. 5) zobrazuje získaná data. Mezi nejužívanější metodu patří hormonální antikoncepce ve formě pilulek. Tuto možnost zvolilo 23 (66 %) respondentek ze skupiny město a 28 (80%) ze skupiny vesnice. 8 (23 %) respondentek ze skupiny město a 4 (11 %) ze skupiny vesnice uvedlo, že používá hormonální antikoncepci ve formě pilulek spolu s kondomem. Samotný kondom využívají 3 (9 %) respondentky ze skupiny město a jedna (3 %) ze skupiny vesnice. Pouze jedna respondentka uvedla, že jako antikoncepci používá kondom a hormonální náplasti, a 2 (6 %) respondentky ze skupiny vesnice uvedly, že mají zavedené nitroděložní tělísko.

Podle získaných dat usuzuji, že nejrozšířenější antikoncepční metodou je hormonální antikoncepce ve formě pilulek a to u obou srovnávaných skupin. Velmi mě překvapilo, že 2 dívky mají v takto nízké věkové kategorii již zavedené nitroděložní tělísko.

Otázka č. 10 – Znáte nežádoucí účinky plynoucí z užívání Vaší antikoncepce?

(na tuto otázku odpovídalo 70 respondentek)

a) Ano
b) Spíše ano
c) Spíše ne
d) Ne



Obr. 6 Graf znalosti nežádoucích účinků antikoncepce

Tuto otázku jsem v dotazníku použila proto, abych zjistila, zda dívky znají nežádoucí účinky antikoncepce, kterou užívají. Možnost a) ano zvolilo 20 (29 %) respondentek a možnost b) spíše ano zvolilo 17 (24 %) respondentek. Z čehož vyplývá, že 37 dívek zná úplně nebo alespoň částečně nežádoucí účinky plynoucí z užívání jejich antikoncepce. Spíše ne uvedlo 9 (13 %) respondentek a ne 24 (34 %). (viz Obr. 6)

Tab. 9 Znalost nežádoucích účinků antikoncepce vzhledem k bydlišti

Odpověď	**Město**		**Vesnice**	
	n_i	**f_i [%]**	**n_i**	**f_i [%]**
Ano	11	31	9	26
Spíše ano	7	20	10	29
Spíše ne	5	14	4	11
Ne	12	34	12	34
Σ	**35**	**100**	**35**	**100**

Tabulka 9 zobrazuje znalost nežádoucích účinků vzhledem k posuzovaným skupinám město a vesnice. Celkem 18 (51 %) respondentek ze skupiny město uvedlo, že zná, anebo částečně zná nežádoucí účinky své antikoncepce, ze skupiny vesnice odpovědělo stejně 19 (45 %) respondentek. Zápornou možnost (ne, spíše ne) zvolilo 17 (48 %) respondentek ze skupiny město a 16 (45 %) ze skupiny vesnice. Z výsledků šetření je patrné, že znalosti v obou skupinách jsou obdobné.

Pokud respondentky odpověděly na tuto otázku možností a) ano nebo b) spíše ano, pokračovaly ve vyplňování dotazníku otázkou č. 11. Jestliže odpověděli možnostmi c) spíše ne nebo d) ne, pokračovaly otázkou č. 12.

Otázka č. 11 – Napište, jaké nežádoucí účinky antikoncepce, kterou užíváte, znáte.

(na tuto otázku odpovídalo 37 respondentek)

U této otázky měly respondentky možnost volné odpovědi.

Tab. 10 Nežádoucí účinky antikoncepce

Nežádoucí účinky	**Město**		**Vesnice**	
	n_i	**f_i [%]**	**n_i**	**f_i [%]**
Bolest hlavy	6	14	2	6
Nevolnost, zvracení	6	14	7	21
Bolest břicha	4	10	2	6
Únava	1	2	0	0
Trombóza	3	7	2	6
Snížení libida	2	5	1	3
Zvýšení hmotnosti	7	17	7	21
Náladovost	5	12	3	9
Vyrážka	1	2	0	0
Bolest prsou	1	2	3	9
Těhotenství	3	7	4	12
Nadýmání	1	2	0	0
Citlivost očí	1	2	1	3
Mdloby	1	2	0	0
Vaginální výtok	0	0	1	3
Σ	**42**	**100**	**33**	**100**

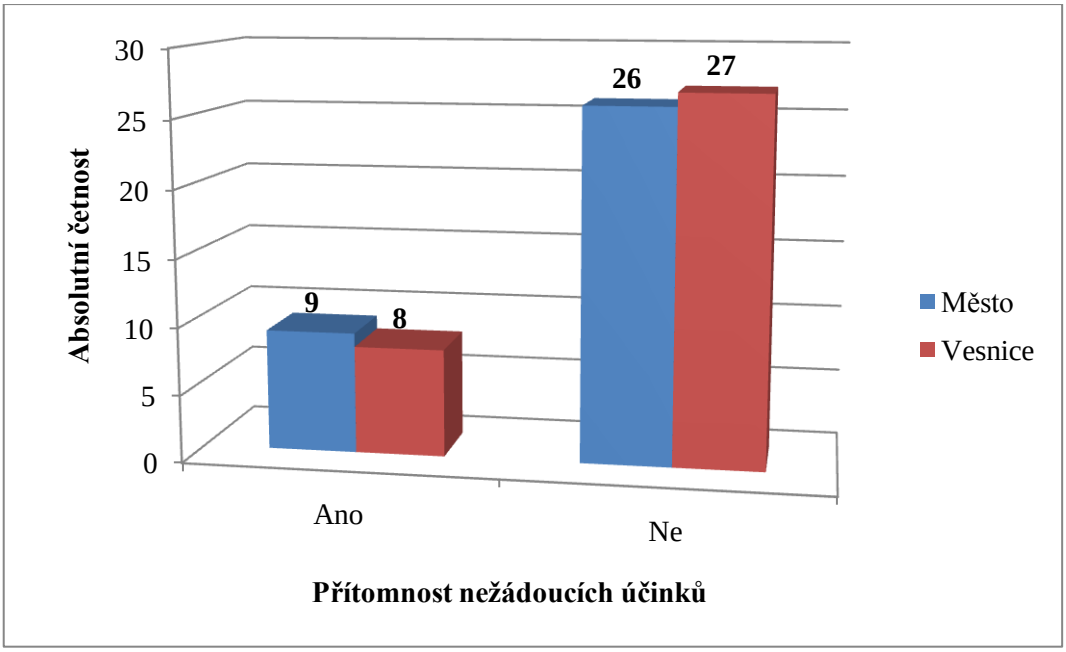
Tato otázka měla za úkol zjistit, jaké nežádoucí účinky antikoncepce respondentky znají. Odpovídali na ní pouze dívky, které v předchozí otázce (č. 10) odpověděly, že znají nežádoucí účinky své antikoncepce. Z výše u vedené tabulky (Tab. 10) je patrné, že respondentky nejvíce uváděly zvýšení hmotnosti, nevolnost, zvracení, bolesti hlavy a náladovost. Širší spektrum nežádoucích účinků uvedly respondentky ze skupiny město a to 42. Respondentky ze skupiny vesnice uvedly pouze 33 možností.

Otázka č. 12 – Projevily se u Vás některé z nežádoucích účinků Vaší antikoncepce? Pokud ano napište jaké.

(na tuto otázku odpovídalo 70 respondentek)

a) Ano ……

b) Ne



Obr. 7 Graf přítomnosti nežádoucích účinků u respondentek

Obrázek 7 ukazuje, že výskyt nežádoucích účinků u respondentek byl v obou zkoumaných skupinách obdobný, 8 (23 %) ve skupině město a 9 (26 %) ve skupině vesnice. Většina respondentek uvedla, že žádné nežádoucí účinky nezaznamenala, 26 (74 %) ze skupiny město a 27 (77 %) ze skupiny vesnice.

Tab. 11 Nežádoucí účinky, které se objevily u respondentek

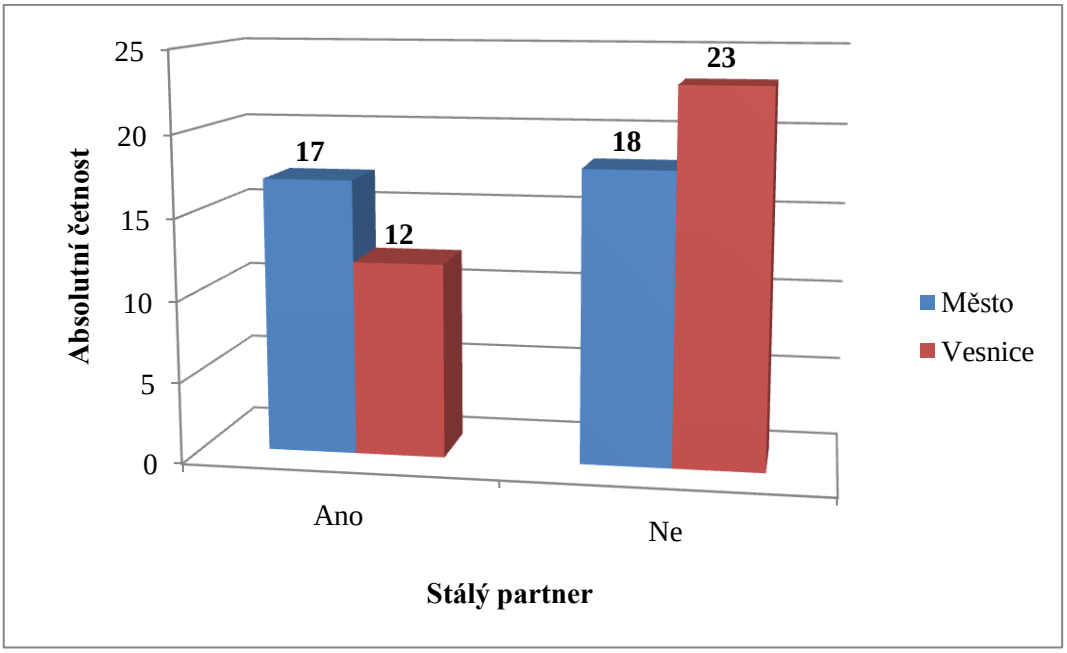
Nežádoucí účinky	**n_i**	**f_i [%]**
Bolesti břicha	5	20
Nevolnost, zvracení	4	16
Zvýšení hmotnosti	3	12
Náladovost	4	16
Bolesti hlavy	2	8
Únava	1	4
Trombóza	1	4
Bolesti prsou	4	16
Vaginální výtok	1	4
Σ	**25**	**100**

Všech 17 respondentek, které uvedly, že se u nich objevily nežádoucí účinky jejich antikoncepce, také zaznamenaly jaké. Nejčastěji se u respondentek objevily bolesti břicha, které uvedlo celkem 5 (20 %) respondentek, náladovost, kterou zaznamenaly 4 (16 %), nevolnost a zvracení, které postihly 4 (16 %) respondentky a u stejného počtu 4 (16 %) se objevily bolesti prsou. Jako další možnosti byly uvedeny: zvýšení hmotnosti, bolesti hlavy, únava, trombóza a vaginální výtok. (viz Tab. 11)

Otázka č. 13 – Máte stálého partnera?

(na tuto otázku odpovídalo 70 respondentek)

a) Ano
b) Ne



Obr. 8 Graf stálosti vztahu respondentek

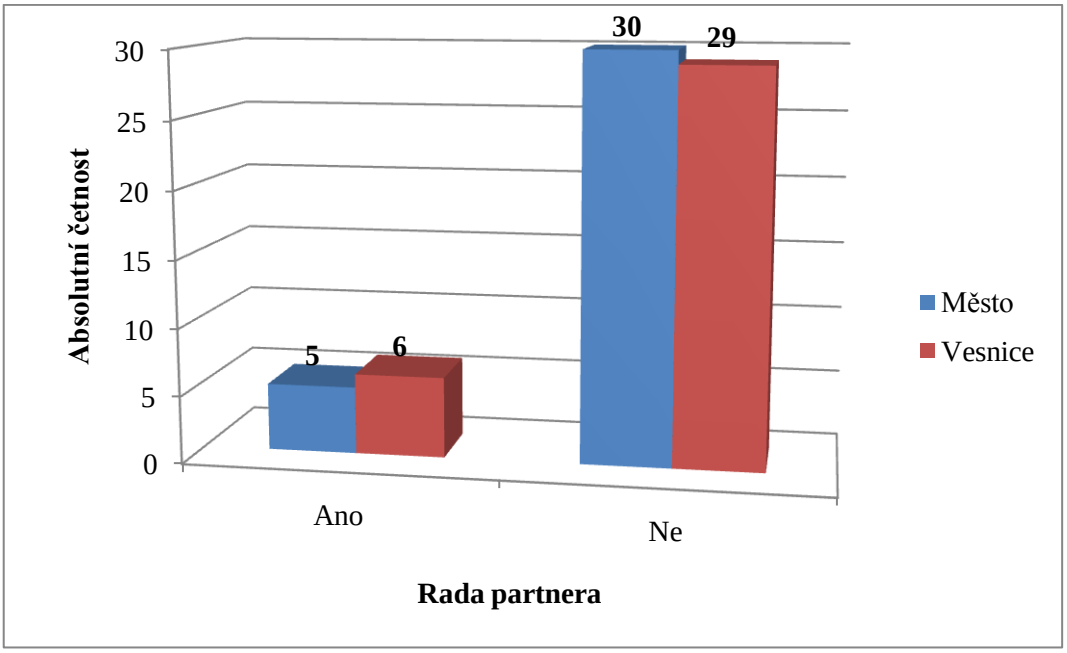
V této otázce jsem se zajímala, zda mají dívky stálého partnera. Obrázek 8 ukazuje, jaký počet dívek je zadaný a svobodný. Většina respondentek (59 %) nemá stálého partnera. Mezi zkoumanými skupinami jsou minimální rozdíly. Stálého partnera ze skupiny město má 17 (49 %) respondentek a 12 (34 %) ze skupiny vesnice. Nezadaných je 18 (51 %) ze skupiny město a 23 (66 %) ze skupiny vesnice.

Otázka č. 14 – Radila jste se při výběru antikoncepce s partnerem?

(na tuto otázku odpovídalo 70 respondentek)

a) Ano

b) Ne



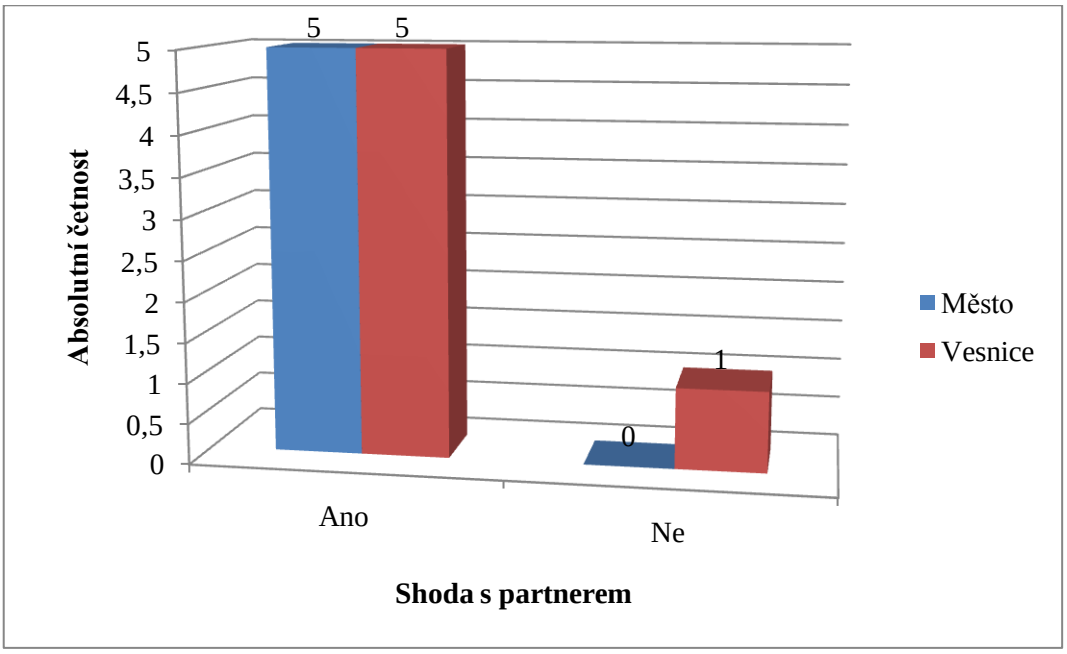
Obr. 9 Graf rad s partnerem

Respondentky se dle získaných dat zobrazených na obrázku (Obr. 9) ve většině případů neradily s partnerem při výběru antikoncepce. Pouze 5 (14 %) respondentek ze skupiny město a 6 (17 %) ze skupiny vesnice uvedlo, že se radilo s partnerem o vhodné metodě antikoncepce.

Otázka č. 15 – Shodla jste se s partnerem při výběru antikoncepce?

(na tuto otázku odpovídalo 11 respondentek)

a) Ano
b) Spíše ano
c) Spíše ne
d) Ne



Obr. 10 Graf shody partnerů při výběru antikoncepční metody

Pouze jedna respondentka uvedla, že se při poradě s partnerem ohledně metody antikoncepce neshodla, byla zástupkyní skupiny vesnice. Ostatní respondentky uvedly vzájemnou shodu s partnerem v tématu antikoncepce. V obou skupinách se jednalo o 5 respondentek. (viz Obr. 10)

Otázka č. 16 – Kdo Vás nejvíce ovlivnil při výběru antikoncepce?

(na tuto otázku odpovídalo 70 respondentek)

a) Partner
b) Rodiče
c) Reklama
d) Vrstevníci
e) Jiné …….

Tab. 12 Ovlivnění při výběru antikoncepce

Odpověď	**Město**		**Vesnice**	
	n_i	**f_i [%]**	**n_i**	**f_i [%]**
Partner	3	9	1	3
Rodiče	7	20	12	34
Reklama	0	0	0	0
Vrstevníci	12	34	12	34
Gynekolog	11	31	7	20
Nikdo	1	3	2	6
Sestra	1	3	0	0
Statistiky	0	0	1	3
Σ	**35**	**100**	**35**	**100**

Podle získaných dat jsem zjistila, že respondentky byly nejvíce ovlivněny působením vrstevníků, rodičů a gynekologa. Ve skupině město uvedlo celkem 12 (34 %) respondentek, že byly nejvíce ovlivněny vrstevníky. Dále 11 (31 %) respondentek uvedlo ovlivnění gynekologem a 7 (20 %) rodiči. Možnost partner zvolily pouze 3 (9 %). Ve skupině vesnice uvedlo 12 (34 %) respondentek, že bylo ovlivněno rodiči, rovněž 12 (34 %) vrstevníky a pouze 7 (20 %) gynekologem. Z výzkumu vyplývá, že žádnou z respondentek neovlivnila reklama. (viz Tab. 12)

Otázka č. 17 – Co pro Vás bylo hlavním hlediskem při výběru antikoncepce?

(na tuto otázku odpovídalo 70 respondentek)

a) Doporučení lékaře
b) Finanční náklady
c) Informace z blízkého okolí
d) Nátlak partnera/rodičů
e) Jiné ……..

Tab. 13 Faktory ovlivňující výběr antikoncepční metody

Odpověď	**Město**		**Vesnice**	
	n_i	**f_i [%]**	**n_i**	**f_i [%]**
Doporučení lékaře	23	66	27	77
Finanční náklady	5	14	5	14
Informace z blízkého okolí	0	0	0	0
Nátlak partnera/rodičů	6	17	2	6
Zlepšení stavu pleti	1	3	0	0
Možnost oddálení menstruace	0	0	1	3
Σ	**35**	**100**	**35**	**100**

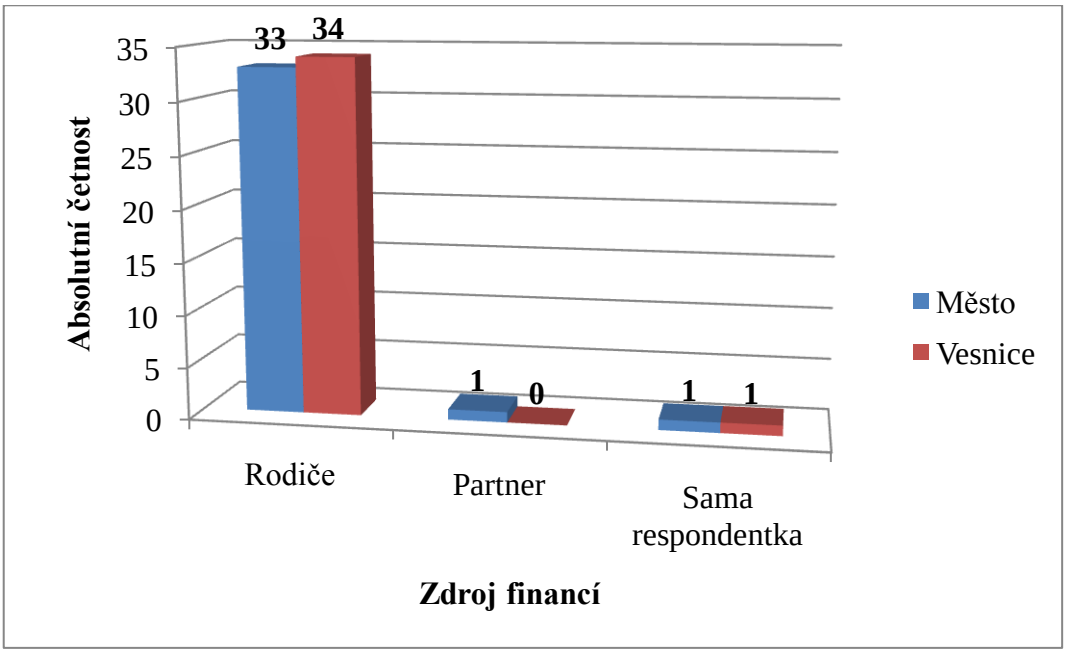
Tato otázka měla zjistit, na základě jakého hlediska se respondentky hlavně rozhodují pro určitou antikoncepční metodu. Tabulka 13 ukazuje, že se respondentky nejčastěji rozhodují na základě doporučení lékaře, ve skupině město tuto možnost zvolilo 23 (66 %) respondentek a ve skupině vesnice 27 (77 %). Ve skupině město si respondentky jako druhou nejčastější odpověď zvolili možnost nátlak partnera/rodičů, kterou uvedlo celkem 6 (17 %) respondentek. Dále možnost finanční náklady zvolilo 5 (14 %) respondentek a v možnosti jiné jedna (3 %) respondentka uvedla, že zvolila antikoncepci za účelem zlepšení stavu pleti. Ve skupině vesnice byla druhou nejpočetnější možnost finanční náklady, kterou zvolilo 5 (14 %) respondentek, dále možnost nátlak partnera/rodičů, kterou uvedly 2 (6 %) respondentky, a jedna (3 %) uvedla v možnosti jiné, že zvolila antikoncepci, protože lze pomocí ní oddálit menstruaci. Žádná z respondentek se nerozhodovala na základě informací z blízkého okolí.

Výsledek této otázky mě překvapil. Očekávala jsem větší důraz na finanční náklady kladené na antikoncepci.

Otázka č. 18 – Kde získáváte finanční prostředky na zaplacení antikoncepce? (U možnosti a) rodiče a b) partner uveďte, jakou finanční částkou Vám přispívají.)

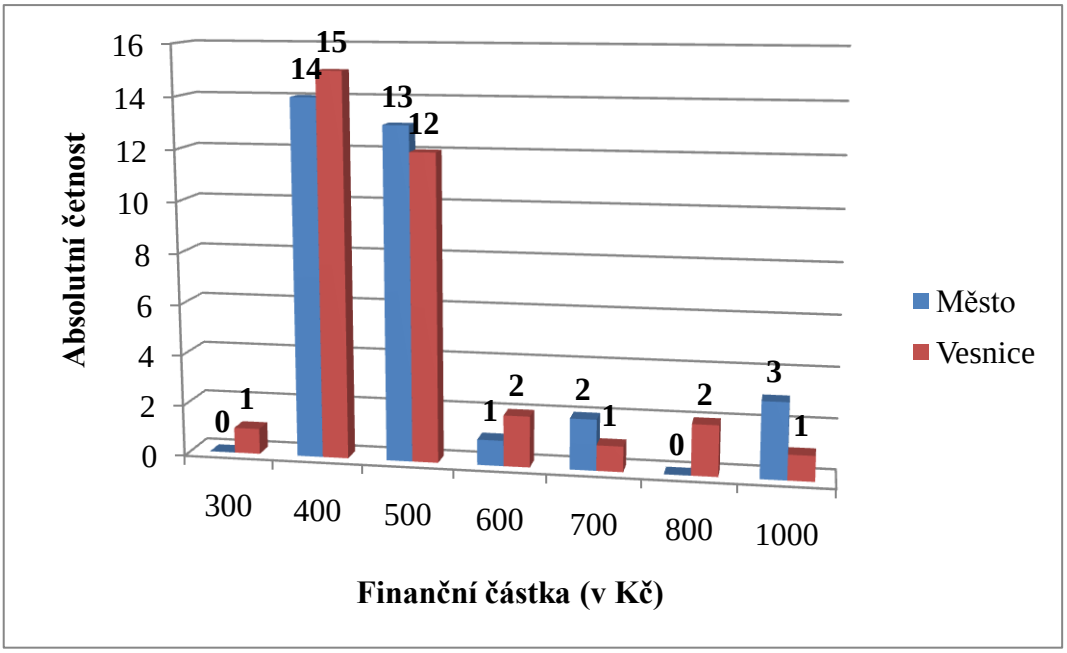
(na tuto otázku odpovídalo 70 respondentek)

a) Rodiče …….. Kč
b) Partner …… Kč
c) Sama si vydělávám



Obr. 11 Graf zdrojů finančních prostředků na antikoncepci

V této otázce jsem se zajímala o to, kde respondentky získávají finanční prostředky na zaplacení antikoncepce. Obrázek 11 ukazuje, že většině respondentek financují antikoncepci rodiče, ze skupiny město se jednalo o 33 (94 %) respondentek a ze skupiny vesnice o 34 (97 %). Pouze 3 respondentky uvedly jinou možnost než rodiče. Jedna respondentka ze skupiny město uvedla, že jí antikoncepci financuje partner, dále dvě respondentky napsaly, že si samy vydělávají, z toho jedna byla ze skupiny město a jedna ze skupiny vesnice.



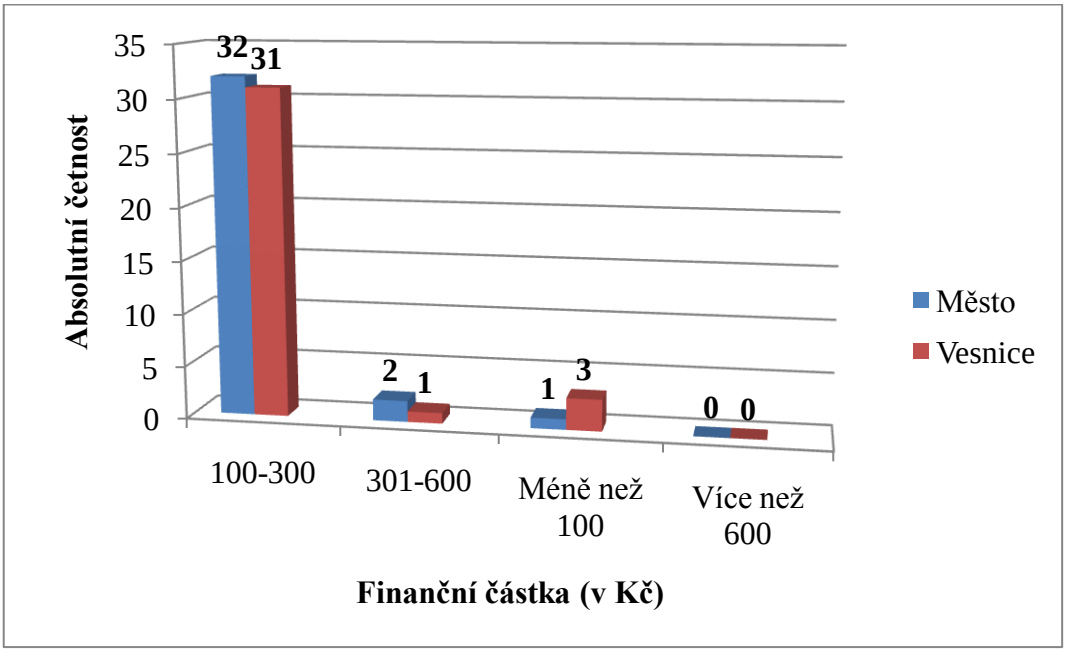
Obr. 12 Graf rodičovských příspěvků na antikoncepci

V obou skupinách bylo rozložení cen antikoncepce obdobné. Z výše uvedeného obrázku (Obr. 12) vyplývá, že nejčastěji rodiče dívkám financují antikoncepci v hodnotě 400 Kč, ve skupině město se jednalo o 14 (40 %) respondentek a ve skupině vesnice o 15 (43 %), a 500 Kč, ve skupině město tuto možnost zvolilo 13 (39 %) respondentek a ve skupině vesnice 12 (35 %). Nejvyšší uvedenou částkou bylo 1 000 Kč a uvedly jí pouze 4 respondentky (3 z města a 1 z vesnice). Nejnižší zaznamenanou částkou bylo 300 Kč, tuto odpověď zvolila pouze 1 respondentka ze skupiny vesnice.

Otázka č. 19 – V jaké cenové relaci se pohybují náklady na Vaši antikoncepci za 1 měsíc?

(na tuto otázku odpovídalo 70 respondentek)

a) 100 – 300 Kč
b) 301 – 600 Kč
c) Méně než 100 Kč
d) Více než 600 Kč



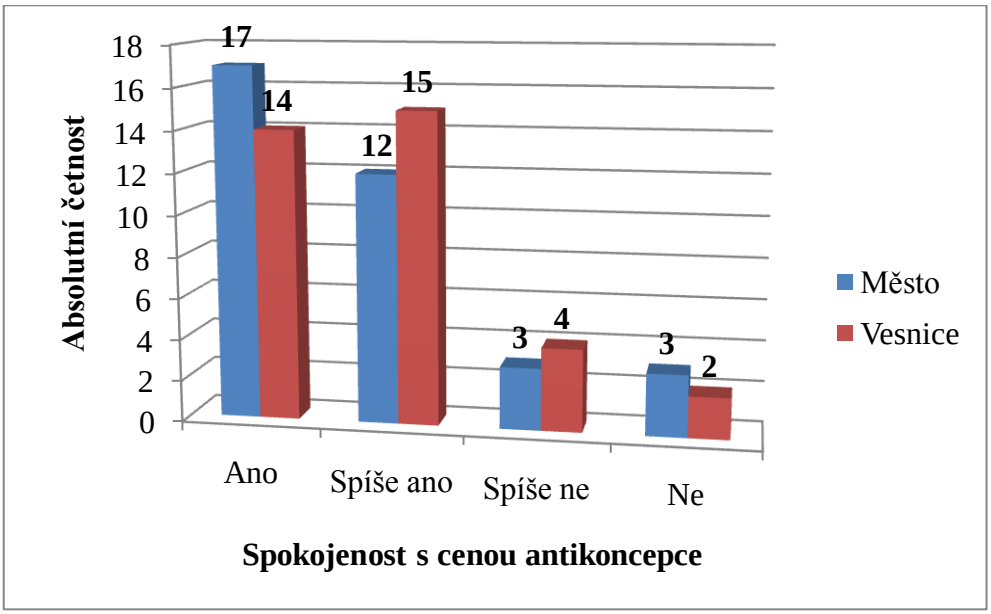
Obr. 13 Graf nákladů na antikoncepci za 1 měsíc

Z celkového počtu 63 (90 %) respondentek každý měsíc utratí za antikoncepci 100-300 Kč, 32 (91 %) ze skupiny město a 31 (89 %) ze skupiny vesnice. Pouze 3 (4 %) respondentky zvolily možnost b) 301-600 Kč za měsíc (2 ze skupiny město a 1 ze skupiny vesnice), 4 (6 %) zvolily možnost c) méně než 100 Kč (1 ze skupiny město a 3 ze skupiny vesnice) a možnost d) více než 600 Kč neuvedla žádná z respondentek. Na základě získaných výsledků je patrné, že 90% respondentek měsíčně utratí za antikoncepci 100-300 Kč. (viz Obr. 13)

Otázka č. 20 – Myslíte si, že je pro Vás cena antikoncepce přijatelná?

(na tuto otázku odpovídalo 70 respondentek)

a) Ano
b) Spíše ano
c) Spíše ne
d) Ne



Obr. 14 Graf spokojenosti respondentek s cenou antikoncepce

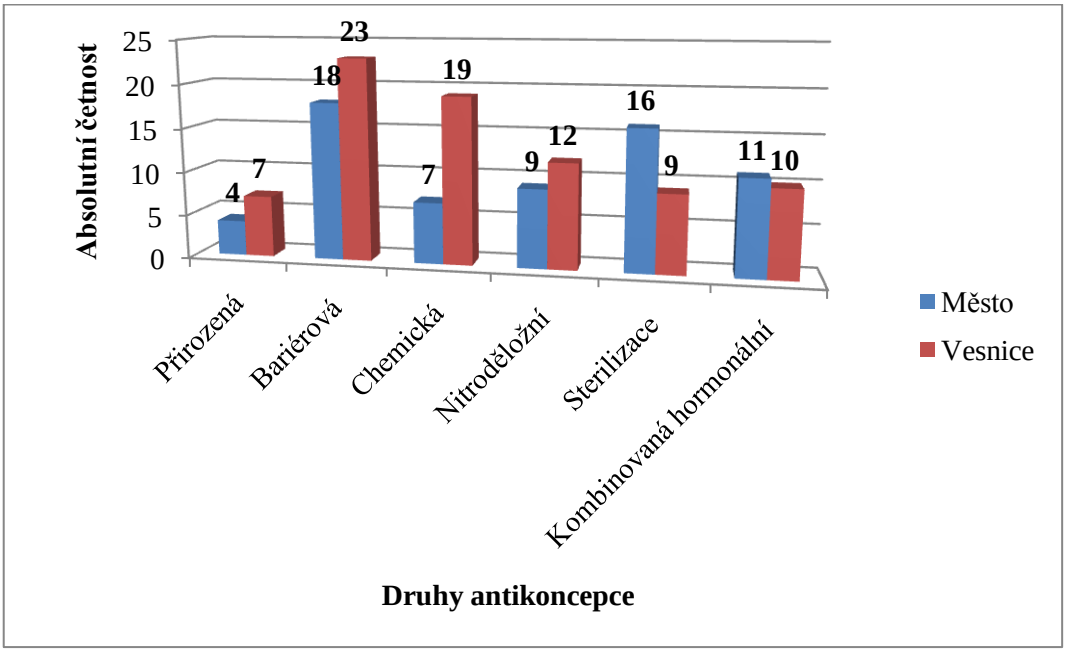
V otázce č. 20 jsem se zajímala, zda jsou respondentky spokojené s výší ceny antikoncepce. Výsledky obou skupiny jsou obdobné. Respondentky vyjádřily souhlas s výší ceny antikoncepce. Pouze 12 (17 %) respondentek uvedlo, že s cenou nejsou spokojené. Ze skupiny město uvedlo 17 (49 %) respondentek možnost a) ano, 12 (34 %) b) spíše ano a nespokojenost vyjádřilo možností c) spíše ne 3 (9 %) respondentky a možností d) ne také 3. Ve skupině vesnice zvolilo možnost a) ano 14 (40 %) respondentek, možnost b) 15 (43 %) respondentek, 4 (11 %) uvedly možnost c) a pouze 2 (6%) respondentky zvolily možnost d). (viz obr. 14)

Otázka č. 21 – Ke každé antikoncepční metodě uveďte konkrétní příklad a zakroužkujte metody, které považujete za nejspolehlivější (maximálně 3).

(na tuto otázku odpovídalo 70 respondentek)

V této otázce měly respondentky možnost vybrat maximálně 3 odpovědi a ke všem uvedeným možnostem doplnit konkrétní příklad.

a) Přirozená …….
b) Bariérová…….
c) Chemická…….
d) Nitroděložní…….
e) Sterilizace…….
f) Kombinovaná hormonální……
g) Gestagenní……



Obr. 15 Graf spolehlivosti antikoncepce

V otázce jsem se zajímala, jaký typ antikoncepce respondentky považují za nejspolehlivější. Na základě získaných dat jsem zjistila, že respondentky z obou skupin preferují antikoncepci bariérovou. Ve skupině město byla tato možnost uvedena 18krát (28 %) a ve skupině vesnice 23krát (29 %). Druhou nejpočetnější odpovědí se stala, ve skupině město, sterilizace, která byla zvolena celkem 16krát (25 %). Jako třetí byla uváděna kombinovaná hormonální antikoncepce a to 11krát (17 %). (viz Obr. 15)

Ve skupině vesnice zaujala druhé místo možnost chemická antikoncepce, byla zvolena 19krát (24 %) a na třetím místě se umístila možnost nitroděložní antikoncepce, která byla uvedena 12krát (15 %). Žádná z respondentek nezvolila možnost gesteganní antikoncepce.

Výše uvedené výsledky jsou bohužel velmi zkreslené neznalostí respondentek. Nejčastějším omylem byl předpoklad, že do chemické antikoncepce se řadí pilulky (hormonální kombinovaná antikoncepce). Proto si myslím, že za druhou nejspolehlivější antikoncepční metodou by se stala kombinovaná hormonální antikoncepce (pilulky), kdyby respondentky věděly, o co se jedná.

Tab. 14 Četnost konkrétních antikoncepčních metod

Druhy antikoncepce	**Konkrétní metoda**	**Město**		**Vesnice**	
		n_i	**f_i [%]**	**n_i**	**f_i [%]**
Přirozená	Přerušovaná soulož	9	7	10	8
	Periodická sex. Abstinence	6	4	9	7
	Pilulky	2	1	0	0
Bariérová	Prezervativ	29	21	27	22
	Pesar	2	1	2	2
	Spermicidní gel	0	0	0	0
Chemická	Pilulky	17	13	18	15
	Injekce	4	3	1	1
	Náplasti	2	1	1	1
	Tělísko	1	1	0	0
	Spermicidy	1	1	2	2
Nitroděložní	Tělísko	27	20	21	17
	Vaginální kroužek	0	0	1	1
Sterilizace	Podvaz vaječníků	15	11	12	10
	Vasektomie	3	2	2	2
Kombinovaná hormonální	Pilulky + prezervativ	7	5	3	2
	Pilulky	9	7	11	9
Gestagenní	Gel	1	1	0	0
	Náplasti	0	0	1	1

Předcházející tabulka (Tab. 14) zobrazuje konkrétní metody uvedené respondentkami v dotaznících. Nejčastěji byl uváděn prezervativ, ve skupině město jej uvedlo 29 (21 %) respondentek a ve skupině vesnice 27 (22 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo nitroděložní tělísko, které bylo uvedeno ve skupině město 27krát (20 %) a ve skupině vesnice 21 (17 %). Ve skupině město uvedlo 17 (13 %) respondentek pilulky, ve skupině vesnice tuto možnost napsalo 18 (15 %) respondentek, tato odpověď však byla chybně zařazena mezi antikoncepci chemickou.

Tab. 15 Správnost odpovědí

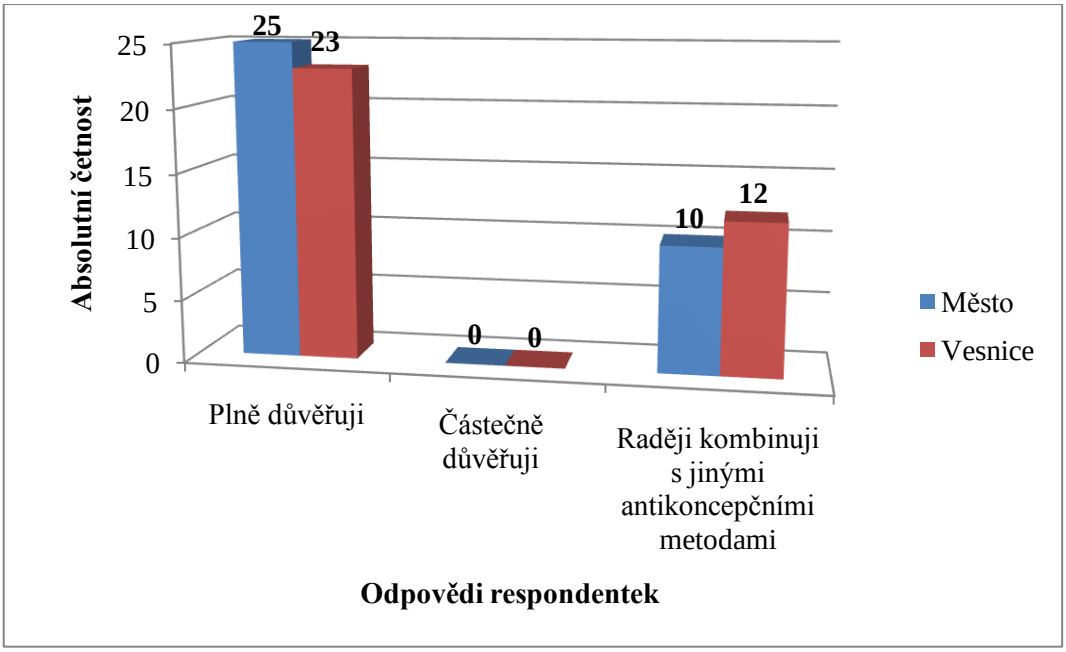
Odpověď	**Město**		**Vesnice**	
	n_i	**f_i [%]**	**n_i**	**f_i [%]**
Správně	101	39	96	38
Špatně	33	13	27	11
Nezodpovězeno	127	49	127	51
Σ	**261**	**100**	**250**	**100**

Výše uvedená tabulka (Tab. 15) zobrazuje správnost odpovědí dívek na otázku č. 21. Jako špatnou odpověď jsem počítala chybně zařazenou konkrétní metodu do druhu antikoncepce. Špatně bylo zařazeno celkem 60 (11 %) uvedených možností. Nejčastější chybou bylo, že respondentky řadily antikoncepční pilulky (hormonální kombinovaná antikoncepce) do chemické antikoncepce, dále je zařazovaly i do přirozené antikoncepce. Častou chybou také bylo považování kondomu a pilulek za hormonální kombinovanou antikoncepci. Správně bylo uvedeno 197 (39 %) příkladů, ve skupině město to bylo 101 (39 %) a ve skupině vesnice 96 (38 %). Respondentky uvedly celkem 254krát, že nevědí, celkem byla v obou skupinách tato možnost uvedena 127krát (49 % ve skupině město a 51 % ve skupině vesnice).

Otázka č. 22 – Jak důvěřujete antikoncepci, kterou užíváte?

(na tuto otázku odpovídalo 70 respondentek)

a) Plně důvěřuji.
b) Částečně důvěřuji.
c) Raději kombinuji s jinými antikoncepčními metodami.



Obr. 16 Graf důvěry v antikoncepční metody

V této otázce jsem se zajímala o míru důvěry, kterou respondentky vhledem ke své antikoncepci mají. Respondentky se rozdělily do dvou skupin. Větší polovina uvádí, že antikoncepci plně důvěřuje a menší část raději kombinuje více metod najednou. Výsledky zkoumaných skupiny jsou obdobné. Ve skupině město 25 (71 %) respondentek uvedlo, že antikoncepci plně důvěřuje a pouze 10 (29 %), že raději kombinuje různé metody. Ze skupiny vesnice uvedlo plnou důvěru 23 (66 %) respondentek a 12 (34 %) raději metody kombinuje. (viz Obr. 16)

9 Diskuze

V této části bakalářské práce se zabývám porovnáváním výsledků a zodpovězení stanovených výzkumných otázek.

Výzkumná otázka č. 1 : Mají dívky z města a z vesnice stejné znalosti v oblasti antikoncepce?

K této výzkumné otázce se vztahují dvě hlavní otázky v dotazníku, otázka č. 4, č. 5 a č. 21. V otázce č. 4 jsem se ptala, zda respondentky vědí, co znamená pojem antikoncepce. Dá se říci, že všechny respondentky odpověděly správně. Některé zaměřily svou odpověď pouze na formu pilulek, ale i přesto jsem tuto odpověď považovala za dostatečnou.

V otázce č. 5 jsem se zajímala o to, jaké antikoncepční metody respondentky znají. Úkolem bylo vypsat co nejvíce antikoncepčních metod. Podrobné výsledky této otázky jsou zaznamenané v části 8. Prezentace výsledků.

V otázce č. 21 měly respondentky za úkol vypsat k jednotlivým druhům antikoncepce kokrétní příklady. Výsledek byl zarážející, předpokládala jsem, že většina respondentek bude znát především bariérovou, nitroděložní a kombinovanou hormonální antikoncepci. V této otázce docházelo k řadě chyb. Po srovnání dané otázky s jinými výzkumy jsem došla k závěru, že dívky nejsou dostatečně obeznámeny s dělením antikoncepčních metod.

Na základě svého výzkumu a jemu podobných jsem usoudila, že by bylo vhodné rozšířit rozsah sexuální výchovy na středních školách.

Výzkumná otázka č. 2 : Získávají dívky informace o antikoncepci spíše od vrstevníků než rodičů?

Tato druhá výzkumná otázka se vztahuje k dotazníkové otázce č. 6. V této otázce měly respondetky možnost oznámkovat jednotlivé zdroje informací, které zde byly uvedené. Zdroje byly hodnoceny číslicemi od 1 do 5, za předpokladu, že 1 představovala vynikající zdroj a 5 špatný zdroj. Rodinní příslušníci jako zdroj informací získali ve skupině město průměrnou známku 2,1 a ve skupině vesnice 2,3. Kamarádi jako zdroj informací získali průměrnou známku ve skupině město pouze 2,6 a ve skupině vesnice 2,5. Na základě těchto dat je patrné, že respondentky získávají informace o antikoncepci spíše od rodičů než vrstevníků.

Výsledek, který vyplývá z mého výzkumu, jsem očekávala pouze na základě svých vlastních zkušeností v dané oblasti. Výzkum, který jsem k dané otázce vyhledala, má výsledky rozdílné. Z údajů, které obsahuje, vyplývá protikladné tvrzení a to, že adolescenti získávají informace spíše od vrstevníků než od rodičů. Rozdílnost prací podle mého názoru souvisí s výběrem výzkumného vzorku.

Výzkumná otázka č. 3 : Jsou dívky při volbě antikoncepce ovlivněny spíše názorem partnera než rodičů?

Třetí výzkumná otázka se váže k dotazníkové otázce č. 16. Výsledek této otázky byl očekávaný. Usoudila jsem tak na základě výsledků dotazníkové otázky č. 6 a č. 13, kde většina respondentek uvedla, že nemají stálého partnera. Respondentky jsou při výběru antikoncepce ovlivněny spíše názorem rodičů než partnera.

Výzkumná otázka č. 4 : Jsou dívky ovlivněny při zvažování užívání antikoncepce spíše vrstevníky než reklamou?

Čtvrtá výzkumná otázka se také vztahuje k dotazníkové otázce č. 16. V této otázce měly respondentky umožněn výběr z více možností. Přesně 24 respondentek zvolilo možnost, že jsou nejvíce ovlivněny při výběru antikoncepce vrstevníky. Možnost ovlivnění reklamou neuvedla žádná z dotazovaných. Na základě těchto výsledků je patrné, že jsou dívky při výběru antikoncepce více ovlivněny vrstevníky než reklamou.

Výsledek této otázky jsem předpokládala, protože jsem osobně nezaznamenala žádnou existující a poutavou reklamu na antikoncepci.

Výsledek této otázky jsem srovnávala s prací Bc. Kremličkové, která dosáhla zcela rozdílného výsledku. Na základě jejího výzkumu jsou adolescenti ovlivněni nejvíce právě médii.

Výzkumná otázka č. 5 : Financují dívkám antikoncepci častěji rodiče než partneři?

K této páté výzkumné otázce se váže dotazníková otázka č. 18, která zjišťovala, kde respondentky získávají finanční prostředky na zaplacení antikoncepce. Výsledek této otázky byl zcela jednoznačný. Z celkového počtu respondentek uvedlo 67 (96%), že dostávají peníze na antikoncepci od rodičů. Pouze jedna respondentka uvedla, že ji antikoncepci platí partner a 2, že si samy vydělávají na antikoncepci.

Výsledek této otázky mě překvapil. Předpokládala jsem, že se partneři dívek budou více podílet na financování jejich antikoncepce, protože je to i v jejich vlastním zájmu.

Výzkumná otázka č. 6 : Preferují dívky kombinovanou hormonální antikoncepci před bariérovou?

Sedmá výzkumná otázka se vztahuje k dotazníkové otázce č. 21, ve které jsem zjišťovala, jakou antikoncepční metodu dívky preferují. Výsledek byl bohužel zcela zkreslen neznalostí dívek. Velké množství respondentek v této otázce nevědělo, jakou metodu má ke druhu kombinovaná hormonální antikoncepce přiřadit. Nejčastěji zde dívky chybně uváděly, že se jedná o kombinaci pilulek s kondomem.

Jako spolehlivou antikoncepční metodu označilo 41 respondentek bariérovou antikoncepci, a kombinovanou hormonální zvolilo pouze 21 respondentek.

Výsledek byl neočekávaný. Předpokládala jsem na základě předchozích výsledků, že možnost kombinovaná hormonální antikoncepce zvolí větší počet respondentek. Bohužel na základě neznalosti tohoto pojmu došlo k možnému zkreslení výsledků.

Po srovnání výsledků s jinými výzkumy jsem potvrdila svůj předpoklad, že dívky preferují spíše hormonální kombinovanou antikoncepci před bariérovou. Forma užívání pilulek je považována za velmi spolehlivou, neobtěžující a neovlivňující sexuální zážitek.

10 Závěr

Ve své bakalářské práci na téma: Problematika antikoncepce u adolescentů (sociální aspekty), konkrétně v teoretické části jsem se zaměřila převážně na historii antikoncepce a na v současnosti rozšířené druhy antikoncepce. Jednu kapitolu jsem věnovala i ekonomické stránce užívání antikoncepce a samozřejmě jsem zde zmínila i stručnou charakteristiku vlastního obdobní adolescence. V části výzkumné jsem se zajímala hlavně o zdroje informací dívek o antikoncepci a také o zdroje financí na antikoncepci.

Období adolescence je v současnosti velmi úzce spjato s pojmem antikoncepce. Je to období pohlavního dospívání a většina dívek v této životní etapě zahájí svůj sexuální život.

Je velmi důležité, aby dívky byly na vše připravené a dokázaly se nechtěnému těhotenství bránit. V dřívějších dobách bylo normální, že se dívky vdávaly velmi mladé a brzy po svatbě přivedly na svět prvního potomka. Věková hranice se však stále posouvá dál. V současnosti na matku, které je méně než 20 (někdy i 25) let pohlížíme jako na velmi mladou. Na základě požadavků stávající společnosti je mateřství stále odkládáno, a proto je žádoucí, aby dívky byly seznámeny se způsobem, jak mu předcházet.

Na základě svého výzkumu si dovolím tvrdit, že antikoncepci za dívky vybírají jejich rodiče, kteří za nejlepší možnost ve většině případů považují kombinovanou hormonální antikoncepci. Dívky proto velmi často znají pouze polykání pilulek působící antikoncepčně a prezervativ, který je navíc ochrání před pohlavně přenosnými chorobami. Antikoncepční náplasti, injekce, vaginální kroužky, spermicidní gely, čípky, atd. se staly velkou neznámou.

Při sexuální výchově na školách jsou dívky poučovány hlavně o menstruaci, časté hygieně, jsou varovány před pohlavně přenosnými chorobami a nechtěným těhotenství, ale nejsou seznamovány s jednotlivými metodami antikoncepce a jejich použitím.

Domnívám se, že cíle práce, které jsem si stanovila před započetím výzkumu, jsem splnila. Dívky z města a vesnice mají obdobné znalosti v oblasti antikoncepce, rozdílnost se objevovala spíše mezi jednotlivými věkovými kategoriemi. Tyto informace dívky získávají nejvíce při rozhovorech s rodiči, kteří je také nejvíce ovlivňují při výběru antikoncepční metody a kteří jsou ve většině případů i těmi, jež antikoncepci dívkám platí. Nejspolehlivější a zároveň nejpoužívanější antikoncepční metodou jsou kombinované hormonální tablety.

Soupis bibliografických citací

I Tištěné zdroje:

1. BARTÁK, A. *Antikoncepce*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1351-9.
2. ČEPICKÝ, P.; ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, Z. *Jak odpovídat na otázky o antikoncepci a plánovaném rodičovství.* Praha : Levret, 2010. ISBN 978-80-87070-49-9.
3. ČEPICKÝ, P.; FANTA, M. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology.* Praha : Levret, 2011. ISBN 978-80-87070-51-2.
4. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie.* 2. aktual. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 80-247-1284-9.
5. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
6. MACEK, P. *Adolescence: Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících.* Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.
7. ROB, L.; MARTAN, A.; CITTERBART, K. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha : Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
8. SEIDLOVÁ, D.; HUGO, J. *Kontracepce pro praxi.* Praha : Maxdorf, 1997. ISBN 80-85800-39-X.
9. SZAREWSKÁ, A.; J. GUILLEBAUD, J. *Antikoncepce: Praktická příručka.* 1. vyd. Praha : Victoria Publishing, 1996. ISBN 80-85865-55-6.
10. UZEL, R. *4000 let antikoncepce*. Praha : Nová tiskárna Pelhřimov, 2003. ISBN 80-239-0671-2.
11. UZEL. R. *Antikoncepční kuchařka.* Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-767-2.
12. UZEL, R. *Jak neotěhotnět.*1. vyd. Praha : Scientia medica, 1992. ISBN 80-85526-15-8.
13. UZEL, R.; KOVÁŘ, P. *Antikoncepční otazníky: o antikoncepci převážně vážně.* 1. vyd. Ostrava : CAT Publishing, 2010. ISBN 978-80-904290-0-0.
14. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří.* Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
15. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání.* Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-0956-0.

16. WEISS, P. a kol. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
17. ZVÁROVÁ, J. *Základy statistiky pro biomedicínské obory.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-7184-786.

II Elektronické zdroje:

1. BUKAČ, P. *Kolik stojí antikoncepce* [on-line]. Internet Inko, c2004 [cit. 2012-03-02]. Zdravotní pojištění. Dostupný z WWW: <http://www.mesec.cz/clanky/kolik-stoji-antikoncepce/>.
2. KOVÁŘ, P. *Která antikoncepce je pro mě nejvhodnější* [on-line]. SPRSV, c2012 [cit. 2012-04-05]. Antikoncepce. Dostupný z WWW: <http://www.planovanirodiny.cz/clanky/nejvhodnejsi-antikoncepce>.
3. Martina. *Dámy zkuste pesar, nebo tělísko, více si při sexu užijete* [on-line]. Webmint s.r.o., c2010 [cit. 2012-04-05]. Bariérová antikoncepce nebo nitroděložní. Dostupný z WWW: <http://www.asistentka.cz/node/12004>.
4. Miton Media. *Porovnávání ceny na internetu* [on-line]. Miton Media, c2000 [cit. 2012-03-02]. Heureka. Dostupný z WWW: <http://www.heureka.cz/>.
5. MUSIL, J. *Ekonomie antikoncepce* [on-line]. Mafra, c2011 [cit. 2012-03-02]. Nezařazené. Dostupný z WWW: <http://jirimusil.blog.idnes.cz/c/206905/Ekonomie-antikoncepce.html>.
6. Naturcomp. *Informace o Lady-comp* [on-line]. NaturComp, c2008 [cit. 2012-02-22]. Přirozená antikoncepce. Dostupný z WWW: <http://www.naturcomp.cz/informace-lady-comp/>.
7. Natupcomp. *Lady-comp – přirozená antikoncepce* [on-line]. Vivantis, c 2012 [cit. 2012-02-22]. Sexualita, afrodisiaka. Dostupný z WWW: <http://www.prozdravi.cz/lady-comp-prirozena-antikoncepce.html?gclid=CJuOn-2E4q4CFUld3wodiD3m2A>.
8. PETMK. *Návod k použití kondomu* [on-line]. Společnost pro sexuální osvětu, c2006 [cit. 2012-02-15]. Antikoncepce. Dostupný z WWW: <http://www.sexus.cz/navod-k-pouziti-kondomu>.
9. PLAVOVLÁSKA. *Antikoncepce: podkožní implantáty, injekce* [on-line]. AllStar Group s.r.o., c2008 [cit. 2012-04-05]. Zdravá. Dostupný z WWW: <http://www.zenax.cz/antikoncepce_podkozni_implantaty_injekce_691.htm>.

10. VEBERA, Z. *Antikoncepce* [on-line]. Brno : puxdesing, c2005 [cit. 2012-02-22]. Antikoncepce. Dostupný z WWW: <http://www.gynekologie-brno.cz/antikoncepce-brno.html#barierova>.

Seznam příloh

Příloha A Avicennův Kánon

Příloha B Kalendářní metoda

Příloha C Lady-comp

Příloha D Femidom

Příloha E Správná manipulace s kondomem

Příloha F Poševní pesar

Příloha G Hormonální náplast

Příloha H Podkožní implantát

Příloha I Nitroděložní tělísko

Příloha J Dotazník

Příloha A Avicennův Kánon

„Avicennův Kánon – osm antikoncepčních postupů:

1. *Vyhýbat se pokud možno současnému orgasmu.*
2. *Praktikovat přerušovanou soulož.*
3. *Nesouložit v období největší plodnosti (jelikož však mechanismus ovulace nebyl znám, bylo toto pravidlo poněkud sporné).*
4. *Násilné skoky ženy k vypuzení semene.*
5. *Zavést do pochvy dehet, nebo dehtem či olověnou mastí potřít penis.*
6. *Zaváděný dehet smísit s různým listím či semeny.*
7. *Zavést pesar vyrobený z kolokvinty (je to tykvovitá rostlina, jejíž plody se podobají pomerančům a mají silně projímavý účinek), k tomu ještě kořen mandragory (téměř magická bylina z čeledi lilkovitých, které se česky říká pokřín), dále síra a železná struska a kapustová semena, to vše smícháno s olejem.*
8. *Natření penisu sladkým olejem.“*

(Uzel, 2003, s. 12)

Příloha B Kalendářní metoda

Pro přesnější výpočet je důležité znát délku alespoň šesti předcházejících menstruačních cyklů. Pokud jsou předchozí cykly pravidelné, je metoda pro ženu vhodnou, při nepravidelnostech cyklu je výpočet velmi nepřesný a antikoncepční metoda se stává nespolehlivou. Při výpočtu žena provede odečet 19 od počtu dnů nejkratšího cyklu = 1. Plodný den. A dále provede odečet 11 od počtu dnů nejdelšího cyklu = poslední plodný den. Například když jsou délky menstruačních cyklů 28, 26, 28, 29, 27, 29

26-19 = 7

29-11 = 18

Výsledek udává, že plodné dny dané ženy jsou od 7. dne menstruačního cyklu do 18. den. (Uzel, 1992; Uzel a Kovář, 2010)

Příloha C Lady-comp

(Natur-comp, 2008)

Příloha D Femidom

(Petmk, 2006)

Příloha E Správná manipulace s kondomem

Prvním krokem před použitím kondomu by měla být kontrola exspirace a jeho celistvosti. A to celistvosti nejen samotného kondomu, ale i obalu, ve kterém je uložen. Poškození obalu je ve většině případů zřejmé na první pohled. Pokud vidíte trhlinu nebo z obalu uniká vzduch, kterým se obal naplní právě pro tyto případy, je zvýšené riziko, že je poškozen i samotný kondom uvnitř, proto ho raději vyhoďte a vezměte si nový. (Uzel a Kovář, 2010)

Druhým krokem je správné rozbalení prezervativu a kontrola jeho celistvosti. Pokud byl obal prezervativu v pořádku, přistupte k jeho rozbalení. Nejlepší způsob je odtrhnutí jednoho okraje obalu. Postupovat byste měli jemně, abyste při trhání prezervativ nepoškodili. Poté byste měli zkontrolovat jeho samotnou celistvost a to tak, že kondom nafouknete. Prezervativ nafukovat nemusíte v případě, že jste nenašli žádné poškození vlastního obalu. Poté můžete přejít k samotnému nasazení na penis. (Uzel a Kovář, 2010; Uzel, 1992)

Kondom nasazujte pouze na ztopořený penis těsně před zavedením do pochvy. Nasazovat kondom na neztopořený penis se nedoporučuje, a to ze dvou důvodů. Za prvé je to velmi obtížné a za druhé při následném ztopoření penisu dochází k většímu napínání stěny, u které poté hrozí prasknutí. Kondom musíte nasadit na penis správou stranou tak, aby bylo možné ho následně odmotávat a tak i nasazovat. Je důležité nechat tzv. rezervoár na sperma na špičce kondomu volně před penisem, zmáčknutím z něj vytlačíte vzduch a kondom pomalu rolujte až ke kořenu penisu. (Barták, 2006; Uzel a Kovář, 2010; Petmk, 2006)

Následně při vysunování penisu z vagíny je třeba kondom přidržovat u kořene penisu, aby nedošlo k jeho sklouznutí. Po ukončení pohlavního styku kondom opatrně sundejte tak, aby veškerá tekutina zůstala uvnitř, zároveň tak můžete vidět, zda tekutina z kondomu neuniká, čímž znovu zkontrolujete i jeho celistvost. (Uzel a Kovář, 2010; Leifer, 2004; Petmk, 2006)

Příloha F

Poševní pesar

(Martina, 2010)

Příloha G

Hormonální náplast

(Kovář, 2012)

Příloha H

Podkožní implantát

(Plavovláska, 2008)

Příloha I Nitroděložní tělísko

(Uzel a Kovář, 2010)

Příloha J

Dotazník

Dobrý den,
jmenuji se Jana Havlová a jsem studentkou Univerzity Pardubice, Fakulty zdravotnických studií, studijního oboru Porodní asistentka.
Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který se stane podkladem pro vypracování výzkumné části mé bakalářské práce na téma: *Problematika antikoncepce u adolescentů.* Dotazník je zcela anonymní. Všechny získané informace budou statisticky zpracovány v mé bakalářské práci, proto Vás prosím o uvedení pravdivých informací. Prosím zakroužkujte jednu odpověď, která nejvíce odpovídá skutečnosti, pokud není u otázky uvedeno jinak.
Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.
Jana Havlová

1. Kolik Vám je let?
   a) 15 let
   b) 16 let
   c) 17 let
   d) 18 let

2. Jaké je místo Vašeho bydliště?
   a) Vesnice (do 3000 obyvatel)
   b) Město

3. Jaký typ školy studujete?
   a) Gymnázium
   b) Střední odborná škola
   c) Střední odborné učiliště

4. Vysvětlete pojem antikoncepce.
   ……
   ……

5. Napište, jaké antikoncepční metody znáte.
   ……
   ……
   ……

6. Kde jste získala informace o antikoncepčních metodách? (Zakroužkujte číslo od 1 do 5 podle množství informací, které jste z daného zdroje získala. 1 – velmi dobré, 2 – spíše vyhovující, 3 – dobré, 4 – spíše nevyhovující, 5 – nevyhovující.)
   a) Internet 1 2 3 4 5
   b) Gynekolog 1 2 3 4 5
   c) Rodinní příslušníci 1 2 3 4 5
   d) Kamarádi 1 2 3 4 5
   e) Knihy, letáky 1 2 3 4 5
   f) Televize (reklamy) 1 2 3 4 5

7. Užíváte antikoncepci?
   a) Ano, trvale
   b) Občas
   c) Ne

Pokud antikoncepci neužíváte, dále ve vyplňování dotazníku nepokračujte.

8. Od kolika let antikoncepci užíváte?
   a) Od 15 let
   b) Od 16 let
   c) Od 17 let
   d) Jiné ……..

9. Jaké antikoncepční metody používáte?

   ……

10. Znáte nežádoucí účinky plynoucí z užívání Vaší antikoncepce?
    a) Ano
    b) Spíše ano
    c) Spíše ne
    d) Ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděli možností a) ano nebo b) spíše ano, pokračujte otázkou číslo 11, jinak pokračujte otázkou číslo 13.

11. Napište, jaké nežádoucí účinky antikoncepce, kterou užíváte, znáte.

    ……

    ……

12. Projevily se u Vás některé z nežádoucích účinků Vaší antikoncepce? Pokud ano napište jaké.
    a) Ano …….
    b) Ne

13. Máte stálého partnera?
    a) Ano
    b) Ne

14. Radila jste se při výběru antikoncepce s partnerem?
    a) Ano
    b) Ne

Pokud jste odpověděla na předchozí otázku možností a) ano, pokračujte otázkou číslo 15, jinak pokračujte otázkou číslo 16.

15. Shodla jste se s partnerem při výběru antikoncepce?
    a) Ano
    b) Spíše ano
    c) Spíše ne
    d) Ne

16. Kdo Vás nejvíce ovlivnil při výběru antikoncepce?
    a) Partner
    b) Rodiče
    c) Reklama
    d) Vrstevníci
    e) Jiné ……

17. Co pro Vás bylo hlavním hlediskem při výběru antikoncepce?
    a) Doporučení lékaře
    b) Finanční náklady
    c) Informace z blízkého okolí
    d) Nátlak partnera/rodičů
    e) Jiné ……

18. Kde získáváte finanční prostředky na zaplacení antikoncepce? (U možnosti a) rodiče a b) partner uveďte, jakou finanční částkou vám přispívají.)
    a) Rodiče ……Kč
    b) Partner …….Kč
    c) Sama si vydělávám

19. V jaké cenové relaci se pohybují náklady na Vaši antikoncepci za 1 měsíc?
    a) 100 – 300 Kč
    b) 301 – 600 Kč
    c) Méně než 100 Kč
    d) Více než 600 Kč

20. Myslíte si, že je pro Vás cena antikoncepce přijatelná?
    a) Ano
    b) Spíše ano
    c) Spíše ne
    d) Ne

21. Ke každé antikoncepční metodě uveďte konkrétní příklad a zakroužkujte metody, které považujete za nejspolehlivější (maximálně 3).
    a) Přirozená ……..
    b) Bariérová ……..
    c) Chemická ……..
    d) Nitroděložní ……..
    e) Sterilizace …….
    f) Kombinovaná hormonální ……
    g) Gestagenní ……

22. Jak důvěřujete antikoncepci, kterou užíváte?
    a) Plně důvěřuji.
    b) Částečně důvěřuji.
    c) Raději kombinuji s jinými antikoncepčními metodami.

Seznam tabulek

Tab. 1 Cenové rozmezí vybraných druhů antikoncepce

Tab. 2 Definice pojmu antikoncepce

Tab. 3 Počty uvedených možností

Tab. 4 Druhy antikoncepce

Tab. 5 Druhy antikoncepce uvedené vzhledem k počtu respondentek

Tab. 6 Zdroje informací o antikoncepci

Tab. 7 Užívání antikoncepce

Tab. 8 Použité a vyřazené dotazníky

Tab. 9 Znalost nežádoucích účinků antikoncepce vzhledem k bydlišti

Tab. 10 Nežádoucí účinky antikoncepce

Tab. 11 Nežádoucí účinky antikoncepce, které se objevily u respondentek

Tab. 12 Ovlivnění při výběru antikoncepce

Tab. 13 Faktory ovlivňující výběr antikoncepční metody

Tab. 14 Četnost konkrétních antikoncepčních metod

Tab. 15 Správnost odpovědí

Seznam obrázků

Obr. 1 Graf věkového rozložení respondentek

Obr. 2 Graf bydliště respondentek

Obr. 3 Graf typů škol, které respondentky navštěvují

Obr. 4 Graf věkové hranice začátku užívání antikoncepce

Obr. 5 Graf používaných antikoncepčních metod

Obr. 6 Graf znalosti nežádoucích účinků antikoncepce

Obr. 7 Graf přítomnosti nežádoucích účinků u respondentek

Obr. 8 Graf stálosti vztahu respondentek

Obr. 9 Graf rad s partnerem

Obr. 10 Graf shody partnerů při výběru antikoncepční metody

Obr. 11 Graf zdrojů finančních prostředků na antikoncepci

Obr. 12 Graf rodičovských příspěvků na antikoncepci

Obr. 13 Graf nákladů na antikoncepci za 1 měsíc

Obr. 14 Graf spokojenosti respondentek s cenou antikoncepce

Obr. 15 Graf spolehlivosti antikoncepce

Obr. 16 Graf důvěry v antikoncepční metody