

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Gabriela Sedláčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Úroveň znalostí dospívajících dívek o antikoncepčních metodách

Bakalářská práce

2022

Gabriela Sedláčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Gabriela Sedláčková**
Osobní číslo: **Z19189**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Úroveň znalostí dospívajících dívek o antikoncepčních metodách**
Téma práce anglicky: **The level of knowledge of adolescent girls about contraceptive methods**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. DRIÁK, Daniel. *Antikoncepce*. Praha: Galén, 2020. ISBN 978-80-7492-488-0.
2. FAIT, Tomáš. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. aktual. vyd. Praha: Maxdorf, 2018. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-587-3.
3. HOŘEJŠÍ, Jan. *Dětská gynekologie*. Praha: Mladá fronta, 2017. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4027-3.
4. KUČERA, Dalibor. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada, 2013. Psyché. ISBN 978-80-247-4621-0.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-271-9795-8.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Sabina Dušková**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **5. května 2022**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 11. března 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „Úroveň znalostí dospívajících dívek o antikoncepčních metodách“ jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 1. 5. 2022

Gabriela Sedláčková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Zde bych ráda poděkovala především své vedoucí mé bakalářské práce, paní Mgr. Sabině Duškové, za její ochotu, laskavost, trpělivost, odborné vedení a rady při tvorbě této práce. Dále bych chtěla poděkovat vzdělávacímu zařízení, v němž jsem mohla provést svůj průzkum a také respondentům za jejich ochotné vyplnění dotazníku. Poděkování patří mým blízkým a také mé rodině, která mě podporovala a tolerovala po celou dobu studia Děkuji.

ANOTACE

Úroveň znalostí dospívajících dívek o antikoncepčních metodách je tématem bakalářské práce, která je teoreticko-průzkumná. V části teoretické je popsáno období adolescence, plánované rodičovství, antikoncepce a její možné antikoncepční metody. Průzkumná část se zabývá znalostmi dospívajících dívek o antikoncepci, kde jsou uvedeny výsledky z dotazníkového šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

antikoncepce, dospívání, plánované rodičovství, úroveň znalostí

TITLE

The level of knowledge of adolescent girls about contraceptive methods

ANNOTATION

The level of knowledge of adolescent girls about contraceptive methods is the topic of the bachelor thesis, which is theoretical-exploratory. The theoretical part describes the term of adolescence, family planning, contraception and its possible contraceptive methods. The exploratory part deals with knowledge of adolescent girls about contraception, where the results from the questionnaire are presented.

KEYWORDS

contraception, adolescence, planned parenthood, level of knowledge

OBSAH

Úvod.....	13
Cíle práce	15
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 Období dospívání.....	16
1.1 Pubescence	16
1.2 Adolescence	17
1.3 Znaky pohlavního dospívání u dívek.....	17
1.3.1 Sekundární pohlavní znaky.....	19
1.3.2 Menstruační cyklus	20
1.3.3 Ovariální cyklus	21
2 Plánované rodičovství.....	22
2.1 Sexuální výchova	22
3 Antikoncepce	24
3.1 Přírozené antikoncepční metody	26
3.2 Bariérové antikoncepční metody.....	27
3.3 Chemické antikoncepční metody	28
3.4 Hormonální antikoncepce	29
3.5 Postkoitální antikoncepce.....	32
3.6 Nitroděložní antikoncepce	32
3.7 Sterilizace.....	33
PRŮZKUMNÁ ČÁST	34
4 Metodika průzkumné části.....	34
4.1 Charakteristika průzkumného souboru	35
4.2 Průzkumné cíle a otázky	36
5 Výsledky průzkumu.....	37
5.1 Zhodnocení odpovědí k průzkumným otázkám.....	55

5.2	Zhodnocení celkových znalostí respondentek o antikoncepci	57
6	Diskuze	59
7	Závěr	65
8	Použitá literatura	67
9	Přílohy.....	70

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 – Graf věkového zastoupení respondentek.....	35
Obrázek 2 – Graf domnění respondentek a jejich dostatku znalostí o antikoncepci	38
Obrázek 3 – Graf o používání antikoncepce.....	39
Obrázek 4 – Graf používaných antikoncepčních metod.....	39
Obrázek 5 – Graf určení nejméně spolehlivé antikoncepce dle respondentek	43
Obrázek 6 – Graf antikoncepce, která dle respondentek chrání před přenosem STD	44
Obrázek 7 – Graf o možné době použití postkoitální antikoncepce dle respondentek.....	45
Obrázek 8 – Graf značící princip bariérové antikoncepce dle respondentek	47
Obrázek 9 – Graf o významu pojmu femidom	48
Obrázek 10 – Graf dostupnosti hormonální antikoncepce dle respondentek	49
Obrázek 11 – Graf o správném užívání hormonální antikoncepce dle respondentek	50
Obrázek 12 – Graf o vyšším riziku při užívání hormonálních antikoncepčních pilulek	51
Obrázek 13 – Graf správných a nesprávných odpovědí k průzkumné otázce č. 1	55
Obrázek 14 – Graf správných a nesprávných odpovědí k průzkumné otázce č. 2	56
Obrázek 15 – Graf bodového ohodnocení celkových znalostí respondentek o antikoncepci ..	57
Obrázek 16 – Graf absolutní četnosti respondentek dle úrovně znalostí.....	58
Tabulka 1 - Zdroje pro získávání informací o antikoncepci	37
Tabulka 2 – Vysvětlení pojmu antikoncepce podle respondentek	41
Tabulka 3 – Bariérové antikoncepční metody dle respondentek	46
Tabulka 4 – Kontraindikace užívání hormonální antikoncepce	52
Tabulka 5 – Možné pozitivní účinky hormonální antikoncepce.....	53

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AIDS	syndrom získaného selhání imunity
CMP	cévní mozková příhoda
COC	kombinovaná perorální antikoncepce
ČR	Česká republika
DM	diabetes mellitus
EE	ethinylestradiol
FSH	folikuly-stimulační hormon
GnRH	gonadotropin releasing hormon
HAK	hormonální antikoncepce
HIV	virus lidské imunitní nedostatečnosti
ICHS	ischemická choroba srdeční
IPPF	mezinárodní federace pro plánované rodičovství (International Planned Parenthood Federation)
IUD	nehormonální nitroděložní tělísko
KVS	kardiovaskulární onemocnění
LH	luteinizační hormon
LNG-IUS	hormonální nitroděložní systém
n	celková absolutní četnost
n_i	absolutní četnost
p	celková relativní četnost
p_i	relativní četnost
PI	Pearl index
POP	perorální gestagenní antikoncepce
STD	pohlavně přenosné nemoci (Sexually Transmitted Diseases)

SZÚ	Státní zdravotní ústav
TEN	tromboembolická nemoc
UPT	umělé ukončení těhotenství
ÚZIS ČR	Statistika Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky
XX	ženské pohlaví
XY	mužské pohlaví

ÚVOD

Bakalářská práce na téma Úroveň znalostí dospívajících dívek o antikoncepčních metodách je prací teoreticko-průzkumnou. V teoretické části je popsána charakteristika období dospívání a vývoje sekundárních pohlavních znaků, včetně cyklických změn, čímž je menstruační a ovulační cyklus. Dalším tématem je plánované rodičovství a sexuální výchova. Poslední nejobsáhlejší kapitolou je antikoncepce, ve které jsou podrobněji popsány jednotlivé antikoncepční metody. Průzkumná část je založena na průzkumu provedeném pomocí dotazníkové šetření a následným zpracováním získaných dat z anonymního dotazníku vlastní tvorby. Cílem práce bylo zhodnotit znalosti dospívajících dívek o antikoncepci.

Období dospívání probíhá přibližně od 11 do 20 let, kdy dochází k mnoha změnám, ke kterým patří také příprava těla na reprodukci a navazování prvních partnerských vztahů (Kučera, 2013, s.149). V současnosti mají mladé dívky první sexuální zkušenosti již v nižším věku, oproti tomu, jak tomu bylo dříve. Používání spolehlivých a vhodných antikoncepčních metod je jedním z předpokladů zabránění nechtěnému otěhotnění a přenosu pohlavně přenosných chorob (Koliba, 2014, s. 348). Za antikoncepci lze považovat jakoukoliv metodu, která zabraňuje nechtěnému početí. V současné době je dostupná řada různých antikoncepčních metod. Každá žena má právo na rozhodnutí se o početí svých potomků, případně zda vůbec chce mít děti. Je velice žádoucí, aby dospívající měli co nejlepší znalosti a dostupné informace o možných antikoncepčních metodách, jejich výhodách a nevýhodách a také o spolehlivosti jednotlivých typů antikoncepce (Fait, 2018, s. 10, 13-17).

Nechtěné těhotenství v dospívajícím období se řadí mezi celosvětové problémy, jenž se objevuje v každé zemi a s tím souvisí i prováděním umělého přerušování těhotenství (UPT). Nejčastěji se nechtěné těhotenství vyskytuje v rozvojových zemích, které je ročně odhadováno zhruba na 10 milionů dívek ve věku 15-19 let. Nežádoucím otěhotnění v tomto věku se připisuje několik faktorů jako je vyspělost dané země, dostupnost antikoncepčních metod, znalosti o antikoncepci a jiné. Mimo jiné jsou dospívající dívky vystavené vyšším rizikům a komplikacím, které jsou spojeny s těhotenstvím a porodem (World Health Organization, 2020).

Z publikovaných dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) lze vyčíslit vývoj provedených UPT v ČR. Nejvyšší počet provedených UPT u českých žen byl v roce 1990, kdy dosahoval počtu 107 131 UPT za daný rok. Od té doby počet UPT postupně klesal a v roce 2020 bylo celkem 15 984 provedených UPT za rok. V rozmezí 30let počet

provedených interrupcí za rok v ČR klesl o 85 %. Zároveň se snížením počtu provedených UPT, začal přibývat také počet uživatelů antikoncepce. Avšak od roku 2007 počet žen užívajících antikoncepci začal pozvolna klesat (ÚZIS ČR, 2022, s. 12-13, 15-16).

CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem této bakalářské práce je, zjistit úroveň znalostí dospívajících dívek o antikoncepci a jejich metodách.

Další dílčí cíle pro tuto bakalářskou práci jsou:

- Zjistit znalosti dospívajících dívek o bariérové antikoncepci.
- Zjistit znalosti dospívajících dívek o hormonální antikoncepci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ

Období dospívání je dlouhá přechodná fáze vývoje mezi dětstvím a dospělostí, probíhající přibližně od 11-20 let. Tuto fázi lze rozdělit na pubescenci a adolescenci. Pubescence, označována také jako starší školní věk, probíhá zhruba od 11. do 15. roku věku. Po ní nastupuje adolescence neboli období dospívání začínající od 15. roku zhruba do 20. roku života a poté následuje dospělost (Kučera, 2013, s.143). V období dospívání dochází k celé řadě somatických, sociálních a psychických změn, které se vzájemně ovlivňují. V oblasti tělesných změn je charakteristické především dovršení zralosti pohlavního ústrojí a vývoj sekundárních pohlavních znaků, k čemuž dochází v důsledku hormonálních změn. Dále je typickým znakem dosažení konečného tělesného vzrůstu, který se u dívek ukončuje již mezi 16. – 18. rokem a u chlapců až po 20. roce života. V období dospívání dochází také k procesu vývoje osobnosti, integrace do světa dospělých a začlenění se do společnosti. Dochází zde k výběru budoucího povolání, osamostatnění se a postupnému připravování se na novou roli samostatně fungující dospělé osoby. Dále také výběr partnera a posléze i případně založení vlastní rodiny (Klíma, 2016, s. 40).

1.1 Pubescence

Pubescenci je možné rozdělit na prepubertu, která je označována jako začátky dospívání a pubertu neboli pohlavní dozrávání. (Zacharová a Čížková – Hlobilová, 2011, s. 80).

První pětiletou fází v období dospívání je pubescence, která je již výše věkově vymezena. Nástup puberty je ovlivněn celou řadou faktorů, za obvyklý počátek puberty je považováno období, kdy dochází k vyplavování hormonů z vnitřních pohlavních a jiných endokrinních orgánů. Tyto hormony mají značný vliv na somatické a funkční změny, jako je nárůst podkožního tuku, změny stavby skeletu, svalů a vývoj druhotných pohlavních znaků (Mourek, 2012, s. 132). Nejvýraznější změnou v tomto období je somatické dospívání, které souvisí s pohlavním vyspíváním. Dochází také ke změně myšlení, způsobu vyjadřování a také prožívání emocí, na čemž mají podíl změny hormonálních hladin. V tomto období již jedinec není tak závislý na rodičích jako v předchozích vývojových etapách dětského věku a začíná se postupně osamostatňovat. Významnou roli zde mají přátelé, první citové zalíbení a poznávání partnerských vztahů, ale také vrstevníci a snaha se s nimi ztotožnit. Naopak jejich snahou je odlišit se od dětí, ale také od dospělých, což představují například změny vizáže, koníčků, ale

také změny životního stylu. Významným společenským bodem v tomto období je zakončení povinné školní docházky, výběr dalšího studia a zároveň profesního zaměření do budoucna (Vágnerová, 2012, s. 369-370).

1.2 Adolescence

Druhou pětiletou fází období dospívání je adolescence. Její věkové vymezení je přibližně od 15. do 20. roku. Zahájení této etapy je stanoveno také biologicky, což představuje dokončené vyvrání pohlavního ústrojí, to souvisí i se začátkem sexuálního života, protože právě v adolescenci mnohdy přichází první zkušenosti s pohlavním stykem (Vágnerová, 2012, s. 370-371).

Období adolescence, na rozdíl od puberty primárně doprovázejí změny v psychosociální oblasti. V pubertě je výrazným znakem somatické zrání, především tělesný růst (Machová a Kubátová, 2015, s.183). Adolescence je orientována na sebepoznání, kde dochází k pátrání po vlastní identitě, která je pro jedince osobně přijatelná a zčásti bude odpovídat jeho mínění. Významnou změnou je pozitivnější přístup k rozvoji vlastní osobnosti a schopností, ale také vnímání kontroly nad svým vlastním životem. Zároveň dochází k vymezování interpersonálních vztahů, formování nových rolí, které jsou daleko více významné, než tomu bylo v rolích dětských. Ve vztahové oblasti se rozvíjí vztahy nejen s vrstevníky a přáteli, ale dochází také k navazování prvních partnerských vztahů. V osmnácti letech nabývá dospívající plnoletosti, což je spjato s právem na svobodné rozhodování a plnou právní odpovědností. Z pohledu společnosti je plnoletost považována jako jeden ze znaků dospělého člověka. Společensky významným krokem je absolvování odborné přípravy pro budoucí profesi s následným zaměstnáním nebo dalším studiem. To zahrnuje získání nebo naopak nedosažení ekonomické nezávislosti, která je v naší společnosti vnímána jako jeden ze znaků vyspělosti (Vágnerová, 2012, s. 370-371).

Hlavním cílem dospívání je dát jednotlivci dostatek času a příležitost k pochopení sám sebe, vybrat si z toho, co je pro něho nejlepší, co ho baví, čeho by rád v budoucnu docílil a také, aby se dokázal osamostatnit ve všech sférách, ve kterých to nynější společnost požaduje. Toto může být jedním z problémů, protože rychlost biopsychosociálního vývoje má tendenci se lišit a dospělost nyní nemá přesnější definici (Vágnerová, 2012, s. 372).

1.3 Znaky pohlavního dospívání u dívek

Ženské či mužské pohlaví je určeno ve chvíli, kdy dojde k oplodnění vajíčka spermií a v tomto momentě záleží na kombinaci chromozomů. Vajíčko nese vždy chromozom X a pokud dojde

k oplodnění spermií, která nese chromozom X, vzniká ženské pohlaví (XX). Naopak, pokud dojde k oplodnění spermií nesoucí chromozom Y, poté vzniká mužské pohlaví (XY) (Mourek, 2012, s. 131).

Za počátek období pohlavního dospívání je považována aktivace endokrinního systému, čímž je produkce hormonů v kůře nadledvin a hypotalamických buňkách. V kůře nadledvin jsou produkovány adrenální androgeny a hormonem produkováným v hypotalamu je gonadotropin releasing hormon (GnRH). Díky této produkci dochází k náhlému anatomickému i funkčnímu vývoji všech orgánů a tkání, které jsou při svém rozvoji závislé na pohlavních hormonech a obecně se nazývají jako estrogen-dependentní orgány. V důsledku zvýšené míry estrogenů v organismu dospívající dívky dochází ke kompletnímu tělesnému rozvoji, který se nejlépe zhodnotí posouzením změn na vulvě i vnitřních rodidel, ale především také vývojem druhotných pohlavních znaků, které se vyskytují pouze v období pohlavního dospívání. (Roztočil a Bartoš, 2011, s. 140-145).

V období pohlavního dospívání se zesilují tkáně **zevních rodidel**, dochází ke zvětšení malých stydkých pysků, které jsou zcela překryty velkými stydkými pysky uzavírajícími poševní vchod. Labia majora se začínají pigmentovat a objevuje se ochlupení (Hořejší, 2017, s. 37).

Panenská blána (hymen) je označována jako nekompletní přepážka, která se nachází mezi vulvou a pochvou. Hymen se nazývá jako tzv. „zrcadlo estrogenů“ a je viditelný pouhým okem, tudíž můžeme pouze pohledem určit, zda se dívka nachází v období estrogenizace či nikoliv, protože vlivem estrogenů se hymen řasí, označuje se jako hymen fimbriatus a díky jeho fimbriím není viditelná poševní sliznice (Hořejší, 2017, s. 35).

Pochva se stává prostornější, což je způsobeno vlivem estrogenů, dále se zesiluje a řasí poševní stěna. Prvních známek vlivu estrogenů na pochvu je možné si všimnout okolo sedmého roku života, o trochu později se poševní sliznice osídluje tzv. Döderleinovým laktobacilem (Roztočil a Bartoš, 2011, s. 141).

Pod vlivem estrogenů dochází ke zvětšení objemu **dělohy** a změně proporcí mezi hrdlem a děložním tělem. Poměr velikosti hrdla a samotného těla dělohy se mění v průběhu různých období. Zde si můžeme uvést 3 typy děloh, se kterými se setkáváme v období pohlavního dospívání: uterus pubertalis, uterus virginalis a uterus adultae. V období dospívání se nejdříve setkáváme s dělohou, která má stejnou velikost hrdla i těla děložního a je označována jako uterus pubertalis. Tato děloha poté plynule přechází v dělohu dospělého typu, která se označuje jako uterus adultae, kdy je děložní tělo větší, než hrdlo v poměru 2:1. Ještě, než ale děloha

dosáhne konečných rozměrů a flexe, tak je děloha zprvu menší velikosti a bez flexe. Tuto dělohu nazýváme jako uterus virginalis, která bývá většinou v období první menstruace (Hořejší, 2017, s. 32-33).

Vejcovody se během jednotlivých období téměř nemění, ale vlivem působení estrogenů se na jejich abdominálním vyústění objevují drobnější řasy v hojném počtu. V **ovariu** dochází k rozvoji folikulů závislých na hormonech, které podmiňují činnost pohlavních žláz. Folikuly se zvětšují a v momentě kdy je folikul zralý, vzniká tzv. Graafův folikul a poté následuje uvolnění vajíčka (ovulace) (Hořejší, 2017, s. 32). S tímto souvisí tzv. gonadarché, což je počátek růstu a zrání folikulů na ovariu. Gonadarché je ovlivněno gonadotropními hormony (luteinizační a folikuly-stimulační hormony), které jsou produkovány hypofýzou, na níž působí GnRH (Roztočil a Bartoš, 2011, s. 145).

1.3.1 Sekundární pohlavní znaky

U pohlavního dospívání dívek má zhodnocení těchto znaků stěžejní význam. Tyto znaky můžeme posoudit pouhým okem. Mezi sekundární pohlavní znaky řadíme **prsy, první menstruaci, pubické a axilární ochlupení** (Hořejší, 2017, s. 41-42).

K posouzení vývoje sekundárních pohlavních znaků se nejčastěji používá klasifikace dle Tannera, která charakterizuje rozvoj růstu prsů a pubického ochlupení. Tyto dva znaky rozděluje do 1. – 5. stadia vývoje, kdy nejnižší stádium je označováno jako prepubertální stav, bez rozvoje a nejvyšší stádium označuje znaky dospělého typu (Koliba, et al., 2019, s. 55).

Vývoj **prsů** se nejčastěji projevuje jako první pozorovatelný signál počátku období pohlavního dospívání. Jejich rozvoj je zprvu nesouměrný a dochází k nepatrné asymetrii, která se časem vyrovnává. K popisu vývoje prsů používáme již výše zmíněnou klasifikaci dle Tannera. Odborně se počátek růstu prsů označuje jako telarché a k dovršení růstu prsů obvykle dochází v patnácti letech. (Roztočil a Bartoš, 2011, s. 141).

Počátek růstu **pubického ochlupení** se odborně nazývá pubarché. U dívek by mělo mít konečnou podobu trojúhelníkovitého tvaru, tzv. typ feminismus, pokud je tomu jinak, bývá to často projev vývoje sekundárních pohlavních znaků mužského typu u žen. (Slezáková, 2017, s. 25). Ochlupení v oblasti zevního genitálu se začíná objevovat až v období dospívání a k jeho popisu používáme pěti stupňovou klasifikaci dle Tannera (Hořejší, 2017, s. 39).

Adrenarché se používá jako odborný název pro počátek růstu **axilárního ochlupení** (Čepický, 2021, s. 48). Ochlupení v oblasti podpaží se objevuje až v období dospívání. U tohoto typu

ochlupení používáme pro zhodnocení jeho rozvoje klasifikaci, která se dělí do tří stádií, jednotlivá stadia mají označení A1-A3. Stadium A1 značí stav bez ochlupení a stadium A3 značí konečný stav ochlupení dospělého typu (Hořejší, 2017, s. 39).

První menstruace je považována za nejvýznamnější znak pohlavního dospívání u dívek, zároveň je označována jako jeho vyvrcholení. Menarché je odborný termín pro označení první menstruace, u které je dané obvyklé rozmezí nástupu mezi desátým a patnáctým rokem. Průměrně se menarché dostavuje okolo 12 až 13let, kdy je menstruace obvykle nepravidelná, jak z časového rozmezí, tak i v délce a síle krvácení a zároveň nedochází k ovulaci. Pravidelnost menstruace se upravuje přibližně okolo patnáctého roku a objevují se i ovulační cykly (Hořejší, 2017, s. 42-43, 46). Pokud se menarché dostaví dříve, než je fyziologické rozmezí, označujeme tento stav jako menarché praecox a naopak primární amenorea je termín, který označuje stav, kdy se první menstruace nedostaví do 15. roku života (Roztočil a Bartoš, 2011, s. 145).

1.3.2 Menstruační cyklus

Menstruační cyklus je periodicky opakující se děj, kdy dochází ke změnám na děložní sliznici. Sliznice během cyklu prochází cyklickými změnami, které jsou vyvolávány působením a produkcí vaječnickových hormonů – estrogeneru a progesteronu. Cyklus se pravidelně opakuje, jedna perioda je dlouhá zhruba 28 dní (Mourek, 2012, s. 136).

Dle probíhajících změn se menstruační cyklus dělí na 4 fáze:

1. **Menstruační fáze** zahajuje periodu prvním dnem začátku menstruačního krvácení, které trvá většinou 4 dny. Krvácení nastává oddělováním odumřelé děložní sliznice, která je následovně vylučována menstruační krví. Toto krvácení je označováno jako menstruace. U žen je menstruace individuální, odlišuje se v bolestivosti, kterou některé ženy pocítují, ale také v délce a intenzitě krvácení (Křivánková, 2020, s. 218).
2. **Proliferační fáze** je označována také jako fáze růstová, která nastává po předchozí fázi, po ukončeném krvácení. V této fázi dochází k růstu nové sliznice v děloze. Růstová fáze je řízena vlivem estrogenů a její časová délka je asi 7 dní, přibližně je to 5. – 12. den menstruačního cyklu (Dylevský, 2020, s. 227).
3. **Sekreční fáze** nastává kontinuálně po proliferační fázi a její trvání je zhruba 12. – 27. den menstruačního cyklu. Tato etapa je ovlivněna a řízena progesteronem. Pokračuje zde růst děložní sliznice, především jejich žlázek, které vytváří značné množství sekretu. Během sekrečního stadia dochází na ovariu k ovulaci, což přibližně vychází na dobu, kdy je děložní sliznice nejlépe nachystaná k přijetí oplozeného vajíčka. Pokud ale

nedojde k oplození, nastává pokles hladiny progesteronu, díky tomu se děložní sliznice zmenšuje a rozpadá, přibližně tři dny před koncem této fáze (Dylevský, 2020, s. 227).

4. **Ischemická fáze** označuje období, kdy je sliznice dělohy špatně prokrvená, díky nízké hladině progesteronu a sevření cév, které sliznici zásobují krví. Tato fáze je krátká, obvykle 27. – 28. den cyklu, tudíž po několika hodinách se opět cévy povolí a krev začíná opět zásobovat sliznici. Krev začíná vylučovat části odumřelé sliznice z dělohy a tím se zahajuje nová perioda (Dylevský, 2020, s. 227).

1.3.3 Ovariální cyklus

Ovariální cyklus je periodicky opakující se děj ovarií, při kterém dochází k dozrávání pohlavních buněk ženy – vajíček. Hormony, regulující tento děj jsou estrogény, progesteron, luteinizační hormon (LH) a folikuly-stimulační hormon (FSH). Při ovariálním cyklu se vaječníky v této funkci zpravidla střídají (Kachlík, 2018, s. 75-76).

Tento cyklus lze rozdělit do následujících 3 fází:

1. **Folikulární fáze** – V této fázi je náhodně vybrán jeden folikul (váček) obsahující vajíčko, který se začne zvětšovat více než ostatní folikuly vaječníku a následně ho označujeme jako Graafův folikul (Orel, 2019, s. 261). Rostoucí folikul zvyšuje produkci estrogenu a díky většímu množství estrogenu je navozena vyšší tvorba hormonů adenohypofýzou – LH a FSH, které vyvolávají další narůstání velikosti Graafova folikulu (Kittnar, 2020, s. 528-529).
2. **Ovulační fáze** – Růst folikulu je dlouhý přibližně 14 dnů, jeho stěna se na ovariu vyklenuje a při vyvrcholení svého růstu praskne, uvolní se z něho zralé vajíčko a nastává tzv. ovulace. Vajíčko je zachyceno řasinkami vejcovodu a dále postupuje vejcovodem až do dělohy (Orel, 2019, s. 261). Ovulaci podmiňuje vysoké množství LH, jenž má svou hladinu v době před ovulací až desetinásobně větší (Kittnar, 2020, s. 529).
3. **Luteální fáze** – V této etapě vzniká tzv. žluté tělísko z původního prasklého Graafova folikulu. Pokud vajíčko nebude oplodněno, tak se žluté tělísko přemění v hormonálně neaktivní tzv. bílé tělísko, jehož zánik nastává přibližně 24. den cyklu (Slezáková, 2017, s. 22-23). Žluté tělísko vytváří estrogény a progesteron a díky této produkci je tvorba LH a FSH nízká (Kittnar, 2020, s. 529).

2 PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ

Plánované rodičovství je obsáhlý pojem, pod kterým se rozumí svobodná volba partnerského páru o počtu svých dětí a období jejich narození. Dělíme ho na tzv. „pozitivní“ a „negativní“. Pojem pozitivní plánované rodičovství je možné vysvětlit jako chtěné rodičovství, to znamená, že partnerský pár by chtěl mít děti a snaží se o početí. Naopak negativní plánované rodičovství znamená, pokud partneři nechťejí nebo neplánují dalšího potomka, pokud již nějaké děti mají. Tudíž díky tomuto rozhodnutí si pak volí vhodnou antikoncepční metodu, která zabrání otěhotnění (Slezáková, 2017, s. 102). Plánované rodičovství je součástí základních lidských práv, což znamená, že partneři mají právo vybrat si podle sebe nejvhodnější dobu početí neboli koncepcie a počet svých dětí. Nicméně by žena měla být chráněna i před nežádoucím otěhotněním, s čímž souvisí také znásilnění. Tato práva, která jsou uvedena v Helsinském protokolu lidských práv, byly schválené na konferenci v Teheránu v roce 1968 (Driák, 2020, s. 53). V současnosti existují organizace, které prosazují práva ženy v plánování rodičovství, jednou z těchto organizací je například „International Planned Parenthood Federation“ (IPPF). Pro možné uskutečnění zvolené volby o plánovaném rodičovství, je velice důležitá znalost dostupných antikoncepčních metod. Dále je podstatný dostatek informací, jaké jsou výhody a nevýhody jednotlivých typů antikoncepcie, ale také jejich míra spolehlivosti (Fait, 2018, s. 10-11). Dospívající jedinci by měli mít snadný přístup k dostatečným informacím o antikoncepci, díky čemuž může dojít ke snížení počtu mladých dívek, které nechťeně otěhotní. Zároveň mají právo na ucelenou sexuální výchovu, která jim pomůže v učení a pochopení různých aspektů lidské sexuality (World Health Organization, 2021).

2.1 Sexuální výchova

Sexuální výchova je často vnímána jako školní předmět, avšak mimo jiné to není jenom předmět vyučovaný ve školách, ale také výchova, která je uplatňována již od dětství i v rodině. Sexuální výchova by měla být zahájena již v předškolním věku, kdy je dítě zvědavé a zajímají ho například odlišnosti mezi pohlavím muže a ženy. Na otázky ohledně sexuality je doporučované již v tomto věku odpovídat otevřeně a pravdivě. Děti si z poskytnutých informací vyberou takové, kterým dokáží v daném věku porozumět a zároveň získají pocit, že se svých rodičů mohou zeptat na cokoli. S poskytováním informací o sexualitě mohou dětem v dnešní době napomocť různé obrázkové knížky. S přibývajícím věkem školáka až dospívajícího je vhodná časná edukace o pohlavním styku, antikoncepčních metodách a ochraně před pohlavně přenosnými chorobami (STD). U dívek je poté vhodné také poučení o gynekologické prohlídce, která by měla být pravidelná (Uzel, 2016). Hořejší (2017, s. 238-239) uvádí, že dítě okolo věku

3 let by mělo znát základní sexuální odlišnosti mezi mužem a ženou. V předškolním věku by dítě mělo být vhodnou formou, s ohledem na jeho věk, seznámeno s rizikem zneužívání, násilí, ale také i pedofilii. Školák by měl znát vhodný slovník pro popis např. pohlavních orgánů. Ve věku dospívání je vhodné získávání více informací o anatomii a fyziologii pohlavní soustavy, o kontracepci a STD, ale také o nebezpečí internetu a sociálních sítí.

Informace a dovednosti v této oblasti, které poskytuje školský vzdělávací systém žákům či studentům jsou považovány za odborné a přiměřené jejich věku. Osoba poskytující tyto informace by měla být schopná navodit takovou atmosféru, ve které se žáci nebudou mít strach dotázat na vše, co je zajímavé. Pedagog by zároveň měl být otevřený jejich otázkám a umět na ně bezprostředně a pravdivě odpovědět. Začlenění výuky sexuální výchovy má za sebou určitou historii, kdy se vyučovala různými způsoby a její název se několikrát změnil. V ČR byla do školství zařazena začátkem 20. století pod názvem výchova pohlavní, která byla pro žáky ve formě přednášky vedena většinou lékařem. Od 60. let 20. století byl změněn název na výchovu k rodičovství, která byla vedena stále obdobně jako v předchozích letech, ale mohli se jí zúčastnit i rodiče žáků. V 70. letech byla výchova k rodičovství vedena jako rozhovor mezi žákem a pedagogem, v 80. letech došlo pouze k úpravě názvu na výchovu k manželství a rodičovství a v 90. letech se název opět změnil, tentokrát na rodinnou a sexuální výchovu. Poslední změna názvu je pouze sexuální výchova a platí od začátku školního roku 2007/08. Od této doby má různé metody výuky (Rašková, 2012. s. 49-51).

V současnosti je sexuální výchova nejčastěji součástí školních předmětů, ale může být i samostatným předmětem. Vyučuje se na základních a středních školách. Může být součástí při vyučování například biologie, občanské nauky, výchovy ke zdraví, náboženství a jiných předmětů. Sexuální výchova může být považována za multidisciplinární, pokud je vyučována různými pedagogy, díky jejímu rozčlenění do různých vyučovaných předmětů. Úkolem tohoto tématu či předmětu je seznámení jedinců s lidskou sexualitou a příprava na sexuální život. Zabývá se mnoha skutečnostmi jako jsou mezilidské a rodinné vztahy, prevence nechtěného otěhotnění v podobě antikoncepce, možnosti ochrany před pohlavně přenosnými chorobami, různými sexuálními deviacemi, ale také sexuálním zneužíváním dětí či nebezpečí dnešní moderní doby v podobě internetu a možné falešné identity (Koliba, et al., 2019, s. 12-17).

3 ANTIKONCEPCE

Antikoncepce neboli kontracepce je jakýkoliv způsob ochrany, který znemožňuje početí. Jedná se o metody zabraňující nechtěnému početí, při nichž není nezbytná sexuální abstinence. Při výběru přijatelné antikoncepční metody pro daný pár je důležité zhodnocení výhod, nevýhod a spolehlivosti vybrané antikoncepce. Doposud zatím neexistuje naprosto perfektní, bezchybná antikoncepce, která by byla stoprocentně spolehlivá, snadno aplikovatelná, lehce návratná a vhodná pro všechny. O výběru vhodné antikoncepce rozhodují také finanční možnosti a náboženské přesvědčení (Driák, 2020, s. 55-60). Dnešní doba s sebou nese velký výběr dostupných kontracepčních metod pro všechny, včetně jedinců, kteří mají zdravotní omezení v užívání některých metod kontracepce. Důležitou funkci v poskytování ověřených informací o způsobech, které zabraňují početí nesou jak zdravotničtí pracovníci, tak především gynekologové a praktičtí lékaři (Křepelka, 2017). U mladších jedinců je četnost pohlavních styků mnohokrát vyšší než u starších párů, to samé platí i o jejich plodnosti. V dnešní době se totiž setkáváme s mladými patnáctiletými dívkami, které již mají sexuální zkušenosti, díky čemuž vzrůstá riziko nežádoucího početí nebo také selhání nějaké antikoncepční metody. Aby toto riziko bylo minimalizované, je velice podstatné a žádoucí mladistvým jedincům poskytnout dostatečně spolehlivou a bezpečnou antikoncepci, zároveň pro ně vhodnou (Koliba, 2014, s. 348).

K hodnocení spolehlivosti kontracepce se nejčastěji používá tzv. Pearl index (PI), který vyjadřuje nespolehlivost určité antikoncepční metody v procentech od 0 až do 100. Jeho hodnota se vypočítá jako počet nežádoucích početí ze 100 žen, které používají danou antikoncepční metodu, konkrétně po dobu 1 roku (Driák, 2020, s. 108). Obecně platí pravidlo, že čím nižší je hodnota PI, tím je daná antikoncepční metoda bezpečnější. Za spolehlivou kontracepci lze považovat takovou metodu, která má hodnotu svého PI nižší než 5 (Slezáková, 2017, s.102).

Antikoncepční metody lze rozdělit do několika skupin z hlediska různých faktorů, například: dle pohlaví, pro které je antikoncepce určena, na mužskou a ženskou antikoncepci, dle působení hormonů na hormonální a nehormonální antikoncepci, dle nutnosti spoluúčasti lékaře a volně dostupnou antikoncepci, dle principu působení na bariérové, přirozené a jiné metody. Dělení způsobů, které zabraňují početí, do jednotlivých skupin je opravdu mnoho, můžeme je rozdělit samozřejmě i v souvislosti návaznosti na pohlavní styk, nebo také i dle míry spolehlivosti (Driák, 2020, s.55-56). Dle Faita (2018, s. 13) je možné další členění kontracepce na metody

vratné (reverzibilní) které spočívají v obnově plodnosti a nevratné (ireverzibilní), po kterých je neplodnost trvalá.

Slezáková (2017, s. 102) uvádí, že antikoncepce je považována za nejvíce výhodnou pomůcku k regulaci natality. V dnešní době je již mnoho dostupných antikoncepčních metod a díky jejich dostupnosti se v České republice (ČR) konstantně snižuje počet provedení umělého přerušení těhotenství (UPT), které je považováno za nejméně vhodný prostředek k regulování natality, a to jak z etických, tak i ze zdravotních důvodů.

UPT neboli interrupce není řazena mezi antikoncepční metody. Je to metoda, která se používá pouze jako nejzazší možnost pro ukončení těhotenství například při selhání používané antikoncepční metody či ze zdravotní indikace. Avšak také záleží na dostupnosti kontracepčních metod v dané zemi, protože v zemích, kde je hůře dostupná antikoncepce se UPT stává prostředkem používaným u plánovaného rodičovství, což není vhodné. V ČR byla interrupce na základě požadavku ženy uzákoněna v roce 1957. Poté náš stát usiloval o nižší počet provedených potratů (abortů). Zprvu toto byla tato snaha řízena tzv. „potratovými komisemi“ a o pár let později bylo provedení UPT bez zdravotní indikace zpoplatněno (Fait, 2018, s. 10).

Historie antikoncepce a plánovaného rodičovství sahají již do dob před naším letopočtem, již v té době se snažilo zabránit nechtěnému otěhotnění, avšak nebyly dostupné metody jako máme dnes, tudíž využívali jiné, dle různých teorií. Například si mysleli, že k početí nedojde, pokud žena nedosáhne orgasmu. Tudíž bylo ženám doporučováno, aby byl pohlavní styk ukončen před dosažením orgasmu ženy, poté aby žena zakašlala a následně vypila studený nápoj. K zabránění otěhotnění ve středověku byly používány absurdní metody jako zařikávání, pití kravské moči, pití vody, ve které kováři chladili své kovářské kleště a jiné. K potratům byly využívány extrakty z rostlin. Další antikoncepční metodou byl přerušovaný pohlavní styk, octové výplachy pochvy po styku a jiné (Driák, 2020, s. 49).

Statistika Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) z roku 2020 udává, že umělé přerušování těhotenství podstoupilo celkem 981 dívek ve věku 15-19 let, z toho bylo pouze 51 UPT ze zdravotní indikace. Celkový počet potratů, ve kterém je zahrnutý samovolný potrat (abort), UPT i mimoděložní těhotenství pro celou ČR za rok 2020 dosáhl dohromady 30368 potratů a v roce 2000 to bylo celkem 44894 potratů. Ze statistických údajů ÚZIS ČR vyplývá, že v roce 2020 v ČR byl celkový počet abortů snížen přibližně o 32,4 %

v porovnání před dvaceti lety s rokem 2000 (ÚZIS ČR, 2020, s.146-147; ÚZIS ČR, 2000, s.98-99).

3.1 Přírozené antikoncepční metody

Tato skupina metod je nejčastěji založena na výpočtu a nalezení plodného a neplodného období, kdy při nalezení plodných dnů je vhodné vyhnout se pohlavnímu styku, aby nedošlo k případnému nechtěnému početí. Naopak tyto přírozené metody využívají i ženy, které se snaží o početí svého potomka, a tudíž jim zjištění plodného období může pomoci ke snadnějšímu dosažení jejich cíle. Aby bylo možné dosáhnout správného výpočtu pro nalezení těchto plodných i neplodných dnů je důležité každodenní sledování příslušných faktorů, podle kterých se tyto dny počítají, dle zvolené možnosti způsobu výpočtu. Další podmínkou je nutnost pravidelné menstruace a ovulace, která by měla být jedna při obvyklém menstruačním cyklu. Díky tomu se tyto způsoby antikoncepce nedoporučují dospívajícím dívkám, které mají často nepravidelný cyklus, oproti starším ženám, které mají převážně pravidelný cyklus. Nejvyšší možnost otěhotnění bývá většinou přibližně 5 dní před ovulací a 1 den po ní. Obecně tyto metody nejsou považovány za spolehlivou kontracepci, proto nejsou nejvhodnějšími způsoby k zabránění otěhotnění pro ženy či dívky, které si ho nepřejí (Brochmann a Dahl, 2019, s. 146-148).

První metodou je **kalendářová metoda**, spočívající v několika měsíčním sledování menstruačního cyklu (6-12 měsíců) a z toho se poté vypočítají plodné a neplodné dny. Tato metoda je označována jako zastaralá a nespolehlivá, tudíž její používání není doporučeno (Driák, 2020, s. 157).

Druhým způsobem je **teplotní metoda**, která je založena na každodenním sledování tělesné teploty, tu je důležité měřit za stejných podmínek, nejlépe každé ráno v pochvě. Měření se provádí minimálně po dobu 3 měsíců. Pokud teplota stoupne přibližně o 0,2 °C až 0,6 °C, tak tento fakt je známkou pro očekávanou ovulaci. Abychom tedy vypočítali plodné dny, tak k prvnímu dni zvýšení teploty a dnu, který mu předcházela přičteme a odečteme tři dny, tudíž získáme období přibližně 8-9 dní, které považujeme za plodné (Slezáková, 2017, s. 103).

Také se používá **hlenová metoda**, která hodnotí změny hlenu, toho v období ovulace nabývá a stává se tažným. Dalším způsobem pro určení plodných a neplodných je například **cervikální metoda**, která hodnotí změny tuhosti děložní čípku, dále **sexuální abstinence** nebo také **kojení**, za dodržení určitých podmínek (Čepický, 2021, s. 56-58).

Mezi přirozené metody řadíme také i tzv. **přerušovanou soulož** (coitus interruptus). Ta spočívá především ve schopnosti muže dosáhnout svého vyvrcholení mimo genitál ženy. Ačkoli je tato metoda velice oblíbená, její spolehlivost není vysoká, protože ještě před samotnou ejakulací muže (vyvrcholení) je uvolňován tzv. preejakulát, ve kterém mohou být přítomny spermie (Koliba, 2014, s. 351).

Před dalším pohlavním stykem je doporučeno, aby se muž vymočil a případné spermie, které zůstaly v močové trubici byly vyplaveny ven. Pozitivem této metody je využitelnost. Lze ji využít téměř kdykoliv, jelikož k jejímu použití není zapotřebí žádných pomůcek. Avšak na druhou stranu je velice důležitá sebekontrola a zkušenosti muže, proto se přerušovaná soulož nedoporučuje mladým lidem, kteří nemají dostatek sexuálních zkušeností (Driák, 2020, s. 114-115).

3.2 Bariérové antikoncepční metody

Pro tyto metody je možné i další dělení, uváděné ve spoustě publikacích dle pohlaví užívání na mužskou (prezervativ) a ženskou bariérovou antikoncepci (pesary, femidom). U obou skupin je princip zabránění nechtěného otěhotnění téměř podobný až shodný, jelikož díky těmto pomůckám je vytvořena překážka, která spermii neumožňuje dostat se do dělohy (Čepický, 2021, s. 58-59).

Prezervativ (coitus condomatus) je celosvětově nejvíce rozšířenou a používanou mužskou antikoncepční metodou. Kondom je jednorázový speciální návlek na penis, nejčastěji vyrobený z latexu, ale je dostupný i z jiných materiálů dle potřeb uživatelů. Prezervativ se na penis nasadí ještě před samotným pohlavním stykem a při vyvrcholení muže je ejakulát zachycen kondomem a jeho rezervoárem, jenž se nachází na jeho konci. Tímto způsobem je zabráněno průniku spermií do pochvy. Tato metoda může selhat například díky přítomnosti nežádoucího vzduchu uvnitř kondomu a jeho následným prasknutím, nebo neopatrnou manipulací při sundávání kondomu, díky čemuž se může ejakulát dostat do pochvy (Driák, 2020, s. 117).

Obrovskou výhodou je, že kondom pro nás neznamena pouze způsob zabraňující případnému početí, ale zároveň slouží i jako ochrana před pohlavně přenosnými nemocemi (STD), jako je kapavka, syfilis, chlamydie, syndrom získaného selhání imunity a jiné. Proto je velmi důležité použití prezervativu například při náhodném koitu. STD se přenáší pohlavním stykem, krví nebo také kontaktem s kůží či sliznicí infikovaného. Virus lidské imunitní nedostatečnosti (HIV) způsobuje závažné nevyléčitelné systémové onemocnění, kterým je syndrom získaného selhání imunity (AIDS) (Brochmann a Dahl, 2019, s. 144, 243-244).

Státní zdravotní ústav (SZÚ) poskytuje statistiky, ve kterých vydává roční přehledy o výskytu různých STD v populaci a uvádí, že v ČR přibylo 251 obyvatel infikovaných virem HIV za rok 2020, z toho 203 mužů a 48 žen. Nejčastější riziko přenosu tohoto viru je sexuální kontakt. V České republice je udáván roční nárůst HIV pozitivity přibližně 2 infekce na sto obyvatel za rok, díky tomu patří ČR mezi země s nízkým rizikem nákazy (Malý, et al., 2021, s. 287-290). Šrámková (2015, s. 203) udává, že se kondom nejčastěji používá jako antikoncepce při prvním pohlavním styku, konkrétně v ČR u 42 % mužů a 31 % žen.

Femidom neboli ženský kondom má specifický tvar, který je dlouhý asi 17 cm a na jednom konci se zužuje. Zavádí před stykem do pochvy a při ejakulaci muže je díky femidomu následně zachyceno sperma, podobně jako u mužského prezervativu. Má na obou koncích speciální kroužek, menší se zavádí do pochvy a větší přesahuje ven, přes zevní genitál. Tato forma antikoncepce není moc oblíbená ať už díky složitějšímu zavádění či nepohodlí při samotném koitu. Aby bylo zabráněno případnému protrhnutí femidomu není doporučeno ho používat současně s kondomem (Hořejší, 2017, s. 216). Zároveň má stejnou výhodu jako kondom, kterou je ochrana před přenosem STD (Koliba, 2014, s. 350).

Další možností jsou pesary, buď vaginální nebo cervikální, které jsou vyrobeny z latexového materiálu. **Cervikální pesar** je klobouček, který se zavádí před pohlavním stykem přímo na děložní hrdlo, avšak maximálně na 48 hodin. Je volně prodejný a dostupný v několika velikostech. Ta se vybírá na základě faktu, zda žena již rodila nebo ne. **Vaginální pesar** (diafragma) je docela podobný pesaru, ale liší se místem zavedení a velikostí. Zavádí se před stykem před děložní hrdlo, kdy se pomocí svého pevného okraje roztáhne a drží svůj tvar za pomoci stěny pochvy a může tam být ponechán nejdéle 24 hodin. Vhodná velikost diafragmy je důležitá, proto by měla být zvolena gynekologem na základě jeho měření (Brochmann a Dahl, 2019, s. 145-146). U pesarů je obecně doporučována kombinace se spermicidními přípravky a ponechání na zavedeném místě po dobu alespoň 6 hodin, díky čemuž je možné dosáhnout vyšší spolehlivosti metod. Oba pesary je možné opakovaně používat při dodržení vhodných hygienických podmínek. Po určitém čase používání je vhodné tyto pomůcky vyměnit za nové, ideálně po dvou letech, u diafragmy možno až po třech. Samozřejmě, pokud dojde k porušení jejich celistvosti je nutná okamžitá výměna (Driák, 2020, s. 170-171).

3.3 Chemické antikoncepční metody

Touto formou antikoncepce jsou speciální přípravky, tzv. spermicidy, které působí lokálně a jejichž principem je znehybnění (imobilizace) spermií. Jsou dostupné v různých formách: gely,

krémy, poševní globule a jiné. Mohou se používat v kombinaci s bariérovými antikoncepčními pomůckami a zároveň mají i lubrikační a protinfekční účinek (Koliba, et al., 2019, s. 73). Jejich používání je poněkud jednoduché, zavádějí se přímo do pochvy přibližně 15 minut před každou souloží (případně jinak, pokud je uveden jiný čas v příbalovém letáku u daného spermicidu). Po styku se v pochvě musí nechat alespoň po dobu 6 hodin, až teprve po uplynutí doby se mohou smýt. Účinek spermicidů přetrvává až několik hodin. Tyto přípravky jsou dobře dostupné, volně prodejné a zároveň jsou vhodné i pro mladé dívky, které nemají dostatek sexuálních zkušeností (Koliba, 2014, s. 350). Dle Čepického (2021, s. 58-60) je možné zařazení chemických metod mezi bariérové antikoncepční metody, protože obdobně jako bariérové metody, tak i spermicidy vytvářejí jakousi chemickou překážku, která zabraňuje spermiím průniku do dělohy. Dále doporučuje kombinaci těchto dvou metod, kvůli nejistotě dostatečného pokrytí celé pochvy daným spermicidem.

3.4 Hormonální antikoncepce

Tato forma kontracepce poskytuje vysokou míru spolehlivosti a zároveň s sebou nese i neantikoncepční účinky. Hormonální antikoncepce (HAK) je nejvyužívanější antikoncepční metodou v ČR, užívá ji asi 40 % mladistvých dívek (Hořejší, 2017, s. 219). Hormonální antikoncepce je dostupná pouze na lékařský předpis. Způsob užívání HAK je možný v různých podobách, asi nejznámější jsou hormonální tabletky nebo pilulky, ale lze ji aplikovat i v jiných formách jako jsou náplasti, injekce nebo také vaginální kroužek. Podle působících hormonů dělíme HAK na dvě skupiny: kombinovanou hormonální antikoncepci a gestagenní antikoncepci (Slezáková, 2017, s. 105).

Základem **kombinované hormonální antikoncepce** je kombinace dvou hormonů: estrogenu a progestinu. Principem této metody je zabránění ovulace, k čemuž dochází díky působení hormonů na adenohipofýzu a tím je docíleno poklesu hladiny FSH a LH, jenž je pro ovulaci důležitý. V dnešní době je pro výrobu kombinované hormonální antikoncepce nejčastěji využíván estrogen zvaný ethinylestradiol (EE). Podle dávky EE, například v jedné tabletě, je možné rozdělení na antikoncepci vysoko dávkovou, nízko dávkovou a velmi nízko dávkovou. Progestinů využívaných k výrobě této metody je více, není jeden nejdominantnější a dělí se do čtyř generací dle své androgenní aktivity. Lékař předepisující HAK je vždy gynekolog, který by měl od ženy získat podrobnou anamnézu zaměřenou především na rizika a kontraindikace užívání pro hormonální antikoncepci, změřit krevní tlak a učinit onkologické vyšetření. Dále ženský lékař zhodnotí, zda je možné, aby daná žena užívala HAK a také jaký způsob aplikace pro ni bude nejvhodnější. **Kombinovaná perorální antikoncepce (COC)** ve formě tabletek je

nejvíce užívaná forma kombinované HAK. Obvykle se tabletky užívají po dobu 21 dní, poté je 7 dnů pauza, ve které dochází k tzv. pseudomenstruačnímu krvácení kvůli poklesu hladin hormonů a při této pauze zároveň platí, že žena je i tak pod dobu těchto dnů nadále chráněna před otěhotněním. První tabletky COC se zpravidla užívá první den menstruačního cyklu (první den menstruačního krvácení) a poté každý den 1 pilulka nejlépe ve stejný čas v cyklu 21+7. Některé COC přípravky mohou mít i jiný cyklus užívání a některé tablety je možné užívat dokonce kontinuálně až několik měsíců v kuse. Vždy ale záleží na druhu COC a doporučení užívání dle výrobce, které je stanovené v příbalovém letáku dané antikoncepce (Driák, 2020, s. 205-207, 239-243, 290).

Kontraindikace kombinované hormonální antikoncepce dělíme na absolutní a relativní. **Absolutními kontraindikacemi COC** se rozumí přítomnost onemocnění srdce a cév v osobní anamnéze, jako je tromboembolická nemoc (TEN), cévní mozková příhoda (CMP) nebo ischemická choroba srdeční (ICHS). Mezi další absolutní kontraindikace řadíme neléčený vysoký krevní tlak, graviditu, kouření (kuřačky nad 35 let), závažné onemocnění jater, migrénu s aurou, plné kojení, komplikovaný diabetes mellitus (DM), karcinomy prsu, endometria a vaječnicků. Mezi **relativní kontraindikace COC** se řadí vrozené poruchy srážlivosti krve, přítomnost kardiovaskulárních onemocnění (KVS) v rodinné anamnéze (u osob do 45 let), zásadní srdeční vady, nenádorové onemocnění jater, nekomplikovaný DM a některá další autoimunitní onemocnění, jako je například systémový lupus erythematosus (Fait, 2018, s. 21). Driák (2020, s. 245) uvádí i další relativní kontraindikace COC například kojení do šestého měsíce po porodu, přítomnost rizikových faktorů, které zvyšují riziko KVS onemocnění (např. věk, kouření, obezita, vysoký krevní tlak, aj.) nebo určité léky, které navzájem interagují s COC a tím snižují její účinnost.

Nevýhody COC mohou být vedlejší účinky jako je přibírání na hmotnosti, nižší sexuální touha nebo poruchy menstruačního cyklu, čímž v tomto případě je myšlená ztráta pseudomenstruace během několika denní pauzy při užívání COC. U kuřaček společně s dalším rizikovým faktorem (např. obezita) je vyšší riziko CMP (Čepický, 2021, s. 62). Vznik TEN je považován jako nejzávažnější komplikace při užívání COC. Další rizikové faktory pro vznik TEN jsou především poruchy srážlivosti krve (např. Leidenská mutace), obezita, kouření, ale i období gravidity, porodu a 6 týdnů po porodu (Koliba, 2014, s. 349-350).

Kombinovaná hormonální antikoncepce kromě spolehlivého antikoncepčního účinku poskytuje i určité výhody, které jistě ženy ocení. Mezi **výhody COC** je možné řadit například úpravu

menstruačního cyklu, zmírnění menstruačních bolestí, snížení intenzity menstruačního krvácení, ochrana před mimoděložním těhotenstvím, nižší výskyt ovariálních cyst, pánevních zánětů, karcinomů vaječníků a endometria. Dále je možné COC využít k léčbě nadměrného ochlupení či problematické pleti (akné) (Hořejší, 2017, s. 221-222).

Pravidelnost užívání COC je velice důležitá pro zachování požadované vysoké míry spolehlivosti, protože i u této metody může dojít k selhání a ve většině případů je příčinou chyba v pravidelném užívání. Výrobci obvykle uvádí časovou toleranci 12 hodin, což znamená, že pokud si žena zapomene vzít tabletku a užije ji do této časové doby a dále pak pokračuje v obvyklém pravidelném užívání, měl by být antikoncepční účinek zachován. Ovšem pokud je 12 hodin přesaženo, již není garantovaná spolehlivost a je vhodné po dobu následujících sedmi dnů využít i jinou antikoncepční metodu (Driák, 2020, s. 240-241).

Kromě tabletek COC v dnešní době máme i jiné možnosti a tím jsou non-orální způsoby kombinované hormonální antikoncepce, ve formě **transdermální (náplasti)** a **vaginální (kroužek)**. Náplast se lepí na kůži každý týden nová, po dobu 3 týdnů a poté následuje 1 týden pauza, stejně jako u COC. Jednorázový vaginální kroužek se zavádí do pochvy na 3 týdny, po kterých následuje opět týdenní pauza (Koliba, et al., 2019, s. 77-78).

Gestagení hormonální antikoncepce se od předchozí skupiny kontracepce liší obsahem hormonů, protože obsahuje pouze progestin, který se nepřetržitě podává buď ve formě minipilulek, injekcí či podkožních implantátů. Spolehlivost je obdobná jako COC, avšak principem účinku je změna hlenu, který mění svou strukturu, stává se pro spermie nepropustným. Oproti kombinované hormonální kontracepci s sebou tato antikoncepce nese méně nevýhod a kontraindikací, zejména menší riziko vzniku TEN, ale také postrádá výhody, které má kombinovaná HAK (Čepický, 2021, s. 64).

Mezi **absolutní kontraindikace** této kontracepce řadíme karcinom prsu a graviditu, další nejsou uváděny. **Relativní kontraindikace** jsou téměř stejné jako u kombinované hormonální antikoncepce. Užívání gestageních přípravků je doporučováno pro ženy, které nemohou užívat estrogény, tudíž i kombinovanou HAK, což jsou převážně nemocné a kojící ženy (Fait, 2018, s. 65-67). Nevýhodou při užívání této antikoncepce může být nepravidelnost menstruačního krvácení. Perorální gestagení antikoncepce (POP) ve formě minipilulky, které obsahují nízkou dávku progestinu a také vyžadují obrovskou přesnost a pravidelnost v každodenním užívání. Injekce se podává intramuskulárně v intervalu 1x za 12 týdnů.

Podkožní implantáty jsou aplikovány pod kůži na paži přibližně na tři roky, ale může být až zaveden až pět let (Slezáková, 2017, s. 105).

3.5 Postkoitální antikoncepce

Postkoitální antikoncepcí se rozumí záchranná metoda zabráňující otěhotnění a lze ji užít až po pohlavním styku. Nejčastěji je podávána ve formě tablet, které obsahují vysoké dávky estrogenů a progestinů. Není určena pro pravidelné užívání, naopak je určena pouze pro výjimečné situace, převážně po proběhlé nechráněné souloži, selhání antikoncepční metody nebo také po nechtěném koitu. Tyto vysoko hormonální tablety je možné užít do 72 hodin po styku a jsou volně dostupné v lékárně, bez nutnosti lékařského předpisu. Jejich nevýhodou po požití však může být narušení menstruačního cyklu, který by se po čase měl sám upravit (Driák, 2020, s. 347, 357).

Spolehlivost postkoitální antikoncepce je poměrně vysoká a mezi známé zástupce této metody patří Postinor-2, který obsahuje 2 tablety. První tableta se užije co nejdříve je to možné od proběhlého styku do 72 hodin a poté následuje užití druhé tablety po 12 hodinách od užití první tablety. Dalším známým přípravkem je Escapelle tbl., který oproti předchozímu obsahuje pouze jednu tabletu, kterou je nutné užít také do 72 hodin po koitu. Tyto dva přípravky se od sebe liší hlavně obsahem hormonů v jedné tabletě, účinek je stejný. Základním principem postkoitální antikoncepce je vliv hormonů, která způsobí narušení ovulace, změny děložní sliznice a pohyblivosti vejcovodů (Fait, 2018, s. 87).

3.6 Nitroděložní antikoncepce

Rozlišujeme nitroděložní tělíska bez hormonů (IUD), které obvykle obsahují nějaký kov, nejčastěji měď nebo jiný vzácný kov a hormonální nitroděložní systém (LNG-IUS), což jsou tělíska, která uvolňují progestin, nejčastěji levonorgestrel (Čepický, 2021, s. 64). Oba typy nitroděložních tělísek jsou považovány za velice spolehlivou metodu a jsou vhodné, jak pro adolescentky, tak pro ženy po porodu. Jelikož konstrukce dnešních tělísek je přizpůsobená pro snadné zavedení do dělohy i ženám, které ještě nerodily (Křepelka, 2017).

Před zavedením **nehormonálního nitroděložního tělíska** je důležité vyšetření a pečlivý sběr anamnézy, která se zaměřuje na rizikové faktory a případné kontraindikace. Zavedení IUD je prováděné gynekologem za dodržení přísných aseptických podmínek, přibližně 3.-5. den menstruačního krvácení. Díky tomuto postupu je vyloučeno těhotenství, které je jednou z možných kontraindikací pro zavedení IUD. Po skončení první menstruace se zavedeným IUD je vhodné ultrazvukově zkontrolovat správnou polohu IUD. V České republice je standartně

doporučováno zavedené tělísko v děloze ponechat nejdéle po dobu 5 let, poté je vhodné výměna za nové. Princip účinku spočívá v tom, že IUD, které je považované za cizí těleso v děloze vyvolává jakýsi zánět, který na sebe váže různé buňky, včetně leukocytů, které napadají spermie a zabraňují jejich vstupu do vejcovodů (Driák, 2020, s. 187-188, 193).

Mezi absolutní kontraindikace IUD patří gravidita, alergie na látky obsažené v IUD, anatomické vady dělohy, záněty pohlavních orgánů, neobjasněné krvácení z dělohy nebo karcinomy dělohy a čípku (Driák, 2020, s. 201-202).

Hormonální nitroděložní systém (LNG-IUS) je u nás v ČR nejčastěji známý pod nitroděložním tělískem s názvem Miréna, která obsahuje progestin levonorgestrel, který je postupně uvolňován (Koliba, 2014, s. 350). Kombinací hormonů a IUD, tedy i jejich principů účinku je uváděna vyšší spolehlivost. Způsob zavedení, doba ponechání LNG-IUS v děloze i kontraindikace jsou shodné jako u IUD. Oproti nehormonálním tělískům mají hormonální tělíska výhodu v podstatně menší krevní ztrátě při menstruačním krvácení, někdy může dojít až k případnému vynechání menstruace (Čepický, 2021, 65).

3.7 Sterilizace

Sterilizace je ireverzibilní metoda antikoncepce, která je vhodná pro páry, kteří jsou pevně rozhodnutí o tom, že si nepřejí další potomky. Od roku 2012 je v ČR možnost podstoupení sterilizace na vlastní žádost, což může učinit každý občan, který dosáhnul věku 21 let. Tato metoda není doporučována pro mladé osoby, kvůli její nenávratnosti. Avšak někteří mladí lidé ji podstupují, převážně ze zdravotních indikací (Koliba, 2014, s. 351). Lze ji rozdělit na ženskou a mužskou sterilizaci. U žen sterilizace spočívá v operačním přerušení průchodnosti vejcovodů, které se obvykle provádí laparoskopicky, ale je možné použít i hysteroskopickou metodu. U mužů je sterilizace odborně nazývána vazektomie, kdy jsou oboustranně přerušeny chámovody (Šrámková, 2015, s. 203-204).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

4 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

Tato bakalářská práce na téma Úroveň znalostí dospívajících dívek o antikoncepčních metodách je teoreticko-průzkumná. K vypracování průzkumné části bylo využito kvantitativního sběru dat, pomocí dotazníkového šetření. Nástrojem ke sběru dat byl nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby zaměřený na znalosti dívek o antikoncepci (Příloha A). Dotazník byl anonymní a dobrovolný.

Průzkum probíhal na střední škole po schválení dotazníku a vyjádření souhlasu ředitele dané školy s provedením průzkumu v období od 7. do 11. dubna 2022. Dotazníky byly distribuovány studentkám během vyučovací hodiny po předchozí dohodě s vyučujícím. Vyplňování dotazníku probíhalo za přítomnosti autorky práce a vyučujícího dané hodiny. Studentkám byl vysvětlen cíl průzkumu a ponechán prostor na případné dotazy či vyjádření nesouhlasu s vyplněním dotazníku a účastněním se na průzkumu. Celkem bylo rozdáno a nazpět vybráno 79 dotazníků (100 %). Návratnost dotazníku byla stoprocentní, všechny oslovené studentky souhlasily s vyplněním dotazníku. Ke zpracování průzkumu bylo využito pouze 67 vyplněných dotazníků (85 %), zbylých 12 dotazníků (15 %) bylo z průzkumu vyřazeno, kvůli nevyhovujícímu věku zkoumaného souboru respondentů. Dotazník se skládá celkem z 16 otázek, z toho je 9 otázek uzavřených, 5 otázek polouzavřených a 2 otázky otevřené. Respondentky měly u některých otázek možnost výběru více odpovědí, celkem u 4 otázek, naopak u 10 otázek měly možnost výběru pouze jedné správné odpovědi, zbylé 2 otázky byly otevřené, kde měly respondentky prostor pro vyjádření vlastní odpovědi.

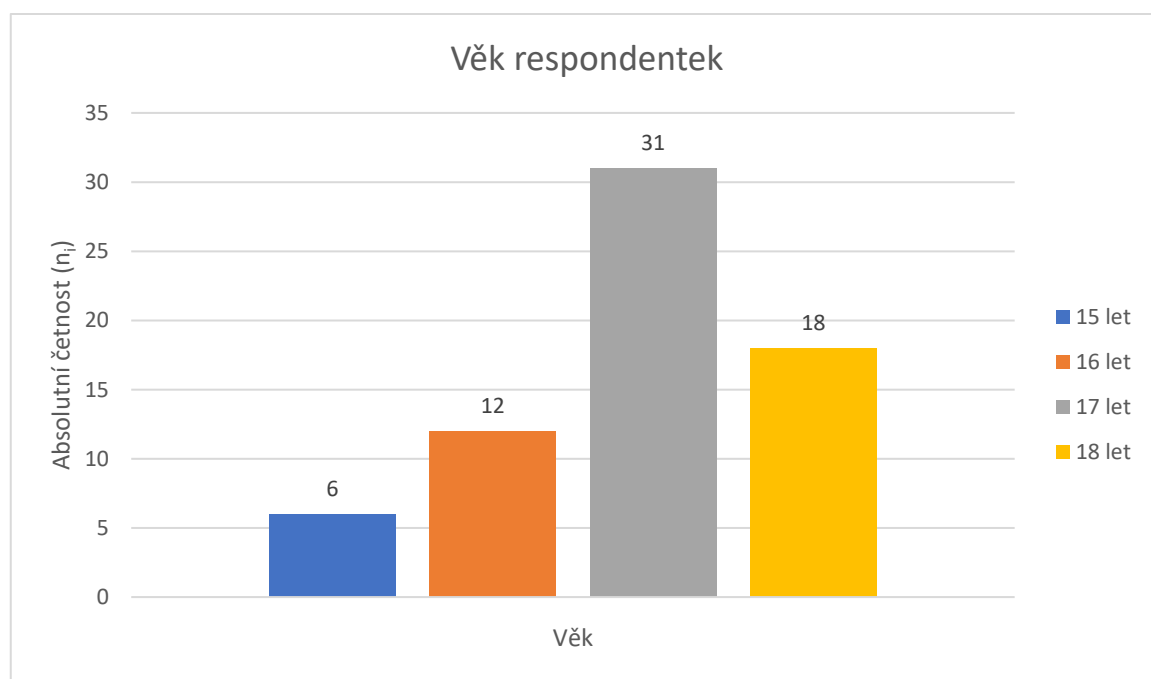
Pro zpracování dat dotazníkového šetření byla využita popisná statistika využívající absolutní a relativní četnost. Absolutní četnost (n_i) nám poskytuje informaci o tom, kolik respondentek danou odpověď zvolilo v případě otázek s jednou možnou odpovědí, naopak u otázek s možností výběru více odpovědí nám n_i udává kolikrát byla daná odpověď respondentkami vybrána. Celková absolutní četnost (n) je počet všech respondentek, popřípadě součet všech n_i jednotlivých odpovědí. Relativní četnost (p_i) se udává nejčastěji v procentech a vypočítá se jako podíl absolutní četnosti (n_i) dané odpovědi a celkové absolutní četnosti (n), to celé se vynásobí stem a dostaneme výsledek v procentech. Vzorec pro relativní četnost je tedy $p_i = (n_i/n) * 100$. Celková relativní četnost (p) je součet všech p_i jednotlivých odpovědí, obecně platí pravidlo že $p = 100 \%$ (Neubauer, et al., 2021, s. 33-34, 37). Vyhodnocení jednotlivých otázek je

prezentováno pomocí tabulek četností nebo grafů, které byly vytvořeny autorkou této práce v počítačových programech Microsoft Excel a Word.

4.1 Charakteristika průzkumného souboru

Respondenty zařazené do průzkumu byly studentky střední školy, konkrétně dívky ve věku 15 až 18 let. Tato skupina byla vybrána záměrně. Důvodem k výběru této skupiny respondentek byl předpoklad, že dívky v tomto věku by měly mít dostatek informací a znalostí ohledně antikoncepčních metod, jelikož v tomto období dochází k navazování prvních sexuálních vztahů. Dotazník vyplnilo 6 (9 %) 15letých, 12 (18 %) 16letých, 31 (46 %) 17letých a 18 (27 %) 18letých respondentek z celkového počtu 67 (100 %). K této charakteristice průzkumného souboru se vztahovala dotazníková otázka č. 1, které je graficky vyobrazena (Obrázek 1) a popsána níže.

Otázka č. 1: Doplňte, jaký je Váš věk: _____



Obrázek 1 – Graf věkového zastoupení respondentek

Dotazník byl distribuován mezi studentky střední školy. Věková hranice pro zařazení do průzkumu byla stanovena na 15-18 let. V této otázce respondentky vyplňovaly svůj věk (Obrázek 1). Největší zastoupení měla skupina respondentek ve věku 17 let, kterých bylo 31 (46 %). Naopak nejméně zastoupenou skupinou byly studentky ve věku 15 let, jichž bylo pouze 6 (9 %). Dívek ve věku 16 let bylo 12 (18 %) a ve věk 18 let v dotazníku uvedlo 18 studentek (27 %). Celkem se průzkumu zúčastnilo 67 respondentek (100 %).

4.2 Průzkumné cíle a otázky

V průzkumné části bakalářské práce jsou stanoveny následující cíle:

1. Zjistit znalosti dospívajících dívek o bariérové antikoncepci.
2. Zjistit znalosti dospívajících dívek o hormonální antikoncepci.

Na základě těchto cílů byly stanoveny průzkumné otázky:

1. Jaké znalosti mají dospívající dívky o bariérové antikoncepci?
2. Jaké znalosti mají dospívající dívky o hormonální antikoncepci?

5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Otázka č. 2: Z jakých zdrojů získáváte informace o antikoncepci? (možnost výběru více odpovědí)

- a) z internetu
- b) od svého gynekologa
- c) od rodičů
- d) od kamarádů
- e) ze školy
- f) jiné zdroje: _____

Tabulka 1 - Zdroje pro získávání informací o antikoncepci

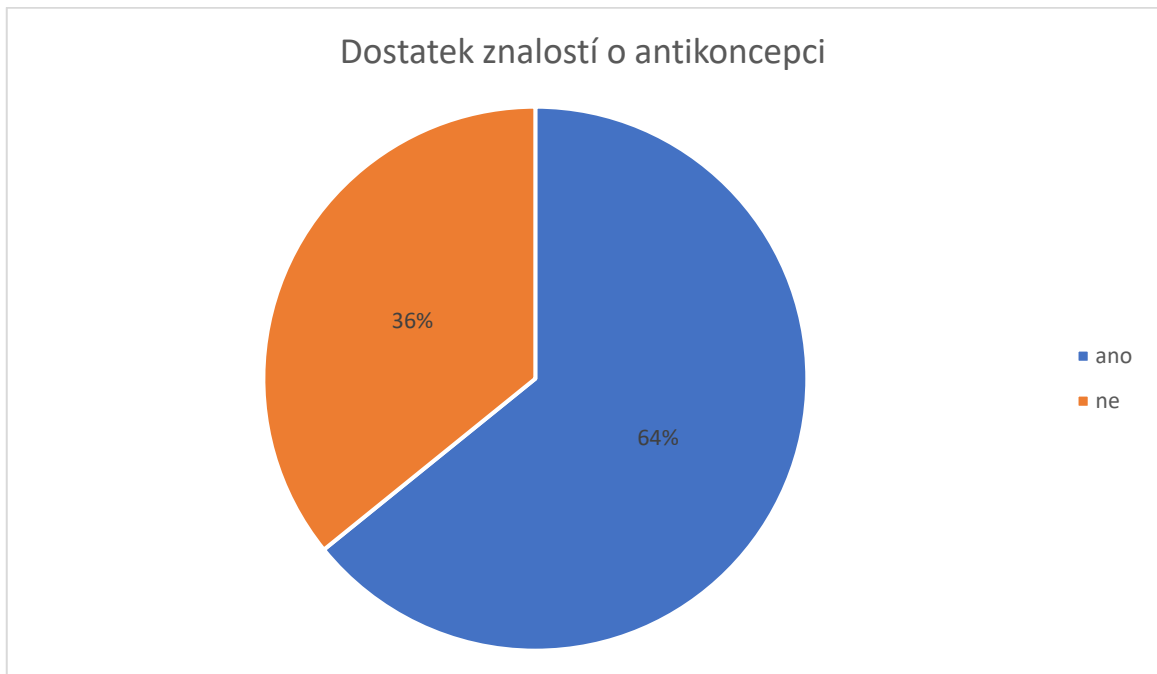
Zdroj	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (p_i)
internet	47	33%
gynekolog	20	14%
rodiče	34	24%
kamarádi	32	23%
škola	7	5%
jiné	2	1%
Celkem	142	100%

Tabulka 1 uvádí několik zdrojů, ze kterých by studentky mohly pravděpodobně čerpat informace o antikoncepci. Z tohoto výčtu zdrojů měly dívky možnost výběru více odpovědí. Nejčastějším zdrojem pro získávání informací o antikoncepci je pro 47 respondentek (33 %) internet. Další nejčastěji volená možnost pro 34 dívek (24 %) je získávání informací o antikoncepci od rodičů a pro 32 dívek (23 %) od kamarádů. Svého gynekologa jako zdroj poskytující informace o antikoncepci uvedlo pouze 20 studentek (14 %) a pouze pro 7 respondentek (5 %) je zdrojem pro získání informací škola. Možnost jiný zdroj informací o antikoncepci zvolily 2 dívky (1 %), jedna z nich uvedla zdrojem knížky a druhá sociální síť „Instagram“.

Otázka č. 3: Domníváte se, že máte dostatek znalostí o antikoncepci?

a) ano

b) ne



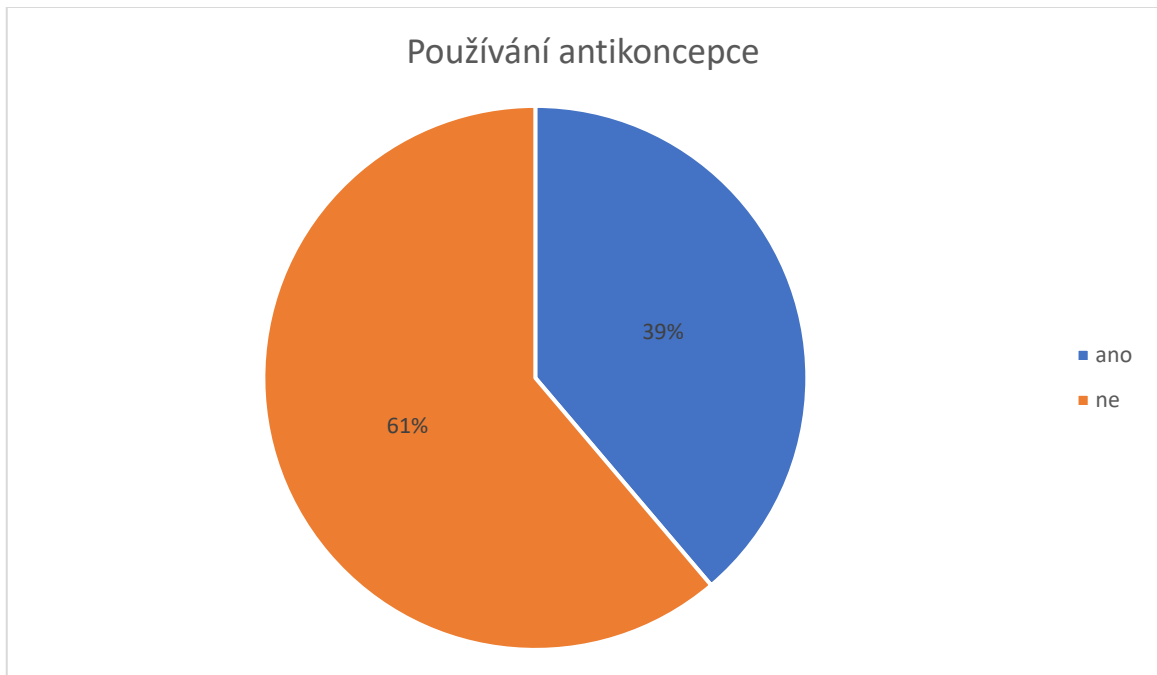
Obrázek 2 – Graf domnění respondentek a jejich dostatku znalostí o antikoncepci

Cílem této otázky (č. 3) bylo zjistit, jak studentky hodnotí své znalosti o antikoncepci (Obrázek 2). Celkem odpovídalo 67 respondentek, z nichž 43 (64 %) odpovědělo, že mají dostatek znalostí o antikoncepci. Naopak 24 studentek (36 %) si myslí, že jejich znalosti o antikoncepci jsou nedostatečné.

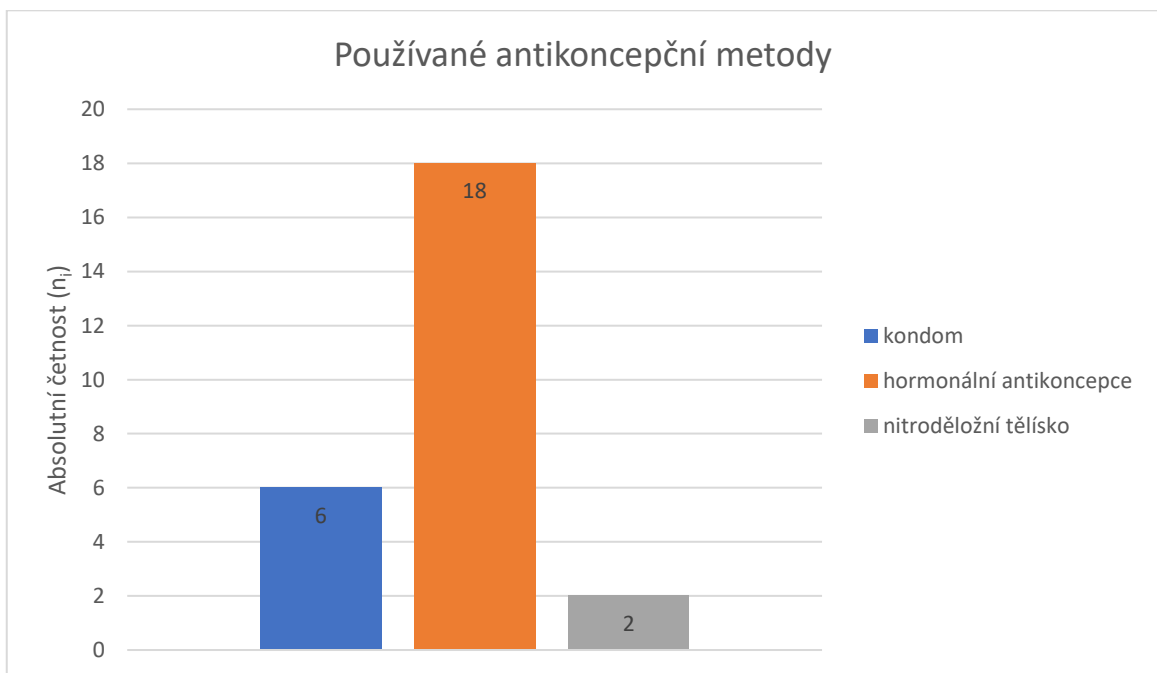
Otázka č. 4: Používáte nějakou antikoncepční metodu?

a) ano (uved'te jakou/jaké antikoncepční metodu/metody používáte): _____

b) ne



Obrázek 3 – Graf o používání antikoncepce



Obrázek 4 – Graf používaných antikoncepčních metod

Respondentky v otázce č. 4 uváděly, zda používají či nepoužívají nějakou antikoncepci (Obrázek 3). Celkem z 67 respondentek (100 %) jich 41 (61 %) uvedlo, že nepoužívají antikoncepci. V případě označení odpovědi ano, tedy že používají antikoncepci, byl ponechán prostor na doplnění používané antikoncepční metody či více metod, jimi používané (Obrázek 4). Tuto možnost zvolilo celkem 26 studentek (39 %). Nejčastěji uváděná metoda byla hormonální antikoncepce ve formě pilulek, kterou uvedlo 18 respondentek (27 %). Dalších 6 dívek (9 %) zodpovědělo, že používají kondom. Nitroděložní tělísko si nechaly zavést 2 respondentky (3 %).

Otázka č. 5: Stručně vysvětlete pojem antikoncepce.

Tabulka 2 – Vysvětlení pojmu antikoncepce podle respondentek

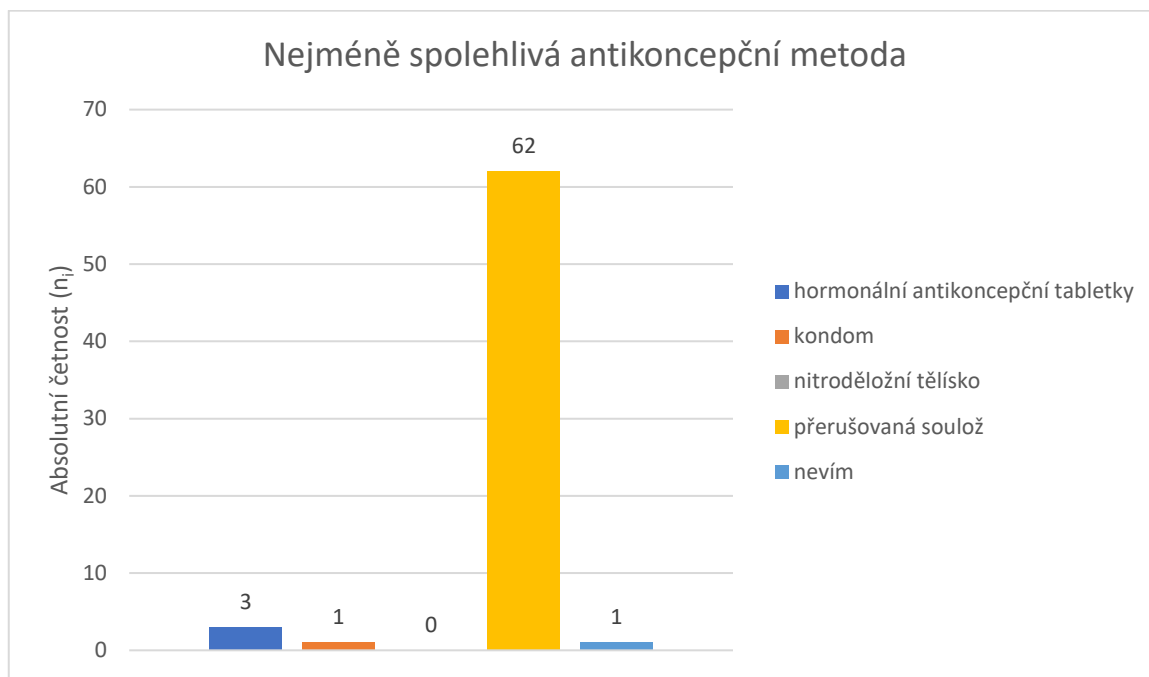
Odpověď	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (p_i)
Zabraňuje nechtěnému otěhotnění (početí, oplodnění).	26	39%
Slouží k zabránění nechtěnému otěhotnění. Může být jak pro pány, tak pro dámy.	1	1%
Zabraňuje nechtěnému otěhotnění. Některé druhy mohou zabránit přenosu pohlavně přenosných chorob.	6	9%
Zábrana otěhotnění ve formě tablet, ale je možné je brát i pro zlepšení průběhu menstruace nebo zlepšení akné.	6	9%
Různé metody (prostředky), které chrání před otěhotněním.	12	18%
Prostředek, který znemožňuje otěhotnění a přenos pohlavních chorob.	3	4%
Prostředek, který zabraňuje nechtěnému nebo příliš brzkému otěhotnění, většinou ve formě tablet, který vystavuje gynekolog.	1	1%
Ochrana před početím, může být hormonální i nehormonální.	1	1%
Prášky, které zabraňují otěhotnění.	10	15%
Ochrana před těhotenstvím, která ale není 100% účinná.	1	1%
Celkem respondentek:	67	100%

V této otázce (č. 5) měly respondentky za úkol napsat, jak by vlastními slovy vysvětlily pojem antikoncepce. Tabulka výše zobrazuje výčet odpovědí, které studentky uváděly. Dalo by se říct, že všech 67 respondentek (100 %) mělo stejnou myšlenku, že antikoncepce je něco, co zabraňuje otěhotnění, avšak formulace této odpovědi se občas lišily či byly doplněné o další informace (Tabulka 2). Stručnou odpověď, že antikoncepce zabraňuje nechtěnému otěhotnění či početí, v dotazníku uvedlo 26 studentek (39 %) a 12 dívek uvedlo, že se jedná o různé metody, které zabraňují před otěhotněním. Ostatní studentky tuto odpověď buď více specifikovaly anebo doplnily o další informace, například 1 dívka (1 %) uvedla, že

antikoncepce je jak pro dámy, tak pro pány, dále 1 dívka (1 %) napsala, že antikoncepce může být hormonální i nehormonální nebo jiná dívka (1 %) napsala, že antikoncepce není stoprocentně účinná. Další uvedená doplňující informace je, že některé druhy antikoncepce mohou zabránit i přenosu STD, což uvedlo celkem 6 studentek (9 %). Další 3 studentky (4 %) uvedlo velice podobnou formulaci ohledně zabránění přenosu STD pomocí antikoncepce, ale nspecifikovaly, že je to možné pouze u některých druhů antikoncepce. Dle 10 respondentek (15 %) specifikovalo, že antikoncepce je ve formě tablet, které zabraňují těhotenství, dalších 6 dívek (9 %) tuto odpověď ještě doplnilo o informaci, že antikoncepci je možné brát i z jiných důvodů, jako je zlepšení akné nebo průběhu menstruace. Navíc 1 studentka (1 %) uvedla ve své odpovědi, že antikoncepci ve formě tablet vystavuje gynekolog.

Otázka č. 6: Která antikoncepční metoda z následujícího výběru je nejméně spolehlivá?

- a) hormonální antikoncepční tabletky
- b) kondom
- c) nitroděložní tělísko
- d) přerušovaná soulož
- e) nevím

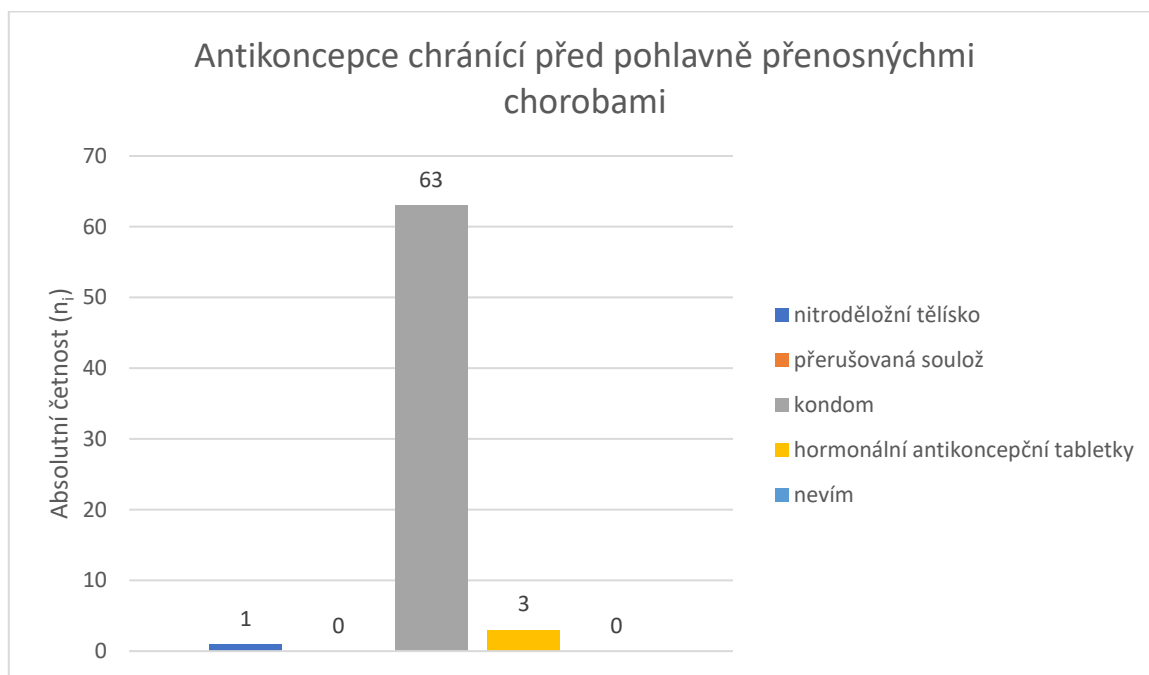


Obrázek 5 – Graf určení nejméně spolehlivé antikoncepce dle respondentek

Z grafu (Obrázek 5) je jednoznačně viditelná nejčastěji označovaná odpověď, kterou je přerušovaná soulož pro 62 respondentek (93 %) jako nejméně spolehlivá antikoncepční metoda. 3 studentky (4 %) vybraly jako svou odpověď hormonální antikoncepční tabletky a 1 dívka (1 %) označila kondom. Pouze 1 studentka (1 %) uvedla že neví, jaká antikoncepční metoda je nejméně spolehlivá. Možnost nitroděložní tělísko ne zvolila žádná respondentka.

Otázka č. 7: Antikoncepční metoda chránící před pohlavně přenosnými chorobami je:

- a) nitroděložní tělísko
- b) přerušovaná soulož
- c) kondom
- d) hormonální antikoncepční tabletky
- e) nevím

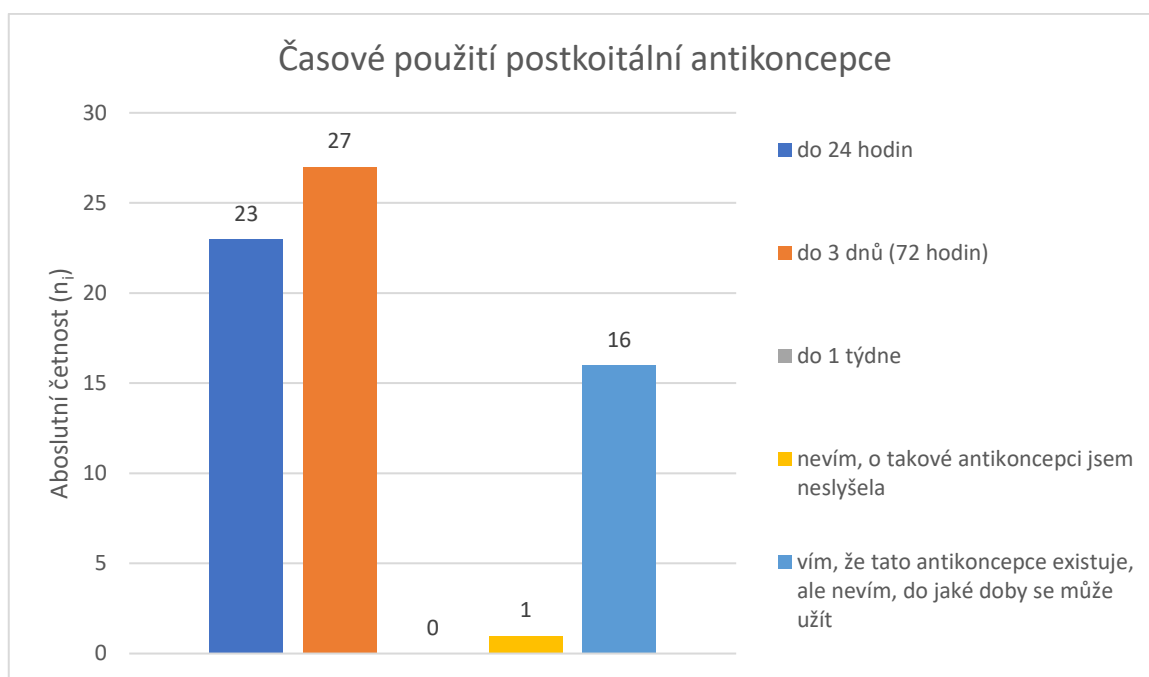


Obrázek 6 – Graf antikoncepce, která dle respondentek chrání před přenosem STD

Z grafu (Obrázek 6) je jednoznačné, že kondom označilo nejvíce respondentek jako možnou metodu, která chrání jak před početím, tak i před přenosem STD. Tuto možnost vybralo celkem 63 studentek (94 %). Zbýlé 4 respondentky označily jinou možnost, z nichž 3 dívky (4 %) označily hormonální antikoncepční tabletky a 1 dívka (1 %) zvolila nitroděložní tělísko jako metodu chránící před přenosem STD. Žádná z 67 respondentek (100 %) jako svou odpověď ne zvolila přerušovanou soulož a ani možnost, že by nevěděly.

Otázka č. 8: Postkoitální antikoncepci (tzv. „pilulku po“) po nechráněném pohlavním styku nebo po selhání některé antikoncepční metody je možné užít do:

- a) do 24 hodin
- b) do 3 dnů (72 hodin)
- c) do 1 týdne
- d) nevím, o takové antikoncepci jsem neslyšela
- e) vím, že tato antikoncepce existuje, ale nevím, do jaké doby se může užít



Obrázek 7 – Graf o možné době použití postkoitální antikoncepce dle respondentek

V otázce č. 8 dívky měly dívky odpovědět do jaké doby je možné užití postkoitální antikoncepce, případně zda tuto možnost vůbec znají (Obrázek 7). Možnost použití postkoitální antikoncepce do 24 hodin označilo 23 dívek (34 %) a 27 dívek (40 %) označilo možnost použití této metody do 3 dnů neboli 72 hodin. Pouze 1 respondentka (1 %) uvedla, že neví a o takové antikoncepci neslyšela. Zbýlých 16 studentek (24 %) uvedlo, že o této antikoncepci vědí, ale nevědí, do jaké doby je možné ji užít. Ve výběru možných odpovědí byla i možnost užití postkoitální antikoncepce do 1 týdne, tuto variantu ne zvolila žádná (0 %) studentka z celkem 67 (100 %).

Otázka č. 9: Mezi bariérové antikoncepční metody patří: (možnost výběru více odpovědí)

- a) pesary
- b) nitroděložní tělísko
- c) ženský kondom
- d) výpočet plodných a neplodných dnů
- e) hormonální antikoncepce
- f) kondomy
- g) nevím
- h) jiná: _____

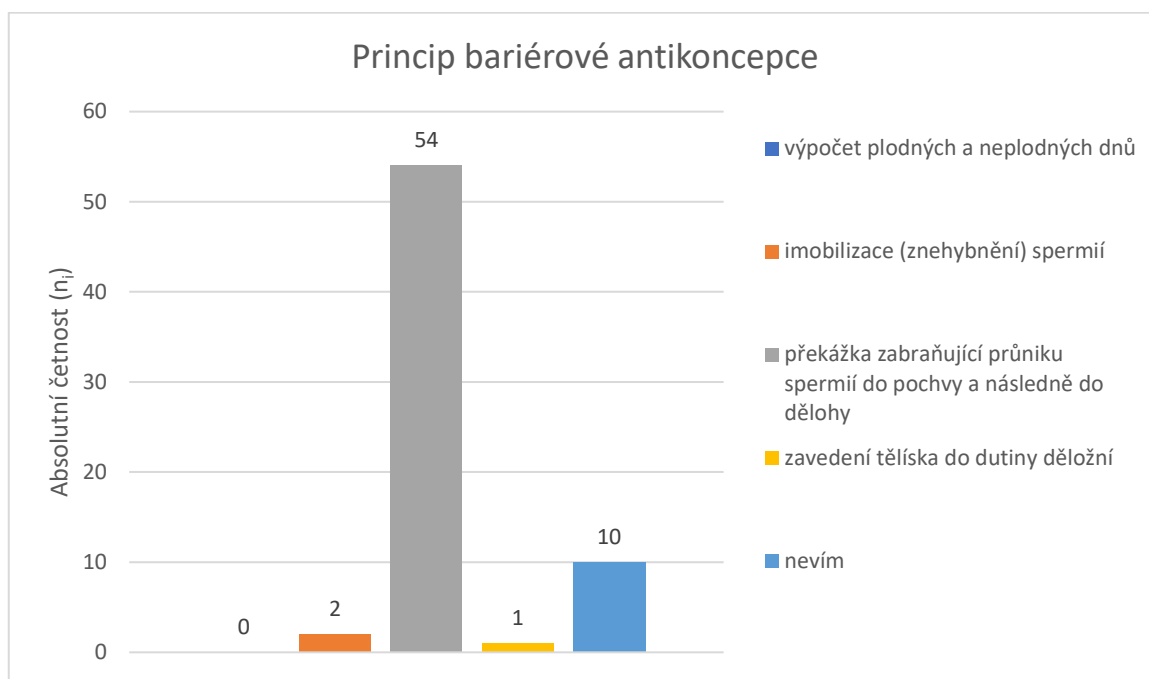
Tabulka 3 – Bariérové antikoncepční metody dle respondentek

Antikoncepční metoda	Absolutní četnost (n _i)	Relativní četnost (p _i)
pesary	34	22%
nitroděložní tělísko	25	16%
ženský kondom	38	24%
výpočet plodných a neplodných dnů	0	0%
hormonální antikoncepce	5	3%
kondomy	43	27%
nevím	13	8%
jiná	0	0%
Celkem	158	100%

V této otázce (č. 9) respondentky označovaly jednu či více metod, které se řadí do skupiny bariérových antikoncepčních metod (Tabulka 3). Nejčastěji označovanými odpověďmi respondentek byly kondomy, které byly vybrány celkem 43x (27 %), poté 38x (24 %) ženské kondomy a 34x (22 %) pesary. Další velice častou odpovědí bylo nitroděložní tělísko, které studentky označily celkem 25x (16 %). Hormonální antikoncepce byla respondentkami vybrána celkem 5x (3 %) a možnost „nevím“ zvolily dívky celkem 13x (8 %). Žádná z respondentek (0 %) ve svém výběru neoznačila odpověď výpočet plodných a neplodných dnů a ani možnost „jiná“.

Otázka č. 10: Co je principem bariérové (mechanické) antikoncepce?

- a) výpočet plodných a neplodných dnů
- b) imobilizace (znehynění) spermií
- c) překážka zabraňující průniku spermií do pochvy a následně do dělohy
- d) zavedení tělíska do dutiny děložní
- e) nevím

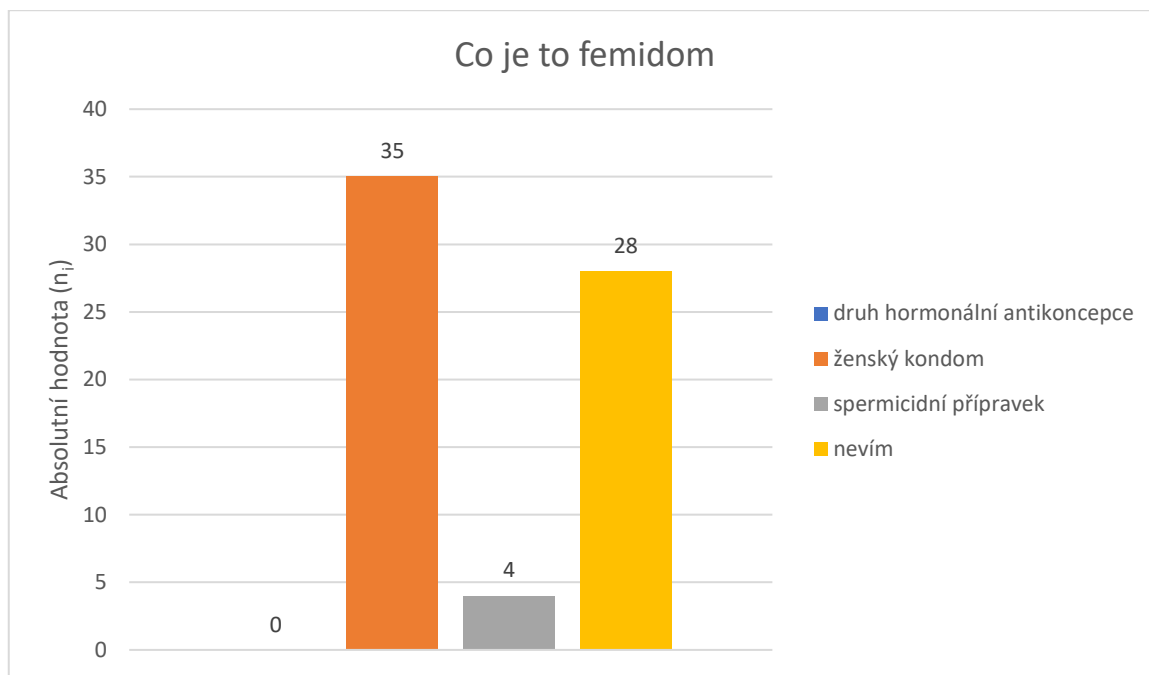


Obrázek 8 – Graf značící princip bariérové antikoncepce dle respondentek

Z grafu (Obrázek 8) je možné jednoznačně vyčíst, že nejvíce respondentek zvolilo odpověď, že principem bariérové antikoncepce je překážka zabraňující průniku spermií do pochvy a následně do dělohy. Tuto odpověď zvolilo celkem 54 studentek (81 %). Další 2 respondentky (3 %) uvedli, že principem bariérové antikoncepce je imobilizace neboli znehynění spermií a 1 studentka (1 %) uvedla jako princip této kontracepce zavedení tělíska do dutiny děložní. Zbýlých 10 dívek (15 %) zodpovědělo, že neví, jaký je princip bariérové antikoncepce, celkem z 67 respondentek (100 %).

Otázka č. 11: Co je to femidom?

- a) druh hormonální antikoncepce
- b) ženský kondom
- c) spermicidní přípravek
- d) nevím

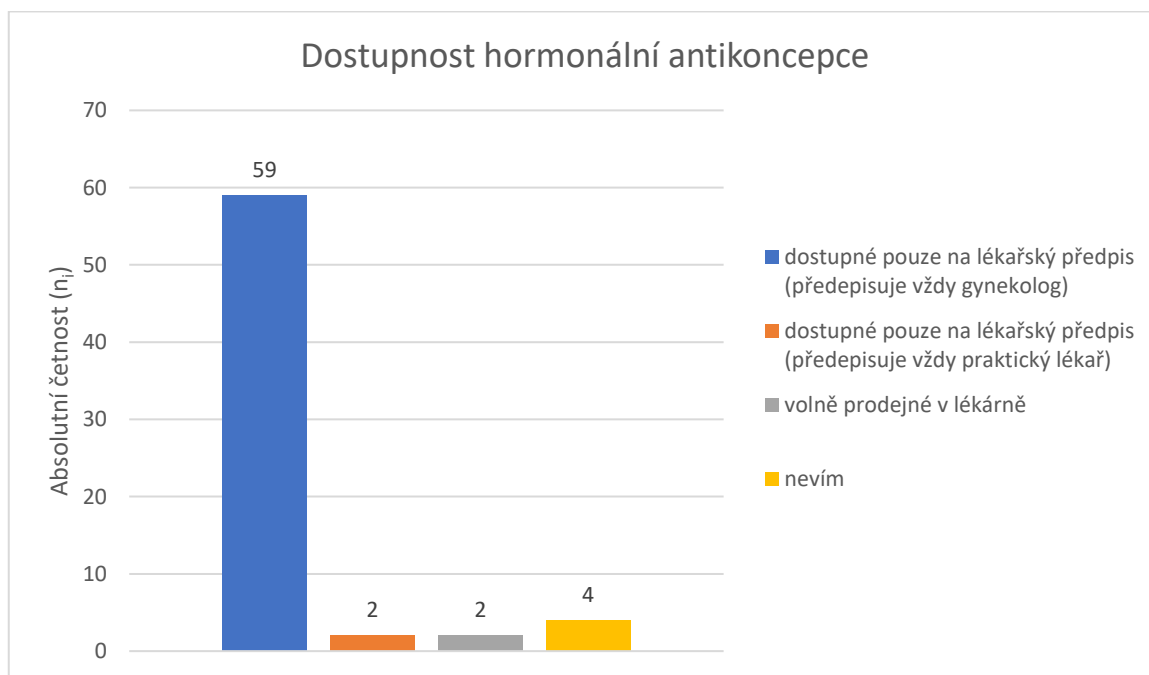


Obrázek 9 – Graf o významu pojmu femidom

V otázce č. 11 dívky označovaly, co znamená pojem femidom (Obrázek 9). Nejčastější vybranou možností respondentek u této otázky byla odpověď, že femidom je ženský kondom, což uvedlo celkem 35 dívek (52 %). Dalších 28 studentek (42 %) uvedlo, že neví, co pojem femidom znamená a 4 respondentky (6 %) uvedlo, že femidom je spermicidní přípravek. Žádná z respondentek ne zvolila možnost hormonální antikoncepce jako svoji odpověď na tuto otázku.

Otázka č. 12: Jaká je dostupnost hormonálních antikoncepčních tablet?

- a) dostupné pouze na lékařský předpis (předepisuje vždy gynekolog)
- b) dostupné pouze na lékařský předpis (předepisuje vždy praktický lékař)
- c) volně prodejné v lékárně
- d) nevím

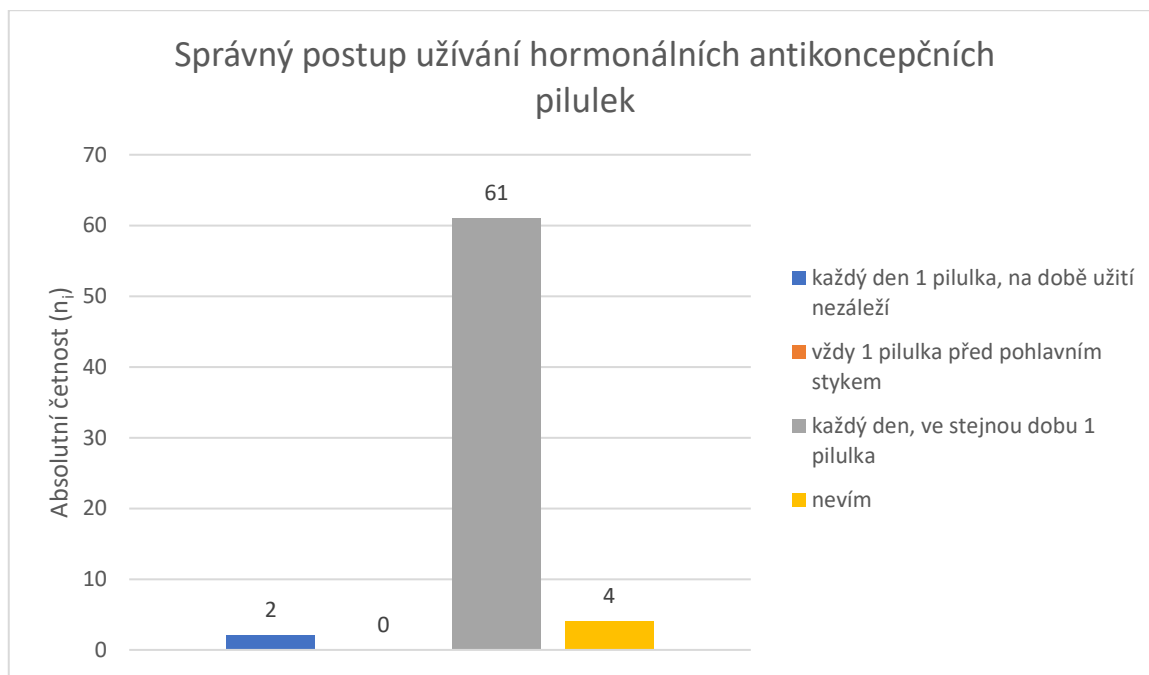


Obrázek 10 – Graf dostupnosti hormonální antikoncepce dle respondentek

Z grafu (Obrázek 10) je možné celkem jednoznačně vyčíst, jak dívky v otázce č. 12 odpovídaly. Většina respondentek, tedy 59 (88 %) dívek celkem z 67 (100 %) odpovědělo, že hormonální antikoncepce je dostupná pouze na lékařský předpis, který vystavuje gynekolog. Další 2 studentky (3 %) jako svou odpověď zvolily variantu, že HAK je dostupná na lékařský předpis, který vystavuje praktický lékař. Jiné 2 studentky (3 %) vybraly možnost, že hormonální antikoncepce je volně prodejná v lékárně a zbylé 4 respondentky (6 %) označily možnost nevím, tedy že nevědí, jaká je dostupnost HAK.

Otázka č. 13: Správný postup užívání hormonální antikoncepce ve formě pilulek je:

- a) každý den 1 pilulka, na době užití nezáleží
- b) vždy 1 pilulka před pohlavním stykem
- c) každý den, ve stejnou dobu 1 pilulka
- d) nevím

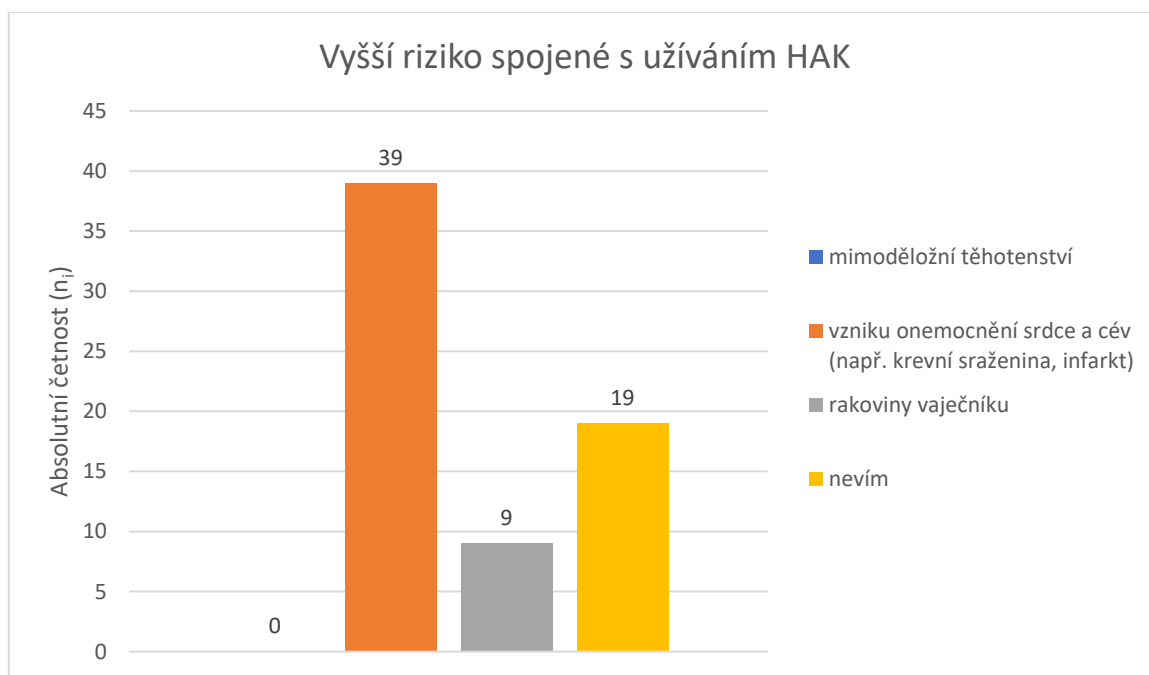


Obrázek 11 – Graf o správném užívání hormonální antikoncepce dle respondentek

Z grafu (Obrázek 11) poměrně jednoznačně vyplývá, jakou možnost odpovědi u otázky č. 13 respondentky nejčastěji vybíraly. Celkem 61 studentek (91 %) odpovědělo, že správný postup užívání hormonální antikoncepce užití 1 pilulky každý den a ve stejnou časovou dobu. Další možnost odpovědi bylo opět každodenní užití pilulky, avšak na době jejího užití nezáleží, tuto možnost zvolily pouze 2 studentky (3 %) a 4 dívky (6 %) uvedly, že neznají správný postup užívání HAK. Ani jedna z respondentek nezvolila, že hormonální antikoncepce se užívá vždy jako 1 pilulka před pohlavním stykem.

Otázka č. 14: S užíváním hormonálních antikoncepčních pilulek společně s kouřením nebo obezitou je spojeno vyšší riziko:

- a) mimoděložního těhotenství
- b) vzniku onemocnění srdce a cév (např. krevní sraženina, infarkt)
- c) rakoviny vaječníku
- d) nevím



Obrázek 12 – Graf o vyšším riziku při užívání hormonálních antikoncepčních pilulek

V této otázce (otázka č. 14) měly dívky vybrat jedno riziko, které je zvýšené při užívání HAK ve formě pilulek společně s kouřením nebo obezitou (Obrázek 12). Nejčastěji volenou odpovědí bylo vyšší riziko vzniku onemocnění srdce a cév jako je například krevní sraženina nebo infarkt, tuto možnost vybralo 39 studentek (58 %), z celkem 67 respondentek (100 %). Vyšší riziko rakoviny vaječníku zvolilo 9 dívek (13 %) a 19 dívek uvedlo, že neví, jaké vyšší riziko je spojené s užíváním hormonální antikoncepce společně s kouřením či obezitou. Ani jedna respondentka neuvedla, že by s užíváním HAK bylo spojené vyšší riziko mimoděložního těhotenství.

Otázka č. 15: Mezi kontraindikace (nemožnost užívání) hormonální antikoncepce se řadí: (možnost výběru více odpovědí)

- a) těhotenství
- b) nadváha
- c) věk pod 15 let
- d) onemocnění srdce a cév
- e) nevím
- f) jiné: _____

Tabulka 4 – Kontraindikace užívání hormonální antikoncepce

Kontraindikace	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (p_i)
těhotenství	54	41%
nadváha	2	2%
věk pod 15 let	16	12%
onemocnění srdce a cév	54	41%
nevím	4	3%
jiné	1	1%
Celkem	131	100%

V tabulce (Tabulka 4) jsou vypsány možnosti, ze kterých respondentky vybíraly jednu či více kontraindikací užívání hormonální antikoncepce. Nejčastěji zvolenou možností bylo těhotenství a onemocnění srdce a cév a obě tyto možnosti byly zvoleny stejným počtem respondentek, každá z nich byla celkem 54x (41 %). Věková hranice pod 15 let byla dívkami zvolena celkem 16x (12 %) a nadváha jako kontraindikace HAK byla zvolena pouze 2x (2 %). Možnost „nevím“ byla u této otázky vybrána 4x (3 %) a dokonce 1x (1 %) byla zvolena možnost „jiné“ kontraindikace, kde dívka uvedla jako kontraindikace nadměrné srážení krve.

Otázka č. 16: Vyberte, jaké znáte možné pozitivní účinky (výhody) hormonální antikoncepce? (možnost výběru více odpovědí)

- a) zlepšení bolestí hlavy
- b) menší bolest při menstruaci
- c) zlepšení růstu vlasů
- d) zmírnění výskytu akné
- e) úprava menstruačního cyklu (pravidelnost, nižší intenzita menstruačního krvácení)
- f) zlepšení ženské plodnosti
- g) prevence mimoděložního těhotenství
- h) neznám žádné
- i) jiné: _____

Tabulka 5 – Možné pozitivní účinky hormonální antikoncepce

Možné pozitivní účinky	Absolutní četnost (n _i)	Relativní četnost (p _i)
zlepšení bolestí hlavy	9	5%
menší bolest při menstruaci	48	26%
zlepšení růstu vlasů	3	2%
zmírnění výskytu akné	51	28%
úprava menstruačního cyklu (pravidelnost, nižší intenzita menstruačního krvácení)	54	29%
zlepšení ženské plodnosti	0	0%
prevence mimoděložního těhotenství	8	4%
neznám žádné	10	5%
jiné	1	1%
Celkem	184	100%

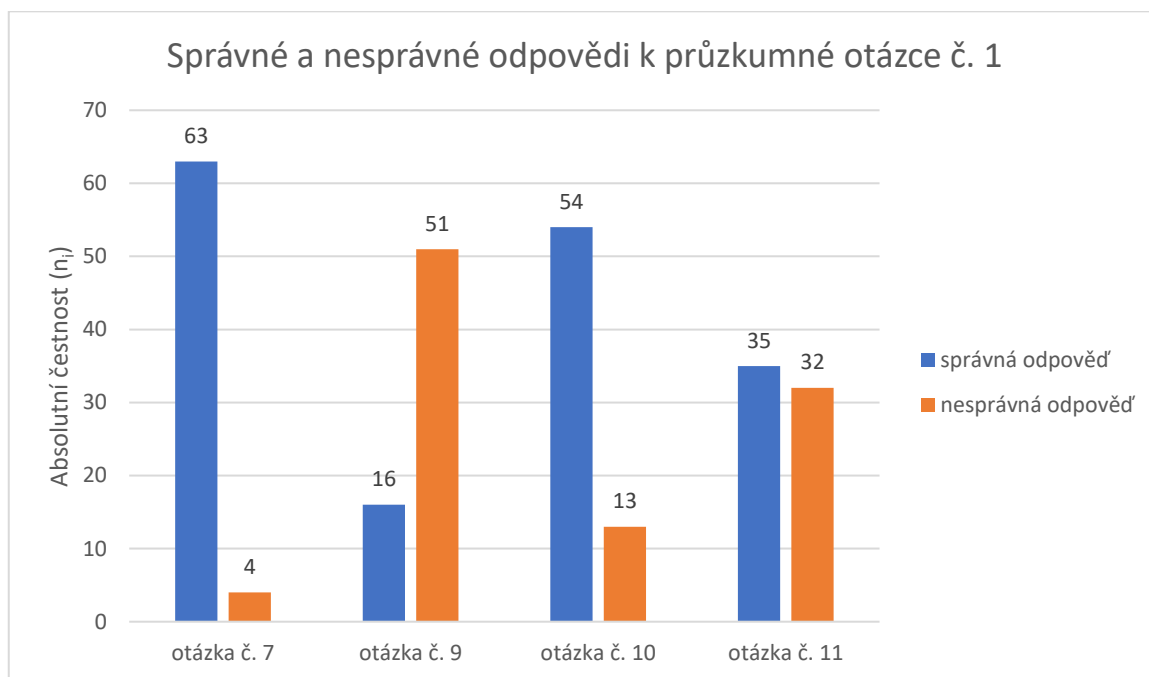
V tabulce (Tabulka 5) jsou vypsány možnosti, ze kterých respondentky vybíraly jeden či více možných pozitivních účinků hormonální antikoncepce. Mezi nejčastěji vybírané odpovědi patřila úprava menstruačního cyklu, kterou dívky zvolily celkem 54x (29 %), zmírnění výskytu akné bylo zvoleno 51x (28 %) a 48x (26 %) byla označena menší bolest při menstruaci.

V menším množství byly označeny i ostatní odpovědi z nabízeného výběru, kromě možnosti zlepšení ženské plodnosti, která nebyla zvolena ani jednou respondentkou (0 %). Jako možné pozitivní účinky HAK bylo označeno 9x (5 %) zlepšení bolesti hlavy, 3x (2 %) zlepšení růstu vlasů a 8x (4 %) prevence mimoděložního těhotenství. Z celkem 67 zodpovězených dotazníků (100 %) byla u této otázky 10x (5 %) vybrána odpověď, neznám žádné, tedy že daná respondentka nezná ani jeden možný pozitivní účinek HAK. Naopak 1x (1 %) byla označena možnost „jiné“ pozitivní účinky, kde respondentka uvedla jako pozitivní účinek vyrovnání hladiny hormonů.

5.1 Zhodnocení odpovědí k průzkumným otázkám

Pro zhodnocení úrovně znalostí u jednotlivých otázek z dotazníkového šetření byla použita **relativní četnost správných odpovědí** v procentech. Hodnocení jednotlivých otázek dle procent je následovné: **100-86 % výborné znalosti, 85-71 % velmi dobré znalosti, 70-56 % dobré znalosti, 55-41 % dostatečné znalosti a 40-0 % nedostatečné znalosti.**

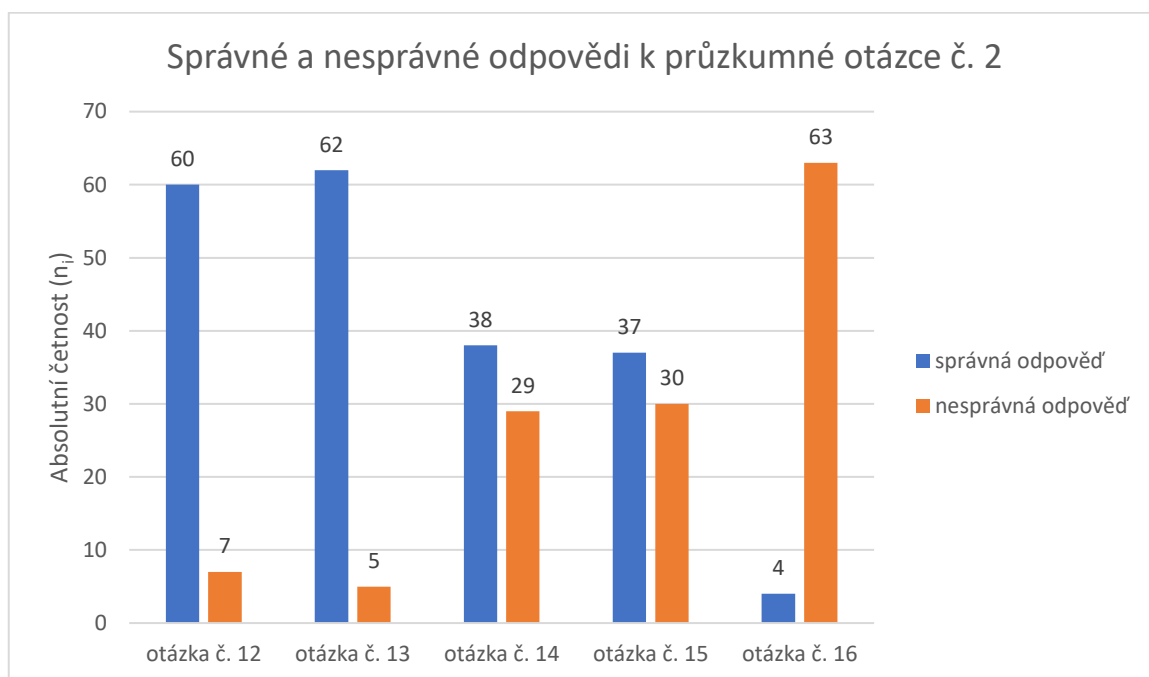
Zhodnocení odpovědí k průzkumné otázce č. 1



Obrázek 13 – Graf správných a nesprávných odpovědí k průzkumné otázce č. 1

Graf (Obrázek 13) nám vyobrazuje počty správných a nesprávných odpovědí u jednotlivých otázek z dotazníku (otázky č. 7, 9, 10 a 11), které se vztahují k průzkumné otázce č. 1 zabývající se znalostmi respondentek o bariérové antikoncepci. Vyhodnocení správnosti otázek záleželo na jejich úplnosti, pokud tedy u otázky s možností výběru více odpovědí nebyly označeny všechny správné odpovědi, byla otázka vyhodnocena jako nesprávná. Dotazníková otázka č. 7 byla respondentkami zodpovězena 63x správně (94 %) a pouze 4x nesprávně (6 %). Znalosti dívek u otázky č. 7 jsou považovány za výborné. Podobně na tom byla také otázka č. 10, u které byla správná odpověď označena 54x (81 %) a 16x nesprávně (19 %). Úroveň znalostí dívek v otázce č. 10 byly zhodnoceny jako velmi dobré. Naopak otázka č. 9 byla zodpovězena celkem 51x (76 %) nesprávně a 13x správně (24 %). U otázky č. 9 byly znalosti dívek vyhodnoceny za nedostatečné, dle stanoveného hodnocení uvedeného výše. Velice vyrovnaný počet odpovědí byl u otázky č. 11, kde správná odpověď byla označena 35x (52 %) a nesprávná 32x (48 %). Znalosti dívek u otázky č. 11 byly zhodnoceny jako dostatečné.

Zhodnocení odpovědí k průzkumné otázce č. 2



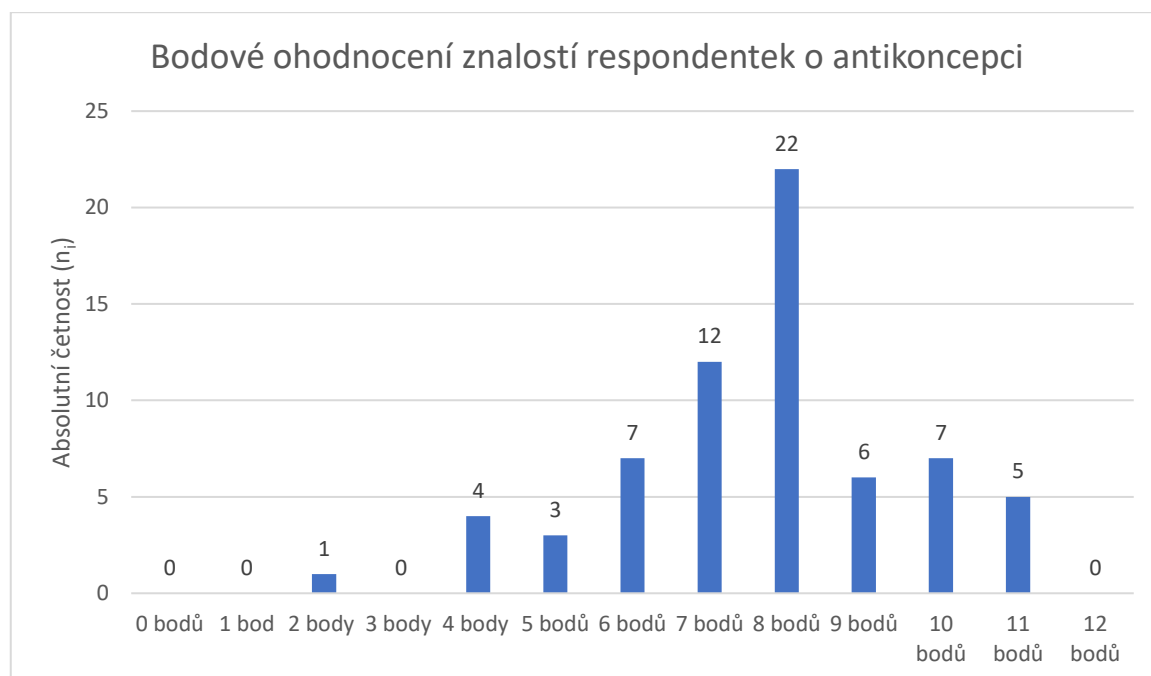
Obrázek 14 – Graf správných a nesprávných odpovědí k průzkumné otázce č. 2

V grafu (Obrázek 14), podobně jako v předchozím grafu, jsou zobrazeny počty správných a nesprávných odpovědí dotazníkových otázek (otázky č. 12, 13, 14, 15 a 16), které se vztahují k průzkumné otázce č. 2 zabývající se znalostmi respondentek o hormonální antikoncepci. Vyhodnocení správnosti otázek probíhalo stejně jako u předešlých otázek, které se vztahují k průzkumné otázce č. 1, tedy záleželo na jejich úplnosti. Z těchto dotazníkových otázek, které jsou uvedeny v grafu si nejlépe vedly otázky č. 12 a 13, u nichž je možné z grafu vyčíst jednoznačnou převahu správných odpovědí. V otázce č. 12 vybralo správnou odpověď celkem 60 respondentek (90 %) a nesprávnou odpověď zvolilo 7 respondentek (10 %). Znalosti dívek u otázky č. 12 byly zhodnoceny dle relativní četnosti správných odpovědí jako výborné. Velice podobně tomu tak bylo i u otázky č. 13, kde správně odpověděla téměř většina, tedy 62 studentek (93 %) a nesprávně odpovědělo pouze 5 studentek (7 %). Znalosti dívek u otázky č. 13 byly zhodnoceny za výborné, jako tomu bylo u předchozí otázky. Naopak nejhůře si vedla otázka č. 16, kde téměř většina respondentek odpověděla nesprávně, což je 63 respondentek (94 %) a pouze 4 respondentky (6 %) odpověděly správně. U otázky č. 16 byly znalosti dívek stanoveny za nedostatečné. Poměrně vyrovnané počty odpovědí měly otázky č. 14 a 15. V otázce č. 14 zvolilo správnou odpověď 38 dívek (57 %) a nesprávnou odpověď zvolilo 29 dívek (43 %). Znalosti dívek u otázky č. 14 byly vyhodnoceny jako dobré. Podobný počet respondentek byl i u odpovědí u otázky č. 15, kde 37 studentek (55 %) odpovědělo správně a 30

studentek (45 %) nesprávně. U této dotazníkové otázky č. 15 byly znalosti dívek zhodnoceny jako dostatečné.

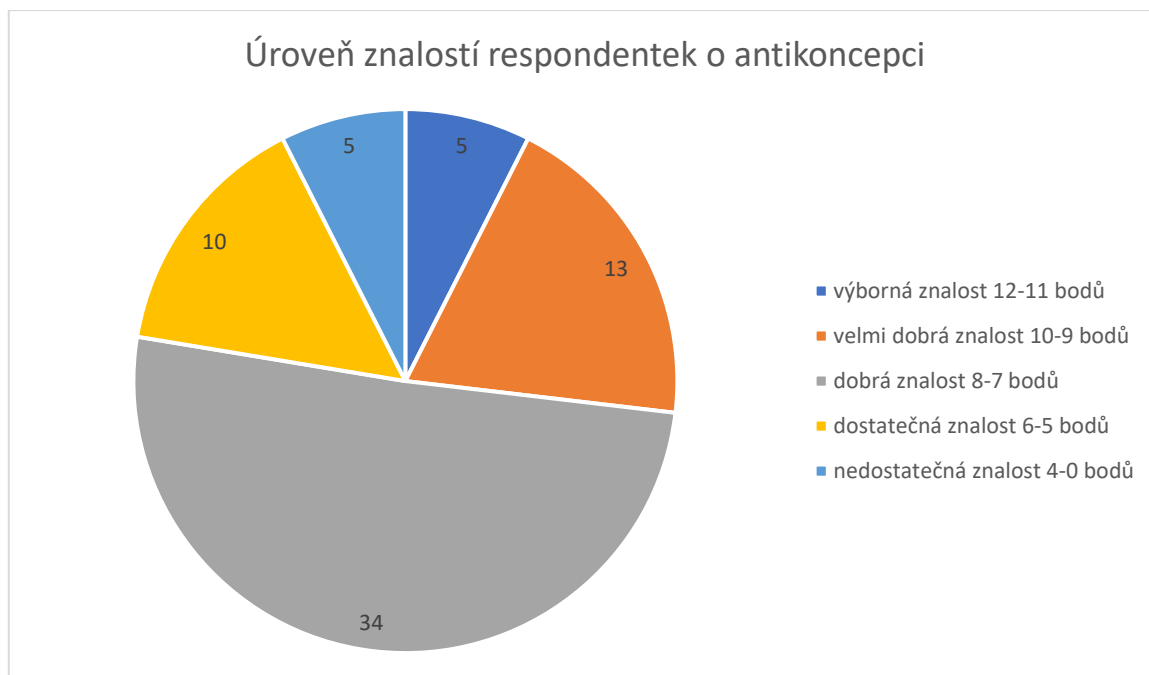
5.2 Zhodnocení celkových znalostí respondentek o antikoncepci

V dotazníku bylo celkem bylo 12 znalostních otázek, kdy každá jedna otázka byla ohodnocena **jedním bodem**, díky čemuž bylo možné **získat až 12 bodů**. U otázek s možností výběru více správných odpovědí bylo pro uznání 1 bodu důležité, zda byly úplné, tedy nesměla žádná správná odpověď chybět anebo naopak nesměla být vybrána zároveň správná i chybná odpověď. Hodnocení znalostí dle počtu bodů bylo následovné: **12-11 bodů výborné znalosti, 10-9 bodů velmi dobrá znalost, 8-7 bodů dobrá znalost, 6-5 bodů dostatečná znalost a 4-0 bodů nedostatečná znalost.**



Obrázek 15 – Graf bodového ohodnocení celkových znalostí respondentek o antikoncepci

Tento graf (Obrázek 15) nám zobrazuje bodové ohodnocení znalostí respondentek. Ukazuje nám tedy, jak si respondentky vedly v dotazníkových otázkách, které byly zaměřeny na znalosti o antikoncepci. Nejčastěji bylo získáno 8 bodů, které získalo 22 respondentek (33 %) a také 12 bodů, které získalo 12 respondentek (18 %). Nejvíce bodů získalo 5 studentek (7 %), které dosáhly celkem 11 bodů a druhým nejvyšším dosaženým počtem získaných bodů bylo 10 bodů, na které dosáhlo 7 respondentek (10 %). Naopak nejmenší počet dosažených bodů byl 1 bod, jenž získala 1 studentka (1 %). Dále 6 dívek získalo (9 %) 9 bodů, 7 dívek (10 %) 6 bodů, 3 dívky (4 %) 5 bodů a 4 dívky (6 %) 4 body.



Obrázek 16 – Graf absolutní četnosti respondentek dle úrovně znalostí

V tomto grafu (Obrázek 16) jsou graficky zobrazeny absolutní četnosti respondentek v jednotlivých úrovních znalostí, kam byly na základě získaných bodů zařazeny. Dle výsledků z dotazníkového šetření dosáhlo 5 dívek (7 %) úrovně výborných znalostí, 13 studentek (19 %) velmi dobrých znalostí, 34 respondentek (51 %) dobré znalosti, 10 dívek (15 %) dostatečných znalostí a 5 dívek (7 %) nedostatečných znalostí.

6 DISKUZE

V této kapitole jsou shrnuty výsledky z dotazníkového šetření a zodpovězeny průzkumné otázky, které jsou uvedeny v úvodu do průzkumné části. Dále jsou zde případně porovnány výsledky průzkumných otázek s jinými průzkumy.

Průzkumná otázka č. 1

Jaké znalosti mají dospívající dívky o bariérové antikoncepci?

K této průzkumné otázce se vztahují dotazníkové **otázky č. 7, 9, 10, a 11**. Na základě výsledků z těchto otázek dotazníkového šetření bylo odpovězeno na průzkumnou otázku č. 1.

Otázka č. 7 byla zaměřená na antikoncepční metodu, která zabraňuje přenosu pohlavních chorob. Dívky měly za úkol vybrat pouze jednu možnost z nabízených odpovědí, mezi kterými byla uvedena i možnost „nevím“, tedy že respondentka neví, jaká antikoncepční metoda zabraňuje přenosu STD. Žádná z respondentek možnost „nevím“ ne zvolila. Správnou odpovědí pro tuto otázku byl kondom. Většina dívek znala správnou odpověď na otázku č. 7, ve které správně odpovědělo 63 respondentek (94 %) a chybně 4 respondentky (6 %), z celkového počtu 67 respondentek (100 %). Myslím si, že správnou odpověď na tuto otázku by měly znát všechny studentky. Podobnou otázkou se ve svém průzkumu zabývala Štorková (2017, s. 43-44), která ve svém průzkumu uvedla, že ochrana před pohlavně přenosnými chorobami je kondom, stálý partner a sexuální abstinence. V jejím dotazníkovém šetření byl kondom nejčastěji označovanou možností, jenž byl vybrán všemi respondentkami. Avšak jedinou správnou kombinací tří odpovědí zvolilo pouze 36 respondentek (60 %), zbylých 24 respondentek (40 %) odpovědělo chybně. Podobně se ptala ve svém průzkumu i Hladůvková (2020, s. 53), kde její respondenti, muži i ženy dohromady v 79 % zvolily správnou odpověď, tedy že ochranou před přenosem STD je kondom. Většina dívek (94 %) v našem průzkumu správnou odpověď znala, což je dle mého názoru způsobeno i tím, že s prevencí a ochranou před STD jsou žáci seznamováni již na základní škole. S čím tedy souvisí sexuální výchova na školách, která se vyučuje nebo přinejmenším by se měla vyučovat. V dotazníkovém šetření byla škola, jako zdroj informací o antikoncepci, označena pouze 7x z celkového zkoumaného souboru 67 respondentek. Což nám může vypovídat o tom, že sexuální výchova na školách není dostačující. Tímto se ve svém průzkumu zabývala Bodnárová (2021, s. 43), která se svých respondentů ptala, zda se u nich na škole vyučuje sexuální výchova. Z jejího průzkumného souboru odpovědělo 77 % respondentů, že na jejich škole se nevyučuje sexuální výchova a naopak 23 % uvedlo, že se vyučuje. V průzkumu Severové (2020, s. 37) bylo zjištěno, že sexuální výchově

na dané střední škole, kde bylo prováděno její dotazníkové šetření není sexuální výchově věnován žádný čas. Díky tomuto průzkumu Bodnárové (2021) a Severové (2020) lze objasnit, proč je v našem průzkumu pro tuto bakalářskou práci škola považována za zdroj informací pouze u 7 dívek (5 %) (Tabulka 1). Pravděpodobně není sexuální výchova ve škole dostačující.

V **otázce č. 9** byly dívky dotazovány na metody bariérové antikoncepce, ve které měly možnost výběru více odpovědí z uvedených metod. V nabízeném výčtu odpovědí bylo možné označení odpovědi „nevím“ a „jiné“, u které byl ponechán prostor na uvedení jiné bariérové antikoncepční metody. Odpověď „nevím“ byla zvolena celkem 13x (8 %). Správné odpovědi pro tuto otázku byly pesary, ženský kondom a kondomy. Pesary byly označeny celkem 34x (22 %), ženský kondom 38x (24 %) a kondomy 43x (27 %). Ostatní nesprávné možnosti odpovědi byly označeny celkem 30x (19 %). Kombinaci tří správných odpovědí označilo celkem 16 respondentek (24 %) z 67 (100 %). Pokud dívky neuvedly všechny 3 správné odpovědi či označily odpověď „nevím“, byla jejich odpověď na tuto otázku započítána mezi nesprávné odpovědi na tuto otázku. Nesprávně či ne zcela správně odpovědělo 51 (76 %) respondentek z 67 (100 %). V této otázce byla nejčastější chyba neúplnost odpovědí, k čemu by se dalo i přihlídnout, jelikož například ženský kondom (femidom) je méně oblíbený mezi uživatelkami antikoncepčních metod, toto tvrzení uvádí Hořejší (2017, s. 216) ve své publikaci. Téměř shodnou otázkou se ve svém průzkumu zabývala také Snopková (2019, s. 29, 59), ve které měly respondentky taktéž označit metody bariérové antikoncepce. Jejího průzkumu se zúčastnilo celkem 100 respondentek (100 %) v rozsáhlém věkovém rozmezí. Hranici věku pro zapojení do průzkumu neměla přesněji specifikovanou, protože ve svém průzkumu, si respondentky rozdělila do věkových skupin: „méně než 18 let“, „18-29 let“, „30-35 let“ a „36 let a více“. Na základě těchto stanovených skupin poté porovnávala jejich znalosti navzájem. Respondentky v jejím průzkumu u této dotazníkové otázky měly taktéž možnost výběru více odpovědí. Z nabízených možností respondentky správně zvolily 76x (41 %) prezervativ (kondom), 74x (40 %) pesar a 20x (11 %) femidom. Z porovnání dotazníkové otázky Snopkové (2019) a dotazníkové otázky této bakalářské práce č. 9 (Otázka č. 9: Mezi bariérové antikoncepční metody patří:) vyplývá, že správné odpovědi v obou otázkách byly shodně zvoleny. Co se týče výsledků průzkumů, je možné usoudit, že respondentky Snopkové (2019) měly lepší znalosti než studentky z průzkumu této práce. Domnívám se, že je to zapříčiněno vyšším věkem respondentek zapojených do jejího průzkumu.

Další otázkou byla dotazníková **otázka č. 10**, kde byly dívky tázány na princip bariérové antikoncepce. V této otázce respondentky označovaly pouze jednu odpověď z nabízených

odpovědí. Mezi výčtem odpovědí byla zahrnuta i možnost „nevím“, tedy že respondentka neví, jaký je princip bariérové antikoncepce. Tuto možnost odpovědi zvolilo 10 dívek (15 %) z celkového počtu 67 respondentek (100 %). Správná odpověď zněla, že principem bariérové antikoncepce je překážka zabraňující průniku spermií do pochvy a následně do dělohy. Tato odpověď byla zároveň nejčastější odpovědí. Správně odpověděla nadpoloviční většina respondentek, celkem 54 (81 %). Mezi chybné odpovědi byly započítány i dívky, které odpověděly, že neví, jaký je princip bariérové antikoncepce. Nesprávně tedy odpovědělo celkem 13 respondentek (19 %). Dle mého názoru by měly všechny dívky znát princip bariérové antikoncepce a neměly by ho zaměňovat a plést si ho s žádným jiným. Myslím si to proto, jelikož již na základní škole byla minimálně většina respondentek seznámena s jedním z nejznámějších zastupitelů bariérové antikoncepce a tím je kondom. Měly by tedy vědět, jak vypadá a jak funguje.

Poslední otázkou byla **otázka č. 11**, ve které dívky označovaly pouze jednu odpověď na otázku, co znamená pojem femidom. V nabízeném výčtu odpovědí byla uvedena opět možnost „nevím“, jako tomu bylo i u předchozích otázek, která byla označena 28x (42 %). Správnou odpovědí bylo, že femidom je ženský kondom. Tato odpověď byla vybrána 35x (52 %). Ostatní nesprávné odpovědi, včetně možnosti „nevím“ byly označeny celkem 32x (48 %). U této otázky jsem byla až překvapená, kolik dívek znalo správnou odpověď, jelikož si myslím, že tuto antikoncepční metodu moc osob nezná. Díky tomu jsem byla mile překvapena, kolik dospívajících dívek tuto antikoncepční metodu zná. Na základě tohoto zjištění, je možné usoudit náznak vyššího zájmu informací o nehormonální antikoncepci. Protože právě femidom nepatří mezi oblíbené a více rozšířené antikoncepční metody (Hořejší, 2017, s. 216.).

Celkové zhodnocení znalostí je graficky znázorněné výše (Obrázek 13), kde jsou uvedeny počty správných a nesprávných odpovědí pro tuto průzkumnou otázku.

Průzkumná otázka č. 2

Jaké znalosti mají dospívající dívky o hormonální antikoncepci?

K této průzkumné otázce se vtahovaly **dotazníkové otázky č. 12,13,14, 15 a 16**. Z odpovědí respondentek na tyto otázky bylo zodpovězeno na průzkumnou otázku č. 2.

Otázka č. 12 se zabývala tím, zda dívky vědí, jaká je dostupnost hormonálních antikoncepčních pilulek. U této otázky bylo možné vybrat pouze jednu odpověď z nabízených možností nebo vybrat možnost „nevím“, tedy že respondentka neví, jaká je dostupnost hormonální

antikoncepce. Správná odpověď pro tuto otázku byla, že HAK je dostupná pouze na lékařský předpis, který vystavuje vždy gynekolog. Ostatní odpovědi včetně možnosti „nevím“, byly zařazeny mezi chybné odpovědi. Celkem 60 respondentek (90 %) odpovědělo správně a 7 (10 %) odpovědělo nesprávně. Štorková (2017, s. 49) ve svém průzkumu zjišťovala nejčastější důvod pro návštěvu gynekologa. Z jejího průzkumu vyplývá, že dopívající dívky ve věku 17-20 let, nejčastěji navštěvují gynekologa z důvodu preventivních gynekologických prohlídek, tuto možnost označilo celkem 36 respondentek (69 %). Dalším nejčastějším důvodem k návštěvě gynekologa pro 12 dívek (23 %) je právě předpis hormonální antikoncepce.

V **otázce č. 13** byly studentky dotazovány na správný postup užívání hormonální antikoncepce ve formě pilulek. Z výčtu možných odpovědí měly zvolit pouze jednu odpověď, v němž byla na výběr také možnost „nevím“. Jako správná odpověď pro tuto otázku byl postup užívání antikoncepčních pilulek, při kterém se užívá každý den 1 pilulka ve stejnou denní dobu. Zbylé odpovědi, včetně odpovědi „nevím“, byly zařazeny mezi chybné. Většina studentek odpověděla správně, tedy 62 (93 %) a pouze 5 dívek (7 %) označilo jinou nesprávnou odpověď. Velice podobnou otázkou se ve svém průzkumu zabývala také Snopková (2019, s. 29, 42), ve které se taktéž dotazovala na správnost užívání HAK ve formě pilulek. Jejího průzkumu se zúčastnilo celkem 100 respondentek (100 %) v rozsáhlém věkovém rozmezí. Hranici věku pro zapojení do průzkumu neměla přesněji specifikovanou, jak je již popsáno výše v diskuzi u otázky č. 9. Celkem 98 respondentů (98 %) v jejím průzkumu odpovědělo správně, že HAK ve formě pilulek se užívá každý den ve stejnou dobu. Oproti průzkumu této bakalářské práce měla Snopková (2019) větší úspěšnost ve správnosti odpovědí, což může být pravděpodobně ovlivněno vyšším věkem jejího zkoumaného souboru.

Další **otázka č. 14** se zabývala vyšším rizikem při užívání hormonální antikoncepce ve formě pilulek společně s kouřením či obezitou. V této otázce měly dívky označit opět pouze jednu odpověď z nabízeného výčtu možností, v němž byla uvedena také i možnost „nevím“. Více jak polovina respondentek, tedy 38 (57 %), zvolila správnou odpověď, že užívání HAK ve formě pilulek společně s uvedenými faktory je spojeno vyšší riziko vzniku onemocnění srdce a cév (např. krevní sraženina, infarkt). Ostatní odpovědi byly nesprávné, včetně odpovědi „nevím“. Celkem 29 respondentek (43 %) odpovědělo chybně. Snopková (2019, s. 48) se ve svém průzkumu tázala na stejnou znalost, ale její dotazníková otázka byla položená jinak, než bylo v dotazníkovém šetření pro tuto bakalářskou práci. Její otázka byla položená opačně, tedy v dotazníkové otázce se tázala, co zvyšuje riziko trombózy nebo embolie při užívání HAK. Správnou odpověď „kouření“ bylo zvoleno celkem 82x (52 %) a „věk“ 39x (25 %), což je více

jak třetina celého zkoumaného souboru. Srovnání těchto dvou průzkumů je možné vyhodnotit jako shodné. Myslím si, že oba zkoumané soubory v této znalosti vedly podobně.

V **otázce č. 15** byla zaměřená na kontraindikace neboli nemožnost užívání HAK. Respondentky měly na výběr z různých možností, mezi kterými byla uvedena i možnost „nevím“ či „jiné“ kontraindikace s ponechaným prostorem na doplnění jiných kontraindikací, které dívky znají. Za správnou odpověď bylo považováno pouze těhotenství a onemocnění srdce a cév. Ostatní odpovědi či jiné kombinace možností byly zařazeny mezi nesprávné odpovědi. Správná kombinace odpovědí byla označena celkem 37x (55 %). Jiné odpovědi či kombinace byly nesprávné, chybné či neúplné, jež byly vybrány celkem 30x (45 %). Bačovská (2019, s. 44) má ve svém průzkumu uvedeny výsledky z dotazníkového šetření, jež bylo zaměřené na ženy, které ještě nerodily. Ve svém dotazníku se podobně dotazovala žen, jaké znají absolutní kontraindikace hormonální antikoncepce. Ve výzkumu Bačovské ženy nejčastěji vybíraly odpověď „žilní trombóza, plicní embolie“ (49 %), „vysoký krevní tlak“ (23 %) a „kouření více jak 20 cigaret/den“ (18 %). Ženy z jejího výzkumu znaly správnou odpověď, avšak Bačovská uvádí, že z odpovědí respondentek bylo zjištěno, že převážně každá žena zařazená do jejího výzkumu znala pouze jednu absolutní kontraindikaci užívání HAK. V porovnání těchto dvou průzkumů je možné vyvodit, že zkoumaný soubor této bakalářské práce má lepší znalosti o kontraindikacích HAK než respondentky Bačovské.

V poslední **otázce č. 16** byly dívky dotazovány, zda znají nějaké pozitivní účinky či výhody antikoncepce. Z uvedených variant odpovědí měly respondentky možnost výběru více odpovědí, mezi kterými byla uvedena také možnost „nevím“ a „jiné“, kde byl ponechán prostor na případné doplnění jiných pozitiv HAK, jež dívky znají. Za správnou odpověď byla považována kombinace 4 správných odpovědí, mezi které patřila menší bolest při menstruaci, zmírnění výskytu akné, úprava menstruačního cyklu (pravidelnost, nižší intenzita menstruačního krvácení) a prevence mimoděložního těhotenství. Zbylé odpovědi, jiné či neúplné kombinace možností byly zařazeny mezi nesprávné odpovědi, včetně možnosti „nevím“. Na tuto otázku zcela správně odpověděly pouze 4 respondentky (6 %). Zbylých 63 respondentek (94 %) odpovědělo chybně. Nejčastějším důvodem chybných odpovědí byla nekompletnost odpovědí, tedy že dívkám většinou chyběla minimálně jedna možnost ze správných odpovědí o pozitivních účincích HAK nebo zvolily správné odpovědi, ale i nějakou nesprávnou. Teichmanová (2015, s. 28-29) ve svém průzkumu uvedla výsledky ze svého dotazníkového šetření, které bylo zaměřené na 15leté dívky. V jedné dotazníkové otázce se svých respondentek tázala, zda znají nějaké výhody hormonální antikoncepce. Z celkového

počtu 30 respondentek (100 %) jich 18 (60 %) uvedlo, že znají výhody HAK a 12 (40 %) uvedlo, že neznají žádné výhody. Zábřana otěhotnění byla respondentkami nejčastěji uváděnou výhodou HAK v průzkumu Teichmanové. Podobnou otázku na pozitivní účinky HAK položila ve svém dotazníkovém šetření i Krůtová (2020, s. 36, 46), jejíž průzkumný soubor tvořila laická veřejnost ve věkovém rozmezí 15-61 a více let. Celkový počet respondentů zapojených do jejího průzkumu bylo 250. Z jejího průzkumu vyplývá, že laická veřejnost nejčastěji jako pozitivní účinek vnímá úpravu menstruačního cyklu (27 %), naplánování menstruačního krvácení (18 %) a zlepšení akné (21 %). Dále se také mezi laickou veřejností našli i jedinci, kteří neznají ani jeden pozitivní účinek HAK (3 %). Znalosti o pozitivních účincích HAK zkoumaného souboru této bakalářské práce v porovnání s průzkumem Krůtové (2020), je možné uvést, že respondentky zapojené do průzkumu v této práci mají velice špatné znalosti v této oblasti. Naopak v porovnání s průzkumem Teichmanové by bylo možné uvést, že znalosti dívek v tomto a jejím průzkumu jsou téměř shodné. Domnívám se, že na tyto znalosti o antikoncepci má vliv převážně věk zkoumaných souborů.

Grafické znázornění správnosti odpovědí je vyobrazeno v grafu (Obrázek 14), který je uveden výše, kde jsou uvedeny počty správných a nesprávných odpovědí u jednotlivých otázek.

7 ZÁVĚR

V této kapitole jsou vyhodnoceny cíle, které byly stanoveny pro tuto bakalářskou práci na téma Úroveň znalostí dospívajících dívek o antikoncepčních metodách.

Jedním z cílů bylo zjistit, jaké jsou znalosti dospívajících dívek o bariérové antikoncepci. Na tuto oblast znalostí byly v dotazníku zaměřené 4 otázky. Většina dívek odpověděla správně a ví, jak se chránit před pohlavně přenosnými nemocemi a jaký je princip bariérové antikoncepce. Pojem femidom znala více jak polovina dívek, z čehož jsem byla poněkud překvapená, jelikož tato metoda antikoncepce není moc oblíbená a zároveň rozšířená. Metody řazené do skupiny bariérové antikoncepce dokázala správně vybrat pouze necelá čtvrtina respondentek. Toto zjištění mě nemile překvapilo, zejména v případě zvolených odpovědí „hormonální antikoncepce“ nebo „nitroděložní tělíčko“, což byly možnosti zvolené více jak třetinou dívek. Znalosti dospívajících dívek v oblasti bariérové antikoncepce hodnotím jako dostatečné.

Dalším cílem bylo zjistit znalosti dospívajících dívek o hormonální antikoncepci. Této oblasti bylo v dotazníku věnováno 5 otázek. Téměř všechny respondentky ví, jaká je dostupnost hormonální antikoncepce a také znají její pravidelné užívání ve formě pilulek. Nadpoloviční většina studentek znala správné odpovědi spojené s užíváním HAK jako jsou kontraindikace a vyšší riziko vzniku onemocnění srdce a cév. Minimum dívek označilo všechny správné pozitivní účinky HAK. Znalosti dospívajících dívek v oblasti hormonální antikoncepce hodnotím jako dobré.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit celkové znalosti dospívajících dívek o antikoncepci. Na základě získaných bodů ze znalostních otázek v dotazníku, hodnotím znalosti dospívajících dívek o antikoncepci jako dobré. Bodové ohodnocení respondentek je graficky znázorněno ve dvou grafech výše (Obrázek 15 a 16). Ačkoliv dívky na některé otázky odpovídaly nesprávně, většinou to bylo způsobené nepřesným či neúplným výběrem všech správných variant u otázek s možností výběru více správných odpovědí. Respondentky nejvíce chybovaly u otázky č. 16, ve které měly vybírat pozitivní účinky HAK. Domnívám se, že v dnešní době je hormonální antikoncepce hojně využívána, i když respondentek, využívajících tuto antikoncepci a zapojených do průzkumu, bylo pouze pár. Dle mého názoru jsou dívky často ztotožňovány hlavně s vedlejšími účinky či nevýhodami hormonální antikoncepce, ale tato metoda má i své pozitivní vlivy. Další chybný výběr správných odpovědí byl u otázky č. 9, ve které dívky vybíraly bariérové antikoncepční metody, mezi které často chybně zařazovaly

nitroděložní tělísko. Myslím si, že dívky by měly znát rozdíl principu nitroděložní a bariérové antikoncepce. Poslední nejčastěji nesprávně zodpovězenou otázkou byla otázka č. 8, ve které byly dívky tázány na možnou dobu užití postkoitální antikoncepce, případně mohly označit, zda tuto metodu vůbec znají. Téměř čtvrtina dívek vůbec neví, do jaké doby je možné užití této antikoncepce. Myslím si, že znalost doby užití nouzové antikoncepce je pro dívky v dospívajícím období vhodná a může být poté přínosná i ve vyšším věku.

Všechny cíle byly splněny, ale s výsledkem průzkumu nejsem spokojená. Moje očekávání o znalostech dospívajících dívek o antikoncepčních metodách se nenaplnilo. Na základě závěrů plynoucích z dotazníku bych dívkám doporučila především získání více informací o pozitivních účincích hormonální antikoncepce, celkově o postkoitální antikoncepci a dostupných metodách, které se řadí mezi bariérové. Informace o antikoncepci v ČR jsou volně dostupné. Navíc většina dívek uvedla v otázce č. 2 (Z jakých zdrojů získáváte informace o antikoncepci?) internet jako svůj zdroj informací o antikoncepci, kde většina mladých lidí v dnešní době tráví spoustu času. Avšak internet a média mohou být občas zavádějící, jelikož nemusí uvádět přesné a pravdivé informace o antikoncepci. Necelá třetina dívek označila svého gynekologa jako zdroj informací o antikoncepci, což si myslím, že je málo. Domnívám se, že gynekolog by měl poskytovat dívkám informace o antikoncepci a zejména pak být osobou poskytující kvalifikovanou radu ohledně výběru vhodné antikoncepce. Informovanost o antikoncepci a dostatečné znalosti dívek v tomto období je velice žádoucí, aby nedocházelo k nechtěnému těhotenství a případným interrupcím.

Pro dosažení žádoucích a velice vhodných informací dospívajících dívek o antikoncepčních metodách, bylo by vhodné posílit především sexuální výchovu ve školách, která evidentně není dostatečná. Protože právě sexuální výchova ve škole může sloužit jako kvalitní zdroj informací pro dospívající dívky o antikoncepci. Dále by bylo vhodné, aby gynekologové poskytovali dívkám dostatečné, přesné a ověřené informace o možnostech antikoncepce.

8 POUŽITÁ LITERATURA

1. BAČOVSKÁ, Lucie. *Antikoncepce u nerodivších žen*. Pardubice, 2019. 63 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Škorníčková.
2. BODNÁROVÁ, Klára. *Znalosti studentů středních škol o prevenci sexuálně přenosných chorob*. Zlín, 2021. 68 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
3. BROCHMANN, Nina a Ellen Støkken DAHL. *Zázrak tam dole: vše, co potřebujete vědět o ženském podbřišku*. Praha: Dobrovský, 2019. 310 s. ISBN 978-80-7390-785-3.
4. ČEPICKÝ, Pavel. *Gynekologické minimum pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2021. 160 s. ISBN 978-80-271-3027-6.
5. DRIÁK, Daniel. *Antikoncepce*. Praha: Galén, 2020. 469 s. ISBN 978-80-7492-488-0.
6. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3. přeprac. a dopl. vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. 312 s. ISBN 978-80-271-2111-3.
7. FAIT, Tomáš. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. akt. vyd. Praha: Maxdorf, 2018. 149 s. Farmakoterapie pro praxi., sv. 80. ISBN 978-80-7345-587-3.
8. HLADŮVKOVÁ, Lucie. *Informovanost starších žáků základních škol o sexuálně přenosných chorobách*. Zlín, 2020. 75 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce PhDr. Hana Včelařová.
9. HOŘEJŠÍ, Jan. *Dětská gynekologie*. Praha: Mladá fronta, 2017. 296 s. ISBN 978-80-204-4027-3.
10. KACHLÍK, David. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Karolinum, 2018. 154 s. ISBN 978-80-246-4058-7.
11. KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2020. 752 s. ISBN 978-80-247-1963-4.
12. KLÍMA, Jiří. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2016. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
13. KOLIBA, Peter, Petr WEISS, Martin NĚMEC a Markéta DIBONOVÁ. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2019. 184 s. ISBN 978-80-271-2039-0.

14. KOLIBA, Peter. Antikoncepce u mladistvých – aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatricpropraxi.cz* [online]. 2014, 15(6), 348-352 [cit. 2022-03-27]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf>
15. KRŮTOVÁ, Irena. *Hormonální antikoncepce z pohledu laické veřejnosti v České republice*. Praha, 2020. 75 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN. Vedoucí práce MUDr. Fanta Michael, Ph.D.
16. KŘEPELKA, Petr. Fórum antikoncepce a význam vědeckých informací pro efektivní plánované rodičovství. *Medical Tribune* [online]. Medical Tribune, 2017, č. 21 [cit. 2022-03-29]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/forum-antikoncepce-a-vyznam-vedeckych-informaci-pro-efektivni-planovane-rodicovstvi/>
17. KŘIVÁNKOVÁ, Markéta. *Somatologie: učebnice pro obor ošetřovatel*. Praha: Grada Publishing, 2020. 272 s. ISBN 978-80-271-2467-1.
18. KUČERA, Dalibor. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada, 2013. 216 s. ISBN 978-80-247-4621-0.
19. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2. akt. vyd. Praha: Grada, 2015. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
20. MALÝ, Marek, Vratislav NĚMEČEK a Hana ZÁKOUCKÁ. Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2020. *Szu.cz* [online]. 2021, s. 287-302 [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2020/Vyroční_zprava_o_vyskytu_a_sírení_HIV_AIDS_v_CR_v_roce_2020.pdf
21. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
22. NEUBAUER, Jiří, Marek SEDLAČÍK a Oldřich KŘÍŽ. *Základy statistiky: aplikace v technických a ekonomických oborech*. 3., rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2021. 296 s. ISBN 978-80-271-3421-2.
23. OREL, Miroslav. *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2019. 448 s. ISBN 978-80-271-0531-1.
24. RAŠKOVÁ, Miluše. Užití metod sexuální výchovy z pohledu historie a současnosti českého školství. *Digitální knihovna Západočeské univerzity v Plzni* [online]. Arnica: časopis pro rozvoj přírodovědného vzdělávání. 2011, č. 2, s. 49-55. [cit. 2022-04-11]. ISSN 1804-8366. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/16775/1/Raskova.pdf>
25. ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

26. SEVEROVÁ, Jana. *Znalosti antikoncepčních metod žáků vybrané střední školy*. Praha, 2020. Bakalářská práce. 64 s. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra pedagogiky. Vedoucí práce PhDr. Jaroslava Hanušová, PhD.
27. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
28. SNOPKOVÁ, Aneta. *Úroveň znalostí antikoncepce v závislosti na stupni vzdělání a věku*. Zlín, 2019. 84 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Vedoucí práce prof. MUDr. Milan Kudela, CSc.
29. ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén, 2015. 237 s. ISBN 978-80-7492-162-9.
30. ŠTORKOVÁ, Adéla. *Reprodukční zdraví u dospívajících dívek*. Pardubice, 2017. 70 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Škorníčková.
31. TEICHMANOVÁ, Lenka. *Užívání hormonální antikoncepce u patnáctiletých dívek ve vztahu ke kvalitě života*. Pardubice, 2015. 50 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
32. UZEL, Radim. Sexuální výchova v rodině i ve škole. *Sancedetem.cz* [online]. 8. 12. 2016, [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/sexualni-vychova-v-rodine-i-ve-skole>
33. ÚZIS ČR. Potraty 2000. *Uzis.cz* [online]. 2001, s. 161 [cit. 2022-03-27]. ISSN 1210-8642. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/potr2000.pdf>
34. ÚZIS ČR. Potraty 2020. *Uzis.cz* [online]. 2022, s. 187. [cit. 2022-03-27]. ISSN 1210-8642. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008377/potraty2020.pdf>
35. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 536 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
36. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adolescent and young adult health. *Who.int* [online]. 18. 1. 2021, [cit. 2022-04-11]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adolescent pregnancy. *Who.int* [online]. 30. 12. 2020, [cit. 2022-04-25]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
38. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ČÍŽKOVÁ-HLOBILOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

9 PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník	71
----------------------------	----

Příloha A – *Dotazník*

Dobrý den,

jmenuji se Gabriela Sedláčková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění mého dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro praktickou část mé bakalářské práce na téma *Úroveň znalostí dospívajících dívek o antikoncepčních metodách*.

Tímto Vás prosím o vyplnění dotazníku a uvedení pravdivých informací. Dotazník je zcela anonymní.

Prosím o označení pouze jedné odpovědi, pokud není uvedeno jinak. Dále prosím o čitelné vyplnění odpovědi u otevřených otázek.

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

1. Doplňte, jaký je Váš věk: _____

2. Z jakých zdrojů získáváte informace o antikoncepci?
(možnost výběru více odpovědí)
 - a) z internetu
 - b) od svého gynekologa
 - c) od rodičů
 - d) od kamarádů
 - e) ze školy
 - f) jiné zdroje: _____

3. Domníváte se, že máte dostatek znalostí o antikoncepci?
 - a) ano
 - b) ne

4. Používáte nějakou antikoncepční metodu?

a) ano (*uved'te jakou/jaké antikoncepční metodu/metody používáte*): _____

b) ne

5. Stručně vysvětlete pojem antikoncepce.

6. Která antikoncepční metoda z následujícího výběru je nejméně spolehlivá?

a) hormonální antikoncepční tabletky

b) kondom

c) nitroděložní tělísko

d) přerušovaná soulož

e) nevím

7. Antikoncepční metoda chránící před pohlavně přenosnými chorobami je:

a) nitroděložní tělísko

b) přerušovaná soulož

c) kondom

d) hormonální antikoncepční tabletky

e) nevím

8. Postkoitální antikoncepci (tzv. „pilulku po“) po nechráněném pohlavním styku nebo po selhání některé antikoncepční metody je možné užít do:

a) do 24 hodin

b) do 3 dnů (72 hodin)

c) do 1 týdne

d) nevím, o takové antikoncepci jsem neslyšela

e) vím, že tato antikoncepce existuje, ale nevím, do jaké doby se může užít

9. Mezi bariérové antikoncepční metody patří: *(možnost výběru více odpovědí)*
- a) pesary
 - b) nitroděložní tělísko
 - c) ženský kondom
 - d) výpočet plodných a neplodných dnů
 - e) hormonální antikoncepce
 - f) kondomy
 - g) nevím
 - h) jiná: _____
10. Co je principem bariérové (mechanické) antikoncepce?
- a) výpočet plodných a neplodných dnů
 - b) imobilizace (znehynění) spermií
 - c) překážka zabraňující průniku spermií do pochvy a následně do dělohy
 - d) zavedení tělíska do dutiny děložní
 - e) nevím
11. Co je to femidom?
- a) druh hormonální antikoncepce
 - b) ženský kondom
 - c) spermicidní přípravek
 - d) nevím
12. Jaká je dostupnost hormonálních antikoncepčních tablet?
- a) dostupné pouze na lékařský předpis (předepisuje vždy gynekolog)
 - b) dostupné pouze na lékařský předpis (předepisuje vždy praktický lékař)
 - c) volně prodejné v lékárně
 - d) nevím
13. Správný postup užívání hormonální antikoncepce ve formě pilulek je:
- a) každý den 1 pilulka, na době užití nezáleží
 - b) vždy 1 pilulka před pohlavním stykem
 - c) každý den, ve stejnou dobu 1 pilulka
 - d) nevím

14. S užíváním hormonálních antikoncepčních pilulek společně s kouřením nebo obezitou je spojeno vyšší riziko:

- a) mimoděložního těhotenství
- b) vzniku onemocnění srdce a cév (např. krevní sraženina, infarkt)
- c) rakoviny vaječníku
- d) nevím

15. Mezi kontraindikace (nemožnost užívání) hormonální antikoncepce se řadí:

(možnost výběru více odpovědí)

- a) těhotenství
- b) nadváha
- c) věk pod 15 let
- d) onemocnění srdce a cév
- e) nevím
- f) jiné: _____

16. Vyberte, jaké znáte možné pozitivní účinky (výhody) hormonální antikoncepce?

(možnost výběru více odpovědí)

- a) zlepšení bolestí hlavy
- b) menší bolest při menstruaci
- c) zlepšení růstu vlasů
- d) zmírnění výskytu akné
- e) úprava menstruačního cyklu (pravidelnost, nižší intenzita menstruačního krvácení)
- f) zlepšení ženské plodnosti
- g) prevence mimoděložního těhotenství
- h) neznám žádné
- i) jiné: _____