

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Navazující magisterské studium
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Úroveň informovanosti žáků středních škol v oblasti antikoncepce

2006/2007

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Nováková

Bc. Miloslava Drahošová

Poděkování:

Děkuji

Mgr. Lence Novákové za ochotu, cenné odborné rady a pochopení, za příkladný přístup a čas, který mi poskytla při vedení mé diplomové práce,

Ing. Lubošovi Niedermertlovi, RNDr. Andree Rudové a jejímu synovi Ondřejovi za neocenitelnou pomoc při zpracování statistických dat,

Mgr. Jaroslavě Markové za jazykovou korekci,

všem žákům (respondentům), kteří se zúčastnili výzkumu,

všem zaměstnancům škol, kteří pomohli při jeho organizaci,

všem blízkým, kolegům, známým a přátelům, kteří mi pomáhali při řešení záležitostí spojených s diplomovou prací,

všem, kteří mě podporovali v těžkých chvílích.

Obhajoba diplomové práce dne:

Hodnocení:

Jméno oponenta: Mgr. Ludmila Lamplotová

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci prameny, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

30. 4. 2007

Bc. Miloslava Drahošová

Obsah:

Anotace	6
Abstract	7
Úvod	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Antikoncepce.....	10
1.1 Historie antikoncepce.....	10
1.2 Druhy antikoncepce	13
1.2.1 <i>Přirozené metody antikoncepce</i>	<i>13</i>
1.2.2 <i>Mechanické bariérové metody antikoncepce</i>	<i>16</i>
1.2.3 <i>Chemické bariérové metody antikoncepce.....</i>	<i>18</i>
1.2.4 <i>Nitroděložní antikoncepce.....</i>	<i>18</i>
1.2.5 <i>Gestagenní antikoncepce</i>	<i>20</i>
1.2.6 <i>Kombinovaná hormonální antikoncepce.....</i>	<i>23</i>
1.2.7 <i>Intercepce.....</i>	<i>28</i>
1.2.8 <i>Sterilizace.....</i>	<i>29</i>
1.3 Když vše selže.....	30
2 Sexuální výchova	32
2.1 Charakteristika sexuální výchovy	32
2.2 Přirozený vztah k sexualitě a tělu (sexualita a psychický vývoj).....	33
2.3 Sexualita a láska	34
2.4 Důležitost rodiny v sexuální výchově.....	35
3 Role školy v sexuální výchově	37
3.1 Sexuální výchova v osnovách základní školy.....	38
3.2 Poskytování psychologických a speciálně pedagogických služeb	44
3.3 Studijní programy na pedagogických fakultách	45
3.4 Fórum výchovy ke zdraví.....	47
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	48
4 Vymezení problému	48
4.1 Cíle výzkumu	48
4.2 Hypotézy výzkumu.....	48
4.3 Metodika výzkumu	49
4.3.1 <i>Dotazníková metoda a doplňující anketa.....</i>	<i>49</i>
4.3.2 <i>Zpracování získaných dat.....</i>	<i>49</i>
4.3.3 <i>Zdroje odborných poznatků.....</i>	<i>50</i>
4.3.4 <i>Organizace výzkumu</i>	<i>50</i>
4.4 Charakteristika souboru	50
4.5 Analýza a interpretace výsledků – jednostupňové třídění znaků....	53
4.5.1 <i>Doplňující anketa</i>	<i>97</i>
4.6 Analýza a interpretace výsledků – dvojstupňové třídění znaků....	121
5 Diskuse.....	129
Závěr.....	131
Seznam literatury	134
Seznam zkratk	140
Seznam příloh	142

Anotace

Titul a jméno autora:	Bc. Miloslava Drahošová
Instituce:	Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetrovatelství Studničkova 5, 121 00 Praha 2
Obor:	Navazující magisterské studium oboru učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy
Název práce:	Úroveň informovanosti žáků středních škol v oblasti antikoncepce
Vedoucí práce:	Mgr. Lenka Nováková
Počet stran:	142 + přílohy
Počet příloh:	9
Počet titulů použité literatury:	85
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	antikoncepce, sexuální výchova, rodina, škola, žáci, mladiství, dospívání, plánované rodičovství, sexuálně přenosné choroby, znalosti, úroveň

Tato diplomová práce si klade za cíl zmapovat úroveň znalostí žáků středních škol v oblasti antikoncepce. V teoretické části je popsán vývoj antikoncepčních metod a jejich charakteristika. Také je sem zařazena sexuální výchova jako taková a její situace v současném školském systému. Výzkumná část srovnává znalosti žáků na různých typech škol a v různě velkých městech. Sleduje rozdíl v informovanosti mezi pohlavími, vliv rodinného prostředí a efektivitu osvětových metod.

Abstract

Autor's name:	Miloslava Drahošová, B.S.N.
Institution:	1 st Faculty of Medicine, Charles University in Prague Institute of Nursing Theory and Practice Studničkova 5, 121 00 Prague
Program:	Health Care Administration
Thesis title:	Knowledge level of contraception issues in high-school students
Head of the thesis:	Lenka Nováková, M.S.N.
Number of pages:	142 + attachments
Number of attachments:	9
Number of sources used:	85
Year defension:	2007
Key words:	contraception, sex education, family, school, pupils, adolescents, adolescence, family planning, sexually transmitted diseases, knowledges, level

The aim of this work was to analyze knowledge level of contraception issues in high-school students. Theoretical part of this study describes evolution of contraceptive methods and gives their description as well as describes sex education approaches and their actual application and stage in contemporary education system. Experimental (investigative) part of this work comprises comparison of knowledge levels in student of different type of schools and of different urbanic units. Compares

differences between genders, influence of family background and effectiveness of sex education.

Motto:

„Úspěšnost výchovy vyplývá nikoli z vědomostí učitele, ale z úzkého vztahu mezi učitelem a jeho žákem.“

PLATÓN

Úvod

Ke zpracování diplomové práce, týkající se znalostí žáků středních škol v oblasti antikoncepce, mne přivedlo každodenní setkávání se s klientkami ve všeobecné gynekologické ambulanci. Míra informovanosti i již dospělých žen je v některých případech nedostatečná. A proto jsem se rozhodla tento problém zmapovat tam, kde by měla být osvěta nejintenzivnější, tedy u dospívajících.

Dalším důvodem byl fakt, že jsem před časem navštívila Semmelweis klinik v Budapešti a velmi mě překvapilo, jak vysoký počet interrupcí je zde stále vykonáván jen proto, že je opomíjena osvěta v oblasti antikoncepce.

U nás v poslední době došlo k velkému poklesu počtu prováděných interrupcí, ale přesto jsou tato čísla stále, dle mého názoru zbytečně, vysoká.

Cílem teoretické části této diplomové práce je předložit přehled antikoncepčních metod, jejich charakteristik a shrnutí stavu sexuální výchovy v současném školském systému.

Cílem výzkumné části je porovnat stav informovanosti v oblasti antikoncepce na různých typech škol, dle pohlaví a velikosti města, dále pak posoudit efektivitu osvětových metod a zjistit, zda došlo k posunu v informovanosti v této oblasti či nikoli.

Svou prací bych chtěla upozornit na nepřestávající potřebu se touto problematikou stále zabývat. Je pravdou, že vše již bylo mnohokrát řečeno, ale stále málo toho bylo doopravdy uskutečněno.

I.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Antikoncepce

Právo ženy rozhodnout se, zda a kdy mít dítě, je zakotveno v Prohlášení Teheránské konference OSN o lidských právech (1968), Světovém akčním populačním plánu (1974), Světové deklaraci o přežití, ochraně a rozvoji dětí (1990) a dalších mezinárodních smlouvách. Nejlepším prostředkem k zajištění tohoto práva je umožnit ženám přístup k dostatečně široké škále moderní, bezpečné a účinné antikoncepce a informacím o ní.

Antikoncepce (kontracepce) je každá metoda zabraňující početí. Spolehlivost metody se vyjadřuje jako počet nechtěných těhotenství při jejím užívání jedním stem žen po dobu jednoho roku. Tuto hodnotu označujeme jako Pearl index.¹

Světová zdravotnická organizace odhaduje počet žen, které užívají antikoncepci, na 100 miliónů.

1.1 Historie antikoncepce

„Nejstarší historicky doloženou kontracepční praktikou je pravděpodobně coitus interruptus, popsáný ve Starém zákoně v příběhu Judových synů Hera a Onana. Druhorozený Onan měl podle zvyklosti zplodit potomka s vdovou po svém starším bratrovi, odmítl to však a „vypouštěl sémě své na zem“ (odtud odvozený výraz „onanie“ se chybně vžil jako synonymum masturbace). Kromě těchto relativně účinných metod byla v historii popsána řada postupů, jejichž účinnost byla pouze spekulativní. Např. řecký lékař Soranos z Efezu ve 2. stol. po Kr. doporučoval ženě vyhnout se orgasmu. Domníval se, že tak nedojde k propuštění ejakulátu do dělohy a výše. Žena měla styk předčasně ukončit, přinutit se ke kašli a vypít chladný nápoj.

Vyhýbání se ejakulaci do nitra ženského pohlavního ústrojí bylo po tisíce let pravděpodobně jedinou z metod, které dnes označujeme (trochu nepřesně) jako přirozená kontracepce. Metody periodické abstinence, založené na skutečnosti,

že otěhotnět lze pouze v období ovulace, byla vyvinuty až ve 20. století. Rituální abstinence sice existovala odedávna, ale zaměřena byla zejména na vlastní období krvácení, nebo s krvácením alespoň souvisela. Na začátku třicátých let 20. stol. byla vypracována tzv. kalendářová metoda, založená na poznatku pražského gynekologa rakouského původu Hermanna Knause, že ovulace nastává přibližně 15. den před začátkem následující menstruace. Ve stejné době vypracoval podobný postup japonský gynekolog Kynasku Ogino; metoda se proto nazývá Knausova-Oginova. Metody periodické abstinence se v dalších letech do určité míry zpřesnily lepším stanovením termínu ovulace pomocí měření bazální teploty, později v kombinaci s řadou dalších symptomů ovulace. Metody přirozené kontracepce se i přes svou relativně nízkou spolehlivost vyvíjejí i v současné době, mj. proto, že jsou jako jediné tolerovány katolickou církví.

Také další skupina, označovaná souhrnně jako bariérová kontracepce, má dlouhou historii. Ve starém Egyptě, již v období Střední říše (zhruba 1900 př. Kr.), byly užívány vaginální tampony; některé z nich byly připravovány takovým způsobem, že lze předpokládat i určitý spermicidní efekt. Popsány jsou např. tampony z listů různých rostlin, napuštěné medem, ale také řada hmot budících odpor, např. krokodýlí trus, jako součást speciálně připravené pasty zaváděné do pochvy. Obdobou těchto postupů je vaginální houbička obsahující spermicidy. Užití kondomu se rozšířilo v 16. století, avšak příčinou byly spíše šířící se pohlavní choroby (zejména z Ameriky importovaná syfilis) než kontracepce. Kondom údajně hojně užíval i slavný záletník Giacomo Casanova. Kondomy se zhotovovaly ze střívek, rybiho měchýře, popř. také z hedvábí, výraznou změnu pak představovala technologie zpracování pryže v 19. století. Ve druhé polovině 19. století také doznaly většího rozšíření cervikální pesary. K těmto metodám ve 20. století přistoupily další bariérové pomůcky, jejichž použití je závislé pouze na ženě, jako je vaginální diafragma a ženský kondom (femidon).

Vedle bariérových metod se odedávna užíval také výplach pochvy po pohlavním styku; dodnes jej některé ženy užívají jako nouzovou metodu postkoitální kontracepce. I tekutiny užívané k výplachům měly často do jisté míry spermicidní efekt (např. zředěná octová voda). Zde si zaslouží zmínku i metody, jako byl pás cudnosti a infibulace penisu, které lze zařadit k mechanickým překážkám.

¹ FAIT, T. Účelná antikoncepce. *Medinews*, roč. 3, č. 1, s. 12 - 14, 2004.

S bariérovými metodami úzce souvisí používání látek, které narušují funkci či vitalitu spermií. Tyto látky se zjednodušeně nazývají spermicidy. Metody, používající spermicidy, se souhrnně označují jako chemická kontracepce.

Lidstvo vyzkoušelo mnoho nejrůznějších lektvarů, čajů a bylinných extraktů ve snaze vyhnout se otěhotnění bez nutnosti manipulace v oblasti genitálií. Můžeme je tak považovat za předchůdce dnešní orální kontracepce. Je možné, že alespoň některé z nich mohly být účinné, řada rostlin totiž obsahuje estrogény a další steroidy, řada dalších účinkuje jako abortiva.“²

Od 17. století docházelo k řadě objevů v oblasti fyziologie a v návaznosti na to byly činěny pokusy o aplikace těchto poznatků formou vývoje různých syntetických preparátů využitelných v oblasti kontracepce. Na konci 40. let 20. stol. bylo prokázáno, že aplikace progesteronu, tak i estrogenů, blokuje ovulaci. V 50. letech byla zahájena éra hledání klinicky použitelného kontraceptiva. V čele tohoto vývoje stál tým amerického gynekologa Gregoryho Pincuse, který spolupracoval s Margaret Sangerovou, zakladatelkou Mezinárodní federace pro plánované rodičovství (IPPF). V roce 1956 bylo zahájeno klinické zkoušení vyvíjených kontraceptiv v Portoriku. Tak byl v roce 1960 vyvinut preparát Enovid (Searle). První evropské kontraceptivum - Anovlar (Schering) - se objevilo na trhu o rok později. S účinností preparátů se objevily i vedlejší účinky, které vedly k dalšímu zdokonalování a vývoji. Byly vyvinuty „minipilulky“, hledaly se další účinné látky a aplikační formy.³

„Také historie nitroděložní kontracepce pravděpodobně sahá do hluboké minulosti. Traduje se, že ve starověkém Egyptě byly zaváděny do dělohy drobné kaménky. Na rozdíl od výše uvedených metod to však není zřetelně písemně doloženo.

Tzv. první generace novodobých nitroděložních tělísek měla podobu hedvábného vlákna, které se zavádělo do dělohy. Zásadní podíl na rozvoji nitroděložní kontracepce měl německý gynekolog Ernst Gräfenberg. V letech 1926 - 1928 začal zkoušet využití stříbrného kroužku zaváděného do dutiny děložní. Do gynekologické praxe bylo tělísko tohoto typu zavedeno v roce 1928.

Druhá generace nitroděložní kontracepce se datuje od roku 1960, kdy byla do praxe zavedena plastová tělíska. Tuto metodu zdokonalil v roce 1962 Lippes,

² SEIDLOVÁ, D. *Kontracepce pro praxi*. Praha: MAXDORF, 1997, s. 15 - 18.

³ SEIDLOVÁ, D. *Kontracepce pro praxi*. Praha: MAXDORF, 1997, s. 15 - 18.

který do praxe zavedl tělísko ve tvaru smyčky. U nás se rozvoji nitroděložních tělísek věnoval Jiří Šráček.

O 12 let později se objevují tzv. medikovaná tělíška, obsahující různé množství adsorbované mědi, která zvyšuje účinnost kontracepce a snižuje výskyt zánětlivých komplikací.

Třetí generací jsou tělíška s obsahem steroidu.

K metodám zábrany početí s nezanedbatelným rozšířením ve světě patří také sterilizace.

Existují i pokusy vyvinout zcela odlišné metody kontracepce (imunologické metody aj.), žádná z nich však není zatím standardně používána.

Samostatnou kapitolou přitom je vývoj mužské kontracepce. Ani ta však, přes intenzivní výzkum, zatím nedosáhla většího rozšíření.“⁴

1.2 Druhy antikoncepce

Co je svět světem, byly nalezeny pouze tři způsoby regulace plodnosti – sexuální abstinence, antikoncepce a umělý potrat.

Antikoncepci lze základně rozdělit na reverzibilní a ireverzibilní, mužskou a ženskou, hormonální a nehormonální. Dále ji lze dělit na přirozenou, mechanickou bariérovou, chemickou bariérovou, nitroděložní, gestagenní, kombinovanou hormonální, postkoitální antikoncepci a sterilizaci. (*Příloha č. 5*)

Existují i bizarní metody kontracepce, ke kterým náleží astrologické metody (lunární), bioenergetická kontracepce, hypnotická sugesce a regulace plodnosti pouze vlastním přáním (otěhotnět či neotěhotnět). Jejich spolehlivost je malá až žádná.⁵

1.2.1 Přirozené metody antikoncepce

Mezi tyto metody náleží ty, které nevyžadují žádné pomůcky, medikamenty nebo asistenci lékaře.

⁴ SEIDLOVÁ, D. *Kontracepce pro praxi*. Praha: MAXDORF, 1997, s. 18 - 19.

⁵ ČEPICKÝ, P. *Úvod do antikoncepce pro lékaře gynekology*. Praha: LEVRET s. r. o., 2002, s. 30 - 31.

Kojení

Kojení je nejstarším způsobem regulace reprodukce. Po porodu dochází k laktační amenoree, která je způsobena zvýšenou hladinou prolaktinu. Ten potlačuje vyplavování FSH (folikulostimulační hormon) a LH (luteinizační hormon), což způsobuje, že žena nemenstruuje a neovuluje. Aby tato metoda mohla být považována za spolehlivou, musí být splněny následující podmínky: žena musí plně a často kojít, pauzy mezi kojeními nesmí být delší než 3 – 4 hodiny, noční pauza mezi kojeními nesmí přesáhnout 6 hodin, žena nesmí menstruovat, metoda je využitelná do 6. měsíce od porodu.

Spolehlivost metody – Pearlův index je asi 2 – 4, tzn. 2 – 4 těhotenství na 100 žen za jeden rok.

Přerušovaná soulož (coitus interruptus)

Tato metoda znamená, že muž pohlavní styk končí před ejakulací. K ejakulaci dochází vně rodidel ženy, aby bylo zabráněno vstupu spermií do jejího pohlavního ústrojí.

Spolehlivost je velice nízká, protože spermie jsou obsaženy v preejakulační tekutině. Pearlův index je 15 – 20.

Periodická abstinence

Při této metodě je využíváno plodných a neplodných dnů menstruačního cyklu. Vědecký základ této metody položil Rakušan Knaus a nezávisle ne něm Japonec Ogino ve 20. letech minulého století a metoda je nazývána Ogino-Knausova. Výpočet plodných dnů zahrnuje předpoklad, že spermie žijí v ženském genitálu 2 – 5 dnů a že délka možného oplodnění vajíčka trvá po dobu 24 – 48 hodin. To znamená, že k otěhotnění může dojít 5 – 7 dnů v každém cyklu. Ochranou proti otěhotnění je sexuální abstinence během plodných dnů.

K těmto metodám náleží: *kalendářová metoda, měření bazální teploty, hlenová metoda, cervikální metoda, krystalizace slin, symptotermální metoda a stanovení LH.*

Spolehlivost těchto metod je závislá na přístupu ženy, která tuto metodu využívá. Pearlův index je 3 – 5. Přírozené metody antikoncepce jsou jedinou antikoncepční metodou, kterou povoluje katolická církev.

Kalendářová metoda (Ogino-Knausova)

Tato metoda, zakládající se na periodické abstinenci, jejíž podmínkou je pečlivé vedení menstruačního kalendáře a pečlivé sledování menstruačního cyklu, je nejstarší a nejméně spolehlivá. K získání validních údajů je nutné, aby si žena zapisovala údaje o cyklu nejméně 8 měsíců. První plodný den je vypočten odečtením 18 dnů z délky nejkratšího cyklu a poslední odečtením 11 dnů z délky nejdelšího cyklu. Neplodných dnů je méně u nepravidelných cyklů.

Měření bazální teploty

Metoda je založena na termogenním efektu progesteronu. Pomocí měření bazální teploty detekujeme ovulaci. Po ovulaci dochází vlivem progesteronu ke zvýšení teploty o 0,2 – 0,4 stupně. Při měření je nutno dodržovat tyto zásady: měříme 5 – 7 minut, měříme ihned po probuzení, měříme nejlépe mezi 4. - 6. hodinou, před pohlavním stykem. Ženu je nutno upozornit, že teplotu uměle zvyšuje nemoc, rozrušení, nedostatek spánku, nadměrné užívání alkoholu. K určení neplodných dnů se užívá tzv. pravidlo „tři po šesti“. Pokud žena naměří ve třech po sobě následujících dnech teplotu o 0,2 – 0,4 stupně vyšší než v šesti po sobě následujících dnech předcházejících, znamená to neplodné období do další menstruace.

Hlenová (Billingsova) metoda

Tato metoda je založena na určování charakteru cervikálního hlenu. V první polovině cyklu je díky vlivu estradiolu hlen tažný až několik cm, řídký, hojný a prostupný pro spermie („mokrý dny“). Tyto změny jsou nejpatrnější tři dny před a dva dny po ovulaci, což je nejplodnější období cyklu. Poslední den je nazýván „hlenový vrchol“. Ve druhé polovině se hlen vlivem progesteronu stává vazkým, neprostupným pro spermie a je ho málo. Těsně po menstruaci se nevyskytuje žádný hlen („suché dny“). Za neplodné dny jsou považovány „suché dny“ po menstruaci a doba od čtvrtého dne po „hlenovém vrcholu“ do menstruace.

Každodenní styk hodnocení hlenu zkresluje.

Cervikální metoda

Při této metodě je hodnocena konzistence děložního čípku v průběhu cyklu.

Žena si v podřepu vyhmatá a hodnotí konzistenci děložního čípku. Po menstruaci je tuhý a branka uzavřena. Plodné dny začínají 4 – 5 dnů před ovulací, kdy čípek měkne a zevní branka se pootvívá. Tato metoda je užívána jako doplňková.

Krystalizace slin

Estrogen a progesteron ovlivňují charakter slin. Plodné a neplodné dny se rozlišují pomocí krystalizace slin na sklíčku. Před ovulací se objevují stromečkovité struktury. Tato metoda je také doplňková.

Symptotermální (indexová) metoda

Je nejspolehlivější z již popsaných metod. Kombinuje metodu měření bazální teploty, hlenovou cervikální, event. i krystalizaci slin. Pokud jeden z ukazatelů svědčí pro plodný den, je považován za plodný bez ohledu na další hlediska.

Stanovení LH

Test, jehož pomocí lze stanovit periovulační vzestup LH, je možno zakoupit v lékárně. Jde o test z moči. Tato metoda je užívána spíše ke stanovení optimálního dne pro početí.⁶

1.2.2 Mechanické bariérové metody antikoncepce

Jde o nejstarší arteficiální antikoncepční postupy. Do poloviny minulého století byl jejich význam jedinečný. Změnu přinesl až vývoj hormonální antikoncepce a ostatních antikoncepčních metod.

Rozlišujeme ženskou a mužskou bariérovou antikoncepci. Tato metoda funguje tak, že spermiiám je do cesty stavěna mechanická překážka. Antikoncepční spolehlivost zvyšuje kombinace této metody s chemickou antikoncepcí.

Ženské bariérové metody

Mezi ženské bariérové metody náleží *poševní pesar (diafragma)*, *femidon*, *cervikální klobouček (cervikální pesar)* a *vaginální hubka*.

⁶ KUŽELOVÁ, M. *Co by měla sestra vědět o antikoncepci*. Praha: LEVRET s. r. o., 2005, s. 14 - 18.

Poševní pesar (diafragma) je gumový klobouček s průměrem 5 – 10,5 cm (správnou velikost ženě určí gynekolog). Umísťuje se před děložní čípek před stykem a nechává se max. 24 hodin po styku. Je možno jej používat opakovaně. Doporučuje se jeho kombinace s chemickými metodami. Pro nezájem se k nám v 90. letech přestal dovážet.

Výhodou bývala částečná ochrana před pohlavně přenosnými chorobami. Nevýhodou je riziko infekce, nízká spolehlivost - Pearlův index je 3 – 20 a diskomfort spojený se zaváděním či extrakcí.

Další ženskou bariérovou antikoncepcí je *femidon* („Femidon“, „Reality“, „Femi“), který je jistým druhem dámského kondomu. Je větší, vyráběný z polyuretanu a doporučuje se kombinovat s chemickou antikoncepcí. Na českém trhu není.

Cervikální klobouček (pesar) musí přilnout na čípek přísátím a u nás na trhu nikdy nebyl.

Vaginální hubka je kombinací mechanické a chemické bariérové antikoncepce. Je tvořena z polyuretanu. Zavádí se hluboko do pochvy. Zde může být až 24 hodin. U nás není dostupná.

Mužské bariérové metody

Mužskou bariérovou metodou je *kondom* - latexový návlek na penis. V USA existují polyuretanové kondomy pro alergiky.

K výhodám patří, že do určité míry chrání před pohlavně přenosnými infekcemi, před HIV (virus lidské imunitní nedostatečnosti), před hepatitidou B či před lidskými papillomaviry (HPV).

Nevýhodou je nízká spolehlivost, Pearlův index 5 – 15.^{7, 8}

⁷ UZEL, R. Moderní antikoncepce a její současné trendy. In *Fórum výchovy ke zdraví*. Praha: MŠMT, 2004, s. 55 - 58.

⁸ KUŽELOVÁ, M. *Co by měla sestra vědět o antikoncepci*. Praha: LEVRET s. r. o., 2005, s. 19 - 22.

1.2.3 Chemické bariérové metody antikoncepce

Rozšířenějším názvem této metody jsou spermicidy, které inaktivují spermie destrukcí jejich membrány. Spermicidy jsou převážně užívány v kombinaci s mechanickou bariérovou antikoncepcí, nebo jsou jejich součástí (kondom, hubky).

Na trhu jsou dostupné dvě formy spermicidů – *čípky a krém*. Přípravek Patenex Oval ve formě čípků a Pharmatex ve formě čípků a krému. Aby působení bylo efektivní, je nutno spermicid zavést hluboko do pochvy s určitým předstihem, délka účinku je různá, při opakovaném pohlavním styku je třeba opětovně zavést i přípravek, musí se dodržovat určité zásady (nemýt se mýdlem před stykem).

Výhodou je, že spermicidy poskytují i výraznou ochranu před sexuálně přenosnými infekcemi, pohlavními nemocemi, snižují výskyt pánevních zánětlivých onemocnění a jsou běžně dostupné.

Nevýhodou je rušivá příprava a míra spolehlivosti, která je závislá na přístupu uživatelky. Pearlův index je 3 – 40.⁹

1.2.4 Nitroděložní antikoncepce

Česká republika má výsadní postavení jak ve vývoji, tak v oblibě tělísek. V roce 1969 bylo vyrobeno první české tělísko DANA (Dobrá A Neškodná Antikoncepce). O jeho rozvoj se zasloužil doktor Šráček. Toto tělísko bylo vysoce kvalitní a bylo vyváženo i na Západ.

V dnešní době nitroděložní tělíška (IUD) fungují jako nosiče účinných látek, které mají hlavní antikoncepční efekt, používána je měď nebo gestageny.

Nitroděložní tělíška lze rozdělit na *nemedikovaná (IUD)*, *s mědí (IUD)* a *s levonorgestrem (LNG-IUS)*.

Nemedikovaná nitroděložní tělíška jsou vyrobena pouze z umělé hmoty. Čím je tělísko větší, tím je účinnější. V současnosti u nás tato tělíška již nejsou a jsou považována za překonaný druh.

Nitroděložní tělíška s mědí, která jsou k dispozici u nás, jsou plastová, omotaná měděným drátkem, nebo s obsahem zlata či stříbra. Jsou vyráběna většinou ve tvaru „T“. Tělíška jsou opatřena vláknem, které slouží k extrakci. Jsou k dostání v lékárnách nebo u gynekologa

Mechanismus účinku tělíška spočívá ve vyvolání sterilního zánětu endometria, při kterém vzniká množství leukocytů. Degradční produkty leukocytů mají toxický účinek na spermie.

K výhodám této metody patří vysoká spolehlivost, dostupnost, užití i postkoitálně pro ženy, které zapomínají.

Nevýhodou je častá hypermenorea a dysmenorea.

K relativním kontraindikacím náleží recidivující infekce, myomatózní děloha, pelipatie, cervikální dysplazie, metroragie, dysmenorea.

Nitroděložní tělíška s levonorgestrel (Mirena) mají tvar „T“. Levonorgestrel se nepřetržitě uvolňuje po dobu 5 let. Tělisko je opatřeno vláknem, které slouží k extrakci. Je k prodeji na recept v lékárnách.

Toto tělíško v sobě kombinuje dvě antikoncepční metody: metodu gestagenní a metodu nitroděložního tělíška. Vlivem gestagenu se mění charakter cervikálního hlenu, který se stává neprostupným pro spermie. Gestagen způsobuje atrofii endometria a narušuje funkci vejcovodů.

Výhody, které tato metoda poskytuje: vysoká spolehlivost, dlouhodobý účinek, nižší riziko zánětů, snížení menstruačního krvácení, odstranění dysmenorey, široké spektrum uživatelů, opakované použití.

Nevýhody: možné špinění, bolesti hlavy, zhoršení pleti v prvních třech měsících.

K relativním kontraindikacím patří nespokojenost s hypomenoreou až amenoreou, myomatózní děloha znemožňující zavedení, cervikální dysplazie.

⁹ KUŽELOVÁ, M. *Co by měla sestra vědět o antikoncepci*. Praha: LEVRET s. r. o., 2005, s. 19 - 22.

Mezi absolutní kontraindikace v obou případech patří nevysvětlitelné krvácení z dělohy, vrozené vady dělohy, gravidita. U tělísek s mědí je absolutní kontraindikací alergie na měď. U tělísek s levonorgestrem karcinom prsu do 5 let po skončení léčby.

Tato metoda je vysoce spolehlivá. Pearlův index je u tělísek s mědí 0,1 – 1,0. U tělísek s levonorgestrem je Pearlův index 0,02 – 0,1, je tedy ještě spolehlivější.

Tělísko je doporučeno zavádět 3. – 5. den menstruace. Extrakce či výměna je doporučována po pěti letech.

Ke komplikacím, které mohou nastat, patří poranění dělohy při zavádění, vazovaginální kolaps, expulze tělíška úplná nebo částečná, výjimečně selhání tělíška.

Nitroděložní tělíška jsou využívána i terapeuticky. V případě tělíška s mědí je užití po operacích, jako zábrana srůstu. Tělíška s levonorgestrem je možno využít u hypermenorey, polymenorey a dysfunkčního krvácení.^{10, 11}

1.2.5 Gestagenní antikoncepce

Gestagenní antikoncepce je nyní v ČR dostupná ve třech formách: *minipilulky*, *injekce* a *podkožní implantáty*. Ve vývoji jsou vaginální pesary. Jde o silikonový kroužek uvolňující gestagen. Nebrání pohlavnímu styku ani používání tamponů. Výhodou je přímé působení na cervikální hlen a endometrium, bez předešlé pasáže játry.

Tato metoda je založena na kontinuálním podávání progestinů, jejichž antikoncepční účinek je komplexní. Progestiny (hormon žlutého tělíška) ovlivňují kvalitu cervikálního hlenu, který se stává nepropustným pro spermie. Dále blokují ovulaci, mění peristaltiku vejcovodů a strukturu endometria.

Minipilulky

Minipilulka byla objevena ve Francii v roce 1968 (Nancenyl). V ČR jsou k dispozici minipilulky Cerazette, které jsou užívány denně. Při užití 1. den menstruace, nebo v průběhu menstruační amenorey, nastupuje účinek okamžitě.

¹⁰ ČEPIČKÝ, P. *Nitroděložní a gestagenní antikoncepce*. Moderní babičství I, s. 3 - 5. Praha: LEVRET s. r. o. , 2003.

Tento preparát je často užíván kojícími ženami. Spolehlivost je ovlivnitelná pravidelností v užívání. Tolerovaná chyba je 12 hodin. Pokud je interval delší, je doporučován po dobu jednoho týdne chráněný styk. Pearlův index je asi 0,5.

K výhodám minipilulek patří, že před zahájením užívání není potřeba speciální vyšetření. Stačí pouze běžná gynekologická prohlídka čípku a poučení o metodě. Další výhody: snížení rizika pánevních zánětlivých nemocí, okamžitý návrat plodnosti po vysazení. Jsou vhodné pro ženy po čtyřicítce a pro ženy, které nemohou nebo nechtějí kombinovanou antikoncepci kvůli nežádoucím účinkům estrogenů.

Z nevýhod to je nepravidelné krvácení a špinění, obavy z vyššího výskytu mimoděložního těhotenství při selhání, výskyt funkčních ovariálních cyst.

K relativním kontraindikacím patří karcinom prsu po 5 letech v anamnéze, mimoděložní těhotenství v anamnéze, výskyt funkčních ovariálních cyst, epilepsie.

Absolutní kontraindikací je karcinom prsu do 5 let po skončení léčby.

Injekční preparáty

Injekční forma byla poprvé použita v roce 1963. Šlo o preparát Depo-Provera, který se užívá dodnes. V minulosti se potýkal s mnoha problémy a podezřeními, které ale byly vyvráceny, a dnes považován za kvalitní a spolehlivou antikoncepci.

Tento preparát je aplikován intramuskulárně, jednou za tři měsíce. První injekce se aplikuje obvykle v průběhu menstruace, nejlépe 5. den cyklu. Depo-Provera téměř stoprocentně blokuje ovulaci. Dále způsobuje neprostupnost cervikálního hlenu a atrofii endometria. Je považována za nejspolehlivější vratnou antikoncepční metodu. Pearlův index je 0,01, což je srovnatelné s tubární sterilizací.

Mezi výhody se řadí možnost aplikovat injekci v šestinedělí (po porodu, po potratu). Tato forma je vhodná pro kojící ženy a ženy s endometriózou. Nejsou potřeba speciální vyšetření před aplikací. Preparát také snižuje intenzitu menstruačního krvácení. Dochází ke snížení obtíží spojených s menstruačním cyklem – premenstruačního syndromu, dysmenorey, ovulačního krvácení a menstruační migrény či epilepsie. Je sníženo riziko PID (zánětlivé onemocnění pánve) a karcinomu endometria. Depo-Provera je užívána jako léčba

¹¹ JANKŮ, P. IUD – intrauterinní kontracepce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s. 160 - 165.

u generalizovaného karcinomu endometria a prsu. Je vhodná v případech, kdy těhotenství je kontraindikováno ze zdravotních důvodů (vysoká spolehlivost). Tato metoda je jednou z nejlevnějších.

Nevýhodou je pomalý návrat plodnosti, který trvá 10 – 18 měsíců od poslední aplikace, a dále poruchy cyklu, které vedou ve většině případů k amenoree. Je připouštěna možnost mírného váhového přírůstku a zhoršení akné. Některé práce poukazují na úbytek kostní hmoty, také se vyskytují častější bolesti hlavy.

Za relativní kontraindikace je považován karcinom prsu po 5 letech po skončení léčby, váhový přírůstek a zhoršení akné, ICHS (ischemická choroba srdce), deprese, osteoporóza, závažná hypercholesterolemie, plánování otěhotnění v krátkém čase.

Absolutní kontraindikací je karcinom prsu do 5 let po skončení léčby.

Podkožní implantáty

První gestagenní podkožní implantát byl vyvinut ve Finsku v polovině 80. let. Nyní je u nás na trhu jediný implantát – Implanon, který je tvořen jednou semiflexibilní tyčinkou o délce 4 cm a průměru 2 mm, z níž se kontinuálně uvolňují malé dávky gestagenu. Zavádí se během prvních pěti dnů menstruace pomocí jednorázového zavaděče, který je součástí balení. Žena se může na implantát spolehnout již během 24 hodin. Funguje spolehlivě 3 roky a po vyjmutí dochází okamžitě k nástupu plodnosti. Účinek metody je komplexní, protože blokuje ovulaci, zajišťuje neprostupnost cervikálního hlenu a má vliv na endometrium. Metoda vylučuje chyby v užívání. Pearlův index je 0,1. Implanon je biodegradabilní, což znamená, že po vypršení antikoncepční spolehlivosti se musí nosič extrahovat.

K výhodám této metody patří, že snižuje intenzitu menstruačního krvácení, odstraňuje nežádoucí projevy menstruačního cyklu. Je vhodná při pelipatii, dysmenoree, endometrióze, také pro ženy, které kojí, nebo nemohou ze zdravotních důvodů užívat kombinovanou hormonální antikoncepci. Snižuje riziko PID, mimoděložního těhotenství.

Nevýhodou preparátu je špinění či krvácení, zhoršení akné, bolesti hlavy, napětí prsů, výskyt ovariálních cyst a finanční náročnost.

Za relativní kontraindikace pokládáme karcinom prsu po 5 letech po skončení léčby, vysoká tělesná hmotnost a epilepsie.

Absolutní kontraindikací je karcinom prsu do 5 let po léčbě.^{12, 13}

1.2.6 Kombinovaná hormonální antikoncepce

Ženy v Československu dostaly možnost užívat kombinovanou antikoncepci v roce 1965, kdy byl vyvinut tuzemský preparát Antigest. V současné době užívá kombinovanou hormonální antikoncepci okolo 60 miliónů žen na světě, v ČR zhruba 400 tisíc žen ve fertilním věku.

Kombinovaná antikoncepce se skládá ze dvou složek: estrogenní, což je ženský hormon, a gestagenní, což je hormon žlutého tělíska. Antikoncepční účinek je komplexní, ale primárně dochází k zablokování ovulace. Gestageny mění kvalitu cervikálního hlenu, strukturu endometria a pohyblivost vejcovodů. Vzhledem ke komplexnímu antikoncepčnímu účinku je spolehlivost velmi vysoká. Pearlův index je 0,1 – 0,2 u ideální uživatelky.

Kombinovaná hormonální antikoncepce je vyráběna v různých formách:

- 1 *Perorální* – pilulky (COC – combined oral contraception), kdy žena polyká denně jednu pilulku.
- 2 *Transdermální* – náplasti – žena si jednou týdně nalepí náplast kamkoli kromě prsů. Náplast odolá koupeli, sauně a podobně. (*Příloha č. 6*)
- 3 *Injekční* – ženě se aplikuje jednou měsíčně intramuskulární injekce. Tyto injekce u nás na trhu nejsou.
- 4 *Vaginální kroužky* – žena si jednou měsíčně zavádí kroužek hluboko do pochvy. U nás na trhu zatím nejsou.

Hormonální kombinovaná antikoncepce je v současné době v ČR k dostání ve dvou formách – v pilulkách a náplastech. Na trhu je zhruba 35 přípravků pilulek a jeden kombinovaný náplastový preparát.

¹² ČEPIČKÝ, P. *Nitroděložní a gestagenní antikoncepce*. Moderní babictví I, s. 3 - 5. Praha: LEVRET s. r. o. , 2003.

¹³ KORÝNTOVÁ, D. Gestagenní kontracepce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s. 152 - 159.

Většina pilulek je užívána 21 dnů, po kterých je 7 dnů pauza. Jiné přípravky s velmi nízkou dávkou estrogenu mají 22 nebo 24 účinných tablet a 6 nebo 4 neúčinné, nebo 21 účinných a 7 neúčinných tablet. To znamená, že žena užívá tabletky denně a snižuje se riziko opožděného spolknutí první účinné tabletky z dalšího plátíčka, což je nejrizikovější chyba. Během pauzy, nebo užívání neúčinných tablet, se objevuje „pseudomenstruační“ krvácení ze spádu hormonálních hladin.

Pilulky se užívají denně, ve stejnou dobu. Pokud se začne 1. den cyklu, lze na antikoncepční účinek spoléhat hned. Pokud se začne s užíváním 5. den cyklu, je nutné ještě 7 dnů používat jinou ochranu.

Antikoncepční náplasti se lepí jednou týdně ve stejný den, 3 týdny za sebou a 4. týden se vynechá. V tomto týdnu uživatelka ze spádu hormonálních hladin odkrvácí.

Pokud žena zapomene užít tabletku, antikoncepční účinek je zachován, když zpoždění nepřesáhne 12 hodin. Zapomene-li úplně, spolkne zapomenutou a novou tabletku. Zapomenutí tabletky je nejrizikovější v prvním týdnu, kdy je při vynechání nutno 7 dnů používat i jinou ochranu. Pokud k chybě dojde ve druhém týdnu, nejsou nutná žádná opatření. Když se chyba vyskytne v týdnu třetím, je nutné navázat v užívání dalšího plátíčka bez týdenní pauzy. Pokud chyba nastane při užívání pilulek v dlouhých cyklech, nejsou zapotřebí žádná opatření.

Při užívání antikoncepčních náplastí je tolerance chyby 2 dny, při delší prodlevě je nutná další ochrana.

Přípravky hormonální kombinované antikoncepce jsou také rozdělovány podle fázicity. Na trhu jsou pilulky *monofázické*, *bifázické*, *trifázické* a *kombifázické*.

- *Monofázické* pilulky mají v každé tabletě stejné množství estrogenu i gestagenu (náplasti jsou též monofázické).
- *Bifázické* – množství estrogenu se nemění, množství gestagenu je vyšší v polovině druhé.
- *Trifázické* – ve druhé třetině je více estrogenu než v první, ve třetí třetině tabletek je nižší množství estrogenu a vyšší gestagenu.
- Existují i tablety *kombifázické*, kde se mění ve dvou fázích poměr estrogenu a gestagenu.

Nyní ženy často preferují preparáty monofázické, které lze užívat v dlouhých cyklech (posun menstruace, terapie).

Při posouvání cyklu je nutné dodržet jedno základní pravidlo: tablety se mohou užívat jakkoli dlouho, ale minimálně jedno celé balení. Při užívání antikoncepce v dlouhých cyklech se může objevit tzv. krvácení „z průniku“.

Výhodou kombinované hormonální antikoncepce je, že snižuje riziko některých maligních nádorů, dále snižuje výskyt cyst, myomů, poruch menstruace, nežádoucích průvodních znaků menstruačního cyklu a PID. Je užívána k léčbě dysfunkčního krvácení v premenopauze, endometriózy a u endokrinopatií. Neovlivňuje plodnost po ukončení aplikace. Má příznivý vliv na prsy, akné a pelipatie.

Nevýhody kombinované hormonální antikoncepce je možno rozdělit na méně závažné a závažné nežádoucí účinky.

Obzvláště v prvních cyklech užívání se objevují méně závažné nežádoucí účinky, které většinou po 2 – 3 cyklech vymizí. Jde o mírný nárůst hmotnosti, napětí a bolest prsou, zhoršení akné, krvácení z „průniku, tvorbu chloazmy (pigmentových skvrn) v obličeji, deprese a pokles libida.

K závažným nežádoucím účinkům řadíme riziko tromboembolické nemoci (TEN), které klesá s délkou užívání. Během užívání preparátu se může objevit migréna. Je také mírně zvýšeno riziko infarktu myokardu, zejména u kuřáček nad 35 let a uživatelů nad 40 let.

Mezi relativní kontraindikace jsou řazeny trombofilní mutace, zvýšené riziko arteriálních kardiovaskulárních příhod, kouření, migréna, hypertenze, kojení, nemoci jater, cholelithiáza, karcinom prsu po 5 letech po léčbě a lékové interakce.

Absolutní kontraindikací je karcinom prsu do 5 let po léčbě, hluboká žilní trombóza, akutní a chronické onemocnění jater, migréna s aurou, komplikované srdeční vady, neléčená a neléčitelná hypertenze, kouření, komplikovaný diabetes mellitus a šestinedělí.

Jak již bylo dříve zmíněno, kombinovanou hormonální antikoncepci lze rozdělit *dle fázicity*, ale také *dle množství estrogenu a dle typu progestinu*.

V ČR je na trhu *monfázická, bifázická, trifázická i kombifázická* kombinovaná hormonální antikoncepce. Preferovány jsou monofázické preparáty, a to díky možnému posunu menstruace a nebo z terapeutických důvodů.

Monfázická - Belara, Cilest, Cilest 28, Diane-35, Femoden, Gravistat, Jeanina, Lindynette 20, Loette, Logest, Marvelon, Mercilon, Microgynon, Minerva, Minesse, Minisiston, Minulet, Non-Ovlon, Novynette, Regulon, Stediril 30, Yadine, náplasti Evra

Bifázická - Anteovin

Trifázická - Pramino, Pramino 28, Tri-Minulet, Trinordiol, Triquilar, Tri-Regol, Tri-Regol 21+7, Trisiston

Kombifázická - Gracial

Etinylestradiol (EE) je syntetický estrogen obsažený ve všech pilulkách, které jsou na trhu v ČR. Pilulky se liší *množstvím etinylestradiolu*. Dělí se na pilulky *s vysokou, nízkou a velmi nízkou dávkou*.

S vysokou dávkou etinylestradiolu (50 µg) – Anteovin, Gravistat, Non-Ovlon

S nízkou dávkou etinylestradiolu (30 – 35 µg) - Belara, Cilest, Cilest 28, Diane-35, Femoden, Gracial, Jeanine, Marvelon, Microgynon, Minerva, Minisiston, Minulet, Pramino, Pramino 28, Stediril 30, Tri-Minulet, Trinordiol, Trinovum, Triquilar, Tri-Regol, Tri-Regol 21+7, Trisiston, Yadine

S velmi nízkou dávkou etinylestradiolu (15 – 20 µg) – Harmonet, Lindynette 20, Logest, Mercilon, Minesse, Mirelle, Novynette

Spektrum používaných progestinů v pilulkách je velmi pestré, nejdéle se používají *progestiny s reziduálním androgenním účinkem*, což je *norethisteron acetát a levonorgestrel*. Součástí dalších tablet jsou *progestiny s minimální androgenní aktivitou*, která není klinicky významná, tj. *desogestrel, norgestimát a gestoden*.

Oblíbenými se stávají preparáty s tzv. *přidanou hodnotou*, které obsahují *progestiny s antiandrogenním a antimineralkortikoidním účinkem*. Tyto přípravky

mají kromě antikoncepčního účinku i účinek na mastnou pleť, akné, hirsutismus, dále na alopecii mužského typu (androgenní progestiny). Tablety s antimineralkortikoidními progestiny ulevují od mastodynie, premenstruačního syndromu a přibývání na váze.

Progestiny s antiandrogenním účinkem jsou cyproteron acetát, dienogest a chlormadinon acetát. Antimineralkortikoidní účinek má drospirenon, který má i určitý antiandrogenní účinek.

Kombinovaná hormonální antikoncepce obsahující *progestiny s reziduálním androgenním účinkem*:

- *levonorgestrel* – Anteovin, Gravistat, Loette, Microgynon, Minisiston, Stediril 30, Trinordiol, Triquilar, Tri-Regol, Tri-Regol 21+7, Trisiston
- *norethisteron acetát* – Non-Ovlon, Trinovum

Kombinovaná hormonální antikoncepce obsahující *progestiny s minimálním androgenním účinkem*:

- *gestoden* – Femoden, Harmonet, Logest, Lindynette 20, Minesse, Minulet, Mirelle, Tri-Minulet
- *norgestmát* – Cilest, Cilest 28, Pramino, Pramino 28
- *desogestrel* – Gracial, Marvelon, Mercilon, Novynette, Regulon

Kombinovaná hormonální antikoncepce obsahující *progestiny s antiandrogenním účinkem*:

- *cyproteron acetát* – Diane-35, Minerva
- *dienogest* - Jeanine
- *chlormadinon acetát* - Belara

Kombinovaná hormonální antikoncepce obsahující *progestiny s antimineralkortikoidním účinkem*:

- drospirenon - Yadine

V roce 2000 vyšlo v časopise Česká gynekologie „Doporučení k předpisu hormonální kombinované kontracepce“, které bylo schváleno výborem ČGPS (České gynekologicko-porodnické společnosti) a stalo se základem pro předepisování a péči o uživatelky kombinované antikoncepce. Aktualizováno bylo v únoru 2005.

Pravidelné sledování žen užívajících antikoncepci zahrnuje:

- Standardní gynekologickou onkologickou prohlídku děložního čípku;
- Změření TK;
- U žen po prodělaném závažném jaterním onemocnění je doporučeno provést jaterní testy po 3 měsících užívání antikoncepce;
- Nejdůležitější součástí vyšetření před užíváním antikoncepce je pečlivý odběr anamnézy (hluboká žilní trombóza, chronická onemocnění, hypertenze, nádory prsů, jaterní onemocnění, hmotnost, kouření);
- Žena by měla být poučena o příznivých „neantikoncepčních“ účincích, o zdravotních rizicích a kontraindikacích, o ostatních moderních metodách antikoncepce, o nevhodnosti kouření, o způsobu užívání, o opatřeních při chybě, o možném zakrvácení a jeho dočasnosti;
- Preventivní gynekologická onkologická prohlídka se opakuje jednou ročně. Při ní se lékař přesvědčí, že se neobjevily žádné rizikové faktory. TK se přeměří za 3 měsíce a dále pak jednou za rok.^{14, 15}

1.2.7 Intercepcce

Intercepcce (postkoitální antikoncepcce) je užívána k zabránění otěhotnění po nechráněném pohlavním styku či po selhání jiné formy antikoncepcce. Existují dva způsoby – *podání vyšší hormonální dávky*, nebo *zavedení nitroděložního tělíska*.

Při *podání vyšší hormonální dávky* existují dvě modifikace:

Podání estrogeneru a progestinu ve vyšší dávce, tzv. Yuzpeho metoda. Podávají se najednou 4 tablety běžné kombinované antikoncepcce (např. Minisiston,

¹⁴ ČEPICKÝ, P. *Antikoncepcce*. [10. 9. 2006 15:37] Dostupné na WWW: <<http://www.antikoncepcce.cz/inclpg.php?page=1-10>>.

¹⁵ KUŽELOVÁ, M. *Co by měla sestra vědět o antikoncepci*. Praha: LEVRET s. r. o., 2005, s. 34 - 46.

Microgynon, Stediril) nejlépe do 12 hodin po styku, nejdéle do 72 hodin. Další 4 tablety se podávají za 12 hodin od užití první dávky.

Druhou možností je *podání vyšší dávky progestinu*, k němuž u nás existuje preparát Postinor-2. Užije-li se do 1 hodiny po styku, stačí 1 tableta. Pokud je tableta užita později, je nutno užít po 12 hodinách další. První dávka musí být užita do 72 hodin od styku.¹⁶

Nitroděložní tělísko je možno zavést do 5 dnů (120 hodin).

Nevýhodou této metody je, že není vhodná pro opakované použití (maximálně jedenkrát za měsíc). Po užití se může objevit nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, krvácení mimo cyklus.

Riziko otěhotnění z jednoho pohlavního styku je asi 3 % v závislosti na fázi cyklu. V periovulačním období stoupá riziko na 8 %. Použitím hormonální postkoitální antikoncepce se riziko snižuje asi na jednu $\frac{1}{4}$, zavedení tělíska má prakticky stoprocentní účinek.¹⁷

1.2.8 Sterilizace

Ženská i mužská sterilizace je rozšířená po celém světě ve vysoké míře. Asi 180 miliónů párů se rozhodlo pro tuto metodu. Pearlův index je asi 0,02.

U nás je sterilizace regulována Závazným opatřením MZ ČSR č. 01/1972, O provádění sterilizace. Vyhláška obsahuje seznam zdravotních indikací, které mohou být důvodem k provedení sterilizace.

Ženská sterilizace

Ženská sterilizace je u nás nejčastěji prováděna laparoskopicky, bipolární koagulací isthmické části vejcovodů. Výkon je prováděn v celkové anestezii, s jednodenní hospitalizací.

¹⁶ BARTÁK, A. *Antikoncepce*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 118 - 119.

¹⁷ FANTA, M. Postkoitální antikoncepce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s. 178 - 180.

Dříve byly užívány tzv. klipy, které umožňovaly rekonstrukční operace, pokud žena chtěla ještě otěhotnět. Dnes je dávana přednost oplodnění ve zkumavce.

Za výhody této metody je považována vysoká spolehlivost a možnost využití u žen, které s ohledem na svůj zdravotní stav nemohou užít jinou metodu antikoncepce.

Nevýhodou je zastaralá a přísná vyhláška. V případě, že po sterilizaci žena otěhotní, je vyšší riziko mimoděložní gravidity.

Mužská sterilizace

Mužská sterilizace byla ve světě provedena asi u 40 miliónů mužů. Nejčastěji užívanou metodou sterilizace je vasktomie (chirurgické přerušeni chámovodů), kterou provádí urolog v lokální anestezii. Po výkonu se kontroluje spermigram. Pearlův index je 0,1 – 0,2.

1.3 Když vše selže

Interrupce (potrat, abort, umělé přerušeni nebo ukončení těhotenství – UPT nebo UUT) je definována jako ukončení těhotenství před dosažením životaschopnosti plodu. Správnější je ukončení, protože přerušeni naznačuje dočasnost. Je také považována za prostředek plánovaného rodičovství, ale nemá preventivní charakter. Interrupce je zdravotně a eticky nejméně akceptovatelným prostředkem kontroly plodnosti.

Indikací k UUT mohou být zdravotní nebo sociální důvody, které převažují. Interrupce je problémem etickým, politickým a odborným. V některých zemích je interrupce legální, v jiných je uplatňován různě silný restriktivní zákon. V Československu byly interrupce legalizovány v roce 1957. Návrh na interrupci podléhal schválení komise.

Zákon České národní rady č. 66/1986 Sb. (s prováděcí vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 75/1986), dáva právní rámec umělému přerušeni těhotenství v našem státě dodnes.

Žena může o umělé přerušeni těhotenství požádat do 12. týdne těhotenství. Pokud je jí méně než 16 let, musí s potratem souhlasit její zákonný zástupce. Interrupce není možná, pokud od té poslední neuplynulo více než půl roku

(s výjimkou žen starších 35 let, žen s více než dvěma dětmi a při znásilnění). Do 8. týdne je prováděna tzv. miniinterrupce, která je méně riziková. Až do 24. týdne těhotenství může žena podstoupit interrupci z genetických důvodů. V průběhu celého těhotenství je pak možné podstoupit ukončení těhotenství, pokud je ohrožen život matky, nebo má-li plod takové vrozené vady, které mu nedovolí přežít.

Toto téma je samo o sobě velice široké a bylo by možno k němu napsat ještě mnoho, ale to je nad rámec této práce.

Farmakologickou formou interrupce byla tzv. potratová pilulka (RU 486), kterou v 80. letech 20. století vyvinula firma Russel. Preparát RU 486 (Mifepriston) vyvolal samovolný potrat počínajícího těhotenství. Tabletka byla postupně zakázána.^{18, 19, 20, 21}

¹⁸ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002, s. 113 - 120.

¹⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. Etická problematika interrupcí. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s. 200 - 203.

²⁰ CITTERBART, K. aj. *Gynekologie*. Praha: Galén, 2001, s. 100.

²¹ FAIT, T., SOSNA, O. Umělé ukončení těhotenství v prvním trimestru. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s.181 - 185.

2 Sexuální výchova

Sexuální výchova, která je předmětem sexuální pedagogiky, má své místo v pedagogické praxi i teorii. Je nedílnou součástí výchovy, ale zvláště výchovy mravní. Smysl sexuální výchovy spočívá v přípravě dětí a mládeže na partnerský, manželský a rodičovský život a tím i na život sexuální. Sexuální výchova má na vychovávaného vliv v oblasti informativní a kognitivní (poznávací), emotivní a postoje, v oblasti dovedností, návyků a chování.

Sexuální výchova má své specifické výchovné prostředky a metody, které vycházejí z obecných pedagogických prostředků a metod. Ty svým specifickým způsobem reagují na obsah sexuální výchovy a na osobnost vychovávaného.^{22, 23}

2.1 Charakteristika sexuální výchovy

„Sexuální výchova představuje dlouhodobé působení a zahrnuje kromě informací a komunikace také to, co děláme, jak se chováme v různých situacích, jaké dáváme dětem vzory a jak je celkově vychovááme. Ovlivňují ji rodinné tradice a rituály, vztah k dítěti i k partnerovi, naše postoje a hodnoty, rodinná situace.“²⁴

Zájem dětí o otázky spojené s tělesností a sexualitou se proměňuje a v průběhu života vyvíjí (v souvislosti s celkovou vývojovou úrovní a aktuální životní situací), jako lidská sexualita. O vznik života a sexualitu se děti zajímají již v útlém věku. Sexuální výchova by měla vycházet z psychologických poznatků o vývoji zájmu a měla by zohlednit aktuální vývojový stupeň dítěte. Je také nutné uvědomit si rozdíly ve vývoji mezi jednotlivci. Ideálem by bylo, kdyby každý, kdo se sexuální výchově věnuje, vycházel nejen z teoretických poznatků, ale i z informovanosti o individualitě dítěte a o jeho vývojové úrovni.

Existuje často názor, že informací o sexu a antikoncepci mají dospívající dostatek a jsou jim lehce dostupné. To však není zcela pravda. Kvalitní sexuální výchova ve škole nebo v rodině, to nejsou jen informace o pohlavním styku

²² JANIŠ, K.; TÄUBNER, V. *Didaktika sexuální výchovy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 1999, s. 3 - 7.

²³ TÄUBNER, V. *Metodika sexuální výchovy pro učitele, vychovatele, rodiče a studenty učitelství*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1996, s. 7, 17.

a antikoncepci, ale i osvojení schopnosti komunikace o antikoncepci, ochraně před pohlavně přenosnými chorobami a o dalších věcech, které se sexualitou souvisejí. Tyto dovednosti mají svůj význam v období začátků sexuálního života, což bývá mezi 16 a 19 lety, ale i v dalším životě. Proto je nutné vědět, že přínos sexuální výchovy je větší a my si jej musíme uvědomovat v plném rozsahu.

Děti by měly získat informace dříve, než sexualita v souvislosti s biologickým dozráváním bude hrát významnou roli v jejich životě. Již před pubertou by měly mít dostatečné znalosti anatomie a fyziologie pohlavních orgánů, o psychických a fyzických jevech spojených s dospíváním, o početí, těhotenství, porodu a o základních pojmech fyziologie a psychologie pohlavního života. Sexuální výchova může snížit riziko sexuálního zneužívání, proto je dobré důkladnou a efektivní prevenci načasovat již do předškolního věku.

V důsledku sexuální osvěty a zpřístupnění spolehlivé hormonální antikoncepce se snížil počet nezletilých těhotných dívek, což vypovídá o zodpovědném sexuálním chování a stálé nutnosti poskytovat mladým lidem vhodné ačasné informace. Ty jsou jim poskytovány ve škole, u lékaře, partnerem, výrobcem antikoncepce.

Užívání antikoncepce je ovlivněno také postoji partnerů, jejich schopností komunikace o této otázce, schopností formulace požadavku a jeho přiměřeného prosazení.²⁵

WHO jasně formuluje, že reprodukci jedince má předcházet zralost. Odsunutí předčasného sexuálního startu je cílem primární prevence a kritériem úspěšnosti preventivních a výchovných programů.²⁶

2.2 Přirozený vztah k sexualitě a tělu (sexualita a psychický vývoj)

Vztah k sobě a sexualitě souvisí se vztahem ke svému tělu. Vztah k vlastnímu tělu se vytváří tím, že s dítětem hovoříme o tom, jak lidské tělo funguje. Díky tomu dítě umí přijmout vlastní tělesnost a později i vlastní sexualitu. K vytváření přirozeného vztahu k vlastnímu tělu přispívá i pochopení rozdílů mezi pohlavími.

Vývoj tělesnosti a později i sexuálních vztahů, zkušeností a zážitky s tím spojené ovlivňují celkový vývoj jedince. Sexuální zkušenosti ovlivňují naše vztahy

²⁴ ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova*. Praha: Grada Publishing, 2003, s. 11.

²⁵ ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova*. Praha: Grada Publishing, 2003, s. 11 - 57.

k lidem, to jací jsme a jak se hodnotíme, jestli si věříme. V dětství je důležité, aby dítě získalo jistotu, že lidské tělo a sexualita nejsou nic špatného. V pubertě je nutné, aby mladí lidé přijali změny, které se dějí s jejich tělem a dokázali je akceptovat. Tím dochází k vytvoření báze pro přiměřené sebevědomí a sebedůvěru v této oblasti, což podporuje rozvoj partnerských vztahů. Sexualita a hlavně sexuální zkušenosti ovlivňují jistým způsobem také postavení ve skupině vrstevníků.²⁷

2.3 Sexualita a láska

Pro vývoj mladého jedince je dobré, když svůj sexuální život započne ve vztahu, který je dlouhodobý a stabilní a jde v něm o propojení sexu s láskou, vzájemnou úctou a zodpovědností. Nejde tedy o pouhou tělesnost, která může vést k citovému oploštění, sobeckosti a neschopnosti navázat trvalejší partnerský vztah.

První pohlavní styk je významný zážitek, ovlivňující další sexuální život. Proto je důležité, aby byl pozitivní, bez pocitů provinění, lítosti a podobně. Česká mládež získává první zkušenosti s pohlavním stykem mezi 17. a 18. rokem. Někteří zahajují svůj sexuální život dříve pod vlivem zvědavosti, vrstevníků, médií, které v nich vzbuzují dojem, že začít ve 13 či 14 letech se sexem je běžné. Proto je nutné uvádět informace přijímané dítětem nebo dospívajícím na pravou míru a tím ovlivňovat jejich působení. Nejde o nic zlého, pokud se děti o sexuální oblasti baví. Neměli bychom tyto debaty zakazovat, ale usměrňovat, protože zákaz pouze podnítl zvědavost. Rodiče a škola by měli být pro děti prvním zdrojem správných a přiměřených informací.

Náš právní řád dovoluje pohlavní styk od 15 let. V Maďarsku a Skandinávii je to od 14 let a v Holandsku dokonce od 12 let.

Důležité je, jak je rodina spolu zvyklá komunikovat. Hovory o sexualitě mohou vzájemný vztah mezi rodiči a dětmi posílit. Mohou posílit i vzájemnou důvěru a pocit, že se děti na rodiče mohou kdykoliv s jakýmkoliv tématem obrátit. Odmítavý postoj rodičů k otázkám dítěte může vzbudit pocit, že jde o něco špatného. Může tak dojít ke ztrátě důvěry ze strany dítěte. Tato situace se napравuje jen velmi těžko. Vzájemná důvěra je důležitá nejen v dětství, ale i v dospívání.

²⁶ PROVAZNÍK, K. *Manuál prevence v lékařské praxi. VI. Prevence poruch zdraví dětí a mládeže.* Praha: Státní zdravotní ústav, Nakladatelství FORTUNA, 1998, s. 65 - 66.

²⁷ ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova.* Praha: Grada Publishing, 2003, s. 11 - 57.

Lidská sexualita je ovlivňována pravidly a normami společnosti. Dotýká se morálky a hodnotového systému každého z nás. Komunikace o otázkách sexuality pomáhá nejen k formování vlastních postojů, ale i k uvědomění si postojů druhých lidí, což vede k toleranci potřebné pro partnerský vztah.²⁸

Před časem se vedla diskuse o tom, zda hranici zahájení legálního pohlavního života nesnížit. Pokud by se hranice o rok snížila, ulehčilo by to situaci gynekologům při předepisování antikoncepce. Tím by ubylo nežádoucích gravidit u nezletilých.²⁹

2.4 Důležitost rodiny v sexuální výchově

Rodina je důležitým prostředím pro sexuální výchovu od raného dětství po dospívání. Rodiče svou roli v této oblasti často podceňují. Jsou přesvědčeni, že se vše potřebné děti dovědí ve škole, z médií a podobně. Jejich úloha v tomto procesu je však nezastupitelná.

Řada rodičů má zábrany hovořit se svými dětmi o sexualitě a dospívání, protože jde o velmi intimní oblast provázenou přirozeným studem. Svě zábrany by však měli v zájmu vztahu překonat. Rodiče se obávají i nedostatku adekvátních znalostí, vhodné terminologie. Pro rozhovory s dětmi je důležitá upřímnost a pravdivost.

Další obava se týká toho, že pokud budou dětem poskytnuty informace, budou mít tendenci věci dříve vyzkoušet. Je třeba si uvědomit, že v době, kdy děti začínají projevovat zájem o příchod na svět, pohlavní rozdílnost, nejsou jejich dotazy sexuálně motivované. Již při tomto počátečním zájmu je nutné mít na paměti, že odmítavý postoj není vhodný. Nemusíme se tedy obávat toho, že pokud dětem poskytneme informace o sexualitě, urychlíme tím jejich sexuální start. Můžeme spíš očekávat zodpovědnější přístup a současně přirozenost, schopnost domluvit se s partnerem.

Rodina je nejpřirozenějším prostředím pro sexuální výchovu, hovory o lásce, partnerství, o erotice, sexualitě a jejich projevech. A proč tomu tak je?

Rodina je totiž místem, kde děti s dospělými mohou zažít blízkost a intimitu, důvěru a sdílení rodinných hodnot. Je místem podnětných přirozených situací.

²⁸ ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova*. Praha: Grada Publishing, 2003, s. 11 - 57.

²⁹ MYSLIVCOVÁ, N. *Sníží-li zákon věk pro sex, usnadní to psaní antikoncepce*. [8. 9. 2006 22:30] Dostupné na WWW: <<http://www.sex.pramenyzdрави.cz/sex/snizi-li-zakon-vek-pro-sex-us/700>>.

Rodiče si často neuvědomují účinnost nezáměrného působení na děti, které je dáno vztahy mezi rodiči a dětmi, souladem mezi proklamovaným a konaným (příklad). Je důležité, aby děti byly přesvědčeny, že sexualita a vše s ní související je přirozenou, ale intimní součástí lidského života. Neměla by být přecházena tajemným mlčením, mělo by se o ní mluvit bez zábran, i když ne s každým a za všech okolností.³⁰

³⁰ ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova*. Praha: Grada Publishing, 2003, s. 11 - 57.

3 Role školy v sexuální výchově

Stejně jako rodina, tak i škola – mateřská, základní, střední – má v oblasti sexuální výchovy velký význam a nezastupitelnou roli. Vědomosti, poznatky, a detailní informace o sexualitě a jejich systematické předávání dětem a dospívajícím jsou součástí školního vzdělávání.

V současné době je v náplni školní sexuální výchovy předávání základních, zejména biologicky orientovaných informací o pohlavním dospívání, početí, porodu, těhotenství, mateřství, ochraně před otěhotněním a nákazou pohlavně přenosnými chorobami. Oblasti vztahů, hodnot, postojů a formování vlastního názoru je věnována malá pozornost. Také otázky, které jsou velmi obtížné, což je problematika onanie, první sexuální zkušenosti, menšinová orientace, jsou opomíjeny.

Sexuální výchova na českých základních školách je součástí mnoha předmětů, především Prvouky, Přírodopisu, Občanské nauky a Rodinné výchovy. Jednotlivé poznatky jsou začleněny podle toho, čeho se nejvíce týkají. Biologická stránka pohlavního dospívání, sexuality, početí, těhotenství, porodu je probírána v Přírodopise. Problémy partnerských a rodičovských vztahů či právní otázky jsou probírány v Občanské nauce. Školy doplňují, nebo nahrazují výuku besedami s lékaři, právníky a dalšími specialisty (neosobní, neinteraktivní). Na středních školách je pouze na rozhodnutí školy, jestli sexuální výchovu vůbec zorganizují např. v rámci MPP (Minimální preventivní program). Tyto činnosti jsou sice prospěšné, ale nesystematické. Kvalitní a systematická sexuální výchova v současnosti funguje jen na málo školách.³¹

Je zajímavé, že ve věku, kdy se mladí lidé sexualitou nejvíce zabývají a začínají se jí aktivně věnovat, je nikdo v tomto směru nevzdělává. A pokud ano, tak způsobem, jaký je zmíněn výše.³²

³¹ ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova*. Praha: Grada Publishing, 2003, s. 23.

³² JACHANOVÁ DOLEŽELOVÁ, A. *Sexuální výchova prevence interrupcí, AIDS a cesta k odpovědnému partnerství a rodičovství*. Infobalíček. Praha: Gender Studies, o. p. s., 2006, s. 3. [27. 12. 2006 22:30] Dostupné na WWW: <<http://www.genderstudies.cz>>.

3.1 Sexuální výchova v osnovách základní školy

Sexuální výchova na základní škole není organizována jako samostatný předmět, ale je součástí mnoha dalších. Proto se může stát (a také se to stává), že je z výuky úplně vynechána.

Soubor pedagogicko-organizačních informací pro mateřské školy, základní školy, střední školy, konzervatoře, vyšší odborné školy, základní umělecké školy, jazykové školy s právem státní jazykové zkoušky a školská zařízení na školní rok 2006/2007 (dále SPOI) poskytuje pedagogickým pracovníkům i široké veřejnosti základní informace, které se vztahují k roku 2006/2007. Nejde o metodický pokyn Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR (dále MŠMT), který by stanovoval povinnosti a úkoly, ale o pomůcku, usnadňující vedení škol a školských zařízení orientaci v jejich práci.

„Podle Standardu základního vzdělávání a na něj navazujících vzdělávacích programů je výchova ke zdraví zařazena na první a druhý stupeň základních škol (dále ZŠ). Na prvním stupni je realizována především v rámci časové dotace vymezené pro předměty Přírodověda a Vlastivěda, na druhém stupni především v předmětu Rodinná výchova. Předmět Rodinná výchova na 2. stupni ZŠ směřuje k tomu, aby se žáci v návaznosti na učivo 1. stupně (v předmětu Prvouka a v bloku předmětů Přírodověda a Vlastivěda) orientovali v základních otázkách zdraví, zdravého životního stylu, rodinného života i v širších problémech mezilidských vztahů.

Přestože výchova ke zdraví není koncipována jako samostatný vyučovací předmět, je třeba získané poznatky, dovednosti a především postoje žáků ke zdravému životnímu stylu, včetně uplatňování způsobu chování podporujících zdraví, citlivým způsobem posuzovat a hodnotit a tím žáky motivovat k utváření pevných hodnotových postojů ve prospěch vlastního zdraví.

V Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělání (dále RVP ZV) je výchova ke zdraví obsažena nejen ve vzdělávací oblasti Člověk a jeho svět a Člověk a zdraví, ale promítá se do mezipředmětových vztahů na prvním i druhém stupni a do celého života školy.

Výchova ke zdraví je název vzdělávacího oboru a je možné předpokládat, že dosavadní název předmětu Rodinná výchova bude na většině škol ve školním vzdělávacím programu nahrazen za Výchovu ke zdraví. V této souvislosti je nutné

upozornit, že problematika rodiny je podstatnou součástí rámcových vzdělávacích programů.

Důležitým prvkem ochrany před sociálně patologickými jevy je výchova ke zdravému způsobu života, což v pojetí holistickém (zahrnuje složku tělesnou, duševní a sociální) znamená, že tyto složky jsou navzájem propojeny a tvoří harmonickou jednotu. Cílem výchovně vzdělávacího působení je dítě odpovědné za vlastní chování a způsob života v míře, která odpovídá jeho věku a schopnostem. Dovednosti a kvality pozitivního zdravého životního stylu musí být nedílnou součástí procesu výchovy a vzdělávání. Zkušený pedagog dokáže konkrétní témata prevence uplatnit v jakémkoliv předmětu. Lze je zařadit do různých částí osnov a učebních plánů a přitom využívat skupinové práce či jiných interaktivních a dalších aktivizujících metod.

Koncepce rozvoje školy, která je založena na programu podpory zdraví, ovlivňuje éthos celé školy, podporuje aktivní spolupráci mez dětmi, učiteli a rodiči a vede k vytváření pozitivního sociálního klimatu školy. Vytváří vhodné podmínky pro veškerou výuku a učení, vede děti ke zdravému způsobu života i k odpovědnosti za své zdraví. Zlepšuje vztahy mezi školou, společenstvím obce a jejími strategickými partnery. Program podpory zdraví se tak stává uceleným prostředkem primární prevence rizik ohrožujících zdraví, od rizik zdravotních až po rizika sociálně patologická. Školy zařazené do sítě projektu Světové zdravotnické organizace Škola podporující zdraví (ŠPZ) v ČR mají vypracovánu dlouhodobou koncepci rozvoje své školy. Jejím cílem je vytvořit školu, která respektuje a podporuje zdraví všech lidí ve škole (dětí, učitelů, rodičů), podporuje zdraví lidí ve všech jeho složkách (tělesné, duševní, sociální a duchovní) a v rovnováze s prostředím přírodním a společenským. Přitom vytvářejí optimální podmínky pro prevenci sociálně patologických jevů a stávají se bezpečným místem pro efektivní vzdělávání.“³³

V *prvouce* v rámci 1. – 3. ročníku jsou žáci seznamováni se základy intimní hygieny.³⁴

³³ *Soubor pedagogicko-organizačních informací pro mateřské školy, základní školy, střední školy, konzervatoře, vyšší odborné školy, základní umělecké školy, jazykové školy s právem státní jazykové zkoušky a školská zařízení na školní rok 2006/2007*, s. 14, 27. Č. j.: 2562/2006-20.

³⁴ *Vzdělávací program Základní škola. (Aktualizace k 1. září 2006.) Kompletní materiál se všemi doplňky a úpravami.* Schválilo MŠMT dne 30. 4. 1996 pod čj. 16847/96 – 2 s platností od 1. 9. 1996. [27. 12. 2006 22:30] Dostupné na WWW: <http://www.msmt.cz/_DOMEK/default.asp?ARI=104044&cai=2701>.

Ve 4. - 5. ročníku ve *Výchově ke zdraví* jsou přednášeny základní potřeby zdravého vývoje člověka (s důrazem na období počátku dospívání). Ke specifickým cílům vytyčeným v tomto předmětu náleží, že by žáci měli chápat fyziologické, psychické a sociální změny spojené s dospíváním. Měli by se umět orientovat v krizových situacích. V přístupech k obsahu a organizaci je uvedeno, že výchova ke zdraví je v souladu s vývojem žáků, jejich poznávacími možnostmi a rozšiřujícími se životními prožitky. Dochází k rozšiřování základních poznatků získaných v rámci prvouky (např. osobní hygieny). Z hlediska nastupující prepuberty a začínajícího zájmu o druhé pohlaví se v tomto období klade zvýšený důraz na základ rodinné a sexuální výchovy a etiky dospívání. Mělo by se tak dít v rámci situačních her a při řešení modelových situací.

Obsahové náměty jednotlivých témat tohoto předmětu nejsou členěny do jednotlivých ročníků, konkrétní vzdělávací plán sestavuje sám učitel. Modelový rámec předmětu může učitel využívat, přetvářet a doplňovat podle vlastních zkušeností a podmínek školy.

V rámci tématu Základy rodinné a sexuální výchovy jsou probírány: láska; etika dospívání – anatomicko-fyziologické a psychosociální změny v pubertě, tělesný vzhled, menstruace, poluce; sexuální chování – pocity, představy, touhy, láska a její přirozené projevy; pohlavně přenosné choroby – HIV/AIDS, původce nákazy, cesty přenosu, ochrana; sexuální zneužívání – ochrana před sexuálním a jiným zneužíváním, linky důvěry, krizová centra; sexualita a násilí ve sdělovacích prostředcích.

Žák by měl znát základní rozdíly ve stavbě těla muže a ženy, včetně pohlavních orgánů, měl by si uvědomovat změny probíhající v období puberty (druhotné pohlavní znaky, menstruace, poluce) a chápat změny v lidském chování; uvědomovat si, že lidé, kteří se mají rádi a patří k sobě, se často líbají, objímají a laskají a dávají si tak najevo svou lásku; měl by vědět, že o intimních záležitostech se na veřejnosti běžně nehovoří; znát základní příčiny onemocnění AIDS – virus HIV a cesty přenosu; uvědomovat si kdy, kdo a kde je oprávněn se dítěte dotýkat; vědět, že některé informace o lásce, přátelství a rodičovství ztvárněné v televizi a podobně neodpovídají běžné skutečnosti. Jako příklad rozšiřujícího učiva je uvedena antikoncepce – základní informace o možnostech zabránění početí.

V *Přírodopise* 8. - 9. ročníku v rámci tematického celku Stavba těla a funkce jednotlivých orgánů člověka je probírána vylučovací a rozmnožovací soustava (stavba a funkce), odpovědné rodičovství, nebezpečí pohlavních chorob a AIDS.

Žák by měl umět stručně popsat stavbu a funkci těla.

V 6. – 9. ročníku v *Občanské výchově* v tématu Člověk a dospívání jsou probírány proměny člověka v období dospívání a jejich prožívání, znaky a rozdíly tělesné, duševní, citové a sociální zralosti; význam vrstevnických skupin. V tématu Člověk a citový život jsou probírány základní znaky a druhy citů, vnější projevy citů, individuální zvláštnosti lidských citů; citové stavy a nálady, jejich vliv na chování a jednání člověka, příčiny citových výkyvů dospívajících; citové vztahy člověka, jejich druhy, podoby, projevy a podstata, vrstevnické vztahy, vhodné a nevhodné přátelství; způsoby řešení citových problémů. Žák by měl umět charakterizovat kladné a pro zdravý vývoj osobnosti dospívajícího důležité citové vlastnosti, vědět o výskytu a způsobech zvládnání přechodných změn citových stavů a nálad.

V tématu Člověk a rodinný život se probírají mravní a právní předpoklady pro uzavření manželství, zásady zodpovědného výběru životního partnera; zodpovědné rodičovství, mravní, právní a ekonomické problémy nezralého rodičovství, možnosti a způsoby jejich řešení; vztah rodičů k dítěti, mravní a právní odpovědnost rodičů za péči o děti a za jejich výchovu, práva dětí v rodině; význam zákona o rodině, mravní a právní ochrana manželství a rodičovství. Žák by měl umět objasnit význam zodpovědného výběru životního partnera, uvést příklady možných důsledků předčasně (neuváženě) založené rodiny, charakterizovat hlavní problémy citově (sociálně) nezralé rodiny, uvést základní povinnosti rodičů. Do rozšiřujícího učiva je možno zařadit předpoklady harmonického manželského soužití, porušování práv dítěte.

Předmět *Rodinná výchova*, zařazený do 6. – 9. ročníku, poskytuje prostor pro široké formativní působení na dospívající žáky a jejich osobnostní a sociální rozvoj. Nejdůležitějšími obsahovými prvky předmětu jsou zdraví a rodina. Komplexní charakter předmětu dává možnost zabývat se jednotlivými tématy z různých pohledů. Je sledován především aspekt zdravotně preventivní. Učitel má možnost navazovat kontakt se žáky.

V souladu s vývojovými předpoklady, poznávacími možnostmi a zkušenostmi žáků směřuje výuka rodinné výchovy k tomu, aby si žáci uvědomovali základní problémy rodičovství, osvojili si komunikaci v situacích souvisejících s partnerskými vztahy, rodinným životem, rodičovstvím a aby jejich vstup do dospělosti byl provázen odpovědným přístupem k založení vlastní rodiny.

Obsah a organizace výuky předmětu Rodinná výchova, v návaznosti na výchovu ke zdraví ve 4. – 5. ročníku, rozvíjí a prohlubuje probíraná témata o další poznatky a dovednosti, které žákům umožňují porozumět a správně se rozhodovat v otázkách partnerství, rodinného života a rodičovství.

Učivo je vedle teorie zaměřováno na osvojení komunikačních technik, vhodné argumentace, chování a rozhodování. Proto je třeba výukový program podat žákům specifickými didaktickými formami s využitím netradičních metod: práce ve skupinách, didaktické situační hry, peer programy, řízené a spontánní diskuse, videoprogramy, besedy s odborníky, exkurze a jiné. Obsah témat pro dívky a chlapce je společný. Při výuce některých specifických oblastí (např. intimní hygiena dívek a chlapců, antikoncepční metody apod.) je možné prezentovat učivo odděleně. Pořadí témat si volí učitel podle svého uvážení. Specifický obsah předmětu a netradiční didaktické metody předpokládají učitele s příslušnou aprobací a vyžadují úzkou a průběžnou spolupráci s rodiči žáků.

Téma Rodina a širší sociální prostředí zahrnuje učivo o dospívajících, jejich komunikaci v rodině, problémy s osamostatněním, předčasné těhotenství, manželství nezletilých a jejich důsledky, ekonomické a právní otázky rodinného života. Žáci by si měli uvědomovat, že manželství a celoživotní věrnost vyžaduje od partnerů vzájemné pochopení, toleranci, podobné zájmy a cíle, vzájemnou podporu a sexuální přitažlivost. Měli by znát hlavní důvody častějšího rozpadu nezralých manželství (uzavíraných v důsledku předčasných těhotenství).

Téma Péče o zdraví, osobní hygiena, režim dne zahrnuje intimní hygienu, režim dne dospívajících. Žák by se měl umět chránit před infekčními chorobami (včetně nákazy HIV).

Pro naše potřeby je nejzajímavějším tématem Sexuální výchova, zahrnující učivo: vztahy mezi lidmi – k druhému pohlaví, partnerské vztahy, první sexuální kontakty, základy rodiny; plánování rodičovství – biologická, psychická a sociální zralost; probuzené pohlaví – zvýšený zájem o vlastní pohlavní orgány, masturbace (mýty a skutečnost očima lékařů); nekoitální aktivity – líbání, dotýkání, mazlení;

rozhodování v oblasti sexuálního chování – odložení startu pohlavního života na období sociální zralosti; metody antikoncepce – přirozená, bariérová, hormonální (vhodnost a nevhodnost vzhledem k účinnosti, použití, věku apod.); umělé přerušování těhotenství – zdravotní a etický problém; nemoci přenosné pohlavním stykem, včetně viru HIV/AIDS, imunitní systém, způsoby přenosu, léčení, prevence; konflikty v mezilidských a partnerských vztazích, předmanželské a manželské poradny; postoje k sexualitě a sexuálnímu chování – sexuální orientace, promiskuita, prostituce, pornografie, předsudky a diskriminace, deviantní chování – sexuální zneužívání a způsoby ochrany před ním; sexualita a zákon – sexuální obtěžování, znásilnění, ohrožení mravního vývoje dětí a mládeže, věková hranice trestní odpovědnosti. Při výuce by měly být užívány modelové situace zaměřené na osvojování pozitivních vztahů k druhému pohlaví, situační hry zaměřené na získání argumentů pro odložení pohlavního styku na období biologické a psychosociální zralosti, shromažďování informací o metodách plánovaného rodičovství, řízený dialog k problematice působení médií v oblasti sexuality – pornografie, filmy, videofilmy a jiné.

Žák by měl chápat rozdíl mezi zamilovaností, krátkodobou erotickou známostí a plně rozvinutou zralou láskou; uplatňovat ve svých citových projevech na veřejnosti vhodnou míru zdrženlivosti; odlišit touhy po sexuálním sblížení od připravenosti k zahájení sexuálního života; chápat příčiny změn v období puberty; pochopit význam a rizika antikoncepce – spolehlivost, vhodnost; uvědomovat si zdravotní rizika pohlavně přenosných chorob (kapavka, příjice, HIV/AIDS) a chránit se před nimi; je schopen poznat sexuální zneužívání a zná řešení; umí kriticky zhodnotit pořady o této tematice v médiích.

Rozšiřující učivo, které je možno zařadit: pohlavní orientace, příslušnost nebo role; sexuálně motivovaná kriminalita; etická stránka sexuality, vliv postojů víry a morálky na sexuální chování; sexuálně motivovaná kriminalita.³⁵

Je důležité, aby se dětem poskytované informace přetvářely v dovednosti a postoje. Často se totiž stává, že mladí lidé mají potřebné znalosti, ale přesto se zachovávají jinak, neumí v konkrétní situaci informace použít.

³⁵ *Vzdělávací program Základní škola. (Aktualizace k 1. září 2006.) Kompletní materiál se všemi doplňky a úpravami. Schválilo MŠMT dne 30. 4. 1996 pod čj. 16847/96 – 2 s platností od 1. 9. 1996. [27. 12. 2006 22:30] Dostupné na WWW: <http://www.msmt.cz/_DOMEK/default.asp?ARI=104044&CAI=2701>.*

3.2 Poskytování psychologických a speciálně pedagogických služeb

„Poskytování poradenských služeb je uloženo školským zákonem a specifikováno vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, která je prováděcím předpisem k tomuto zákonu.

V přílohách k vyhlášce č. 72/2005 Sb., jsou vymezeny standardní činnosti pedagogicko-psychologických poraden, standardní činnosti speciálně pedagogických center a standardní poradenské činnosti školy.

Tyto předpisy nově zavedly možnost zajišťovat poskytování poradenských služeb v základních, středních a vyšších odborných školách i školním psychologem nebo školním speciálním pedagogem a zdůraznily nutnost týmové práce při poskytování poradenských služeb ve škole; cílem je zkvalitnění sociálního klimatu ve školách, integrace vzdělávací, informační a poradenské složky kariérového poradenství, posílení primárně preventivních činností a podmínek pro včasnou intervenci a zkvalitnění vzdělávací a poradenské práce školy s dětmi, žáky a studenty se speciálními vzdělávacími potřebami. Poskytování školních poradenských služeb bylo podpořeno systémovým projektem ESF VIP - Kariéra, který je realizován od srpna 2005 s předpokládaným ukončením v r. 2008. Jeho součástí je vznik a poskytování služeb tzv. školních poradenských pracovišť na 98 základních a středních školách (včetně škol pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami) v celé ČR. Školní poradenská pracoviště tvoří výchovný poradce, školní metodik prevence, školní psycholog a/nebo školní speciální pedagog a jejich konzultační tým z vybraných pedagogů školy (zejména třídní učitelé, učitelé výchovy k volbě povolání, resp. úvodu do světa práce, učitelé-metodici a asistenti pedagogů). Z prostředků projektu je hrazena činnost školních psychologů a školních speciálních pedagogů a rozsáhlá metodická a vzdělávací podpora práce školních poradenských pracovišť.

Poskytováním psychologických a speciálně pedagogických služeb dětem a žákům s rizikem poruch chování (či s již rozvinutými projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji), jejich pedagogickým pracovníkům, rodičům, ale též dalším osobám odpovědným za výchovu, se zabývají střediska výchovné péče. Jejich činnost je upravena především § 16 a 17 zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních

a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Středisko v místě svého působení nabízí konzultace, odborné informace a pomoc osobám odpovědným za výchovu, pedagogickým pracovníkům předškolních zařízení, škol a školských zařízení v oblasti výchovy a vzdělávání dětí s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji a napomáhá při jejich integraci do společnosti.

Podle § 2 vyhlášky č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče, mohou psychologové a speciální pedagogové ze středisek pomoci na podnět školy (nebo školského zařízení) při zpracování a realizaci cíleného speciálně pedagogického programu pro třídní kolektivy při předcházení vzniku a při řešení sociálně patologických jevů.“

36

3.3 Studijní programy na pedagogických fakultách

Na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy (dále UK) v Praze probíhají v rámci katedry pedagogické a školní psychologie studijní programy Školní pedagogicko-psychologické služby s variantami *školní psycholog*, *školní speciální pedagog* a Pedagogicko psychologické poradenství pro učitele s variantami *školní metodik prevence*, *výchovný poradce*. Tyto studijní programy jsou specializačním kvalifikačním studiem. Jsou zařazeny do systému celoživotního vzdělávání pedagogických pracovníků na UK. Programy jsou akreditovány MŠMT ČR. Podobné programy probíhají například v Brně na Masarykově univerzitě.

Školní psycholog

K předpokladům, které musí uchazeč o tento obor splňovat, patří vstupní vzdělání, kterým je magisterské studium psychologie, dále pak dvouletá psychologická praxe. Uchazeči jsou přijímáni na základě výběrového řízení.

³⁶ *Soubor pedagogicko-organizačních informací pro mateřské školy, základní školy, střední školy, konzervatoře, vyšší odborné školy, základní umělecké školy, jazykové školy s právem státní jazykové zkoušky a školská zařízení na školní rok 2006/2007*, s. 14, 27. Č. j.: 2562/2006-20.

Obsahem studia je prohloubení profesních znalostí a dovedností, seznámení s aktuálními metodami diagnostiky, prohloubení způsobilosti užívat speciální nástroje vhodné pro přímou práci ve škole.

Délka studia je 4 semestry. Zakončení probíhá formou ústní zkoušky a obhajoby závěrečné práce. Certifikace je formou osvědčení UK. Získaná kvalifikace Školní psycholog.

Školní speciální pedagog

K předpokladům, které musí uchazeč o tento obor splňovat patří vstupní vzdělání, kterým je magisterské studium speciální pedagogiky, dále pak dvouletá speciálně-pedagogická praxe. Uchazeči jsou přijímáni na základě výběrového řízení.

Obsahem studia je prohloubení profesních znalostí a dovedností, seznámení s aktuálními metodami diagnostiky, prohloubení způsobilosti užívat speciální nástroje vhodné pro přímou práci ve škole.

Délka studia je 4 semestry. Zakončení probíhá formou ústní zkoušky a obhajoby závěrečné práce. Certifikace je formou osvědčení UK. Získaná kvalifikace Školní speciální pedagog.

Školní metodik prevence

K předpokladům, které musí uchazeč o tento obor splňovat patří vstupní vzdělání, kterým je magisterské studium učitelství, dále pak dvouletá pedagogická praxe. Uchazeči jsou přijímáni na základě výběrového řízení.

Vzdělávací program je zaměřen na získávání odborných poradenských znalostí a dovedností s důrazem na oblasti prevence nežádoucího chování.

Délka studia je 4 semestry. Zakončení probíhá formou ústní zkoušky a obhajoby závěrečné práce. Certifikace je formou osvědčení UK. Získaná kvalifikace Školní metodik prevence.

Výchovný poradce

K předpokladům, které musí uchazeč o tento obor splňovat patří vstupní vzdělání, kterým je magisterské studium učitelství, dále pak dvouletá pedagogická praxe. Uchazeči jsou přijímáni na základě výběrového řízení.

Vzdělávací program je zaměřen na získávání odborných znalostí a dovedností, které se projeví ve schopnostech aplikace pedagogiky a psychologie do výchovného poradenství.

Délka studia je 4 semestry. Zakončení probíhá formou ústní zkoušky a obhajoby závěrečné práce. Certifikace je formou osvědčení UK. Získaná kvalifikace Učitel – výchovný poradce.³⁷

3.4 Fórum výchovy ke zdraví

V návaznosti na seminář Fórum výchovy ke zdraví VII byla vydána příručka pro učitele (soubor vybraných příspěvků ze semináře). Vznikla z podnětu MŠMT, ve spolupráci s VÚP v Praze a KALOKAGATHIE (vzdělávací zařízení), s. r. o. Vychází ze záměrů vládního dokumentu Zdraví 21. Je určena především učitelům výchovy ke zdraví a školním metodikům prevence sociálně patologických jevů, ale i všem ostatním, kteří se věnují dětem a mládeži v dané oblasti.

Ze seminářů vyplývá, že pedagogičtí pracovníci jsou si vědomi nedostatků v této oblasti vzdělávání. V ČR se plánuje zřízení odborných pracovišť a ustavení oborových rad pro výchovu ke zdraví na pedagogických fakultách, zavedení Výchovy ke zdraví do společného základu studia učitelství, akreditace oboru Výchova ke zdraví v programu Učitelství pro ZŠ a SŠ (Brno, Olomouc, Plzeň, Praha), vzdělávání školních metodiků prevence, příprava studijních materiálů, rozšíření spolupráce s institucemi (WHO, SZÚ aj.), zavedení specializace Výchova ke zdraví do studia Učitelství pro 1. stupeň ZŠ, vytvoření/akreditace programů celoživotního vzdělávání v oblasti výchovy ke zdraví, příprava doktorského programu Oborová didaktika – výchova ke zdraví, výzkum aktuálního stavu výchovy ke zdraví na ZŠ (ve spolupráci s ČŠI) – východisko pro další opatření.³⁸

³⁷ Kvalifikační studium – specializační. [24. 10. 2006 17:55] Dostupné na WWW: <<http://www.pedf.cuni.cz/uprps/katalog/spec.htm#ssvp>>.

³⁸ MUŽÍK, V.; MUŽÍKOVÁ, L. Aktuální stav výchovy ke zdraví v přípravě učitelů. In *Fórum výchovy ke zdraví*. Praha: MŠMT, 2004, s. 21 - 22.

II.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 Vymezení problému

Je současná osvěta dostačující a je prováděna formou přijatelnou pro žáky?
Existují rozdíly v informovanosti dle různých hledisek?

4.1 Cíle výzkumu

Na základě výše stanoveného problému jsme si stanovili tyto výzkumné cíle:

- zmapovat úroveň informovanosti žáků středních škol v oblasti antikoncepce,
- zjistit rozdíly v informovanosti o antikoncepci dle pohlaví,
- zjistit rozdíly v informovanosti o antikoncepci dle odborného zaměření střední školy,
- zjistit rozdíly v informovanosti o antikoncepci dle typu střední školy,
- zjistit rozdíly v informovanosti o antikoncepci dle velikosti města,
- porovnat úroveň informovanosti s ohledem na rodinné prostředí,
- získat podněty pro efektivnější osvětu.

4.2 Hypotézy výzkumu

Na základě popsaných cílů jsme stanovili následující hypotézy (H):

- H₁** - V informovanosti o antikoncepci existují rozdíly dle pohlaví.
- H₂** - V informovanosti o antikoncepci existují rozdíly dle odborného zaměření střední školy (SZŠ, SPŠ, gymnázium).
- H₃** - V informovanosti o antikoncepci existují rozdíly dle typu střední školy (církvní, necírkvní).
- H₄** - V informovanosti o antikoncepci existují rozdíly dle velikosti města.
- H₅** – Rodinné prostředí ovlivňuje informovanost o antikoncepci.

4.3 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část diplomové práce byla použita dotazníková metoda a metoda ankety (doplňující).

4.3.1 Dotazníková metoda a doplňující anketa

Dotazníková metoda je vysoce efektivní technika, určená ke shromažďování informací prostřednictvím dotazování vysokého počtu osob, s relativně nízkými náklady časovými i finančními. Pomocí dotazníku se zkoumá úroveň informovanosti studentů o antikoncepci. Podstatou je soubor otázek v písemné formě. Tato metoda umožňuje oslovit současně, stejnou formou větší počet respondentů, což je důležité pro zpracování a kvalifikaci údajů. Formální shodnost podnětové situace je zde vysoká a nedochází ke zkreslení dotazovanou osobou. Návratnost je zajištěna kontaktem s respondenty, event. zprostředkovaným kontaktem, který byl zajištěn pedagogickými pracovníky škol. Pro zjištění podkladových údajů byl sestaven dotazník vlastní konstrukce (pro žáky SŠ), který je uveden v *příloze č. 1*. Dotazník obsahoval otázky otevřené, polouzavřené, uzavřené a filtrační. Šlo o výzkum aplikovaný, empirický, kvantitativní.

Další část výzkumu probíhala formou ankety, kterou vyplňovali pedagogičtí pracovníci oslovených středních škol. (*Příloha č. 2*)

4.3.2 Zpracování získaných dat

Pro statistické zpracování představuje každá otázka dotazníku kvalitativní statistický znak. Tyto znaky je možno seřadit jednostupňově (absolutní, relativní četnosti), zobrazit v grafech (sloupcových, koláčových).

Jako vhodný postup při ověření hypotéz bylo zvoleno dvojestupňové třídění a test nezávislosti chí-kvadrát χ^2 – ověření existence významné souvislosti mezi dvěma jevy.

4.3.3 Zdroje odborných poznatků

Odborné poznatky byly získány z knižních, časopiseckých a internetových zdrojů.

4.3.4 Organizace výzkumu

Předvýzkum byl realizován na SZŠ v Turnově 31. 1. 2007. Jeho účelem bylo ověření přiměřenosti a srozumitelnosti otázek, které tvořily dotazník.

Školy zařazené do výzkumu byly nejprve telefonicky kontaktovány, byl jim ozřejmen účel a podmínky dotazníkového šetření. Dotazníky byly do škol doručeny domluveným způsobem a v určeném počtu, který odpovídal počtu žáků v jednom ze čtvrtých ročníků. Dotazníky byly anonymní a jejich vyplňování bylo dobrovolné.

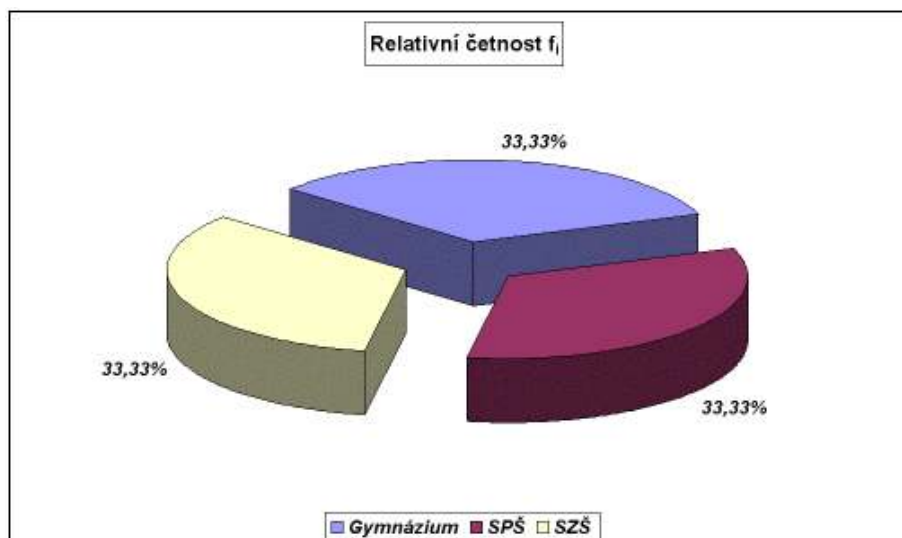
4.4 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořili žáci čtvrtých ročníků. Školy (celkem 24) byly vybrány na základě cíle a stanovených hypotéz, kdy jsme se rozhodli sledovat, zda jsou rozdíly v informovanosti dle typu školy a velikosti města. Proto byly k výzkumu zvoleny SZŠ (8), SPŠ (8), čtyřletá gymnázia (8) v Praze 2, 4, 10 (9) a městech Středočeského kraje (15). (*Tabulky a grafy č. 1, č. 2*) Města Středočeského kraje byla vybrána na základě zastoupení všech tří typů škol zvolených pro výzkum. Proto průzkum probíhal v Kladně (3), Kolíně (3), Mělníce (3), Mladé Boleslavi (3) a Příbrami (3). (*Příloha č. 3*) Dvě školy byly církevní (1 SZŠ a 1 gymnázium). Průzkum probíhal ve dnech od 15. 2. 2007 do 10. 4. 2007.

Tabulka č. 1: Zastoupení škol dle typu

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
SZŠ	8	33,33
SPŠ	8	33,33
Gymnázium	8	33,33
Celkem Σ	24	100

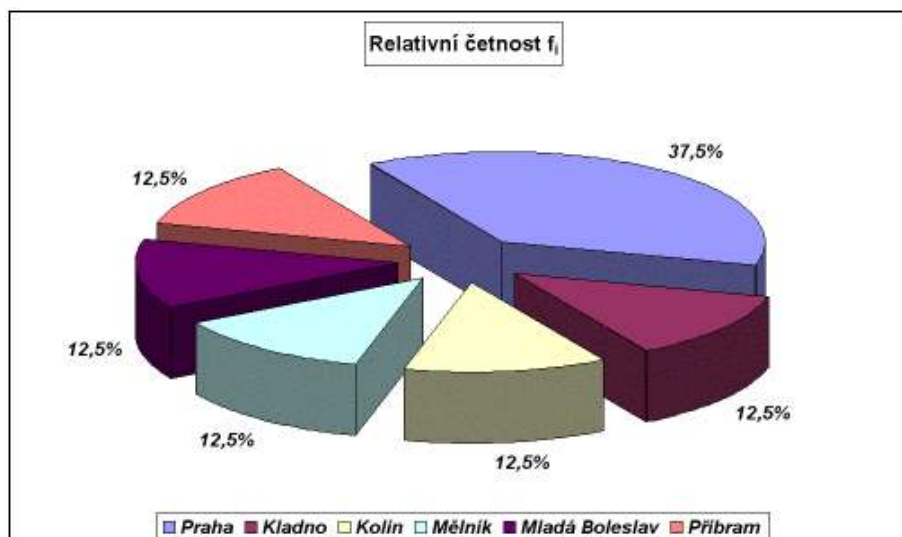
Graf č. 1: Zastoupení škol dle typu



Tabulka č. 2: Zastoupení lokality

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Praha	9	37,5
Kladno	3	12,5
Kolín	3	12,5
Mělník	3	12,5
Mladá Boleslav	3	12,5
Příbram	3	12,5
Celkem Σ	24	100

Graf č. 2: Zastoupení lokality



Bylo rozesláno 549 dotazníků a návratnost byla 535 dotazníků (97,45 %), z nichž 7 nebylo možno hodnotit, proto byly vyřazeny. Nevrátilo se tedy 14 dotazníků (2,55 %). Důvody lze specifikovat pouze u 3 dotazníků, které žáci nevrátili zpět po vyplnění. Protože výzkum z velké části probíhal korespondenční cestou a školy i přes pokyny v průvodním dopise nenapsali důvod, proč vracejí méně dotazníků, lze o důvodech pouze spekulovat. Konečný počet respondentů, kteří byli zahrnuti do výzkumu, tedy činil 528.

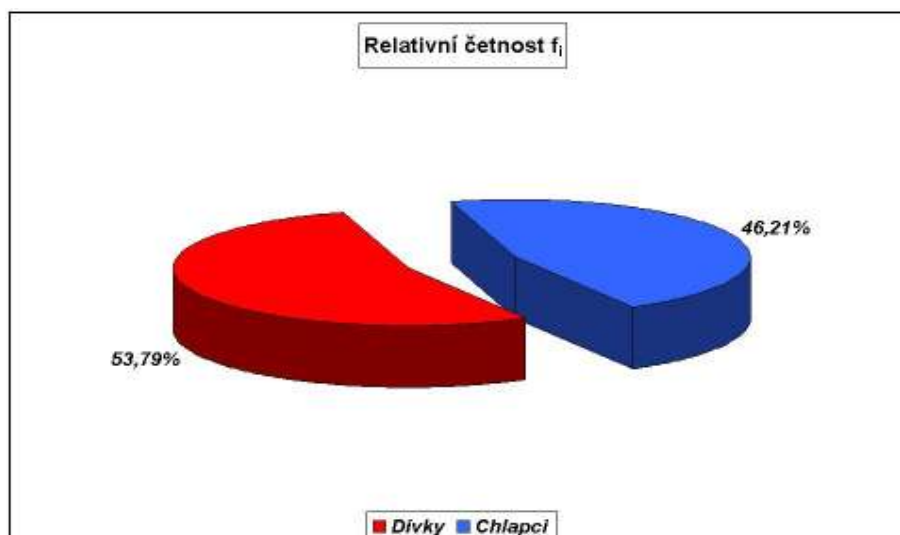
4.5 Analýza a interpretace výsledků – jednostupňové třídění znaků

Při vyhodnocení položky dotazníku č. 1 bylo zjištěno, že výzkumu se účastnilo 284 (53,79 %) dívek a 244 (46,21 %) chlapců. (Tabulka a graf č. 3)

Tabulka č. 3: Zastoupení pohlaví

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Dívky	284	53,79
Chlapci	244	46,21
Celkem Σ	528	100

Graf č. 3: Zastoupení pohlaví

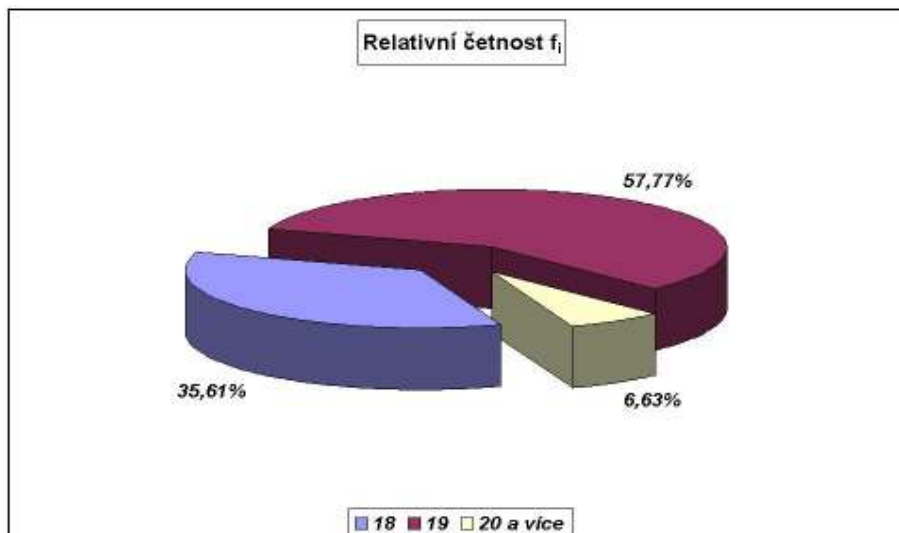


Věk respondentů zjišťovala položka č. 2 a pohyboval se mezi 18 – 24 lety. Zastoupení 18letých 188 (35,61 %), 19letých 305 (57,77 %), 20letých a více 35 (6,63 %). (Tabulka a graf č. 4)

Tabulka č. 4: Věkové zastoupení

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
18 let	188	35,61
19 let	305	57,77
20 let a více	35	6,63
Celkem Σ	528	100

Graf č. 4: Věkové zastoupení

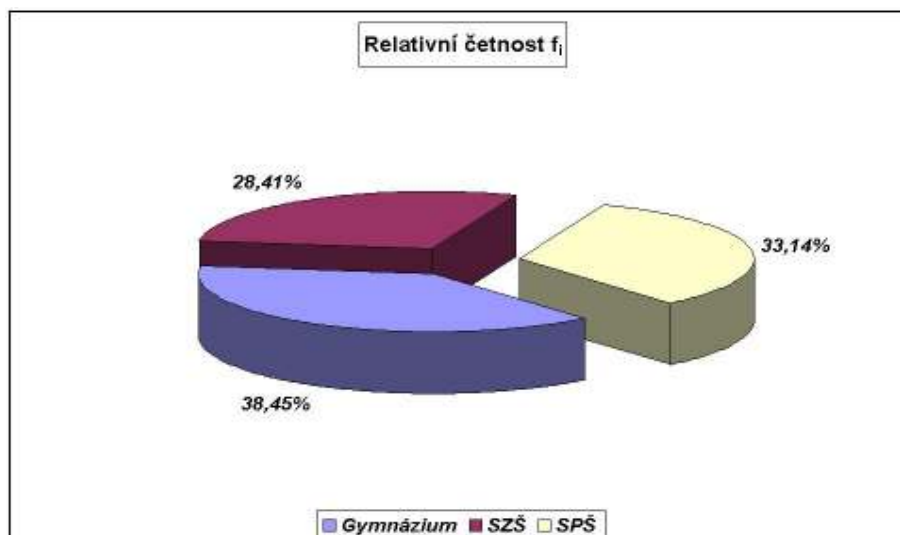


Zastoupení respondentů z hlediska typu školy hodnotila položka č. 3 a bylo následující – 150 (28,41 %) SZŠ, 175 (33,14 %) SPŠ, 203 (38,45 %) gymnázia. (Tabulka a graf č. 5)

Tabulka č. 5: Zastoupení respondentů dle typu škol

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
SZŠ	150	28,41
SPŠ	175	33,14
Gymnázium	203	38,45
Celkem Σ	24	100

Graf č. 5: Zastoupení respondentů dle typu škol

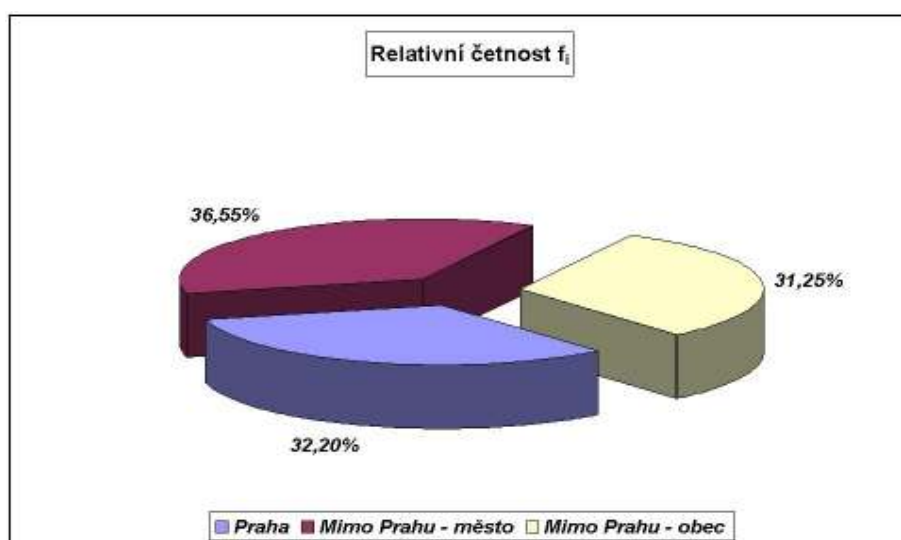


Položka č. 4 zjišťovala, kde respondenti bydlí. Zastoupení bylo následující – v Praze bydlí 170 respondentů (32,20 %), mimo Prahu ve městě 193 (36,55 %) a mimo Prahu na venkově (v obci) bydlí 165 (31,25 %) respondentů. (Tabulka a graf č. 6)

Tabulka č. 6: Bydliště respondentů

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Praha	170	32,20
Mimo Prahu ve městě	193	36,55
Mimo Prahu v obci	165	31,25
Celkem Σ	528	100

Graf č. 6: Bydliště respondentů

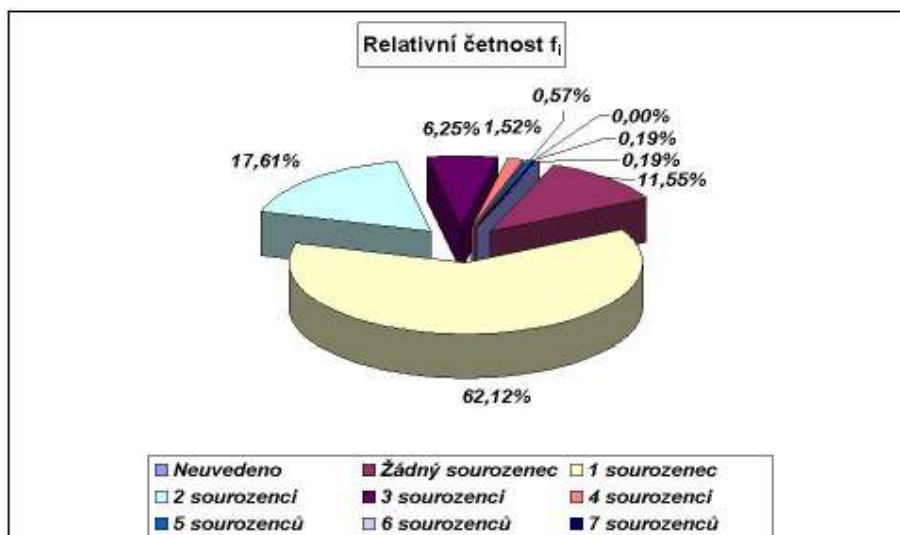


Položka č. 5 zjišťovala, kolik má dotázaný sourozenců. Žádného sourozence nemá 61 (11,55 %) žáků, 1 sourozence má 328 (62,12 %), 2 sourozence má 93 (17,61 %), 3 sourozence má 33 (6,25 %), 4 sourozence má 8 (1,52 %), 5 sourozenců mají 3 (0,57 %), 6 sourozenců nemá žádný, 7 sourozenců 1 (0,19 %), nevedl 1 žák (0,19 %). (Tabulka a graf č. 7)

Tabulka č. 7: Počet sourozenců

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Žádný sourozenec	61	11,55
1 sourozenec	328	62,12
2 sourozenci	93	17,61
3 sourozenci	33	6,25
4 sourozenci	8	1,52
5 sourozenců	3	0,57
6 sourozenců	0	0
7 sourozenců	1	0,19
Nevedeno	1	0,19
Celkem Σ	528	100

Graf č. 7: Počet sourozenců

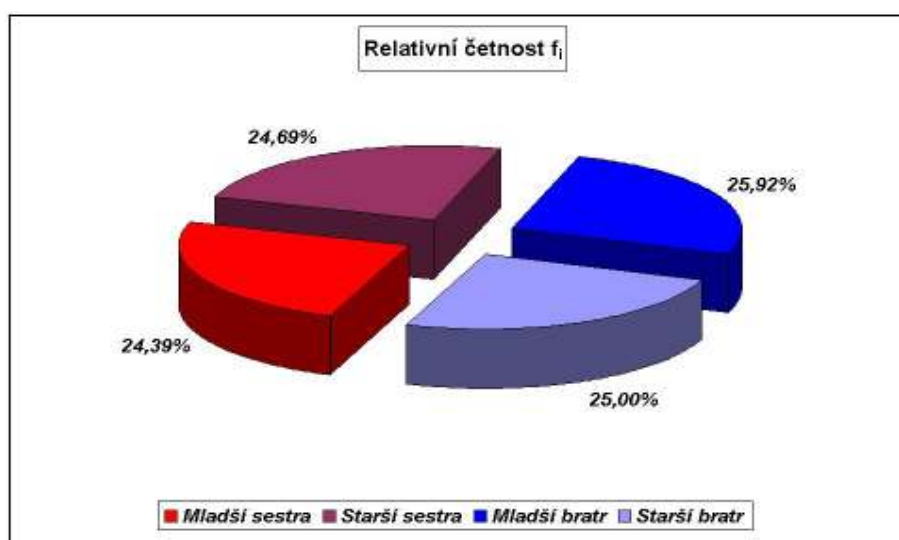


Položka č. 6 sledovala informace o sourozencích. Mladších sester bylo 159 (24,39 %), starších sester 161 (24,69 %), mladších bratrů 169 (25,92 %) a starších bratrů 163 (25,00 %). (Tabulka a graf č. 8)

Tabulka č. 8: Sourozenci

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Mladší sestra	159	24,39
Starší sestra	161	24,69
Mladší bratr	169	25,92
Starší bratr	163	25,00
Celkem Σ	652	100

Graf č. 8: Sourozenci

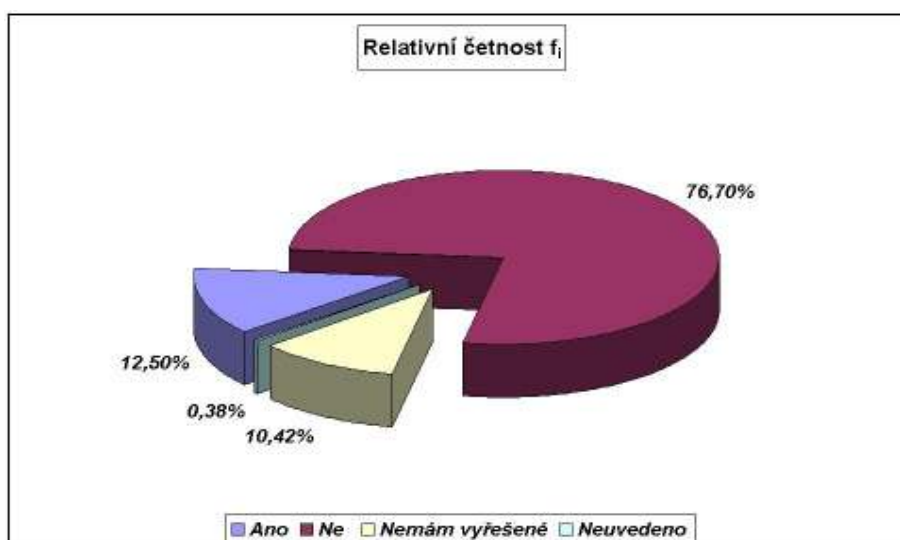


Položka č. 7 mapovala, jestli jsou respondenti věřící. Věřících je 66 (12,50 %), nevěřících 405 (76,70 %). Tuto otázku nemá vyřešeno 55 dotazovaných (10,42 %) a 2 (0,38 %) neuvedli. (Tabulka a graf č. 9)

Tabulka č. 9: Víra

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Věřící	66	12,50
Nevěřící	405	76,70
Nemá vyřešené	55	10,42
Neuvedeno	2	0,38
Celkem Σ	528	100

Graf č. 9: Víra

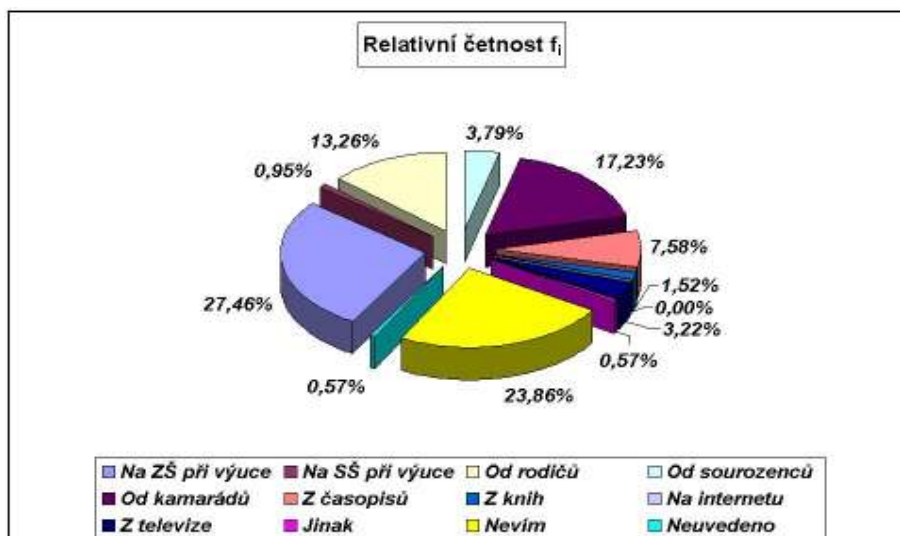


Položka č. 8 sondovala, kdo dotazované poprvé o této problematice poučil. Nejčtenější odpovědí bylo, že se poučili na ZŠ při výuce, a to ve 145 případech (27,46 %), v 5 na SŠ při výuce (0,95 %), od rodičů 70 (13,26 %), od sourozenců 20 (3,79 %), od kamarádů 91 (17,23 %), z časopisů 40 (7,58 %), z knih 8 (1,52 %), na internetu 0 (0 %), z televize 17 (3,22 %), jinak 3 (0,57 %), velké množství nevědělo 126 (23,86 %) a 3 neuvedli (0,57 %). Z výsledků je možno usoudit, že v době, kdy žáci nejčastěji začínají svůj pohlavní život, je absence dostatečného množství informací ze strany střední školy. (*Tabulka a graf č. 10*)

Tabulka č. 10: První seznámení s problematikou

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Na ZŠ při výuce	145	27,46
Na SŠ při výuce	5	0,95
Od rodičů	70	13,26
Od sourozenců	20	3,79
Od kamarádů	91	17,23
Z časopisů	40	7,58
Z knih	8	1,52
Na internetu	0	0
Z televize	17	3,22
Jinak	3	0,57
Nevědělo	126	23,86
Neuvedli	3	0,57
Celkem Σ	528	100

Graf č. 10: První seznámení s problematikou

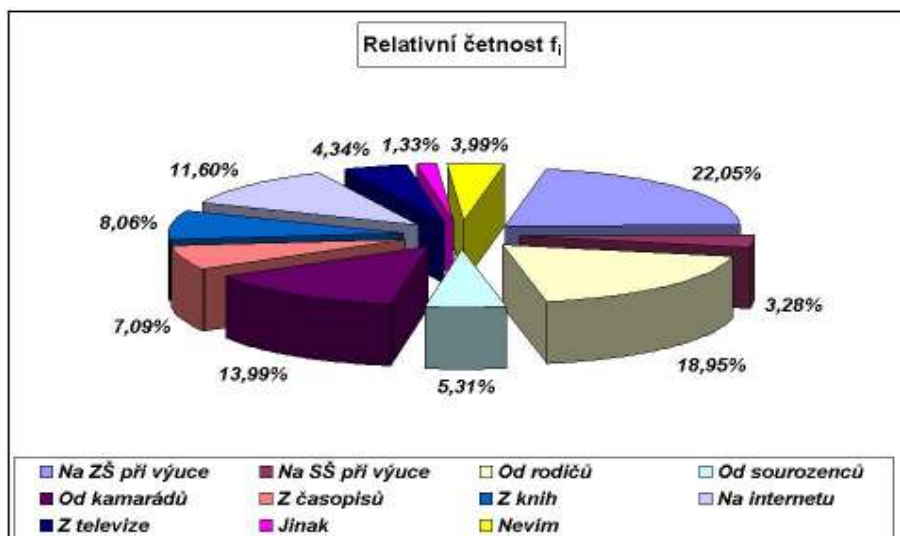


Položka č. 9 sondovala, jak by se dotazovaní o této problematice chtěli dozvědět. Zde byla možnost vícečetné odpovědi (max. 3). Nejčetnější odpovědí bylo, že se chtěli poučit na ZŠ při výuce, a to ve 249 případech (22,05 %) a od rodičů 214 (18,95 %), v 37 na SŠ při výuce (3,28 %), od sourozenců 60 (5,31 %), od kamarádů 158 (13,99 %), z časopisů 80 (7,09 %), z knih 91 (8,06 %), na internetu 131 (11,60 %), z televize 49 (4,34 %), jinak 15 (1,33 %), nevědělo 45 (3,99 %).
(*Tabulka a graf č. 11*)

Tabulka č. 11: Preferovaný způsob seznámení s problematikou

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Na ZŠ při výuce	249	22,05
Od rodičů	214	18,95
Na SŠ při výuce	37	3,28
Od sourozenců	60	5,31
Od kamarádů	158	13,99
Z časopisů	80	7,09
Z knih	91	8,06
Na internetu	131	11,60
Z televize	49	4,34
Jinak	15	1,33
Nevědělo	45	3,99
Celkem Σ	1129	100

Graf č. 11: Preferovaný způsob seznámení s problematikou

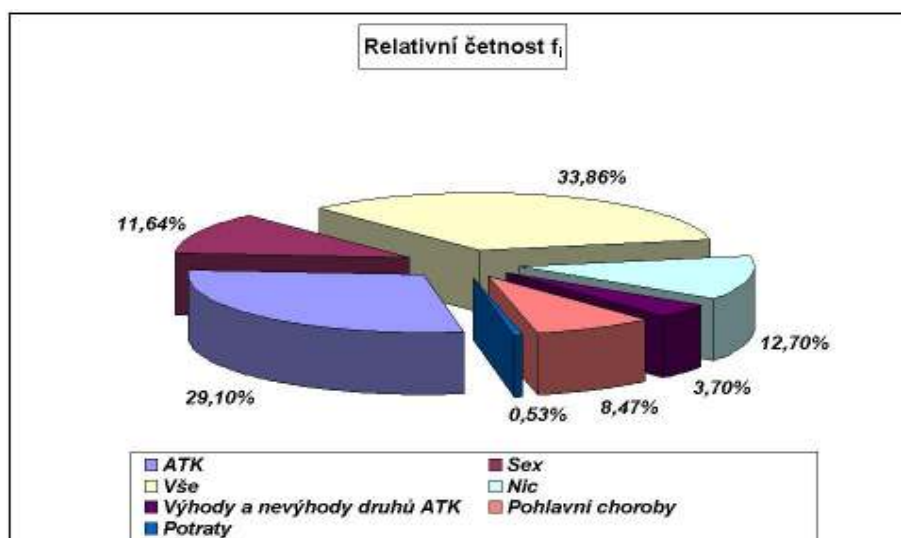


K položce č. 9 byla přiřazena doplňující podotázka *Co by chtěli vědět?* o této problematice, kdyby si mohli tenkrát zvolit. Odpovědělo pouze 189 žáků, z nichž 55 by chtělo informace o antikoncepci 29,1 %), 22 o sexu (11,64 %), 64 vše (33,86 %), 24 nic (12,7 %), výhody a nevýhody druhů antikoncepce chtělo znát 7 respondentů (3,7 %), o pohlavních chorobách by se chtělo poučit 16 (8,47 %) a o potratech 1 (0,53 %). Z některých odpovědí bylo možno usuzovat, že otázka nebyla vždy správně pochopena, protože některé odpovědi typu „Nic“ mívaly dovětek, že vše již znají. (Tabulka a graf č. 12)

Tabulka č. 12: Co by chtěli vědět

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
ATK	55	29,10
Sex	22	11,64
Vše	64	33,86
Nic	24	12,70
Výhody a nevýhody druhů ATK	7	3,70
Pohlavní choroby	16	8,47
Potrasy	1	0,53
Celkem Σ	189	100

Graf č. 12: Co by chtěli vědět

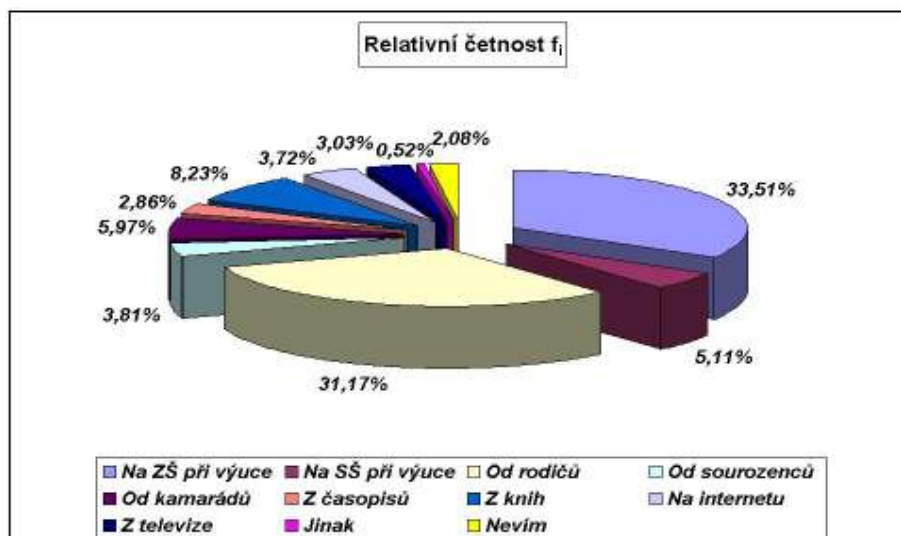


Položka č. 10 sondovala, jak by chtěli, aby se jednou o této problematice poučily jejich děti. I zde byla možná vícečetná odpověď (max. 3). Nejčetnější odpovědí bylo, aby se poučily na ZŠ při výuce, a to v 387 případech (33,51 %), v 59 na SŠ při výuce (5,11 %), od rodičů 360 (31,17 %), od sourozenců 44 (3,81 %), od kamarádů 69 (5,97 %), z časopisů 33 (2,86 %), z knih 95 (8,23 %), na internetu 43 (3,72 %), z televize 35 (3,03 %), jinak 6 (0,52 %), nevědělo 24 (2,08 %).
(*Tabulka a graf č. 13*)

Tabulka č. 13: Jak by chtěli, aby jednou byly poučeny jejich děti

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Na ZŠ při výuce	387	33,51
Na SŠ při výuce	59	5,11
Od rodičů	360	31,17
Od sourozenců	44	3,81
Od kamarádů	69	5,97
Z časopisů	33	2,86
Z knih	95	8,23
Na internetu	43	3,72
Z televize	35	3,03
Jinak	6	0,52
Nevědělo	24	2,08
Celkem Σ	1155	100

Graf č. 13: Jak by chtěli, aby jednou byly poučeny jejich děti

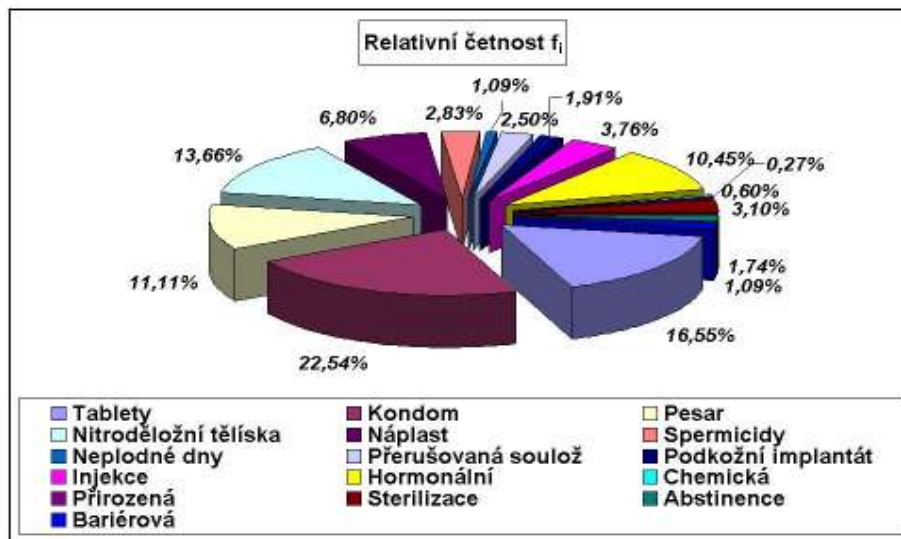


Položka č. 11 zjišťovala, jaké druhy antikoncepce žáci znají. I tady byla možnost vícečetné volné odpovědi. Je zde uvedena terminologie, kterou použili respondenti, i když některé kategorie by mohly být sloučeny, či zaměněny. Tablety znalo 304 respondentů (16,55 %), kondom 414 (22,54 %), kdy k této kategorii někteří připojili rozlišení mužský a ženský. Bylo překvapivé, že znají ženskou formu, která na českém trhu není. Pesar uvedlo 204 (11,11 %), i tento výskyt odpovědi byl velmi překvapivý, protože tento druh antikoncepce u nás na trhu také není. Lze se pouze domnívat, že tyto znalosti jsou ovlivněny filmy a četbou. Dalším uvedeným druhem bylo nitroděložní tělíčko v 251 případech (13,66 %), náplast 125 (6,8 %), spermicidy 52 (2,83 %), metoda neplodných dní 20 (1,09 %), přerušovaná soulož 46 (2,5 %), podkožní implantát 35 (1,91 %), injekce 69 (3,76 %), hormonální 192 (10,45 %), chemická 11 (0,6 %), přirozená 5 (0,27 %), sterilizace 57 (3,1 %), abstinence 32 (1,74 %), bariérová 20 (1,09 %). (*Tabulka a graf č. 14*)

Tabulka č. 14: Jaké znáte druhy antikoncepce

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Tablety	304	16,55
Kondom	414	22,54
Pesar	204	11,11
Nitroděložní tělíčko	251	13,66
Náplast	125	6,80
Spermicidy	52	2,83
Neplodné dny	20	1,09
Přerušovaná soulož	46	2,50
Podkožní implantát	35	1,91
Injekce	69	3,76
Hormonální	192	10,45
Chemická	11	0,60
Přirozená	5	0,27
Sterilizace	57	3,10
Abstinence	32	1,74
Bariérová	20	1,09
Celkem Σ	1837	100

Graf č. 14: Jaké znáte druhy antikoncepce

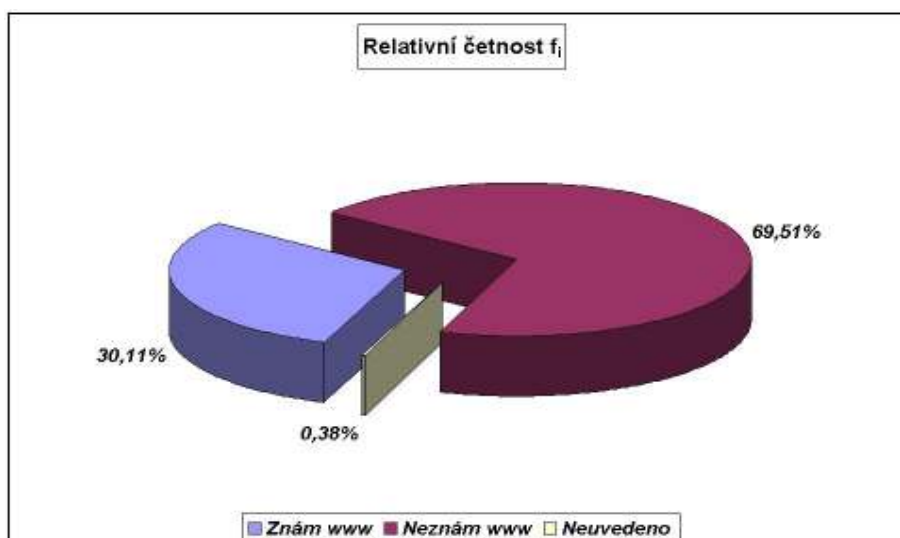


Položka č. 12 chtěla zjistit, zda dotazovaní znají www stránky o antikoncepci. Na tuto otázku odpovědělo 159 (30,11 %) respondentů, že znají, 367 (69,51 %), že neznají a 2 (0,38 %) neodpověděli. (*Tabulka a graf č. 15*) Nejčastěji uváděno stránkou byla www.antikoncepce.cz.

Tabulka č. 15: Znalost www stránek

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Ano	159	30,11
Ne	367	69,51
Neuvedeno	2	0,38
Celkem Σ	528	100

Graf č. 15: Znalost www stránek

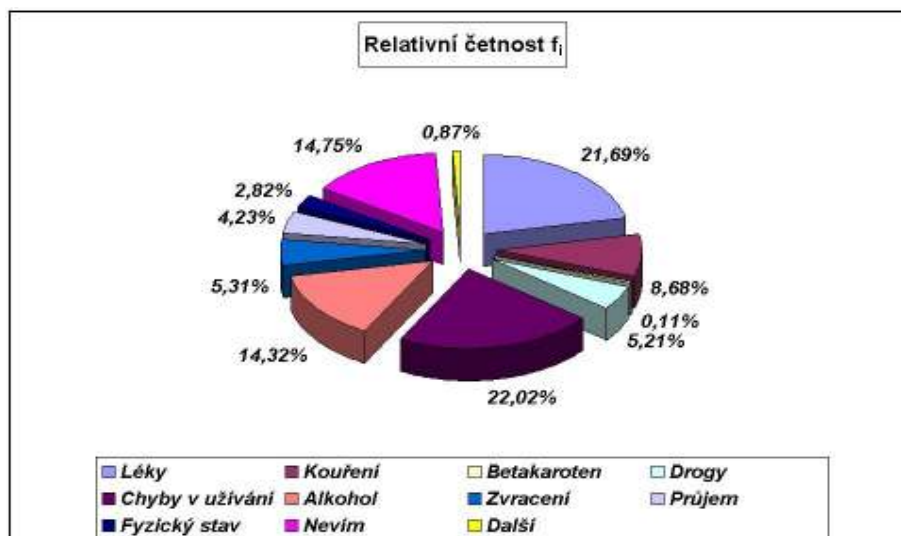


Položka č. 13 zkoumala znalosti o tom, čím může být snížen účinek hormonální (tabletové) antikoncepce. Některé odpovědi byly správné (+), další chybné (-). Léky uvedlo 200 (21,69 %) žáků, chyby v užívání 203 (22,02 %), zvracení 49 (5,31 %), průjem 39 (4,23 %). Správných odpovědí bylo 491 (53,25 %). U správné odpovědi, že účinek ATK může být ovlivněn některými léky, někteří respondenti i správně specifikovali, že některými antibiotiky. Tento parametr nebyl podrobněji sledován. Z nesprávných odpovědí bylo respondenty uvedeno 80 (8,68 %) kouření, 1 (0,11 %) betakarotén, 48 (5,21 %) drogy, 132 (14,32 %) alkohol, 26 (2,82 %) fyzický stav, 136 (14,75 %) nevědělo, 8 (0,87 %) další (byliny, třezalka, stres). (*Tabulka a graf č. 16*)

Tabulka č. 16: Čím snižován účinek ATK

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Léky (+)	200	21,69
Chyby v užívání (+)	203	22,02
Zvracení (+)	49	5,31
Průjem (+)	39	4,23
Kouření (-)	80	8,68
Betakarotén (-)	1	0,11
Drogy (-)	48	5,21
Alkohol (-)	132	14,32
Fyzický stav (-)	26	2,82
Nevím	136	14,75
Další	8	0,87
Celkem Σ	922	100

Graf č. 16: Čím snižován účinek ATK

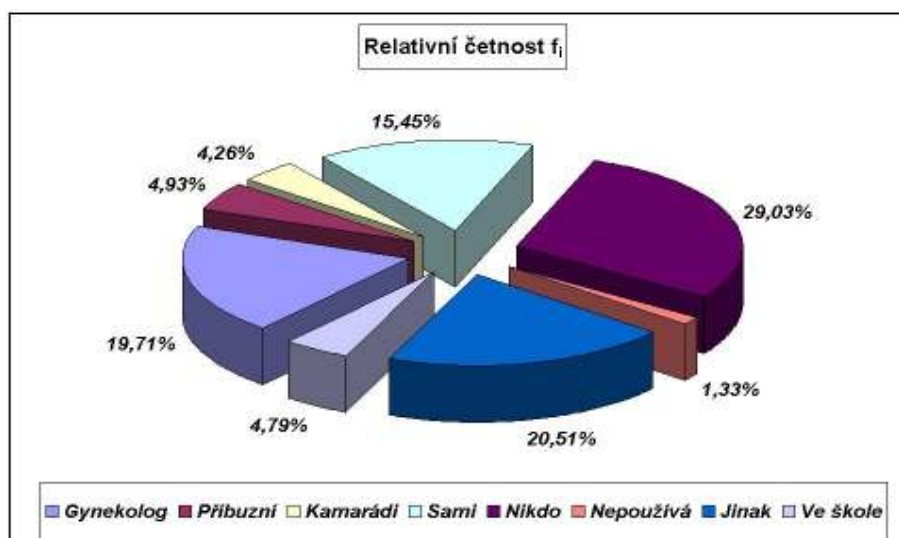


Položka č. 14 zjišťovala, kdo je poučil o tom, co účinek ATK snižuje. Odpovědi byly vícečetné. Gynekologa uvedlo 148 dotazovaných (19,71 %), příbuzné 37 (4,93 %), kamarády 32 (4,26 %), sami si informace vyhledali ve 116 (15,45 %) případech (nejčastěji ve formě příbalového letáku), nikdo je nepoučil 218 (29,03 %), nepoužívá 10 (1,33 %) jinak 154 (20,51 %), 36 (4,79 %) ve škole. (Tabulka a graf č. 17)

Tabulka č. 17: Kdo poučil o možném snížení účinku ATK

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Gynekolog	148	19,71
Příbuzní	37	4,93
Kamarádi	32	4,26
Sami	116	15,45
Nikdo	218	29,03
Nepoužívá	10	1,33
Jinak	154	20,51
Ve škole	36	4,79
Celkem Σ	751	100

Graf č. 17: Kdo poučil o možném snížení účinku ATK

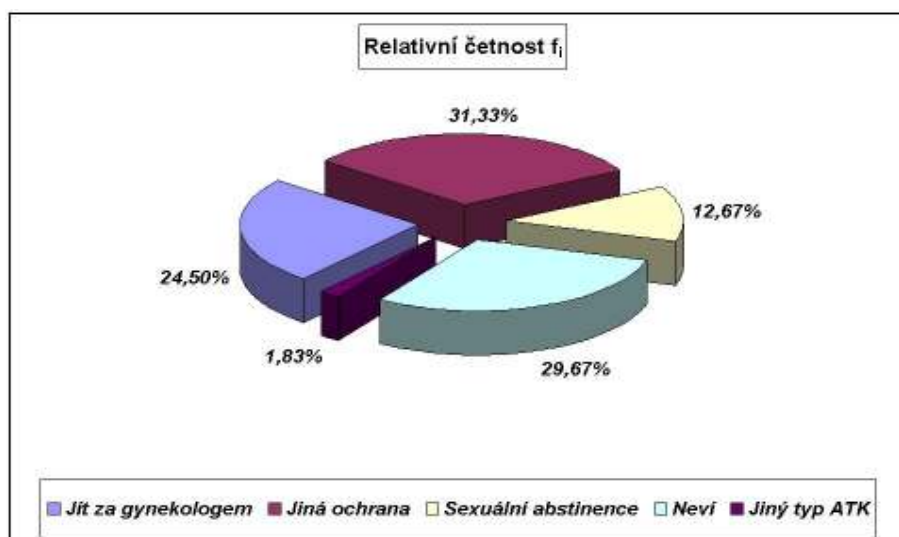


Položka č. 15 sledovala zda dotazovaní vědí, co dělat v případě, že dojde ke snížení účinku ATK. I zde se vyskytly vícečetné odpovědi. Správných odpovědí (+) bylo 264 (44 %). Za správnou odpověď byla pokládána jiná ochrana (kondom 188 (31,33 %) a sexuální abstinence 76 (12,67 %). Chybnou odpovědí (-) byla odpověď jiný typ antikoncepce, kde byl uváděn Postinor. Tuto odpověď napsalo 11 (1,83 %), nevědělo 178 (29,67 %) a ke gynekologovi by šlo 147 (24,50 %) dotázaných. (Tabulka a graf č. 18)

Tabulka č. 18: Co dělat při snížení účinku

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Jít za gynekologem	147	24,50
Jiná ochrana (+)	188	31,33
Sexuální abstinence (+)	76	12,67
Neví	178	29,67
Jiný typ ATK (Postinor) (-)	11	1,83
Celkem Σ	600	100

Graf č. 18: Co dělat při snížení účinku

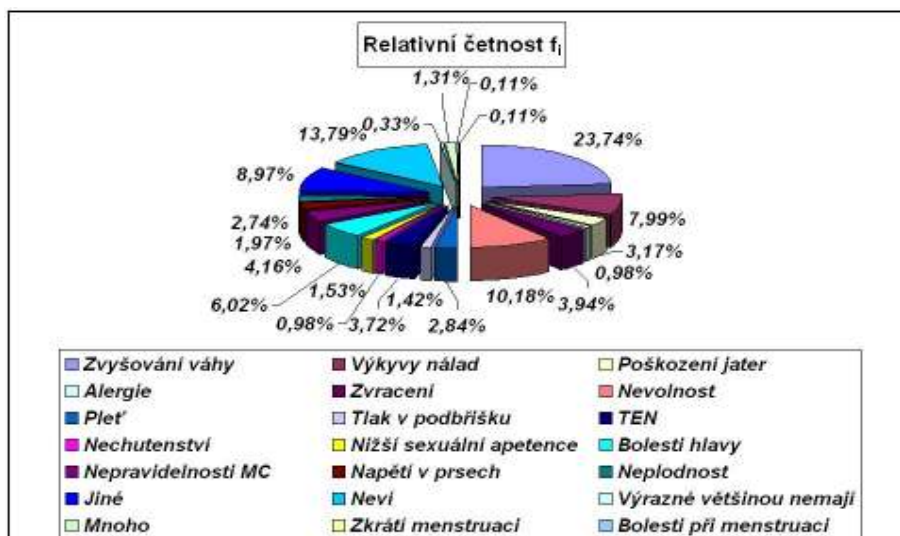


Položka č. 16 hodnotila znalosti o vedlejších účincích hormonální antikoncepce. I zde se vyskytly vícečetné odpovědi. Správných odpovědí (+) bylo 572 (62,59 %). Za správnou odpověď bylo považováno zvyšování váhy, což by mohlo být diskutabilní, protože jde spíše o zadržování vody a normální průměrný přírůstek. Někteří tuto odpověď dokonce specifikovali. Tuto odpověď uvedlo 217 dotázaných (23,74 %), výkyvy nálad 73 (7,99 %), nevolnost 93 (10,18 %), vliv na pleť (v pozitivním i negativním smyslu) uvedlo 26 (2,84 %), TEN 34 (3,72 %), nižší sexuální apetence 14 (1,53 %), bolesti hlavy 55 (6,02 %), nepravidelnosti MC (menstruačního cyklu) 38 (4,16 %), napětí v prsech 18 (1,97 %), výrazné většinou nemají 3 (0,33 %), zkrácení menstruace 1 (0,11 %). Další odpovědi byly pokládány za nesprávné (-). (*Příloha č. 8*) Těchto odpovědí bylo 219 (23,63 %). Poškození jater uvedlo 29 (3,17 %), alergie 9 (0,98 %), zvracení 36 (3,94 %), tlak v podbřišku 13 (1,42 %), nechutenství 9 (0,98 %), neplodnost 25 (2,74 %), jiné 82 (8,97 %), mnoho 12 (1,31 %), bolesti při menstruaci 1 (0,11 %). Odpověď, že nevědí, zvolilo 126 (13,79 %). Tuto skupinu tvořili převážně chlapci. (*Tabulka a graf č. 19*)

Tabulka č. 19: Znalosti vedlejších účinků hormonální ATK

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Zvyšování váhy (+)	217	23,74
Výkyvy nálad (+)	73	7,99
Poškození jater (-)	29	3,17
Alergie (-)	9	0,98
Zvracení (-)	36	3,94
Nevolnost (+)	93	10,18
Pleť (+)	26	2,84
Tlak v podbřišku (-)	13	1,42
TEN (+)	34	3,72
Nechutenství (-)	9	0,98
Nížší sexuální apetence (+)	14	1,53
Bolesti hlavy (+)	55	6,02
Nepravidelnosti MC (+)	38	4,16
Napětí v prsech (+)	18	1,97
Neplodnost (-)	25	2,74
Jiné (-)	82	8,97
Neví	126	13,79
Výrazné většinou nemají (+)	3	0,33
Mnoho (-)	12	1,31
Zkrátí menstruaci (+)	1	0,11
Bolesti při menstruaci (-)	1	0,11
Celkem Σ	914	100

Graf č. 19: Znalosti vedlejších účinků hormonální ATK

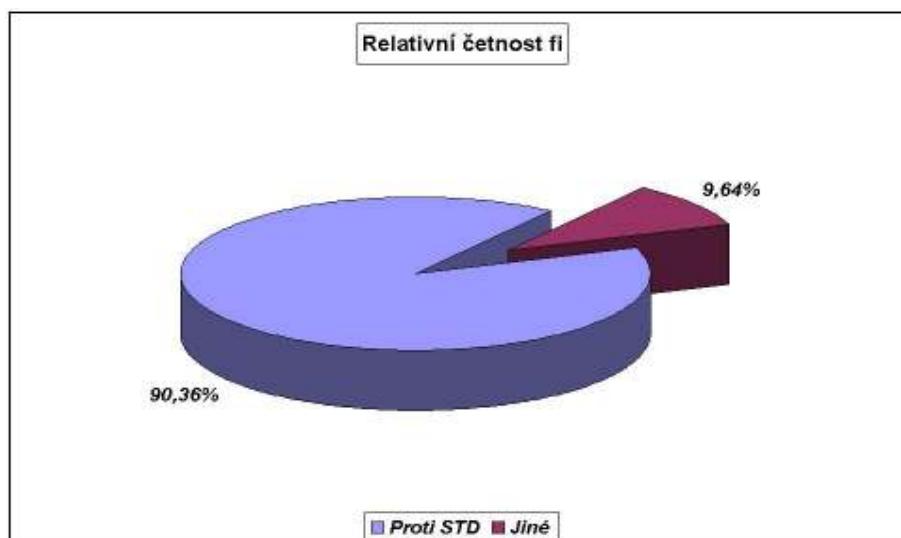


Položka č. 17 stanovovala, jestli respondenti znají další funkci kondomu mimo antikoncepční. Zde opět někteří poskytli vícečetnou odpověď. Že kondom má ochrannou funkci proti STD uvedlo 478 (90,36 %). Někteří dokonce specifikovali, o které choroby se jedná. Nejvíce uváděným příkladem byl AIDS. Jinou funkci uvedlo 51 respondentů (9,64 %). Odpovědi, které se zde vyskytovaly, byly nejčastěji žertovného charakteru (balónek, zábava). Dalšími byla ochrana proti infekci a lubrikace. (Tabulka a graf č. 20)

Tabulka č. 20: Znalosti o další funkci kondomu

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Proti STD	478	90,36
Jiné	51	9,64
Celkem Σ	529	100

Graf č. 20 Znalosti o další funkci kondomu

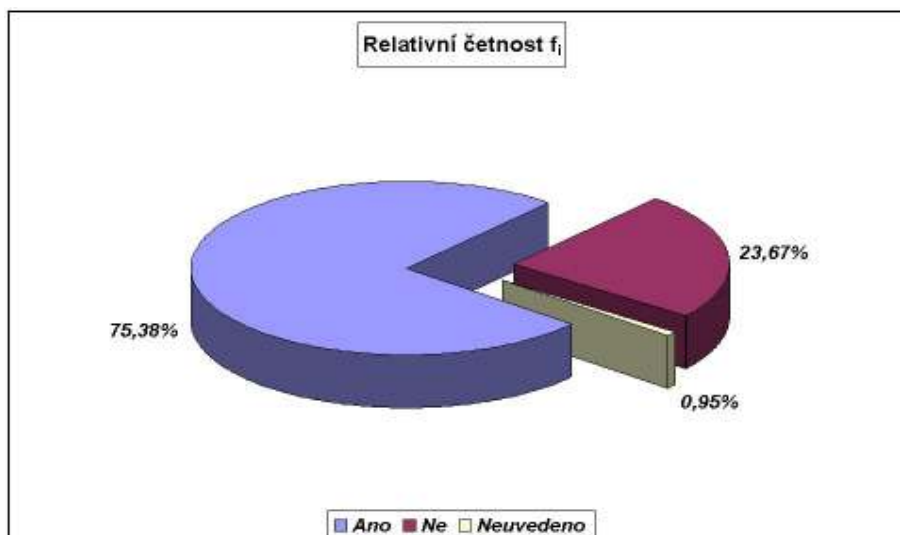


Položka č. 18 zjišťovala, jestli respondenti žijí pohlavním životem. Tato otázka byla filtrační. Pokud respondent odpověděl ne, přecházel k otázce č. 25. Ano uvedlo 398 (75,38 %), ne 125 (23,67 %) a neuvedlo 5 (0,95 %). (Tabulka a graf č. 21)

Tabulka č. 21: Pohlavní život

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Ano	398	75,38
Ne	125	23,67
Neuvedeno	5	0,95
Celkem Σ	528	100

Graf č. 21: Pohlavní život

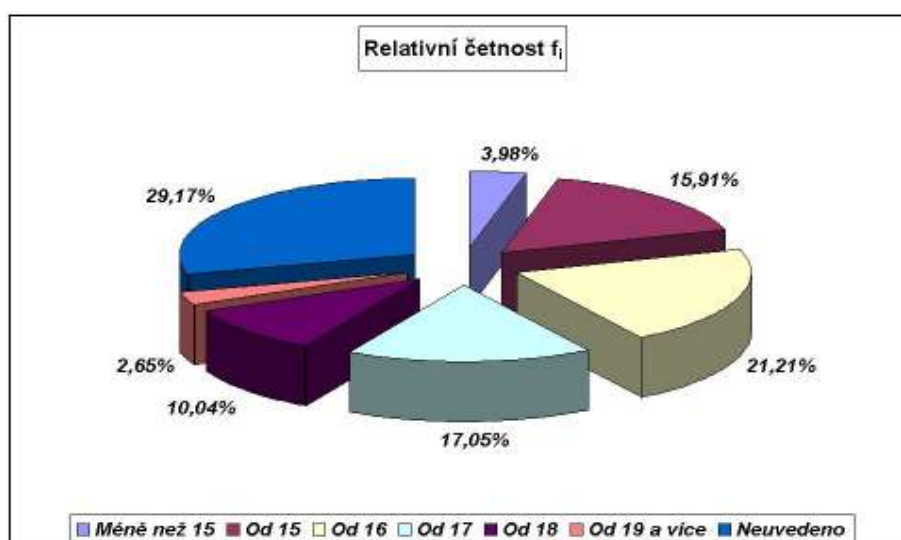


U položky č. 18 byla zařazena podotázka *Od kolika let jste sexuálně aktivní?* Věk méně než 15 let uvedlo 21 (3,98 %) dotázaných, od 15 let 84 (15,91 %), od 16 let 112 (21,21 %), od 17 let 90 (17,05 %), od 18 let 53 (10,04 %), od 19 let a více uvedlo 14 (2,65 %) a neuvedlo 154 (29,17 %). Poslední čísla zahrnují i respondenty, kteří v položce č. 18 neuvedli nic, nebo odpověděli, že pohlavním životem nežijí. Těchto respondentů bylo 130 (24,62 %). (Tabulka a graf č. 22)

Tabulka č. 22: Od kolika let jste sexuálně aktivní

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Méně než 15	21	3,98
Od 15	84	15,91
Od 16	112	21,21
Od 17	90	17,05
Od 18	53	10,04
Od 19 a více	14	2,65
Neuvedeno	154	29,17
Celkem Σ	528	100

Graf č. 22: Od kolika let jste sexuálně aktivní

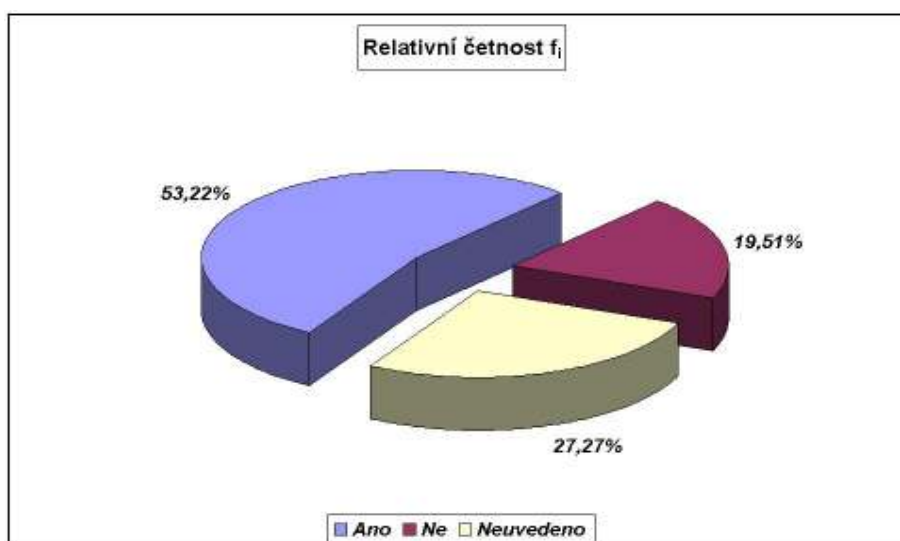


Položka č. 19 sondovala, jestli dotázaní při první pohlavním styku použili antikoncepci. Na tuto otázku odpovědělo kladně 281 (53,22 %) respondentů, záporně 103 (19,51 %) a neuvedlo 144 (27,27 %), kdy toto číslo opět zahrnuje neaktivní respondenty a ty, kteří neuvedli 130 (24,62 %), nebo odpověděli, že pohlavním životem nežijí. (*Tabulka a graf č. 23*)

Tabulka č. 23: Použití antikoncepce při prvním pohlavním styku

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Ano	281	53,22
Ne	103	19,51
Neuvedeno	144	27,27
Celkem Σ	528	100

Graf č. 23: Použití antikoncepce při prvním pohlavním styku

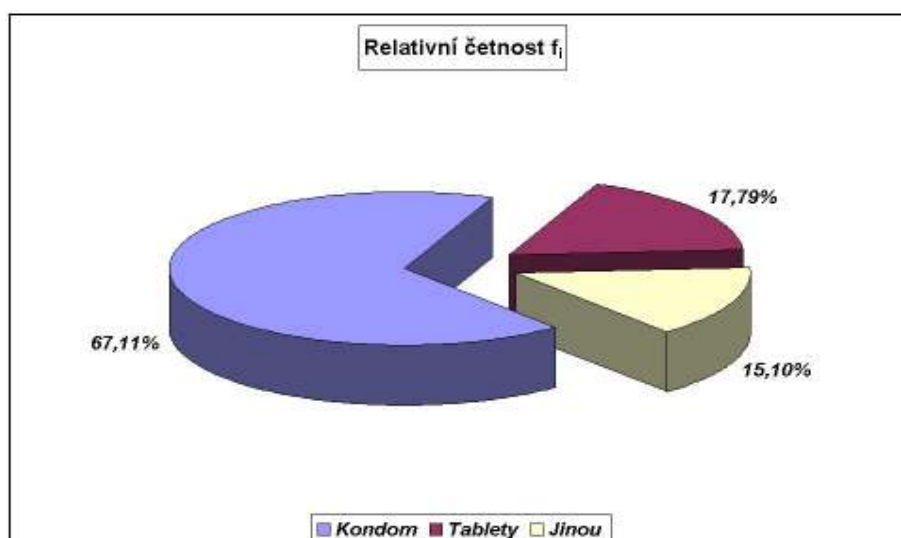


Položka č. 19 měla také podotázku, a to *Jaký druh antikoncepce jste použili?* Kondom uvedlo 200 (37,88 %), tablety 53 (10,04 %) a jinou 45 (8,52 %). Respondenti často připojili komentář, v němž specifikovali, kdo ATK použil. V případě tablet chlapeci uváděli partnerku, u kondomu děvčata uváděla partnera. Některé odpovědi byly vícečetné. Výsledky se vztahují k položce 19, kde 281 (53,22 %) uvedlo, že ATK při prvním styku použili. (*Tabulka a graf č. 24*)

Tabulka č. 24: Jaký druh ATK jste použili při prvním styku

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Kondom	200	37,88
Tablety	53	10,04
Jinou	45	8,52
Celkem Σ	298	56,44

Graf č. 24: Jaký druh ATK jste použili při prvním styku

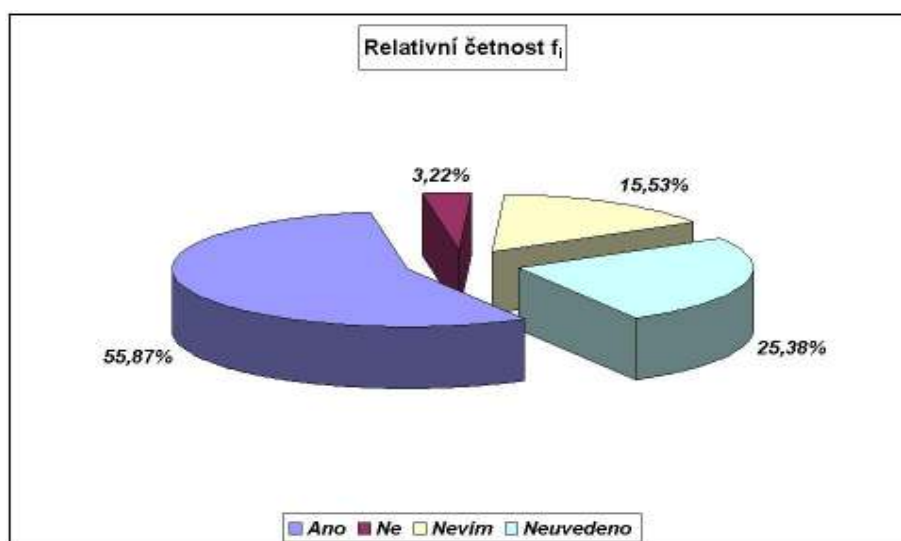


Položka č. 20 zjišťovala, jestli rodiče vědí o sexuální aktivitě svých dětí. Ano uvedlo 295 (55,87 %) dotázaných, ne 17 (3,22 %), nevím 82 (15,53 %), neuvedlo 134 (25,38), kdy toto číslo opět zahrnuje neaktivní respondenty a ty, kteří neuvedli 130 (24,62 %), nebo odpověděli, že pohlavním životem nežijí. (Tabulka a graf č. 25)

Tabulka č. 25: Vědí rodiče, že jejich děti sexuálně aktivní

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Ano	295	55,87
Ne	17	3,22
Nevím	82	15,53
Neuvedeno	134	25,38
Celkem Σ	528	100

Graf č. 25: Vědí rodiče, že jejich děti sexuálně aktivní

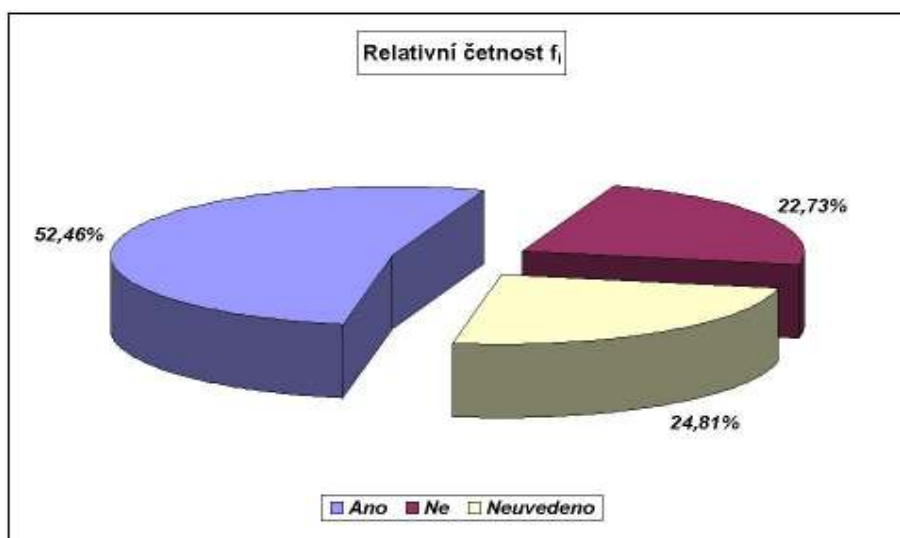


Položka č. 21 sondažovala, zda mají respondenti stálého partnera. Ano uvedlo 277 (52,46 %) žáků, ne 120 (22,73 %) a 131 (24,81 %) neuvedlo; toto číslo znovu zahrnuje ty, kteří neuvedli 130 (24,62 %), nebo odpověděli, že pohlavním životem nežijí. (Tabulka a graf č. 26)

Tabulka č. 26: Stálý partner

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Ano	277	52,46
Ne	120	22,73
Neuvedeno	131	24,81
Celkem Σ	528	100

Graf č. 26: Stálý partner

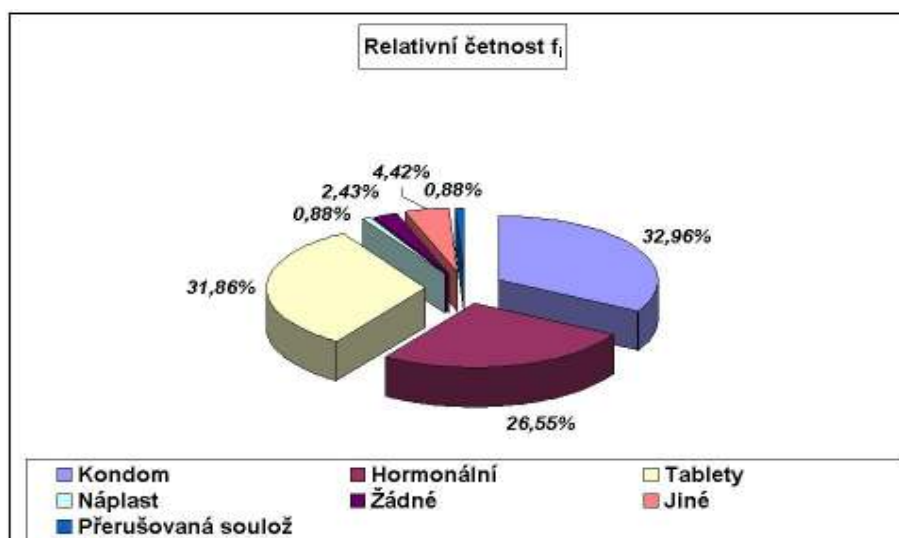


Položka č. 22 prozkoumávala, jaké druhy ATK používají nyní. Kondom uvedlo 149 (32,96 %) respondentů, hormonální 120 (26,55 %), tablety 144 (31,86 %), náplast 4 (0,88 %), žádnou 11 (2,43 %), jinou 20 (4,42 %), přerušovanou soulož 4 (0,88 %). Některé odpovědi byly vícečetné. Výsledky se vztahují pouze k sexuálně aktivním respondentům. (*Tabulka a graf č. 27*)

Tabulka č. 27: Jakou ATK používáte nyní

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Kondom	149	32,96
Hormonální	120	26,55
Tablety	144	31,86
Náplast	4	0,88
Žádné	11	2,43
Jiné	20	4,42
Přerušovaná soulož	4	0,88
Celkem Σ	452	100

Graf č. 27: Jakou ATK používáte nyní

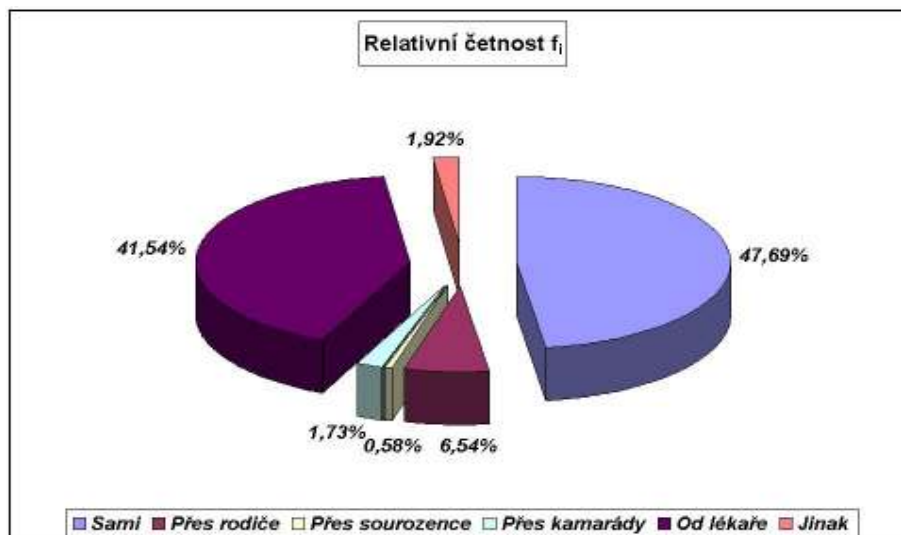


Položka č. 23 zjišťovala, jak si ATK opatřují. Odpovědi respondentů byly opět vícečetné a výsledky se vztahují k sexuálně aktivním jedincům. Sami si opatřují ATK ve 248 (47,69 %) případech, přes rodiče v 34 (6,54 %), přes sourozence 3 (0,58 %), přes kamarády 9 (1,73 %), od lékaře 216 (41,54 %) a jinak 10 (1,92 %). (Tabulka a graf č. 28)

Tabulka č. 28: Jak si opatřují ATK

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Sami	248	47,69
Přes rodiče	34	6,54
Přes sourozence	3	0,58
Přes kamarády	9	1,73
Od lékaře	216	41,54
Jinak	10	1,92
Celkem Σ	520	100

Graf č. 28: Jak si opatřují ATK

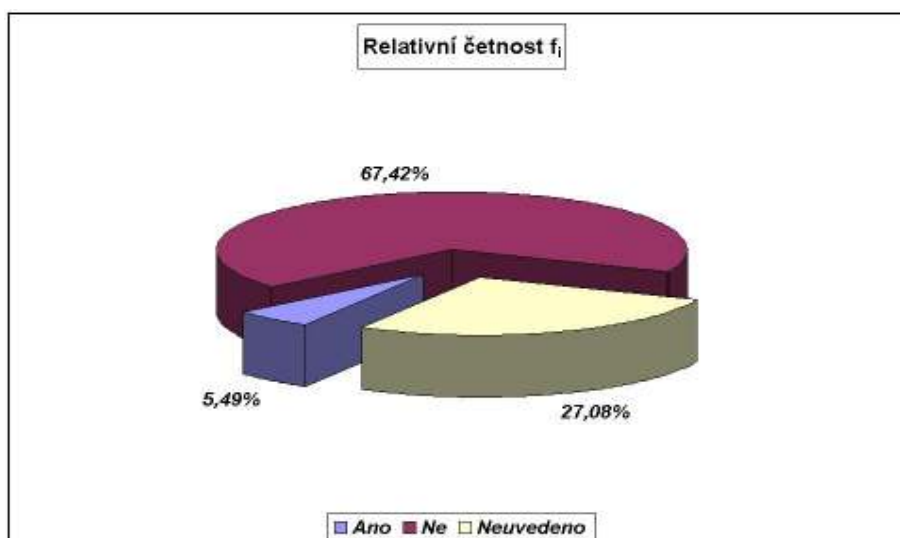


Položka č. 24 se ptala, zda mají dotazovaní s ATK nějaké problémy. Ano odpovědělo 29 (5,58 %), ne 356 (68,46 %) a neuvedlo 143 (27,50 %). Neuvedeno opět zahrnuje neaktivní respondenty a ty, kteří neuvedli 130 (24,62 %). Zde jsme očekávali, že si respondenti budou stěžovat na nákladnost antikoncepce. (Tabulka a graf č. 29)

Tabulka č. 29: Máte s ATK nějaké problémy

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Ano	29	5,49
Ne	356	67,42
Neuvedeno	143	27,08
Celkem Σ	528	100

Graf č. 29: Máte s ATK nějaké problémy

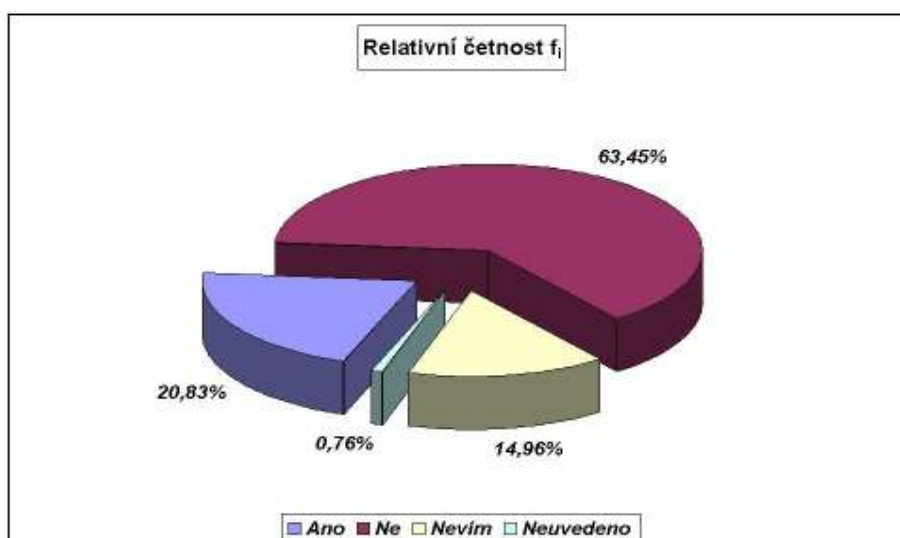


Položka č. 25 chtěla odpověď na otázku, zda se rodiče žáka brali z důvodu těhotenství. Ano odpovědělo 110 (20,83 %), ne 335 (63,45 %), nevím 79 (14,96 %) neuvedli 4 (0,76 %). (*Tabulka a graf č. 30*)

Tabulka č. 30: Sňatek rodičů z důvodu těhotenství

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Ano	110	20,83
Ne	335	63,45
Nevím	79	14,96
Neuvedeno	4	0,76
Celkem Σ	528	100

Graf č. 30: Sňatek rodičů z důvodu těhotenství

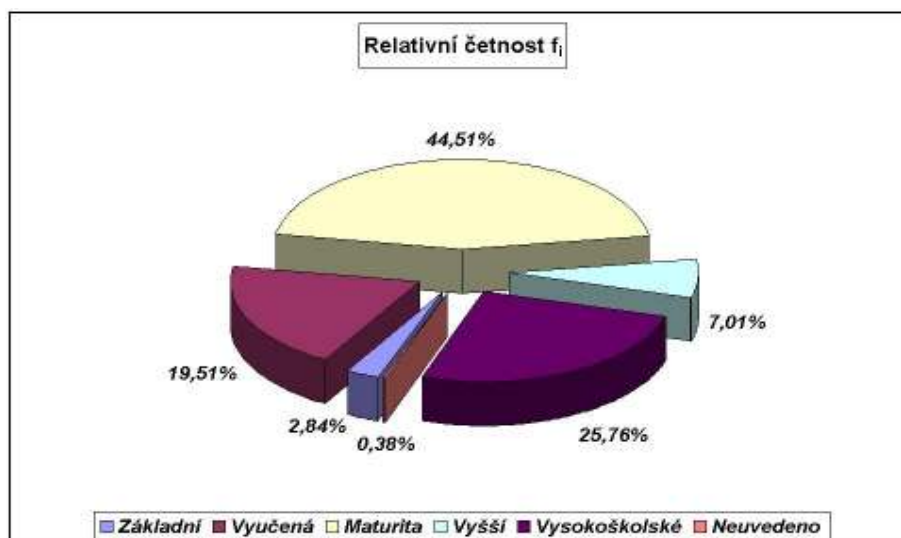


Položka č. 26 mapovala vzdělání matky. Základní uvedlo 15 (2,84 %) dotázaných, vyučená 103 (19,51 %), maturita 235 (44,51 %), vyšší 37 (7,01 %), vysokoškolské 136 (25,76 %), neuvedli 2 (0,38 %). (*Tabulka a graf č. 31*)

Tabulka č. 31: Vzdělání matky

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Základní	15	2,84
Vyučená	103	19,51
Maturita	235	44,51
Vyšší	37	7,01
Vysokoškolské	136	25,76
Neuvedeno	2	0,38
Celkem Σ	528	100

Graf č. 31: Vzdělání matky

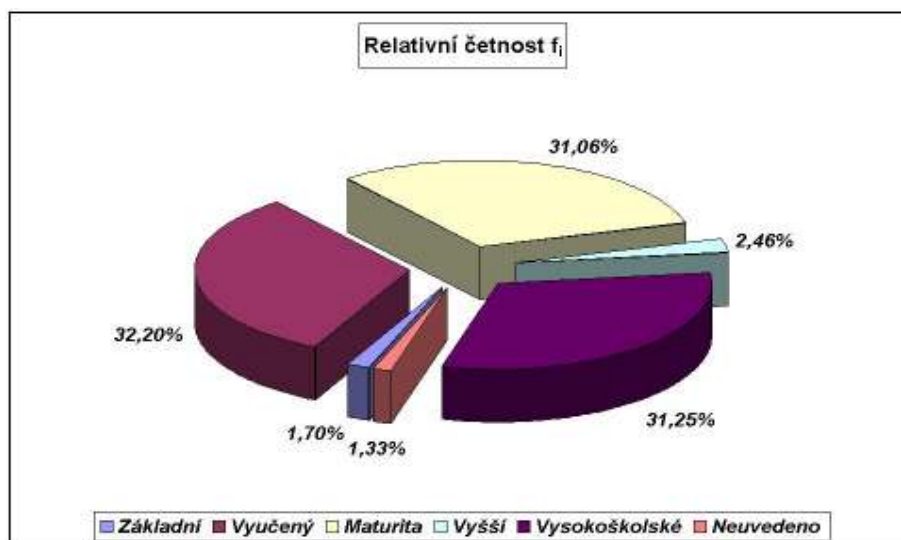


Položka č. 27 vypovídá o úrovni vzdělání otce. Základní u otce uvedlo 9 (1,7 %) žáků, vyučení 170 (32,2 %), maturitu 164 (31,06 %), vyšší 13 (2,46 %), vysokoškolské 165 (31,25 %), neuvedlo 7 (1,33 %). (*Tabulka a graf č. 32*)

Tabulka č. 32: Vzdělání otce

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Základní	9	1,70
Vyučený	170	32,20
Maturita	164	31,06
Vyšší	13	2,46
Vysokoškolské	165	31,25
Neuvedeno	7	1,33
Celkem Σ	528	100

Graf č. 32: Vzdělání otce

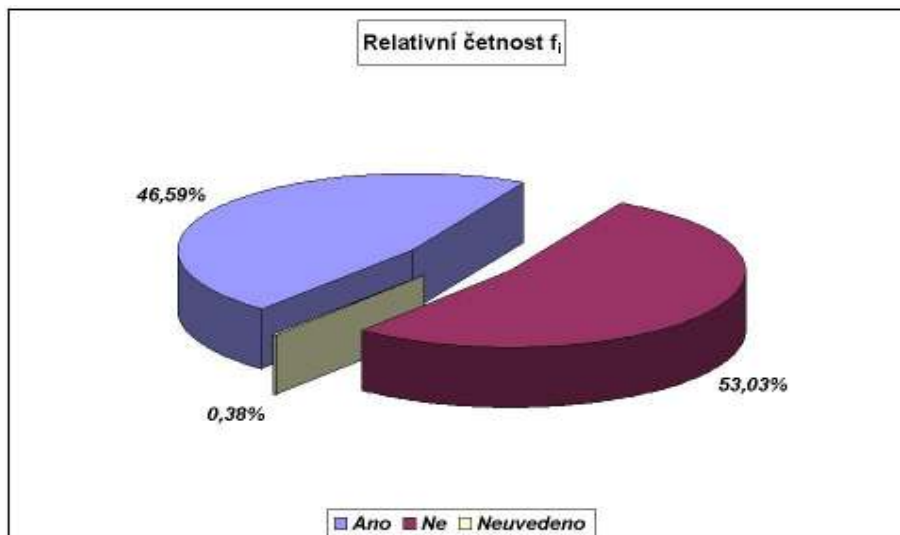


Položka č. 28 zjišťuje, jestli se dotazovaný baví s rodiči o sexu a antikoncepci. Ano odpovědělo 246 (46,59 %), ne 280 (53,03 %) a 2 (0,38 %) neuvedli. (Tabulka a graf č. 33)

Tabulka č. 33: Baví se s rodiči o sexu a ATK

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Ano	246	46,59
Ne	280	53,03
Neuvedeno	2	0,38
Celkem Σ	528	100

Graf č. 33: Baví se s rodiči o sexu a ATK

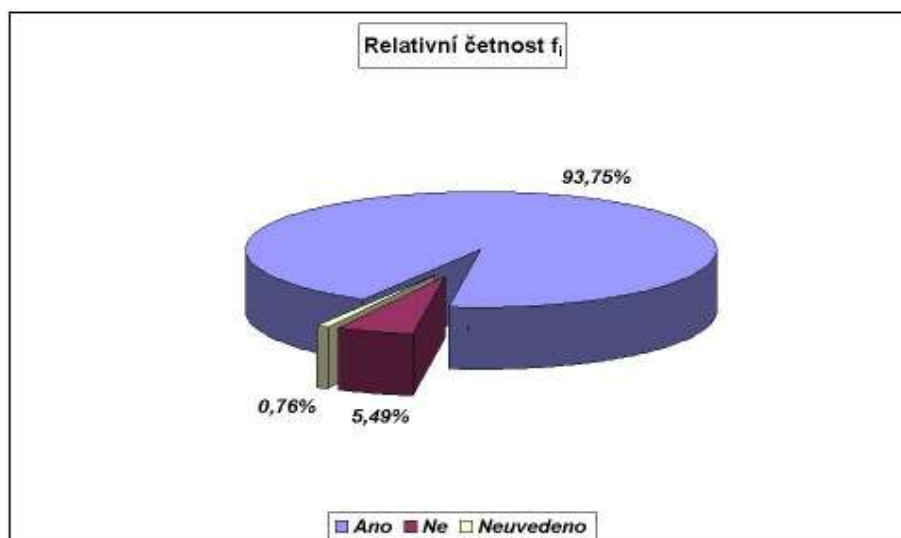


Položka č. 29 zjišťovala, jak by se zachovali, pokud by měli nějaký problém ve sledované oblasti, jestli by za někým šli. Alternativu ano uvedlo 495 (93,75 %) dotázaných, ne 29 (5,49 %) a neodpověděli 4 (0,76 %). (Tabulka a graf č. 34)

Tabulka č. 34: Zda by šli za někým s problémem

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Ano	495	93,75
Ne	29	5,49
Neuvedeno	4	0,76
Celkem Σ	528	100

Graf č. 34: Zda by šli za někým s problémem

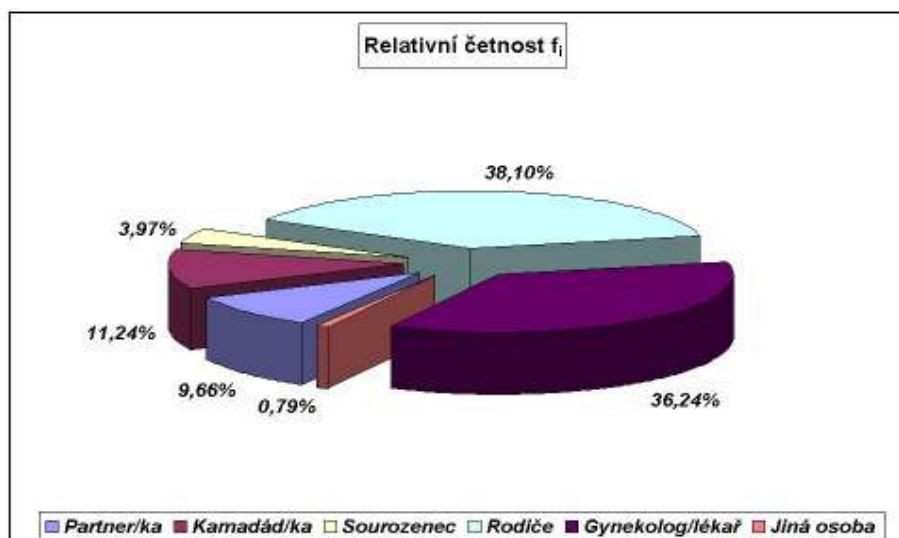


Položka č. 29 měla podotázku, za kým by šli v případě, že odpovědí ano. Odpovědi na tuto otázku byly vícečetné. Partner/ka byl uveden u 73 (9,66 %), kamarád/ka u 85 (11,24 %), sourozenec u 30 (3,97 %), rodiče u 288 (38,10 %) gynekolog/lékař u 274 (36,24 %) a jiná osoba u 6 (0,79 %). Mezi jinými osobami byly pro zajímavost uvedeni třídní učitelka a kněz. Rodiče byli někdy redukováni pouze na jednoho. (Tabulka a graf č. 35)

Tabulka č. 35: Za kým by šli s problémem

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Partner/ka	73	9,66
Kamarád/ka	85	11,24
Sourozenec	30	3,97
Rodiče	288	38,10
Gynekolog/lékař	274	36,24
Jiná osoba	6	0,79
Celkem Σ	756	100

Graf č. 35: Za kým by šli s problémem

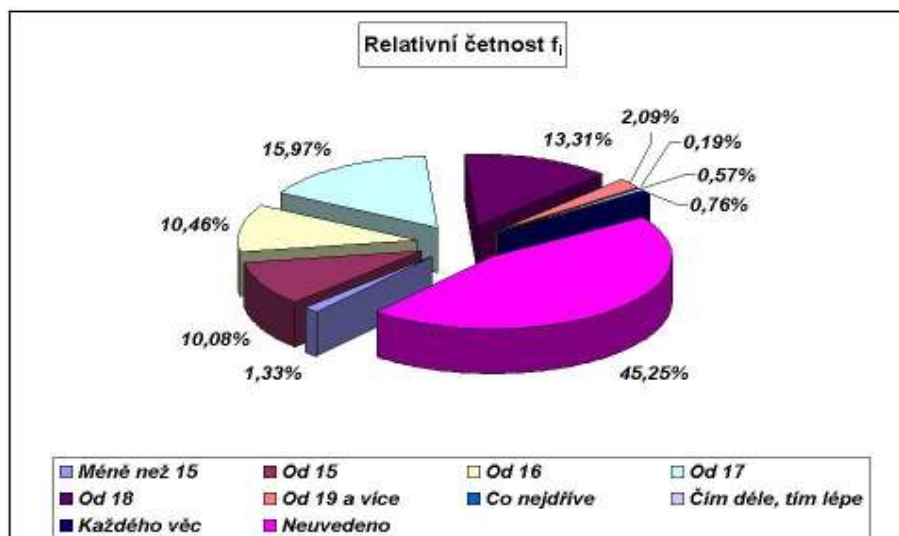


Položka č. 30 se ptala na názor, kdy si myslí, že je vhodný začátek sexuálního života. Odpovědi respondentů byly slovní i číselné, také vícečetné. Vhodný věk pod 15 let uvedlo 7 respondentů (1,33 %), věk od 15 let 53 (10,08 %), od 16 let 55 (10,46 %), od 17 let 84 (15,97 %), od 18 let 70 (13,31 %), od 19 a více let 11 (2,09 %), co nejdříve 1 (0,19 %), čím déle, tím lépe 3 (0,57 %), každého věc 4 (0,76 %). (Tabulka a graf č. 36)

Tabulka č. 36: Kdy vhodný začátek pro sexuální život 1

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Méně než 15	7	1,33
Od 15	53	10,08
Od 16	55	10,46
Od 17	84	15,97
Od 18	70	13,31
Od 19 a více	11	2,09
Co nejdříve	1	0,19
Čím déle, tím lépe	3	0,57
Každého věc	4	0,76
Neuvedeno	238	45,25
Celkem Σ	526	100

Graf č. 36: Kdy vhodný začátek pro sexuální život 1

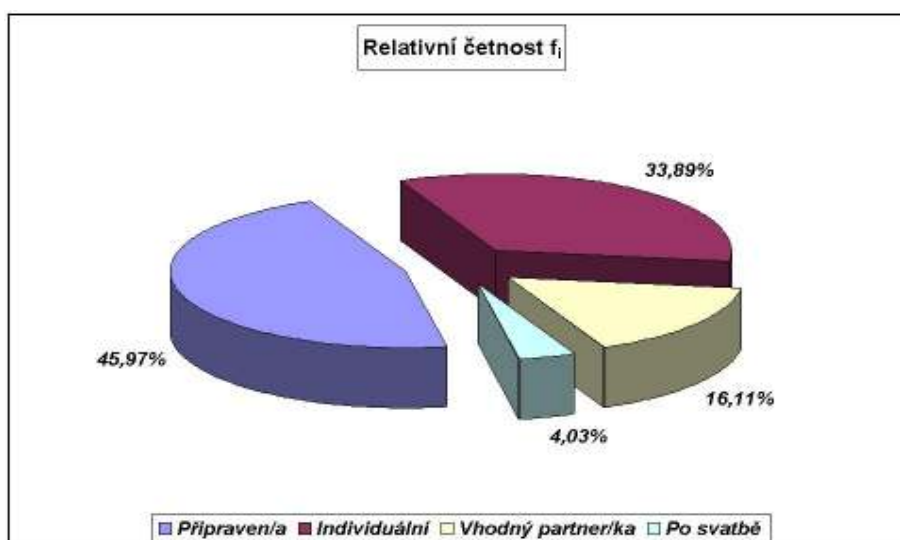


Odpovědi typu, že začátek je vhodný až když je mladý člověk připraven, napsalo 137 (45,97 %), individuální 101 (33,89 %), vhodný partner/ka 48 (16,11 %), po svatbě 12 (4,03 %). (Tabulka a graf č. 37)

Tabulka č. 37: Kdy vhodný začátek pro sexuální život 2

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Připraven/a	137	45,97
Individuální	101	33,89
Vhodný partner/ka	48	16,11
Po svatbě	12	4,03
Celkem Σ	298	100

Graf č. 37: Kdy vhodný začátek pro sexuální život 2

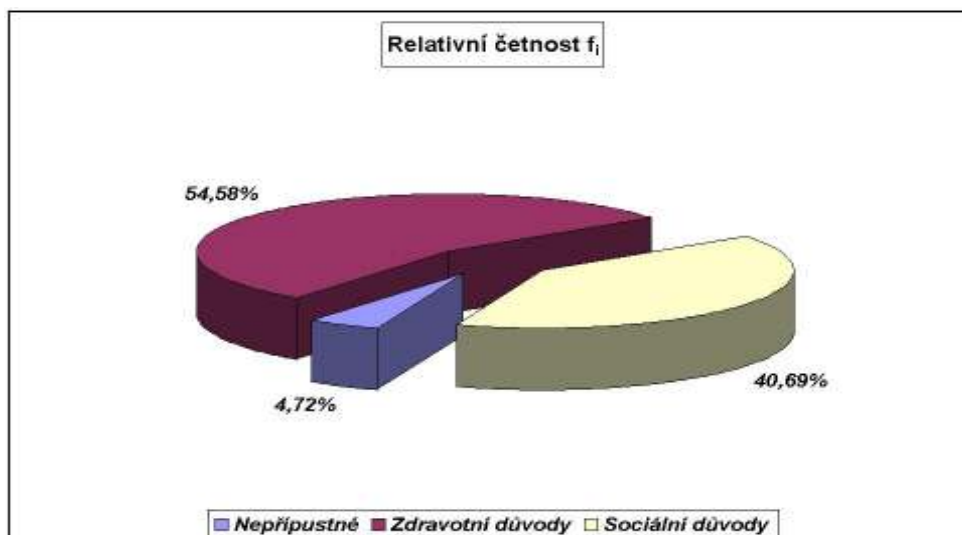


Položka č. 31 sondovala názor na UPT. Za nepřipustné je považuje 34 (4,72 %) dotázaných, možné ze zdravotních důvodů 393 (54,58 %), možné ze sociálních důvodů 293 (40,69 %). Odpovědi byly vícečetné. (*Tabulka a graf č. 38*)

Tabulka č. 38: Názor na UPT

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Nepřipustné	34	4,72
Zdravotní důvody	393	54,58
Sociální důvody	293	40,69
Celkem Σ	720	100

Graf č. 38: Názor na UPT

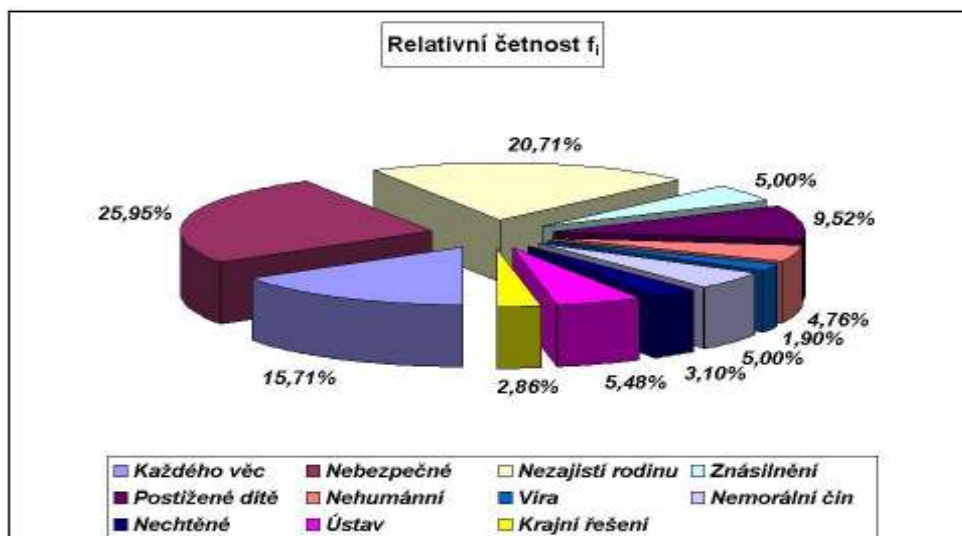


Svůj názor na UPT zdůvodňovali respondenti následovně – každého věc 66 (15,71 %), nebezpečné – pro matku 109 (25,95 %), nezajistí rodinu 87 (20,71 %), znásilnění 21 (5,00 %), postižené dítě 40 (9,52 %), nehumánní 20 (4,76 %), věc víry 8 (1,90 %), nemorální čin 21 (5,00 %), nechtěné dítě 13 (3,10 %), ústav 23 (5,48 %), jako krajní řešení 12 (2,86 %). (Tabulka a graf č. 39)

Tabulka č. 39: Důvody UPT

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Každého věc	66	15,71
Nebezpečné pro matku	109	25,95
Nezajistí rodinu	87	20,71
Znásilnění	21	5,00
Postižené dítě	40	9,52
Nehumánní	20	4,76
Věc víry	8	1,90
Nemorální čin	21	5,00
Nechtěné dítě	13	3,10
Ústav	23	5,48
Krajní řešení	12	2,86
Celkem Σ	420	100

Graf č. 39: Důvody UPT



4.5.1 Doplnující anketa

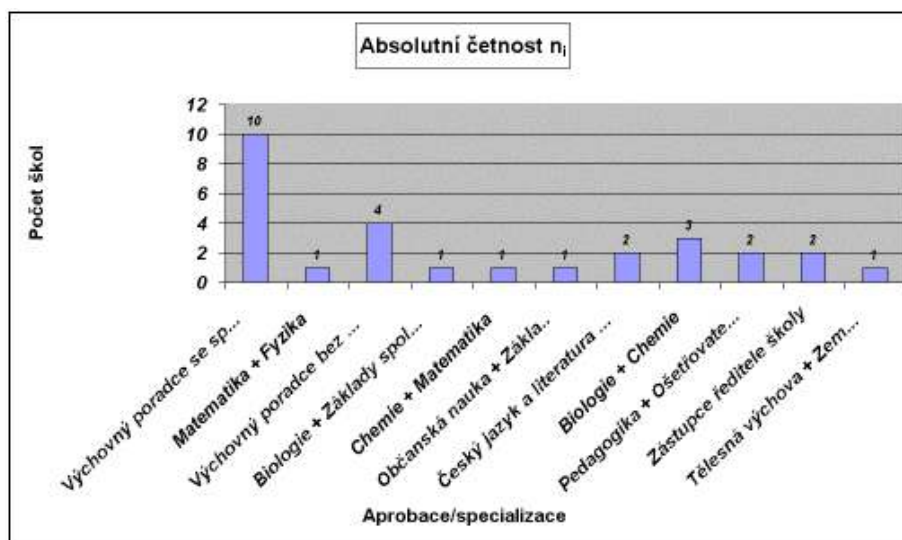
Anketa o průběhu sexuální výchovy probíhala ve stejných středních školách jako dotazníkové šetření. Soubor tedy tvořilo 24 škol (8 gymnázií, 8 SPŠ, 8 SZŠ). Anketa byla distribuována s dotazníky. Obsahovala otevřené otázky s možností volné odpovědi. (Příloha č. 2)

Anketa měla být vyplňována výchovnými poradci, kteří se na organizaci sexuální výchovy na daných školách podílejí, ale ne vždy byl tento požadavek dodržen.

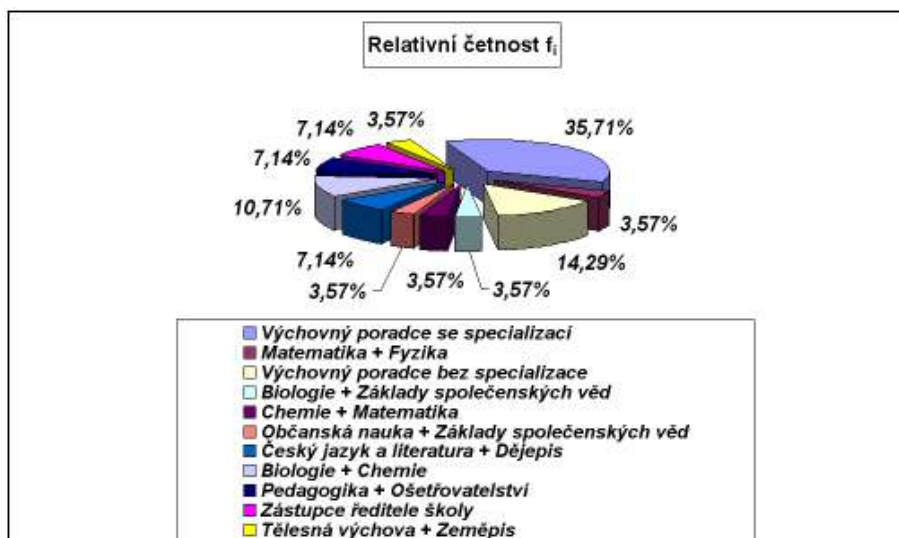
Anketu vyplnilo 22 žen a 2 muži. Délka jejich pedagogické praxe se pohybovala od 6 do 37 let.

Anketu v 10 případech (35,71 %) vyplnili výchovní poradci se specializací, ve 4 (14,29 %) výchovní poradci bez specializace, ve 3 (10,71 %), ve 2 (7,14 %) učitel Českého jazyka a literatury, Pedagogiky a Ošetřovatelství, zástupce ředitele školy, vždy v 1 případě (3,57 %) učitel Matematiky a Fyziky, Biologie a Základů společenských věd, Chemie a Matematiky, Občanské nauky a Základů společenských věd, Tělesné výchovy a Zeměpisu. (Graf č. 40, 41)

Graf č. 40: Aprobace/specializace 1



Graf č. 41: Aprobace/specializace 2

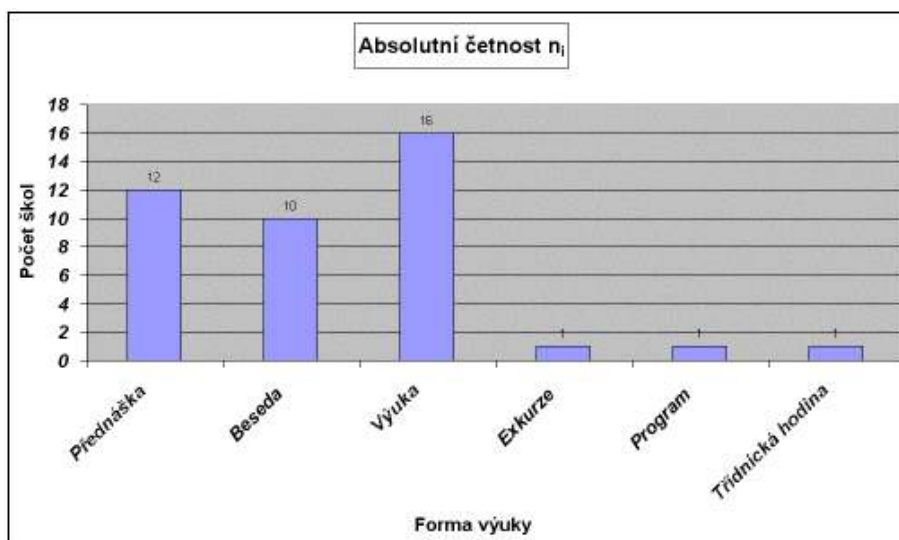


Otázka ankety č. 1 byla zaměřena na to, jakým způsobem na škole probíhá Sexuální výchova (dále jen SV). Na školách je nejčastěji při výuce SV užívána výuka jako taková, tu uvedlo 16 škol (39,02 %), přednášku 12 škol (29,27 %), besedu 10 škol (24,39 %). Využití formy exkurze, programu či třídnické hodiny uvedla vždy 1 škola (2,44 %). Z uvedených počtů škol vyplývá, že na některých školách je využíváno více forem výuky. (*Tabulka č. 40, graf č. 42, 43*)

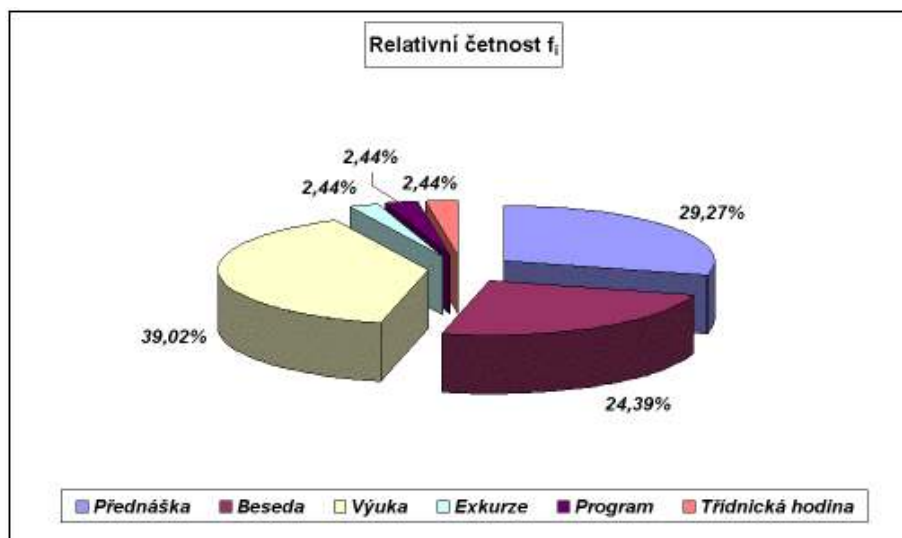
Tabulka č. 40: Forma výuky sexuální výchovy

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Výuka	16	39,02
Přednáška	12	29,27
Beseda	10	24,39
Exkurze	1	2,44
Program	1	2,44
Třídnická hodina	1	2,44
Celkem Σ	41	100

Graf č. 42: Forma výuky sexuální výchovy 1



Graf č. 43: Forma výuky sexuální výchovy 2

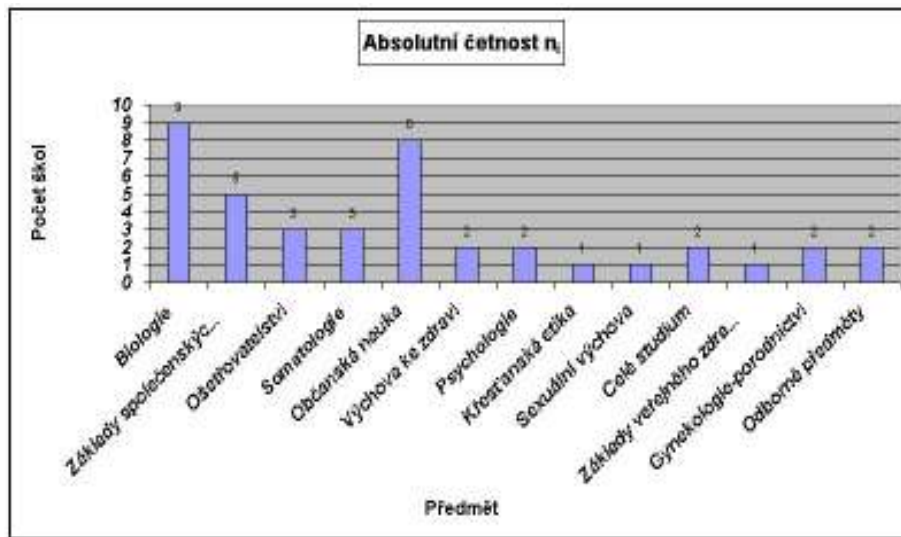


Otázka ankety č. 2 zkoumala, v rámci jakého předmětu SV probíhá. SV je nejčastěji vyučována v rámci Biologie, kterou uvedlo 9 škol (21,95 %). Občanskou nauku napsalo 8 škol (19,51 %), Základy společenských věd 5 škol (12,20 %), Ošetřovatelství a Somatologii vždy 3 školy (7,32 %). Výchovu ke zdraví, Psychologii, Gynekologii-porodnictví, odborné předměty a celé studium vždy 2 školy (4,88 %). Základy veřejného zdravotnictví, Křesťanskou etiku a SV vždy 1 škola (2,44 %). Z uvedených počtů škol vyplývá, že na některých školách je SV součástí více předmětů. (Tabulka č. 41 a graf č. 44, 45)

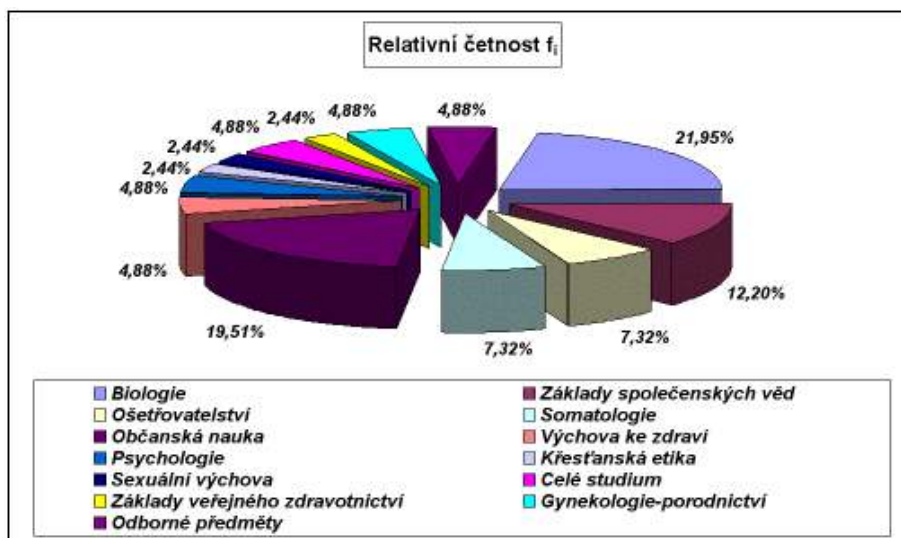
Tabulka č. 41: Předmět

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Biologie	9	21,95
Občanská nauka	8	19,51
Základy společenských věd	5	12,20
Ošetřovatelství	3	7,32
Somatologie	3	7,32
Výchova ke zdraví	2	4,88
Psychologie	2	4,88
Gynekologie-porodnictví	2	4,88
Odborné předměty	2	4,88
Celé studium	2	4,88
Základy veřejného zdravotnictví	1	2,44
Křesťanská etika	1	2,44
SV	1	2,44
Celkem Σ	41	100

Graf č. 44: Předmět 1



Graf č. 45: Předmět 2

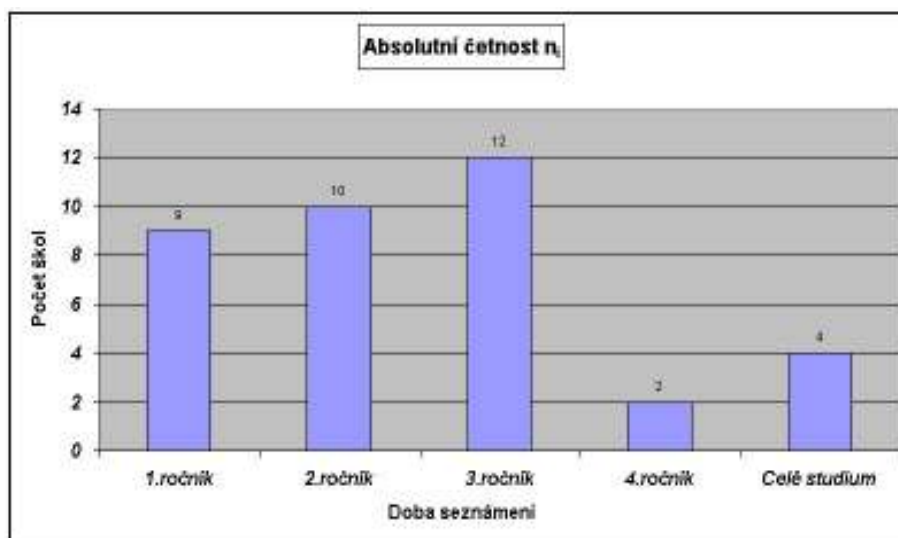


Otázka ankety č. 3 zjišťovala dobu, kdy jsou žáci s touto problematikou seznamováni. Na 12 školách (32,43 %) probíhá SV ve 3. ročníku, na 10 školách (27,03 %) ve 2. ročníku, na 9 školách (24,32 %) v 1. ročníku, na 2 školách (5,41 %) ve 4. ročníku a na 4 školách (10,81 %) v rámci celého studia. Opět z uvedených počtů škol vyplývá, že na některých školách probíhá výuka ve více ročnících. (Tabulka č. 42 a graf č. 46, 47)

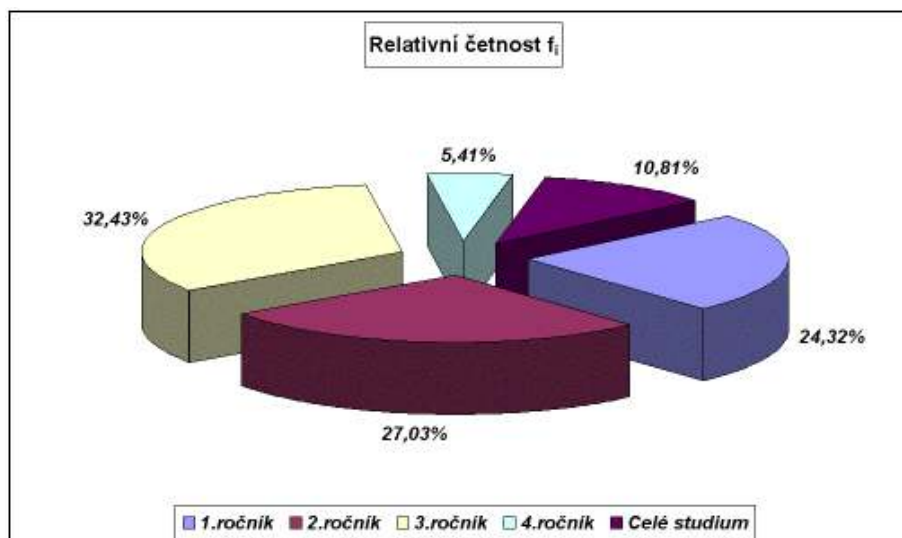
Tabulka č. 42: Doba

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
1. ročník	9	24,32
2. ročník	10	27,03
3. ročník	12	32,43
4. ročník	2	5,41
Celé studium	4	10,81
Celkem Σ	37	100

Graf č. 46: Doba 1



Graf č. 47: Doba 2



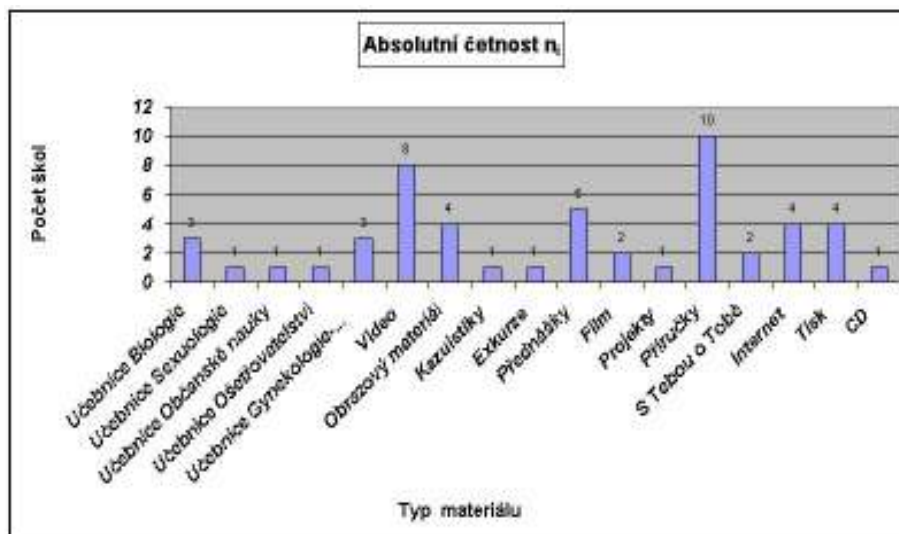
Otázka ankety č. 4 nemohla být zodpovědně vyhodnocena, protože údaje poskytnuté školami nebyly jednoznačné. Na otázku *V jakém rozsahu SV probíhá?* byly uvedeny údaje bez bližší specifikace časového úseku. Uváděné počty naznačovaly největší rozsah u SZŠ, ale na tuto interpretaci nelze spoléhat.

Otázka ankety č. 5 byla zaměřena na zjištění, jaké materiály jsou k výuce využívány. Jejich výčet je velmi rozmanitý, viz grafy. Nejčastěji používanými materiály jsou na 10 školách (19,23 %) příručky, na 8 (15,38 %) video a třetím nejčastějším zdrojem, na 5 školách (9,62 %), jsou přednášky. Dále jsou na 4 školách (7,69 %) využívány obrazové materiály, tisk a internet. Učebnice Biologie či Gynekologie-porodnictví jsou používány na 3 školách (5,77 %). Filmy a program S Tebou o Tobě jsou užívány na 2 školách (3,85 %). Vždy na 1 škole (1,92 %) jsou používány učebnice Sexuologie, Občanské nauky a Ošetřovatelství, dále kazuistiky, exkurze, projekty, CD. Z výsledků znovu plyne, že na jedné škole je užíváno v některých případech více druhů materiálů. (*Tabulka č. 43 a graf č. 48, 49*)

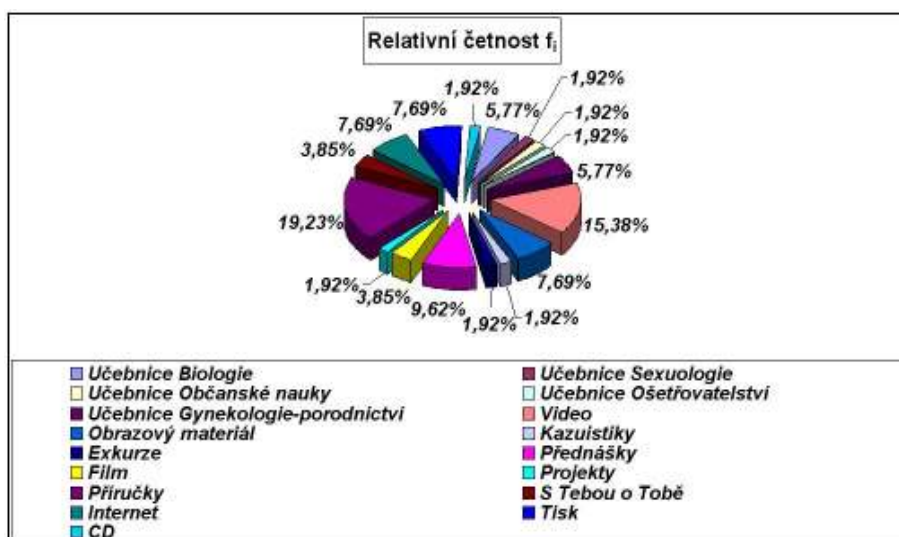
Tabulka č. 43: Typ materiálu

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Příručky	10	19,23
Video	8	15,38
Přednášky	5	9,62
Obrazové materiály	4	7,69
Tisk	4	7,69
Internet	4	7,69
Učebnice Biologie	3	5,77
Učebnice Gynekologie-porodnictví	3	5,77
Filmy	2	3,85
S Tebou o Tobě	2	3,85
Učebnice Sexuologie	1	1,92
Učebnice Občanské nauky	1	1,92
Učebnice Ošetřovatelství	1	1,92
Kazuistiky	1	1,92
Exkurze	1	1,92
Projekty	1	1,92
CD	1	1,92
Celkem Σ	52	100

Graf č. 48: Typ materiálu 1



Graf č. 49: Typ materiálu 2

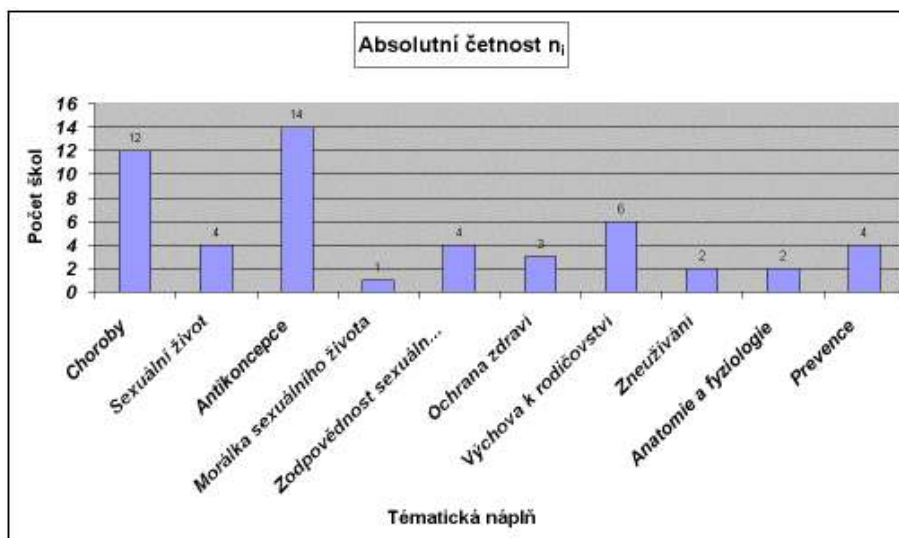


Otázka ankety č. 6 se pokoušela zjistit, jaká témata jsou zařazována při výuce SV. Tematickou náplní je na 14 školách (26,92 %) antikoncepce, na 12 (23,08 %) pohlavní choroby, na 6 (11,54 %) výchova k rodičovství, vždy na 4 školách (7,69 %) sexuální život, zodpovědnost sexuálního života a prevence. Na 3 školách (5,77 %) ochrana zdraví, vždy na 2 (3,85 %) zneužívání, anatomie a fyziologie. Jedna škola uvedla (1,92 %) morálku sexuálního života. I zde dochází k překrývání několika náplní na jedné škole. (Tabulka č. 44 a graf č. 50, 51)

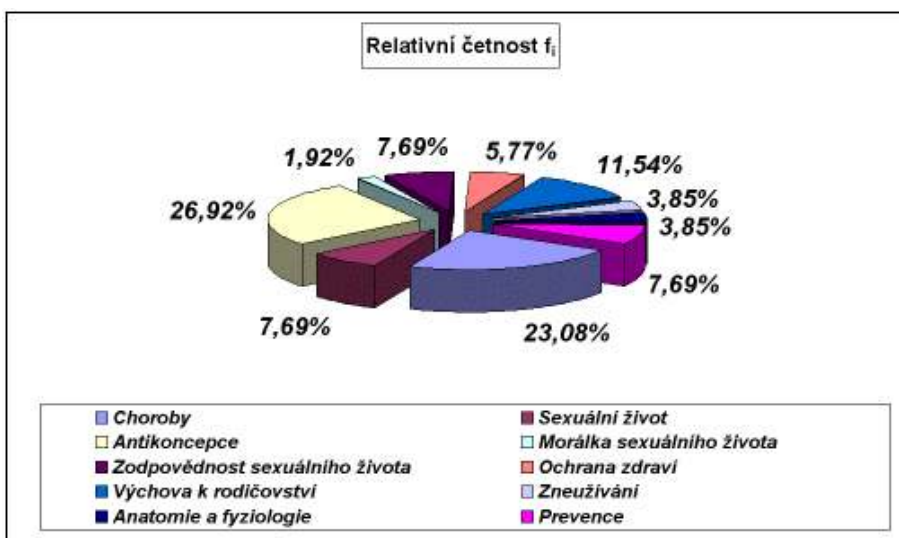
Tabulka č. 44: Tématická náplň

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Antikoncepce	14	26,92
Pohlavní choroby	12	23,08
Výchova k rodičovství	6	11,54
Sexuální život	4	7,69
Zodpovědnost sexuálního života	4	7,69
Prevence	4	7,69
Ochrana	3	5,77
Zneužívání	2	3,85
Anatomie a fyziologie	2	3,85
Morálka sexuálního života	1	1,92
Celkem Σ	52	100

Graf č. 50: Tématická náplň 1



Graf č. 51: Tématická náplň 2

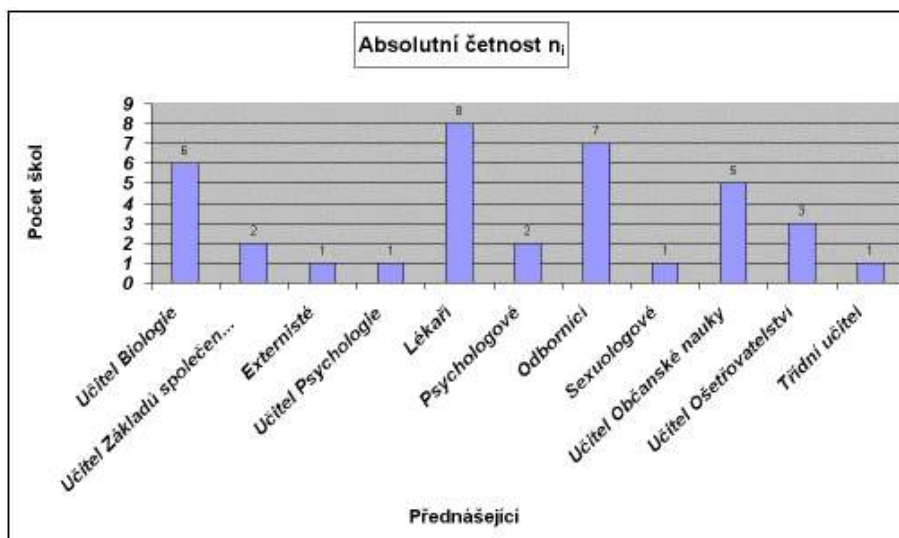


Otázka ankety č. 7 mapovala, kdo tuto problematiku na školách přednáší. Terminologie užitá školami by mohla svádět k zařazení některých přednášejících do jedné kategorie, ale přesto je k interpretaci těchto výsledků použita terminologie uvedená respondenty. Nejvíce byli jako přednášející udáváni lékaři, a to na 8 školách (21,62 %), na 7 (18,92 %) odborníci, na 6 (16,22 %) učitel Biologie, na 5 (13,51 %) učitel Občanské nauky, na 3 (8,11 %) učitel Ošetrovatelství, vždy na 2 (5,41 %) psycholog a učitel Základů společenských věd a vždy na 1 (2,7 %) externisté, sexuolog, učitel psychologie a třídní učitel. I zde dochází k překrývání. (*Tabulka č. 45 a graf č. 52, 53*)

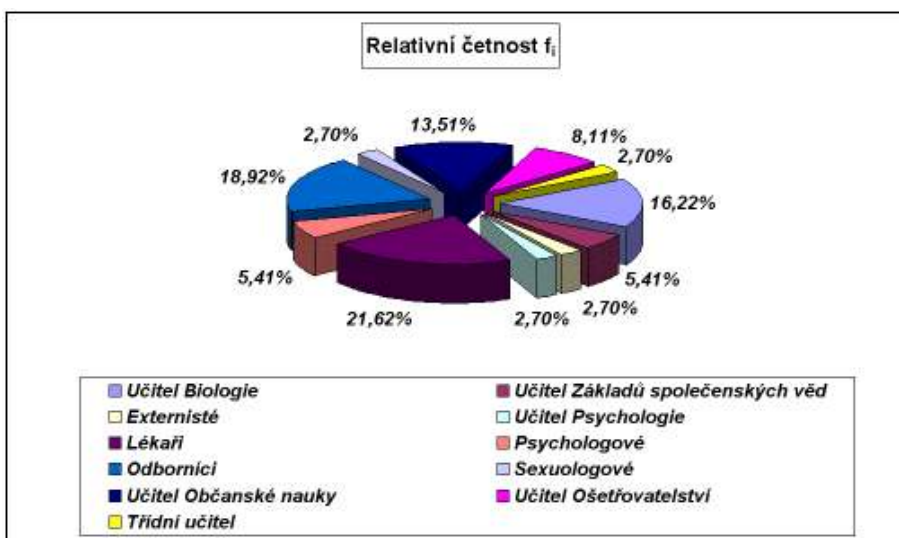
Tabulka č. 45: Přednášející

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Lékaři	8	21,62
Odborníci	7	18,92
Učitel Biologie	6	16,22
Učitel Občanské nauky	5	13,51
Učitel Ošetrovatelství	3	8,11
Psycholog	2	5,41
Učitel Základů společenských věd	2	5,41
Externisté	1	2,70
Sexuolog	1	2,70
Učitel Psychologie	1	2,70
Třídní učitel	1	2,70
Celkem Σ	37	100

Graf č. 52: Přednášející 1



Graf č. 53: Přednášející 2

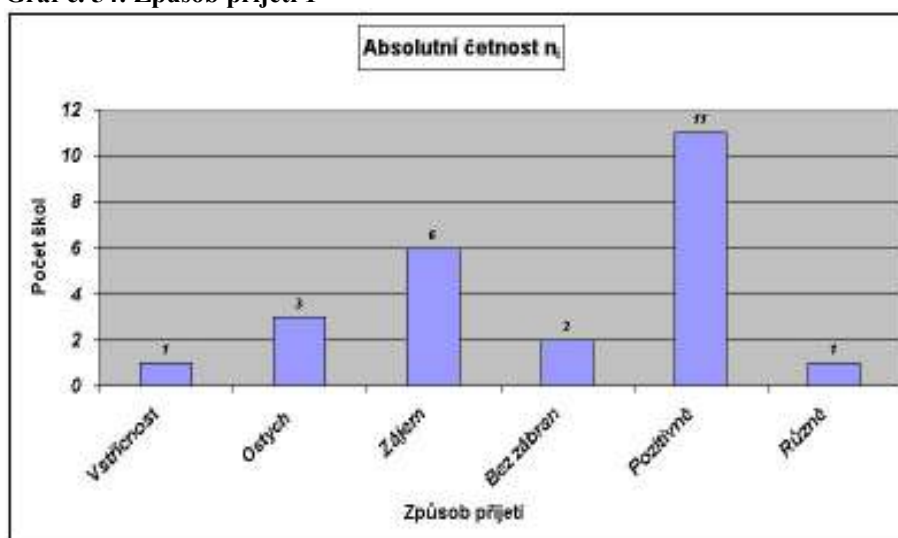


Otázka ankety č. 8 zkoumala způsob přijímání této problematiky žáky. Na 11 školách (45,83 %) jej označili za pozitivní, na 6 (25,00 %) se zájmem, na 3 (12,5 %) s ostychem, na 2 (8,33 %) bez zábran a vždy na jedné škole (4,17 %) za vstřícný a různý. (Tabulka č. 46 a graf č. 54, 55)

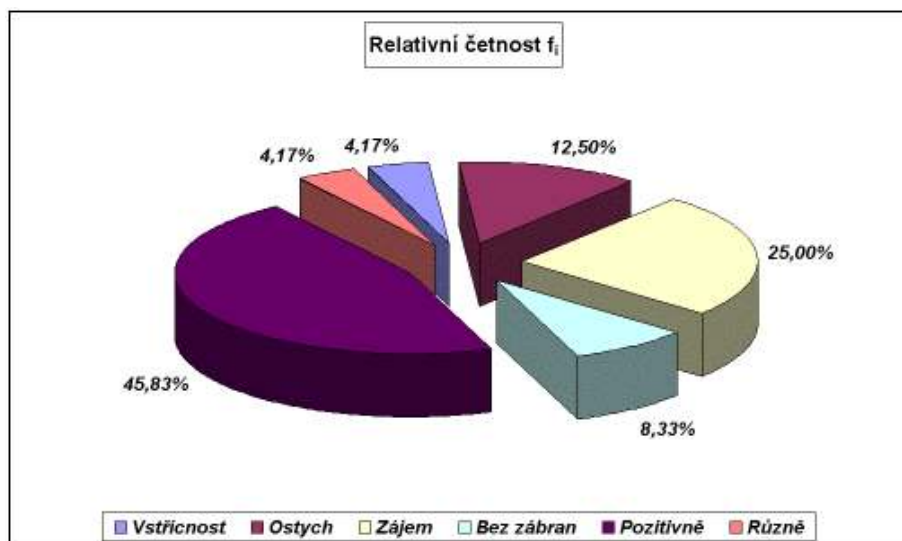
Tabulka č. 46: Způsob přijetí

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Pozitivně	11	45,83
Zájem	6	25,00
Ostych	3	12,50
Bez zábran	2	8,33
Vstřícnost	1	4,17
Různě	1	4,17
Celkem Σ	24	100

Graf č. 54: Způsob přijetí 1



Graf č. 55: Způsob přijetí 2

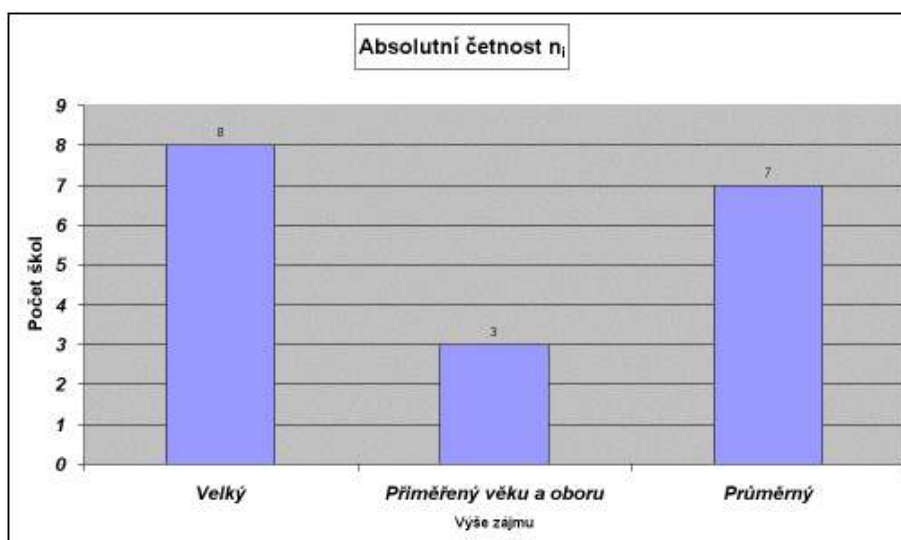


Otázka ankety č. 9 řešila přiměřenost zájmu. Školy, které tuto otázku zodpověděly (18, tzn. 75 % z celkového počtu 24) v 8 případech (44,44 %) uvedly, že zájem žáků o tuto problematiku je velký, 7 škol (38,89 %) uvedlo průměrný a 3 školy (16,67 %) přiměřený věku a oboru. (Tabulka č. 47 a graf č. 56, 57)

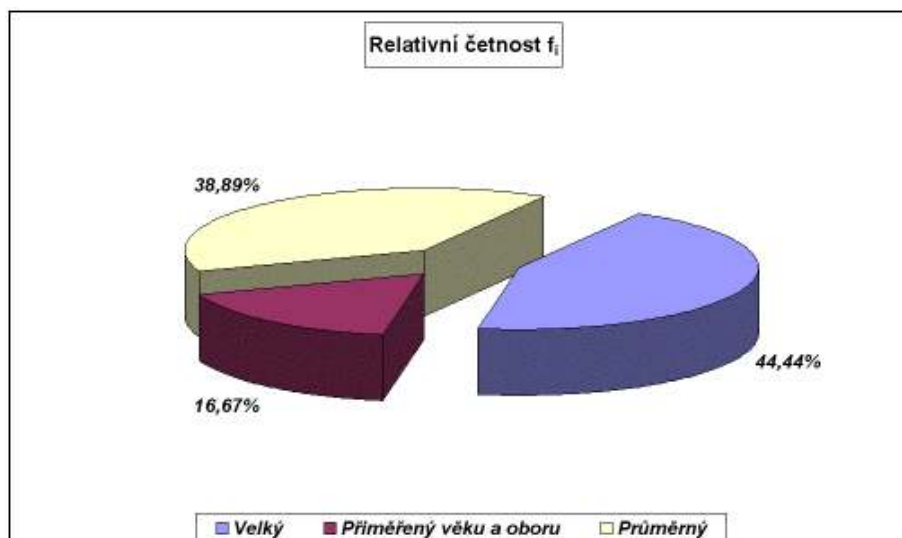
Tabulka č. 47: Výše zájmu

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Velký	8	44,44
Průměrný	7	38,89
Přiměřený věku a oboru	3	16,67
Celkem Σ	18	100

Graf č. 56: Výše zájmu 1



Graf č. 57: Výše zájmu 2

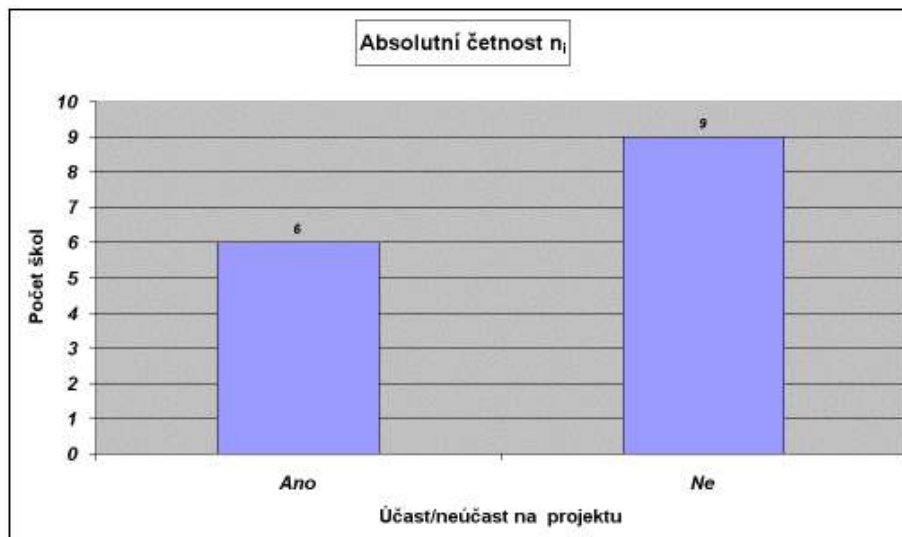


Otázka ankety č. 10 zjišťovala, zda se škola účastní nějakého vzdělávacího projektu na toto téma. Podotázka chtěla zjistit, v čem spočívá jejich úloha. Podotázku nikdo nezodpověděl. Otázku zodpovědělo 15 škol (62,5 %). Účast na projektu potvrdilo 6 škol (40 %) a neúčast 9 (60 %). (Tabulka č. 48 a graf č. 58, 59)

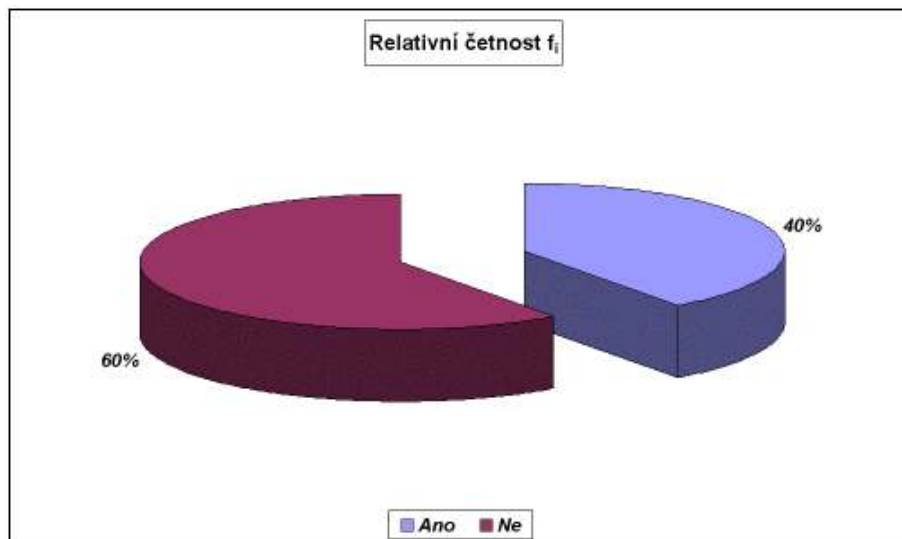
Tabulka č. 48: Účast/neúčast na projektu

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Ano	6	40
Ne	9	60
Celkem Σ	15	100

Graf č. 58: Účast/neúčast na projektu 1



Graf č. 59: Účast/neúčast na projektu 2

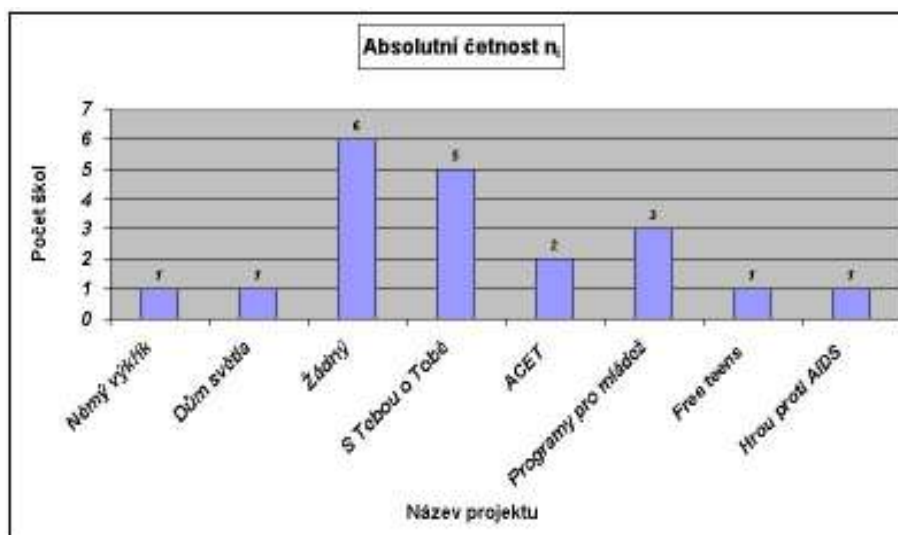


Otázka ankety č. 11 sondažovala, jaké výchovné vzdělávací programy školy znají. Otázku zodpovědělo 20 škol (83,33 %). Z tohoto počtu 6 škol (30 %) neznalo žádný program, 5 (25 %) znalo program S Tebou o Tobě, 3 školy (15 %) jmenovalo programy pro mládež, 2 školy (10 %) uvedly program ACET a vždy jedna škola (5 %) napsala Hrou proti AIDS, Free teens, Dům světla a Někdy výkřik. (Tabulka č. 49 a graf č. 60, 61)

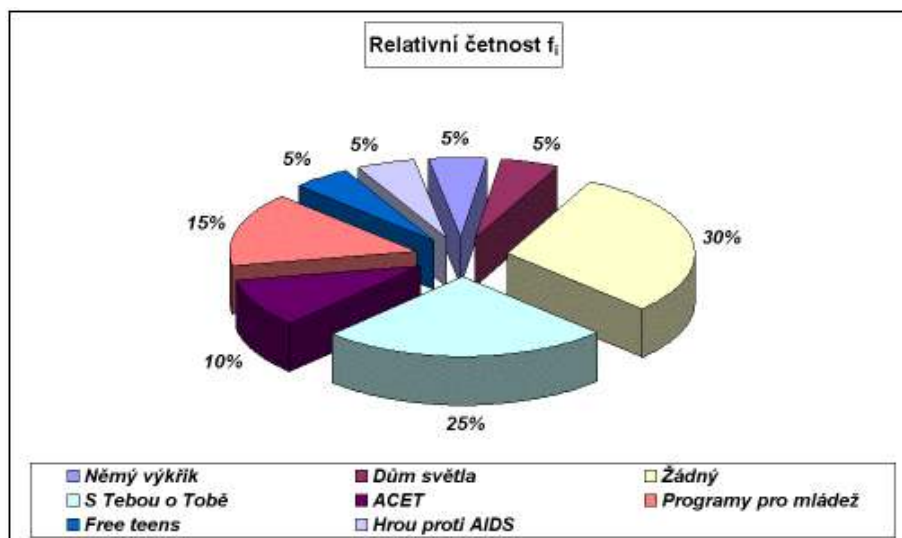
Tabulka č. 49: Název projektu

	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost f_i [%]
Neznají žádný program	6	30
Program s Tebou o Tobě	5	25
Programy pro mládež	3	15
Program ACET	2	10
Hrou proti AIDS	1	5
Free teens	1	5
Dům světla	1	5
Někdy výkřik	1	5
Celkem Σ	20	100

Graf č. 60: Název projektu 1



Graf č. 61: Název projektu 2



Otázka ankety č. 12 žádala o případné doplňující údaje. Žádná ze škol rubriku nevyplnila.

4.6 Analýza a interpretace výsledků – dvojstupňové třídění znaků

V této části diplomové práce byly sledovány závislosti mezi otázkami z dotazníku.

Jako vhodný postup při ověření hypotéz bylo zvoleno dvojstupňové třídění a test nezávislosti χ^2 (chí-kvadrát) – ověření existence významné souvislosti mezi dvěma jevy. Výsledky byly uspořádány do asociačních a kontingenčních tabulek.

Statistická významnost vazby byla určována pomocí p-value (p-value – jeho hodnota ukazuje, jaká je shoda mezi daty a nulovou hypotézou (nulová hypotéza – ověřovaná hypotéza, o jejímž přijetí rozhoduje test

DF – stupeň volnosti dle postavení dat.

Pro možné následné hodnocení byla z otázek, které se ATK týkaly, definována škála správných odpovědí (o 30 možných). Těmito otázkami byly položky č. 11, 13, 15 a 17.

Ke zpracování byl použit software, který pracuje v anglickém jazyce, proto došlo ke snížení kvality diakritiky u níže prezentovaných grafů (ABS – absolutní četnost, vs – versus, Z – SZŠ, P – SPŠ, G – gymnázium).

Porovnání úrovně znalostí o ATK dle pohlaví

H_1 - V informovanosti o antikoncepci existují rozdíly dle pohlaví.

Byla porovnáována definovaná škála správných odpovědí (o 30 možných) z otázek, které se týkaly ATK (položky č. 11, 13, 15 a 17) s položkou č. 1.

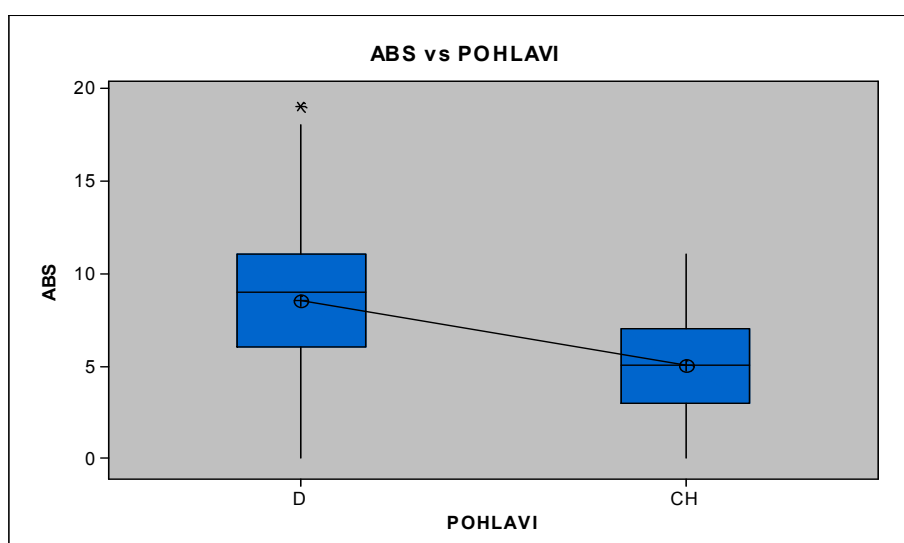
Tabulka č.50: Informovanost dle pohlaví

Pohlaví \ Odpověď	Dívka	Chlapec	Celkem Σ
Ne	6103 (32,195)	6098 (37,473)	12201
Ano	2417 (107,946)	1222 (125,642)	3639
Celkem Σ	8520	7320	15840

$\chi^2 = 303,256$; $DF = 1$; $p\text{-value} = 0,000 < 0,05$ tedy existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinami dívek a chlapců. (Tabulka č. 50 a graf č. 62)

Na základě χ^2 testu lze tvrdit, že existuje statisticky významný rozdíl mezi úrovní znalostí dívek a chlapců (dívky mají o ATK v průměru více znalostí).

Graf č. 62: Informovanost dle pohlaví



Porovnání úrovně znalostí o ATK dle odborného zaměření školy

H_2 - V informovanosti o antikoncepci existují rozdíly dle odborného zaměření střední školy (SZŠ, SPŠ, gymnázium).

Byla porovnávána definovaná škála správných odpovědí (o 30 možných) z otázek, které se týkaly ATK (položky č. 11, 13, 15 a 17) s položkou č. 3.

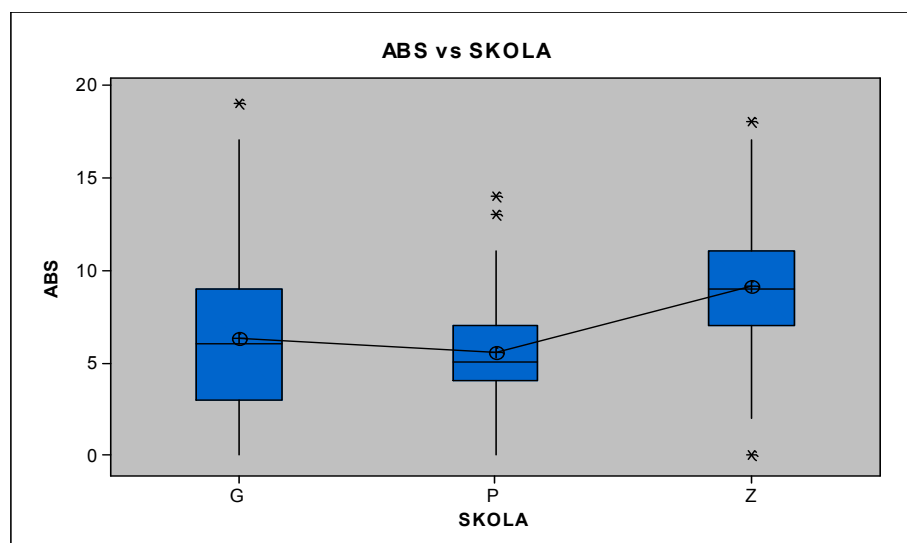
Tabulka č. 51: Informovanost dle odborného zaměření škol

Dle odbornosti	Gymnázium	SPŠ	SZŠ	Celkem Σ
Odpověď				
Ne	4801 (2,583)	4274 (13,094)	3126 (33,389)	12201
Ano	1289 (8,662)	976 (43,901)	1374 (111,947)	3639
Celkem Σ	6090	5250	4500	15840

$\chi^2 = 213,576$; DF = 2; p-value = 0,000 < 0,05 tedy existuje statisticky významný rozdíl pro kategorii SZŠ.

Na základě χ^2 testu lze tvrdit, že existuje statisticky významný rozdíl v úrovni znalostí o ATK dle odborného zaměření školy. (Tabulka č. 51 a graf č. 63)

Graf č. 63: Informovanost dle odborného zaměření škol



Porovnání úrovně znalostí o ATK dle typu školy (církevní, necírkevní)

H₃ - V informovanosti o antikoncepci existují rozdíly dle typu střední školy (církevní, necírkevní).

Byla porovnávána definovaná škála správných odpovědí (o 30 možných) z otázek, které se týkaly ATK (položky č. 11, 13, 15 a 17) s typem školy.

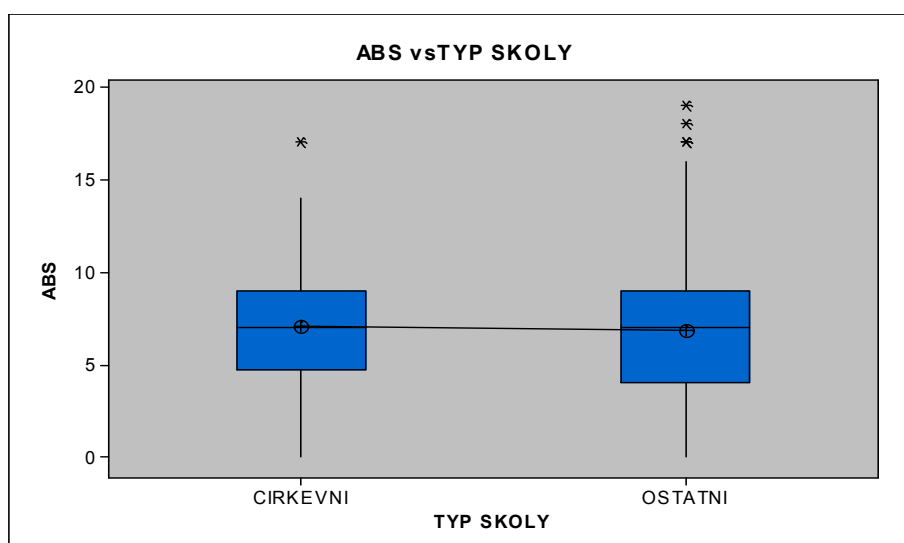
Tabulka č. 52: Informovanost dle typu škol

Typ školy \ Odpověď	Církevní	Necírkevní (ostatní)	Celkem Σ
Ne	1054 (0,076)	11147 (0,007)	12201
Ano	326 (0,254)	3313 (0,024)	3639
Celkem Σ	1380	14460	15840

$\chi^2 = 0,361$; $DF = 1$; $p\text{-value} = 0,548 > 0,05$ není žádný významný rozdíl v úrovni znalostí o ATK mezi typy škol

Na základě χ^2 testu lze tvrdit, že neexistuje statisticky významný rozdíl v úrovni znalostí o ATK dle typu školy. (Tabulka č. 52 a graf č. 64)

Graf č. 64: Informovanost dle typu škol



Porovnání úrovně znalostí o ATK dle velikosti města, ve kterém sídlí škola

H₄ - V informovanosti o antikoncepci existují rozdíly dle velikosti města.

Byla porovnávána definovaná škála správných odpovědí (o 30 možných) z otázek, které se týkaly ATK (položky č. 11, 13, 15 a 17) s lokalitou, kde se škola nachází.

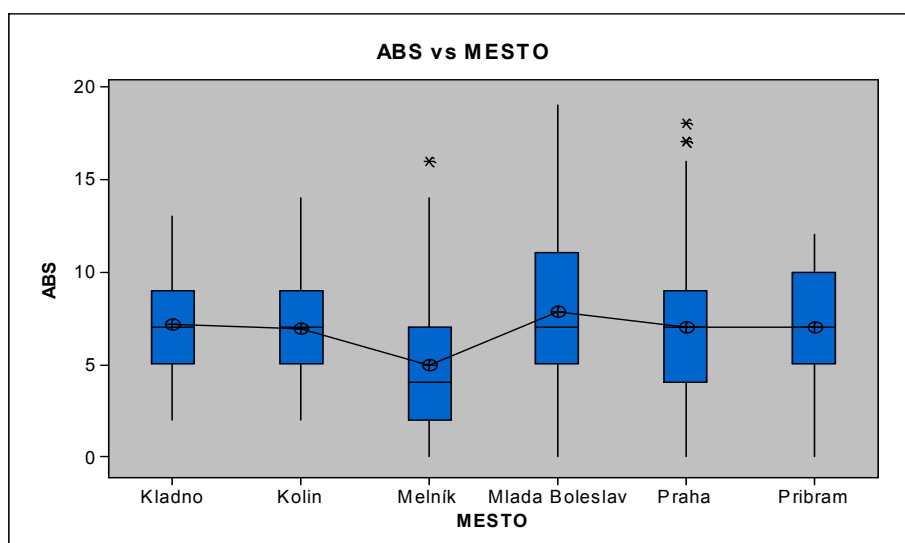
Tabulka č. 53: Informovanost dle lokality, ve které se nachází škola

Dle místa Odpověď	Kladno	Kolín	Mělník	Mladá Boleslav	Praha	Příbram	Celkem Σ
Ne	1303 (0,152)	1361 (0,004)	1602 (10,245)	1661 (2,999)	4734 (0,145)	1540 (0,044)	12201
Ano	407 (0,510)	409 (0,014)	318 (34,350)	589 (10,056)	1446 (0,485)	470 (0,147)	3639
Celkem Σ	1710	1770	1920	2250	6180	2010	15840

$$\chi^2 = 59,150; DF = 5; p\text{-value} = 0,000$$

Z grafu vyplývá, že Mělník je v porovnání s ostatními na nižší úrovni znalostí (z pohledu průměru a mediánu). (Tabulka č. 53 a graf č. 65)

Graf č. 65: Informovanost dle lokality, ve které se nachází škola



Porovnání úrovně znalostí o ATK dle bydliště

Byla porovnávána definovaná škála správných odpovědí (o 30 možných) z otázek, které se týkaly ATK (položky č. 11, 13, 15 a 17) s položkou č. 4.

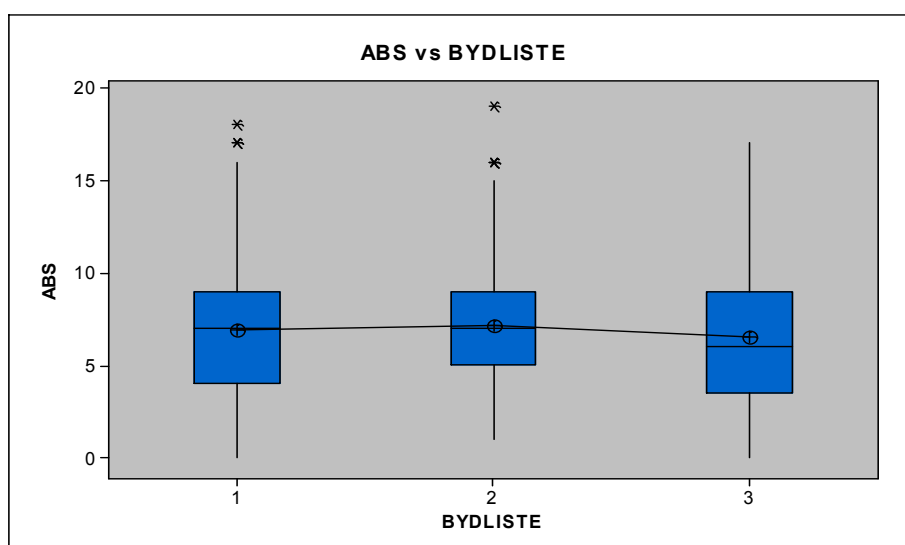
Tabulka č. 54: Informovanost dle místa bydliště

Dle bydliště \ Odpověď	1 - Vesnice mimo Prahu	2 - Město mimo Prahu	3 - Praha	Celkem Σ
Ne	3920 (0,018)	4410 (0,557)	3871 (0,888)	12201
Ano	1180 (0,060)	1380 (1,867)	1079 (2,977)	3639
Celkem Σ	5100	5790	4950	15840

$\chi^2 = 6,367$; DF = 2; p-value = 0,041 < 0,05 významnost rozdílů mezi skupinami je na hraně, lehce ze skupiny vystupuje Praha s menšími průměrnými znalostmi o ATK.

Na základě χ^2 testu lze tvrdit, že neexistuje statisticky významný rozdíl v úrovni znalostí o ATK dle místa bydliště. (Tabulka č. 54 a graf č. 66)

Graf č. 66: Informovanost dle místa bydliště



Porovnávání vlivu staršího sourozence na úroveň znalostí o ATK

H₅ - Rodinné prostředí ovlivňuje informovanost o antikoncepci.

Byla porovnávána definovaná *škála správných odpovědí* (o 30 možných) z otázek, které se týkaly ATK (*položky č. 11, 13, 15 a 17*) s *položkou č. 6*.

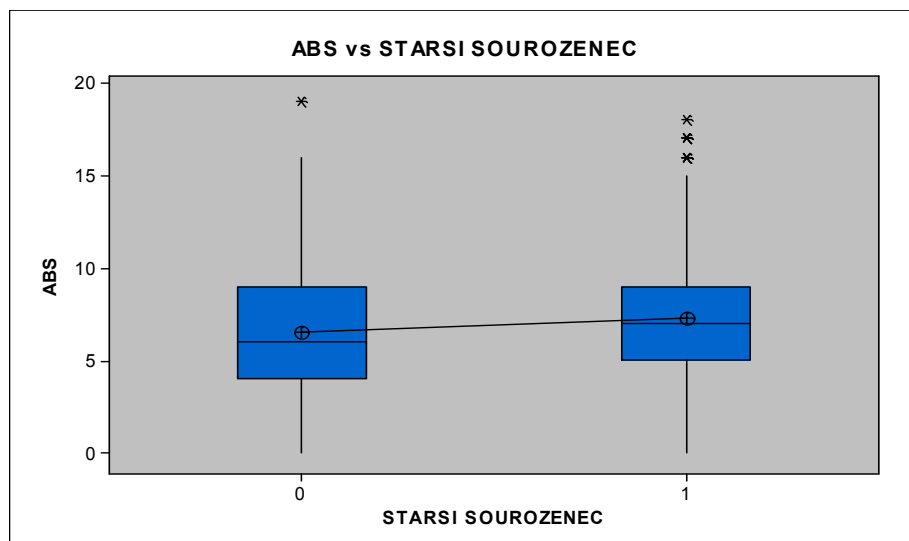
Tabulka č. 55: Vliv staršího sourozence na úroveň znalostí

Sourozenec \ Odpověď	Mladší	Starší	Celkem Σ
Ne	5867 (0,111)	6334 (0,103)	12201
Ano	1783 (0,371)	1856 (0,346)	3639
Celkem Σ	7650	8190	15840

$\chi^2 = 0,931$; DF = 1; p-value = 0,335 > 0,05 tedy není významný rozdíl mezi tím, že je přítomen starší sourozenec.

Na základě χ^2 testu lze tvrdit, že neexistuje statisticky významný rozdíl v úrovni znalostí o ATK a přítomnosti staršího sourozence v rodině. (*Tabulka č. 55 a graf č. 67*)

Graf č. 67: Vliv staršího sourozence na úroveň znalostí



Porovnání vlivu diskuse s rodiči na znalosti o ATK

Byla porovnávána definovaná škála správných odpovědí (o 30 možných) z otázek, které se týkaly ATK (položky č. 11, 13, 15 a 17) s položkou č. 28.

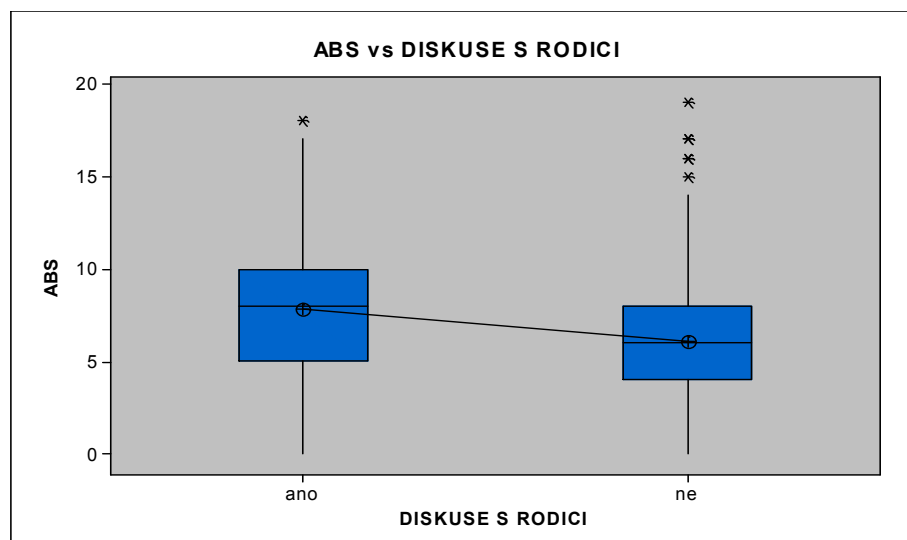
Tabulka č. 56: Vlivem komunikace s rodiči na informovanost

Diskuse \ Odpověď	Ne	Ano	Celkem Σ
Ne	6725 (8,265)	5476 (9,403)	12201
Ano	1705 (27,712)	1934 (31,526)	3639
Celkem Σ	8430	7410	15840

$\chi^2 = 76,906$; DF = 1; p-value = 0,000 < 0,05 statisticky významný rozdíl pro skupinu Ano.

Na základě χ^2 testu lze tvrdit, že existuje statisticky významný rozdíl pro skupinu žáků, kteří diskutují s rodiči. Diskuse s rodiči má vliv na úroveň znalostí ATK. (Tabulka č. 56 a graf č. 68)

Graf č. 68: Vlivem komunikace s rodiči na informovanost



5 Diskuse

Výzkum dotazníkovou metodou se ukázal jako účinný. Množství rozeslaných dotazníků a jejich vysoká návratnost umožnily získat dostatečné množství informací a tím vysokou míru objektivitu zpracovaných výsledků.

Spolupráce s oslovenými školami a respondenty byla, až na výjimečné případy, výborná. Přístup respondentů odpovídal předpokladům.

Pedagogové a vedení škol byli při organizaci výzkumu vstřícní a o danou problematiku projevíli zájem. Někteří dokonce požádali o zprostředkování výsledných zjištění.

Ve výzkumu byly stanoveny a prověřeny tyto hypotézy:

H₁ - *V informovanosti o antikoncepci existují rozdíly dle pohlaví.*

Tato hypotéza byla ověřena (viz. kapitola 4.6). Náš předpoklad vycházel z podstaty problému, o kterém se dá říci, že se větší měrou týká ženské části populace.

H₂ - *V informovanosti o antikoncepci existují rozdíly dle odborného zaměření střední školy (SZŠ, SPŠ, gymnázium).*

Tato hypotéza byla ověřena (viz. kapitola 4.6). Potvrzení této skutečnosti jsme předpokládali a s ohledem na to jsme volili i výzkumný vzorek (odbornost škol). Odborné zaměření školy se opravdu promítá do znalostí žáků – žáci SZŠ měli vyšší znalosti.

H₃ - *V informovanosti o antikoncepci existují rozdíly dle typu střední školy (církevní, necírkevní).*

Tato hypotéza byla zamítnuta (viz. kapitola 4.6). I když jsme si byli vědomi, že situace je dnes zcela jiná než před několika desítkami let, přece jen jsme předpokládali, že by se v této kategorii mohl objevit významný rozdíl. Naše domněnka nebyla pravdivá. Tato kategorie byla zastoupena dvěma školami (SZŠ a gymnázium) a velice nás potěšilo, že se podařilo v tomto prostředí výzkum uskutečnit. Na jedné z těchto škol (na gymnáziu), dokonce byla zorganizována improvizovaná přednáška, kterou si vyžádali sami žáci.

H₄ - V informovanosti o antikoncepci existují rozdíly dle velikosti města.

Tato hypotéza se potvrdila jen částečně (viz. kapitola 4.6). Potvrzovali jsme ji totiž dvěma vztahy: bydlištěm respondenta (tady byla hypotéza *zamítnuta*) a sídlem školy (tady byla *nalezena významná odchylka* ve znalostech pouze v jednom ze středočeských měst - Mělnice). Předpokládali jsme zamítnutí této hypotézy, protože se domníváme, že díky rozvoji novodobých komunikačních technologií jsou rozdíly mezi velkými a malými městy již setřeny. Přístup k informacím je v dnešní době relativně snadný, např. existuje velké množství internetových stránek, které se věnují tematice antikoncepce a sexuální výchovy. Touto problematikou se nejčastěji zabývají odborné společnosti a farmaceutické firmy, které antikoncepci vyrábějí. Řadu informací tak lze získat např. na adresách: www.sex.pramenyzdravi.cz, www.004.cz, www.antikoncepce.cz, www.pfizer.cz, www.antikoncepce.com, www.sexus.cz, www.schering.cz, www.intimlinka.cz, www.rodicovstvo.sk, www.jednoutydne.cz, www.hormonalni-antikoncepce.cz, www.planovanirodiny.cz, www.vseozene.cz. I z reakcí respondentů vyplývalo, že není problém v případě zájmu takovou informaci pomocí počítače najít.

H₅ – Rodinné prostředí ovlivňuje informovanost o antikoncepci.

Tato hypotéza se potvrdila částečně (viz. kapitola 4.6). Opět byla ověřována dvěma vztahy. Prvním vztahem byla přítomnost staršího sourozence v rodině (hypotéza se *nepotvrdila*) a druhým vztahem byla komunikace s rodiči o dané tematice (hypotéza se *potvrdila*).

Závěr

Záměrem této práce bylo zmapovat úroveň znalostí žáků středních škol v oblasti antikoncepce. Tento cíl byl splněn. Na základě zpracování dotazníkového šetření byly získány a zpracovány informace od vzorku 528 respondentů.

Dalším cílem bylo zjistit, zda existují rozdíly v informovanosti dle různých hledisek a ověřit stanovené hypotézy. Výsledky hypotéz byly popsány výše. Vyslovené hypotézy byly ve dvou případech ověřeny, dvě byly potvrzeny pouze částečně a jedna hypotéza byla zamítnuta.

Posledním cílem bylo získat podněty pro efektivnější osvětu. Díky doplňkové anketě bylo zjištěno, že osvěta v oblasti antikoncepce a sexuálního chování probíhá na středních školách sporadicky, i když žáci, sice s rozpaky vlastními tomu věku, projevovali o tato témata zájem. Toto tvrzení lze podpořit faktem, že v průběhu výzkumu došlo ke spontánní přednášce a bylo vzneseno mnoho dotazů k tomuto tématu.

Učivo by mělo být vedle teorie zaměřováno na osvojení komunikačních technik, vhodné argumentace, chování, rozhodování a budování odpovědnosti. Výukové programy by měly být realizovány specifickými didaktickými formami s využitím netradičních metod – práce ve skupinách, didaktické situační hry, peer programy, řízené a spontánní diskuse, videoprogramy, besedy s odborníky, exkurze a jiné (jak již bylo jednou zmíněno). Programy by měly být organizovány v přátelském duchu, laskavou a empatickou formou.

Sexuální výchova by neměla být rozmělněna v mnoha předmětech, jak je tomu dosud na základních školách, ale měla by se stát pevnou součástí jednoho předmětu, a to na základních i středních školách. Ukázalo se, že často dochází k vynechání příslušných témat, a nebo jsou zařazena pouze okrajově, protože se jim učitelé stále vyhýbají. Z průzkumu také vyplynulo, že osvěta na školách, v našem případě na středních školách, není dostatečná. Pomoci by mohlo zavádění nových studijních programů, zaměřených na tuto problematiku, jak se s nimi počítá na několika pedagogických fakultách v ČR.

Na Slovensku byl proveden výzkum, který ukázal potřebu vytvořit vhodné materiály (učebnici). Tento problém se České republiky dle našeho názoru netýká. Při studiu literatury k tématu této diplomové práce bylo zjištěno, že existuje řada publikací, a to nejen v pedagogické literatuře, které se touto problematikou zabývají.

U nás existují a školami jsou sporadicky využívány (jak vyplynulo z doplňující ankety) i programy, jako jsou třeba ACET, nebo S Tebou o Tobě. Tyto programy mají jako součást svého působení osvětu o antikoncepci a sexuálním životě. Například firma Johnson&Johnson vytvořila Výchovně vzdělávací program O dospívání a menstruaci, který distribuuje i s videokazetou zdarma školám, existuje i v multimediální formě webových stránek. Program je koncipován pro výuku sexuální výchovy na ZŠ v 7. až 9. třídě. Skládá se z manuálu pro učitele a barevných předloh pro výrobu fólií, obsahuje i balíček pro dívky. *(Příloha č. 4)*. Novinkou mezi vzdělávacími programy je unikátní multimediální vzdělávací program Sexuální výchova – průvodce obdobím puberty a dospívání (kniha a CD) pro 2. stupeň ZŠ a SŠ. Tento titul, který vydala Grada Publishing, vznikl ve spolupráci s učiteli, lékaři a dalšími odborníky.

Pod záštitou Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu (SPRSV) u nás každý rok probíhá kongres k sexuální výchově. Letošní, již 15. ročník, akreditovaný MŠMT, se bude konat v Pardubicích. SPRSV je také spoluorganizátorem konference O sexualitě a lidských vztazích, která probíhá každé dva roky v květnu v Uherském Hradišti. Jde o konferenci s nejdelší tradicí s touto tematikou ve střední a východní Evropě – první se konala v roce 1983. *(Příloha č. 9)*

O tom, že si tato oblast zaslouží pozornost, svědčí i skutečnost, že se jí zabývá i Evropská unie (EU). Financuje např. Vzdělávací program pro učitele a vychovatele, zaměřený na sexuální problematiku dospívajících, který je u nás v současnosti realizován. Koordinátory projektu, akreditovaného MŠMT, jsou SZŠ a VOŠZ v Liberci. Měl by ovlivnit vědomosti a schopnosti pedagogů, tak aby byli schopni kvalitně vyučovat sexuální výchovu. Studijní program je rozdělen na čtyři odborné moduly, které budou probíhat formou víkendových seminářů od února 2007 do června 2008. *(Příloha č. 7)* Materiálů a školicích akcí je tedy dostatek, nyní zbývá jen se do nich zapojit a využívat je.

Při studiu diplomových prací s příbuznou tematikou jsme původně mínili srovnat vývoj informovanosti po deseti a dvaceti letech. Od tohoto záměru bylo upuštěno, protože při podrobnějším prostudování těchto prací se ukázalo, že témata, tak jak byla zpracovávána, byla odlišná a odlišný byl i výzkumný vzorek

Doporučení, která plynou z této diplomové práce: celoplošná analýza situace; proškolení pedagogů; interaktivní SV s využitím různých typů her, nejlépe

v neformální školní situaci (výlety, lyžařské výcviky); tvorba vhodného a poutavého materiálu k distribuci; SV reagující na charakteristiku mládeže – pohlaví, věk, bydliště, vyznání; vzdělávání celé společnosti – celkové společenské klima.

Jde o téma velmi důležité, ale stále málo mezinárodně či národně programově zajištěné. Doporučená řešení předpokládají partnerství ve všech sektorech a na všech úrovních, organizování mezinárodních konferencí s účastí médií, spolupráci mezi WHO, Evropskou radou, mezinárodními jednotkami učitelů, mezinárodními organizacemi porodních asistentek a zdravotních sester, Mezinárodní asociací lékařů, organizacemi UNESCO, UNICEF (Dětský fond Spojených Národů) a tak dále.

Sexualita je významnou součástí lidského života. Informace o sexualitě a sexu nás obklopují denně. Sexualita je zdrojem silných citových hnutí. Jde o oblast s mnoha předsudky, falešnými představami a mýty. Je důležité, abychom mladým lidem poskytli dostatek validních informací žádoucí přiměřenou formou a nechali jim možnost, aby si utvořili svůj názor a zvolili svou cestu. Vzpomeňme si na sebe v jejich letech, na zmatek, který nás ovládal a na to množství nevyslovených otázek, zodpovídaných až nabytými zkušenostmi. Na zajištění vyšší úrovně informovanosti mládeže o antikoncepci má vliv i veřejná politika, aktivita společnosti, reorientace zdravotních služeb a samotní mladí lidé. Buďme optimisté a věřme, že společnost a kompetentní činitelé si vážnost situace uvědomí a pro její zlepšení podniknou ty správné kroky.

Seznam literatury

1. *Antikoncepční metody*. [28. 10. 2006 23:30] Dostupné na WWW: <<http://www.pfizer.cz/showdoc.do?docid=1117>>.
2. BARTÁK, A. *Antikoncepce*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1351-9.
3. BÁRTLOVÁ, S.; SADÍLEK, P.; TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: NCONZO, 2005. ISBN 80-7013-416-X.
4. BÁRTLOVÁ, S.; HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu*. Zjišťování spokojenosti pacientů. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-311-2.
5. CIBULA, D. Kombinovaná hormonální antikoncepce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s. 136 - 151. ISSN 1211-1058.
6. CIBULA, D. aj. *Základy gynekologické endokrinologie*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0236-3.
7. CITTERBART, K. aj. *Gynekologie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-094-0.
8. ČEPICKÝ, P. *Antikoncepce*. [10. 9. 2006 15:37] Dostupné na WWW: <<http://www.antikoncepce.cz/inclpg.php?page=1-10>>.
9. ČEPICKÝ, P. *Antikoncepce*. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 13, č. 4, prosinec 2004, s. 585 - 643. LEVRET s. r. o. ISSN 1211-1058.
10. ČEPICKÝ, P. aj. Doporučení k předpisu kombinované perorální kontracepce (COC). *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s. 204 - 208. ISSN 1211-1058.
11. ČEPICKÝ, P. aj. Doporučení k předpisu gestagenní kontracepce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s. 209 – 212. ISSN 1211-1058.
12. ČEPICKÝ, P. aj. Doporučení k předpisu nitroděložní kontracepce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s. 213-216. LEVRET s. r. o. ISSN 1211-1058.
13. ČEPICKÝ, P. aj. Doporučení k předpisu postkoitální kontracepce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s. 217 - 219. ISSN 1211-1058.
14. ČEPICKÝ, P. Doporučení WHO k užívání kombinované hormonální antikoncepce 2004. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 14, č. 1, supplementum, březen 2005, s. 11 - 26. ISSN 1211-1058.

15. ČEPICKÝ, P.; LÍBALOVÁ, Z. Chyby v předpisu antikoncepce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 14, č. 4, prosinec 2005, s. 547 - 556. ISSN 1211-1058.
16. ČEPICKÝ, P. *Nitroděložní a gestagenní antikoncepce*. Moderní babičství I, s. 3 - 5. Praha: LEVRET s. r. o., 2003. ISBN 80-903183-5-5.
17. ČEPICKÝ, P.; LÍBALOVÁ, Z. Postoje žen ke kombinované orální kontracepci. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 12, č. 1, supplementum B, březen 2003, s. 191 - 208. ISSN 1214-2093.
18. ČEPICKÝ, P. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. Praha: LEVRET s. r. o., 2002. ISBN 80-903183-0-4.
19. *Deti majú právo baviť sa o sexe*. [6. 1. 2007 15:36] Dostupné na WWW: <http://www.rodicovstvo.sk/sme_sexedu_1.htm>.
20. DONÁT, J.; DONÁTOVÁ, N. *Důvěrně a otevřeně o sexualitě. Sexuální výchova pro základní školy a pro nižší ročníky víceletých gymnázií*. Praha: Fortuna, 2007. ISBN 978-80-7168-990-4.
21. FAIT, T. Účelná antikoncepce. *Medinews*, roč. 3, č. 1, 2004, s. 12 - 14. ISSN 1213-9866.
22. FAIT, T.; NOUZOVÁ, K.; SÝKOROVÁ, P. aj. Přínosy a rizika moderní kombinované antikoncepce. *Časopis lékařů českých*, roč. 144, č. 4, 2005, s. 238 - 244. ISSN 0008-7335.
23. FAIT, T., SOSNA, O. Umělé ukončení těhotenství v prvním trimestru. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s.181 - 185. ISSN 1211-1058.
24. FANTA, M. Postkoitální antikoncepce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s. 178 - 180. ISSN 1211-1058.
25. FONTANA, D. *Psychologie ve školní praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-626-8.
26. HAMANOVÁ, J. a kol. *Na cestě k dospělosti aneb Na co se nejčastěji ptáte (pro 11 – 15leté)*. Praha: SZÚ, 2003. ISBN 80-7071-232-5.
27. HAŠKOVCOVÁ, H. Etická problematika interrupcí. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s. 200 - 203. ISSN 1211-1058.
28. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002, s. 113 - 120. ISBN 80-7262-132-7.
29. HOLOUŠOVÁ, D.; KROBOTOVÁ, M. *Diplomové a závěrečné práce*. Pedagogická fakulta Olomouc: UP, 2002. ISBN 80-244-0458-3.

30. *Improving the accessibility of health services that meet the sexual and reproductive health needs of adolescents in schools*. Geneva: WHO Regional Office for Europe, 2000. ISBN neuvedeno.
31. JACHANOVÁ DOLEŽELOVÁ, A. *Sexuální výchova prevence interrupcí, AIDS a cesta k odpovědnému partnerství a rodičovství*. Infobalíček. Praha: Gender Studies, o. p. s., 2006, s. 3. [27. 12. 2006 22:30] Dostupné na WWW: <<http://www.genderstudies.cz>>.
32. JANIŠ, K. *Sexuální výchova a škola*. [10. 10. 2006 23:16] Dostupné na WWW: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006062709>>.
33. JANIŠ, K.; TÄUBNER, V. *Didaktika sexuální výchovy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 1999. ISBN 80-7041-902-4.
34. JANKŮ, P. IUD – intrauterinní kontracepce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s. 160-165. ISSN 1211-1058.
35. JOYEUX, H. *Jsme zamilovaní. Sexuální výchova od 15-20 let*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-005-7.
36. KOLEKTIV AUTORŮ *HELGA aneb učitelům do kapsy*. Praha: Nakladatelství R3, 1992. ISBN 80-85364-26-3.
37. KORYNTOVÁ, D. Gestagení kontracepce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s. 152-159. ISSN 1211-1058.
38. KOVÁŘ, P. *Antikoncepce*. [10. 10. 2006 23:14] Dostupné na WWW: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006062703>>.
39. KOVÁŘ, P. *Sexuální výchova a náboženství*. [10. 10. 2006 23:16] Dostupné na WWW: <<http://www.planovanirodiny.cz/search.php>>.
40. KUČERA, E. Sterilizace ženy a muže – indikace, technika, komplikace. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s. 173 - 177. LEVRET s. r. o. ISSN 1211-1058.
41. KUŽELOVÁ, M. *Co by měla sestra vědět o antikoncepci*. Praha: LEVRET s. r. o., 2005. ISBN 80-903183-7-1.
42. Kvalifikační studium – specializační [24. 10. 2006 17:55] Dostupné na WWW: <<http://www.pedf.cuni.cz/uprps/katalog/spec.htm#ssvp>>.
43. *LEMON 4 Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Brno: IDVPZ, 1997. ISBN 80-7013-248-5.
44. LÍBALOVÁ, Z. Kontracepce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 12, č. 3, září 2003. ISSN 1211-1058.

45. LUKŠÍK, I.; LUKŠÍKOVÁ, E. *Poznanie žiakov a učiteľov v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia: kvalitatívna analýza*. [6. 1. 2007 15:38] Dostupné na WWW: <http://www.rodicovstvo.sk/sexedu_prieskum_kvalita.htm>.
46. LUKŠÍK, I.; LUKŠÍKOVÁ, E. *Poznanie žiakov a učiteľov v oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia a práv: kvantitatívna analýza*. [6. 1. 2007 15:40] Dostupné na WWW: <http://www.rodicovstvo.sk/sexedu_prieskum_kvantita.htm>.
47. MACKŮ, J.; BENDL, J. *Gynekologie pro posluchače stomatologického směru*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-167-6.
48. MANSBACH, J., M.; EMANS, S., J. Praktické rady pro předepisování hormonální antikoncepce mladistvím. *Gynekologie po promoci*, roč. II, č. 4, 2002, s. 25 - 32. ISSN 1213-2578.
49. *Metódy plánovania rodičovstva*. [6. 1. 2007 16:32] Dostupné na WWW: <<http://www.rodicovstvo.sk/8metod.htm>>.
50. MOJŽÍŠ, L., SOBOTA, J. *Základy rodinné výchovy: pomocný pracovní text pro odborná učiliště a praktické školy*. Praha: Septima s. r. o., 2002. ISBN 80-7216-150-4.
51. MUŽÍK, V.; MUŽÍKOVÁ, L. Aktuální stav výchovy ke zdraví v přípravě učitelů. In *Fórum výchovy ke zdraví*. Praha: MŠMT, 2004, s. 21 – 22. ISBN 80-903439-3-7.
52. MYSLIVCOVÁ, N. *Sníží-li zákon věk pro sex, usnadní to psaní antikoncepce*. [8. 9. 2006 22:30] Dostupné na WWW: <<http://www.sex.pramenyzdravi.cz/sex/snizi-li-zakon-vek-pro-sex-us/700>>.
53. *Odborné články o antikoncepci*. [28. 10. 2006 10:29] Dostupné na WWW: <<http://www.jednoutyden.cz/odborne-clanky-o-antikoncepci.html>>.
54. PÁL, A. *Manuál sexuální výchovy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 1995. ISBN 80-85867-50-8.
55. PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-569-8.
56. PETROVIČOVÁ, J.; ŽIRKOVIČ, D., V. *Co mám vědět o sexu: po pravdě a bez ostychu*. Havlíčkův Brod: Fragment, 2003. ISBN 80-253-0042-0.
57. *Pilot approaches in adolescent reproductive health: report on a WHO meeting*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000. ISBN neuvedeno.
58. PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, J. *Pohlavní život, neboli, Odpovědi na otázky, které si kladeš*. Košice: Slovart, 2005. ISBN 80-729-09-702-4.

59. PRESL, J. aj. *Kontracepce*. Praha: Galén, 1993. ISBN 80-85824-01-9.
60. PROVAZNÍK, K. *Manuál prevence v lékařské praxi. VI. Prevence poruch zdraví dětí a mládeže*. Praha: Státní zdravotní ústav, Nakladatelství FORTUNA, 1998. ISBN 80-7071-108-6.
61. *Research on reproductive health at WHO: pushing the frontiers at knowledge*. Geneva: WHO, 2004. ISBN 92-4-156274-9.
62. RIMSZA, M., E. Poučení dospívajících o antikoncepci. *Pediatric po promoci*, ukázkové číslo, roč. 1, č. 1, 2004, s. 4 - 11. ISSN 1214-6773.
63. SEIDLOVÁ, D. *Kontracepce pro praxi*. Praha: MAXDORF, 1997. ISBN 80-85800-39-X.
64. SIELERT, U. *Sexuální výchova: Kniha netradičních metod výuky*. Praha: Trizonia, 1994. ISBN 80-85573-36-9.
65. SKALKOVÁ, J. *Obecná didaktika*. Praha: ISV, 1999. ISBN 80-85866-33-1.
66. *Soubor pedagogicko-organizačních informací pro mateřské školy, základní školy, střední školy, konzervatoře, vyšší odborné školy, základní umělecké školy, jazykové školy s právem státní jazykové zkoušky a školská zařízení na školní rok 2006/2007*, s. 14, 27. Č. j.: 2562/2006-20.
67. STOLÍNOVÁ, J. Právní aspekty antikoncepce, sterilizace, interrupce. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s. 193 - 199. ISSN 1211-1058.
68. ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0291-6.
69. Školní pedagogicko-psychologické služby. [3. 12. 2006 17:50] Dostupné na WWW: <<http://www.skolni-pp-sluzby.wz.cz/index.php?id=1>>.
70. ŠVECOVÁ, M. *UPT ano či ne*. Diplomová práce, FF UK v Praze, 1997.
71. TÄUBNER, V. *Metodika sexuální výchovy pro učitele, vychovatele, rodiče a studenty učitelství*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1996. ISBN 80-7071-029-2.
72. *Učitelky, ktoré sexuálnu výchovu neberú za trest*. [6. 1. 2007 15:37] Dostupné na WWW: <http://www.rodicovstvo.sk/sme_sexedu_2.htm>.
73. UNZEITIG, V. Antikoncepce a sexuálně přenosná onemocnění. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, červen 2001, s. 166 - 172. ISSN 1211-1058.
74. UZEL, R. *Antikoncepce*. [10. 10. 2006 23:10] Dostupné na WWW: <<http://www.planovanirodiny.cz/clanky/antikoncepce>>.

75. UZEL, R. Antikoncepce a potraty v ČR. *Moderní gynekologie a porodnictví*, vol. 10, č. 2, 2001, s. 132 - 135. ISSN 1211-1058.
76. UZEL, R. Moderní antikoncepce a její současné trendy. In *Fórum výchovy ke zdraví*. Praha: MŠMT, 2004, s. 55 - 58. ISBN 80-903439-3-7.
77. VALIŠOVÁ, A. a kol. *Autorita ve výchově*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-857-3.
78. VANŽUROVÁ, Y. *Názory studentek SZŠ na plánované rodičovství*. Diplomová práce, FF UK v Praze, 1988.
79. *Vybíráme střední školu pro školní rok 2007-08 - SET 2007. I. Praha a Středočeský kraj*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, Nakladatelství TAURIS, 2006. ISBN 80-211-0512-7.
80. *Vzdělávací program Základní škola. (Aktualizace k 1. září 2006.) Kompletní materiál se všemi doplňky a úpravami*. Schválilo MŠMT dne 30. 4. 1996 pod čj. 16847/96 – 2 s platností od 1. 9. 1996. [27. 12. 2006 22:30] Dostupné na WWW: <http://www.msmt.cz/_DOMEK/default.asp?ARI=104044&cai=2701>.
81. WASSERBAUER, S. a kol. *Výchova ke zdraví pro vyšší zdravotnické školy a střední školy*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2000. ISBN 80-7071-145-0.
82. WEISS, P.; ZVĚŘINA, J. Antikoncepční chování obyvatel ČR. *Diagnóza*, roč. IV., č. 8, 2001, s. 5 - 7. ISSN 1212-3595.
83. WEISS, P.; ZVĚŘINA, J. Postoje k umělému přerušení těhotenství. *Diagnóza*, roč. IV., č. 8, 2001, s. 10. ISSN 1212-3595.
84. *WHO updates medical eligibility criteria for contraceptives*. Baltimore: INFO Project at the John Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2004. ISBN neuvedeno.
85. WILSON, K.; BUTTERWORTH, T. *Základy výzkumu v ošetrovatelství a v porodní asistenci*. Praha: Česká asociace sester, 2002. ISBN 92-890-1181-5.

Seznam zkratek

ABS – absolutní četnost

ACET – AIDS, Care (péče), Education (vzdělávání), Training (vyučování)

AIDS – syndrom získané imunodeficiency (acquired immunodeficiency syndrome)

ATK - antikoncepce

COC – kombinovaná perorální kontracepce (combined oral contraception)

ČGPS – Česká gynekologicko porodnická společnost

ČŠI – Česká školní inspekce

DANA – Dobrá A Neškodná Antikoncepce

DF – stupeň volnosti dle postavení dat

EE – Etinylestradiol

EU – Evropská unie

FSH – folikulostimulační hormon

G - gymnázium

H - hypotéza

HIV – virus lidské imunitní nedostatečnosti (human immunodeficiency virus)

HPV – lidský papillomavirus (human papilloma virus)

ICHS – ischemická choroba srdeční

IPPF – Mezinárodní federace pro plánované rodičovství

IUD – nitroděložní tělísko s mědí (intra uterine device)

LH – luteinizační hormon

LNG-IUS – nitroděložní tělísko s progestinem (levo nor gestrel – intra uterine system)

MC – menstruační cyklus

MPP – Minimální preventivní program

MŠMT ČR – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

MZ ČSR – Ministerstvo zdravotnictví České socialistické republiky

NES – norethisteron acetát

OSN – Organizace spojených národů

P - SPŠ

PID – pánevní zánětlivá onemocnění (pelvic inflammatory disease)

RVP ZV – Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělání
UK – Univerzita Karlova
UNESCO – Organizace OSN pro výchovu, vědu a kulturu (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)
UNICEF – Dětský fond Organizace spojených národů
SPOI – Soubor pedagogicko-organizačních informací pro mateřské školy, základní školy, střední školy, konzervatoře, vyšší odborné školy, základní umělecké školy, jazykové školy s právem státní jazykové zkoušky a školská zařízení
SPRSV – Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu
SPŠ – Střední průmyslová škola
SŠ – střední škola
SV – Sexuální výchova
Z - SZŠ
SZŠ – Střední zdravotnická škola
SZÚ – Státní zdravotní ústav
STD – sexually transmitted diseases (sexuálně přenosné choroby)
ŠPZ – Škola podporující zdraví
TEN – tromboembolická nemoc
TK – tlak krve
VOŠZ – Vyšší odborná škola zdravotnická
vs - versus
VÚP – Výzkumný ústav pedagogický
WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZŠ – základní škola

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Dotazník

Příloha č. 2 - Anketa

Příloha č. 3 - Seznam škol

**Příloha č. 4 - Výchovně vzdělávací program Johnson&Johnson
O dospívání a menstruaci**

Příloha č. 5 - Tabulkový přehled antikoncepce

Příloha č. 6 - Jak správně aplikovat antikoncepční náplast

**Příloha č. 7 - Projekt: Vzdělávací program pro učitele a vychovatele zaměřený
na sexuální problematiku dospívajících**

Příloha č. 8 - 10 nejčastějších pověr o antikoncepčních pilulkách (COC)

**Příloha č. 9 – Informace o konání 15. kongresu k sexuální výchově
v Pardubicích**