

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Znalost a využití antikoncepčních metod vybraných studentek Pedagogické  
fakulty Univerzity Karlovy

Knowledge of women's contraceptive methods and its use of selected students  
at Faculty of Education at Charles University

Jana Ducháčová

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslava Hanušová, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Biologie, geologie a environmentalistika se zaměřením na  
vzdělávání – Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

2020

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Znalost a využití antikoncepčních metod vybraných studentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy potvrzují, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzují, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 22. července 2020

Moc děkuji PhDr. Jaroslavě Hanušové, Ph.D. za její odborné vedení mé bakalářské práce. Děkuji za její čas, který věnovala kontrole, radám a připomínkám, ale také za její vždy vstřícný přístup a ochotu. Dále děkuji rodině a příteli za především psychickou podporu. Velké díky patří také respondentkám, které ochotně vyplnily dotazník, který sloužil k výzkumnému šetření v praktické části mé bakalářské práce.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce Znalost a využití antikoncepčních metod vybraných studentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy se zaměřuje na antikoncepční metody a přípravky, které jsou ženám dostupné. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. V teoretické části je shrnuta historie a vývoj antikoncepce, vysvětlen menstruační a ovulační cyklus ženy a rozdělena kontracepce podle mechanismu účinku a dalších významných hledisek. Jednotlivé antikoncepční metody a preparáty jsou podrobně popsány. U každého způsobu ochrany je určena spolehlivost a zmíněny výhody, nevýhody či nežádoucí účinky. V praktické části jsou vyhodnoceny výsledky dotazníkového šetření, kterého se účastnily vybrané studentky Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. První část dotazníku je zaměřena na osobní charakteristiku a způsob sexuálního života. Druhá polovina zkoumá míru znalostí související s ochranou před neplánovaným těhotenstvím, zastoupení jednotlivých preferovaných technik a také vliv při výběru dané metody. Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda se ženy, konkrétně tedy studentky Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy, orientují v oblasti prevence před nechtěnou graviditou a jakou metodu k tomu využívají. Výsledky mé práce potvrdily méně než poloviční znalost antikoncepčních metod, jelikož celkový průměr správných odpovědí respondentek v dotazníkovém šetření činí 37,0 %. Respondentkám, kterým vyhovují nejznámější formy antikoncepce jako jsou hormonální pilulky či mužský prezervativ, nehledají další možné alternativy, a tudíž nemají tak rozsáhlý přehled. Práce je určena pro všechny, kteří mají zájem se informovat o možnostech ochrany při sexuálním styku.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

bariérová antikoncepce, hormonální antikoncepce, chemická antikoncepce, menstruační cyklus, přirozená antikoncepce

## **ABSTRACT**

The bachelor's thesis Knowledge of women's contraceptive methods and its use of selected students at Faculty of Education at Charles University focuses on the contraceptive methods and products available for women. The study includes a theoretical component as well as a practical one. The theoretical component explores a brief history and the development of various contraceptives along with an explanation of women's menstrual and ovulation cycle. It also divides the various contraceptives based on effectiveness and other significant distinguishing aspects. All contraceptive methods and its products are described in-depth. Each contraceptive is assessed for its effectiveness, advantages, disadvantages and side effects. The practical component evaluates a research survey conducted on students enrolled in the Faculty of Education at Charles University. The first set of questions established the respondents' personal and sexual life. The second asked for their knowledge of contraceptives in preventing unintended pregnancy, their awareness as to the diverse range of potential methods, and outer impact when selecting one. The main aim of this study was to discern whether female students within the Faculty of Education at Charles University are well-informed on the contraceptive methods available for preventing unplanned pregnancy, and which method they prefer. The results indicate that the respondents were aware of less than half of possible contraceptive methods, the average rate of correct answers was 37,0 %. Female respondents who are comfortable with using the most common forms of contraceptives, such as hormonal contraception or male condoms, do not tend to try any alternatives and therefore have particularly limited knowledge. This study is applicable for anyone who is interested in gaining information on the protective methods available during sexual intercourse.

## **KEYWORDS**

barrier contraception, hormonal contraception, chemical contraception, menstrual cycle, natural contraception

## Obsah

Úvod .....	6
1 Teoretická část .....	8
1.1 Pohlavní soustava ženy .....	8
1.1.1 Menstruační a ovulační cyklus .....	9
1.2 Základní pojmy antikoncepce .....	11
1.2.1 Spolehlivost antikoncepce .....	12
1.3 Stručný přehled historických antikoncepčních metod .....	13
1.4 Rozdělení antikoncepčních metod .....	14
1.4.1 Hormonální antikoncepce .....	14
1.4.2 Nehormonální antikoncepce .....	19
1.4.3 Chirurgická antikoncepce .....	28
1.4.4 Postkoitální antikoncepce .....	29
1.5 Vedlejší účinky antikoncepce .....	30
2 Praktická část .....	31
2.1 Cíle a výzkumné otázky .....	31
2.2 Metodika práce .....	32
2.2.1 Organizace výzkumu .....	32
2.2.2 Cílová skupina .....	32
2.3 Vyhodnocení a komparace dat .....	32
2.4 Diskuze a doporučení pro praxi .....	61
Závěr .....	73
Seznam použitých informačních zdrojů .....	75
Seznam tabulek .....	76
Seznam příloh .....	78

## Úvod

Téma mé bakalářské práce Znalost a využití antikoncepčních metod vybraných studentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy mi přijde velmi důležité a aktuální. Je potřeba se v této sféře neustále vzdělávat, jelikož jsou dostupné stále nové poznatky a zdokonalení. Já jako budoucí pedagog budu moci přispět ke znalostem v oblasti antikoncepce ve věku žáků, kdy je informovanost nejdůležitější, protože se sexuálním životem teprve začínají. Volba správné antikoncepční metody může vést ke kvalitnějšímu způsobu pohlavního žití bez obav z případného nechtěného či neplánovaného rodičovství. Vypracováním této práce bych chtěla dosáhnout většího přehledu všech dostupných antikoncepčních metod, zejména u mladých dívek. Dále bych chtěla ženám představit pomůcky či přípravky, které dosud neznaly a vést je k zamyšlení, zda se v milostném životě chovají zodpovědně. Bakalářská práce je určena čtenářkám i čtenářům, kteří hledají informace o antikoncepci, případně jim může pomoci v rozhodování při výběru nejvhodnější metody.

Antikoncepce neboli kontracepce je jakákoliv metoda, která chrání ženu před otěhotněním. Správná volba antikoncepční metody zabraňuje nechtěnému početí a předchází tak plánovanému přerušování těhotenství. V současné době je na trhu velký výběr pomůcek a přípravků. Dívky i ženy se mohou o antikoncepčních preparátech dozvědět od svého lékaře, rodinných příslušníků, kamarádek, ale také skrz reklamy, které jsou hodně ovlivnitelné. Při rozhodování je důležité vědět o všech rizicích, výhodách a nevýhodách dané metody. Velký důraz by měl být kladen na zdravotní stav ženy. Volba kojící matky se bude lišit od dívky, která má diagnostikovanou poruchu srážlivosti krve. Způsob ochrany, který bude ženě stoprocentně vyhovovat může být až několikátým pokusem a také preference se mohou v průběhu života měnit.

Hlavním cílem bakalářské práce v teoretické části je sepsat základní informace o všech dostupných antikoncepčních metodách a v praktické části zjistit znalost antikoncepčních metod u vybraných respondentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. První dílčí cíl výzkumu se zaměřuje na procentuální zastoupení jednotlivých metod a zjišťuje jaká metoda je u vybraných studentek nejvíce využívána. Další dva dílčí cíle zkoumají, jestli se na výběru antikoncepce podílí i partner a zdali mají studentky přírodovědných oborů na Pedagogické fakultě větší přehled v oblasti antikoncepce než ostatní studentky jiných oborů.

Z připraveného dotazníkové šetření, kterého se účastnily studentky v letním semestru výuky, jsou všechny cíle vyhodnoceny. Na základě odpovědí dotazovaných respondentek jsou také zpracovány všechny informace, které jsou dále využity k porovnávání dat. Další část tvoří diskuze, ve které jsou potvrzeny či vyvráceny mé předpoklady. Bakalářskou práci završuje doporučení pro praxi, ve kterém je návrh pro zlepšení znalostí antikoncepčních metod.

# 1 Teoretická část

Teoretická část mé bakalářské práce se věnuje antikoncepci, ale také příbuzným tématům s ní spojené.

## 1.1 Pohlavní soustava ženy

K pochopení základního principu antikoncepce je potřeba znát řádně své tělo. V dnešní době se pořád najdou jedinci, kteří intimní témata nepovažují za vhodné, a naopak je zcela vylučují z běžné konverzace. Je důležité se v tomto směru vzdělávat. Větší informovanost a pochopení vede ke kvalitnějšímu životnímu stylu.

Pohlavní orgány u žen jsou velmi složité. Hlavní roli má vznik zárodečných buněk, které jsou nutnou součástí při rozmnožování. Pokud nastane oplození, je ženské tělo připraveno na vývin zárodku a vývoj nového jedince. Nakonec je žena připravena na poslední složitý proces, a to porod (Uzel, Kovář, 2010).

Pohlavní ústrojí ženy začíná zevními rodidly, mezi které patří stydký pahorek, velké stydké pysky a poštváček a malé stydké pysky. Zevní rodidla dále pokračují poševním vchodem do pochvy, odborně zvané vaginy. Vagina je velice pružná trubice, která se dokáže přizpůsobit velikosti penisu a zejména při porodu novorozence. Vnitřní sliznice je velmi odolná a vyskytuje se v ní spousta bakterií, které ženu chrání před jinými patogenními bakteriemi. Cesta dále pokračuje do dělohy přes děložní čípek. Na vrcholu děložního čípku se nachází děložní hrdlo, které je vyplněno hlenovou zátkou. Hlenová zátka se rozpouští pouze na několik dní během ženského cyklu a děložní hrdlo se otevře pro vstup mužských spermií. Děloha je tvořena svalovinou a je přibližně 8 centimetrů dlouhá. Při těhotenství se dokáže zvětšit až tisíckrát. Děložní sliznice je dále napojena na oba vejcovody, které spojují dělohu s vaječníky. Vejcovody jsou tenké trubičky, které jsou nepravidelně zakroucené. Jsou dlouhé v rozmezí 10 až 15 centimetrů. Ukončeny jsou výběžky, které jsou v těsné blízkosti vaječnicků. Výběžky dokáží zachycovat uvolněné vajíčko, které následně vtáhnou do vejcovodu. Stahy stěn vejcovodu způsobí posun vajíčka do dělohy. Ve vejcovodu probíhá oplození mužskými spermii. Nejdůležitější složkou ženských pohlavních orgánů jsou již zmíněné vaječníky. Odborný název představují ovaria. Vaječníky jsou malé útvary, tvarem připomínající švestku. Leží v dolní části dutiny břišní. Zásobují vajíčka, vytváří ženské

pohlavní hormony a ve správnou chvíli spolupracují s uzráním vajíčka a menstruačním cyklem. Vajíčko je ženská zárodečná buňka, která se po setkání se spermií oplodní a zůstává v těle ženy. V případě, že oplození nenastane, buňka zanikne. Vajíčka se vytvoří před narozením ženy. Po narození a v průběhu reprodukčního období počet vajíček klesá (Barták, 2006; Uzel, Kovář, 2010).

Jak již bylo zmíněno, důležitou roli v ženském organismu představují vaječníky, které ovlivňují menstruační a ovulační cyklus. Cykly jsou velmi důležité a ženu provádí celým reprodukčním obdobím života.

### **1.1.1 Menstruační a ovulační cyklus**

Menstruační cyklus se vyznačuje opakujícím se krvácením v reprodukčním období ženy a je výsledkem hypotalamo-hypofyzo-ovariální osy. První menstruace se objevuje u dívek přibližně ve 13 letech a nazývá se menarche. Kolem 45.-55. roku věku přechází ženy do období menopauzy. Tato fáze života se vyznačuje postupným ztrácením menstruace až jejím úplným vymizením. Ženy v klimakterickém období mohou mít cirkulační, termoregulační nebo jiné obtíže spojené s metabolickými poruchami. Ve většině případů žena díky krvácení pozná, že během cyklu neotěhotněla. Hladiny hormonů periodicky podléhají změnám. V první polovině mají převahu estrogeny, ve druhé polovině progesteron (Křepelka 2013; Rokyta 2015).

Cykly ženy se vypočítává od prvního dne menstruačního krvácení k dalšímu prvnímu dni následujícího krvácení. Ideální délka cyklu trvá 28 dní. Každé ženské tělo je odlišné, proto je akceptováno rozmezí 24 až 35 dní. Průměrná doba krvácení se pohybuje okolo 3 až 5 dní (Uzel, Kovář, 2010; Rokyta, 2015).

#### **Průběh menstruačního cyklu**

Menstruační cyklus ženy se rozděluje do čtyř fází – menstruační, proliferační, sekreční a ischemická.

Úkolem menstruačního cyklu je připravit děložní sliznici na oplozené vajíčko. Pokud oplození nenastane, vrstva na povrchu sliznice se začne odlupovat a spolu s krví odejde vaginou. Menstruační fáze trvá přibližně 5 dní (Machová, 2016).

Následuje stadium proliferační neboli růstové. Období trvá přibližně týden a počítá se mezi 5.-12. dnem cyklu. V tomto čase vyrůstá nová děložní sliznice, která je silná a dobře vyživená. Sliznice roste na základě působení estrogenů. Také se obnovují poničené žlázy, které se potrhaly při odloučení sliznice v předchozí fázi (Dylevský, 2000; Machová, 2016).

Třetí fáze nazývaná sekreční je ovlivněna především progesteronem, který se vytváří ve žlutém tělísku. Období začíná 12. dnem a končí 27. dnem celého cyklu. Sliznice se pořád ztlušťuje a dosahuje rozměru až 5 milimetrů. Také se prodlužují žlázy, které produkují velké množství sekretu. Pokud u ženy dojde k oplození, je děložní sliznice připravena přijmout zárodek a zajistit mu výživu. V případě, že oplodnění nenastane, žluté tělísko zanikne a klesne produkce progesteronu. Mezi 24.-27. dnem se sliznice začne opět rozpadat (Dylevský, 2000; Machová, 2016).

Ischemická fáze trvá pouhých 24 hodin. Přichází těsně před krvácením. Díky poklesu progesteronu a uvolnění oxytocinu se na několik hodin stáhnou cévy, které po celou dobu zásobují sliznici. Nedostatek kyslíku způsobí celkový rozpad děložní sliznice. Poté se sevřené cévy povolí. Přitékající krev do narušené děložní sliznice vyplaví všechny odumřelé vrstvy a znovu začíná nový cyklus (Dylevský, 2000).

## **Ovulace**

Ovulace je proces, při kterém na základě hormonálních změn dochází k uvolnění vajíčka a v této době může dojít ke splnutí pohlavních buněk obou pohlaví. V určité fázi celého cyklu ženy zrají ve vaječniku vajíčka, dozraje však zpravidla pouze jen jedno. Vajíčko vyrůstá v měchýřku, který je vyplněn tekutinou. Když měchýřek neboli folikul praskne, nastává ovulace. Tekutina se vyplaví do dutiny břišní a z folikulu vznikne žluté tělísko. Pokud nedojde k oplození, žluté tělísko zanikne, poklesne hladina hormonů a nastane menstruační krvácení. V případě, že žena otěhotní, žluté tělísko nezaniká, ale roste a napomáhá udržet plod v děloze. Plod chrání do čtvrtého měsíce těhotenství, poté úkol přebírají hormony tvořené placentou. Vajíčko se dostane na místo určení pomocí fimbrií na vejcovodu, které si ho zachytí (Barták, 2006; Uzel, Kovář, 2010).

Vajíčko žije chvíli. Schopnost oplodnění trvá pouze 24 hodin, někdy i méně. Výhodou je životnost spermií, které přežívají až 7 dní, takže mohou ve vejcovodu na vajíčko počkat.

Ke splnutí vajíčka a spermií lze tedy jen během několika málo dní z celého cyklu, a to v den ovulace a 4-5 dnů předtím (Uzel, Kovář, 2010).

## **1.2 Základní pojmy antikoncepce**

Antikoncepce, nazývaná také slovem kontracepce, je odborný výraz pro všechny metody ochrany před otěhotněním. V současné době si partneři mohou vybrat z mnoha způsobů ochrany. Ochranných metod je celá řada, od přirozených, přes bariérové až po hormonální. Zároveň je antikoncepce chápána jako primární prevence před neplánovaným či zcela nechtěným početím. Úsilí o zamezení nechtěného těhotenství se datuje od doby, kdy se vyvinulo lidstvo samo. Souvisí také s rozdílem sexuality zvířat a lidí. Zatímco zvířata mají cílený pohlavní styk za účelem reprodukce, lidé vnímají tento akt jako součást partnerských vztahů, zábavy či ve službách obchodu. Přístupnost k spolehlivé antikoncepci je dána vyspělostí každé společnosti a její používání životním stylem jednotlivce (Čepický, Fanta, 2011; Fait, 2018).

Mezi antikoncepci nepatří metoda umělého přerušení těhotenství neboli interrupce. Využívá se po selhání některých z antikoncepčních metod nebo z důvodu zanedbání ochrany partnerů. Přesněji se mezi kontracepci neřadí ani intercepce neboli postkoitální antikoncepce, avšak je třeba se o ní zmínit. Tato metoda se používá pro zamezení početí z náhodného nebo násilného styku, avšak aplikace by měla být ojedinělá. Speciální zařazení má také ireverzibilní metoda zvaná sterilizace, která na základě operačního výkonu u ženy na vejcovodech a u muže na chámovodech znemožní schopnost plodnosti (Čepický, Fanta, 2011; Fait, 2018).

Řízení lidské reprodukce začalo od samotného vzniku lidského druhu. Nutností je zachovat existenci Homo sapiens. Antikoncepce se zařazuje mezi lidská práva. Budoucí rodiče mají právo se rozhodnout kdy a kolik dětí zplodí. Dítě má právo na rodiči naplánovaný příchod na svět. Společnost musí co nejvíce zamezit nechtěnému těhotenství. Dosáhne tím dostupností dané antikoncepční metody a větším přehledem o sexuální výchově. Užívání kontracepce přineslo pozitivní důsledek, který spočívá v menším počtu umělého přerušení těhotenství. Pouze katolická církev se neztotožňuje s moderní antikoncepcí (Roztočil a kol., 2011).

Na antikoncepci se vztahují obecná ustanovení o poskytování zdravotní péče. Musí být v souladu s poznatky lékařské vědy. Lékaři jsou povinni ženu seznámit s danou antikoncepční metodou a řádně ji informovat o způsobu užívání, spolehlivosti a možných rizicích. Dále je lékař vázán mlčenlivostí. Věk dívek rozhoduje o tom, zda budou potřebovat souhlas zákonných zástupců na předpis antikoncepce. Zletilé dívky souhlas nepotřebují a své rozhodnutí mohou učinit samy. U dívek mladších 15 let je to velmi komplikované, protože by mohlo dojít k porušení trestního zákona, a to pohlavním zneužitím. Ženy zbavené svéprávnosti potřebují souhlas opatrovníka, kterého stanovil soud. Pokud ženě antikoncepce uškodí, postupuje se podle stejných zásad jako při jiných úkonech zaměřujících se na léčebně preventivní péči. Pokud lékař nepostupoval podle pravidel, odpovídá sám za vzniklou škodu. Za selhání antikoncepce nelze uplatnit odpovědnost lékaře. Selhání nitroděložní kontracepce je uznáno jako zdravotní důvod k umělému přerušení těhotenství a tento zákrok je proveden zdarma (Roztočil a kol., 2011).

### **1.2.1 Spolehlivost antikoncepce**

Spolehlivost antikoncepčních metod se klasifikuje na základě matematických vzorců. K vyhodnocení výsledků je nezbytné pravidelné užívání kontracepce a také perfektní spolupráce uživatelky, která nezanedbává užití dané metody. Na základě chyby při aplikaci může být efekt v praxi nekvalitní (Koliba a kol., 2019).

Těhotenské číslo uvádí počet selhání antikoncepce, které přispělo k nechtěnému těhotenství. Číslo se analyzuje ze vzorku jednoho sta žen, které po dobu jednoho roku používají tu stejnou metodu (Koliba a kol., 2019).

Pearlův index udává počet otěhotnění na sto žen, které žijí pravidelný sexuální život a které během jednoho roku používají pouze jednu antikoncepční metodu. Rozlišuje se index ideální uživatelky, která se nedopouští žádných chyb při užívání a index běžné uživatelky. Výpočet se získává vynásobením počtu nežádoucích otěhotnění, čísla 12 a čísla 100. Tento výsledek se vydělí počtem sledovaných cyklů. Pokud je index nižší, znamená to, že je metoda spolehlivější a naopak. Hodnoty jsou však pouze přibližné. Obecně o indexu platí, že klesá s věkem, protože starší ženy ztrácí přirozenou plodnost a dále klesá s délkou používání metody. Čím déle žena antikoncepční metodu používá, tím je menší riziko chyb. Také pokud

někáká metoda selhala, uživatelky většinou dále stejnou ochranu již nechtějí (Roztočil a kol., 2011; Koliba a kol, 2019).

### **1.3 Stručný přehled historických antikoncepčních metod**

První zmínka týkající se ochrany před otěhotněním byla popsána v První knize Mojžíšově. Legenda o biblickém Onanovi praví, že pokaždé když šel Onan k ženě, vypustil své semeno na zem. Tím se chránil před zplozením potomka. Tento způsob byl později přiřazen k metodě zvaná přerušovaná soulož (Barták, 2006; Uzel, Kovář, 2010).

Zakladatel lékařství Hipokrates ženám vkládal do dělohy malé předměty ze slonoviny. Později byly zaváděny drahé kovy, občas i zdobené diamanty (Barták, 2006).

Staří Egyptané využívali pastu tvořenou krokodýlím nebo sloním trusem. Vyrobenou směs si ženy před pohlavním stykem vkládaly do pochvy. Trus se mohl nahradit volskou žlučí, stromovou smůlou či zelím. Ve Starověkém Egyptě bylo dále známo vykuřování pochvy nebo nápoj ze sádla, sladkého piva a dalších složek (Barták 2006; Čepický, Fanta, 2011).

Arabské země doporučovaly ženám před souloží antikoncepční čípek. Přípravek byl vyroben z pravého varlete vlka. Varle se zabalilo do bavlny nasáknuté olivovým olejem a před aktem se vložilo do vagíny ženy (Barták 2006).

Starověká Čína našla pohodlnější prostředek. Před početím měla být žena chráněna po dobu pěti let. Jednalo se o spolknutí 24 živých pulců, kteří byli nachytáni těsně před obdobím jara. Ve 13. století profesor Albert z Pařížské univerzity nahradil polykání pulců za polykání živých včel. Pokládal ho za spolehlivější (Barták 2006).

Středověké období bylo velmi zaměřeno na sexuální ryzost. Tvořily se mechanické bariéry soulože, mezi které patřil pás cudnosti nebo propíchnutí mužské předkožky železným kruhem. Později italský anatom Gabrielle Fallopius vynalezl návlek na penis, který nejprve splňoval ochrannou funkci před pohlavně přenosnými chorobami (Barták, 2006; Čepický, Fanta, 2011).

Vývoj modernějších antikoncepčních technik začal v roce 1921. Rakouský pan doktor Haberlandt odhalil, že extrakty z vaječnicků březích samic se mohou využít jako ochrana proti početím, jelikož brání zárodečným buňkám, aby se uvolnily z vaječniku. Tento způsob

byl však hodně drahý. Dávka pro jednu uživatelku byla zhotovena z 80 tisíc vaječnicků prasnic (Barták, 2006).

Ženský hormon progesteron byl uměle vyroben americkým chemikem Russelem Markerem, který použil výtažek z mexické rostliny. Hlubší bádání zajistilo první klinické testování kombinovaných hormonálních tabletek, které byly v Americe v roce 1960 schváleny k běžnému užívání. V tehdeším Československu přišel na trh hormonální antikoncepční přípravek v roce 1965 s názvem Antigest. Postupně se vyvíjely i ostatní formy hormonální kontracepce (Barták, 2006; Čepický, Fanta, 2011).

## **1.4 Rozdělení antikoncepčních metod**

Antikoncepci a její metody můžeme rozdělit podle nejrůznějších aspektů. Nejzákladnějšími a nejčastěji uváděnými metodami kontracepce jsou:

- Antikoncepce dle pohlaví
- Antikoncepce vratná a nevratná
- Antikoncepce hormonální a nehormonální
- Chemické antikoncepční metody
- Bariérové antikoncepční metody
- Přirozené antikoncepční metody
- Chirurgické antikoncepční metody
- Postkoitální antikoncepční metody (Uzel, 1999; Fait, 2018; Koliba a kol, 2019)

### **1.4.1 Hormonální antikoncepce**

Hormonální antikoncepce změnila ve druhé polovině 20. století pohled na sexuální život. Zatím existuje pouze ženská hormonální forma. Postupně se však její vývoj stále vylepšuje. Některé výzkumné laboratoře dokonce testují hormonální antikoncepční pilulky pro muže. Obecně můžeme hormonální antikoncepci rozdělit na kombinovanou hormonální, gestagenní a nitroděložní. Také by se do této kapitoly dala zařadit postkoitální metoda, rozhodla jsem se ji však oddělit a věnovat jí samostatnou část. Hormonální kontracepce je dostupná v mnoha podobách a výběr je opravdu široký. Ženy na trhu najdou minipilulky, podkožní implantáty, injekce, náplasti, nitroděložní tělíska nebo vaginální kroužky. Hormonální antikoncepce je známá jako metoda s velkým seznamem nežádoucích účinků.

Nejčastějšími jsou nepravidelné krvácení, bolesti hlavy, bolest prsou, nervozita, snížení libida nebo nárůst hmotnosti. Velmi vzácně se mohou objevit vážné obtíže jako je trombóza, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, tumor jater a další. Před začátkem užívání hormonů je třeba návštěva lékaře, který má povinnost pacientku prohlédnout a vyšetřit. Na základě výsledků pak může usoudit, zda je pro ni hormonální antikoncepce vhodná či nikoliv (Fait, 2018).

V první řadě popíši a vysvětlím mechanismus účinku kombinované hormonální antikoncepce.

### **1) Kombinovaná hormonální antikoncepce**

Kombinovaná hormonální antikoncepce je směs uměle vyrobených hormonů estrogenu a progestinu. V dnešní době to je velice oblíbená metoda. Historie kombinované hormonální pilulky začala již na konci 19. století. Objevily se studie o blokaci ovulace u zvířat na základě produkce žlutého tělíska. Na počátku 20. století se ovulace potlačovala pomocí výtažků žlutého tělíska. V roce 1937 vyšla publikace, která popisovala blokaci ovulace ramlice (samice králíka nebo zajíce), které byl podán hormon progesteron. Vývoj hormonální pilulky začal až v roce 1951 a na trh přišla až o 6 let později. Do tehdejšího Československa se první hormonální antikoncepční přípravek dostal v roce 1965 pod názvem Antigest (Čepický, Fanta, 2011; Fait, 2018).

Jak již bylo zmíněno, kombinovaná hormonální antikoncepce funguje na základě blokády ovulace. Hormony zasahují do zpětnovazebné regulace hypotalamo-hypofýzo-ovariální osy, což znamená, že je negativně ovlivněna zpětná vazba. Ve vaječníku nevyrostá folikul, takže nedochází k ovulačnímu cyklu. Další změnou v těle ženy je síťovitě uspořádaný hlen, který svou viskozitou zabraňuje vstupu spermii (Čepický, Čepická Líbalová, 2011).

Nejčastější formou kombinované hormonální antikoncepce jsou tabletky. Kromě tabletek je také dostupná hormonální injekce, náplast nebo hormonální kroužek. Minipilulky jsou rozděleny podle kritérií například podle použitého estrogenu, podle použitého progestinu, podle množství ethinylestradiolu nebo podle cyklicity. Rozdělení dle cyklicity je nejznámější a uživatelky ho mohou znát pod pojmy monofázické, trifázické a kombifázické přípravky. Liší se množstvím estrogenu a progestinu v jednotlivých dnech (Čepický, Fanta, 2011; Křepelka, 2013).

Pearl index se udává okolo 0,0 až 0,4. Metoda je tedy velmi spolehlivá, ale může být negativně ovlivněna různými faktory například při léčbě antibiotiky. Tolerance chyby uživatelky při užívání kombinované hormonální antikoncepce se pohybuje v délce 12 hodin, při které se nesnižuje účinnost (Fait, 2018).

Kombinovaná hormonální antikoncepce má mnoho podob užití.

### **Pilulky**

Začátek užívání minipilulek počíná v prvních pěti dnech menstruace. Pokud si uživatelka stihne vzít tabletku v prvním dnu menstruačního cyklu, účinek je okamžitý. Polykat se musí každý den a nejlépe ve stejnou dobu. Chyba se toleruje do 12 hodin. Kombinované hormonální minipilulky se nejčastěji užívají v režimu cyklickém. To znamená, že uživatelka požívá tabletky po dobu 21 dní (či 24 nebo 26 dní). Pak nastane sedmidenní pauza (či čtyřdenní nebo dvoudenní pauza), během které proběhne slabší menstruační krvácení. Jednofázové přípravky se užívají v kuse bez pauzy. V tomto případě ženě nezačne menstruační krvácení. V dnešní době je tento postup velmi oblíbený (Čepický, Čepická Líbalová, 2011; Čepický, Fanta, 2011).

### **Hormonální náplast**

Hormonální náplast má účinné látky obsažené v lepidelné hmotě, které se postupně v dostatečném množství uvolňují. Obsahuje již zmíněné hormony estrogen a progesteron. Jelikož se látky vstřebávají do krve přes pokožku, nejsou zatížena játra a negativně neovlivňují účinek při léčbě antibiotiky jako při orální metodě. Další výhodou, kterou uživatelky jistě ocení, je méně častější aplikace než u tabletek. Náplast se lepí jednou týdně na břicho, paže či hýždě po dobu tří týdnů. Čtvrtý týden je pauza, se kterou přichází menstruace. Tolerance případné chyby v užívání činí dva dny. Bylo zjištěno, že u žen, které váží nad 90 kg, se snižuje účinnost kontracepce. To se může zdát jako jistá nevýhoda u silnějších žen (Barták, 2006; Fait, 2018).

### **Vaginální kroužek**

Vaginální kroužek je vyroben z plastu. Aplikuje se do pochvy v prvním dnu menstruace. V pochvě zůstává 21 dní. Po celou dobu uvolňuje hormony, které se vstřebávají přes poševní sliznici. Poté se tělísko na týden vyjme. V průběhu pauzy proběhne menstruace. Následně

se použije další nový kroužek. Pokud uživatelce kroužek vypadne z pochvy, je třeba ho znovu zavést do dvou hodin, aby nedošlo ke snížení účinku. Pokud je mimo více než dvě hodiny, musí se žena chránit na nějakou dobu jinou metodou. Aplikaci vaginálního kroužku zvládne uživatelka sama bez pomoci lékaře (Čepický, Čepická Líbalová, 2011; Křepelka, 2013).

## **2) Gestagenní antikoncepce**

Gestagenní antikoncepce se od kombinované odlišuje tím, že obsahuje pouze jeden uměle vyrobený hormon, a to progestin. Ovlivňuje viskozitu cervikálního hlenu, růst děložní sliznice a hybnost vejcovodu. Mužské spermie se tedy nemohou dostat skrz děložní čípek. Ovulace ženy začne být s užíváním nestabilní a menstruace může zcela vymizet. Spolehlivost je srovnatelná s hormonální kombinovanou antikoncepcí. Pearlův index při bezchybném používání činí 0,2. Gestagenní forma má mnohem méně vedlejších účinků než kombinovaná. Doporučuje se ženám, které nejsou spokojené s kombinovanou formou. Užívat ji mohou i kojící ženy. Vlivem účinku gestagenu se snižuje riziko zánětů a nádorů. Působí kladně na vaginální mikroflóru, jelikož u žen klesá výskyt vaginálních zánětů. Gestagenní metoda představuje i řadu komplikací. Ženám se může zhoršit stav akné, mohou vzniknout cysty na vaječnicích, mírně klesá kostní hmota, a naopak se může zvýšit celková tělesná hmotnost a může dojít k poklesu libida. Kontraceptiva lze dělit podle způsobu aplikace. Nejčastější formou bývají pilulky, dále existuje injekční podání či podkožní implantát (Čepický, Čepická Líbalová, 2011; Roztočil a kol., 2011).

I gestagenní antikoncepce se dělí dle způsobu podání.

### **Tablety**

Gestagenní perorální forma může zastoupit kombinované hormonální minipilulky. Doporučuje se kojícím ženám, kuřačkám nad 35 let nebo pacientkám trpícím na migrény. Tabletky se začínají užívat od prvního dne menstruace, 21. den po porodu, ihned po umělém přerušování těhotenství nebo při přechodu z kombinované formy po dobrání celého balení. Minipilulky se užívají každý den ve stejný čas bez přestávky. Tolerance v chybě je na rozdíl od kombinované antikoncepce pouze 3 hodiny. Funkce plodnosti po vysazení začíná okamžitě. Potenciální uživatelka nepotřebuje speciální vyšetření před předpisem. Lékař

ovšem ženě navrhne onkologickou preventivní prohlídku (Čepický, Fanta, 2011; Křepelka, 2013).

### **Injekce**

Injekční gestagenní metoda působí podobně jako kombinovaná hormonální antikoncepce, ale má i prvky účinku gestagenních tabletek. Uživatelkám se zastaví ovulace, ale zároveň se také zahušťuje děložní hlen, který zabraňuje mužským spermii. Především je ale v popředí blokáda ovulace. Z toho vyplývá, že injekční forma je mnohem více účinnější než perorální forma gestagenní antikoncepce. Spolehlivost metody udává nízký Pearlův index, který maximálně dosahuje hodnoty 0,1. Kdyby celý rok využívalo tuto metodu 1000 uživatelék, riziko otěhotnění by bylo pouze u jedné. Injekční podání obsahuje větší množství hormonů než orální. Koncentrace gestagenu v krvi je zpočátku velmi vysoká. Po čase se snižuje, ale nikdy neklesne natolik, aby začal ovulační cyklus, protože se aplikuje další injekční dávka. Hormony nejsou vstřebávány do trávicího traktu, takže jejich účinnost není ovlivněna při jakékoliv farmakologické léčbě. Aplikace je možná do hýždí nebo do paže. K dispozici jsou dva přípravky. Jeden se podává každých 12 týdnů, druhý každých 8 týdnů. Uživatelky vnímají mnoho výhod, které gestagenní injekce nabízí. Preparáty nevyvolávají takové vedlejší účinky či zdravotní rizika jako například tabletky. Díky zahuštění hlenu je žena chráněna před infekcemi vejcovodů a různými bakteriemi. Také je menší riziko mimoděložního těhotenství nebo tvorby vaječnickových cyst. Může se aplikovat i v době kojení. Je ovšem doporučováno počkat 4 až 6 týdnů po porodu. Značnou nevýhodou je fakt, že po vysazení antikoncepce je možnost otěhotnění v rámci až jednoho roku. Může se objevit přibírání

na váze, deprese, výskyt akné nebo pokles libida. Ovlivněna je i menstruace, která buď vymizí nebo přichází zcela zřídka (Szarewská, Guillebaud, 1996).

### **Podkožní implantát**

Podkožní implantát je metodou dlouhodobou, která účinkuje několik let. Je vkládán pod kůži. Na vnitřní straně paže se pod lokálním umrtvením vytvoří malý řez a pomocí zavaděče se preparát zasune. Přípravek je složen z šesti měkkých tyčinek, které jsou vyrobeny ze silikonového kaučuku. Obsahují hormony, které se postupně vstřebávají do krve. Stejně jako injekční forma, podkožní implantát neovlivňuje trávicí trakt. Zavádí se

v prvních dnech menstruačního cyklu. Po skončení účinku lze implantát vyjmout a vyměnit. Nově jsou však implantáty samovstřebávací, takže není třeba vyjmutí. Pearlův index se uvádí mezi 0,2 až 1,6. Vyšší riziko selhání bývá u žen s nadváhou. Ideální váhou pro bezpečnou spolehlivost je přibližně do 70 kg. Mechanismus účinku opět spočívá v zahuštění děložního hlenu, který brání spermiím a případnému uhnízdění vajíčka do dělohy. Výhody jsou totožné jako u gestagenní injekci. Uživatelky nemusí myslet na každodenní aplikaci. Existují minimální vedlejší účinky a zdravotní rizika. Ojedinelé případy popisují infekci v místě řezu. Je tedy doporučeno nechat místo v suchosti po dobu tří dnů. Další nevýhodou může být viditelnost implantátu. I když má tato metoda dlouhodobý účinek, nemá škodlivý vliv na plodnost ženy (Szarewská, Guillebaud, 1996; Čepický, Čepická Líbalová, 2011).

### **3) Hormonální nitroděložní tělísko**

Pokud se do Intrauterinního tělíska (tuto metodu popisují níže v další kapitole) přidá látka levonorgestrel, vznikne nitroděložní tělísko s hormonálním účinkem. Působí stejně jako gestagenní hormonální antikoncepce. Dochází ke změně děložního hlenu, který se zahušťuje. Ovulace je zachována. Menstruace je oslabená nebo může zcela vymizet. Dále je malé riziko mimoděložního těhotenství. Tělísko je určené na dobu pěti let. Během této doby se levonorgestrel postupně uvolňuje. U uživatelky se mohou objevit nežádoucí účinky. Nejběžnější jsou nepravidelné krvácení, bolesti hlavy, bolesti v podbřišku nebo vznik cyst. Hormonální nitroděložní tělísko je vhodné pro ženy po porodu, které vyžadují dlouhodobou a spolehlivou antikoncepční metodu. Tělísko lze zavést v šestinedělí. Neovlivňuje mateřské mléko. Ženy s menší dělohou nemusí zoufat, vyrábí se tělíska s menším tělem. Tělísko využívají i ženy před menopauzou, které metodu využívají k hormonální terapii (Fait, 2018).

#### **1.4.2 Nehormonální antikoncepce**

Do nehormonální antikoncepce se řadí ostatní metody, které neúčinkují vlivem změn hormonů v těle ženy.

## 1) Chemická antikoncepce

### Spermicidy

Spermicidy se aplikují lokálně. Jelikož působí přímo v místě aplikace, nepřechází do mateřského mléka. Mohou je tedy využívat i kojící ženy. Fungují na principu znehybnění mužských spermií a jejich zahubení. Účinek obstarává chemická látka nonoxynol-9 nebo benzalkonium chlorid, který má navíc schopnost zničit některé viry a bakterie. Vyrábí se ve formách krémů, globulí, tamponů či čípků. Každá varianta má odlišný způsob aplikace a délku účinnosti. Nejdéle působí tampon, jehož účinek vydrží až 24 hodin a nemusí se znovu aplikovat. V případě použití globule nebo krému, je nutné opakovat aplikaci před dalším stykem. Globule se zavádí 5 minut před stykem, krém účinkuje ihned po aplikaci. Spermicidy lze kombinovat s ženským i mužským kondomem, vaginálním pesarem a cervikálním kloboučkem. Tím se zvyšuje bezpečnost ochrany. Při správném užívání je spolehlivost srovnatelná s kombinovanou hormonální antikoncepcí. Pearlův index je kolem 2. Důležité jsou hygienické návyky ženy. Při používání spermicidních preparátů se 2 hodiny před a po styku nedoporučuje mytí intimním gelem, koupele nebo výplachy pochvy. Nejznámější spermicidní přípravek je od firmy Pharmatex. Seženeme ho v lékárně bez lékařského předpisu. Nevýhodou této metody může být pálivý pocit v pochvě či její pach nebo chuť (Uzel, Kovář, 2010; Fait, 2018).

### Nehormonální nitroděložní tělísko

Mezi chemickou antikoncepční metodu se také řadí Intrauterinní tělísko, které účinkuje na bázi mědi. K některým typům je navíc přidáno zlato. Tělísko vyvolá chronický zánět v děložní dutině působením cizího tělesa. Přidává se také spermicidní účinek. Podle dávky mědi se určuje délka spolehlivé ochrany, která může být v rozmezí 3 až 10 let. Tvar tělíska připomíná písmeno T a skládá se z ramének, těla a vláken. Zavedení provádí lékař, při kterém není nutná celková anestezie. Obvykle se tělísko zavádí v období, kdy žena menstruuje nebo je v ovulační fázi. Zavést ho lze také do 48 hodin po přirozeném porodu či po císařském řezu, protože nemá vliv na mateřské mléko a zdraví dítěte. Po zavedení nitroděložního tělíska se mohou u uživatelék vyskytnout komplikace, mezi které patří zánět dělohy nebo riziko mimoděložního těhotenství. Tato metoda je vhodná pro ženy, které vyžadují dlouhodobou ochranu. Výhodou Intrauterinního tělíska je přijatelná cena,

dlouhodobý efekt a nízké riziko sexuálně pohlavních chorob. Naopak není žádoucí pro pacientky s vrozenou vadou dělohy, chronickými záněty pochvy, alergií na měď nebo pro ženy trpící na pánevní bolesti. Existují i novější nitroděložní tělíška bez pevného těla. Na vláknech jsou navlečeny měděné kroužky. Jsou doporučeny ženám, kterým nevyhovují tělíška s raménky (Fait, 2018).

Novinkou dnešního trhu je nitroděložní kulička. Tělo je tvořeno ze slitiny Nitinol, které drží několik měděných kuliček. Po zavedení se tělíško svine do kuličky o průměru 15 milimetrů. Účinkuje pět let (Fait, 2018).

## **2) Bariérová antikoncepce**

Bariérová antikoncepce je založena na přímé zábraně, která chrání dělohu před proniknutím mužských spermií.

### **Mužský prezervativ**

Mužský prezervativ takzvaný kondom je snadno dostupný. Najdeme ho v drogeriích, lékárnách a dnes už téměř ve všech obchodech. I přesto se najde stále spousta partnerů, kteří kondom odmítají z důvodu narušení intimity. Kromě ochrany před těhotenstvím zajišťuje také prevenci před sexuálně přenosnými chorobami. Vývoj materiálu kondomu byl dlouhý. Dnes se vyrábí z latexu. V případě použití lubrikačního gelu, je třeba dbát na jeho složení. Spolu s prezervativem je dovoleno pro skutečnou ochranu volit pouze lubrikant na vodní bázi, jelikož olejový by mohl snižovat účinnost, protože latex při kontaktu s olejem snižuje vodotěsnost a další fyzikální vlastnosti. Trh nabízí velké množství produktů, které můžeme dělit podle velikosti, struktury, tvaru, barvy nebo zda se na povrchu vyskytují spermicidní či lubrikační látky. Mužský prezervativ se nasazuje na ztopořený penis těsně před stykem a po ejakulaci se ihned sundává a vyhazuje podle hygienických zásad. Není určený na opakované použití. Nejčastěji je využíván mladými lidmi, a to zejména promiskuitními jedinci. V poslední době je velice oblíbená kombinace hormonální antikoncepce spolu s prezervativy (Zvěřina, Budinský, 2004; Koliba a kol., 2019).

### **Ženský prezervativ**

Ženská verze kondomu takzvaný femidom vykonává stejnou funkci jako kondom pánský. Dámský prezervativ je 17 centimetrů dlouhý a vyrobený z nitrilu, který je pevnější než latex.

Na obou stranách jsou poddajné kroužky. Vnitřní kroužek se vkládá do vaginy, vnější zůstává mimo. Představuje několik výhod. Není těsný, takže je to pro některé pány vhodná alternativa. Žena si může ochrannou pomůcku aplikovat několik hodin před stykem a po ejakulaci muže není potřeba okamžitého vyjmutí. Oproti pánské verzi nemá femidom sklon k poškození teplotou či vlhkem. Může se používat spolu s lubrikačním gelem na olejové i vodní bázi. Chrání před pohlavně přenosnými chorobami. Jedinou nevýhodou je, že aplikace dámského prezervativu vyžaduje cvik (Dámské kondomy Femidom, online).

### **Vaginální pesar**

Vaginální pesar je znám také pod slovním spojením poševní diafragma. Diafragma je latinské slovo, které představuje bránici. Z toho vyplývá, že vaginální pesar je jakási membrána, která je nepropustná. Dříve se vyráběly gumové kloboučky, do kterých se zatavovala kovová spirála. Dnes se vyrábí z lékařského silikonu, který je velice odolný. Při šetrném používání může životnost pesaru dosáhnout až několika let. Po každém použití se pesar musí opláchnout vodou, pořádně usušit a správně uskladnit. Před pohlavním stykem je potřeba pesar prohlédnout, zda nemá nějaké trhlinky. Existuje spousta typů a velikostí. S výběrem správné velikosti by měl poradit lékař, jelikož je důležité, aby pesar správně těsnil. Před zavedením se doporučuje mít prázdný močový měchýř. Aplikuje se podobně jako tampon mezi poševní stěnu a stydkou kost. V pochvě se poté rozevře membrána, která chrání dělohu před spermii. V pochvě drží na základě kruhové výztuže. Pokud je pesar správně zavedený, žena ho v sobě necítí. V intimním životě má mnoho výhod. Lze ho zavést až několik hodin před pohlavním stykem a neovlivňuje kvalitu aktu. Po styku je třeba ponechat pesar v pochvě minimálně 6 hodin, aby nedošlo k proniknutí mužských spermií. Nedoporučuje se ani koupel. Pearlův index se udává v rozmezí 1 až 20. Vysoké procento selhání bývá díky špatnému zavedení. Vhodná je kombinace spolu s chemickými antikoncepčními preparáty. Tato metoda je zcela nevhodná po vaginální operaci, pro dámy s alergií na gumu, pro ženy s anatomickými zvláštnostmi nebo vaginálními či močopohlavními záněty (Uzel, Kovář, 2010; Fait, 2018).

### **Cervikální klobouček**

Cervikální klobouček je menší než vaginální pesar. Je vyroben z latexu, někdy z umělé hmoty nebo kovu. Je několik typů a velikostí, jelikož je velikost děložního čípku každé ženy

rozmanitá. Vkládá se hluboko do pochvy na děložní hrdlo. Přílnavost funguje díky podtlaku, který vznikne na základě vypuštění vzduchu po zmáčknutí a vsunutí kloboučku do pochvy. Při vyjmutí je třeba přerušit podtlak lehkým ohnutím a vysunutím. Před pohlavním stykem se může klobouček ponechat v pochvě až tři dny. Pokud je správně nasazený, během styku není cítit. Po styku ho žena může vyjmout až po šesti hodinách, aby nedošlo k oplodnění. Údržba není nijak složitá. Po vyndání je pouze potřeba ho umýt mýdlem a vodou, vysušit a uložit do pouzdra. Cervikální klobouček je vhodný pro ženy, kterým sklouzává vaginální pesar nebo které mají z používání vaginálního pesaru různé záněty. Účinnost je srovnatelná s účinností vaginálních pesarů. Doporučuje se však ochranu kombinovat se spermicidním gelem. Metoda není příliš oblíbená, protože její aplikace není tak snadná. Uživatelka potřebuje najít správný trik, aby nemusela mít obavy z případné nehody. Další nevýhodou je možnost syndromu toxického šoku, který může vyvolat dlouhé ponechání kloboučku v pochvě (Szarewská, Guillebaud, 1996; Uzel, Kovář, 2010).

### **Vaginální hubka**

Vaginální hubka je oválná a ze stran se prohlubuje. Na houbičce je připevněna šňůrka, která slouží k vyjmutí z pochvy. Uvnitř je napuštěna prostředkem, který zneškodňuje mužské spermie. Zavádí se hluboko k děložnímu čípku. V pochvě se může ponechat až 24 hodin. Po pohlavním styku je třeba houbičku ponechat v pochvě minimálně šest hodin. Nedoporučují se také výplachy či jiná intimní hygiena. Výjimečně může dojít ke komplikaci ve formě syndromu toxického šoku (Uzel, Kovář, 2010).

### **3) Přírozená antikoncepce**

Přírozené metody antikoncepce jsou méně spolehlivé. Spojením více technik se bezpečnost při pohlavním styku zvyšuje. Partneri, kteří jsou příznivci přírodních postupů, by měli mít přehled o plodných a neplodných dnech ženy a o celkovém fungování reprodukčního systému. V čase, kdy probíhá ovulace, by neměli zapomenout na jinou, spolehlivou ochranu či se sexuálního aktu úplně zdržet. Přírozené způsoby ochrany jsou vhodnější pro stálé partnery mající mezi sebou důvěru. Nesmí chybět určitá zodpovědnost a respekt. Výhodami přírozené antikoncepce jsou minimální vedlejší účinky, je však větší riziko otěhotnění nebo přenosu pohlavních chorob z důvodu nižší sebekontroly a špatně provedené technice.

O přirozené metody se především zajímají ženy, které nemohou nebo nechtějí užívat antikoncepci hormonální (Szarewská, Guillebaud, 1996; Koliba a kol., 2019).

### **Přerušovaná soulož**

Přerušovaná soulož je považována za nejstarší antikoncepční metodu. Základním principem je ukončení soulože před orgasmem muže a ejakulace mimo ženských rodidel. K použití nejsou potřeba pomůcky ani jiné preparáty, takže jejich finanční náklady jsou nulové. Využitelnost metody je přístupná při každé příležitosti. Označuje se jako kontracepce s nízkým stupněm spolehlivosti, neboť malé množství spermií se může objevit již při mužském vzrušení v podobě predejakulační tekutiny. Dalším důvodem selhání může být špatný odhad včasného přerušování soulože. Nebezpečí také hrozí při opakované souloži. V takovém případě je nutné dodržet správných hygienických zásad. Nejdůležitější skutečností je, že při přerušovaném pohlavním styku není ani jeden partner chráněný před sexuálně přenosnými chorobami. Pearlův index ideálních uživatelů činí zhruba 5, v praxi je ovšem spolehlivost nižší. Dalšími technikami podobného způsobu jsou metody Oneida a Kokokka. Oneida je zcela bez mužského orgasmu a při metodě Kokokka žena před mužským vyvrcholením zmáčkne penis s močovou trubicí, a tak dojde k zpětné ejakulaci (Uzel, 1992; Roztočil a kol., 2011).

### **Kojení**

Kojení již dávno regulovalo reprodukci člověka. Dodnes se tato metoda považuje za poměrně spolehlivou. Pearlův index je v rozmezí mezi 2 a 4. Aby spolehlivost dostatečně fungovala, nesmí od porodu dítěte uplynout více než 6 měsíců, žena by neměla menstruuovat a plné kojení dítěte by mělo být v intervalu po čtyřech hodinách. Principem metody je vyplavování hormonu prolaktin, který začne vytvářet hypofýza při sání mléka z bradavky. Prolaktin zvyšuje tvorbu mléka a ve vaječnicích zastavuje tvorbu hormonů, které jsou potřebné pro uvolnění vajíčka. Žena po dobu, kdy má vysoké hladiny prolaktinu, ztrácí ovulační cyklus. Nicméně by žena neměla spoléhat na vysoké hladiny hormonu. Metodu kojení je vhodné kombinovat ještě s další kontracepcí. Pozitivními zdravotními účinky jsou menší rizika zhoubných nádorů v oblasti pohlavního ústrojí ženy. Osteoporóza, ztenčení a snížená odolnost poševní sliznice a sexuální dysfunkce mohou být nežádoucími výsledky metody kojení (Szarewská, Guillebaud, 1996; Čepický, Fanta, 2011).

## **Úplná koitální abstinence**

Koitální abstinence povoluje sexuální praktiky kromě vaginální soulože. Některé kultury tyto metody považují za výhradně správný postup, většina populace však s tímto názorem nesouhlasí. Mezi koitální abstinenci se řadí úplná sexuální abstinence, nonkoitální techniky a Coitus analis (Čepický, Fanta, 2011).

Úplná sexuální abstinence může být dočasná nebo představuje celoživotní způsob řešení nechtěného těhotenství. V případě dočasné abstinence se oddaluje začátek pohlavního života až na dobu plánované reprodukce. Po dosažení kompletního počtu dětí se nastalo se sexuálním stykem skončí. Abstinence se považuje za účinnou ochranu před sexuálně přenosnými chorobami (Čepický, Fanta, 2011).

Střední cestu mezi úplnou abstinencí a běžnou souloží činí nonkoitální technika. Tento postup zahrnuje mnoho stylů styku. Nejběžnější je styk orogenitální. Méně častý je sex bez kontaktu nazývaný také jako společná onanie. Riziko těhotenství či přenosu sexuálně přenosných chorob stanovuje úroveň intimního kontaktu a především neopatrnost. Z právního hlediska se považuje nonkoitální technika u osoby mladší 15 let jako sexuální zneužití nezletilého (Čepický, Fanta, 2011).

Coitus analis je technika nahrazující běžnou soulož. Obvykle oba partneři dosahují orgasmu. U některých žen je stimulace bodu G u této techniky vyšší než u vaginálního pohlavního styku. Ve společnosti však není anální styk tolik oblíbený. Hrozí poranění anální sliznice a je větší riziko přenosu pohlavních nákaz (Čepický, Fanta, 2011).

Další z možností je periodická abstinence, do které se řadí měření bazální teploty, kalendářní metoda, hlenová metoda, cervikální metoda, krystalizace slin, symptotermální metoda, laboratorní stanovování plodných dnů a lunacepce.

## **Periodická sexuální abstinence**

Periodická sexuální abstinence se určuje podle plodných a neplodných dnů ženy. Ovulace trvá 24 hodin. V ženském ústrojí dokáží spermie přežít až jeden týden. Celkem tedy periodická sexuální abstinence vychází na 5-7 dní z celého cyklu. Plodné období se monitoruje z různých fyziologických změn v organismu ženy (Čepický, Fanta, 2011).

### **a) Měření bazální teploty**

Uprostřed menstruačního cyklu vzniká žluté tělísko, které produkuje hormon progesteron. Progesteron připravuje děložní sliznici na případné uhnízdění oplodněného vajíčka. Zároveň také zvyšuje teplotu ženy o 0,2 až 0,4 stupně, která většinou vystoupne ze dne na den. Zvýšená teplota poté nadále přetrvává až do menstruačního krvácení. Pokud má žena teplotu v celém cyklu konstantní, ovulace z nějakého důvodu neproběhla. Způsob měření bazální teploty je velmi důležitý. Vždy je potřeba měřit ve stejný čas, nejlépe ráno ihned po probuzení. Místo měření si uživatelka určí sama, vždy je ale nutné měřit na stejném místě, a to v pochvě, konečníku nebo v ústech. Čas měření se doporučuje minimálně 3 až 5 minut, aby byly hodnoty co nejpřesnější. Naměřené stupně se zapisují do speciálního menstruačního kalendáře, který obsahuje předepsanou stupnici. Po vyznačení vznikne křivka. V první polovině cyklu bývá nižší než ve druhé polovině. Výpočet neplodných dnů určuje pravidlo tři dny po šesti dnech. Tři dny musí být vyšší teplota než v předešlých šesti dnech. Pokud je tato podmínka splněna, nastává neplodné období a trvá až do začátku příští menstruace (Uzel, 1999).

### **b) Kalendářní metoda**

Kalendářní metoda je vhodná pro ženy s pravidelným menstruačním cyklem. Hlavním předpokladem je, aby cyklus vždy trval stejně dlouho. Obecně ovulace probíhá mezi 12. a 16. dnem. Podle délky předchozích cyklů lze stanovit termín plodných dnů budoucích cyklů. Je také důležité počítat s možnou životností mužských spermií v těle ženy. Čím déle žena zkoumá své cykly, tím má metoda spolehlivější účinek. První plodný den se počítá z nejkratšího cyklu, od kterého se odečte číslo 20. Poslední plodný den se určí z nejdelšího naměřeného cyklu a od něj se odečte číslo 10. Výsledky určují období, ve kterém by měla žena použít jinou antikoncepční ochranu nebo se sexuálními aktivitám zcela vyhnout (Uzel, 1999).

### **c) Hlenová metoda**

Hlenová metoda je zaměřena na výskyt hlenu v děložním hrdle. V průběhu menstruačního cyklu se obměňuje množství a hustota hlenu. To závisí na hladinách hormonů v krvi. Po menstruaci je hlen hustý a jeho tvorba menší. V době blížící se ovulace začíná být hlen řidší, vodnatý a velmi kluzký. Zvýší se i jeho produkce. Změny jsou viditelné tři dny

před ovulací a dva dny po ovulaci. Pokud nedojde k oplození, zánik žlutého tělíska a produkce hormonů zajistí opět období s menší produkcí hlenu. Kontrolní vyšetření hlenu by mělo být každodenní (Uzel, 1992).

#### **d) Cervikální metoda**

Cervikální metoda sleduje změny děložního čípku. Na začátku menstruačního cyklu je konzistence čípku pevnější, je suchý a snadno nahmatatelný, protože leží níže. Pokud se blíží ovulace, čípek začne stoupat vzhůru. Také kvůli zvýšené sekreci vlhne a jeho pevnost klesá. Po plodném období se vrátí do původního stavu (Szarewská, Guillebaud, 1996).

#### **e) Krystalizace slin**

Krystalizaci slin vynalezl španělský gynekolog Casals. V České republice se tato metoda rozšířila v 80. letech 20. století. Krystalizace zkoumá obrazce, které zaschly na sklíčku. Struktury obrazců ovlivňují hormony estrogen a progesteron. V období kolem ovulace se objevuje stromečkovité složení. Ve zbytku cyklu nemá krystalizace žádný tvar. Na analýzu se využívá antikoncepční lupa (Čepický, Fanta, 2011).

#### **f) Symptotermální metoda**

Symptotermální metoda zvaná také indexová je kombinací všech zmíněných metod – měření bazální teploty, kalendářní počítání, zkoumání hlenu a děložního čípku a sledování obrazců z krystalizace slin. Neplodné období probíhá tehdy, je-li po celý den žena bez fyziologických změn a jsou-li splněny všechny podmínky pro neplodné dny. V případě projevu nějakého příznaku, který svědčí o možnosti plodného dnu, musí se jako plodný den vnímat. K doplnění indexové metody se můžou navíc zkoumat další projevy ženy, a to například napětí prsou, psychické výkyvy, ovulační bolest či krvácení nebo pocit častějšího močení. Ideální uživatelkou je žena s pravidelným cyklem. Ženy s nepravidelným cyklem, během kojení nebo před menopauzou vyžadují zvláštní pravidla. Při důsledném sledování může být hodnota Pearlova indexu nižší než 3 (Čepický, Fanta, 2011; Roztočil a kol., 2011).

#### **g) Laboratorní stanovování plodných dnů**

Laboratorní technika sleduje hormonální hladinu estrogenů, progesteronu nebo luteinizačního hormonu v moči nebo ve slinách. Tato metoda se spíše používá ke stanovení ideálního dne pro otěhotnění než jako antikoncepční metoda.

V České republice jsou běžně dostupné testy na určení luteinizačního hormonu z moče (Čepický, Fanta, 2011).

#### **h) Lunacepce**

Zakladatelem Lunacepce je muž Dewan, který v 60. letech 20. století vymyslel techniku ochrany, která je postavená na střídání osvětlení v místnosti, ve které žena spí. Metoda využívá vliv šišinky na vaječníky. Žena v neplodném období spí pouze v zatemněné místnosti. V době ovulace spí jen při světle (Čepický, Fanta, 2011).

#### **1.4.3 Chirurgická antikoncepce**

Chirurgická antikoncepce známá jako sterilizace dříve nepatřila mezi antikoncepční metody, jelikož byla považována za trvalý a nevratný proces. Moderní doba však sterilizovanému jedinci umožňuje rodičovství. Také nezrušitelnost zákroku není stoprocentní, ale ve většině případů je návrat rozmnožovacích funkcí velmi obtížný, drahý a také často neúspěšný. Ale i přesto všechno můžeme dnes chirurgickou mini operaci zařadit mezi antikoncepční metody (Uzel, 1999).

Plodnost ženy může trvat až do padesáti let, muž je prakticky plodný pořád. Lidé však ukončují rozmnožování mnohem dříve. Pro partnery s definitivním počtem dětí je sterilizace ideální metodou, která je zároveň absolutně spolehlivá. Naopak se nedoporučuje mladým lidem, kteří rodinu ještě nezaložili. Chirurgická metoda je určena jak ženám, tak i mužům, přičemž zákrok u mužů je jednodušší. Operativně se přeruší cesta vajíčkům nebo spermii. Ženám lékař zneprůchodní vejcovody, takže vajíčko nemůže putovat do dělohy, a tudíž se nemůže potkat se spermii. V celkové anestezii lze zákrok provést dvěma způsoby. Prvním je řez na břišní straně, častější je však laparoskopie. Šetrnější metodou bez celkové anestezie je transcervikální obturace vejcovodů. Za pomoci hysteroskopie se do vejcovodů zavedou spirály, které vyvolají chronický zánět. Kvůli zánětu se vejcovody uzavřou. Po dobu tří měsíců se musí žena preventivně chránit jinou antikoncepční metodou. Mužům se přerušují chánovody. Před výkonem se do šourku vpíchne znečítlivující injekce. Poté se nařízne malé množství kůže a provede se podvázání. Neplodnost nastupuje zhruba až po dvaceti ejakulacích. Pokud není výkon nařízen ze zdravotních důvodů, je zcela dobrovolný. Přesto je věkově omezený. Ze zdravotních důvodů je schválen od dovršení dospělosti, tedy od 18 let. Dobrovolní žadatelé musí dosáhnout 21 let. Uchazeč musí povinně

před lékařem či jiným svědkem podepsat dokument s žádostí o sterilizaci. Následně musí být informován o možných rizicích či trvalých následcích (Uzel, 1992; Fait, 2018).

Pokud je nutná sterilizace z léčebných důvodů, o zákroku rozhoduje primář. V ostatních případech je nutné schválení lékařské komise. V komisi zasedá i ředitel nemocnice. Až po schválení lze žadatele operovat (Roztočil a kol., 2011).

#### **1.4.4 Postkoitální antikoncepce**

Postkoitální metoda je ve společnosti spíše známá jako nouzová antikoncepce nebo pod slovním spojením pilulka „po“. Jak už samotný název vypovídá, opravdu by se tato metoda měla využívat pouze v nezbytně nutných situacích. Každé ženě se v životě ovšem může stát, že bude urgentní pomoc potřebovat z důvodu, že prožila nechráněný pohlavní styk, selhala jiná antikoncepční ochrana nebo v extrémních případech, pokud byla dívka či žena znásilněna. Nejčastěji dochází k selhání bariérových metod, jelikož může prasknout mužský prezervativ, sklouznout cervikální klobouček nebo změnit polohu špatně vsunutý vaginální pesar. Jsou dva způsoby, kterými lze dosáhnout kvalitního efektu, a to tabletkou nebo nitroděložním tělískem. Existuje více druhů pilulek, které se liší látkově a také dobou možného požití (Szarewská, Guillebaud, 1996).

#### **Levonorgestrel**

Nejnámějším preparátem byl po dlouhá léta Postinor. Obsahuje látku Levonorgestrel a řadí se k antikoncepci s gestagenními účinky dodávající tělu uměle vyrobené hormony progestiny. Perorální cestou se aplikují dvě pilulky. První tableta se musí užít nejpozději do 72 hodin po nechráněném pohlavním styku. Druhá dávka je v intervalu 12 hodin od první. Čím dříve se pilulky požijí, tím je vyšší účinnost. V prvních 24 hodinách se udává 95 % spolehlivost. Přerušování možného těhotenství spočívá v narušení ovulace a ve ztrátě synchronizace děložní sliznice. U této metody jsou minimální rizika. Žena může pocítit nevolnost či se může objevit nepravidelné krvácení. Pilulka „poslední záchrany“ by se měla aplikovat co nejméně, maximálně však 4krát do měsíce (Fait, 2018).

#### **Ulipristalacetát**

Další variantou je jednorázové podání 30 mg látky Ulipristalacetát v tabletce nazývané EllaOne. Aplikovat se může až do 120 hodin od pohlavního styku. Mechanismus účinku

spočívá v oddálení nebo blokaci ovulace. Ovulace se oddálí o pět dní. Mohou se objevit lehčí nežádoucí účinky, mezi které patří bolest hlavy, nevolnost nebo bolest břicha (Fait, 2018).

### **Mifepriston**

V České republice se tato metoda nepoužívá. Lze užít až do 120 hodin od styku. Perorálně se podává 10 mg látky Mifepriston. Účinnost činí 81 %. Častěji se používá při ukončení těhotenství v prvních třech měsících. Dávka již musí být silnější, to znamená 600 mg. Do 42. dne těhotenství vychází úspěšnost přerušování na 80 % (Fait, 2018).

### **Nitroděložní tělísko**

Intrauterinní nitroděložní tělísko se může zavést až do pátého dne od nechráněného pohlavního styku. Pokud během styku došlo k oplodnění, nitroděložní tělísko těhotenství zabrání. Díky vložení tělíska se přerušuje uhnízdění vajíčka (Fait, 2018).

## **1.5 Vedlejší účinky antikoncepce**

Při používání jakékoliv antikoncepční metody může dojít k vedlejšímu účinku. Při studiích se hledí na věk uživatelky, sexuální aktivitu, kouření, hmotnost, psychický stres, alkohol, povolání a mnoho dalších. Dále se zkoumá komplikace u bývalých uživatelky, které používaly přípravek, který se už nevyskytuje na trhu. Je potřeba zmínit, že vedlejší účinek může být i příznivý. Nejčastěji se uvádí pokles výskytu karcinomu vaječnicků nebo dělohy u žen, které užívají kombinovanou hormonální antikoncepci. Rizika dané metody se hodnotí v souvislosti s bio-psycho-sociálním modelem. Jedním z rizik je samotný pohlavní styk, který může vyvolat stavy ohrožující život, závažné choroby, ohrožení plodnosti díky neléčeným infekcím, akutní stavy nebo psychická traumata. Dalším rizikem je těhotenství. Je třeba dbát na správný výběr antikoncepční metody. Zdravotní rizika antikoncepce jsou často přeceňována. V České republice zemře asi 2:1 milion žen za rok kvůli obtížím z antikoncepce (Čepický, Fanta, 2011).

## 2 Praktická část

Před psaním mé bakalářské práce jsem se často setkávala s různými pohledy na antikoncepci. Skutečné příběhy mě přiměly k zamyšlení shrnout všechny dostupné metody, které jsou leckdy přehlíženy díky menší propagaci. Zároveň je správná ochrana ženy před nechtěným otěhotněním velmi důležitá. Rozhodla jsem se tedy vytvořit dotazníkové šetření, které odhalí, v jaké míře jsou studentky Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy informovány.

### 2.1 Cíle a výzkumné otázky

**Hlavním cílem** bakalářské práce je zjistit znalost antikoncepčních metod u vybraných respondentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy.

#### **Dílčí výzkumné cíle:**

Dílčí výzkumný cíl č. 1: Zjistit, který druh antikoncepčních metod je nejvíce využíván u vybraných studentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy.

Dílčí výzkumný cíl č. 2: Zjistit, jestli se na výběru antikoncepční metody podílel i partner.

Dílčí výzkumný cíl č. 3: Zjistit, zda studentky přírodovědných oborů mají větší znalost (počet správných odpovědí) o antikoncepci než ostatní studentky.

**Hlavní výzkumná otázka zní:** Jakou mají znalost vybrané studentky Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy ohledně antikoncepčních metod?

#### **Dílčí výzkumné otázky:**

Dílčí výzkumná otázka č. 1: Jaká antikoncepční metoda je nejvíce preferovaná u vybraných studentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy?

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Mají i partneři významný vliv při výběru dané antikoncepční metody?

Dílčí výzkumná otázka č. 3: Mají studentky přírodovědných oborů větší znalost (počet správných odpovědí) o antikoncepci než ostatní studentky?

## **2.2 Metodika práce**

Prostřednictvím dotazníku jsem zkoumala informovanost studentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy z oblasti antikoncepčních metod. Dotazníkové šetření bylo v závěru praktické části na základě odpovědí vyhodnoceno.

### **2.2.1 Organizace výzkumu**

Pro výzkum byl zpracován anonymní dotazník, který byl sestaven za pomoci nastudované odborné literatury a s odbornou konzultací vedoucí práce. Dotazník obsahuje úvodní slova, 35 otázek a prostor pro náměty a komentáře dotazovaných studentek. Prvních dvanáct otázek se zaměřuje na identifikaci, zaměření studia na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy a na partnerský a sexuální život každé dotazované respondentky. Zbývající otázky jsou sestaveny za účelem zjistit vědomosti. Pro dotazníkové šetření byly použity otevřené, polo-uzavřené a uzavřené otázky. Výzkum jsem realizovala osobně. Dotazníky jsem několikrát rozdala před přednáškami s velkou kapacitou studentů a po skončení jsem si je vyplněné od studentek osobně vybrala.

### **2.2.2 Cílová skupina**

Cílovou skupinu tvořily pouze ženy. Výzkum probíhal na půdě Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v době průběžné výuky v letním semestru v roce 2020. Studijní obory dotazovaných byly různé. Předpokládaný počet dotazníkového průzkumu byl sto studentek.

## **2.3 Vyhodnocení a komparace dat**

Součástí výzkumného šetření byl zhotoven dotazník, který byl určen studentkám Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. Data jsem sbírala od konce února do poloviny března roku 2020. Dohromady jsem rozdala 204 dotazníků. Celkem jsem zpět získala 170 vyplněných dotazníků. Zpětná vratnost činí 83,3 %. Žádný vyplněný dotazník se nemusel vyřadit. Dotazované studentky byly velice vstřícné a vyplněný dotazník vracely s ochotou. Výsledky jsou zaznamenány v tabulkách, které uvádí číselné i procentuální zastoupení odpovědí. Téměř u všech vědomostních otázek měly respondentky možnost výběru z mnoha odpovědí. V tomto případě jsou správné odpovědi uzavřených otázek vyznačeny v tabulkách tučným písmem. Správná odpověď na otevřenou otázku je napsána a také vyznačena tučným písmem pod dotazem.

Otázka č. 1: „Prosím, zařadte svůj věk do uvedené věkové kategorie.“

N = 170

**Tabulka 1 – Věk respondentek**

<b>věk</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
19-24	159	93,5 %
25-30	8	4,7 %
31-35	2	1,2 %
36-40	0	0,0 %
41-45	0	0,0 %
46-50	0	0,0 %
50-55	1	0,6 %
55 a více	0	0,0 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

V první otázce jsem respondentky poprosila o zaškrtnutí věkové kategorie, do které patří. Největší zastoupení činily studentky ve věku mezi 19-24 let, kterých bylo celkem 159 (93,5 %). Následovalo 8 žen (4,7 %) starších mezi 25-30 let, 2 ženy (1,2 %) spadající do skupiny 31-35 let a 1 žena (0,6 %) ve věku mezi 50.-55. rokem života. Ostatní věkové rozmezí nebyly zastoupeny. Převládající zastoupení cílové skupiny 19-24 let lze vysvětlit tím, že na vysokou školu, tedy na Pedagogickou fakultu Univerzity Karlovy nejčastěji nastupují studentky ihned po ukončení středoškolského či gymnaziálního vzdělání. Širší věkové rozpětí jsem uvedla z důvodu, že vystudovat vysokou školu může kdykoliv každý z nás v jakémkoli věku. Zejména pedagogické studium si nejčastěji dodělávají učitelé již s dlouholetou praxí. Dotazníky jsem rozdávala také respondentkám studující kombinovanou formu studia, tudíž jsem předpokládala starší věkovou hranici. Po rozdělení dotazníků jsem si všimla drobné chyby v zadání. Věková hranice 50-55 let měla začít rokem 51, aby vznikl plynulý přechod na věkovou kategorii 46-50. Tato chyba neovlivnila můj výzkum. V chybné skupině byla zařazena 1 žena, která do zaškrtnuté kolonky napsala svůj přesný věk.

Otázka č. 2: „Na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy aktuálně studujete:“

N = 170

**Tabulka 2 – Forma studia respondentek**

studium	absolutní četnost	%
bakalářské	146	85,9 %
navazující magisterské	2	1,2 %
magisterské	21	11,8 %
současně bakalářské a magisterské	1	1,2 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Druhá otázka se týkala formy studia respondentek na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy. Bakalářskou formu studia uvedlo 146 respondentek (85,9 %). Menší zastoupení je u studentek magisterského studia, zde odpovědělo 21 respondentek (11,8 %). Navazující magisterské studium studují 2 respondentky (1,2 %) z celkového počtu. Nejmenší zastoupení činí u studia bakalářského a magisterského současně, a to pouze jedna studentka (1,2 %).

Otázka č. 3: *Prosím, napište aprobaci/aprobace svého aktuálního studia na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy.*“

N = 171

**Tabulka 3 – Aprobace podle oborů**

aprobace na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy	absolutní četnost	%
všechny přírodovědné obory	17	9,9 %
alespoň jeden přírodovědný obor	31	18,0 %
všechny jazyky	14	8,1 %
všechny humanitní obory	52	30,2 %
všechny společenské obory	30	17,4 %
ostatní	21	12,2 %
žádná odpověď	6	4,1 %
celkem	171	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Další otázka je otevřená, takže každá dotazovaná měla za úkol sama svou odpověď vepsat. Je zaměřena na aprobaci, kterou respondentky studují. Všechny aprobace jsou vypsány na konci práce v příloze č. 3. Celkový počet odpovědí je 171, jelikož jedna studentka

odpověděla, že studuje dva obory současně, a to Učitelství pro 1. stupeň základní školy a Speciální pedagogiku. Vyhodnocení této otázky tedy vyplývá z celkového počtu odpovědí. Každý vyplněný dotazník jsem rozřadila. Aprobace jsem dále rozdělila do větších skupin podle druhů oborů. Aprobaci skládající se z obou přírodovědných předmětů navštěvuje 17 studentek (9,9 %). Alespoň jeden přírodovědný předmět z celé aprobace studuje 31 respondentek (18,0 %). Jazyky se učí 14 studentek (8,1 %). Největší zastoupení tvoří aprobace složená z obou humanitních předmětů, která činí celkem 52 odpovědí (30,2 %). Výuku sestavenou ze společenských předmětů navštěvuje 30 respondentek (17,4 %). Zbylé předměty, jejichž počet je 21 (12,2 %) jsem nezařadila ani do jedné z uvedených skupin. Z celkového počtu 6 žen (4,1 %) na otázku neodpovědělo.

*Otázka č. 4: „Vyznáváte nějaké náboženství?“*

N = 170

**Tabulka 4 – Víra respondentek**

<b>náboženství</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
ano	22	12,9 %
ne	134	78,8 %
nechci odpovídat	13	7,6 %
žádná odpověď	1	0,6 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Dále jsem se ptala na víru. Z celkového počtu 22 respondentek (12,9 %) vyznává křesťanství. Větší zastoupení studentek, tedy 134 (78,8 %) nemá žádnou víru. Dalších 13 žen (7,6 %) nechtělo odpovídat a 1 studentka (0,6 %) tuto otázku zcela vynechala.

*Otázka č. 5: „Máte nyní jednoho stálého partnera?“*

N = 170

**Tabulka 5 – Partnerský stav respondentek**

<b>jeden stálý partner</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
ano	113	66,5 %
ne, více partnerů	6	3,5 %
ne, žádný partner	51	30,0 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

V páté otázce jsem zjišťovala u respondentek jejich osobní stav, ze kterého jsem mohla odvodit pohlavní život. V případě, že studentky odpověděly, že partnera či partnery mají, zajímalo mě, jak dlouho spolu ve vztahu jsou. Více než polovina studentek, tedy celkem 113 (66,5 %) má jednoho stálého partnera. Z celkového počtu 6 respondentek (3,5 %) se přiznalo k více partnerům. Délka vztahů dotazovaných žen trvá od jednoho měsíce až po 29 let (všechny délky vztahů jsou vypsány na konci práce v příloze č. 4). Bez partnera je celkem 51 studentek (30,0 %).

*Otázka č. 6: „Máte nějaké děti?“*

N = 170

**Tabulka 6 – Potomci**

děti	absolutní četnost	%
ano	4	2,4 %
ne	165	97,1 %
žádná odpověď	1	0,6 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Dále mě zajímalo, zda již mají studentky Pedagogické fakulty Univerzity Karlova dítě či více dětí. Z celkového počtu mají pouze 4 respondentky (2,4 %) dítě/děti. Jedna žena má jedno dítě, dvě respondentky mají 2 děti a poslední jedna žena je matkou 3 dětí. Jedna odpověď (0,6 %) nebyla vyplněna a zbylých 165 studentek (97,1 %) potomky nemá.

*Otázka č. 7: „Pokud jste v předchozí otázce označila možnost „NE“, plánujete v budoucnu dítě/děti?“*

N = 166

**Tabulka 7 – Plánování dítěte nebo dětí respondentek**

plánování dítěte/dětí	absolutní četnost	%
ano	140	84,3 %
ne	5	3,0 %
nevím	20	12,0 %
žádná odpověď	1	0,6 %
celkem	166	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Další otázka byla věnovaná pouze respondentkám, které v předchozí otázce odpověděly, že nemají dítě či více dětí. Celkem se tedy vztahovala na 166 žen (100 %). Zbylé 4 ženy

(2,4 %), které dítě/děti mají, tuto otázku přeskočily a pokračovaly následující osmou otázkou. V sedmé otázce jsem se studentek ptala, zda v budoucnu plánují rodinu. Celkem 140 žen (84,3 %), což je více jak polovina, odpovědělo, že by v budoucnu chtěly jednoho potomka či více potomků. Dohromady 5 respondentek (3,0 %) uvedlo, že v budoucnu dítě nebo více dětí neplánují. 20 studentek (12,0 %) označilo odpověď „nevím“ a jedna žena (0,6 %) otázku přeskočila a nevyplnila ji.

*Otázka č. 8: „Podstoupila jste někdy chtěnou interrupci (umělé ukončení těhotenství)?“*

N = 170

**Tabulka 8 – Umělé ukončení těhotenství respondentek**

<b>chtěná interrupce</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
ano	2	1,2 %
ne	166	97,6 %
žádná odpověď	2	1,2 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Otázka číslo osm se týká umělého přerušování těhotenství. Zajímalo mě, zda některá ze studentek podstoupila zákrok zvaný interrupce. Tuto otázku jsem do dotazníkového šetření zařadila z důvodu, že jsem chtěla zjistit, jestli tato zkušenost má nějakou souvislost s větší opatrností při pohlavním styku a s používáním spolehlivějších a účinnějších metod v podobě například hormonální antikoncepce. Dvě studentky (1,2 %) uvedly, že umělou interrupci podstoupily. Ostatních 166 respondentek (97,6 %) označilo, že umělé ukončení těhotenství nezažily. U dvou dotazníků (1,2 %) chyběla odpověď.

*Otázka č. 9: „Používáte nějakou antikoncepční metodu např. kondom, přerušovanou soulož, pilulku, počítání plodných a neplodných dnů atd.?“*

N = 170

**Tabulka 9 – Ochrana respondentek před otěhotněním**

<b>použití antikoncepční metody</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
ano	148	87,1 %
ne	22	12,9 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

V další otázce jsem se žen ptala, zda využívají nějakou antikoncepční metodu. Pokud odpověděly, že používají nějakou metodu, další otázky na toto téma navazovaly. V případě, že ženy označily odpověď „ne“, doplnila jsem tuto odpověď podotázkou. V podotázce jsem chtěla vědět, z jakého důvodu antikoncepci nepoužívají. Z celkového počtu 148 žen (87,1 %) zaškrtnulo, že antikoncepci používají. Zbýlých 22 respondentek (12,9 %) odpovědělo, že nevyužívají žádnou antikoncepční metodu. V podotázce se vyskytly tyto odpovědi: abstinuji (1 ×), jsem panna (3 ×), jsem po přechodu (1 ×), nemám pohlavní styk s muži (1 ×), nemám partnera (5 ×), nepotřebuji (6 ×), nežiji sexuálním životem (1 ×), nemůžu mít děti (1 ×) a nebylo uvedeno (3 ×).

*Otázka č. 10: „Pokud jste v předchozí otázce označila možnost „ANO“, jakou metodu používáte? (Je možné označit více odpovědí.)“*

N = 219

**Tabulka 10 – Antikoncepční metody**

<b>používaná antikoncepční metoda</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
ženský prezervativ	1	0,5 %
mužský prezervativ	83	37,9 %
hormonální pilulka	65	29,7 %
hormonální nitroděložní tělísko	2	0,9 %
antikoncepční náplast	2	0,9 %
nehormonální nitroděložní tělísko	1	0,5 %
spermicidy	3	1,4 %
vaginální pesar	1	0,5 %
přerušovaná soulož	37	16,9 %
počítání plodných a neplodných dnů	23	10,5 %
jiná odpověď	1	0,5 %
celkem	219	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Otázka č. 10 se vztahuje pouze na studentky, které v předchozí otázce označily možnost, že používají antikoncepci. Na tuto otázku celkem odpovědělo 148 respondentek. Ženy mohly označit více odpovědí, proto je v tabulce v celkovém počtu více odpovědí, než je samotný počet studentek. Zajímalo mě, jaké antikoncepční metody vybrané studentky Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy využívají a jaká metoda bude mít největší zastoupení. Nejvíce

využívanou antikoncepční metodou je mužský prezervativ, který byl označen 83krát (37,9 %). Následujícím zástupcem je hormonální pilulka, která byla vyznačena 65krát (29,7 %). Méně častými jsou přirozené metody antikoncepce. Přerušovaná soulož byla zaškrtnuta 37krát (16,9 %) a počítání plodných a neplodných dnů 23krát (10,5 %). Nejméně oblíbenými metodami jsou spermicidy s počtem 3 označených odpovědí (1,4 %), hormonální nitroděložní tělíčko se 2 označenými odpověďmi (0,9 %) a antikoncepční náplast také s 2 označenými odpověďmi (0,9 %). Po jedné zaškrtnuté odpovědi (0,5 %) následuje ženský prezervativ, nehormonální nitroděložní tělíčko a vaginální pesar. Jednou (0,5 %) byla označena možnost „jiná odpověď“ a to, že respondentka používá „běžnou antikoncepci“. V případě, že ženy označily více odpovědí, nejčastějšími kombinacemi byly: hormonální pilulka kombinovaná s mužským prezervativem, mužský prezervativ kombinovaný s přerušovanou souloží nebo počítání plodných a neplodných dnů kombinované s přerušovanou souloží. Doba vztahu či počet partnerů nemá vliv na znalost antikoncepce ani na výběru dané metody. Respondentky volí jak hormonální formy, tak i nehormonální a nezáleží na délce vztahu. Dvě studentky (1,2 %) zažily umělé ukončení těhotenství. Zajímavostí je, že jedna z nich od sexuálního styku úplně abstinuje a druhá používá kombinaci nehormonálních metod antikoncepce, a to mužský prezervativ, přerušovanou soulož a počítání plodných a neplodných dní. Z 22 věřících studentek (12,9 %) využívá většina nehormonální metody antikoncepce, 5 studentek užívá hormonální pilulky a 3 respondentky nevyužívají žádnou metodu z důvodu, že ochranu zatím nepotřebují. Také věk nemá vliv na výběru antikoncepční metody.

Otázka č. 11: „Kdo nejvíce ovlivnil výběr Vaší aktuálně používané antikoncepční metody? (Je možné označit pouze jednu odpověď.)“

N = 148

**Tabulka 11 - Vliv na respondentky při výběru antikoncepční metody**

<b>vliv při výběru antikoncepční metody</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
vlastní rozhodnutí	101	68,2 %
partner	9	6,1 %
gynekolog	27	18,2 %
kamarádka	2	1,4 %
média	0	0,0 %
jiná odpověď	9	6,1 %
celkem	148	100,0 %

Zdroj: z vlastní práce

Další otázka se opět vztahuje pouze na studentky, které v otázce číslo 9 odpověděly, že používají nějakou antikoncepční metodu. Na otázku celkem odpovědělo 148 respondentek. V otázce číslo 11 jsem se žen ptala na vliv při výběru dané antikoncepční metody. Na vyhodnocení této otázky jsem se velice těšila, protože mě výsledek hodně zajímal. Více než polovina studentek, a to celkem 101 (68,2 %) se samy rozhodují o své antikoncepci. Dalších 27 žen (18,2 %) se poradilo s gynekologem, který měl vliv při jejich výběru dané metody. S velikým překvapením pouhých 9 respondentek (6,1 %) uvedlo, že je ovlivnil partner. Dvě studentky (1,4 %) se poradily s kamarádkou. Žádnou ženu neovlivnila media. Jinou odpověď uvedlo 9 studentek (6,1 %). Do kolonky „jiná odpověď“ dotazované připsaly: dokument (1 ×), matka (5 ×), zdravotní důvod (2 ×) a nebylo uvedeno (1 ×).

Otázka č. 12: „Pozorujete při užívání/používání Vaší vybrané antikoncepční metody nějaké vedlejší nežádoucí účinky?“

N = 148

**Tabulka 12 – Vedlejší nežádoucí účinky respondentek**

<b>vedlejší nežádoucí účinky</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
ano	30	20,3 %
ne	118	79,7 %
celkem	148	100,0 %

Zdroj: z vlastní práce

Poslední otázka zaměřena pouze na respondentky, které v předchozí 9. otázce odpověděly, že používají nějakou z antikoncepčních metod, je zaměřena na vedlejší nežádoucí účinky. Na tuto otázku odpovědělo dohromady 148 studentek. Zajímalo mě, zda při používání dané antikoncepční metody ženy pozorují nějakou nevýhodu. Více než polovina, tedy 118 respondentek (79,7 %) nemá problém s antikoncepční metodou a nevěšly si vedlejšího účinku antikoncepce. Zbýlých 30 studentek (20,3 %) uvedlo, že při užívání své antikoncepce vyzorovaly vedlejší nežádoucí účinky. Odpověď „ano“ byla doplněna podotázkou, ve které měly respondentky doplnit konkrétní vedlejší nežádoucí účinky. Všechny konkrétní odpovědi nežádoucích účinků jsou vypsány na konci práce v příloze č. 5.

*Otázka č. 13: „Víte, jak dlouho dokáže přežít mužská spermie v pohlavním ústrojí ženy?“*

N = 170

**Tabulka 13 – Životnost mužské spermie**

<b>životnost mužské spermie</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
<b>až 5 dní</b>	<b>53</b>	<b>31,2 %</b>
48 hodin	99	58,2 %
2 hodiny	13	7,6 %
žádná odpověď	5	2,9 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Otázka číslo 13 zjišťuje znalost dotazovaných respondentek, která se týká životnosti mužské spermie. Při využívání přirozené metody cyklické abstinence, tedy například počítání plodných a neplodných dnů, je třeba vědět, jak dlouho dokáží mužské spermie přežít v těle ženy. Zajímalo mě, kolik studentek bude tuto informaci vědět. Správně odpovědělo pouze 53 žen (31,2 %) z celkového počtu dotazovaných, kdy zaškrtnuly, že mužské spermie přežijí v pohlavním ústrojí ženy až 5 dní. Více jak polovina, tedy 99 studentek (58,2 %) si myslely, že spermie přežije 48 hodin. Zbýlých 13 respondentek (7,6 %) uvedlo, že životnost spermie činí 2 hodiny. V 5 dotaznicích (2,9 %) odpověď zcela chyběla.

Otázka č. 14: „Víte, co znamená pojem Pearl index?“

N = 170

**Tabulka 14 – Povědomí o Pearl indexu**

<b>povědomí o Pearl indexu</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
ano	19	11,2 %
ne	150	88,2 %
žádná odpověď	1	0,6 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

V další otázce jsem se studentek ptala, zda ví, co znamená Pearlův index. Pokud si myslely, že ano, chtěla jsem po nich v doplňující podotázce napsat definici. Z celkového počtu 19 respondentek (11,2 %) uvedlo, že zná pojem Pearlův index. Z odpovědí respondentek jsem vytvořila kategorie: počítání plodných a neplodných dnů (1 ×), hodnota spolehlivosti antikoncepční metody (6 ×), matematické vyjádření kvality/spolehlivosti antikoncepce (3 ×), index v antikoncepcích, který udává počet oplodněných i přes používání antikoncepční metody (1 ×), 100 % účinnost antikoncepce (5 ×), % otěhotnění i když nechtějí (1 ×), spolehlivost hormonální antikoncepce a kolik žen nechtěně otěhotní (1 ×), nedostatky v určitém typu antikoncepce (1×). V příloze č. 6 jsou kategorie zaznamenány v tabulce a dále jsou vypsány všechny doslovné přepisy odpovědí respondentek. Správná odpověď měla být, že Pearlův index udává počet otěhotnění na sto žen, které žijí pravidelný sexuální život a které během jednoho roku používají pouze jednu antikoncepční metodu. Více jak polovina respondentek (88,2 %) však odpověděla, že neví, co index znamená. V jednom dotazníku (0,6 %) byla odpověď zcela vynechána.

Otázka č. 15: „Ke každému pojmu označte křížkem správnou variantu antikoncepční metody.“

N = 170

**Tabulka 15 – Zařazení antikoncepčních metod**

metoda	příroz.	bariér.	hormon.	chem.	žádná odpověď	absolutní četnost
spermicidy	7 (4,1 %)	4 (2,4 %)	20 (11,8 %)	<b>122</b> <b>(71,8 %)</b>	17 (10,0 %)	170 (100,0 %)
podkožní implantát	2 (1,2 %)	33 (19,4 %)	<b>96</b> <b>(56,5 %)</b>	26 (15,3 %)	13 (7,6 %)	170 (100,0 %)
měření bazální teploty	<b>151</b> <b>(88,8 %)</b>	3 (1,8 %)	5 (2,9 %)	4 (2,4 %)	7 (4,1 %)	170 (100,0 %)
minipilulky	1 (0,6 %)	0 (0,0 %)	<b>127</b> <b>(74,7 %)</b>	29 (17,1 %)	13 (7,6 %)	170 (100,0 %)
prezervativ	5 (2,9 %)	<b>159</b> <b>(93,5 %)</b>	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (3,5 %)	170 (100,0 %)
přerušovaná soulož	<b>157</b> <b>(92,4 %)</b>	4 (2,4 %)	1 (0,6 %)	2 (1,2 %)	6 (3,5 %)	170 (100,0 %)
vaginální pesar	3 (1,8 %)	<b>124</b> <b>(72,9 %)</b>	19 (11,2 %)	9 (5,3 %)	15 (8,8 %)	170 (100,0 %)
antikoncepční náplast	1 (0,6 %)	3 (1,8 %)	<b>134</b> <b>(78,8 %)</b>	27 (15,9 %)	5 (2,9 %)	170 (100,0 %)

Zdroj: z vlastní práce

V patnácté otázce jsem se zaměřila na jednotlivé formy antikoncepce. Po studentkách jsem chtěla, aby mi každý pojem zařadily do antikoncepční metody. V tabulce je správné zařazení každé metody zvýrazněno tučným písmem. Z celkového počtu si 7 žen (4,1 %) myslí, že spermicidy patří do přirozené metody, 4 ženy (2,4 %) uvedly bariérovou metodu, 20 studentek (11,8 %) hormonální metodu a 122 respondentek (71,8 %) chemickou metodu. U 17 dotazníků (10,0 %) zařazení spermicidů chybělo. Podkožní implantát byl v zastoupení odpovědí: 2 odpovědi (1,2 %) pro přirozenou metodu, 33 odpovědi (19,4 %) pro bariérovou metodu, 96 odpovědi (56,5 %) pro hormonální metodu a 26 odpovědi (15,3 %) pro chemickou antikoncepční metodu. U 13 dotazníků (7,6 %) zařazení podkožního implantátu chybělo. Měření bazální teploty bylo považováno za přirozenou metodu 151 studentkami (88,8 %), za bariérovou metodu 3 ženami (1,8 %), za hormonální metodu 5 respondentkami (2,9 %) a za chemickou metodu 4 dotazovanými (2,4 %). Odpověď u měření bazální teploty zcela vynechalo 7 žen (4,1 %). Minipilulky označila za přirozenou metodu jedna žena (0,6 %), za bariérovou metodu žádná žena (0,0 %), hormonální metoda

byla nejpočetnější, a to se 127 odpověďmi (74,7 %), za chemickou metodu byla považována 29 ženami (17,1 %) a 13 studentek (7,6 %) neodpovědělo. Nejlépe zařazený byl prezervativ. Z celkového počtu 159 respondentek (93,5 %) správně označilo odpověď s bariérovou metodou. Zbýlých 5 studentek (2,9 %) přiřadily prezervativ do přirozené metody. U 6 dotazníků (3,5 %) odpověď zcela chyběla. Hormonální a chemická metoda neměla žádné zastoupení. Na druhém místě ve správnosti zařazení antikoncepční metody byla metoda přerušované soulože. Z celkového počtu označilo 157 studentek (92,4 %) přirozenou metodu, 4 ženy (2,4 %) bariérovou metodu, 1 respondentka (0,6 %) hormonální metodu a 2 dotazované (1,2 %) chemickou metodu. U metody přerušovaná soulož nebyla vyplněna žádná odpověď v 6 dotaznicích (3,5 %). Dalším pojmem k zařazení byl vaginální pesar. Více než polovina, a to 124 dotazovaných (72,9 %) správně označilo možnost odpovědi s bariérovou metodou. Zbýlé 3 studentky (1,8 %) zařadily vaginální pesar do přirozené metody, 19 žen (11,2 %) do hormonální metody a 9 respondentek (5,3 %) do chemické metody. U 15 dotazníků (8,8 %) zařazení zcela chybělo. Posledním pojmem byla antikoncepční náplast, kterou považovala 1 dotazovaná (0,6 %) za přirozenou metodu, 3 ženy (1,8 %) za bariérovou metodu, 134 studentek (78,8 %) správně označilo odpověď s hormonální metodou a chemickou metodu uvedlo 27 studentek (15,9 %). Dohromady 5 žen (2,9 %) nezařadilo hormonální náplast ani do jedné z možností.

*Otázka č. 16: „Chrání ženský pesar ženu před sexuálně přenosnými chorobami?“*

N = 170

**Tabulka 16 – Ochrana před sexuálně přenosnými chorobami**

<b>ochrana ženským pesarem před sexuálně přenosnými chorobami</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
ano	23	13,5 %
<b>ne</b>	<b>84</b>	<b>49,4 %</b>
nevím	63	37,1 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

V otázce číslo 16 jsem se studentek ptala, zda ženský pesar ochraňuje při pohlavním styku před sexuálně přenosnými chorobami. Byla jsem překvapená, že pouze 84 studentek (49,4 %) odpovědělo správně, a to že vaginální pesar nechrání oba partnery před sexuálně přenosnými chorobami během pohlavního styku. Dále 23 respondentek (13,5 %) si myslí,

že ženský pesar slouží jako ochrana před sexuálně přenosnými chorobami, ačkoliv je všeobecně známo, že ochranu zajišťuje pouze prezervativ. Zbýlých 63 studentek (37,1 %) uvedlo, že neví, zda vaginální pesar má ochrannou funkci i před chorobami.

*Otázka č. 17: „Od kolika let je možná dobrovolná sterilizace zdravé ženy v České republice?“*

N = 170

**Tabulka 17 – Sterilizace**

<b>povolení dobrovolné sterilizace</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
od 15 let	12	7,1 %
<b>od 21 let</b>	<b>52</b>	<b>30,6 %</b>
od 18 let	104	61,2 %
žádná odpověď	2	1,2 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Další otázka se zaměřuje na věk dobrovolné sterilizace. Z celkového počtu má 104 respondentek (61,2 %) jasno, že chirurgický zákrok lze provést po dovršení dospělosti, a to v 18 letech. Správnou odpověď, tedy že dobrovolnou sterilizace může podstoupit každý starší 21 let, vyznačilo pouze 52 studentek (30,6 %). Zbýlých 12 žen (7,1 %) si myslí, že sterilizaci lze uskutečnit od 15 let. Dva dotazníky (1,2 %) byly bez odpovědi.

*Otázka č. 18: „Postkoitální antikoncepci neboli záchrannou pilulku „PO“ lze užít maximálně do:“*

N = 170

**Tabulka 18 – Záchranná pilulka "PO"**

<b>maximální doba užití záchranné pilulky "PO"</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
12 hodin po styku	14	8,2 %
72 hodin po styku	81	47,6 %
<b>100 hodin po styku</b>	<b>3</b>	<b>1,8 %</b>
24 hodin po styku	71	41,8 %
žádná odpověď	1	0,6 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Osmnáctá otázka je zaměřena na dobu užití postkoitální antikoncepce. Respondentek jsem se ptala na maximální dobu užití pilulky "PO" v případě rizika otěhotnění po nechráněném pohlavním styku či selhání některé použité metody. V případě selhání je nejlepší postkoitální

antikoncepci užít v co nejkratší dobu. Avšak tuto otázku jsem do dotazníkového šetření zařadila z toho důvodu, aby ženy zjistily, že některé preparáty této záchranné pilulky lze užít po delší době, konkrétně až 100 hodin od styku. Tuto skutečnost věděly pouze 3 ženy (1,8 %) z celkového počtu dotazovaných. Nejvíce zastoupená byla odpověď, která udávala 72 hodin po styku. Celkem ji zodpovědělo 81 studentek (47,6 %). Možnost užití maximálně 24 hodin po styku uvedlo 71 žen (41,8 %). Zbýlých 14 dotazovaných (8,2 %) vybralo odpověď s 12 hodinami po styku. Jedna žena (0,6 %) neodpověděla.

*Otázka č. 19: „Jaké formy lokální chemické antikoncepce můžeme najít na trhu v České republice?“*

N = 170

**Tabulka 19 – Formy lokální chemické antikoncepce**

<b>formy lokální chemické antikoncepce</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
pouze krémy	19	11,2 %
krémy, globule	49	28,8 %
<b>krémy, globule, tampony/čípky</b>	<b>90</b>	<b>52,9 %</b>
pouze globule	8	4,7 %
žádná odpověď	4	2,4 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Další otázka se týkala chemické lokální antikoncepce. Zajímalo mě, zda mají studentky přehled v možných formách této antikoncepce. Z celkového počtu si 19 žen (11,2 %) myslí, že na trhu jsou pouze vaginální krémy a 8 studentek (4,7 %) že si můžou pořídit pouze globule. Dále 49 dotazovaných (28,8 %) je zcela přesvědčena, že existují vaginální krémy a globule. O všech formách, tedy o vaginálních krémech, globulích a tamponů či čípků ví více než polovina, a to 90 respondentek (52,9 %). Zbýlé 4 ženy (2,4 %) tuto otázku přeskočily.

Otázka č. 20: „Která z uvedených variant chemické antikoncepce se nemusí znovu aplikovat před dalším pohlavním stykem? (Myšleno v případě více pohlavních styků za sebou.)“

N = 170

**Tabulka 20 – Lokální chemická antikoncepce**

<b>chemická antikoncepce, která se nemusí znovu aplikovat</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
<b>vaginální tampon</b>	<b>40</b>	<b>23,5 %</b>
vaginální globule	86	50,6 %
vaginální krém	34	20,0 %
žádná odpověď	10	5,9 %
celkem	170	100,0 %

Zdroj: z vlastní práce

Další otázka navazuje ještě na chemickou lokální antikoncepci. Studentek jsem se ptala, jakou formu nemusí již znovu aplikovat v případě, že má dojít k opakovanému pohlavnímu styku. Důležitost vidím především z toho důvodu, že u chemické antikoncepce je pro správnou účinnost nejdůležitější její správná aplikace. Někdo by mohl předpokládat, že jedno použití před stykem vydrží po celou dobu, a i během opakovaného aktu, ale tuto skutečnost potvrzuje pouze forma vaginálního tamponu. Tuto možnost zaškrtno 40 žen (23,5 %) z celkového počtu dotazovaných. Dalších 86 respondentek (50,6 %) si myslí, že se nemusí znovu aplikovat vaginální globule. Zbýlých 34 studentek (20,0 %) je přesvědčeno, že opakovaně nemusí použít vaginální krém. Deseti (5,9 %) dotazníkům chyběla odpověď.

Otázka č. 21: „Která antikoncepční metoda je nejúčinnější při správné aplikaci nebo při správném používání?“

N = 170

**Tabulka 21 – Nejúčinnější metoda**

<b>nejúčinnější metoda při správné aplikaci</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
kondom	70	41,2 %
antikoncepční pilulka	87	51,2 %
<b>vaginální kroužek</b>	<b>9</b>	<b>5,3 %</b>
počítání plodných a neplodných dnů	2	1,2 %
žádná odpověď	2	1,2 %
celkem	170	100,0 %

Zdroj: z vlastní práce

Ve dvacáté první otázce mě zajímalo, zda studentky správně vyberou antikoncepční metoda s největším jejím účinkem. Z celkového počtu považuje 70 respondentek (41,2 %) za nejúčinnější metodu prezervativ. Antikoncepční pilulku uvedlo 87 (51,2 %) žen. Správnou odpověď, tedy vaginální kroužek zaškrtilo 9 dotazovaných (5,3 %). Zbylé 2 studentky (1,2 %) si myslí, že metoda s největší účinností je počítání plodných a neplodných dnů. Žádná odpověď se objevila u 2 dotazníků (1,2 %).

*Otázka č. 22: „Existuje nehormonální nitroděložní tělísko?“*

N = 170

**Tabulka 22 – Nehormonální nitroděložní tělísko**

<b>existence nehormonálního nitroděložního tělíska</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
<b>ano</b>	<b>88</b>	<b>51,8 %</b>
ne	18	10,6 %
nevím	64	37,6 %
žádná odpověď	0	0,0 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Další otázka v dotazníku se týkala nehormonálního nitroděložního tělíska. Zajímalo mě, kolik žen nehormonální tělísko zná, protože mám pocit, že je známější spíše hormonální tělísko. Z celkového počtu zná nehormonální tělísko 88 dotazovaných studentek (51,8 %). Ostatních 18 respondentek (10,6 %) si myslí, že nehormonální tělísko neexistuje a zbylých 64 žen (37,6 %) zaškrtilo odpověď „nevím“.

*Otázka č. 23: „Je nutná anestezie k zavedení nitroděložního tělíska?“*

N = 170

**Tabulka 23 – Anestezie k zavedení nitroděložního tělíska**

<b>nutnost anestezie k zavedení nitroděložního tělíska</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
ano	13	7,6 %
<b>ne</b>	<b>109</b>	<b>64,1 %</b>
nevím	47	27,6 %
žádná odpověď	1	0,6 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Ve dvacáté třetí otázce jsem se studentek ptala na zavedení nitroděložního tělíska. Zajímalo mě, zda ví, že k zavedení není nutné uvést ženu do celkové anestezie. Z celkového počtu tuto skutečnost vědělo 109 dotazovaných (64,1 %), které odpověděly, že anestezie není zapotřebí při zákroku. Ostatních 13 žen (7,6 %) je přesvědčeno, že při zavádění tělíska je anestezie nutná. Zbylých 47 respondentek (27,6 %) nezná odpověď. Jeden dotazník (0,6 %) byl pod touto otázkou prázdný.

*Otázka č. 24: „Od kolika let může gynekolog předepsat kombinovanou hormonální antikoncepci?“*

N = 170

**Tabulka 24 – Věk předepsání kombinované hormonální antikoncepce**

<b>věk předepsání kombinované hormonální antikoncepce</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
od 18 let	13	7,6 %
<b>od 15 let</b>	<b>143</b>	<b>84,1 %</b>
od 16 let	14	8,2 %
žádná odpověď	0	0,0 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Další otázka byla zaměřena na věk, kdy je možné předepsat kombinovanou hormonální antikoncepci. Z celkového počtu si 13 respondentek (7,6 %) myslí, že je možné hormonální kombinovanou antikoncepci předepsat po dovršení zletilosti, tedy od 18 let. Dalších 14 žen (8,2 %) uvedlo, že lze antikoncepci předepsat v 16 letech. Zbylých 143 studentek (84,1 %) odpovědělo správně a zaškrtnulo odpověď „od 15 let“.

Otázka č. 25: „Který/é hormon/hormony obsahuje kombinovaná hormonální antikoncepce?“

N = 170

**Tabulka 25 – Hormony v kombinované hormonální antikoncepci**

hormon/hormony	absolutní četnost	%
obsahuje jeden hormon (estrogen)	5	2,9 %
obsahuje jeden hormon (progestin)	3	1,8 %
obsahuje jeden hormon (oxytocin)	1	0,6 %
<b>obsahuje dva hormony (estrogen a progestin)</b>	<b>87</b>	<b>51,2 %</b>
obsahuje dva hormony (estrogen a oxytocin)	24	14,1 %
obsahuje dva hormony (progestin a oxytocin)	7	4,1 %
obsahuje tři hormony (estrogen, progestin, oxytocin)	36	21,2 %
žádná odpověď	7	4,1 %
celkem	170	100,0 %

Zdroj: z vlastní práce

Následující otázka se týkala obsahu hormonů v kombinované hormonální antikoncepci. Studentek jsem se ptala, který hormon či více hormonů najdeme ve složení. Z celkového počtu si 5 žen (2,9 %) myslí, že je v kombinované hormonální antikoncepci pouze estrogen, 3 respondentky (1,8 %) uvedly pouze progestin a jedna studentka (0,6 %) zaškrtnula oxytocin. Správně odpovědělo 87 žen (51,2 %). Tyto ženy byly přesvědčeny, že kombinovaná hormonální antikoncepce obsahuje dva hormony, a to estrogen a progestin. Špatnou kombinaci estrogenu a oxytocinu uvedlo 24 respondentek (14,1 %) a progestinu a oxytocinu 7 dotazovaných (4,1 %). Kombinaci všech tří hormonů, tedy estrogen, progestin a oxytocin označilo 36 žen (21,2 %). Zbýlých 7 studentek (4,1 %) tuto otázku přeskočilo.

Otázka č. 26: „Která hormonální antikoncepce je vhodná pro kojící ženy?“

N = 170

**Tabulka 26 – Hormonální antikoncepce pro kojící ženy**

hormonální antikoncepce pro kojící ženy	absolutní četnost	%
<b>gestagenní antikoncepce</b>	<b>83</b>	<b>48,8 %</b>
kombinovaná hormonální antikoncepce	23	13,5 %
antikoncepce s oxytocinem	56	32,9 %
žádná odpověď	8	4,7 %
celkem	170	100,0 %

Zdroj: z vlastní práce

Další otázka se ještě věnovala hormonální antikoncepci. Zajímalo mě, zda studentky ví, kterou hormonální antikoncepci mohou užívat kojící ženy. Méně než polovina, tedy 83 dotazovaných (48,8 %) věděla, že kojící ženy mohou používat gestagenní antikoncepci. Dalších 23 respondentek (13,5 %) uvedlo kombinovanou hormonální antikoncepci. Zbylých 56 žen (32,9 %) je přesvědčeno o vhodnosti užívání antikoncepce s oxytocinemem v době, kdy žena kojí. Žádná odpověď nebyla vyplněna u 8 dotazníků (4,7 %).

*Otázka č. 27: „Kdo by neměl užívat kombinovanou hormonální antikoncepci? (Je možné označit více správných odpovědí.)“*

N = 302

**Tabulka 27 – Nevhodná uživatelka kombinované hormonální antikoncepce**

<b>nevhodná uživatelka</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
<b>žena trpící migrénami</b>	<b>39</b>	<b>12,9 %</b>
žena mladší 18 let	24	7,9 %
<b>žena kuřačka</b>	<b>45</b>	<b>14,9 %</b>
žena, která potratila	46	15,2 %
<b>žena trpící žilní trombózou</b>	<b>146</b>	<b>48,3 %</b>
žádná odpověď	2	0,7 %
celkem	302	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Otázka číslo 27 se týká kombinované hormonální antikoncepce a její nevhodnou uživatelkou. Studentek jsem se ptala, pro kterou uživatelku není zcela vhodné užívání hormonální kombinované antikoncepce. Celkem odpovídalo 170 studentek, avšak dotazované mohly označit více odpovědí. Proto je tedy celkem 302 odpovědí. Odpověď „žena trpící migrénami“ byla zaškrtnuta 39krát (12,9 %), odpověď „žena mladší 18 let“ 24krát (7,9 %), odpověď „žena kuřačka“ 45krát (14,9 %), odpověď „žena, která potratila“ 46krát (15,2 %) a odpověď „žena trpící žilní trombózou“ 146krát (48,3 %). Zbylé dva dotazníky (0,7 %) byly bez odpovědí. Správnou odpověď jsem považovala tehdy, pokud byla označena odpověď „žena trpící migrénami“, „žena kuřačka“ a „žena trpící žilní trombózou“. Všechny tyto možnosti vyznačilo pouze 10 studentek z celkového počtu 170.

Otázka č. 28: „Žena by nejlépe měla užívat antikoncepční pilulku ve stejnou dobu. Pokud však zapomene, kolik hodin je v toleranci?“

N = 170

**Tabulka 28 – Tolerance antikoncepční pilulky**

<b>tolerance při užívání antikoncepční pilulky</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
6 hodin	52	30,6 %
24 hodin	32	18,8 %
34 hodin	0	0,0 %
<b>12 hodin</b>	<b>85</b>	<b>50,0 %</b>
žádná odpověď	1	0,6 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Další otázka udává toleranci chyby při aplikaci antikoncepční pilulky. Studentek jsem se ptala, kolik hodin je v toleranci v případě zapomenutí užití tabletky, aniž by se zmenšila spolehlivost metody. Otázku jsem zařadila z důvodu, že mi přijde důležité vědět, že pokud si žena zapomene vzít pilulku více jak 12 hodin, je nutné se po nějakou dobu chránit i jiným způsobem například použit mužský prezervativ. Z celkového počtu uvedlo 52 žen (30,6 %), že je v toleranci 6 hodin. Dalších 32 respondentek (18,8 %) si myslí, že se toleruje 24 hodin. Nikdo neuvedl odpověď „34 hodin“. Přesně polovina žen (50,0 %), tedy dohromady 85 studentek je přesvědčeno, že tolerance chyby bez změny účinku je do 12 hodin. Jedna žena (0,6 %) otázku přeskočila a neodpověděla na ní.

Otázka č. 29: „Jak často se mění antikoncepční náplast?“

N = 170

**Tabulka 29 – Antikoncepční náplast**

<b>výměna antikoncepční náplasti</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
<b>každých 7 dní</b>	<b>82</b>	<b>48,2 %</b>
každý měsíc	44	25,9 %
každých 5 dní	14	8,2 %
každých 14 dní	27	15,9 %
žádná odpověď	3	1,8 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Dvacátá devátá otázka se týká antikoncepční náplasti. Zajímalo mě, zda studentky ví, jak často je třeba antikoncepční náplast měnit. Z celkového počtu 82 respondentek (48,2 %) označilo správnou odpověď, a to že se musí antikoncepční náplast měnit každých 7 dní. Odpověď „každý měsíc“ byla zaškrtnuta 44krát (25,9 %), odpověď „každých 5 dní“ 14krát (8,2 %) a odpověď „každých 14 dní“ 27krát (15,9 %). Tři dotazníky (1,8 %) nebyly vyplněny.

*Otázka č. 30: „Které z uvedených tvrzení je pravdivé?“*

N = 170

**Tabulka 30 – Vaginální kroužek**

<b>pravdivé tvrzení o vaginálním kroužku</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
vaginální kroužek se zavádí na dobu 3 let	42	24,7 %
<b>vaginální kroužek si žena zavádí sama</b>	<b>44</b>	<b>25,9 %</b>
vaginální kroužek patří do bariérové antikoncepční metody	78	45,9 %
žádná odpověď	6	3,5 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

V další otázce měly studentky označit jedno správné tvrzení o vaginálním kroužku. Z celkového počtu 42 respondentek (24,7 %) si myslí, že se vaginální kroužek zavádí na dobu 3 let. Dalších 44 žen (25,9 %) si je zcela jisto, že si vaginální kroužek žena zavádí sama. Zbylých 78 dotazovaných (45,9 %) vyznačilo odpověď, že vaginální kroužek patří do bariérové antikoncepční metody. Šest odpovědí (3,5 %) chybělo z důvodu nevyplnění.

*Otázka č. 31: „Měření bazální teploty se doporučuje měřit:“*

N = 170

**Tabulka 31 – Denní doba měření bazální teploty**

<b>měření bazální teploty</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
večer	33	19,4 %
odpoledne	5	2,9 %
<b>ráno</b>	<b>132</b>	<b>77,6 %</b>
žádná odpověď	0	0,0 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Další otázka je zaměřena na přirozenou antikoncepční metodu. Studentky určovaly, kdy si myslí, že je nejlepší denní doba pro měření bazální teploty. Z celkového počtu si 33 respondentek (19,4 %) myslí, že nejlepší denní dobou pro měření, je večer. Odpolední denní dobu označilo 5 žen (2,9 %). Zbylé respondentky, jejichž počet je 132 (77,6 %), odpověděly správně a vyznačily odpověď „ráno“.

*Otázka č. 32: „Při ovulaci se bazální teplota:“*

N = 170

**Tabulka 32 – Bazální teplota při ovulaci**

změna bazální teploty při ovulaci	absolutní četnost	%
snižuje o 0,5 stupně	13	7,6 %
<b>zvyšuje o 0,5 stupně</b>	<b>99</b>	<b>58,2 %</b>
zvyšuje o 1 stupeň	53	31,2 %
žádná odpověď	5	2,9 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Otázka číslo 32 se zaměřuje na bazální teplotu a na její měření při ovulaci. Zajímalo mě, jestli studentky ví, jak se změní teplota v době ovulace. Z celkového počtu 13 žen (7,6 %) uvedlo, že se teplota sníží o 0,5 stupně. Více než polovina, tedy 99 respondentek (58,2 %) označilo správnou odpověď „zvyšuje o 0,5 stupně“. Zbýlých 53 studentek (31,2 %) si myslí, že se při ovulaci zvýší teplota o jeden stupeň. Pět žen (2,9 %) otázku zcela vynechalo.

*Otázka č. 33: „Pro vysokou účinnost je třeba ponechat vaginální pesar v pochvě po styku:“*

N = 170

**Tabulka 33 – Doba ponechání vaginálního pesaru**

doba ponechání vaginálního pesaru v pochvě po styku	absolutní četnost	%
minimálně hodinu po styku	69	40,6 %
<b>minimálně 6 hodin po styku</b>	<b>41</b>	<b>24,1 %</b>
může se vyjmout ihned po styku	41	24,1 %
minimálně 12 hodin po styku	11	6,5 %
žádná odpověď	8	4,7 %
celkem	170	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Třicátá třetí otázka zkoumá znalost správné aplikace vaginálního pesaru. Žen jsem se ptala, jak dlouho je potřeba ponechat vaginální pesar v pochvě po pohlavním styku, aby byla zachována jeho vysoká účinnost. Z celkového počtu odpovědělo 69 respondentek (40,6 %), že se vaginální pesar musí ponechat v pochvě minimálně hodinu po pohlavním styku. Správnou odpověď, tedy že se vaginální pesar musí v pochvě po pohlavním styku ponechat minimálně 6 hodin, označilo 41 studentek (24,1 %). Stejný počet respondentek, a to 41 (24,1 %) jsem napočítala u odpovědi, že se vaginální pesar může vyjmout ihned po styku. Dalších 11 žen (6,5 %) si myslí, že se musí vaginální pesar ponechat v pochvě 12 hodin. Zbylých 8 žen (4,7 %) otázku zcela přeskočilo.

*Otázka č. 34: „Jak může dojít ke znehodnocení mužského prezervativu? (Je možné označit více správných odpovědí.)“*

N = 225

**Tabulka 34 – Znehodnocení mužského prezervativu**

ke znehodnocení mužského prezervativu může dojít	absolutní četnost	%
<b>ponecháním prezervativu v peněženke</b>	<b>95</b>	<b>42,2 %</b>
použitím prezervativu současně s lubrikačním gelem na bázi vody	48	21,3 %
<b>použitím prezervativu současně s lubrikačním gelem na oleje</b>	<b>75</b>	<b>33,3 %</b>
žádná odpověď	7	3,1 %
celkem	225	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Předposlední otázka je zaměřena na poškození mužského prezervativu. Mužský kondom je jednou z nejvyužívanějších metod, a právě proto je třeba znát možnosti případného znehodnocení při špatném skladování či aplikaci. Otázka má dvě správné odpovědi. Z celkového počtu označilo pouze 30 žen obě správné odpovědi. První možnost, že mužský prezervativ se poškodí, pokud se uskladňuje v peněženke, byla označena 95krát (42,2 %). Menší zastoupení měly zbylé dvě odpovědi. 75krát (33,3 %) bylo zaškrtnuto, že při použití mužského prezervativu s lubrikačním gelem na bázi oleje může dojít ke snížení účinnosti pomůcky. Nejmenší počet, a to 48krát (21,3 %) byla označena odpověď, že se mužský kondom může poškodit při aplikaci s lubrikačním gelem na vodní bázi. Zbylých 7 dotazníků (3,1 %) nemělo odpověď.

Otázka č. 35: „Slyšely jste o antikoncepční metodě zvané „vaginální hubka“?“

N = 170

### Tabulka 35 – Vaginální hubka

povědomí o antikoncepční metodě "vaginální hubka"	absolutní četnost	%
ano	11	6,5 %
ne	159	93,5 %
žádná odpověď	0	0,0 %
celkem	170	100,0 %

Zdroj: z vlastní práce

Poslední otázka se týká bariérové metody zvaná vaginální hubka. Z odpovědí respondentek jsem chtěla zjistit, jestli o této metodě mají studentky povědomí. Otázku jsem zařadila záměrně, neboť jsem sama tuto metodu neznala a zajímalo mě, jestli jsou na tom studentky Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy stejně. O vaginální hubce slyšelo pouze 11 respondentek (6,5 %) z celkového počtu. Můj předpoklad, že vaginální hubku bude znát malé množství žen, se potvrdil.

### Náměty a připomínky

Na konci mého dotazníku měly studentky možnost vyjádřit svůj názor a napsat případné náměty a připomínky. Této příležitosti využilo 37 respondentek. Níže do tabulky jsem vypsala všechny komentáře, které se ve zpětné vazbě objevovaly.

### Tabulka 36 – Komentáře respondentek k námětům a připomínkám

„Děkuji za námět k nastudování – přestože mám stálého sexuálního partnera, jsem o mnohých variantách antikoncepce neslyšela.“
„Dobré téma, zajímaly by mne výsledky. O spoustě témat moc nevím a ráda bych se dozvěděla.“
„Netušíla jsem, co všechno může existovat a kolik toho nevím.“
„Dejte to klukům, protože ti o 90 % nemají ani ponětí. Ne že bych byla genius.“
„Hezký dotazník. Bohužel u některých otázek jsem pouze tipovala.“
„Zajímavý dotazník.“
„Uvítala bych více otázek, kde je možné odpovědět nevím. Nejsem si jistá, jestli se většina žen zajímají úplně o všechny druhy antikoncepce až takhle do detailu.“
„Vím, že nic nevím. Zatím jsem neměla důvod se tímto tématem blíže zabývat.“
„Je velice mnoho otázek.“
„Chybí odpověď nevím.“
„Bohužel nestuduji gynekologii, abych mohla odpovědět na všechny otázky.“
„Díky tomuto testu musím zjistit spoustu věcí!“

„U všech otázek možnost odpovědi nevím – omezení tipnutí.“
„U mnoho otázek mi chyběla kolonka nevím nebo nějaké upřesnění, co dělat, když čistě tipuji.“
„Hodně štěstí při psaní bakalářky.“
„Bohužel mi většina pojmů byla neznámá. Zatím jsem se příliš neinformovala vzhledem k neaktivnímu a pasivnímu sexuálnímu styku“
„Více položek nevím. Velice těžké vyplňovat cizím studentkám.“
„Chtělo by to více otázek s možnostmi nevím.“
„Nejsem si jistá, zda jsem vhodným respondentem. Beru hormonální antikoncepci od svých 16 let – tedy už téměř čtyři roky. Ovšem brát jsem jí nezačala kvůli strachu z otěhotnění – mám jen jeden vaječník a po konzultaci s gynekologem jsme došli k závěru, že pro mě bude HA vhodná.“
„Musím uznat, že jsem o spoustě věcí uvedených v dotazníku nikdy neslyšela. To mě namotivovalo k tomu, si chybějící informace doplnit.“
„Většinu věcí fakt nevím. Promiň. Držím palce s bakalářkou.“
„U vědomostních otázek mi chyběla odpověď nevím. Většinu jsem tipovala, takže případné správné odpovědi budou asi z části cílem náhody. A myslím, že nebudu sama, tak aby Vám to nezakreslilo výsledky.“
„U většiny otázek vůbec netuším, co body znamenají, a to se řadím mezi normálně informované lidi. Sexuální výchovu jsme ve škole měli, rodiče si přede mnou servítky neberou a gynekolog nic z toho nikdy nenabídl.“
„Asi bych si měla rozšířit obzory v této oblasti. Jinak supr, přeji hodně štěstí při bakalářce.“
„Omlouvám se za ty škrtnance, dělala jsem si z toho srandu, ale jinak jsem to vyplnila validně. Těším se na Váš výsledek, přijde mi to zajímavé a sama o tom vím houby.“
„Zjistila jsem, že toho moc nevím.“
„U některých otázek jsem postrádala odpověď nevím.“
„Kde není odpověď nevím, někdy vůbec nechápu, o čem je řeč.“
„Poslat na studenty správné odpovědi.“
„Zařadit také odpověď nevím.“
„Do možnosti odpovědi bych zařadila vždy odpověď nevím.“
„Nevím, jak je to důležité pro výzkum k bakalářce, ale uvedla bych ještě jednu možnost odpovědi a to nevím. Poměrně u dost otázek jsem opravdu nevěděla, a tak jsem odpovídala pouhým tipem.“
„Chybí varianta nevím. Podle mého názoru na většinu otázek není potřeba znát odpověď, kdyby mě to zajímalo, můžu si to kdykoli dohledat. Dotazník spíše vypadal jako test.“
„Omlouvám se, že nemám vyplněné všechny otázky, něco vůbec neznám. Prodělala jsem nemoc spojenou s hormonální nerovnováhou a bylo mi doporučeno antikoncepci nepoužívat, aby se mi nemoc nevrátila, proto se v tom příliš nevyznám.“
„Často chybí odpověď nevím.“
„Chybí odpověď nevím.“
„Mé znalosti v této oblasti jsou minimální. Považuji se za nevzdělanou, snad proto, že se jedná o téma choulostivé a tabuizované.“

*Zdroj: z vlastní práce*

## Komparace dat

Ke komparaci dat jsem si vybrala z dotazníku otázku č. 4 a k tomu otázku č. 10. Otázka č. 4 se zaměřuje na víru respondentek. Zkoumala jsem souvislost hlášení studentek k víře s využitím antikoncepčních metod. Z celkového počtu uvádí 22 studentek, že je věřících. Všechny tyto studentky vyznávají křesťanství. Z věřících dotazovaných 3 studentky nevyužívají žádnou antikoncepční metodu. Jedna respondentka uvedla, že antikoncepci zatím nepotřebuje, druhá nevidí důvod, proč ji používat a třetí ji nevyužívá z důvodu, že nemá partnera. Ačkoliv by se dalo očekávat, že věřící ženy budou v rozporu s hormonální antikoncepcí díky jejich víře, tak 5 věřících respondentek užívá hormonální pilulku. Ostatní ženy využívají mužský prezervativ (10 ×), počítání plodných a neplodných dnů (6 ×) nebo přerušovanou soulož (10 ×) samostatně nebo jako kombinaci všech metod. Z otázky č. 10 jsem zjistila četnost mužského prezervativu u věřících žen. Tato otázka se pojí s otázkou č. 34, ve které mají respondentky označit situaci vedoucí ke znehodnocení mužského prezervativu. Používání mužského prezervativu označilo 10 věřících studentek. Z toho pouze jedna studentka odpověděla na otázku 34 správně, ačkoliv je při používání kondomu důležitá správná aplikace a správné zacházení s pomůckou. S užíváním hormonální pilulky jsem vybrala dvě pojící se otázky, které mi přijdou velmi důležité. Otázka č. 27 je zaměřena na nevhodnou uživatelku hormonální kombinované antikoncepce. Ani jedna z věřících uživatelek, které označily za svou antikoncepční metodu hormonální pilulku, neodpověděla správně. Další související otázkou je otázka č. 28. Tato otázka se týká tolerující doby, při které se nezmění spolehlivost účinku při zapomenutí požití tabletky. Správně odpověděla pouze jedna žena z pěti věřících respondentek. Na konci práce v příloze č. 7 jsem přenesla do tabulky souhrn všech dat, které byly potřebné při zkoumání souvislostí jednotlivých otázek.

**Tabulka 37 – Respondentky mající děti**

	<b>děti</b>	<b>počet dětí</b>	<b>znalost gestagenní antikoncepce</b>
respondentka č. 1	ANO	1	ANO
respondentka č. 2	ANO	2	ANO
respondentka č. 3	ANO	2	NE
respondentka č. 4	ANO	3	ANO

*Zdroj: z vlastní práce*

Dále jsem si z dotazníku vybrala otázku č. 6 a k tomu otázku č. 26. Zkoumala jsem souvislost respondentek, které mají děti se znalostí hormonální antikoncepční metody vhodné pro kojící ženy. Je totiž velmi pravděpodobné, že ženy po porodu mají zkušenost s hormonální antikoncepcí, jelikož se nechtějí spoléhat například pouze na kojení. Potřebují jistotu, že v blízké době opět neotěhotní. Čtyři ženy jsou matkami. Jedna žena má jedno dítě, jedna žena tři děti a dvě ženy mají dvě děti. Ze čtyř žen odpověděly 3 respondentky správně na otázku č. 26. Zaškrtnuly, že pro kojící ženy je vhodná gestagenní antikoncepce. Zbylá jedna žena odpověděla špatně, že je pro kojící ženy vhodná antikoncepce s oxytocinem. Výše v tabulce č. 37 je přenesený souhrn dat, který byl důležitý při průzkumu souvislostí jednotlivých otázek.

**Tabulka 38 – Respondentky, které podstoupily umělé přerušování těhotenství**

interrupce	věk	víra	používá antikoncepci	druh metody
respondentka č. 1	19-24	nechce odpovídat	NE – abstinuje od sexu	žádná
respondentka č. 2	31-35	není věřící	ANO	mužský prezervativ, přerušovaná soulož, počítání plodných a neplodných dnů

*Zdroj: z vlastní práce*

Další zkoumané otázky jsou otázky č. 1 (věk), 4 (víra), 8 (chtěná interrupce), 9 (používání některé metody antikoncepce) a 10 (přesný druh používané antikoncepční metody). V otázce č. 8 jsem se studentek ptala, zda někdy podstoupily umělé ukončení těhotenství. Z celkového počtu 2 ženy odpověděly, že interrupci zažily. Věkově se tyto respondentky řadí do kategorií 19-24 let a 31-35 let. První žena v otázce č. 4 označila, že nechce odpovídat, zda je věřící, v otázce č. 9 označila, že nepoužívá žádnou antikoncepční metodu z důvodu, že od sexu zcela abstinuje. Druhá žena nevyznává žádnou víru, v otázce č. 9 odpověděla, že antikoncepci využívá a v otázce č. 10 zaškrtnula metody: mužský prezervativ, přerušovanou soulož a počítání plodných a neplodných dnů. Výše v tabulce č. 38 je vypsán souhrn dat, který byl důležitý při zkoumání souvislostí jednotlivých otázek.

**Tabulka 39 – Respondentky používající chemickou antikoncepci**

<b>spermicidy</b>	<b>kombinace spermicidů s další metodou</b>	<b>znalost otázky č. 19</b>	<b>znalost otázky č. 20</b>
respondentka č. 1	spermicidy s mužským prezervativem	NE	NE
respondentka č.2	spermicidy s mužským prezervativem a přerušovanou souloží	ANO	NE
respondentka č. 3	spermicidy s mužským prezervativem a počítáním plodných a neplodných dnů	NE	NE

*Zdroj: z vlastní práce*

Dále jsem hledala souvislosti mezi otázkami č. 10, 19 a 20. Otázka č. 10 je zaměřena na studentkami používané antikoncepční metody a otázky č. 19 a 20 se týkají chemické antikoncepce. Tři ženy v otázce č. 10 odpověděly, že k ochraně využívají spermicidy. Všechny ženy ovšem spermicidy kombinují i s ostatními metodami např. mužským prezervativem (3 ×), přerušovanou souloží (1 ×) či počítáním plodných a neplodných dnů (1 ×). V otázce č. 19 jsem se studentek ptala, jaké formy lokální chemické antikoncepce můžeme najít na trhu v České republice. Pouze jedna žena odpověděla správně, protože označila krémy, globule a tampony/čípky. Otázka č. 20 zkoumala variantu chemické antikoncepce, která se nemusí znovu aplikovat před dalším opakovaným pohlavním stykem. Ani jedna studentka neodpověděla správně, a to, že se nemusí znovu aplikovat vaginální tampon. I když tyto respondentky používají spermicidy, ve znalostech mají značnou mezeru. Avšak bezchybnost v aplikaci spermicidů je velmi důležitá pro správnou účinnost. Výše jsem do tabulky č. 39 přenesla souhrn všech dat, které byly potřebné při zkoumání souvislostí jednotlivých otázek.

**Tabulka 40 – Respondentka používající vaginální pesar**

	<b>věk</b>	<b>druh metody</b>	<b>znalost otázky č. 16</b>	<b>znalost otázky č. 33</b>
respondentka č. 1	25-30	vaginální pesar	ANO	ANO

*Zdroj: z vlastní práce*

Dále jsem si vybrala otázku č. 10 a s ní související otázky č. 1, 16 a 33. Otázka č. 10 je zaměřena na studentkami používané antikoncepční metody, v tomto případě jsem si vybrala jednu respondentku, která využívá vaginální pesar. Zařadila se do věkové kategorie 25-30 let. Z toho vyplývá, že využívání vaginálního pesaru se spíše hodí pro zkušenější ženy. V otázce č. 16 jsem se ptala, zda ženský pesar chrání ženu před sexuálně přenosnými

chorobami a v otázce č. 33 jsem se ptala na dobu, po které se může vyjmout vaginální pesar po pohlavním styku. Na obě dvě otázky respondentka odpověděla správně. Lze vidět, že má studentka dostatek informací o metodě, kterou sama aplikuje. Výše jsem do tabulky č. 40 vypsala data potřebná při průzkumu souvislostí jednotlivých otázek.

**Tabulka 41 – Respondentky mající povědomí o vaginální hubce**

povědomí o vaginální hubce	věk	používá antikoncepci	druh metody
respondentka č. 1	19-24	ANO	mužský prezervativ, hormonální pilulka
respondentka č. 2	19-24	ANO	mužský prezervativ
respondentka č. 3	19-24	ANO	mužský prezervativ
respondentka č. 4	19-24	ANO	mužský prezervativ, hormonální pilulka
respondentka č. 5	19-24	ANO	hormonální pilulka
respondentka č. 6	19-24	ANO	mužský prezervativ
respondentka č. 7	19-24	ANO	přerušovaná soulož
respondentka č. 8	19-24	ANO	hormonální pilulka
respondentka č. 9	19-24	ANO	mužský prezervativ, hormonální pilulka
respondentka č. 10	19-24	NE	žádná
respondentka č. 11	19-24	NE – nemůže mít děti	žádná

*Zdroj: z vlastní práce*

Poslední souvislosti jsem hledala v otázkách č. 1, 9, 10 a 35. Otázka č. 35 zjišťovala, zda studentky slyšely o metodě zvaná vaginální hubka. Z celkového počtu odpovědělo 11 žen, že o vaginální hubce slyšely. Všechny tyto ženy se zařadily do věkové kategorie 19-24 let. Můžeme tedy pozorovat, že tato celkem nová metoda je známá spíše u mladších žen. Dále jsem zkoumala, jestli tyto respondentky používají některou z antikoncepčních metod. Dvě ženy nepoužívají žádnou metodu, ostatních 9 respondentek používá mužský prezervativ (6 ×), hormonální pilulku (5 ×), přerušovanou soulož (1 ×) nebo kombinaci více těchto metod. Výše v tabulce č. 41 je přehled všech dat, které byly potřebné při zkoumání souvislostí jednotlivých otázek.

## 2.4 Diskuze a doporučení pro praxi

Nejprve připomenu hlavní a dílčí cíle a výzkumné otázky, které byly na začátku praktické části určeny.

**Hlavním cílem** bakalářské práce je: Zjistit znalost antikoncepčních metod u vybraných respondentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy.

**Hlavní výzkumná otázka** zní: Jakou mají znalost vybrané studentky Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy ohledně antikoncepčních metod?

**Hlavní předpoklad:** Znalost antikoncepčních metod u vybraných respondentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy bude nízká (tedy studentky zodpoví správně méně než 50 % znalostních otázek).

Hlavní cíl je vyhodnocený z odpovědí respondentek v otázkách č. 13-35 (tedy 23 otázek). Tyto otázky byly zaměřené na znalost antikoncepčních metod. Výsledek je vyhodnocen v tabulce. Znalost studentek jsem vyhodnocovala z otázek, které jsou testového charakteru. Každý dotazník jsem opravila (na konci práce v příloze č. 8 jsem do tabulky vyhodnotila každý dotazník otázku po otázce) a spočítala správné odpovědi. Otázky, které měly více správných odpovědí jsem uznala jen tehdy, pokud byly vyznačeny všechny odpovědi. Nevyplněnou odpověď jsem počítala jako špatně zodpovězenou.

#### **Tabulka 42 – Vyhodnocení hlavního cíle**

N = 23

<b>respondentka</b>	<b>celkový počet správných odpovědí každé studentky</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	12	52,2 %
<b>2</b>	7	30,4 %
<b>3</b>	5	21,7 %
<b>4</b>	9	39,1 %
<b>5</b>	9	39,1 %
<b>6</b>	8	34,8 %
<b>7</b>	10	43,5 %
<b>8</b>	8	34,8 %
<b>9</b>	8	34,8 %
<b>10</b>	10	43,5 %
<b>11</b>	9	39,1 %
<b>12</b>	6	26,1 %
<b>13</b>	8	34,8 %
<b>14</b>	7	30,4 %
<b>15</b>	8	34,8 %

16	12	52,2 %
17	6	26,1 %
18	10	43,5 %
19	8	34,8 %
20	8	34,8 %
21	9	39,1 %
22	6	26,1 %
23	14	60,9 %
24	8	34,8 %
25	5	21,7 %
26	7	30,4 %
27	7	30,4 %
28	10	43,5 %
29	11	47,8 %
30	7	30,4 %
31	4	17,4 %
32	8	34,8 %
33	8	34,8 %
34	8	34,8 %
35	5	21,7 %
36	5	21,7 %
37	7	30,4 %
38	11	47,8 %
39	6	26,1 %
40	10	43,5 %
41	7	30,4 %
42	6	26,1 %
43	7	30,4 %
44	3	13,0 %
45	7	30,4 %
46	5	21,7 %
47	2	8,7 %
48	9	39,1 %
49	9	39,1 %
50	9	39,1 %
51	1	4,3 %
52	8	34,8 %
53	11	47,8 %

54	2	8,7 %
55	13	56,5 %
56	7	30,4 %
57	6	26,1 %
58	7	30,4 %
59	5	21,7 %
60	14	60,9 %
61	12	52,2 %
62	3	13,0 %
63	10	43,5 %
64	6	26,1 %
65	4	17,4 %
66	4	17,4 %
67	7	30,4 %
68	7	30,4 %
69	12	52,2 %
70	6	26,1 %
71	10	43,5 %
72	7	30,4 %
73	9	39,1 %
74	9	39,1 %
75	5	21,7 %
76	7	30,4 %
77	6	26,1 %
78	10	43,5 %
79	5	21,7 %
80	14	60,9 %
81	7	30,4 %
82	11	47,8 %
83	5	21,7 %
84	11	47,8 %
85	6	26,1 %
86	7	30,4 %
87	15	65,2 %
88	5	21,7 %
89	8	34,8 %
90	9	39,1 %
91	16	69,6 %

92	3	13,0 %
93	12	52,2 %
94	9	39,1 %
95	10	43,5 %
96	12	52,2 %
97	6	26,1 %
98	7	30,4 %
99	5	21,7 %
100	10	43,5 %
101	7	30,4 %
102	7	30,4 %
103	7	30,4 %
104	9	39,1 %
105	13	56,5 %
106	3	13,0 %
107	9	39,1 %
108	11	47,8 %
109	9	39,1 %
110	4	17,4 %
111	7	30,4 %
112	10	43,5 %
113	8	34,8 %
114	9	39,1 %
115	10	43,5 %
116	8	34,8 %
117	3	13,0 %
118	8	34,8 %
119	9	39,1 %
120	6	26,1 %
121	10	43,5 %
122	8	34,8 %
123	5	21,7 %
124	12	52,2 %
125	5	21,7 %
126	11	47,8 %
127	11	47,8 %
128	10	43,5 %
129	10	43,5 %

130	5	21,7 %
131	7	30,4 %
132	4	17,4 %
133	8	34,8 %
134	8	34,8 %
135	6	26,1 %
136	7	30,4 %
137	6	26,1 %
138	12	52,2 %
139	5	21,7 %
140	11	47,8 %
141	11	47,8 %
142	12	52,2 %
143	9	39,1 %
144	9	39,1 %
145	6	26,1 %
146	22	95,7 %
147	13	56,5 %
148	16	69,6 %
149	9	39,1 %
150	5	21,7 %
151	6	26,1 %
152	6	26,1 %
153	9	39,1 %
154	9	39,1 %
155	7	30,4 %
156	12	52,2 %
157	15	65,2 %
158	12	52,2 %
159	12	52,2 %
160	14	60,9 %
161	16	69,6 %
162	13	56,5 %
163	16	69,6 %
164	12	52,2 %
165	15	65,2 %
166	13	56,5 %
167	13	56,5 %

168	10	43,5 %
169	10	43,5 %
170	9	39,1 %
<b>celkem</b>	1448 z 3910	37,0 %
<b>průměrný počet správných odpovědí</b>	8,5	

*Zdroj: z vlastní práce*

V tabulce je u každé respondentky vypsáný celkový počet správných odpovědí a procentuální zastoupení úspěšnosti. Abych se dopátrala konečného výsledku, všechny správné odpovědi vybraných studentek jsem zprůměrovala. Průměrně každá respondentka odpověděla správně na 8,5 otázek. Jelikož je celkový počet vybraných respondentek 170 a znalost jsem určovala z 23 testových otázek, celkový počet všech správných odpovědí je 3910. Dohromady vybrané studentky odpověděly správně na 1448 otázek. Průměrná znalost dotazovaných studentek je tedy menší než poloviční, přesněji 37,0 %. Nepříliš příznivý výsledek si odhaduji vysvětlit tím, že pokud je žena se svou metodou spokojená, nepotřebuje se více vzdělávat a informovat v oblasti antikoncepčních metod.

**Závěr:** Hlavní výzkumný cíl byl splněn a hlavní výzkumná otázka byla zodpovězena. Znalost antikoncepčních metod u respondentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy je uvedena v procentech. Výsledek znalosti je 37,0 %. Respondentka s nejlepším výsledkem měla 22 správných odpovědí (95,7 %) a studentka s nejhorším výsledkem měla dobře pouze jednu odpověď (4,3 %).

**Dílčí cíl č. 1:** Zjistit, který druh antikoncepčních metod je nejvíce využíván u vybraných studentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy.

**Cílová otázka č. 1:** Jaká antikoncepční metoda je nejvíce preferovaná u vybraných studentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy?

**Předpoklad č. 1:** Nejčastější antikoncepční metodou bude hormonální antikoncepce.

První dílčí cíl je vyhodnocený z odpovědí respondentek z otázky č. 10, která zkoumala používané antikoncepční metody vybraných studentek. Výsledek je vyhodnocen v tabulce.

**Tabulka 43 – Vyhodnocení 1. dílčího cíle**

N = 219

<b>používaná antikoncepční metoda</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
ženský prezervativ	1	0,5 %
mužský prezervativ	83	37,9 %
hormonální pilulka	65	29,7 %
hormonální nitroděložní tělísko	2	0,9 %
antikoncepční náplast	2	0,9 %
nehormonální nitroděložní tělísko	1	0,5 %
spermicidy	3	1,4 %
vaginální pesar	1	0,5 %
přerušovaná soulož	37	16,9 %
počítání plodných a neplodných dnů	23	10,5 %
jiná odpověď	1	0,5 %
celkem	219	100,0 %

*Zdroj: z vlastní práce*

Nejčastěji využívanou antikoncepční metodou u studentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy je mužský prezervativ. Předpokládala jsem, že nejvíce budou studentky preferovat hormonální antikoncepci ve formě pilulek. Z mého výzkumu lze vidět, že v dnešní době se pořád spoléhá na nejnámější bariérovou metodu, která chrání i před sexuálně pohlavními chorobami.

Závěr: První dílčí výzkumný cíl byl splněn a první dílčí výzkumná otázka byla zodpovězena. U respondentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy je nejčastěji využíván mužský prezervativ jako antikoncepční metoda. Mužský prezervativ používá 83 žen (37,9 %) z celkového počtu studentek, které v dotazníkovém šetření uvedly, že antikoncepci využívá.

**Dílčí cíl č. 2:** Zjistit, jestli se na výběru antikoncepční metody podílel i partner.

**Cílová otázka č. 2:** Mají i partneři významný vliv při výběru dané metody?

**Předpoklad č. 2:** Partneři budou mít vliv na výběru antikoncepční metody.

Druhý dílčí cíl je vyhodnocený z odpovědí respondentek z otázky č. 11. Otázka zkoumala, kdo nejvíce ovlivnil respondentky při výběru antikoncepčních metod.

**Tabulka 44 – Vyhodnocení 2. dílčího cíle**

N = 148

<b>vliv při výběru antikoncepční metody</b>	<b>absolutní četnost</b>	<b>%</b>
vlastní rozhodnutí	101	68,2 %
partner	9	6,1 %
gynekolog	27	18,2 %
kamarádka	2	1,4 %
média	0	0,0 %
jiná odpověď	9	6,1 %
celkem	148	100,0 %

*Zdroj: z vlastní prezentace*

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že se najdou i partneři, kteří ovlivňují ženy při výběru antikoncepční metody. Avšak procentuální zastoupení vlivu partnera u respondentek nebylo vysoké. Předpokládala jsem, že studentky Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy budou partnery více ovlivněné, neboť jsem čerpala ze svých zkušeností a z příběhů mého okolí.

Závěr: Druhý dílčí výzkumný cíl byl splněn a druhá dílčí výzkumná otázka byla zodpovězena. Při výběru antikoncepčních metod u studentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy nemají partneři významný vliv. Ze 148 studentek (100 %), které v dotazníkovém šetření uvedly, že antikoncepci využívá, pouze 9 dotazovaných (6,1 %) uvedlo, že jim při výběru pomáhal i partner.

**Dílčí cíl č. 3:** Zjistit, zda studentky přírodovědných oborů mají větší znalost (počet správných odpovědí) o antikoncepci než ostatní studentky.

**Cílová otázka č. 3:** Mají studentky přírodovědných oborů větší znalost (počet správných odpovědí) o antikoncepci než ostatní studentky?

**Předpoklad č. 3:** Studentky přírodovědných oborů budou mít větší znalost v oblasti antikoncepce než ostatní studentky.

Poslední třetí dílčí cíl je vyhodnocený z odpovědí v otázkách č. 13-35 (23 otázek). Dotazníky jsem rozdělila podle aprobací na dvě skupiny. Jednu skupinu tvořily studentky, které studují alespoň jeden přírodovědný obor nebo oba přírodovědné obory a druhou skupinu tvořily ostatní studentky. Poté jsem všechny dotazníky opravila. Pokud bylo více

správných odpovědí v jedné otázce, odpověď jsem uznala jen tehdy, pokud byly vyznačeny všechny správné možnosti. Pokud odpověď zcela chyběla, počítala jsem to jako chybu. Dále jsem spočítala u obou skupin průměry správných odpovědí. Na konci práce v příloze č. 9 jsem do tabulky vyhodnotila každý dotazník a rozřadila respondentky na obory.

#### **Tabulka 45 – Vyhodnocení 3. dílčího cíle**

N = 1104 (maximální možný počet správných odpovědí u 48 studentek přírodovědných oborů)

N = 2668 (maximální možný počet správných odpovědí u 116 studentek ostatních oborů)

N = 138 (maximální možný počet správných odpovědí u 6 studentek s neuvedeným oborem)

	<b>počet respondentek</b>	<b>počet správných odpovědí respondentek (%)</b>	<b>průměrný počet správných odpovědí</b>
studentky přírodovědných oborů	48	474 (42,9 %)	9,9
studentky ostatních oborů	116	929 (34,8 %)	8,0
studentky s neuvedeným oborem	6	45 (32,6 %)	7,5
celkem	170	1448 (37,0 %)	8,5

*Zdroj: z vlastní práce*

Z výsledků dotazníkového šetření lze vidět, že studentky studující přírodovědné obory mají větší znalost (42,9 %) o antikoncepčních metodách než ostatní studentky jiných oborů, které mají znalost menší (34,8 %). Dokazuje to počet správných odpovědí a jeho procentuální zastoupení v každé skupině a průměrný počet správných odpovědí. Předpokládala jsem větší znalost antikoncepčních metod u studentek přírodovědných oborů. Tento předpoklad se mi potvrdil. Mezi přírodovědné obory patří například chemie, zeměpis, fyzika, ale také biologie, ve které se probírá lidská reprodukce a s ní spojená témata. Proto si vysvětluji větší znalost právě u studentek přírodovědných oborů.

**Závěr:** Třetí dílčí výzkumný cíl byl splněn a třetí dílčí výzkumná otázka byla zodpovězena. Studentky studující přírodovědné obory na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy mají větší znalost (42,9 %) v oblasti antikoncepce než studentky ostatních oborů, které mají menší

znalost (34,8 %). Průměr správných odpovědí u dotazovaných respondentek přírodovědných oborů činí 9,9 a průměr správných odpovědí studentek ostatních oborů je 8,0.

### **Doporučení pro praxi**

Všem ženám, které se nesnaží aktivně počít, bych doporučila při pohlavním styku používat nějakou z antikoncepčních metod. Nejen že se sníží obavy z nechtěného a neočekávaného těhotenství, ale v případě známosti na jednu noc se sníží i riziko přenosu sexuálně přenosných chorob. Zároveň bych chtěla připomenout, že prevence a péče o pohlavní ústrojí lidského organismu jsou velice podstatnými atributy pro kvalitu života a také pro budoucí zakládání rodiny. Je tedy nesmírně důležité o své tělo pečovat a chránit ho před škodlivými vlivy. Pokud se žena rozhodla pro nějakou formu antikoncepce, která ji třeba ze zdravotního důvodu nevyhovuje, je třeba najít jinou alternativu. Nejlepší je však problém řešit co nejrychleji a na nic nečekat.

Z mého dotazníkového šetření v praktické části vyšel výsledek, který odhalil méně než poloviční znalost (37,0 %) antikoncepčních metod u respondentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. Neví, jak dlouho přežije mužská spermie v těle ženy, což je velmi důležité vědět při využívání metody počítání plodných a neplodných dnů či třeba u přerušované soulože. Dále nedokázaly odpovědět, co znamená Pearlův index, který může ženám pomoci ve výběru, pokud hledají co nejspolehlivější metodu. Také jsou málo obeznámeny s používáním nehormonálních metod, protože bylo malé zastoupení správných odpovědí u otázek správné aplikace mužského prezervativu, spermicidů a vaginálního pesaru. Překvapení byly z metod jako je vaginální kroužek a vaginální hubka. A v neposlední řadě jim chybí informace o hormonální antikoncepci. Nedokázaly označit nevhodnou uživatelku hormonální antikoncepce a neuměly odpovědět, jaká doba je v toleranci po zapomenutí požití hormonální pilulky nebo jak často se mění hormonální náplast. Myslím si, že největším problémem je nízká informovanost na počátku sexuálního života. Největší podíl by měli mít rodiče, avšak ne každý rodič se s dospívajícím jedincem o tom dokáže bavit. Poté jsou tedy na řadě základní školy a střední školy. Na školách bych doporučila různé přednášky či besedy, které by se týkaly antikoncepce a témat s ní spojené. Dále výzkum odhalil, že se ženy příliš málo (27 respondentek = 18,2 % označilo, že na výběru antikoncepční metody má vliv gynekolog) radí se svým gynekologickým

lékařem, proto bych doporučila, aby se lékaři více věnovali oblasti antikoncepce a s pacientkami více konzultovali jejich výběr a správnou techniku používání.

U vybraných respondentek jsou hormonální antikoncepční metody na ústupu, a to přivádí ženy využívat alternativní nehormonální způsoby ochrany. Ne všechny ženy ovšem ví, jaká je správná aplikace dané metody či co mají dělat v případě pochybení. Proto bych navrhla různé besedy, které by byly zaměřeny na bezchybnost užívání nehormonální antikoncepce.

Posledním a shrnujícím doporučením je, aby se ženy celkově začaly více informovat, radit a sdílet své zkušenosti se svým okolím.

## **Závěr**

V teoretické části mé bakalářské práce jsem se věnovala pohlavní soustavě ženy, vysvětlila menstruační a ovulační cyklus, dále zcharakterizovala základní pojmy antikoncepce, stručně se zmínila o historickém vývoji antikoncepce a v neposlední řadě jsem rozdělila antikoncepční metody na hormonální, bariérovou, chemickou, přirozenou, chirurgickou a postkoitální kontracepci. Jednotlivé formy jsem důkladně popsala a zmínila se o účinnosti a spolehlivosti, výhodách a nevýhodách či nežádoucích zdravotních rizicích.

Druhou část práce tvořil výzkum, který byl zaměřen na znalost a využití antikoncepčních metod u studentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. Kvantitativní průzkum byl vyhodnocen z dotazníkového šetření, kterého se účastnily vybrané studentky. První část se zaměřovala na identifikaci, studium, partnerský a sexuální život každé respondentky. Zbývající část dotazníku byla sestavena z otázek, která zkoumala míru znalostí v oblasti antikoncepce. Všechny výsledky jsou na konci práce důkladně zpracovány.

Hlavní podstatou bylo prověření stanovených cílů a výzkumných otázek, které jsem si na začátku určila. Účelem hlavního výzkumného cíle bylo zjistit míru znalostí antikoncepčních metod vybraných studentek. Výsledné data potvrdily můj předpoklad, a to že cílová dotazovaná skupina má ve znalostech antikoncepce jisté nedostatky, neboť ve výsledných datech vyšla méně než 50procentní znalost, přesněji 37,0 %.

Dále jsem zkoumala, který druh antikoncepčních metod je nejvíce využíván u vybraných studentek Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. Nejčastěji využívanou antikoncepční metodou u respondentek byl mužský prezervativ, který byl ženami v dotazníku označen 83krát (37,9 %). Výsledek byl pro mě překvapující, neboť jsem předpokládala, že nejčastěji využívanou metodou bude hormonální antikoncepce ve formě pilulek.

Druhý dílčí cíl zkoumal, jestli se při výběru dané metody ženy radí s partnery a zda mají na jejich rozhodnutí vliv. Ze 148 respondentek (100 %), které v dotazníku odpověděly, že využívají některou z antikoncepčních metod, odpovědělo pouze 9 žen (6,1 %), že se na jejich výběru podílel partner. Tento výsledek byl pro mě opět překvapením, neboť jsem předpokládala, že partneři budou mít mnohem větší vliv při rozhodování žen.

Výsledek je ovšem pozitivní, protože lze vidět, že muži nenutí ženy do metod, které by pro ně nebyly vhodné nebo které by jim byly nepříjemné.

Poslední třetí dílčí cíl porovnává znalosti (počet správných odpovědí) studentek přírodovědných oborů a studentek ostatních oborů v oblasti antikoncepce. Zde se splnil můj předpoklad. Respondentky, které studují obor skládající se alespoň z jednoho přírodovědného předmětu mají větší znalost (průměrně větší počet správných odpovědí) než studentky ostatních oborů. Průměr správných odpovědí u dotazovaných respondentek přírodovědných oborů činí 9,9 otázek a průměr správných odpovědí studentek ostatních oborů je 8,0 otázek.

Na základě výsledků jsem poté napsala krátké doporučení, které by mohlo ženy přimět se o antikoncepci více zajímat a celkově zvýšit jejich informovanost v této oblasti.

## Seznam použitých informačních zdrojů

- BARTÁK, Alexandr. 2006. *Anti-koncepce: Druhy antikoncepce, Hormony, Když všechno selže*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. 130 s. ISBN 80-247-1351-9.
- ČEPICKÝ, Pavel a ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, Zuzana. 2011. *Co by měli vědět o hormonální antikoncepci farmaceuti a farmaceutické laborantky*. Vyd. 1. Praha: Levret. 58 s. ISBN 978-80-87070-59-8.
- ČEPICKÝ, Pavel a FANTA, Michael. 2011. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. Vyd. 2. Praha: Levret. 138 s. ISBN 978-80-87070-51-2.
- Dámské kondomy Femidom* [online]. [cit. 18.6.2020]. Dostupný na: <https://femidom.eu/>
- DYLEVSKÝ, Ivan. 2000. *Somatologie: Učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium*. Vyd. 2. Olomouc: Epava. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
- FAIT, Tomáš. 2018. *Antikoncepce: Průvodce ošetřujícího lékaře*. Vyd. 3. Praha: Maxdorf. 149 s. ISBN 978-80-7345-587-3.
- KOLIBA, Peter, WEISS, Petr, NĚMEC, Martin a DIBONOVÁ, Markéta. 2019. *Sexuální výchova: pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. 184 s. ISBN 978-80-271-2039-0.
- KŘEPELKA, Petr. 2013. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta. 284 s. ISBN 978-80-204-2991-9.
- MACHOVÁ, Jitka. 2016. *Biologie člověka pro učitele*. Vyd. 2. Praha: Karolinum. 269 s. ISBN 978-80-246-3357-2.
- ROKYTA, Richard a kol. 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
- ROZTOČIL, Aleš a kol. 2011. *Moderní gynekologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
- SZAREWSKÁ, Anne a GUILLEBAUD, John. 1996. *Antikoncepce: praktická příručka*. Vyd. 1. Praha: Victoria Publishing. 222 s. ISBN 80-85865-55-6.
- UZEL, Radim. 1992. *Jak neotěhotnět*. Vyd. 1. Praha: Scienta medica. 110 s. ISBN 80-85526-15-8.
- UZEL, Radim. 1999. *Antikoncepční kuchařka: aneb cesty k sexuálnímu zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. 137 s. ISBN 80-7169-767-2.
- UZEL, Radim a KOVÁŘ, Petr. 2010. *Antikoncepční otázky*. Vyd. 1. Ostrava: Cat Publishing. 164 s. ISBN 978-80-904290-0-0.
- ZVĚŘINA, Jaroslav a BUDINSKÝ, Václav. 2004. *Vše o sexu: Sexuologie a sexuální praxe pro každého*. Vyd. 1. Praha: Euromedia Group. 336 s. ISBN 80-249-0460-8.

## Seznam tabulek

Tabulka 1 – Věk respondentek.....	33
Tabulka 2 – Forma studia respondentek.....	34
Tabulka 3 – Aprobace podle oborů.....	34
Tabulka 4 – Víra respondentek.....	35
Tabulka 5 – Partnerský stav respondentek.....	35
Tabulka 6 – Potomci.....	36
Tabulka 7 – Plánování dítěte nebo dětí respondentek .....	36
Tabulka 8 – Umělé ukončení těhotenství respondentek.....	37
Tabulka 9 – Ochrana respondentek před otěhotněním .....	37
Tabulka 10 – Antikoncepční metody .....	38
Tabulka 11 - Vliv na respondentky při výběru antikoncepční metody .....	40
Tabulka 12 – Vedlejší nežádoucí účinky respondentek .....	40
Tabulka 13 – Životnost mužské spermie .....	41
Tabulka 14 – Povědomí o Pearl indexu .....	42
Tabulka 15 – Zařazení antikoncepčních metod.....	43
Tabulka 16 – Ochrana před sexuálně přenosnými chorobami .....	44
Tabulka 17 – Sterilizace .....	45
Tabulka 18 – Záchranná pilulka "PO" .....	45
Tabulka 19 – Formy lokální chemické antikoncepce .....	46
Tabulka 20 – Lokální chemická antikoncepce.....	47
Tabulka 21 – Nejúčinnější metoda.....	47
Tabulka 22 – Nehormonální nitroděložní tělísko .....	48
Tabulka 23 – Anestezie k zavedení nitroděložního tělíška .....	48
Tabulka 24 – Věk předepsání kombinované hormonální antikoncepce .....	49
Tabulka 25 – Hormony v kombinované hormonální antikoncepci .....	50
Tabulka 26 – Hormonální antikoncepce pro kojící ženy .....	50
Tabulka 27 – Nevhodná uživatelka kombinované hormonální antikoncepce .....	51
Tabulka 28 – Tolerance antikoncepční pilulky.....	52
Tabulka 29 – Antikoncepční náplast .....	52

<b>Tabulka 30 – Vaginální kroužek .....</b>	<b>53</b>
<b>Tabulka 31 – Denní doba měření bazální teploty .....</b>	<b>53</b>
<b>Tabulka 32 – Bazální teplota při ovulaci .....</b>	<b>54</b>
<b>Tabulka 33 – Doba ponechání vaginálního pesaru .....</b>	<b>54</b>
<b>Tabulka 34 – Znehodnocení mužského prezervativu.....</b>	<b>55</b>
<b>Tabulka 35 – Vaginální hubka .....</b>	<b>56</b>
<b>Tabulka 36 – Komentáře respondentek k námětům a připomínkám .....</b>	<b>56</b>
<b>Tabulka 37 – Respondentky mající děti .....</b>	<b>58</b>
<b>Tabulka 38 – Respondentky, které podstoupily umělé přerušování těhotenství .....</b>	<b>59</b>
<b>Tabulka 39 – Respondentky používající chemickou antikoncepci .....</b>	<b>60</b>
<b>Tabulka 40 – Respondentka používající vaginální pesar .....</b>	<b>60</b>
<b>Tabulka 41 – Respondentky mající povědomí o vaginální hubce .....</b>	<b>61</b>
<b>Tabulka 42 – Vyhodnocení hlavního cíle.....</b>	<b>62</b>
<b>Tabulka 43 – Vyhodnocení 1. dílčího cíle .....</b>	<b>68</b>
<b>Tabulka 44 – Vyhodnocení 2. dílčího cíle .....</b>	<b>69</b>
<b>Tabulka 45 – Vyhodnocení 3. dílčího cíle .....</b>	<b>70</b>

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Nevyplněný dotazník

Příloha č. 2 – Ukázka vyplněných dotazníků

Příloha č. 3 – Doslovné přepisy odpovědí z dotazníku u otázky číslo 3

Příloha č. 4 – Doslovné přepisy odpovědí z dotazníku u otázky číslo 5

Příloha č. 5 – Doslovné přepisy odpovědí z dotazníku u otázky číslo 12

Příloha č. 6 – Doslovné přepisy odpovědí z dotazníku u otázky číslo 14

Příloha č. 7 – Tabulka ke komparaci dat

Příloha č. 8 – Vyhodnocení odpovědí z dotazníku k hlavnímu cíli

Příloha č. 9 – Vyhodnocení odpovědí z dotazníku k 3. dílčímu cíli

