

**UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**PRŮZKUM INFORMOVANOSTI A POSTOJE
STŘEDOŠKOLSKÉ MLÁDEŽE NA VYBRANÝCH
STŘEDNÍCH ŠKOLÁCH K PLÁNOVANÉMU
RODIČOVSTVÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Petra Sedláčková**
Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2020

**CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**SURVEY OF KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF
SECONDARY SCHOOL STUDENTS AT SELECTED
SECONDARY SCHOOLS TOWARDS FAMILY
PLANNINGS**

Bachelor's thesis

Author: **Petra Sedláčková**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2020

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

(podpis)

Poděkování

Ráda bych nejdříve poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Evě Vachkové, Ph.D., za odbornou pomoc, trpělivost a cenné rady. Poděkování patří i pedagogům a studentům středních škol v Chrudimi za umožnění průzkumu a spolupráci při sběru dat. Velké díky patří také mé rodině za trpělivost a podporu během mého studia.

Obsah

Teoretická část	9
1. Plánované rodičovství	9
2. Antikoncepce	11
2.1. Přirozené metody antikoncepce	12
2.2. Bariérová antikoncepce	15
2.2.1. Mužská bariérová antikoncepce	15
2.2.2. Ženská bariérová antikoncepce	16
2.3. Chemické metody antikoncepce	16
2.4. Nitroděložní antikoncepce	16
2.5. Postkoitální antikoncepce	18
2.6. Kombinovaná hormonální antikoncepce	18
2.7. Gestagenní antikoncepce	20
2.7.1. Minipilulky	21
2.7.2. Depotní injekce	21
2.7.3. Podkožní implantáty	22
2.8. Sterilizace	22
3. Adolescence	24
3.1. Kognitivní vývoj	25
3.2. Somatický vývoj	25
3.3. Emoční vývoj a socializace	26
3.3.1. Vztah k sobě	27
3.3.2. Vztah k vrstevníkům	27
3.3.3. Vztah k rodičům	27
3.4. Sexualita	28
3.5. Rizikové chování adolescentů	28
4. Genderová problematika související se sexualitou, partnerstvím a rodičovstvím	30
5. Edukace	32
5.1. Edukační proces	33
5.2. Role sestry-edukátorky	34
5.3. Edukace týkající se sexuální výchovy a výchovy k plánovanému rodičovství	35
5.4. Rodina a sexuální výchova	37
5.4.1. Škola a sexuální výchova	37

5.4.2. Edukační programy zaměřené na problematiku plánovaného rodičovství	38
Empirická část	42
6. Cíle výzkumu	42
6.1. Metodika výzkumu	42
6.1.1. Charakteristika respondentů	43
6.2. Výsledky výzkumného šetření	43
6.2.1. Vyhodnocení demografických údajů	43
7. Diskuze	68
Závěr	76
Seznam použité literatury	80
Seznam zkratk	85
Seznam grafů	86
Seznam tabulek	87
Seznam příloh	88
Přílohy	89

Úvod

Téma, které jsem si vybrala pro svou bakalářskou práci, se zabývá úrovní informovanosti a postojem středoškolské mládeže k plánovanému rodičovství. Zvolila jsem si ho z toho důvodu, že bych ráda zjistila, zda je dnešní středoškolská mládež dostatečně informována o antikoncepci a jaký zaujímají postoj k plánovanému rodičovství. A také proto, že mi téma přijde stále aktuální, vzhledem k zvyšování věku ženy při prvním dítěti.

Zaměřila jsem se na středoškolskou mládež hlavně kvůli tomu, že v tomto období již lidé přemýšlí o svém budoucím partnerském životě i o navazujícím rodičovství. Metody antikoncepce, plánovaného rodičovství a jejich problematiku by jako první měla vysvětlit sexuální výchova, a to jak ve školním, tak i rodinném prostředí. Podle mého názoru by se měly informace o této problematice dostat k dětem co nejdříve. Hlavně z toho důvodu, že při dalších rozhovorech v budoucnu nebudou cítit stud. Období dospívání je často začátkem pohlavního života, i proto je důležité, aby mládež měla dostatek pravdivých informací ohledně sexuální problematiky, pohlavních a sexuálně přenosných nemocí. Je nutné, aby si mladiství rizikovost svého chování uvědomovali, jelikož to může ovlivnit jejich celý život. V současné době je k dispozici mnoho druhů antikoncepčních metod. Proto je důležité, aby mladiství dostávali především pravdivé a aktuální informace.

Toto téma se týká i všeobecné sestry, protože se může ocitnout v roli edukátorky. Měla by se orientovat v problematice rodinné a sexuální výchovy a měla by být schopna seznámit mládež s aktuálními antikoncepčními metody, objasnit jim pojem plánované rodičovství a jeho problematiku.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou. První kapitola teoretické části seznamuje s pojmem plánované rodičovství. Nalezneme tu jeho definici a druhy plánovaného rodičovství. Jelikož nástrojem plánovaného rodičovství je antikoncepce, druhá kapitola se zabývá právě ní. Jsou zde vyjmenované všechny druhy a metody antikoncepce, její výhody i nevýhody. Třetí kapitola je věnována adolescenci, období dospívání. Zaměřila jsem se na somatický, kognitivní a emoční vývoj. Vzhledem k tomu, že v tomto období mladiství začínají svůj sexuální život, sexualitu a rizikové chování adolescentů jsem zde také zahrнула. Ve čtvrté kapitole se věnuji gendrové problematice související se sexualitou, partnerstvím a rodičovstvím. Je zde vysvětlen pojem a jaké chování v dnešní době společnost očekává od muže a ženy. Posledním tématem je edukace. Jak již bylo výše zmíněno, i všeobecná sestra se může stát edukátorkou v této

problematice, proto je zde popsána tato role i edukační proces. Sexuální výchova je důležitá především v rodině a ve škole, proto i toto téma je okrajově probíráno. V závěru teoretické části práce jsou představeny edukační programy, se kterými se v dnešní době může mládež setkat.

Hlavním cílem předložené bakalářské práce bylo ověřit úroveň znalostí o antikoncepci a plánovaném rodičovství a postoj středoškolské mládeže k této problematice. Výzkum probíhal pomocí vytvořeného dotazníku, který byl předložen studentům 2. a 3. ročníku střední zdravotnické školy, střední průmyslové škola a gymnázia.

Teoretická část

1. Plánované rodičovství

WHO uvádí, že plánování rodiny umožňuje lidem dosáhnout požadovaného počtu dětí a určit rozestup těhotenství. Je tomu dosaženo pomocí antikoncepčních metod, patří sem i léčba neplodnosti. WHO tvrdí, že u dospívajících těhotných žen, je větší pravděpodobnost, že budou mít předčasně narozené dítě nebo dítě s nízkou porodní hmotností. Dospívající dívky tak musí často opustit školu, a to má pro ně dlouhodobé důsledky, ať už jako pro jednotlivce nebo jejich rodiny a komunity (WHO, Family planning/Contraception, 2018).

Uzel tvrdí, že termín plánované rodičovství v sobě zahrnuje nejen plánování počtů dítěte a optimálního časového odstupu mezi dvěma po sobě následujícími těhotenstvími, ale také předcházení počtů (Uzel, 1999, s. 137)

Internetový zdroj uvádí, že je plánované rodičovství strategie partnerského páru či ženy v páru, která má vést k omezení náhody otěhotnění a k plánování, regulaci a kontrole těhotenství, především v množství narozených dětí a věků, ve kterém žena otěhotní. Pařízek (2009, Kniha o těhotenství a dítěti) rozdělil plánované rodičovství na pozitivní a negativní (Plánované rodičovství, 2017).

Pozitivní plánované rodičovství se rozumí jako cílená snaha o otěhotnění. Lze sem zařadit přirozené metody antikoncepce, které byly popsány výše (kalendářní, teplotní, hlenová metoda a další).

Negativní plánování, snaha zabránit těhotenství, využívá metod antikoncepce (Příspěvatelé Wikipedie, Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2019).

Podle WHO je důležité, aby plánování rodičovství bylo široce a snadno dostupné prostřednictvím porodních asistentek a dalších vyškolených zdravotnických pracovníků každému, kdo je sexuálně aktivní, tedy včetně adolescentů (WHO, Family planning/Contraception, 2018).

Studie prováděné společností Institute for reproductive health v mnoha zemích se ukázalo, že jen málo žen, mužů a dospívajících skutečně rozumí jejich plodnosti a způsobu, jakým jejich těla pracují (Fertility Awareness, Institute for Reproductive Health | Georgetown University).

Sobotková zmiňuje, že je mateřství a rodičovství obecně očekávanou součástí života člověka, kdy je spojována hlavně s obdobím dospělosti ve smyslu životní náplně a životního úkolu (Sobotková 2007, s. 162).

V roce 1991 byla založena v České republice Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu (SPRSV) a to jako nezávislá, nevládní, nezisková organizace, která se věnuje podpoře populačního zdraví a plánování rodině jako základnímu lidskému právu. Také poskytují internetové poradenství, a to nejen pedagogům a specialistům, ale hlavně mládeži a laické veřejnosti (Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2019).

2. Antikoncepce

Po vysvětlení a objasnění pojmu plánovaného rodičovství se můžeme dále věnovat metodám antikoncepce jako nástroje plánovaného rodičovství.

Pojmem antikoncepce označujeme veškeré metody, jejichž cílem je zabránit otěhotnění. Podobný význam má pojem kontracepce. Oproti sterilizaci jsou metody antikoncepce vratné, tzn. po skončení užívání antikoncepce je možné přirozené otěhotnění (Čepický, Líbalová Čepická, s. 5).

Různé antikoncepční metody se aplikují před nebo během pohlavního styku a jsou reverzibilní (Roztočil 2011, s 107).

Spolehlivost antikoncepčních metod se vyjadřuje číslem, které můžeme označit jako Pearlův index. (viz příloha. č. x) Je to počet otěhotnění na 100 žen během jednoho roku sexuálního života za celoročního užívání jediné antikoncepční metody (Roztočil 2011, s. 106).

Barták tvrdí, že je důležité pro praxi antikoncepční metody rozdělit podle toho, kdo z partnerů je bude užívat, na mužskou a ženskou antikoncepci. Ženská antikoncepce se dále dělí na hormonální a nehormonální (Barták 2011, s. 23).

Mezi současné a dostupné antikoncepční metody patří tzv. přirozené metody, bariérové metody, kombinované hormonální antikoncepce, gestagenní hormonální metody a nitroděložní tělíška (Čepický, Líbalová Čepická, s. 5).

Podle Faita lze antikoncepci rozdělit na reverzibilní s jednoduchým návratem plodnosti po vysazení a ireverzibilní, která ukončuje přirozenou možnost otěhotnění. Mezi reverzibilní lze zařadit hormonální antikoncepci (Fait 2012, s. 13).

Roztočil řadí přirozené a bariérové metody do metod antikoncepce, které nevyžadují lékařský dohled. Patří sem kojení, periodická abstinence, coitus interruptus a z bariérové metody antikoncepce mechanické (např. kondom) a chemické (např. vaginální spermicidy) (Roztočil 2011, s. 107).

2.1. Přírozené metody antikoncepce

Patří sem metody, jejichž použití nevyžaduje žádné medikamenty, pomůcky či lékařské zákroky a pravděpodobnost otěhotnění je podmíněna zákonitostmi menstruačního cyklu (Weisová 2014, s. 16).

Mezi metody přírozené antikoncepce řadíme:

Kojení

U této metody je důležitá frekvence nikoliv množství vypitého mléka. Aby kojení plnilo svůj antikoncepční účel, musí být splněna 4 následující kritéria:

- Neuplynula doba delší než 6 měsíců od porodu
- Žena nemá dosud menstruaci
- Dítě je plně kojeno, nejméně 6* za den
- Přestávka mezi epizodami kojení nesmí být delší než 6 hodin v noci a 4 hodiny přes den

(Roztočil 2011, s. 107).

Roztočil tvrdí, že při dodržení všech podmínek je Pearlův index asi 3 (Roztočil 2011, s. 107).

Periodická sexuální abstinence

Podle Šipra a Šiprové bylo v polovině 19. století známo, že je žena plodná pouze po část menstruačního cyklu, ale určování plodných a neplodných období bylo na základě představy, že k ovulaci dochází v období menstruace (Šipr, Šiprová 2017).

V literatuře Roztočila se píše, že metoda vychází z toho, že během menstruačního cyklu nastává pouze jediná ovulace, při které je vajíčko schopno oplodnění maximálně 48 hodin, spermie může přežít v pohlavním ústrojí ženy nejdéle 7 dní. Roztočil tvrdí, že je oplodňující soulož je možná pouze v určitých dnech cyklu a pomocí metod periodické abstinence se snažíme určit dny, ve kterých oplodnění není možné (Roztočil 2011, s. 107).

Metoda kalendářová

Metodu dle Ogina-Knause mohou používat ženy, které mají pravidelný menstruační cyklus. Tato metoda vychází z pravidla, že ovulace nastává 14 dní před začátkem dalšího krvácení. Po pravidelném půlročním až ročním sledování délky cyklu žena odečte 18 dnů od nejkratšího a 11 dnů od nejdelšího cyklu a ohraničí si tak své plodné dny, ostatní dny jsou tedy neplodné. Pearlův index je 14 až 35 (Fait 2012, s. 96).

Metoda teplotní

Podle Langmaiera využívá vzestupu bazální teploty po ovulaci, kdy se teplota měří v pochvě nebo konečníku, a to ideálně mezi 3. až 6. hodinou ránní. Podle základního pravidla neplodné dny začínají večer třetího dne po vzestupu bazální teploty (Roztočil 2011, s. 107).

Metoda hlenová

Metoda nazývána také Billingsova či Billingsových, využívá sledování změn hlenu tvořeného žlázkami děložního hrdla. Žena si podle Langmaiera denně hlen vyšetřuje a podle toho určuje, zda je den plodný či neplodný. Podle obecného pravidla je hlen po menstruaci vazký a je ho menší množství. Při změně kvality hlenu začínají plodné dny, kdy vrchol tažnosti hlenu je před ovulací (Roztočil 2011, s. 107). Pearlův index podle Šipra a Šiprové udávají jednotliví autoři od 2 do 35, rozdílly jsou tedy nápadné (Šipr, Šiprová 2017).

Metoda cervikální

Metoda je založena na základě změn děložního čípku při menstruačním cyklu, kdy podle Roztočila je na začátku cyklu čípek tvrdší a branka je uzavřena, před ovulací je čípek naopak měkký a branka je pootevřená (Roztočil 2011, s. 107).

Metoda sympatotermální

Metoda je založena na sledování změn hlenu v děložním hrdle, změny děložního čípku a změny bazální teploty Metoda cervikální ukazuje na změny děložního čípku během cyklu. Podle Plevové je v neplodném přítomna hlenová zátka, která zabraňuje průniku spermií dále do

dělohy. V plodných dnech je hlen řidší a velmi tažný, který stéká pochvou a vytváří pocit vlhka v oblasti poševního vchodu. Nejplodnější období je charakterizováno přítomností vodnatého a tažného hlenu tři dny před ovulací a dva dny po ní. Plevová zmiňuje že si ženy samy zkouškou mezi dvěma prsty v pochvě zjišťují přítomnost tažného hlenu. Dále Plevová zmiňuje, že děložní čípek je po menstruaci tuhý podobně jako nosní chrupavka, čtyři dny před ovulací je čípek měkký přibližně jako rty, bohužel je toto sledování vhodné pouze pro ženy, které jsou schopny jeho změny posoudit (Plevová a kol 2019, s. 186).

Metoda krystalizace slin

Metoda podle Čepického vychází z toho, že vlivem estrogenu a progesteronu se mění obrazce slin po zaschnutí na sklíčku. Před ovulací se objevují stromečkovité struktury vypadající jako list kapradí, jindy se objevuje struktura amorfní, tedy bez viditelné struktury. K hodnocení se používají antikoncepční lupy (Čepický 2002, s. 25).

Laboratorní metody

Patří sem sériové vyšetřování hormonů v séru, v moči či ve slinách, přičemž se stanovuje hladina luteinizačního hormonu, estrogenů nebo i progesteronu. Tato metoda spíše slouží k určování optimálního dne pro početí. V České republice jsou běžně dostupné testy na stanovené luteinizačního hormonu z moče (Čepický 2002, s. 26).

Přerušovaná soulož

Metoda coitus interruptus patří mezi nejprimitivnější, nejlevnější a nejvíce dostupnou antikoncepční metodu. Princip metody spočívá v tom, že muž těsně před vyvrcholením ukončí soulož a vytáhne svůj úd z pochvy ženy. Sperma se tedy do pochvy nedostane a je vystříknuto mimo ni (Barták 2011, s. 32).

Podle Roztočila je zde velké riziko selhání poměrně veliké i při správné technice, Pearlův index je asi 5. Hlavní příčinou je preejakulační tekutina, která obsahuje dostatek množství spermií na to, aby metoda selhala. Další příčinou může být zůstávající sperma ve žlázkách vyčnívající z močové trubici, tzv. Skeneho žlázy. Při opakované souloži se tak může dostat sperma z předchozí ejakulace do pochvy ženy. (Roztočil 2011, s. 107,108).

Pro udržení nízké účinnosti musí muž dodržet řádné omytí genitálu a nejlépe i mikci před dalším stykem (Fait 2012, s. 96)

Zmiňovaná metoda nepatří mezi spolehlivé metody, zvláště v období prvního roku užívání. Během roku otěhotní asi 15-20 % žen. Není ani známo, jak spolehlivá metoda by byla při precizním provádění (Čepický 2002, s. 28).

Úplná koitální abstinence

Tato metoda může být dočasnou nebo celoživotní strategií, kdy se odkládá začátek sexuálního života až do doby plánované reprodukce. Po narození chtěného počtu dětí se s pohlavním životem opět skončí. Tato metoda nemá žádné negativní zdravotní dopady, a naopak jde o velmi účinnou ochranu před pohlavně přenosnými infekcemi (Čepický 2002, s. 29).

2.2. Bariérová antikoncepce

Princip metody je, že se staví do cesty mechanická bariéra spermiím na jejich cestě do dělohy. Lze je rozdělit podle toho, kdo je užívá. Jediná mužská metoda je kondom (Barták 2011, s. 34).

Bariérovou antikoncepci lze rozdělit na mužskou a ženskou.

2.2.1. Mužská bariérová antikoncepce

Kondom

Nejznámější mužská bariérová ochrana je kondom neboli prezervativ. Je známou metodou ochrany před otěhotněním, ale i přenášením pohlavních nemocí. (Roztočil 2011, s. 108). Doporučuje se nasadit kondom na již ztopořený úd před zavedením do pochvy. Po ejakulaci se styk přerušuje a kondom se hned sundá. (Barták 2011 s. 34).

Roztočil nedoporučuje kombinaci kondomu a přerušované soulože vzhledem k možnému sklouznutí kondomu. Pearlův index je asi 4, v běžné praxi okolo 10 (Roztočil 2011, s. 108).

2.2.2. Ženská bariérová antikoncepce

Poševní pesar

Poševní pesar si ženy zavádějí do horizontální polohy mezi zadní stěnu poševní a stydkou sponu (Fait 2012, s. 93). Zavádí se před stykem i s delším předstihem a ponechává se maximálně 24 hodin po styku. (Čepický 2002, s. 24) Jelikož je zde malá spolehlivost a Pearlův index je vyšší než 20, na českém trhu nejsou k dostání (Roztočil 2011, s. 108).

Nevýhodou je podle Faita vysoká míra selhání, závislost účinnosti na správném zavedení, výtok a pocit tlaku. Kontraindikace jsou vaginální a urogenitální záněty, anatomické abnormality pochvy, stavy po gynekologických operacích a alergie na gumu (Fait 2012, s. 93).

Femidom

Femidom je ženský kondom vyrobený z nitrilu, zvyšující ochranu před otěhotněním a přenosem pohlavních nemocí. Na obou koncích má pružné kroužky, vnitřní zajišťuje lepší zavádění a udržení ve vagině, vnější zůstává celou dobu mimo pochvu (Čepický 2002, s. 35).

2.3. Chemické metody antikoncepce

Tuto skupinu reprezentují krémy, pěny a čípky k vaginálnímu použití před stykem. Obsahují chemické látky, nejčastěji nonoxynol 9, s tzv. spermicidním účinkem. To znamená, že pohyb spermií v ženském těle reprodukčním traktu zastavují daleko od místa, kde může právě dojít k oplodnění vajíčka (Nováčková, Nouzová 2016, s. 44).

Při dodržení podmínek a návodu je Pearlův index asi 3. Při běžné praxi se ženy často odchýlí od postupu např. mytím mýdlem před souložím. Poté Pearlův index přesahuje číslo 10 i 20. Často se doporučuje v kombinaci s bariérovou metodou, např. kondom (Roztočil 2011, s. 108).

2.4. Nitroděložní antikoncepce

Nitroděložní tělíska (IUD z anglického intrauterine device, doslova nitroděložní zařízení) se zavádějí do děložní dutiny. Vyrábějí se z kvalitních plastů a mají měděný drátek, někdy i stříbrný, zlatý nebo ze slitiny mědi a zinku (Roztočil 2011, s. 108).

Tvary tělísek jsou různé, do tvaru písmene T, Y nebo srdce. Nemá to ale velký význam, jde jen o to, aby tělísko z dělohy nevypadlo (Barták 2011, s. 43). Většina tělísek má vlákno, které se ponechává vyčnívat do pochvy, aby se lépe tělísko odstraňovalo. Součástí balení je i speciální zavaděč. Pokud nejsou přítomny komplikace nebo jiné indikace k odstranění, ponechává se tělísko 5 let (Roztočil 2011, s. 108).

Pro mechanismus účinku podle Bartáka existuje několik teorií. První teorie říká, že tělísko svou přítomností způsobuje v děložní dutině zánětlivé změny. Tím přesouvá do místa zánětu leukocyty, kteří jsou v imunologii označovány jako „killer“, ti okamžitě ničí a likvidují cizorodé buňky, tedy i spermie. Další teorie tvrdí, že cizí těleso zrychluje transport tekutin děložní dutinou a embryo, které do ní přijde vejcovodem nemá dostatek času, aby se usadilo (Barták 2011, s. 42).

Nitroděložní tělíska můžeme rozdělit na inertní a medikovaná. Inertní působí jako cizí těleso a jejich výhodou je, že se dají zavést na neomezenou dobu. Medikovaná obsahují nějakou látku, která se uvolňuje do organismu a zvyšuje jejich účinnost. Mohou být buď s mědí nebo s hormonem (Barták 2011, s. 44).

Vedlejší účinky jsou minimální, udává se, že je nižší riziko karcinomu endometria. Jako komplikace. Jako kontraindikace Roztočil udává vrozené vady dělohy a nevysvětlitelné krvácení z dělohy, relativní kontraindikací je i úzké děložní hrdlo, chronicky recidivující infekce dělohy, promiskuita, velká myomatózní děloha, dysmenorea, gravidita a další (Roztočil 2011, s. 108-109).

Do této skupiny patří i následující hormonální typ:

2.4.1. Nitroděložní tělísko s levonorgestrelm

Nitroděložní hormonální systém LNG-IUS je označení pro děložní tělísko tvaru T obsahující 52mg levonorgestrelu, který se postupně uvolňuje po dobu 5 let. Mechanismus účinku je kombinace nitroděložních tělísek a gestagenní antikoncepce. Levonorgestrel zvyšuje viskozitu cervikálního hlenu, způsobuje změny na endometriu a změny motility vejcovodů (Křepelka 2013, s. 38). Pearlův index je podle Roztočila 0,02 (Roztočil 2011, s. 109).

Za výhodu můžeme brát zeslabení až vymizení menstruačního krvácení. Je to tedy vhodné pro ženy se silnou, dlouhotrvající, nepravidelnou a bolestivou menstruací (Čepický, Čepická Líbalová, s. 61, 2010). Účinek hormonu progestinu zabraňuje hyperplazii a karcinomu endometria. Má také vliv na pánevní zánětlivé nemoci (Roztočil 2011, s. 109).

Po zavedení tělíška nastane v průměru 3měsíční krvácení a postupně slábnoucí špinění. Poté mizí a nastupuje pravidelný menstruační cyklus, avšak většinou hodně slabý (Roztočil 2011, s. 109).

2.5. Postkoitální antikoncepce

Postkoitální antikoncepce, označována také jako intercepce, patří mezi metody, které se užívají až po nechráněném styku nebo pokud selže bariérová antikoncepce (Barták 2011, s. 118).

Mechanismus účinku není zcela jasný, záleží i na fázi menstruačního cyklu. Pokud se podají steroidy preovulačně, dojde k inhibici ovulace až u 80 % pacientek. Při podání po ovulaci nastanou změny endometria, které zabrání nidaci vajíčka. Další teorií je porucha transportu gamet v tubách. Nejvyšší účinnosti je dosaženo při aplikaci do 72 hodin po nechráněném styku.

Hormonální metody postkoitální antikoncepce nemají ve většině případů kontraindikace. Naléhavě se využívá i při specifických stavech jako je znásilnění nebo sexuální zneužití (Křepelka 2013, s. 38,39).

Dle Roztočila se v praxi používají 2 hlavní metody. První je dávka levonorgesrelu v jedné dávce 1,5mg nebo ve dvou dávkách 0,75mg po 12 hodinách. Druhou je Yuzpehova metoda, která spočívá v kombinaci 0,1mg ethinylestadiolu a 1mg progestin, která je podávána také po 12 hodinách. K této metodě se většinou podává větší počet tablet běžné perorální kombinované antikoncepce (Roztočil 2011, s. 114).

2.6. Kombinovaná hormonální antikoncepce

Podle Čepického spočívá v užívání estogestagenní kombinaci, nejčastěji v podobě tablet. Tato metoda brání ovulaci a způsobuje nepropustnost cervikálního hlenu pro spermie (Čepický 2002, s. 69-70).

Mezi kombinovanou hormonální antikoncepci patří následující typy:

2.6.1. Kombinovaná orální antikoncepce

Kombinovaná perorální antikoncepce (COC) se nejčastěji vybaví pod pojmem hormonální antikoncepce a patří mezi nejrozšířenější formy kombinované antikoncepce.

Tableta obsahuje kombinaci estrogenu a progestinu v různé denní dávce. Tablety se nejčastěji začne podávat první den menstruace. Podle autora je aplikace buď v kontinuálním režimu nebo v režimu s rozšířeným cyklem. Podstata kontinuálního režimu je v nepřetržitém užívání, rozšířený znamená užívání trvající 3 měsíce, po které nastává sedmidenní pauza (Křepelka 2013, s. 33-34).

Tablety s vyšší dávkou estrogenů jsou spojeny s vyšším rizikem kardiovaskulárním onemocněním. Složení COC vystihuje hlavně rozložení užívaných hormonů během menstruačního cyklu. Podle toho se dělí na monofázovou, kdy mají všechny tablety stejnou dávku, dvofázovou, která má větší dávku progesteronu v druhé polovině cyklu a třífázovou, kdy dávka progestinu stoupá a dávka estrogenu může být zvýšena ve druhé třetině užívání (Křepelka 2013, s. 33).

Dále může být přípravek kombifázický, kdy je v první polovině cyklu vyšší dávka estrogenu a nižší dávka progestinu než ve druhé. Dále pak i estrofázické, kdy ve třech fázích stoupá dávka estrogenu, zatímco se progestin nemění vůbec (Čepický 2002, s. 73).

2.6.2. Kombinovaná injekční antikoncepce

Injekční kombinovaná kontracepce (CIC) je intramuskulární aplikace komplexu estrogenu a progestinu, která vytvoří hormonální depo, z toho se pravidelně uvolňují látky do krevního oběhu a zajistí tak antikoncepční účinek. V současné době tato metoda není v České republice dostupná (Křepelka 2013, s. 34).

2.6.3. Kombinovaná antikoncepční náplast

Náplast obsahují estrogen a progesteron, fungují tedy na podobný princip jako tablety. Užívá se 3 týdny, každý týden se jednou mění náplast, poté se týden vynechá a v tomto období nastává menstruace. Výhoda této metody je zajištění trvalé plynulé dodávky hormonů, hladina je stálejší a nezávisí na každodenním užívání. Neprochází přes trávicí ústrojí, dá se teda předpokládat, že nebudou ovlivňovat srážení krve. U užívání antibiotik se zde žena nemusí bát, antibiotika neovlivňují účinek.

Nevýhody této metody jsou estetické, náplast může být vidět, neprospívají ani dlouhé horké koupele a je zde také riziko nechtěného sloupnutí (Barták 2011, s. 100-101).

Kombinovaný vaginální systém

Jde o metodu kombinované hormonální antikoncepce ve formě plastového vaginálního kroužku s obsahem hormonů. Lze se s ním můžete na trhu setkat pod názvem Nuvaring. Kroužek si žena snadno umístí do pochvy na tři týdny a průběhu 4. týdne po vyjmutí nastává pseudomenstruační krvácení. Metoda bývá tolerována oběma partnery (Křepelka 2013, s. 35).

Vedlejší účinky kombinované hormonální antikoncepce

Nežádoucí účinky dle Bartáka můžeme rozdělit do 2 skupiny, závažné a nezávažné. Mezi závažné lze zařadit komplikace týkající se cévního systému a možné poškození jater. Mezi nezávažné patří váhový přírůstek, pokles libida a psychické změny, bolesti hlavy, nauzea a další (Barták 2011, s. 68-76).

Příznivé účinky kombinované hormonální antikoncepce

Antikoncepce má i své příznivé a příjemné účinky. Patří sem snížení rizika rakoviny děložní sliznice a vaječníku, redukce výskytu zánětlivého onemocnění rodidel, snížení nebo odstranění menstruační bolesti, neumožnění vzniku mimoděložního těhotenství, snížení krevních ztrát při menstruaci a další (Barták 2011, s. 79-83).

2.7. Gestagenní antikoncepce

Metoda spočívá v aplikaci v kontinuální aplikaci gestagenu (progestinu). Dostupný je ve formě tablet (tzv. minipilulky), intramuskulárních nebo subkutánních injekcí či implantátů (Roztočil 2011, s. 109).

Základním mechanismem je vliv na mukopolysacharidv hleny děložního hrdla, jejich makromolekuly vytváří síť a hlen se stává vazkým a nepropustným pro spermie. Druhým mechanismem je blokáda ovulace (Čepický 2002, s. 57).

Hlavní výhodou této metody je nízký počet kontraindikací. Jediná absolutní kontraindikace je karcinom prsu. Vedlejší účinky jsou minimální, patří sem např. blokáda menstruace, ze které může nastat až amonerea, proto je nepravidelnost menstruace u této metody pravidlem. Vliv gestagenu na cervikální hlen snižuje riziko pánevní zánětlivé nemoci.

Může se vyskytovat zhoršení akné, přibývání na váze, pokles kostní hmoty, pokles libida a další (Roztočil 2011, s. 109).

Mezi gestagenní antikoncepci řadíme:

2.7.1. Minipilulky

Minipilulky pracují s dávkami hormonů o řád nižší než výše popsaná kombinovaná hormonální antikoncepce. Neobsahují estrogeny, neblokují tedy ovulaci, ale obsahují pouze malé množství progesteronu, který zahušťuje hlen v děložním hrdle a pro spermie je nepropustný. Barták tvrdí, že dále způsobí i malé změny na sliznici, v chemickém složení tekutiny tvořené buňkami a další drobné změny, které nelze definovat (Barták 2011, s. 105).

Pilulka by se měla užívat každý den od prvního dne menstruačního krvácení. Pravidelnost u této metody je důležitá, tolerovaná chyba jsou maximálně 3 hodiny. Po porodu se může minipilulka začít brát kdykoliv, a to bez ohledu na kojení. Pearlův index je cca 2 (Čepický 2002, s. 58,59).

2.7.2. Depotní injekce

Depo jinak znamená „sklad“. Injekce vytvoří jakýsi sklad progestinů, ze kterého se látka postupně uvolňuje. Progestin, konkrétně medroxyprogesteron-acetát (MPA), má stejný účinek jako i minipilulek, v tomto případě se ale nejedná o roztok, nýbrž o suspenzi mikrokryсталů, které se nejméně 3 měsíce rozpouštějí. Z toho tedy vyplývá, že stačí intramuskulárně aplikovat každý třetí měsíc jednu injekci a ta zajistí téměř stoprocentní ochranu proti početí. Nevýhodou může být řídnutí kostí, nepravidelná menstruace. Výhodou je aplikace i u kojících žen nebo u žen po potratu (Barták 2011, s. 107,108).

Zvláštností u této metody je pomalý návrat plodnosti. U poloviny žen dojde k obnově ovulaci do 10 měsíců od poslední injekce, tedy za 7 měsíců po skočení účinku antikoncepce. U menšího procenta dojde k návratu ovulace až po 18 měsících od poslední injekce, tedy za 15 měsíců po skončení antikoncepce. Pearlův index je hluboko pod 0,1 (Čepický 2002, s. 58,59).

2.7.3. Podkožní implantáty

Pracují na stejném principu jako depotní injekce. Jde o duté tyčinky vyrobené z polopropustné hmoty na bázi silikonu o průměru 2 mm dlouhé několik cm, které mají uvnitř zásobu progestinu na několik let. Progestin prochází stěnami tyčinky do tkáně a krví do celého těla. Tyčinky se většinou zavádějí pod kůži speciální jehlou v lokálním umrtvení na vnitřní stranu paže. Dávku postačující na 5 let tvoří 6 tyčinek zavedené najednou.

Nevýhodou může být, pokud lékař zavede tyčinky do větší plochy. Alternativou je zavedení jediné tyčinky zajišťující antikoncepci na 3 roky. Další nevýhodou může být vysoká cena, opět nepravidelný cyklus nebo zhoršené akné (Barták 2011, s. 109).

Výhodou je opět možnost aplikace i pro kojící ženy nebo pro ženy po potratu. Pearlův index je nižší než 0,1, patří tedy extrémně spolehlivé antikoncepce (Čepický 2002, s. 59).

2.8. Sterilizace

Podle literatury Čepického a Čepické je sterilizace definována jako metoda ochrany před otěhotněním, která je, na rozdíl od antikoncepce, nevratná. Podle autorů na rozdíl od kastrace (odstranění pohlavních žláz) při sterilizaci zůstává funkce pohlavních žláz normální, zůstává tedy funkce vaječníků a žena bude normálně menstruuovat (Čepický, Čepická Líbalová 2010, s. 63). Sterilizaci lze provést ze zdravotních důvodů u každého občana staršího 18 let, z jiných než zdravotních důvodů, tedy na přání, může požádat občan starší 21 let (Fait 2012, s.94).

Ženská sterilizace se podle Roztočila provádí většinou laparoskopickou cestou nejčastěji technikou bipolární koagulace nebo endokoagulace istmické části vejcovodu. Existují i další techniky založené na principu zavedení různých tělísek na vejcovody nebo ústí vejcovodů. Laparotomická metoda se v dnešní době většinou používá, pokud byla prováděna laparotomie z jiného důvodu, nejčastěji císařský řez. Podle autora je nejčastější metoda dle Mandlenera, kdy se vyzdvižená klička vejcovodu zhmoždí a naloží se na ní ligatura z nevstřebatelného materiálu (Roztočil 2011, s. 115).

Mužská sterilizace, nazývaná také vazektomie, spočívá v chirurgickém přerušení chámovodu ve skrotálním vaku. Podle literatury nástup neplodnosti nastává až

po 10 ejakulacích od provedení, zde se doporučuje kontrola spermiogramu (Roztočil 2011, s. 115).

Tato metoda patří mezi nejspolehlivější. Pearlův index je asi 0,02, ale záleží na použité technice. Operační komplikace lze označit jako jediný zdravotnický problém při této metodě (Roztočil 2011, s. 115).

3. Adolescence

Vzhledem k tomu, že práce je zaměřena na středoškolskou mládež, se dále věnuji vývojovému období adolescence a problematice v tomto období.

Slovo adolescence je odvozeno z latinského slovesa *adolescere*, jehož význam je dorůstat, dospívat, mohutnět. Adolescence je pak vymezena v období od 15 do 20 (22) let (Macek 1999, s. 11).

Toto období je v literatuře rozdílně rozděleno. Prvním dělením je na fáze puberty a adolescence. Další dělení je na časnou a pozdní adolescenci. V poslední řadě je dělení diferencovanější, a to na prepubertu, pubertu a adolescenci. Často na toto období přechodu mezi dětstvím a dospělostí je pohlíženo jako léta „bouří a stresu“ (Šimíčková-Čížková a kol. 2008, s. 101).

Během adolescence jde především o přípravu jedince na roli v dospělosti. Tato fáze se odehrává mezi dětstvím a ranou dospělostí, kdy u jedince dochází k řadě biologických, psychických a sociálních změn (Vašutová a kol 2013, s. 9).

Podle Langmaiera a Krejčířové se adolescence dělí na období pubescence a adolescence.

Období pubescence, které trvá zhruba od 11 do 15 let dále rozdělili na fázi prepuberty a fázi vlastní puberty. Ve fázi prepuberty dochází k prvním známkám pohlavního dospívání, zejména vývoj a objevení se sekundárních pohlavních znaků a obvykle i „vlnka“ urychlení v růstové křivce. Tato fáze končí objevením se menarche u dívek a u chlapců to je první emise semene. U dívek tato fáze trvá obvykle od 11 do 13 let, kdežto u chlapců probíhá fyzický vývoj zhruba o 1-2 roky později.

Po skončení prepuberty nastupuje fáze vlastní puberty a trvá do reprodukční vyzrálosti. Pravidelný ovulační cyklus nastává většinou zhruba až za jeden až dva roky od první menstruace. U chlapců k vyzrálosti dojde o něco později po dokončení vývoje hlavních sekundárních pohlavních znaků. Období této fáze můžeme vymežit od 13 do 15 let (Langmaier, Krejčířová 2006, s. 143).

Období adolescence nastává v období od 15 do 22 let. Teprve až v tomto období je dosaženo plné reprodukční zralosti a dokončování tělesného růstu. Tělesný růst je nerovnoměrný, a to z důvodu rychlejšího růstu dolních a horních končetin na začátku

adolescence. Proto často budí dojem tělesné nevyváženosti. Rozdílnost je také v tělesné stavbě dívek a chlapců. Postavení jedince ve společnosti se díky přechodu ze základní školy na střední školu či jiný učební poměr rychle mění. Objevují se i častější i hlubší erotické vztahy a zásadně se mění i sebepojetí (Langmaier, Krejčířová 2006, s. 143, 144).

3.1. Kognitivní vývoj

Podle teorie J.Piageta lze časnou adolescenci charakterizovat jako období utváření formálních operací, zakládá se také mezi jedenáctým a patnáctým rokem abstraktní myšlení (Macek 1999. s. 57).

Rozvíjí se i logické myšlení, dále je schopný pracovat s pojmy, při řešení problému dokáže hledat i jiné alternativy a je schopný si vytvářet domněnky bez reálné skutečnosti, jsou pouze možné dokonce až fantastické (Kelnarová, Matějková 2010, s. 101).

Podle Langmaiera a Krejčířové dospívající dokáže myslet o myšlení, vytvářet soudy o soudech. Formálně abstraktní myšlení je předpokladem pro pochopení látky, ale je i základem vědecké práce i organizace. Umožňuje kritický přístup k vlastnímu myšlení i cizímu (Langmaier, Krejčířová 2006, s. 151).

Kognitivní změny jsou podle Vašutové podmíněny interakcí učení a zrání. V období dospívání pokračuje vývoj vnímání, hlavně vizuální vnímání, které souvisí s abstraktním myšlením. Dochází také ke změně charakteru jak dlouhodobé, tak i krátkodobé paměti. Tak jak se s věkem navyšují zkušenosti, navyšuje se i množství informací ukládaných do dlouhodobé paměti (Vašutová a kol 2013, s. 13).

3.2. Somatický vývoj

Vlivem zesílené působnosti pohlavních žláz se v pozdní adolescenci dokončuje tělesný vývoj. Projevuje se hlavně zrychleným vývojem primárních i sekundárních znaků, ke změnám váhy ani výšky již tedy skoro nedochází. Je zde vývoj motoriky, a to jak hrubé (lepší koordinace, snadnější zvládnutí činností, které vyžadují sílu), tak i jemné (Vašutová a kol 2013, s. 16).

Podle Langmaiera a Krejčířové rychlým rozvojem motorických, percepčních o ostatních schopností doje k novým a hlubším zájmům (sport, četba, hudba, filmy apod...). Témata zájmů se ale liší oproti dřívějším (Langmaier, Krejčířová 2006, s. 149).

Chlapcům mohutní svalstvo a tím postava dále mužní, dočkají se taky očekávaného chmýří, které lze i oholit. Kolem 16. roku se objeví mutace, z chraplavého hlasu se stane spíše skřehotavý, pak klesne, tonálně se vyrovná a zmohutní. Kožní žlázy zvyšují svoji produkci a tělo dostane jakýsi výraznější, sexuální dráždivý pach (Říčan 2006, s. 193).

3.3. Emoční vývoj a socializace

V literatuře Šimíčkové-Čížkové se píše, že se velmi rozvíjí vazby po stránce kvalitativní i kvantitativní. Podle některých autorů se toto období charakterizuje jako extraverze, kdy je touha stát se členem různých skupin. To je dáno hlavně tím, že se adolescent stává méně závislým na rodičích, ale má vyšší potřebu partnerství a citové vzájemnosti (Šimíčková-Čížková a kol. 2008, s. 116).

Podle Langmaiera a Krejčířové do tohoto období patří emoční nestálost, časté a nápadné změny nálad, hlavně negativní rozklady, impulzivita jednání, nestálost a nepředvídatelnost reakcí a postojů. Objevují se i obtíže s pozorností, které ztěžují soustavné učení, a proto častěji dochází k výkyvům ve školním prospěchu (Langmaier, Krejčířová 2006, s. 147).

Sklon adolescentů ke sdružování se projeví i potřebou navazování erotických vztahů s opačným pohlavím, objevuje se tedy období prvních lásek a jejich zklamání. Adolescent potřebuje být úspěšný, slyšet pochvalu od druhých a mít uspokojivý erotický vztah. Pokud tomu tak není, kompenzuje si to v jiných aktivitách, aby se jeho snížený sebecit vyrovnal (Šimíčková-Čížková a kol 2008, s. 116).

V tomto období je dalším důležitým úkolem volba povolání. Pro některé adolescenti může být volba náročná, jelikož nemusí být ještě zájmově vyhraněný, není zcela dokončen vývoj schopností, identity a nezávislosti. Často se zde objevuje střet zájmu dospívajícího a rodičů (Šimíčková-Čížková a kol 2008, s. 116).

3.3.1. Vztah k sobě

Podle Míčka z roku 1998, kterého Macek cituje, je po celou dobu adolescence typická zvýšená sebereflexe. Podle Macka je na začátku častěji období sebepercepce, kdy si dospívající uvědomuje sám sebe jako nositele různých rolí a jako aktéra vlastního chování v nejrůznějších situacích, zažívá tedy zmatek nad vlastními pocity a prožitky. S postupně přibývajícimi zkušenostmi se sebou samým jako podmětem jednání a prožíváním se v rámci sebereflexe stále větší měrou využívá introspekce a sebehodnocení (Macek 1999, s. 61).

Dospívání patří mezi těžké období plné rozporů. Adolescent by se měl vyznat sám v sobě, najít si místo ve světě, ověřit si, co vydrží a dokáže a sám sebe najít v určitém přesvědčení a životním programu (Říčan 2006, s. 191).

3.3.2. Vztah k vrstevníkům

Velkou roli v období dospívání mají právě vrstevníci adolescenta díky zeslabující vazby na rodiče. Adolescent se jim může svěřovat, konzultovat s nimi své postoje i pocity a také se utvrzovat ve svých pravdách. Snaha odlišit se je součástí procesu jeho osamostatňování, které je právě typické pro cestu od dětství k dospělosti. Blízké osoby Vašutová rozděluje na čistě vrstevnické, přátelské a partnerské. V období dospívání jsou osobní vztahy velmi podstatné. Vývoj vztahů zmiňoval Macek v roce 2003, rozdělil ho Dunphy v šedesátých letech minulého století tak, že v rané adolescenci vznikají malé neformální, dívčí nebo chlapecké skupiny, které mají zpravidla od tří do deseti členů a vždy mají vůdčí osobnost. Typická je zde silná vnitřní soudržnost a přímá každodenní komunikace.

Ve střední adolescenci je charakteristické navazování vztahů mezi skupinami čistě chlapeckými a čistě dívčími. Vznikají tak větší skupiny s větším množstvím lidí. Objevují se zde i intimnější vztahy, které jsou velice prestižní a jsou ostatními členy obdivovány, komentovány a často rozebrány do detailů. V pozdní adolescenci se objevuje první navazování partnerských vztahů ve dvojicích (Vašutová 2003, s. 85).

3.3.3. Vztah k rodičům

Macek podle Younnise a Smollara z roku 1995 ve své knize píše, že mezigenerační konflikt se jevil jako nezbytný předpoklad pro překonání závislosti na rodičích a získání pocitu samostatnosti. Tento průběh nelze zobecňovat, přičemž zde nejsou jen individuální odlišnosti,

ale také i kulturní a historické. Také zmiňuje, že vztah může zůstat trvale pozitivní, závislost se ale dále může snižovat (Macek 1999, s. 67).

Dospívající chce hlavně cítit zájem rodičů, chce mít jejich emoční oporu, ale i respekt a uznání. Střední adolescenti ještě chtějí, aby o ně rodiče projevovali zájem, dávali jim najevo, že je mají rádi a respektují je (Vašutová a kol 2013, s. 82).

Adolescenti kritizují především rodiče, jejich názory například na zápasové utkání, zpěvačku či něco podobného, ale směřují k základnějším otázkám jako jsou otázky smyslu života, společenské morálky apod... (Říčan 2006, s. 2013).

3.4. Sexualita

Podle Langmaiera není pochyb o tom, že sexuální aktivita v určité primitivní formě začala už dávno před obdobím dospívání. V tomto období však nabývá frekvence aktivit a jejich diferenciací. Sexuální pud je podle něj závislý na fyziologických procesech, ale způsoby sexuálního chování jsou ovlivňovány výchovnými a sociálními podmínkami, hlavně tedy současnými kulturními normami (Langmaier, Krejčířová 2006, s. 155).

Adolescenti na sex a erotiku myslí, více mluví o vztazích, proto více a častěji čtou a vyhledávají sexuologickou literaturu, Kámasútru i porno. Zde by měli mít rodiče i učitelé přehled o tom, jací jejich adolescenti ve skutečnosti po této stránce jsou a mít i problematiku více promyšlenou. Často až kolem čtrnáctého roku se objevují schůzky, při kterých je i tělesné sblížení. Z počátku se vodí jen za ruce, později se objeví první polibky, které se prodlužují a prohlubují, následuje objímání a hlazení, které za týdny až měsíce přejde i na prsa a ohanbí a pod oděv (Říčan 2006, s. 204).

3.5. Rizikové chování adolescentů

Panáček píše o názoru Matouška (2005, s. 268), který tvrdí, že změny ve společnosti mohou být jak pozitivní, tak i negativní a můžou se s nimi pojít změny i v rodinném životě a ve výchově dětí. Negativní vliv na rozvoj dospívajícího mají i v dnešní době média, hlavně pořady, ve kterých se objevuje hlavně násilí, agresivita (Vašutová a kol 2013, s. 93).

Obecně rizikové faktory Panáček rozdělil do čtyř skupin, a to na jedinec, rodina, školní prostředí a jako poslední společnost.

Jedinec může být sám sobě rizikovým faktorem díky osobnostní a charakterové vlastnosti, pohlaví, inteligenci noetické zaměření a jeho mravní vývoj. Patří sem i poruchy učení a chování, zdravotní komplikace, životní styl nebo způsoby, jak tráví volný čas. Ve druhé skupině, rodina, hraje roli hlavně vztah rodiče-dítě. Zde se může objevit nedostatek citové vazby, špatná komunikace nebo výchova.

Podle Panáčka je výrazný rizikový faktor závislost kteréhokoliv z členů rodiny, a to zejména závislost neskryvanou jako je alkohol, drogy nebo cigarety. Ve třetí skupině, školní prostředí, považuje Panáček za rizikové faktory neexistenci preventivních programů, negativní až nepřátelské školní klima, prostředí třídy a další. Poslední skupina, společnost, může adolescenta ohrožovat tak, že ho dostatečně neochrání před návykovými látkami nebo zaujme benevolentní postoj k alkoholu, nikotinu a dalším. Patří sem i pochybné hodnoty módních trendů, hojně a nekriticky propagované médii (Vašutová a kol 2013, s. 93,94).

Mezi sociálně patologické jevy u adolescentů Panáček zařadil záškoláctví, zneužívání návykových látek, kriminalita, extremismus, organizovaný zločin, rasismus, vandalismus, patologické hráčství, šikana (Vašutová a kol 2013, s. 94).

4. Genderová problematika související se sexualitou, partnerstvím a rodičovstvím

Po objasnění pojmu antikoncepce a vývojovém období adolescence lze přejít k genderové problematice.

Gender je anglický pojem, který se nepodařilo úspěšně přeložit do češtiny. Genderová studia se podle literatury zabývají tím, co z našeho chování je ovlivněno tím, že se lidé narodili s mužským či ženským pohlavím, a co je ovlivněno tím, v jaké kultuře žijeme a jak nás od narození ovlivňuje jejich okolí. Představy o jednom či druhém pohlaví nazýváme genderové stereotypy, a právě ty vedou k diskriminaci na základě pohlaví (Marksová-Tominová 2009, s. 39).

Pojem gender podle Gjuričové a Kubičky poukazuje na to, jak je mužská a ženská identita různorodě prožívaná a konstruovaná, jaká očekávání se k ní pojí a jaké má muž nebo žena role (Gjuričová, Kubička 2009, s. 51). V současné době je pojem gender využíván jako nástroj analýzy v rámci sociologie a dalších oborů, tedy i rodinné terapie. Autoři zmiňují, že gender je kategorie, která spoluutváří sociální svět na mnoha rovinách. A to na rovině individuálních identit, vztahové, ale i symbolické jazykové až strukturální úrovni institucí, která se zabývá sociologií (Gjuričová, Kubička 2009, s. 51-52).

Podle výzkumu CVVM v listopadu 2006 asi 70 % žen a mužů z Čech si myslí, že muž by měl být živitel rodiny. 90 % žen si myslí, že žena má zajistit harmonickou rodinu a sladit pracovní a rodinné povinnosti, muži by měli naopak dosáhnout postavení v zaměstnání (Gjuričová, Kubička 2009, s. 59).

Karsten píše o tom, že ještě před několika desítkami let bylo běžné pořádat svatbu, když bylo dítě na cestě. Neprovdaná matka byla od společnosti diskriminována a ocitla se na jejím kraji. V současné době těhotenství s sebou nese nutnosti vdávání, tím počet dvojic, žijících spolu bez manželského svazku a vychovávajících dítě, roste. Zvyšuje se také počet matek samovychovatelek, a i mužů samovychovatelů. Podle některých výzkumů jsou muži častěji těmi, kdo si přejí svatbu a dítě od svých životních partnerek. Ženy častěji mají přání mít dítě až po překročení třicítky (Karsten 2006, s. 122-123).

V prvním roce rodičovství dítě vyžaduje, aby se mu matka více věnovala, muž si tím připadá zanedbáván a žena je také nespokojena, protože postrádá jeho pomoc a podporu. První rodičovské zkušenosti přinášejí nesoulady a konflikty (Karsten 2006, s. 124).

Ženy jsou podle Karstena ty, kdo dříve a intenzivněji vnímají negativní změny v partnerství. Souvisí to s tím, že většinou nesou větší břemeno odpovědnosti, zaopatřují dítě a domácnost. Většinou to jsou právě ony, které musí přerušit na několik let svou kariéru v zaměstnání a na nějaký čas se vzdát uspokojování svých potřeb mimo rodinu. Často jsou v sociální izolaci a jsou finančně závislé na partnerovi. (Karsten 2006, s. 124).

Nerovné postavení žen a mužů podle Jarkovské způsobuje, že i jejich sexualita je vnímána rozdílně a obě pohlaví čelí v oblasti sexuality různým problémům. K ženám je často pojena větší emocionalita, menší sexuální touha, větší stydlivost a pasivita. Stereotypně se u mužů předpokládá, že jsou více puzeni než ženu a v sexu pro ně není tak důležitý vztah, ale hlavně výkon, mají více sklon k nevěře a jsou aktivní (Genderové aspekty sexuální výchovy, Jarkovská 2009).

5. Edukace

Role sestry edukátorky je vzhledem k tématu důležitá a významná, proto věnuji další kapitole edukaci.

Edukace je odvozena z latinského slova *educare*, *educare* a znamená vést vpřed, vychovávat. Edukace je proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech (Juřeníková 2010, s. 9). Podle Svěrákové je edukace pacientů velmi důležitou součástí léčebné a ošetrovatelské péče, kde hraje významnou roli jak medicínské poznatky, tak i pedagogika (Svěráková 2012, s.23). Dle Dušové lze o komplexní edukaci hovořit tehdy, pokud se jedná o ucelený systém edukace spočívající v opakování a komplexním pojetí dané problematiky (Dušová 2019, s.23).

Edukace může být podle Kuberové základní, komplexní a pokračující (tzv. reedukace) a může být prováděna individuálně nebo ve skupinách. Základní edukace se provádí, pokud člověk není vůbec o problematice informován. Mezi komplexní edukaci patří edukační kurzy pro člověka, kterého onemocnění celoživotně omezuje. Pokud má být edukace komplexní, měla by při přípravě, realizaci a hodnocení vycházet z oborové didaktiky ošetrovatelství. Reedukace navazuje na již předcházející informace, může je opakovat a aktualizovat (Kuberová 2010, s. 35).

Edukace se nejčastěji dělí na pět fází. V první fázi, fáze počáteční pedagogické diagnostiky, se snaží edukátor odhalit úroveň vědomostí edukanta, dovedností, postoje a jeho edukační potřeby. Lze využít rozhovoru či pozorování. Tato fáze je důležitá pro stanovení cílů edukace. Ve druhé fázi, projektování, se snaží edukátor naplánovat cíle, zvolit metody, formu, obsah, pomůcky a další. Ve třetí fázi, fáze realizace, je prvním krokem motivace edukanta, na kterou navazuje expozice, při níž edukantům zprostředkováváme nové informace a poznatky. V této fázi by se měl edukant aktivně zapojovat. Po expozici následuje fixace, při které je nutné, aby byly získané informace a dovednosti procvičovány a opakovány. Po fixaci následuje průběžná diagnostika, kdy se snažíme diagnostikovat, prověřit a testovat pochopení interpretovaného učiva a zájem edukanta. Na diagnostiku navazuje aplikace, při které se snažíme, aby edukant dokázal získané vědomosti a dovednosti aplikovat. Ve čtvrté fázi, fáze upevnění a prohlubování učiva, je jedním z nezbytných kroků uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. V poslední fázi, fáze zpětné vazby, se snažíme hodnotit nejen výsledky edukanta, ale i naše (Juřeníková 2009, s.21,22).

Podle Juřeníkové edukace znamená výchovu a vzdělání a oba dva pojmy se navzájem prolínají a nelze je od sebe odlišit (Juřeníková 2009, s. 9). Svěráková popisuje výchovu jako záměrné a cílevědomé působení na jedince, směřující k formování duševních a tělesných vlastností, etického citění, hodnotové orientace a citového života (Svěráková 2012, s. 25). Při vzdělání se i jedince rozvíjí jeho vědomosti, dovednosti, návyky, schopnosti a jeho výsledným efektem je vzdělanost (Juřeníková 2009, s. 9). Výchova a vzdělání je proces získávání a rozvoje vědomostí, schopností a praktických dovedností, který se může uskutečnit v různých formách. Mezi formální vzdělávání patří ucelený systém vzdělávání, který se uskutečňuje ve vzdělávacích institucích. Neformální vzdělávání se vyskytuje mimo formální vzdělávací systémy. Tyto činnosti bývají často dobrovolné, naplánované, ale málokdy jsou strukturované jako tradiční vyučovací hodina či předmět (Svěráková 2012, s. 25).

Mezi metody edukace řadíme mluvené slovo např. výklad nebo diskuse, audiovizuální prostředky např. nosiče CD, DVD, dále tištěné materiály jako jsou plakáty, letáky, brožurky a odměnový materiál například obrázky pro děti apod... (Svěráková 2012, s. 38).

Mezi formy individuální působení patří individuální rozhovor, výklad, konzultace, instruktáž i telefonické poradenské linky. Forma skupinového působení umožňuje výměnu názorů a zkušeností jednotlivých členů skupiny. Forma distančního učení představuje E – learning (Svěráková 2012, s. 39).

5.1. Edukační proces

Edukační proces je záměrný, cílevědomý, řízený a plánovaný proces v rámci jedné edukační formy, který spočívá v logické návaznosti pěti etap. Kvalita edukačního procesu závisí na vzájemné interakci edukanta a edukátora (Kuberová 2010, s. 25).

Edukační proces, který probíhá od prenatálního života až do smrti, je činnost lidí, při které dochází buď záměrně nebo nezáměrně k učení. Průcha (2002) uvádí čtyři determinanty vstupující do procesu edukace – edukanti a jejich charakteristika, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí (Juřeníková 2009, s. 10).

Edukant je subjekt učení, a to bez rozdílu věku či prostředí, ve kterém se edukace realizuje. Edukant je individuální osobnost charakterizována vlastními fyzickými, afektivními a kognitivními vlastnostmi (Juřeníková 2009, s. 10).

Edukátor je nepostradatelnou součástí procesu. Nejčastěji jím bývá jeden člověk nebo skupina osob, ale i technické médium (Dušová 2019, s. 24). Ve zdravotnictví je edukátorem nejčastěji lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka a další (Juřeníková 2009, s. 10)

Edukační konstrukty jsou určité plány, zákony, předpisy, edukační standarty či materiály ovlivňující kvalitu celého edukačního procesu (Juřeníková 2009, s. 10).

Edukační prostředí je označení pro místo, kde edukace probíhá. Charakter edukačního prostředí ovlivňuje například osvětlení, barva, hluk i sociální klima (Juřeníková 2009, s. 10).

První fáze edukačního procesu v ošetrovatelství je posuzování, ve kterém se odehrává důkladný sběr, třídění a analýza údajů o daném člověku. Druhou fází je diagnostika, ve kterém sestra stanoví edukační diagnózu. Tato diagnóza vymezuje problémy a potřeby jedince. Třetí fáze edukace v ošetrovatelství je plánování, kde hlavním záměrem je vytvořit edukační plán, stanoví se cíle a rozhoduje se o aktivitách, jejichž pomocí cíl splníme. Také je zde výběr metod edukace a volba vzdělávacích strategií. Čtvrtá fáze procesu je realizace učebního plánu. Je potřeba přizpůsobit tempo edukace tak, aby edukantovi vyhovovalo. Poslední fází je vyhodnocení, kde sestra poskytuje klientům pozitivní zpětnou vazbu různými způsoby, např. pochvala nebo odměna za žádoucí chování. Negativní zpětná vazba dokáže edukanta od učení odradit (Kuberová 2010, s. 25-29).

5.2. Role sestry-edukátorky

Aby mohla sestra vykonávat tuto roli, je potřeba, aby měla potřebné znalosti z dané oblasti na vysoké úrovni. Kromě dostatečných znalostí a dovedností by měla mít sestra dostatek empatie a měla by umět projevovat ochotu pomoci pacientovi, jelikož pacienta povzbudí, když sestra dá najevo, že chápe jeho obavy. Také musí respektovat osobnost člověka.

Aby byla správně prováděna edukace, jsou podstatné komunikační a didaktické dovednosti. Důležité je i určitý cit pro "dávkování informací", které pacientovi poskytuje. Sestra v této roli musí vytvářet motivující a podporující prostředí k edukaci a musí umět používat přijatelné a vhodné kulturní, etnické a profesionální normy (Svěráková 2010, s.36).

Pro úspěšné vykonávání edukace by měl mít edukátor určité charakterové předpoklady jako například trpělivost, tolerance, svědomitost a další. Dále i intelektové (operativní řešení problému), senzomotorické, sociální, odborné znalosti a dovednosti, odborné znalosti

a dovednosti z edukace (znát formy a metody edukace) a autoregulační (schopnost přizpůsobit se apod.) (Juřeníková 2009, s. 69).

Sestra by se měla držet individuálního přístupu k jedinci, měla by být trpělivá, taktní a empatická. Měla by brát ohled na aktuální stav pacienta, řídit délku a čas výuky dle potřeb jedince, a tak upravit i učební plán. Odstranit rušivé elementy při edukaci a správně využít učební pomůcky (Svěráková 2010, s. 34).

Sestra v roli edukátorky zjišťuje individuální znalosti a dovednosti jedince, vztahující se k udržení a obnovení zdraví, poskytuje jedinci, popřípadě jeho rodině, potřebné informace, rozvíjí jedincovy dovednosti, které směřují ke zvládnutí zdravotního problému, pomáhá udržovat optimální úroveň zdraví a motivuje ho ke změně postojů k vlastnímu zdraví (Svěráková 2010, s. 37).

Jako edukátorka by měla pro zkvalitnění své práce provádět sebereflexi. Podle Juřeníkové se jedná o nastavení zrcadla sám sobě, což vyžaduje určitou osobnostní zralost a upřímnost. Sebereflexe v mnoha případech nemusí být příjemná, ale může pomoci mnoha lidem vyvarovat se chyb v budoucnosti a zkvalitnit tak jejich práci. Kalous (2009) zmiňuje poznávací funkce sebereflexe (např. uvědomění si jaký jsme edukátor), zpětnovazebnou funkci (mezi edukantem a edukátorem), rozvíjející, preventivní (pro lepší řešení určité situace v budoucnu) a relaxační. Sebereflexi lze provést pokládáním si otázky sobě a odpovídáním si na ně, dále i dotazníkové hodnocení nebo i rozhovorem s edukantem (Juřeníková 2009, s. 69-70).

Nejčastější bariéry při edukaci ze strany rodiny jedince a rodiny, které by měla sestra včas předvídat a včas odstraňovat, jsou osobnostní rysy jedince, nízká motivace, popření potřeby edukace jedincem, neschopnost nést odpovědnost, bolest, emoce, věk a další (Svěráková 2010, s. 38).

5.3. Edukace týkající se sexuální výchovy a výchovy k plánovanému rodičovství

Trojan píše ve své literatuře, že mladí lidé potřebují znát víc než jen fakta o sexualitě a fyziologii a chtějí odpovědi i na nedefinovatelné sexuální pojmy. Zajímají je emoce, hodnoty a morální zásady, potřebují pomoci při vyrovnání se s nátlakem partnerů a jsou zmateni, co se týče sexuálních pocitů a touhy, celkově se zajímají o lásku (Trojan 2009, s. 115).

V poslední době díky sexuální osvětě a rozšíření přístupné a spolehlivé antikoncepce významně poklesl počet nezletilých těhotných dívek, ale i přes tyto pozitivní změny mladí lidé potřebují vhodné a včasné informace o metodách antikoncepce. Role sexuální výchovy není nejen v podání vhodných informací, ale také rozvinutí schopností a dovedností „domluvit se“, nejen o antikoncepci a ochraně před pohlavně přenosnými chorobami, ale i o dalších věcech týkající se sexuality, které se hodí i v pozdějším věku (Šilerová 2003, s. 13).

Sexuální výchova představuje nejen přípravu na sexuální život, ale vychovává i k mezilidským a rodinným vztahům. Klade důraz nejen na antikoncepci a prevenci sexuálně přenosných nemocí, ale zabývá se i psychologickými a psychosexuálními problémy spojené s každým partnerským soužitím. Problémem sexuální výchovy většinou je spolupráce mezi výchovou školní a rodinnou (Uzel 2006, s. 21).

Hlavní prospěch sexuální výchovy je prevence nežádoucích otěhotnění, snížení nebezpečí sexuálně přenosných nemocí včetně AIDS, boj proti zneužívání dětí a sexuální kriminalitě, kultivace mezilidských a partnerských vztahů a také tolerance k sexuálním menšinám (Uzel 2006, s.22).

I sexuální výchova má své genderová hlediska. Je potřeba, aby vyučující nezastávali již vytvořené sexistické postoje a snažili se nereprodukovat genderové nerovnosti. Cílem sexuální výchovy je také zpochybnění již zmiňovaných stereotypů a vysvobození chlapců a dívek z mýtů, které sexualitu žen a mužů v naší kultuře opředly (Jarkovská 2009, Genderové aspekty sexuální výchovy).

Základní informace o sexuální výchově by podle Sopkové děti měly získávat primárně v rodině, kdy výchova v láskyplném a přirozeném prostředí dává základy života v partnerství, na ty navazuje škola, která je rozšiřuje a prohlubuje (MŠMT 2009).

Uzel zmiňuje, že četné výzkumy v oblasti sexuální výchovy potvrdily, že poučená mládež začíná s pohlavními styky déle než nepoučená. Dále má sexuální výchova zřetelně blahodárný vliv na snížení výskytu sexuálně přenosných chorob a nechtěných těhotenství. Důležité ale je, aby sexuální výchova v sobě obsahovala nejen informace, ale aby i dokázala u mládeže budovat cílevědomé postoje a účinné dovednosti. To dokáže především jen školený pedagogický pracovník, který by měl získávat i rodiče a zajistit tak, aby školní sexuální výchova postupovala s rodinou výchovou a navzájem se doplňovaly a obohacovaly (Uzel 2006, s. 22).

5.4. Rodina a sexuální výchova

Rodina je podle Šilerové důležitým prostředím nejen pro sexuální výchovu od raného dětství až do období dospívání. Rodiče svoji roli v této oblasti podceňují, jelikož jsou někteří přesvědčeni, že jejich děti již všechno ví a vše potřebné se o sexualitě a pohlavním dospívání dozvěděly ve škole, školce či časopisech (Šilerová 2006, s. 19).

Profesor Z. Matějček (2005) popsal sexuální výchovu v rodině jako přirozený systém, a to v rovinách vztah-vzor-poučení. Rodina vztahů tedy představuje základní citové naladění dítěte, které se utváří v rodině, v té se učí přijímat druhé lidi, získávat k nim důvěru a dávat a přijímat. Toto období je velmi důležité pro pozdní vytváření vztahů k druhým lidem. V rovině vzorů dítě přijímá modely chování osob, které jsou pro něj vzorem, většinou to bývají rodiče. Dítě poznává jak "mužský" (otcovský), tak i "ženský" (mateřský) svět a pozoruje, jak se k sobě pohlaví chovají. V rovině poučení se po prvních dvou zmíněných rovinách stává více záležitostí školy, která dává informace, vědomosti a poznatky.

5.4.1. Škola a sexuální výchova

Školy mají za úkol seznámit žáky se základy sexuální výchovy, kde významnou součástí je nejen poučení o ochraně před sexuálním zneužitím, před pohlavně přenosnými chorobami, ale i bohatá nabídka pozitivních vzorů, milujícího prostředí, budování pozitivních morálních hodnot a rozlišování dobra a zla a další.

Sexuální výchova je podle Šilerové na českých základních školách rozdělena do různých předmětů, především prvouky, přírodopisu, občanské nauky a rodinné výchovy. V současné době je obsahem školní sexuální výchovy předávání základních, zejména biologicky orientovaných informací o pohlavním dospívání, početí, porodu, těhotenství mateřství, o zabránění otěhotnění a ochraně před sexuálně přenosnými onemocněními (Šilerová 2006, s.23).

V současné době funguje kvalitní a systematická sexuální výchova pouze na malém množství škol. Proto je právem a mělo by být i povinností rodičů, aby se aktivně zajímali o obsah školní sexuální výchovy a také aby školu podporovali a podněcovali k lepší a větší aktivitě (Šilerová 2006, s. 24).

5.4.2. Edukační programy zaměřené na problematiku plánovaného rodičovství

Existuje řada edukačních programů zaměřených na problematiku plánovaného rodičovství a často se pojí s prevencí HIV/AIDS. Lze si je rozdělit na zahraniční programy a programy v České republice. V České republice se můžeme setkat s těmito:

Zdraví pro všechny v 21. století

V roce 1998 v květnu na 51. světovém zdravotnickém shromáždění se usnesly členské státy Světové zdravotnické organizace na deklaraci, která formulovala základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších společenských souvislostech. Zdraví je v deklaraci, podobně jako v české ústavě, stanoveno jedním ze základních lidských práv a jeho zlepšování hlavním cílem sociálního a hospodářského vývoje. Hlavními cíli programu je ochrana a rozvoj zdraví lidí pro jejich celý život a snížení výskytu nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí.

Součástí programu je cíl 4: Zdraví mladých. Patří sem dílčí úkol snížit o třetinu těhotenství u dospívajících dívek. Ke splnění dílčího úkolu je potřeba pokračovat v rámci vzdělávací oblasti „Výchova ke zdraví“ ve specifické edukaci mládeže z hlediska cíle tohoto dílčího úkolu a prevence rizikového chování a zajistit vhodné metody antikoncepce. Všechny aktivity budou zahrnovat rozvíjení sociálních dovedností a schopností komunikace, prevenci celého rizikového životního stylu, včetně rizikového sexuálního chování. Dále speciálně připravované programy sociální pomoci a doplnění stávajících programů a jasnou informaci, že odsunutí sexuálního startu v dospívání je vhodné (MZČR, Zdraví pro všechny v 21. století, © 2008).

Projekt Netopeer

Tento projekt realizuje vrstevnické vzdělávání v oblasti prevence rizikového sexuálního chování. V roce 2014 bylo proškoleno 32 mladých dobrovolníků v problematice HIV, rovných příležitostí, antikoncepce a dalších příbuzných témat. Základním obsahem jsou fakta o HIV/AIDS včetně besedy s člověkem, který je HIV pozitivní. Absolventi získávají motivace ke změně chování určitým směrem a předávání získaných informací vrstevníkům. Součástí

projektu je i nácvik dovedností a používání kondomu, dále i komunikace, vedoucí ke změnám v chování (Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2019).

Prima Gynda

Projekt Prima Gynda poskytuje seznam gynekologických ordinací přátelské mladým lidem a zejména popis první gynekologické prohlídky. Společně s projektem Kam s ním jsou zaměřené na zlepšování prevence a zkvalitnění zdravotnických služeb nejen mladým lidem (Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2019).

Kam s ním

Kam s ním je projekt zaměřený na dostupnost služeb sexuálního reprodukčního zdraví pro kluky a mladé muže. Cílem je vytvořit seznam lékařů, kteří se danými problémy zabývají a pomoci jim nalézt vhodného odborníka blízko bydliště (Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2019).

Labestra

Labestra, neboli Láska bez strachu, je informační služba, která provozuje webové stránky zaměřené na primárně mladé lidi a zábavnou formou je informuje o otázkách spojených se sexualitou. Často se prezentují na Facebooku, YouTube, Twitteru nebo Google+. Zaměřují se na akce s mladistvými jako je například Majáles v Praze nebo hudební festival Votvírák (Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2019).

Hrou proti AIDS

Hrou proti AIDS je interaktivní projekt primární prevence určen pro 8. a 9. třídy základních škol a 1. a 2. ročník středních škol. Jeho hlavním cílem je předat mladé generaci základní znalosti o možnostech přenosu viru HIV a ostatních pohlavně přenosných chorob, ochraně před nežádoucím otěhotněním, a to formou hry. Cílem je absolvovat ve skupině o 12-15 osob 5 stanovišť – Cesta přenosu HIV, Láska, sexualita a ochrana před HIV, Zábava nechtěného těhotenství, pohlavně přenosných infekcí a HIV, Sexualita řečí těla a Život s HIV/AIDS během 90 minut (Mikulicová, 2016).

Maják

Seminář „Maják“ jehož cílem je prohloubení vzdělávání o HIV/AIDS a vědomosti v oblasti sexuálního a reprodukčního zdraví a i sexuální výchovy. Jeho součástí je zkouška akreditovaná MŠMT v systému dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků.

Nepřinesl tě čáp aneb jak mluvit s dětmi o sexu

Nepřines tě čáp aneb jak mluvit s dětmi o sexu jsou semináře zahájeny v roce 2014 určené pro rodiče předškolních, školních i pubertálních dětí zaměřené na komunikaci o sexualitě a pohlavním dospíváním v rodině. Poskytují informace, proč je důležité o sexualitě s dětmi mluvit a jak překonat strach či stud spojovaný s tématy (Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2019).

Den zdraví na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci

Vzdělávací konference se pravidelně koná při příležitosti Světového dne zdraví a Dne vzdělanosti. Pravidelně se věnuje tématům souvisejícím s výchovou a podporou zdraví a zdravého životního stylu. V minulých letech proběhl vzdělávací workshop „Jak na sexuální výchovu pro malé i velké“ (Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2019).

V zahraničí se můžeme setkat s těmito:

SAFE – Sexual Awareness for Everyone

Zahraníční projekt „Sexuální povědomí pro všechny“ jsou workshopy pořádané mladými lidmi pro ostatní mladé lidi zaměřené na sexuální zdraví, bezpečnost a mnoho dalších aspektů sexuality (Wilmot, 2018).

Existuje také projekt SAFE II – Sexual Awareness for Europe, který má sloužit k podpoře sexuálního a reprodukčního zdraví a souvisejícími právy mladých lidí k zajištění zdravé budoucí generace, která by byla schopná vzájemné lásky a péče (Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2019).

IPPF – Interantional Planned Parenthood Federation

Mezinárodní federace pro plánované rodičovství je globální nevládní organizace jejíž cílem je podpora sexuálního a reprodukčního zdraví a obhajovat právo jednotlivce na vlastní volbu v plánování rodiny. V současné době se skládá více z než 149 členských sdružení působící ve více než 189 zemích. Poskytují informace potřebné pro rozhodnutí v oblasti sexuálního zdraví, podporují trvalé sexuální zdraví a zpřístupňují kvalitní služby v oblasti sexuálního zdraví. Zlepšují celkové zdraví jednotlivců s nízkými příjmy a vedou dobrovolníky k prosazování cílů (International Planned Parenthood Federation, 2020).

YSAFE – Youth Sexual Awareness For Europe poskytuje sdílení zkušeností, absolvování tréninků a podílení se na rozhodování v rámci evropské sítě IPPF. V současnosti byla zvolena do předsednictva YSAFE Bc. Tereza Sádková (Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2019).

Empirická část

6. Cíle výzkumu

Cílem empirického výzkumu bylo zjistit poznatky o úrovni informovanosti a postoje k plánovanému rodičovství dívek a chlapců z vybraných středních škol.

Další dílčí cíle empirické části bakalářské práce:

- Ověřit znalost pojmu antikoncepce.
- Ověřit znalost pojmu plánovaného rodičovství.
- Zjistit postoje k plánovanému rodičovství.
- Zjistit preferovaný typ antikoncepce u studentek a studentů.
- Zjistit úroveň znalostí v oblasti sexuální výchovy a porovnat je mezi studenty gymnázia, průmyslové školy a zdravotnické školy.
- Zjistit, od koho získali studenti první informace o sexuální výchově.
- Zjistit, v jakém věku získali první informace o sexuální výchově a zda byly dostačující.
- Zjistit, kdy by podle studentů měla začít edukace týkající se sexuální výchovy.
- Zjistit, jaký typ edukace sexuální výchovy by preferovali.
- Zjistit, zda na vybraných středních školách je problematika antikoncepce a sexuální výchovy a plánovaného rodičovství probírána.

6.1. Metodika výzkumu

Pro výzkum k naší bakalářské práci jsme zvolili metodu dotazníku. Dotazník jsme vytvořili speciálně pro účely této práce a obsahuje otázky týkající se demografických údajů respondentů a 20 otázek zaměřených na danou problematiku. 5 otázek je dichotomických, 4 otázky jsou uzavřené otázky s možností jedné odpovědi a 4 otázky jsou uzavřené s možností více odpovědí, další 4 otázky jsou otevřené a 3 otázky polytomické.

V úvodu dotazníku jsme respondenty seznámili s tématem bakalářské práce, s obsahem otázek dotazníku a ujistili je, že dotazník je anonymní.

Dotazníkové šetření probíhalo v únoru v roce 2020 u studentů střední průmyslové školy (dále SPŠ), studentů a studentek střední zdravotnické školy (dále SZŠ) a u studentů a studentek gymnázia (dále G).

6.1.1. Charakteristika respondentů

Dotazník byl rozdán studentům a studentkám 2. a 3. ročníku Střední průmyslové školy v Chrudimi, Střední zdravotnické školy v Chrudimi a Gymnázia Josefa Ressela v Chrudimi. Při výběru škol k dotazníkovému šetření jsme kladli důraz na to, aby jedna škola měla zastoupení pouze mužské, druhá ženské a třetí smíšené. Celkem bylo rozdáno 99 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 100 %.

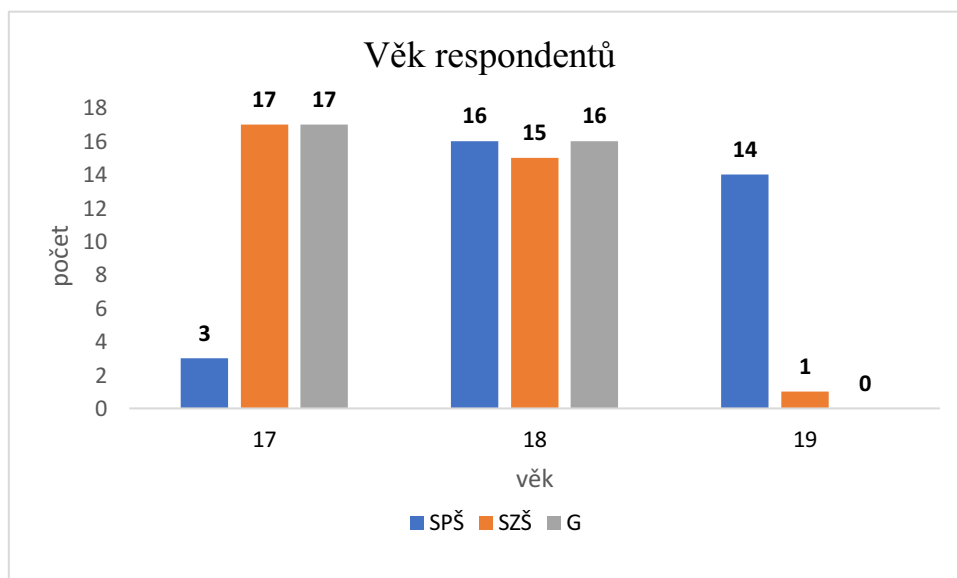
6.2. Výsledky výzkumného šetření

Výsledky výzkumné šetření jsou zpracovány pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel.

6.2.1. Vyhodnocení demografických údajů

V následujících grafech se zaměříme na demografické údaje všech respondentů, jejich věk, pohlaví, studium a rodinu.

Údaj: Váš věk



Graf č. 1 - Věk respondentů

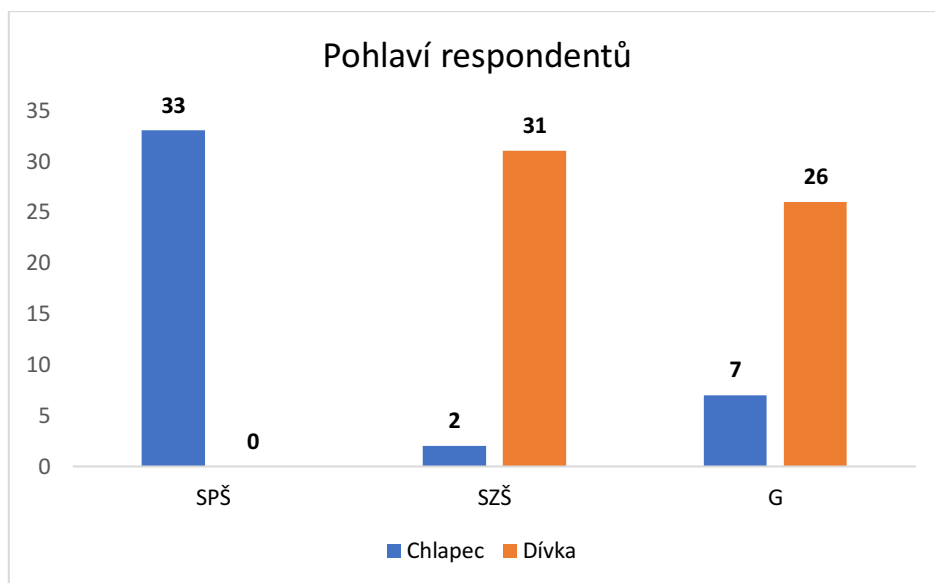
Věk	Střední Průmyslová škola (SPŠ)		Střední zdravotnická škola (SZŠ)		Gymnázium (G)		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
17	3	9 %	17	52 %	17	52 %	37	37 %
18	16	48 %	15	45 %	16	48 %	47	47 %
19	14	42 %	1	3 %	0	0 %	15	15 %
Celkem	33	100 %	33	100 %	33	100 %	99	100 %

Tabulka č. 1 - Věk respondentů

Komentář:

Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 37 % respondentů ve věku 17 let, 47 % ve věku 18 let a 15 % ve věku 19 let. Na SPŠ věk 17 let uvedlo 9 % respondentů, věk 18 let uvedlo 48 % respondentů a věk 19 let uvedlo 42 % respondentů. Na SZŠ se zúčastnilo 52 % respondentek a respondentů ve věku 17 let, 45 % ve věku 18 let a 3 % ve věku 19 let. Na gymnáziu věk 17 let uvedlo 52 % respondentů, věk 18 let uvedlo 48 % a ve věku 19 let se zde nikdo nezúčastnil.

Údaj: Pohlaví



Graf č. 2 - Pohlaví respondentů

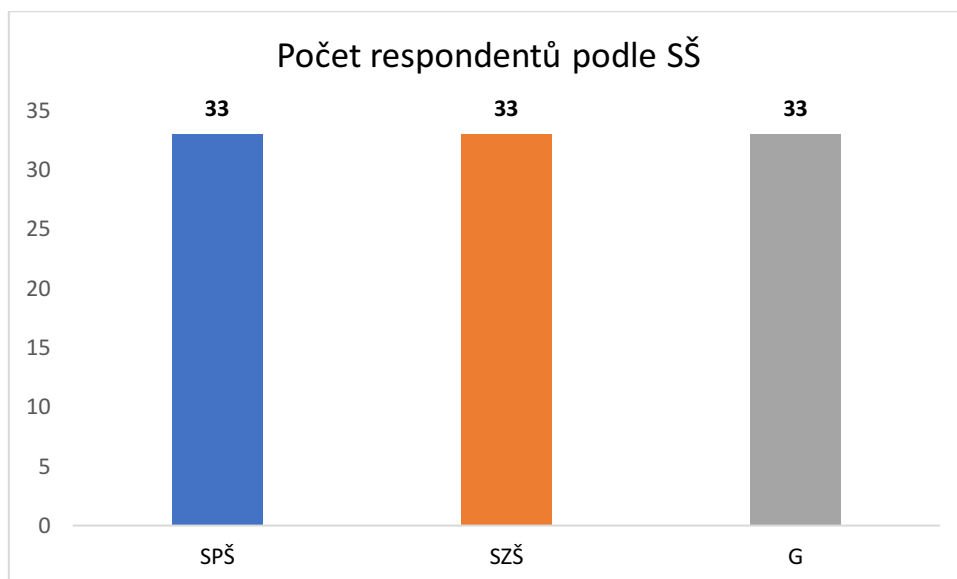
Pohlaví	Střední Průmyslová škola (SPŠ)		Střední zdravotnická škola (SZŠ)		Gymnázium (G)		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
Chlapec	33	100 %	2	6 %	7	21 %	42	42 %
Dívka	0	0 %	31	94 %	26	79 %	57	58 %
Celkem	33	100 %	33	100 %	33	100 %	99	100 %

Tabulka č. 2 - Pohlaví respondentů

Komentář:

Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 42 chlapců a 57 dívek. Na SPŠ byli respondenti pouze chlapci. Na SZŠ se zúčastnili pouze 2 chlapci (6 %) a dále 31 dívek (96 %). Na gymnáziu se zúčastnilo celkem 7 chlapců (21 %) a 26 dívek (79 %).

Údaj: Studuji na

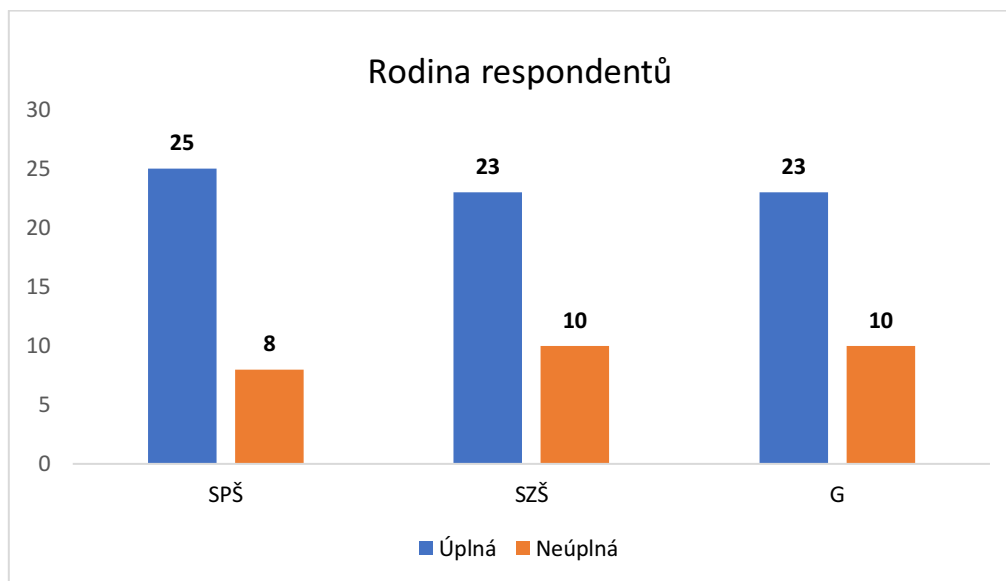


Graf č. 3 - Počet respondentů podle SŠ

Komentář:

Celkový počet respondentů je 99. Rozložení respondentů je rovnoměrné, tj. 33 respondentů z každé školy.

Údaj: Pocházím z rodiny



Graf č. 4 - Rodina respondentů

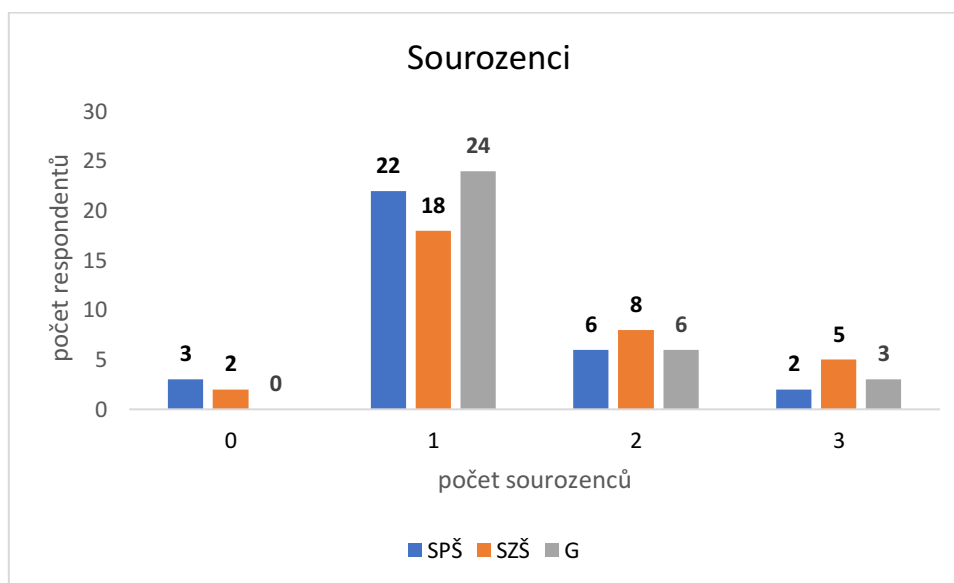
Rodina	Střední Průmyslová škola (SPŠ)		Střední zdravotnická škola (SZŠ)		Gymnázium (G)		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
Úplné	25	76 %	23	70 %	23	70 %	71	72 %
Neúplné	8	24 %	10	30 %	10	30 %	28	28 %
Celkem	33	100 %	33	100 %	33	100 %	99	100 %

Tabulka č. 3 - Rodina respondentů

Komentář:

Podle tabulky a grafu je 72 % dotazujících z úplné rodiny, tedy rodina, kde spolu rodiče žijí. 28 % respondentů pochází z rodiny neúplné. Na SPŠ je 76 % studentů z úplné a 24 % studentů z neúplné rodiny. Na SZŠ je 70 % respondentů a respondentek z úplné rodiny, 30 % je z neúplné. Na gymnáziu je, podobně jako na SZŠ, 70 % z úplné a 30 % z neúplné rodiny.

Údaj: Počet Vašich sourozenců



Graf č. 5 - Sourozenci

Počet	Střední Průmyslová škola (SPŠ)		Střední zdravotnická škola (SZŠ)		Gymnázium (G)		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
0	3	9 %	2	6 %	0	0 %	5	5 %
1	22	67 %	18	55 %	24	73 %	64	65 %
2	6	18 %	8	24 %	6	18 %	20	20 %
3 a více	2	6 %	5	15 %	3	9 %	10	10 %
Celkem	33	100 %	33	100 %	33	100 %	99	100 %

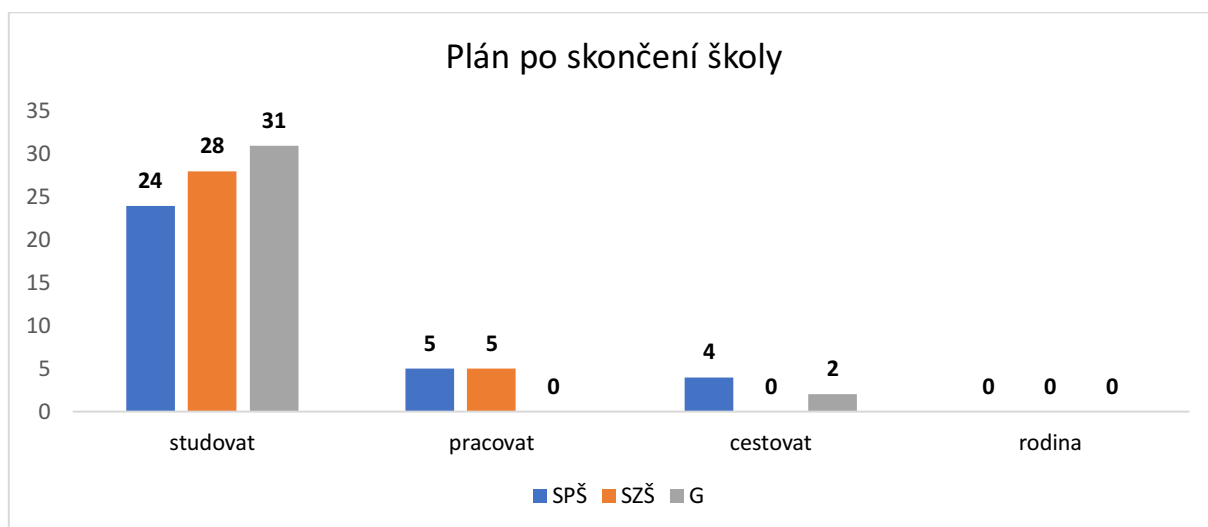
Tabulka č. 4 - Sourozenci

Komentář:

V tabulce a grafu je znázorněno, že 0 sourozenců má celkem 5 % respondentů, jednoho sourozence má celkem 56 % respondentů, dva sourozence má celkem 20 % respondentů a 10 % má 3 a více sourozenců. Na SPŠ nemá sourozence 9 % respondentů, jednoho sourozence má 67 % respondentů, dva sourozence má 18 % a tři a více má pouze 6 % respondentů. Na SZŠ respondenti a respondentky uvedli, že 6 % nemá sourozence. Více než polovina (55 %) má sourozence jednoho. 24 % respondentů má sourozence dva. A 15 % uvedlo, že má tři a více sourozenců. Na gymnáziu žádný z respondentů neuvedl, že nemá sourozence. Většina respondentů (73 %) má jednoho sourozence, 18 % respondentů má dva sourozence a pouze 10 % respondentů má tři a více sourozenců.

6.2.2. Vyhodnocení otázek

Otázka č. 1: Co plánujete po skončení školy?



Graf č. 6 - Plán po skončení školy

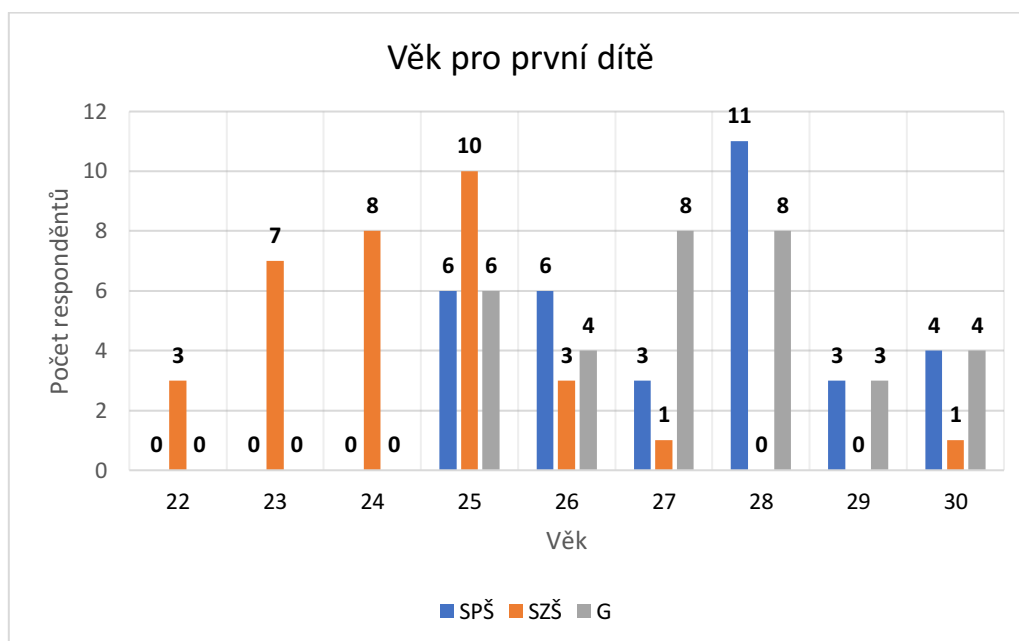
Plán	Střední Průmyslová škola (SPŠ)		Střední zdravotnická škola (SZŠ)		Gymnázium (G)		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
Studovat	24	73 %	28	85 %	31	94 %	83	84 %
Pracovat	5	15 %	5	15 %	0	0 %	10	10 %
Cestovat	4	12 %	0	0 %	2	6 %	6	6 %
Rodina	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	33	100 %	33	100 %	33	100 %	99	100 %

Tabulka č. 5 - Plán po skončení školy

Komentář:

Otázka č. 1 se ptá respondentů, co plánují dělat po ukončení školy. Na výběr bylo ze čtyř odpovědí, a to „Studovat“, „Pracovat“, „Cestovat“, „Rodina“ a „Ostatní“, tuto odpověď nevybral nikdo. Na SPŠ plánuje 73 % respondentů dále studovat, 15 % respondentů chce jít pracovat, 12 % vycestovat do zahraničí a žádný z respondentů neplánuje rodinu. Na SZŠ plánuje studovat 85 % respondentů, 15 % pracovat a žádný z respondentů nechce vycestovat ani neplánují rodinu. Na gymnáziu chce celkem 94 % dále studovat, žádný z respondentů nechce jít pracovat ani mít rodinu, pouze 6 % chce cestovat.

Otázka č. 2: V kolika letech plánujete mít první dítě?



Graf č. 7 - Věk pro první dítě

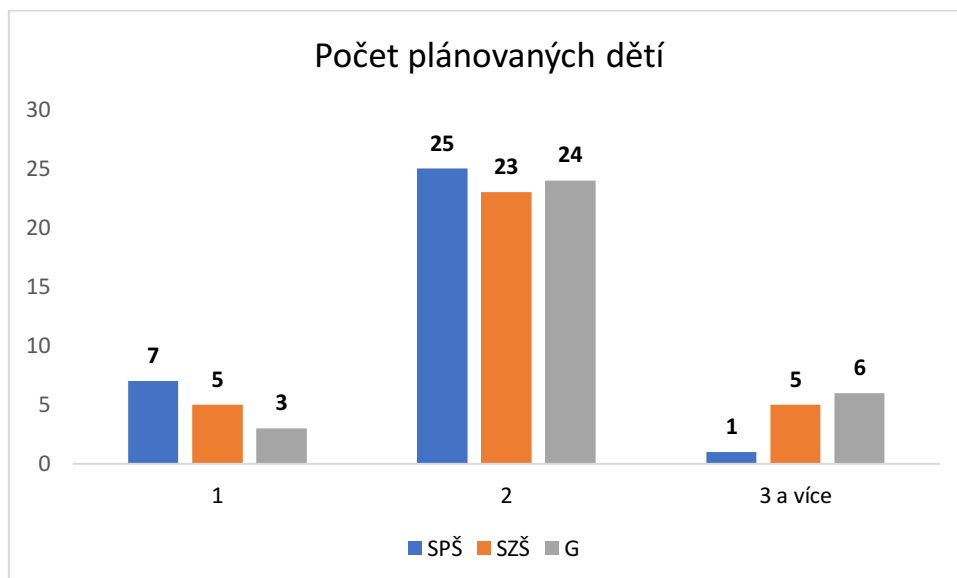
Věk	Střední Průmyslová škola		Střední zdravotnická škola		Gymnázium		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
22	0	0 %	3	9 %	0	0 %	3	3 %
23	0	0 %	7	21 %	0	0 %	7	7 %
24	0	0 %	8	24 %	0	0 %	8	8 %
25	6	18 %	10	30 %	6	18 %	22	22 %
26	6	18 %	3	9 %	4	12 %	13	13 %
27	3	9 %	1	3 %	8	24 %	12	12 %
28	11	33 %	0	0 %	8	24 %	19	19 %
29	3	9 %	0	0 %	3	9 %	6	6 %
30	4	12 %	1	3 %	4	12 %	9	9 %
Celkem	33	100 %	33	100 %	33	100 %	99	100 %

Tabulka č. 6 - Věk pro první dítě

Komentář:

Otázka č. 2 byla otevřená. Respondenti ze SPŠ nejvíce (33 %) odpověděli věk 28 let. Dále pak 18 % odpovědělo věk 25 a 26. 12 % odpovědělo věk 30 a 9 % odpovědělo věk 27 a 29. Na SZŠ byl věk 25 nejčastější odpovědí (30 %), dále pak věk 24 odpovědělo 24 % respondentů, věk 23 odpovědělo 21 % a další odpovědi byly 22 let (9 %), 26 let (9 %), 27 let (3 %) a 30 let (3 %). Respondenti z gymnázia nejčastěji odpovídali věk 27 a 28 (24 %, 24 %). Dále pak 25 let odpovědělo 18 % respondentů, 26 a 30 let odpovědělo po 12 % a věk 29 uvedlo 9 %.

Otázka č. 3: Kolik dětí plánujete?



Graf č. 8 - Počet plánovaných dětí

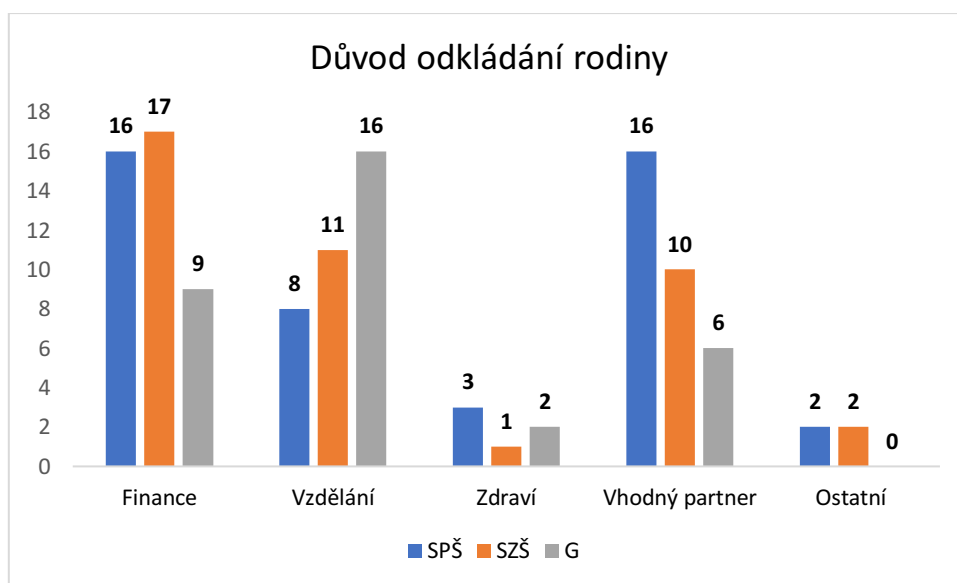
Počet dětí	Střední Průmyslová škola		Střední zdravotnická škola		Gymnázium		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
1	7	21 %	5	15 %	3	9 %	15	15 %
2	25	76 %	23	70 %	24	73 %	72	73 %
3 a více	1	3 %	5	15 %	6	18 %	12	12 %
Celkem	33	100 %	33	100 %	33	100 %	99	100 %

Tabulka č. 7 - Počet plánovaných dětí

Komentář:

Respondenti měli u otázky č. 3 na výběr ze 3 odpovědí, a to „1 dítě“, „2 děti“ a „3 a více“. Na SPŠ plánuje většina (76 %) respondentů dvě děti. Dále pak 21 % plánuje jedno dítě a 3 % plánují tři a více dětí. Na SZŠ nejvíce respondentů (70 %) plánují dvě děti, 15 % plánuje jedno a dalších 15 % plánuje tři a více. Na gymnáziu většina (73 %) plánuje dvě děti, pouze 9 % plánuje jedno dítě a 18 % plánuje tři a více dětí.

Otázka č. 4: Jaký důvod vidíte za odkládáním rodiny?



Graf č. 9 - Důvod odkládání rodiny

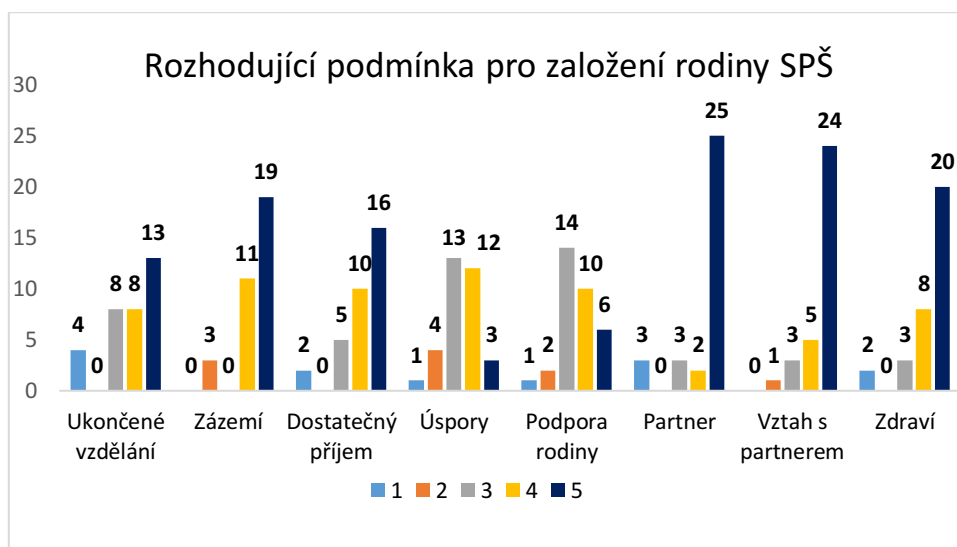
Důvod	Střední Průmyslová škola		Střední zdravotnická škola		Gymnázium		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
Finance	16	36 %	17	41 %	9	21 %	42	33 %
Vzdelání	8	18 %	11	27 %	16	37 %	35	27 %
Zdraví	3	7 %	1	2 %	2	5 %	6	5 %
Vhodný partner	16	36 %	10	24 %	16	37 %	41	32 %
Ostatní	2	4 %	2	5 %	0	0 %	4	3 %
Celkem	45	100 %	41	100 %	43	100 %	129	100 %

Tabulka č. 8 - Důvod odkládání rodiny

Komentář:

U otázky č. 4 mohli respondenti odpovědět výběrem více odpovědí z 5 možností. Na SPŠ 36 % vidí jako důvod odkládání finance a vhodného partnera. 18 % uvedlo jako důvod vzdělání, 7 % uvedlo zdraví a 4 % vybralo odpověď „Ostatní“, kde doplnili odpověď „Cestování“. Na SZŠ uvedli respondenti nejčastěji (41 %) odpověď finance, dále pak 27 % vzdělání, 24 % uvedlo jako odpověď vhodný partner, 5 % uvedlo odpověď „Ostatní“, kde opět doplnili odpověď „Cestování“. 2 % respondentů vidí jako důvod odkládání rodiny zdraví. Na gymnáziu vidí 33 % respondentů jako důvod odkládání finance, 32 % vidí jako důvod vhodného partnera, 27 % uvedlo jako důvod vzdělání, 5 % vybralo zdraví a 3 % vybralo odpověď „Ostatní“ opět s odpovědí „Cestování“.

Otázka č. 5: Určete, která z podmínek je pro Vás důležitá při rozhodování narození dítěte 1 – nejméně, 5 – nejvíce

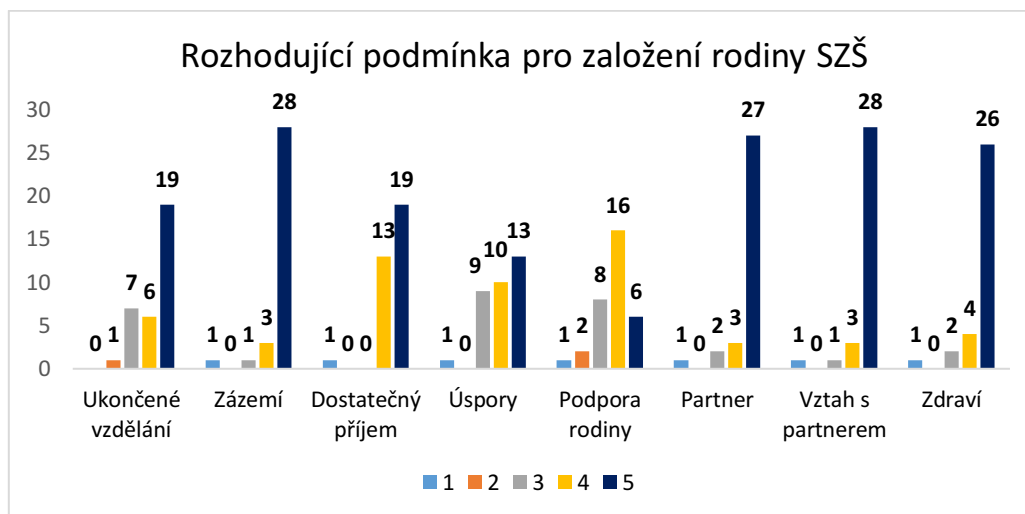


Graf č. 10 - Rozhodující podmínka pro založení rodiny – SPŠ

Komentář:

Na otázku č. 5 respondenti odpovídali výběrem hodnoty pro danou podmínku. Na SPŠ respondenti u ukončeného vzdělání nejvíce přiřadili hodnotu 5, celkem 13 respondentů. U zázemí nejčastěji respondenti, celkem 19, přiřadili hodnotu 5. U dostatečného příjmu také respondenti nejčastěji přiřadili hodnotu 5, celkem 16 respondentů. K úsporám nejvíce přiřadili respondenti hodnotu 3, a to 13 respondentů a těsně za tím přiřadili hodnotu 4, 12 respondentů. Podporu rodiny ohodnotili respondenti nejčastěji číslem 3, celkem 14 respondentů. U partnera

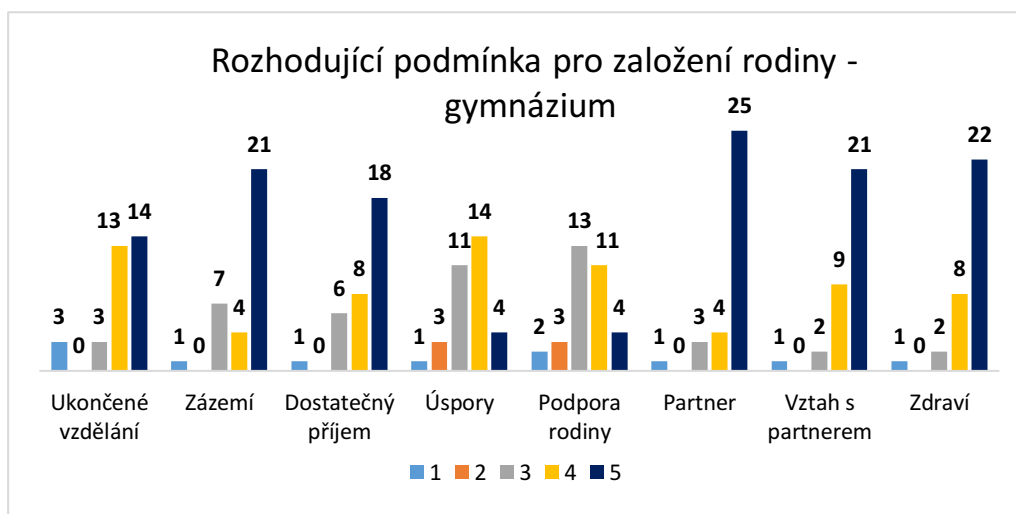
nejčastěji respondenti přiřadili hodnotu 5, a to celkem 25 respondentů. Vztah s partnerem je na tom obdobně, hodnotu 5 přiřadilo celkem 24 respondentů. Zdraví hodnotilo 20 respondentů číslem 5.



Graf č. 11 - Rozhodující podmínka pro založení rodiny – SZŠ

Komentář:

Na otázku č. 5 respondenti odpovídali výběrem hodnoty pro danou podmínku. Na SZŠ k ukončenému vzdělání přiřadilo celkem 19 respondentů a respondentek hodnotu 5. K zázemí celkem 28 respondentek a respondentů přiřadilo hodnotu 5. Dostatečný příjem ohodnotilo celkem 19 respondentek a respondentů číslem 5. Podporu rodiny ohodnotili respondentky a respondenti nejčastěji číslem 4, a to celkem 16 respondentů. U partnera celkem 27 respondentů a respondentek přiřadilo hodnotu 5. Podobně tomu bylo i u vztahu s partnerem, celkem 28 respondentů, a u zdraví, celkem 26 respondentů.

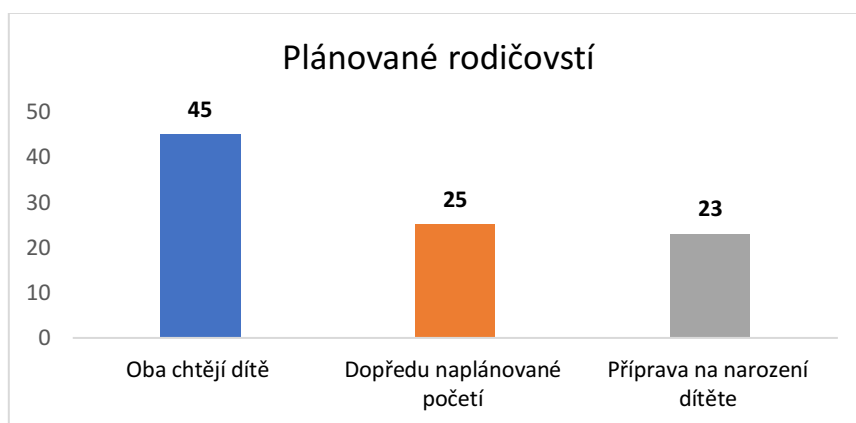


Graf č. 12 - Rozhodující podmínka pro založení rodiny – gymnázium

Komentář:

Na otázku č. 5 respondenti odpovídali výběrem hodnoty pro danou podmínku. Na gymnáziu u ukončeného vzdělání přiřadilo celkem 14 respondentů hodnotu 5 a 13 respondentů hodnotu 4. Celkem 21 respondentů u zázemí přiřadilo hodnotu 5. Dostatečný příjem je podobný, celkem 18 respondentů. U úspor nejčastěji respondenti přiřadili hodnotu 4, celkem 14 respondentů, a hodnotu 3, celkem 11 respondentů. Podporu rodiny nejčastěji respondenti ohodnotili číslem 3, celkem 13 respondentů, a číslem 4, celkem 11 respondentů. U partnera celkem 25 respondentů přiřadili hodnotu 5. Podobně tak u vztahu s partnerem, celkem 21 respondentů. U zdraví přiřadilo hodnotu 5 celkem 22 respondentů.

Otázka č. 6: Co si představíte pod pojmem „Plánované rodičovství“?

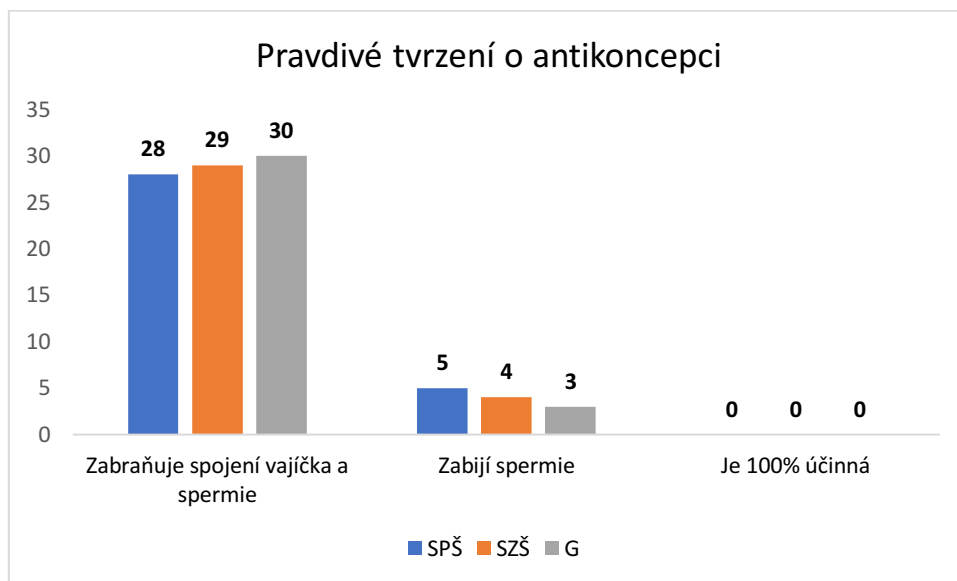


Graf č. 13 - Plánované rodičovství

Komentář:

Otázka č. 6 byla otevřená. Zaměřila se na pojem „Plánované rodičovství“. Vybrala jsem z celkem 93 odpovědí nejčastější a vytvořila graf. 45 respondentů si představí pod pojmem „Plánované rodičovství“, že oba chtějí dítě. 25 respondentů si představují pod pojmem, že je to dopředu naplánované početí. 23 respondentů si pod pojmem představí, že je to příprava na narození dítěte.

Otázka č. 7: Antikoncepce (vyberte pravdivé tvrzení)



Graf č. 14 - Pravdivé tvrzení o antikoncepci

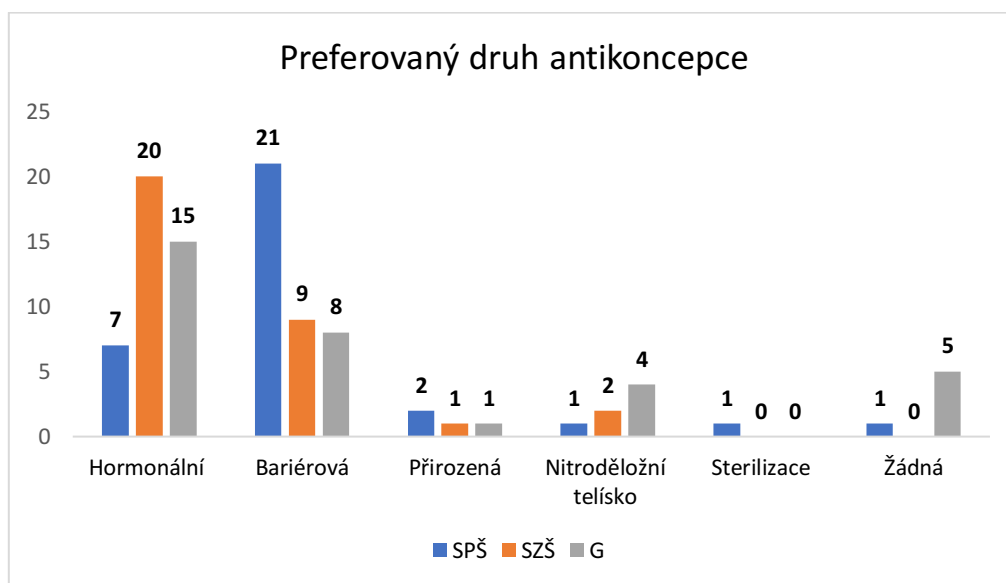
Odpověď	Střední Průmyslová škola (SPŠ)		Střední zdravotnická škola (SZŠ)		Gymnázium (G)		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
A	28	85 %	29	88 %	30	91 %	87	88 %
B	5	15 %	4	12 %	3	9 %	12	12 %
C	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	33	100 %	33	100 %	33	100 %	99	100 %

Tabulka č. 9 - Pravdivé tvrzení o antikoncepci

Komentář:

Na výběr měli respondenti ze tří odpovědí, a to za A- „Zabraňují spojení vajíčka a spermie“, za B - „Zabijí spermie“, za C - „Je 100% účinná“. Správná odpověď je A. Na SPŠ uvedlo odpověď A 85 %, odpověď B vybralo 15 % a odpověď C nevybral nikdo z respondentů. Na SZŠ vybralo odpověď A 88 %, odpověď B vybralo 12 % a odpověď C nevybral nikdo z respondentů a respondentek. Na gymnáziu 88 % vybralo odpověď A, odpověď B vybralo 12 % a odpověď C opět žádný z respondentů.

Otázka č. 8: Jaký druh antikoncepce preferujete?



Graf č. 15 - Preferovaný druh antikoncepce

Druh	Střední Průmyslová škola		Střední zdravotnická škola		Gymnázium		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
Hormonální	7	21 %	20	61 %	15	45 %	42	42 %
Bariérová	21	64 %	9	27 %	8	24 %	38	38 %
Přirozený	2	6 %	1	3 %	1	3 %	6	6 %
NUI	1	3 %	2	6 %	4	12 %	7	7 %
Sterilizace	1	3 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %
Žádná	1	3 %	1	3 %	5	15 %	7	7 %
Celkem	33	100 %	33	100 %	33	100 %	99	100 %

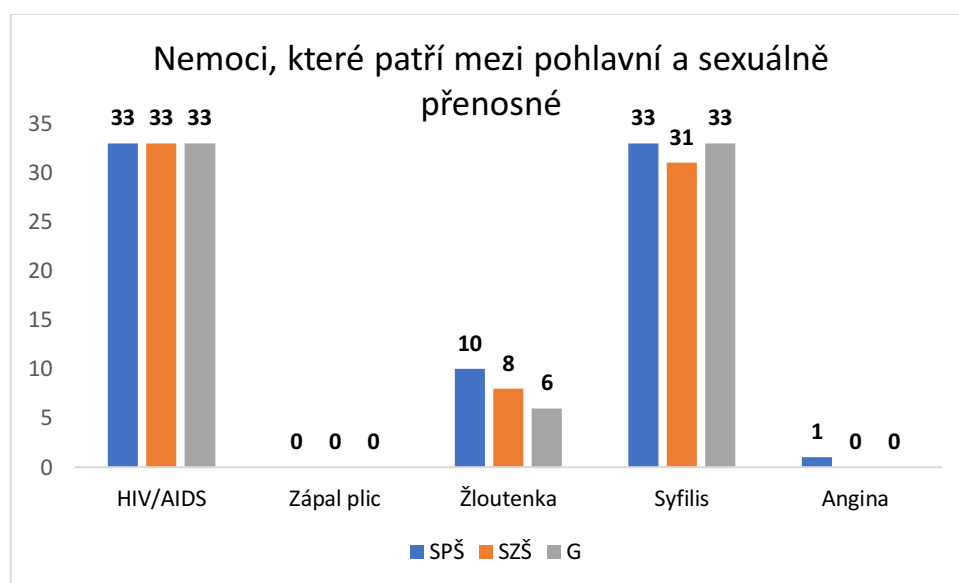
Tabulka č. 10 - Preferovaný druh antikoncepce

Komentář:

Na otázku č. 8 mohli respondenti odpovědět výběrem jedné odpovědi z 6 možností. Cílem této otázky bylo zjistit, jaký druh antikoncepce preferují. Na SPŠ 64 % respondentů preferuje bariérovou antikoncepci. 21 % preferuje hormonální, 6 % preferuje přirozenou. Dále pak po 3 % preferují nitroděložní tělíčko, sterilizaci nebo nepreferují žádnou.

Na SZŠ respondentky a respondenti preferují hormonální antikoncepci (61 %), dále pak 27 % preferuje bariérovou, 6 % nitroděložní tělísko a 3 % nepreferují žádnou. Na gymnáziu respondenti nejvíce preferují hormonální (45 %), druhou nejčastější odpovědí byla bariérová (24 %), následovalo nitroděložní tělísko (12 %) a žádnou preferovanou antikoncepci uvedlo 15 %.

Otázka č. 9: Které nemoci patří mezi pohlavní a sexuálně přenosné?



Graf č. 16 - Nemoci, které patří mezi pohlavní a sexuálně přenosné

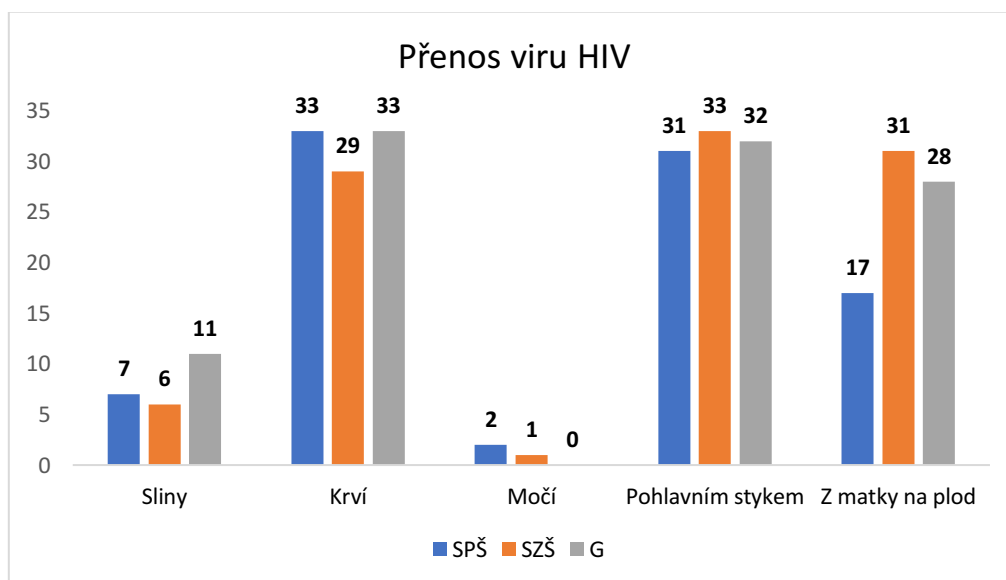
Nemoc	Střední Průmyslová škola (SPŠ)		Střední zdravotnická škola (SZŠ)		Gymnázium (G)		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
HIV/AIDS	33	43 %	33	46 %	33	46 %	99	45 %
Zápal plic	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Žloutenka	10	13 %	8	11 %	6	8 %	24	11 %
Syfilis	33	43 %	31	43 %	33	46 %	97	44 %
Angína	1	1 %	0	0 %	0	0 %	1	0 %
Celkem	77	100 %	72	100 %	72	100 %	221	100 %

Tabulka č. 11 - Nemoci, které patří mezi pohlavní a sexuálně přenosné

Komentář:

U této otázky měli respondenti vybrat nemoci, o kterých si mysleli, že patří mezi pohlavní a sexuálně přenosné. Cílem bylo zjistit povědomost o pohlavních a sexuálně přenosných nemocích. Na výběr měli z 5 nemocí. Správné odpovědi byly HIV/AIDS, žloutenka a syfilis. Na SPŠ vybralo 33 respondentů HIV/AIDS, 33 respondentů syfilis a 10 respondentů žloutenku. 1 respondent vybral anginu. Na SZŠ vybralo 33 respondentů a respondentek HIV/AIDS, 31 respondentů a respondentek vybralo syfilis a 8 odpovědí bylo u žloutenky. Na gymnázium vybralo odpověď HIV/AIDS 33 dotazovaných, syfilis také 33 dotazovaných a pouze 6 dotazovaných vybralo žloutenku.

Otázka č. 10: Jak se přenáší virus HIV?



Graf č. 17 - Přenos viru HIV

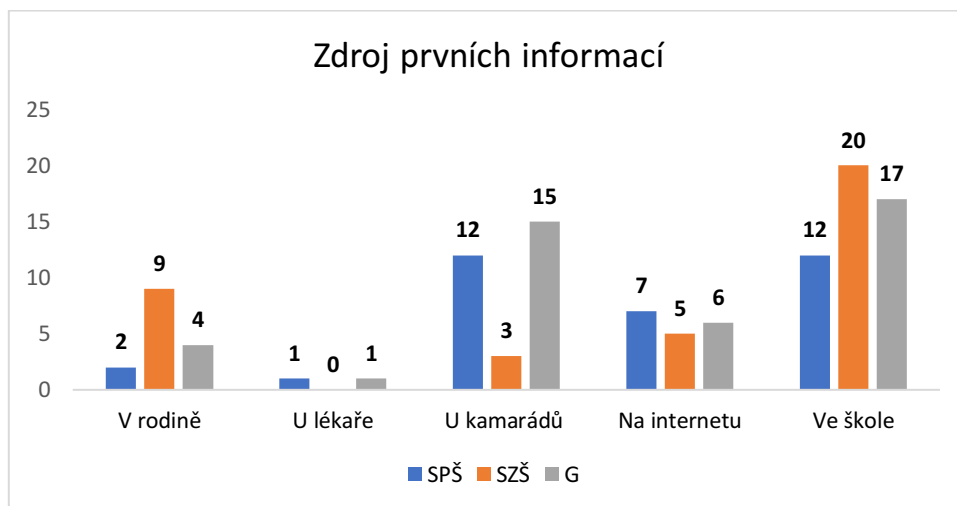
	Střední Průmyslová škola (SPŠ)		Střední zdravotnická škola (SZŠ)		Gymnázium (G)		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
Sliny	7	8 %	6	6 %	11	11 %	24	8 %
Krví	33	37 %	29	29 %	33	32 %	95	32 %
Močí	2	2 %	1	1 %	0	0 %	3	1 %
Pohlavním stykem	31	34 %	33	33 %	32	31 %	96	33 %
Z M na P	17	19 %	31	31 %	28	27 %	76	26 %
Celkem	90	100 %	100	100 %	104	100 %	294	100 %

Tabulka č. 12 - Přenos viru HIV

Komentář:

Otázka č. 10 se zaměřila na přenos viru HIV. Respondenti mohli vybrat více odpovědí z 5 možností, a to sliny, krví, močí, pohlavním stykem a z matky na plod. Správné odpovědi jsou: krví, pohlavním stykem a z matky na plod. Na SPŠ vybralo 33 respondentů krví, 31 pohlavním stykem, 17 z matky na plod, 7 respondentů vybralo sliny a 2 močí. 33 respondentů ze SZŠ vybralo pohlavním stykem, 31 respondentů vybralo krví, 31 vybralo z matky na plod a 6 respondentů vybrali sliny. Na gymnázium vybralo 33 respondentů krev, 32 respondentů vybralo pohlavním stykem, 28 vybralo z matky na plod a 11 respondentů vybralo sliny.

Otázka č. 11: Kde jste získali první informace týkající se sexuální výchovy?



Graf č. 18 - Zdroj prvních informací

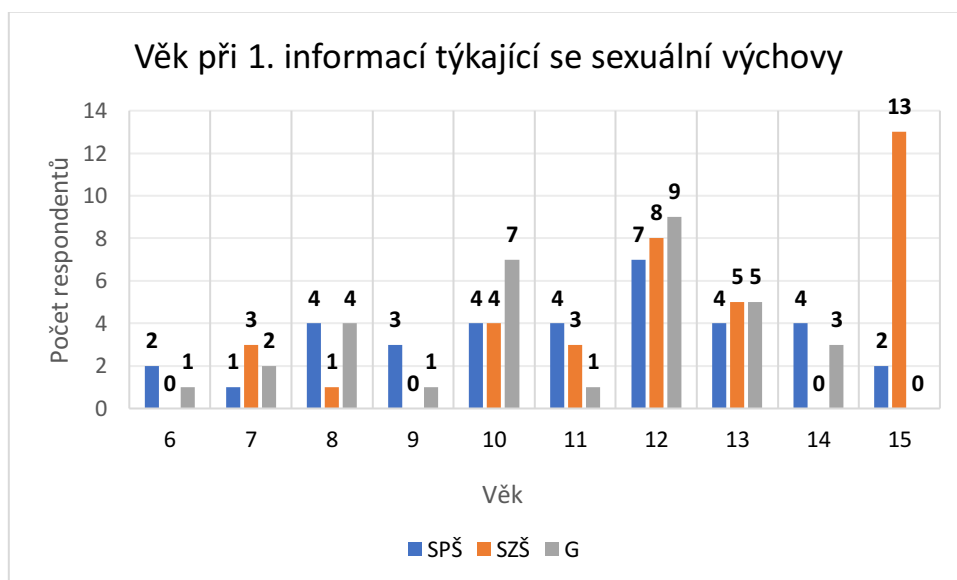
Zdroj	Střední průmyslová škola (SPŠ)		Střední zdravotnická škola (SZŠ)		Gymnázium (G)		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
V rodině	2	6 %	9	24 %	4	12 %	15	15 %
U lékaře	1	3 %	0	0 %	1	3 %	2	2 %
U kamarádů	11	33 %	3	8 %	15	45 %	29	28 %
Na internetu	7	21 %	5	14 %	6	18 %	18	17 %
Ve škole	12	36 %	20	54 %	7	21 %	39	38 %
Celkem	33	100 %	37	100 %	33	100 %	103	100 %

Tabulka č. 13 - Zdroj prvních informací

Komentář:

Na otázku č. 11 mohli respondenti odpovědět výběrem více odpovědí z pěti možností, a to v rodině, u lékaře, u kamarádů, na internetu nebo ve škole (MŠ, ZŠ, SŠ). Na SPŠ odpovědělo 36 % ve škole, 33 % z toho všichni na základní škole, odpovědělo u kamarádů, 21 % na internetu, 6 % v rodině a pouze 3 % u lékaře (gynekologa). Na SZŠ 54 % uvedlo ve škole, z toho všichni na ZŠ, 24 % v rodině, 14 % respondentů na internetu a 8 % u kamarádů, žádný z respondentů nevedl lékaře. Na gymnáziu nejvíce (45 %) uvedl jako zdroj kamarády, 21 % z toho všichni na ZŠ, 18 % ve na internetu, 12 % v rodině a 3 % u lékaře (gynekolog).

Otázka č. 12: Kolik Vám bylo let?

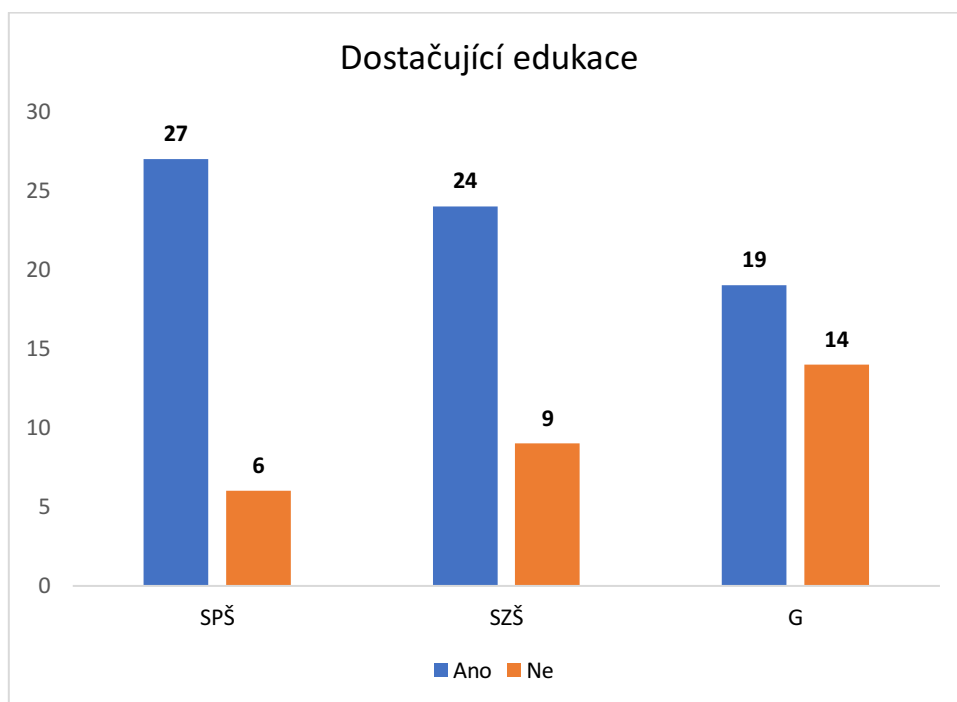


Graf č. 19 - Věk při 1. informací týkající se sexuální výchovy

Komentář:

Na otázku č. 12 mohli respondenti volně odpovídat. Nejčastější odpověď respondentů ze SPŠ byl věk 12, poté 8,10 a 13 let. Na SZŠ byla nejčastější odpověď 15 let, dále pak 12 a 13 let. Na gymnáziu respondenti nevíce uvedli věk 12 let, další nejčastější odpověď je 10 let, poté věk 13.

Otázka č. 13: Připadala Vám edukace dostačující?



Graf č. 20 - Dostačující edukace

Odpověď	Střední průmyslová škola (SPŠ)		Střední zdravotnická škola (SZŠ)		Gymnázium (G)		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
Ano	27	82 %	24	73 %	19	58 %	70	71 %
Ne	6	18 %	9	27 %	14	42 %	29	29 %
Celkem	33	100 %	33	100 %	33	100 %	99	100 %

Tabulka č. 14 - Dostačující edukace

Komentář:

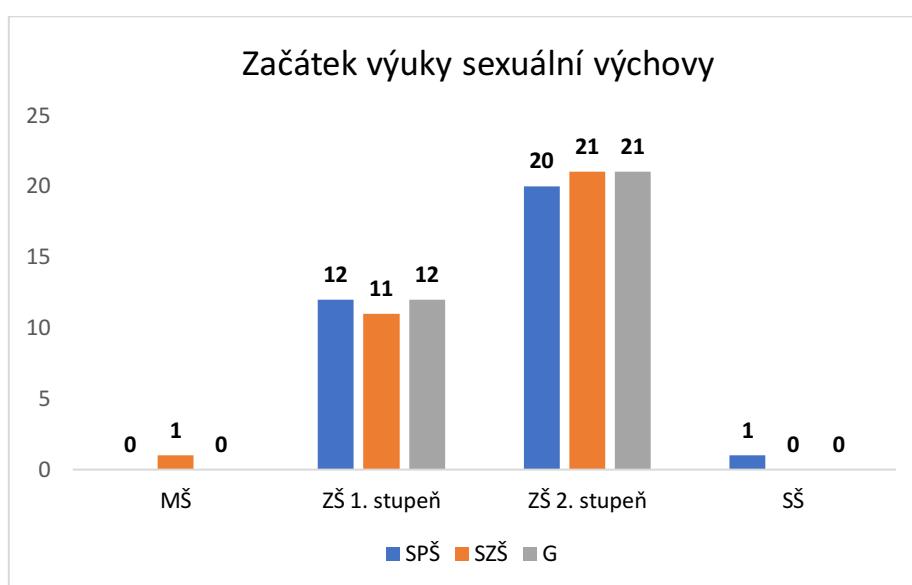
Na otázku č. 13 mohli respondenti odpovědět výběrem z možností ano nebo ne. Na SPŠ 82 % připadala edukace dostačující a 18 % jako nedostačující. Na SZŠ 73 % respondentů uvedlo, že jim edukace přišla dostačující a 27 % přišla edukace nedostačující. Na gymnáziu 58 % respondentů připadala edukace jako dostačující a zbylým 42 % jako nedostačující. Celkem tedy 71 % respondentů označilo edukaci jako dostačující a 29 % jako nedostačující.

Otázka č. 14: Pokud ne, co v ní chybělo?

Komentář:

Otázka č. 14 byla otevřená a zaměřovala se na chybějící informace při sexuální výchově. Respondentů, nejčastěji chyběli objektivní informace o hormonální antikoncepci, upozornění před nebezpečím sexuálně přenosných nemocí, další rozhovory, otevřenost učitele, zohlednění věku edukujících, druhy antikoncepce, vlastní zkušenosti.

Otázka č. 15: Kdy by se měla začít vyučovat podle Vás sexuální výchova?



Graf č. 21 - Začátek výuky sexuální výchovy

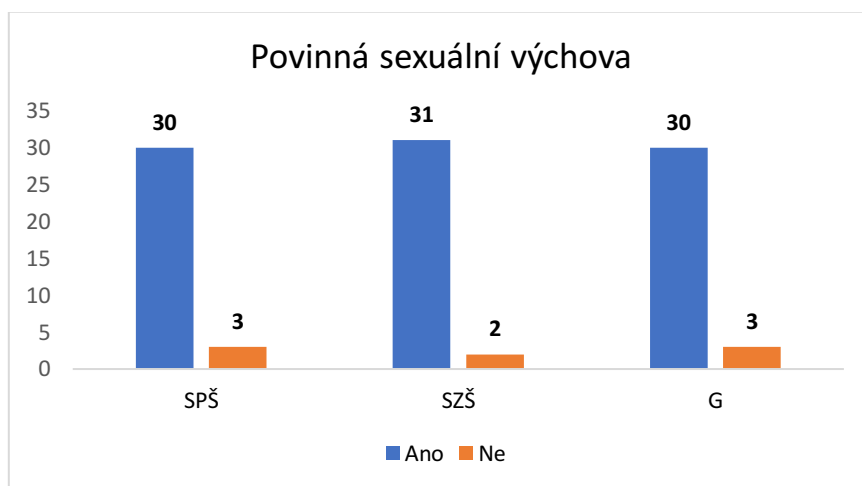
	Střední průmyslová škola (SPŠ)		Střední zdravotnická škola (SZŠ)		Gymnázium (G)		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
MŠ	0	0 %	1	3 %	0	0 %	1	1 %
ZŠ. 1. stupeň	12	36 %	11	33 %	12	36 %	35	35 %
ZŠ 2. stupeň	20	61 %	21	64 %	21	64 %	62	63 %
SŠ	1	3 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %
Celkem	33	100 %	33	100 %	33	100 %	99	100 %

Tabulka č. 15 - Začátek výuky sexuální výchovy

Komentář:

U otázky č. 15 měli respondenti na výběr ze čtyř odpovědí, a to „mateřská škola“ (MŠ), „ZŠ 1. stupeň“, „ZŠ 2. stupeň“ a „střední škola“ (SŠ). Na SPŠ nikdo z respondentů nevybral MŠ, 12 respondentů vybralo 1. stupeň na ZŠ, 20 respondentů vybralo 2. stupeň ZŠ a pouze 1 respondent vybral SŠ. Na SZŠ vybrala 1 respondentka MŠ, 11 respondentů a respondentek vybralo 1. stupeň ZŠ, 2. stupeň ZŠ vybralo 21 respondentů a respondentek a SŠ nevybral nikdo z respondentů. Na gymnáziu MŠ nevybral nikdo z respondentů, 1. stupeň ZŠ uvedlo 12 respondentů, 2. stupeň ZŠ uvedlo 21 respondentů a SŠ nevybral nikdo z respondentů. Celkově by více než polovina (63 %) vyučovala sexuální výchovu na 2. stupni ZŠ.

Otázka č. 16: Měla by být sexuální povinná?



Graf č. 22 - Povinná sexuální výchova

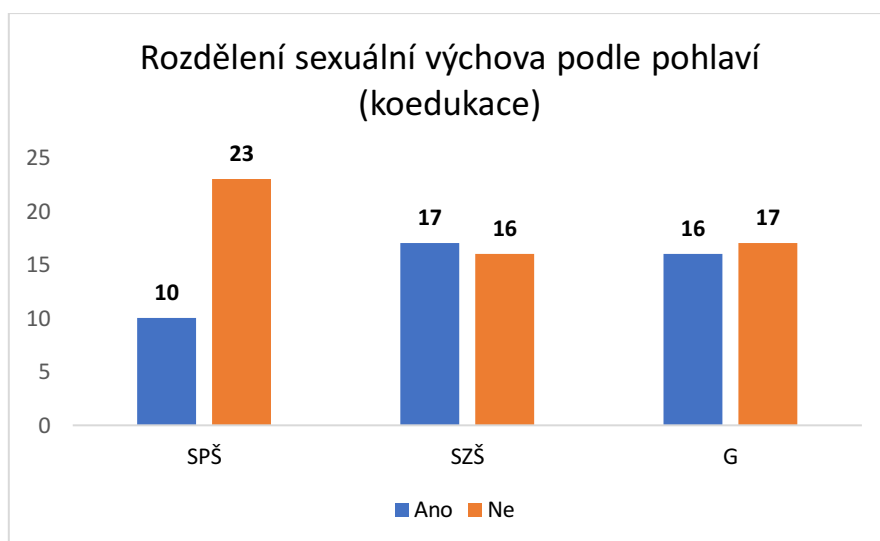
Odpověď	Střední průmyslová škola (SPŠ)		Střední zdravotnická škola (SZŠ)		Gymnázium (G)		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
Ano	30	91 %	31	94 %	30	91 %	91	92 %
Ne	3	9 %	2	6 %	3	9 %	8	8 %
Celkem	33	100 %	33	100 %	33	100 %	99	100 %

Tabulka č. 16 - Povinná sexuální výchova

Komentář:

U otázky č.16 měli respondenti na výběr ze dvou odpovědi. Možné odpovědi byly „ano“ a „ne“. Na SPŠ 30 respondentů odpovědělo, že by měla být sexuální výchova povinná a 3 respondenti naopak. Stejně tomu tak bylo i na gymnáziu. Na SZŠ vybralo odpověď „ano“ 31 respondentů a 2 odpověď „ne“.

Otázka č. 17: Měla by být výuka rozdělena podle pohlaví?



Graf č. 23 - Rozdělení sexuální výchova podle pohlaví (koedukace)

Odpověď	Střední průmyslová škola (SPŠ)		Střední zdravotnická škola (SZŠ)		Gymnázium (G)		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
Ano	10	30 %	17	52 %	16	48 %	43	43 %
Ne	23	70 %	16	48 %	17	52 %	56	57 %
Celkem	33	100 %	33	100 %	33	100 %	99	100 %

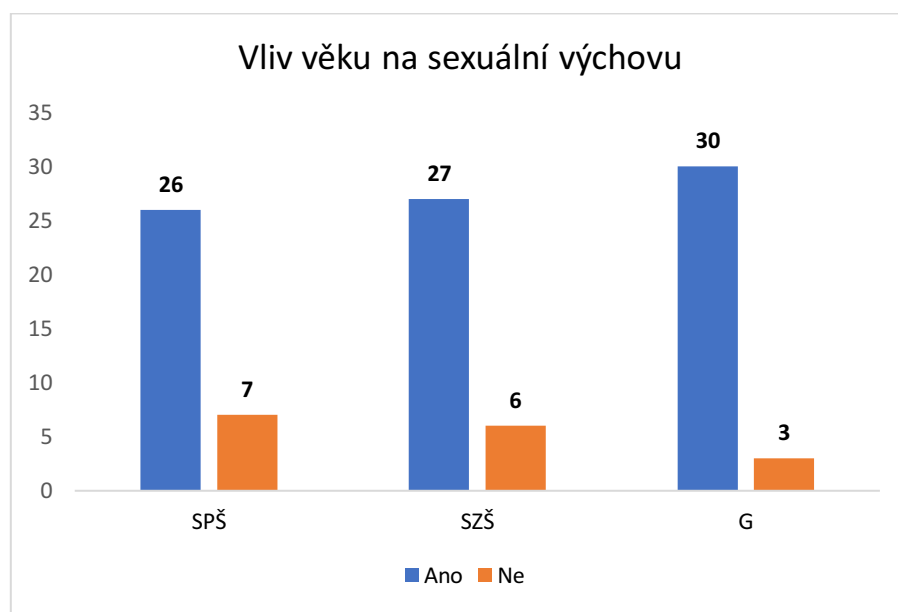
Tabulka č. 17 - Rozdělení sexuální výchova podle pohlaví (koedukace)

Komentář:

U otázky č.17 měli respondenti na výběr ze dvou odpovědi. Možné odpovědi byly „ano“ a „ne“. SPŠ uvedlo 30 % respondentů, že by měla být sexuální výchova rozdělena a 70 % naopak. Na SZŠ by 52 % respondentů sexuální výchovu rozdělilo a 48 % nerozdělilo.

Na gymnáziu by naopak 48 % respondentů sexuální výchovu rozdělilo a 52 % nerozdělilo. Celkově by tak 43 % respondentů sexuální výchovu rozdělilo podle pohlaví a 52 % respondentů nerozdělilo.

Otázka č. 18: Záleží na věku při sexuální výchově?



Graf č. 24 - Vliv věku na sexuální výchovu

Odpověď	Střední průmyslová škola (SPŠ)		Střední zdravotnická škola (SZŠ)		Gymnázium (G)		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
Ano	26	79 %	27	82 %	30	91 %	83	84 %
Ne	7	21 %	6	18 %	3	9 %	16	16 %
Celkem	33	100 %	33	100 %	33	100 %	99	100 %

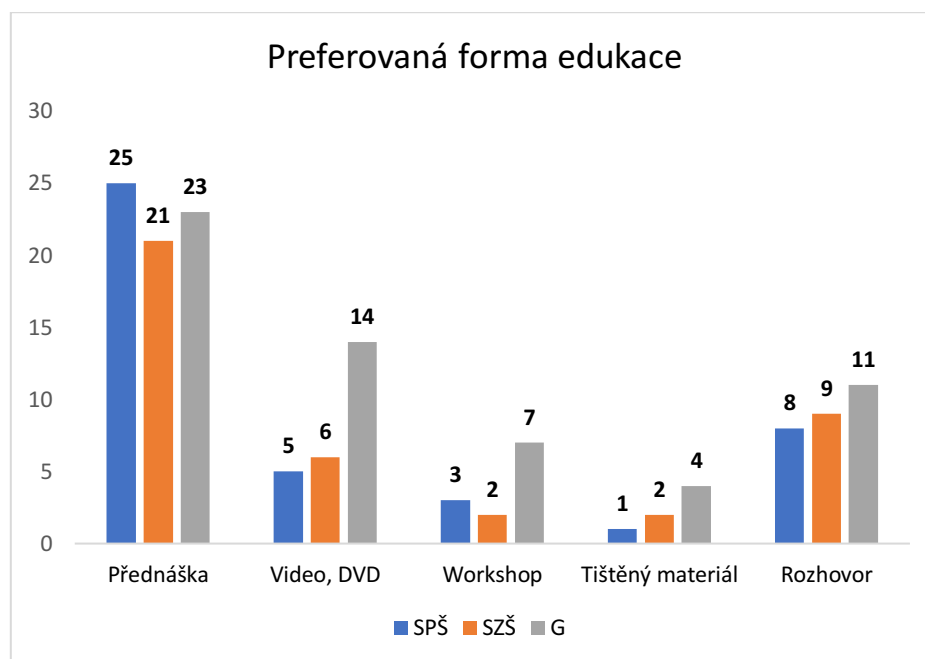
Tabulka č. 18 - Vliv věku na sexuální výchovu

Komentář:

U otázky č.18 měli respondenti na výběr ze dvou odpovědi. Možné odpovědi byly „ano“ a „ne“. Cílem otázky bylo zjistit, zda podle respondentů záleží na věku při sexuální výchově. Na SPŠ vybralo odpověď ano 79 % a odpověď ne 21 %. Na SZŠ podle 82 % záleží na věku a podle zbylých 18 % nezáleží. Na gymnáziu uvedlo až 91 %, že záleží na věku a pouhých 9 %

respondentů uvedlo, že nezáleží. Celkově tedy podle 84 % respondentů záleží na věku při výuce sexuální výchovy a podle 16 % respondentů nezáleží.

Otázka č. 19: Jakou formu edukace byste uvítali?



Graf č. 25 - Preferovaná forma edukace

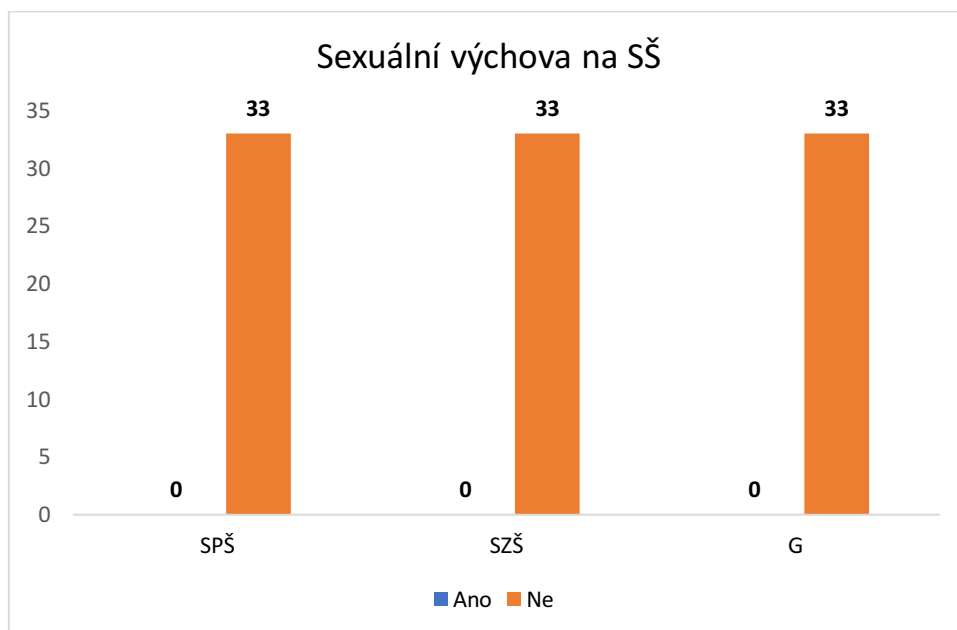
forma	Střední Průmyslová škola (SPŠ)		Střední zdravotnická škola (SZŠ)		Gymnázium (G)		Celkem	
	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %	absolutní počet	četnost v %
Přednáška	25	60 %	21	53 %	23	39 %	69	49 %
Video, DVD	5	12 %	6	15 %	14	24 %	25	18 %
Workshop	3	7 %	2	5 %	7	12 %	12	9 %
Tištěný materiál	1	2 %	2	5 %	4	7 %	7	5 %
Rozhovor	8	19 %	9	23 %	11	19 %	28	20 %
Celkem	42	100 %	40	100 %	59	100 %	141	100 %

Tabulka č. 19 - Preferovaná forma edukace

Komentář:

U otázky č. 19 si mohli vybrat respondenti preferované formy edukace z možných pěti odpovědí, a to „přednáška“, „video, DVD“, „workshop“, „tištěný materiál“ a „rozhovor“. Na SPŠ by 25 % respondentů preferovalo 60 %, 19 % by uvítalo edukaci formou rozhovoru, 12 % respondentů by preferovalo edukaci formou videa či DVD, 7 % by uvítalo formu workshopu a pouze 2 % by uvítala tištěný materiál. Na SZŠ by edukaci formou přednášky uvítalo 53 % respondentů a respondentek Na SZŠ by edukaci formou přednášky uvítalo 53 % respondentů a respondentek, 23 % preferuje edukaci formou rozhovoru, 15 % preferuje video či DVD a pouze 5 % preferuje workshop a dalších 5 % preferuje tištěný materiál. Na gymnáziu by edukaci formou přednášky uvítalo 39 % respondentů a respondentek, 24 % preferuje video či DVD, 19 % preferuje edukaci formou rozhovoru, 12 % preferuje workshop a pouze 7 % by uvítalo tištěný materiál.

Otázka č. 20: Máte sexuální výchovu na Vaší SŠ?



Graf č. 26 - Sexuální výchova na SŠ

Komentář:

Žádný z respondentů ze SPŠ, SZŠ ani gymnázia nemá na jeho střední škole sexuální výchovu.

7. Diskuze

Dotazníkové šetření bylo provedeno na třech středních školách, a to na průmyslové, zdravotnické škole a gymnáziu, aby byl výzkum co nejvíce objektivní. Na zdravotnické škole jsme očekávali převahu dívek, na průmyslové škole převahu chlapců a na gymnáziu jsme předpokládali zastoupení smíšené. Výzkumu se zúčastnilo celkem 99 respondentů, 42 chlapců a 57 dívek. Na SPŠ bylo čistě chlapecké zastoupení, tedy 33 chlapců. Na SZŠ bylo celkem 31 dívek a 2 chlapci a gymnáziu 7 chlapců a 26 dívek.

Cíle výzkumu byly ověřit znalost pojmu antikoncepce a plánovaného rodičovství u středoškolské mládeže, zjistit preferovaný typ antikoncepce u studentek a studentů, zjistit úroveň znalostí v oblasti sexuální výchovy a porovnat je mezi studenty gymnázia, průmyslové školy a zdravotnické školy, dále pak zjistit první zdroj informací týkající se sexuální výchovy, v jakém věku je získali a zda byly informace dostačující. Dále zjistit, kdy by podle studentů měla začít edukace týkající se sexuální výchovy a jaký typ edukace by preferovali. A v poslední řadě zjistit, zda na vybraných školách je problematika antikoncepce, sexuální výchovy a plánovaného rodičovství probírána.

Dílčí cíl č. 1: Ověřit znalost pojmu antikoncepce

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda respondenti vědí, co znamená pojem antikoncepce. S tím souvisí otázka č. 7 (vybrat pravdivé tvrzení o antikoncepci). Na otázku č. 7 většina, celkem 87 respondentů (88 %), odpověděla správným tvrzením, tedy že antikoncepce zabraňuje otěhotnění. Pouze 5 respondentů ze SPŠ, 4 respondenti ze SZŠ a 3 z gymnázia vybrali odpověď B, tedy antikoncepce zabíjí spermie. Na základě těchto výsledků tedy usuzují, že většina respondentů (88 %) zná pojem antikoncepce.

V roce 2015 byl proveden podobný výzkum, který byl součástí bakalářské práce Muzikářové (název práce Informovanost studentek o antikoncepci). V práci se uvádí, že pojem antikoncepce zná 95 % respondentek, nejčastěji ji popsaly jako ochranu před početím či otěhotněním.

Při porovnání výsledků lze říct, že úroveň znalosti pojmu antikoncepce v obou výzkumech se nelišila a byla dobrá.

Dílčí cíl č. 2: Ověřit znalost pojmu plánované rodičovství

Druhým dílčím cílem bylo zjistit úroveň znalosti pojmu plánované rodičovství. S tím souvisí otázka č. 6 (Co si představí pod tímto pojmem?). Jedná se o otevřenou otázku, proto se v odpovědích našly různé formulace s podobným obsahem, které jsem sjednotila do tří definic. Většina respondentů (45 %) si pod pojmem plánované rodičovství představí, že oba partneři chtějí dítě, dále že je to dopředu plánované početí (25 %) nebo píšou, že je to příprava na narození dítěte (23 %). Všechny odpovědi na pojem plánované rodičovství, které jsem zúžila do tří výše uvedených definic, se víceméně alespoň částečně podobaly definici, tak jak ji popisuje Uzel (1999) nebo WHO. Dohromady tedy 94 % uvedlo správnou odpověď. Zbylých 6% odpověď nenapsalo nebo odpověď nevyhovovala.

Pro srovnání uvádím šetření Večeřové z roku 2010, Průzkum informovanosti a postojů k antikoncepci a plánovanému rodičovství u studentek střední zdravotnické školy a střední průmyslové školy. Její respondentky si pod pojmem plánované rodičovství nejvíce (47 %) představily snahu o otěhotnění a domluvu mezi partnery či v jakém časovém horizontu by si partneři přáli mít dítě (40 %).

Při zhodnocení všech odpovědí studentů plyne závěr, že úroveň informovanosti studentů z vybraných středních škol je vyhovující. Opět se výsledky obou výzkumů téměř shodovaly.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit postoje k plánovanému rodičovství

Třetím dílčím cílem bylo zjistit postoje k plánovanému rodičovství. S tím souvisí otázka č.1 (Co plánujete po skončení školy?), otázka č.2 (V kolika letech byste chtěli založit rodinu, mít první dítě?), otázka č. 4 (Jaký důvod vidíte za odkládáním rodiny?) a otázka č. 5 (Určete, která z podmínek je pro Vás důležitá při rozhodování narození dítěte, 1 - nejméně, 5 - nejvíce).

U otázky č. 1 jsem chtěla od respondentů zjistit, co plánují jako první po ukončení školy. Až 84 % respondentů uvedlo, že plánují studovat, dalších 10 % chce jít pracovat, 6 % vyjet do zahraničí a žádný z respondentů neplánuje založit rodinu. Při porovnání výsledků všech škol nenacházím rozdíly, tedy žádný z respondentů momentálně neplánuje založit rodinu.

U otázky č. 2 jsem se zajímala, kdy plánují mít první dítě, založit rodinu. Otázka byla otevřená, odpovědí bylo mnoho, ale nejčastější odpověď (22 %) zde byla 25 let. Dále se odpovědi nejčastěji pohybovaly i výše, tedy 26 let, 27 let a 28 let. Co se týká nižšího věku,

na SPŠ a gymnáziu neplánuje žádný z respondentů mít první dítě pod 25 let. Pouze na SZŠ vybrali respondentky a respondenti 24 let (24 %), 23 let (21 %) a 22 let (9 %). Z výsledku se domnívám, že tedy většina respondentů plánuje založit rodinu až po dostudování či vytvoření dostatečného zázemí. Český statistický úřad uvádí, že v roce 2018 průměrný věk ženy při narození 1. dítěte je 28,3 let (ČSÚ, 2019).

U otázky č. 4 respondenti měli vybrat možnost, kterou vidí za odkládáním založení rodiny. Cílem bylo zjistit, proč se podle studentů odkládá rodičovství na pozdější dobu. Nejčastějším důvodem odsouvání založení rodiny jsou podle studentů dostatečné finance (33 %) a touha po vysokém vzdělání (27 %). To se pojí s otázkou č. 2, kdy většina respondentů chce jít buď studovat či pracovat a žádný z respondentů neplánuje založit rodinu.

U otázky č. 5 měli dotazující přiřadit hodnotu k vybraným podmínkám 1 až 5, kdy 1 má nejnižší hodnotu a 5 nejvyšší hodnotu. Na SPŠ podle studentů nejvíce rozhoduje vhodný partner a vyhovující vztah s partnerem, dalším důvodem bylo pak i dostačující zázemí. Na SZŠ nejvíce rozhoduje dostačující zázemí a vyhovující vztah s partnerem, dále pak vhodný partner a dobré zdraví. Na gymnáziu nejvíce rozhoduje vhodnost partnera, dobrý vztah s partnerem, dostačující zázemí a poté zdraví. U ukončeného vzdělání nejčastěji respondenti přiřadili hodnotu číslo 5, dostatečný příjem také nejvíce respondenti ohodnotili číslem 5.

V tomto případě byla použita k porovnání výsledků bakalářská práce Petry Kroutilové (2016). V jejím výzkumu bylo 154 respondentů ze střední školy zdravotnické, ekonomické a gymnázia. Podle její práce 77,9 % označilo vzdělání jako nejdůležitější. 58,4 % jako druhou nejdůležitější prioritu uvedlo vlastní bydlení. Těsně za vlastním bydlením je rodina, tu jako třetí prioritu uvedlo 57,1 %. Nejméně aktuální je manželství, to uvedlo pouze 54,5 %.

Podle výsledku lze říct, že většina respondentů chce nejdříve vystudovat či vybudovat si vhodné zázemí. Za odkládáním rodiny dotazující vidí nejčastěji právě dostatečné finance a vysoké vzdělání. První dítě tak plánují až kolem 25 let a výše. Při rozhodování narození dítěte ale nejvíce přihlížejí k vhodnosti partnera a vztahu s ním a až poté k dostatečnému zázemí a ukončenému vzdělání.

Po porovnání odpovědí lze říct, že výsledky se během let výrazně nezměnily.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit preferovaný typ antikoncepce u studentů a studentek

Tento dílčí cíl se pojí s otázkou č. 8 (Jaký druh antikoncepce preferujete?). Až 42 % preferuje hormonální antikoncepci, bariérovou antikoncepci preferuje 38 % respondentů, přirozenou antikoncepci preferuje 7 %, žádnou také 7 % a 1 % nitroděložní tělíčko. Na SPŠ

preferuje 64 % bariérovou antikoncepci, 21% hormonální antikoncepci, to opět přisuzují hlavně chlapeckému zastoupení. Naopak na SZŠ, díky většímu dívčímu zastoupení, preferuje hormonální antikoncepci 61 % respondentů a bariérovou preferuje 27 %. Na gymnáziu je to 45 % pro hormonální antikoncepci a 37 % pro bariérovou, to odpovídá smíšenému zastoupení respondentů.

Podobné výsledky vyšly v práci Muzikářové z roku 2015. Až 49 % respondentek používá hormonální antikoncepci, 30 % nepoužívá žádnou a dalších 30 % používá bariérovou, 17 % používá přirozenou antikoncepci a pouze 1 % používá chemickou.

Pro srovnání uvádím i práci Večeřové (2010), jejíž výzkum uvádí, že 66 % ze SZŠ používá antikoncepci, nejčastěji je to hormonální antikoncepce (40 %), dále pak kondom (30 %) a 25 % používá kondom + hormonální antikoncepci, pouze 5 % používá kondom + přerušovanou soulož. Na SPŠ 60 % používá antikoncepci. Až 50 % užívá hormonální antikoncepci, 27 % používá hormonální antikoncepci + kondom. 22 % preferuje kondom a žádná z respondentek zde nepoužívá kondom + přerušovanou soulož.

Při zhodnocení odpovědí v mém šetření tak nejčastěji dívky na středních školách preferují hormonální antikoncepci, chlapani nejvíce preferují bariérovou antikoncepci. Po srovnání lze i říct, že v průběhu 5 let se snížil počet mladistvých, kteří nepreferují žádnou z antikoncepcí.

Z porovnání vyplývá, že výsledky výzkumů se podobají. V průběhu pěti až deseti let se preferovaná antikoncepce nezměnila.

Dílčí cíl č. 5: Zjistit úroveň znalostí v oblasti sexuální výchovy a porovnat je mezi studenty gymnázia, průmyslové školy a zdravotnické školy

Tento dílčí cíl je spojen s otázkou č. 7 (Vyberte pravdivé tvrzení o antikoncepci), č. 9 (Které nemoci patří mezi pohlavní a sexuálně přenosné?), otázka č. 10 (Jak se přenáší virus HIV?), č. 16 (Měla by být sexuální výchova povinná?), č. 17 (Měla by být výuka rozdělena podle pohlaví?) a otázka č. 18 (Záleží na věku?). Otázku č. 7 jsem již shrnula u dílčího cíle č. 1. Respondenti z 88 % znají pojem antikoncepce a informace beru jako dostačující. U otázky č. 9 měli respondenti na výběr z 5 nemocí. Na SPŠ všichni respondenti vybrali odpověď HIV/AIDS a Syfilis. Pouze 10 respondentů vybralo odpověď „žloutenka“. Zápal plic nevybral nikdo a angínu vybral 1 respondent. Na SZŠ HIV/AIDS vybralo všech 33 respondentů, ale syfilis vybralo pouze 31 respondentů, odpověď „žloutenku“ vybralo pouze 8 respondentů. Angínu ani zápal plic nevybral nikdo. Na gymnáziu vybralo HIV/AIDS a Syfilis všech

33 respondentů správně, odpověď „žloutenku“ ale vybralo pouze 6 respondentů. Anginu ani zápal plic nevybral nikdo. Nejlépe tedy vyšla průmyslová škola, těsně za ní gymnázium a jako poslední je zdravotnická škola. Očekávala jsem, že pořadí bude opačné, tedy zdravotnická škola díky svému zaměření, by měla mít nejlepší výsledky.

U otázky č. 10 měli respondenti na výběr z 5 možností přenosu. Na SPŠ vybralo odpověď krví všech 33 respondentů. 31 respondentů vybralo i odpověď pohlavním stykem a z matky na plod vybralo pouze 17 respondentů. Sliny vybralo 7 respondentů a močí 2 respondenti. Na SZŠ vybralo krví 29 respondentů, pohlavním stykem určili všichni respondenti správně a z matky na plod určilo 31 respondentů. Sliny vybralo 6 respondentů a močí pouze 1. Na gymnáziu krví vybralo 33 respondentů, pohlavním stykem vybralo 32 respondentů a z matky na plod vybralo 28 respondentů. Sliny uvedlo 11 respondentů, často s dodatkem, že by to muselo být pouze ve velkém množství, a močí nevybral nikdo. Zde jsou výsledky vyrovnanější, ale podle počtu správných odpovědí je gymnázium nejlepší, následuje SZŠ, díky odpovědi přenosu z matky na plod, a jako poslední je SPŠ.

Podle 92 % dotazujících by měla být sexuální výchova povinná a 84 % respondentů tvrdí, že při edukaci, týkající se sexuální výchovy, záleží na věku. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy na svých webových stránkách z roku 2010 uvádí, že nezavádí problematiku sexuální výchovy, ani samotný předmět. Tato problematika je již od roku 2004 součástí rámcového vzdělávacího programu. Zároveň vydalo didaktickou příručku pro učitele týkající se sexuální výchovy *Doporučení MŠMT k realizaci SV v základních školách* (MŠMT, 2010). 57 % dotazujících uvádí, že by sexuální výchova neměla být rozdělena dle pohlaví. V dřívější době se sexuální výchova vyučovala odděleně. Podle mého názoru by měla obě pohlaví dostat stejné informace.

Potvrzuje to šetření Kláry Jabůrkové z roku 2012. Podle jejich výsledku až 49 % studentů tvrdí, že by měla být sexuální výchova vyučována společně. 15 % respondentů si myslí, že by měla být spíše vyučována společně. Naopak 36 % studentů vybralo odpověď, že by sexuální výchova měla být rozdělena. Výsledky se zde opět podobají.

Dílčí cíl č. 6: Zjistit, od koho studenti získali první informace o sexuální výchovy

Mým dalším cílem bylo zjistit, ze kterých zdrojů respondenti nejvíce čerpali informace týkající se sexuální výchovy. S tímto dílčím cílem souvisí otázka č. 11 (Kde jste získali první informace týkající se sexuální výchovy?). Nejčastější (38 %) odpovědí na tuto otázku je

ve škole, a to na základní. Dalším zdrojem jsou pak kamarádi (28 %), na internetu vybralo odpověď 17 % respondentů, v rodině vybralo 15 % a u lékaře vybrala pouze 2 %. U odpovědi „u kamarádů“ lze vidět největší rozdíl. Pouze 3 % studentů ze SZŠ čerpají od kamarádů, ale na SPŠ tuto odpověď vybralo 33 % respondentů a na gymnáziu i 45 %. Naopak odpověď „v rodině“ na SZŠ vybralo 24 % respondentů, na SPŠ tuto odpověď uvedlo 6 % respondentů a na gymnáziu 12 %.

Ve výzkumu Muzikářové (2015) je tomu ale jinak. První informace o antikoncepci získali respondenti nejvíce z internetu (32 %), dále pak 15 % uvedlo u kamaráda, dalších 15 % respondentů uvedlo lékaře a pouze 10 % ve škole, dalších 10 % uvedlo knihu či časopis. Zde je více odpovědí u lékaře, ale méně odpovědí ve škole než u našeho výzkumu.

Pro srovnání uvádím i bakalářskou práci Večeřové (), kdy studentky nejvíce získaly první informace z knihy či časopisu (56 % a 50 %), u lékaře (46 % a 66 %), dále pak u kamaráda (40 % a 36 %), na internetu uvedlo 40 % a 30 %, rodiče vybralo 23 % a 40 %, dále pak učitelé (23 % a 16 %). Zde je více odpovědí u knihy než u výzkumu Muzikářové, kamarád a lékař je ve stejném pořadí, škola je také až na konci.

Nejčastější zdroje prvních informací se po srovnání liší. Z našeho výzkumu vyplývá jako nejčastější první zdroj škola, podle výzkumu Muzikářové z roku 2015 je to internet a podle práce Večeřové z roku 2010 je prvním zdrojem informací často kniha či časopis. Postupně se tedy v průběhu pěti až deseti let první zdroje informací liší.

Podle mého názoru by prvním zdrojem měli být rodiče či lékař. V současné době jsou na trhu i knihy zabývající se touto problematikou a mohou sloužit jako pomůcka rodičům při diskuzi. Jedna z nich, která často rozděluje populaci na dvě poloviny, vyšla v roce 2019 s názvem „Co to tam mám?“. Kniha je určena pro děti ve věku od čtyř let a poukazuje již na všímavost rozdílů mezi pohlavími. Právě tato kniha pomáhá rodičům o této problematice mluvit.

Dílčí cíl č. 7: Zjistit, v jakém věku respondenti získali první informace o sexuální výchově a zda byly dostačující

Tento dílčí cíl souvisí s otázkou č. 12 (Kolik Vám bylo let?) a otázka č. 13 (Připadala vám edukace dostačující?) Otázka č. 12 byla otevřená. Ze SPŠ uvedlo nejvíce respondentů věk 12 let. Ze SZŠ uvedli respondenti nejvíce věk 15 let. To přisuzuji k nástupu na střední školu

zdravotnickou. A respondenti z gymnázia nejčastěji uvedli věk 12 let, tedy podobně jako na SPŠ.

U otázky č. 13 se měli respondenti vyjádřit, zda jim edukace připadala dostačující. 71 % respondentům připadala dostačující. Zbýlých 29 % doplnilo, že jim chyběly objektivní informace o hormonální antikoncepci, upozornění před nebezpečím sexuálně přenosných nemocí, další rozhovory, otevřenost učitele, zohlednění věku edukujících, dále druhy antikoncepce, vlastní zkušenosti.

Stejně tak ve výzkumu Večeřové si 60 % respondentek myslí, že má dostačující informace týkající se antikoncepce. 11 % uvedlo, že si myslí, že nemá dostačující informace o antikoncepci. Zbýlých 28 % respondentek nedokáže určit, zda má nebo nemá dostačující informace.

I ve výzkumu Muzikářové 74 % respondentů myslí, že má dostačující informace o antikoncepci a 11 % si myslí, že nemá. 15 % nedokáže posoudit, zda má nebo nemá dostačující informace.

Ze srovnání vyplývá, že se v průběhu 10 let názor neměnil a většina respondentů se domnívá, že má dostačující informace týkající se sexuální výchovy, tedy i informace o antikoncepci, ale jsou zde i určitá procenta, v našem šetření celkem 27 %, která si to nemyslí nebo v ostatních šetření to respondenti ani nedokážou posoudit.

Dílčí cíl č. 8: Zjistit, kdy by podle studentů měla začít edukace týkající se sexuální výchovy

S tímto dílčím cílem souvisí otázka č. 15 (Kdy by se měla začít vyučovat podle Vás sexuální výchova?). Až 63 % dotazujících si myslí, že by se sexuální výchova měla začít vyučovat na základní škole na 2. stupni, dalších 35 % respondentů uvedlo, že by se měla začít vyučovat také na základní škole, ale už na 1. stupni. Pro mateřskou školu se rozhodlo 1 %, podobně tak i pro střední školu.

Potvrzuje to i výzkum Večeřové z roku 2010, na otázku „*V kolika letech by podle Vás měla být dívkám podána první informace o antikoncepci?*“ odpověděly studentky ze SZŠ nejčastěji věk 13 let a 14 let, studentky ze SPŠ odpověděly nejčastěji věk 14 let, dále pak 13 let a 15 let.

Jelikož věk na druhém stupni se pohybuje od 11 let do 14 let, lze říct, že se výsledky výzkumů po srovnání neliší. Podle Šilerové (2003) by ale měli rodiče začít mluvit o této problematice s dětmi ve věku 3 až 6 let. Právě v tomto období se začínají děti zajímat o sexuální

styk. Dítě se hlavně začne zajímat, proč mají dospělí lidé pohlavní styk. A to je ta pravá chvíle, kdy zahájit konverzaci na toto téma. Podle mého názoru je to hlavně kvůli tomu, aby se při další otázce nemusely děti stydět zeptat.

Dílčí cíl č. 9: Zjistit, jaký typ edukace sexuální výchovy by preferovali

S tímto dílčím cílem souvisí otázka č. 19 (Jakou formu edukace byste uvítali?). Zjistila jsem, že by respondenti nejvíce uvítali edukaci formou přednášky (49 %), dále pak formou rozhovoru (20 %) či videa/DVD (18 %). 9 % by uvítalo workshop a jako poslední respondenti uvedli tištěný materiál (5 %). Lze to spojit s otázkou na první zdroj informace týkající se sexuální výchovy, kde nejčastější odpověď byla škola, tedy i forma přednášky, dále pak kamarád a rodina, tedy forma rozhovoru a na internetu, kde lze využít formu videa/DVD.

Dílčí cíl č. 10: Zjistit, zda na vybraných středních školách je problematika antikoncepce a sexuální výchovy a plánovaného rodičovství probírána

S tímto dílčím cílem souvisí otázka č. 20 (Máte na Vaší SŠ sexuální výchovu?). Žádná z vybraných škol nemá předmět zabývající se sexuální výchovou, antikoncepcí či plánovaným rodičovstvím. I když všichni studenti a studentky ze SZŠ neuvedli, že na jejich SŠ probírají tuto problematiku, očekávám, že v rámci odborných předmětů se s touto problematikou setkali. Stejně tak to očekávám na gymnáziu v rámci předmětu biologie.

Pro porovnání uvádím výsledky výzkumu Večeřové (2010). Z její práce plyne, že 76 % respondentek ze SZŠ, že nemá předmět, ve kterém je problematika antikoncepce probírána a zbylých 23 % tento předmět má. Respondentky ze SPŠ uvedly, že 93 % nemá tento předmět a zbylých 6 % má předmět, ve kterém je problematika antikoncepce probírána.

Podobně tomu tak je ve výzkumu Muzikářové z roku 2015. Až 46 % respondentů nemá na jeho SŠ výuku, kde součástí byly informace týkající se antikoncepce. 30 % dotazujících uvedlo, že mělo samostatnou přednášku na toto téma a 29 % odpovědělo, že toto téma měli v rámci výuky.

Po porovnání výsledků všech výzkumů můžeme tedy říct, že na žádné zmíněné střední škole není problematika antikoncepce, sexuální výchovy a plánovaného rodičovství dostatečně probírána.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem informovanosti středoškolské mládeže o antikoncepci a postojem k plánovanému rodičovství. Práce je složena ze dvou částí – teoretické a empirické. V teoretické části jsem zmínila pojem plánované rodičovství, jeho definici a rozdělení. Dále jsem se věnovala antikoncepci, vyjmenovala jsem aktuálně dostupné metody antikoncepce, jejich mechanismus účinku a dále nevýhody a výhody užívání. Díky tématu, kterému jsem se věnovala, jsem se zabývala obdobím adolescence, kognitivním, somatickým, emočním vývojem a socializací v tomto období a jeho ostatními úskalími. V této části jsem se dále věnovala také genderové problematice související se sexualitou, partnerstvím a rodičovstvím. Další kapitola byla věnována edukaci a její problematice.

Empirická část měla prozkoumat informovanost středoškoláku o antikoncepci a zjistit postoj k plánovanému rodičovství. Šetření bylo provedeno formou dotazníků na střední zdravotnické škole, střední průmyslové škole a gymnáziu v Chrudimi. Celkový počet respondentů byl 99. Zjišťovali jsme, jaký druh antikoncepce středoškolská mládež preferuje a v jakém věku získali respondenti první informace týkající se sexuální výchovy. Dále jsme hodnotili úroveň znalostí v oblasti sexuální výchovy, pátrali jsme po prvním zdroji informací týkající se sexuální výchovy. Podle mého názoru byly tyto cíle splněny.

Z výzkumu vyplývá, že na středních školách jsou poměrně dobře informováni o pojmu antikoncepce a plánovaném rodičovství. Informace, získané především ze školy, od kamarádů či z internetu, jsou také na dobré úrovni. Na zdravotnické škole jsem ale čekala lepší výsledky vzhledem k jejich zaměření. Nejvíce mě překvapilo, že velmi málo studentů uvedlo, že mezi pohlavně přenosné nemoci patří sérová hepatitida B. Po srovnání výsledků mezi jednotlivými školami docházíme k závěru, že mezi školou se zdravotnickým zaměřením a školami bez zdravotnického zaměření není významný rozdíl. Výsledky všech škol byly srovnatelné, ale v některých případech zdravotnická škola byla až na posledním místě. Čekala bych, že budoucí zdravotní sestry, které se budou dále podílet na edukaci této problematiky, budou mít výsledky lepší.

Překvapením pro mě bylo, že pouze 2 % respondentů získala své první informace týkající se sexuální výchovy u lékaře a dalších 15 % uvedlo jako první zdroj informací rodinu. Tyto čísla bych čekala vyšší. V porovnání s ostatními výzkumy respondenti našeho šetření získali informace nejčastěji ve škole či od kamarádů, u ostatních výzkumů byl první zdroj hlavně kniha či časopis nebo internet. V tomto případě jsem ale ráda, že naši respondenti

nejvíce získali informace ve škole, jelikož informace od kamarádů či z internetu jsou často nejméně spolehlivé.

V našem výzkumném šetření jsme dospěli k závěru, že studenti preferují hormonální antikoncepci a kondom. Co se týče plánování rodiny, vzhledem k dnešní době mě nepřekvapilo, že většina respondentů plánuje mít první dítě až ve 25 letech a déle, nejčastějším uváděným důvodem odsunu založení rodiny bylo studium či vytvoření si vhodného zázemí.

Na základě našeho šetření a porovnání s ostatními výzkumy jsme také zjistili, v našem případě 29 %, respondentům nepřišla edukace, týkající se sexuální výchovy, dostačující. Nejvíce zde byla zmiňována absence nabídnutí víc možností antikoncepce či objektivní informace o hormonální antikoncepci. Dále respondentům chyběly další rozhovory či varování před pohlavními a sexuálně přenosnými nemocmi. Dalším zjištěním bylo, že na žádné střední škole není problematika antikoncepce ani plánovaného rodičovství dostatečně probírána, proto bych na základě těchto výsledků vytvořila informační brožuru (viz příloha č. 2), kde bych shrnula a vyjmenovala všechny dostupné metody antikoncepce, sepsala výhody i nevýhody užívání, vypsala pohlavní a sexuálně přenosné choroby, jejich příznaky a možnou léčbu, v neposlední řadě bych se zaměřila na prevenci a vyjmenovala hlavní zásady ochrany před těmito nemocmi, která by mohla být jako návrh a první krok k přípravě edukačního programu. Podle výsledků z výzkumu by respondenti nejvíce preferovali edukaci formou přednášky. Informační brožura by mohla být jejím podkladem.

Anotace

Autor:	Petra Sedláčková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Úroveň informovanosti a postoje středoškolské mládeže na vybraných středních školách k plánovanému rodičovství
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Počet stran:	
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2020
Klíčová slova:	plánované rodičovství, antikoncepce, adolescence, gender, edukace

Bakalářská práce pojednává o úrovni informovanosti středoškolské mládeže o antikoncepci a postojích k plánovanému rodičovství. Poukazuje na nedostatečný přísun informací o pohlavních a sexuálně přenosných nemocí a nedostatečných informací o antikoncepci.

V teoretické části byly objasněny pojmy plánované rodičovství, antikoncepce a přehled antikoncepčních metod, adolescence, gender a také problematika edukace.

V empirické části jsme porovnávali znalosti o antikoncepci a plánovaném rodičovství u studentů střední zdravotnické školy, střední průmyslové školy a gymnázia. Pátrali jsme, která antikoncepce je studenty preferována, jaký mají postoj k plánovanému rodičovství. Také jsme zjišťovali první zdroj a úroveň informací týkající se sexuální výchovy a antikoncepce.

Použili jsme metodu kvantitativního výzkumu pomocí nestandardizovaného dotazníku, výsledky byly zpracovány do grafů a tabulek.

Annotation

Author:	Petra Sedláčková
Institution:	Institute of Social Medicine, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Charles University Department of Nursing
Title:	Survey of Knowledge and Attitudes of Secondary School Students at Selected Secondary Schools Towards Family Plannings
Supervisor:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Number of pages:	
Number of appendices:	6
Year of defense:	2020
Keywords:	family planning, contraception, adolescence, gender, education

This bachelor's thesis deals with the secondary school youths' awareness of contraception and attitudes towards planned parenthood. The thesis points to a lack of supply of information on venereal and sexually transmitted diseases and insufficient information on contraception.

In the theoretical part the terms planned parenthood, contraception and overview of contraceptive methods, adolescence, gender, and also the topic of education were clarified.

In the empirical part we compared knowledge of contraception and family planning among students of a secondary school of nursing, a secondary technical school, and a gymnasium. We investigated what kind of contraception is preferred by students and their attitude towards family planning. The first source and level of information regarding sex education and contraception were investigated as well.

The method of quantitative research using a non-standardized questionnaire has been used and the results processed into graphs and tables afterwards.

Seznam použité literatury

BARTÁK, Alexandr a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-247-1351-9.

ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana ČEPICKÁ LÍBALOVÁ. Jak odpovídat na otázky o antikoncepci a plánovaném rodičovství: [vývojová psychologie]: přepracované vydání. Vyd. 2. Praha: Levret, c2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-87070-49-9.

ČEPICKÝ, Pavel. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. Praha: Levret, 2002. ISBN 80-903-1830-4.

Český statistický úřad [online]. 2016 [cit. 2020-04-08]. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/>>

DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ. Edukace v porodní asistenci. Praha: Grada Publishing, 2019, 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7.

FAIT, Tomáš. *Antikoncepce: [průvodce ošetřujícího lékaře]*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, c2012. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-280-3.

Family planning/Contraception. *World Health Organization* [online]. Ženeva, 2018, 8.2. 2018 [cit. 2020-02-21]. Dostupné z: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>>

FIFKOVÁ, Hanka, Miroslav HRICZ, Lucie JARKOVSKÁ, Lenka KUBRICHTOVÁ, Jan MACHUTA, Vladimíra NEKLAPILOVÁ, Pavel PETRNOUŠEK, Václav PÍSECKÝ, Peter PORUBSKÝ, Ivo PROCHÁZKA, Monika SOPKOVÁ, Vít UNZEITIG, Radim UZEL a Michaela VESELÁ. *Sexuální výchova – vybraná témata*. Praha: MŠMT ve spolupráci s VÚP v Praze, 2009. ISBN 9788087000298

GJURIČOVÁ, Šárka a Jiří KUBIČKA. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2390-7.

Institute for Reproductive Health Georgetown University [online]. Georgetown University: Institute for Reproductive Health Georgetown University, 2020 [cit. 2020-02-06]. Dostupné z: <http://irh.org/focus-areas/fertility_awareness/>

International Planned Parenthood Federation. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2020 [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=International_Planned_Parenthood_Federation&oldid=934110492>

JABŮRKOVÁ, Klára. Problematika výuky sexuální výchovy na druhém stupni základních škol a nižších třídách gymnázií [online]. České Budějovice, 2012 [cit. 2020-04-08]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/dblac1/>>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Věra Pašková.

JARKOVSKÁ, Lucie. Genderové aspekty sexuální výchovy. Praha: MŠMT, 2009. 4 s. Sexuální výchova - vybraná témata. ISBN 978-80-87000-29-8.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2009, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KARSTEN, Hartmut. *Ženy – muži: [genderové role, jejich původ a vývoj]*. 2006. Praha: Portál, 2006. Spektrum (Portál). ISBN 80-736-7145-X.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2010-. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3270-1.

KROUTILOVÁ, Petra. Problematika plánovaného rodičovství z pohledu žáků středních škol v Prostějově [online]. Olomouc, 2016 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/q7pfx/>>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Petr Zemánek, Ph.D..

KŘEPELKA, Petr a Zuzana ČEPIČKÁ LÍBALOVÁ. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. Vyd. 2. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2991-9.

KUBEROVÁ, Helena. Didaktika ošetrovatelství. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.

MACEK, Petr. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-717-8348-X.

MARKSOVÁ-TOMINOVÁ, Michaela. *Rodina a práce: jak je sladit a nezbláznit se*. Praha: Portál, 2009. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-615-5.

MIKULICOVÁ, Denisa. Efektivita projektu Hrou proti AIDS v Olomouckém kraji [online]. Olomouc, 2016 [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/jdvurm/>>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Petr Zemánek, Ph.D..

Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy ČR. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz>>

MUZIKÁŘOVÁ, Nikola. Informovanost studentek středních škol o antikoncepci [online]. Brno, 2015 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <<https://is.muni.cz/th/cmekx/>>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Liana Greiffeneggová.

Plánované rodičovství [online], Wikipedie: Otevřená encyklopedie, c2017, Datum poslední revize 5. 10. 2017, 12:23 UTC, [citováno 6. 02. 2020]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Pl%C3%A1novan%C3%A9_rodicovstv%C3%AD&oldid=15422367>

Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu [online], Wikipedie: Otevřená encyklopedie, c2019, Datum poslední revize 23. 11. 2019, 21:53 UTC, [citováno 20. 02. 2020].

Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Spole%C4%8Dnost_pro_pl%C3%A1nov%C3%A1n%C3%AD_rodiny_a_sexu%C3%A1ln%C3%AD_v%C3%BDchovu&oldid=17878874>

ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: vývojová psychologie* [online]. Praha: Portál, 2006 [cit. 2020-02-06]. ISBN 80-7367-124-7. Dostupné z:
<<http://sfx.is.cuni.cz/sfxlcl3?sid=shorturl&isbn=80-7367-124-7>>

SAFE (Sexual Awareness for Everyone) Project. WILMOT, Mandy. EuroHealthNet magazine [online]. 2018, 18.18.2018, 2018(12), 1 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z:
<<http://eurohealthnet-magazine.eu/safe-sexual-awareness-for-everyone-project/>>

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny* [online]. Druhé, přepracované vydání. Praha: Portál, 2007 [cit. 2020-02-06]. ISBN 978-80-7367-250-8. Dostupné z:
<<https://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=shib&custid=s1240919&direct=true&db=nlebk&AN=1639969&site=eds-live&scope=site&lang=cs>>

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, c2012, 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

Světová zdravotnická organizace. *Zdraví pro všechny v 21. století* [online]. [cit.2020–20-02]. Dostupné z: < http://www.mzcr.cz/data/c5564/lib/zdravi_21_cil_1_9.rtf>

ŠILEROVÁ, Lenka. *Sexuální výchova: jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě: rodinná pravidla a hodnoty – situace, které mohou rodiče uvést do rozpaků - vývoj zájmu o sexualitu - užitečné kontakty a informace*. Praha: Grada, 2003, 103 s. Pro rodiče. ISBN 80-247-0291-6.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2141-4.

ŠIPR, Květoslav a Helena ŠIPROVÁ. *Cesty přirozeného plánování rodičovství k vědeckému uznání*. Bioetika [online]. 2017, , 1-6 [cit. 2020-02-06]. Dostupné z:
<<http://www.bioetika.cz/clanky/2002-1-prace.pdf>>

TROJAN, Ondřej. Jak mluvit s dětmi o sexu: rádce pro rodiče a učitele. Praha: Fragment, 2009, 152 s. ISBN 978-80-253-0833-2.

UZEL, Radim. Sexuální výchova. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 28 s. ISBN 80-86991-69-5.

VAŠUTOVÁ, Maria a Michal PANÁČEK. *Mezi dětstvím a dospělostí: vybrané kapitoly z psychologie adolescence*. 2., aktualiz. vyd. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-7464-125-1.

VEČEŘOVÁ, Lucie. Průzkum informovanosti a postojů k antikoncepci a plánovanému rodičovství u studentek střední zdravotnické školy a střední průmyslové školy [online]. 2010 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <<https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/85691>> Vedoucí práce Eva Vachková.

WEISOVÁ, Jiřina. Nehormonální antikoncepce. *Florence*. 2014, X(5), 16-18.

Seznam zkratk

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného imunodeficitu)
HIV	Human Immunodeficiency Virus
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
SŠ	Střední škola
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZŠ	Základní škola

Seznam grafů

Graf č. 1 - Věk respondentů	43
Graf č. 2 - Pohlaví respondentů	44
Graf č. 3 - Počet respondentů podle SŠ	45
Graf č. 4 - Rodina respondentů	46
Graf č. 5 - Sourozenci	47
Graf č. 6 - Plán po skončení školy	48
Graf č. 7 - Věk pro první dítě	49
Graf č. 8 - Počet plánovaných dětí	50
Graf č. 9 - Důvod odkládání rodiny	51
Graf č. 10 - Rozhodující podmínka pro založení rodiny – SPŠ	52
Graf č. 11 - Rozhodující podmínka pro založení rodiny – SZŠ	53
Graf č. 12 - Rozhodující podmínka pro založení rodiny – gymnázium	53
Graf č. 13 - Plánované rodičovství	54
Graf č. 14 - Pravdivé tvrzení o antikoncepci	55
Graf č. 15 - Preferovaný druh antikoncepce	56
Graf č. 16 - Nemoci, které patří mezi pohlavní a sexuálně přenosné	57
Graf č. 17 - Přenos viru HIV	58
Graf č. 18 - Zdroj prvních informací	59
Graf č. 19 - Věk při 1. informací týkající se sexuální výchovy	60
Graf č. 20 - Dostačující edukace	61
Graf č. 21 - Začátek výuky sexuální výchovy	62
Graf č. 22 - Povinná sexuální výchova	63
Graf č. 23 - Rozdělení sexuální výchova podle pohlaví (koedukace)	64
Graf č. 24 - Vliv věku na sexuální výchovu	65
Graf č. 25 - Preferovaná forma edukace	66
Graf č. 26 - Sexuální výchova na SŠ	67

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Věk respondentů	44
Tabulka č. 2 - Pohlaví respondentů	45
Tabulka č. 3 - Rodina respondentů	46
Tabulka č. 4 - Sourozenci	47
Tabulka č. 5 - Plán po skončení školy	48
Tabulka č. 6 - Věk pro první dítě	49
Tabulka č. 7 - Počet plánovaných dětí	50
Tabulka č. 8 - Důvod odkládání rodiny	51
Tabulka č. 9 - Pravdivé tvrzení o antikoncepci	55
Tabulka č. 10 - Preferovaný druh antikoncepce	56
Tabulka č. 11 - Nemoci, které patří mezi pohlavní a sexuálně přenosné	57
Tabulka č. 12 - Přenos viru HIV	58
Tabulka č. 13 - Zdroj prvních informací	59
Tabulka č. 14 - Dostačující edukace	61
Tabulka č. 15 - Začátek výuky sexuální výchovy	62
Tabulka č. 16 - Povinná sexuální výchova	63
Tabulka č. 17 - Rozdělení sexuální výchova podle pohlaví (koedukace)	64
Tabulka č. 18 - Vliv věku na sexuální výchovu	65
Tabulka č. 19 - Preferovaná forma edukace	66

Seznam příloh

Příloha 1 – Pearlův index

Příloha 2 – Informační brožura

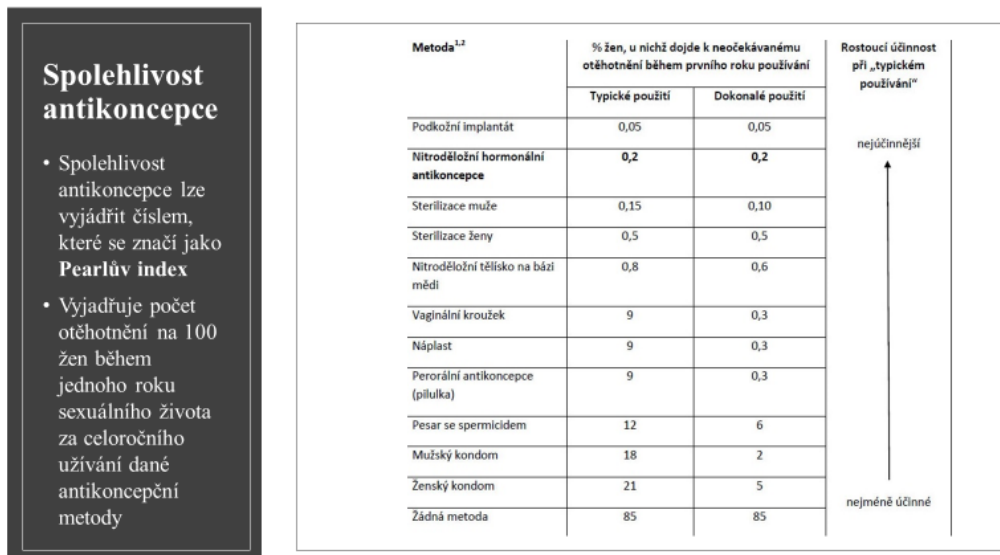
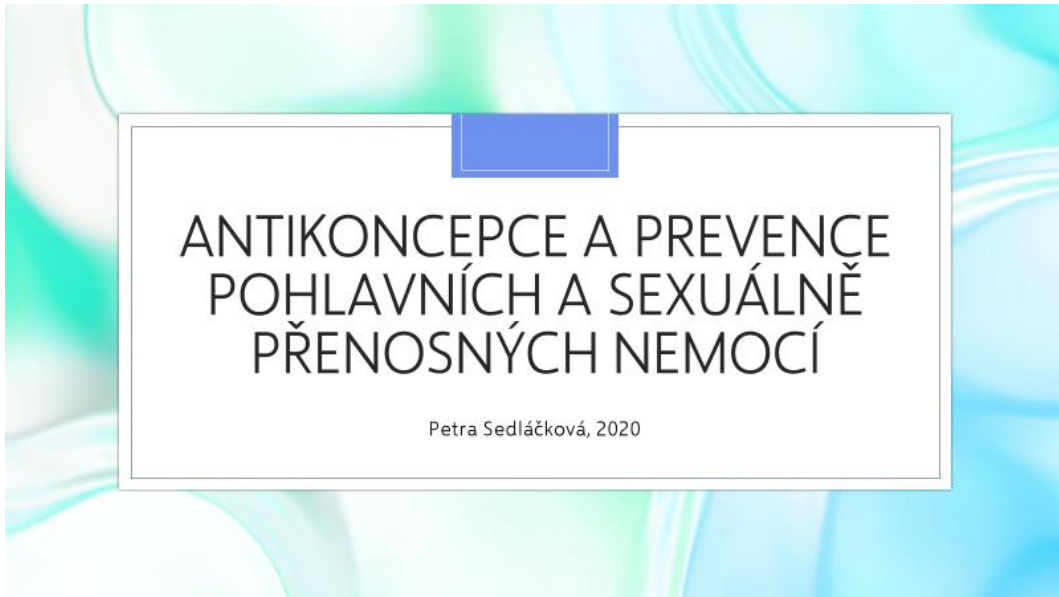
Příloha 3 – Dotazník

Příloha 4 - Povolení k výzkumnému šetření na SPŠ Chrudim

Příloha 5 - Povolení k výzkumnému šetření na SZŠ Chrudim

Příloha 6 - Povolení k výzkumnému šetření na Gymnáziu Josefa Ressela Chrudim

Příloha 2 – Informační brožura



Obrázek č. 1

Antikoncepce = metody, jejichž cílem je zabránit otěhotnění

Rozdělení podle uživatele:

- a. Ženská
- b. Mužská

Metody antikoncepce:

- a) Přirozená
- b) Bariérová
- c) Chemická
- d) Kombinované hormonální
- e) Gestagenní hormonální
- f) Nitroděložní tělíska

Přirozené metody – 1.kojení

- Aby kojení plnilo svůj účel musí být splněna **4 kritéria**:
 - Od porodu neuplynula doba delší než 6 měsíců
 - Žena nemá menstruaci
 - Dítě je nejméně 6* za den kojeno
 - Pauza mezi kojením nesmí být delší než 6 hodin v noci a 4 hodiny před den
- Pearlův index asi 3



Obrázek č. 2

2. Periodická sexuální abstinence

- Pomocí metod periodické abstinence se snažíme určit dny, ve kterých oplodnění není možné

+ nulová zdravotní rizika a žádné finanční náklady

× metoda příliš pracná, omezující a velmi nespolehlivá

Metoda teplotní

• Využívá vzestupu bazální teploty po ovulaci, kdy se teplota měří v pochvě nebo konečniku, a to ideálně mezi 3. až 6. hodinou ranní.

• Podle základního pravidla neplodné dny začínají večer třetího dne po vzestupu bazální teploty

Metoda kalendářová

• Ovulace nastává 14 dní před začátkem dalšího krvácení

• Po pravidelném půlročním až ročním sledování délky cyklu se odečte 18 dnů od nejkratšího a 11 dnů od nejdelšího cyklu a ohraničí se tak plodné dny, ostatní dny jsou tedy neplodné

• Pearlův index je **14 až 35**

Metoda hlenová

- Hlen je po menstruaci vazký a je ho menší množství. Při změně kvality hlenu začínají plodné dny, kdy vrchol tažnosti hlenu je před ovulací
- Pearlův index je rozdílný, od **2 do 35**

Metoda cervikální

- Na začátku cyklu je čípek tvrdší a branka je uzavřena, před ovulací je čípek naopak měkký a branka je pootevřená

Metoda sympatotermální

- V neplodném období je přítomna hlenová zátka, která zabraňuje průniku spermií dále do dělohy
- V plodných dnech je hlen řidší a velmi tažný, který stéká pochvou a vytváří pocit vlhka v oblasti poševního vchodu
- Vhodné pouze pro ženy, které jsou schopny jeho změny posoudit!

3. Přerušovaná soulož

- Muž těsně před vyvrcholením ukončí soulož a vytáhne svůj úd z pochvy ženy, sperma se tedy do pochvy nedostane a je vystříknuto mimo ni
 - Pearlův index je asi **5** (Hlavní příčinou je preejakulační tekutina!)
- + Nejprimitivnější, nejlevnější a nejvíce dostupná antikoncepční metoda

b) Bariérové metody

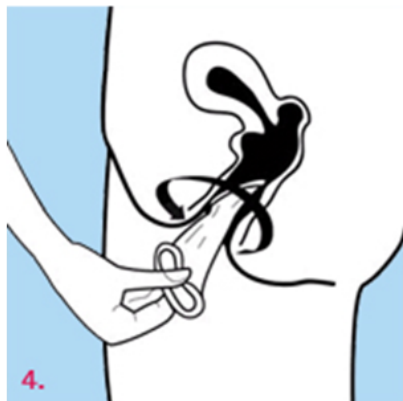
a) Mužská bariérová metoda

• Kondom

- Doporučuje se nasadit kondom na již ztupořený úd před zavedením do pochvy. Po ejakulaci se styk přerušuje a kondom se hned sundá
- + Nejvyšší ochrana před přenosem pohlavních nemocí!
× Pearlův index je asi **4**, v běžné praxi okolo **10**



Obrázek č. 3



Obrázek č. 4

b) Ženská bariérová metoda

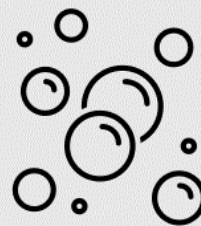
Femidom= ženský kondom

- Na obou koncích má pružné kroužky, vnitřní zajišťuje lepší zavádění a udržení ve vagině, vnější zůstává celou dobu mimo pochvu

+ Ochrana před přenosem pohlavních nemocí!

c) Chemické metody

- Patří sem krémy, pěny a čípky k vaginálnímu použití **před stykem**
- Obsahují chemické látky s tzv. spermicidním účinkem
- Doporučuje se v kombinaci s kondomem
- + Volná prodejnost, použití je jednoduché
- × Při dodržení podmínek je Pearlův index asi **3**, v běžné praxi se ženy často odchýlí od postupu např. mytím mýdlem před souložím. Poté Pearlův index přesahuje číslo **10 i 20**



d) Kombinovaná hormonální metoda

- Spočívá v užívání estogestagenní kombinaci, kdy se brání ovulaci a způsobuje nepropustnost cervikálního hlenu pro spermie
- a) Orální = tableta obsahuje kombinaci estrogenu a progestinu v různé denní dávce
- b) Náplast
 - Užívá se 3 týdny, každý týden se jednou mění, poté se týden vynechá a v tomto období nastává menstruace.
 - Neprochází přes trávicí ústrojí, dá se teda předpokládat, že nebudou ovlivňovat srážení krve. U užívání antibiotik se zde žena nemusí bát, antibiotika neovlivňují účinek.



e) Gestagenní metoda



kontinuální aplikace gestagenu (progestinu), ve formě **tablet** (tzv. minipilulky), **injekcí** do svalu či pod kůži či **implantátů**



Nízký počet kontraindikací



Vedlejší účinky jsou minimální



Pearlův index je ve většině **pod 0,1**

f) Nitroděložní metoda

- Brání spermii, aby se dostaly k vajíčku, čímž zamezí oplodnění
 - Tělíčko do dělohy zavádí gynekolog při běžné návštěvě v ordinaci při plném vědomí pacientky.
- ×Nechrání před nádory a cystami vaječníku ani před záněty vnitřních rodidel
- +Výhodou tělísek je jednoduchost užívání a také jejich nízká cena
- +Pokud nejsou přítomny komplikace nebo jiné indikace k odstranění, ponechává se tělíčko 5 let



SEXUÁLNĚ PŘENOSNÉ
NEMOCI = STD
(SEXUALLY
TRANSMITTED
DISEASES)



- všechna infekční onemocnění obvykle přenášene mezi partnery nějakou formou sexuální aktivity (vaginální, orální či anální styk)
- Tato onemocnění řadíme do dvou skupin – tzv. STD's a STI's.
- První skupina představuje klasické pohlavní choroby, řadíme sem **syfilis, kapavku, měkký vřed, venerický lymfogranulom a inguinální granulom.**
- Do druhé skupiny spadají všechna ostatní onemocnění, která se přenášejí pohlavním stykem, ale ten **není** výlučnou cestou přenosu nemoci

Syfilis (Příjice)

- Do lidského organismu může vstupovat nejen při vaginálním pohlavním styku, ale i při kontaktech **úst** nebo **konečníkem**
- Rozdělen do **3 stádií**:
 1. stádium - za tři týdny se utvoří takzvaný tvrdý vřed, nekrvácí, výrazně nebolí
 2. stádium - za tři až pět týdnů se začnou na různých místech těla objevovat syfilitické vyrážky
 3. stádium - po řadě několika let, po tzv. orgánové syfilidě, dnes vzácné
- Suverénním lékem při léčbě je **penicilin** ve vysokých dávkách



Obrázek č. 5

Gonorhoea (Kapavka)

- Vyvolává hnisavý zánět sliznic močového a pohlavního ústrojí, postihuje také sliznici konečníku nebo také oční spojivku. Vzácností není ani kapavčitá sepse – otrava krve.
- U **mužů** prvním příznakem je pálení a řezání při močení společně s hnisavým výtokem z močové trubice a zarudnutím jejího zevního ústí
- U **žen** se příznaky projeví až po delší době a často i mírněji
- Kombinace různých druhů **antibiotik** se používá při léčbě, po vyléčení se provádějí kontrolní testy

Chlamýdiová infekce

- V dnešní době vůbec nejčastější sexuálně přenosnou infekcí
- U žen způsobují záněty vnitřních pohlavních orgánů
- U mužů záněty močové trubice, které se projeví přehlednými příznaky
- Nejúčinnějším lékem jsou **antibiotika**

HIV/AIDS - syndrom získaného selhání imunity



Obrázek č. 6

- Selhání obranyschopnosti lidského organismu proti řadě běžných nakažlivých nemocí a některých nádorů
- Smrtelné onemocnění
- Přenáší se pohlavním stykem, často homosexuálním, infikovanou krví a během těhotenství nebo při porodu od nakažené matky na plod či novorozence
- Onemocnění spočívá v téměř bezpříznakovém počátečním stádiu a velmi dlouhé inkubační době
- Existují léky, které nedokáží nemoc vyléčit, nanejvýš zastaví její další postup někdy až na řadu let

Hepatitidy

- Pohlavním stykem lze přenést pouze Hepatitidu B a C
- Proti hepatitidě B lze použít očkovací vakcínu, většina (až 95%) osob nakažených virem hepatitidy B se infekce zbaví a získá **celoživotní imunitu**. U osob s chronickou infekcí se může objevit i cirhóza a rakovina jater
- U hepatitidy C nelze použít očkovací vakcínu, u 85% osob nakažených virem se jedná o chronickou infekci

Prevence



Správné
hygienické
návyky –
NESdílení
hygienických
pomůcek (zubní
kartáčky,
holítko,...)



Používání kondomu není
zpravidla dostatečnou
ochranou před pohlavní
nákazou, ale lépe s
kondomem než bez!



Správná volba
partnera a
partnerská
věrnost

Zdroje

- Obrázek č. 1 – <https://www.antikoncepce.cz/antikoncepce/spolehlivost-antikoncepce/>
- Obrázek č. 2 – https://www.google.com/search?rlz=1C1CHZL_csCZ765CZ765&svsf=Al_eKk01fqpX8zWHwRVPp8y62_e7XDUJyw1587585504565&q=kojen%C3%AD+obr%C3%A7ek&tbn=isch&source=univ&sa=X&ved=2ahUKEwiyhLpw6PzoAhXO0KQKHTV8BPkQsAR6BAgKAE&biw=1366&bih=625#imgrc=fqj9MqSukKWQvVM
- Obrázek č. 3 - <https://www.tht.org.uk/hiv-and-sexual-health/sexual-health/improving-your-sexual-health/condoms/how-use-internal-condoms>
- Obrázek č. 4 - <https://globe24.cz/revue/30443-historie-kondomu-prvni-se-objevil-ve-14-stoleti-fotografie-38795>
- Obrázek č. 5 - <https://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/clanek/pohlavnich-nemoci-neustale-pribyva-lide-se-prestali-bat-a-podcenuji-rizika-40008809>
- Obrázek č. 6 https://cs.wikipedia.org/wiki/Sv%C4%9Btov%C3%BD_den_boje_proti_AIDS#/media/Soubor:Red_Ribbon.svg
- https://www.khspace.cz/wp-content/uploads/STD_final_dopln%C4%9Bn%C3%A9-citace-1.pdf
- https://is.muni.cz/th/fbrdx/EM/Prevence_sexualne_prenosnych_onemocneni_a_metody_antikoncepce_-_edukacni_material.pdf
- <https://www.antikoncepce.cz/>
- ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
- KŘEPELKA, Petr a Zuzana ČEPIČKÁ LÍBALOVÁ. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. Vyd. 2. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2991-9.
- ČEPIČKÝ, Pavel. *Úvod do antikoncepce pro lékaře gynekology*. Praha: Levret, 2002. ISBN 80-903-1830-4.

Příloha 3 – Dotazník

Dotazník

Vážení studenti,

jsem studentka Lékařské fakulty v Hradci Králové oboru Všeobecná sestra. Dovoluji si Vás tímto oslovit kvůli vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci, jejímž tématem je "Průzkum vzdělanosti a postoje středoškolské mládeže na vybraných středních školách k plánovanému rodičovství." Dotazník je anonymní, obsahuje otevřené i uzavřené otázky.

Děkuji za Váš čas a ochotu

Petra Sedláčková

Demografické údaje

Váš věk

Studuji na

- a. Střední zdravotnické škole
- b. Průmyslové škole
- c. Gymnáziu

Pohlaví

- a. Dívka
- b. Chlapec

Pocházím z rodiny

- a. Úplné (matka i otec spolu žijí)
- b. Neúplné (matka a otec žijí odděleně)

Počet Vašich sourozenců

Kolik let bylo Vaší matce, když poprvé rodila?

.....

1. Co plánujete udělat jako první po ukončení školy
 - a. Studovat
 - b. Pracovat
 - c. Vyjet do zahraničí
 - d. Založit rodinu (mít dítě)

2. Napište, v kolika letech byste chtěli založit rodinu (Mít první dítě)

.....

3. Kolik dětí plánujete?

- a. 1
- b. 2
- c. 3 a více

4. Jaký důvod vidíte za odkládáním zakládání rodiny?

- a. Finance
- b. Vzdělání
- c. Zdraví
- d. Vhodný partner
- e. Ostatní

.....

5. Určete, která z podmínek je pro Vás důležitá při rozhodování narození dítěte 1- nejméně, 5- nejvíce

Ukončené vzdělání	1	2	3	4	5
Zázemí	1	2	3	4	5
Dostatečný příjem	1	2	3	4	5
Úspory	1	2	3	4	5
Podpora rodiny	1	2	3	4	5
Partner	1	2	3	4	5
Vztah s partnerem	1	2	3	4	5
Zdraví	1	2	3	4	5

6. Co si představíte pod pojmem „Plánované rodičovství“?

.....

.....

.....

7. Antikoncepce (vyberte pravdivé tvrzení)

- a. Zabraňuje spojení vajíčka a spermie
- b. Zabíjí spermie
- c. Je 100% účinná

8. Jaký druh antikoncepce preferujete?
- Hormonální antikoncepce
 - Bariérová (např. kondom, pesar)
 - Přirozenou (např. přerušovaná soulož)
 - Nitroděložní tělísko
 - Sterilizace
 - Nepreferuji žádný
9. Které nemoci patří mezi pohlavní a sexuálně přenosné? (vybrat můžete více odpovědí)
- HIV/AIDS
 - Zápal plic
 - Žloutenka
 - Syfilis
 - Angina
10. Jak se přenáší virus HIV? (vybrat můžete více odpovědí)
- Sliny
 - Krví
 - Močí
 - Pohlavním stykem
 - Z matky na plod při těhotenství
11. Kde jste získali **první informace** týkající se sexuální výchovy? (u závorek zaškrtněte jednu z nabízených možností)
- V rodině
 - U lékaře (pediatr, gynekolog)
 - U kamarádů
 - Na internetu
 - Ve škole (MŠ, ZŠ, SŠ)
12. Kolik Vám bylo let?
-
13. Připadala Vám edukace dostačující?
- Ano
 - Ne
14. Pokud ne, co v ní chybělo?
-
-

15. Kdy by se měla začít vyučovat podle Vás sexuální výchova?

- a. Mateřská škola
- b. ZŠ 1.stupeň
- c. ZŠ 2. stupeň
- d. Střední škola

16. Měla by být sexuální výchova povinná?

- a. Ano
- b. Ne

17. Měla by být výuka rozdělena podle pohlaví?

- a. Ano
- b. ne

18. Záleží na věku?

- a. Ano
- b. Ne

19. Jakou formu edukace byste uvítali?

- a. Přednáška
- b. Video, DVD
- c. Workshop
- d. Tištěný materiál
- e. Rozhovor

20. Máte na Vaší SŠ sexuální výchovu?

- a. Ano
- b. Ne

Příloha 4 - Povolení k výzkumnému šetření na SPŠ Chrudim

Vážený pan
Ing. František Mihulka
ředitel školy
Chrudim, Čáslavská 973, Chrudim IV, 537 01

V Hradci Králové 10.2. 2020

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Střední průmyslová škole Chrudim

Vážený pane řediteli,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší střední škole, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Petry Sedláčkové, narozené 30.4. 1998, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, Lékařské fakulty v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit úroveň informovanosti a postoje středoškolské mládeže k plánovanému rodičovství, zjistit míru znalostí o metodách antikoncepce, zdroj informací a zájem středoškolské mládeže o tuto problematiku. Výstupem práce bude edukační materiál a komplexní zhodnocení výsledků.

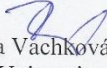
Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Eva Vachkové, Ph.D., Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Petra Sedláčková,
Rataje 1395, 539 01, Hlinsko v Čechách

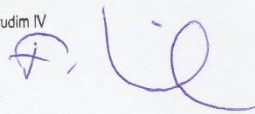

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.,
Karlova Univerzita
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Ústav sociálního lékařství
Oddělení ošetrovatelství
Šimkova 870, 50003 Hradec Králové

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 10.2. 2020

STŘEDNÍ PRŮMYSLOVÁ ŠKOLA
CHRUDIM
Čáslavská 973, 537 01 Chrudim IV
-12-

Podpis a razítko 

Příloha 5 - Povolení k výzkumnému šetření na SZŠ Chrudim

Vážená paní
Mgr. Zdeňka Hrochová
ředitelka školy
Chrudim, Poděbradova 336, 537 01

V Hradci Králové 10. 2. 2020

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Střední zdravotnické škole zdravotní a sociální Chrudim

Vážená paní ředitelko,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší střední škole, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Petry Sedláčkové, narozené 30. 4. 1998, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, Lékařské fakulty v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit úroveň informovanosti a postoje středoškolské mládeže k plánovanému rodičovství, zjistit míru znalostí o metodách antikoncepce, zdroj informací a zájem středoškolské mládeže o tuto problematiku. Výstupem práce bude edukační materiál a komplexní zhodnocení výsledků.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, Ph.D.. Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Petra Sedláčková,
Rataje 1395, 539 01, Hlinsko v Čechách

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Karlova Univerzita
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Ústav sociálního lékařství,
Oddělení ošetrovatelství
Šimkova 870, 50003 Hradec Králové

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 24. 2. 2020

Podpis a razítko

Mgr. Z. Hrochová

Střední škola zdravotnická
sociální Chrudim
Poděbradova 336
537 01 Chrudim

Příloha 6 - Povolení k výzkumnému šetření na Gymnáziu Josefa Ressela Chrudim

Vážená paní
Mgr. Klára Jelinková
ředitelka školy
Chrudim, Olbrachtova 291, 537 01

V Hradci Králové 10.2. 2020

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Gymnáziu Josefa Ressela

Vážená paní ředitelko,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší střední škole, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Petry Sedláčkové, narozené 30.4. 1998, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, Lékařské fakulty v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit úroveň informovanosti a postoje středoškolské mládeže k plánovanému rodičovství, zjistit míru znalostí o metodách antikoncepce, zdroj informací a zájem středoškolské mládeže o tuto problematiku. Výstupem práce bude edukační materiál a komplexní zhodnocení výsledků.

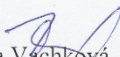
Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Eva Vachkové, Ph.D.. Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Petra Sedláčková,
Rataje 1395, 539 01, Hlinsko v Čechách


Mgr. Eva Vachková, Ph.D.,
Karlova Univerzita
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Ústav sociálního lékařství
Oddělení ošetrovatelství
Šimkova 870, 50003 Hradec Králové

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 24. 2. 2020

Podpis a razítko

