

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

POSTOJ STŘEDOŠKOLSKÉ MLÁDEŽE K OTÁZKÁM
PLÁNOVANÉHO RODIČOVSTVÍ

Bakalářská práce

Autor práce: **Lucie Nekvindová, Dis.**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2016

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**ATTITUDE OF HIGH-SCHOOL CHILDREN TOWARDS
PLANNED PARENTHOOD**

Bachelor's thesis

Author: **Lucie Někviňová, Dis.**

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

2016

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované odborné literatury.

V Hradci Králové2016

.....

Lucie Někviňová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Evě Vachkové, Ph. D. za vedení mé práce, vstřícnost, trpělivost a čas, který mi věnovala. Mé rodině patří dík za podporu nejen při psaní této práce, ale i během celého studia. Děkuji také studentům za vyplnění mého dotazníku.

Obsah

Úvod.....	7
1 Adolescence.....	9
1.1 Tělesný vývoj adolescenta	10
1.2 Kognitivní změny.....	11
1.3 Emocionalita	12
1.4 Vývoj identity.....	12
1.5 Zamilovanost a partnerství.....	14
2 Gender problematika	17
2.1 Mužská role - mužnost.....	18
2.2 Ženská role -ženskost.....	20
3 Rodina a rodičovství.....	23
3.1 Otcovství.....	25
3.2 Mateřství	27
4 Život single.....	29
5 Sexuální výchova.....	32
6 Plánované rodičovství	36
6.1 Mužská antikoncepce	37
6.2 Ženská antikoncepce	38
6.2.1 Přirozené metody ženské antikoncepce	38
6.2.2 Nehormonální antikoncepce u žen.....	41
6.2.3 Hormonální antikoncepce	43
6.3 Postkoitální intercepce	46
6.4 Umělé přerušení těhotenství.....	47
7 Výzkum.....	49
7.1 Hlavní cíle empirické části.....	49
7.2 Dílčí cíle empirické části.....	49

7.3	Metodika výzkumu.....	49
7.4	Realizace výzkumu	50
7.5	Charakteristika zkoumaného souboru	50
7.5.1	Výsledky výzkumu a jejich analýza	50
8	Diskuze	80
	Závěr	87
	Použitá literatura a prameny	90
	Seznam použitých zkratk	96
	Seznam grafů	97
	Seznam tabulek	99
	Přílohy.....	100

Úvod

Téma, které jsem si zvolila pro svou bakalářskou práci, se zabývá postojem středoškolské mládeže k otázkám plánovaného rodičovství. Toto téma jsem si vybrala také proto, že je stále velmi aktuální. Ve své práci jsem se zaměřila na zdravou mladou populaci.

Pozdní adolescence, tedy věk okolo 17. - 20. roku života, je období, kdy již lidé přemýšlejí o svém budoucím partnerském životě a navazujícím rodičovství. Jejich názory i vědomosti by měla rozvinout a upevnit předcházející sexuální výchova. Ta by měla probíhat v rodinném i školním prostředí. Někteří autoři jsou názoru, že nejdůležitějším prostředím k výuce sexuální výchovy je rodina. Škola má již jen navázat na vědomosti získané z domácího prostředí a popřípadě je doplnit. Někteří rodiče se ale domnívají, že informace týkající se sexuální výchovy by měly jejich děti dostávat především ve škole. Podle mého názoru je však důležité, aby děti byly dostatečně informované, a to již od raného věku, jak od rodičů, tak ze školy.

Velký vliv na rozvíjení osobnosti má rodinné prostředí. Zde dochází k upevňování různých názorů a zvyklostí. Rodiče mají také vliv na utváření názoru o budoucím partnerském životě svých dětí. Myslím si, že pokud dítě vyrůstalo v harmonickém rodinném prostředí, bude po takovém životě toužit i ve své budoucnosti. Bude si chtít nalézt partnera a založit s ním rodinu. V současné době je trend zakládání rodiny u žen ve věku okolo 29 let a další trend je mít maximálně 2 děti. Zajímalo mě, jaký názor mají studenti na vstup do manželského života a kolik dětí by si přáli v budoucnu mít, jaké je jejich rodinné zázemí a jaký to má vliv na jejich názor.

V současné době, kdy většina studentů touží po dalším vzdělávání, neboť jsou k němu tlačeni okolnostmi, mnohdy nemají čas vést partnerský život anebo stát se rodiči. Po ukončení vysokoškolského vzdělání touží po kariéře, aby uplatnili to, co se naučili, a nadále odkládají partnerství i rodičovství, žijí tzv. „single“ život. Tento fenomén dnešní doby je velmi oblíbený u lidí v období mladé dospělosti. Většinou je pro ně tento životní styl jakýmsi přechodným obdobím a po dosažení určitého stupně ve své kariéře jej opouštějí a hledají si partnera, se kterým by chtěli založit rodinu.

V 21. století máme k dispozici mnoho druhů antikoncepčních metod. Studentům se nabízí řada možností získávání informací o těchto metodách. Je ale důležité, aby získané informace byly především správné a aktuální. Pak již záleží pouze na nich, pro jaký druh se rozhodnou. Většinou si vybírá jinou antikoncepci dívka a jinou chlapec. Obě pohlaví mají při výběru své preference. Důležité je, aby se mladí lidé chránili nejen před nechtěným početím,

ale také před pohlavně přenosnými nemocemi. I tak se bohužel někdy stane, že antikoncepce selže, a tak by měli být mladí lidé připraveni nést eventuální následky. Děti by však měly přicházet na svět jako plánované a milované bytosti.

Téma se týká i role všeobecné sestry, která by měla být erudovanou propagátorkou zdravého životního stylu mládeže, měla by se orientovat v problematice rodinné výchovy a být schopna v rámci sexuální výchovy seznámit studenty s aktuálními metodami antikoncepce a vysvětlit jim pojem plánované rodičovství.

I. Teoretická část

1 Adolescence

Ve většině literatury se období adolescence uvádí v rozmezí od 15 do 20-22 let věku. Slovo adolescence je odvozeno z latinského *adolesco* – dospívat, vyvíjet se, ale také vzrůstat, sílit, mohutnět. Počátek tohoto období je charakterizován pohlavní zralostí, přičemž u dívek k ní dochází většinou dříve než u chlapců. Dívky a chlapci v období adolescence také ukončili povinnou školní docházku a absolvují středoškolské vzdělávání, které je připravuje na budoucí zaměstnání nebo k vysokoškolskému vzdělávání.

Macek (2003, s. 10) si ve svém díle rozdělil adolescenci do tří období - na adolescenci ranou, střední a pozdní. Adolescence začíná v 10 až 11 letech a končí 20. či pozdějším rokem. Pro moji práci je důležitá adolescence pozdní, začínající v 17. a končící zhruba ve 20. roce. V období pozdní adolescence se většina chlapců a dívek snaží ukončit středoškolské vzdělání současně se někým sociálně zařadit, na něčem se podílet a také to něco s někým sdílet. Mají plány do budoucna a své cíle jak v profesním, tak i osobním životě. Zamýšlí se nad výběrem partnera a někteří i nad rodinným životem.

Dospívání je jedním z rizikových období lidského života: člověk se tu mění v celé biopsychosociální sféře, a to velice radikálně a zároveň rychle. K tomuto rychlému vývoji přistupuje možnost a často i skutečnost samostatného jednání dospívajícího, které nezřídka bývá neuvážené, nesprávné nebo rizikové. Dospívání je jedním z nejvíce formujících období lidského života, srovnatelné je v tomto směru s nejranějším dětstvím (Machová a kol., 2009, s. 171).

Dle Langmeiera a Krejčířové (2006) je období dospívání v biologickém smyslu životní úsek na jedné straně ohraničený známkami pohlavního zrání a akcelerací růstu a na druhé straně dovršením plné pohlavní zralosti. Zároveň s biologickým zráním probíhá v psychice mnoho nápadných a významných změn. Můžeme tyto změny charakterizovat jako nové pudové tendence a nalézání způsobů, jak je uspokojovat a kontrolovat, probíhá zde celková emoční labilita. V psychickém zrání zároveň nastupuje vyspělý způsob myšlení (formálně abstraktní) a dochází se k vrcholu jeho rozvoje.

Macek (2003, s. 46) uvádí, že člověk začíná být dospělým, pokud se přestane soustřeďovat jen sám na sebe a začíná se obracet ve svých aktivitách na druhé, např. péče o rodinu, nebo potřebuje být užitečný ve své profesi.

V dnešní společnosti se také objevují lidé, kteří odmítají dospět, protože jsou nezralí a nejsou schopní se vypořádat s každodenními požadavky, které jsou na dospělé kladeny. Podle Hartmuta Karstena ze státního institutu pro rodinný výzkum v Mnichově spočívá ona nechuť dospět v tom, že se člověk jako dítě nenaučil přebírat zodpovědnost nebo že ho rodiče tak rozmazlovali, že teď není schopen se životní realitě postavit či se od rodičů odpoutat. (Schneiderová, 2004, s. 18).

1.1 Tělesný vývoj adolescenta

V adolescenci je růst do výšky u většiny chlapců ještě výrazný, u dívek již nepatrný. Průměrný chlapec vyroste ze 171 cm v patnácti letech na 178 v osmnácti letech, děvče ze 164 cm na 165. Trup roste nyní více než končetiny, takže adolescent již není „samá ruka – samá noha“, jeho postava dostává konečné, dospělé proporce (Říčan, 2014, s. 193). Výška postavy se podobá dospělému, mnohdy přeroste své rodiče. V tomto vývojovém období lidé hodně řeší svoji výšku a hodně je trápí, že zaostávají za svými vrstevníky.

Vývoj směřuje hlavně k rozlišení tělesných proporcí dle pohlavní identity. Tělo je také nástrojem k vytvoření vlastní identity. Pokud je tělo dle adolescenta přitažlivé, dochází k velké opoře jeho sebevědomí. Pokud je naopak méně vyspělé, dostává jedinec často podřízenou roli a může se i stát obětí posměchu (Zacharová, 2011).

V tomto období již nedochází k výrazným tělesným změnám, avšak nyní jsou adolescenti ke svému vzhledu velmi kritičtí. Dívky vnímají jako důležitý vzhled jednotlivých partií těla, kdežto pro chlapce je významný především vzhled tváře a hodnocení postavy (Macek, 2003, s. 45).

Adolescenti se snaží být velmi krásní, protože si myslí, že budou zajímavější a atraktivnější pro své okolí. Zvláště dívky dokáží být v tomto období velmi aktivní a vyvinout velké úsilí, aby se přiblížily ke svému ideálu. „Atraktivní jedinec je velmi úspěšný mezi vrstevníky i v soupeření s dospělými autoritami“ (Vágnerová, 2000, s. 257).

Dívky by chtěly vypadat jako modelky nebo známé osobnosti v jejich věku a chlapci se spíše chtějí podobat sportovcům a kulturistům. Podle mého názoru jsou tyto snahy někdy až přehnané a pak hraničí s patologickým vývojem, ať již tělesným, nebo duševním.

1.2 Kognitivní změny

„Abstraktní myšlení adolescenta je v takovém rozletu, že ho názorná výuka s množstvím konkrétních příkladů už může obtěžovat: potravou jeho intelektu jsou pojmy, nikoli obrazy. To se ovšem týká jen nadanějších jedinců a jen některých druhů studijní látky. Se zdokonalením pojmového aparátu bohužel klesá živost vnímání a představ, která již nebude nikdy taková jako v dětství“ (Říčan, 2014, s. 195).

„Nový způsob myšlení – formálně abstraktní- je předpokladem pochopení látky mnoha vyučujících předmětů, ale je i základem každé vědecké práce i organizace moderní společnosti. Dovoluje kritický přístup k myšlení vlastnímu i cizímu, nespokojuje se jen poukázáním na to, co vidíme a slyšíme, rozlišuje domněnku od prokázaného faktu a umožňuje vzdát se jí, když nevyhovuje, a nahradit ji lepší“ (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 152).

Adolescenti jsou stále větší měrou schopni uvažovat jako dospělí, kromě čistě „logických“ argumentů nabývají na významu jejich prožitky, vztahy, zkušenosti a potřeba být v určitém vztahovém rámci efektivní, stabilní a oceňovaný (Macek, 2003, s. 47).

Při nástupu formálních operací je také umožněno nové morální hodnocení, a to mravní hodnocení, které již bere ohled na druhého a z jehož úhlu pohledu se jedinec dokáže dívat sám na sebe. Při uplatňování principu spravedlnosti se zde objevuje větší vzájemnost (reciprocit). Důležitým znakem dospívání je zaměření pozornosti na své cítění, myšlení a jednání (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 152).

Pro adolescenci je typická flexibilita a schopnost používat nové způsoby řešení. Adolescenti nejsou zatíženi zkušeností, která by je regulovala a zároveň i omezovala ve smyslu tendence akceptovat obecně preferované či jenom běžné řešení. Adolescent umí o problému uvažovat a ještě není rigidní. Adolescentní řešení bývají radikální. Sice mohou být v některém směru nová a netradiční, ale občas i zbrklá a necitlivá (Vágnerová, 2000, s. 259).

„Mění se i charakter paměti, a to jak krátkodobé, tak i dlouhodobé. S přibývajícím věkem a životními zkušenostmi se přirozeně zvyšuje i kvantita informací uložených v dlouhodobé paměti“ (Macek, 2003, s. 46).

1.3 Emocionalita

Adolescentova sebedůvěra a sebevědomí se stabilizují. Je již schopen srovnávat poměrně věcně sebe a své výkony s jinými lidmi. Odhaduje meze svých schopností a dovede posoudit osobní hodnoty jiných lidí (Kohoutek, 2014).

Emoční prožitky přispívají k rozvoji individuality a odlišnosti od jeho okolí. V tomto období je již velký rozdíl mezi ženským a mužským pohlaví. Emoční labilitu si někteří přinášejí z dětství a pokračují v ní až do dospělosti. Více problémů mají chlapci. U dívek se potíže ukazují až v časně adolescenci. V pozdní adolescenci již vstupuje labilita sebehodnocení a sebecitu, sklony k přílišnému sebezpečování i sebezpodceňování. Charakteristická je větší extrovertnost, menší impulzivnost, emocionální dráždivost a vyšší stálost než v časně fázi adolescence. Temperament byl již dotvořen v pubertě, v adolescenci se již nemění (Macek, 2003, s. 47).

V pozdní adolescenci bývají již jedinci emočně zklidnění a tím u nich dochází ke stabilizaci volní autoregulace. Umějí se již lépe ovládat, a to i ve vyhocených situacích. Dovedou se vzdát aktuálního sebeuspokojení, pokud mají pro ně lákavý cíl. Může to být dobré pro jejich budoucí profesi (Vágnerová, 2012, s. 394).

V oblasti emočních prožitků a zároveň v jejich způsobu projevoování existují genderově podmíněné rozdíly. Očekává se, že dívky budou více emočně zaměřeny a své pocity budou dávat více najevo. U chlapců by některé projevy byly považovány za nevhodné, často ani nemůžou dát najevo své pocity. Adolescentní chlapec pak musí ventilovat své pocity například agresí, nebo uměleckou tvorbou. Pro chlapce není vhodné, aby své pocity dával najevo pláčem, stěžováním si, zatímco pro dívky jsou tyto emoční projevy součástí identity (Vágnerová, 2012, s. 478).

1.4 Vývoj identity

„Identita je dnes v psychologii adolescence běžný pojem, o „hledání Já“ se píše a mluví snad ve všech jazycích naší kultury, a to od odborné literatury až po nejpokleslejší popularizaci“ (Říčan, 2014, s. 216).

„Rodová identita je vnitřní a ryze privátní složkou lidské osobnosti. Tvoří ji genderové atributy, které jedinec prožívá jako jemu vlastní“ (Janošová, 2008, s. 42).

Jedním z velmi důležitých úkolů, se kterým se musí dospívající člověk vyrovnat, je hledání identity. Připomíná to „jízdu na horské dráze“, která nabírá ve fázi hledání identity

rychlost. Pro některé adolescenty je hledání vlastní identity velmi složité. Vybíjejí velké úsilí při objevování sama sebe a střídají jeden styl za druhým. Připojují se k různým skupinkám, hnutím a kulturám a chtějí se někam zařadit. Velkou roli hraje také oblékání. Pro dospívající je velmi důležité někam patřit – zapadnout (Carr-Gregg, 2010, s. 69).

Identita v adolescenci se ve společnosti opírá o získané mravní zásady a o zkušenosti v dodržování těchto zásad. Mladistvý chce něco spravedlivého udělat pro společnost, chce žít čestně a pravdivě. Adolescent by měl být odpovědný již sám před sebou, nejen před společností, mravní odpovědnost je hlavní složkou identity. Při utváření identity by měl adolescent také reálně poznat vlastní schopnosti, například od abstraktní inteligence až po tělesnou přitažlivost. Zažívá přitom pocity méněcennosti a také přeceňování svých schopností. Adolescentovo sebevědomí bývá zvýšeně zranitelné, neustále sleduje své okolí a pátrá, jestli si jej okolí všímá a obdivuje ho, chválí, je přecitlivělý na přezíravost, bojí se vysmívání a vidí jej mnohokrát i tam, kde není. Při poznávání sebe sama hledá adolescent svoji identitu, objevuje u sebe nové vlastnosti nebo si uvědomí, že tyto vlastnosti měl již dříve, jenom si jich nevnímal. V procesu hledání identity často experimentuje. V tomto vývojovém období často zkouší, co ze sebe dokáže udělat, čeho je schopen, jak je do důsledku schopen opustit dosavadní nudný život a odevzdat se do rukou nějakého spasitele nebo náboženského vůdce (Říčan, 2014, s. 219, 221, 222).

Vágnerová (2000, s. 263) uvádí, že rozvoj identity v adolescenci pokračuje dvěma fázemi.

Fáze postupné stabilizace, kdy dochází k postupnému vyrovnávání vztahů s rodiči. Adolescent již nemá potřebu projevovat se demonstrativně, protože dosáhl určité samostatnosti a osvojil si zralejší způsoby chování. Může to být zapříčiněno i tím, že se ještě necítí na úplné odloučení od rodiny, proto se k ní rád vrací zpět, do bezpečí, ale je už vyzrálejší. Nakonec si najde způsob, jak s rodiči vycházet a přitom si udržet svoji samostatnost.

Fáze psychického osamostatnění, kdy se již adolescent nechce odloučit od rodiny z důvodů závislosti na ní. Již má dosaženou individuaci.

„To znamená, že sebehodnocení adolescenta a jeho hodnocení ostatními lidmi se zásadním způsobem neliší“ (Vágnerová 2000, s. 263).

V rámci identity je významnou součástí mužská a ženská role, později se ještě dělí na partnerské role. U dívek sehraje důležitou roli jejich rychlejší fyzické i psychické dozrání. Například partnerským vztahem si uspokojují svoji potřebu citového vztahu. Na konci období adolescence již mohou mít i potřebu citové vazby a potřebu o někoho pečovat. To směřuje k touze mít dítě a k mateřství. Významnou roli v hledání identity má také vzdělání dívek.

Studentky učebních oborů spíše touží po vážné známosti a zakládání rodiny, zatímco studentky – středoškolačky dávají přednost své profesní roli, kterou si splňují i touhu po vyšší sociální prestiži. U chlapců je důležitá individuální identita daná kompetencemi, výkonem a sociální pozicí. Znamená to, že raději soupeří a jsou více dominantní (Vágnerová, 2000, s. 264).

Macek (2003, s. 65) uvádí, že chlapci tolik neprožívají rozpor mezi budoucí profesní kariérou a rodinným životem jako dívky. S výhledem do budoucna dávají přednost spíše profesní kariéře. Také pro ně má větší význam politická orientace než pro dívky. Dívky se zase přiklánějí k orientaci světonázorové a náboženské.

Nová identita znamená rozchod s dětskou a také pubescentní identitou. Častým průvodním jevem je smutek a pocit bolestného loučení s tím, co bylo, s dětským světem, objevuje se únava, prázdnota a podráždění. Adolescenti se často snaží zamaskovat tyto pocity přehnanou aktivitou a hranou suverenitou (Říčan, 2014, s. 223).

1.5 Zamilovanost a partnerství

V období dospívání, na které mají vliv hormonální změny, se velká část chlapců i dívek zamiluje. Mezi oběma pohlavími jsou rozdíly. Dívky, které dospívají rychleji, mají zájem spíše o starší chlapce, kteří jim lásku lépe opětují. Dívky projevují své city spíše nenápadně, vlastně je to jejich tajemství. Chlapci se projevují více nápadně, často dívky „osahávají a pošťuchují“. Svědčí to o tom, že chlapci ještě nejsou dostatečně vyzrálí a ještě nepotřebují partnerské sdílení nebo že se snaží ukázat před ostatními chlapci a zaujmout „chlapskou“ pózu. V momentě, když jsou s dívkami o samotě, projevují se více kultivovaně (Janošová, 2008).

Říčan (2014, s. 202) uvádí, že adolescenti vedou milostný život velmi intenzivně, přičemž někdy je šťastný a jindy velmi nešťastný. V adolescentním období myslí na sex a erotiku velmi intenzivně a o vztazích mluví v tomto vývojovém období nejvíce.

Vágnerová (2000, s. 288) ve svém díle uvádí, že většina lásek v adolescenci má charakter experimentace. Adolescenti nejsou ještě dostatečně po osobnostní stránce vyzrálí k trvalému vztahu. Stále se jim dotváří identita. Potřebují ještě stále čas sami na sebe, protože trvalý vztah vyžaduje zodpovědnost a tlak ze strany partnera na částečné potlačení osobní identity. Adolescent stále ještě experimentuje a získává zkušenosti v partnerském vztahu.

Dle Vágnerové (2000, s. 288) prochází partnerství v adolescenci ještě dvěma fázemi:

1. Fáze zamilovanosti – zamilovanost je póza, v níž převládá potřeba citového vztahu s jedincem, kterého si idealizuje. Znaky zamilovanosti také bývají pocity euforie a vzrušení, které kolísají, a souvisí to se vztahem k danému jedinci. Zamilovanost bývá vyvolávána na první pohled atraktivními znaky. Zamilovaný si často idealizuje partnera a jeho vlastnosti. Partner takové vlastnosti dost často nemá a ani je nepotřebuje. Tato fáze je především záležitostí individuálních prožitků jedince ve vztahu k jinému sociálnímu objektu.
2. Fáze navázání vztahu, fáze romantické lásky. V této fázi si páry myslí, že jejich vztah je ovlivnitelný vlastní láskou, která překoná všechny překážky, protože má absolutní moc. Jejich láska je ta pravá a jiný vztah se jim nemůže v žádném případě vyrovnat.

Počátky projevů citového vzplanutí mohou mít i podobu náklonnosti k starším generacím, jako jsou učitelé, vedoucí, trenéři. V dalších letech často toto vzplanutí opadá a zamilovaní se zaměří na bližší věkovou kategorii (Janošová, 2008).

Partnerský vztah v adolescenci může přinášet uspokojení v emocionální oblasti, ale i v rámci seberealizace, protože může adolescentům přinést větší sociální prestiž. Adolescenti se rádi ukazují se svými partnery před vrstevníky, protože díky svému partnerovi se snaží být atraktivní a získávají větší sebejistotu. V adolescenci tvoří důležitou součást partnerského vztahu sexualita (Vágnerová, 2000, s. 289).

Schůzky s partnerem nejsou pojímány kolektivně, jak tomu bylo v předcházejícím období-pubescenci. Schůzky jsou již pojímány individuálně, partneři si více sdělují své pocity a prožitky a dochází k intimnímu fyzickému kontaktu (Šulová, Fait, Weiss, 2011, s. 109).

Dívky dříve dozrávají k trvalému partnerskému svazku a uvažují o budoucnosti. Potřeba intimity u nich dozrává současně s utvářením jejich identity, někdy ji dokonce předchází. Součástí dívčí identity je vztah k lidem. Na konci adolescentního období již některé touží po dítěti, protože chtějí o někoho pečovat. Více než chlapci touží po vážné známosti, sňatku a dítěti, je to pro ně typické ženské sebevymezení. Pro dívky představuje manželství důležitou součást jejich nové identity. Některé se snaží dosáhnout sňatku co nejdříve, protože manželství pro ně představuje důležitou součást jejich identity. Nepochybně však existují dívky, kterým tato dosažená identita nestačí, protože mají jiné plány, jako je studium, cestování, mají zatím spoustu osobních zájmů. Vyjadřují se, že by rodinu také chtěly, ale až za pár let, zatím o ní neuvažují. Na utváření těchto názorů o rodině má také značný vliv vzdělání dívek. **Chlapci** v adolescentním věku zatím nepovažují partnerský

vztah za tak důležitý. Pro ně je identita vymezena jinak – výkonem a společenským uznáním. Vztah k lidem je pro ně významný jen v menší míře. Intimita je pro ně také důležitá, ale nemají s ní tolik zkušeností, převažují u nich vztahy ke skupině vrstevníků (Vágnerová, 2012, s. 481,482).

„Partnerské vztahy v době dospívání bývají nestálé, dramatické, dochází k rychlým změnám v názorech a postojích. Vztahy jsou navazovány za účelem testování a vyzkoušení si různých rolí“ (Thorová, 2015, s. 427).

Dospívající se díky získávání zkušeností připravuje na nalezení svého budoucího a stálého partnera a tím již na zralý a stálý partnerský vztah (Thorová, 2015, s. 427).

K postupnému sblížení dvojice vede vzájemná partnerská přitažlivost, která směřuje k sexuálnímu životu. Motivací také může být zvědavost nebo nutnost nezaostávat za ostatními. Janošová (2008) ve svém díle uvádí, že díky osvětě dvou posledních desetiletí dochází k pohlavnímu styku až po vyzkoušení jiných nekoitálních způsobů. Asi od 60. let dochází k prvnímu pohlavnímu styku dříve, než tomu bylo v dobách minulých. Velká a široká dostupnost antikoncepce zapříčinila tuto změnu a také přijetí sexuálního předmanželského života mladší generací.

Základem výchovy dospívajícího by mělo být, že k sexuálnímu styku by mělo dojít teprve tehdy, když naváží monogamní párový vztah (Thorová,2015, s. 427).

2 Gender problematika

Ženy i muži jsou rozdílní, to může sledovat každý z nás ve svém okolí. Obě pohlaví mají odlišné psychické uspořádání a také jiné názory a biologické dispozice. Každé pohlaví bude mít jiný názor na zakládání rodiny, a to ve smyslu kdy a proč. Tato kapitola má poukázat na role muže i ženy vzhledem k jejich myšlení a chování.

Slovo gender je odvozeno z latinského slova genus, generis a i v angličtině znamenalo původně rod. Toto slovo označuje kulturní rozlišení mužů a žen. Slovo rod vyjadřuje biologické rozdíly a slovo gender rozdíly sociální.

Gender je kategorie, která formuje sociální svět na úrovni individuální identity, vztahové identity, ale také např. jazykové identity. Gender je jedním z nejvýznamnějších znaků naší identity. Pokud komunikujeme neanonymně, skoro vždy víme, s jakou osobou dle pohlaví mluvíme, jestli je to muž, žena nebo chlapec či dívka. „Genderové konstrukce určují, jaké chování a pocity jsou v dané kultuře ženské, neženské, mužské a nemužské“ (Gjuričová, Kubička, 2009, s. 51, 52).

Biologické pohlaví určují porodníci již na porodním sále dle tvaru genitálií. Dle tohoto určení se okolí k danému jedinci chová. Určuje směr, jakým se bude jedinec dále vychovávat. Od samého počátku se liší výchova i prostředí, které rodiče nabízejí chlapcům i dívkám, aby splnili společenské očekávání. Rodiče potomkům nabízejí odlišné oblečení, barvy, „typické“ hračky pro určité pohlaví, vybavení dětských pokojíčků i nestejně množství podnětů. Pokud rodiče znají pohlaví svého dítěte ještě před narozením, často do dítěte promítají vlastnosti, jež odpovídají všeobecnému očekávání, a často to v rozdílech až přehánějí. Rodiče ovlivňuje jejich vědomí, protože předem vědí, zda čekají chlapce, nebo dívku a podle toho začnou své dítě vnímat (Janošová, 2008, s. 91).

Zormanová (2009) podotýká, že sociologové rozlišují muže a ženy dle daných odlišných sociálních podmínek pro vývoj a život jedince.“ Podle nich je dítě nepopsaný list, který postupně popisují jeho blízcí“.

Matoušek (2003, s. 17) ve svém díle uvádí, že charakteristické rozdíly mezi muži a ženami, nejsou určeny kulturou ani prostředím, přestože byly zkoumány ve vyspělých průmyslových zemích. Při vědeckých diskuzích se uvádějí důkazy, že kdyby mělo velký vliv prostředí, musely by se rozdíly mezi muži i ženami s rostoucím věkem zvyšovat. Dle výzkumů tomu tak není. Při pozorování jsou nejvyšší zjištěné rozdíly v mládí a časně dospělosti. Maskulinizace a feminizace se během vývoje mění. V určitém životním období převažují typické prvky více, jindy zanikají.

Genderové rozdíly začínají již okolo 18. měsíce věku. Dvouleté dítě si uvědomuje, do které skupiny patří. Tříleté děti již při hře používají rozdíly pohlaví a podle toho i hodnotí jiné lidi dle genderových znaků (Zormanová, 2009).

Gender označuje, jací by měli muži i ženy být a také jací ve skutečnosti jsou. Rozděluje jim zájmy a vlastnosti na mužské a ženské a tím jim udává, k jaké skupině náleží. Jedinci se chovají podle toho, jak jim předepisuje okolí, i podle toho, jak se ve skutečnosti cítí. Jedinec se může chovat podle své identity, ale může s ní být také v rozporu (Janošová, 2008, s. 41).

„Genderové role a genderovou identitu si dítě neosvojuje mechanicky od rodiče, ale tím, že se s ním různými způsoby identifikuje. V zásadě se chce dítě rodiči podobat a to je motivuje, aby se chovalo stejně jako on. Dítě se zařazuje do stejné skupiny, do stejného genderu jako rodič, a tím iniciuje určité mechanismy chování zprvu nevědomě a později vědomě. Jak „imitace“, tak „identifikace“ označují tendence jedince reprodukovat aktivity, postoje a emocionální reakce, které vykazují skutečný, nebo symbolický model“ (Oakleyová, 2000, s. 135).

Mohou se narodit děti, kterým se díky hormonálním poruchám nevyvinuly pohlavní orgány muže a geneticky jsou muži a jsou vychovávaní jako dívky. To svědčí o tom, že biologické a tělesné pohlaví se nemusí shodovat s psychosexuální pohlavní identitou. Potvrzuje to i existence transsexuálů, jejichž tělesné pohlaví se neshoduje s pohlavím psychickým. Udávají, že už jako dítě se necítili ve svém těle. Tito lidé většinou podstupují hormonální a operativní léčbu (Karsten, 2006, s. 23).

„Gender vyjadřuje myšlenku, že pokud jde o sociální chování, lidé se jako muži a ženy nerodí, ale musí se - přinejmenším do značné míry - naučit jako muži a ženy jednat“ (Jandourek, 2003 s. 110).

2.1 Mužská role - mužnost

„V každém muži je skryta ctižádost – přechytračit koně, ryby a ženy.“

Mark Twain

Od mužů se očekává mnoho projevů, které jim mohou vyhovovat, ale také to mohou být požadavky značně zatěžující. Maskulinita pro ně znamená mnohem více než pro ženy ženskost, proto se snaží více uspokojovat její tradiční představu a navíc jim tato představa velmi imponuje (Vágnerová, 2007, s. 35).

Karsten (2006, s. 24) si rozdělil vlastnosti na „typicky ženské a mužské“. Muži jsou agresivní, autoritativní, ctižádostiví, nezávislí, podnikaví, racionální, realističtí, sebevědomí, soutěživí, tvrdí, velcí a silní a muži nepláčou. Autor uvádí více vlastností a způsobů chování, já z tohoto seznamu vybrala ty nejznámější.

Pro muže je typické, že jsou silní a nezávislí. Muži potřebují být nezávislí, protože se zaměřují na vlastní seberealizaci, a pokud by byli omezováni, cítí se být ohroženi a nesvobodni. Z toho vyplývá, že nechtějí žádat o pomoc a také ji neumějí přijímat, protože by tak mohli projevit svoji slabost. V protikladu k potřebě svobody a nezávislosti je tendence vlastnit, brát a ovládat. Pokud muž již něco vlastní, má potřebu se o danou věc starat, ať se to již týká podnikání nebo rodiny. Rádi se projevují a jsou více ochotní tam, kde se mohou prezentovat, jak jsou silní a hrdinští (Vágnerová, 2007, s. 36).

Další mužská vlastnost je dominance. Muži mají potřebu usilovat o moc a tím se prosazovat, být nadřazeni nad ostatními, často libovolným způsobem, krajně bezohledně a krutě. Velkým extrémem mohou být projevy arogance a agrese.

Muži mají sklon k rizikovému chování, potřebují riskovat, ať již v oblastech fyzického nebezpečí, či profesní aktivity. „Cesta k mužnosti bývá spojena s nutností podstupovat různé zkoušky a dokazovat si svou sílu a odolnost“ (Vágnerová, 2007, s. 36).

Muži se hodně orientují na svůj osobní výkon. I společnost od nich očekává dobré výsledky v profesionální oblasti, v tělesné výkonnosti, ale i v intimních vztazích. Pokud projeví slabost nebo selhání, je to důvod k odsouzení a ztrátě prestiže.

Od mužů se očekává, že se budou racionálně rozhodovat i jednat a při řešení problémů nebudou emotivní. Mnohdy se jeví jako málo citliví a ohleduplní. Často neumějí dát najevo svůj hluboký vztah k nejbližším. Jsou často mlčenliví v oblastech vztahů a projevování citů. Nezřídka to směřuje k problémům v partnerském vztahu (Vágnerová, 2007, s. 36).

Při výběru své budoucí partnerky si všimají více fyzického vzhledu a pěkného vystupování a celkově její atraktivitu. Často bývají zaslepeni pouze jejím vzhledem a uniká jim, jakým způsobem ho prezentuje. Co se týče vlastností k vytvoření trvalejšího partnerského vztahu, nedokáží je dost často odhadnout. Muži jsou často ovlivněni jinými signály než ženy a nedokáží je dost dobře interpretovat. Pokud zažívají partnerské problémy, jsou k nim méně citliví a hlavně neočekávají, že by se jim mohl vztah rozpadnout. Protože jsou muži méně emočně i sociálně citliví, dost často nezvládají o problémech komunikovat hned na počátku, pokud nejsou tak intenzivní. Partnerství má pro muže často význam pro potvrzení výkonu, jakého dosáhl, když získal ženu, která má určité kvality a o kterou již předtím usilovali jiní muži. Kladený důraz na výkon může však intimní vztah zatěžovat. Muž jej chápe jako

dostatečný důkaz svých kvalit i naplnění, například v oblasti sexuální nebo v oblasti finančního zabezpečení a jiné vztahové rozměry mu unikají. Pro muže je také významné citové naplnění partnerského svazku, ale často si neuvědomují jeho důležitost (Vágnerová, 2007, s. 81,82).

Muži považují partnerský vztah uzavřený manželstvím za jistý. Nemají potřebu si opakovaně vyznávat city. Za projev lásky považují činnosti ve prospěch rodiny. Potvrzením spokojeného vztahu je pro ně klid, život bez konfliktů a vzájemného napadání. Chtějí být od ženy uznávaní a obdivováni. Od manželky očekávají, že zajistí domácnost a jejich osobní pohodlí a nebude je zatěžovat svými problémy. Ocení u ní tělesný vzhled a celkovou atraktivitu. Ve vztahu bývají celkem spokojeni, nemají potřebu předělávat partnerku, jsou přesvědčeni, že mají akceptovat partnerku takovou, jaká je. Muži často popírají problémy, smiřují se s horší kvalitou vztahu a posléze se smíří i se způsobem jeho řešení, jaký jim partnerky nabídnou. Zjednodušeně muži od manželky očekávají: servis, sex, spolehlivost a nestěžování si (Vágnerová, 2007, s. 103, 104).

Šmolka (2015, s. 48) uvedl, že muži chtějí být stále obdivováni. Nechtějí, aby je partnerky zatěžovaly svými starostmi. Rádi by měli neustále navařeno a naklizeno a také by chtěli sex, kdy se jim zachce.

2.2 Ženská role -ženskost

„Co je to žena?“ ptala se Simone de Beauvoir před více než padesáti lety. Myslela si, že „člověk se nerodí jako žena, ale je v ni předělán“. Že teprve okolí dělá z dívek hodné a poslušné bytosti, od přírody by zůstaly stejně nezkontrolovatelné jako chlupci. Co se stalo s tímto předpokladem? Z velké části se pro muže potvrdila jeho pravdivost. Mnohé je dáno také biologicky, což není nové tvrzení, ale v jisté době se netěšilo oblibě“ (Schneiderová, 2004, s. 30).

V současné charakteristice ženy se prolínají dva požadavky. Občas bývají těžko realizovatelné, ale společnost očekává od ženy tradiční charakteristické rysy – submisivitu, plus nově se rozvíjející – rozumový přístup (Vágnerová, 2007, s. 37).

Již ve výchově se snažíme, aby dívka byla silná a nenechala si vše líbit. Rodiče si přejí, aby dívka měla i některé chlapecké vlastnosti. Při výchově dívek jsou stále prosazovány typické priority dcery - získají dobré vzdělání, seženou si práci a budou si vydělávat samy na živobytí (Schneiderová, 2004, s. 15).

Jak jsem již uvedla, submisivita je tradiční ženská přednost, která se u ženy předpokládá. Dále se také předpokládá, že ženy budou ohleduplné, ochotné ustoupit, podřídit se a přizpůsobit

se požadavkům druhých. V současné době ale ubývá žen, které se přizpůsobují ve všem. V partnerství tyto požadavky však zůstávají. Některé ženy extrémně zneužívají svoji ženskost ve smyslu nadměrné závislosti, slabosti a demonstrování bezmocnosti, často tak manipulují se svým partnerem i s jinými lidmi. Ženy nebývají méně agresivní než muži, ale u nich se tahle vlastnost netoleruje, proto mívá skryté projevy (Vágnerová, 2007, s. 37).

Racionalita není při řešení problémů typickým ženským projevem, který by společnost očekávala. Ženy s vyšším vzděláním umí však logicky přemýšlet a při řešení problémů zvládnou spojit emoční i racionální přístup (Vágnerová, 2007, s. 37).

Empatie je další vlastností typičtější pro ženy, v osobním životě projevují větší citlivost k prožívání problémů druhých. Snaží se své blízké podporovat. Jejich vztah k péči o rodinné příslušníky a ostatní bývá často považován za samozřejmý. Jsou také více sociálně citlivé, což je také více ovlivňuje při přijímání názorů druhých lidí. Jsou však schopné manipulovat druhými, pokud to považují za nutné. Jsou citlivější k neverbálním projevům svých partnerů, se kterými právě komunikují. Dalším projevem větší citlivosti k lidem je ochota více naslouchat (Vágnerová, 2007, s. 38).

Ženy nekladou takový důraz na výkon a z něj pramenící úspěšnost jako muži. Jejich vztah k výkonu směřuje k dosaženému vysokoškolskému vzdělání a s tím souvisí i jejich ambice, která se od mužského přístupu neliší. Většina žen již nechce být jen pečovatelkou, hospodyní a starostlivou matkou a stát se plnohodnotnou až díky muži (Schneiderová 2004, s. 26, Vágnerová, 2007, s. 38).

Ženství je spojeno s velkým důrazem na celkový vzhled, atraktivitu, štíhlost a upravenost, tyto kvality činí ženy pro muže přitažlivější. Dnes je bohužel mladým dívkám prostřednictvím médií vštěpováno, že musejí být perfektní. Perfektnost často spočívá v nereálně nízké hranici osobní váhy. Dívky jsou pak nespokojeny se svým tělem a necítí se v pohodě. Takový pocit nepohody může směřovat až k onemocněním, jako je bulimie nebo mentální anorexie. Atraktivitu si cení více než muži a také častěji než muži těmto onemocněním propadají (Janošová, 2008, s. 214, Schneiderová 2004, s. 27, Vágnerová, 2007, s. 38).

V rámci sexuálního chování se tradiční model ženy spojoval s emočním vztahem, ale ukazuje se, že některé ženy jsou schopné tolerovat sex bez vztahu (Vágnerová, 2007, s. 39).

Ženy jsou více zaměřené na citlivost a vnímání partnera k jejich potřebám. Chtějí, aby jim partner vyjadřoval své city vzájemné lásky. Ženy partnerský vztah více prožívají a více na něj negativně i pozitivně emocionálně reagují. Důležité je pro ně ocenění jejich přitažlivosti. Od mužů očekávají ctižádostivost, rozhodnost, úspěšnost v zaměstnání a schopnost zaopatření rodiny. Od svého partnera by chtěly projevení citu na jedné straně a na straně druhé by rády

viděly, aby měl dobré materiální zázemí a společenské postavení. Ženy jsou přizpůsobivější a dokáží se vcítit do představy partnera a chovat se harmonicky podle ní. Důvodem tohoto chování je fakt, že mají silnější potřebu udržet partnerský vztah. Jsou schopny se v něm více podřizovat, protože je pro ně udržení vztahu důležitější než pro muže. Partnerství je pro ženu důležité především k naplnění jejích citových potřeb a emoční prožitky jí dokazují její vlastní hodnotu. Od muže očekává, že jí bude lásku prokazovat a tím si potvrdí svoji osobní hodnotu (Vágnerová, 2007, s. 82, 83).

Po uzavření manželství chtějí být ženy ujišťovány, že jsou milovány. Od mužů ženy očekávají, že se do nich vcítí a budou vědět, co potřebují. Nezřídka si pak stěžují, že to manžel nedokáže. Ženy bývají zklamané neochotou partnera mluvit o problémech, protože jim přiřkládají větší význam než muži. Ženy mají většinou na manžela tyto požadavky: chtějí, aby se postaral o rodinu, pomáhal jim, byl schopen jim poskytnout oporu (Vágnerová, 2007, s. 104, 105).

Šmolka (2015, s. 49) uvádí, že ženy touží, aby si s nimi partner doma povídal, aby jim duševně porozuměl, vyjadřoval jim lásku a měl schopnost se do ženy vcítit a poznat, co zrovna potřebuje.

3 Rodina a rodičovství

Rodina je první společnost dítěte. Pokud je normálně fungující, podílí se na jeho výchově, utváření osobnosti a také je učí mravním hodnotám.

Dítě se v rodině setkává s prvním modelem společnosti. Rodina se podílí na jeho osobním vývoji a pomáhá mu zaujmout vztahy k jiným skupinám lidí. Předává také dítěti sociální dovednosti, jako jsou orientace na určité hodnoty, zaujímání postoje k určitým konfliktům, a poskytuje mu určité typy podpory, bez kterých se v dospělosti neobejde – je to socializační funkce rodiny (Matoušek, 2003, s. 9).

Říčan (2013, s. 60,61) označil rodinu za oázu ve světě. Ve světě je podle autora příliš mnoho honby za úspěchem, přetvářka, vysoké nároky a anonymita. Doma si může člověk hrát, klidně se i pohádat. Převládají zde lidské vztahy nad výkonem a prestiží a to je pro dítě důležitá lekce, kterou má v rodině dostat pro svůj budoucí život. V rodině je prostor pravdivosti, upřímnosti, otevřenosti i vzájemnosti. Pro dítě je největším nedostatkem rodinného života opak, tedy předstírání pravdivosti a vzájemnosti. V dobré rodině by měli všichni držet za jednoho. Členové rodiny by měli mít společné starosti i radosti. Měly by tu být pevné a silné vztahy. V rodině by se neměl nikdo cítit jako ve vězení, měl by mít vždy možnost odejít a zase se objevit.

Rodina je skupina osob navzájem spjatých pokrevními svazky, manželstvím nebo adopcí, jejíž dospělí členové jsou odpovědní za výchovu dětí. Rodina má také svoje funkce, jako je biologicko – reprodukční, sociálně-ekonomická, ochranná (pečovatelská, zaopatřovací), socializačně – výchovná, emociální funkce, rekreace a zábava (Lábusová, 2007).

Jandourek (2003, s. 116) označuje rodinu jako atomární, nebo nukleární, protože jádro rodiny tvoří rodiče plus děti. Dříve do pojmu rodina spadala široká příbuzenská síť. Ve skutečnosti však nukleární rodina nežije v izolaci, stále zůstává v kontaktu hlavně s prarodiči. Prarodiče někdy pomáhají s výchovou dětí, protože rodiče jsou velmi zaměstnaní. Prarodiče nezářka i mladou rodinu finančně podporují.

Kramer 1980 (in Sobotková, 2001, s. 22) definuje rodinu takto: „Rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Členové jsou často (ale ne nutně) vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí nebo společným uspořádáním života v určitém úseku jejich životní cesty. Kdykoli mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být užíván pojem rodina, i když jde např. o nesezdaný pár, o náhradní rodinu atd.“

„Čtyři z pěti Čechů i Češek pokládají nadále založení šťastné rodiny za to hlavní ve svém životě a nejméně třem z těchto čtyř se to i podaří, i když ne všem na první pokus“ (Možný, 2002, s. 24).

Rodinným chováním se česká společnost podobala po staletí západnímu typu sociálního života. Typické pro rodinu bylo zakládání manželství v pozdějším věku – ženy okolo 25 let a muži okolo 30. Z toho také vycházel vyšší věk prvorodiček (Možný, 2002, s. 23).

V učebnicích sociologie rodina „představuje sociální zařízení, jehož základním účelem je vytvářet soukromý prostor pro reprodukci společnosti, stíněný proti vířícímu a nepřehlédnutelnému světu veřejnému. Chrání své členy, nemění svůj tvar, vnitřní uspořádání ani habitus a změny ve svém okolí vyrovnává“ (Možný, 2006, s. 14).

Katechismus poukazuje na rodinu jako na základní buňku života společnosti. „Rodina je základní buňkou života společnosti. Je to přirozená společnost, v níž jsou muž i žena povoláni k tomu, aby se sobě navzájem odevzdávali v lásce a v daru života. Autorita, stálost a prožívání vztahů v lůně rodiny tvoří základy svobody, bezpečnosti a bratrství v rámci společnosti. Rodina je společenství, v němž se lze již od mládí naučit mravním hodnotám, začít uctívat Boha a správně užívat svobody. Rodinný život je uváděním do života společnosti“ (Miras a kol., 2014, s. 157).

Jednou z funkcí rodiny je rodičovství. Součástí identity v dospělosti je rodičovská role. Rodičovská role je asymetrická ve smyslu nadřazenosti. Znamená to, že rodič je dominantní ve vztahu k dítěti a dítě je na jeho péči závislé a také má k němu podřízený vztah. Rodičovská role není vratná a také vytváří novou nezrušitelnou vazbu k partnerovi. Rodičovství ovlivňuje přemýšlení a prožívání emocí i mezilidské vztahy. Rodičovská role je poměrně náročná, přináší nám i mnoho omezení a ztrát. Pro partnery může být přechod k rodičovství jednou z nejtěžších zkoušek v rámci spolupráce a soudržnosti (Vágnerová, 2007, s. 109).

Rodiče se při výchově dětí stávají spojenci a dle Říčana (2013, s. 62) tvoří rodičovskou koalici. V této koalici se rodiče nemusejí vždy shodnout při výchově dětí. Každý z rodičů dokáže dítě jinak zaujmout a ke každému má dítě trochu jiný vztah. Dítě má tato různorodost obohatit.

Mladí lidé se v dnešní době na rodičovskou roli dlouho připravují a zvažují, jestli jsou dostatečně připraveni. Často rodičovskou roli odkládají. Když se člověk stává rodičem, dojde k vědomému procesu, kdy zralý jedinec chce poskytnout péči jedinci, který by bez ní nepřežil. Jedinci si tak splňují své potřeby. Na počátku mají velmi intimní vztah, který se postupem času

rozvolňuje. Toto postupné vzdalování se z rodičovské ochrany je celoživotní proces a někteří se uvolňují z těchto pout ještě ve své zralé dospělosti (Morgensterová, Šulová, 2011, s. 63).

Rodičovství v adolescenci je předčasné. V této době má jedinec jiné potřeby, jako je například odpoutání se od rodiny, vztahy s vrstevníky. V tomto období dochází k seberealizaci v zájmové a profesní oblasti. Rodičovství bývá většinou neplánované. Pro jedince představuje zátěž danou subjektivním pocitem ztráty různých možností a vznikem povinností, na které ještě není adolescent připravený. V této době ještě není dostatečně zralý, ještě nemá utvořenou identitu a ta může být narušena nevhodnou zátěží. Partneri ještě nejsou dostatečně zralí k přijetí společně sdílené odpovědnosti. Předčasné rodičovství ztěžuje i vztahy s vlastní rodinou, od které se chtěl adolescent emancipovat. Na rodině je nyní závislejší, než byl před tím. Předčasné rodičovství může vypadat jako symbol dospělosti, ale jedinec se stává spíše závislejším a nesamostatnějším (Vágnerová, 2014, s. 441, 442).

3.1 Otcovství

Současný otec opouští roli člověka, který by měl jen materiálně zabezpečit rodinu. Mladí otcové dnešní doby jsou více empatictí, pomáhající a podporující. Řada výzkumů zjistila, že je otec při výchově stejně důležitý jako matka (Holásková, 2009).

Pro některé muže představuje přijetí otcovské identity jeden z nejtěžších úkolů dospělého věku. Otec by měl na jedné straně působit jako autorita, kterou dítě respektuje, a na straně druhé by měl dítě podporovat citově i emočně (Vágnerová, 2007, s. 119).

V poslední době jsou muži aktivnější a mají větší zájem podílet se na výchově dětí. Moderní otcové pokládají pečování o děti za obvyklou součást rodičovství. Tito muži se chovají k dětem stejně láskyplně a citlivě jako matky. Při výchově dětí mají svou nezastupitelnou roli. Navíc nastupuje trend moderního rodičovství, který roli otce ještě více upevňuje tím, že posiluje vliv otce na výchovu dětí a tím i směr ve vývoji novodobé rodiny (Thorová, 2015, s. 304).

Zatímco charakteristika mužů je definována systematickým a analytickým myšlením, touhou někoho vést a být při tom úspěšný, k ženství patří empatie a touha pečovat a chránit. V běžném životě máme obě tyto složky v různém poměru. Jedinci, kteří mají potřebu uplatnit obě dvě, mívají obvykle blíže k vnitřní rovnováze. Větší zájem muže o dítě a touha nenechat se připravit o raný věk dítěte souvisí s osobností muže a aktivací „ženské složky“ osobnosti. V současné době přibývá otců, kteří si svůj vztah s miminko užívají a považují jej za důležitý pro sebe i pro dítě (Lábusová, 2009).

„Vztah otce k dítěti se rozvíjí postupně a pomaleji než u matky, protože mu chybí hormonálně posilovaná změna emočního vyladění a intenzivního selektivního zaměření“ (Vágnerová, 2007, s. 118).

Otec dokáže navázat kontakt s novorozencem a empaticky uspokojit většinu jeho potřeb, což může ovlivnit jeho vztah k novorozenému dítěti. Pro otce také platí, že čím dříve uvidí své dítě a bude se o ně zajímat, tím lépe s ním naváže uspokojující kontakt. Může se stát, že si otec pod vlivem rodiny zafixuje, že by neuměl zacházet s tak malým dítětem a byl by nešikovný, a proto se začne méně angažovat (Vágnerová, 2000, s. 351).

Otcové sice věnují dětem méně času než matky, ale zato se mohou dětem věnovat mnohem intenzivněji v aktivitách, na které jsou výlučně zaměřeni. V přístupu otce k dětem se začíná projevovat gendrově odlišný přístup, chovají se jinak k synům a jinak k dcerám (Vágnerová, 2007, s. 134).

Karsten (2006, s. 125) uvádí, že dnešní otcové se věnují dětem déle, ale spíš v oblasti her a zábavy. Na matku připadají ostatní činnosti nutné pro zaopatření dětí. Dnešní ženy stejně musí zastat většinu domácích prací i s novými otci po boku.

Již v kojeneckém věku je pro děti vztah s otcem významný. Hned od počátku dítě rozlišuje jiný způsob hry s otcem a jiný způsob s matkou. Hra s otcem má prý rychlejší tempo a více náhlých změn a zvrátů (Mlčoch, 2008).

Otec bývá považován za vzácnějšího rodiče, a proto sdílí s dětmi atraktivnější aktivity. Musí se však dětem věnovat, aby docílil uspokojení ve své roli. Otcové mají potřebu být ve své činnosti podporováni, aby odváděli lepší výsledky při výchově dítěte. Hodně při tom záleží na kvalitě partnerského vztahu, kterým jsou ovlivňováni více než matky. Postoj mužů k rodičovství je hodně ovlivňován jejich výchovou a zkušenostmi z dětství. Vzorem se může stát jeho vlastní rodič, avšak v dospělosti nemusí kopírovat všechno. K některým postojům může být kritický a následně se chce chovat jinak (Vágnerová, 2007, s. 134,135).

„Pro starší, předškolní děti, by měl být v pozici imponujícího jedince, který se jim prezentuje jako autorita kompetentnosti (něco umí) i autorita moci (je silný)“ (Vágnerová, 2007, s. 134).

Podle Říčana (2014, s. 262) jsou muži schopni skutečné emoční blízkosti až k dětem v adolescentním věku. Často musí žena vést svého muže po cestě vývoje, jelikož je sama více vepředu.

Otcové mají určitou nevýhodu ve své roli, protože společnost pro ně nemá jasnou náplň. Nejsou žádné definice, co by měl otec dělat, aby splnil očekávání ženy. Někteří pak hledají řešení problémů odchodem od rodiny (Vágnerová, 2000, s. 363).

Pro příznivý vývoj dítěte je důležitá a podstatná jedna skutečnost. Otec musí být angažovaný, pečující a musí svým dětem věnovat nezanedbatelnou část svého času. Muž musí ke své otcovské roli přistupovat zodpovědně a považovat ji za důležitou. Měl by dosahovat určitých morálních kvalit, aby mohl být dítěti dobrým identifikačním vzorem. Určitě nestačí jen jeho přítomnost v rodině. Při výchově syna je důležitá otcova podpora, zájem a dosažitelnost, aby byl veden k dobrým společenským vztahům k ženám. U žen je důležitý dobrý vztah s otcem k vytvoření úspěšného manželského svazku (Kubičková, Šimková, 2006, s. 101).

3.2 Mateřství

Mateřství se začíná v ženě formovat již v období těhotenství. Hormonální změny a myšlenky, které se jim honí hlavou, je připravují na novou sociální roli (Kalafutová, 2008).

Říčan (2014, s. 262) podotýká, že zplození dítěte a péče o něj je jedno z hlavních životních témat. Pokud je žena pro mateřství psychicky zralá, je pro ni porod jejího prvního dítěte tou nejdůležitější událostí v životě.

Tržilová (2008, s. 8) je názoru, že mít dítě je krásné a vlastně zázrak, ale také přijdou v životě chvíle, kdy žena neví, zda se má smát, či plakat. Rozhodnutí založit rodinu je jedno z nejvýznamnějších rozhodnutí v životě. Ve chvíli, kdy se staneme rodiči, se nám život obrátí naruby a už nikdy nebude jako dřív.

Podle Vágnerové (2007, s. 117) je mateřství jednou z podstatných složek ženské identity, která je teoreticky značně ceněna, ale skutečností je, že v soudobé společnosti znamená spíše znevýhodnění, a to obzvláště tehdy, pokud jde o matku více dětí.

Špatenková (2006, s. 11) podotýká, že pro mnohé ženy je mateřství jejich posláním. Přece jenom matka přesně ví, co její dítě potřebuje, je se svým milovaným dítětem svázaná neviditelným poutem. Mateřství a rodičovství není povinností danou zvenčí, ale je nedílnou součástí všech generací.

Vlčková (2009) bere jako pozitivní skutečnost, že se v dnešní době můžeme pro mateřství svobodně rozhodnout.

Sobotková (2001, s. 115) uvádí, že mateřství přináší pro partnerský vztah nový rozměr, kdy žena vidí, jak se partner stává otcem, a naopak muž vidí, jak se jeho partnerka stává matkou. Rodiče také začínají navazovat přátelské vztahy s jinými rodinami, které mají malé děti. Mateřství dává ženám nový smysl života.

Pro matku může být každodenní práce okolo malého dítěte zcela vyčerpávající. Mladá matka se může pod vlivem nových povinností cítit stresovaná a neschopná, zvláště pokud trpí nedostatkem spánku a ještě tolik nerozumí projevům svého dítěte. V tomto období potřebuje mít oporu ve svém partnerovi. Pokud může žena své pocity z nové role sdílet se svým partnerem, dochází tak k pozitivnímu upevnění jejich partnerského svazku. Jestliže otec dítěte projevuje radost z narození společného potomka, cítí se žena mnohem spokojenější (Vágnerová, 2007, s. 125).

Oakley (2000, s. 146) podotýká, že „matka představuje základní jistotu dítěte, je zárukou jeho psychického zdraví a sociálního přizpůsobení. Význam mateřství je pokládán za věc nikoliv biologickou - založenou na tom, že matka je prostředníkem zrození a krmení dítěte -, nýbrž za věc sociální a psychickou.“

Žena, která je na mateřské dovolené, může trpět pocitem izolace. Tento pocit vzniká, protože vede náhle stereotypní život. V tomto období také ubývají sociální kontakty, které by ji mohly emočně a inteligenčně obohatit. Sociální kontakty bývají v době, kdy matka pečuje o malé děti, velmi redukovány, protože je zcela zaměřena na své dítě. Její kontakty jsou omezeny na přítelkyně, které mají také malé děti, protože jí přináší oporu i porozumění.

V současné době existuje trend odkládání mateřství na pozdější věk, než tomu bylo v mládí našich matek. Důvodem je vyšší vzdělanost a zaměstnanost žen a také plánované rodičovství. Do skupiny starších rodiček můžeme také zařadit ženy, které v mladším věku nenašly vhodného partnera pro založení rodiny (Sobotková, 2001, s. 113).

4 Život single

Životní styl singles je dnes oblíbená forma života u lidí po dosažení dospělosti. Tento způsob života má své pozitivní i negativní stránky. Pro většinu mladých lidí bývá toto období přechodné a poté navazují pevné partnerské svazky.

Čeština zatím nemá název pro sociální skupinu lidí, jejíž charakteristika se trochu odlišuje od charakteristiky dospělosti. Západní literatura pro ně má názvy jako pozdní mladost, mladá dospělost nebo pozdní adolescence. Tito lidé jsou ve věku 20 až 45 let a chybí u nich partnerský vztah nebo potřeba zakládání vlastní rodiny (Lábusová, 2009).

Český sociolog Jandourek (2003, s. 119) podotýká, že pod pojmem singles se skrývají jedinci, kteří odmítají vstupovat do manželství, protože jim svobodný a samostatný život náramně vyhovuje. Mohou se věnovat kariéře, svým zálibám a mohou mít více sexuálních vztahů. Stinnou stránkou tohoto životního stylu jsou pocity osamění a izolace. Jejich vrstevníci, kteří již žijí v manželství, na ně vyvíjejí určitý tlak, aby také vstoupili do manželství.

Šmolka (2015, s. 36) si ve svém díle „single“ rozdělil na singl nouzový – je to jedinec, který by rád nebo ráda vstoupil/a do manželského svazku. Bohužel čím víc dává tato osoba najevo, že by svůj stav chtěla změnit, tím méně se jí to daří. Tito lidé si často naleznou rizikového partnera, protože je pro ně důležité hlavně s někým být. Další singl je dočasný- zatím se nechce vázat, chce si hlavně užívat, cestovat, budovat kariéru a poznávat svět. Problémem tohoto člověka bývá, že si na tento způsob života zvykl a pak jej nebaví přizpůsobovat se partnerovi. Následné manželství s tímto jedincem nebývá jednoduché. Singl trvalka jsou lidé, kteří chtějí již od začátku žít sami. Někdy tomu předchází špatné zkušenosti a jindy si myslí, že jejich styl života není slučitelný s manželstvím a rodinou.

Společnost v dnešní době život bez stálého partnera více toleruje, není tolik netolerantní, jak tomu bylo dříve. Někdy se v postoji k lidem bez partnera objevuje soucit a dokonce i opovržení. Záleží také na tom, jak lidé bez partnera vysvětlují okolí svou volbu. Spokojenost samotného jedince se odvíjí od volby jeho single života. Záleží na tom, jestli si tento způsob vybral dobrovolně a vyhovuje mu, nebo jestli byl okolnostmi donucen (Vágnerová, 2007, s. 105).

Proč si část mladých lidí dobrovolně vybírá život bez stálého partnera? Tito mladí lidé často neplánují život déle jak 10 let dopředu a připustí, že si pak někdy po „třicítce“ snad založí rodinu. Někteří tyto plány uskuteční, jiní si přes veškeré snažení nemůžou partnera najít. Mnozí svobodní lidé svůj stav za ideální nepovažují a také se uvnitř necítí šťastně. Svému okolí

předstírají, jak je svobodný život ideální. Snaží se tak nevypadat hloupě před ostatními a také před sebou se snaží poukazovat na výhody single života (Haňková, 2010).

Špatenková (2006, s. 19) tvrdí, že pokud jste s touthle životní situací nespokojeni, je důležité vyhledat odbornou psychologickou pomoc. Můžete zažít frustraci z nenaplněné touhy po smyslu života.

Podle psychologa Klimeše (in Lábusová, 2009) se rozrůstá životní styl single, protože dnešní děti pomaleji dospívají, dříve byly dospělé již okolo dvacátého roku. Dnešní dvacetiletí nejdříve dostudují a posléze řeší vlastní bytovou situaci. V tomto období volí místo trvalých partnerských svazků náhodné známosti a časté rozchody. Až si singles vyřeší finanční situaci, začne mu takový způsob života vyhovovat. Často je také velmi zaměstnaný a na zodpovědnost za někoho jiného nemá čas.

Podle jiných autorů je single ten, kdo si vybral tento život dobrovolně. Singles jsou lidé z velkých měst, pro které je důležitá jejich práce a výkon a kteří jsou dobře situovaní. Preferují rychlý postup v pracovních pozicích, stále se zvyšující plat a také vítězství ve firemních sportovních turnajích, což pro ně má velký význam. V práci udržují povrchní kolegiální vztahy a žijí divoký život. Manželství nebo stálé partnerství a děti pro ně nemá význam. Mají „hodně přátel“, s nimiž povrchně kamarádí, ale s nikým neudržují hlubší vztah. „Single“ je životní styl se vším, co k tomu patří: úspěch, blahobyt, svoboda, střídání sexuálních partnerů a upřednostnění kariéry před trvalým vztahem a rodinou“ (Hargašová a kol., 2007, s. 33).

Mezi výhody single života patří svoboda a volnost. Jedinci mohou být otevřeni novým zkušenostem a tím se u nich rozvíjí větší nezávislost. Mají možnost se zaměřit na určitý cíl, věnovat se mu s velkou energií a tak docílit lepších výsledků. Nemusí se omezovat a brát ohledy na dalšího člověka ve své domácnosti. Mohou v klidu dospět a ujasnit si, kam chtějí nadále směřovat ve svém soukromí (Vágnerová, 2007, s. 107).

Mezi nevýhody single života patří sociální izolace a vyšší riziko osamělosti mezi vrstevníky, kteří vstupují do manželství. Pokud je jeho okolí tvořeno páry, může být jedinec omezován v oblasti navazování sociálních kontaktů a obtížně zde hledá své místo. Podstupuje také riziko, že v pozdějším věku již nebude mít tolik příležitostí k seznámení se a možností uzavřít manželství a stát se rodičem. Jedinci si také mohou postupem času zvyknout na svůj ničím nerušený a neomezený životní styl a ztratit tak chuť se někomu přizpůsobit (Vágnerová, 2007, s. 107).

Někteří lidé milují svůj soukromý život natolik, že bydlí samostatně, ale společensky jsou mnohokrát aktivnější a jejich život je v této oblasti bohatší a kvalitnější než u některých manželských párů (Říčan, 2014, s. 246).

V České republice bývají single hlavně muži a také je pro ně často tento způsob života celoživotní cestou. Největší podíl singles je ve věkové skupině 25-35letých. Co se týče vzdělání, častěji žijí jako singles lidé s nižším vzděláním. Nejčastěji takto žijí lidé ve velkých městech a zřídka na vesnicích. Tito lidé nežijí pouze v samostatné domácnosti, žijí častěji v domácnosti se svými rodiči nebo s různými spolubydlícími, na rozdíl od lidí žijících v partnerském svazku. Single ženy častěji žijí v samostatné domácnosti a single muži častěji se svými rodiči. V České republice nejsou průkopníky lidé z vyšších socioekonomických a vzdělaných vrstev. Tento fenomén je v případě mužů spojen s nízkou kvalifikací a nezaměstnaností (Hašková a kol., 2014, s. 108-112).

Celoživotní pojetí singles se objevuje hlavně u žen vysokoškolaček, a to nejspíše z důvodu délky jejich studia a také proto, že bývají opatrné při rozhodování, s kým budou sdílet svoji domácnost. Single muži bývají nejčastěji ti, kteří žijí na vesnici, nejspíše z důvodu omezených možností nalezení partnerky. Mladí lidé často usilují o výběr partnera, se kterým chtějí žít, ochota vstupovat do partnerských svazků single žen i mužů ale klesá se stoupajícím věkem (Hašková a kol., 2014, s. 112-114).

Dle výzkumu trhu Euromonitor International na celém světě prudce roste počet lidí, kteří žijí sami. Za posledních 15 let je to asi o 80 %. Autor uvádí, že v USA žijí single hlavně ženy, většina je ve středním věku 35-64 let. Nejvíce single lidí žije ve Švédsku. V Číně, Indii a Brazílii nejrychleji vznikají jednočlenné domácnosti. Lidé, kteří žijí single, nejsou ale zas tak osamoceni, může za to komunikační revoluce, a tak mají potěšení ze společenského života, i pokud žijí sami. V dnešní době je život „single“ také značkou úspěchu a úrovně, požívají ji jako možnost investovat svůj čas do profesního a osobního růstu. Tito lidé mají velkou síť přátel a pracovních kontaktů, ale často převládá kvantita nad kvalitou těchto přátelství. Nakonec bývají osamocení, protože nemají kvalitní přátelský vztah (Klinenberk, 2012).

5 Sexuální výchova

V této kapitole bych ráda vysvětlila, co to sexuální výchova je a čím se zabývá. Z historie víme, že Česká republika se řadí mezi průkopníky osvěty, která se zaměřuje na sexuální výchovu, dále na výchovu k manželství a rodičovství a také na výchovu ke zdravým partnerským vztahům. První zmínky jsou již z roku 1917, kdy Spolková rada Pedagogického muzea chtěla zavést pohlavní výchovu do škol, a proto předložila Memorandum C. K. Zemské školní radě pro království české „O pohlavní výchově mládeže.“ Tato spolková rada se snažila argumentovat tím, že rostou předsudky o hříšnosti pohlavního života, a proto chtěla, aby byly tolerovány přirozené projevy člověka jako důležitá součást jeho vývoje pro spokojené prožívání života. Roku 1921 byl v Praze založen Ústav pro studium pohlavnosti, což bylo první univerzitní pracoviště tohoto typu na světě. Pokračuje ve své činnosti doposud, jen se v současné době nazývá Sexuologický ústav (Šulová a kol., 2011, s. 391).

Dříve byla sexuální výchova nazývána výchova pohlavní. V současné době je součástí výchovy k manželství a rodičovství (Weis, 2010, s. 695).

Podle doporučení MŠMT 2013 (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy) by měla být sexuální výchova pojímána komplexně a v širších souvislostech. „Sexuální výchova představuje dlouhodobé, záměrné, cílevědomé a systematické působení na žáka, které ovlivňuje formování jeho osobnosti v otázkách rodiny a lidské sexuality“ (MŠMT, 2013, s. 2). Obsahem sexuální výchovy je 6 okruhů, které se stále opakují, ale rozvíjejí se na stále hlubší úroveň.

Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí, že: „podstatu a cíle sexuální výchovy tvoří vše, co přispívá k výchově celistvé osobnosti, schopné poznávat a chápat sociální, mravní, psychologické a fyziologické zvláštnosti jedinců podle pohlaví a díky tomu zformovat optimální mezilidské vztahy s lidmi svého i opačného pohlaví“ (Kamanová, 2014).

Mezinárodní federace plánovaného rodičovství v roce 1988 definovala sexuální výchovu takto: „Hlavním cílem školní výchovy je připravit mladé lidi pro život v dospělosti a pro jejich role ve společnosti. Jejich sexualita, manželství a rodinný život jsou důležitým prvkem v životě většiny obyvatelstva, potom zcela jistě je logickou a nutnou povinností školy připravit mladé lidi i pro tuto oblast. Sexuální výchova musí být pokládána za jednu část celkové školní výchovy, která zprostředkovává dětem a mladým lidem informace nutné k tomu, aby byli schopni vytvořit si správný názor, úsudek i postoje“ (Janiš, 2004).

Sexuální výchovu můžeme také chápat jako prevenci rozsáhlé sociální patologie, která se projevuje nejvýrazněji v období dospívání. Můžeme předpokládat, že pokud společnost lépe

dospívající připraví v oblasti sexuality, bude u nich méně docházet k patologickým sociálním projevům, jako je například vandalství, různé siláctví a projevy agrese nebo sebepoškozující formy chování. Následně nebude společnost tolik zatěžována těmito projevy (Šulová, 2011, s. 386).

A proč je vlastně sexuální výchova důležitá? Hines (2014, s. 160) konstatuje, že schopnost orientace v sexuální a vztahové problematice je spojena s otevřeností, s níž se o sexu mluví v rodině a v domácím prostředí, a také souvisí s včasnou sexuální výchovou ve škole.

Jde o to, aby byli adolescenti schopni udržet přátelství s oběma pohlavími a dokázali s nimi mluvit o svých problémech, aby uměli komunikovat se sexuálním (potencionálním) partnerem, aby přemýšleli a plánovali strategii bezpečného sexu, domluvili se a naplánovali si antikoncepci, shodli se na tom, jakou bude mít jejich vztah podobu, a v neposlední řadě také mluvili o tom, jaký význam a důležitost má v jejich vztahu sex (Hines, 2014, s. 160).

„Sexuální výchova je v základních školách realizována zejména prostřednictvím vzdělávacích oblastí Člověk a jeho svět na 1. stupni ZŠ a Člověk a zdraví na 2. stupni ZŠ. Tyto vzdělávací oblasti jsou dále tematicky propojeny se vzdělávacími oblastmi Člověk a společnost, Člověk a příroda, s průřezovými tématy Osobnostní a sociální výchova, Mediální výchova a tematicky zasahuje také do dalších vzdělávacích oblastí a průřezových témat“ (MŠMT, 2013, s. 3).

Obsahem sexuální výchovy je 6 tematických okruhů, které se stále opakují, ale témata jsou rozvíjena stále více do hloubky. Tyto okruhy se nazývají Člověk, Vztahy mezi lidmi, Osobní dovednosti, Sexuální chování, Sex a zdraví a Sex a kultura. Ke každému tematickému okruhu jsou ještě podřazeny skupiny dílčích problémových okruhů, např. téma Vztahy mezi lidmi obsahuje okruhy: Rodina; Kamarádství a přátelství; Láska; Chození spolu; Manželství a trvalé soužití; Rodičovství). Na prvním stupni základní školy se žáci dozvídají základy a druhý stupeň na ně navazuje a tato témata rozvíjí (Šulová, 2011, s. 389).

Roku 2009 byla pod záštitou MŠMT vydána příručka Sexuální výchova, která měla být nápomocna výuce na základních školách. Pro vyučující to měla být inspirace, kde se mohli informovat o tom, jak učit o antikoncepci. Byla zde i témata obsahující zneužívání dětí přes internet nebo genderové aspekty sexuální výchovy. Po vydání této brožury se ozvala spousta protestů z řad církve. Tehdejší ministryně musela ve svém projevu zdůraznit, že brožura byla vypracovaná, protože průzkumy zjistily, že mládež je o sexu nejvíce informována od kamarádů. Chtěla zkvalitnit výuku sexuální výchovy na školách.

Po parlamentních volbách roku 2010 byla příručka stažena na popud církevních hodnostářů (Jarkovská, Lišková, 2011).

V současné době existují v České republice tři skupiny koncepcí sexuální výchovy: zdůrazňující medicínský přístup, pedagogický přístup nebo přístup psychologický. Výuka studentů a žáků by měla směřovat k tomu, aby žáci důvěřovali vyučujícímu i sami sobě. Musí respektovat úroveň zralosti jejich myšlení a jejich inteligenci a vědomosti jim podávat vhodným způsobem. Vyučující musí dle věku zařazovat různá témata k dané problematice, která musí být pro děti zajímavá a mají řešit odpovědi na jejich otázky. Při výuce by mělo docházet k bohaté diskuzi a interakci mezi zúčastněnými (Šulová a kol., s. 388-391).

Šilerová (2003, s. 18) uvádí, že pokud se k sexuální výchově přistupuje jako k dlouhodobému procesu, který začíná již v dětství, jistě může obohatit další vývoj dítěte i dospívajícího. Jedinec pak lépe prožívá sexualitu jako přirozenou součást života.

Důležitým prostředím sexuální výchovy je rodina. Výchova v rodině probíhá od dětství až po dospívání. Je důležité, aby rodiče s dětmi o sexualitě komunikovali a nespolehali pouze na školu. Právě v době, kdy je spousta učebních pomůcek, knih a časopisů a děti mohou informace získávat kdekoli a od kohokoliv, by rodiče neměli rozhovory zanedbávat. Děti budou raději získávat informace od rodičů, budou je považovat za důležité a hodnověrnější než ty, které získají někde pokoutně. Rodič samozřejmě musí být pravdomluvný, protože dítě by lež stejně časem odhalilo, což by rozhodně narušilo vzájemné vztahy (Šilerová, 2003, s. 20).

Pšenička (1994, s. 95) zdůrazňuje, že sexuální výchova není závislá na vzdělání rodičů. Je důležité, aby zahrnovala celou problematiku sexuální výchovy a tím formovala charakter dítěte, ale aby nebyla zaměřena pouze na techniku, ale spíše na mezilidské vztahy a morální hlediska. Sexualita je přece spojená s láskou, a proto vnitřní porozumění muže a ženy směřuje k dobrým sexuálním vztahům.

V období adolescence, mám na mysli věk okolo 15. roku, začíná období prvních skutečných vztahů, které jedinci silně prožívají. V tomto období také dochází k prvním sexuálním kontaktům. Zdrojem informací bývá často internet, časopisy a knihy. Důležitou roli hrají rodiče, kteří se mohou stát partnery v diskuzi, ale měli by respektovat svého potomka a nedožadovat se detailů. „Rodiče již nejsou zdrojem informací, ale hlavně jakousi jistotou, kterou dospívající ve svém složitém světě má. Tam, kde až dosud sexuální výchova probíhala, mají rodiče svůj úkol mnohem jednodušší. Mohou navazovat na pevné základy a stát se průvodci a diskusními partnery svých dětí, a to i přes spory a nedorozumění, ke kterým může dojít“ (Šilerová, 2003, s. 61-63).

V konečné fázi se budou dospívající rozhodovat o sexu sami a rodiče by jim měli poskytnout důležité informace a rady a podělit se s nimi o hodnoty. Na ty lze pohlížet jako na vnitřní smýšlení, protože věříme, že je správné a že ovlivňuje naše rozhodování v životě. Rodiče by se měli připravit na to, že jejich hodnoty budou čas od času v rozporu s hodnotami jejich dospívajícího dítěte. V takovýchto chvílích je důležité najít společnou cestu. Hodnoty spojené se sexualitou musíme nejen vyjadřovat slovy, ale i vhodným chováním, které považujeme za správné. Tyto hodnoty nebo také deficit hodnot ovlivňují kamarádi a sdělovací prostředky za pomoci sexuálních signálů. K dosažení nezávislosti adolescenta je také zapotřebí vyzkoušet a otestovat hodnoty, kterým je vystaven. Jen tak si může vytvořit svůj systém hodnocení a následně podle něj žít (Trojan, 2009, s. 138,139).

Na středních školách by měli vyučující také navázat na 6 okruhů jako na základní škole, ale předtím si ještě ověřit, do jaké míry jsou studenti vzdělání. Toto šetření probíhá pomocí dotazníku, testu nebo skupinového pohovoru.

6 Plánované rodičovství

Pojem plánované rodičovství patří mezi základní lidská práva. Svobodná vůle jedince však nemůže ohrozit svobodu a právo jiného člověka. Česká republika se hlásí také ke svobodnému a zodpovědnému rozhodování o počtu svých dětí a časovém odstup mezi nimi. „Potencionální rodiče mají tak právo získávat informace a prostředky, aby se mohli o svém rodičovství svobodně rozhodovat. Dítě by tak mělo a má právo přicházet na svět plánované a chtěné. Je také důležitá úloha společnosti, aby podporovala dostupnost sexuální výchovy a antikoncepce a tím se zabránilo neplánovanému těhotenství“ (Roztočil a kol., 2011, s. 106, Slezáková a kol., 2011, s. 97).

Rozlišujeme pozitivně a negativně plánované rodičovství. Při pozitivním tak usilují životní partneři o početí a narození dítěte. Negativní plánované rodičovství je zabránění početí a prostředkem volby je vhodná antikoncepce. V České republice je antikoncepce dobře dostupná, proto u nás stále klesá počet interrupcí. Interrupce je velký zásah do organismu, proto je jako prostředek regulace porodnosti nejméně vhodná jak po stránce zdravotnické, tak i etické (Slezáková a kol., 2011, s. 97).

„Jediná významná skupina, která stojí proti moderní antikoncepci, je katolická církev (většina protestantských církví nemá s antikoncepcí problém). Vychází při tom z encykliky Pavla VI. *Humane vitae*, která jako jedinou antikoncepční metodu připouští periodickou abstinenci“ (Roztočil, 2011, s. 106).

Antikoncepce je pojem, který zahrnuje všechny metody a prostředky, které zabraňují nežádoucímu otěhotnění a umožňují pohlavní styk. Jsou různé druhy dělení dle různých hledisek. Antikoncepci lze rozdělit na mužskou a ženskou, dle zastoupení hormonů na hormonální a nehormonální, také dle návratu plodnosti na trvalou a dočasnou. Mezi antikoncepci můžeme zařadit metody přirozené, které využívají periodu hormonálních změn v organismu ženy a schopnost otěhotnět během ovulace (Koliba, 2014).

Antikoncepční spolehlivost udává Pearlův index. Je to těhotenské číslo, které nám uvádí počet těhotenství na 100 žen během jednoho roku s určitou antikoncepční metodou. Při užívání antikoncepční metody se těhotenské číslo pohybuje od 0,1 do 20. Spolehlivá antikoncepce by neměla mít vyšší číslo než 5. Pearlův index lze brát jako orientační číslo, ženy musí mít během jednoho roku pravidelný sexuální život. Pearlův index také klesá s přibývajícím věkem pacientky a s délkou užívání antikoncepce (Barták, 2006, s. 30, Roztočil a kol., 2011, s. 106).

Přehled antikoncepčních metod

V mé práci si rozdělím antikoncepci na ženskou a mužskou, protože celá práce je vedená dle pohlaví.

6.1 Mužská antikoncepce

Kondom

Nejznámější antikoncepčním prostředkem u muže je kondom neboli prezervativ. Tato metoda je velmi stará. První zmínka pochází ze Staroegypta z roku 1350 př. n. l., v psaných textech šlo o plátěný kondom. Velký rozmach při výrobě kondomů nastal roku 1839, kdy byla objevena vulkanizace kaučuku, kondomy se začaly vyrábět roku 1844. Výhodou kondomu je vysoká spolehlivost, těhotenské číslo se udává od 0,1 do 5. Další předností kondomu je zabránění přenosu pohlavních onemocnění. Nejčastěji každého napadne

Virus HIV, avšak kondom také není stoprocentní, jen snižuje zhruba desetkrát riziko přenosu.

Kondom však brání přenosu jiných pohlavních chorob, jako jsou například kapavka, chlamydie či papilomaviry (Barták, 2006, s 34,35).

Dalšími výhodami je široká dostupnost a použitelnost. Při používání kondomu může dojít k alergické reakci na latex, což řadíme mezi nevýhody. Další nevýhodou je, že si někteří uživatelé stěžují na méně intenzivní pocity (Slezáková a kol., 2011, s. 102).

Kondom je v Čechách dostupný jen z latexu, pro alergické muže však existují i kondomy vyrobené z polyuretanu nebo ovčího střeva (Hanáková, 2009).

Vasektomie

Vasektomie patří k antikoncepci trvalé. Je to operativní zákrok, kdy se přeruší chámovod ve skrotálním vaku. Nejspolehlivější je, když se vytne asi 3 cm dlouhý úsek chámovodu a posléze se oba pahýly uzavrou (Roztočil a kol., 2011, s. 115).

Vasektomie je vhodná u párů, které již mají své děti a jiné už neplánují. Také je vhodná u partnerů, kde žena netoleruje hormonální antikoncepci. Uroklínikum v Praze uvádí, že jde o ambulantní, bezbolestný výkon. Na spermioqram se chodí 5-6 týdnů po zákroku, aby byly vyloučeny živé spermie v ejakulátu.

Hormonální antikoncepce

Tento druh antikoncepce je u mužů stále ve fázi vývoje. V zahraničí je k dispozici v injekční formě. Nad perorálními kontraceptivy se stále bádá.

Coitus interruptus

Další formou antikoncepce u muže je přerušovaná soulož, což je metoda málo spolehlivá. Pearlův index této metody je 15-20. Nízká spolehlivost je dána chybou uživatele, při vypuzení predejakulační tekutiny může také dojít k vyloučení malého množství živých spermií. Mezi výhody přerušované soulože patří dostupnost a nulová zdravotní rizika. Mezi nevýhody patří nutnost velké sebekontroly a sebeovládání u muže a také velká součinnost páru (Mlčoch, 2010).

6.2 Ženská antikoncepce

Adolescentky představují na rozdíl od starších žen zdravou skupinu populace. Větší problém u nich nastává v komunikaci, jsou více stresované a ještě citově nevyvážené, proto vyžadují více času a citlivější přístup. Lékař si musí uvědomit, že si při takové návštěvě dívka utváří mnohdy celoživotní, přístup ke gynekologii. Dívky se často ptají na medializované pověry o antikoncepci, proto je také gynekolog vyvrací. Na první návštěvu si musí lékař vyhradit více času a měl by se dívky zeptat na její představu, pak dle jejího stavu tuto představu schválit, nebo vyvrátit. U dívek převažuje výběr hormonální antikoncepce nad jinými metodami (Havlín, 2014).

Ženy mají více možností při výběru antikoncepce než muži. V literatuře převládá dělení na hormonální a nehormonální antikoncepci, dále na bariérovou metodu a přirozené metody. V mé práci začnu rozdělením na přirozené metody, budu pokračovat nehormonálními a hormonálními.

6.2.1 Přirozené metody ženské antikoncepce

Mezi tyto metody můžeme zařadit kojení a dále metody antikoncepce zaměřené na periodickou abstinenci. Periodická abstinence je metoda, která vychází z ovulace, k níž dochází jedenkrát během menstruace. Menstruační cyklus trvá průměrně 28 dní, k ovulaci přitom dochází přibližně v polovině cyklu. Vajíčko je schopné oplodnění nanejvýš 48 hodin a spermie přežívá v pohlavním ústrojí maximálně 7 dní. Roztočil uvádí, že tyto hodnoty jsou

hodně nadsazené, ale z hlediska antikoncepce se na ně musí brát ohled (Roztočil a kol., 2011, s. 107).

Kojení

Důležitou úlohu při kojení má hormon prolaktin, který se začne produkovat zhruba dvě hodiny po porodu a spouští tvorbu mateřského mléka. Hormon prolaktin také potlačuje tvorbu gonadotropinu, který je zodpovědný za dozrávání vajíček a obnovu menstruačního cyklu po porodu. Prolaktin musí být tvořen v dostatečném množství, aby bylo možné hovořit o antikoncepční metodě. Vysoké hladiny prolaktinu dosáhneme pravidelným a dostatečně dlouhým kojením (abc těhotenství).

Roztočil (2011, s. 107) uvádí, že antikoncepční účinky kojení jsou zachovány, pokud se dodržují následující podmínky: doba od porodu nesmí být delší než 6 měsíců, plně kojené dítě, žena má amenoreu, dítě je přes den kojeno alespoň po 4 hodinách a v noci ne déle jak za šest hodin.

Dále uvádím metody periodické abstinence:

Teplotní metoda

Po ovulaci se zvyšuje bazální teplota, je to způsobeno hormonem progesteronem, který působí na teplotní centrum. Teplota se měří buďto v konečniku, pochvě nebo v ústech, ale vždy na stejném místě. Teplota se musí měřit ráno po probuzení, protože ji může ovlivnit příjem potravy, a to hlavně teplé nápoje. Teplota stoupá v druhé polovině menstruačního cyklu o 0,2 až 0,4 °C. Neplodné dny by měly začínat večer třetí den po vzestupu bazální teploty. Pokud k ovulaci nedochází, zůstává teplota po celou dobu cyklu stejná (Roztočil a kol., 2011, s. 107, Uzel, 1999, s. 39).

Hlenová metoda

Při této metodě se sleduje hlen, který se tvoří v žlázkách hrdla děložního. V období po menstruaci se hlen tvoří v malém množství a je hustý a vazký, takže často jej žena nemůže najít. V období blížící se ovulace začíná být hlen vodnatý, řidší, kluzký a tažný. Před ovulací se hlen uvolňuje ve větším množství a je hodně tažný. Tyto změny jsou patrné tři dny před ovulací a dva dny po ní, proto jsou tyto dny nejplodnější. Díky hormonálním změnám opět dochází k ústupu tvorby hlenu (Roztočil a kol., 2011, s. 107).

Kvalita hlenu by se měla sledovat většinou ráno po vymočení. „Pokud se hlenová metoda používá k antikoncepčním účelům, je možné mít nechráněný pohlavní styk bezprostředně po menstruaci, kdy se zpravidla objeví první suchý den. Jakmile se však objeví první stopy vlhkosti nebo je-li možno objevit první stopy hlenu na toaletním papíru, případně mezi prsty, žena by se měla pohlavního styku zdržet.“ „Po dni vrcholného výskytu hlenu se doporučuje sexuální abstinence ještě tři dny (označované v kalendáři 1, 2, 3) a od následujícího dne je pak možná nechráněná soulož až do začátku následující menstruace“ (Uzel, 1999, s 40,41).

Cervikální metoda

„Cervikální metoda je založena na denním samovyšetřování děložního čípku palpací. Po menses je čípek uložen níže, blíže poševního vchodu, je tuhý a má uzavřené ústí. Jeho změknutí, pootevření nebo posun vzhůru znamená začátek plodných dnů“ (Slezáková a kol., 2011, s. 99).

„Využívá změn děložního čípku během menstruačního cyklu (na začátku cyklu a v luteální fázi je čípek tvrdý a branka je uzavřená, před ovulací je čípek měkký a branka je pootevřená“ (Roztočil a kol., 2011, s. 107).

Krystalizace slin

Krystalizace slin je metoda, díky které lze spolehlivě určit ovulaci. Pomocí mikroskopu lze zjistit, že sliny v období ovulace více krystalizují, což způsobuje zvýšený výskyt chloridu sodného. Při vyšetřování si žena doma nanese na podložní sklíčko sliny nebo poševní sekret a vloží je do mikroskopu. Pokud je období ovulace, měl by se ukázat stromečkovitý útvar podobný kapradí, a pokud je období mimo ovulaci, ukáže se beztvary útvar. Protože je tato metoda trochu náročnější, využívá se spíše k určení početí než jako antikoncepční metoda (Menoušková, 2006).

„Krystalizace slin je ovlivněna zastoupením estrogenů a progesteronu.“ Tato metoda a její spolehlivost není vědecky ověřená (Roztočil a kol., 2011, s. 107).

Symptotermální metoda

Tato metoda je kombinací již uvedených postupů, jako je metoda teplotní a hlenová. Další postupy zvyšují spolehlivost metody. Pokud již jeden ukazatel dokazuje plodné období,

musí se den považovat za plodný. Pokud se tato metoda poctivě dodržuje, Pearlův index je nižší než 3 (Roztočil a kol., 2011, s. 107).

Symptotermální metodu využívají především ženy, které jsou nábožensky založené, nebo jim jejich morální důvody nedovolují používat jiné druhy kontraceptiva (Machová, 2012).

Uzel (1999, s. 41) uvádí: „Ostatně i prostým selským rozumem je pochopitelné, že čím více ukazatelů ovulace se sleduje, tím musí být metoda přesnější a spolehlivější.“

Tato metoda není vhodná pro ženy, co již užívají hormonální antikoncepci, protože ovlivňuje průběh normálního cyklu. Také není vhodná pro ženy, které mají velké výkyvy v délce cyklu (Machová, 2012).

Další z přirozených metod je např. metoda kalendářová. Je to velmi nespolehlivá metoda. Pearlův index je okolo 40. Při této metodě se musí znát délka posledních 12 menstruačních cyklů a dále se počítá dle nejdelšího a nejkratšího cyklu (Roztočil a kol., 2011, s. 107).

6.2.2 Nehormonální antikoncepce u žen

Do skupiny nehormonální antikoncepce patří bariérové metody, spermicidní přípravky a také nitroděložní tělísko. Mezi bariérové metody u žen patří: ženský kondom, poševní pesar-diafragma.

Bariérové metody:

Poševní pesar

Poševní pesar byl vyvinut holandským lékařem Wilhelmem Mensingem roku 1881 (Uzel, 1999, s. 62).

Dle Roztočila (2011, s. 108) stál na počátku moderní antikoncepce, ale nevýhodou je jeho nízká spolehlivost. Pearlův index je větší než 20.

Poševní pesar je klobouček vyrobený z latexu, má pevný okraj a vyrábí se o průměru 5-10,5 cm. „Pesar se zavádí co nejvýše do pochvy před děložní čípek, přední okraj je za sponou stydkou, zadní se opírá o zadní klenbu poševní“ (Seidlová, 1997, s. 99).

Dle Slezákové (2011, s. 99) je to latexový klobouček, který se vkládá před pohlavním stykem do pochvy a odstraňuje se z ní 5-6 hodin po pohlavním styku. Spolehlivost této metody se zvyšuje se společným podáním přípravků chemické antikoncepce.

Ženský kondom – Femidom

„Ženský kondom (Femidom) je alternativou kondomu mužskému. Část se vkládá do pochvy, část zůstává mimo tělo-tím se významně liší od pesaru, se kterým je často zaměňován.“ „Je to tenké, měkké pouzdro s pružným kroužkem na každém konci, a to v různých velikostech. Válcový vnější kroužek na otevřeném konci pláště zůstává vně pochvy a pokrývá část vnějších genitálií“ (Koliba, 2014).

„Ženský kondom – Femidom se vkládá do pochvy před stykem, překrývá okraje pochvy a zachytí sperma jako prezervativ“ (Slezáková a kol., 2011, s 99).

Nedávno byl s Femidomem seznámen český trh, avšak nesetkal se s větším zájmem (Roztočil a kol., 2011, s. 108).

Spermicidní – chemické přípravky

„Spermicidní přípravky se vyrábějí ve formě krémů, pěn, čípků, šumivých tablet nebo želé, které si žena zavádí do pochvy před každým stykem“ (Slezáková a kol., 2011, s. 99).

Spermicidní přípravky jsou chemické prostředky, musí se zavádět do pochvy před pohlavním stykem, kde následně zničí spermiie. Pokud žena dodržuje předpisy používání, je Pearlův index asi 3. Žena se například nesmí před a po pohlavním styku umýt mýdlem nebo při opakovaném styku musí použít nový přípravek. Je dobré použít spermicidní přípravky například s kondomem, aby se zvýšila antikoncepční schopnost (Roztočil a kol., 2011, s. 108).

Mezi výhody spermicidních přípravků patří, že neobsahují žádné hormony, k jejich užívání není potřeba lékařský předpis a mají i dezinfekční účinek, takže částečně brání i přenosu pohlavních chorob (Barták, 2006, s. 39).

Nitroděložní antikoncepce – nitroděložní tělísko

Metoda nitroděložní antikoncepce se zakládá na zavedení tělíska do děložní dutiny. Tělíska se dnes vyrábějí z plastu, jsou zpravidla obtočena kovovým drátkem, často měděným, ale mohou být vyrobená i z jiných kovů. Velká část tělísek je vybavena vláknem, které vyčnívá do pochvy a pomocí vlákna se lépe odstraňuje (Roztočila kol., 2011, s. 108).

Hlavním mechanismem účinku je zabránění uhníždění oplodněného vajíčka v dutině děložní, avšak nezabraňuje oplodnění. Tělísko se aplikuje většinou na 5 let (Slezáková a kol., 2011, s. 101).

Roztočil (2011, s. 108) uvádí, že mechanismus účinku je vznik sterilního zánětu. Tělo odpovídá na tělísko jako na cizí těleso a v dutině děložní likvidují makrofágy spermiie. Této

likvidaci pomáhají i ionty mědi, které působí toxicky na spermie. Pokud dojde k selhání nitroděložní antikoncepce, je zvýšená možnost mimoděložního těhotenství.

Tato antikoncepce je vhodná pro ženy, které nestřídají sexuální partnery, mají za sebou alespoň jeden porod a netrpí na záněty a výtoky (Slezáková a kol., 2011, s. 101).

6.2.3 Hormonální antikoncepce

Hormonální antikoncepce zahrnuje gestagenní antikoncepci a kombinovanou hormonální antikoncepci. O užívání hormonální antikoncepce rozhoduje vždy lékař.

6.2.3.1 Gestagenní antikoncepce

Při gestagenní antikoncepci se vpravuje gestagen-progestin (je to synteticky vyrobený analog progesteronu) do organismu. Gestagen se vpravuje do organismu kontinuálně ve formě minipilulek, intramuskulárních nebo subkutánních injekcí nebo implantátů. Do této skupiny můžeme také zařadit nitroděložní hormonální systém. Mechanismus účinku spočívá v nepropustnosti cervikálního hlenu, který je pak vazký a spermie nepropustí. Přidruženým účinkem je blokáda ovulace. U gestagenní kontracepce je vysoká spolehlivost (Roztočil a kol., 2011, s. 109).

Minipilulky jsou vhodné pro kojící matky, ženy hypertoničky, kuřačky, diabetičky i ženy trpící migrénou. Pilulky je nutné brát přesně, zpoždění nesmí být delší než tři hodiny. Hlavní výhodou minipilulek je možnost užívání u žen, které mají riziko trombembolických komplikací (Koliba, 2014).

Při užívání gestagenní antikoncepce se objevuje nepravidelnost menstruačního cyklu, často se přechází na amenoreu (Roztočil a kol., 2011, s. 109).

Kromě minipilulek se gestagen dá aplikovat pomocí injekcí a kožních implantátů. Mají stejnou funkci jako minipilulky, avšak udržují trvalou hladinu progestinu v krvi. Rozšířená je depotní injekce, která se aplikuje do svalu ve formě mikrokrystalů postupně se uvolňujících do krve. Injekce se aplikuje jedenkrát za tři měsíce. Při užívání injekcí se často objevuje nepravidelný cyklus i amenorea. Injekci si také nechávají rády aplikovat kojící matky po porodu (Barták, 2006, s. 107,108).

Kromě injekcí se ještě dají zavést podkožní implantáty na dobu až 5 let. Implantáty jsou ve tvaru tyčinek, které se zavádějí z drobného řezu na předloktí. Mají stejné účinky jako injekce nebo minipilulky. Jejich cena je ale poněkud vyšší (Barták, 2006, s. 107, 108).

Nitroděložní hormonální systém

Nitroděložní systém je také tělísko, ale ještě se díky němu společně do krve uvolňuje progestin-levonorgestrel. Tělísko je ve tvaru T a je vybaveno vláknem. U nás je známo pod názvem Mirena. Zavádí se na délku pěti let. Protože je tento systém kombinací nitroděložního tělíška a gestagenní antikoncepce, má vysokou spolehlivost- Pearlův index je 0,02. Je výborný u žen trpících na hypermenoreu, polymenoreu a jiné gynekologické krvácení, protože vedlejším účinkem je hypomenorea až amenorea (Roztočil, 2011, s. 109).

Barták (2006, s. 111, 112) uvádí i stinné stránky této metody, jako je výskyt akné u citlivých žen. První čtyři měsíce po zavedení se také může objevit slabé dlouhotrvající krvácení. Velká většina žen ale žádné potíže nemá. Pořizovací cena je zhruba 5000 korun.

6.2.3.2 Kombinovaná hormonální antikoncepce

Při kombinované hormonální antikoncepci se cyklicky užívá kombinace estrogenu a progestinu. Často se užívá po 21 až 24 dnech, poté následuje 4- až 7denní pauza. Během pauzy je antikoncepční účinnost zachována a dochází k pseudomenstruačnímu krvácení. Hlavním mechanismem účinku je blokáda ovulace, ke které dochází zásahem do hypotalamo-hypofýzo-ovariální osy. Dalším mechanismem je působení na cervikální hlen obdobně jako u gestagenní antikoncepce. Na našem trhu je kombinovaná hormonální antikoncepce k dostání ve formě tablet, náplastí a vaginálního kroužku. „Spolehlivost kombinované hormonální antikoncepce je vysoká. Pearlův index při správném užívání pilulek je asi 0,1-0,2, u náplastí a u vaginálních kroužků se udává 0,4“ (Roztočil a kol., 2011, s. 111, 112).

Tablety kombinované hormonální antikoncepce

Perorální přípravky můžeme dělit podle fázeicity na monofázické - tyto tablety mají všechny stejné složení, dvoufázové, kdy se plná dávka progestinu podává až v druhé polovině cyklu, zatímco v první polovině se dává dávka snížená a třífázové tablety mají plnou dávku progestinu až ve třetí třetině, první dvě třetiny mají dávku výrazně sníženou (Barták, 2006, s. 63).

Dále je můžeme dělit podle obsažené dávky etinylestradiolu- což je synteticky vyrobený estrogen. Vysoká dávka je 50 µg v jedné tabletě, nízká dávka je 30-35 µg a velmi nízká dávka je 15-20 µg. V naší republice je oblíbená dávka okolo 20 µg. Nízká dávka estrogenu má své výhody a nevýhody. Mezi výhody patří menší riziko hluboké žilní trombózy, organismus

nezadržuje tekutiny a není citlivost v prsou. Pak jsou tu i nevýhody – může se objevit slabé krvácení během cyklu, hypomenorea až amenorea, což některé ženy rády uvítají. Dále je tu menší ochrana před cystami vaječnicků a mají menší vliv na akné, mastnou pleť a na ochlupení mužského typu. Platí zde také pravidlo, že čím menší dávka etinylestradiolu, tím vyšší cena. Přípravek je stejně spolehlivý jako při vyšších dávkách, ale také to nemusí platit u hodně obézních žen (Čepický, 2008).

Další dělení může být dle typu progestinu uloženého v tabletě, podle účinku androgenního, antiandrogenního a blokujícího mineralokortikoidy. Tyto účinky se ukazují například ve zmírnění akné, mastné pleti, nezpůsobují otoky, retenci tekutin, mají také příznivý vliv na premenstruační syndrom, hypermenoreu a jiné. Příznivé účinky jsou samozřejmě od každého typu progestinu jiné (Čepický, 2008).

Druh perorální kombinované antikoncepce samozřejmě určí lékař dle anamnézy ženy a individuálních vyšetření.

Vaginální kroužek - Nuvaring

Vaginální kroužky se aplikují vaginálně. Jedná se o prstencovitý útvar napuštěný hormony, které se postupně uvolňují do krve. Žena si kroužek aplikuje sama, zavádí se na 21 dní a poté se na 7 dní odstraní. V naší republice je dostupný pouze kroužek kombinovaný hormonální. Kroužek je nízkodávkový, uvolňuje se z něj 15 µg etinylestradiolu denně (Dvořáčková, Vetchý, 2014).

Transdermální náplast

Transdermální náplast se aplikuje 1krát týdně po 3 týdnech a následuje týdenní pauza. Z náplasti se uvolňuje 20 µg etinylestradiolu denně. Odolnost náplasti je také dobrá, vysoká přilnavost vydrží nápory horka i vlhka (Fanta, 2009).

6.3 Postkoitální intercepce

Metoda postkoitální intercepce se používá jako neplánovaná záchranná antikoncepce. Využívá se po neplánovaném pohlavním styku, nebo pokud pacientka poznala, že jí selhala antikoncepce. Pokud se intercepce aplikuje před ovulací, může ovulaci zamezit. Pokud již k ovulaci došlo, je možné narušit funkci žlutého tělíska a zapůsobit na strukturu endometria, které odmítne oocytu. Nejdůležitější funkcí je patrně zabránit nidaci (Roztočil a kol., 2011).

Přípravky se mohou použít do 72 hodin po nechráněném pohlavním styku, na trhu se ale objevil i přípravek Ellaone, který se dá použít až do 120 hodin. Na našem trhu je nejznámější tableta Postinor, která má novější název Postinor-2. Tato tableta se aplikuje nejpozději 72 hodin po souloži a druhá tableta 12 hodin po podání té první. Dostupná je u nás také tableta pod názvem Escapelle, která má stejné složení jako Postinor-2, avšak stačí aplikace jedné tablety. Tablety obsahují levonorgestrel, Postinor-2 obsahuje 750 µg po dvou tabletách a Escapelle 1500 µg v jedné tabletě. Přípravky postkoitální intercepce však nelze užívat pravidelně a je nutné ženám zdůraznit, aby používaly jiné metody antikoncepce (Kovář, 2011).

Další metoda postkoitální intracepce se nazývá Yuzpeho metoda, kdy se používá větší počet tablet běžné kombinované hormonální antikoncepce. Často se užívá Minisiston, kdy se vezmou čtyři tablety do 72 hodin a další čtyři tablety po 12 hodinách. Do těla se dostává jednorázově velká dávka hormonů, a proto by se neměla užívat více jak jedenkrát za celý menstruační cyklus (Roztočil a kol., 2011, s. 114, Kovář, 2011).

Jako nežádoucí účinky se objevují bolesti hlavy, špinění mimo menstruační cyklus, bolest prsou. Někdy se po podání objevuje nevolnost a zvracení. Menstruační krvácení se objevuje v pravidelném termínu a do té doby se doporučuje například používání kondomu.

Pro užívání přípravků postkoitální intercepce nejsou známé téměř žádné kontraindikace. Přípravky Escapelle a Postinor-2 jsou od 28. 11. 2011 k dostání v lékárně bez lékařského předpisu. Lékárník však musí při prodeji provést evidenci, může vydat pouze jedno balení přípravku a žena musí být starší 16 let (Křepelka, 2014).

Další metodou hormonální kontracepce je zavedení nitroděložního tělíska obsahujícího měď. Tělísko musí být zavedeno do 120 hodin po souloži. Nesmí se však zavádět, pokud probíhá hluboký pánevní zánět nebo pokud se vyskytuje abnormalita dělohy. Tělísko je také vhodné řešení pro ženy s BMI nad 30, protože účinek levonorgestleru je snížený (Křepelka, 2014).

6.4 Umělé přerušování těhotenství

Při umělém přerušování těhotenství-interrupci se zabráňuje vývoji plodového vejce. Interrupce je metoda plánovaného rodičovství, ale mělo by k ní docházet jen z vážných zdravotních, nebo sociálních důvodů. Vlivem antikoncepčních metod se četnost provádění zákroku snižuje. Poměr prováděných interrupcí a uživatelů moderních antikoncepčních metod je ukázkou vyspělosti státu. Vyspělý stát v rámci plánovaného rodičovství má nízký počet interrupcí a velké procento uživatelů antikoncepce v produktivním věku. Česká republika se zařadila k vyspělým státům po stránce klesajícího počtu interrupcí (Roztočil a kol., 2011, s. 210).

Také Světová zdravotnická organizace dává přednost kvalitě populace před kvantitou a realizuje tím svůj základní program. Aby byl tento cíl splněn, musí být každé dítě chtěné a také plánované (Uzel, 2014).

Dle ÚZIS a statistických výpočtů z roku 2013 patří náš Pardubický kraj ke krajům s nejmenším počtem prováděných interrupcí.

Radim Uzel (2014) také uvádí, že Česká republika registruje od začátku 90. let stále klesající počet interrupcí a na druhé straně stále stoupající počet uživatelů hlavně hormonální antikoncepce.

V každém státě mají svoji potratovou politiku. Jsou země, kde není interrupce povolena z žádného důvodu. Ve státech tohoto typu však zákazy nevedou ke zvýšení porodnosti, ale spíše to inklinuje k nelegálnosti potratů nebo k potratové turistice. V jiných zemích se mohou provádět pouze tehdy, když je ohroženo zdraví matky, v dalších státech se kompetence mírně rozšiřují. Jsou liberální státy s potratovou politikou, mezi něž se řadí i Česká republika. Přesto i u nás platí zákon z roku 1986, který například zakazuje provedení interrupce ženám bez trvalého pobytu (Roztočil a kol., 2011, s. 210).

Dle legislativy byl tento zákon č.66/1986 Sb., aktualizován 15. října 1992. Žena může požádat o umělé přerušování těhotenství do 12. týdne těhotenství. Před ním musí podstoupit ultrazvukové vyšetření, které je důležité k zaměření velikosti plodu, který musí být starý maximálně 11 týdnů a 6 dnů. Pokud je těhotenství starší, není možné přerušování, pouze na žádost pacientky. Pokud je pacientka mladší 16 let, je nutný souhlas rodičů. Pokud je starší 16, ale není jí 18 let, může si o přerušování zažádat sama, ale dle legislativy se po zákroku musí informovat rodiče nebo zákonný zástupce. Současná legislativa neumožňuje provedení interrupce, pokud byl u pacientky během posledního půl roku podobný výkon proveden, pokud je žena cizinka bez trvalého nebo dlouhodobého pobytu v České republice a pokud je velikost

plodu dle ultrazvukového vyšetření nad 12 týdnů. Do 24. týdne lze přerušeni provést jen na základě genetického vyšetření.

Pokud přijde žena za svým gynekologem a není zde žádná překážka k ukončení těhotenství, lékař ženě vysvětlí průběh výkonu a sdělí jí možné komplikace a další postupy. Sepíše s ní žádost o provedení interrupce, která se skládá z více dokumentů, a je objednána do lůžkového zdravotnického zařízení, které má kompetence takový zákrok provádět. Interrupce je hrazena z pojištění pouze ze zdravotních důvodů, jinak si žena výkon platí sama (Roztočil a kol., 2011, s. 212).

Umělé přerušeni těhotenství se provádí dle stáří těhotenství. Výkon se provádí chirurgickými i medikamentózními metodami. Pokud je stáří těhotenství do 8. týdne, lze zvolit metodu medikamentózní podáním antiprogesteronu a prostaglandinu. V České republice se spíše provádí většinou miniinterrupce pomocí dilatace děložního hrdla s následnou vakuumaspirací (Roztočil a kol., 2011, s. 212).

Po 8. týdnu lze interrupci provést také odsátím, pouze někdy musí být dutina děložní zrevidována kyretou. Interrupci na přání ženy lze provést do 12. týdne těhotenství (Barták, 2006, s. 125).

Barták (2006, s. 126, 127) uvádí, že v boji proti umělým potratům je vysloveno mnoho argumentů. Jedna skupina odpůrců tvrdí, že interrupce je vražda. Druhá skupina zase poukazuje na zdraví ženy a její psychiku po tomto zákroku. Barták tvrdí, že se zároveň zabývá léčbou ženské neplodnosti, a případy ze své 20leté praxe, kdy neplodnost souvisela s interrupcí, by mohl spočítat na prstech. Také psychologické studie neprokázaly, že by žena měla psychické problémy. Problémy psychologického rázu mívají spíše ženy, které ovlivňuje jejich blízké okolí a sděluje jim neopodstatněné protipotratové argumenty. Žena, která má před sebou těžké rozhodnutí, jestli zákrok podstoupí, nebo ne, by určitě měla hlavně brát v úvahu, jestli dítě skutečně chce. Neměla by se nechat od nikoho tlačit k nechtěnému těhotenství.

II. Empirická část

7 Výzkum

7.1 Hlavní cíle empirické části

Pro empirické šetření jsem si stanovila tyto hlavní cíle:

- Zjistit postoj středoškolské mládeže k otázkám rodinné problematiky.
- Zmapovat a porovnat spektrum názorů současných adolescentů na problematiku plánovaného rodičovství na Královéhradecku a na Svitavsku.
- Zmapovat jejich informovanost o možnostech antikoncepce na Královéhradecku a na Svitavsku.

7.2 Dílčí cíle empirické části

1. Zjistit, jaké mají studenti představy o své rodině.
2. Zjistit, zda dávají přednost partnerskému životu před životem „singl“.
3. Zjistit možné důvody odkládání rodičovství – kariéra, finance, svoboda.
4. Zjistit zdroj informací o antikoncepci.
5. Zjistit, jakou metodu antikoncepce respondenti preferují a proč.
6. Zjistit postoj k následkům u selhání antikoncepce – dívky, chlapci.
7. Zjistit vliv vybraných demografických proměnných (pohlaví, rodinné zázemí, kraje, typ vzdělávací instituce) na výsledky šetření.

7.3 Metodika výzkumu

Pro svou bakalářskou práci jsem se rozhodla použít kvantitativní přístup výzkumu. K získání dat jsem zvolila výzkumnou metodu nestandardizovaného dotazníku, který jsem sama navrhla. Vyplnění mého dotazníku bylo dobrovolné a anonymní.

Dotazník se skládal z 15 uzavřených otázek, kdy respondenti vybírali z nabídnutých možností vždy jen jednu, dále ze 2 polouzavřených a ze 3 otevřených, kde měli respondenti možnost uvést vlastní odpověď. Otázky jsem formulovala tak, aby byly pro respondenty především srozumitelné a zároveň aby odpovídaly stanoveným cílům práce. (viz příloha č. 1).

Před zahájením samotného výzkumu jsem provedla pilotní průzkum, a to s 10 studenty na gymnáziu ve Svitavách. Dotazník byl pro respondenty srozumitelný, přehledný, a proto jsem jej mohla bez dalších úprav použít v mé bakalářské práci.

7.4 Realizace výzkumu

Výzkum probíhal od května do září 2015. Dotazníky jsem rozdala celkem na třech školách, a to na gymnáziu a obchodní akademii ve Svitavách a také na gymnáziu v Hradci Králové.

7.5 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor tvořili studenti maturitních ročníků, které jsem rozdělila do dvou skupin podle pohlaví. Na gymnáziu ve Svitavách tvořilo výzkumný soubor celkem 12 chlapců a 9 dívek, na gymnáziu v Hradci bylo 29 dívek a 18 chlapců, na obchodní akademii tvořilo výzkumný soubor 14 dívek a 10 chlapců. Celkem se tedy zapojilo 92 studentů. Respondenti dotazníky vyplňovali za přítomnosti mé i učitele, proto byla návratnost 100 %.

7.5.1 Výsledky výzkumu a jejich analýza

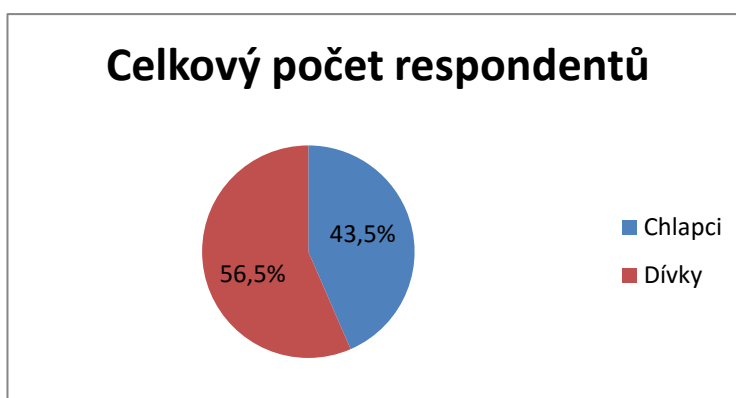
Otázka č. 1 Pohlaví

Tab. 1 Pohlaví respondentů

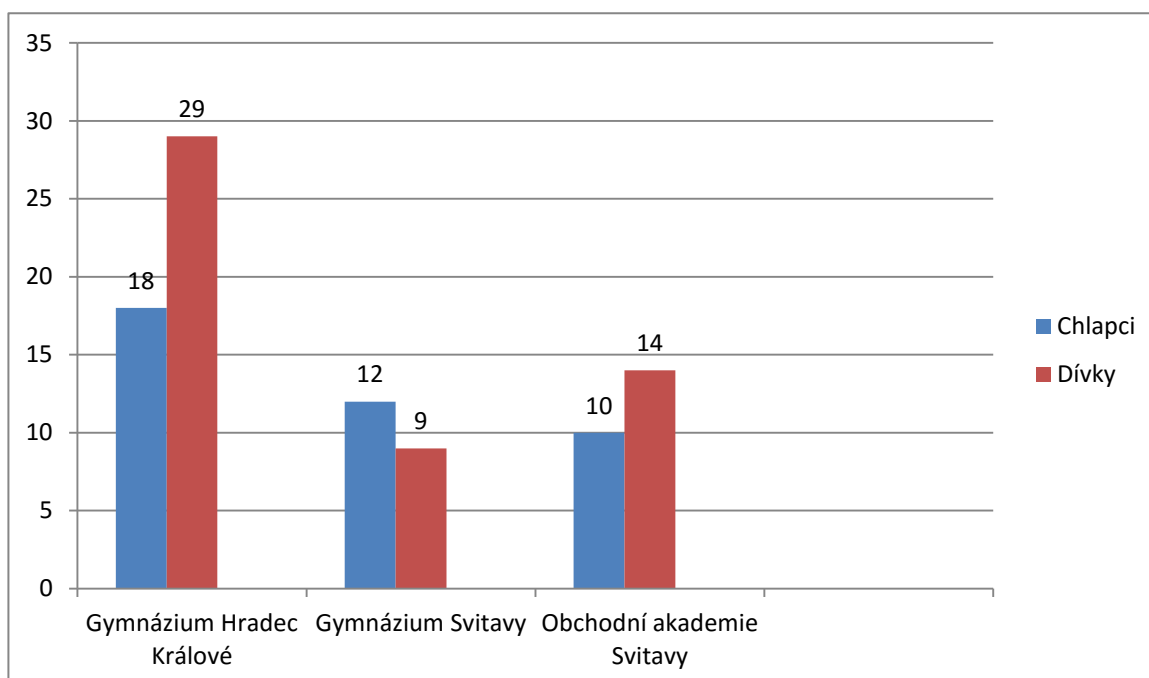
Pohlaví	Škola		
	Gymnázium Svitavy	Gymnázium Hradec Králové	Obchodní akademie Svitavy
Chlapci	12 (30 %)	18 (45 %)	10 (25 %)
Dívky	9 (17 %)	29 (56 %)	14 (27 %)

Výzkumný soubor tvořilo celkem 92 respondentů. Chlapců bylo celkem 40, což je 43,5 %, dívek bylo 52, což je 56,5 %.

Graf 1 Pohlaví respondentů



Graf 2 Rozdělení respondentů dle školy a pohlaví



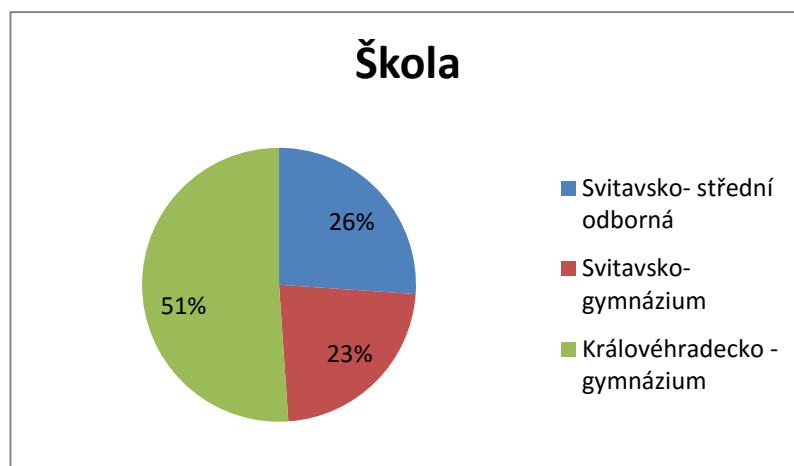
Otázka č. 2 Prosím, uveďte školu, kterou navštěvujete

Tab. 2 Škola respondentů

Škola	Počet studentů absolutní četnost	Výpočet v % relativní četnosti
Svitavsko – střední odborná	24	26 %
Svitavsko - gymnázium	21	23 %
Královéhradecko - gymnázium	47	51 %
Celkem	92	100 %

Nejvíce respondentů bylo z Královéhradeckého gymnázia, celkem 47 (51 %). Na druhém místě byla střední odborná škola Svitavy, celkem 24 studentů (26 %) a na třetím místě Gymnázium Svitavy s celkovým počtem 21 studentů (23 %).

Graf 3 Škola respondentů



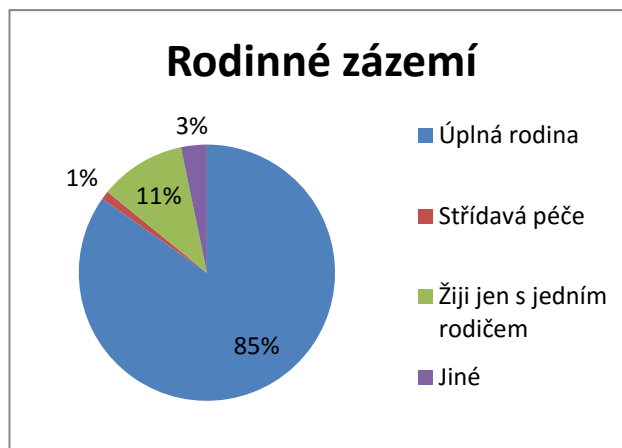
Otázka č. 3 Rodinné zázemí

Tab. 3 Rodinné zázemí dle typu školy

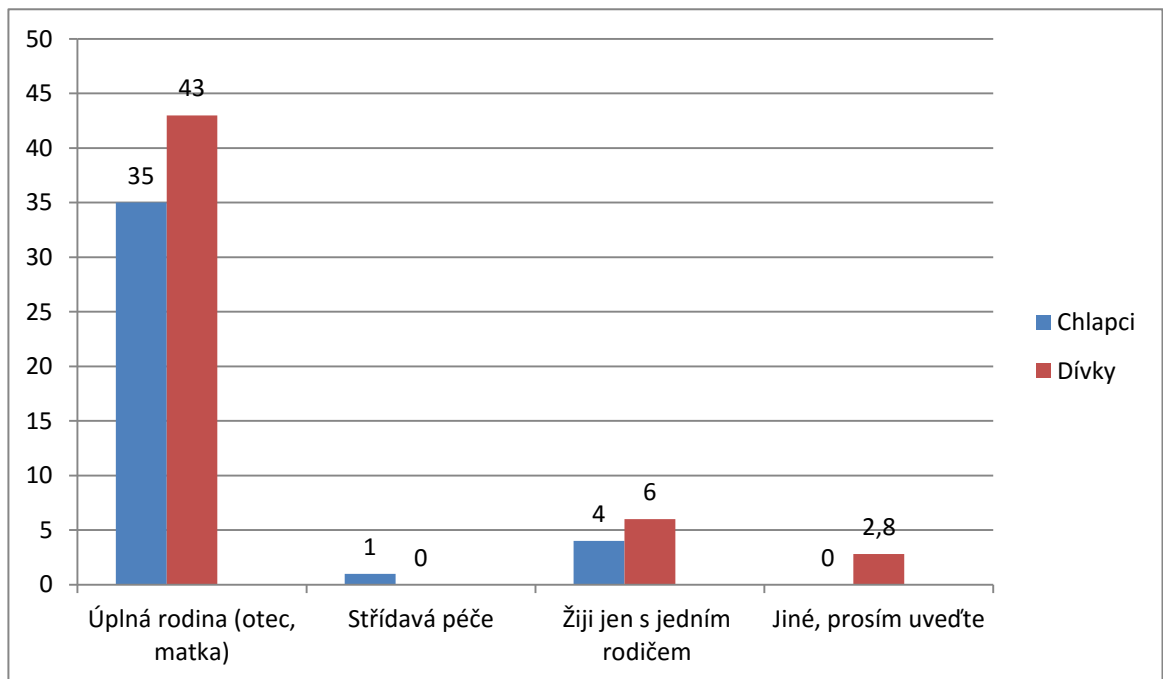
Škola							
Rodinné zázemí	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Celkový počet
Úplná rodina (otec, matka)	10	9	15	21	10	13	78 (85 %)
Střídavá péče	1	0	0	0	0	0	1(1 %)
Žije jen s jedním rodičem	1	0	3	5	0	1	10 (11 %)
Jiné, prosím uveďte	0	0	0	3	0	0	3(3 %)
Počet studentů	12	9	18	29	10	14	92 (100 %)

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že 78 (85 %) respondentů pochází z úplné rodiny, 10 (11 %) respondentů žije pouze s jedním rodičem, ve střídavé péči žije 1 (1 %) student. Jinak 3 studenti (3 %) se k rodinnému zázemí nevyjádřili.

Graf 4 Rodinné zázemí I



Graf 5 Rodinné zázemí II



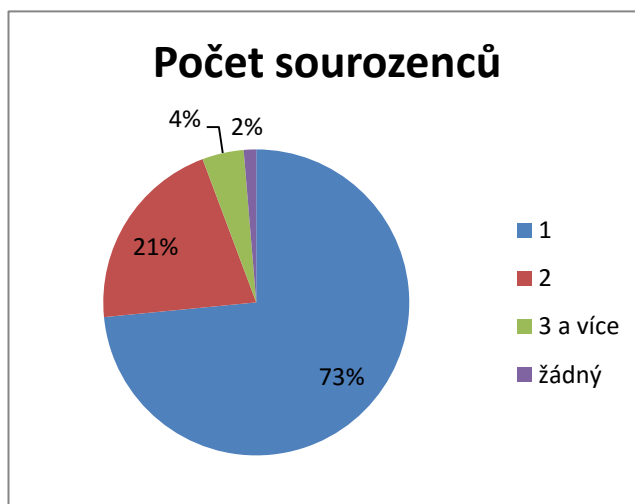
Otázka č. 4 Kolik máte sourozenců?

Tab. 4 Počet sourozenců

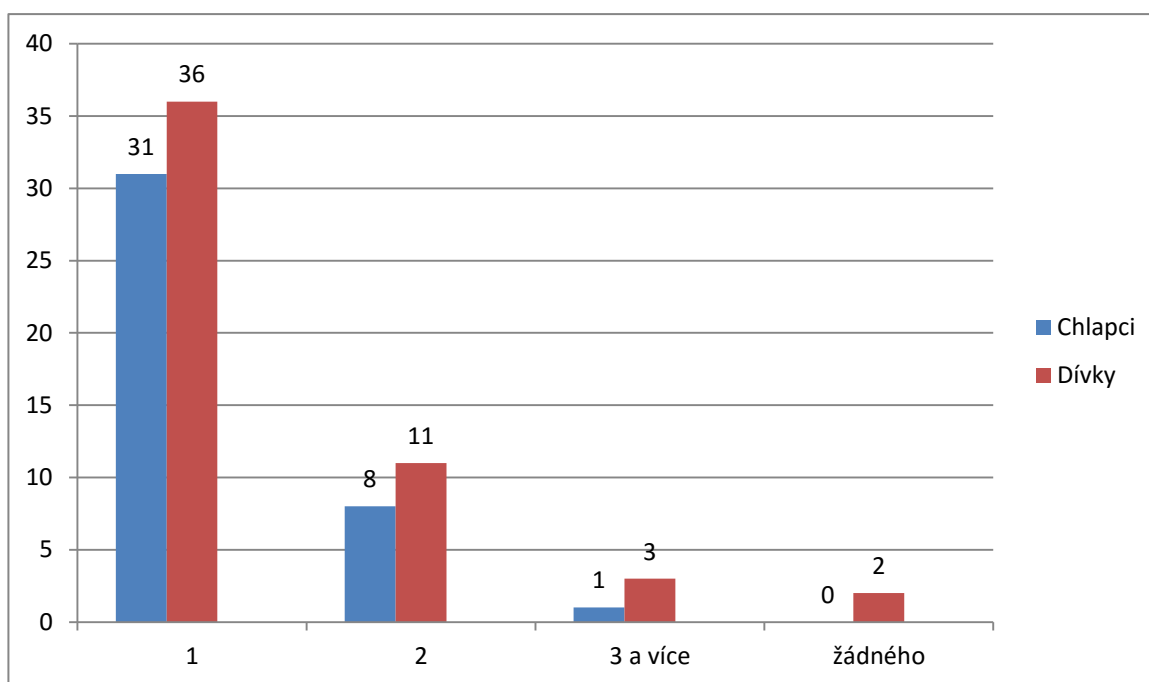
Škola							
Počet sourozenců	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Celkový počet
1	10	7	14	17	7	12	67 (73 %)
2	2	1	3	9	3	1	19 (21 %)
3 a více	0	1	1	2	0	0	4 (4 %)
žádného	0	0	0	1	0	1	2 (2 %)
Počet studentů	12	9	18	29	10	14	92 (100 %)

Dle vypočtených údajů je zřejmé, že nejvíce studentů 67 (73 %) má pouze jednoho sourozence. Dva sourozence má 19 (21 %) respondentů. Tři a více sourozence mají 4 (4 %) respondenti a pouze 2 (2 %) respondenti sourozence nemají.

Graf 6 Počet sourozenců



Graf 7 Počet sourozenců dle pohlaví



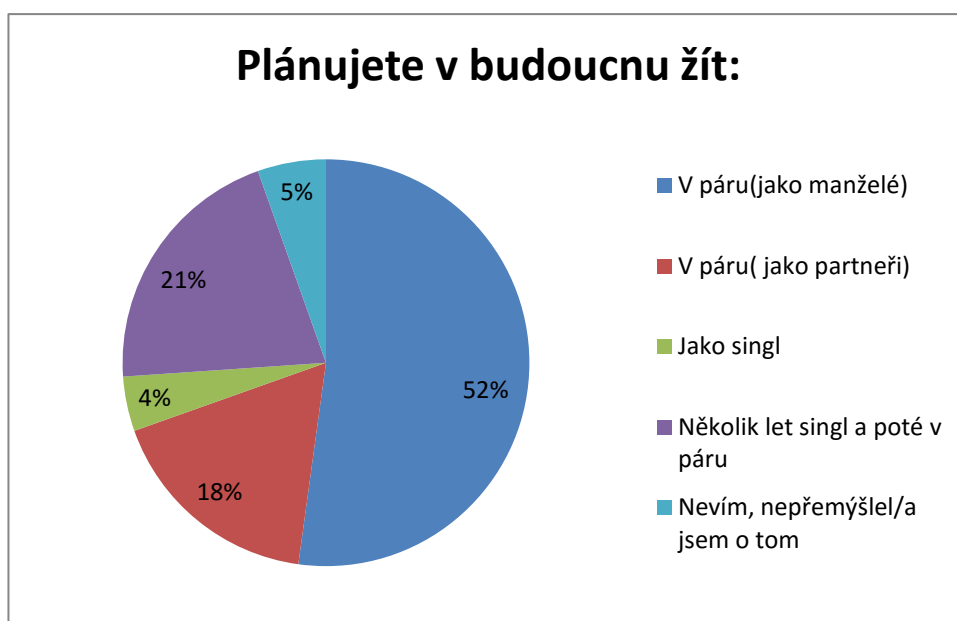
Otázka č. 5 Plánujete v budoucnu žít:

Tab. 5 Plánování budoucnosti

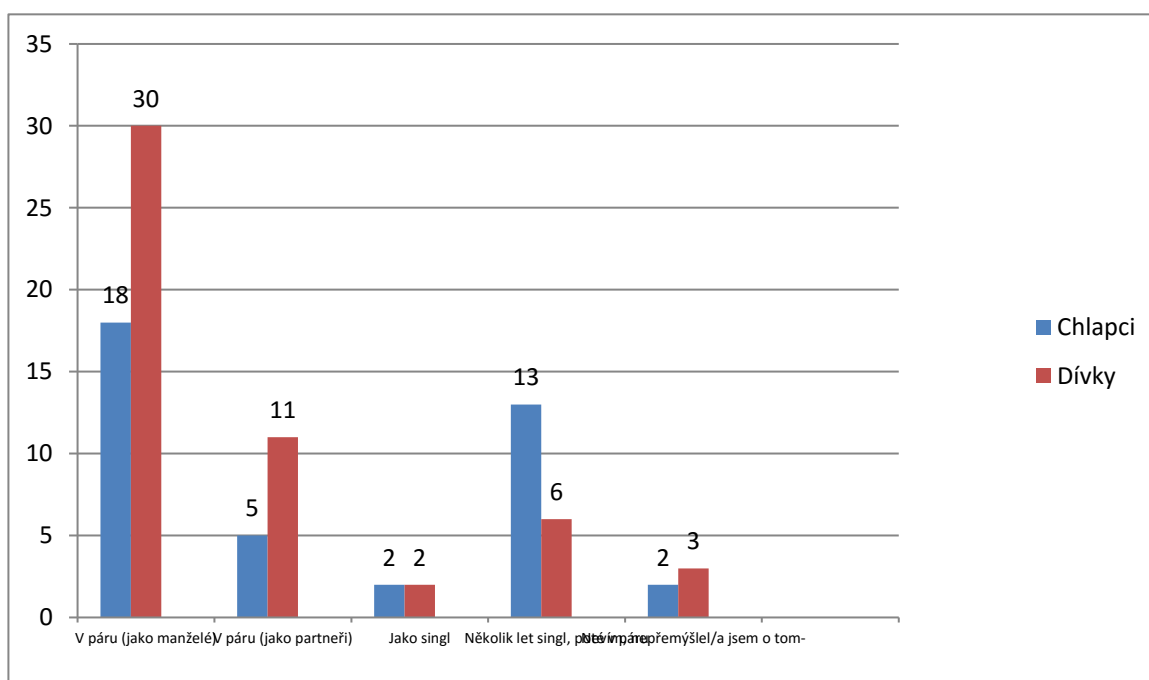
	Škola						Celkový počet
	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	
V páru (jako manželé)	4	3	10	20	4	7	48 (52 %)
V páru (jako partneři)	1	1	1	3	3	7	16 (18 %)
Jako singl	0	2	0	0	2	0	4 (4 %)
Několik let singl, poté v páru	7	3	5	3	1	0	19 (21 %)
Nevím, nepřemýšlel/ a jsem o tom	0	0	2	3	0	0	5 (5 %)
Počet studentů	12	9	18	29	10	14	92 (100 %)

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že 48 (52 %) studentů by v budoucnu chtělo žít v manželském páru. Jako singl a poté v páru by chtělo žít 19 (21 %) studentů. 16 (18 %) respondentů by chtělo žít v páru jako partneři. O své vztahové budoucnosti nepřemýšlelo 5 (5 %) respondentů a pouze 4 (4%) studenti by chtěli žít jako singl.

Graf 8 Plánování budoucnosti u celkového počtu 92 respondentů



Graf 9 Plánování budoucnosti rozdělené dle pohlaví



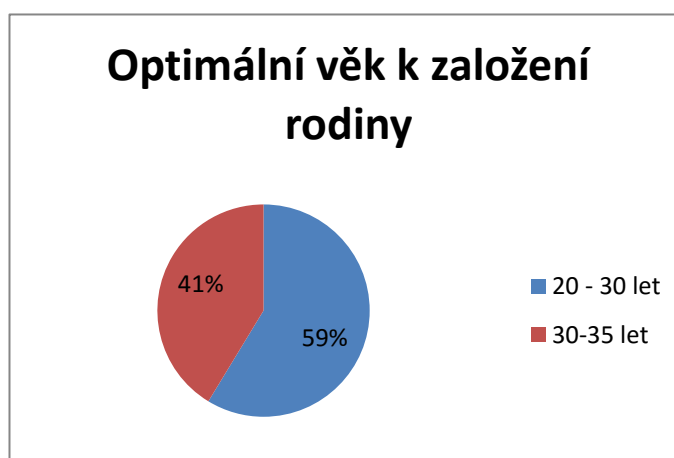
Otázka č. 6 Kdy je podle Vás optimální založit rodinu?

Tab. 6 Optimální věk k založení rodiny

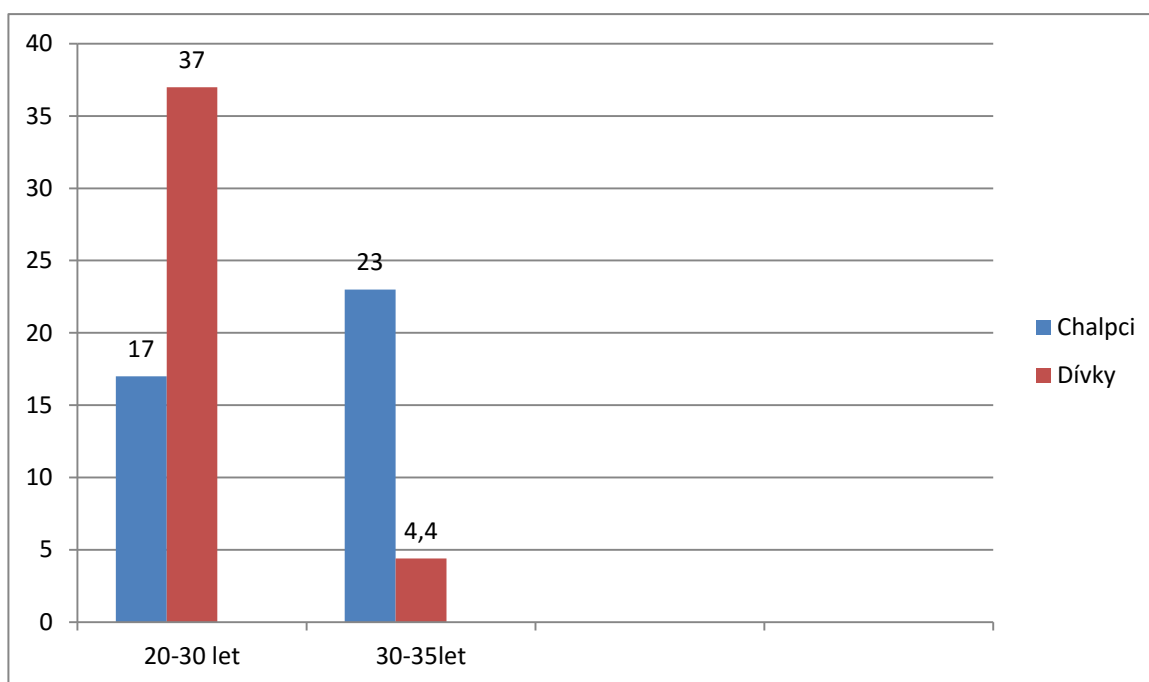
Škola							
	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Celkový počet
Mezi 20. a 30. rokem	2	3	10	24	5	10	54 (59 %)
Mezi 30. a 35. rokem	10	6	8	5	5	4	38 (41 %)
Po 35. roce	0	0	0	0	0	0	0 (0 %)
Počet studentů	12	9	18	29	10	14	92 (100 %)

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že podle 54 (59 %) respondentů je optimální věk k založení rodiny mezi 20. a 30. rokem. 39 (41 %) studentů se domnívá, že optimální věk pro založení rodiny je mezi 30. a 35. rokem.

Graf 10 Optimální věk k založení rodiny



Graf 11 Optimální věk k založení rodiny dle pohlaví



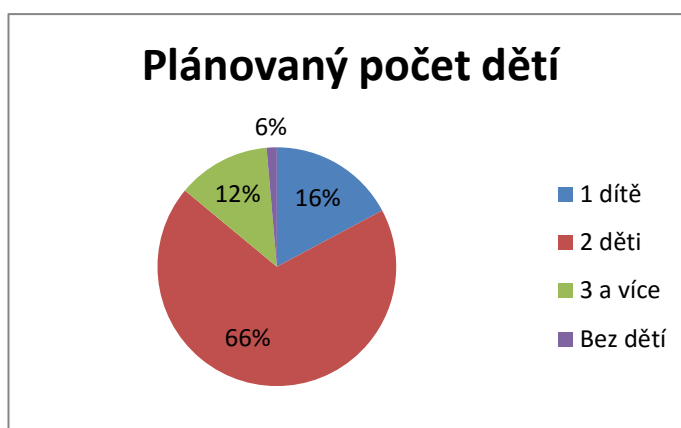
Otázka č. 7 Kolik plánujete dětí?

Tab. 7 Plánovaný počet dětí

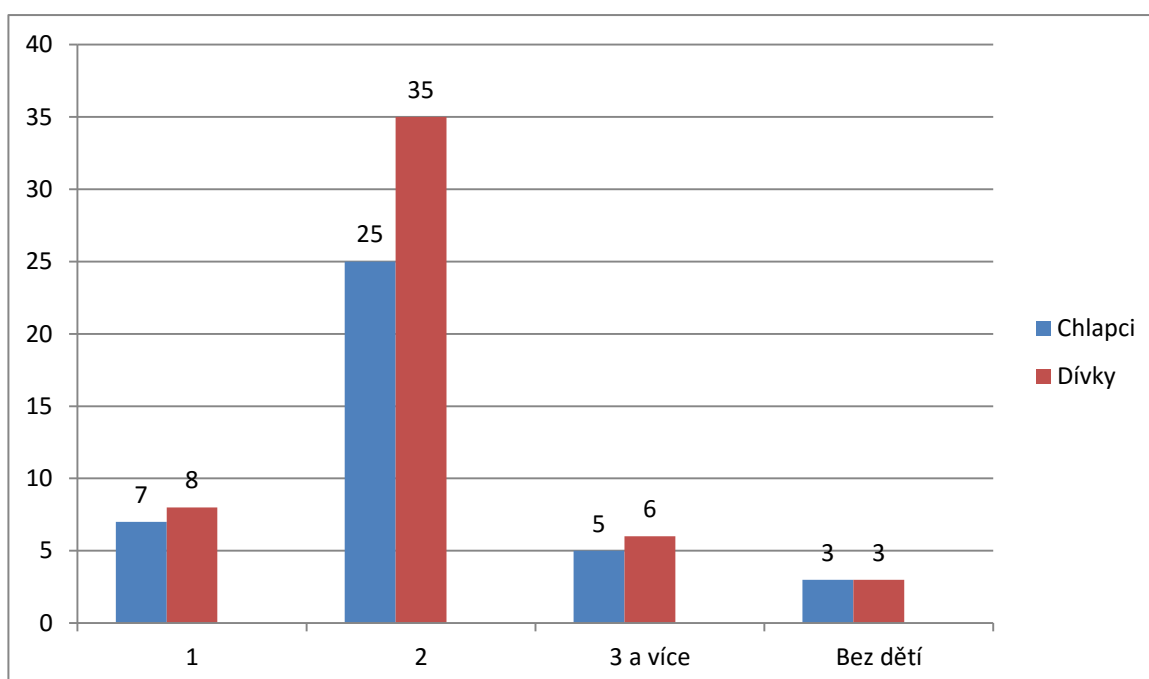
Počet dětí	Škola						Celkový počet
	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	
1	0	2	3	1	4	5	15 (16 %)
2	8	6	14	24	3	5	60 (66 %)
3 a více	3	1	0	1	2	4	11 (12 %)
Bez dětí	1	0	1	3	1	0	6 (6 %)
Počet studentů	12	9	18	29	10	14	92 (100 %)

Je zřejmé, že nejčetnější skupina 60 respondentů (66 %) v budoucnu plánuje dvě děti. Jedno dítě plánuje 15 (16 %) respondentů. Tři a více dětí by chtělo 11 (12 %) respondentů a pouze 6 (6 %) studentů děti neplánuje.

Graf 12 Plánovaný počet dětí I



Graf 13 Plánovaný počet dětí II



Otázka č. 8 Proč si myslíte, že se v dnešní době odsouvá mateřství na pozdější dobu než v období vašich rodičů? (můžete označit více možností, ale max. 3)

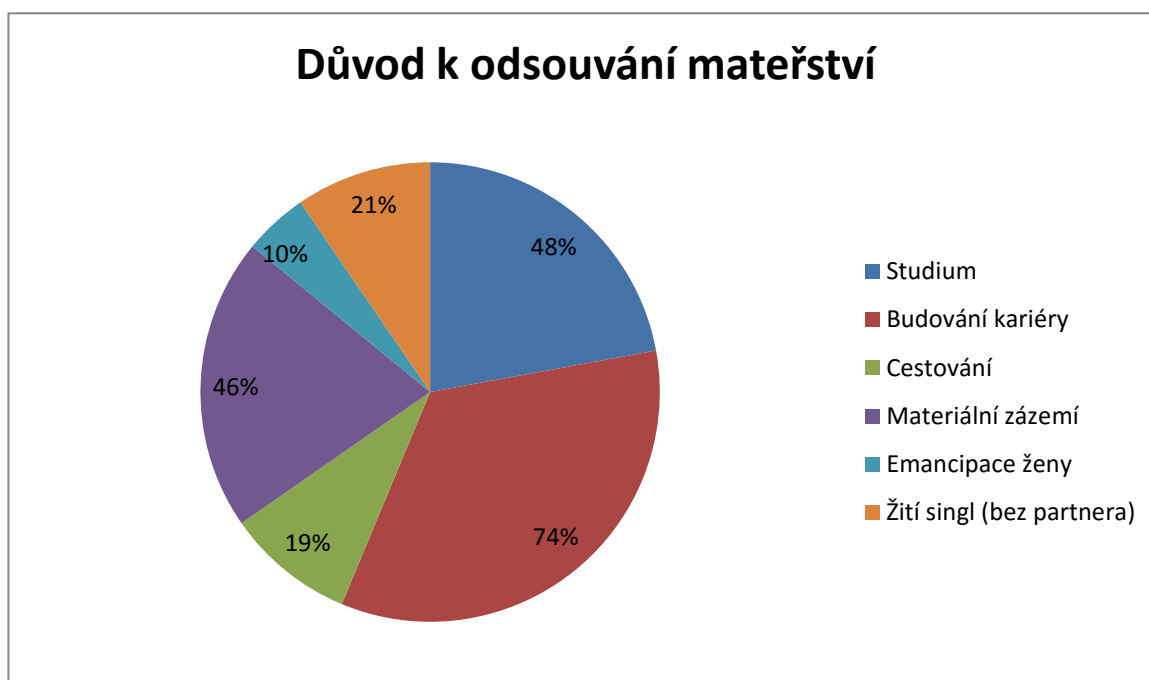
Tab. 8 Důvod odsouvání mateřství dle celkového počtu 92 respondentů

	Škola						
	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		Celkový počet
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	
Studium	7	6	11	23	3	4	44 (48 %)
Budování kariéry	7	7	15	26	6	7	68 (74 %)

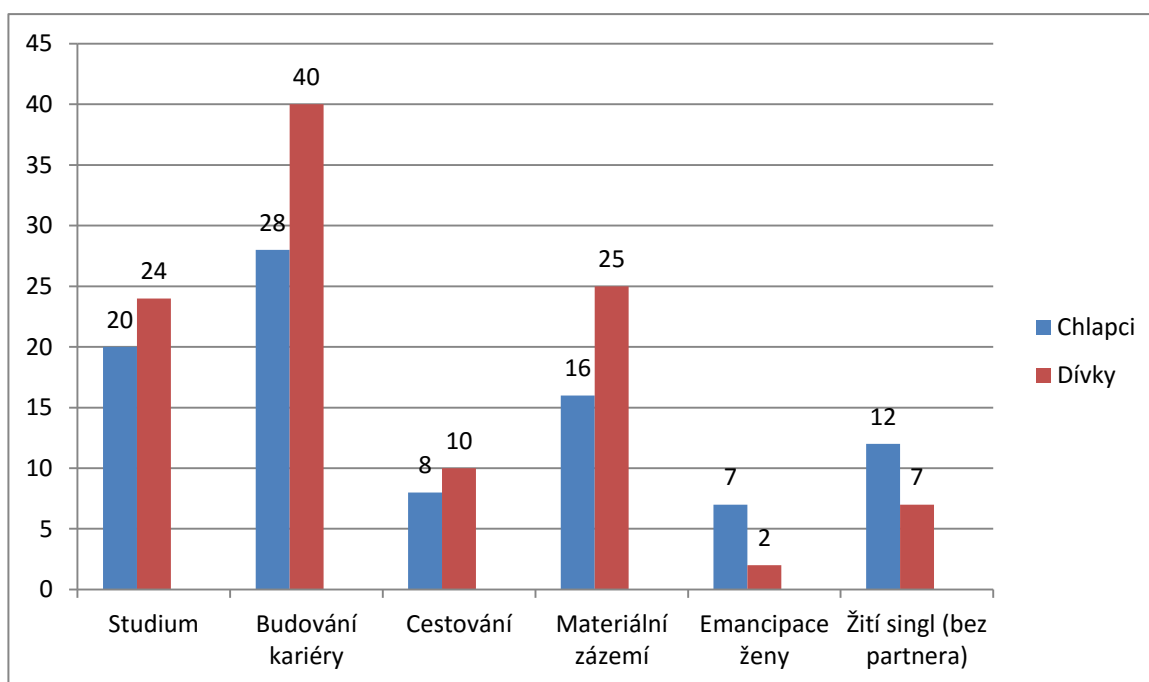
Cestování	3	3	5	5	0	2	18 (19 %)
Materiální zázemí	5	4	6	14	5	7	41 (46 %)
Emancipace ženy	1	0	6	0	0	2	9 (10 %)
Žití singl (bez partnera)	4	2	3	5	5	0	19 (21 %)
Jiné-prosím doplňte...	0	0	0	0	0	0	0 (0 %)
Počet studentů	12	9	18	29	10	14	92 (100 %) (100 %)

Souhrnně studenti nejčastějším důvodem k odsunu mateřství označovali budování kariéry, na druhém místě uváděli studium a na třetím místě materiální zázemí.

Graf 14 Důvod k odsouvání mateřství



Graf 15 Důvod k odsouvání mateřství dle pohlaví



Otázka č. 9 Kdo by podle Vás měl zůstat s dítětem na rodičovské dovolené?

Souhrn odpovědí u celkového počtu 92 respondentů.

Tab. 9 Kdo zůstane na rodičovské dovolené

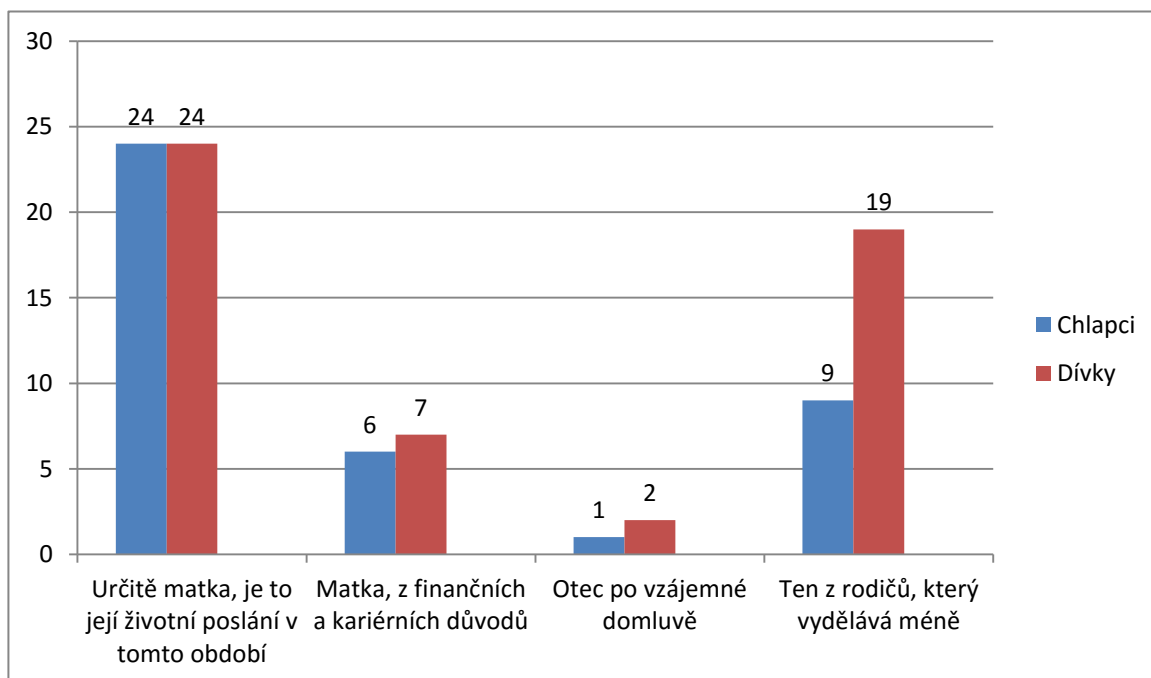
	Škola						Celkový počet
	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	
Určitě matka, je to její životní poslání v tomto období	7	6	12	11	5	7	48 (53 %)
Matka, z finančních a kariérních důvodů	1	1	0	3	5	3	13 (14 %)
Otec po vzájemné domluvě	0	0	1	2	0	0	3 (3 %)
Ten z rodičů, který vydělává méně	4	2	5	13	0	4	28 (30 %)
Počet studentů	12	9	18	29	10	14	92 (100 %)

Podle 48 (53 %) respondentů by na rodičovské dovolené měla zůstat matka. 28 (30 %) respondentů je názoru, že by na rodičovské dovolené měl zůstat ten z rodičů, který vydělává méně. Dle 13 (14 %) respondentů by na rodičovské dovolené měla zůstat matka z finančních důvodů a dle 3 (3 %) studentů by s dítětem měl zůstat po vzájemné dohodě otec.

Graf 16 Kdo zůstane na rodičovské dovolené?



Graf 17 Kdo zůstane na rodičovské dovolené dle pohlaví?



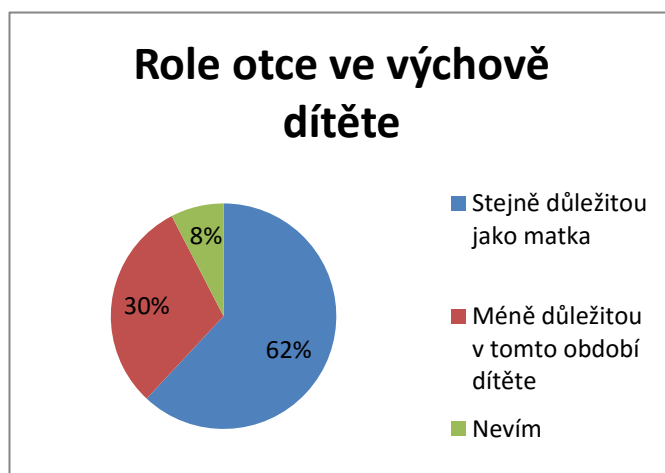
Otázka č. 10 Jakou roli podle Vás ve výchově dítěte do 3 let má otec?

Tab. 10 Role otce ve výchově dítěte dle 92 respondentů

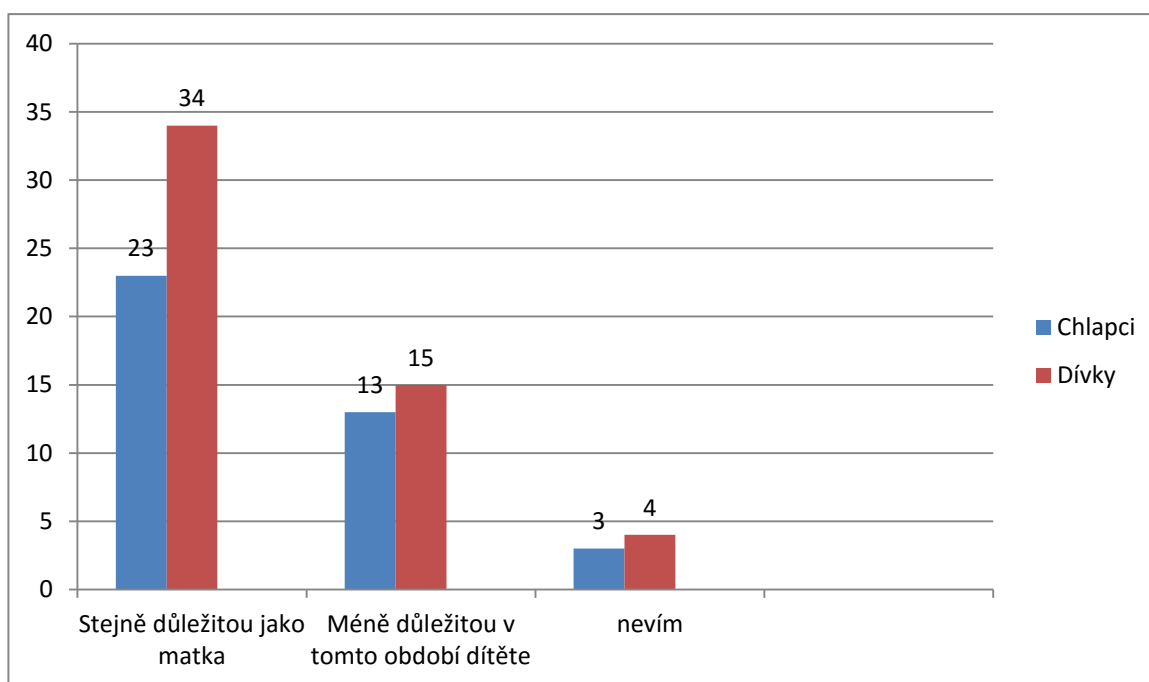
Škola							
	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		Celkový počet
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	
Stejně důležitou jako matka	5	8	12	21	6	5	57 (62 %)
Méně důležitou v tomto období dítěte	6	1	3	5	4	9	28 (30 %)
nevím	1	0	3	3	0	0	7 (8 %)
Počet studentů	12	9	18	29	10	14	92 (100 %)

Dle 57 (62 %) respondentů ze svitavského gymnázia je otec ve výchově dítěte stejně důležitý jako matka. 28 (30 %) studentů je názoru, že otec má v tomto období dítěte méně významnou roli a 7 (8 %) respondentů neví.

Graf 18 Role otce ve výchově dítěte



Graf 19 Role otce ve výchově dítěte dle pohlaví



Otázka č. 11 Jaké druhy antikoncepce znáte, prosím uveďte

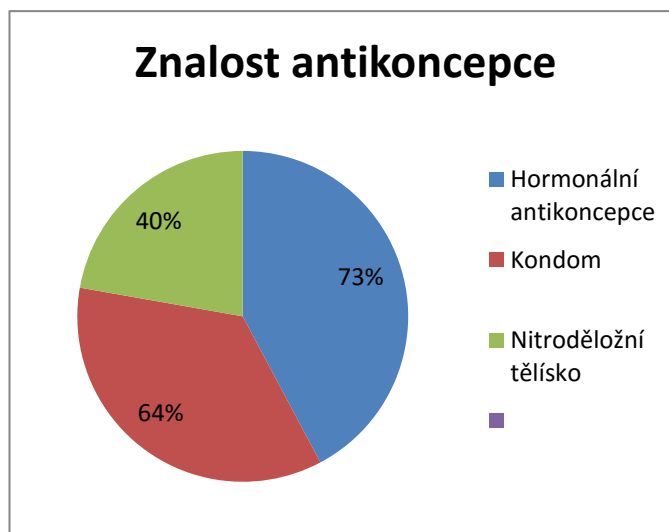
Tab. 11 Znalost antikoncepce

Druh antikoncepce	Škola						
	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Celkový počet
Hormonální	8	12	14	29	9	14	86 (93 %)
Kondom	9	11	15	22	10	14	81 (88 %)
Nitroděložní tělíčko	3	8	3	21	4	10	49 (53 %)
Injekce	3	4	3	6	5	7	28 (30 %)
Přerušovaná soulož	5	5	4	3	6	8	31 (34 %)

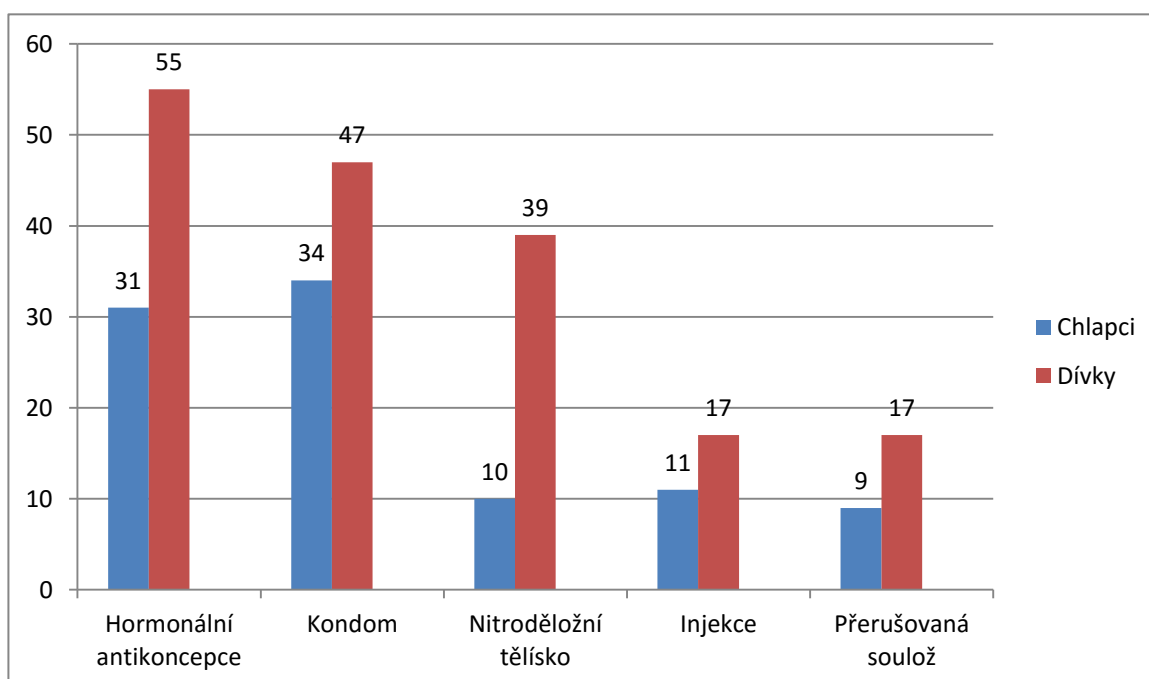
Pro studenty z královéhradeckého gymnázia je nejznámějším druhem antikoncepce hormonální, odpovědělo tak 86 (93 %) respondentů. Nejčastěji takto odpovídali dívky, celkem 55 (60 %). Druhou nejznámější antikoncepcí byl kondom, ten uvedlo 81 (88 %) studentů. Na

třetím místě bylo nitroděložní tělísko, které uvedlo 49 (53 %) studentů. Injekce byly známy pro 28 (31 %) studentů a přerušovanou soulož znalo 31 (34 %) respondentů.

Graf 20 Znalost antikoncepce



Graf 21 Znalost antikoncepce dle pohlaví



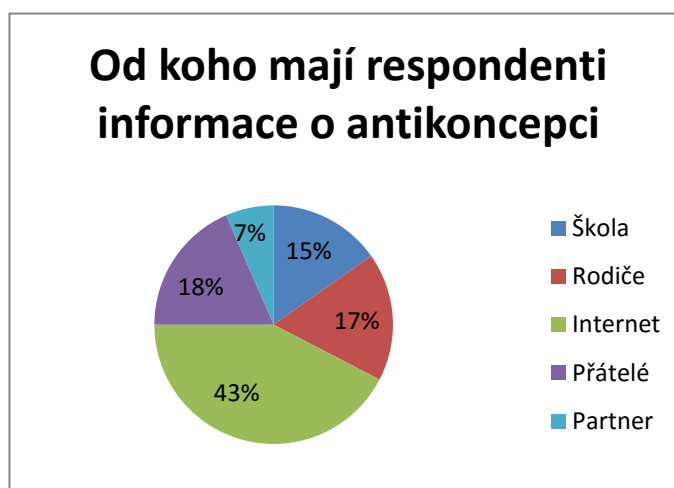
Otázka č. 12 O možnostech antikoncepce jste se dozvěděl/a ...

Tab. 12 Od koho mají studenti informace o antikoncepci

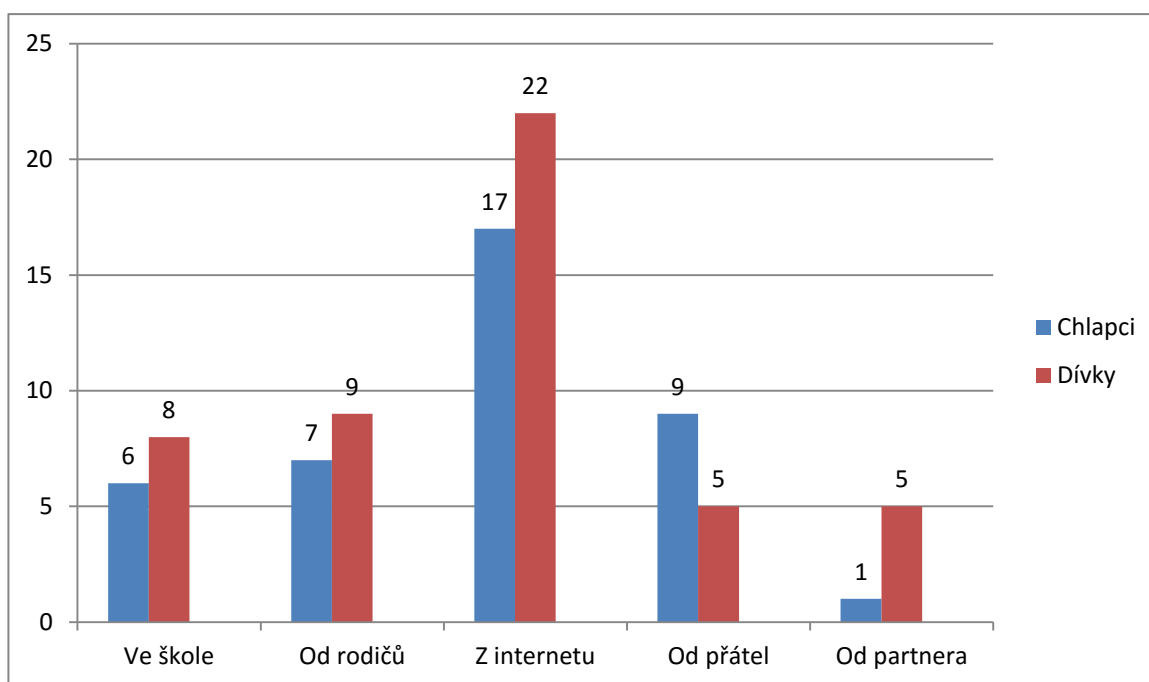
Škola							
	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Celkový počet
Ve škole	2	2	2	4	2	2	14 (15 %)
Od rodičů	3	3	2	4	2	2	16 (17 %)
Z internetu	3	4	10	12	4	6	39 (43 %)
Od přátel	3	0	4	6	2	2	17 (18 %)
Od partnera	1	0	0	3	0	2	6 (7 %)
Jiné	0	0	0	0	0	0	0 (0 %)
Počet studentů	12	9	18	29	10	14	92 (100 %)

Celkem 39 (43 %) respondentů získalo informaci o antikoncepci z internetu, od přátel získalo informace 17 (18 %) studentů. 16 (18 %) studentů dostalo informace od rodičů. Ve škole získalo informace 14 (15 %) a od partnera 6 (7 %) respondentů.

Graf 22 Od koho mají respondenti informace o antikoncepci



Graf 23 Od koho mají respondenti informace o antikoncepci rozděleno dle pohlaví



Otázka č. 13 Budete užívání antikoncepce konzultovat s rodiči?

Tab. 13 Konzultování užívání antikoncepce s rodiči

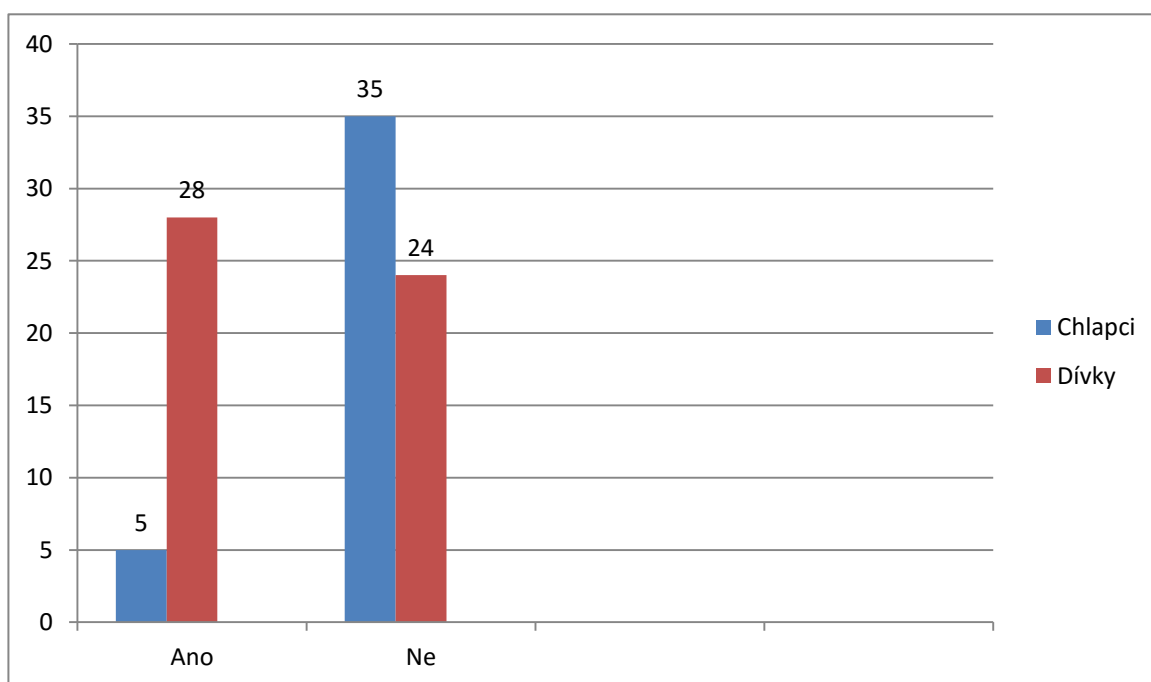
	Škola						
	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Celkový počet
Ano	1	5	2	15	2	8	33 (36 %)
Ne	11	4	16	14	8	6	59 (64 %)
Počet studentů	12	9	18	29	10	14	92 (100 %)

Je zřejmé, že 59 (64 %) respondentů z celkového počtu 92 studentů s rodiči užívání antikoncepce konzultovat nebude a 33 (36 %) respondentů by s rodiči antikoncepci konzultovalo.

Graf 24 Konzultování užívání antikoncepce s rodiči



Graf 25 Konzultování užívání antikoncepce s rodiči dle pohlaví



Otázka č. 14 Myslíte, že některá antikoncepce chrání proti pohlavně přenosným chorobám?

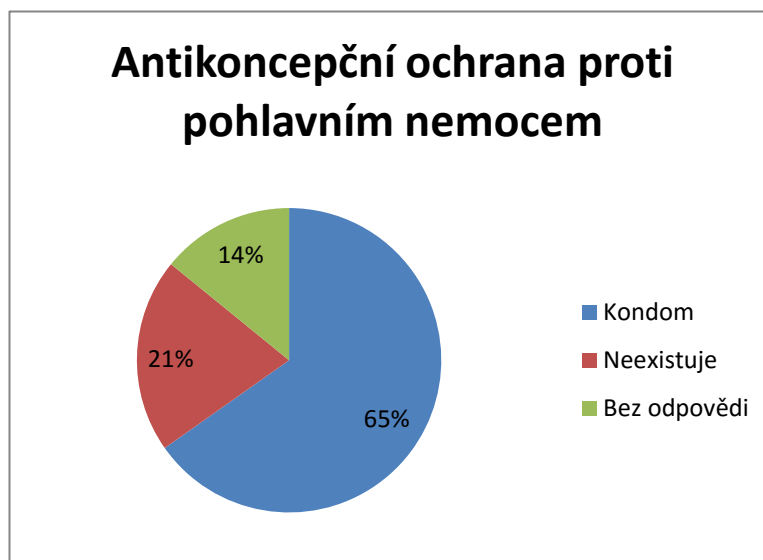
Pokud ano, uveďte:

Tab. 14 Antikoncepční ochrana proti pohlavním nemocem

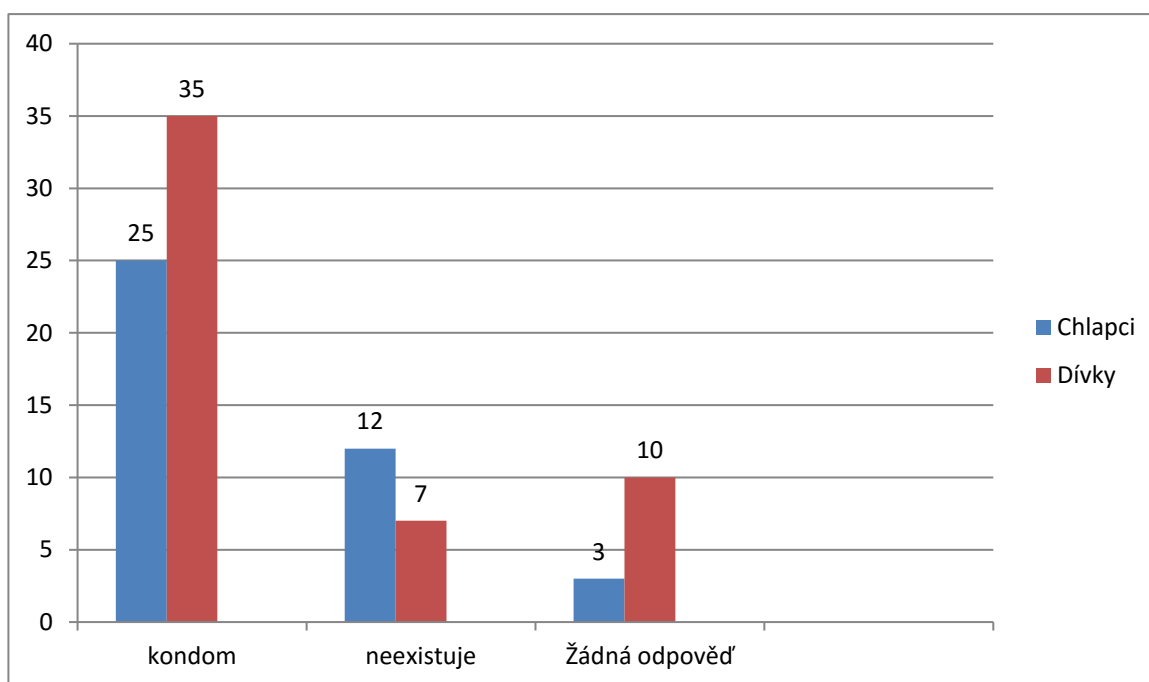
Škola							
	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		Celkový počet
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	
kondom	8	6	12	21	5	8	60 (65 %)
neexistuje	2	2	5	3	5	2	19 (21 %)
Žádná odpověď	2	1	1	5	0	4	13 (14 %)
Počet studentů	12	9	18	29	10	14	92 (100 %)

Je zřejmé, že podle 60 (65 %) z celkového počtu 92 respondentů je kondom vhodnou ochranou proti pohlavně přenosným nemocem. 19 (21 %) studentů se domnívá, že dostatečná ochrana pomocí antikoncepce neexistuje a 13 (14 %) studentů na otázku neodpovědělo.

Graf 26 Antikoncepční ochrana proti pohlavním nemocem I



Graf 27 Antikoncepční ochrana proti pohlavním nemocem II



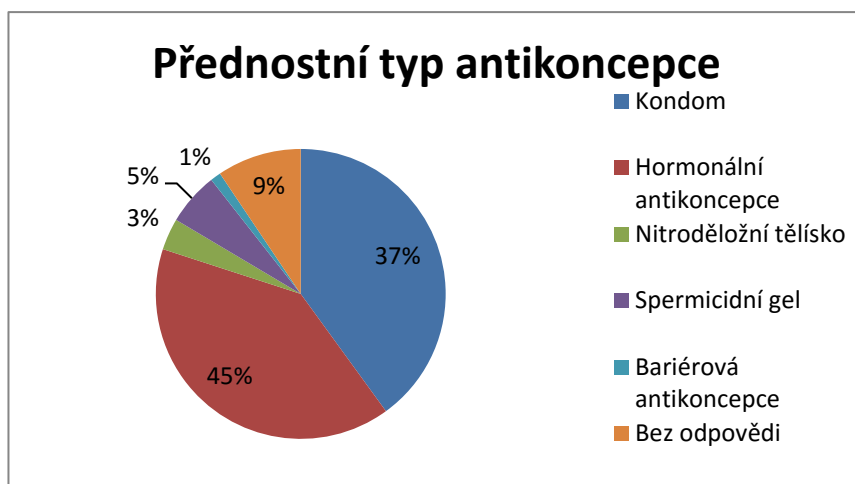
Otázka č. 15 Které antikoncepci byste dal/a přednost?

Tab. 15 Přednostní typ antikoncepce

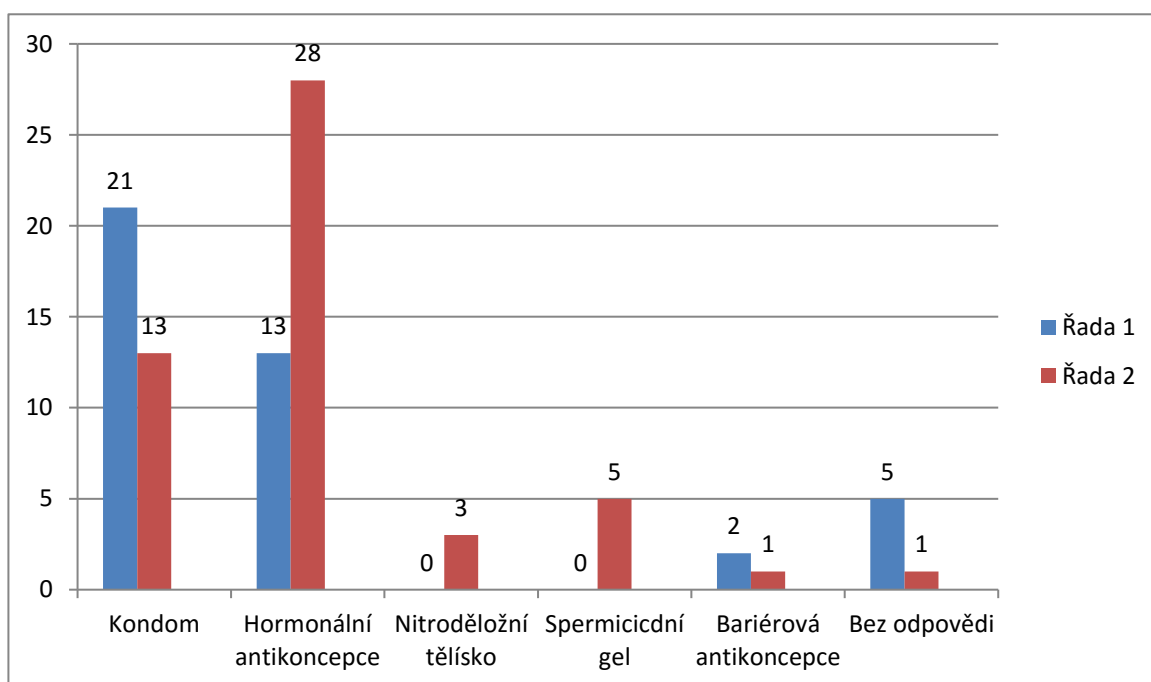
Škola							
	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		Celkový počet
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	
Kondom	6	4	10	7	5	2	34 (37 %)
Hormonální antikoncepce	6	2	2	18	5	8	41 (45 %)
Nitroděložní tělíčko	0	1	0	1	0	1	3 (3 %)
Spermicidní gel	0	1	0	2	0	2	5 (5 %)
Bariérová antikoncepce	0	1	1	0	0	1	3 (3 %)
Bez odpovědi	0	0	5	1	0	0	6 (7 %)
Počet studentů	12	9	18	29	10	14	92 (100 %)

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že 41 (45 %) studentů by dalo přednost hormonální antikoncepci. 34 (37 %) respondentů by dalo přednost kondomu, 5 (5 %) spermicidnímu gelu, 3 (3 %) studenti nitroděložnímu tělísku a 3 (3 %) bariérové antikoncepci. 6 (7 %) respondentů na otázku neodpovědělo.

Graf 28 Přednostní typ antikoncepce



Graf 29 Přednostní typ antikoncepce dle pohlaví studentů



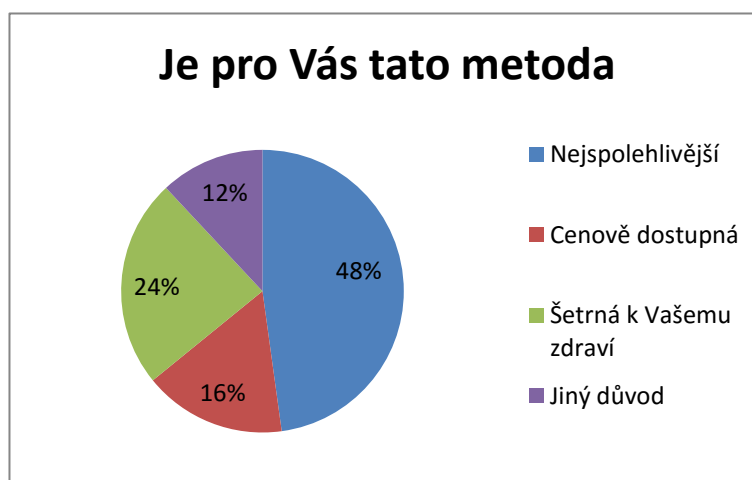
Otázka č. 16 Je pro Vás tato metoda:

Tab. 16 Důvod pro preferování hormonální antikoncepce

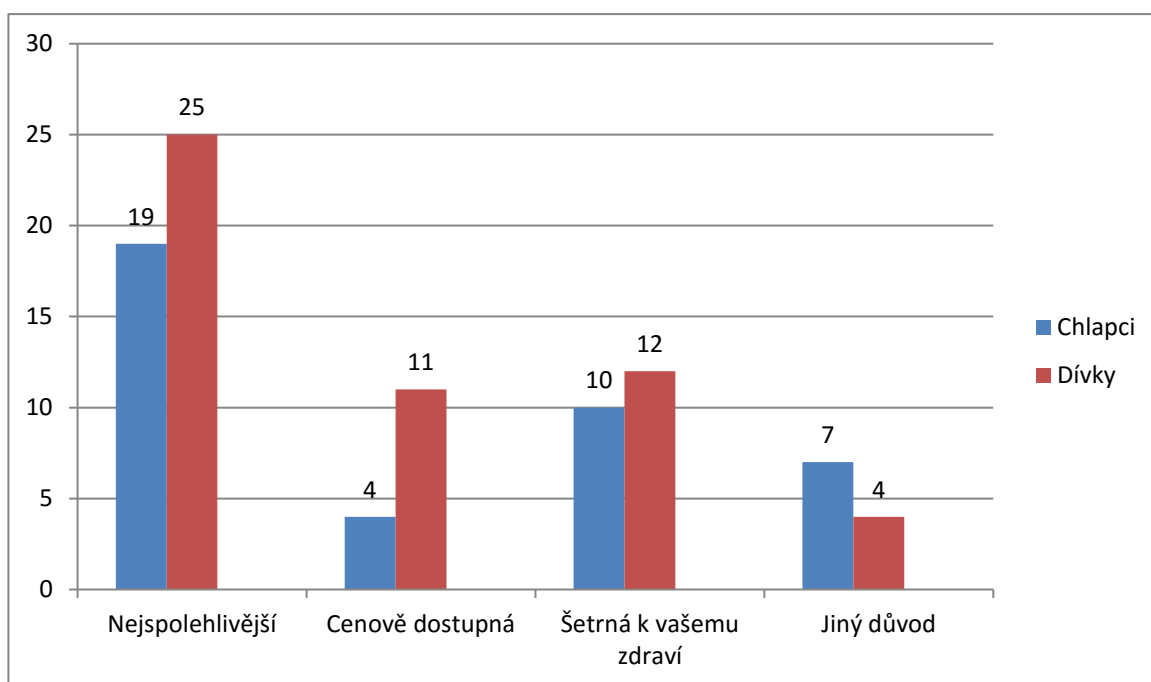
Škola							
	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Celkový počet
Nejspolehlivější	4	4	8	15	7	6	44 (48 %)
Cenově dostupná	0	0	4	5	0	6	15 (16 %)
Šetrná k vašemu zdraví	3	5	4	5	3	2	22 (24 %)
Jiný důvod	5	0	2	4	0	0	11 (12 %)
Počet studentů	12	9	18	29	10	14	92 (100 %)

Pro 44 (48 %) respondentů je tato metoda (hormonální) antikoncepce nejspolehlivější. Pro 15 (16 %) studentů je cenově dostupná a pro 22 (24 %) respondentů je šetrná ke zdraví. 11 (12 %) studentů má jiný důvod.

Graf 30 Důvod pro preferování hormonální antikoncepce I



Graf 31 Důvod pro preferování hormonální antikoncepce II



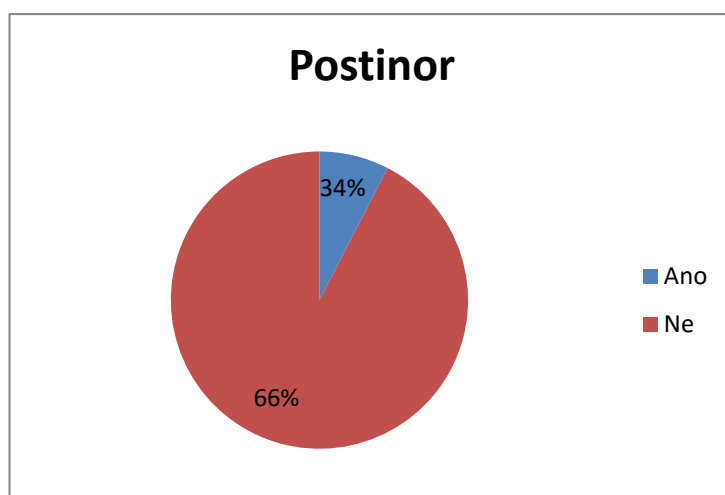
Otázka č. 17 Myslíte si, že Postinor (tabletky „Po“ - postkoitální antikoncepce) je vhodná antikoncepce pro časté užití?

Tab. 17 Názor na vhodnost častého užívání Postinoru

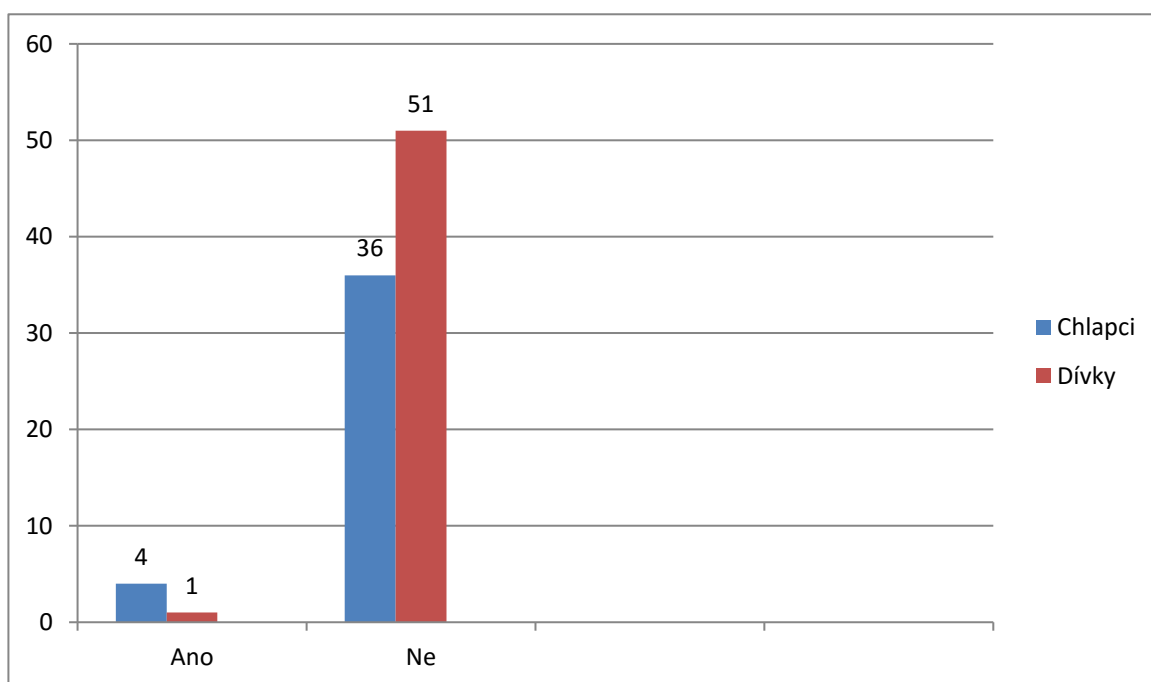
	Škola						
	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		Celkový počet
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	
Ano	1	0	2	1	1	0	5 (5 %)
Ne	11	9	16	28	9	14	87 (95 %)
Počet studentů	12	9	18	29	10	14	92 (100 %)

Podle 87 (95 %) z celkového počtu respondentů je Postinor nevhodný pro časté užití. Opačného názoru bylo pouze 5 (5 %) studentů, převážně chlapců.

Graf 32 Názor na vhodnost častého užívání Postinoru



Graf 33 Názor na vhodnost častého užívání Postinoru dle pohlaví



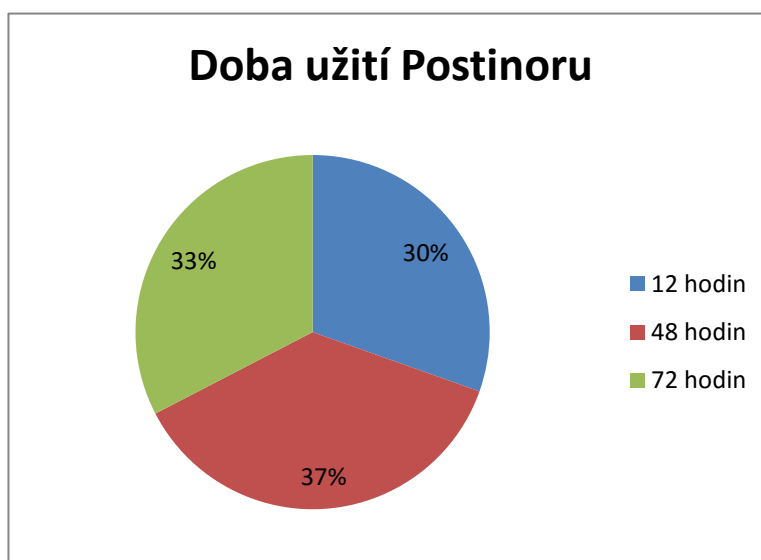
Otázka č. 18 Do kolika hodin musím použít 1. tabletku Postinoru (druhá se aplikuje po 12 hodinách)?

Tab. 18 Doba pro užití Postinoru

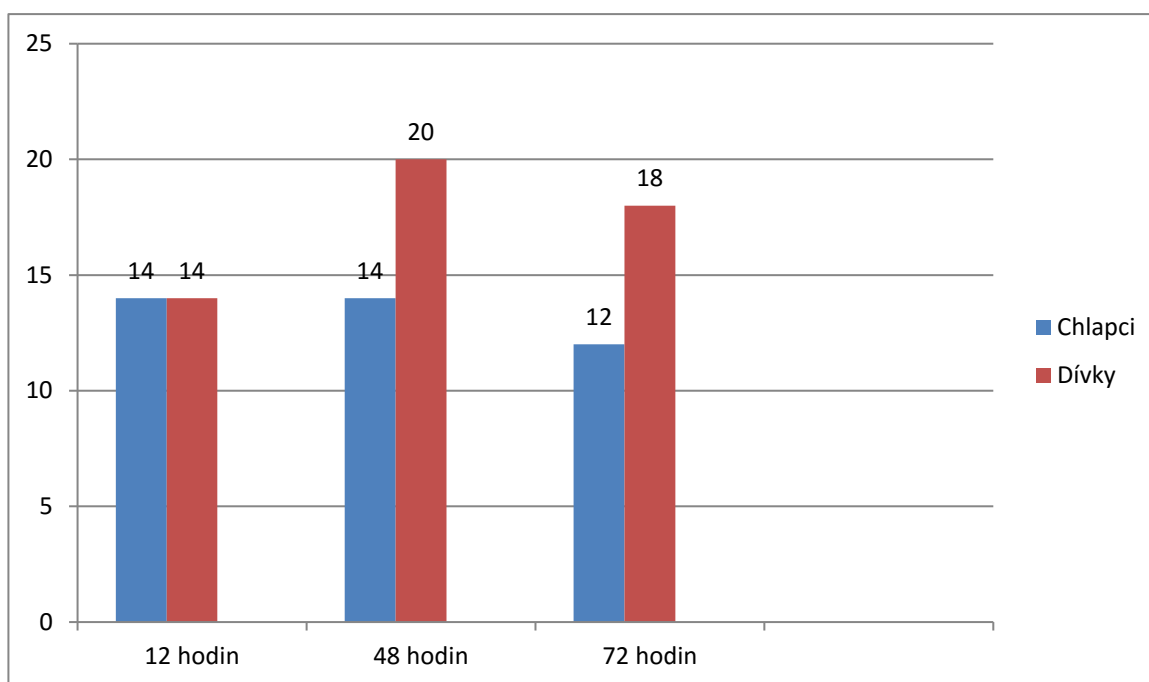
Škola							
	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		Celkový počet
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	
12 hodin	5	1	6	8	3	5	28 (30 %)
48 hodin	4	3	8	12	2	5	34 (37 %)
72 hodin	3	5	4	9	5	4	30 (33 %)
Počet studentů	12	9	18	29	10	14	9 (100 %)

Podle 28 (30 %) studentů se Postinor užívá do 12 h po pohlavním styku. 34 (37 %) studentů je názoru, že je Postinor nutné užít do 48 hodin a dle 30 (33 %) respondentů je Postinor nutné užít do 72 hodin od pohlavního styku.

Graf 34 Doba pro užití Postinoru



Graf 35 Doba pro užití Postinoru dle pohlaví



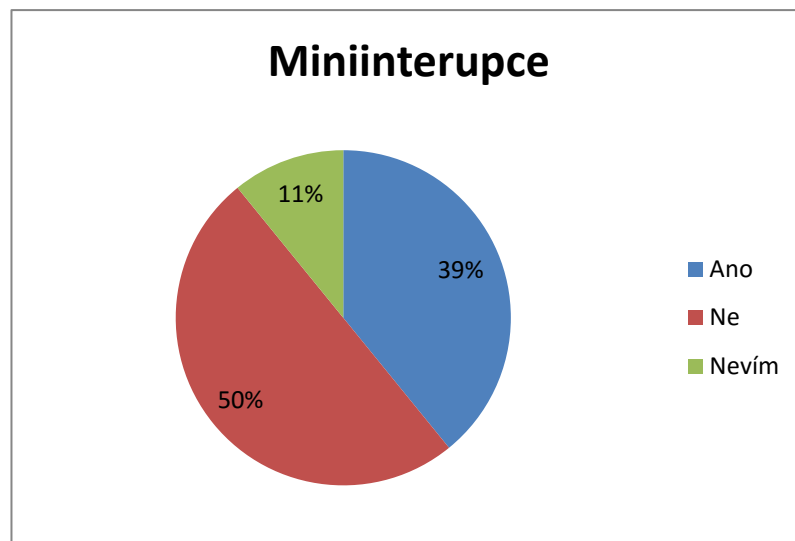
Otázka č. 19 Pokud byste nechtěně otěhotněla (nebo Vaše přítelkyně), rozhodla byste se pro ukončení těhotenství (miniinterrupci)?

Tab. 19 Rozhodnutí pro interrupci ano či ne

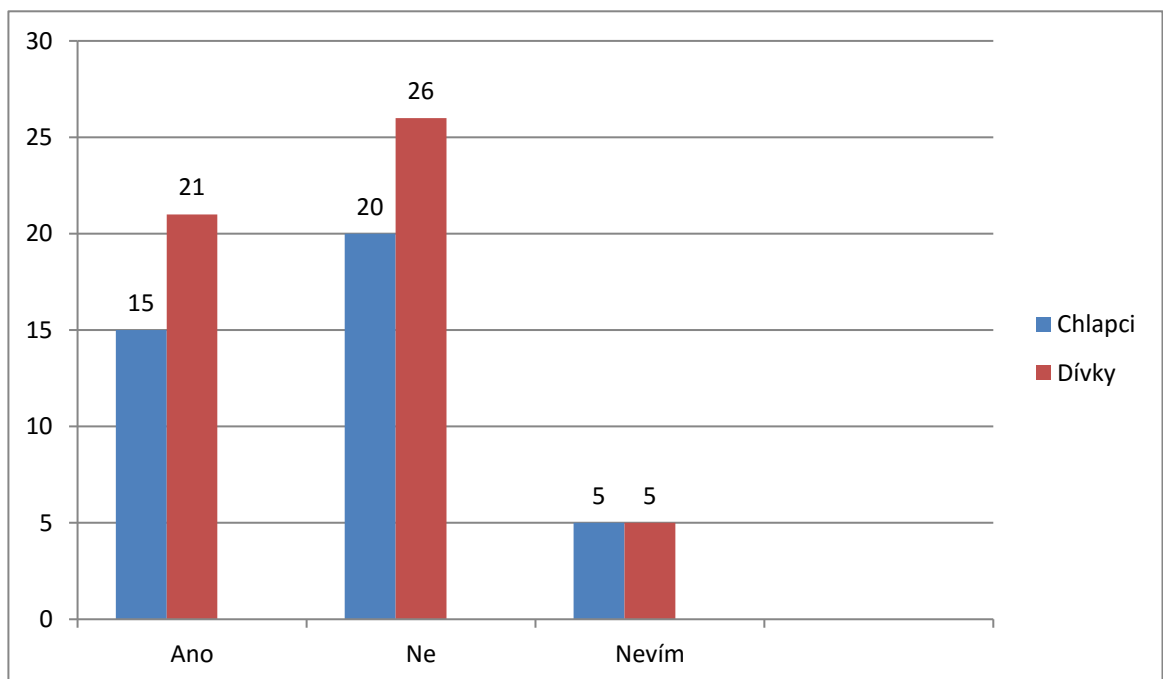
	Škola						
	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		Celkový počet
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	
Ano	5	7	5	7	5	7	36 (39 %)
Ne	3	1	12	20	5	5	46 (50 %)
Nevím	4	1	1	2	0	2	10 (11 %)
Počet studentů	12	9	18	29	10	14	92 (100 %)

Je zřejmé, že 46 (50 %) studentů by se pro miniinterrupci nerozhodlo, 36 (39 %) ano a 10 (11 %) respondentů neví, jak by se rozhodlo.

Graf 36 Rozhodnutí pro interrupci ano, či ne I



Graf 37 Rozhodnutí pro interrupci ano, či ne II



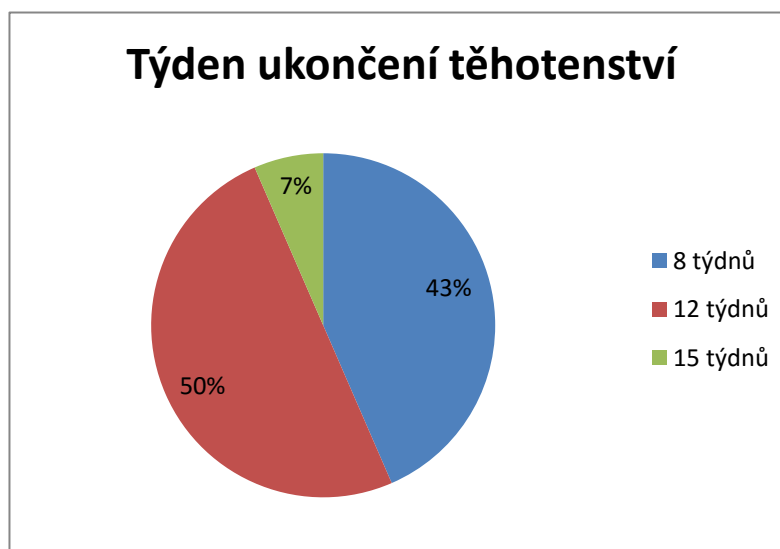
Otázka č. 20 Víte, do kolikátého týdne těhotenství se dá provést miniinterrupce?

Tab. 20 Týden ukončení těhotenství

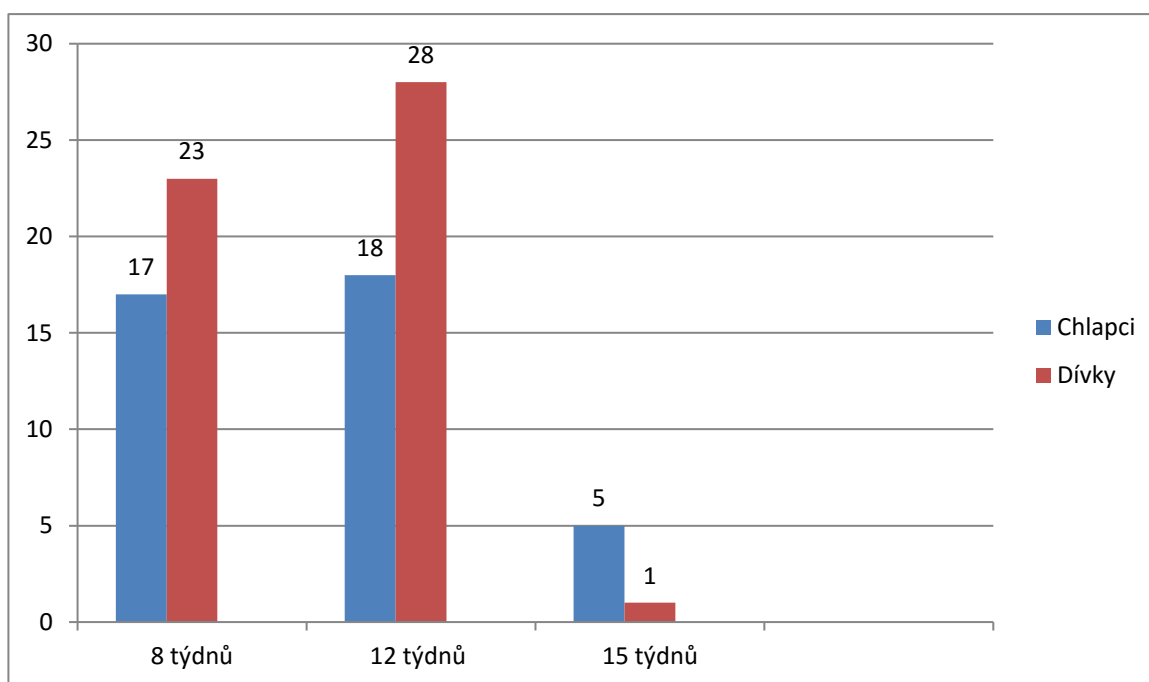
Škola							
	Gymnázium Svitavy		Gymnázium Hradec Králové		Obchodní akademie Svitavy		
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Celkový počet
8 týdnů	9	4	6	14	2	5	40 (43 %)
12 týdnů	2	5	9	15	7	8	46 (50 %)
15 týdnů	1	0	3	0	1	1	6 (7 %)
Počet studentů	12	9	18	29	10	14	92 (100 %)

Celkem 46 (50 %) respondentů se domnívá, že je možné provést miniinterrupci do 12. týdne těhotenství. 40 (43 %) studentů se domnívá, že ukončit těhotenství lze do 8. týdne a 6 (7 %) studentů do 15. týdne těhotenství.

Graf 38 Týden ukončení těhotenství dle studentů



Graf 39 Týden ukončení těhotenství dle studentů rozděleno dle pohlaví



8 Diskuze

V této části své bakalářské práce uvádím výsledky jednotlivých cílů, které jsem si ve své práci stanovila. Mým hlavním cílem bylo zjistit, jak je středoškolská mládež informovaná o antikoncepci, a k tomu jsem si zvolila několik dílčích cílů. Na mé otázky mi odpovídalo celkem 92 respondentů. Porovnávala jsem znalosti a názory studentů z královéhradeckého a svitavského gymnázia a také obchodní akademie ve Svitavách.

Cíl 1. Zjistit, jaké mají studenti představy o své rodině

S tímto dílčím cílem korespondovaly otázky číslo 6 a 7, kde respondenti odpovídali, jak si v budoucnu představují svou rodinu.

Dle respondentů z královéhradeckého gymnázia je nejlepší věk pro založení rodiny mezi 20. a 30. rokem života, odpovědělo tak 34 (72 %) respondentů. Výsledky svitavského gymnázia se od předchozích odpovědí odlišují. Na této škole se studenti domnívají, že nejlepší věk pro založení rodiny je mezi 30. a 35. rokem života, odpovědělo tak 16 (76 %) respondentů. Studenti obchodní akademie ve Svitavách se také shodli, že nejvhodnější věk pro založení rodiny je mezi 20. a 30. rokem života, odpovědělo tak 15 (63 %) respondentů. Zajímavým zjištěním jsou lišící se odpovědi studentů svitavského gymnázia, což může být z toho důvodu, že zde převládají chlapci nad dívkami. Z celkového počtu studentů si asi 54 (59 %) respondentů si myslí, že nejlepší čas k založení rodiny je mezi 20. a 30. rokem a 38 (41%) ve věku 30 až 35 let. Na žádné škole si studenti nemyslí, že je ideální zakládat rodinu po 35. roce života. Dle statistického úřadu dosáhl v roce 2012 průměrný věk matky při porodu 29,8 roku.

Na otázku „Kolik plánujete dětí?“ odpovídali studenti následovně. Nejčastěji chtějí mít dvě děti, takto odpovědělo 60 (66 %) všech dotázaných studentů. Jedno dítě by chtělo mít 15 (16 %) respondentů a 11 (12 %) respondentů si představuje, že by chtěli mít děti tři a více. Možnost odpovědi bez dětí využilo 6 (6 %) všech dotázaných studentů. Pro srovnání uvádím analýzu Výzkumného ústavu a sociálních věcí v rámci projektu „Rodina, zaměstnání a vzdělávání“, který byl proveden roku 2006, z něhož vyplynulo, že nejvíce si lidé přejí mít děti dvě. Odpovědělo takto 78,1 % všech dotázaných. Odpověď 3 a více použilo 15,2 % respondentů a žádné dítě neplánovalo 1,3 %. Jedno dítě je ideální počet pro 5,4 % respondentů.

Cíl 2. Zjistit, zda dávají přednost partnerskému životu před životem „singl“

K tomuto cíli nejlépe směřovala otázka č. 5, kde se studenti vyjadřovali, zda dávají přednost partnerskému životu před životem „singl“.

Studenti z gymnázia v Hradci Králové by chtěli žít v největším zastoupení v manželském páru. Tuto odpověď uvedlo 30 (64 %) studentů. Dále 8 (17 %) studentů by chtělo žít nejdříve jako singl a za pár let jako manželé. V partnerském páru bez manželského svazku by chtěli žít 4 (8 %) studenti. Je zajímavé, že nikdo z respondentů si nepředstavuje, že by v budoucnu žil jako „singl“.

Svitavské gymnázium uvádí odlišné odpovědi, 10 (48 %) respondentů by chtělo žít několik let jako „singl“ a v manželském páru by jich chtělo žít 7 (33 %). Jako singl by chtěli žít 2 (9,5 %) respondenti a bez manželského svazku také 2 (9,5 %) studenti. Výsledky se oproti hradeckému gymnáziu liší. Především chlapani uváděli odpovědi jako: několik let singl a poté v páru. Studenti obchodní akademie Svitavy chtějí žít nejvíce v manželském páru 11 (46 %) a hned poté v partnerském soužití 10 (42 %).

Při celkovém shrnutí odpovědí jsem došla k závěru, že nejvíce studentů by chtělo v budoucnu žít v manželském svazku. Odpovědělo tak 48 (52 %) respondentů, z větší části se jednalo o dívky. Žít jako singl by chtěli jen 4 (4 %) studenti.

Cíl 3. Zjistit možné důvody odkládání rodičovství – kariéra, finance, svoboda

Mým třetím cílem bylo zjistit, proč se podle studentů odkládá rodičovství na pozdější dobu, na rozdíl od doby mládí jejich rodičů. Kromě toho jsem se zabývala otázkou, kdo by měl podle respondentů zůstat doma s dítětem na rodičovské dovolené a také co si myslí o roli otce v rodině. Na tento cíl byly zaměřeny otázky číslo 8, 9 a 10.

Podle studentů z královéhradeckého gymnázia je největším důvodem k odsouvání mateřství budování kariéry. Tuto odpověď uvedlo 41 (87 %) respondentů. Dalším důvodem bylo pro 24 (51 %) studentů studium a jako třetí důvod uvedlo 20 (44 %) respondentů odpověď, že jim chybí materiální zázemí. Na rodičovské dovolené by měla podle nich zůstat matka, takto odpovědělo 23 (49 %) studentů, anebo rodič, co vydělává více 18 (39 %). Otec má pro studenty stejně důležitou roli jako matka. Odpovědělo tak 30 (70 %) respondentů.

Studenti svitavského gymnázia se také shodli, že největším důvodem pro odsouvání mateřství je budování kariéry, odpovědělo tak 13 (54 %) studentů. Studium uvedlo 7 (29 %) respondentů a odpověď materiální zázemí použilo 12 (50 %) studentů.

Na rodičovské dovolené by měla podle nich zůstat matka, neboť je to pro ni posláním, nebo ten, kdo vydělává více 6 (28 %). Pro 13 (62%) studentů má otec stejně důležitou roli jako matka.

Také studenti obchodní akademie ve Svitavách uvedli na prvním místě jako důvod odsouvání mateřství budování kariéry, odpovědělo takto 13 (54 %) respondentů. Na dalším místě uváděli materiální zázemí 12 (50%) a pro 7 (29 %) studentů bylo dalším důvodem studium. Také se domnívali, že s dítětem by měla zůstat doma matka, protože je to její posláním, odpovědělo takto 12 (50 %) studentů. Dále se v odpovědích objevily finanční důvody (Matka z finančních důvodů 8 (33 %) respondentů) a ten, kdo vydělává více 4 (17 %). Respondenti obchodní akademie se ale lišili v odpovědích na otázku: Jakou roli podle Vás má ve výchově dítěte do 3 let otec? Pro 13 (54 %) studentů měl v tomto období dítěte otec ve výchově méně důležitou roli. Podle mého názoru má však otec stejně důležitou roli jako matka, což potvrzuje i Řehořová (2009), která ve svém článku uvádí, že účast otce na výchově dítěte je stejně důležitá jako účast matky.

V souhrmných odpovědích byli studenti názoru, že na rodičovské dovolené by měla zůstat matka, protože je to pro ni posláním, a také zároveň uvedli, že role otce je stejně důležitá ve výchově jako role matky. Nejčastějším důvodem odsouvání mateřství na pozdější dobu bylo pro 68 (74 %) studentů budování kariéry a 28 (30 %) odpovědělo, že v tomto období dítěte má otec ve výchově méně důležitou roli. Nejčastějším důvodem odsouvání mateřství na pozdější dobu bylo budování kariéry.

Cíl 4. Zjistit zdroj informací o antikoncepci

Mým dalším cílem bylo zjistit, ze kterých zdrojů respondenti nejčastěji čerpali informace týkající se antikoncepce. Také jsem chtěla zjistit, zda plánovali konzultování užívání antikoncepce se svými rodiči. K tomuto cíli směřovaly otázky číslo 12 a 13.

Studenti hradeckého gymnázia nejvíce informací čerpali z internetu, odpovědělo takto 22 (47 %) studentů, dále od přátel mělo informace 10 (21 %) respondentů a ze školy a od rodičů získalo informace shodně pouze 6 (13 %) respondentů.

Studenti z gymnázia ve Svitavách mají také nejvíce informací o antikoncepci z internetu, tuto odpověď uvedlo 7 (40 %) studentů, dále 6 (27 %) respondentů získalo informace od rodičů, ze školy 4 (18 %) respondenti, od přátel 3 (13 %) a od partnera pouze 1 (3 %) respondent.

Studenti z obchodní akademie ve Svitavách také získali nejvíce informací z internetu, odpovědělo tak 10 (42 %) studentů. Další možné odpovědi: ve škole, od rodičů, od přátel jsou

vyrovnané, na všechny odpověděli vždy 4 (17 %) respondenti. Od partnera získali informaci jen 2 (7 %) studenti.

Pro srovnání uvádím bakalářskou práci Večeřové, kde její respondenti získali z internetu informace jen v 35 %, od přátel v 38 %, od rodičů 31,67 % a od učitelů 20 %. Je tedy zřejmé, že studenti Večeřové získali nejvíce informací stejně jako moji respondenti od přátel, z internetu, od rodičů a učitelů.

Podle mého názoru by studenty měli informovat hlavně rodiče. Ale je dobré, že se snaží informace získat i z jiných zdrojů a tím své rodičovství do budoucna plánovat.

Adolescenti v období studia na střední škole nebo na učilišti s rodiči rádi diskutují na různá témata, přestože v současné době si je mohou vyhledat pomocí internetu. Škola hraje v poskytování informací významnou roli, ale rodiče jsou ti, kteří by si s dětmi měli stále povídat, diskutovat s nimi a vést je k tomu, aby se nebáli vyjádřit svůj názor. Určitá část rodičů se však obává, že pokud bude s dětmi diskutovat na téma antikoncepce a její používání, dává tím dítěti nepřímou svolení, aby začalo sexuálně žít. Důležité je, aby se o antikoncepci mluvilo dříve, než je toto téma aktuální. Rodiče, kteří se započítím sexuálního života svých dětí ještě nesouhlasí, měli by jim to také jasně říci a vysvětlit jim to. Pokud se ale jejich děti stejně rozhodnou, je nutné zdůraznit, aby se chránili (Šilerová, 2003, s. 62,70).

Cíl 5. Zjistit, jakou metodu antikoncepce respondenti preferují a proč

K tomuto cíli se vázaly otázky číslo 15 a 16. Také jsem sem zahrнула otázku číslo 14, kde jsem se zjišťovala, zda studenti vědí, která antikoncepce chrání před pohlavně přenosnými nemocemi.

Největší počet studentů z královéhradeckého gymnázia by dal přednost hormonální antikoncepci, odpovědělo takto 20 (43 %) respondentů. Tuto možnost zvažují především dívky. Na dalším místě je kondom, kterému dalo přednost 17 (36 %) studentů, převážně chlapců. Ostatní metody již nejsou zastoupeny v hojném počtu. Zvolenou antikoncepci studenti preferovali především z důvodu spolehlivosti, takto odpovědělo 23 (49 %) studentů. Dále 14 (67 %) studentů uvedlo odpověď, že kondom je antikoncepce, která chrání proti pohlavně přenosným chorobám.

Studenti gymnázia ve Svitavách uváděli jako nejčastější způsob antikoncepce kondom, odpovědělo takto 10 (48 %) studentů, převážně chlapců. Hormonální antikoncepci zvolilo 8 (37 %) respondentů, převážně dívek. Jako důvod použití právě jimi zvolené antikoncepce byla spolehlivost, což bylo rozhodující pro 8 (38 %) studentů, pro dalších 8 (38 %) studentů

byla důvodem šetrnost k jejich zdraví. Z celkového počtu 21 studentů svitavského gymnázia opovědělo 14 (67 %) studentů, že kondom chrání proti pohlavně přenosným chorobám.

Studenty obchodní akademie ve Svitavách byla nejvíce volena hormonální antikoncepce, odpovědělo tak 13 (55 %) respondentů, převažovaly dívky. Další odpovědí byl kondom, zvolilo by ho 7 (29 %) studentů, převážně chlapců. Pro 13 (54 %) respondentů byla tato antikoncepce nejspolehlivější a cenově dostupná byla pro 6 (25 %) studentů. Pět (21 %) studentů bylo názoru, že zvolený typ antikoncepce byl šetrný k jejich zdraví. Kondom jako antikoncepci, která chrání proti pohlavním chorobám, uvedlo 13 (54 %) respondentů.

Při zhodnocení odpovědí všech studentů plyne závěr, že by dali nejvíce přednost hormonální antikoncepci, odpovědělo tak 41 (45 %) respondentů, tuto antikoncepci upřednostňovaly zejména dívky, a dále 34 (37 %) studentů dalo přednost kondomu, který preferovali převážně chlapci. Tyto druhy antikoncepce studenti zvolili především z důvodu spolehlivosti, což takto zhodnotilo 44 (48 %) respondentů a pro 22 (24 %) studentů byla jedním z důvodů šetrnost k jejich zdraví, 22 (24 %). Kondom uvedlo 60 (65 %) respondentů jako ochranu před pohlavními nemocemi.

Pro srovnání uvádím šetření Večeřové, jejíž respondenti uvedli v 83,33 %, že kondom zabraňuje přenosu pohlavních chorob. V této oblasti jsou dobře informovaní. Chlapci by v mém výzkumu dávali přednost na prvním místě kondomu a dívky by se rozhodly pro hormonální antikoncepci. Obě pohlaví se shodla, že preferují vybranou antikoncepci z důvodu šetrnosti.

Cíl 6. Zjistit postoj k následkům u selhání antikoncepce – dívky, chlapci

Mým dalším cílem bylo zjistit, jak by se respondenti rozhodli při selhání antikoncepce a také jaké mají znalosti o postkoitální kontracepci. V mém dotazníku tomuto cíli nejlépe odpovídají otázky číslo 17, 18, 19 a 20.

Zhodnocení otázky číslo 17, která zněla: Myslíte si, že Postinor (tabletky „Po“, postkoitální antikoncepce) je vhodná antikoncepce pro časté užití?

Studenti královéhradeckého gymnázia odpovídali takto: 16 (89 %) chlapců a 28 (97 %) dívek uvedlo správnou odpověď, že Postinor není vhodný pro časté použití. Respondenti ze svitavského gymnázia odpovídali převážně také správně, 11 (92 %) chlapců a všech 9 (100 %) dívek. Studenti z obchodní akademie odpovídali takto: 9 (90 %) chlapců a 14 (100 %) dívek odpovědělo správně. Podle 87 (95 %) z celkového počtu respondentů je

Postinor nevhodný pro časté užití. Opačného názoru vylo pouze 5 (5 %) studentů, převážně chlapců. Mohu tedy říci, že v této oblasti jsou studenti informováni dobře.

Hodnocení otázky číslo 18. Zde bylo mým cílem zjistit, zda respondenti vědí, do kolika hodin po nechráněném pohlavním styku by se měla použít záchranná postkoitální antikoncepce Postinor. Správnou odpovědí je, že přípravek Postinor tablety lze použít až do 72 hodin po nechráněném styku.

Na svitavském gymnáziu odpověděli správně 3 (25 %) chlapci a 5 (56 %) dívek, v královéhradeckém gymnáziu 4 (22 %) chlapci a 9 (31 %) dívek. V obchodní akademii ve Svitavách odpovědělo správně 5 (50 %) chlapců a 3 (28 %) dívky. Zajímavým zjištěním bylo, že jsou o Postinoru více informováni chlapci než dívky. V celkovém součtu správnou odpověď uvedlo 30 (33 %) respondentů. Dle mého názoru počet respondentů není moc vysoký a studenti by v této oblasti potřebovali získat více informací.

Vyhodnocení otázky číslo 19. V této otázce jsem se chtěla informovat, jak by se studenti rozhodli postupovat v případě neplánovaného těhotenství. Zda by dívky svolily k interrupci a zda by se chlapci přikláněli k interrupci v případě neplánovaného otěhotnění své přítelkyně. V královéhradeckém gymnáziu by se k miniinterrupci přiklánělo 5 (28 %) chlapců a 7 (24 %) dívek, interrupci by nevolilo 12 (67 %) chlapců a 20 (69 %) dívek, odpověď „nevím“ zvolil 1 (6 %) chlapec a 2 (7 %) dívky. Ve svitavském gymnáziu by se k miniinterrupci přiklánělo 5 (42 %) chlapců a 7 (78 %) dívek, interrupci by nevolili 3 (25 %) chlapci a 1 (11 %) dívka, odpověď „nevím“ zvolili 4 (33%) chlapci a 1 (11 %) dívka. U studentů obchodní akademie by se k miniinterrupci přiklánělo 5 (50 %) chlapců a 7 (50 %) dívek, interrupci by nevolilo 5 (50 %) chlapců a 5 (36 %) dívek, odpověď „nevím“ zvolily pouze 2 (14 %) dívky. Je tedy zřejmé, že 46 (50 %) studentů by se pro miniinterrupci nerozhodlo, 36 (39 %) ano a 10 (11 %) respondentů neví, jak by se rozhodli.

Otázkou číslo 20 jsem zjišťovala, zda mají respondenti znalosti týkající se toho, dokdy je možné provést miniinterrupci. Správně odpovědělo 40 (43 %) respondentů, a to že miniinterrupci lze provést do 8. týdne těhotenství. Větší část respondentů 46 (50 %) byla názoru, že zákrok lze provést do 12. týdne těhotenství. Dle mého názoru by studenti v této problematice potřebovali získat více informací.

Zde bych ráda své výsledky srovnala s kolegyní Dlouhou (2010), která si ve své bakalářské práci rozdělila respondenty do dvou věkových skupin, a to na skupinu a) respondenti ve věku 15-17 a na skupinu b) 18-20 let. Respondenti ze skupiny a) by volili interrupci v 44 % a ve skupině b) by takto volilo 50 % respondentů. Ke znalosti týdne přerušeni odpovídali studenti skupiny a) správně v 9 % a respondenti skupiny b) v 11 %.

Je tedy zřejmé, že by stejně jako respondenti v mém výzkumném šetření potřebovali více informací v této oblasti.

Cíl 7. Zjistit vliv vybraných demografických proměnných (pohlaví, rodinné zázemí, kraje, typ vzdělávací instituce) na výsledky šetření

Na tento cíl jsem získala odpovědi pomocí otázek: 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Mého výzkumu se zúčastnilo celkem 92 studentů, z čehož bylo 52 (56,5 %) dívek a 40 (43,5 %) chlapců. Nejvíce respondentů bylo z královéhradeckého gymnázia, celkem 47 (51 %). Na druhém místě byla střední odborná škola Svitavy, celkem 24 studentů (26 %) a na třetím místě Gymnázium Svitavy s celkovým počtem 21 studentů (23 %).

Většina studentů, celkem 78 (85 %), pochází z úplné rodiny, což je podle mého názoru i důvodem, proč jich opět většina 48 (52 %) chce v budoucnu žít v manželském páru. Dále 67 (73 %) studentů má jednoho sourozence, což by mohlo mít vliv na jejich odpověď, že by v budoucnu chtěli mít dvě děti, odpovědělo takto 60 (66 %) studentů.

Vliv pohlaví se promítl především u otázky: jakou antikoncepci studenti preferují, dívky upřednostňovaly antikoncepci hormonální a chlapci kondom. Zde se ukázalo, že byla pro studenty nejšetnější a nejspolehlivější hormonální antikoncepce. Při porovnávání výsledků dle vzdělávací instituce, kterou studenti navštěvují, jsou vidět pouze rozdíly v otázkách číslo 5 a 6, kde by respondenti na Gymnáziu Svitavy chtěli zakládat rodinu mezi 30. - 35. rokem věku a chtěli by žít život nejdříve single a poté v páru, odpovědělo takto 38 (41 %) respondentů. Oproti tomu by studenti gymnázia v Hradci Králové a obchodní akademie ve Svitavách chtěli v budoucnu žít v páru jako manželé a zakládat rodinu mezi 20. - 30. rokem, jak uvedlo to 39 (41 %) studentů.

Ostatní proměnné byly podle mého názoru zastoupeny v malém množství a z toho důvodu by jejich porovnání nemělo vypovídající hodnotu.

Závěr

V této bakalářské práci jsem se zabývala informovaností středoškolské mládeže o antikoncepci. Zajímala jsem se především o to, v jaké oblasti mají studenti nejvíce informací a jakou antikoncepci preferují. Pro zjištění těchto informací jsem si vytvořila nestandardizovaný dotazník.

V teoretické části byly objasněny pojmy adolescence, gender, život singl, plánované rodičovství, sexuální výchova a stručný přehled antikoncepčních metod. Podle mého názoru byly teoretické cíle splněny.

V empirické části jsem zjišťovala znalosti o antikoncepci a plánovaném rodičovství u studentů gymnázia a střední odborné školy. Pátrala jsem, která antikoncepce je studenty preferována a z jakého důvodu, jaké mají znalosti o Postinoru či umělém přerušení těhotenství a také zda mají více informací chlapci nebo dívky. Podle mého názoru byly tyto cíle splněny.

V mém výzkumném šetření jsem dospěla k závěru, že studenti preferují především hormonální antikoncepci a kondom, a to především z důvodu spolehlivosti, šetrnosti ke zdraví a také cenové dostupnosti. Informace o antikoncepci získali studenti převážně z internetu. Mile mě překvapilo, že informovanost o možnostech antikoncepce byla poměrně dobrá. Pokud srovnám informovanost podle pohlaví, mohu říci, že lépe informované byly dívky, což by podle mého názoru mohlo být především tím, že se chtějí chránit před neplánovaným těhotenstvím.

Co se týče plánovaného rodičovství, studenti plánovali založení rodiny mezi 20. - 30. rokem života. Nejčastěji udávaný důvod k odsunu mateřství bylo budování kariéry nebo studium. V průměru by studenti chtěli dvě děti a více než polovina studentů by chtěla žít v manželském svazku. Podle respondentů má otec ve výchově stejnou roli jako matka.

V oblasti neplánovaného těhotenství studentům chyběly některé znalosti a myslím, že by proto potřebovali získat více informací.

Podle mého názoru by rodiče se svými dětmi měli mluvit o antikoncepci i plánovaném těhotenství, podat jim dostatek informací, které tak pomohou předejít neplánovanému těhotenství a třeba i zmaření lidského života. Pokud mají rodiče se svými dětmi spíše přátelský vztah, ve kterém spolu mohou mluvit téměř o všem, myslím, že si dítě vezme jejich rady k srdci a nebude rozhovor na toto téma brát jako svolení k zahájení pohlavního života.

Závěrem bych chtěla říci, že jako matka tří dětí se budu snažit, abych svým dětem předala do života dostatek informací ještě před zahájením jejich pohlavního života.

Anotace

- Autor:** Lucie Nekvindová
- Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetrovatelství
- Název práce:** Postoj středoškolské mládeže k otázkám plánovaného rodičovství
- Vedoucí práce:** Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
- Počet stran:** 104
- Počet příloh:** 1
- Rok obhajoby:** 2016
- Klíčová slova:** adolescence, gender, muži, ženy, rodina, mateřství, role otce, sexuální výchova, antikoncepce, interrupce, fenomén single

Bakalářská práce pojednává o informovanosti středoškolské mládeže o plánovaném rodičovství.

V teoretické části byly objasněny pojmy adolescence, gender, život singl, plánované rodičovství, sexuální výchova a stručný přehled antikoncepčních metod. Přiblíženo bylo mateřství, role otce, role matky, rodina a rodičovství.

V empirické části jsem zjišťovala znalosti o antikoncepci a plánovaném rodičovství u studentů gymnázia a střední odborné školy. Pátrala jsem, která antikoncepce je studenty preferována a z jakého důvodu, jaké mají znalosti o postkoitální antikoncepci či umělém přerušení těhotenství a také zda mají více informací chlapci nebo dívky.

Annotation

Author:	Lucie Nekvindová
Institution:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Name of Work:	Attitude of High-school Children towards Planned Parenthood
Head of Work:	Mgr. Vachková Eva, Ph.D.
Number of Pages:	104
Number of used titles:	1
Years of defence:	2016
Key words:	adolescence, gender, men, women, family, motherhood, father's role, sexual education, contraception, single phenomenon

The thesis deals with the secondary school youths' awareness of the planned parenthood.

In the theoretical part, the notions adolescence, gender, single life, planned parenthood and sexual education were explained together with a brief overview of contraceptive methods. Also, the motherhood, the father's role, the mother's role, the family and the parenthood were clarified.

In the empirical part, I surveyed the knowledge of the contraception and the planned parenthood with the students of a grammar school and of a secondary school. I searched for their knowledge of Postcoital contraception as well as of the termination of pregnancy. I also surveyed who is more informed, whether boys or girls.

Použitá literatura a prameny

1. ABELSON TRŽILOVÁ, Jana. 2008. *Manuál pro začínající maminky: maminky radí maminkám*. 1. vyd. Praha: Smart Press, 2008. ISBN 978-80-87049-15-0.
2. BARTÁK, Alexandr. 2006. *Antikoncepce: druhy antikoncepce, hormony, když všechno selže*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1351-9.
3. CARR-GREGG, Michael, SHALE, Erin. 2010. *Puberťáci a adolescenti: průvodce výchovou dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 197 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-662-9.
4. GJURIČOVÁ, Šárka, KUBIČKA, Jiří. 2009. *Rodinná terapie*. 2. doplň. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2390-7.
5. HAŠKOVÁ, Hana. 2014. *Vlastní cestou?: životní dráhy v pozdně moderní společnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, 2014. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-178-7.
6. HARGAŠOVÁ, Marta, NOVÁK, Tomáš. 2007. *Předmanželské poradenství*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1730-2.
7. HINES, Gill, BAVERSTOCK, Alison. 2014. *Jak na svého teenagera: manuál pro rodiče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-5144-3.
8. JANDOUREK, Jan. 2003. *Úvod do sociologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-71-78-749-3.
9. JANOŠOVÁ, Pavlína. 2008. *Dívčí a chlapecká identita*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2284-9.
10. KARSTEN, Hartmut. 2006. *Ženy – muži*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-145-x.
11. LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. 2006. *Vývojová Psychologie*. 4. přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.
12. MACEK, Petr. 2003. *Adolescence*. 2. uprav. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.
13. MACHOVÁ, Jitka a kol. 2009. *Výchova ke zdraví*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.
14. MATOUŠEK, Oldřich. 1997. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-24-9.
15. MIRAS, Jorge, BANARES, JUAN, Ignacio. 2014. *Manželství a rodina*. 1.vyd. Pardubice: Axis, 2014. ISBN 978-80-903864-9-5.

16. MOŽNÝ, Ivo. 2002. *Česká společnost:nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-624-1.
17. MOŽNÝ, Ivo. 2006. *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-58-x.
18. OAKLEYOVÁ, Ann. 2000. *Pohlaví, gender a společnost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-403-6.
19. PŠENIČKA, Oldřich. 1994. *Sexuální výchova v rodině: Radost být matkou a také otcem*. Pardubice: Hnutí Rodina, 1994. ISBN 80-901524-1-4.
20. ROZTOČIL, Aleš a kol. 2011. *Moderní gynekologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
21. ŘÍČAN, Pavel. 2014. *Cesta životem: [vývojová psychologie]*. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0772-6.
22. SEIDLOVÁ, Dana. 1997. *Kontracepce pro praxi*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 1997. ISBN 80-85800-39-X.
23. SCHNEIDEROVÁ, Silvia. 2004. *Správné holky*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2004. ISBN 80-204-1148-8.
24. SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.
25. SOBOTKOVÁ, Irena. 2001. *Psychologie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-559-8.
26. ŠMOLKA, Petr. 2015. *Muž a žena - návod k použití*. 3. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0897-6.
27. ŠILEROVÁ, Lenka. 2003. *Sexuální výchova: jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. Pro rodiče. ISBN 80-247-0291-6.
28. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. 2006. *Jak řeší rodinné krize moderní žena*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN: 80-247-1567-8.
29. ŠULOVÁ, Lenka, FAIT, Tomáš, WEISS, Petr. 2011. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-238-4.
30. TROJAN, Ondřej. 2009. *Jak mluvit s dětmi o sexu: rádce pro rodiče a učitele*. Praha: Fragment, 2009. ISBN 978-80-253-0833-2.
31. UZEL, Radim. 1999. *Antikoncepční kuchařka*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 1999. ISBN 80-7169-767-2.

32. VÁGNEROVÁ, Marie. 2000. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
33. VÁGNEROVÁ, Marie. 2007. *Vývojová psychologie II*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
34. VÁGNEROVÁ, Marie. 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. Dopln. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
35. WEISS, Petr. 2010. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

Bakalářské práce

1. DLOUHÁ, Monika. *Informovanost středoškolské mládeže o antikoncepci*. Bakalářská práce. Hradec Králové: Univerzita Karlova. Lékařská fakulta. 2010. 89 s. Vedoucí práce Mgr. Krystýna Fejfarová. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.
2. MICHÁLKOVÁ, Simona. *Nejužívanější antikoncepční metoda u žen ve věkovém rozmezí 17 – 25 let*. Bakalářská práce. Hradec Králové: Univerzita Karlova. Lékařská fakulta. 2008. 78 s. Vedoucí diplomové práce Mgr. Eva Vachková. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.
3. VEČEŘOVÁ, Lucie. *Průzkum informovanosti a postojů k antikoncepci a plánovanému rodičovství u studentek střední zdravotnické školy a střední průmyslové školy*. Bakalářská práce. Hradec Králové: Univerzita Karlova. Lékařská fakulta. 2010. 87s. Vedoucí práce Mgr. Eva Vachková. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Internetové zdroje

1. *Cervikální hlen* [online]. Hormonální-antikoncepce.cz, 2004 [cit. 2015-05-18]. Dostupné z: <<http://www.hormonalni-antikoncepce.cz/sekce.php?id=2&detail=48>>.
2. ČEPIČKÝ, Pavel, LÍBALOVÁ, Zuzana. 2008. Jak si vybrat přípravek kombinované hormonální antikoncepce. Moderní babičství [online]. 2008, č. 16 [cit. 2015-05-18]. Dostupné také z: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=8>>.
3. *Český statistický úřad* [online]. 2016 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/>>.

4. DVOŘÁČKOVÁ, Kateřina, VETCHÝ, David. 2014. Vaginální kroužek. *Remedia* [online]. 2014, č. 2 [cit. 2015-05-18]. Dostupné z: <<http://www.remédia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2014/2-2014/Vaginalni-krouzky-jejich-soucasnost-a-budoucnost/e-1AD-1Cu-1Ek.magarticle.aspx>>.
5. FANTA, Michael. 2009. Kombinovaná hormonální antikoncepce. *Postgraduální medicína* [online]. 2009, č. 4 [cit. 2015-05-20]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/kombinovana-hormonalni-antikoncepce-418762>>.
6. GREGOROVÁ, Renata. 2009. Kariéra nebo mateřství. *Babyweb.cz* [online]. 2009 [cit. 2015-08-20]. Dostupné z: <<http://www.babyweb.cz/kariera-nebo-materstvi-95>>.
7. HANÁKOVÁ, Taťána. 2009. *Antikoncepce pro muže* [online]. Gynekologie Hanáková, 2009 [cit. 2015-06-20]. Dostupné z: <<http://www.hanakovagynekologie.cz/antikoncepce-pro-muze/>>.
8. HOLÁSKOVÁ, Kamila. 2009. Role otce v rodině. *Planovanirodiny.cz* [online]. 2009 [cit. 2016-05-18]. Dostupné z: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocianku=2009120701>>.
9. JANIŠ, Kamil. 2008. Sexuální výchova-včera, dnes a zítra. *Planovanirodiny.cz* [online]. 2008 [cit. 2015-05-18]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/storage/brod08/02sv_vcera_dnes_zitra.pdf>.
10. JARKOVSKÁ, Lucie, LIŠKOVÁ, Kateřina. 2011. Je to k nevěře aneb obrat k prudérii v české sexuální výchově? *Planovanirodiny.cz* [online]. 2011 [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocianku=2011092602>.
11. KALAFUTOVÁ, Lucie. 2013. Odvrácená tvář mateřství. *Psychologie.cz* [online]. 2013 [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: <<http://psychologie.cz/odvracena-tvar-materstvi/>>.
12. KLINBERG, Erik. 2012. I Want to be alone: the rise of solo living. *The Guardian* [online]. 2012 [cit. 2016-08-30]. Dostupné z: <<https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2012/mar/30/the-rise-of-solo-living>>.
13. KOHOUTEK, Rudolf. 2014. *Psychologie vývoje a výchovy v adolescenci* [online]. Rudolfkohoutek.blog.cz, 2014 [cit. 2015-04-14]. Dostupné z: <<http://rudolfkohoutek.blog.cz/1404/psychologie-vychovy-v-adolescenci>>.
14. KOLIBA, Peter. Antikoncepce u mladistvých – aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi* [online]. 2014, roč. 6, č. 6, s. 348-351 [cit. 2015-06-20]. Dostupné z: <<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf>>.

15. KOVÁŘ, Petr. 2011. Postkoitální a potratová pilulka. *Příloha: Lékařské listy* [online]. 2011, č. 3 [cit. 2015-05-18]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/postkoitalni-antikoncepce-a-potratova-pilulka-459014>>.
16. KŘEPELKA, Petr. Antikoncepce dostupná v roce 2014. *Remedia* [online]. 2014, č. 2 [cit. 2015-06-11]. Dostupné z: <<http://www.remédia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2014/2-2014/Postkoitalni-antikoncepce-v-roce-2014/e-1AD-1Cu-1Ei.magarticle.aspx>>.
17. KUBIČKOVÁ, Adéla, ŠIMKOVÁ, Michaela. Role otce v rodině jako činitele ovlivňujícího vývoj dítěte. *Kontakt*. 2006, roč. 8, č. 1, s. 99-105. ISSN: 1212-4117; 1804-7122. (elektronická verze).
18. LABUSOVÁ, Eva. 2009. Potkávám spoustu skvělých matek. *Miminko* [online]. 2009, č. 2 [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: <http://www.evalabusova.cz/rozhovory/m_vlckovou.php>.
19. MACHOVÁ, Martina. 2012. Symptotermální metoda-přirozená antikoncepce v praxi. *Maminka.cz* [online]. 2012 [cit. 2015-04-10]. Dostupné z: <<http://www.maminka.cz/clanek/symptotermalni-metoda-prirozena-antikoncepce-v-praxi>>.
20. Menoušková, Olga. 2006. Krystalizace slin-vhodná antikoncepce? *Zena.centrum.cz* [online]. 2006 [cit. 2015-05-15]. Dostupné z: <http://zena.centrum.cz/clanek.phtml?old_url=zena/atlas/2006/8/24/clanky/krystalizace-slin-vhodna-antikoncepce/>.
21. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. 2010. Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy na základních školách. *Planovanírodiny.cz* [online]. 2010 [cit. 2015-10-18] Dostupné z: <<http://www.planovanírodiny.cz/clanky/sexualni-vychova-nase-deti-chrani>>.
22. MLČOCH, Zbyněk. 2010. *Mužská antikoncepce-antikoncepční metody mužů* [online]. Zbynekmlcoch.cz, 2010 [cit. 2015-06-22]. Dostupné z: <<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/nemoci-lecba/muzska-antikoncepce-antikoncepcni-metody-muzu>>.
23. MLČOCH, Zbyněk. *Otcové, otec jako ochránce a autorita* [online]. Zbynekmlcoch.cz, 2008 [cit. 2015-06-20]. Dostupné z: <<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/vztahy/psychologie-vztahy/otcove-otec-jako-ochrance-a-autorita>>.
24. *Moderní otcové jsou hraví a dospívají až s příchodem dětí, říká psychologka* [online]. Tatanamaterske.cz, 2015 [cit. 2015-06-28]. Dostupné z: <<http://www.tatanamaterske.cz/moderni-otcove-jsou-hravi-dospivaji-az-s-prichodem-deti-rika-psycholozka>>.
25. UroKlinikum - urologická klinika Praha. *Vasectomie - mužská antikoncepce, No-scalpel vasectomy* [online]. 2016 [cit. 2015-06-22]. Dostupné z: <<http://www.uroklinikum.cz/vasectomie-3141/>>.

26. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2016 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <<https://www.uzis.cz/>>.
27. ZÁHUMENECKÝ, Josef. Kojení a jeho antikoncepční účinky. *Abctehotenstvi.cz* [online]. 2008 [cit. 2015-05-15]. Dostupné z: <<http://www.abctehotenstvi.cz/txt/kojeni-a-jeho-antikoncepcni-ucinky-jak-to-funguje>>.
28. ZORMANOVÁ, Lucie. 2011. Gender ve vzdělávání dětí a mládeže na ZŠ: srovnání míry aktivity chlapců a dívek ve výuce občanské výchovy na základní škole. *RVP.cz*. [online]. 2011 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <<http://clanky.rvp.cz/clanek/k/z/12857/GENDER-VE-VZDELAVANI-DETI-A-MLADEZE.html>>.

Seznam použitých zkratk

HIV	Human Immunodeficiency
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
USA	Spojené státy americké
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZŠ	Základní škola
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů	51
Graf 2 Rozdělení respondentů dle školy a pohlaví	51
Graf 3 Škola respondentů	52
Graf 4 Rodinné zázemí I	53
Graf 5 Rodinné zázemí II	53
Graf 6 Počet sourozenců	54
Graf 7 Počet sourozenců dle pohlaví	55
Graf 8 Plánování budoucnosti u celkového počtu 92 respondentů	56
Graf 9 Plánování budoucnosti rozdělené dle pohlaví	56
Graf 10 Optimální věk k založení rodiny	57
Graf 11 Optimální věk k založení rodiny dle pohlaví	58
Graf 12 Plánovaný počet dětí I	59
Graf 13 Plánovaný počet dětí II	59
Graf 14 Důvod k odsouvání mateřství	60
Graf 15 Důvod k odsouvání mateřství dle pohlaví	61
Graf 16 Kdo zůstane na rodičovské dovolené?	62
Graf 17 Kdo zůstane na rodičovské dovolené dle pohlaví?	62
Graf 18 Role otce ve výchově dítěte	63
Graf 19 Role otce ve výchově dítěte dle pohlaví	64
Graf 20 Znalost antikoncepce	65
Graf 21 Znalost antikoncepce dle pohlaví	65
Graf 22 Od koho mají respondenti informace o antikoncepci	66
Graf 23 Od koho mají respondenti informace o antikoncepci rozděleno dle pohlaví	67
Graf 24 Konzultování užívání antikoncepce s rodiči	68
Graf 25 Konzultování užívání antikoncepce s rodiči dle pohlaví	68
Graf 26 Antikoncepční ochrana proti pohlavním nemocem I	69
Graf 27 Antikoncepční ochrana proti pohlavním nemocem II	70
Graf 28 Přednostní typ antikoncepce	71
Graf 29 Přednostní typ antikoncepce dle pohlaví studentů	71
Graf 30 Důvod pro preferování hormonální antikoncepce I	72
Graf 31 Důvod pro preferování hormonální antikoncepce II	73
Graf 32 Názor na vhodnost častého užívání Postinoru	74

Graf 33 Názor na vhodnost častého užívání Postinoru dle pohlaví.....	74
Graf 34 Doba pro užití Postinoru.....	75
Graf 35 Doba pro užití Postinoru dle pohlaví.....	76
Graf 36 Rozhodnutí pro interrupci ano, či ne I.....	77
Graf 37 Rozhodnutí pro interrupci ano, či ne II	77
Graf 38 Týden ukončení těhotenství dle studentů	78
Graf 39 Týden ukončení těhotenství dle studentů rozděleno dle pohlaví.....	79

Seznam tabulek

Tab. 1 Pohlaví respondentů	50
Tab. 2 Škola respondentů.....	51
Tab. 3 Rodinné zázemí dle typu školy.....	52
Tab. 4 Počet sourozenců	54
Tab. 5 Plánování budoucnosti.....	55
Tab. 6 Optimální věk k založení rodiny	57
Tab. 7 Plánovaný počet dětí.....	58
Tab. 8 Důvod odsouvání mateřství dle celkového počtu 92 respondentů	59
Tab. 9 Kdo zůstane na rodičovské dovolené	61
Tab. 10 Role otce ve výchově dítěte dle 92 respondentů	63
Tab. 11 Znalost antikoncepce	64
Tab. 12 Od koho mají studenti informace o antikoncepci	66
Tab. 13 Konzultování užívání antikoncepce s rodiči.....	67
Tab. 14 Antikoncepční ochrana proti pohlavním nemocem.....	69
Tab. 15 Přednostní typ antikoncepce	70
Tab. 16 Důvod pro preferování hormonální antikoncepce	72
Tab. 17 Názor na vhodnost častého užívání Postinoru	73
Tab. 18 Doba pro užití Postinoru.....	75
Tab. 19 Rozhodnutí pro interrupci ano či ne	76
Tab. 20 Týden ukončení těhotenství.....	78

Přílohy

Příloha A - Dotazník

Vážené studentky a studenti, jmenuji se Lucie Nekvindová a studuji 3. ročník bakalářského studijního programu Ošetřovatelství oboru Všeobecná sestra na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové. V rámci své bakalářské práce na téma: Postoj středoškolské mládeže k otázkám plánovaného rodičovství se na Vás obracím s žádostí o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zjistit stanovisko středoškolské mládeže k otázkám rodinné problematiky, zmapovat a porovnat spektrum názorů současných adolescentů na problematiku plánovaného rodičovství na Královéhradecku a na Svitavsku. Vámi vybranou odpověď prosím zakroužkujte či doplňte. Dotazníky jsou anonymní a údaje budou použity pouze pro účely mé výzkumné práce.

1. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

2. Prosím, uveďte školu, kterou navštěvujete

- a) Svitavsko – střední odborná
- b) Svitavsko - gymnázium
- c) Královéhradecko – gymnázium

3. Rodinné zázemí

- a) úplná rodina (otec, matka)
- b) střídavá péče
- c) žiji jen s jedním rodičem
- d) jiné, prosím uveďte.....

4. Kolik máte sourozenců?

- a) 1
- b) 2
- c) 3 a více
- d) žádného

5. Plánujete v budoucnu žít:

- a) v páru (jako manželé)
- b) v páru (jako partneři)
- c) jako singl
- d) několik let singl, poté v páru
- e) nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom

6. Kdy je podle Vás optimální založit rodinu?

- a) mezi 20. a 30. rokem
- b) mezi 30. a 35.
- c) po 35. roce

7. Kolik plánujete dětí?

- a) 1
- b) 2
- c) 3 a více
- d) bez dětí

8. Proč si myslíte, že se v dnešní době odkládá mateřství na pozdější dobu než v období vašich rodičů? (můžete označit více možností, ale max. 3)

- a) studium
- b) budování kariéry
- c) cestování
- d) materiální zázemí

- e) emancipace ženy
- f) žití singl (bez partnera)
- g) jiné – prosím doplňte.....

9. Kdo by podle Vás měl zůstat s dítětem na rodičovské dovolené?

- a) určitě matka, je to její životní poslání v tomto období
- b) matka, z finančních a kariérních důvodů
- c) otec po vzájemné domluvě
- d) ten z rodičů, který vydělává méně

10. Jakou roli podle vás ve výchově dítěte do 3 let má otec?

- a) stejně důležitou jako matka
- b) méně důležitou v tomto období dítěte
- c) nevím

11. Jaké druhy antikoncepce znáte, prosím uveďte?

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)

12. O možnostech antikoncepce jste se dozvěděl/a:

- a) ve škole
- b) od rodičů
- c) z internetu
- d) od přátel
- e) od partnera
- f) Jiné

13. Budete užívání antikoncepce konzultovat s rodiči?

a) ano

b) ne

14. Myslíte, že některá antikoncepce chrání proti pohlavně přenosným chorobám? Pokud ano, uveďte:

.....

15. Které antikoncepci byste dal/a přednost?

.....

16. Je pro Vás tato metoda:

a) nejspolehlivější

b) cenově dostupná

c) šetrná k vašemu zdraví

d) jiný důvod

17. Myslíte si, že Postinor (tabletky „po“ - postkoitální - antikoncepce) je vhodná antikoncepce pro časté užití?

a) ano

b) ne

18. Do kolika hodin musím použít 1. tabletku Postinoru (druhá se aplikuje po 12 hodinách)?

a) do 12

b) do 48

c) do 72

19. Pokud byste nechtěně otěhotněla (nebo Vaše přítelkyně), rozhodla byste se pro ukončení těhotenství (miniinterrupcí)?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

20. Víte, do kolikátého týdne těhotenství se dá provést miniinterrupce?

- a) do 8.
- b) do 12.
- c) do 15.