

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

**ANTIKONCEPČNÍ METODY POHLEDEM VYSOKOŠKOLSKY
VZDĚLANÝCH ŽEN**
DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Nelly Davidová

Učitelství výchovy ke zdraví pro základní školy a Učitelství biologie pro základní školy

Vedoucí práce: Mgr. Václava Klimentová

Plzeň, 2024

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni dne

.....
vlastnoruční podpis

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Mgr. Václavě Klímové za vedení.

Velice ráda bych poděkovala všem ženám, které si našly čas na zodpovězení mých dotazů, které byly klíčové pro vznik dat, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým, kteří mi byli během psaní této práce vždy oporou.

OBSAH

ÚVOD	2
1 VYSOKOŠKOLSKÉ VZDĚLÁNÍ V ČESKÉ REPUBLICE.....	3
2 ŽENSKÝ REPRODUKČNÍ SYSTÉM A POHLAVNÍ DOSPĚLOST	6
2.1 ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	7
2.2 FYZIOLOGIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	9
2.3 PROCES DOSPÍVÁNÍ A ZRÁNÍ JEDINCE	11
3 ANTIKONCEPČNÍ METODY	14
3.1 NEHORMONÁLNÍ ANTIKONCEPČNÍ METODY	15
3.2 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPČNÍ METODY	19
4 REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ	25
4.1 PODPORA REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ	26
4.2 RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ	27
5 ROZHODOVÁNÍ	29
6 PRAKTICKÁ ČÁST	31
6.1 CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI A VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY	31
6.2 ZVOLENÉ VÝZKUMNÉ METODY	32
6.3 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	32
6.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOBORU KVANTITATIVNÍHO ŠETŘENÍ.....	33
6.5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM	34
6.6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOBORU KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ	35
6.7 VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU	37
6.8 VÝSLEDKY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU	54
ZÁVĚR	61
RESUMÉ	63
SEZNAM LITERATURY	64
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ.....	68
PŘÍLOHY	I

ÚVOD

Lidská sexualita a s ní spojené početí, je téma, kterým se lidstvo zabývá již od počátku své existence. V průběhu vývoje lidské společnosti se názory na sexualitu nespočetněkrát změnilo. Názory společnosti přecházely v různých intenzitách z absolutního potlačení a puritánství, až po někdy extrémní svobodu, která sebou mnohdy přinášela i zvýšená rizika výskytu pohlavních chorob, neplánovaného rodičovství a celkovou sexualizaci společnosti. Co ovšem zůstávalo, napříč dějinami stejné, je potřeba ochrany před neplánovaným početím.

Antikoncepční metody se neustále vyvíjí v návaznosti na nespočet změn, které se v lidské historii odehrály. Mezi nejdůležitější změny lze s určitostí zařadit rozvoj lékařského poznání o lidském těle, vzdělání populace, rozvoji průmyslu, socio-ekonomickou situaci populace, ale i náboženství nebo politiku. Společným cílem ovšem zůstává snaha o zajištění co nejspolehlivější antikoncepční metody, která bude, v ideálním případě, levná, dostupná, snadná na aplikaci a bude co nejméně ovlivňovat požitky ze sexuálních praktik.

Počet dostupných antikoncepčních metod se neustále mění. Postupně se mění i celkové smýšlení o nich spolu s poznatky o jejich spolehlivosti či dopadu na lidský organismus i životní prostředí. Zajímalo mě, jakým způsobem ovlivňují všechny tyto neutuchající změny ve společnosti rozhodnutí žen při volbě konkrétních antikoncepčních metod.

Toto téma jsem zvolila i z důvodu vlastní zkušenosti. V průběhu studia na vysoké škole jsem nejen já, ale i moje kolegyně změnilo užívanou antikoncepční metodu. Důvodů pro změnu měly ženy mnoho. Některé se lišily jiné byly totožné.

Cílem práce je zjistit, zda existuje vztah mezi preferencí konkrétních antikoncepčních metod u žen s vysokoškolským vzděláním v návaznosti na jeho stupeň. Sběr dat probíhal prostřednictvím strukturovaného dotazníku, který obsahoval otázky uzavřené, otevřené i škálové. Do dotazníkového šetření byly zapojeny pouze ženy, které dosáhly minimálně titulu bakalář a maximálně titulu profesor. Do výzkumu se zapojily pouze ženy, které aktuálně žijí v České republice. Dotazník vyplnilo celkem 139 žen. Z toho celku pak požadavkům vyhovovalo 128 žen.

Teoretická část se zabývá popisem vysokoškolského vzdělání v České republice, představením jednotlivých antikoncepčních metod spolu s jejich výhodami a nevýhodami. Dále popisem menstruačního cyklu, procesu oplodnění a pohlavní dospělosti. Poslední dvě kapitoly jsou věnovány reprodukčním zdravím a rozhodování.

Praktická část práce se zabývá Vyhodnocování dotazníku a interpretací dat.

1 VYSOKOŠKOLSKÉ VZDĚLÁNÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Tato kapitola, vychází ze Zákona o vysokých školách (č., 111/1998 Sb.), který vyšel po úpravách v platnost 1. dubna 2021. Zákon mimo jiné uvádí, že instituce, které v České republice umožňují terciální vzdělání, jsou vysoké školy. Vysoké školy umožňují studium programů, které získaly akreditaci. Akreditované programy pak nabízejí možnost bakalářského, magisterského a doktorského studia. Vysoké školy v České republice jsou buď veřejné, státní nebo soukromé. Student má během studia akademická práva, která mu umožňují svobodu na poli výzkumu, vědy, umění a prezentaci myšlenek, názorů a výsledků z této činnosti. Akademická práva také umožňují svobodnou volbu oboru, možnost volit akademické činitele, užívat insignie a účastnice či pořádat obřady spojené s akademickou půdou. Vysoké školy mají právo na zvolení si samosprávných působností. Během studia je možné navštěvovat partnerské školy v zahraničí, které nabízejí studium, jehož obsah lze propojit se studovaným oborem. Studium v zahraničí je plněno dle požadavků stanovených partnerskými školami.

Cílem vysokých škol je umožnit studentům získat adekvátní vzdělání pro výkon odborných činností, zapojit je do výzkumu a vytvořit pro ně možnost celoživotního vzdělávání. Podmínku, kterou musí splnit uchazeči o studium, je zakončení sekundárního vzdělávání, a to zejména maturitní zkouškou. Výjimkou mohou být školy umělecké. Požadavky pro přijetí se mohou různit. Akademický rok trvá z pravidla 12 měsíců a jeho organizace se tradičně skládá ze semestrů, zkuškového období a prázdnin. Studium na vysoké škole lze plnit formou prezenční, kombinovanou nebo distanční. Po úspěšném splnění státní závěrečné nebo státní doktorské zkoušky a obhajoby práce získává absolvent příslušný akademický titul spolu s diplomem a dodatek k diplomu. Za určitých podmínek je možné požadovat školné (gov.cz, 2020).

Bakalářský studijní program v České republice

Bakalářské studium v České republice trvá z pravidla tři až čtyři roky a jeho cílem je příprava studentů k výkonu odborné činnosti v zaměstnání nebo příprava studentů pro studium magisterské. Pro úspěšné absolvování tohoto programu je potřeba splnění příslušných studijních povinností stanovených školou a úspěšné absolvování státní závěrečné zkoušky. Standardní je i požadavek obhajoby kvalifikační práce. Absolventi pak získaný titul *bakalář*, který se uvádí zkratkou Bc. či BcA. v případě uměleckých škol. Titul se uvádí před jménem.

Magisterský studijní program v České republice

Cílem magisterského studia je rozšíření a prohloubení znalostí ze studia bakalářského, a to především o informace v oblastech teorie i praxe. Předávané teoretické informace vychází ze soudobých poznatků vědy, výzkumu i vývoje. Praktická část studia pak cílí především na rozvoj schopnosti studentů, tyto teoretické informace aplikovat do praxe. Magisterské studium je koncipováno jako nadstavba či rozšíření studia bakalářského, protože na něj ve většině případů navazuje. Standardní délka studia činí dva až tři roky. Někdy je možné se setkat se i s magisterským studiem, které nenavazuje na bakalářské studium. Délka tohoto studia je pak čtyři až šest let. Studium se zakončuje státní závěrečnou zkouškou a obhajobou diplomové práce. Absolventi pak získávají titul *inženýr* v oblastech ekonomie, technologií, zemědělství a lesnictví nebo vojenství. Tento titul se pak uvádí jako zkratka Ing. Před jménem. V oblasti umělecké se uděluje titul *magistr umění*, uváděné zkratkou MgA. před jménem. V ostatních oblastech se pak uděluje titul *magistr*, jeho zkratka je Mgr. a běžně se uvádí před jménem.

Pod magisterské studium spadá i studium lékařství, kdy absolvent získává titul MUDr. v oblasti všeobecného lékařství, MDDr. v oblasti zubního lékařství a MVDr. v oblasti veterinárního lékařství a hygieny. Po absolvování všeobecného vzdělání v medicíně lze přistoupit ke specializaci v příslušném oboru, k tzv. atestaci.

Po dokončení magisterského studia je možné vykonat i státní rigorózní zkoušku, jejíž součástí je obhajoba rigorózní práce. Po úspěšném absolvování těchto náležitostí se uděluje titul před jméno. Rigorózní zkouškou lze získat titul, JUDr. v oblasti práv, PhDr. v oblasti humanitních, pedagogických a společenských věd, RNDr. v oblasti přírodních věd, PharmDr. v oblasti farmacie, ThLic. nebo ThDr. v oblasti teologie.

Doktorský studijní program v České republice

Doktorské studium je zaměřeno především na samostatnost v teoretickém nebo praktickém bádání, tvoření. Doktorské studium se intenzivně věnuje vědě, výzkumu a vývoji. Studijní program trvá standardně tři až čtyři roky. Studium je zakončeno státní závěrečnou zkouškou a obhajobou disertační práce. Absolvent získá titul Ph.D., který se uvádí za jménem.

Habilitační řízení České republice

Habilitační řízení začíná po podání žádosti uchazečem a doložením dokumentů, které toto řízení podmiňují. Jedná se zejména o dokumenty, které dokladují dosažení potřebného vysokoškolského vzdělání. Dále pak seznamy odborných prací a stáží, potvrzení o výkonu

pedagogické činnosti, a to v České republice i zahraničí. Podmínkou pro úspěšné dokončení habilitačního řízení, je prokázání vědecké či umělecké kvalifikace. Tato kvalifikace se posuzuje na základě obhajoby habilitační práce, spolu s dalšími odbornými pracemi, stanovenými pro daný obor. Dále se také ověřuje pedagogická způsobilost uchazeče, a to prostřednictvím hodnocení jeho dosavadní pedagogické činnosti a posouzením habilitační přednášky. Uchazeč musí získat většinu hlasů v radě, aby mohl návrh na jmenování docentem postoupit k rektorovi, který může této návrh přijmou i zamítnout. Po úspěšném absolvování jmenuje rektor uchazeče docentem v oboru, ve kterém se habilitoval.

Jmenování profesora v České republice

Vědecká a umělecká rada, příslušné vysoké školy, může skrze ministerstvo podat návrh na jmenování profesora. Rada tak může učinit sama nebo na návrh uchazeče. Tento návrh se podává především v případech, kdy uchazeč v minulosti úspěšně absolvoval habilitační řízení. Předpoklad, pro jmenování profesorem, je dosažení významných cílů ve svém oboru. Dosažení těchto cílů a posouzení kvalifikace činí odborná komise, která hlasováním schvaluje nebo zamítá návrh na jmenování profesorem. Pokud komise návrh přijme, přistoupí se k vykonání odborné přednášky, kterou provede uchazeč. Na základě přednášky komise hlasuje o návrhu na jmenování profesorem, které v případě úspěchu odevzdá na ministerstvo. Samotné jmenování provádí prezident České republiky.

2 ŽENSKÝ REPRODUKČNÍ SYSTÉM A POHLAVNÍ DOSPĚLOST

„*Obor gynekologie a porodnictví je základním lékařským oborem. Metodou činnosti je prevence, včasná diagnostika a léčba chorob reprodukčního systému ženy, rehabilitace, systematická dispenzarizace, zdravotní výchova a vědecký výzkum.*“ (Slezáková et al., 2011, s. 9). Již z období 2000 let př.n.l. se dochovaly první záznamy, pocházející z Egypta, které pojednávají o léčení některých ženských obtíží. Z počátku bylo toto léčení, spolu s asistencí u porodu, záležitostí výhradně žen. Muži byli u porodu přítomni především v pozici lékaře, a to jen v případech, kdy hrozilo nebezpečí patologického porodu. Během středověku zaznamenala gynekologie a porodnictví, spolu s dalšími lékařskými obory, velký úpadek. Tato situace se zlepšila až v 19. století s příchodem nových poznatků v oblasti anatomie, chirurgie a farmakologie (Slezáková et al., 2011, s. 9). Spolu s tímto postupným zlepšováním v oblasti medicínského poznání, začalo docházet i k rozvoji a zdokonalování antikoncepčních metod.

Snaha o vynalezení spolehlivé antikoncepční metody provází lidstvo od pradávna. V minulosti byl totiž pohlavní styk, z důvodů absence těchto metod, spojován především s plozením dětí. Cílem tedy bylo vynalézt způsob, jak umožnit člověku prožití příjemných sexuálních chvil, bez početí. Toto objevování však v historii čelilo, a stále čelí, mnohým překážkám. Nejčastějšími překážkami jsou pověry a mýty nebo ideová a náboženská přesvědčení. Důležité je i neopomíjet fakt, že antikoncepce se celosvětově řadí mezi velice lukrativní druh obchodu, který s sebou přináší i velký konkurenční boj. Stejně jako v každém jiném obchodě, má i zde distributor za cíl své zboží prodat a konkurenční diskreditovat. Z těchto důvodů pak nezřídka dochází k prezentování zkreslených faktů o spolehlivosti, škodlivosti a kvalitě antikoncepční metody. Těmito často protichůdnými tvrzeními vzniká směs informací, ve kterých je skutečně obtížné se vyznat. Pro úplné porozumění antikoncepčním metodám, je tedy nezbytné znát anatomickou stavbu ženských pohlavních orgánů, pochopit princip jejich fungování a být, v neposlední řadě, obeznámený s procesem samotného oplození vajíčka (Barták, 2006, s. 10–15).

Edukování by měli být v této problematice především adolescenti, kteří se právě nacházejí na prahu pohlavní dospělosti a téma sexuality je přirozeně zajímavá. Edukaci by měla provádět primárně rodina a škola. Předávané informace by měly být co nejvíce pravdivé a měly by se v největší možné míře vyhnout mýtům. Pro předání kvalitních informací, musí být ovšem sám dospělý dostatečně a kvalitně informován. Adolescenti by

měli být informováni nejen o sexualitě, ale i o vztahovosti, partnerství a rodičovství (Šulová et al., 2011, s. 12).

Tato kapitola je zaměřená především na ženské pohlavní orgány a na jejich fyziologii. Psychologická stránka ženy bude tedy spíše okrajovým tématem.

2.1 ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

Pohlavní orgány žen plní funkci produkce pohlavních buněk. Pohlavními buňkami u žen jsou vajíčka, která vznikají v pohlavních gonádách žen, tedy ve vaječnicích. Gonády plní i další důležitou roli, a to produkci pohlavních hormonů. Další funkcí pohlavních orgánů žen, je možnost kopulace, gravidita, porod a kojení (Marieb et al., 2005, s. 702–703).

Z anatomického hlediska je možné ženské pohlavní orgány rozdělit na vnitřní a vnější. Běžně se do vnějších pohlavních orgánů řadí i prs. Někdy je možné setkat se s termínem vnitřní a vnější rodidla žen.

Zevní pohlavní orgány žen (*organa genitalia feminina externa*)

Kobilková et al. (2005, s. 15) uvádí, že se u embrya začínají zevní pohlavní orgány utvářet ve třetím týdnu. Utváření se zastavuje v týdnu dvanáctém, kdy již nabyly ženského vzhledu. Zevní část ženských pohlavních orgánů se odborně označuje jako vulva nebo pudendum. Nachází se mezi stehny ženy v urogenitální oblasti a každá z jejích částí má svou vlastní specifickou funkci.

Hrma (*mons pubis*)

Nachází se nad sponou stydkou (*symphysis pubica*) a je tvořena silnou vrstvou nahromaděné tukové tkáně, a proto svým tvarem připomíná polštář. Povrch kryje kůže se silným ochlupením, jehož hranice je ukončená rovně. Ústí zde i mnoho mazových a potních žláz. Hrma postupně přechází ve velké stydké pysky (Kobilková et al., 2005, s. 19). Tukové těleso stydkého pahorku (hrmy) zůstává zachováno i při dlouhodobém nedostatku živin (Roztočil et al., 2017, s. 72).

Velké stydké pysky (*labia majora*)

Pysky jsou tvořené tukovou tkání s bohatým krevním zásobením a ochlupením. Oba pysky na sebe těsně naléhají, čímž uprostřed vzniká stydká rýha (*rima pudendi*). Vnitřní strana pysků má charakter sliznice (Kobilková et al., 2005, s. 19). Věk, počet porodů i množství a kvalita stravy mají vliv na vzhled velkých stydkých pysků. Ztrátu elasticity tkáně nejvíce ovlivňuje vyšší věk ženy, počet prodělaných porodů a nižší tělesná hmotnost.

Ochabnutí tkáně způsobuje horší doléhání pysků k sobě, čímž se zvětšuje stydká rýha (Roztočil et al., 2017, s. 73).

Malé stydké pysky (*labia minora*)

Jsou tvořené z velké části sliznicí, jsou bez ochlupení a nacházejí se ve středové linii velkých stydkých pysků. Cévní zásobení je zde bohaté, na rozdíl od žláz potních, které úplně chybí. Malé stydké pysky mají mírnou topořivou schopnost, kvůli přítomnosti spongiózní tkáně. V mediální části pysků se pak nachází pošťeváček (*clitoris*), který funguje jako receptor vzrušivosti žen (Kobilková et al., 2005, s. 19). Pysky neobsahují tukovou tkáň. V případě, kdy labia minora přesahují svou délkou labia majora, dochází ke změně jejich vzhledu. Tkáň se z čistě slizničního charakteru stává tkání suchou a nabývají tak spíše charakteru kůže (Roztočil et al., 2017, s. 73.)

Pošťeváček (*clitoris*)

Pošťeváček leží nad ústí močové trubice (*urethra*), pod kterou se nachází vstup do vaginy. Klitoris by se dal označit za obdobu mužského penisu (Slezáková et al., 2011, s. 16). Stejně jako mužský pyj, je i klitoris erektilní. K erekci dochází kvůli naplnění krví při vzrušení. Jedná se o erotogenní zónu (Kobilková, 2005, s. 19).

Prs (*mamma*)

Prs lze popsat jako párový orgán nacházející se v přední části hrudního koše, který je tvořen tukem a mléčnou žlázou. Rozdílnost ve vzhledu a tvaru ženských ňader způsobuje rozdílný obsah tuku v podkoží a velikosti prsních žláz. Úplná funkčnost žláz začíná až na konci těhotenství. Společný vývod žláz je zakončen na bradavce. Změny vzhledu prsů mohou nastávat i během menstruačního cyklu, změny tělesné hmotnosti nebo při kojení (Slezáková et al., 2011, s. 16).

Panenská blána (*hymen*)

Panenská blána se nachází pouze u žen a dívek, které jsou tzv. virgo intacta, to znamená že nikdy neměly pohlavní styk. Jedná se o vazivovou blanku, která uzavírá poševní vchod. Při prvním pohlavním styku dochází k její defloraci, čímž vzniká tzv. hymen defloratus (Kobilková et al., 2005, s. 19).

Vnitřní pohlavní orgány ženy (*organa genitalia feminina interna*)

Mezi vnitřní pohlavní orgány ženy se běžně řadí vaječníky, vejcovody, děloha. Pochva je pomyslným přechodem mezi vnitřními a vnějšími pohlavními orgány žen.

Pochva (*vagina*)

Roztočil et al (2017, s. 71) uvádí že pochva má tvar trubice, představuje ženský kopulační orgán, v období menstruace odvádí krev pryč z těla, při porodu se stává součástí porodních cest. Její šířka i délka může být různá, nejčastěji se však pohybuje okolo 8 cm na délku a 3–5 cm na šířku.

Vaječníky (*ovarium*)

V prostorách malé pánve, se nachází párová pohlavní žláza ženy, kterou vaječník. Velikost vaječníků je nestálá, protože ji ovlivňuje několik proměnlivých aspektů. Mezi ty nejdůležitější lze zařadit věk ženy nebo fáze menstruačního cyklu. Velikost může být ovlivněna i nemocemi. Vznikají tu, v zárodečném epitelu, ženské pohlavní buňky – vajíčka. V jejich bezprostřední blízkosti se nacházejí vejcovody (Kobilková et al., 2005, s. 22).

Vejcovody (*tuba uterina*)

Vejcovod lze popsat jako párový trubicovitý orgán, který má apikální konec otevřený do abdominální dutiny. Tento konec nese pohyblivé řasinky, které mají za úkol v období ovulace zachytit uvolněné vajíčko z vaječníků a umožnit tak jeho oplození (Slezáková et al., 2011, s. 19). Ve vaječnících dochází nejčastěji ke splynutí vajíčka a spermie. Po oplození vajíčko sestupuje dolů do dělohy, kde se uhnízdí a začíná vývoj plodu. Pokud se vajíčko uhnízdí už ve vejcovodu, jedná se o mimoděložní těhotenství, které je nutné operativně ukončit.

Děloha (*uterus*)

Jedná se o největší orgán vnitřní pohlavní soustavy žen. Děloha má tvar dutého kužele, který je asi 7–10 cm dlouhý a skládá se především ze svaloviny. Anatomicky pak mluvíme o děložním těle a děložním hrdle jehož spodní část tvoří děložní čípek. Děložní hrdlo ústí do děložní dutiny a ta následně do pochvy. Děloha je za normálních podmínek stočená a začíná se rozvíjet a zvětšovat až v těhotenství (Kobilková et al., 2005, s. 21).

2.2 FYZIOLOGIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

Úkolem pohlavních orgánů ženy, je tvorba vajíček a pohlavních hormonů. Nedílnou součástí systému je i vývoj nového jedince v těle matky. Jedinec vzniká z embrya, které se začalo formovat po oplození vajíčka spermií. Spermie se do těla ženy uvolní při pohlavní styku s mužem. Během těhotenství se spouští laktace a vzniká mateřské mléko, které je primární potravou novorozence (Mourek, 2012, s. 135). Funkce ženského reprodukčního systému je založena na principu cykličnosti a je ovlivněna vnitřními a vnějšími vlivy.

Vliv vnějšího prostředí na cykličnost ženy, je možné dobře pozorovat u žen žijících v polárních oblastech. Tyto ženy mají v období polárních nocí pozastavenou funkci vaječnicků. Jejich funkce se obnovuje při příchodu polárního jara. Cyklus může být ovlivněn i méně drastickými změnami, a to zejména stresem, hladověním nebo nemocí (Kobilková et al., 2005, s. 26).

Ovariální cyklus

Ovariální cyklus má tři fáze, které se nazývají folikulární, ovulační a luteální. Za normálních okolností dochází k pravidelnému střídání těchto fází. První fáze oogeneze probíhá již v prenatálním období. Při této fázi se v ovariích zakládá nejvíce vajíček, jejich počet po narození už jen klesá. Druhá fáze vývoje vajíček začíná až před první menstruací. Ženské folikuly plní dvě zásadní úlohy v těle ženy. Prvním je tvorba pohlavních buněk (vajíček), a druhým tvorba pohlavních hormonů. V ovariích se nacházejí vajíčka v různé fázi zrání (Kittnar et al., 2020, s. 524).

Folikulární fáze

Jedná se o fázi, která předchází ovulaci. Po zániku žlutého tělíska (*corpus luteum*) začíná pokles účinků hormonů progesteronu a estrogeneru. Kvůli tomuto poklesu dochází ke spuštění produkce folikulostimulačního hormonu (FSH), který stimuluje folikulární buňky k dalšímu růstu. Dozrávající buňky začínají produkovat, zatím malé množství estrogeneru. Přítomnost i takto malého množství hormonu stačí na zástavu produkce FSH. Nízký obsah FSH inhibuje vývoj folikulů. Inhibice se nevztahuje na jeden dominující folikul, který se naopak stává velkým producentem estrogeneru. Navýšením hodnot tohoto hormonu dojde i ke zvýšení produkce luteinizačního hormonu (LH), který je klíčový pro začátek ovulace (Kittnar et al., 2020, s. 529).

Ovulace

Ovulační fáze nastává při navýšení hodnot luteinizačního hormonu. K navýšení hodnot dochází cca 16 hodin před samotným uvolněním oocyty. Hodnoty luteinizačního hormonu se zvyšují 6–10x. Hormony LH a FSH způsobují zduření tkáně v okolí zralého folikulu. Zduření probíhá tak dlouho dokud nedojde k ruptuře vnějšího obalu, ze kterého se uvolní oocyt a putuje do abdominální dutiny. Spolu s vajíčkem odchází i antrální tekutina, která vznikla z krve (Kittnar et al., 2020, s. 529).

Luteální fáze

V této fázi sehrává klíčovou roli vznik žlutého tělíska. Název je odvozený od barvy, která je způsobena přítomností hromadícího se tuku v buňkách folikulu. Žluté tělísko produkuje

značné množství estrogenu a progesteronu (v této fázi dosahuje sekrece svého vrcholu). Navýšením koncentrace progesteronu způsobuje navýšení bazální teploty o cca 0,5 °C. Dochází k inhibici produkce hormonů LH a FSH. Pokud došlo k oplození oocyty, zůstává žluté tělísko přítomné až do doby, než se vyvine placenta. V případě, že k oplození vajíčka nedošlo, dochází 7.–8. den k rozpadu buněk a jejich náhradě za vazivo (Kittnar et al., 2020, s. 529–530).

Menstruace

Křepelka (2013, s. 24) definuje menstruaci jako proces, který nastává při neoplození vajíčka, v jehož důsledku začne klesat hladina estrogenu a progesteronu. Pokles hormonů, spolu s dalšími pochody v endometriu, zapříčiní menstruační krvácení. Tento proces je cyklický a vyskytuje se u zdravých žen, které dosáhly reprodukčního věku.

Samotné menstruační krvácení probíhá podobu 3–4 dnů a odchází při něm asi 50–150ml krve. Množství ztracené krve je u každé ženy individuální a in vitro nedochází k jejímu srážení. V prvních dvou dnech dochází k rozpadu děložního epitelu, čímž se děložní sliznice stává nechráněnou a více náchylnou k infekcím. V dalších dnech se za součinnosti hormonů, začíná děložní epitel obnovovat. Krvácení ustává až tehdy, kdy je stěna dělohy plně obnovena a pokryta epitelem. Menstruaci může doprovázet řada nepříjemných symptomů. Mezi nejčastější příznaky patří bolesti zad, podbříšku nebo hlavy, únava, zvýšení emoční citlivosti a podrážděnosti, změna vzhledu ňader (Kobilková et al., 2005, s. 37).

2.3 PROCES DOSPÍVÁNÍ A ZRÁNÍ JEDINCE

Tato kapitola je zaměřená na vybrané vývojové etapy jedince z pohledu jeho sexuality. Kapitola se zaměřuje především na vývojové změny v oblasti fyzické, emoční a sociální. Ostatní aspekty dospívání jsou zmíněny minoritně. Během vybraných etap, lze dobře pozorovat postupnou, ale velice dynamickou změnu v sexualitě jedince.

V mnohých kulturách se dodnes klade velký důraz na dodržování přechodových rituálů, během kterých dochází k proměně dítěte na dospělého. Rituál jasně ohraničuje okamžik, kdy k přerodu došlo. V zemích, kde přechodové rituály nemají takový význam nebo úplně chybí, dochází k přerodu postupně (Šulová et al., 2011, s. 104).

Mladší školní věk (6–12 let)

U dětí v mladším školním věku začíná formativní proces uvědomování si své genderové identity a sebepojetí. Děti začínají projevovat větší zájem o své vrstevníky a interakci s nimi.

Interakce s vrstevníky významně ovlivňuje sebepojetí. Vytvořená přátelství bývají nestálá a prchlivá.

Sekundární pohlavní znaky ještě nejsou plně rozvinuté, ale postavy chlapců a děvčat se začínají lišit. V této vývojové fázi stoupá zájem o druhé pohlaví. Děti projevují snahu o navázání prvního milostného vztahu. Romantičnost, kterou si děti navzájem projevují, více napodobují, než prožívají. Projevy zájmu o druhé pohlaví mohou být různé, od posílání milostných dopisů až po projev agresivity. Cíl je ovšem vždy stejný, chtějí zaujmout. I přes první pokusy o vztahovost stále převažuje tvoření přátelství a skupin stejného pohlaví. Vzniklé skupiny (Thorová, 2015, s. 402–413).

Adolescence (13–19 let)

Velice dynamickou fází je adolescence. „*Puberta je proces, do něž vstupuje jedinec jako pohlavně nezralý a vystupuje jako pohlavně vyvinutý.*“ (Šulová, 2019, s. 55). K takto velké změně dochází za poměrně krátký čas. Toto je pravděpodobně jeden z hlavních důvodů, proč je puberta tolik diskutovaným tématem.

Tuto vývojovou fázi zahajuje příchod, již zmíněné, puberty. Pohlavní orgány výrazně zvyšují produkci hormonů, které ovlivňují vývoj sekundárních pohlavních znaků. Probíhající změny jsou nejvíce patrné v tělesné stavbě jedince a rozvoji měkkých dovedností. Rozvoj měkkých dovedností může provázet vzdorovitost a rebelie. Je to způsob, jakým adolescent zlepšuje své sociální dovednosti. Tento „tréning“ provádí především na svých blízkých, protože se s nimi cítí bezpečně. Puberta může probíhat i bez velkých dramát. Adolescent se ponořuje sám do sebe a dává tak prostor pro vznik vlastní osobnosti. Význam vrstevnických vztahů a přátelství významně stoupá. Kvůli vlivu pohlavních hormonů

a přibývajících sociálních zkušeností, začínají adolescenti získávat první sexuální a vztahové zkušenosti. Vztahy bývají dynamické a nestabilní, jejich náplň bývá zaměřená na erotiku a experimenty s ní. Adolescent by měl být obeznámen s riziky, které sexuální chování přináší. Intimita, zodpovědnost a schopnost budovat plnohodnotný vztah se teprve utvářejí (Thorová, 2015, s. 414–427).

V této fázi se mohou projevit i některé patologické jevy. Jedná se především o poruchy v kontinuálním pohlavním vývoji. Včasná detekce abnormalit a správná léčba předchází vzniku nevratných poškození. Nejčastějšími poruchami jsou předčasná puberta a opožděný vývoj pohlavních žláz (Šulová et al., 2011, s. 98).

Mladá dospělost (20–35 let)

V této fázi je již jedinec značně klidnější a emočně stabilnější, ale proces dovednosti sebeovládání stále probíhá. Schopnost vytvořit a udržet milostný vztah je značně vyšší. Dochází k prohlubování intimity a budování vztahu na základě citového pouta. Nastává uzavírání sňatků a pořizování potomků. Rodičovství je velký zdroj rozvoje zodpovědnosti.

V poslední době přibývá počet lidí, kteří se záměrně rozhodnou žít bez partnerského vztahu, tzv. singles. Dlouhodobé soužití v partnerském vztahu bez sezdaní již také není výjimkou (Thorová, 2015, s. 440–443).

3 ANTIKONCEPČNÍ METODY

Za antikoncepci, lze považovat jakýkoliv postup, metodu nebo soubor metod a opatření, které zabraňují nechtěnému početí u různopohlavních, plodných párů. Za antikoncepci, v tomto slova smyslu, není považována sexuální abstinence, sterilizace, homosexualita ani umělé ukončení těhotenství na vlastní žádost. Antikoncepce funguje, jako preventivní opatření, které má za úkol zamezit splynutí vajíčka a spermie a následné proliferaci (Vlček et al., 2014, s. 107).

„Principem antikoncepce tak musí být zabránění tvorby vajíček a spermií, zneprůchodnění vejcovodů nebo chámovodů, narušení funkce děložní sliznice, změna hustoty hlenu v děložním hrdle, zachycení spermií před vstupem do děložního hrdla nebo jejich inaktivace spermicidy tamtéž.“ (Šulová, 2011, s. 266).

Antikoncepci lze chápat i jako způsob prevence proti interrupcím. I přes to, že v našich podmínkách se umělé přerušování těhotenství nepovažuje za složitý zákrok, je nutné se v tomto případě zaměřit na etickou a psychickou stránku věci (Šulová et al., 2011, s. 266).

Objev spolehlivé antikoncepce byl klíčový zejména pro ženy. V minulosti, bylo neplánované těhotenství spojené hlavně s rizikem vysoké četnosti porodů a následné závislosti na muži. Dostupnost spolehlivé antikoncepce je ovšem záležitostí až vyspělých civilizací (Fait, 2008, s. 8).

Mezi základní lidská práva patří od roku 1968, právo na svobodné rozhodnutí o možnosti mít potomka spolu s počtem dětí a časem těhotenství. Tato práva byla přijata na konferenci v Teheránu a jsou zakotvena v Helsinském protokolu lidských práv (Vlček et al., 2014, s. 107).

Volba konkrétní antikoncepce je velice individuální a záleží především na životním stylu. Dělení antikoncepčních metod je celá řada. Obecně je lze rozdělit na mužské a ženské, vratné a nevratné či na hormonální a nehormonální. V této práci budou antikoncepční metody děleny na hormonální a nehormonální.

Jedním ze stěžejních požadavků většiny žen, na vlastnosti antikoncepce, je spolehlivost. Spolehlivost antikoncepčních metod vyjadřuje Paerlův index, který udává kolik žen ze 100 otěhotní za jeden rok při užívání konkrétní antikoncepční metody. Čím vyšší má metoda index, tím méně je spolehlivá (Barták, 2006, s. 30).

3.1 NEHORMONÁLNÍ ANTIKONCEPČNÍ METODY

Ihned v úvodu je důležité nehormonální antikoncepci rozdělit na invazivní a neinvazivní, především z toho důvodu, že některá obecná tvrzení se u těchto skupin navzájem vylučují.

V této práci jsou za invazivní metody nehormonální antikoncepce považovány nitroděložní tělísko a ženská a mužská sterilizace, a to především z toho důvodu, že se jedná o metody, které vyžadují delší dobu plánování, lékařský zákrok a jejich účinnost se pohybuje v řádu let či je úplně neměnná. Tyto metody se obecně považují za novější a spolehlivější variantu nehormonální antikoncepce.

Mezi neinvazivní metody nehormonální antikoncepce jsou v této práci považovány přerušovaná soulož, bariérové ochrany mužské i ženské, spermicidní metody, sebepozorovací metody, sexuální abstinence a kojení. Tyto metody se považují za nejstarší vůbec. Vzhledem ke skutečnosti, že tyto metody jsou náročné na správnost jejich provedení a je nutné jejich opakovaná aplikace před téměř každým pohlavním stykem, bývají často v důsledku málo spolehlivé. Tyto metody jsou považovány za tělu přirozenější a méně invazivní. Jejich velkou výhodou je i možnost téměř okamžitého vysazení bez výraznějších zdravotních komplikací. Tato možnost pak přináší benefity zejména párům, které se rozhodnou pro početí v krátkém časovém horizontu. Výhodou je i možnost rychlé výměny způsobu ochrany (např. spermicidní gely za mužský prezervativ). V neposlední řadě je výhodou i možnost volného zakoupení, bez předchozí konzultace s lékařem. Neinvazivních metod využívají i náctiletí.

Nehormonální nitroděložní tělísko

Nitroděložní tělísko (IUD – intrauterine device) je zavedeno do děložní dutiny. V současnosti je IUD výhradně z plastické hmoty a bývá doplněno o kovový drátek, který je nejčastěji měděný, zlatý nebo stříbrný. Je možné se setkat i s drátkem ze slitiny mědi a zinku. Součástí IUD je drobné vlákno, které prostupuje až do pochvy a je určeno k jeho snazšímu vyjmutí. IUD se zavádí pomocí zavaděče v období menstruace a v děloze bývá nejčastěji ponecháno po dobu pěti let, poté se vyměňuje za nové. Principem fungování je vytvoření sterilního zánětu, kdy ženský organismus skrze makrofágy napadá IUD jako cizorodé těleso. Jako následek tohoto děje makrofágové napadají a usmrcují spermie. Usmrcování spermií podporují i ionty mědi uvolněné z drátku na IUD. Hlavní nevýhodou je znatelné prodloužení a zesílení menstruačního cyklu. V případě selhání IUD se zvyšuje pravděpodobnost výskytu mimoděložního těhotenství. V případě, kdy dojde k těhotenství

nitroděložnímu, zvyšuje se riziko potratu. IUD není vhodné pro ženy, které mají vrozenou vadu dělohy, pro ženy promiskuitní a pro ženy, které trpí častými či chronickými záněty dělohy. I přes tato rizika a omezení, se IUD řadí mezi velice spolehlivé antikoncepční metody a Paerlův index je asi 0,5 (Roztočil et al., 2011, s. 108).

Sterilizace

U žen se sterilizace provádí buď laparoskopicky nebo klasickým břišním řezem. Při zákroku dojde k přerušení vejcovodů čímž dojde k zamezení styku spermií a oocyty. Této antikoncepční metody využívají častěji ženy ve vyšším věku, které již mají děti a žijí v partnerském či manželském svazku. Četnost sterilizace je častější u žen s vyšším vzděláním. Nejméně tuto metodu využívají ženy v Africe (1,7 %) a nejvíce v Latinské Americe a Karibiku (26 %). V České republice je možné o sterilizaci požádat ze zdravotních či antikoncepčních důvodů. Pro tento výkon je povinností lékaře seznámit pacientku s podstatou tohoto zákroku. Ze zdravotních důvodů se u žen provádí po 18. roce věku a v tomto případě má žena 7 dní na rozmyšlenou. Sterilizace jako antikoncepční metoda je pak prováděna u žen starších 21 let. Tyto ženy mají 14 dní na rozmyšlenou. Souhlas ženy se zákrokem musí být proveden minimálně před jedním svědkem, který je zdravotnický pracovník. Souhlas se podává písemně a je součástí lékařského spisu ženy. Zákrok je možné vykonat i během císařského řezu či 48 hodin po porodu. Spolehlivost této metody dosahuje u žen 99 %. Tento zákrok je trvalý a neměnný. Sterilizace snižuje intenzitu a bolestivost menstruace u žen, ale také zvyšuje její nepravidelnost. U této metody se při jejím selhání častěji vyskytuje mimoděložní těhotenství. Změny v sexuálním apetitu se vyskytují zřídka. Paerlův index je u sterilizace ženy 0,4 (Koliba, 2019, s. 82–83).

U mužů se sterilizace provádí formou vasektomie, kdy dojde k přerušení obou chámovodů, což znemožní přístup spermiím do ejakulátu. Tento zákrok lze provést v lokální anestezii a jeho účinnost, jako antikoncepční metoda, je vysoká (99,5 %). Paerlův index je vyšší než u sterilizace ženské (Koliba, 2019, s. 83).

Přerušovaná soulož

Tato metoda je nejrozšířenější nehormonální antikoncepční metodou. Její princip spočívá v ejakulaci mimo pochvu ženy a je velice nespolehlivá, protože závisí především na bezchybné schopnosti sebeovládání muže. Dalším rizikovým faktorem je možnost výskytu životaschopných spermií již v preejakulátu muže. Odtok preejakulátu není mužem pocítově vnímán. Riziko jejího selhání zvyšuje i možnost výskytu spermií v močové trubici či na povrchu penisu. Tyto spermií jsou nejčastěji pozůstatky předchozí ejakulace. Pro zvýšení

účinnosti přerušované soulože se doporučuje, aby si muž po každé ejakulaci omyl penis a vymočil se. Paerlův index se uvádí 8–38 (Šulová, 2019, s. 269).

Bariérové ochrany

Čepický (2007, s. 33–41) uvádí, že bariérová ochrana má v lidské historii dlouhou tradici. Nejdříve se návleky na penis používaly k dozdobení těla a k ochraně před pohlavně přenosnými chorobami, zejména pak syfilidou. Ve středověku byly návleky vyráběné z plátna, později přišly na řadu střívká zvířat a plynové měchýře z ryb. K jejich využití jako antikoncepční metody se přistoupilo v 18. století. Běžně dostupným se prezervativ stal v 70. letech 19. století, díky objevení pryže. Prezervativ byl téměř až do 50. let 20. století jedinou spolehlivou antikoncepční metodou. V dalších letech jeho využívání ustoupilo. Opětovný nárůst jeho používání byl zaznamenán v 80. letech, kdy začal stoupat počet lidí nakažených HIV. V současné době jsou prezervativy využívány jako antikoncepční metoda, ale i jako ochrana před pohlavně přenosnými chorobami. Bariérová ochrana je volně dostupná.

Princip bariérové ochrany je stejný u žen i mužů. Cílem je zabránit spermiiím styk s vajíčkem pomocí nepropustné bariéry, nejčastěji pryžové. Tyto metody jsou kompatibilní s většinou dalších antikoncepčních metod. Problém může nastat u kombinace s IUD, kdy vyčnívající vlákno může narušit bariéru.

Při volbě bariérové metody mají ženy větší možnost výběru než muži. Muži mají možnost jedinou a tou je prezervativ. Ženy pak mohou volit např. poševním, vaginální nebo cervikální pesar, femidom nebo vaginální hubku. Ženská bariérová ochrana i přes větší výběr není v populaci tolik rozšířená. Z důvodu nižší spolehlivosti je doporučeno ji kombinovat s další antikoncepční metodou např. se spermicidními přípravky. Paerlův index se u ženské ochrany pohybuje mezi 3–20. Pravděpodobnost selhání spočívá především ve špatném zavedení bariéry. Obecně lze říct, že tyto metody jsou častěji využívány ženami, které mají méně pohlavního styku. Bariérové ochrany snižují riziko nákazou HPV viru a záněty pánve. Účinnost ochrany před nákazou se může lišit v závislosti na typu ochrany Koliba (2019, s. 72).

Mužský kondom je nejrozšířenější typ bariérové ochrany v populaci. Nejčastěji se vyrábí z latexu. Kondom je považován za vhodnou ochranu nejen před otěhotněním, ale i před nákazou HPV, HIV, hepatitidou B. Z tohoto důvodu je vhodný pro jedince s vyšším počtem sexuálních partnerů. Největší riziko selhání spočívá v protržení prezervativu a svléknutí prezervativu z penisu během soulože. Stejně jako u ženské bariérové ochrany, je i zde doporučená kombinace s jinou antikoncepční metodou. Paerlův index je 2–12.

Koliba (2019, s. 72) také uvádí, že se jeho účinnost zvyšuje v návaznosti na správnou manipulaci před pohlavním stykem i po něm a na zvolení správné velikosti i typu lubrikačního gelu. V současné době jsou prezervativy vyráběny z odolnějších materiálů než v minulosti. Některé jsou na povrchu opatřeny příměsí spermicidních látek. Prezervativy se nedají opakovaně používat.

Spermicidní metody

Tato metoda se také někdy označuje jako chemická nebo lokální antikoncepce. Jak už název napovídá jedná se o látky chemické povahy, které dokážou usmrtit spermie. Tyto látky je možné volně zakoupit, a to nejčastěji ve formě vaginálních čípků, krémů a gelů. Přípravek je nutné aplikovat před pohlavním stykem. Doba aplikace před stykem se může u různých výrobků lišit, zpravidla se však pohybují v řádu minut, a to nejčastěji v rozmezí 5–10 minut. Před každým dalším pohlavním stykem se musí aplikace opakovat. U této metody byly prokázány antibakteriální a antivirové účinky. Negativní dopad na vnitřní mikroflóru pochvy nebyl prokázán. Paerlův index je 4 (Koliba, 2019, s. 73).

Sebepozorovací metody

Antikoncepční metody založené na sebepoznávání je několik. Pravděpodobně tou nejznámější je metoda neplodných dnů dle Ogina–Knause, která je založena na fyziologii menstruačního cyklu ženy a na délce života spermií. Tato metoda je účinná pouze u žen s pravidelným menstruačním cyklem. Paerlův index této metody je 14–35. Další metodou je měření bazální teploty, která vychází z poznatku o zvýšení bazální teploty (o 0,5 °C) v období ovulace. Teplotu je třeba měřit každé ráno a zaznamenávat ji. Tato metoda je vhodná pro ženy s pravidelným menstruačním cyklem, u kterých je jediným důvodem zvýšení bazální teploty ovulace. Paerlův index udávají různé zdroje jinak. Jako další metody lze uvést hlenovou metodu, Rötzerovu metodu, metodu krystalizace slin. Paerlův index se u jednotlivých metod liší, ale obecně nejsou považovány za spolehlivé (Koliba, 2019, s. 73).

Sexuální abstinence

Sexuální abstinenci lze rozdělit do dvou skupin. Úplnou sexuální abstinenci a abstinenci koitální části, při které jsou zachovány ostatní sexuální praktiky (např. orální sex nebo onanie). Při nekoitální abstinenci, bývá vaginální sex nahrazován análním. Anální styk přináší rizika především v podobě poranění konečníku, přenosu pohlavních chorob a infekcí (Roztočil, 2011, s. 108).

Kojení

Kojení bývá v některých zdrojích řazeno mezi sebepoznávací metody. Roztočil (2011, s. 107) kojení popisuje jako samostatnou metodu a uvádí, že vývojově v linii *Homo sapiens* funguje jako přirozená antikoncepční metoda, kterou produkuje samo tělo ženy. Kojení ovšem nezaručuje 100 % ochranu před početím. Účinnost závisí na řadě dalších aspektů, mezi které se řadí plné kojení dítěte v intervalu maximálně po 4 hodinách přes den a 6 v noci, žena od porodu ani jednou nemenstruovala a od porodu neuběhlo více než půl roku. Při splnění těchto podmínek je Paerlův index 3.

3.2 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPČNÍ METODY

Hormonální antikoncepce je v praxi využívána přes 50 let. Během vývoje postupně docházelo k úpravám ve výběru klíčových hormonů, ve způsobu aplikace i velikosti dávky. Požadavky žen na antikoncepci jsou u většiny žen stejné. Mezi hlavní patří účinnost, absence či minimální projev vedlejších účinků, bezpečnost, dostupnost a snadná aplikace. Hormonální antikoncepce ve velké míře tyto požadavky splňuje. Za velký benefit ženy považují i výskyt některých přidružených příznivých účinků, které se přímo nevztahují k antikoncepční schopnosti. Je ovšem důležité zmínit, že hormonální antikoncepce není vhodná pro každou ženu. Existuje spousta kontraindikací a rizik, která by mohla zapříčinit nejen její selhání, ale i zdravotní komplikace ženy. Z těchto důvodů je nutné nahlížet na ženin celkový zdravotní stav, nejen na gynekologické aspekty, ale zohlednit i veškerá další rizika (Křepelka, 2013, s. 13).

V roce 2019 užívala v České republice hormonální antikoncepci téměř jedna třetina žen ve věku 15–49let. Za takto vysokým počtem uživatelék pravděpodobně stojí nejen její oblíba u žen, ale i u lékařů. Hormonální antikoncepci lékaři využívají nejen při léčbě poruch menstruačního cyklu a premenstruačního syndromu, ale také při léčbě polycystických ovaríí (PCOS), endometrióze, hemoragii nebo akné. Hormonální antikoncepce je využívána i jako prevence vzniku rakoviny ženského reprodukčního systému (Bobek, 2022, s. 79–81).

I přes výše uvedené skutečnosti a výhody dochází v posledních letech k poklesu počtu žen, které hormonální antikoncepci užívají. Důvody poklesu nejsou v současné době s jistotou zcela známé, ale předpokládá se, že jedním z možných důvodů je stále se prodlužující doba prvního pohlavního styku a odmítání mladé generace užívat syntetické hormony. Dalším možným vysvětlením je stoupající výskyt promiskuitního chování u starší generace. Zvýšená promiskuita s sebou přináší nejen zvýšené riziko přenosu pohlavních

chorob, ale i delší sexuální abstinenci, při které ženy neshledávají dlouhodobé užívání antikoncepce jako užitečné (natur.cuni.cz).

Ženy, které odmítají přijímat umělé hormony, často jako důvod svého rozhodnutí uvádějí prožití nežádoucích vedlejších účinků, anebo obavy z nich. Mezi nejčastější vedlejší účinky patří zvýšení napětí v prsou, bolesti hlavy, pocit nafouklého břicha, výkyvy nálad, nárůst váhy a změny v menstruačním cyklu. Ve většině případů se jedná o život neohrožující vedlejší účinky (Hrušková, 2009, s. 569–572).

Koliba (2014, s. 348–352) uvádí, že nejčastěji se vedlejší účinky projevují v prvních třech měsících po začátku užívání. Intenzita nežádoucích účinků časem slábne. Závažných zdravotních komplikací, které může hormonální antikoncepce způsobit není sice mnoho, ale jejich propuknutí může ženu vážně ohrozit na životě. Mezi nejvážnější onemocnění patří tromboembolická nemoc (TEN). Z tohoto důvodu není možné užívání hormonální antikoncepce u žen, které již prodělaly plicní embolii nebo žilní trombózu. U žen, které mají v rodinné anamnéze plicní embolii nebo žilní trombózu je nutné provést vyšetření hematologem.

O hormonální antikoncepci se v posledních letech mluví i v souvislosti s životním prostředím. Studie ukazují, že čistírny odpadních vod, nejsou zcela schopné odstranit zbytky hormonů z vody, které se do ní dostávají skrze moč žen. Tato kontaminovaná voda se následně dostává do vodního režimu vod povrchových i podpovrchových, což má výrazný dopad na některé vodní živočichy. Bylo prokázáno, že ztráta rozmnožovací schopnosti ryb, souvisí s rezidui hormonů ve vodách. Britská studie již v roce 2009 potvrdila, že ryby v řekách, které byly vystavené těmto pozůstatkovým hormonům z antikoncepce, začaly produkovat samičí hormony. Někteří jedinci dokonce zcela změnili pohlaví (Klézl, 2022).

K těmto změnám u ryb dochází i na území České republiky. Změny byly na našem území pozorovány například na řece Labi, Vltavě Jihlavě nebo Svatce. Nejčastěji se jednalo o zmenšení pohlavních žláz samců a k úbytku samčích hormonů, ke zhoršení kvality spermatu anebo ke zvýšení počtu intersexuálních jedinců. Úbytkem samčích pohlavních hormonů ztrácí samci svou přirozenou dravost. Všechny tyto projevy značně snižují rozmnožovací schopnost ryb. Změny byly prokázány u parmy obecné (*Brabus brabus*), jelce tlouště (*Squalius cephalus*) a pstruha obecného (*Salmo trutta*). Na ostravsku byl zaznamenán 18 % výskyt intersexuálních jedinců v jedné populaci raka bahenního (*Astacus leptodactylus*), která se na našem území řadí mezi ohrožené druhy (Rychlík et al., 2017).

V této práci je hormonální antikoncepce rozdělena do tří základních skupin, kterými jsou kombinovaná hormonální antikoncepce, gestagení hormonální antikoncepce a postkoitální antikoncepce.

Kombinovaná hormonální antikoncepce

V současné době je nejčastějším užívaným typem hormonální antikoncepce. Jak už název napovídá, principem tohoto typu antikoncepce je podávání kombinace dvou hormonů (estrogenu a progestinu). Tradičně se antikoncepce užívá v pravidelně opakujících se cyklech. V intervalu 21–24 dní užívají hormony a následně dochází k přerušení jejich na dobu 4–7 dní. V tomto období dochází k nepravému tzv. pseudomenstruačnímu krvácení. Žena je před otěhotněním chráněna i v této době. Ochranný účinek této antikoncepce spočívá v zástavě ovulace. Ovulace je zastavena kvůli dodávaným hormonům a dochází i ke změně hustoty cervikálního hlenu. Tento typ antikoncepce je mezi ženami oblíbený zejména i kvůli, že umožňuje úpravu délky menstruačního cyklu (Roztočil, 2017, s. 111).

Při bezchybném užívání je Paerlův index 0,0–0,4. Spolehlivost antikoncepce se snižuje v návaznosti na výskyt kontraindikačních faktorů, kterými mohou být kouření, hypertenze, onemocnění oběhové soustavy, výskyt trombotického onemocnění u pacientky nebo u jejích rodinných příslušníků (Koliba, 2019, s. 74–77).

Nejběžněji se v České republice užívá orální kombinovaná antikoncepce. V jedné tabletě jsou obsaženy, v rozdílné denní dávce, oba hormony (estrogen a progestin). Obsah estrogení složky se od 60. let minulého století, postupně snižoval. Orální tablety lze rozdělit do tří skupin. Dělení vzniklo na základě rozložení dávky hormonů v tabletách po dobu celého cyklu. Tablety lze tedy rozdělit na monofázické, bifázické a třífázové. Monofázický typ obsahuje stejné složení u všech tablet, bifázické obsahují ve druhé polovině cyklu vyšší dávku progestinu. U třífázového typu dochází k postupnému navyšování dávky progestinu. Ve třetí třetině aplikace lze navýšit i dávku estrogenu. Tablety se začínají užívat v první den menstruačního cyklu a je možné je užívat nepřetržitě nebo učinit po třech měsících sedmi denní pauzu (forumantikoncepce.cz).

Kombinovanou hormonální antikoncepci lze aplikovat i injekčně. Antikoncepce se aplikuje intramuskulárně jednou za měsíc nebo jednou za tři měsíce. Injekce obsahuje kombinaci estrogenu a progestinu a v průběhu celého měsíce dochází k jejich uvolňování do krevního oběhu ženy. Tento typ antikoncepce není v současné době v České republice k dispozici (forumantikoncepce.cz). Tento typ antikoncepce je důležité konzultovat

s lékařem, protože má dlouhotrvající účinek, což může způsobovat komplikace u žen, které se rozhodnou otěhotnět. Návrat plodnosti může být delší (antikoncepce.cz).

Kombinovaná antikoncepční náplast obsahuje kombinaci estrogenerů a progestinu, které se postupně uvolňují do krevního oběhu skrze kůži ženy. Náplasti se lepí po dobu tří týdnů a poté následuje týdenní pauza. Během týdenní pauzy dochází ke krvácení (forumantikoncepce.cz). Náplast se lepí do oblasti podbřišku, hýždí nebo paže. V případě odlepení se žena řídí pokyny z příbalového letáku nebo navštíví lékaře (antikoncepce.cz).

Kombinovaná vaginální antikoncepce, je na našem území dostupná v podobě kroužku, který si žena zavádí do pochvy. Z kroužku se po dobu tří týdnů uvolňují hormony a skrze sliznici se dostávají do krevního oběhu ženy. Kroužek se po třech týdnech vyjme a čtvrtý týden nastává krvácení (forumantikoncepce.cz). Pokud dojde k úplnému vyjmutí nebo vypadnutí kroužku zůstává žena chráněná po následující tři hodiny. Pokud nedojde k jeho opětovnému zavedení v tomto časovém rámci, je potřeba zvolit jiný typ antikoncepční metody. Plná ochrana kroužku nastává až po celých sedmi dnech od jeho opětovného zavedení (antikoncepce.cz).

Gestagenní hormonální antikoncepce

Gestagenní antikoncepce obsahuje pouze gestageny (progesteron), které snižují funkci vejcovodů, zvyšují hustotu cervikálního hlenu a ovlivňují růst děložní sliznice. I přes to, že gestagenní antikoncepce zcela nezastaví ovulaci, je velice spolehlivá. Tento typ antikoncepce je vhodný pro ženy, které chtějí užívat hormonální antikoncepci, ale kombinovaná hormonální antikoncepce pro ně není vhodná. Gestagenní antikoncepci tedy mohou užívat kojící ženy, ale i ženy, které jsou ohrožené žilní trombózou, rakovinou endometria anebo se u nich opakovaně projevují vaginální mykózy. Gestagenní antikoncepce je využívána jako léčebná terapie například při nepravidelném menstruačním cyklu, při symptomech dysmenorey, léčbě endometriózy nebo při klimakteriu. Absolutní kontraindikací této metody je gravidita (Koliba, 2019, s. 78).

Antikoncepci je možné užívat v několika formách. Orální gestagenní antikoncepce je nejužívanější formou svého druhu. Užívá se každý den ve stejnou hodinu v podobě pilulek a je vhodnou alternativou pro ženy, které nemohou užívat orální kombinovanou antikoncepci. Paerlův index je 0,5. Mezi nejčastější vedlejší účinky patří výskyt nepravidelné menstruace u některých žen, špinění a změny nálad. Někdy se může objevit dlouhodobé vynechání menstruace. Časem dochází ke zmírnění vedlejších účinků, které

mohou časem zcela vymizet. Tento typ se nedoporučuje ženám, které mají v anamnéze mimoděložní těhotenství (Koliba, 2019, s. 78).

Injekční gestagenní antikoncepce se do těla vpravuje buď intramuskulárně nebo subkutánně. Aplikace probíhá v době menstruace a injekce působí po dobu tří měsíců, kdy se hormony postupně uvolňují do těla ženy. Po opakované aplikaci může dojít ke ztrátě menstruačního krvácení, což je u mnohých žen žádoucí výsledek. Tato metoda je vhodná pro ženy, u kterých je zvýšené riziko zapomenutí užívání orálních pilulek. Metoda naopak není vhodná pro ženy, které plánují těhotenství v kratším časovém horizontu. K obnově plodnosti dochází mezi 10.–18. měsícem po vysazení antikoncepce. Paerlův index je 0,3 (Koliba, 2019, s. 78).

Depotní gestagenní antikoncepce se aplikuje v podobě podkožního implantátu, který je účinný 3 roky. Po vyjmutí implantátu dochází k obnově plodnosti velice rychle. Implantát zabraňuje vzniku ovulace, ale nezastavuje tvorbu folikulů. Přirozená produkce estrogenu v těle ženy je tedy nezměněná. Tato antikoncepční metody je velice spolehlivá. Paerlův index je 0,1 (antikoncepce.cz).

Nitroděložní gestagenní antikoncepce je malé plastové tělísko tvaru obrácené kotvy, které zdravotník zavádí do dělohy ženy. Z tělíska se po dobu 3–8 let uvolňují lokálně hormony (antikoncepce.cz). Spolehlivost tělíska je vysoká, Paerlův index je 0,02. Výhodou této metody je snížení objemu krvácení o 95 %. U 20 % žen pak dochází k úplné ztrátě menstruace. Tato metoda snižuje riziko výskytu rakoviny dělohy a zánětlivých onemocnění dělohy. Při zavádění i odeírání tělíska hrozí riziko poranění děložní sliznice. V prvních třech měsících po zavedení nastává postupně slábnoucí krvácení. Postupně dojde k obnově pravidelnosti menstruačního cyklu (Roztočil, 2017, s. 109).

Postkoitální antikoncepce (emergentní antikoncepce)

Jedná se o specifický druh antikoncepce, který není určený k plánovanému užití. Využívá se až tehdy, kdy dojde k selhání jiné antikoncepční metody anebo při jinak nechráněném pohlavním styku (Roztočil, 2017, s. 114). Z tohoto důvodu se postkoitální antikoncepce hovorově označuje jako „pilulka po“ nebo „sos pilulka“. Antikoncepce však musí být podána co nejdříve od pohlavního styku, a to ještě před uhnížděním oplodněného vajíčka v děloze. Čím déle se antikoncepce podá, tím je její účinnost nižší. Ve většině případů je nutné podat první dávku antikoncepce nejdéle do 72 hodin po pohlavním styku. Antikoncepce je složena z kombinací hormonu estrogen a progestin, které jsou podány ve vysoké dávce (Slezáková, 2011, s. 100). Princip účinku závisí na fázi menstruačního cyklu, kdy dochází

buď k ovlivnění ovulace, žlutého tělíska nebo sliznice dělohy. Cíleným efektem je zabránění oplodněnému vajíčku v uhnízdění (Roztočil, 2017, s. 114). Vlivem vysoké dávky hormonů může dojít ke změnám v průběhu další menstruace. V České republice je postkoitální antikoncepce volně prodejná v lékárnách a není k ní potřeba lékařského předpisu. Jednou z možností je ulipristalacetát, který lze podat až do 120 hodin po pohlavním styku. V některých zemích se jako postkoitální antikoncepce používá Mifepriston. V České republice se používá k ukončení těhotenství v prvním trimestru a hovorově se někdy označuje jako „potratová pilulka“. Při podání do 120 hodin po styku je jeho účinnost 81 %. Mezi emergentní antikoncepci patří i zavedení IUD. Lze tak učinit až pět dní po styku a jeho účinnost dosahuje téměř 100 % (Koliba et al., 2019 s. 79). Pokud dojde k selhání i emergentní antikoncepce, je možné přistoupit k umělému přerušení těhotenství (interrupci), kterou provádí lékař.

4 REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje reprodukční zdraví jako stav úplné duševní, fyzické a socio-ekonomické pohody, při které jsou lidé schopni vést uspokojivý, bezpečný sexuální život se schopností rozmnožovat se. Do úplného reprodukčního zdraví se zahrnuje i možnost svobodného rozhodování, zda vůbec, kdy a kolikrát se rozhodnou pro početí. Za reprodukční zdraví WHO nepovažuje pouze absenci nemocí nebo vad (who.int).

Reprodukční zdraví lze definovat i jako schopnost mužské spermie oplodnit ženský oocyt, který se dále vyvíjí v těle ženy a ze kterého se po porodu stává zdravý jedinec. Reprodukční zdraví tedy zahrnuje kompletní průběh oplození, těhotenství, nitroděložní vývoj a porod. Z větší části je vývoj nového jedince soustředěn do těla ženy, což klade nemalý důraz na správné fungování ženských pohlavních orgánů. Mužská potence je nejdůležitější při oplození. V dalších fázích muž představuje především oporu ženě (Vránová, 2010, s. 20).

Reprodukční zdraví však nelze zcela oddělit od celkového zdravotního stavu, který je z velké části ovlivněn životním stylem jedince i společnosti. Životní styl lze definovat jako soubor dobrovolných rozhodnutí, které jsou učiněny na základě konkrétních situací a možností (Čevela, 2009, s. 39). Celý proces rozhodování je ovlivněn vnitřními a vnějšími faktory. Vnější faktory životního stylu zahrnují ekonomické faktory, sociální faktory, geografické faktory, etnicitu, rodinné faktory, úroveň zdravotnictví, vědy a vzdělání, pracovní příležitosti a podmínky. Vnitřní faktory zahrnují psychologické faktory, zdravotní stav a zdravotní gramotnost (Hamplová, 2019, s. 15–16).

Vliv vnitřních i vnějších vlivů prokazuje studie, která byla prováděna v Nigérii v metropoli Okene. Studie se zúčastnilo 442 žen. Ženy v této oblasti měly větší prevalenci (40,7 %) ve výskytu *Trichomonas vaginalis*, která způsobuje předčasné porody, vaginální záněty a přenáší se nechráněným pohlavním stykem, ručníkem nebo z matky na dítě. V této oblasti je nižší úroveň vzdělání, horší socio-ekonomická situace, zdravotní gramotnost je nízká, většina žen, zde pracuje v zemědělství a některé si přivydělávají prostitucí (Idakwo et al., 2020, s. 213–217).

V širším kontextu spadá do reprodukčního zdraví i informovanost o možných negativních a podporujících vlivech na něj.

4.1 PODPORA REPRODUKČNÍHO ZDRAVÍ

Nedílnou součástí v podpoře reprodukčního zdraví mají školy a jiné vzdělávací instituce. Vzdělávací instituce plní především funkci primární prevence formou osvěty a vzdělání. Výchova k reprodukčnímu zdraví (někdy také sexuální výchova) by měla být zařazena do vzdělávacího programu již od útlého věku. Informace, které jsou žákům předávány musí být přizpůsobeny obsahově i jazykově jejich úrovni. Je prokázáno, že děti, které jsou časně informovány o sexualitě zahajují svůj sexuální život ve vyšším věku a vykazují menší míru rizikového chování. Nižší četnosti vykazují i v oblasti nechtěného těhotenství a předčasného uzavírání manželství. Domněnky, že informovat děti o sexualitě není správné, protože by došlo k vyvolání předčasné touhy po intimních zážitcích, jsou tedy zcela liché. Vzdělání by nemělo být zaměřeno pouze na pohlavní styk, ale i na vztahovost, hygienu, anatomii, antikoncepci, riziko pohlavně přenosných chorob a nechtěné těhotenství. Škola je velice důležitým zdrojem informací, především pro děti, které rodiče nechtějí nebo neumí v této problematice informovat. Učitelé a školitelé sexuální výchovy by se měli neustále aktivně vzdělávat (Vránová, 2010, s. 28–31).

Důležitost edukace dokazuje i švýcarská studie z roku 2020, kterého se zúčastnilo celkem 4978 respondentů. Studie se zabývala zdrojem informací o sexualitě. Dotazníkové šetření probíhalo ve třech rozdílných jazykových oblastech Švýcarska (v německém, francouzském, italském). Mezi jednotlivými regiony byly objeveny rozdíly ve zdrojích informací. V německém regionu byli nejčastějším zdrojem informací rodiče, ve francouzském škola a v italském nikdo. Souhrnné výsledky pak přinesly zjištění, že nejčastějším zdrojem informací byli pro respondenty jejich přátelé a kamarádi (38,9 %), druzí byli rodiče (27,3 %) a třetí škola (19,1 %). Dále to byl internet (8,0 %), nikdo (3,5 %) a ostatní (3,2 %). Muži častěji čerpali z internetu. Ženy nejčastěji čerpaly od rodičů. Zdroj informací měl vliv na následující sexuální chování. Bylo zjištěno, že respondenti, kteří získali nejvíce informací ve škole byli při prvním vaginálním styku starší například oproti skupině, která získávala informace od přátel. Tato skupina měla první vaginální styk v mladším věku. U skupin, které odpověděly buď internet nebo nikdo, bylo zjištěno, že při prvním vaginálním styku nepoužili žádnou antikoncepci. Zatímco účastníci ve skupinách rodiče a ostatní nejčastěji uváděli prezervativ. Na otázku týkající se těhotenství odpovědělo pouze 37 respondentek. Ty uvedly těhotenství před dosažením plnoletosti. V otázce na rizikové sexuální chování vyšlo, že respondenti ve skupině škola vykazují nejnižší míru tohoto chování a skupina přátelé nejvyšší (Barrense-Dias et al., 2020, s. 166-176).

V roce 2019 byl zahájen projekt „Moje reprodukční zdraví“, který je součástí vzdělávací kampaně Evropského parlamentu. Kampaň je odezvou na probíhající diskuse pedagogických a zdravotnických pracovníků, kteří hovořili o nedostatku informací a o stále klesající plodnosti v evropských zemích. Jedním z výstupů kampaně, je sestavení doporučení, které se podílejí na podpoře reprodukčního zdraví. Atributy celkového zdraví, které je úzce spjato s reprodukčním, jsou pravidelný pohyb, který podporuje udržení zdravé tělesné hmotnosti, vynechání alkoholu, tabákových výrobků, návykových látek a snížení příjmu kofeinu a dodržování vyvážené stravy. Doporučení také upozorňují na postupné snižování plodnosti žen ve vyšším věku čímž zdůrazňují význam včasného zahájení pokusů o početí. Svě místo v doporučeních má i doba vhodná pro početí, a to konkrétně doba ovulace, při které je největší pravděpodobnost otěhotnění. Pokud se páru nepodaří přirozené početí v průběhu jednoho roku, měl by vyhledat lékaře. Kampaň cílí na širokou veřejnost (mojereprodukcnizdravi.cz).

Nezastupitelnou roli má v podpoře reprodukčního zdraví mimo edukaci i samotná lékařská prevence. V oblasti primární prevence reprodukčního zdraví žen se jedná o pravidelné gynekologické prohlídky. U žen mezi 20–60 lety se doporučuje preventivní kontrola jednou ročně. Vyšetření zahrnuje kontrolu děložního hrdla, cytologii a vyšetření malé pánve, někdy i prsů. První kontrola u gynekologa se doporučuje ještě před prvním pohlavním stykem z toho důvodu, aby byly dívky dostatečně informované o možnostech antikoncepce, ale i o rizicích pohlavně přenosných chorob. Sekundární prevenci pak zastupují screeningová vyšetření, která včasně detekují nemoc nebo zvýšené rizikové faktory (Šulová, 2011, s. 258).

Podpora zdraví, nezávisí pouze na úrovni lékařských nebo finančních možnostech a technickém vybavení, stěžejní jsou lidé. V životě jedince hraje důležitou roli vlastní rozhodnutí aktivně využívat dostupných činitelů podporujících zdraví (Čevela, 2009, s. 25).

4.2 RIZIKOVÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ

Rizikové faktory vyplývají z různých forem rizikových zdravotních návyků, které jsou součástí životního stylu. Jedním z nejčastějších rizikových faktorů je závislost na tabákových výrobcích, které způsobují onemocnění kardiovaskulárního systému. Projevy tohoto onemocnění se mohou u mužů objevit v podobě erektilních dysfunkcí nebo častějším projevem abnormalit u spermií. Ženám hrozí vyšší riziko potratu nebo úmrtí plodu, nižší

porodní váha novorozence. Stoupá i pravděpodobnost vrozených fyzických či mentálních vad dětí. Rizikovým faktorem je i pasivní kouření (Hamplová, 2019, s. 26–31).

Reprodukční zdraví výrazně ohrožuje užívání alkoholu. Ženské reprodukční zdraví je více zatíženo rizikem negativních dopadů alkoholu. Dopady se projevují nejen na celkovém zdraví ženy, ale i na schopnosti počít, na průběhu těhotenství a na zdraví dítěte. Pokud žena pravidelně užívá alkohol v průběhu těhotenství, může se u dítěte projevit fetální alkoholový syndrom, který způsobuje závažné zdravotní komplikace dítěte (nzip.cz).

Drogová závislost ohrožuje reprodukční zdraví žen výrazně v období těhotenství. Největší skupinu těhotných drogově závislých žen v České republice, zaujímají ženy mladšího věku, které nemají stálého partnera a pocházejí z nižších socio-ekonomických poměrů s nižší úrovní vzdělání. Dopad drog na plod je ovlivněn četností užívání, typu drogy a způsobu užívání. Obecně byly po narození u dětí pozorovány abstinční příznaky. V průběhu dospívání se pak projevovaly změny na úrovni snížení inteligence, změny somatické povahy, anebo poruchy orgánového charakteru. U žen silně závislých není výjimečná prostituce, která zvyšuje riziko přenosu viru HIV a jiných infekčních onemocnění, které mohou ohrozit plod (Vavřínková et al., 2007, s. 1–12). Rizikové sexuální chování nevykazují pouze ženy závislé na drogách, které se živí prostitucí. Rizikové sexuální chování je v populaci poměrně časté, jedním z projevů je promiskuita. V současné době stoupá rizikové chování, které je spjaté s posíláním erotických fotografií, které se v některých případech stávají nástrojem pro vydírání a vyhrožování (Hamplová, 2019, s. 31–45). Tímto vyhrožováním nejvíce trpí psychické zdraví. Vliv psychické pohody, kvality zázemí a informovanosti, na reprodukční zdraví dokazuje i studie z roku 2014, která proběhla v Brazílii a zúčastnilo se jí celkem 828 respondentek. Studie se zabývala počtem sebevražd u těhotných adolescentek. Bylo zjištěno, že pokusy o sebevraždu jsou u dívek časté (prevalence 13,3 %) a vyskytují se především u dívek s nižším vzděláním a s nižším socioekonomickým statutem. Z celkového počtu respondentek uvedlo 7,4 % opakované pokusy o sebevraždu. Vyšší početnost sebevražd je u dívek s nevyhovujícím rodinným a ekonomickým zázemím. Dívky často uváděly, že se o ně rodina příliš nezajímá. Vyšší počet sebevražd se objevil u dívek, které byly vystaveny fyzickému a sexuálnímu násilí a u dívek, které již prodělaly potrat nebo pokus o něj. Dívky, které měly kvalitní oporu v rodině nebo partnerovi vykazovaly nízkou početnost v pokusech o sebevraždu (Coelho et al., 2014, s. 1241–1248).

5 ROZHODOVÁNÍ

Proces rozhodování je součástí běžného dne každého jedince. Rozhodování probíhá na vědomé i nevědomé úrovni. Vážnost rozhodnutí je různá a důsledky s ním spojené také. Volbě konkrétní možnosti předchází odhad dopadů volby. Obecně platí, že čím je organismus vyspělejší, tím je jeho myšlení dokonalejší. Předpokladem je, že se člověk rozhoduje dle hodnot, které jsou stanoveny na základě výhod a nevýhod, které pro jedince z rozhodnutí plynou, a z důvodu respektování obecně platných norem společnosti. Rozhodováním se zabývá neurověda (Koukolík, 2016, s. 21–22).

Za rozhodování je považovaný proces, kdy dochází k výběru z minimálně dvou možností za účelem splnění daného cíle. Výstupem rozhodování je volba jedné z možných variant, která stanovuje postup k dosažení zamýšleného cíle. Průběh rozhodování obsahuje faktickou i teoretickou část. Kritéria pro výběr možnosti jsou nastavena buď samotným rozhodovatelem nebo například normou, právem, další osobou (Prukner, 2019, s. 62–69).

Proces rozhodování je ovlivněn třemi základními proměnnými hodnotami. První proměnnou je pocit hodnoty, který je orientován na odměnu. Hlavním neurotransmiterem je v tomto případě dopamin. Odměnový systém spouští příjemné pocity, jako smích, vůně, příjemný dotyk. Druhou hodnotou je míra nejistoty. Míra nejistoty je složená z rizika a dvojznačnosti. Pokud se v průběhu rozhodování objeví známá pravděpodobnost, mluví se o přítomnosti rizika. Pokud je pravděpodobnost neznámá, mluví se o dvojznačnosti. Třetí proměnnou hodnotou jsou sociální interakce. V tomto případě je rozhodování ovlivněno interakcí s druhými lidmi nebo pocity z nich (Koukolík, 2016, s. 24–27).

Rozhodovací postupy

Rozhodovací postupy se v literatuře liší, podle toho, jaké má autor dělení zkušenosti a v jakém odvětví se pohybuje. Rozhodovací postupy se mění i v návaznosti na časové možnosti a závažnost rozhodnutí. Pro některé situace jsou již rozhodovací postupy ustanoveny a je povinnost je dodržovat. Jedním z možných dělení rozhodovacích postupů je rozdělení do těchto jednotlivých dílčích kroků. Počátečním krokem je identifikace samotného problému a sběr dat, které se ho týkají spolu s analýzou potencionálních situací, které mohou vzniknout. Následně dochází ke stanovení kritérií, které ohraničují posuzovací varianty. Po stanovení kritérií, dochází k tvorbě samotných rozhodovacích variant, které jsou nástrojem pro dosažení cílů. V dalším kroku dochází k stanovení důsledků rozhodovacích

variant a poté se tyto důsledky hodnotí. Po celkové analýze nastává realizace zvolené možnosti a v závěru se výsledky rozhodnutí kontrolují (Prukner, 2019, s. 62–69).

Rizika rozhodování

Určení nesprávného směru při rozhodování může být spojené s dotazováním odborníků. Odborníci nenesou vždy stejnou odpovědnost jako ti, kteří musí definitivní rozhodnutí vykonat. Není vhodné spoléhat na malý vzorek poznatků, na neověřené studie a možné zkreslené výsledky, které mohou působit komplikace při rozhodování. Je nutné předcházet vlastní zaujatosti v procesu rozhodování. Informace by měly být získávány od relevantních a nezávislých zdrojů, aby byla zajištěna objektivita rozhodnutí. Při práci s daty je třeba být obezřetný, především v případě, kdy je dostupný pouze malý vzorek dat. Nevyhnutelným aspektem rozhodování je zohlednění všech proměnných, a to příznivých i nepříznivých. Při výběru metody rozhodování je nutné se vyvarovat zaměření pouze na příznivé výsledky, ale je nutné zohlednit i možné negativní jevy z toho důvodu, aby byla zachována objektivita. Interpretace fakt a informací může být subjektivní, to znamená, že si různí lidé mohou interpretovat stejné informace různě. Tento jev je nežádoucí a je třeba se mu vyvarovat. Unáhlené závěry nejsou při rozhodování žádoucí, především z toho důvodu, že se vyskytuje větší chybovost a dopad těchto rozhodnutí nebývá efektivní. Rozdíly anebo podobnosti by neměly být přehlíženy, ale ani zveličovány. Při analýze dat není žádoucí domýšlení, což v tomto kontextu znamená přidávání vlastního emočního obsahu nebo významu k informacím u kterých nejsou součástí. Objektivnost může být narušena i z důvodu obav narušení pracovní hierarchie mezi podřízenými a vedoucími (Prukner, 2019, s. 62–69).

Metody rozhodování

Existuje mnoho metod rozhodování, což znesnadňuje výběr té nejvhodnější. Některé metody jsou univerzálně uznávané a doporučované, ale i přes to je důležité mít na paměti, že žádná metoda není univerzální a plošně aplikovatelná na všechny situace. Volba metody závisí na konkrétním problému, dostupných informacích a individuálních preferencích. Volba kombinace různých metod rozhodování může být často velmi efektivní postup. Rozhodovací metody lze rozdělit na empirické, exaktní heuristické metody. Empirické metody mají oporu v osobní zkušenosti a intuici. Jsou založeny na praktických situacích a individuálních případech. Exaktní metody využívají statistiky, analýzy, simulace. Tyto metody se spoléhají na přesné a matematicky orientované přístupy k rozhodování. Heuristické metody kombinují prvky intuitivního rozhodování s exaktními postupy (Prukner, 2019, s. 62–69).

6 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část diplomové práce se zabývá sběrem, zpracováním a vyhodnocením dat, kvalitativního a kvantitativního výzkumu, které byly získány dotazníkovým šetřením. Praktická část práce zjišťuje, jaké antikoncepční metody, preferují ženy v návaznosti na úroveň jejich vysokoškolského vzdělání. Výzkum byl prováděn pouze u žen, které dokončily minimálně bakalářské studium. Za maximální dosažené vzdělání bylo ve výzkumu stanoveno profesorské.

6.1 CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI A VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jaké konkrétní antikoncepční metody, nebo kombinace metod, preferují ženy s vysokoškolským vzděláním v návaznosti na jeho stupeň. Před zahájením výzkumu byly stanoveny dvě základní cílové otázky:

- 1. Výzkumná otázka:** Ovlivňuje úroveň vysokoškolského vzdělání žen volbu antikoncepce?
- 2. Výzkumná otázka:** Užívají ženy s bakalářským vzděláním spíše hormonální antikoncepci?

Pro hlavní výzkumné otázky byly stanoveny i otázky dílčí:

- 1. Dílčí otázka:** Jakého nejvyššího stupně vysokoškolského vzdělání ženy dosáhly?
- 2. Dílčí otázka:** Jaký typ antikoncepční metody preferují ženy podle dosažené úrovně vysokoškolského vzdělání?
- 3. Dílčí otázka:** S kolika typy antikoncepčních metod mají ženy s vysokoškolským vzděláním zkušenosti?
- 4. Dílčí otázka:** Je antikoncepční metoda preferována dle socioekonomické situací ženy?
- 5. Dílčí otázka:** Jaké informační zdroje o antikoncepčních metodách volí ženy s vysokoškolským vzděláním?

Pro práci byly definovány čtyři výzkumné hypotézy:

- H1:** Ženy s vyšším stupněm vzdělání preferují nehormonální způsoby antikoncepce.
H2: Ženy s bakalářským vzděláním zohledňují při výběru antikoncepční metody její cenu více než ženy s magisterským vzděláním.

6.2 ZVOLENÉ VÝZKUMNÉ METODY

Pro tuto diplomovou práci byl zvolen smíšený výzkum, který byl prováděn dotazníkovým šetřením. Kvantitativní část výzkumu byla zvolena na sběr dat, která poskytují základní statistické údaje o výzkumném souboru. Mezi tyto základní údaje patří např.: věk, úroveň vzdělání, celkový počet antikoncepčních metod, které ženy za život vyzkoušely nebo zdroje odkud ženy čerpají informace o antikoncepčních metodách. Při sběru kvantitativních dat, ženy vybíraly z uzavřených či škálových položek. Do této skupiny patří položky č. 3–21 z dotazníku. Pro kvalitativní výzkum byla zvolena 1 otevřená položka, která cílila na konkrétní důvody preference aktuálně užívané antikoncepční metody. Tato položka je v dotazníku uvedena pod číslem 22.

6.3 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Chráska (2016, s. 158–165) charakterizuje dotazník jako soubor předem připravených otázek, které jsou logicky seřazené a respondent na ně odpovídá písemně. Dotazník je pro pedagogický výzkum často volenou metodou. Tato oblíbenost pravděpodobně pramení z domnění, že jeho sestavení není nijak náročné. Sestavení skutečně kvalitního dotazníku je ovšem poměrně složité. Náročnost především spočívá ve správné formulaci otázek. Je důležité sestavit otázky tak, aby byla co nejvíce zachována objektivnost šetření a nebyly do výzkumu projektovány osobní názory autora. Aby byla zajištěna co největší objektivita dotazníku, je nutné dodržet několik základních pravidel. Položky dotazníku musí být zcela jednoznačné, jasně a srozumitelně formulované. U položek typu „Proč?“ je nutné dbát vyšší pozornosti, protože respondenti často odpověď neznají nebo ji neumí zcela jednoznačně vysvětlit a zformulovat. Dotazník by se měl zcela vyvarovat sugestivním položkám a měl by zahrnovat pouze údaje validní pro výzkum. Pokyny pro vyplnění dotazníku musí být kladeny zcela jasně. Logické členění jednotlivých položek usnadní orientaci respondentům při vyplňování, ale i autorovi při jeho vyhodnocování a třídění odpovědí do kategorií. Předpokladem pro funkčnost dotazníku je i spolupráce respondentů. Dalším úskalím dotazníku je fakt, že výsledky budou vždy do jisté míry zkreslené, protože odpovědi respondentů reflektují jejich pohled na danou situaci a to, jak ji vnímají a ne to, jaká skutečně je.

Chráska (2016, s. 158–165) dále uvádí, že formulace otázek a příkazů v dotazníku má mnoho variant zpracování a různé skupiny dělení kategorií. Dotazníky lze obecně rozdělit podle toho, jaký obsah zkoumají. Dotazníkem lze zjišťovat názory a postoje, znalosti

a dovednosti nebo fakta. Položky dotazníku se pak dělí na otevřené a uzavřené. Otevřené položky vyzývají respondenta k volné odpovědi na otázku. Tento typ položek je vhodný pro hlubší poznání a pochopení jevu. Položky je nutné dále kategorizovat a jejich zodpovězení záleží na ochotě respondenta. Položky uzavřené dají respondentovi na výběr již z připravených odpovědí, které se dělí na dichotomické a polytomické podle toho z kolika nabízených odpovědí může respondent vybírat. Mezi další dělení uzavřených položek lze zařadit položky škálové, polouzavřené, výčtové, stupnicové nebo položky Likertova typu.

Pro tuto diplomovou práci byl vytvořen online dotazník s celkem 22 položkami, ze kterých bylo 21 položek uzavřených a 1 položka otevřená. Z celkového počtu uzavřených položek pak byly 4 dichotomické, 2 škálové a 15 polytomické. Na úvodní stránce dotazníku byly ženy seznámeny s kritérii pro výzkumný soubor, s cíli dotazníku a s časovou náročností jeho vyplnění. Součástí úvodu byly i instrukce jakým způsobem se dotazník ovládá. V neposlední řadě byly ženy seznámeny s tím, že dotazník je zcela anonymní, jeho vyplnění je dobrovolné a získaná data budou využita pouze pro účely této diplomové práce. Doplňující informace pro vyplnění konkrétních otázek byly vždy uvedené nad ní. Pro vytvoření položek a sběr dat byl využit nástroj Survio.com. Souhrnný přehled všech výzkumných položek je uveden v přílohách (příloha č.1).

6.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU KVANTITATIVNÍHO ŠETŘENÍ

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 139 žen. Z tohoto celku bylo vyloučeno 11 žen, které nesplňovaly podmínky výzkumu (ženy dosáhly pouze středoškolského vzdělání). Celkový počet respondentek, které splňovaly podmínky pro výzkum bylo tedy 128. Věk respondentek se pohyboval v rozmezí 25–53 let. Svůj věk respondentky uváděly v dotazníku v položce č. 1 („*Kolik je Vám let?*“).

Na úroveň vysokoškolského vzdělání odpovídaly ženy v dotazníku v položce č. 2 („*Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?*“). Do dotazníkového šetření se zapojily v největším počtu ženy s dokončeným bakalářským a magisterským vzděláním. V menším počtu se pak zapojily ženy s doktorátem z medicíny, malým doktorátem a velkým doktorátem, docentky. Respondentky s profesorským vzděláním na dotazníkové šetření neodpověděly.

Dotazníkové šetření bylo provedeno bez ohledu na oblast České republiky, kde respondentky žijí, protože tato data nebyla pro výzkum relevantní. Přesný počet

respondentek, u jednotlivých odpovědí, je pro lepší přehlednost uveden v tabulkách níže spolu s jejich procentním zastoupením z celku. Z důvodu přehlednosti byl věk respondentek rozdělen do 7 kategorií (tabulka č. 1). Přesný počet odpovědí na otázku nejvyššího dosaženého vzdělání je uveden v tabulce č. 2.

Tabulka 1: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 1, zdroj: vlastní tabulka

Věkové kategorie respondentek	Absolutní četnost	Relativní četnost
20–25	47	36,70 %
26–30	23	17,90 %
31–35	16	12,50 %
36–40	14	10,90 %
41–45	19	14,80 %
46–50	6	4,60 %
51–53	3	2,60 %

Tabulka 2: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 2, zdroj: vlastní tabulka

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bakalářské	65	50,70 %
Magisterské	43	33,50 %
Doktorka medicíny	5	3,90 %
Malý doktorát	1	0,78 %
Velký doktorát	13	10,10 %
Docentského	1	0,78 %
Profesorského	0	0 %

6.5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

V posledních letech se kvalitativní výzkumy staly velmi oblíbeným způsobem výzkumu. Rozdíly mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem výzkumu je především v jejich filozofických základech. Kvantitativní výzkum vychází z přesvědčení, že existuje jedná objektivní realita. Naopak kvalitativní výzkumy se opírají o fenomenologii. Kvalitativní

výzkum zohledňuje subjektivní a proměnné aspekty, které mají dopad na konkrétní jednání lidí. Tyto rozdíly se projevují nejen v cílech výzkumu, ale i v přístupu a konstrukci výzkumného šetření. Oba přístupy mají přednosti a nedostatky na které je nutné brát zřetel již během plánování výzkumu i následně v jeho průběhu. Kombinace obou přístupů může být v některých výzkumech výhodnou volbou (Chráška, 2016, s. 29).

Zjednodušeně lze říct, že nástrojem pro sběr dat v kvantitativním výzkumu je dotazník a v kvalitativním rozhovor. Cílem kvalitativního výzkumu je získat ucelený a detailní informace o konkrétním fenoménu. Z toho vyplývá, že tyto metody umožňují výzkumníkům získat hlubší pochopení perspektiv účastníků a kontextu daného jevu. Díky nim lze lépe porozumět sociálním interakcím, vzorcům chování a postojům ve vzdělávacím prostředí. Kvalitativní výzkum v oblasti pedagogických věd hraje klíčovou roli při porozumění komplexních jevů a procesů ve vzdělávacím prostředí (Švaříček et al., 2007, s. 12–22).

6.6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ

V této diplomové práci vychází kvalitativní část výzkumného šetření z dat, která byla získána z položky č. 22 v dotazníku. Ženy vlastními slovy vyjadřovaly důvody, proč v současné době používají konkrétní antikoncepční metodu. Do výzkumného šetření bylo zahrnuto celkem 76 validních respondentek. Z celkového počtu 128 žen odpovědělo 80 v dotazníku na položku č. 20, že v současné době užívají nějaký druh antikoncepce. Z tohoto počtu byly vyřazeny celkem 4 ženy, které buď v položce č. 21 nebo č. 22 neodpověděly. Z tohoto důvodu nedošlo ke získání kompletně ucelených informací, které jsou klíčové pro kvalitativní výzkum této diplomové práce. V položce č. 21 byly ženy dotazovány do jaké konkrétní kategorie jejich současná antikoncepce spadá. V položce č. 22 ženy uváděly konkrétní důvody proč ji zvolily.

První dvě tabulky uvádí souhrnné informace o charakteristice výzkumném souboru kvalitativního šetření. Dále byl soubor rozdělen do kategorií na základě dosažené úrovně vysokoškolského vzdělání. U každé kategorie bylo uvedeno, kolik respondentek užívá konkrétní typ antikoncepční metody.

Tabulka 3: Konkrétní počet respondentek kvalitativního výzkumu, zdroj: vlastní tabulka

Vzdělání respondentek	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bakalářské	39	51,3 %
Magisterské	25	32,9 %
Doktorát z medicíny	4	5,3 %
Malý doktorát	1	1,3 %
Velký doktorát	7	9,2 %

Kvalitativního šetření se v největším počtu zúčastnily ženy s bakalářským vzděláním. Bylo to celkem 40 žen (tj. 50,6 %). Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy s magisterským vzděláním, což bylo 26 respondentek (tj. 32,9 %). Respondentek s doktorátem z medicíny se zúčastnilo 5 (tj. 6,3 %). Nejmenší početní zastoupení respondentek měl malý doktorát, kdy se kvalitativního výzkumu zúčastnila pouze 1 žena (tj. 1,3 %). Respondentek s velkým doktorátem bylo zapojeno 7 (tj. 8,9 %).

Tabulka 4: Konkrétní počet respondentek v kategoriích antikoncepčních metod, kvalitativním výzkumu, zdroj: vlastní tabulka

Typ antikoncepční metody	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hormonální	25	32,9 %
Bariérová	28	36,8 %
Nitroděložní tělísko	10	13,2 %
Přirozené	8	10,5 %
Spermicidní látky	1	1,3 %
Kombinace metod	4	5,3 %

Výsledky ukazují, že nejčastěji respondentky užívají bariérovou metodu. Tu využívá 28 žen (tj. 36,8 %). Druhou nejčastější metodou je hormonální antikoncepce, tu užívá 25 respondentek (tj. 32,9 %). Nitroděložní tělísko užívá 10 žen (tj. 13,2 %). Přirozených metod využívá 8 žen (tj. 10,5 %). Kombinaci metod využívají 4 ženy (tj. 5,3 %) a 1 žena využívá spermicidní látky (tj. 1,3 %).

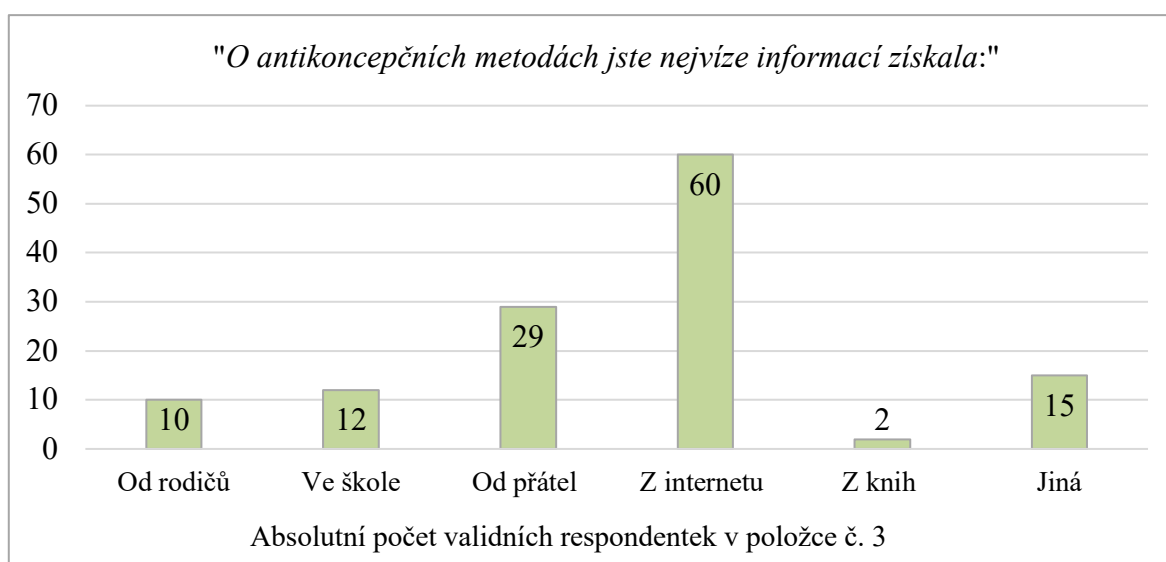
6.7 VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU

V této kapitole jsou interpretovány všechny výsledky z kvantitativní části výzkumu. Postupně jsou vyhodnoceny položky z dotazníku č. 3–21. Položky č. 1–2 jsou již uvedeny výše (viz. kapitola Charakteristika výzkumného souboru). Všechna data jsou nejprve, z důvodu větší přehlednosti, uvedena v tabulce a následně v grafu.

Položka č. 3: „*O antikoncepčních metodách jste nejvíce informací získala:*“

Tabulka 5: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 3, zdroj: vlastní tabulka

Kategorie zdrojů informací	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
Od rodičů	10	7,8 %
Ve škole	12	9,4 %
Od přátel	29	22,7 %
Z internetu	60	46,9 %
Z knih	2	1,6 %
Jiná	15	11,7 %



Obrázek 1: Grafický přehled odpovědí na položku č. 3, zdroj: vlastní obrázek

Z výše uvedených dat vyplývá, že největší část žen získala informace o antikoncepčních metodách z internetu. Celkový počet těchto odpovědí byl 60, což činí 46,9 %. Druhým nejčastějším zdrojem byli přátelé s celkovým počtem 29 odpovědí (tj. 22,7 %). Třetí nejpočetnější skupinu odpovědí tvořilo 15 žen, které uvedly, že čerpaly z jiného zdroje

(tj. 11,7 %). Dále 12 žen (tj. 9,4 %), uvedlo jako zdroj informací školu, 10 žen uvedlo rodiče (tj. 7,8 %) a nejmenší zastoupení tvořily knihy s celkovými 2 odpověďmi (tj. 1,6 %).

Položka č. 4: „Byla jste o možnostech antikoncepčních metod informována rodiči/zákonnými zástupci?“.

Tabulka 6: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 4, zdroj: vlastní tabulka

Informovanost od rodičů/zákonných zástupců	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
Rozhodně ano	30	23,4 %
Spíše ano	43	33,6 %
Spíše ne	38	29,7 %
Rozhodně ne	17	13,3 %



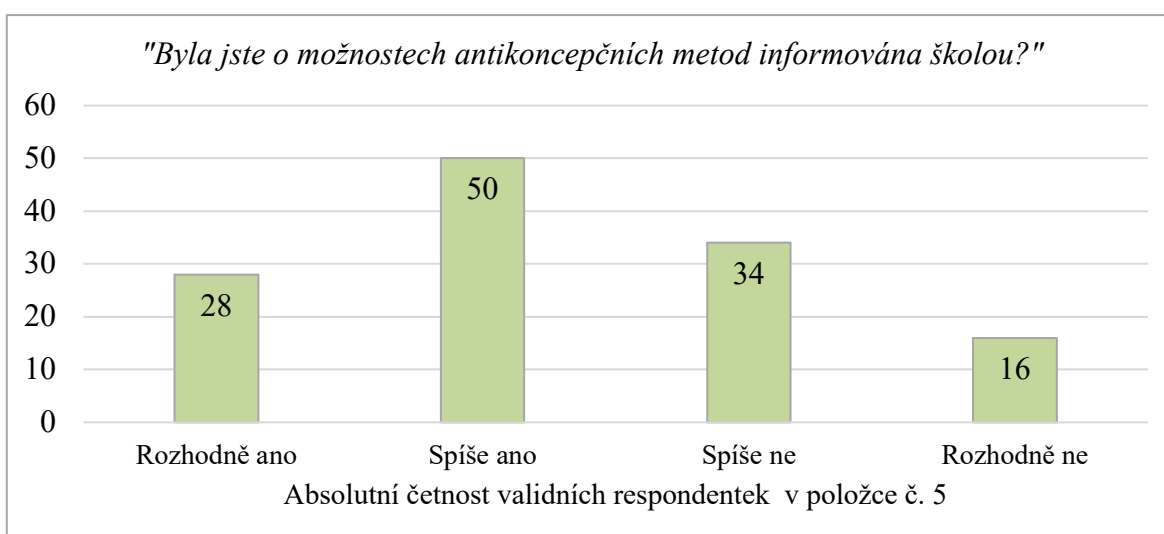
Obrázek 2: Grafický přehled odpovědí na položku č. 4, zdroj: vlastní obrázek

Z odpovědí respondentek je zřejmé, že většina byla o možnostech antikoncepčních metod informována z domova. Tuto část tvořilo 43 respondentek (tj. 33,6 %). Ženy dále nejčastěji uváděly, že o možnostech antikoncepce spíše nebyly doma informované. Celkem takto odpovědělo 38 žen (tj. 29,7 %). Žen, které byly rozhodně informovány, bylo 30 (tj. 23,4 %). Poslední a nejméně početnou skupinou jsou ženy, které rozhodně nebyly z domova informovány. Takto odpovědělo celkem 17 žen (tj. 13,3 %). I přesto, že druhou nejčastější odpovědí bylo, že ženy spíše nebyly informovány rodiči či zákonnými zástupci o možnostech antikoncepčních metod, tak po sečtení kladných odpovědí vyplývá, že celkem bylo informováno, v různé míře 73 žen ze 128. Tyto ženy tedy tvoří většinu. 55 žen pak nebylo spíše informováno nebo vůbec informováno.

Položka č. 5: „Byla jste o možnostech antikoncepčních metod informována školou?“

Tabulka 7: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 5, zdroj: vlastní tabulka

Informovanost ze školy	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
Rozhodně ano	28	21,9 %
Spíše ano	50	39,1 %
Spíše ne	34	26,6 %
Rozhodně ne	16	12,4 %



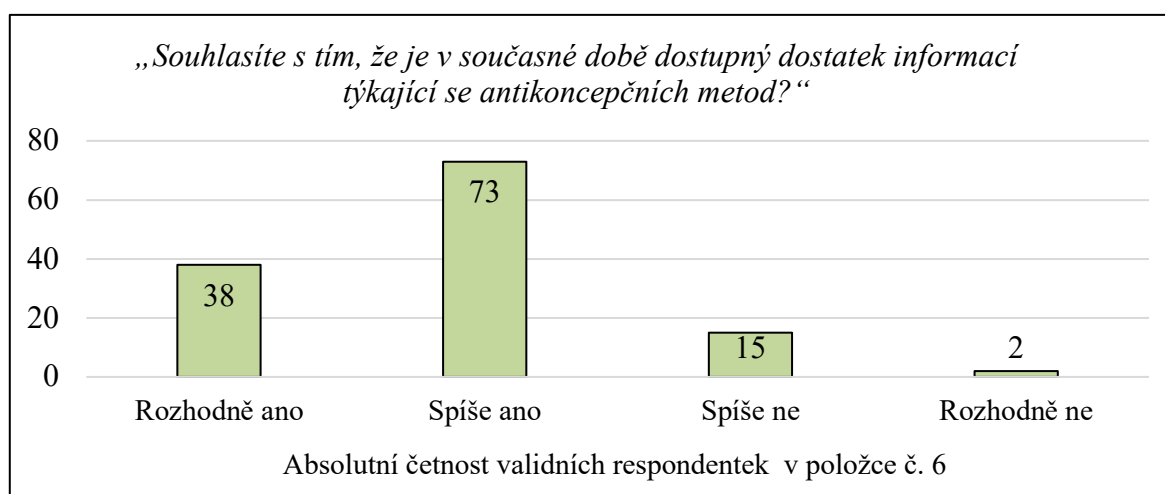
Obrázek 3: Grafický přehled odpovědí na položku č. 5, zdroj: vlastní obrázek

Z odpovědí na položku č. 5 vyplývá, že odpovědi žen byly velice podobné odpovědím z položky č. 4. Rozdíly v počtu odpovědí mezi položkou č. 4 a č. 5 byly pouze na úrovni jednotek. Z celkového počtu odpovědělo 28 žen, že bylo rozhodně informováno školou o možnostech antikoncepčních metod, tyto ženy tvoří 21,9 %. I zde nejčastěji ženy odpovídaly, že byly školou spíše informovány. Takto odpovědělo 50 žen (tj. 39,1 %). Spíše ne pak odpovědělo 34 žen (tj. 26,6 %). Nejméně odpovědí bylo u poslední z nabízených odpovědí. Zde odpovědělo 16 žen (tj. 12,4 %), že je škola rozhodně neinformovala o množnostech antikoncepce.

Položka č. 6: „Souhlasíte s tím, že je v současné době dostupný dostatek informací týkající se antikoncepčních metod?“

Tabulka 8: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 5, zdroj: vlastní tabulka

Dostatek informací v současnosti	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
Rozhodně ano	38	29,7 %
Spíše ano	73	57 %
Spíše ne	15	11,7 %
Rozhodně ne	2	1,6 %



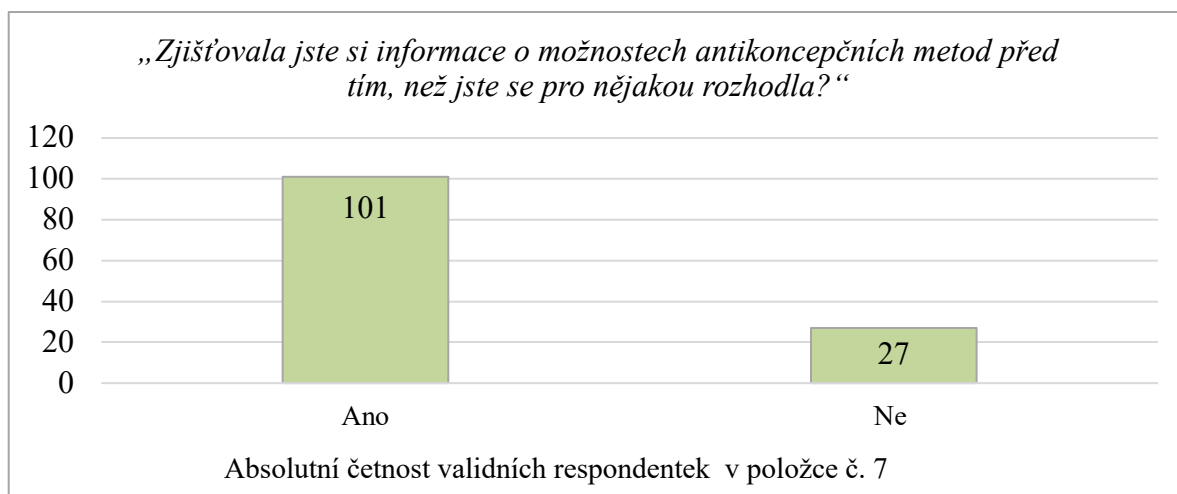
Obrázek 4: Grafický přehled odpovědí na položku č. 6, zdroj: vlastní obrázek

Na položku č. 6 v dotazníku odpovědělo celkem 111 žen kladně a 17 záporně. Lze tedy pozorovat, že si nadpoloviční většina žen myslí, že v současné době je dostupný dostatek informací o antikoncepčních metodách. Z celkového počtu 111 žen, odpovědělo 38 (tj. 29,7 %), že v současné době je rozhodně dostatek informací o antikoncepčních metodách a 73 (tj. 57 %) žen pak uvedlo, že těchto informací je spíše dostatek. 15 (tj. 11,7 %) žen uvedlo, že informací je spíše nedostatek a 2 (tj. 1,6 %), že je dostupných informací rozhodně nedostatek.

Položka č. 7: „Zjišťovala jste si informace o možnostech antikoncepčních metod před tím, než jste se pro nějakou rozhodla?“.

Tabulka 9: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 7, zdroj: vlastní tabulka

Možnosti antikoncepčních metod	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
Ano	101	78,9 %
Ne	27	21,1 %



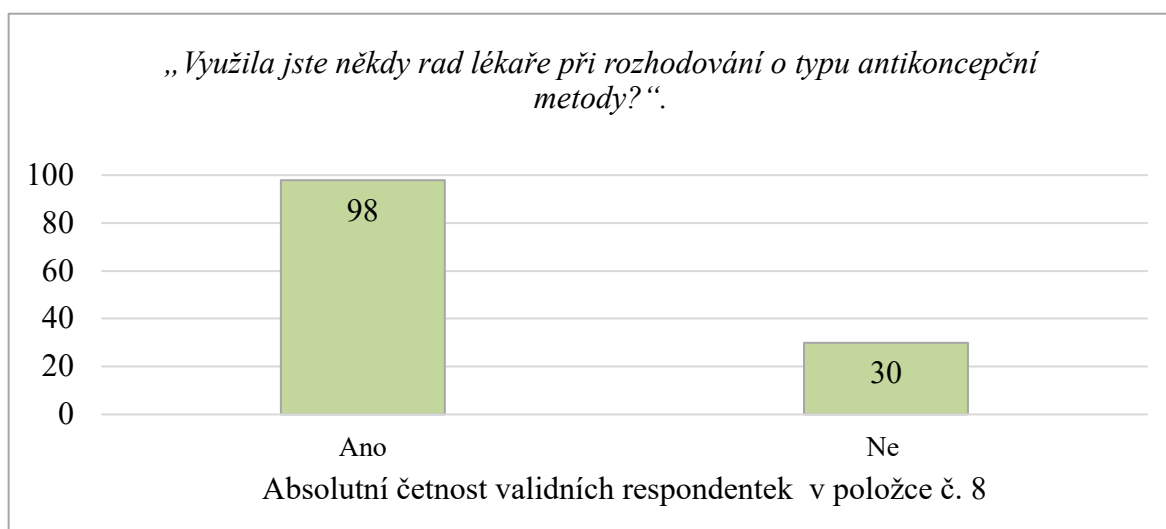
Obrázek 5: Grafický přehled odpovědí na položku č. 7, zdroj: vlastní obrázek

U této položky ženy vybíraly z dichotomických možností. Na položku č. 7 odpovědělo 101 žen (tj. 78,9 %), že si zjišťovalo informace o antikoncepčních metodách před tím, než si zvolily konkrétní. Záporně odpovědělo 27 respondentek (tj. 21,1 %). Lze tedy konstatovat, že ženy se v drtivé většině zajímaly o možnosti antikoncepčních metod před tím, než si nějakou zvolily.

Položka č. 8: „Využila jste někdy rad lékaře při rozhodování o typu antikoncepční metody?“.

Tabulka 10: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 8, zdroj: vlastní tabulka

Rady lékaře	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
Ano	98	76,6 %
Ne	30	23,4 %



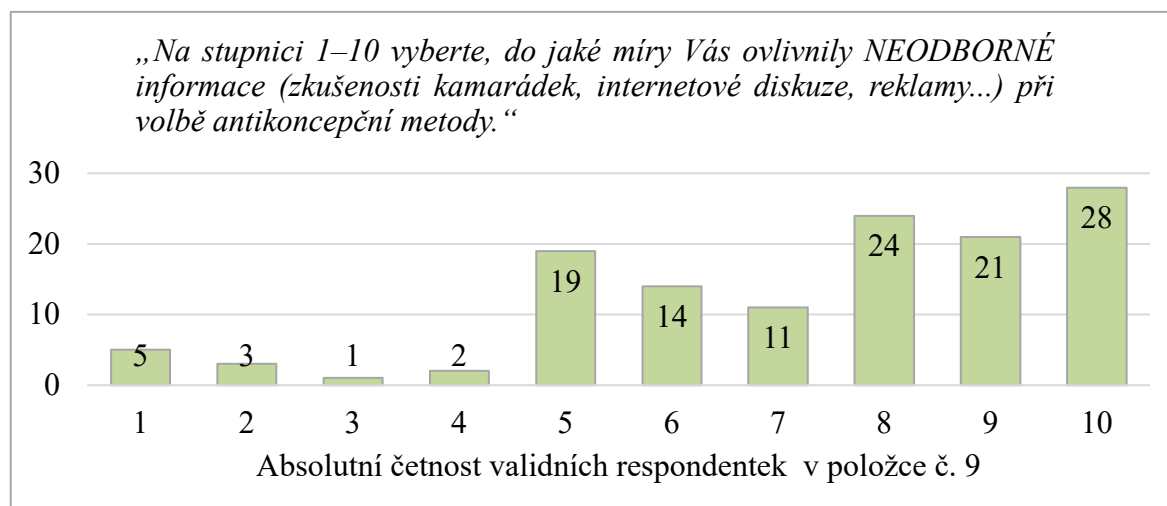
Obrázek 6: Grafický přehled odpovědí na položku č. 8, zdroj: vlastní obrázek

I zde měly ženy na výběr ze dvou možných odpovědí. Stejně jako u výsledků položky č. 7, lze i zde pozorovat, že ženy se o vhodnou volbu antikoncepční metody zajímají. V položce č. 8 byly dotazovány, zda své rozhodnutí konzultovaly s lékařem. Na tuto otázku odpovědělo 98 žen (tj. 76,6 %), že ano. Zbýlých 30 žen (tj. 23,4 %) odpovědělo, že svou volbu s lékařem nekonzultovalo.

Položka č. 9: „Na stupnici 1–10 vyberte, do jaké míry Vás ovlivnily *NEODBORNÉ* informace (zkušenosti kamarádek, internetové diskuse, reklamy...) při volbě antikoncepční metody.“

Tabulka 11: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 9, zdroj: vlastní tabulka

Stupnice 1–10, neodborné informace	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
1	5	3,9 %
2	3	2,3 %
3	1	0,7 %
4	2	1,6 %
5	19	14,9 %
6	14	10,9 %
7	11	8,6 %
8	24	18,8 %
9	21	16,4 %
10	28	21,9 %



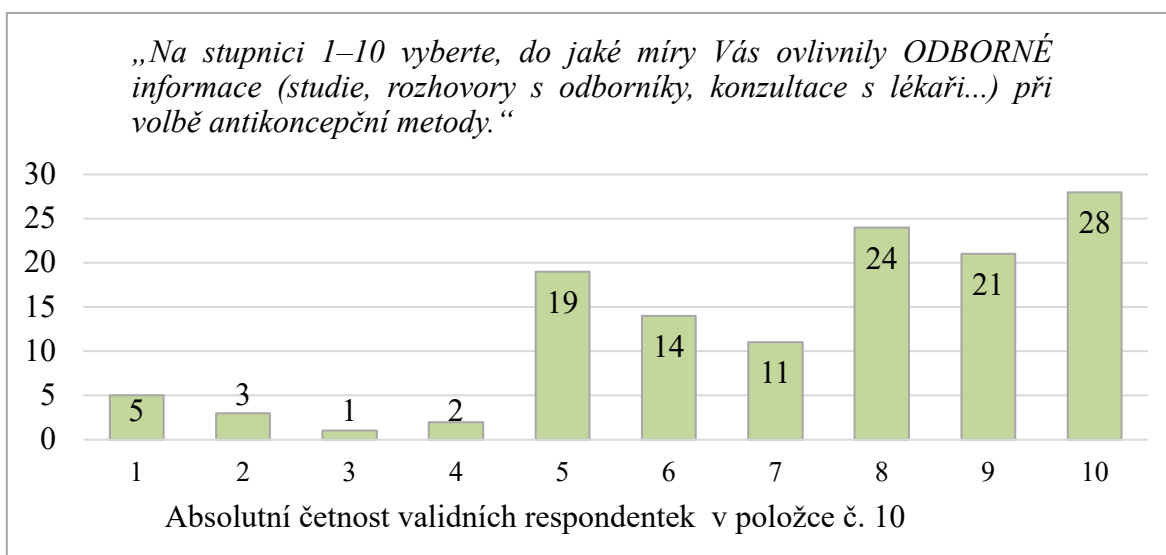
Obrázek 7: Grafický přehled odpovědí na položku č. 9, zdroj: vlastní obrázek

Položka č. 9 v dotazníku byla škálová. Ženy uváděly, do jaké míry je při výběru antikoncepční metody ovlivnily neodborné informace. Ženy vybíraly na stupnici 1–10 s tím, že 1 bylo nejméně a 10 nejvíce. Jak je vidět v tabulce č. 9, nejvíce žen uvedlo, že neodbornými informacemi byly ovlivněny minimálně. Takto odpovědělo 25 žen (tj. 19,5 %). Mírný pokles v počtu odpovědí lze pozorovat u hodnoty 2, kdy takto odpovědělo 11 žen (tj. 8,5 %). Hodnotu 3 pak uvedlo 18 žen (tj. 14,2 %). Tato odpověď měla druhé největší zastoupení v počtu odpovědí. Mírný pokles lze opět sledovat u hodnoty 4, kdy takto odpovědělo 9 žen (tj. 7 %). U hodnot 5; 6; 8 lze pozorovat stejný počet odpovědí, což činí 15 odpovědí u každé hodnoty. Procentuální zastoupení u každé z těchto položek je 11,7 %. Mírný pokles o 1 odpověď, lze pozorovat u hodnoty 7. Tuto možnost vybralo 14 žen (tj. 10,9 %). Nejmenší zastoupení v počtu odpovědí měly nejvyšší hodnoty 9 a 10. Hodnotu 9 zvolilo celkem 5 žen (tj. 3,9 %) a hodnotu 10 zvolila celkem 1 žena (tj. 0,9 %). Lze pozorovat poměrně velké zastoupení žen, které byly ovlivněny neodbornými zdroji informací o antikoncepčních metodách. I přes tuto početnost stále převažuje počet žen, které se buď nenechaly neodbornými informacemi ovlivnit vůbec nebo v menší míře. V této položce je modus 1 a medián 5.

Položka č. 10: „Na stupnici 1–10 vyberte, do jaké míry Vás ovlivnily **ODBORNÉ** informace (studie, rozhovory s odborníky, konzultace s lékaři...) při volbě antikoncepční metody.“

Tabulka 12: Konkrétní počet odpovědí v položce č.10, zdroj: vlastní tabulka

Stupnice 1–10, odborné informace	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
1	25	19,5 %
2	11	8,5 %
3	18	14,2 %
4	9	7 %
5	15	11,7 %
6	15	11,7 %
7	14	10,9 %
8	15	11,7 %
9	5	3,9 %
10	1	0,9 %



Obrázek 8: Grafický přehled odpovědí na položku č. 10, zdroj: vlastní obrázek

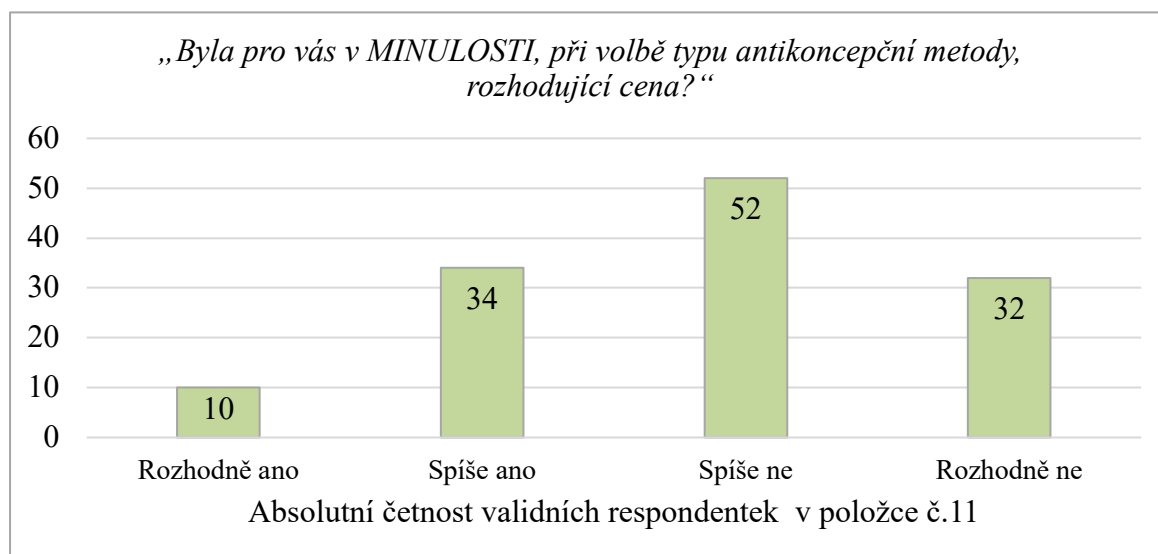
Stejně jako v položce č. 9 i tato položka byla škálová. Ženy uváděly, do jaké míry je při výběru antikoncepční metody ovlivnily odborné informace. Ženy vybíraly hodnotu na škále 1–10 s tím, že hodnota 1 označovala nejmenší míru ovlivnění a 10 největší míru ovlivnění. Nejnižší počet odpovědí měly na škále hodnoty 1–4. Hodnotu 1 zvolilo 5 žen (tj. 3,9 %), hodnotu 2 zvolily 3 ženy (tj. 2,3 %), hodnotu 3 zvolila 1 žena (tj. 0,7 %) a hodnotu

4 zvolily 2 ženy (tj. 1,6 %). Velký nárůst v počtu odpovědí je zřejmý od hodnoty 5, kterou zvolilo celkem 19 žen (tj. 14, 9 %). Mírný pokles lze pozorovat v hodnotách 6 a 7, kdy hodnotu 6 zvolilo 14 žen (tj. 10, 9 %) a hodnotu 7 zvolilo 11 žen (tj. 8,6 %). Naopak u hodnot 8–10 lze pozorovat nárůst odpovědí. Hodnotu 8 zvolilo 24 žen (tj. 18,8 %). U hodnoty 9 je patrný mírný pokles v počtu odpovědí a to o 3 hlasy oproti předchozí hodnotě. Celkem tuto hodnotu vybralo 21 žen (tj. 16,4 %). Nejvyšší hodnota ze škály měla i nejvyšší počet odpovědí. Hodnotu 10 zvolilo 28 žen (tj. 21,9 %). Na rozdíl od odpovědí z předchozí položky, lze pozorovat, že většinu žen mnohem více ovlivnily odborné informace při výběru antikoncepční metody. Zde je zcela zřetelné, že nadpoloviční většina byla ovlivněna odbornými informacemi. Modus je v této položce 10 a medián 5.

Položka č. 11: „Byla pro vás v MINULOSTI, při volbě typu antikoncepční metody, rozhodující cena?“.

Tabulka 13: Konkrétní počet odpovědí v položce č.11, zdroj: vlastní tabulka

Cena v minulosti	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
Rozhodně ano	10	7,8 %
Spíše ano	34	26,6 %
Spíše ne	52	40,6 %
Rozhodně ne	32	25 %



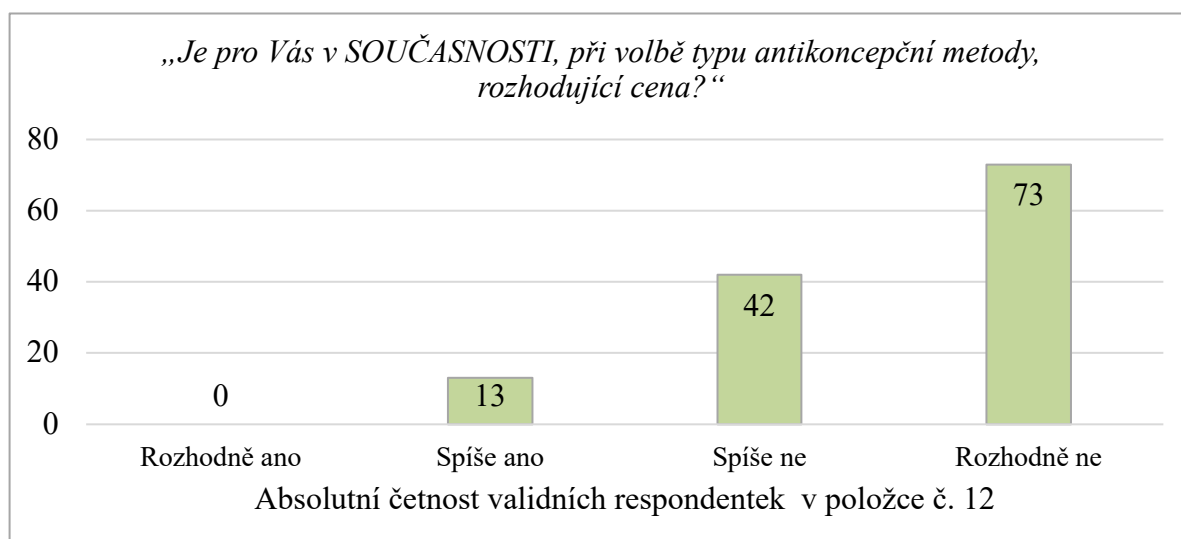
Obrázek 9: Grafický přehled odpovědí na položku č.11, zdroj: vlastní obrázek

V položce č. 11 byly ženy dotazovány, zda pro ně někdy v minulosti byla cena rozhodujícím faktorem při výběru antikoncepční metody. Z tabulky lze vyčíst, že celkem pro 44 žen byla v různé míře v minulosti cena rozhodujícím faktorem. Z těchto 44 žen odpovědělo 10 (tj. 7,8 %), že pro ně byla cena rozhodně rozhodující. Pro zbylých 34 žen (tj. 26,6 %) byla cena spíše rozhodující. Větší část odpovědí ovšem sděluje, že pro ženy nebyla cena antikoncepce rozhodující. 52 žen (40,6 %) odpovědělo, že cena pro ně spíše nebyla rozhodující a 32 žen (tj. 25 %) odpovědělo, že cena pro ně rozhodně nebyla rozhodující.

Položka č. 12: „Je pro Vás v SOUČASNOSTI, při volbě typu antikoncepční metody, rozhodující cena?“.

Tabulka 14: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 12, zdroj: vlastní tabulka

Cena v současnosti	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
Rozhodně ano	0	0 %
Spíše ano	13	10,2 %
Spíše ne	42	32,8 %
Rozhodně ne	73	57 %



Obrázek 10: Grafický přehled odpovědí na položku č. 12, zdroj: vlastní obrázek

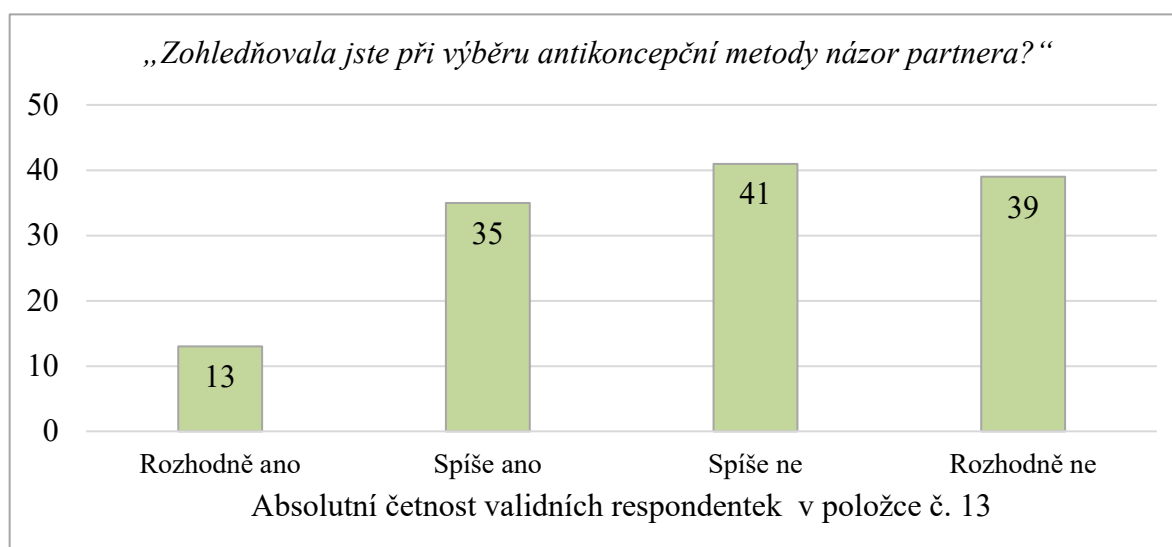
Z výše uvedené tabulky i grafu jasně vyplývá, že pro většinu žen již není v současnosti cena antikoncepční metody tolik ovlivňujícím faktorem jako v minulosti. Na položku č. 12 neuvedla žádná respondentka, že by pro ni v současnosti byla cena rozhodujícím faktorem. V položce č. 11 ovšem, uvedlo 10 žen, že pro ně v minulosti byla cena rozhodující.

Rozdíl v relativní četnosti mezi těmito odpověďmi je 7,8 %. Tuto klesající tendenci lze pozorovat také v počtu odpovědí u druhé možnosti. Zde uvedlo 13 žen (tj. 10,2 %), že je pro ně v současnosti cena spíše rozhodující. V položce č. 11 zvolilo tuto odpověď 34 žen, to je o 21 žen více než v této položce. 42 žen (tj. 32,8 %) uvedlo, že pro ně v současné době spíše není cena rozhodující. Nejvyšší počet odpovědí měla poslední možnost z nabídky. Tuto variantu zvolilo 73 žen (tj. 57 %) jako svou odpověď na otázku z položky č. 12.

Položka č. 13: „Zohledňovala jste při výběru antikoncepční metody názor partnera?“.

Tabulka 15: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 13, zdroj: vlastní tabulka

Názor partnera	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
Rozhodně ano	13	10,2 %
Spíše ano	35	27,3 %
Spíše ne	41	32 %
Rozhodně ne	39	30,5 %



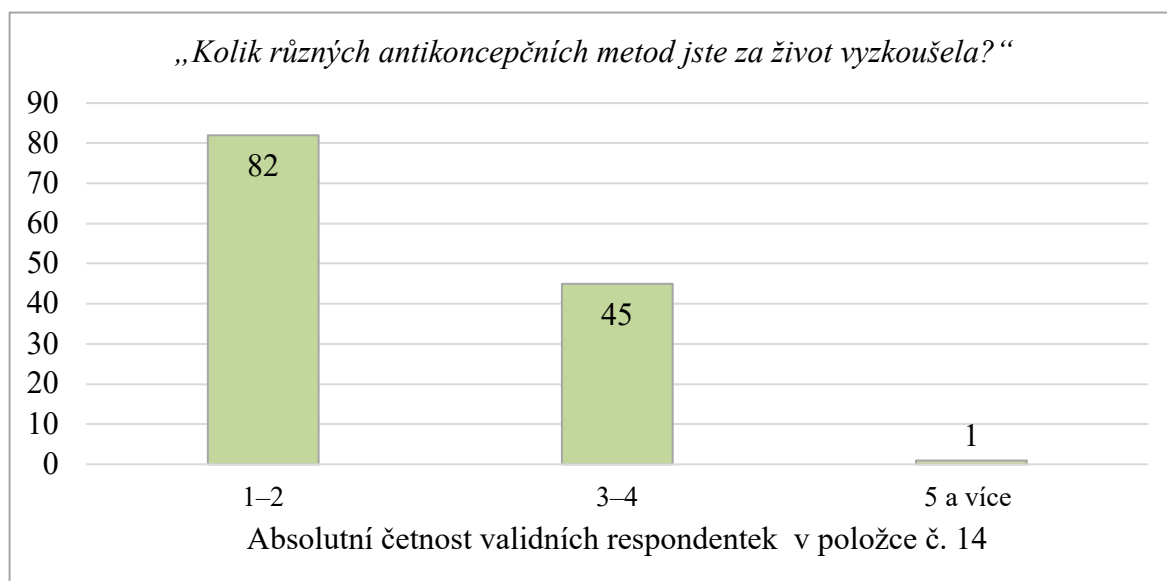
Obrázek 11: Grafický přehled odpovědí na položku č. 13, zdroj: vlastní obrázek

Z počtu odpovědí lze jasně říct, že většina žen nezohledňuje při výběru antikoncepční metody názor partnera. 39 žen (tj. 30,5 %) odpovědělo, že názor partnera rozhodně nezohlednilo v jejich rozhodnutí. Nejvyšší počet odpovědí u jedné z možností byl 41 (tj. 32 %), kdy ženy odpověděly, že spíše nezohlednily názor jejich partnera. 35 žen (tj. 27,3 %) spíše zohlednilo názor partnera a 13 žen (tj. 10,2 %) názor partnera rozhodně zohlednilo.

Položka č. 14: „Kolik různých antikoncepčních metod jste za život vyzkoušela?“.

Tabulka 16: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 14, zdroj: vlastní tabulka

Počet antikoncepčních metod	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
1–2	82	64,1 %
3–4	45	35,2 %
5 a více	1	0,8 %



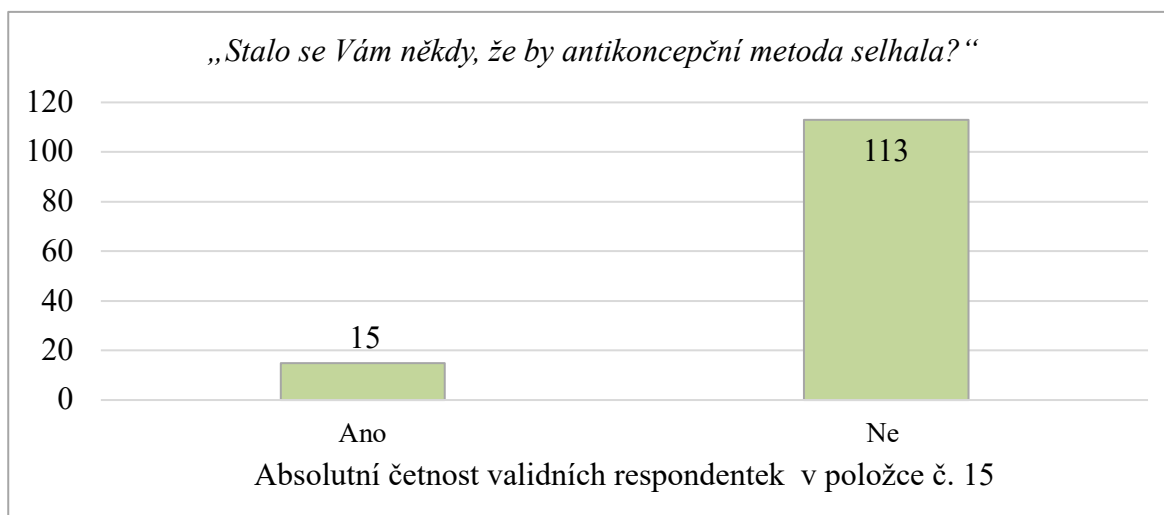
Obrázek 12: Grafický přehled odpovědí na položku č. 14, zdroj: vlastní obrázek

Z přehledu odpovědí je patrné, že největší počet žen, vyzkoušelo 1–2 antikoncepční metody za svůj život. Tuto část tvoří 82 respondentek (tj. 64,1 %). Druhou nejpočetnější skupinou jsou ženy, které za svůj život vyzkoušely 3–4 různé antikoncepční metody. Počet těchto respondentek je 45 (tj. 35,2 %) a nejmenší početní zastoupení má třetí z možností. 5 a více různých antikoncepčních metod vyzkoušela 1 žena (tj. 0,8 %).

Položka č. 15: „Stalo se Vám někdy, že by antikoncepční metoda selhala?“.

Tabulka 17: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 15, zdroj: vlastní tabulka

Selhání antikoncepční metody	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
Ano	15	11,7 %
Ne	113	88,3 %



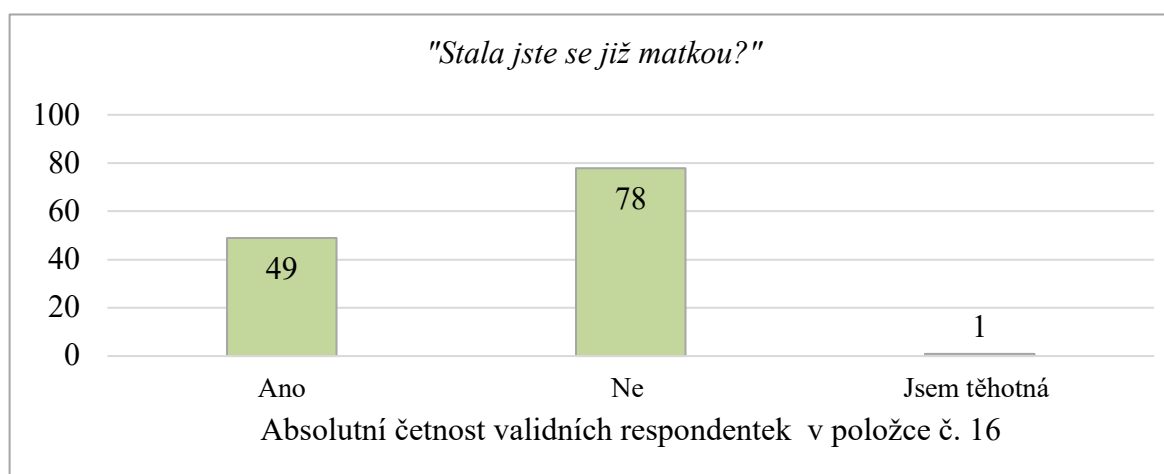
Obrázek 13: Grafický přehled odpovědí na položku č. 15, zdroj: vlastní obrázek

Z výsledků šetření položky č. 15 vyplívá, že většina žen se nesetkala se selháním antikoncepční metody. Ze 128 žen odpovědělo 113 (tj. 88,3 %), že jim antikoncepční metoda nikdy neselhala. Naopak 15 žen (tj. 11,7 %) se selháním antikoncepce někdy setkala.

Položka č. 16: „Stala jste se již matkou?“.

Tabulka 18: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 16, zdroj: vlastní tabulka

Stala jste se již matkou	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
Ano	49	38,3 %
Ne	78	60,9 %
Jsem těhotná	1	0,8 %



Obrázek 14: Grafický přehled odpovědí na položku č. 16, zdroj: vlastní obrázek

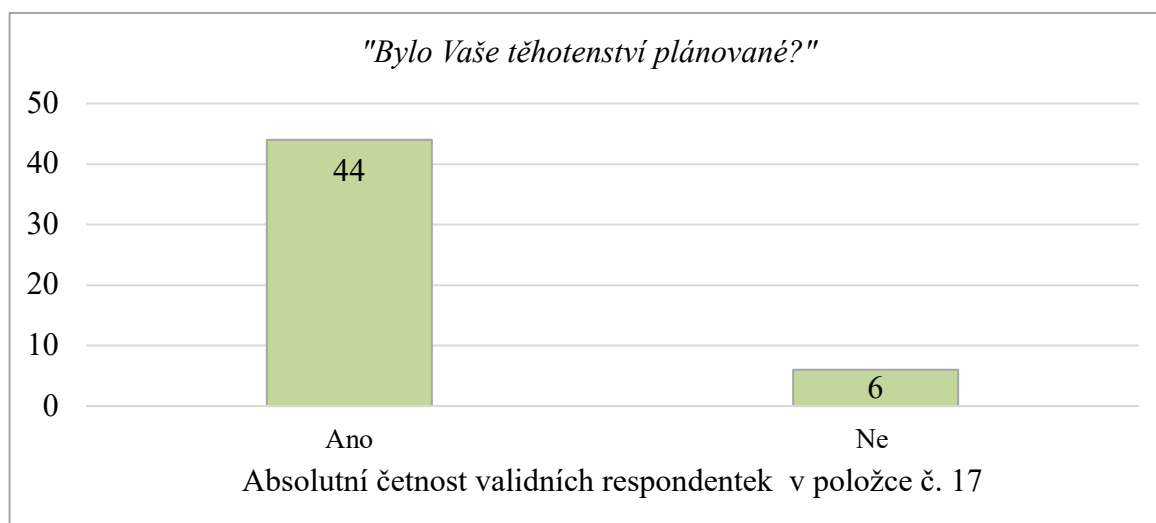
Z výsledků odpovědí vyplívá, že většina žen, které se zapojily do výzkumného šetření zatím nejsou matkou. Z celkového počtu 128 žen odpovědělo 78 (tj 60,9 %), že se matkou

zatím nestaly. Naopak matkou se již stalo 49 dotazovaných žen (tj. 38,3 %). Jedna z respondentek odpověděla, že je těhotná (tj. 0,8 %).

Položka č. 17: „Bylo vaše těhotenství plánované?“

Tabulka 19: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 17, zdroj: vlastní tabulka

Plánované těhotenství	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
Ano	44	88 %
Ne	6	22 %



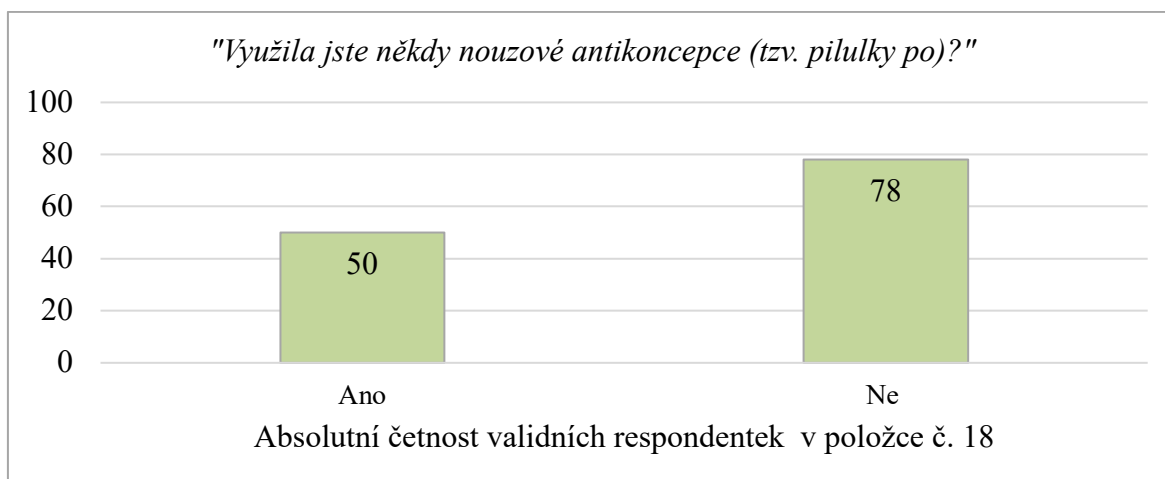
Obrázek 15: Grafický přehled odpovědí na položku č. 17, zdroj: vlastní obrázek

Na položku č. 17 odpovídaly pouze ženy, které v položce č. 16 uvedly, že se již staly matkou. Ostatní ženy tuto položku přeskočily a pokračovaly ve vyplňování následných položek. Celkem tedy na položku č. 17 odpovídalo 50 žen. Do tohoto celku byla započítána i 1 žena, která v položce č. 16 uvedla, že je těhotná. Z celkového počtu 50 žen odpovědělo 44 (tj. 88 %), že jejich těhotenství bylo plánované. Neplánované těhotenství pak vybralo 6 žen (tj. 22 %).

Položka č. 18: „Využila jste někdy nouzové antikoncepce (tzv. pilulky po)“

Tabulka 20: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 18, zdroj: vlastní tabulka

Nouzová antikoncepce	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
Ano	50	39,1 %
Ne	78	60,9 %



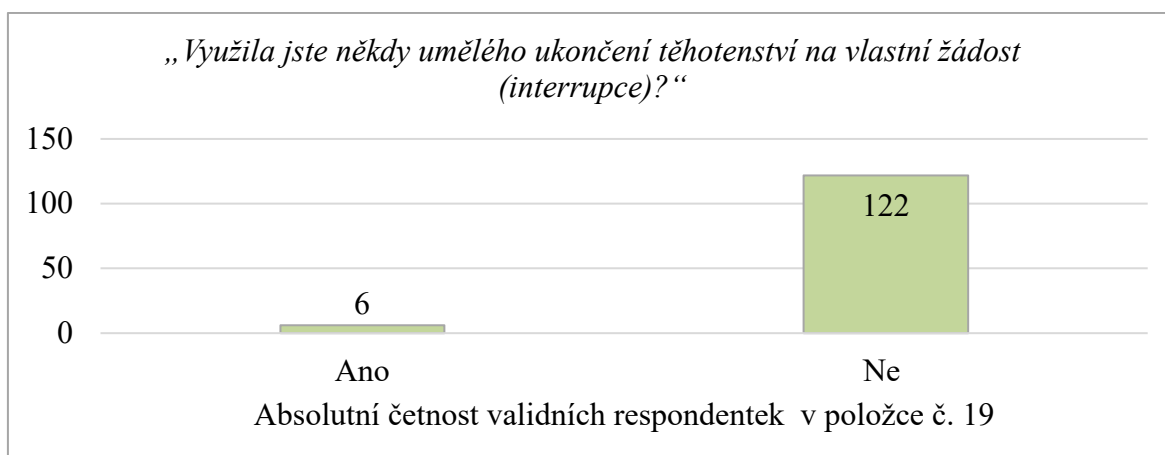
Obrázek 16: Grafický přehled odpovědí na položku č. 18, zdroj: vlastní obrázek

Z odpovědí vyplývá, že většina žen nikdy nevyužilo nouzové antikoncepce. Z celkového počtu 128 žen ji nevyužilo 78 (tj. 60,9 %). Žen, které odpověděly, že tuto antikoncepci někdy využilo bylo 50 (tj. 39,1 %). Rozdíl mezi těmito dvěma odpověďmi je 28 žen. Obecně tedy lze říci, že i přesto, že nadpoloviční většina respondentek uvedla, že nouzovou antikoncepci nikdy nevyužila, tak její využití není neběžným jevem.

Položka č. 19: „Využila jste někdy umělého ukončení těhotenství na vlastní žádost (interrupce)?“.

Tabulka 21: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 19, zdroj: vlastní tabulka

Umělé přerušení těhotenství	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
Ano	6	4,7 %
Ne	122	95,3 %



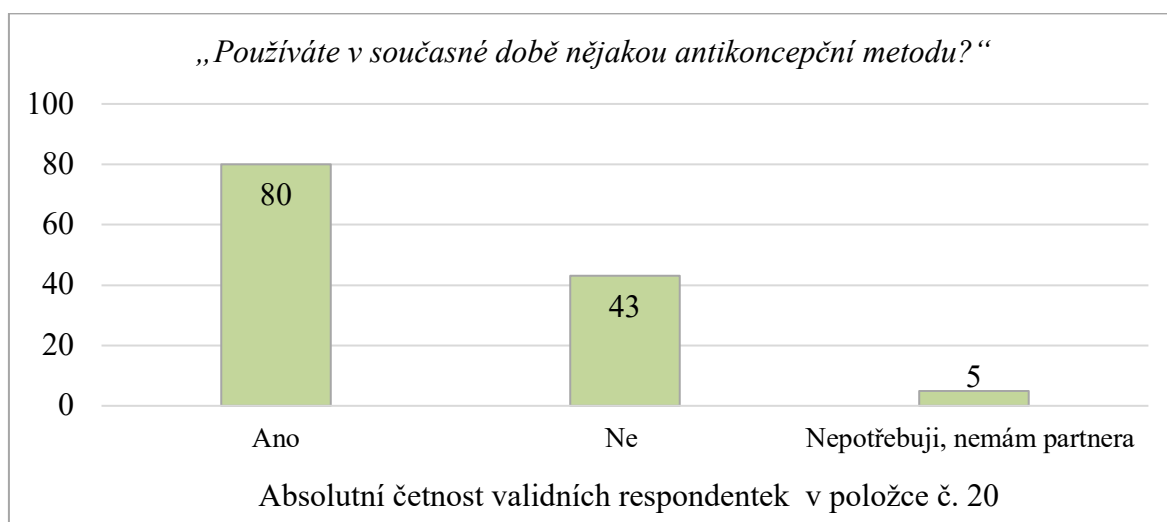
Obrázek 17: Grafický přehled odpovědí na položku č. 19, zdroj: vlastní obrázek

Z odpovědí na položku č. 18 v dotazníku vyplývá, že většina žen nikdy nevyužila umělého ukončení těhotenství na vlastní žádost (tzv. interrupce). 122 žen (tj. 95,3 %) odpovědělo, že interrupci nikdy nepodstoupilo. Naopak 6 žen odpovědělo, že interrupci podstoupily. Vzhledem k odpovědím z položky č. 17 lze říct, že ženy častěji využívají emergentní antikoncepci, jako způsob zamezení neplánovaného rodičovství než interrupci.

Položka č. 20: „Používáte v současné době nějakou antikoncepční metodu?“.

Tabulka 22: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 20, zdroj: vlastní tabulka

Používání antikoncepce v současnosti	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
Ano	80	62,5 %
Ne	43	33,6 %
Nepotřebuji, nemám partnera	5	3,9 %



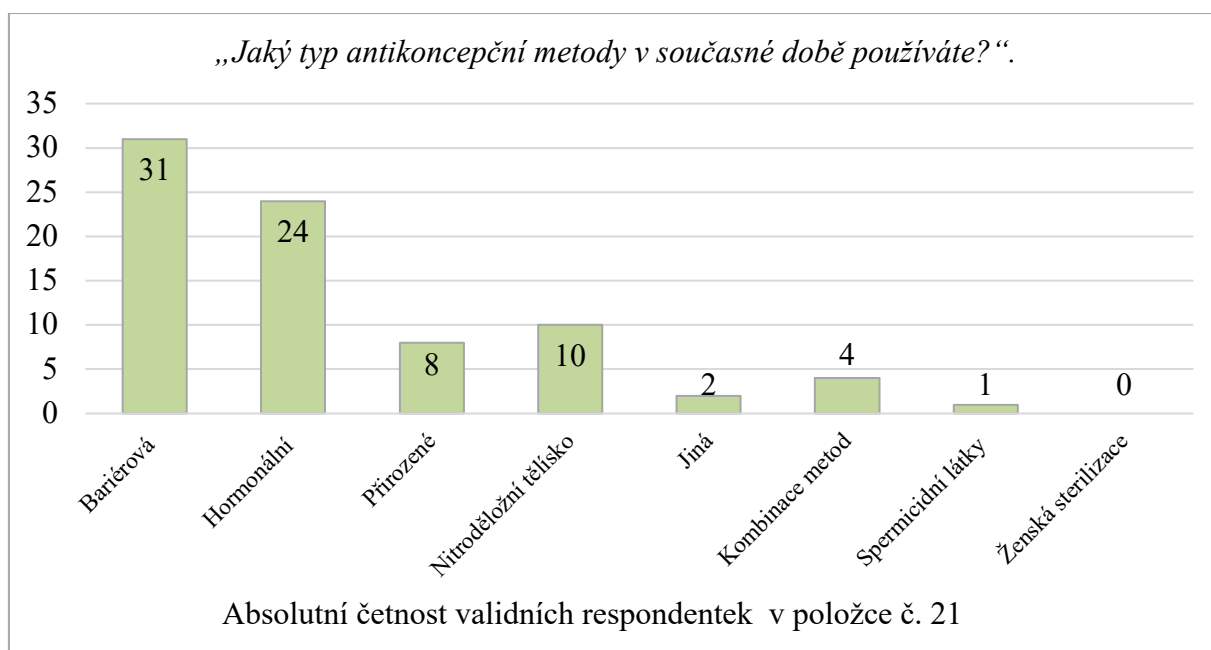
Obrázek 18: Grafický přehled odpovědí na položku č. 20, zdroj: vlastní obrázek

Z odpovědí je patrné, že v současné době používá nějaký druh antikoncepce celkem 80 respondentek (tj. 62,5 %). Antikoncepční metodu nepoužívá 43 žen (tj. 33,6 %). Do poslední z nabízených kategorií patří 5 žen (tj. 3,9 %), které antikoncepci neuvžívají z toho důvodu, že nemají partnera, a tudíž ji nepotřebují.

Položka č. 21: „Jaký typ antikoncepční metody v současné době používáte?“.

Tabulka 23: Grafický přehled odpovědí na položku č. 21, zdroj: vlastní obrázek

Používání antikoncepce v současnosti	Absolutní četnost validních respondentek	Relativní četnost validních respondentek
Bariérová	31	38,8 %
Hormonální	24	30 %
Přirozené	8	10 %
Nitroděložní tělísko	10	12,5 %
Jiná	2	2,5 %
Kombinace metod	4	5 %
Spermicidní látky	1	1,2 %
Ženská sterilizace	0	0 %



Obrázek 19: Grafický přehled odpovědí na položku č. 21, zdroj: vlastní obrázek

Na položku č. 21 odpovídaly pouze ženy, které v položce č. 20 uvedly, že v současné době používají nějaký typ antikoncepční metody. Celkem tedy na tuto otázku odpovědělo 80 žen. Zbylé ženy tuto odpověď přeskočily a pokračovaly na konec dotazníku. Ženy vybíraly odpověď z 8 nabízených možností. U možnosti byl vždy uveden souhrnný název kategorie antikoncepčních metod a v závorce byly uvedeny některé konkrétní příklady

z těchto kategorií. Uvedené příklady byly použity za cílem usnadnění orientace žen v nabízených kategoriích.

Nejvíce žen odpovědělo, že užívá bariérovou formu ochrany. Odpovědělo takto 31 žen (tj. 38,8 %). Do této kategorie byly zařazeny např. mužský a ženský kondom nebo pesar. Druhou nejčastější odpovědí byla hormonální antikoncepce. Tuto možnost vybralo 24 žen (tj. 30 %). Do této kategorie jsou řazeny např. hormonální pilulky, injekce, vaginální kroužky nebo náplasti. Přírozený způsob vybralo 8 žen (tj. 10 %). Do kategorie přírodních metod byla zahrnuta např. přerušovaná soulož nebo počítání plodných a neplodných dnů ženy. Další nabízenou kategorií jsou nitroděložní tělíška, a to hormonální i nehormonální. Nitroděložní tělíško zvolilo 10 žen (tj. 12,5 %). Pátou možnost vybraly 2 ženy (tj. 2,5 %). Tato možnost označovala jiné, antikoncepční metody, které nepatřily ani do jedné z uvedených kategorií v nabídce. Kombinovanou metodu využívají 4 ženy (tj. 5 %). Jako příklad kombinované metody byl uveden mužský kondom a hormonální antikoncepce. Spermicidní látky využívá 1 z respondentek (tj. 1,2 %). Příkladem spermicidních látek jsou např. spermicidní čípky či gely. Žádná z respondentek pak neuváděla, že by jako antikoncepční metodu využívala ženskou sterilizaci.

6.8 VÝSLEDKY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU

Kvalitativní části výzkumu se zúčastnilo celkem 76 žen. Do kvalitativní části výzkumu se zapojily pouze ty ženy, které kladně odpověděly na položku č. 20 z dotazníku a dále kompletně odpověděly na položky č. 21 a č. 22 z dotazníku. Vyhodnocování dat je provedeno otevřeným kódováním. Nejprve jsou uvedeny souhrnné výsledky všech kategorií a následně jsou uvedeny výsledky z každé kategorie zvlášť. Některé ženy uvedly více důvodů.

Položka č. 22: „*Současnou antikoncepci jste zvolila z důvodu:*“.

Dle vyhodnocení dat lze říci, že obecně ženy svou antikoncepci volí na základě 5 hlavních kritérií. Tyto odpovědi se vyskytovaly nejčastěji bez ohledu na úroveň vzdělání nebo kategorii antikoncepční metody.

Komfort užívání byl nejčastěji uváděnou kategorií všech odpovědí. Ženy především uváděly, že jejich antikoncepce je snadná na užívání a aplikaci, že ji užívají dlouho a jsou na ni zvyklé nebo že na její aplikaci nemusí vůbec myslet (např. nitroděložní tělíško). Ženy také uváděly, že jim jejich antikoncepce přináší pohodlí i u menstruačního cyklu, kdy ji mohou v případě potřeby oddálit nebo ji zcela nemají. Tato kategorie odpovědí se objevila

celkem v 32 odpovědích ze 76. Nejčastěji se tento typ odpovědí objevoval v kategorii hormonální antikoncepce nebo nitroděložního tělíska.

Tabulka 24: Přehled odpovědí kvalitativního výzkumu, zdroj: vlastní tabulka

Typ antikoncepční metody	Odpovědi respondentek
Hormonální antikoncepce	<p>„Pohodlnější užívání. Pozvolné uvolňování hormonů (kroužek).“</p> <p>“Pohodlného užívání, spolehlivosti, možnosti ovlivnit si menstruační cyklus (při brání v kuse se menstruace nedostaví, což například v létě je velmi přínosné) a je na trhu již desítky let, proto ji беру za spolehlivou a víceméně zdravotně nezávadnou.“</p> <p>„Pohodlí zvyk.“</p> <p>„Jednoduchost použití.“</p> <p>„Je vyhovující a jsem na ni zvyklá.“</p> <p>„Užívám HA, která mi vyhovuje a pomáhá s akné.“</p> <p>„Pohodlnost užití, spolehlivost.“</p> <p>„Pohodlí.“</p> <p>„Je pohodlná.“</p>
Nitroděložní tělísko	<p>„Kvůli pohodlí, nemusím nic moc hlídat a řešit zapomenuté pilulky. Vzhledem k tomu, že jsem věděla, že už nebudu chtít děti.“</p> <p>„Bylo mi to doporučeno i mým lékařem, vzhledem k určitým výhodám z hlediska prevence některých zdravotních rizik.“</p> <p>„Jednoduchost, nemusím na to myslet, nemám menstruaci.“</p> <p>„Komfort – není třeba denně myslet na užití jako u tabletek, přijatelná cena, nepocítuji žádné vedlejší účinky.“</p> <p>„Nemuset myslet na pravidelné užívání tablet v určitém hodině.“</p>

	<p>„Velké pohodlí.“</p> <p>„Pohodlné užívání (neřeší se denně), nejde přes TS.“</p>
Přirozené	„Praktické důvody, zdarma, vyhovuje mi.“

Spolehlivost byla druhou nejčastější kategorií v odpovědích. Celkem tuto kategorii ve svých odpovědích uvedlo 16 žen. Vysoká míra spolehlivosti se objevovala především v odpovědích žen, které užívají hormonální antikoncepci. Nezřídka byla vysoká míra spolehlivosti uváděna v odpovědích spolu s komfortem užívání.

Tabulka 25: Přehled odpovědí kvalitativního výzkumu, zdroj: vlastní tabulka

Typ antikoncepční metody	Odpovědi respondentek
Hormonální	<p>„Vysoká ochrana, pomáhá mi i k pravidelnému cyklu.“</p> <p>„Praktičnost, spolehlivost, komfort během styku.“</p> <p>„Kojím, chci sexuálně žít, nejbezpečnější a nejideálnější je pro mě HAK pilulky.“</p> <p>„Je spolehlivá. Mám s ní méně starostí než s kondomy, které bylo potřeba stále někde shánět.“</p> <p>„Abych měla pravidelnou menstruaci, abych neotěhotněla.“</p> <p>„Jednoduché užití, osobně žádné negativní vedlejší účinky, spíš benefity, vysoká míra ochrany.“</p> <p>„Je to účinné.“</p> <p>„Jednoduché užívání, vysoká účinnost, dlouhodobý účinek.“</p>

Dostupnost a cena byl nejčastějším důvodem u 12 žen. Dostupnost ženy uváděly u bariérové ochrany ve vztahu k snadné koupi bez lékařského předpisu. Ženy také uváděly, že ji preferují z toho důvodu, že není nijak invazivní pro organismus. V případě hormonální antikoncepce ženy uváděly již zmiňovanou spolehlivost a jednoduchost užívání.

Tabulka 26: Přehled odpovědí kvalitativního výzkumu, zdroj: vlastní tabulka

Typ antikoncepční metody	Odpovědi respondentek
Hormonální	<p>„Finanční možnosti, časově neomezující, mohu kdykoliv vysadit.“</p> <p>„Cenové dostupnosti a jednoduchosti užívání (kroužky.“)</p> <p>„Spolehlivosti, dostupnosti, jednoduchosti.“</p> <p>„Bylo mi doporučeno jako náctileté, bylo to nejdostupnější a nejpříjemnější“.</p>
Bariérová	<p>„Spolehlivá, jednoduchá, snadno dostupná, bez jakékoli zátěže pro tělo.“</p> <p>„Prezervativ: snadné a rychlé pořízení; bez předpisu; nehormonální.“</p> <p>„Nejedná se o zásah do mého těla. Dostupnost. Vyhovuje mě i partnerovi.“</p> <p>„Levná, spolehlivá, brání i přenosu chorob.“</p> <p>„Přestala mi vyhovovat hormonální antikoncepce a bariérová byla v tu chvíli nejdostupnější.“</p> <p>„Praktičnost, ideální dostupnost produktu, nechci brát hormonální antikoncepci, prevence chorob.“</p> <p>„Jednoduchost, dostupnost, cena.“</p>

Odmítnutí hormonální antikoncepce nebo zdravotní komplikace spojená s ní byl velice častý důvod, který se vyskytoval v odpovědích. Ženy často uváděly že se buď obávají nebo již prožily vedlejší účinky hormonální antikoncepce. Některé ženy měly lékařem zakázáno ze zdravotních důvodů hormonální antikoncepci užívat. Ženy také uváděly, že se domnívají, že hormonální antikoncepce není tělu prospěšná ba naopak že mu škodí. Jedním z uváděných důvodů byl negativní dopad hormonů na životní prostředí. Nejčastější alternativou k hormonální antikoncepci byla bariérová nebo přirozená ochrana. Tyto důvody uvedlo celkem 37 žen.

Tabulka 27: Přehled odpovědí kvalitativního výzkumu, zdroj: vlastní tabulka

Typ antikoncepční metody	Odpovědi žen
Bariérová	<p>„Zdravější varianta.“</p> <p>„Mám varixy, navíc jsem přesvědčena o její spolehlivosti, myslím i, že ji mám pod kontrolou více než pilulky.“</p> <p>„Už během studia Ph.D. jsem zrušila hormonální antikoncepci z důvodu zdraví. Díky tomu jsem také získala větší chuť na sex, cítila jsem se lépe, pociťovala jsem větší energii. Aktuální metoda mi přijde přirozenější, zdravější, cítím se v ní dobře. Občas ji zkombinuji s použitím kondomu. Ale hormonální metody už nevyužívám.“</p> <p>„Špatná snášenlivost HA.“</p> <p>„Preferuji kondom zejména z hlediska nenarušování hladiny hormonů.“</p> <p>„Po 12letech užívání hormonální antikoncepce jsme se dohodli s partnerem, že by mohlo být pro mé zdraví lepší používat kondom.“</p> <p>„Používám jako antikoncepce mužský kondom, protože už nechci brát prášky.“</p> <p>„Po hormonální antikoncepci se mi zhoršovala migréna. Nebylo o čem.“</p> <p>„Po čase mi začala vadit hormonální antikoncepce a bariérová je lepší než přerušovaný sex. Zároveň mohu díky bariérové antikoncepci bezpečně praktikovat sex s různými partnery.“</p> <p>„Nevhodnost hormonální antikoncepce kvůli zdravotním důvodům. Kondomy jsou pro mě jednoduchá a k tělu šetrná metoda.“</p> <p>„Neovlivňuje mě to.“</p> <p>„Není hormonální, vyhovuje mně i partnerovi.“</p> <p>„Neinvazivní.“</p> <p>„Nechtěla jsem do sebe dávat hormonální antikoncepci.“</p>

Bariérová	<p>„Nechci užívat hormony.“</p> <p>„Nechci užívat hormonální antikoncepci a bariérová antikoncepční metoda se mi nejlépe osvědčila.“</p> <p>„Nechci a nesmím brát normální hormonální antikoncepci z důvodu mutace genu“.</p> <p>„Nehormonální, přirozenější.“</p> <p>„Nehormonální cesta.“</p> <p>„Menšího zásahu do organismu.“</p> <p>„Mám leidenskou mutaci, HA pro mě nepřichází v úvahu. Se současným partnerem by mi nevadilo otěhotnět, proto nepoužíváme jiné metody.“</p> <p>„Kvůli nemožnosti používat hormonální antikoncepci.“</p> <p>„Jednoduchého použití, absence chemikálií a hormonů pro tělo i životní prostředí.“</p> <p>„Dříve jsme používali kombinovanou metodu– kondomy + antikoncepční kroužky, ale už mi nevyhovovaly, takže jsme se s přítelem rozhodli jen pro používání kondomů.“</p>
Přirozená	<p>„Škodlivost antikoncepčních látek/ nespolehlivost/nechut' si zavádět antikoncepci.“</p> <p>„Používáme i kondom, ale málo, protože partnerovi vadí. Antikoncepci brát nechci kvůli dopadům na zdraví a životní prostředí.“</p> <p>„Nechci používat hormonální antikoncepci. Kdyby tato metoda selhala, nevadilo by to, do budoucna plánujeme další dítě.“</p> <p>„Důvěra v partnerovi, metoda bez hormonů, pohodlnost, šetření životního prostředí.“</p> <p>„Vysadila jsem hormonální antikoncepci, aby se mi tělo srovnalo, protože výhledově plánuji těhotenství.“</p>

Doporučení lékaře je poslední z kategorií typu odpovědí respondentek. Všechny ženy, které daly na rady lékaře používají hormonální antikoncepci nebo nitroděložní tělísko. Takto odpovědělo celkem 5 žen.

Souhrnné výsledky kvalitativního výzkumu jasně ukazují, že ženy, pro které je stěžejní pohodlnost užívání a vysoká míra spolehlivosti, volí spíše hormonální metody nebo nitroděložní tělíška. Tyto metody využívají i ženy na základě doporučení lékaře. Naopak ženy, které se rozhodnou nebo musí jít nehormonální cestou, volí bariérové nebo přirozené metody. Tyto metody volí i ženy, pro které je důležitá snadná dostupnost antikoncepce. Odpovědi se dále různily podle úrovně dosaženého vzdělání.

Bakalářky nejčastěji užívají hormonální antikoncepci. Z celkového počtu 39 bakalářek ji užívá 15. Dále 14 žen užívá bariérovou ochranu. Třetí nejpoužívanější metodou je přirozená a nejméně používanou jsou spermicidní látky. Dle výsledků kvalitativního výzkumu je pro bakalářky při výběru antikoncepce nejdůležitější komfort užívání, spolehlivost a cena. I přes to, že bakalářky ve výsledku nejvíce užívají hormonální antikoncepci, tak její odmítnutí bylo často se opakujícím motivem v odpovědích.

Magistry nejčastěji používají bariérovou ochranu. Kvalitativního výzkumu se jich zúčastnilo 25 a z toho 12 používá právě bariérovou ochranu. Druhou nejčastější metodou je hormonální antikoncepce, kterou užívá 7 respondentek. Se stejným počtem respondentek pak vedle sebe stojí přirozené metody a nitroděložní tělísko. Stejně jako u bakalářek se i zde v odpovědích často opakovaly motivy snadného používání, spolehlivosti, snadné dostupnosti a odmítání hormonů. Cena zde nebyla tolik klíčová jako u bakalářek. Častou odpovědí pak bylo, že současnou antikoncepční metodu zvolily na základě doporučení lékaře. Lékaři nejčastěji doporučovaly užívání hormonální antikoncepce nebo tělíška.

Všech pět **lékařek medicíny** odpovědělo, že mají zavedené tělísko. Stěžejní pro ně bylo pohodlí, snadné užívání a vysoká účinnost.

Kvalitativního výzkumu se zúčastnila jedna žena s **malým doktorátem**. Ta odpověděla, že ze zdravotních důvodů používá přirozené metody.

Žen s **velkým doktorátem** se zúčastnilo sedm. Ty nejčastěji užívají bariérovou ochranu a dále pak hormonální antikoncepci. Pro ženy z této kategorie je důležité pohodlí, šetrnost metody pro tělo a názor partnera.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce je zaměřená na preference konkrétní antikoncepční metody ženami s vysokoškolským vzděláním. Teoretická část je složená z pěti kapitol, které se zabývají vysokoškolským vzděláním v České republice, popisem ženského reprodukčního systému, antikoncepčními metodami, reprodukčním zdravím a rozhodováním.

Praktická část práce je složená z kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 128 validních respondentek, které odpovídaly na celkem 22 položek v dotazníku. Položky 1–21 sloužily jako nástroj pro sběr kvantitativních dat. Ženy byly postupně dotazovány na jejich věk, úroveň vzdělání, na jejich informovanost o antikoncepčních metodách v minulosti i současnosti, na význam ceny antikoncepce při jejich rozhodování v minulosti i současnosti, ale i na to, zda jim antikoncepce někdy selhala nebo jestli zohledňují při výběru antikoncepce názor partnera. Poslední, 22. položka, byla otevřená a sloužila ke sběru dat pro kvalitativní výzkum. Tohoto šetření se zúčastnilo pouze 76 validních respondentek, které uvedly, že v současné době nějakou antikoncepci používají. Tyto respondentky byly dotazovány na konkrétní důvody, proč se rozhodly používat právě tuto antikoncepci. Získaná data byla dále tříděna do kategorií. Nejdříve byla data roztržíděna bez ohledu na úroveň vzdělání žen a bylo zjištěno, že pro většinu žen je rozhodující komfort užívání, spolehlivost, dostupnost a cena, ale také doporučení lékaře nebo dobrovolné odmítnutí hormonální antikoncepce. Následně byly odpovědi vyhodnocovány pro každou úroveň vzdělání zvlášť, aby bylo možné, co nejpřesněji zjistit konkrétní preference žen ve vztahu k jejich úrovni vzdělání. U skupin byly zjištěné mírné rozdíly v preferencích.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, zda úroveň vysokoškolského vzdělání žen ovlivňuje jejich volbu antikoncepční metody a zda užívají ženy s bakalářským vzděláním spíše hormonální antikoncepci? Na základě vyhodnocení výzkumu bylo zjištěno, že úroveň vysokoškolského vzdělání ovlivňuje výběr antikoncepční metody. Dále bylo zjištěno, že ženy s bakalářským vzděláním nejčastěji užívají hormonální antikoncepci.

Pro práci byly nastaveny i dvě výzkumné hypotézy. První hypotéza říká že, ženy s vyšším stupněm vzdělání preferují nehormonální způsoby antikoncepce. Z výsledků výzkumu skutečně vyplývá, že ženy s vyšší úrovní vzdělání volí spíše nehormonální antikoncepci. Druhá hypotéza říká, že ženy s bakalářským vzděláním zohledňují při výběru antikoncepční metody její cenu více než ženy s magisterským vzděláním. Z výsledků výzkumu vyplývá, že pro bakalářky je cena více rozhodujícím faktorem než pro magistry.

Výsledky hypotéz mohou být zkresleny nestejným početním zastoupením respondentek v jednotlivých úrovních vzdělání.

Antikoncepce je součástí života většiny žen. I přes to, že každá z nich má na vlastnosti antikoncepce lehce odlišné požadavky, jsou kritéria, která požaduje většina žen. Ženy chtějí od antikoncepce komfort, spolehlivost, dostupnost. Ženy v současné době spíše preferují metody, které výrazně nezatěžují jejich organismus, ale ani životní prostředí. Ženy vnímají antikoncepci v širším kontextu a čím dál častěji se věnují získávání informací o ní, než se pro nějakou rozhodnou.

Tato diplomová práce může sloužit jako podklad pro další výzkum či jako zdroj informací pro širokou veřejnost, kterou toto téma zajímá.

RESUMÉ

Tato diplomová práce je zaměřená na preferenci antikoncepčních metod vysokoškolsky vzdělanými ženami.

Teoretická část práce byla zaměřena na charakteristiku vysokoškolského vzdělání v České republice, popis reprodukčního systému žen, popis konkrétních antikoncepčních metod, na aspekty reprodukčního zdraví a na rozhodování.

V praktické části byl vyhodnocen dotazník. Dotazník měl kvantitativní i kvalitativní část. Všechny výsledky byly detailně tříděny, vyhodnocovány a zpracovány do tabulek nebo grafů.

Cílem bylo zjistit, zda existuje vztah mezi úrovní vzdělání žen a preferencí antikoncepčních metod.

RESUMÉ

This thesis focuses on the preference for contraceptive methods among women with academic education.

The theoretical part of the thesis was aimed at characterizing higher education in the Czech Republic, describing the female reproductive system, detailing specific contraceptive methods, discussing aspects of reproductive health, and examining decision-making processes.

In the practical part, a questionnaire was evaluated. The questionnaire included both quantitative and qualitative sections. All results were meticulously sorted, evaluated, and processed into tables or graphs.

The aim was to determine whether there is a relationship between women's level of education and their preference for contraceptive methods.

SEZNAM LITERATURY

BARRENSE-DIAS, Yara, AKRE, Christina, SURÍS, Joan-carles; BERCHTOLD, André; MORSELLI, Davide et al. *Does the Primary Resource of Sex Education Matter? A Swiss National Study*. Online. *Journal of Sex Research*. 2020, roč. 57, č. 2, s. 166-176. ISSN 00224499. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1626331>. [cit. 2023-12-02].

BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce: druhy antikoncepce, hormony, když všechno selže*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1351-9.

BAYER. *Antikoncepce.cz*. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.antikoncepce.cz/prehled-metod>. [cit. 2024-01-25].

BOBEK, Daniel; ŠÍMA, Martin a SLANAŘ, Ondřej. Mýty a fakta o hormonální antikoncepci. Online. *Farmacie pro praxi*. 2022, roč. 18, č. 2, s. 79-81. Dostupné z: Solen.cz, <https://doi.org/10.36290/lek.2022.016>. [cit. 2024-01-22].

COELHO, Fábio; PINHEIRO, Ricardo; SILVA, Ricardo; ÁVILA QUEVEDO, Luciana; MATTOS SOUZA, Luciano et al. *Parental bonding and suicidality in pregnant teenagers: a population-based study in southern Brazil*. Online. *Social Psychiatry*. 2014, roč. 49, č. 8, s. 1241-1248. ISSN 09337954. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0832-1>. [cit. 2023-11-27].

ČEPICKÝ, Pavel. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. Online. In: WWW.Lavret.cz. 2002. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/knihy/2002/uvod-do-antikoncepce/kapitola?k=3>. [cit. 2024-01-22].

ČEVELA, Rostislav; ČELEDOVÁ, Libuše a DOLANSKÝ, Hynek. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2860-5.

FAIT, Tomáš. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. Jessenius. Praha: Maxdorf, c2008. ISBN 978-80-7345-172-1.

Forum antikoncepce.cz: O antikoncepci objektivně. Online. In: ČESKÁ GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. Dostupné z: <https://www.forumantikoncepce.cz/rady-a-komentare/typy-hormonalni-antikoncepce#>. [cit. 2024-01-25].

HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0568-7.

HRUŠKOVÁ, Hana. *Hormonální antikoncepce – novinky, přínosy, rizika, nové preparáty*. Online. *Interní medicína pro praxi*. 2009, roč. 11, č. 12, s. 569–572. Dostupné z: Solen.cz, <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/12/09.pdf>. [cit. 2024-01-22].

Chcete mít v budoucnu děti?: 9 faktorů, o kterých byste měli vědět. Online. In: *Moje reprodukční zdraví*. 2020. Dostupné z: <https://www.mojereprodukcnizdravi.cz>. [cit. 2024-01-27].

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. *Pedagogika* (Grada). Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.

IDAKWO, Joshua; YARO, Clement Ameh; AKOH, Queen Pheobe a RAJI, Rukayat Owayioza. *A study of Trichomonas vaginalis and risk factors in women of reproductive age attending health facilities in Okene metropolis, Kogi State, Nigeria*. Online. *Journal of Clinical*. 2020, roč. 9, č. 4, s. 213-217. ISSN 22775706. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/JCSR.JCSR_21_20. [cit. 2023-11-27].

KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-247-1963-4.

KLÉZL, Tomáš. *Do řek se dostávají chemikálie z antikoncepce. Rybám škodí, mohou je i zabít*. Online. In: *Aktuálně.cz*. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/cistirna-polutanty/r~5864bb5044c711edbc030cc47ab5f122/>. [cit. 2024-01-22].

KOBILKOVÁ, Jitka et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-246-1112-0.

KOLIBA, Peter; WEISS, Petr; NĚMEC, Martin a DIBONOVÁ, Markéta. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2039-0.

KOLIBA, Petr. *Antikoncepce u mladistvých – aktuální pohled, rizika a právní aspekty*. Online. *Pediatric pro praxi*. 2014, roč. 15, č. 6, s. 348–351. Dostupné z: Solen.cz, <https://solen.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf>. [cit. 2024-01-22].

KOUKOLÍK, František. *Rozhodování: eseje*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3364-0.

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

MARIEB, Elaine Nicpon a MALLATT, Jon. *Anatomie lidského těla*. Brno: CP Books, 2005. ISBN 80-251-0066-9.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Národní zdravotnický informační portál*. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/195-alkohol-v-tehotenstvi>. [cit. 2024-01-30].

MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3918-2.

Natur.CUNI.CZ. *Popularita hormonální antikoncepce klesá*. Online. 2021. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/fakulta/aktuality/archiv-2021/popularita-hormonalni-antikoncepce-klesa>. [cit. 2024-01-22].

PRUKNER, Vítězslav a NOVÁK, Jaromír. *Základy managementu: studijní text pro studenty 1. ročníku Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-244-5615-7.

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

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

RYCHLÍK, Martin a BARTOŠEK, Pavel. *Vědci varují před důsledky znečišťování vod. Ryby v Česku mění pohlaví*. Online. In: Lidovky.cz. 2017. Dostupné z: https://www.lidovky.cz/domov/vedci-varuji-pred-necekanymi-dusledky-znecistovani-vod-ryby-v-cesku-meni-pohlavi.A170825_223256_ln_noviny_ele. [cit. 2024-01-22].

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.

ŠULOVÁ, Lenka; FAIT, Tomáš a WEISS, Petr. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 978-80-7345-238-4.

ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

VAVŘINKOVÁ, Blanka a BINDER, Tomáš. Návykové látky v těhotenství. Online. *Zaostřeno na drogy*. 2007, roč. 5, č. 4, s. 1–12. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4610/584/Zaostreno_na_drogy_200704_drogy_a_tehotenstvi.pdf. [cit. 2024-01-30].

VLČEK, Jiří; FIALOVÁ, Daniela a VYTRÍŠALOVÁ, Magda. *Klinická farmacie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4532-9.

Vzdělávací systém v České republice – vysoké školství. Online. Portál veřejné správy: gov.cz. Poslední změna 12.12.2020. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/informace/vzdelavaci-system-v-ceske-republice-vysoke-skolstvi-INF-203>. [citováno 2023-11-9].

World Health Organization. Online. Dostupné z: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>. [cit. 2024-01-26].

Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách). In: Sběrka zákonů. 22. 4. 1998. ISSN 1211-1244.

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ A DIAGRAMŮ

Tabulka 1: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 1, zdroj: vlastní tabulka	34
Tabulka 2: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 2, zdroj: vlastní tabulka	34
Tabulka 3: Konkrétní počet respondentek kvalitativního výzkumu, zdroj: vlastní tabulka	36
Tabulka 4: Konkrétní počet respondentek v kategoriích antikoncepčních metod, kvalitativním výzkumu, zdroj: vlastní tabulka	36
Tabulka 5: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 3, zdroj: vlastní tabulka	37
Tabulka 6: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 4, zdroj: vlastní tabulka	38
Tabulka 7: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 5, zdroj: vlastní tabulka	39
Tabulka 8: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 5, zdroj: vlastní tabulka	40
Tabulka 9: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 7, zdroj: vlastní tabulka	40
Tabulka 10: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 8, zdroj: vlastní tabulka	41
Tabulka 11: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 9, zdroj: vlastní tabulka	42
Tabulka 12: Konkrétní počet odpovědí v položce č.10, zdroj: vlastní tabulka	44
Tabulka 13: Konkrétní počet odpovědí v položce č.11, zdroj: vlastní tabulka	45
Tabulka 14: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 12, zdroj: vlastní tabulka	46
Tabulka 15: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 13, zdroj: vlastní tabulka	47
Tabulka 16: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 14, zdroj: vlastní tabulka	48
Tabulka 17: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 15, zdroj: vlastní tabulka	48
Tabulka 18: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 16, zdroj: vlastní tabulka	49
Tabulka 19: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 17, zdroj: vlastní tabulka	50
Tabulka 20: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 18, zdroj: vlastní tabulka	50
Tabulka 21: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 19, zdroj: vlastní tabulka	51
Tabulka 22: Konkrétní počet odpovědí v položce č. 20, zdroj: vlastní tabulka	52
Tabulka 23: Grafický přehled odpovědí na položku č. 21, zdroj: vlastní obrázek.....	53
Tabulka 24: Přehled odpovědí kvalitativního výzkumu, zdroj: vlastní tabulka	55
Tabulka 25: Přehled odpovědí kvalitativního výzkumu, zdroj: vlastní tabulka	56
Tabulka 26: Přehled odpovědí kvalitativního výzkumu, zdroj: vlastní tabulka	57
Tabulka 27: Přehled odpovědí kvalitativního výzkumu, zdroj: vlastní tabulka	58
Obrázek 1: Grafický přehled odpovědí na položku č. 3, zdroj: vlastní obrázek	37
Obrázek 2: Grafický přehled odpovědí na položku č. 4, zdroj: vlastní obrázek	38
Obrázek 3: Grafický přehled odpovědí na položku č. 5, zdroj: vlastní obrázek	39
Obrázek 4: Grafický přehled odpovědí na položku č. 6, zdroj: vlastní obrázek	40
Obrázek 5: Grafický přehled odpovědí na položku č. 7, zdroj: vlastní obrázek	41
Obrázek 6: Grafický přehled odpovědí na položku č. 8, zdroj: vlastní obrázek	41
Obrázek 8: Grafický přehled odpovědí na položku č. 9, zdroj: vlastní obrázek	43
Obrázek 9: Grafický přehled odpovědí na položku č. 10, zdroj: vlastní obrázek	44
Obrázek 10: Grafický přehled odpovědí na položku č.11, zdroj: vlastní obrázek	45
Obrázek 11: Grafický přehled odpovědí na položku č. 12, zdroj: vlastní obrázek	46
Obrázek 12: Grafický přehled odpovědí na položku č. 13, zdroj: vlastní obrázek	47
Obrázek 13: Grafický přehled odpovědí na položku č. 14, zdroj: vlastní obrázek	48
Obrázek 14: Grafický přehled odpovědí na položku č. 15, zdroj: vlastní obrázek	49

Obrázek 15: Grafický přehled odpovědí na položku č. 16, zdroj: vlastní obrázek	49
Obrázek 16: Grafický přehled odpovědí na položku č. 17, zdroj: vlastní obrázek	50
Obrázek 17: Grafický přehled odpovědí na položku č. 18, zdroj: vlastní obrázek	51
Obrázek 18: Grafický přehled odpovědí na položku č. 19, zdroj: vlastní obrázek	51
Obrázek 19: Grafický přehled odpovědí na položku č. 20, zdroj: vlastní obrázek	52
Obrázek 20: Grafický přehled odpovědí na položku č. 21, zdroj: vlastní obrázek	53

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Náhled dotazníku

Preference antikoncepčních metod pohledem vysokoškolsky vzdělaných žen

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času pro vyplnění následujícího dotazníku.

SPUSTIT DOTAZNÍK TEĎ

Ochrana osobních údajů | [Vytvořit dotazník zdarma](#) | © Survio 2024 | [Nahlásit zneužití](#)

Vážené respondentky,

obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku. Získané výsledky poslouží výhradně jako podklad pro mou Diplomovou práci, jejímž tématem je "*Preference antikoncepčních metod pohledem vysokoškolsky vzdělaných žen*".

Také bych Vás chtěla požádat o co možná nejpřesnější a nejpravdivější vyplnění dotazníku.

Instrukce pro vyplnění konkrétní otázky jsou vždy **uvedeny nad ní**.

Pohyb mezi otázkami (*dopředu i dozadu*) je umožněn šipkami v dolní části dotazníku.

Vyplnění dotazníku je dobrovolné, zcela anonymní a nemělo by Vám zabrat více než 10 minut.

Předem děkuji za Váš čas

Bc. Nelly Davidová - Západočeská univerzita, Fakulta pedagogická

1. Kolik je Vám let?*

Vyjádřete číslicí, nikoliv slovy

Napište jedno nebo více slov...

10

2. Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?*

Vyberte jednu odpověď. Obor vzdělání NENÍ pro tento výzkum podstatný.

Středoškolské

Bakalářského (Bc., BcA.)

Magisterského/inženýrského (Mgr., MgA.,Ing.)

Malého doktorátu (RNDr.,PhDr.,JUDr.,PaeDr.,PharmDr.,RSDr.,ThDr.,...)

Velkého doktorátu (Ph.D.)

Doktorátu z medicíny (MUDr., MDDr., MVDr.)

Docentského (doc.)

Profesorského (prof.)

3. O antikoncepčních metodách jste nejvíce informací získala:*

Vyberte jednu odpověď

Od rodičů

Ve škole

Od přátel

Z internetu

Z knih

Jiná

4. Byla jste o možnostech antikoncepčních metod informována rodinou/zákonnými zástupci?*

Vyberte jednu odpověď

Rozhodně ne

Spíše ne

Spíše ano

Rozhodně ano

5. Byla jste o možnostech antikoncepčních metod informována školou?*

Vyberte jednu odpověď

Rozhodně ne

Spíše ne

Spíše ano

Rozhodně ano

6. Souhlasíte s tím, že je v současné době dostupný dostatek informací týkajících se antikoncepčních metod?*

Vyberte jednu odpověď

Rozhodně ne

Spíše ne

Spíše ano

Rozhodně ano

7. Zjišťovala jste si informace o možnostech antikoncepčních metod před tím, než ještě se pro nějakou rozhodla?*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

8. Využila jste někdy rad lékaře při rozhodování o typu antikoncepční metody?*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

9. Na stupnici 1-10 vyberte, do jaké míry Vás ovlivnily NEODBORNÉ informace (zkušenosti kamarádek, internetové diskuze, reklamy...) při volbě antikoncepční metody.*

Vyjádřete číslem (1 je nejméně a 10 nejvíce)

Napište jedno nebo více slov...

10

10. Na stupnici 1-10 vyberte, do jaké míry Vás ovlivnily ODBORNÉ informace (studie, rozhovory s odborníky, konzultace s lékaři...) při volbě antikoncepční metody.*

Vyjádřete číslem (1 je nejméně a 10 nejvíce)

Napište jedno nebo více slov...

10

11. Byla pro vás v MINULOSTI, při volbě typu antikoncepční metody, rozhodující cena?*

Vyberte jednu odpověď

Rozhodně ne

Spíše ne

Spíše ano

Rozhodně ano

12. Je pro vás v SOUČASNOSTI, při volbě typu antikoncepční metody, rozhodující cena?*

Vyberte jednu odpověď

Rozhodně ne

Spíše ne

Spíše ano

Rozhodně ano

13. Zohledňovala jste během výběru antikoncepční metody názor partnera?*

Vyberte jednu odpověď

Rozhodně ne

Spíše ne

Spíše ano

Rozhodně ano

14. Kolik různých antikoncepčních metod jste za život vyzkoušela?*

Vyberte jednu odpověď

1-2

3-4

5 a více

15. Stalo se Vám někdy, že by antikoncepční metoda selhala?*

Vyberte jednu odpověď

 Ano Ne**16. Stala jste se již matkou?***

Vyberte jednu odpověď

 Ano Jsem těhotná Ne**17. Bylo vaše těhotenství plánované?**

ODPOVÍDAJÍ POUZE ŽENY, KTERÉ NĚKDY BYLY/JSOU GRAVIDNÍ, OSTATNÍ ŽENY MOHOU OTÁZKU ŠIPKOU PŘESKOČIT V DOLNÍ ČÁSTI

 Ano Ne**18. Využila jste někdy nouzové antikoncepce (tzv. pilulku po)?***

Vyberte jednu odpověď

 Ano Ne

19. Využila jste někdy umělého ukončení těhotenství na vlastní žádost (interrupce) ?*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

20. Používáte v současné době nějakou antikoncepční metodu?*

Vyberte jednu odpověď

Ano

Ne

Nepotřebuji (nemám partnera)

21. Jaký typ antikoncepční metody v současné době používáte?

OPOVÍDAJÍ POUZE ŽENY, KTERÉ NĚJAKOU ANTIKONCEPČNÍ METODU V SOUČASNÉ DOBĚ POUŽÍVAJÍ

Hormonální antikoncepci (pilulky, náplasti, injekce, kroužky...)

Bariérovou ochranu (mužský kondom, ženský kondom, pesar...)

Nitroděložní tělísko (hormonální i nehormonální)

Přirozené metody (přerušovaná soulož, počítání plodných a neplodných dnů...)

Spermicidní látky (gely i čípky...)

Ženská sterilizace

Kombinace více metod (např. hormonální antikoncepce + mužský kondom)

Jiná

22. Současnou antikoncepční metodu jste zvolila z důvodu:

ODPOVÍDAJÍ POUZE ŽENY, KTERÉ NĚJAKOU ANTIKONCEPČNÍ METODU UŽÍVAJÍ. Můžete uvést více důvodů

Napište jedno nebo více slov...

500

Preference antikoncepčních metod pohledem vysokoškolsky vzdělaných žen

Již jste zodpověděla všechny otázky.

Děkuji za Váš čas!