

# **ROLE PORODNÍ ASISTENTKY V EDUKACI ŽÁKŮ STŘEDNÍCH ŠKOL A ODBORNÝCH UČILIŠŤ O ANTIKONCEPCI**

Bakalářská práce

BARBORA SMOLOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-03-31

Praha 2011



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00*

**SMOLOVÁ Barbora**  
**3. A PA**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 12. 4. 2010 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Role porodní asistentky v edukaci žáků středních škol a odborných  
učilišť o antikoncepci

*The Role of Midwife in Education of the Students at Secondary  
Schools and Vocational Schools about Contraception*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. René Hanušová

V Praze dne: 29. 10. 2010

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31.3.2011

*podpis*

## ABSTRAKT

SMOLOVÁ, Barbora. *Role porodní asistentky v edukaci žáků středních škol a odborných učilišť o antikoncepci*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová. Praha. 2011. s. 64

Cílem bakalářské práce bylo zjistit úlohu porodní asistentky v edukaci studentů středních škol a odborných učilišť na Benešovsku o antikoncepčních metodách a jejich užívání. Výsledky poukazují na význam edukace v této oblasti. Teoretická část práce charakterizuje jak anatomii a fyziologii pohlavních orgánů, plánované rodičovství, tak i popis jednotlivých antikoncepčních metod. Empirická část zahrnuje vyhodnocení dotazníku vlastní konstrukce a závěry vyplývající z výsledků.

Trendy v sexuálním chování žáků lze hodnotit pozitivně. Změny pravděpodobně souvisejí především s motivací k odpovědnému a plánovanému rodičovství. Vzhledem k nízké věkové hranici kdy měli respondenti první pohlavní styk je důležité, aby byli informováni včas. Více než polovina (54,00 %) měla první pohlavní styk mezi 15tým a 16tým rokem. Zanedbatelný není ani počet respondentů, kteří měli první pohlavní styk před patnáctým rokem (18,00 %), tedy v době, kdy ještě navštěvují základní školu.

Průzkum ukazuje jak důležitou roli samotná edukace studentů hraje. Není pochyb o tom, že sexuální výchova je nedílnou součástí životního stylu. Každý, kdo vyrůstá v dnešních společenských podmínkách, je odkázán na informace a dovednosti, díky kterým je schopen chránit své reprodukční zdraví. Z našeho průzkumu vyplývá, že přednášky a sexuální výchova na Benešovsku jsou vedeny správně a svou funkci plní.

Klíčová slova: Antikoncepce. Edukace. Porodní asistentka. Průzkum. Střední školy.

## ABSTRACT

SMOLOVÁ, Barbora. *The Role of Midwife in Educating Secondary School and Vocational School Students about Contraception*. Nursing College, o.p.s., degree: Bachelor. Supervisor: PhDr. René Hanušová. Praha. 2011. 64 pages

The object of this bachelor thesis was to determine the role of midwife in the educating secondary school and vocational schools students in the Benešov of contraceptive methods and their use. The outcomes point to the importance of education in this field. The theoretical part describes the anatomy and physiology of the reproductive organs, birth control and various methods of contraception. The empirical part includes the evaluation of the questionnaire and the conclusions follow from results.

Trends in sexual behavior of students can be evaluated positively. The changes are probably related to the motivation for responsible and birth control. Due to the low ages of the respondents when they had a first sexual intercourse is important to be informed in right time. More than half of respondents (54 %) had first sexual intercourse between fifteen and sixteen years old.

Number of respondents who had their first sexual intercourse before the fifteenth years old (18 %) is not insignificant. So many respondents attend primary school. The study shows education plays very an important role. There is no doubt that education about sex is an integral part of their life. Anyone who grows up in current social conditions referred to information and skills that make them be able to protect their reproductive health. Our research shows that sexual education and lectures in the Benešov and surroundings are led correctly and adequately.

*Key words:* Contraception. Education. Midwifery. Research. Secondary schools.

# PŘEDMLUVA

Antikoncepce a informovanost o této problematice je v současnosti jedním ze základních požadavků životního stylu. Již od základní školy je kladen důraz na edukaci dětí – žáků v oblasti plánovaného rodičovství.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se na význam edukační činnosti porodních asistentek v problematice antikoncepce. Poukazujeme na skutečnost, že edukační proces by měl být plánovitým, cílevědomým a měl by respektovat potřeby dospívajících.

Výběr tématu byl ovlivněn jednak studiem oboru porodní asistence ale také vlastními zkušenostmi z vedení edukačních programů o antikoncepci. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak i z časopiseckých a internetových pramenů.

Práce je určena studentům porodní asistence, přičemž podnětné informace v ní mohou najít všichni, kteří se zabývají edukační činností o plánovaném rodičovství.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce PhDr. Reně Hanušové za pedagogické usměrnění a mnoho cenných rad při tvorbě mé bakalářské práce. Dále vyslovuji poděkování MUDr. Jiřímu Hanušovi, CSc., PhDr. Veronice Blažkové, PhD. a v neposlední řadě také Mgr. Zuzaně Prouzové a prof. PhDr. Petru Weissovi PhD. za mnoho podnětů a materiálů, díky kterým tato práce také vznikla.

# OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 ŽENSKÝ POHLAVNÍ SYSTÉM .....	11
1.1 Zevní pohlavní orgány .....	11
1.2 Vnitřní pohlavní orgány .....	12
1.2.1 Vaječníky .....	12
1.2.2 Vejcovody .....	12
1.2.3 Děloha .....	13
1.2.4 Pochva.....	13
1.3 Ovulační cyklus.....	14
1.4 Endometrální cyklus.....	15
2 MUŽSKÝ POHLAVNÍ SYSTÉM .....	17
2.1 Zevní pohlavní orgány .....	17
2.2 Vnitřní pohlavní orgány .....	18
2.2.1 Pohlavní žlázy.....	18
2.2.2 Vývodné pohlavní cesty.....	18
3 KONCEPCE .....	20
3.1 Plánované rodičovství .....	20
3.1.1 Charakter plánovaného rodičovství .....	20
3.1.2 Věk partnerů .....	21
3.1.3 Úloha muže při plánovaném rodičovství .....	22
3.1.4 Sexuální výchova.....	23
3.1.5 Sexuální a rodinná výchova na školách .....	24
4 KONTRACEPCE .....	25
4.1 Historie antikoncepce.....	25
4.2 Hodnocení spolehlivosti.....	27

4.3	Metody antikoncepce .....	28
4.3.1	Přirozené antikoncepční metody.....	28
4.3.2	Bariérové metody.....	30
4.3.3	Nitroděložní metody .....	30
4.3.4	Hormonální antikoncepce .....	32
4.3.5	Hormonální antikoncepce kombinovaná .....	32
4.3.6	Hormonální antikoncepce gestagení.....	34
4.3.7	Postkoitální antikoncepce .....	35
4.3.8	Chemické metody .....	36
4.3.9	Chirurgické metody .....	37
4.4	Právní problematika antikoncepce .....	38
5	EDUKAČNÍ ČINNOST PORODNÍ ASISTENTKY.....	39
	EMPIRICKÁ ČÁST .....	42
6	ŘEŠENÍ VLASTNÍHO PRŮZKUMU .....	42
6.1	Průzkumný problém .....	42
6.2	Průzkumný cíl .....	42
6.3	Průzkumné hypotézy .....	42
6.4	Metodika průzkumu .....	42
6.5	Průzkumný vzorec.....	43
6.6	Technika dotazníku .....	43
7	VÝSLEDKY VLASTNÍHO PRŮZKUMU.....	44
7.1	Výsledky průzkumu .....	61
8	DISKUZE .....	63
	ZÁVĚR A NÁVRH PRO PRAXI .....	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	67

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>AIDS</b> .....	syndrom získaného imunodeficitu (acquired immunodeficiency syndrome)
<b>CC</b> .....	kombinovaná hormonální kontracepce (combination contraceptive)
<b>COC</b> .....	kombinovaná orální kontracepce (combined oral contraceptive)
<b>ČSAP</b> .....	Česká společnost AIDS pomoc
<b>DANA</b> .....	Typ IUD (Dobrá A Neškodná Antikoncepce)
<b>FSH</b> .....	folikulostimulační hormon
<b>HAK</b> .....	hormonální antikoncepce
<b>hCG</b> .....	lidský (humánní) choriogonadotropin
<b>HIV</b> .....	virus lidské imunodeficiency (human immunodeficiency virus)
<b>ICHS</b> .....	ischemická choroba srdeční
<b>IPPF</b> .....	Mezinárodní federace plánovaného rodičovství (International Planned Parenthood Federation)
<b>IUD</b> .....	intrauterinní tělísko (intrauterine device)
<b>IUS</b> .....	intrauterinní systém (intrauterine system)
<b>LH</b> .....	luteinizační hormon
<b>OSN</b> .....	Organizace spojených národů
<b>TEN</b> .....	tromboembolická nemoc
<b>TK</b> .....	tlak krve
<b>SŠ</b> .....	střední škola
<b>ZŠ</b> .....	základní škola

# ÚVOD

Antikoncepce je i dnes stále velmi aktuální téma. Informovanost mladých lidí o způsobech plánovaného rodičovství by měla být nedílnou součástí jejich výchovy. A to nejen dívek, ale i chlapců. I partner by měl mít možnost být dostatečně informován o způsobech antikoncepce a zapojit se tak do plánování své budoucnosti. Proto by se porodní asistentka neměla v péči zaměřovat pouze na péči o ženy/dívky, ale brát pár jako celek. Vzhledem k této skutečnosti je cílem mojí práce zjistit, jak jsou chlapci na středních školách a odborných učilištích informováni o antikoncepci, zda ji užívají a jakou roli v této oblasti hraje porodní asistentka.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ŽENSKÝ POHLAVNÍ SYSTÉM

Ženský pohlavní systém produkuje pohlavní buňky (vajíčka), vytváří a vylučuje pohlavní hormony, umožňuje pohlavní spojení a zajišťuje vývoj nového jedince. A to nejen během intrauterinního života, ale i po narození (laktace). Reprodukční cyklus je charakterizován cyklicky se opakujícími změnami reprodukčních orgánů. Změny jsou důsledkem činnosti endokrinního systému. Jsou plně rozvinuty v reprodukčním období ženy mezi 18 až 45 lety. Před 18. rokem po období hormonálního klidu (dětství), cyklus dozrává (puberta, adolescence) a po 45. roku pozvolna ustává (perimenopauza, menopauza, postmenopauza). Reprodukční cyklus dělíme na ovariální (ovulační), uterinní (endometrální), cervikální, vaginální a cyklus mléčné žlázy (1, 2).

### 1.1 Zevní pohlavní orgány

Zevní rodidla (organa genitalia feminina externa) tvoří mons pubis (hrma), velké a malé stydké pysky, vestibulární žlázy, topořivé tkáně, hymen a hráz (perineum).

Velké stydké pysky (labia majora) jsou kožní řasy vyplněné tukem a od puberty pokryty chlupy přecházejícími do ochlupení nad stydkou sponou (mons pubis). Na vnitřní straně přecházejí v menší slizniční řasy malých stydkých pysků (labia minora). Velké a malé stydké pysky ohraničují vchod (vestibulum) do pochvy (1).

Pod sliznicí poševního vchodu jsou uloženy malé vestibulární žlázy, zvláště hojné kolem zevního ústí močové trubice. Největší z vestibulárních žláz je tzv. Bartholiniho žláza, ležící symetricky při dolním okraji poševního vchodu. Žlázy produkují sekret zvlhčující poševní vchod. Nad poševním vchodem je topořivé těleso (klitoris) odpovídající svou stavbou topořivým tělesům penisu. Po obou stranách poševního vchodu leží další topořivá tělesa. Ta jsou při pohlavním dráždění plněna krví

a zvětšují svůj objem. Jejich funkce spočívá pouze ve zvyšování pohlavního vzrušení. Pro uskutečnění pohlavního styku či pro oplození nemají žádný význam (1, 2).

## 1.2 Vnitřní pohlavní orgány

Vnitřní rodidla (organa genitalia feminina interna) tvoří vaječníky, vejcovody, děloha a pochva.

### 1.2.1 Vaječníky

Vaječníky (ovaria) jsou párové pohlavní žlázy, ležící na bočních stěnách pánevní dutiny. U dospělé ženy má vaječník velikost zralé švestky. Do puberty je povrch ovarí hladký, později je zbrázděn drobnými jizvičkami po uvolněných vajíčkách. Mikroskopicky se vaječníky skládají z kůry a ze dřene (1).

Dřeň vaječníku tvoří vazivo, cévy a nervy vstupující do vaječníku a malé množství hladké svaloviny. Dřeň zajišťuje především látkovou výměnu vaječníku.

Kůra je hlavní funkční částí vaječníku. Jsou zde již při narození uložena nezralá vajíčka (oocyty). Další fáze dozrávání vajíček pokračuje až po pubertě. Je vyvolána působením produkce gonadotropinů – folikulostimulačním hormonem (FSH) a luteinizačním hormonem (LH) (1, 2).

Zralé vajíčko je kulovitá buňka s jádrem. V jádře vajíčka je uložen poloviční počet chromosomů a lidská vajíčka obsahují pouze malé množství žloutku. Pro výživu vyvíjejícího se zárodku nemá tento žloutek význam. U lidských zárodků proto velmi brzy vzniká krevní oběh a placenta, zabezpečující příjem látek z mateřského organismu (1, 2).

### 1.2.2 Vejcovody

Vejcovody (tubae uterinae) jsou trubice volně zavěšené v peritoneální řase na boční stěně pánve. Vejcovody jsou dlouhé 10 – 13 centimetrů. Jejich funkce je transportní.

Na vejcovodu rozlišujeme infundibulum s fimbriemi, ampulu, isthmus a konečnou část pars uterina. Vnitřní ústí vejcovodů je volně otevřeno do břišní dutiny. Je opatřeno pohyblivými řasami, které při ovulaci obemykají uvolněné vajíčko, které je s malým množstvím tekutiny splaveno do ústí vejcovodů. Druhý konec vejcovodů ústí do dělohy v místě děložních rohů (1, 3).

Stěna vejcovodu je tvořena spirálovitě uspořádanou hladkou svalovinou, která svým smršťováním posouvá vajíčko směrem od vaječníku do dělohy za pomoci řasinek sliznice. Jsou-li ve vejcovodu spermie, dojde k oplození vajíčka a to se začne dělit. Do dělohy přichází již ve stádiu několika desítek buněk (1, 2).

### **1.2.3 Děloha**

Děloha (uterus), je dutý svalový orgán uložený mezi močovým měchýřem a konečníkem. Horní část dělohy je pokryta pobřišnicí, střední a dolní partie obaluje pánevní vazivo. Rozlišujeme děložní dno (fundus uteri) s rohy (cornua uteri), tělo děložní (corpus uteri) a hrdlo (cervix uteri), na který se upíná pochva (3).

Děložní stěna má tři vrstvy. Dutinu děložní vystýlá sliznice – endometrium, s množstvím žlázek. Sliznice prodělává cyklické změny – menstruační cyklus, jehož smyslem je tkáňová a funkční příprava na případné přijetí oplozeného vajíčka. Nejsilnější, střední vrstvou děložní stěny je hladká svalovina, myometrium. Děložní svalovina je upravena do spirál, vycházejících od děložních rohů a přecházející na děložní hrdlo. Smrštěním svaloviny je na konci těhotenství vypuzován plod z dělohy. Vnější vrstvu stěny děložní tvoří vazivo, parametrium, které přechází i do okolí dělohy, kde je zahuštěno do vazivových pruhů držících dělohu ve stálé poloze – tzv. závěsné a podpůrné děložní vazy (1, 3).

### **1.2.4 Pochva**

Pochva (vagina) je předozadně oploštělá svalová trubice, která spojuje děložní dutinu se zevními pohlavními orgány. Kraniálně obemyká hrdlo děložní, kaudálně se otevírá jako poševní ústí (ostium vaginae). Tento prostor, ohraničený malými stydkými pysky se nazývá předsíň poševní (vestibulum vaginae). Přejít od hrdla na stěny pochvy se nazývá klenba (fornix) a rozlišuje se přední a zadní klenba

poševní a obě postranní. Na hranici pochvy a vestibula se nachází tenká slizniční řasa (hymen) (1, 3).

Poševní sliznice je kryta vrstevnatým nerohovějícím dlaždicovým epitelem, který v oblasti děložního hrdla přechází v cylindrický epitel endometria. Hlen žlázek děložního hrdla spolu s oloupanými buňkami sliznice poševní tvoří bělavý sekret, který je štěpen mikroorganismy žijícími na poševní sliznici na kyselinu mléčnou. Ta vytváří v pochvě kyselé prostředí, potřebné pro ochranu proti choroboplodným zárodkům, pronikajících do pochvy ze zevních pohlavních orgánů (1, 2).

### 1.3 Ovulační cyklus

Změnám, které v dospělosti vedou k cyklickému zrání vajíček říkáme ovulační cyklus. Začíná v pubertě a končí mezi 40 až 50 lety věku ženy. V kůře vaječníku proto dozrává pouze nepatrný počet vajíček z celkového původního počtu. Při narození mají dívky v kůře asi 700 tisíc oocytů a do začátku puberty se jejich počet dále snižuje až na 80 – 100 tisíc. V celém plodném období ženy jich ale skutečně dozraje pouze 400 až 500. Většina folikulů degeneruje a zaniká. Které folikuly jsou předurčeny k dozrání a jakým mechanismem jsou vybírány není známo (1, 2).

Oocyty jsou v kůře vaječníku obklopeny vrstvou buněk, které kolem nich vytváří malý váček – folikul. V průběhu ovariálního cyklu se obvykle jeden folikul začne účinkem hormonů FSH a LH zvětšovat a přibližovat k povrchu vaječníku. Uvnitř se zmnožují folikulární buňky a vytváří se dutinka s malým množstvím tekutiny. Zralý folikul s vytvořenou dutinkou a vajíčkem se nazývá Graafův folikul. Na vrcholu svého vývoje se vyklenuje nad povrch vaječníku. Stoupající tlak tekutiny ve folikulu způsobí prasknutí váčku a vyplavení vajíčka (dochází k ovulaci), které vklouzne do vnitřního ústí vejcovodu. Folikul se uzavírá, stěny se slepují a v buňkách tvořících jeho obaly se ukládá tuk a žluté barvivo. Vzniká žluté tělísko (corpus luteum) (1, 2).

Buňky tvořící stěnu folikulu jsou endokrinní tkání. Produkují hormon estrogen a po vzniku žlutého tělíska hormon progesteron. Jejich účinek je zaměřen na ty funkce pohlavních orgánů, které jsou zvláště významné z hlediska těhotenství (1).

Další osud žlutého tělíska závisí na tom, je-li vajíčko oplodněno či nikoliv. V případě, že došlo k oplodnění, zachová si žluté tělísko svoji funkci a produkuje dále progesteron. Později jeho funkci přebírá placenta. Nedojde-li k oplození, udržuje se žluté tělísko v plné funkci asi deset dní a potom se mění ve vazivovou jizvu – bílé tělísko (corpus albicans) a celý cyklus se znovu opakuje. Ovulační cyklus trvá zhruba 28 dní (1).

## 1.4 Endometrální cyklus

Endometrální cyklus je označení pro cyklické změny děložní sliznice způsobené produkcí ovariálních hormonů estrogenů a progesteronu, řízené hypofyzárními gonadotropiny FSH a LH. Cyklus trvá přibližně 28 dní (1).

Cyklické změny lze rozdělit do několika fází. Změnám podléhá především povrchní část sliznice (zona functionalis). Vrstva žlázek, přiléhající k myometriu (zona basalis) je neměnná.

Menstruační fáze (1. až 5. den cyklu) nastává po předchozí několikahodinové kontrakci arteriol, kdy dojde k přechodnému překrvení a poškozená stěna cévní popraská. Dochází ke krevním výronům do sliznice, nastupují autolytické změny a její odlučování. Po 4 až 5 dnech krvácení končí vazokonstrikcí cév v myometriu a ze zbytků děložních žlázek dochází pod vlivem estrogenu k regeneraci slizničního epitelu, který pokrývá ranou plochu. (1, 3).

Fáze proliferační (5. až 14. den) se vyznačuje postupným narůstáním sliznice dělohy pod vlivem estrogenů. Prodlužují se žlázy, pučí nové cévy, a dochází k epitelizaci po předchozím krvácení (1).

Během sekreční fáze (15. až 28. den) se sliznice nadále zvláště vlivem progesteronu zvyšuje a zkypruje, žlázy se prodlužují a rozšiřují, arterioly se stácejí a buňky endometria se obohacují o živiny. Připravuje se tak na přijetí oplodněného vajíčka (1).

Poslední den cyklu, 28., je sliznice infiltrována leukocyty a lymfocyty. Dojde ke kontrakci arteriol v endometriu, která způsobí přechodnou hypoxii. V jejím průběhu dojde k degenerativním změnám a rozpadu buněk. Tato fáze se nazývá ischemická. Na ni opět navazuje fáze menstruační a celý cyklus začíná nanovo (1, 3).

Fáze menstruačního cyklu můžeme rovněž dělit podle vlivu určujících hormonů na první fázi folikulární (vliv FSH a estrogeneru), druhou fázi jako specifickou fázi ovulace, třetí fázi, která je pod vlivem LH a progesteronu – luteální. Čtvrtá fáze pak představuje vlastní menstruační krvácení (1).

## 2 MUŽSKÝ POHLAVNÍ SYSTÉM

Mužský pohlavní systém je tvořen párovými pohlavními žlázami (gonádami) v nichž vznikají pohlavní buňky (gamety) a pohlavní hormony. Systém umožňuje pohlavní styk a přenos pohlavních buněk.

### 2.1 Zevní pohlavní orgány

Zevní pohlavní orgány (organa genitalia masculina externa) tvoří pyj a šourek, ve kterém jsou uložena varlata.

Pyj (penis) je topořivý kopulační orgán, v ochablém stavu dlouhý asi 10 – 12 centimetrů. Při napřímení (erekci) se prodlužuje zhruba o pět centimetrů. Je složen z jednoho nepárového a jednoho párového topořivého tělesa (1).

Topořivá tělesa (corpora cavernosa) jsou tvořena tkání houbovitého charakteru s bohatým cévním zásobením a orientována rovnoběžně s uretrou. Naplní-li se dutinky topořivých těles větším množstvím krve, napíná se povrchový vazivový obal těles a dojde k erekci. Jedná se o složitý reflexní děj ovládaný autonomním nervstvem. Erekcce ochabuje, pominou-li vlivy, které ji vyvolaly nebo pokud dojde k ejakulaci (1).

Kolem zevního ústí močové trubice je houbovitá hmota límcového tvaru – žalud (glans penis). Nachází se zde vertikálně orientované ústí močové trubice. Kůže, která pokrývá penis, tvoří v oblasti žaludu volně posunlivý kožní límec – předkožku (praeputium) (1, 3).

Šourek (scrotum) je vak, jehož stěnu tvoří ochlupená kůže s vrstvičkou hladké svaloviny a obaly varlete. Šourek je uvnitř rozdělen na dva samostatné prostory pro varlata a začátky chámovodů (1).

## 2.2 Vnitřní pohlavní orgány

Vnitřní pohlavní orgány (*organa genitalia masculina interna*) se dělí na pohlavní žlázy a vývodné cesty.

### 2.2.1 Pohlavní žlázy

Mužskými pohlavními žlázami jsou varlata (*testes*). Produkují pohlavní buňky (spermie) a pohlavní hormony (testosteron). Jsou to párové orgány uložené mimo dutinu břišní v šourku. Obaluje je silné vazivové pouzdro a jejich vnitřní prostor je rozdělen na několik oddílů. V každém z nich se nachází několik mnohonásobně stočených semenotvorných kanálků. Ty se při zadním okraji varlete spojují a ústí do kanálku nadvarlete. Nadvarle je prvním úsekem vývodných pohlavních cest (1, 3).

Ve vazivu, které vyplňuje prostory mezi semenotvornými kanálky, leží vmezežené tzv. Leydigovy buňky. Ty tvoří endokrinní tkáň varlete a produkují hormon testosteron (1).

### 2.2.2 Vývodné pohlavní cesty

Nadvarle (*epididymis*) leží na horní a zadní ploše varlete. Dozrávající spermie se zde mísí s hlenovitým sekretem buněk vystýlajících kanálek. Nejsou zde jen shromažďovány, ale získávají zde i schopnost samostatného pohybu (1).

Vývodem nadvarlete je chámovod (*ductus deferens*). Je to trubice, dlouhá asi 40 centimetrů a ústí do močové trubice, která v tomto místě prochází prostatou.

Předstojná žláza (*prostata*) leží pod dnem močového měchýře na svalovém dnu pánve. Středem prostaty prochází močová trubice do které ústí chámovody a měchýřkovité žlázy. Ty jsou uloženy na zadní a spodní straně močového měchýře a produkují sekret, zvyšující pohyblivost spermií. Prostatické žlázy produkují řídký a mléčně zakalený sekret (1, 2).

Ejakulát (chám – sperma) má poměrně složitou stavbu. Zásadní význam mají zásadité látky obsažené v sekretu prostaty a měchýřkovitých žláz. Neutralizují kyseliny

v pochvě a usnadňují pronikání spermií do dělohy. Množství ejakulátu je přibližně 2 – 4 mililitry, přičemž každý z nich obsahuje i více než 120 miliónů spermií (1).

Močová trubice (urethra) vystupuje ze dna močového měchýře. Probíhá prostatou a po průchodu svalovým pánevním dnem vstupuje do pohlavního údu. Močová trubice je od úseku průchodu prostatou společnou vývodnou cestou i pro pohlavní orgány (1).

## 3 KONCEPCE

Koncepce, neboli početí, znamená splynutí dvou gamet – ženské a mužské pohlavní buňky (oocytu a spermie). Může se odehrát i in vitro. Početím rozumíme začátek těhotenství, zahníždění oplodněného plodového vejce do děložní sliznice, vytvoření heterotransplátu, který se sám vyživuje a dále rozvíjí v prostředí mateřského organismu (4).

### 3.1 Plánované rodičovství

Plánované rodičovství je snaha partnerského páru, aby těhotenství a porod nastaly v co nejvhodnější době. Hlavním cílem je, aby bylo na svět přivedeno potomstvo za optimálních podmínek zdravotně-ekonomických, což má vést celospolečensky k žádoucí reprodukci populace a především zabránit živelnému vzniku těhotenství nežádoucích, nechtěných (4, 5).

#### 3.1.1 Charakter plánovaného rodičovství

Plánované rodičovství může mít pozitivní nebo negativní charakter. Pozitivní plánované rodičovství představuje cílenou snahu o otěhotnění, přání zplodit dítě. Spadá sem i dnes velmi aktuální zdravotnická péče o neplodné páry. Naproti tomu negativní plánované rodičovství zahrnuje snahu a opatření vedoucí k zábraně nežádoucího těhotenství, tedy antikoncepci či umělé přerušení těhotenství (5).

Plánované rodičovství je dle rezoluce OSN ve všech zemích světa považováno za základní lidské právo. Právní povinnosti v přístupech k plánovanému rodičovství vyplývají z čl. 24 odst. 2 písm. f) Úmluvy o právech dítěte, ke které Česká republika přistoupila v rámci OSN. V České a Slovenské Federativní Republice se stala závaznou nadzákonnou právní normou v souladu se svým článkem 49 odst. 2 a Ústavním zákonem republiky dnem 6. února 1991. V citovaném článku stanoví: „Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, sledují plné uskutečňování práv dítěte a zejména činní opatření:... f) k rozvoji osvěty a služeb v oblasti preventivní zdravotní péče, poradenské

služby pro rodiče a výchovy k plánovanému rodičovství.“ (Úmluva o právech dítěte, 1991).

V daném případě se jedná o povinnost nesankcionovanou, tedy odpovědnost společenskou. Uvedenému závazku také odpovídá ustanovení § 2 Zákona č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Toto ustanovení zní: „Nežádoucím těhotenství se předchází především výchovou k plánovanému rodičovství a odpovědnému rodičovství v rodině, ve škole a zdravotnických zařízeních, výchovným působením v oblasti sociální, kulturní a využíváním prostředků k zabránění těhotenství.“ (4).

Citovat ale také můžeme z mnoha dalších závazných mezinárodních dokumentů. Například z Prohlášení Mezinárodní konference o lidských právech v Teheránu roku 1968: „Rodiče mají základní právo svobodně a uvědoměle určit velikost své rodiny a dobu narození dětí.“ nebo z Prohlášení OSN o odstranění všech forem diskriminace žen z roku 1979, které nařizuje: „Vlády musí přijmout všechna příslušná opatření k zamezení diskriminace žen, aby tak zajistily na základě rovnosti mužů a žen stejná práva rozhodovat svobodně a zodpovědně o počtu svých dětí a intervalech mezi nimi a přístup k informacím, vzdělání a prostředkům potřebným k využití tohoto práva.“

Společenskou odpovědnost při plánovaném rodičovství mají především snoubenci nebo manželé a v mnoha případech i jejich rodiče. Společenskou odpovědnost má rovněž stát a konkrétní orgány státní moci a správy, pokud nevytvářejí podmínky pro realizaci plánovaného rodičovství. Až jako poslední mají etickou odpovědnost lékaři, kteří by v rámci výchovného působení podcenili tuto oblast (4).

### **3.1.2 Věk partnerů**

„Z biologického a genetického hlediska je pro první otěhotnění optimální věk ženy mezi 20. a 24. rokem. Před 20. rokem života bývají ženy v naší zemi sice biologicky schopny otěhotnět, průměrný reprodukční věk dívek v České republice nastává ve 14-ti až 16-ti letech, ale v této době nebývají ještě zcela duševně připraveny na těhotenství a mateřství. S přibývajícím věkem ženy, nad třicet let, pravděpodobnost prvního otěhotnění klesá“ (5).

„Těhotenství žen starších 35 let jsou spojena se zvýšeným rizikem těhotenských komplikací (samovolné potraty, hypertenze, metabolické poruchy, poruchy nitroděložního vývoje plodu). Po 35. roce života ženy je riziko vývojových vad plodů 1,0 %, po 40. roce 1,8 %, po 45. roce nad 6,0 %. Starším ženám se častěji než mladým matkám rodí děti s Downovým syndromem. Vyšší věk partnera se na vzniku vývojových poruch plodu sice podle dnešních informací projevuje, ale ne tak významně jako u ženy. Z výše uvedených důvodů jsou těhotné nad 35. let považovány za rizikově těhotné a rizikové rodičky a je jim věnována zvýšená pozornost v poradně pro těhotné i u porodu“ (5).

### **3.1.3 Úloha muže při plánovaném rodičovství**

Problematika otcovství dlouho zůstávala na pozadí zájmu odborníků i široké veřejnosti. V dnešní době k prosazení aktivního rodičovství směřuje řada kroků státních i nestátních organizací. Propagována je rodičovská dovolená, střídavá péče po rozvodu, účast při porodu a další (10).

Účasti muže při plánování rodičovství a aktivnímu otcovství při výchově dítěte se zatím věnuje jen málo pozornosti. V rámci výzkumného projektu Grantové agentury České republiky č. 406/07/0274, zaměřujícího se na psychosociální aspekty biologického, nebiologického a náhradního rodičovství a dobrovolné a nedobrovolné bezdětnosti, byl uskutečněn kvalitativní výzkum mapující postoje mužů k otázkám plánování rodičovství (10).

Ačkoliv se obecně v souvislosti s plánovaným rodičovstvím hovoří především o technikách bránění početí, z výzkumu vyplývá, že pro dotazované muže tento pojem lépe vystihuje dohoda s partnerkou. Je to společné vyjednávání, ze kterého muži nechtějí být vyřazeni. Míra zapojení muže do plánování rodičovství je od počátku spojena s existencí stálé partnerky a dosažení jisté úrovně ekonomického a materiálního zajištění. Při vytvoření pevného vztahu s partnerkou začíná o rodičovství vyjednávat. Počátečním vyjednáváním bývá negativní plánování v podobě dohody o způsobu bránění početí. Pokud je tím prostředkem HAK, muž přenechává plánování rodičovství zcela na partnerce. Ženě většinou právo rozhodovat o dětech zůstává i po narození a ve výchově dětí. Respondentům tato skutečnost vadí, nicméně ztotožnění mužů s rolí živitele a vyzdvihování kultu mateřství, podporuje ženin monopol v péči o dítě (10).

Cílem tohoto výzkumu nebylo snížit význam mateřství, ale posílit význam otcovství. Období bezpráví žen a nemožnost jakkoliv se legálně chránit před nechtěným početím, je postupně vystaveno nebezpečí druhého extrému, kdy ženy vyřazují muže z plánování rodičovství a výchovy dětí zcela. Tím jsou jejich potomci ochuzováni o podstatný zdroj socializačních vzorů, které bezesporu zdravě fungující rodina s oběma rodiči dítěti nenahraditelně poskytuje (10).

Plánování rodičovství je jednou z oblastí, kterou by budoucí rodiče měli odpovědně vyjednat a neopírat se jen o tradiční postoj společnosti. Plánování rodičovství by nemělo vyznít negativně jen jako odkládání narození potomků na vhodnou dobu, ale především jako společně respektované představy partnerů o rodinném životě (10).

### **3.1.4 Sexuální výchova**

Posledních 40 let jsme svědky přijetí všeobecného názoru, že informace a služby spojené s plánovaným rodičovstvím patří mezi základní lidská práva. Cílem sexuální výchovy je získání poznatků z oblasti lidské sexuality a partnerských vztahů, získání správných společenských a emocionálních postojů k sexualitě a v nejširším slova smyslu ke všemu, co se sexualitou souvisí (11, 12).

Podle Světové zdravotnické organizace můžeme sexuální výchovu charakterizovat jako vše co přispívá k výchově celistvé osobnosti, schopné poznávat a chápat sociální, mravní, psychologické a fyziologické zvláštnosti jedinců podle pohlaví a díky tomu zformovat optimální mezilidské vztahy s lidmi svého i opačného pohlaví (13).

Podobně se k problematice staví i Mezinárodní federace plánovaného rodičovství (IPPF), která v Chartě sexuálních a reprodukčních práv z roku 1997 uvádí: „Hlavním cílem školní výchovy je připravit mladé lidi pro život v dospělosti a pro jejich role ve společnosti. Jestliže sexualita, manželství a rodinný život jsou důležitým prvkem v životě většiny obyvatelstva, potom zcela jistě je logickou a nutnou povinností školy připravit mladé lidi i pro tuto oblast. Sexuální výchova musí být pokládána za jednu část celkové školní výchovy, která zprostředkovává dětem

a mladým lidem informace nutné k tomu, aby byli schopni vytvořit si správný názor, úsudek i postoje.“

### **3.1.5 Sexuální a rodinná výchova na školách**

V současné době již není pochyb o tom, že nedílnou součástí výchovy ke zdravému životnímu stylu je rodinná a sexuální výchova. Provádění sexuální výchovy na školách je v souladu s osnovami a je pro školy závazné. Pokud by vedení školy provádění negovalo, lze to pokládat za porušení zákona a z toho vyvodit v rámci resortu školství veškeré pracovní a správní důsledky (4, 15).

Dítě, které vyrůstá v současných společenských podmínkách bezesporu potřebuje informace a dovednosti, které mu pomohou chránit své reprodukční zdraví a bezpečí. Nejvhodnějším místem pro získání informací je samozřejmě dobře fungující rodina. Bohužel, většina rodičů není pro sexuální výchovu svých dětí připravena nebo ji nechce provádět. Proto školy nabízí v tomto směru pomoc.

Přijetí faktu, že rodinná a sexuální výchova je opodstatněnou součástí školního vzdělávání, bylo signálem pro zpracování jejích teoretických základů a pro hledání efektivních forem a metod výuky. Inspirací pro zařazení rodinné a sexuální výchovy do školní výuky byly především zkušenosti ze zahraničí. Realizována musí být samozřejmě v takovém rozsahu a takovými prostředky, které odpovídají věku a potřebám žáků (15).

Sexuální výchova má své specifické výchovné prostředky a metody. Pedagog musí zvažovat, zda sdělení určitých informací je vhodné právě v této chvíli a pro tyto konkrétní žáky. Při dotváření obsahu učiva, je třeba zohlednit nejen věk a zájem žáků, postoje jejich rodičů, ale i regionální odlišnosti. Musí znát úroveň interpersonálních vztahů mezi žáky, mít dobré materiální podmínky a dostatečný časový prostor (12, 15).

„I když je sexuální výchova v integrované podobě začleněná do přípravy budoucích učitelů, nelze zkonstatovat, že je plně dostačující. Proto se zvažuje vytvoření studijní disciplíny s názvem Základy rodinné a sexuální výchovy. Důraz by byl kladen na to, aby si studenti uvědomili důležitost přirozenosti, potřebu názornosti, vnímání a citových prožitků. Dlouhodobá tabuizace sexuální výchovy odráží nejrůznější úskalí, která nadále přetrvávají v pedagogické praxi v mateřských i primárních školách.“ (16).

## 4 KONTRACEPCE

Kontracepce (antikoncepce) je každá metoda, která směřuje k zabránění početí. Tato snaha je stará jako lidstvo samo. Tím, že je pohlavní styk součástí lidských partnerských vztahů a není jen reprodukčním dějem se velmi liší od sexuality zvířat. Jak zmiňuje Fait (2008) „Dostupnost spolehlivé antikoncepce je ukazatelem vyspělosti společnosti a její užívání otázkou životního stylu každého jedince.“ V České republice klesl za posledních 15 let počet umělých potratů o více než 70 % a několikanásobně se zvýšilo užívání antikoncepce (17).

Úlohou porodní asistentky v plánovaném rodičovství je odpovídat na obecné dotazy ohledně antikoncepce, vysvětlovat různé používané metody a poskytnout přesnou informaci o jejich výhodách a nevýhodách. V neposlední řadě také dokázat klientku poučit o správném užívání zvolené antikoncepce. Porodní asistentka musí být schopná pomoci partnerům zvolit a používat takovou metodu, která jim umožní mít děti v čase, kdy je skutečně chtějí a očekávají (18).

### 4.1 Historie antikoncepce

Ve chvíli kdy lidé objevili souvislost mezi pohlavním stykem a těhotenstvím, snažili se také najít způsob, jak tomu zabránit. Dříve ale nebylo plánované rodičovství součástí životního stylu do takové míry, v jaké jej známe dnes. Důvod je prostý. Lid potřeboval dělníky, rolníky a vojáky, přičemž svou roli také v neposlední řadě hrála poměrně vysoká mateřská a novorozenecká úmrtnost. Nemalý vliv měla i víra, vystupující proti jakýmkoliv antikoncepčním metodám.

První zmínky o antikoncepci sahají daleko do historie. Například přerušovaná soulož byla poprvé popsána v knize Genesis v pojednání o biblickém Ónanovi. Tam je však za toto jednání Hospodinem usmrcen (19).

Už staří Egypťané zaváděli před souloží do pochvy pasty buď z krokodýlího či sloního trusu, volské žluči, stromové smůly nebo zelí. Arabové zase používali pravé varle vlka obalené bavlnou, která byla nasáklá olivovým olejem. Ať to již byly metody

poněkud absurdní nebo ne, měly svá jistá opodstatnění. A to, že v převážně většině obsahovaly látky, zabíjející spermie (19).

Méně spolehlivé byly metody zařikávání (Indie), vykuřování pochvy (Egypt) a podobné praktiky. Ve starověku hledali jiné metody, které by předešly nepříjemným manipulacím na pohlavních orgánech. V Číně proto ženy polykaly 24 živých pulců, které je měly chránit po dobu pěti let. Ve Francii se zase domnívali, že spolehlivější bude polykat živé včely (19).

Středověk přinesl pouze jednu zásadní metodu, jakýsi návlek na penis, podobný dnešním prezervativům. Nebyl však uznáván jako antikoncepční metoda, ale sloužil jako ochrana před francouzskou nemocí, tj. syfilis. Za zmínku stojí také pás cudnosti, což byla metoda bezesporu nejúčinnější (19).

V 18. století přišel Malthus s názorem, že lidstvo roste rychleji než zdroje obživy a proto se zaměřil na regulaci populace. Jeho představa ale zahrnovala pouze sexuální zdrženlivost a pozdní sňatky. Teprve v 19. století, kdy ještě stále převládal názor nebezpečnosti přerušovaného styku, vznikl antikoncepční pesar (19).

Historie moderní antikoncepce se datuje k roku 1921. Rakouský lékař Dr. Haberland objevil výtažky z vaječníků těhotných zvířat, použitelných jako antikoncepce. Musely být podávány injekčně a byly poměrně drahé. Jedna dávka se vyráběla z vaječníků 80 tisíc prasnic. V téže roce vzniká v Anglii první antikoncepční poradna. U nás je otevřena ve 30. letech na tehdejší II. porodnicko-gynekologické klinice v Praze (19, 20).

Po II. světové válce výrazně stoupla poptávka po spolehlivé antikoncepci. Nadějná byla až umělá syntéza ženského progesteronu z výtažku jisté mexické rostliny. Tu objevil v roce 1951 chemik Russel Marker. Využití se sice našlo v léčbě různých onemocnění v gynekologii, ale stále se váhalo s jeho podáním jako kontraceptiva. K prvnímu pokusu došlo až v roce 1956 v Portoriku. O čtyři roky později byla schválena do výroby první antikoncepční pilulka zvaná Enovid. I když v té době obsahovala oproti dnešku příliš mnoho hormonů, odstartovala širokou historii antikoncepčních tablet (19).

Na přelomu 50. a 60. let zažila obrovský rozvoj intrauterinní antikoncepce díky pokroku ve zpracování umělých hmot. V roce 1967 přišel na trh původní český model – DANA (Dobrá A Neškodná Antikoncepce) primáře Šráčka (20).

Antikoncepční metody zažily během svého rozvoje dvě hlavní krize a obě ve 20. století. První v letech 70. a 80, kdy se objevily studie poukazující na zvýšený počet pacientek se zánětlivým onemocněním pánve z důvodu zavedeného nitroděložního tělíška a o něco málo později také upozornění, že hormonální antikoncepce je jedním z hlavních příčin vzniku infarktu myokardu a různých nádorových onemocnění. Obě teorie byly sice posléze vyvráceny, ale zapříčinily dočasný odklon k bariérovým metodám. Druhá krize nastala v 90. letech a zapříčinily ji dvě onemocnění – HIV a tromboembolická nemoc. Opět se lidé obrátili pouze k bariérovým metodám a opět stoupl i počet interrupcí (19, 20).

V dnešní době jsou na trhu dostupné několikery možnosti jak zabránit nechtěnému těhotenství. Nejužívanější jsou hormonální tablety a kondom.

## 4.2 Hodnocení spolehlivosti

Jedním z hlavních důvodů, proč se rozhodnout pro tu či onu antikoncepci je její spolehlivost. Ta se nejčastěji udává tzv. Pearlovým indexem. Je to číslo, které nám říká, kolik žen ze 100 uživatelů určité metody otěhotní v průběhu jednoho roku. Z toho vyplývá, že čím je toto číslo vyšší, tím méně je metoda spolehlivá.

V některých případech je rozmezí poměrně široké, protože jej různé prameny uvádějí odlišně. Spolehlivá antikoncepce by neměla mít vyšší Pearlův index než 5. Záleží ovšem také na tom, zda index zahrnuje jen případy samotného selhání metody nebo počítá i s lidským faktorem (zapomenutí užití tablety, neefektivní použití kondomu aj.) (21).

Další metodou, i když méně rozšířenou, je tzv. Life-table analýza. Ta sleduje selhání v čase, což znamená, že určuje počet neplánovaných těhotenství a případné vedlejší účinky antikoncepce v závislosti na celkové době užívání (22).

Z dalších indexů uvedu již jen ve zkratce Contraception compliance (schopnost správně používat danou metodu), Chyba uživatele (neplánované těhotenství při chybách

aplikace ze strany uživatele), „Chyba“ metody (neplánované otěhotnění při správném použití dané metody), Hrubá míra „selhání“ (z celkového počtu jsou vyloučeny ženy, které přestaly metodu užívat, ale neotěhotněly) a Čistá míra „selhání“ (počet neplánovaných těhotenství a přerušení užívání během celé doby užívání, nejen ve vymezeném období 12 měsíců) (22).

### **4.3 Metody antikoncepce**

Potenciální uživatelka si v dnešní době může vybrat ze široké škály různých metod, která právě jí bude vyhovovat. I díky tomu jejich počet narůstá a klesá tak počet nechtěných těhotenství. Antikoncepce se stává životním trendem.

#### **4.3.1 Přirozené antikoncepční metody**

Přirozené antikoncepční metody se v převážné většině používají hlavně v případě pozitivního plánovaného rodičovství. Tyto metody mají výhodu nulových vedlejších účinků. Naproti tomu jsou ale v rámci antikoncepce vysoce nespolehlivé a kladou vysoké nároky na techniku provedení a sebekontrolu. Patří mezi nejstarší a nejrozšířenější metody vůbec. Jsou také jediné, které schvaluje katolická církev (vyjma přerušované soulože).

Nejčastější metodou vůbec je přerušovaná soulož, koitus interruptus s Pearl indexem 8 až 38. Odpovědnost za tuto metodu nese převážně muž. Pro udržení i tak už nízké účinnosti nesmí muž opomenout řádné omytí genitálu a nejlépe mikci před dalším pohlavním stykem. Tato metoda může ovšem i tak selhat, jelikož spermie mohou unikat z penisu ještě před ejakulací (21).

Nejjednodušší metodou je metoda měření bazální teploty. Po ovulaci se prasklý folikul mění na žluté tělísko – corpus luteum a začíná produkovat hormon progesteron, který způsobuje poovulační vzestup bazální teploty o 0,5 stupně, což trvá až do konce cyklu. Bazální teplota se měří ráno po probuzení. Nejplodnější období odpovídá prvnímu dni vzestupu. Pearl index je 1 – 3 (21, 23).

Ženy s pravidelným endometrálním cyklem si oblíbily metodu plodných a neplodných dní podle Ogina-Knause. Vychází z pravidla, že ovulace nastává 14 dní před začátkem dalšího krvácení, spermie mají životnost 2 – 3 dny a vajíčko je možné oplodnit 24 hodin. Po půlročním až ročním sledování délky cyklu může žena plodné dny ohraničit odečtením 18 dnů od nejkratšího a 11 dnů od nejdelšího cyklu. Ostatní dny jdou tedy neplodné. Pearl index je udáván mezi 14 a 35 (19, 21).

Billingsova (hlenová) metoda je další z poměrně oblíbených přirozených metod. Autory této metody jsou manželé Dr. John a Evellyn Billingsovi. Je charakterizována sledováním struktury a množství cervikálního hlenu během endometrálního cyklu. Změny můžeme rozdělit do čtyřech fází. První, tzv. suché dny, se vyskytují u ženy ihned po menstruaci. Produkce hlenu je minimální. Ve druhé fázi se hlen nachází i na vnějších rodidlech a je lepkavý. Bývá bílé nebo nažloutlé barvy. Třetí fázi charakterizují tzv. mokré dny. Hlen je vlhký, kluzký a čirý. Může vytvářet vlákna. Tato fáze nastává těsně před ovulací. Ve čtvrté, poovulační fázi je hlen lepkavý, zkalený a klesá jeho produkce. Z toho vyplývá, že je žena plodná ve 2. a 3. fázi a neplodná v 1. a 4. Hodnocení cervikálního hlenu je poměrně složité a proto se jeho Pearl index pohybuje od 0,4 do 39,7. Naproti tomu v kombinaci s křivkou bazálních teplot (symptotermální metoda) dosahuje Pearl index 0,2 (21, 23, 24).

I laktace má jistý antikoncepční účinek, související s útlumem gonadotropinů a následným rozvojem amenorhey. Je to původní biologický mechanismus, regulující počet potomků. Abychom ovšem mohli kojení uznat jako antikoncepci, musí být plněny určité podmínky, a to laktace pouze prvních šest měsíců po porodu, žena nesmí menstruat (amenorhea), musí kojit nejméně 6x za 24 hodin a nejdelší pauza mezi kojeními nesmí být delší než čtyři hodiny, v noci šest hodin. Za předpokladu dodržení těchto podmínek je Pearl index kolem 3 (24).

V neposlední řadě ještě zmíníme metodu zjištění ovulace z moči. Jde o měření hormonu hCG pomocí speciálního testu (podobný gravitestům). Testování musí začít přibližně 10 dní po začátku menstruace a musí se v něm pokračovat každý druhý den po deset dní. Metoda je vhodná pro ženy s pravidelným cyklem.

### 4.3.2 Bariérové metody

Tyto metody mají za úkol zabránit vniknutí spermie do dělohy. Jejich výhodou je možnost volby pro ženy, které nemohou nebo nechtějí užívat hormonální antikoncepci a nemají žádné vedlejší farmakologické účinky. Mezi často udávané nevýhody ale patří narušení spontánnosti a vášnivosti, nižší spolehlivost při prevenci nechtěného těhotenství a potřebný nácvik užívání metody.

Nejpoužívanější a nejsnáze použitelnou pomůckou je prezervativ neboli kondom. Je to jakési pouzdro z latexu, polyuretanu nebo jiného materiálu. Nasazuje se na ztopořený penis před koitem a po ejakulaci se snímá. Nesmí přijít do kontaktu s mastnými krémy, tělovými mléky apod., které zvyšují jeho propustnost. Kondom slouží také jako nejlepší ochrana před pohlavně přenosnými chorobami. Pearl index se udává kolem 14 (21).

Kondom ale není jen v mužském provedení, existuje i ženský kondom, tzv. femidom. Své místo má především v Americe. U nás příliš popularity nezískal a proto byl stažen z prodeje.

Další pomůckou je vaginální pesar, neboli diafragma. Je to pomůcka vyrobená z latexu nebo silikonu. Má tvar kloboučku a zavádí se do pochvy horizontálně mezi zadní poševní klenbu a symfýzu. Pro zvýšení účinku se doporučuje použít spermicidní látky. Je možné jej ponechat v pochvě 24 hodin, minimálně ovšem 6 hodin po pohlavním styku. Prvotní zavedení provádí lékař nebo zdravotní sestra. Nevýhodou je závislost účinku na správnosti provedení, vyžadující cvik, výtok, pocit tlaku a nemožnost použití při vaginálních a urogenitálních zánětech. Pearl index se pohybuje mezi 1 až 20 (21, 23).

Dost podobný pesaru je cervikální klobouček. Ten se zavádí na děložní hrdlo tak, aby překryl zevní ústí cervikálního kanálu. Také je doporučován v kombinaci se spermicidy, přičemž je poté Pearl index 6 (21).

### 4.3.3 Nitroděložní metody

Nitroděložní kontracepci představují tělíška různého tvaru, zaváděná do dutiny děložní. Tělíška byla objevena ve 30. letech minulého století. Jejich moderní historie ale

začíná až v 60. letech, zásluhou objevu plastických hmot a antibiotik. Nikdo přesně netuší jak tělísko působí, existuje jen řada hypotéz. Například ta, že tělísko indukuje vznik sterilního zánětu, přitahuje na sebe leukocyty a ty pak hubí spermie (24).

Tyto metody zahrnují dva typy. Intrauterinní tělísko (IUD) a intrauterinní systém (IUS). Také je můžeme rozdělit na tělíska inertní a medikovaná. Inertní působí jen svou přítomností jako cizí těleso. Jejich nespornou výhodou je, že se mohou zavádět na neomezenou dobu. Nepotřebují totiž po letech vyměnit. Spadá sem například původní tuzemské tělísko DANA. Naproti tomu medikovaná tělíska obsahují nějakou látku, která se uvolňuje do organismu a zvyšuje jejich účinnost. Jsou to buď tělíska s mědí nebo s hormonem (24).

IUD užívá ve světě 85 až 100 milionů žen, je to nejvýhodnější metoda ve srovnání cena – spolehlivost – zdravotní bezpečnost. Ideální je především pro uživatelky, přející si efektivní, dlouhodobou a reverzibilní metodu, multipary, ženy s kontraindikací COC nebo špatnou compliance, kuřačky a kojící ženy. Naopak nejsou doporučovány ženám s nevysvětlitelným krvácením z dělohy, při vrozených vývojových vadách dělohy, ženy s Wilsonovou chorobou či chronickými nebo recidivujícími infekcemi dělohy a adnex (21, 25).

V současné době mají tělíska obvykle tvar písmene T. Většina z IUD je také opatřena vláknem, které vyčnívá hrdlem do pochvy, kterým se dá případně odstranit. V některých tělískách se plast kombinuje s kovem, resp. s mědí. Ta se pomalu rozpouští a její sloučeniny snižují pohyblivost spermií (19).

IUS velmi vhodným způsobem kombinuje výhody nitroděložní a gestagenní antikoncepce. Tato tělíska totiž obsahují levonorgestrel, čímž přinášejí i další výhody (hypomenorhea, ochrana před záněty). Jsou také vhodná pro ženy s migrénami, obézní ženy, kuřačky, ženy s TEN anamnézou, hypertenzí, ischemickou chorobou srdeční, ženy se špatnou compliance aj. (25).

Tělíska se zavádí do dělohy speciálním zavaděčem bez anestezie. Vhodná je také antibiotická clona. Medikovaná tělíska se ponechávají in situ obvykle po dobu 5 let. Mohou je používat i nullipary a ženy po porodu per sectionem, pokud je hrdlo prostupné pro zavaděč. Pearlův index inertních tělísek je kolem 2, tělísek s mědí nižší

než 1 a tělísek s levonorgestrem dokonce 0,1, což jej řadí mezi nejspolehlivější metody vůbec (25).

#### **4.3.4 Hormonální antikoncepce**

První logickou možností je zabránit vzniku spermií ve varleti. Největšího pokroku v této oblasti dosáhli v 80. letech 20. století Číňané, kterým se podařilo izolovat z bavlníkového oleje látku zvanou Gossypol. Jedná se o látku polyfenolového typu, která prostupuje buňkami a působí jako inhibitor řady enzymů. V těle vykazuje řadu aktivit. Při použití jako orální antikoncepce pro muže sice způsobovala neplodnost, později se ale také zjistilo, že jsou muži současně s tím zcela impotentní a výzkum byl zastaven (19).

Mnohem úspěšnější jsou vědci v oblasti ženské hormonální antikoncepce. Tu dělíme na kombinovanou a gestagenní.

#### **4.3.5 Hormonální antikoncepce kombinovaná**

Každý přípravek kombinované hormonální kontracepce (CC) obsahuje dva syntetické hormony, estrogen a progestin. Existují sice v různých formách (transdermální, injekční), zcela nejoblíbenější je ale perorální (COC – kombinovaná orální kontracepce) (24).

CC je vhodná pro většinu žen, zejména pro mladé ženy a ženy, kterým velmi záleží na spolehlivosti antikoncepce. Důležitý je správný výběr preparátu. COC se liší cyklicitou (monofazické, bifazické,...), dávkou estrogenu či typem progestinu. Dále je třeba brát ohled na zvláštní skupiny žen, tj. ženy starší 35 let, kuřačky, ženy s akné či anamnézou ovariální cysty aj, která mají svá specifika (26).

Základním mechanismem účinku je blokáda ovulace cestou negativní zpětné vazby steroidů na produkci hypotalamického gonadoliberinu a redukce tloušťky děložní sliznice. Má také vliv na hlen kanálku hrdla děložního, který je díky své vazkosti pro spermie neprostupným. Původní skladba hormonů napodobovala přirozený ženský cyklus. V první polovině cyklu byl podáván jen estrogen, ve druhé v kombinaci s progesteronem (tzv. dvoufázová antikoncepce). Nyní se podává progesteron po celou

dobu (jednofázová antikoncepce), jelikož právě on pro spermie uzavírá děložní hrdlo. Je to výhodnější a jednodušší (19, 24).

Absolutními kontraindikacemi pro užívání CC jsou kouření (u žen starších 35 let a kouření více než 15 cigaret denně), šestinedělí (v prvních 3 týdnech u nekojící matky a v prvních 6 měsících po porodu u kojících žen), hypertenze (TK vyšší než 160/100 torr), hluboká žilní trombóza, srdeční vady, migréna s aurou, karcinom prsu a jiné hormonálně dependentní nádory, nemoci jater (aktivní virová hepatitis, Wilsonova nemoc,...) a komplikovaný diabetes mellitus. Relativní kontraindikací může být kojení po 6 měsících po porodu, kouření méně než 15 cigaret denně u ženy starší 35 let, kolísavá hypertenze, karcinom prsu po 5 letech skončení léčby aj. Kontraindikace se mohou lišit podle autorů (25, 26, 27).

CC má ale i další terapeutické účinky. Indikuje se například při hyperandrogenním syndromu, dysmenoree a jiných poruchách endometrálního cyklu, při premenstruačním syndromu, akné či recidivujících ovariálních cystách (25).

Pilulky COC měly při svém vzniku největší problém. A to jak je do těla v této formě dostat, protože polykání se zdálo být nejlepším způsobem v užívání antikoncepce. Přirozené hormony se ale polykat nedají, protože se dostatečně nevstřebají. Bylo tedy zapotřebí vyvinout hormony umělé. U estrogeneru to nepředstavuje takový problém. Používá se hormon ethinestradiol, který je vcelku bezproblémový. U progesteronu to ovšem není tak jednoduché. Tento hormon musel být vytvořen zcela umělý. Při jeho výrobě se vychází z testosteronu. Jeho molekula se upraví a výsledná sloučenina má účinek podobný progesteronu a skvěle se vstřebává sliznicí trávicího ústrojí. Hlavní nevýhodou ale je, že v ženském organismu podléhá chemickému zpracování a vrací se k původnímu testosteronu. Proto farmaceutické firmy vyvinuly celou řadu hormonů – gestagenů nebo progestinů. Ty mají s progesteronem kromě základního účinku na organismus jen velmi málo společného (19).

COC se užívá denně ve stejnou dobu. Obvyklý způsob užívání jsou 28 denní cykly. V jednom balení je 21 – 24 tablet, zbylých 4 – 7 dní se tablety vynechávají nebo se užívá placebo. Hladina hormonů v době přestávky prudce klesá a žena dostane menstruaci. Při správném způsobu užívání je COC vysoce spolehlivá, Pearl index se udává kolem 0,1 až 0,2. Hodně ovšem záleží na samotné uživateli. Pokud užívá tuto

antikoncepci chybně (např. si zapomíná brát tabletu), Pearl index i tak nepřesahuje 1 (24).

Nově se objevují i další aplikační formy CC. Jsou to antikoncepční náplasti a vaginální kroužek NuvaRing.

Princip náplastí je navlas stejný jako princip tablet; obsahují rovněž estrogen a progestin. Aplikuje se po tři týdny, přičemž je jedna náplast na celý týden. Pak se týden vynechá, klesne hormonální hladina a dostavuje se pseudomenstruační krvácení (19, 21).

Náplasti mají jednu nepochybnou výhodu. Zajišťují totiž trvalý a plynulý přísun hormonů, a proto jsou vhodné pro ženy, které často zapomínají užívat tabletu. Další výhodou je, že díky tomu, že hormony nevcházejí do organismu trávicím ústrojím, dá se očekávat, že nebudou ovlivňovat srážení krve. Jejich užívání také není ovlivněno užíváním antibiotik. Mnohé potencionální uživatelky ji ale odmítají s tím, že je prostě vidět (19, 21).

NuvaRing je flexibilní kroužek, zaváděný do pochvy, který po tři týdny uvolňuje hormony. Po této době je odstraněn a nastává týdenní pauza. Jde o nejnižší dávku hormonů v CC vůbec. Během užívání se může objevit nepravidelné krvácení, vaginitidy či pocit cizího tělesa, který může způsobovat i koitální problémy. Naproti tomu je také velmi vhodný pro uživatelky, které zapomínají brát tablety. Pearl index je 0,65 (19, 21).

#### **4.3.6 Hormonální antikoncepce gestagenní**

Gestagenní metody jsou založeny na kontinuálním podávání progestinu. Existuje několik forem pro podávání a to forma tabletová (tzv. minipilulky), injekční, podkožní implantáty a také gestagenní nitroděložní tělíška (více kap. 3.3.3 – Nitroděložní antikoncepce). Základní mechanismus spočívá ve vlivu progestinu na strukturu mukopolysacharidů v cervikálním hlenu, který se stává zcela neprostupným pro spermie (24).

Minipilulky obsahují lynestrenol a je nutné je užívat denně a hlavně pravidelně. Neužívají se v cyklech, což může mít za následek nepravidelné krvácení či špinění. Oficiální tolerance špatného podání jsou pouhé tři hodiny, na rozdíl od 12 hodin jak je tomu u COC. Pearlův index 1 podobně jako u kombinované antikoncepce (24).

Injekční forma je aplikována intramuskulárně každé tři měsíce a má Pearl index pouhých 0,01. Její účinek je tedy srovnatelný se sterilizací. Do tkáně se zavádí suspenze mikrokrystalů, které se pomalu rozpouštějí. I tato metoda může způsobit nepravidelnosti cyklu, některé ženy naopak nemusí menstruovat vůbec (25).

Kontracepční gestagenní implantáty se zavádějí v místní anestezii pod kůži vnitřní strany nadloktí na dobu 3 – 5 let. Jejich Pearl index je podobně nízký jako u injekčního podání a to 0,02. Nevýhodou může být nárazově vyšší cena, ale vzhledem k době účinku je vlastně poměrně výhodná (19, 24).

Tento typ antikoncepce je vhodný především pro ženy s kontraindikací estrogenů a COC, se zvýšeným rizikem hluboké žilní trombózy, s hypertenzí či srdečními vadami, pro ženy trpící vaskulární migrénou nebo diabetičky. Mohou ji užívat i kuřačky starší 35 let, kojící ženy, ženy se zvýšeným rizikem karcinomu endometria a s recidivujícími mykotickými vulvovaginitidami a především ženy se špatnou compliance (25, 26).

Gestagenní antikoncepce nemá žádnou absolutní kontraindikaci. Mezi relativní bychom mohli počítat například karcinom prsu po skončení léčby, recidivující ovariální cysty, ISCH a závažné nemoci jater (24, 25).

Užívání této antikoncepce sebou může přinést i jisté komplikace jako jsou poruchy endometrálního cyklu, zhoršení akné či bolesti hlavy. Naproti tomu má ale také terapeutické účinky. Pro příklad snižuje krevní ztrátu a proto je vhodná při polymenorrhoe a hypermenorrhoe, dále se využívá při migréně, hyperplázii endometria, endometrióze apod. (25, 26).

#### **4.3.7 Postkoitální antikoncepce**

Postkoitální kontracepce (intercepce) zahrnuje metody, bránící početí po pohlavním styku, užití dříve než dojde k nidaci případně oplodněného vajíčka (25).

Zabránit těhotenství je možné dvěma způsoby a to podáním vyšší hormonální dávky nebo zavedením nitroděložního tělíška (19).

Pro použití první metody, tedy podání vyšší hormonální dávky známe dvě modifikace. Buď můžeme podat současně estrogen a progestin (tzv. Yuzpeho metoda)

nebo jen progestin. Tyto metody by se ale měly používat opravdu jen výjimečně v nouzových situacích. Neměly by být použity více než dvakrát za cyklus (19).

Yuzpeho metoda spočívá v podání čtyř tablet běžné CC a za 12 hodin poté další čtyři tablety. První dávka by přitom měla být podána nejlépe do 12 hodin po styku. Výhoda této metody spočívá v tom, že není nutný předpis speciálního preparátu. Na druhou stranu ale díky vysoké dávce estrogenu může mít uživatelka poměrně silnou nauzeu (19).

Podání vyšší dávky progestinu (např. preparát Postinor) může být, stejně jako u Yuzpeho metody, nejdéle do 72 hodin. Pokud se ale progestin užije do jedné hodiny po pohlavním styku, stačí pouze jedna tableta. Při pozdějším užití je nutné za 12 hodin užití další tablety. Na trhu se v posledních letech objevil i nový preparát Escapelle, který se užívá jednorázově a má stejnou účinnost jako aplikace ve dvou dávkách (19, 21).

Mechanismus účinku spočívá v narušení ovulace, desynchronizaci endometria a poruše motility tub. Jedinými nevýhodami je poměrně častá nauzea po požití tablet a možné krvácení podobné menstruačnímu, dostavující se za 3 – 4 dny (19, 21).

Pokud se žena rozhodne pro zavedení nitroděložního tělíska, je vcelku lhostejné, o jaký typ se jedná. Je naopak nutné jeho zavedení do 5 dnů od pohlavního styku, přičemž početí brání spolehlivě. Bohužel je jeho zavedení přeci jen složitější než užití tablety a u nullipar je prakticky nemožné jej zavést (19).

U hormonálních metod není absolutní kontraindikace žádná a u nitroděložních tělísek totožná s kap. 3.3.3 – Nitroděložní antikoncepce (25).

#### **4.3.8 Chemické metody**

Spermie jsou obecně dosti náchylné na prostředí, ve kterém se nacházejí. Zejména kyselé je rychle zabíjí. Tohoto zjištění se dá také využít v antikoncepci.

Chemická antikoncepce zahrnuje veškeré přípravky, využívající chemické látky se spermicidním účinkem. Patří sem například různé krémy, pěny, čípky nebo globule. Mezi hlavní výhody patří to, že k jejich získání není za potřebí lékařský předpis, neobsahují žádné hormony a nemají vedlejší účinky. Naproti tomu je jim ale vyčítána

často rušivá příprava a relativně malá spolehlivost. Tu výrobce přípravku Pharmatex sice udává 0,9, ale jiné prameny hovoří o pravděpodobnějším Pearl indexu kolem 5 (19).

Tyto metody se doporučují používat spíše jako doplněk jiných antikoncepčních metod, tedy jako tzv. systém „pásek a kšandy“. Pro příklad to je kombinace s prezervativem či jinou bariérovou antikoncepcí.

#### **4.3.9 Chirurgické metody**

Chirurgické metody, sterilizace/vasektomie, byly ještě donedávna považovány za výkon nevratný a trvalý. Dnes ovšem pomocí moderních metod můžeme i sterilizovanému člověku umožnit rodičovství (nicméně úspěšnost je pouhých 43 – 88 %). Proto ji můžeme mezi antikoncepční metody právem počítat (21).

Sterilizace je definována jako lékařský výkon, zabraňující plodnosti, aniž jsou odstraněny nebo poškozeny pohlavní žlázy. Je to chtěný výkon na přání psychicky zdravého jedince. U ženy se obvykle provádí laparoskopickou cestou, vejcovody se přeruší v istmické části. U muže se provádí podvaz chámovodů pomocí jednoho nebo dvou drobných naříznutí kůže šourku - vasektomie. Spolehlivost této antikoncepce je značná, nikoliv ale nulová. Pearlův index se pohybuje kolem 0,1 u žen a 0,02 u mužů (21, 24).

Zdravotní následky sterilizace nejsou prakticky žádné, žena má zachovalou funkci ovárií i endometrální cyklus a muž má ejakulát stejného množství i konzistence (24).

I když je v zahraničí tato metoda velmi oblíbená, u nás je rozšířena jen minimálně zásluhou Směrnice MZ ČSR č. 1/1972, vymezující indikace k provedení sterilizace. Na splnění těchto podmínek dohlíží nejméně tříčlenná komise, která také rozhoduje o schválení či zamítnutí pouhé žádosti o výkon (4).

## 4.4 Právní problematika antikoncepce

Svůj prostor má v rámci antikoncepce i právní problematika. Věnuje se především případům, kdy prostředek ordinovaný ve zdravotnickém zařízení selže a žena otěhotní. Je otázkou, zda lze vzniklou škodu materiálně vyjádřit a kdo za ni zodpovídá. V zahraničí jsou známy případy kdy škoda podle současné soudní praxe spočívá v úhradě nákladů spojených s péčí o dítě, někdy dokonce rovnající se výši alimentů. V České republice tento spor, ačkoliv byl ve více případech ohlášen, nevedl podle poznatků autorů k vynesení rozsudku, který by stanovil odpovědnost zdravotnického zařízení. Je to především z toho důvodu, že výrobce přímo uvádí možnost selhání, byť velmi nízkou (4).

Žena má být především srozuměna s možnými vedlejšími účinky, poučena jak se v tomto případě zachovat a to vše by mělo být řádně uvedeno v její dokumentaci. Týká se to i možných komplikací spojených se zaváděním či vyjímáním nitroděložní antikoncepce (např. zánět, perforace dělohy při zavádění po císařském řezu aj.).

Problém nastává u neordinovaných prostředků, u kterých závisí především na manipulaci. Jedná se například o kondomy, pesary a spermicidní krémy. Pokusy o uplatnění náhrady škody totiž zatím nebyly nikomu přiznány (4).

Zvláštní postupy platí pro mentálně postižené ženy. Součástí komplexní péče je poučení zákonných zástupců o možnostech antikoncepce a následcích případného těhotenství. Pokud je taková žena zbavena způsobilosti k právním úkonům, může dát souhlas její zákonný zástupce, který je poučen o rizicích s tím spojenými (4).

## 5 EDUKAČNÍ ČINNOST PORODNÍ ASISTENTKY

Edukační činnost porodní asistentky je v současnosti jednou z nejvýznamnějších a nejdůležitější rolí, kterou zastává. Tato role je zaměřená na utváření a formování uvědomělého chování a jednání jedince i skupiny v zájmu zachování a obnovy zdraví.

Pojem edukace je odvozen od latinského slova *educare*, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech (28).

Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení. Probíhá od prenatálního života do smrti. Subjektem učení je edukant. Je to individuální osobnost, charakterizovaná svými fyzickými, afektivními (např. motivace, postoje) a kognitivními vlastnostmi (schopnost učit se). Charakteristiku edukanta ovlivňuje i etnická příslušnost, víra, sociální prostředí a sociálně-kulturní podmínky. Naproti tomu edukátorem označujeme samotného aktéra edukační aktivity (28).

Edukace ve zdravotnictví má přispět k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví či přispět ke zkvalitnění života jedince. Edukace také hraje významnou roli v rámci primární péče. Tehdy je edukace zaměřena na zdravé jedince, především na prevenci nemocí a zdraví prospěšná opatření, aby došlo k udržení jejich zdraví a zlepšení kvality života (28).

Zdravotník v roli edukátora plní roli poskytovatele vědomostí a zkušeností. Zároveň je poradcem a podporovatelem edukanta. Edukátor je též tvůrcem a projektantem edukace, diagnostikem edukačních potřeb edukanta, realizátorem edukace a plní i úlohu hodnotitele. Současně je i koordinátorem celé edukace (28).

Nejdůležitějším prostředkem samotné edukace je komunikace. Ta v edukačním procesu musí splňovat hned několik funkcí a to zprostředkování výměny informací, zkušeností, motivů, postojů a emocí, umožňuje vzájemný kontakt a působení mezi účastníky edukace a ovlivňuje účastníky edukačního procesu (28, 29).

Rozsah, způsob a struktura komunikace v edukačním procesu jsou ovlivněny počtem účastníků, zvolenou metodou a formou edukace. Řídící úlohu má edukátor, který řídí činnost edukanta v souladu se stanovenými cíly. Cíle se většinou nesoustředí

pouze na jednu kategorii nebo oblast, ale dochází k jejich vzájemné kombinaci. Stanovenému cíli je také nutné přizpůsobit metody, formy a obsah edukace (28).

Edukátor by měl dodržovat určité didaktické zásady. Mezi nejstarší patří zásada názornosti. Edukant by měl mít možnost zapojit co nejvíce analyzátorů pro smyslové vnímání spolu s poznávací a myšlenkovou aktivitou jedince. Je vhodné volit metody usnadňující edukantovi učení. Dále platí zásada spojení teorie s praxí. Edukanti přicházejí do styku s edukátory, kteří mají určité zkušenosti, dovednosti, postoje a vědomosti, které získali v praxi. Vědomosti a dovednosti, které edukant získá prostřednictvím edukačního procesu, by měl být schopen uplatnit v praktickém životě. Obsah edukace by měl být uspořádán do logických celků, měli bychom definovat hlavní a vedlejší části a nakonec logicky shrnout nejdůležitější body edukace (28, 29).

Obsah vzdělání by měl být vždy v souladu se současnými objevy vědy a techniky či poznatky z oblasti zdravotnictví a pedagogiky. Problémy s dodržením této zásady při edukaci laiků mohou nastat tehdy, pokud by sdělovaný text byl prezentován příliš odborně a laik by sdělovanému obsahu neporozuměl. Proto je nutné obsah vždy přizpůsobit schopnostem edukanta tak, aniž by byla porušena zásada vědeckosti (28).

Dále by měl být rozsah učiva v souladu s momentálními vědomostmi a dovednostmi edukanta. Jedinec by měl získané vědomosti pochopit, zařadit do vlastního systému dříve získaných vědomostí a uplatnit je v praxi (28).

Po celou dobu edukace by měl edukátor získávat vhodným způsobem informace od edukanta. Zajímá se, zda předkládaná fakta chápe, rozumí jim, pamatuje si je a umí je uplatnit při praktických činnostech. Edukant by měl sám cítit nutnost aktivně se zapojit do edukace. Měl by na výuce co nejvíce participovat, mít zpětnou kontrolu výsledků své práce a měl možnost pochopené učivo uplatnit v běžném životě. Samozřejmě musíme respektovat edukanta a jeho zdravotní a psychický stav, individuální potřeby, jeho osobnost a kulturní odlišnosti (28, 29).

Edukační metodu můžeme chápat jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení. Pro seznámení s problematikou antikoncepce je nejvýhodnější metoda přednášky spojená s diskuzí. Edukanti tak mají možnost argumentovat, prezentovat své myšlenky,

znalosti, nápady. Edukátor celou diskuzi řídí a sleduje její průběh. Na závěr je nutné provést shrnutí a uvést na pravou míru případné mylné závěry (28).

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 6 ŘEŠENÍ VLASTNÍHO PRŮZKUMU

### 6.1 Průzkumný problém

Míra informovanosti žáků středních škol a odborných učilišť o antikoncepci.

### 6.2 Průzkumný cíl

Zjistit úlohu porodní asistentky v edukaci o antikoncepčních metodách a jejich užívání v populaci žáků středních škol a odborných učilišť.

### 6.3 Průzkumné hypotézy

**Hypotéza 1.** Předpokládáme, že respondenti získali více informací o antikoncepci prostřednictvím internetu než během školní výuky či odborných přednášek porodní asistentkou.

**Hypotéza 2.** Předpokládáme, že více respondentů, kteří absolvovali odbornou přednášku porodní asistentkou, použilo při prvním pohlavním styku prezervativ, než těch, kteří prezervativ nepoužili.

**Hypotéza 3.** Předpokládáme, že více respondentů absolvovalo první přednášku porodní asistentkou na ZŠ, než těch, kteří ji absolvovali na SŠ/učilišti.

### 6.4 Metodika průzkumu

Metodika průzkumu je nestandardizovaná, kvantitativní. Jako průzkumnou metodu k získání informací jsme zvolili dotazník vlastní konstrukce. Časový plán průzkumu byl stanoven na měsíc leden 2011.

## 6.5 Průzkumný vzorec

Průzkumný vzorec tvořili žáci středních škol a odborných učilišť na Benešovsku. Respondenti byli cíleně kontaktováni na svých školách i mimo ni. Věkové rozmezí bylo stanoveno na 16 až 19 let.

## 6.6 Technika dotazníku

Dotazník vlastní konstrukce obsahoval 16 položek (viz. Příloha B – Dotazník vlastní konstrukce). Byl rozdán studentům Střední zdravotnické školy v Benešově, Vyšší odborné a Střední zemědělské školy v Benešově, Integrované střední školy technické v Benešově a Obchodní akademie ve Vlašimi během měsíce ledna tohoto roku. Dotazník se skládal z uzavřených a polouzavřených otázek a jedné podotázky. Respondenti mohli zvolit pouze jednu odpověď, která se nejvíce blížila jejich názoru.

Dotazníků bylo distribuováno 56. Jejich návratnost byla 100 %, šest dotazníků bylo vyřazeno pro chybné vyplnění. Data byla vyhodnocena a zpracována statistickou metodou jednostupňového třídění – tabulka, graf, komentář v textu.

K hypotéze 1 se vztahovaly položky 8, 9 a 10. Hypotézu 2 jsme ověřovali položkami 10, 14, 15 a hypotézu 3 položkami 10, 11, 12 a 13. Položky 1 a 2 byly zaměřené na sběr demografických údajů.

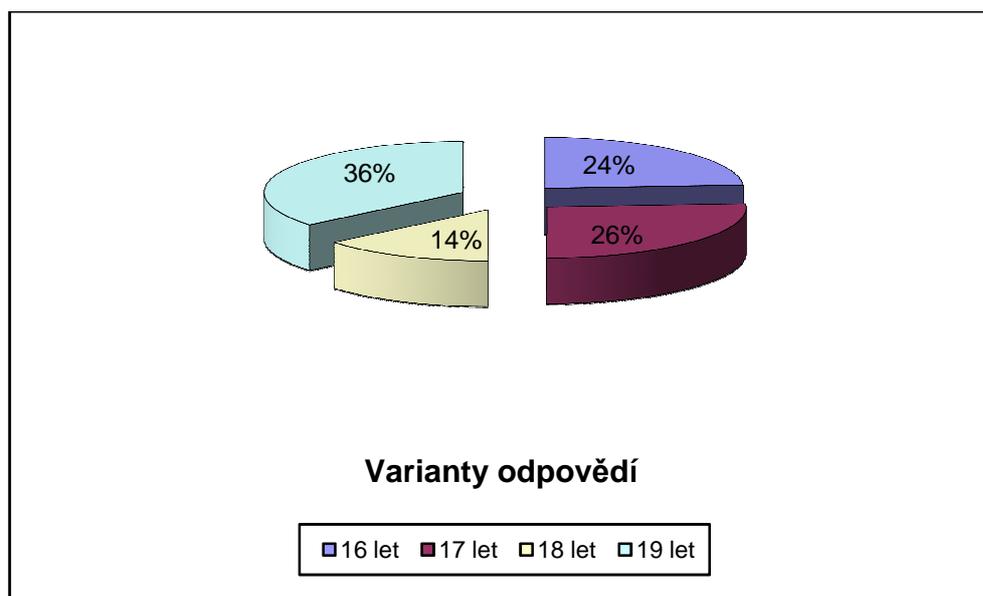
## 7 VÝSLEDKY VLASTNÍHO PRŮZKUMU

### Položka 1 – Uveďte svůj věk

Tabulka 1 – Věk sledované skupiny

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
16 let	12	24,00
17 let	13	26,00
18 let	7	14,00
19 let	18	36,00
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf 1 – Věk sledované skupiny



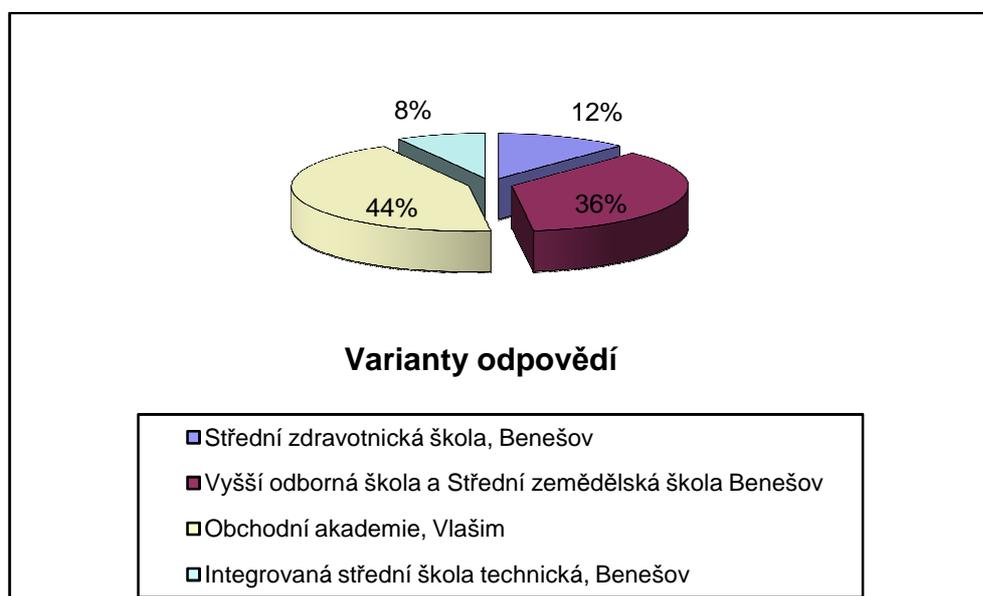
Průzkumu se zúčastnilo 12 respondentů ve věku 16 let (24,00 %), 13 17ti-letých (26,00 %), 7 18ti-letých (14,00 %) a 18 19ti-letých (36,00 %) z řad žáků středních škol a odborných učilišť.

## Položka 2 – Uved'te název školy, kterou navštěvujete

Tabulka 2 – Navštěvované školy

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
<b>Střední zdravotnická škola, Benešov</b>	6	12,00
<b>Vyšší odborná škola a Střední zemědělská škola Benešov</b>	18	36,00
<b>Obchodní akademie, Vlašim</b>	22	44,00
<b>Integrovaná střední škola technická, Benešov</b>	4	8,00
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf 2 – Navštěvované školy



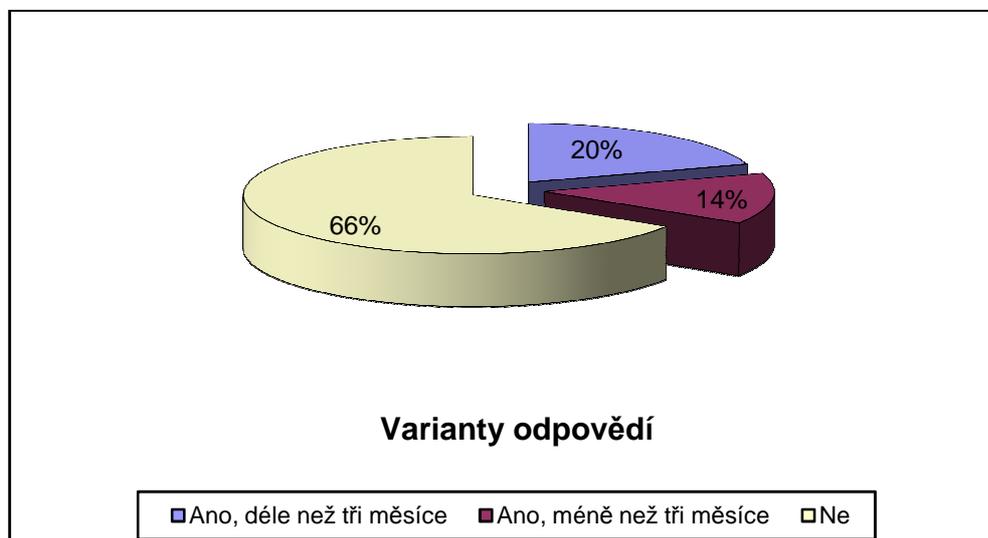
Průzkumu se zúčastilo 6 respondentů (12,00 %) ze Střední zdravotnické školy v Benešově, 18 (36,00 %) navštěvující Vyšší odbornou a Střední zemědělskou školu v Benešově, 22 studentů (44,00 %) z Obchodní akademie ve Vlašimi a 4 respondenti (8,00 %) z Integrované střední školy technické v Benešově.

### **Položka 3 – Máte v současné době stálou partnerku?**

*Tabulka 3 – Máte v současné době stálou partnerku?*

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost v %</b>
<b>Ano, déle než tři měsíce</b>	10	20,00
<b>Ano, méně než tři měsíce</b>	7	14,00
<b>Ne</b>	33	66,00
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

*Graf 3 – Máte v současné době stálou partnerku?*



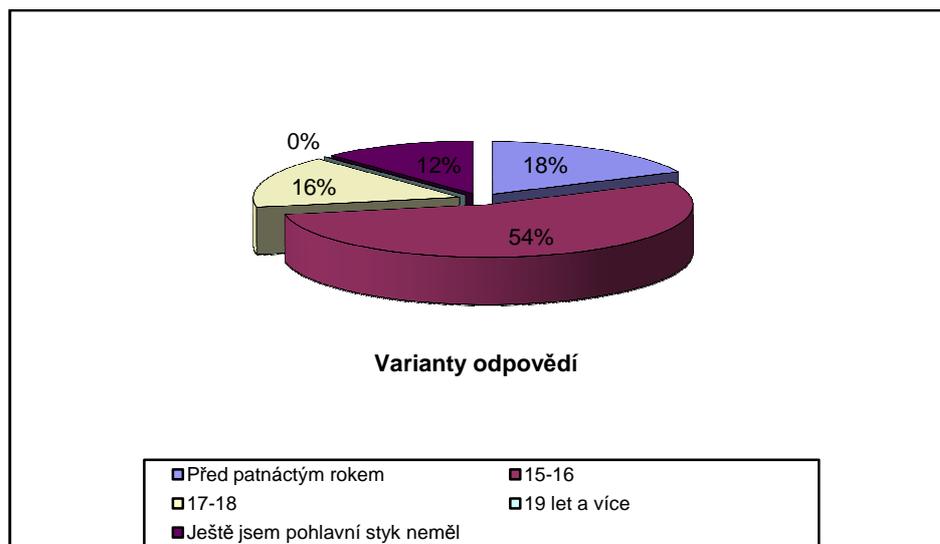
Ze všech oslovených respondentů mělo deset (20,00 %) stálou partnerku déle než tři měsíce a sedm (14,00 %) kratší dobu než tři měsíce. 33 respondentů (66,00 %) bylo nezadaných.

#### Položka 4 – Kdy jste měl první pohlavní styk?

Tabulka 4 – První pohlavní styk

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Před patnáctým rokem	9	18,00
15 – 16	27	54,00
17 – 18	8	16,00
19 let a více	0	0
Ještě jsem pohlavní styk neměl	6	12,00
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf 4 – První pohlavní styk



První pohlavní styk mělo před patnáctým rokem věku 9 respondentů (18,00 %), mezi patnáctým a šestnáctým rokem 27 (54,00 %). Mezi sedmnáctým a osmnáctým rokem mělo první pohlavní styk 8 respondentů (16,00 %). Možnost nad 19 let ne zvolil nikdo a 6 respondentů (12,00 %) dosud pohlavní styk nemělo.

## **Položka 5 – Kolik sexuálních partnerek jste doposud měl?**

*Tabulka 5 – Sexuální partnerky*

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>
<b>1</b>	12
<b>2 – 3</b>	15
<b>4 a více</b>	17
<b>Nemělo pohlavní styk</b>	6
<b>Celkem</b>	<b>50</b>

Z celkového počtu respondentů, kteří již měli pohlavní styk (tj. 44) jich 12 (27,27 %) uvedlo, že pouze s jednou partnerkou, 15 (34,09 %) mělo dvě až tři partnerky a 17 (38,36 %) uvedlo 4 a více sexuálních partnerek.

**Položka 6 – Zajímáte se, zda vaše sexuální partnerky užívají nějaký druh antikoncepce?**

*Tabulka 6 – Zajímáte se o partnerčinu antikoncepci?*

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>
<b>Ano, zajímám se</b>	27
<b>Ne, nezajímám se</b>	5
<b>Jen občas</b>	12
<b>Nemělo pohlavní styk</b>	6
<b>Celkem</b>	<b>50</b>

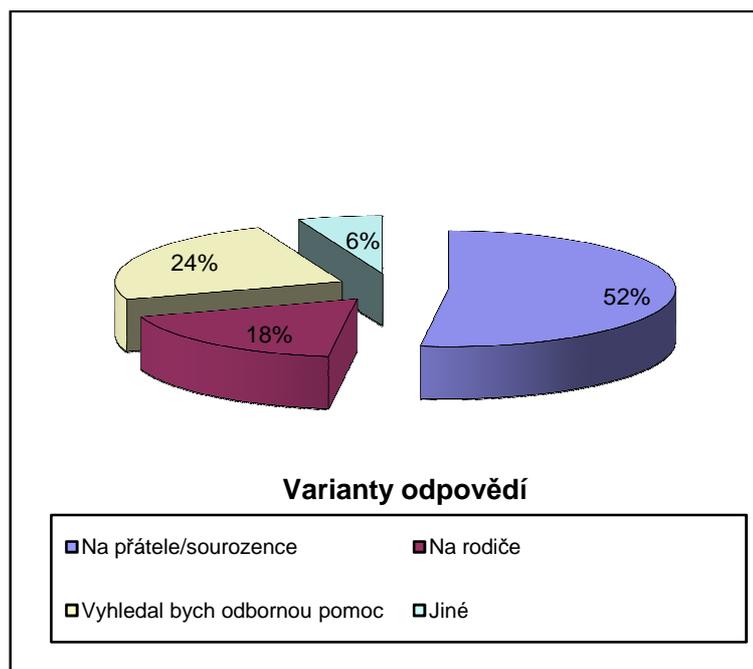
Z celkového počtu respondentů, kteří již měli pohlavní styk (tj. 44) se jich 27 (61,36 %) zajímá, zda jejich sexuální partnerky užívají nějaký druh antikoncepce. Pět z nich (11,36 %) se nezajímá a 12 (27,27 %) pouze občas.

### **Položka 7 – Na koho byste se jako prvního obrátil v případě jakéhokoliv intimního problému?**

*Tabulka 7 – Na koho by se obrátil v případě intimního problému?*

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost v %</b>
<b>Na přátele/sourozence</b>	26	52,00
<b>Na rodiče</b>	9	18,00
<b>Vyhledal bych odbornou pomoc</b>	12	24,00
<b>Jiné</b>	3	6,00
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

*Graf 5 – Na koho byste se obrátil v případě intimního problému?*



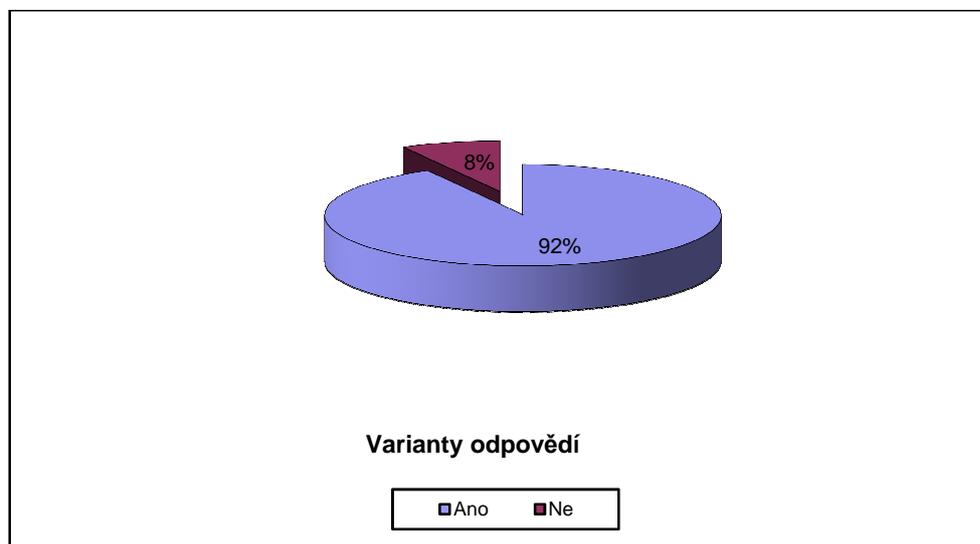
V případě intimního problému by se na své přátele nebo sourozence obrátilo 26 (52,00 %) a na rodiče 9 respondentů (18,00 %). Odbornou pomoc by vyhledalo 12 respondentů (24,00 %). Odpověď d) Jiné zvolili 3 (6,00 %). Dva z nich uvedli, že v tuto chvíli neví na koho by se obrátili a jeden by zvolil anonymní telefonickou poradnu.

**Položka 8 – Jste podle Vašeho názoru dobře informován o možnostech antikoncepce?**

*Tabulka 8 – Informovanost o antikoncepci*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	46	92,00
Ne	4	8,00
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

*Graf 6 – Informovanost o antikoncepci*



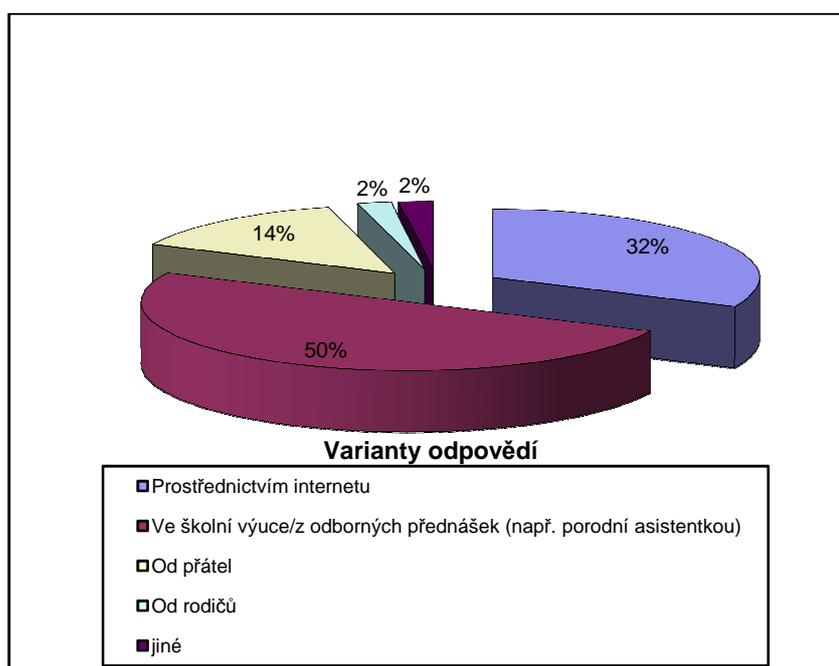
Převážná většina respondentů (tj. 46; 92,00 %) se domnívá, že je dobře informována o možnostech antikoncepce. Zápornou odpověď zvolili 4 respondenti (8,00 %), přičemž tři z nich uvedli jako důvod nezáměr o problematiku a jeden se vyjádřil slovy: „Nejsem holka“.

## Položka 9 – Nejvíce informací jste získal

Tabulka 9 – Zdroje informací

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Prostřednictvím internetu	16	32,00
Ve školní výuce/z odborných přednášek (např. porodní asistentkou)	25	50,00
Od přátel	7	14,00
Od rodičů	1	2,00
Jiné	1	2,00
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf 7 – Zdroje informací



Nejvíce informací o antikoncepci získali respondenti ve školní výuce z odborných přednášek, například porodní asistentkou. Tuto možnost zvolilo 25 respondentů (50,00 %). Prostřednictvím internetu získalo informace 16 respondentů

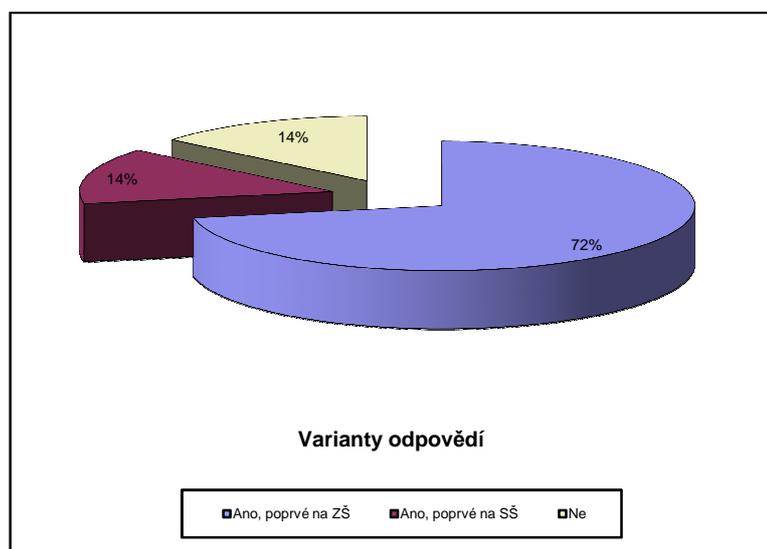
(32,00 %), od přátel 7 (14,00 %). Jeden z respondentů se obrátil na rodiče (2,00 %) a jeden na svou přítelkyni (2,00 %).

**Položka 10a – Zúčastnil jste se někdy na škole odborné přednášky na téma antikoncepce?**

*Tabulka 10a – Účast na odborných přednáškách*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano, poprvé na ZŠ	36	72,00
Ano, poprvé na SŠ	7	14,00
Ne	7	14,00
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

*Graf 8 – Účast na odborných přednáškách*



První odborné přednášky na téma antikoncepce se zúčastnilo 36 respondentů (72,00 %) na základní škole, sedm (14,00 %) se jí poprvé zúčastnilo na střední škole. Stejný počet (tj. 7; 14,00 %) se jí vůbec nezúčastnil.

### **Položka 10b – Pokud ne, z jakého důvodu?**

*Tabulka 10b – Důvod neúčasti na přednášce*

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>
<b>Vůbec nebyla uskutečněna</b>	6
<b>Byla, ale nebyl jsem přítomen ve škole</b>	0
<b>Byla, ale odmítl jsem se jí zúčastnit</b>	1
<b>Jiné</b>	0
<b>Neodpovídalo</b>	43
<b>Celkem</b>	<b>50</b>

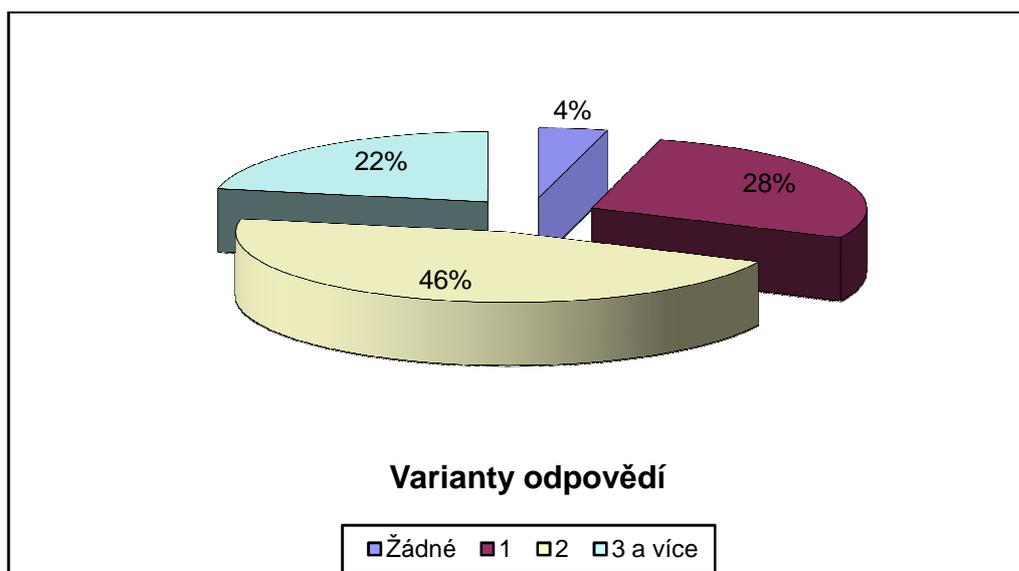
Ze 7 respondentů, kteří se nikdy nezúčastnili odborné přednášky na téma antikoncepce (viz. Položka 10a) jich 6 (85,71 %) nemělo možnost absolvovat, protože přednáška na jejich škole nebyla uskutečněna. Jeden z respondentů (14,29 %) se jí odmítl zúčastnit.

**Položka 11 – Kolika přednášek na téma antikoncepce/partnerských vztahů/sexu/pohlavně přenosných chorob jste se doposud zúčastnil?**

*Tabulka 11 – Počet absolvovaných přednášek*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Žádné	2	4,00
1	14	28,00
2	23	46,00
3 a více	11	22,00
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

*Graf 9 – Počet absolvovaných přednášek*



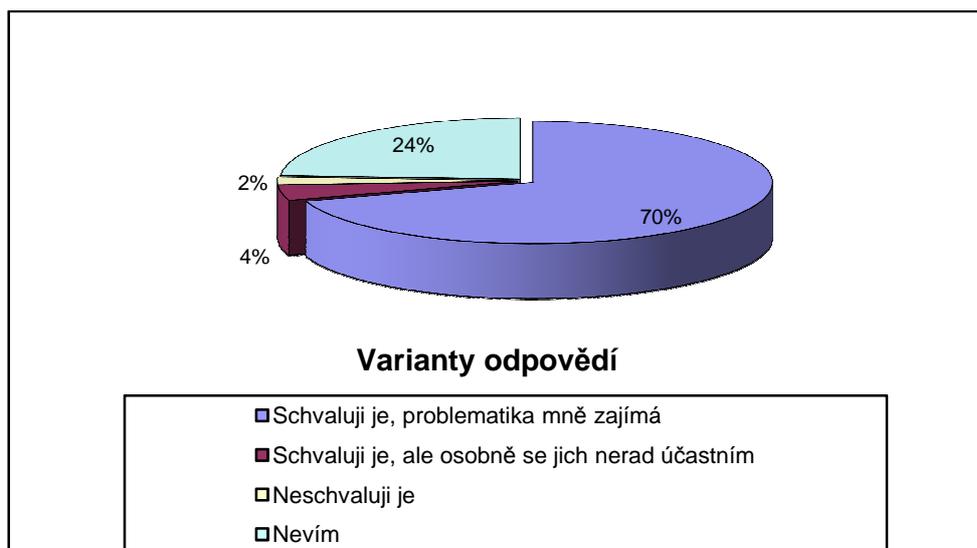
Žádné přednášky na téma antikoncepce/partnerských vztahů/sexu/pohlavně přenosných chorob se nezúčastnili 2 respondenti (4,00 %). Jednu přednášku absolvovalo 14 (28,00 %), dvě 23 (46,00 %) a tři a více přednášek se zúčastnilo 11 respondentů (22,00 %).

## Položka 12 – Jaký je váš názor na odborné přednášky/sexuální výchovu ve škole?

Tabulka 12 – Názor studentů na odborné přednášky/sexuální výchovu ve škole

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Schvaluji je, problematika mně zajímá	35	70,00
Schvaluji je, ale osobně se jich nerad účastním	2	4,00
Neschvaluji je	1	2,00
Nevím	12	24,00
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Graf 10 – Názor studentů na odborné přednášky/sexuální výchovu ve škole



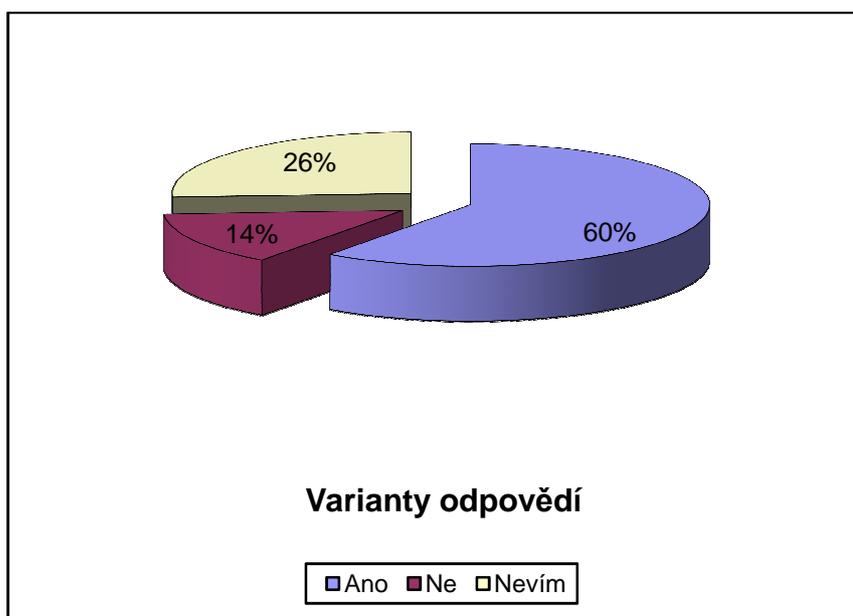
35 respondentů (70,00 %) odborné přednášky a sexuální výchovu schvaluje, problematika je zajímavá. Dva (4,00 %) je schvalují, ale osobně se jich neradí účastnit. Jako důvod uváděli přílišnou vážnost přednášek, zahlcenost odbornými obraty a osobní důvody (zesměšňování ostatními studenty) spojené s nedostatečnou pozorností studentů. Jeden z respondentů (2,00 %) tyto přednášky neschvaluje, důvod však neuvádí. Dvanáct respondentů (24,00 %) neví, jak na tuto otázku reagovat.

**Položka 13 – Mělo by se podle Vašeho názoru ve škole (na vaší i na ZŠ) věnovat více času otázce sexuální výchovy/antikoncepce?**

*Tabulka 13 – Názor na sexuální výchovu/antikoncepci ve škole*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Ano	30	60,00
Ne	7	14,00
Nevím	13	26,00
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

*Graf 11 – Názor na sexuální výchovu/antikoncepci ve škole*



S rozsahem časové dotace v oblasti sexuální výchovy/antikoncepce je spokojeno 7 respondentů (14,00 %), 30 (60,00 %) se domnívá, že by se této oblasti mělo věnovat více času. Třináct respondentů (26,00 %) nemá vyhraněný názor.

**Položka 14 – Použili jste při prvním pohlavním styku nějakou antikoncepční metodu?**

*Tabulka 14 – Použití antikoncepce při prvním pohlavním styku*

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>
<b>Ano, prezervativ</b>	37
<b>Ano, použili jsme jinou antikoncepční metodu</b>	2
<b>Ne, nepoužili jsme žádnou antikoncepční metodu</b>	5
<b>Nemělo pohlavní styk</b>	6
<b>Celkem</b>	<b>50</b>

Z celkového počtu respondentů, kteří již sexuálně žijí (tj. 44), jich 37 (84,09 %) použilo při prvním pohlavním styku prezervativ, dva (4,55 %) se spolehli na užívání hormonální antikoncepce partnerkou a 5 (11,36 %) nepoužilo žádnou ochranu.

**Položka 15 – Co Vás nejvíce iniciovalo k použití antikoncepce při prvním pohlavním styku?**

*Tabulka 15 – Důvod k použití antikoncepce při prvním pohlavním styku*

<b>Odpovědi</b>	<b>Absolutní četnost</b>
<b>Přednáška – jako prevence otěhotnění</b>	20
<b>Přednáška – strach ze sexuálně přenosných chorob</b>	16
<b>Jiné</b>	3
<b>Neodpovídalo</b>	11
<b>Celkem</b>	<b>50</b>

Z celkového počtu respondentů, kteří již sexuálně žijí a použili při prvním pohlavním styku antikoncepci (tj. 39), jich 20 (51,28 %) uvádí jako důvod použití prevenci otěhotnění. 16 respondentů (41,03 %) použilo antikoncepci z důvodu strachu ze sexuálně přenosných chorob, tři (7,69 %) uvedli možnost c) Jiné. Pouze jeden však uvedl důvod – zodpovědnost. Ostatní se nevyjádřili.

## 7.1 Výsledky průzkumu

Celkově můžeme potvrdit, že trendy v sexuálním chování žáků středních škol a odborných učilišť lze hodnotit pozitivně. Pravděpodobně tyto změny souvisejí především s motivací mladé generace k odpovědnému a plánovanému rodičovství, možnosti větší seberealizace a vyšší dostupnosti k informacím o možnostech antikoncepce.

V první hypotéze jsme předpokládali, že respondenti získali více informací o antikoncepci prostřednictvím internetu než během školní výuky či odborných přednášek porodní asistentkou. Tato hypotéza se nepotvrdila. Přesně polovina respondentů (tj. 25) uvedla, že nejvíce byli informováni během školní výuky a z odborných přednášek (viz. položka 9). Internet jako zdroj informací uvedlo 16 respondentů. Převážná většina z nich (tj. 46) se domnívá, že je o možnostech antikoncepce dobře informovaná (viz. položka 8).

Ve druhé hypotéze jsme předpokládali, že více respondentů, kteří absolvovali odbornou přednášku porodní asistentkou, použilo při prvním pohlavním styku prezervativ, než těch, kteří prezervativ nepoužili. Tato hypotéza se potvrdila. Z respondentů, kteří se přednášky zúčastnili (tj. 39) jich 29 použilo při prvním pohlavním styku prezervativ (viz. položka 14). Jako největší motivaci k použití prezervativu uvedlo 15 respondentů strach ze sexuálně přenosných chorob (viz. položka 15). Tato odpověď se těsně překrývala s druhou možností a to prevencí otěhotnění partnerky (12).

Ve třetí hypotéze jsme předpokládali, že více respondentů absolvovalo první přednášku porodní asistentkou na základní škole, než těch, kteří ji absolvovali na střední škole/odborném učilišti. Tato hypotéza se nám potvrdila. Svou první přednášku o antikoncepci absolvovalo již na základní škole 36 respondentů (viz. položka 10a). Pouze 7 respondentů se žádné doposud nezúčastnilo, převážně z důvodu jejího neuskutečnění (viz. položka 10b). Nejvíce respondentů (tj. 23) absolvovalo jakékoliv dvě přednášky na téma antikoncepce/partnerských vztahů/sexu/pohlavně přenosných chorob, přičemž 2 se doposud žádné nezúčastnili (viz. položka 11). Přednášky schvaluje 35 respondentů. Problematika je zajímavá a ochotně se jich účastní (viz. položka 12).

Studenti se dále podle výsledků průzkumu domnívají (30 respondentů), že by se mělo otázce antikoncepce a sexuální výchově věnovat více času, a to jak na středních školách, tak na odborných učilištích (viz. položka 13).

## 8 DISKUZE

Výsledky našeho průzkumu bylo poměrně obtížné srovnávat s jinými autory. Většina dostupných publikovaných prací se zaměřovala pouze na dívky.

Pro srovnání jsem zvolila výzkum „*Sex v České republice*“ profesora Weisse a docenta Zvěřiny z roku 2008. Autoři v něm uvádějí výsledky čtvrtého pokračování reprezentativního výzkumu sexuálního chování populace České republiky (1000 mužů a 1000 žen starších 15 let) a srovnání aktuálních charakteristik tohoto chování s předchozími výzkumy z let 1993, 1998 a 2003.

Jejich výsledky jednoznačně svědčí o tom, že trendy v této oblasti jsou spíše příznivé. Zatímco věk první soulože se nesnižuje, počty sexuálních partnerů uváděných za posledních 12 měsíců ano. Počty uživatelů kondomů jako ochrany před sexuálně přenosnými chorobami a počty uživatelů hormonální antikoncepce se spíše zvyšují. Z hlediska postojů k sexuálním otázkám zůstává česká populace velmi liberální.

Výsledky poukazují na to, že se počátky partnerské sexuality neurychlují a vyvrací obecně tradované mýty o sexuálním chování Čechů a Češek. Průměrný věk první soulože se u mužů a žen dlouhodobě neliší a pohybuje se dlouhodobě kolem 18. roku života. Náš průzkum ovšem ukázal, že nejvíce respondentů (61,36 %) mělo první pohlavní styk mezi 15ti a 16ti lety.

V oblasti antikoncepce došlo k nejvýraznějším a vesměs pozitivním změnám. Výzkum profesora Weisse ukázal, že poklesl počet mužů, kteří při prvním styku nepoužili žádnou antikoncepci (z 57 % v roce 1993 na 45 % v roce 2008) nebo použili nespolehlivý způsob ochrany (např. přerušovanou soulož). Toto tvrzení se potvrdilo i v našem průzkumu. Prezervativ použilo při prvním pohlavním styku 84,09 % respondentů a 4,55 % použilo jinou antikoncepční metodu.

Ve výsledcích výzkumu profesora Weisse plní rodina a škola roli jako zdroj informací pouze sekundárně; tyto instituce zatím plní svou roli nedostatečně. Převládají zdroje nejméně spolehlivé, jako jsou kamarádi a známí. Z našeho průzkumu ale vyplývá, že polovina respondentů (50,00 %) získala nejvíce informací prostřednictvím školní výuky a odborných přednášek.

Naproti tomu vzhledem k narůstajícímu počtu nových záchytů HIV pozitivních jedinců v České republice v posledních letech (viz. Příloha D) je zřejmé, že v oblasti osvěty, prevence a sexuální výchovy ještě máme výrazné rezervy a v neposlední řadě i výrazné dluhy.

## ZÁVĚR A NÁVRH PRO PRAXI

Cílem bakalářské práce bylo zjistit úlohu porodní asistentky v edukaci o antikoncepčních metodách a jejich užívání v populaci žáků středních škol a odborných učilišť na Benešovsku. Výsledky poukazují na význam edukace v této oblasti.

Trendy v sexuálním chování žáků středních škol a odborných učilišť lze hodnotit pozitivně. Tyto změny mají pravděpodobně souvislost především s motivací k odpovědnému a plánovanému rodičovství, možnosti větší seberealizace a vyšší dostupnosti k informacím o samotných možnostech antikoncepce.

V současné době se žáci podrobněji seznamují s problematikou již na základních školách. Přičemž většina respondentů (92,00 %) se domnívá, že je dobře o problematice informovaná. V dnešní době je toto nezbytností vzhledem k nízké věkové hranici kdy měli respondenti první pohlavní styk. Více než polovina (61,36 %) měla první pohlavní styk mezi 15tým a 16 rokem. Zanedbatelný není ani počet respondentů, kteří měli první pohlavní styk před patnáctým rokem (20,45 %), tedy v době, kdy ještě navštěvují základní školu.

Průzkum tedy ukazuje jak důležitou roli samotná edukace studentů hraje. Není pochyb o tom, že sexuální výchova je nedílnou součástí životního stylu. Každý, kdo vyrůstá v dnešních společenských podmínkách je odkázán na informace a dovednosti, díky kterým je schopen chránit své reprodukční zdraví. Pokud v tomto ohledu rodina zaostává, je bezesporu nutné, aby byla sexuální výchova nahrazována ve škole.

Podle zjištěných nedostatků, ale i uspokojujících výsledků lze navrhnout následující řešení a doporučení pro praxi. Studenti by měli být informováni již na základních školách nejen v otázce obecné sexuální výchovy, ale se zaměřením na antikoncepci ve smyslu ochrany, ne povinnosti. Měli by si uvědomovat riziko možného otěhotnění partnerky a nemyslet jen na svoji ochranu, ale ochranu páru jako celku. Přednášky probíhající v rámci výuky by měly být především jednoduchého výkladu a poutavé pro studenty, kteří by se měli aktivně zapojit do programu. Aktivita by však neměla studentům přinášet posměch od ostatních. V tomto ohledu nám připadají jako nejvhodnější tzv. peer programy, neboli vrstevnické vzdělávání.

Z vlastní 3leté zkušenosti mohu tvrdit, že pro studenty bývá peer program přínosnější formou například v případech, kdy nemá učitel liberální přístup jak k antikoncepci tak k sexuální výuce obecně. Ani v mnoha rodinách nejsou rodiče na sexuální výchovu připraveni nebo ji nechtějí provádět a nadále tak informovanost o antikoncepci chybí. Navíc dospívající žáci nevidí v přednášejícím takovou autoritu, jakou je pro ně vyučující. Je to někdo cizí, koho neznají a právě tato anonymita pro ně bývá velice důležitá. Lépe pak spolupracují a otevřeně hovoří o problematice antikoncepce.

Z našeho průzkumu vyplývá, že přednášky a sexuální výchova na středních školách na Benešovsku jsou vedeny správně a svou funkci plní.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1 DYLEVSKÝ, Ivan. 2000. *Somatologie*, 2. vydání. Olomouc : Epava, , 2000. ISBN 80-86297-05-5.
- 2 MOUREK, Jindřich. 2005. *Fyziologie*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1190-7.
- 3 ELIŠKOVÁ, M.; NAŇKA, O. 2006. *Přehled anatomie*. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1216-X.
- 4 ZEMAN, Z.; DOLEŽAL, A. 2000. Speciální problematika. In *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví*. Praha : Galén, 2000. ISBN 80-7262-024-X.
- 5 PAŘÍZEK, Antonín. 2006. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2. vydání. Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-411-3.
- 6 *Úmluva o právech dítěte*, čl. 24 odst. 2 písm. f) [online]. [cit. 2010-11-1]. Dostupné z WWW: < <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>>.
- 7 Československo. 1986. Zákon č. 66/1986 Sb., ze dne 20. října 1986 o umělém přerušení těhotenství [online]. [cit. 2010-11-1]. Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/sb\\_2244\\_1027\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/sb_2244_1027_3.html)> .
- 8 Teherán. 1986. Prohlášení Mezinárodní konference o lidských právech ze dne 13. května 1986. Bod č. 16 [online]. [cit. 2011-1-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/teheranska-konf.-1968.pdf>>.
- 9 New York. 1979. *Prohlášení OSN o odstranění všech forem diskriminace žen*. čl. 16 odst. 1 písm. e) [online]. [cit. 2011-1-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-odstraneni-vsech-forem-diskriminace-zen.pdf>>.
- 10 KUBIČKOVÁ, Adéla; KONEČNÁ, Hana. 2008. Úloha muže při plánování rodičovství. In *Sborník referátů k 16. celostátnímu kongresu k sexuální výchově v České republice*. Nová tiskárna Pelhřimov, spol. s r. o., 2008.
- 11 UZEL, Radim. 1992. *Jak neotěhotnět*. Praha : Scientia Medica, 1992. ISBN 80-85526-15-8.

- 12 TÄUBNER, Vladimír. 1996. *Metodika sexuální výchovy pro učitele, rodiče a studenty učitelství*. Praha : Fortuna, 1996. ISBN 80-7071-029-2.
- 13 JANIŠ, Kamil. 2006. *Sexuální výchova a škola* [online]. [cit. 2011-01-12]. Dostupné z WWW: [http://www.planovanirodiny.cz/storage/Sexualni\\_vychova\\_a\\_skola\\_janis.pdf](http://www.planovanirodiny.cz/storage/Sexualni_vychova_a_skola_janis.pdf)>.
- 14 SPOLEČNOST PRO PLÁNOVÁNÍ RODINY A SEXUÁLNÍ VÝCHOVU. 1997. *Charta sexuálních a reprodukčních práv IPPF* [online]. [cit. 2011-01-12]. Dostupné z WWW: <[http://www.planovanirodiny.cz/storage/Charta\\_sex\\_a\\_repr\\_prav\\_1997.pdf](http://www.planovanirodiny.cz/storage/Charta_sex_a_repr_prav_1997.pdf)>.
- 15 MARÁDOVÁ, Eva. 2006. *Rodinná a sexuální výchova v proměnách současné školy* [online]. [cit. 2011-01-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006062701>>.
- 16 RAŠKOVÁ, Miluše. 2006. *Sexuální výchova jako samostatná vědní disciplína* [online]. [cit. 2011-01-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cislocclanku=2006062702>>.
- 17 UNZEITIG, Vít. 2010. Ochrana reprodukčního zdraví mladistvých, In *Metodické doporučení MŠMT k výuce sexuální výchovy*. Praha : MŠMT, 2010.
- 18 LEIFER, Gloria. 2004. *Úvod po porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
- 19 BARTÁK, Alexandr. 2006. *Antikoncepce*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1351-9.
- 20 UZEL, Radim. 1999. *Antikoncepční kuchařka*. Praha : Grada, 1999. ISBN 80-7169-767-2.
- 21 FAIT, Tomáš. 2008. *Antikoncepce*. Praha : Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-172-1.
- 22 CENAP. 2010. *Antikoncepce* [online]. [cit. 2011-01-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.cenap.cz/antiko.php>>.
- 23 KOLEKTIV AUTORŮ. 2008. *Antikoncepce* [online]. [cit. 2011-01-07]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdravie.sk/sz/721/antikoncepcia.html>>.
- 24 ČEPICKÝ, Pavel.; KURZOVÁ, Hana. 2003. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0677-1.

- 25 LÍBALOVÁ, Zuzana. 2007. Antikoncepce. *Moderní gynekologie a porodnictví – Doporučené postupy v gynekologii a porodnictví*. roč. 16, č. 1, ISSN 1214-2093.
- 26 ČEPICKÝ, Pavel. 2004. Postupy lege artis při předpisu antikoncepce. *Moderní gynekologie a porodnictví – Postupy lege artis I*. roč. 13, č. 4. ISSN 1214-2093.
- 27 WHO, REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH. 2005. *Selected practice recommendations for contraceptive use*. WHO : Geneva, 2005. ISBN 92-4-156284-6.
- 28 JUŘENÍKOVÁ, Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
- 29 ROZSYPALOVÁ, Marie. 2004. Základy pedagogiky, In *Speciální psychologie*. Brno : NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-386-4.
- 30 KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
- 31 NĚMCOVÁ, J., MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
- 32 VOKURKA, M., HUGO, J. 2004. *Praktický slovník medicíny*. 7. rozšíř. vyd. Praha : Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-009-7.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Souhlas s provedením průzkumu	I
Příloha B – Dotazník vlastní konstrukce	IV
Příloha C – Antikoncepční metody	VII
Příloha D – Vývoj HIV infekce a AIDS v České republice	X

## Příloha A – Souhlas s provedením průzkumu

Souhlas s provedením průzkumu – Střední zdravotnická škola, Benešov

Střední zdravotnická škola,  
Máchova 400,  
256 01 Benešov

V Benešově dne 5.11.11

Věc: ŽÁDOST O POVOLENÍ PROVEDENÍ PRŮZKUMU

Vážená ředitelko,

žádám Vás o povolení provedení průzkumu v rámci mé bakalářské práce na téma :  
*Role porodní asistentky v edukaci žáků středních škol a odborných učilišť o antikoncepci.*  
Průzkum bude prováděn formou dotazníků pro žáky středních škol a odborných učilišť.  
Dotazníky bych chtěla rozdat žákům na Vaší škole. Dotazník je anonymní a takto získané informace budou sloužit pouze k účelům bakalářské práce.  
K žádosti přikládám dotazník vlastní konstrukce, který může být podle Vašich připomínek upraven.

Jsem studentkou třetího ročníku studijní program Ošetrovatelství, obor Porodní asistentka na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

Děkuji za kladné vyřízení

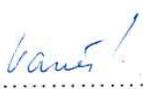
Barbora Smolová  
Vnoučkova 2007  
256 01 Benešov  
Tel: 734474221  
e-mail: b.smolova@gmail.com

Souhlasím s provedením průzkumu na Střední zdravotnické škole v Benešově.

Střední zdravotnická škola, Benešov, Máchova 400

Máchova 400, 256 00 Benešov

IČ: 000 00 737

  
.....  
podpis ředitele a razítko ústavu

Souhlas s provedením průzkumu – Vyšší odborná a Střední zemědělská škola, Benešov

VOŠ a Střední zemědělská škola Benešov,  
Mendlova 131,  
256 01 Benešov

V Benešově dne 5. 11.

Věc: ŽÁDOST O POVOLENÍ PROVEDENÍ PRŮZKUMU

Vážená ředitelko,

žádám Vás o povolení provedení průzkumu v rámci mé bakalářské práce na téma :  
*Role porodní asistentky v edukaci žáků středních škol a odborných učilišť o antikoncepci.*  
Průzkum bude prováděn formou dotazníků pro žáky středních škol a odborných učilišť.  
Dotazníky bych chtěla rozdat žákům na Vaší škole. Jsou zcela anonymní a takto získané informace budou sloužit pouze k účelům bakalářské práce.  
K žádosti přikládám dotazník vlastní konstrukce, který může být podle Vašich připomínek upraven.

Jsem studentkou třetího ročníku studijní program Ošetřovatelství, obor Porodní asistentka na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

Děkuji za kladné vyřízení

Barbora Smolová  
Vnoučkova 2007  
256 01 Benešov  
Tel: 734474221  
e-mail: b.smolova@gmail.com

Souhlasím s provedením průzkumu na VOŠ a SZeŠ v Benešově.

VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA  
a STŘEDNÍ ZEMĚDĚLSKÁ ŠKOLA  
256 01 Benešov, Mendlova 131  
2  
.....  
podpis ředitele a razítko ústavu

Souhlas s provedením průzkumu – Obchodní akademie, Vlašim

Obchodní akademie Vlašim,  
V Sadě 1565,  
258 01 Vlašim

Ve Vlašimi dne 11. 1. 11

Věc: ŽÁDOST O POVOLENÍ PROVEDENÍ PRŮZKUMU

Vážená ředitelko,

žádám Vás o povolení provedení průzkumu v rámci mé bakalářské práce na téma :  
*Role porodní asistentky v edukaci žáků středních škol a odborných učilišť o antikoncepci.*  
Průzkum bude prováděn formou dotazníků pro žáky středních škol a odborných učilišť.  
Dotazníky bych chtěla rozdat žákům na Vaší škole. Jsou zcela anonymní a takto získané  
informace budou sloužit pouze k účelům bakalářské práce.  
K žádosti přikládám dotazník vlastní konstrukce, který může být podle Vašich připomínek  
upraven.

Jsem studentkou třetího ročníku studijní program Ošetřovatelství, obor Porodní asistentka na  
Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

Děkuji za kladné vyřízení

Barbora Smolová  
Vnoučkova 2007  
256 01 Benešov  
Tel: 734474221  
e-mail: b.smolova@gmail.com

Souhlasím s provedením průzkumu na Obchodní akademii ve Vlašimi.

OBCHODNÍ AKADEMIE,  
VLAŠIM, V SADĚ 1565  
PSČ 258 01, e-mail: info@vlasimnoa.cz  
Tel.: 317 847 026 Fax: 317 847 328  
IČ: 67664837 DIČ: 022-67664837

.....  
podpis ředitele a razítko ústavu

## Příloha B – Dotazník vlastní konstrukce

Dobrý den,

jmenuji se Barbora Smolová. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Porodní asistentka na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s. v Praze. Ráda bych Vás požádala o spolupráci při tvorbě mé závěrečné práce na téma „Role porodní asistentky v edukaci žáků středních škol a odborných učilišť o antikoncepci“. Práce je formou průzkumu a proto před Vámi v tuto chvíli leží můj dotazník. Je zcela anonymní a bude použit pouze pro vyhodnocení průzkumu. V každé otázce vyberte prosím jen jednu možnost. Předem děkuji za jeho pravdivé vyplnění.

1. Uveďte svůj věk: .....
2. Uveďte název školy, kterou navštěvujete: .....
3. Máte v současné době stálou partnerku?
  - a ano, déle než tři měsíce
  - b ano, méně než 3 měsíce
  - c ne
4. Kdy jste měl první pohlavní styk?
  - a před patnáctým rokem
  - b 15 – 16 let
  - c 17 – 18 let
  - d 19 let a více
  - e ještě jsem pohlavní styk neměl (pokračujte otázkou č. 7)
5. Kolik sexuálních partnerek jste doposud měl?
  - a 1
  - b 2 – 3
  - c 4 a více
6. Zajímáte se, zda Vaše sexuální partnerky užívají nějaký druh antikoncepce?
  - a ano, zajímám se
  - b ne, nezajímám se
  - c jen občas
7. Na koho byste se jako prvního obrátil v případě jakéhokoliv intimního problému?
  - a na přátele/sourozence
  - b na rodiče
  - c vyhledal bych odbornou pomoc
  - d jiné (uveďte) .....
8. Jste podle Vašeho názoru dostatečně informován o možnostech antikoncepce?
  - a ano
  - b ne (uveďte proč) .....

9. Nejvíce informací o antikoncepci jste získal
- prostřednictvím internetu
  - ve školní výuce/z odborných přednášek (například porodní asistentkou)
  - od přátel
  - od rodičů
  - jiné (uveďte) .....
10. Zúčastnil jste se někdy na škole odborné přednášky na téma antikoncepce?
- ano, poprvé na ZŠ
  - ano, poprvé na SŠ/učilišti
  - ne
- Pokud ne, z jakého důvodu?
- vůbec nebyla uskutečněna
  - byla, ale nebyl jsem přítomen ve škole
  - byla, ale odmítl jsem se jí zúčastnit
  - jiné (uveďte) .....
11. Kolika přednášek na téma antikoncepce/partnerských vztahů/sexu/pohlavně přenosných chorob jste se doposavad zúčastnil?
- žádné
  - 1
  - 2
  - 3 a více
12. Jaký je Váš názor na odborné přednášky/sexuální výchovu ve škole?
- schvaluji je, problematika mně zajímá
  - schvaluji je, ale osobně se jich nerad účastním (uveďte proč) .....
  - neschvaluji je (uveďte proč) .....
  - nevím
13. Mělo by se podle Vašeho názoru ve škole (na vaší i na ZŠ) věnovat více času otázce antikoncepce/sexuální výchovy?
- ano
  - ne
  - nevím
14. Použili jste při prvním pohlavním styku nějakou antikoncepční metodu?
- ano, prezervativ
  - ano, použili jsme jinou antikoncepční metodu (uveďte) .....
  - ne, nepoužili jsme žádnou ochranu (na další otázku neodpovídejte)
15. Co Vás nejvíce iniciovalo k použití antikoncepce při prvním pohlavním styku?
- přednáška – jako prevence otěhotnění
  - přednáška – strach ze sexuálně přenosných chorob
  - jiné (uveďte) .....

Děkuji Vám za spolupráci!

## Příloha C – Antikoncepční metody

### Antikoncepční metody – femidom



Zdroj: osobní archiv, B. Smolová, 2007.

### Antikoncepční metody – pesar, diafragma



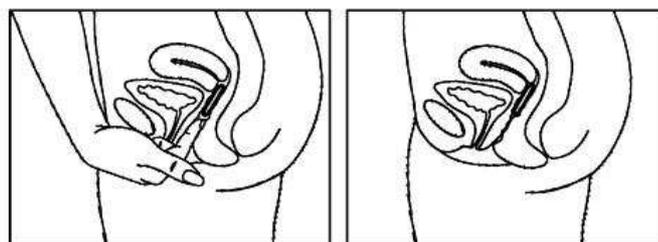
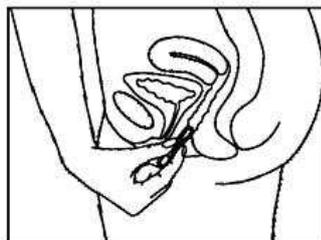
Zdroj: osobní archiv, B. Smolová, 2007.

## Antikoncepční metody – zavedené nitroděložní tělísko



Zdroj: osobní archiv, B. Smolová, 2007.

## Antikoncepční metody – zavedení vaginálního kroužku



Figures 3a, 3b, and 3c. Inserting NuvaRing®.

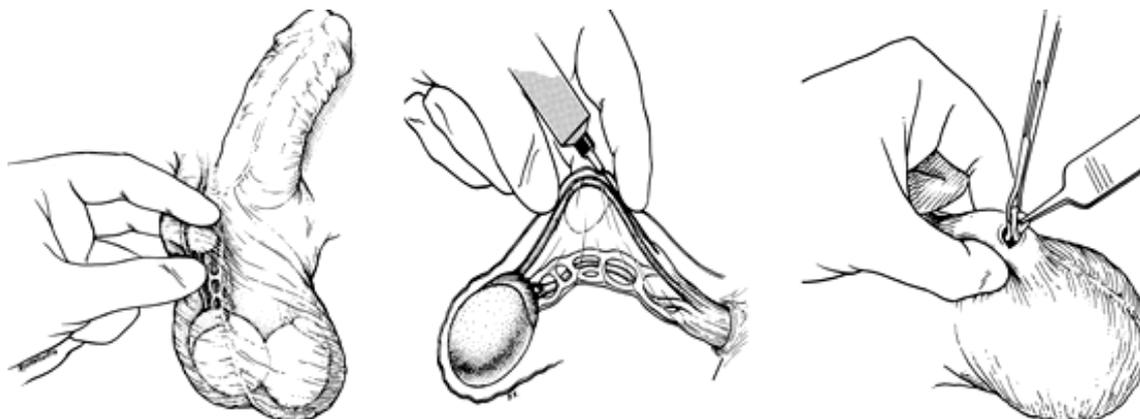
Zdroj: Organon. 2004. *NuvaRing* [online]. [cit. 2011-03-23]. Dostupné z WWW: <[http://www.theodora.com/drugs/nuvaring\\_organon\\_usa.html](http://www.theodora.com/drugs/nuvaring_organon_usa.html)>.

## Antikoncepční metody – gestagenní implantát



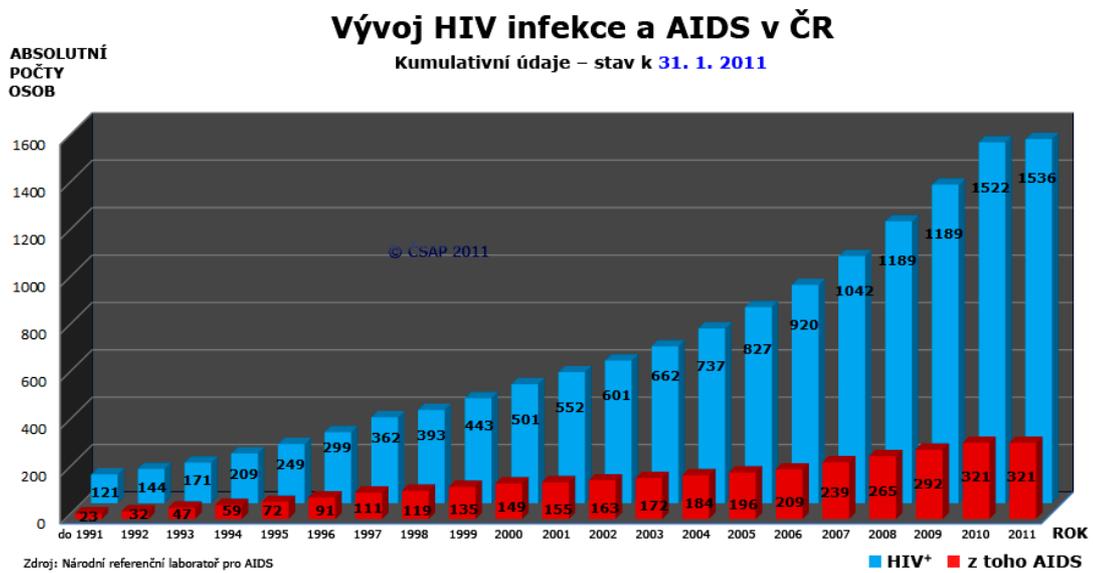
Zdroj: osobní archiv, B. Smolová, 2007.

## Antikoncepční metody – vasktomie



Zdroj: MUÑIZ, Juan Manuel Mendoza. *Vasectomía* [online]. [cit. 2011-03-23]. Dostupné z WWW: <<http://www.urologosespecializados.com/page3.html>>.

## Příloha D – Vývoj HIV infekce a AIDS v České republice



Zdroj: ČSAP, *Vývoj HIV a AIDS v Česku v letech 1986 – 2011* [online]. [cit. 2011-03-23]. Dostupné z WWW: <[http://aids-pomoc.cz/info\\_statistiky.htm](http://aids-pomoc.cz/info_statistiky.htm)>.