

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**ANTIKONCEPCE Z POHLEDU PORODNÍ  
ASISTENTKY**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**EVA HEJNALOVÁ**

**Praha 2019**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O. P. S., PRAHA 5**

**ANTI-KONCEPCE Z POHLEDU PORODNÍ  
ASISTENTKY**

Bakalářská práce

EVA HEJNALOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

Praha 2019



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

HEJNALOVÁ Eva

3APA

### Schválení tématu bakalářské práce

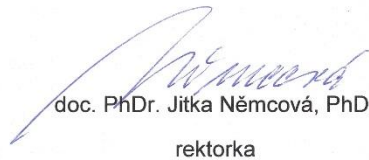
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Metody antikoncepce z pohledu porodní asistentky

*Methods of Contraception from the Midwife's Perspective*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2018



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

*Eva Hejnalová*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování PhDr. Ivaně Jahodové, PhD., za vedení mé bakalářské práce, její čas a trpělivost, které mi věnovala. Rovněž bych chtěla poděkovat MUDr. Janu Mlsovi za poskytnutí podnětných odborných rad, připomínek a námětů.

## ABSTRAKT

HEJNALOVÁ, Eva. *Antikoncepce z pohledu porodní asistentky*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Praha. 2019. 50 s.

Tématem bakalářské práce je antikoncepce z pohledu porodní asistentky. Teoretická část pojednává o většině dostupných antikoncepčních metod, popisuje je, uvádí jejich výhody, nevýhody a rizika. Dále porovnává metody z hlediska účinnosti a v některých případech vhodnosti pro určitou skupinu uživatelů. Porodní asistentka by měla být způsobilá k poskytnutí rad v oblasti plánovaného rodičovství. Cílem teoretické části je vyhledání informací na vybrané téma a vypracování uceleného přehledu.

Empirickou část bakalářské práce představuje kvantitativní průzkum v dotazníkové formě. Cílem tohoto šetření je zjistit míru informovanosti žen ve věku 15–35 let o antikoncepčních metodách. Rovněž také zjišťuje, které metody kontracepce jsou nejvíce používány respondentkami.

Výsledky ukazují, že znalost problematiky je na poměrně dobré úrovni, ale je důležité zvýšit informovanost především u mladých žen ve věku 15–20 let.

Klíčová slova

Antikoncepce. Kontracepce. Plánované rodičovství. Porodní asistentka.

## **ABSTRACT**

HEJNALOVÁ, Eva. *Methods of Contraception from the Midwife's Perspective*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Prague. 2019. 50 pages.

The topic of this bachelor thesis is the contraception from the midwife's perspective. The theoretical part deals with the most of contraceptive methods, describes them, introduces their advantages, disadvantages and risks connected to them. Furthermore, it compares the different methods from the perspective of their efficiency and, in several cases, also suitability for certain groups of users. a midwife should be able to advise on planned parenthood. The aim of the theoretical part of this thesis is to find and summarize information on the selected topic.

The empirical part of the bachelor thesis consists of quantitative survey in questionnaire form. The aim of this survey is to determine the level of contraceptive methods awareness among women between 15 and 35 years. It also determines what kinds of contraceptive methods are the most used by the respondents.

The results show the knowledge of contraceptive methods is relatively good, but it is important to increase the awareness level especially among young women between 15 and 20 years.

Key words

Contraception. Midwife. Planned parenthood.

# OBSAH

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD .....	11
1 OBECNÉ INFORMACE O KONTRACEPCI .....	13
2 PŘIROZENÉ METODY .....	15
2.1 PŘERUŠOVANÁ SOULOŽ .....	15
2.2 KOJENÍ.....	15
2.3 PERIODICKÁ ABSTINENCE.....	16
2.3.1 METODA KALENDÁŘOVÁ (OGINO-KNAUSOVA) .....	16
2.3.2 METODA TEPLTNÍ.....	17
2.3.3 METODA HLENOVÁ .....	17
2.3.4 METODA CERVIKÁLNÍ.....	18
2.3.5 METODA SYMPTOTERMÁLNÍ.....	18
2.3.6 METODA KRYSTALIZACE SLIN .....	18
2.3.7 ANTIKONCEPČNÍ POČÍTAČ .....	19
2.4 KOITÁLNÍ ABSTINENCE A NONKOITÁLNÍ TECHNIKY .....	19
3 BARIÉROVÉ METODY .....	20
3.1 MECHANICKÉ BARIÉROVÉ METODY .....	20
3.1.1 PREZERVATIV.....	20
3.1.2 FEMIDOM .....	22
3.1.3 VAGINÁLNÍ PESAR .....	22
3.1.4 CERVIKÁLNÍ PESAR.....	23



3.1.5 VAGINÁLNÍ HUBKA.....	23
3.2 CHEMICKÉ BARIÉROVÉ METODY.....	23
4 NITRODĚLOŽNÍ ANTIKONCEPCE.....	25
5 GESTAGENNÍ ANTIKONCEPCE .....	27
5.1 DEPOTNÍ INJEKCE .....	28
5.2 PODKOŽNÍ IMPLANTÁT.....	28
5.3 PERORÁLNÍ TABLETY .....	28
6 KOMBINOVANÁ HORMONÁLNÍ ANTI-KONCEPCE .....	30
7 POSTKOITÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....	33
8 OSTATNÍ METODY .....	35
8.1 STERILIZACE.....	35
8.2 MUŽSKÁ ANTIKONCEPCE.....	35
9 POPIS PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
9.1 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU.....	40
9.2 TEST NEZÁVISLOSTI CHÍ KVADRÁT A PEARSONŮV KOEFIČIENT.....	52
9.3 INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU.....	54
10 DISKUZE .....	57
11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	59
ZÁVĚR.....	60
SEZNAM LITERATURY	
PŘÍLOHY	

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Graf 1 Věkové rozložení .....	40
Graf 2 Antikoncepční metody při prvním pohlavním styku .....	41
Graf 3 Znalost druhů antikoncepce .....	42
Graf 4 Používaná antikoncepce.....	43
Graf 5 Ovlivnění výběru antikoncepční metody.....	44
Graf 6 Dostatečné informace od gynekologa.....	46
Graf 7 Antikoncepční metoda před hormonální antikoncepcí .....	47
Graf 8 Nežádoucí účinky HA.....	48
Graf 9 Vyšetření krevní srážlivosti .....	49
Graf 10 Postkoitální antikoncepce .....	50
Graf 11 Ochrana před STD .....	51
Graf 12 Informovanost o antikoncepci .....	52
Graf 13 Zobrazení závislosti .....	54
Tabulka 1 Skutečné četnosti .....	53
Tabulka 2 Očekávané četnosti .....	53

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

androgeny – mužské pohlavní hormony

compliance - dodržování předepsaného léčebného režimu či jiné intervence

depotní – formy léku, které se podají do určitého místa a odtud se pomalu uvolňují

dysmenorea – bolestivá menstruace

hypermenorea - silné menstruační krvácení s odchodem krevních sraženin

inhibice - potlačení, útlum, zabránění

ireverzibilní – nezvratný

menoragie - prodloužené silné menstruační krvácení

retrográdní – směřující zpět

ulcerózní - charakterizovaný přítomností vředů

(VOKURKA, M. a J. HUGO, 2015)

# ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá mírou informovanosti žen o různých možnostech kontracepčních metod. V současné době existuje velké množství možností, jak se chránit před nechtěným početím. Benefitem některých z těchto metod je i snížené riziko přenosu různých sexuálně přenosných chorob.

Cílem této bakalářské práce je vytvořit přehled různých metod kontracepce, především nejčastěji užívaných a u nás dostupných a dále poukázat na rizika jejich užívání a případné zdravotní benefity. Chtěli bychom vyhodnotit vhodnost zvolené metody pro danou skupinu žen a také informovat, zda metoda poskytuje ochranu proti sexuálně přenosným chorobám. V neposlední řadě porovnáme spolehlivost těchto kontracepčních metod. Tyto cíle obsahuje první, teoretická část práce.

Cílem praktické části je zjistit informovanost žen o formách antikoncepce a jejich povědomí o výhodách a rizicích spojených s jejich užíváním a dále zjistit, které antikoncepční metody jsou ženami nejvíce preferovány.

Myslíme si, že jde o téma aktuální, o kterém by ženy v produktivním věku měly mít větší povědomí. Cílem této práce je zjistit, zda právě tyto ženy informace o dostupných metodách mají, jaké metody využívají a zda používají takové metody, které jsou pro ně nejvhodnější.

## **Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:**

**Cíl 1:** Vyhledat a nastudovat dostupné materiály o antikoncepci.

**Cíl 2:** Vypracovat přehlednou práci na zvolené téma.

## **Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:**

**Cíl 1:** Zjistit informovanost žen v oblasti antikoncepčních metod.

**Cíl 2:** Zjistit, které antikoncepční metody jsou nejvíce preferovány.

## **Vstupní literatura**

ČEPICKÝ, P. a M. FANTA, 2011. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Levret. ISBN 978-80-87070-51-2.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 5. dopl. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-88249-02-3.

ROB, L., A. MARTAN, K. CITTERBART a kol., 2012. *Gynekologie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.

### **Popis rešeršní strategie**

Pro bakalářskou práci byla vyhledána odborná literatura v časovém rozmezí 2009-2018. Pro rešerši v Národní lékařské knihovně byla stanovena klíčová slova: antikoncepce, kontracepce, plánované rodičovství, antikoncepce bariérová, hormonální antikoncepce, přirozená antikoncepce, postkoitální antikoncepce, mužská antikoncepce, sterilizace. Základní prameny pro vyhledávání byly: Bibliographia medica Čechoslovaca, Katalogy knihoven systému Medvik a Medline. Vyhledávání bylo zadáno v českém a anglickém jazyce. Celkem bylo nalezeno 79 zdrojů, z toho 4 absolventské práce, 12 knih a 63 článků. Z těchto zdrojů bylo v bakalářské práci použito 16 zdrojů. Ostatní zdroje nebyly použity vzhledem k jejich nedostupnosti, nesrozumitelnosti nebo duplicitě informací. Dále jsme si sami vyhledali 10 zdrojů. Tyto zdroje byly z většiny internetové.

Při tvorbě práce bylo celkem použito 26 zdrojů.

# 1 OBECNÉ INFORMACE O KONTRACEPCI

Na rozdíl od ostatních živočišných druhů si je člověk vědom přímé souvislosti mezi pohlavním stykem a početím, a proto je schopen regulovat svou reprodukci. Důkazy o prvních snahách o tuto regulaci jsou známé již od roku 2000 př. n. l. Do dnešních dob kontracepce došla mnohých změn a velkého pokroku, který pokračuje i nadále. Všeobecně antikoncepce pomáhá v plánování rodičovství a díky ní mohou lidé ovlivnit dobu, kdy dojde k početí jejich potomka, nebo početí naopak zcela zamezit. Toto rozhodnutí je, alespoň v moderních zemích, zcela na rozhodnutí daného jedince, stejně jako volba konkrétní metody kontracepce. Zároveň je antikoncepce prevencí nechtěného těhotenství a tudíž i umělého ukončení těhotenství. V dnešní době existuje tak velké množství možností kontracepce, že není problémem zvolit takový typ, který individuálně vyhovuje danému jedinci.

Vzhledem k tomu, že možnosti mužské antikoncepce jsou výrazně omezené, v praxi závisí rozhodnutí o výběru kontracepční metody především na ženě. S výběrem vhodné metody by jí měl pomoci hlavně její gynekolog. V dnešní moderní době jsou také velmi dobře dostupné informace o možnostech kontracepce a tak se žena může informovat i z jiných zdrojů a sama se rozhodnout, jakou formu zvolí. Rada ošetřujícího lékaře by však stále měla hrát hlavní roli a to i z toho důvodu, že některé formy antikoncepce jsou vydávány pouze na lékařský předpis, vyžadují předchozí vyšetření před svým nasazením a průběžnou kontrolu ze stran lékaře.

Při volbě kontracepční metody je třeba na prvním místě zvážit všeobecný zdravotní stav uživatelky, její rodinnou a osobní anamnézu (především výskyt ischemické choroby srdeční, hluboké žilní trombózy a nádorových onemocnění), současný gynekologický a fyzický stav, věk, přítomnost užívání návykových nebo omamných látek a výživový stav. Dále je třeba zohlednit životní styl uživatelky (např. compliance nebo náboženské vyznání), reprodukční plány a její vlastní přání (NOVOTNÁ, 2011).

Antikoncepční metody se dělí do několika kategorií. Základně se dělí na metody vratné (po ukončení užívání je zachována plodnost) a nevratné (plodnost není zachována), popřípadě dalším dělením na metody ženské a mužské, podle toho, kterému pohlaví je metoda určena. V této práci jsou metody rozděleny podle mechanismu účinku (ŠULOVÁ, FAIT a WEISS, c2011).

Jedním z důležitých parametrů volby antikoncepce je tzv. Pearl index, který matematicky vyjadřuje, u kolika žen ze 100 za rok dojde k neplánovanému těhotenství při použití dané metody. Výpočet je jednoduchý, celkový počet neplánovaných těhotenství se vydělí celkovým počtem měsíců užívání, výsledek se vynásobí 12 a poté ještě 100. Při tomto výpočtu je minimální hodnota výsledku 0 a maximální 1200. Výpočet Pearl indexu je jednoduchý a srozumitelný, a proto je dodnes používán jako měřítko spolehlivosti u všech metod kontracepce (NOVOTNÁ, 2011).

## 2 PŘIROZENÉ METODY

Přirozené metody antikoncepce se zakládají na plodném a neplodném období ženy. Mezi tyto metody antikoncepce řadíme přerušovanou soulož, kojení, periodickou abstinenci, koitální abstinenci a nonkoitální techniky (ČEPICKÝ, FANTA, 2011).

### 2.1 PŘERUŠOVANÁ SOULOŽ

Metoda přerušované soulože neboli coitus interruptus spočívá v přerušení soulože ještě před dovršením mužského orgasmu, kdy ejakulace proběhne mimo pochvu. Tato metoda je v České republice hojně užívaná, avšak poměrně nespolehlivá. Výron preejakulační tekutiny obsahující spermie muž nijak neovlivní a může dojít k oplodnění.

Přerušovaná soulož má několik příbuzných metod. První je tzv. coitus reservatus, při kterém nedojde k ejakulaci, protože je mužem (nebo farmakologicky) potlačena. Koitus pár ukončí po vyvrcholení ženy. Další příbuznou technikou je tzv. coitus saxonicus, jehož principem je stisknutí penisu u jeho kořene těsně před ejakulací, čímž se zapříčiní uzavření močové trubice. Ejakulace je tak retrográdní. Ani jedna z těchto technik není příliš spolehlivá a navíc vyžadují velkou míru sebeovládání a předchozí nácvik (ČEPICKÝ, FANTA, 2011).

Pearlův index se pohybuje zhruba mezi 15 a 20 (FAIT, c2012). Přerušovaná soulož vyžaduje velké sebeovládání ze strany muže a dodržování několika zásad – po souloži by se muž měl vymočít a umýt, zvláště v případě dalšího plánovaného pohlavního styku. Právě vzhledem k nutnosti vysokého stupně sebeovládání muže tato metoda není vhodná pro páry mladistvých a pro páry, které se navzájem dobře neznají a nejsou schopné předvídat svoje reakce. Metoda přerušovaného styku také není použitelná pro muže, kteří trpí předčasnou ejakulací.

Jako další negativum metody musíme uvést, že žádným způsobem nechrání před sexuálně přenosnými chorobami. Doporučit by se dala pouze v případě, že například z náboženských důvodů není možnost použití jiné kontracepční metody.

### 2.2 KOJENÍ

Kojení představuje přirozenou antikoncepční metodu, která spočívá v přítomnosti laktační amenorey. Laktační amenorea může u žen po porodu trvat až 4 roky, pokud je zachována vysoká frekvence kojení, a je způsobená hormonem prolaktinem, který je do



organismu ženy vyplavován během kojení. Zároveň pravděpodobně dochází k poklesu gonadoliberinu a hladiny luteinizačního hormonu. Případné menstruační cykly jsou anovulační.

K dosažení spolehlivosti metody je potřeba, aby dítě bylo kojeno přes den v maximálně čtyřhodinových intervalech a v noci by interval mezi kojením neměl přesáhnout 6 hodin. V praxi je kojení jako antikoncepční metoda spolehlivé pouze do 6 měsíců po porodu, během nichž nedojde k žádnému krvácení menstruačního charakteru (ČEPICKÝ, FANTA, 2011).

Pearlův index dosahuje hodnot 2 až 4 (FAIT, c2012). Výhodou je rozhodně dostupnost, dále pokles rizika karcinomu prsu a lepší úprava hmotnosti ženy vzhledem k hmotnosti před těhotenstvím. Mezi hlavní nevýhody ovšem patří relativně krátká doba spolehlivosti metody a nutnost častého kojení. Kojení se dá velmi dobře kombinovat s jinými přirozenými metodami, například teplotní a hlenovou metodou. Tato kombinace spolehlivost metody zvyšuje.

## **2.3 PERIODICKÁ ABSTINENCE**

Metoda periodické abstinence vychází z plodných a neplodných dnů menstruačního cyklu. Při běžném menstruačním cyklu dozrává jedno vajíčko, které může být oplodněno pouze po dobu 24 hodin. Doba přežití spermií v ženském pohlavním ústrojí je 2-3 dny. Pokud se žena v době plodných dnů vyhne pohlavnímu styku, neměla by otěhotnět. Pro rozpoznání plodných dnů existuje několik metod. (ČEPICKÝ, FANTA, 2011)

### **2.3.1 METODA KALENDÁŘOVÁ (OGINO-KNAUSOVA)**

V této metodě používáme jednoduché počty, metoda však není příliš spolehlivá. Pearlův index se pohybuje mezi 14 a 35. Ke správnému výsledku potřebujeme mít přehled o všech menstruačních cyklech za poslední rok. Poté od počtu dní nejkratšího cyklu odečteme 18, výsledek je prvním plodným dnem. Od nejdelšího cyklu odečteme 11, výsledek je posledním plodným dnem (FAIT, c2012).

Příklad: za poslední rok nejkratší cyklus trval 26 dní a nejdelší 32 dní.  $26 - 18 = 8$  a  $32 - 11 = 21$ . z toho vyplývá, že 1.–8. den a 21.–32. den cyklu jsou neplodné a 8.–21. den cyklu jsou dny plodné (ČEPICKÝ, FANTA, 2011). Faktem bohužel je, že podle tohoto výpočtu se za plodné dny dá považovat poměrně dlouhé období a pokud se k tomu

připočítají ještě dny, kdy se dostaví menstruační krvácení, je vhodná doba pro pohlavní styk značně omezená. Tuto skutečnost tak mnoho párů považuje za jasnou překážku v používání.

### **2.3.2 METODA TEPLOTNÍ**

Teplotní metoda je založená na pravidelném měření bazální teploty. Měří se teploměrem v pochvě, konečniku či pod jazykem. Žena by se měla změřit ráno po probuzení, ještě než vstane z postele. Pro přesné měření je potřeba se měřit v přibližně stejnou ranní dobu, ideálně ještě před šestou hodinou ranní, stejným teploměrem, na stejném místě a předtím, než žena vstane z postele. Vzhledem k těmto pravidlům je teplotní metoda nepoužitelná pro ženy, které chodí do zaměstnání, ve kterém se pracuje ve směnném provozu, protože nejsou schopny dodržet denní harmonogram měření teploty. Také je potřeba každý den dodržovat přibližně stejnou životosprávu a to hlavně dobu nočního spánku.

Během ovulace se bazální teplota zvýší o 0,4–0,6 °C a v těchto hodnotách se drží až do konce menstruačního cyklu. Neplodné dny očekáváme třetí den po zvýšení teploty. Pro úspěšnost metody je potřeba především správně rozpoznat první den vzestupu bazální teploty.

„Zde platí tzv. Holtovo pravidlo, které říká, že k potvrzení vzestupu bazální tělesné teploty potřebujeme tři vyšší měření nad linií, kterou stanovíme z šesti předchozích platných nižších měření“ (LÁZNIČKOVÁ, 2011).

V případě zvládnutí metody se Perlův index pohybuje ve velmi příznivých hodnotách 1-3 (FAIT, c2012).

### **2.3.3 METODA HLENOVÁ**

Tato metoda je založená na pozorování hlenu přítomného v pochvě, především jeho množství a typu. Kvůli hladině estrogenů a progesteronu v jednotlivých částech cyklu se charakter hlenu mění. Pokud je hladina estrogenů vyšší, je hlen tekutější, hojnější a více tažný. Se začátkem vylučování progesteronu je hlen naopak hustější a méně hojný.

Na začátku cyklu po skončení menstruace je hlen velmi hustý a tvoří hlenovou zátku v oblasti děložního hrdla a v oblasti zevních rodidel není patrný. S nástupem ovulace se hlen stane řidším a tažným a je pozorovatelný na zevních rodidlech. Při prvních známkách pocitu vlhka začíná plodné období. Během plodného období také

nastane tzv. vrchol hľenu. Tímto termínem označujeme den, kdy se změní charakter hľenu, tedy stane se hustějším a lepkavým. Ještě tři dny po vrcholu hľenu trvá plodné období. Hodnocení kvality hľenu si žena zaznamenává do tabulky pomocí speciálních značek, aby se mohla lépe orientovat (LÁZNIČKOVÁ, 2011).

### **2.3.4 METODA CERVIKÁLNÍ**

Hladina hormonů v těle ženy kromě teploty a hľenu ovlivňuje také polohu, konzistenci a otevřenost děložního hrdla. Během plodných dnů ženy se děložní čípek stává měkčím, pootevře se a posune směrem vzhůru. Tento jev napomáhá spermii dostat se k vajíčku. Jakmile je čípek tři dny tuhý, nízko umístěný a neprostupný, nastává období neplodných dnů. Samovyšetření čípku se doporučuje jako doplňující metoda k metodě symptotermální, samostatně příliš spolehlivé není a nelze ho tedy doporučit jako samostatnou spolehlivou metodu přirozené antikoncepce (LÁZNIČKOVÁ, 2011).

### **2.3.5 METODA SYMPTOTERMÁLNÍ**

Symptotermální metoda je z přirozených způsobů kontracepce nejvíce doporučovaná. Jejím principem je kombinace dvou metod přirozené kontracepce, nejčastěji hľenové a teplotní metody. Pozorované údaje se zaznamenávají do speciální tabulky, která obsahuje dostatek prostoru pro zápis informací o délce cyklu, bazální teplotě a charakteru hľenu. Pearlův index je u této kombinované metody až 0,2 (FAIT, c2012).

Stejně jako ostatní metody přirozeného plánování rodičovství i symptotermální metoda vyžaduje vysoký stupeň sebezpozorování a pečlivost uživatelky. Také je pro spolehlivost metody nutné dodržovat každý den přibližně stejnou životosprávu, protože pozorované i měřené hodnoty jsou snadno ovlivnitelné nemocí, špatným spánkem, stresem, změnou prostředí nebo konzumací alkoholu. Z těchto důvodů je ideální uživatelkou přirozené antikoncepce inteligentní a pečlivá žena, která (například z náboženských důvodů) nemůže nebo nechce používat jinou metodu kontracepce (LÁZNIČKOVÁ, 2011).

### **2.3.6 METODA KRYSTALIZACE SLIN**

Míra estrogeneru a progesteronu v organismu ženy by měla ovlivňovat způsob krystalizace jejích slin. V době ovulace a plodných dnů by zaschlé sliny měly vytvářet struktury podobné listům kapradí. Tento jev se nazývá arborizace a k jeho pozorování se

používají antikoncepční lupy. Ze zřejmých důvodů (například ovlivnění krystalizace chemickými látkami ve slinách) však metoda není příliš spolehlivá a lze ji doporučit pouze jako doplňující metodu k symptotermální metodě.

### **2.3.7 ANTIKONCEPČNÍ POČÍTAČ**

K určení plodných a neplodných dnů je k dispozici i speciální počítač. Tento počítač stanoví plodné a neplodné dny pomocí odečtu teploty pod jazykem, která se musí měřit každý den ve stejnou denní dobu. Vychází tedy z teplotní metody. Je to malý a skladný přístroj, jehož pořizovací cena se však pohybuje okolo 13 tisíc Kč. Pořizovací cena záleží na typu zařízení, jakým vybavením disponuje. Některé modely zobrazují pouze hodnotu naměřené teploty, jiné znázorní plodné a neplodné dny a předpoví konkrétní dobu ovulace. Nejvyšší model pomůže naplánovat nejvhodnější čas k početí dítěte, upozorní na možné těhotenství a vypočítá datum početí a porodu (NATURCOMP, 2019).

Dále je v současné době potřeba zmínit i existenci mnoha aplikací pro chytré mobilní telefony, které ve většině případů fungují na principu Ogino-Knausově kalendářní metody. Je však potřeba si princip fungování aplikace důkladně ověřit.

## **2.4 KOITÁLNÍ ABSTINENCE A NONKOITÁLNÍ TECHNIKY**

Naprosté zdržení se vaginálního styku také představuje jednu z metod přirozené antikoncepce. Metoda může být používána krátkodobě k překlenutí určitého období nebo dlouhodobě. Sexuální abstinence nemá žádné zdravotní kontraindikace a její výhodou je spolehlivá ochrana před sexuálně přenosnými chorobami.

Mezi úplnou sexuální abstinencí a klasickým pohlavním stykem stojí nonkoitální techniky, které se svým způsobem dají považovat za metodu antikoncepce. Patří mezi ně tzv. petting, který spočívá v mazlení a hlazení se navzájem a také orálně-genitální praktiky.

Jako metoda antikoncepce jsou nonkoitální techniky poměrně spolehlivé, pokud nedojde například k ejakulaci na vnější rodidla, čímž by se pravděpodobnost otěhotnění radikálně zvýšila. Riziko přenosu pohlavních chorob je nižší než u klasické soulože, ovšem není nulové.

## **3 BARIÉROVÉ METODY**

Bariérové antikoncepční metody se základně dělí na mechanické a chemické. Mezi mechanické řadíme prezervativ, femidom, vaginální pesar, cervikální pesar a vaginální hubku. Chemické metody spočívají v použití látek se spermicidním účinkem.

### **3.1 MECHANICKÉ BARIÉROVÉ METODY**

Mechanické bariérové metody se dále dělí na mužské a ženské. Mezi mužské patří pouze prezervativ neboli kondom. Ženské metody poskytují daleko větší množství možností, ale zdaleka se netěší takové oblibě jako mužský kondom.

#### **3.1.1 PREZERVATIV**

Historie prezervativu neboli kondomu sahá až do hluboké minulosti. Nejdříve se používalo plátno, poté zvířecí střeva či rybí měchýře. Pryžový prezervativ, v podobě, jaké je znám dnes, se začal běžně užívat v 70. letech 19. století (ČEPICKÝ, FANTA, 2011). Od té doby se však hodně změnil a zmodernizoval. V dnešní době je na trhu dostupný v různých variantách. Výrobky se liší barvou, materiálem, velikostí, hustotou materiálu, příchutí nebo zvláštní povrchovou úpravou, jako je například vroubkování. Je k dostání od mnoha značek v různě velkých baleních. Běžně se prodává v lékárnách, ve speciálních automatech, ale i v běžných supermarketech, čímž odpadá pro někoho trapné objednávání u pultu v lékárně. Nákup není ničím omezený a prezervativ si tedy může zakoupit kdokoli. v případě nouze jsou kondomy zdarma k dostání v HIV (Human Immunodeficiency Virus - virus lidské imunitní nedostatečnosti) centrech.

Principem této antikoncepční metody je, že prezervativ tvoří mechanickou bariéru, která zabraňuje průniku spermií do rodidel ženy (WEISOVÁ, 2014). Prezervativ má podobu gumového návleku na penis, na jehož konci je zpravidla tzv. rezervoár, který slouží k zachycení ejakulátu.

Prezervativ je jednou z nejpoužívanějších možností antikoncepce, protože je snadno dostupný a jeho nespornou výhodou je, že skoro jako jediný poskytuje určitý stupeň ochrany před většinou sexuálně přenosných chorob (STD). Přesto však před těmito chorobami neposkytuje 100% ochranu. Kondom poskytuje výraznou ochranu před STD, které se přenášejí poševním sekretem, spermatem, krví nebo jinými tělesnými tekutinami - kapavkou, chlamydiemi, trichomonovými infekcemi a HIV. Naopak před STD

v podobě ulcerózní genitální infekce - syfilitidou, měkkým vředem, genitálním herpesem a HPV (human papilloma virus - lidský papillomavirus), které se přenášejí kontaktem s infikovanou kůží nebo sliznicí, která není ve všech případech kondomem překryta, poskytuje pouze částečnou ochranu (KŘEMENOVÁ, 2009).

K použití kondomu existuje jen velmi malé množství kontraindikací. Logická překážka k použití prezervativu je alergie na gumu (latex). Jako jediná další kontraindikace by se dala zmínit neschopnost dosažení orgasmu u muže či dokonce ztráta erekce, způsobená sníženou citlivostí pohlavního údu v případě použití prezervativu. Naopak u mužů, kteří zaznamenávají problémy s předčasnou ejakulací, může být prezervativ vítaným řešením potíží.

Při použití prezervativu jako kontracepční metody je potřeba dodržovat několik zásad. Kondom by neměl přijít do kontaktu s žádnými krémy či mastmi, které narušují jeho strukturu. Dále je potřeba dávat pozor na mechanické poškození, jako například protržení dlouhými nehty partnerky nebo neopatrné otevírání obalu. I prezervativ má svoji expirační dobu, kterou je nutno dodržovat a jeho životnost se může velmi zkrátit nesprávným skladováním, například dlouhodobým nošením v peněženke či uchováváním na vlhkém nebo jinak nevhodném místě. Bezprostředně po ejakulaci by měl muž přidržit kondom na svém penisu a opatrně penis z pochvy vysunout, sejmut kondom a poté se omýt. Každý prezervativ slouží pouze pro jedno použití a ihned po ukončení pohlavního styku je nutné jej po kontrole, zda nedošlo k poškození a tudíž úniku ejakulátu, zlikvidovat. Taktéž se doporučuje pomůcku zkontrolovat ještě před jejím použitím. v případě nedostatečného zvlhčení pochvy je nutné použít lubrikační gel, aby přílišným třením nedošlo k porušení kondomu a tudíž k selhání metody jako takové. Prezervativ se nasazuje před pohlavním stykem, aby zachytil i možný výron preejakulační tekutiny.

Jako všechny ostatní bariérové metody, je kondom doporučeno používat se spermicidními krémy, které jsou speciálně navrženy tak, aby nepoškozovaly strukturu prezervativu. Některé kondomy dokonce spermicidní látky obsahují, konkrétně spermicid 9-nonoxynol (FAIT, c2012). Účinnost těchto kondomů se však zpochybňuje, protože není objasněno, zda při protržení kondomu opravdu zafungují. Dále existují studie, že 9-nonoxynol může způsobovat poranění vaginálního epitelu (KŘEMENOVÁ, 2009).

Co se týče spolehlivosti této kontracepční metody, Pearl index se pohybuje mezi hodnotami 4-14, což je zapříčiněné hlavně případy, kdy dojde k protržení z jakékoli

příčiny a nesprávným použitím. Ochrana před většinou pohlavních chorob je však nespornou výhodou. Prezervativ je tedy záhodno použít jako kontracepční a ochrannou metodu při jakémkoli pohlavním styku s náhodným partnerem (ČEPICKÝ, FANTA, 2011).

### **3.1.2 FEMIDOM**

Ženskou variantou kondomu je tzv. femidom. Vzhledem by se k pánské variantě dal připodobnit, ale je větší, širší a na obou koncích vybaven tužšími kroužky. Kroužek na uzavřeném konci se zavede k děložnímu čípku a přední kroužek na otevřeném konci zůstane vně pochvy.

I přes to, že femidom pokrývá celou pochvu, je doporučeno zároveň použít spermicidní krém pro zvýšení spolehlivosti. Na rozdíl od ostatních ženských bariérových metod kontracepce femidom poskytuje ochranu před některými pohlavními chorobami. Na českém trhu femidom sice dostupný je, neteší se však příliš velké oblibě. Kontraindikací použití femidomu je současné použití prezervativu. Pokud by se pomůcky použily zároveň, je více než pravděpodobné, že dojde k přílišnému tření s následkem protržení. Dále, stejně jako u kondomu, je kontraindikací alergie na výrobní materiál (ČEPICKÝ, FANTA, 2011).

### **3.1.3 VAGINÁLNÍ PESAR**

Vaginální pesar neboli diafragma je ženská bariérová metoda kontracepce. Diafragma je gumový nebo silikonový klobouček kulatého tvaru, v jehož obvodu je umístěna kovová pružina nebo jiné vyztužení, které ho pomáhá udržet v daném tvaru a na správném místě.

Tato pomůcka se zavádí do pochvy před pohlavním stykem a na svém místě může zůstat až 24 hodin. Pro úspěšné použití pesaru je nutné správné zavedení (před děložní čípek) a také správná velikost, s jejímž určením by měl ženě pomoci její gynekolog. Zároveň by měl zkontrolovat, zda je žena schopna pomůcku správně zavést tak, aby byla funkční. Právě z důvodu nelehkého zavádění není pesar spolehlivý ani oblíbený. Pearl index se udává mezi 1-20. Na rozdíl od kondomu lze pesar použít vícekrát, je však třeba jej důkladně hygienicky ošetřit způsobem doporučeným výrobcem. Ještě více než s prezervativem je s pesarem vhodné použít spermicidní látky (FAIT, c2012).

### **3.1.4 CERVIKÁLNÍ PESAR**

Cervikální pesar je další variantou ženských bariérových metod kontracepce. Tento pesar má vzhled malého kloboučku, který se nasazuje přímo na děložní čípek a tím brání vniku spermatu do dělohy a posléze do vejcovodů. Cervikální klobouček může být zaveden až tři dny, vždy je ale potřeba ho odstranit před menstruací.

Pesar není možné použít v případě, že žena trpí výtokem nebo se u ní vyskytuje anatomická překážka jako například retroverze či prolaps dělohy. Zapomenutí zavedeného pesaru může způsobit nepříjemné komplikace od obtěžujícího výtoku až po syndrom toxického šoku v krajních případech (ČEPICKÝ, FANTA, 2011).

### **3.1.5 VAGINÁLNÍ HUBKA**

Kombinaci mechanických a chemických bariérových metod představuje vaginální hubka. Jde o polyuretanovou houbičku s průměrem 6 cm a výškou 2 cm. Houbička je napuštěná spermicidem 9-nonoxyolem, který ničí spermie a zároveň do sebe ejakulát absorbuje. Vaginální hubka se zavádí před děložní hrdlo a může zůstat zavedená až 24 hodin, doporučuje se však ponechat pomůcku na svém místě do 6 hodin po pohlavním styku (ČEPICKÝ, FANTA, 2011).

V případě zapomenutí může zavedená pomůcka způsobit nepříjemné komplikace. Na českém trhu vaginální hubka není k dostání.

Ženské bariérové metody kontracepce se všeobecně netěší velké oblibě. Jejich nabídka a celková dostupnost na trhu je omezená právě z důvodu nízkého zájmu. Všeobecně nejsou příliš spolehlivé, vyžadují kombinaci s chemickými antikoncepčními metodami a jejich nepříliš jednoduché zavádění a celkový proces s tím spojený je jen další překážkou. Zcela se nehodí pro mladé ženy s častou frekvencí styků či nestálými partnery. Z výše popsaných možností ženských metod se jeví jako nejlepší varianta femidom, který je nejvíce spolehlivý, má nejjednodušší použití, nejméně kontraindikací, poskytuje částečnou ochranu před sexuálně přenosnými chorobami a jeho pořizovací cena je nejpříznivější, alespoň z krátkodobého hlediska.

## **3.2 CHEMICKÉ BARIÉROVÉ METODY**

Chemické metody antikoncepce spočívají v použití přípravků se spermicidním účinkem. Spermicidní látky jsou látky, které jsou toxické pro spermie, zabraňují jejich pohybu a narušují jejich strukturu, takže nemůže dojít k oplodnění vajíčka. Spermicidy



se obvykle používají v kombinaci s bariérovými metodami antikoncepce, ale lze je použít i samostatně.

Jako účinná látka se používá 9-nonoxynol, který je v současnosti v některých přípravcích nahrazován benzalkonium chloridem, například ve výrobku Pharmatex. Ten se vyrábí ve formě krému nebo vaginálních globulí. Při použití této varianty kontracepce si žena před stykem zavede do pochvy globuli nebo aplikátorem krém. Globule poskytuje ochranu na 4 hodiny, krém dokonce až na 10 hodin. V případě opakovaného styku je však nutné zavedení spermicidu zopakovat. Aby přípravek poskytl žádanou ochranu, je nutné se vyvarovat použití mýdla k intimní hygieně před stykem i po styku. Možný je pouze oplach zevních rodidel čistou vodou. Dále by se přípravek neměl používat v případě, že žena užívá jiný vaginální preparát, který by mohl narušit působení spermicidu (PHARMATEX, 2019).

Velkou výhodou spermicidů je také vysoká ochrana před různými pohlavně přenosnými chorobami, jako například před chlamydiemi, HIV, herpes simplex virem, trichomoniázami či kapavkou (KŘEMENOVÁ, 2009). Všeobecně mají spermicidy baktericidní účinky. Zároveň ale nenarušují přirozenou poševní mikroflóru (FAIT, c2012).

Spermicidy se dají doporučit ženám, které nechtějí nebo nemohou používat perorální formu antikoncepce. Dále spermicidy mohou používat také ženy v období těhotenství a při kojení, protože neprostupují do krve. Jedinou kontraindikací je alergie na obsažené látky.

Pearl index se udává v rozmezí 0,68–2,6 (MAREŠOVÁ, 2014). Velmi záleží na konkrétním přístupu ženy, zda dodrží všechna doporučení udávaná výrobcem. Při důsledném dodržení pokynů jde o průměrně spolehlivou metodu, jejíž spolehlivost se ale zvyšuje použitím v kombinaci s bariérovými metodami kontracepce.

## 4 NITRODĚLOŽNÍ ANTIKONCEPCE

Nitroděložní forma antikoncepce se v mnoha variacích vyskytuje již mnoho let. První nitroděložní tělísko podobné tomu dnešnímu bylo vytvořeno dr. Gräfenbergem. Bylo vyrobené ze slitiny mědi, zinku a niklu. Bohužel však neslo vysoké riziko zánětlivých komplikací a tak se neujalo. Během několika let došlo k uvedení na trh několika dalších typů tělísek vyrobených s plastu a ještě později na začátku 70. let 20. století bylo vyrobeno první tělísko obsahující měď. Dále se v 90. letech objevil nový typ tělíska uvolňující progesteron, který se velmi ujal (ČEPICKÝ, FANTA, 2011).

Tělíska jsou vyrobena z plastu a ve většině případů mají tvar písmene T. V současnosti se na trhu vyskytují dva typy nitroděložních antikoncepčních tělísek a to tělíska nehormonální s mědí nebo jiným kovem a hormonální s progesteronem, konkrétněji s jeho derivátem levonorgestrel. Tělíska nehormonální je v příčné části omotáno drátkem. Levonorgestrel je z hormonálního tělíska uvolňován také z příčného raménka, ve kterém se nachází zásobník. Na konci tělíska je situováno vlákno, které po zavedení přečnává do pochvy a po uplynutí životnosti tělíska se s jeho pomocí tělísko extrahuje.

Nitroděložní tělísko v obou formách funguje na takovém principu, že v děložní dutině vyvolá aseptický zánět. Makrofágy doprovázející zánět pak napadají spermie a znemožňují jim tak spojení s vajíčkem. Zároveň má měď a jiné kovy spermicidní účinek. Hormonální tělísko má ještě více možností, jak zabránit spojení spermie a vajíčka. Zahušťuje cervikální hlen a tím brání vstupu spermií do dělohy a dále způsobuje atrofii endometria, takže případné oplodněné vajíčko nemá vhodné podmínky k nidaci (ČEPICKÝ, ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, c2011).

Před zavedením tělíska je nutné provést onkogynekologické vyšetření děložního čípku a dále mikrobiologické vyšetření k vyloučení kapavky a chlamydií. Tělíska se zavádí speciálním zavaděčem do dělohy. Vlákno přečnávající do pochvy se přiměřeně zkrátí. Vzhledem k pootevřenému hrdlu na konci menstruačního cyklu je tato doba nejvhodnější pro zavádění. Zavádění i extrakce tělíska se obvykle provádí bez nutnosti použití anestezie. Tělíska se zpravidla zavádí na 5 let, ale není problém ho extrahovat před uplynutím této doby (ČEPICKÝ, FANTA, 2011).

Hormonální nitroděložní tělísko, kromě kontracepčního účinku, má několik dalších vedlejších efektů. Například snižuje krevní ztrátu v průběhu pseudomenstruačního krvácení a zabraňuje výskytu dysmenorey, léčí opakovanou menoragii a snižuje riziko hlubokého pánevního zánětu (KŘEPELKA, 2017).

Existuje několik kontraindikací, kdy není možné tuto kontracepční metodu použít. Mezi absolutní kontraindikace patří karcinom prsu, čípku nebo endometria, neobjasitelné krvácení z rodidel, jakýkoli zánět v oblasti pánve včetně infekce kapavkou nebo chlamydiemi, vrozené abnormality dělohy, myomatózní děloha, pánevní tuberkulóza a choriokarcinom. Dále mezi relativní kontraindikace patří stav po porodu kratší než 4 týdny, probíhající hluboká žilní trombóza, vysoké riziko hlubokého pánevního zánětu, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome - syndrom získaného imunodeficitu) a poruchy funkce jater. Mezi kontraindikace dnes rozhodně nepatří nulliparita ani stav po císařském řezu (FAIT, c2012).

Vzhledem k vyšší pořizovací ceně a možné délce zavedení tělíska je volba nitroděložního způsobu antikoncepce vhodná především pro starší ženy ve fertilním věku, které již rodily (BARTÁK, 2009). Tělísko je také vhodnou formou antikoncepce pro ženy po porodu, které kojí a neplánují do 5 let další těhotenství. Nitroděložní antikoncepce nijak neovlivňuje kojení a je tak v tomto období doporučitelnou formou kontracepce. Tělísko se nehodí pro ženy, které nejsou ve stálém vztahu s jedním partnerem či jsou dokonce promiskuitní a u žen, které v blízké době plánují otěhotnět. Dále tělísko není metodou první volby u mladých žen a to především z důvodu častějšího střídání sexuálních partnerů a vyšší pořizovací ceny. Neznamena to však, že by mladé ženy nemohly tuto formu antikoncepce používat. Pouze je více než doporučitelné, aby splňovaly podmínky pro úspěšné a bezpečné použití této metody a to především monogamitu. Promiskuita při zavedeném tělísku zvyšuje riziko zánětů rodidel. Tělísko bohužel neposkytuje ochranu před sexuálně přenosnými chorobami.

Spolehlivost této antikoncepční metody je velmi vysoká. Pearl index se uvádí 0,02, což je číslo velmi příznivé (ČEPICKÝ, ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, c2011).

## 5 GESTAGENNÍ ANTIKONCEPCE

Gestagenní antikoncepce je jednou z možností hormonální kontracepce. Metoda spočívá v kontinuálním užívání progestinu, který poskytuje antikoncepční účinek. U více než poloviny uživatelky progestiny zablokují sekreci luteinizačního hormonu, nedochází tak k ovulaci a oplození vajíčka není možné. Zhruba ve 40 % případů k ovulaci dochází, ale zde nastupuje další účinek progestinů a totiž zahuštění cervikálního hlenu, který se stává neprostupným pro spermie. Dále dochází k atrofii endometria, které tak není schopné umožnit nidaci. Gestagenní antikoncepce je k dostání v několika formách – depotní injekce, podkožní implantát, perorální pilulky a levonorgestrelové tělíčko, které bylo detailněji popsáno v předchozí kapitole (KŘEPELKA, 2017).

Tento typ antikoncepce je vhodný především pro ženy, které nemohou užívat estrogény, tzn. kojící ženy, uživatelky se zvýšeným rizikem hluboké žilní trombózy, hůře kompenzovatelné diabetičky, kuřačky starší 35 let a všeobecně ženy se špatnou tolerancí estrogenů. Gestagenní antikoncepce ve formě depotních injekcí nebo podkožního implantátu je také vhodná pro uživatelky, které nejsou schopny užívat perorální pilulky denně ve stejnou dobu (DRIÁK, 2017).

Metoda poskytuje několik příznivých vedlejších efektů. Výzkumy poukazují na snížení rizika karcinomu endometria a pánevní zánětlivé nemoci (zahuštěný cervikální hlen znesnadňuje vstup bakterií). Dále se gestagenní antikoncepce používá v léčbě některých menstruačních abnormalit, jako je hypermenorea, polymenorea a dysmenorea. Tohoto účinku je dosaženo navozením amenorey, která je jedním z efektů gestagenní antikoncepce. Celková pozitivita vymizení krvácení je však sporná a může být důvodem k odmítnutí této formy antikoncepce některými uživatelkami. Při léčbě pacientek trpících endometriózou jsou účinky progestinu klíčové.

Jako skoro ke každé metodě patří i k této nežádoucí vedlejší účinky. Jak bylo nastíněno v předchozím odstavci, při užívání této metody dochází k rozvratu menstruačního cyklu, projevujícího se nepravidelným krvácením, u injekcí a pilulek dokonce k úplnému vymizení krvácení. Pro některé uživatelky může být tento projev nepřijatelný. Na rozdíl od kombinované hormonální antikoncepce může dojít ke zhoršení stavu pleti. Gestagenní antikoncepce také zvyšuje riziko výskytu benigních ovariálních cyst (ČEPICKÝ, ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, c2011).

## **5.1 DEPOTNÍ INJEKCE**

V současnosti se na trhu vyskytují dva typy depotních injekcí – Depo-Provera a Sayana, obsahující medroxyprogesteronacetát. Obě tyto formy se podávají jednou za 12 týdnů a je možná aplikace samotnou uživatelkou. Antikoncepční účinek se dostaví po 24 hodinách a trvá následující 3 měsíce. Metoda je velmi spolehlivá, Pearl index dosahuje hodnot pod 0,03–0,9 při správném užívání. Velmi se hodí pro ženy, jež těhotenství neplánují a menstruace je pro ně obtěžující. Pokud se žena rozhodne otěhotnět, je forma injekcí poněkud nepraktická, protože k obnovení plodnosti může dojít v krajním případě až se zpožděním dvou let. Mezi nepříznivé vedlejší účinky mohou patřit poruchy menstruačního cyklu ve smyslu velmi silného krvácení a je prokázáno, že injekční antikoncepce způsobuje úbytek kostní hustoty, zvyšuje hodnoty cholesterolu a může zapříčinit obtíže s tolerancí glukózy (NOVÝ, 2011).

## **5.2 PODKOŽNÍ IMPLANTÁT**

Podkožní implantáty bohužel nejsou v České republice aktuálně dostupné. Existující přípravky se vyskytují ve dvou typech – levonorgestrelové a etonogestrelové implantáty. Oba se vpravují do podkoží vnitřní strany nadloktí speciálním zavaděčem. Implantát zavádí lékař. Jak je patrné z názvu, levonorgestrelový implantát uvolňuje do organismu levonorgestrel. Po aplikaci poskytne ochranu do 24 hodin a je funkční po dobu 5 let. Etonogestrel uvolňované z druhého typu implantátu plní svoji kontracepční funkci 3 roky. Nepříznivé vedlejší účinky jsou obdobné jako u depotních injekcí (KŘEPELKA, 2017).

## **5.3 PERORÁLNÍ TABLETY**

Progestinová orální antikoncepce je společně s nitroděložním tělískem nejužívanější formou gestagení antikoncepce. Spočívá v kontinuálním užívání pilulek s obsahem progestinu, konkrétněji se používá etynodiol diacetát, levonorgestrel, norethisteron a desogestrel. Způsob účinku je stejný jako u ostatních forem tohoto druhu kontracepce. Spolehlivost pilulek je při správném užívání vysoká, je však potřeba pilulky užívat ve stejnou denní dobu (tolerance tří hodin). Mezi možné vedlejší účinky patří amenorea, napětí v prsou, snížení libida nebo zhoršení stavu pleti (KŘEPELKA, 2017).

Jako většina ostatních forem kontracepce, i tato má několik absolutních a relativních kontraindikací. Na rozdíl od kombinované hormonální antikoncepce jich má

gestagenní antikoncepce výrazně méně. Absolutní kontraindikací je karcinom prsu a karcinom prsu do 5 let od ukončení léčby. Dále existuje několik relativních kontraindikací – kojení do 6 týdnů po porodu, akutní hluboká žilní trombóza, ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda, akutní virová hepatitida a onemocnění jater (ČEPICKÝ, ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, c2011).

## 6 KOMBINOVANÁ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Kombinovaná hormonální antikoncepce je nejčastěji užívanou formou kontracepce vůbec. Spočívá v užívání přípravků s estrogenní a gestagenní složkou. V drtivé většině je používána v perorální formě, ale existují i další varianty, jako jsou náplasti nebo vaginální kroužky. Na českém trhu existuje široký výběr různých výrobků, lišících se složením a množstvím použitých hormonů. Společně s gestagenními formami je i tato metoda kontracepce vázána na lékařský předpis (ČEPICKÝ, FANTA, 2011).

Základním principem fungování kombinované hormonální antikoncepce je blokáda ovulace. Té se docílí regulací vazeb hypotalamo-hypofýzo-ovariální osy, konkrétně zablokováním produkce hormonu gonadoliberinu a gonadotropinu, jež mají přímý vliv na sekreci folikuly stimulujícího hormonu a luteinizačního hormonu. Kvůli této blokáde nedochází k růstu folikulů ve vaječníku a tím pádem ani k ovulaci. Kromě této funkce se ještě zahušťuje cervikální hlen a tím se stává neprostupným pro spermie (ČEPICKÝ, ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, c2011).

Perorální forma kombinované hormonální antikoncepce se dělí podle:

- 1) použitého estrogenu
- 2) použitého progestinu
- 3) fázeicity
- 4) cyklicity
- 5) způsobu aplikace.

Estrogen obsažený v tabletách je ethynilestradiol nebo estradiol. Ve většině případů je obsažen ethynilestradiol, s estradiolem je na trhu pouze jediný preparát Qlaira. Existují přípravky s velmi nízkým dávkováním (15–20 µg hormonu), nízkým dávkováním (30–35 µg) a vysokým dávkováním (50 µg). Výše dávky obsaženého hormonu nemá vliv na spolehlivost antikoncepční metody. Přípravky obsahující vyšší dávky estrogenu zvyšují riziko hluboké žilní trombózy, naopak mají příznivý vliv na méně časté krvácení z průniku, akné nebo ochlupení mužského typu.

Přípravky s progestinem dále dělíme na preparáty, které jsou s reziduální androgenní aktivitou, minimální androgenní aktivitou, antiandrogenní aktivitou, antiandrogenní a antimineralkortikoidní aktivitou. Antiandrogenní aktivita má dobrý

vliv na mastnou pleť, akné a ochlupení mužského typu. Antimineralokortikoidní aktivita má zase příznivý vliv na zadržování vody v organismu a na premenstruační syndrom.

Podle fázičnosti dělíme přípravky na monofázické, dvoufázové a třífázové a s dynamickým dávkováním, jež má přípravek Qlaira. U monofázických přípravků je obsah hormonů ve všech tabletách stejný. Dvoufázové přípravky v druhé polovině cyklu obsahují vyšší dávku progestinu než v první fázi, kdy převládá estrogen. U třífázových přípravků ve druhé třetině cyklu stoupá hladina obou hormonů, ve třetí třetině stoupá hladina progestinu a dávka estrogenu naopak klesá. Nejčastěji předepisované jsou přípravky monofázické.

Dále rozlišujeme typy antikoncepce dle cyklicity, tedy jak dlouho trvá jeden menstruační cyklus. Existuje pět schémat cyklů:

- a) 21 dní a 7 dní pauza
- b) 21 dní a 7 dní placebo
- c) 22 dní a 6 dní pauza
- d) 24 dní a 4 dny placebo
- e) 26 dní a 2 dny placebo

V průběhu dnů s pauzou, kdy se neužívají tablety s hormony, dojde k tzv. krvácení ze spádu hormonů, tedy pseudomenstruaci. Účel tablet s placebem je pouze ten, aby nedocházelo k chybě při užití první tablety z nového pláta, lze je vynechat. Jednofázové přípravky je možné užívat jakkoli dlouho bez pauzy na pseudomenstruační krvácení.

Aplikovat kombinovanou hormonální antikoncepci lze pomocí tablet perorálně, náplastí transdermálně a vaginálním kroužkem intravaginálně. Transdermální a intravaginální přípravky mají výhodu, že neprocházejí játry, na druhou stranu ale nemají vliv na akné (ČEPICKÝ, ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, c2011).

Transdermální antikoncepční systém ve formě náplasti denně uvolňuje 20 µg ethynilestradiolu a 150 µg norelgestrominu. Náplast se aplikuje na 7 dní po dobu tří týdnů, poté následuje týden bez náplasti, ve kterém dochází k pseudomenstruačnímu krvácení. Náplast je vhodná pro uživatelky se špatnou compliance tablet. Na českém trhu je k dostání antikoncepční náplast Evra. Náplast se nesmí lepit na prsy a místa postižená dermatologickým problémem. Metoda je velmi spolehlivá, účinnost však může být nižší u žen s hmotností přesahující 90 kg (DRIÁK, 2014).



Intravaginální antikoncepční systém existuje ve formě termoplastického vaginálního kroužku, který do organismu denně uvolňuje 15 µg ethynilestradiolu a 120 µg etonogestrelu. Kroužek se zavede do horní části pochvy a zůstává zde 21 dní, poté se na 7 dní vyjme. Během těchto 7 dní dochází ke krvácení ze spádu. V České republice je k dostání pouze vaginální kroužek NuvaRing. Stejně jako ostatní metody kombinované hormonální antikoncepce je tato forma velmi spolehlivá, je však nutné dbát na správný harmonogram zavedení a vyjmutí kroužku a je potřeba dát pozor, aby kroužek nevypadl (např. při pohlavním styku, při kterém kroužek zůstává zaveden). V případě, že se tak stane, je nutné kroužek do 3 hodin umístit zpět (DVOŘÁČKOVÁ, VETCHÝ, 2014).

Kombinovaná hormonální antikoncepce má několik kontraindikací. Mezi absolutní kontraindikace patří přítomnost tromboembolické nemoci, cévní mozkové příhody a ischemické choroby srdeční v anamnéze pacientky. Dále onemocnění jater, primární plicní nebo neléčená hypertenze, diabetes mellitus s komplikacemi na orgánech, karcinom prsu, karcinom endometria, karcinom ovaria, těhotenství, kojení a dlouhodobá imobilizace. Mezi relativní kontraindikace řadíme kouření u ženy starší 35 let, vrozenou koagulopatii, výskyt tromboembolické nemoci a ischemické choroby srdeční v rodinné anamnéze, hepatopatii a cholecystolithiázu, diabetes mellitus, hyperlipidemii, srpkovou anemii, porfyrii, bolesti hlavy s neurologickými symptomy, antifosfolipidový syndrom, hyperprolaktinemii a některá systémová onemocnění jako třeba systémový lupus erythematoses (FAIT, c2012).

Účinnost této metody dosahuje jednoho z nejlepších výsledků všeobecně. Pearlův index se pohybuje mezi 0,1–0,4, ale tento údaj se značně liší podle zdroje. Také má na spolehlivost metody velký vliv dodržování doporučení výrobce preparátu a to hlavně u perorální formy. Kromě nedodržení správného času užití tablety může být účinek snížen například zvracením nebo průjmem. Snášitelnost metody je velmi příznivá a i proto je tato metoda tak oblíbená (NOVOTNÁ, 2011).

## 7 POSTKOITÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Postkoitální antikoncepce je specifickou formou kontracepce. Dalo by se říci, že jde o metodu tzv. záchrannou. Tedy zabrání těhotenství v případě selhání jiné metody, jako například v případě prasknutí kondomu, vynechání tablety nebo nezdařeného přerušovaného styku. V současné době existuje pět možností postkoitální antikoncepce, některé z nich však i přes svoji prokazatelnou účinnost nejsou zaregistrované jako typ postkoitální antikoncepce (KŘEPELKA, 2014).

První možností postkoitální antikoncepce je nitroděložní tělísko s obsahem mědi. Tělísko je nutné zavést do dělohy do dvou dnů od pohlavního styku, při kterém mohlo dojít k nežádoucímu otěhotnění. Tělísko zabrání oplodnění vajíčka, popřípadě znemožní jeho nidaci do děložní sliznice. Zavedení nitroděložního tělíska je nejspolehlivější ze všech ostatních možností této metody. Tato metoda je kontraindikována v případě děložních vývojových vad, nebo pokud je přítomen hluboký pánevní zánět. Tělísko je vhodnou volbou u obézních žen, u kterých mají ostatní farmakologické metody snížený účinek (KŘEPELKA, 2014).

Další možností je podání levonorgestrelu ve formě tablet. V lékárnách jsou k dostání dva přípravky – Escapelle a Postinor 2. Přípravek Escapelle obsahuje jednu tabletu s 750 µg levonorgestrelu a je nutné ho užít nejpozději do tří dnů od styku. Postinor 2 obsahuje dvě tablety, které se užijí s odstupem 12 hodin. Jako Escapelle je nutné Postinor 2 užít do 3 dnů od styku. Tyto tablety, stejně jako všechny ostatní metody postkoitální antikoncepce (kromě tělíska), způsobí inhibici ovulace. Pokud již k ovulaci došlo, změní děložní sliznici tak, aby bylo zabráněno nidaci. Ani jeden z preparátů již není vázán na lékařský předpis a je tedy možné jej v lékárně volně zakoupit. Jediným omezením je nutnost dosažení 16 let, v opačném případě je lékařský předpis vyžadován. Po užití tablety se může objevit nauzea či zvracení. V případě vyzvracení tablety je nutné užít novou, jinak se metoda stává neúčinnou.

Předchozí dvě popsané metody patří mezi registrované možnosti postkoitální antikoncepce. Dále existují tři metody, které registrované nejsou, ovšem jsou také účinné. Tou první je Yuzpeho metoda, která spočívá v užití kombinované hormonální antikoncepce, konkrétně takového preparátu, který obsahuje ethynilestradiol a levonorgestrel. S odstupem 12 hodin se užije takové množství tablet, aby dohromady obsahovaly 100 µg ethynilestradiolu a 500 µg levonorgestrelu. Užití této metody bohužel

často provází nežádoucí účinky ve formě nauzey a zvracení. Proto je záhodno současné užití antiemetik (ČEPICKÝ, FANTA, 2011).

Druhou neregistrovanou metodou je užití ulipristal acetátu, který se podá v množství 30 mg do 120 hodin po styku. Stejně jako u Yuzpeho metody se může dostavit nauzea a zvracení. Poslední možností je podání antagonisty progesteronu mifepristonu. Ten se užije v dávce 10 mg do 120 hodin po styku. Obě tyto možnosti vykazují přibližně stejnou účinnost (KŘEPELKA, 2014).

Menstruační krvácení by se mělo dostavit nejdéle týden po očekávaném termínu. Pokud tomu tak není, měla by žena vyhledat svého gynekologa, aby vyloučil nitroděložní i mimoděložní těhotenství. Z popsaných metod je nejefektivnější aplikace nitroděložního tělíška. Ne každá žena však souhlasí se zavedením nitroděložní antikoncepce. Vzhledem k častému výskytu nauzey a zvracení po použití Yuzpeho metody jsou vhodnější volbou levonorgestrelové preparáty, které jsou stejně účinné jako ulipristal acetát nebo mifepriston. Spolehlivost levonorgestrelu se ale snižuje v závislosti na uplynulé době, která uběhla od pohlavního styku, na rozdíl od ulipristal acetátu a mifepristonu (KŘEPELKA, 2014).

## 8 OSTATNÍ METODY

Mezi další formy kontracepce řadíme i u nás méně používané metody, jako je sterilizace a mužská antikoncepce.

### 8.1 STERILIZACE

Mužská a ženská sterilizace představuje nevratnou, či velmi obtížně vratnou metodu kontracepce. U muže spočívá v podvazu chámovodů (vasektomie), u ženy v přerušení nebo podvazu vejcovodů. Tyto výkony nemají žádný vliv na sexuální život. Spolehlivost této metody je téměř stoprocentní, než se k ní však přistoupí, je nutné tento krok důkladně promyslet (WEISOVÁ, 2014).

Podmínky sterilizace upravuje zákon o specifických zdravotních službách z roku 2012. Ženskou sterilizaci je možné provést ze zdravotních důvodů nebo z jiných než zdravotních důvodů.

„Zdravotními důvody se rozumí takové nemoci nebo vady, u nichž existuje vysoká míra pravděpodobnosti vážného ohrožení zdraví nebo života v důsledku těhotenství nebo porodu nebo zdravého vývoje plodu nebo zdraví nebo života budoucího dítěte.“ (ČESKO, 2011)

Sterilizaci ze zdravotní indikace je možné provést u pacienta, který dovršil 18 let a dal se sterilizací písemný souhlas. Z jiných než zdravotních důvodů lze sterilizaci podstoupit po dovršení 21 let na vlastní písemnou žádost. Povinností ošetřujícího lékaře je podat pacientovi veškeré informace o výkonu v přítomnosti svědka. Mezi podáním informací a udělením souhlasu pacienta se sterilizací musí uběhnout minimálně 7 dnů v případě sterilizace ze zdravotních důvodů a minimálně 14 dnů v případě sterilizace z jiných než zdravotních důvodů (ČESKO, 2011).

Výkon se provádí laparoskopickým přístupem v celkové anestezii. Vzhledem ke svojí nevratnosti je sterilizace vhodná především u párů, které již neplánují další potomky a nechtějí užívat jiné dostupné kontracepční metody (FAIT, c2012).

### 8.2 MUŽSKÁ ANTIKONCEPCE

Možnost výběru mužské antikoncepce je oproti ženským metodám značně omezená. Existuje několik možností, ale buďto naráží na ireverzibilitu metody

(vasektomie), nebo na dyskomfortní pohlavní styk při použití prezervativu či metody přerušované soulože a jí příbuzným technikám. v současné době je zde snaha o vyvinutí mužské hormonální antikoncepce, přičemž hlavním kritériem je spolehlivost, bezpečnost vzhledem k zdraví uživatele a obnovení plné plodnosti, jakmile se preparát přestane užívat (KUBÍČEK, 2009).

Hormonální mužská antikoncepce spočívá v utlumení sekrece gonadotropin-uvolňujícího hormonu (Gonadotropin-releasing hormone – GnRH). Tento hormon, který je uvolňován z hypotalamu, působí na vyplavování folikulostimulačního hormonu a luteinizačního hormonu. Luteinizační hormon stimuluje tvorbu testosteronu, bez kterého by nemohlo docházet k tvorbě spermií (WANG, FESTIN a SWERDLOFF, 2016).

Tvorbu těchto hormonů lze ovlivnit podáním androgenů, jako například testosteron enantátu, který se podává intramuskulárně jednou týdně v množství 200 mg. Tento androgen mohou doprovázet nepříjemné vedlejší účinky jako je akné, obezita, polycytémie, zvýšená hladina cholesterolu, padání vlasů a změny chování. Jako další ester testosteronu byl zkoumán testosteron buciklát a testosteron undekanoát. I přes to, že oba vykazovaly možné vedlejší účinky, byly schváleny jako vhodné k použití při výrobě mužské hormonální antikoncepce. Pearl index se udává 1,4. Množství podaných androgenů se dá snížit se současným podáním gestagenů. Touto kombinací dojde k snížení výskytu negativních vedlejších účinků androgenů. Gestageny mají antiandrogenní účinek, tedy tlumí tvorbu gonadotropinů a snižují spermiogenezi. S androgeny je možné použít danazol, cyproteron acetát, levonorgestrel, etonogestrel a medroxyprogesteron. Jako jediný vedlejší účinek byl nárůst hladiny HDL cholesterolu (KUBÍČEK, 2009).

Další možnou kombinací s androgeny jsou antagonisté GnRH, bohužel tato metoda vyžaduje každodenní aplikaci injekcí a zároveň je velmi drahá. Problém by mohla vyřešit perorální forma, ale ta je zatím pouze ve fázi vývoje (WANG, FESTIN a SWERDLOFF, 2016).

Vývoj funkční a spolehlivé hormonální mužské antikoncepce se zdá být v nedohlednu. Z popsaných možností je nejpravděpodobnější uvedení na trh injekcí nebo implantátů pouze s androgeny nebo jejich kombinací s progestiny. Nelze však odhadnout,

jestli k tomuto uvedení vůbec dojde a zda o metodu steroidní mužské antikoncepce bude zájem (DRIÁK, 2017).

## 9 POPIS PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Praktickou část bakalářské práce jsme pojali formou kvantitativního dotazníkového šetření.

### **Téma průzkumu**

Informovanost žen ve věku 15–35 let o antikoncepčních metodách.

### **Problém průzkumu**

Jsou ženy dostatečně informovány o dostupných metodách antikoncepce?

### **Cíle průzkumu a průzkumné otázky**

**Cíl 1:** Zjistit informovanost žen v oblasti antikoncepčních metod.

**Průzkumná otázka 1:** Jsou ženy dostatečně informovány o antikoncepčních metodách?

**Průzkumná otázka 2:** Jsou starší ženy lépe informované o antikoncepčních metodách než ženy mladší?

Verifikace v dotazníku: otázky 1, 3, 6, 8, 9, 10, 11 a 12.

**Cíl 2:** Zjistit, které antikoncepční metody jsou nejvíce preferovány.

**Průzkumná otázka 3:** Které antikoncepční metody jsou ženami nejvíce používané?

Verifikace v dotazníku: otázky 2, 4 a 7.

### **Metodika průzkumu**

Jako metoda průzkumu byl zvolen kvantitativní průzkum ve formě dotazníků. Dotazník byl určen ženám ve věku 15–35 let. Tento dotazník, sestavený jako strukturovaný, obsahoval 12 otázek, ze kterých 2 byly polootevřené a 10 uzavřených. První otázkou jsme informačně zjistili věk respondentek. Dále jsme se ptali na informovanost o různých metodách antikoncepce. Také nás zajímalo, které antikoncepční metody respondentky užívaly při prvním pohlavním styku nebo před případným nasazením hormonální antikoncepce, a kterou metodu užívají v současné době. V neposlední řadě jsme se ptali na faktory, které ovlivňují výběr antikoncepční metody.

Čtyři otázky zjišťovaly informovanost o hormonálních metodách antikoncepce. Poslední otázkou jsme vyzvali k sebehodnocení znalostí antikoncepčních metod.

### **Průzkumný soubor**

Z celkového počtu 100 vyplněných dotazníků jsme použili všechny, protože všechny respondentky splňovaly stanovené kritérium věku od 15 do 35 let.

### **Časový harmonogram**

Dotazník byl vytvořen na internetové stránce [www.survio.com](http://www.survio.com) a zveřejněn v únoru 2019 na sociálních sítích. Na konci února bylo shromážděno dostatečné množství 100 zodpovězených dotazníků a získané odpovědi byly vyhodnoceny.

### **Průzkumný vzorek**

Respondenti měli splňovat dvě kritéria – ženské pohlaví a věk od 15 do 35 let. Tato kritéria všichni respondenti splnili.



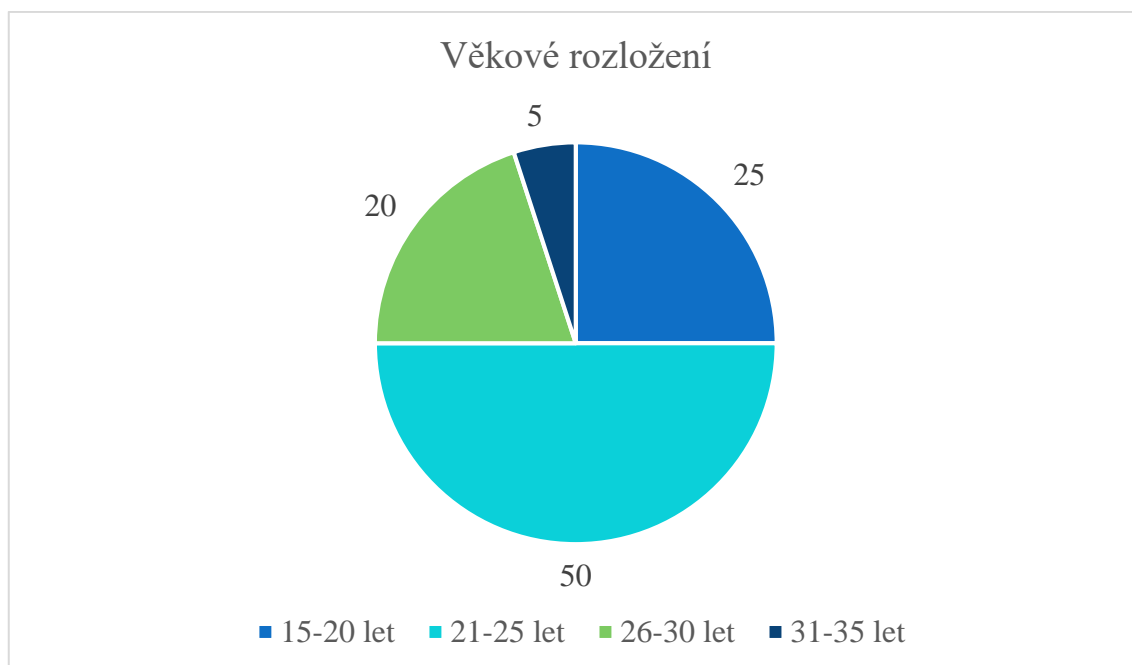
## 9.1 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Vyhodnocení výsledků průzkumu jsme znázornili pomocí grafů, které jsme sami vytvořili v programu MS Excel. Výsledky jsme dále slovně popsali a vyhodnotili.

### **Položka 1** Kolik je vám let?

- a) 15–20 let
- b) 21–25 let
- c) 26–30 let
- d) 31–35 let

Graf 1 Věkové rozložení

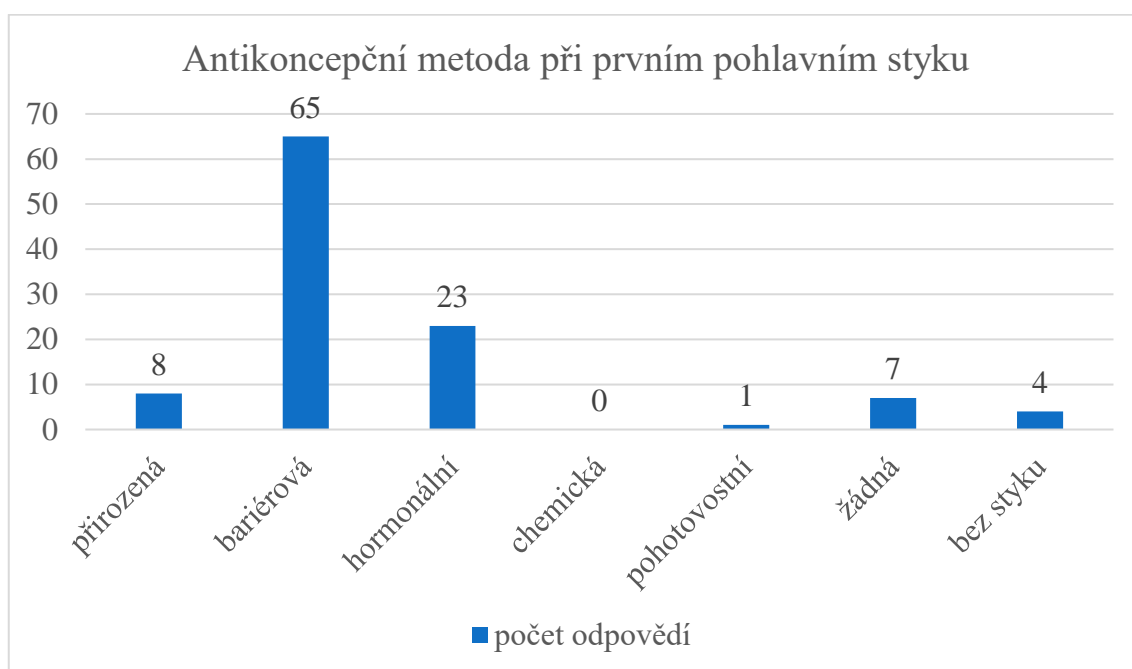


První otázka zkoumala věk respondentek. Čtvrtina, tedy 25 respondentek označilo možnost a, tedy 15–25 let. V procentech je to 25 %. Možnost b označilo 50 respondentek, tedy 50 %. Tato skupina je tak nejpočetnější. Dalších 20 respondentek spadá do věkové kategorie 26–30 let a tvoří 20 %. Zbýlých 5 % obsahuje 5 žen, které patří do nejstarší věkové kategorie 31–35 let.

**Položka 2** Jakou antikoncepční metodu jste zvolila při prvním pohlavním styku?

- a) přirozenou – přerušovaná soulož, plodné a neplodné dny...
- b) bariérovou – kondom, pesar...
- c) hormonální
- d) chemickou (spermicidy)
- e) pohotovostní (postkoitální)
- f) žádnou
- g) pohlavní styk jsem neměla

Graf 2 Antikoncepční metody při prvním pohlavním styku

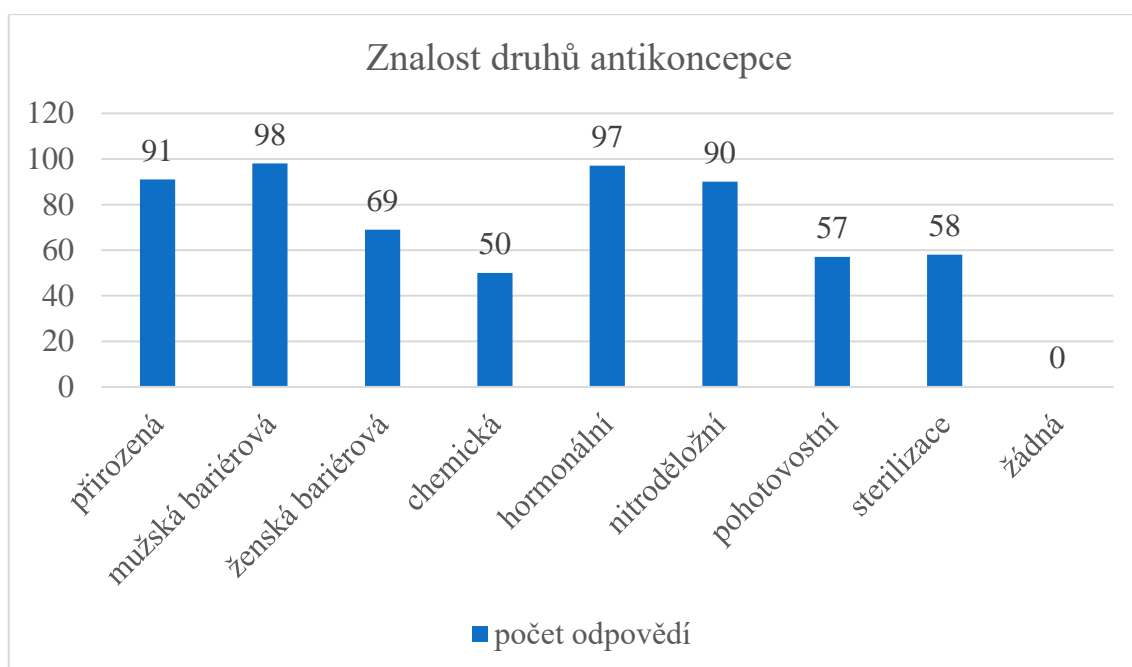


Druhá otázka zjišťovala, jakou antikoncepční metodu ženy zvolily při prvním pohlavním styku. Předpoklad, že nejčastěji užitou metodou bude bariérová metoda, se potvrdil. Tuto možnost zvolilo 65 respondentek, což je 65 %. Další v četnosti užití byla hormonální metoda, jež volilo 23 žen, tedy 23 %. Vzhledem k nespolehlivosti a nutné sebeznalosti bylo poměrně překvapivé, že 8 respondentek (8 %) použilo přirozenou metodu a 7 respondentek (7 %) dokonce nepoužilo žádnou antikoncepční metodu. Jedna respondentka uvedla použití postkoitální antikoncepce, což činí 1 %. Čtyři ženy (4 %) ve svém životě ještě neměly pohlavní styk. Chemickou antikoncepci při prvním pohlavním styku nepoužila žádná z tázaných žen.

### Položka 3 Které z těchto antikoncepčních metod znáte?

- a) přirozená – přerušovaná soulož, plodné a neplodné dny...
- b) bariérová – kondom
- c) bariérová – pesar, femidom a ostatní ženské metody
- d) chemická (spermicidy)
- e) hormonální
- f) nitroděložní tělísko
- g) pohotovostní (postkoitální)
- h) sterilizace
- i) žádnou z metod

Graf 3 Znalost druhů antikoncepce

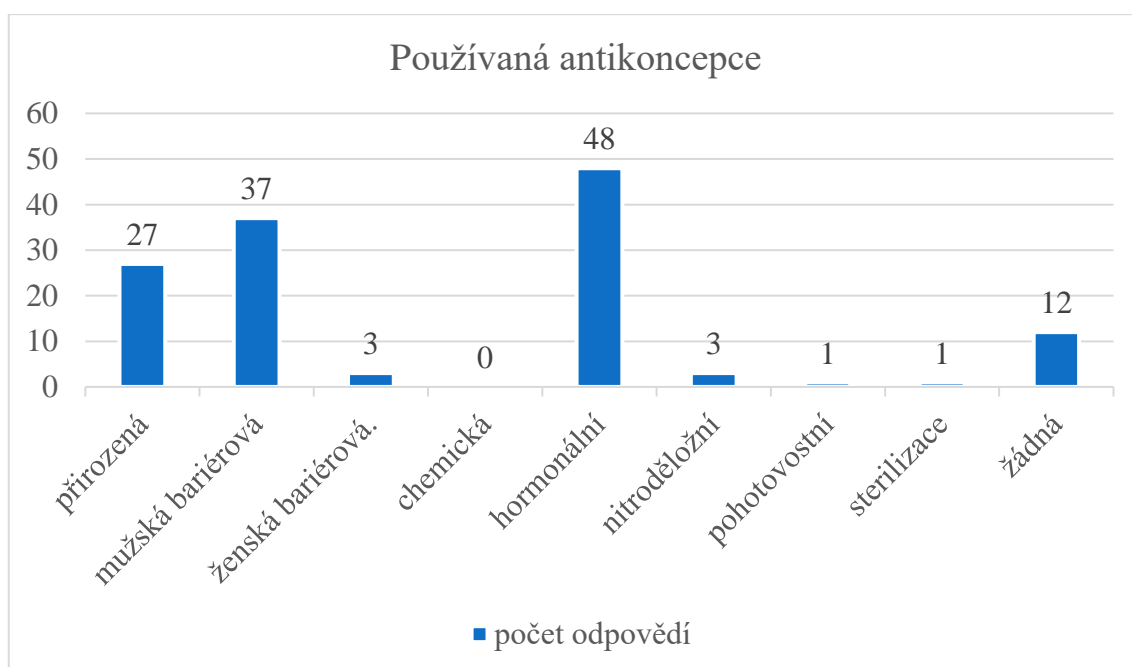


Ve třetí otázce jsme se ptali, které druhy antikoncepce respondentky znají. Dotazované mohly označit více odpovědí. Znalost většiny metod je až překvapivě dobrá. Mužské bariérové metody zná 98 žen (98 %), hormonální antikoncepci zná 97 žen (97%), přirozené metody označilo 91 žen (91 %) a 90 žen zná i nitroděložní tělísko, což činí 90 %. O něco méně respondentek zná ženské bariérové metody – 69 žen, tedy 69 %. Metodu sterilizace označilo 58 tázaných (58 %) a 57 tázaných (57 %) zná postkoitální antikoncepci. Chemickou antikoncepci zná pouze 50 respondentek, tedy 50 %. Žádná z tázaných žen neoznačila možnost neznalosti žádné z uvedených antikoncepčních metod.

#### **Položka 4** Jaký druh antikoncepce používáte?

- a) přirozená – přerušovaná soulož, plodné a neplodné dny...
- b) bariérová – kondom
- c) bariérová – pesar, femidom a jiné ženské bariérové metody
- d) chemická (spermicidy)
- e) hormonální
- f) nitroděložní tělísko
- g) pohotovostní (postkoitální)
- h) sterilizace
- i) žádná

Graf 4 Používaná antikoncepce



Další otázka zjišťovala, jakou metodu antikoncepce respondentky v současné době užívají. Dle našeho předpokladu je nejpoužívanější metodou hormonální antikoncepce, kterou užívá 48 respondentek (48 %). Dále následuje mužská bariérová antikoncepce označená 37 respondentkami (37 %) a poté přirozené metody označené 27 ženami (27 %). Tři ženy uvedly užívání ženské bariérové antikoncepce, což činí 3 % a shodný počet odpovědí zaznamenalo i nitroděložní tělísko, takže opět 3 %. Po jedné odpovědi mají možnosti postkoitální antikoncepce a sterilizace, každá tedy činí 1 %. Užívání chemické antikoncepce neuváděla žádná respondentka. Žádnou antikoncepční metodu neužívá 12 žen, tedy 12 %.

### **Položka 5** Kdo nebo co vás ovlivnilo při výběru antikoncepční metody?

- a) lékař
- b) kamarádka
- c) rodiče
- d) internet
- e) literatura
- f) náboženství
- g) partner
- h) nikdo
- i) jiné

Graf 5 Ovlivnění výběru antikoncepční metody



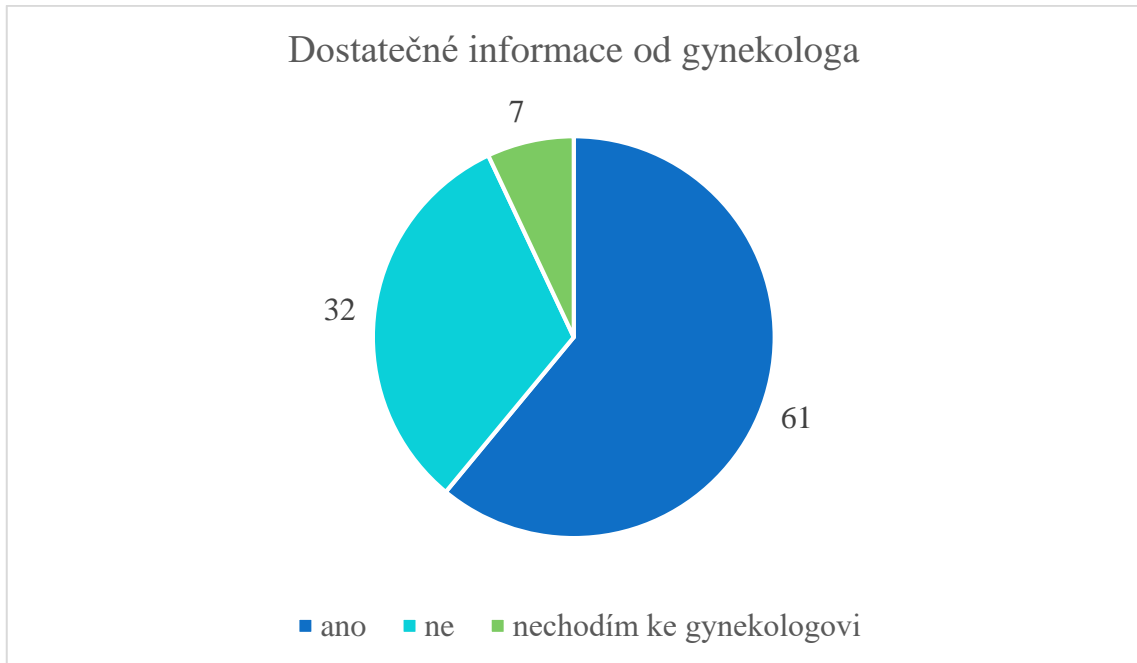
Pátou otázkou jsme se dotazovali, kdo nebo co ženy ovlivnilo při výběru antikoncepční metody. Alespoň jednu odpověď jsme zaznamenali u každé možnosti. Pozitivním zjištěním je, že nejvíce žen ovlivnil při výběru lékař. Tuto možnost označilo 36 žen, tedy 36 %. Velkou část tázaných při výběru neovlivnil nikdo a nic, konkrétně 33 respondentek (33 %). Rodiče ve výběru ovlivnili čtvrtinu tázaných, tedy 25 žen (25 %). Kamarádkou se nechalo ovlivnit 17 respondentek (17 %). Stejně množství odpovědí zaznamenává i možnost ovlivnění internetem (také 17 %). Partner ovlivnil 15 žen, což činí 15 %. Pouze 8 respondentek se nechalo ovlivnit literaturou, tedy 8 %, 5 žen (5 %) označilo možnost

„jiné“. Náboženství hrálo při výběru antikoncepce roli jen u jedné respondentky, tedy u 1 % tázaných žen.

**Položka 6** Poskytuje vám váš gynekolog dostatečné informace o antikoncepci?

- a) ano
- b) ne
- c) nechodím ke gynekologovi

Graf 6 Dostatečné informace od gynekologa

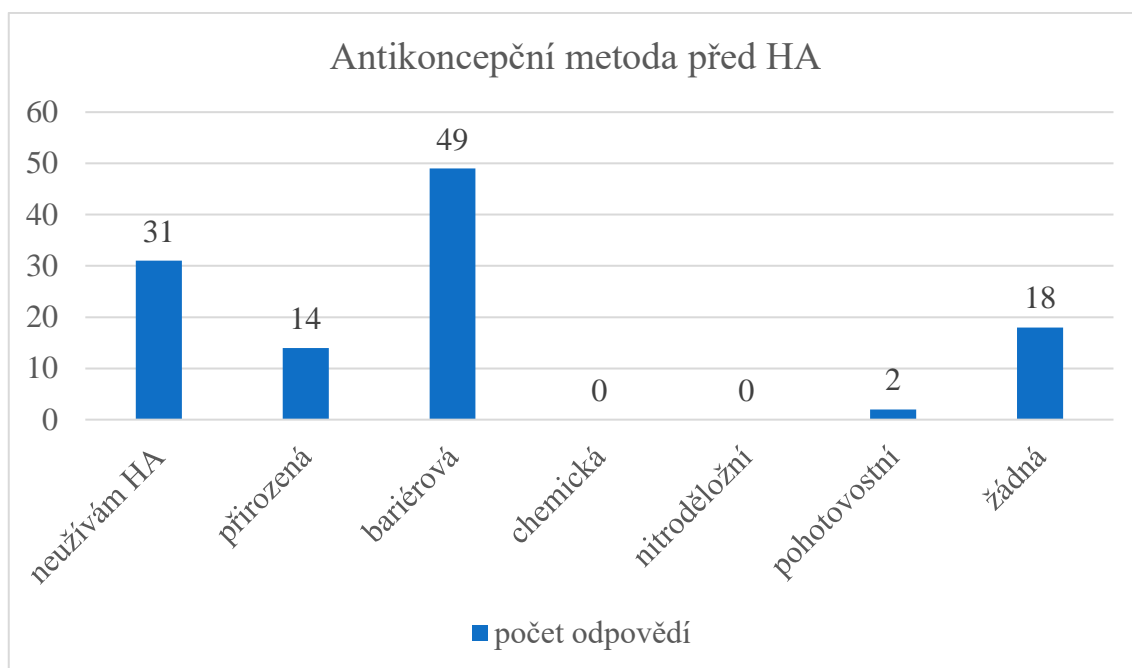


V šesté otázce nás zajímalo, zda tázaným ženám poskytuje jejich gynekolog dostatečné informace o antikoncepci. Možnost „ano“ zvolilo 61 tázaných, což činí 61 %. Možnost „ne“ zvolilo 32 tázaných, tedy 32 %. Sedm respondentek (7 %) nechodí ke gynekologovi.

**Položka 7** Jakou antikoncepční metodu jste používala před nasazením hormonální antikoncepce (HA)?

- a) neužívám hormonální antikoncepci
- b) přirozená – přerušovaná soulož, plodné a neplodné dny...
- c) bariérová – kondom, pesar...
- d) chemická (spermicidy)
- e) nitroděložní tělísko
- f) pohotovostní (postkoitální)
- g) žádná

Graf 7 Antikoncepční metoda před hormonální antikoncepcí



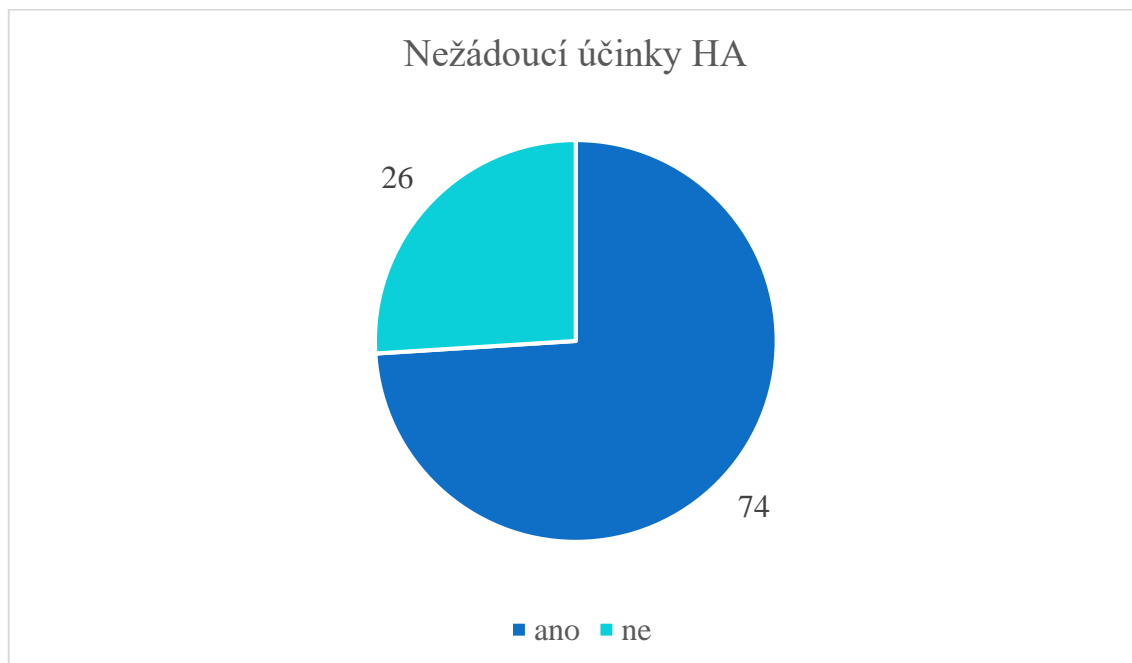
Sedmá otázka se dotazovala na antikoncepční metodu, kterou tázané ženy užívaly před případným nasazením hormonální antikoncepce. 31 respondentek (31 %) odpovědělo, že neužívá hormonální antikoncepci. Předpokládali jsme, že nejčastější odpovědí bude možnost c, tedy bariérová antikoncepce. Náš předpoklad se potvrdil, tuto možnost označilo 49 respondentek, činící 49 %. Nepříliš pozitivní zjištění bylo, že 18 respondentek (18 %) neužívalo žádnou antikoncepční metodu a to ani oblíbenou metodu přerušované soulože, radící se do přirozených metod. Přirozené metody využívalo 14 respondentek, tedy 14 %. Dvě ženy, tvořící 2 %, uvedly užívání postkoitální antikoncepce. Chemickou metodu ani nitroděložní tělísko neoznačila ani jedna respondentka.



**Položka 8** Víte, jaké nežádoucí účinky může mít hormonální antikoncepce?

- a) ano, vypište:
- b) ne

Graf 8 Nežádoucí účinky HA

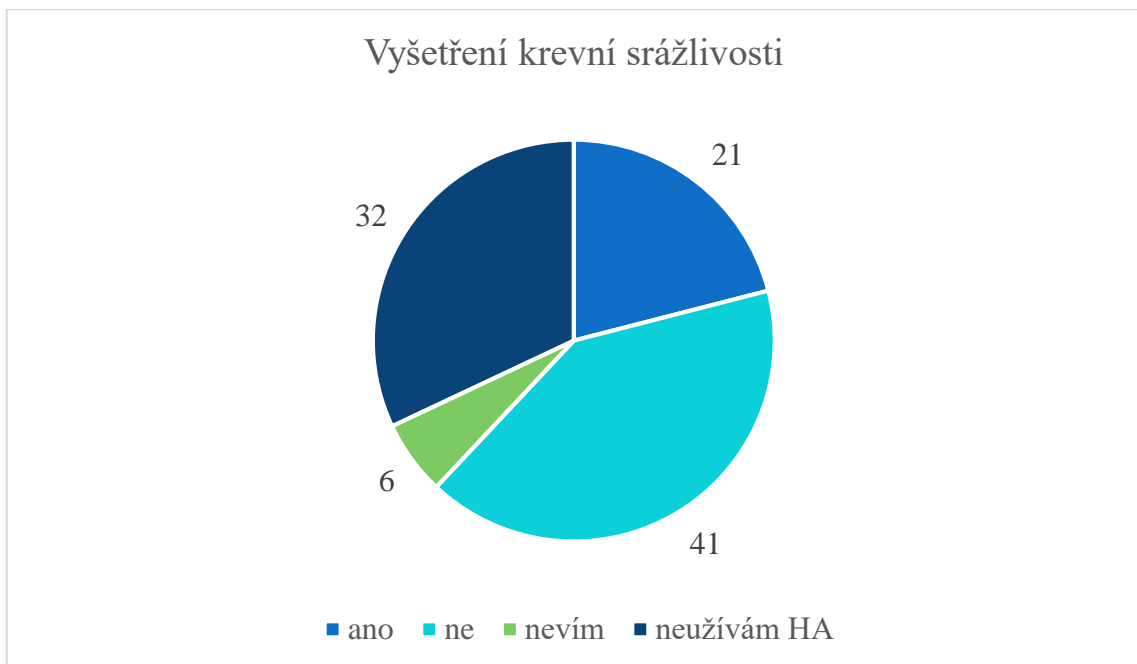


Další, v pořadí osmá otázka zjišťovala, zda tázané ženy znají nějaké nežádoucí vedlejší účinky hormonální antikoncepce. Tato otázka byla polootevřená, pokud ženy označily možnost a, měly dále vypsát alespoň nějaký negativní vedlejší účinek hormonální antikoncepce. Možnost „ano, vypište:“, zvolilo 74 tázaných (74 %). Většina žen napsala správné odpovědi, jako je zvýšené riziko tromboembolické nemoci, zvýšení tělesné hmotnosti, snížené libido apod. U gestagenní antikoncepce uvedly zhoršený stav pleti a nepravidelnou menstruaci. Několik žen uvedlo, že negativní vedlejší účinky jsou, ale nedokáží žádnou uvést. Pět žen uvedlo zcela nesprávnou odpověď a teoreticky by měly spadat spíše do kategorie žen, které neznají žádný negativní vedlejší účinek hormonální antikoncepce. Možnost b zvolilo 26 žen, tedy 26 %.

**Položka 9** Pokud užíváte hormonální antikoncepci, byla vám před jejím nasazením vyšetřena krevní srážlivost?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) neužívám hormonální antikoncepci

Graf 9 Vyšetření krevní srážlivosti



V pořadí devátá otázka se dotazovala, zda byla respondentkám před nasazením hormonální antikoncepce vyšetřena krevní srážlivost. Velmi negativním zjištěním bylo, že 41 žen (41 %) vyšetřeno nebylo. Předpokládali jsme, že toto číslo bude nižší. Krevní srážlivost byla vyšetřena 21 respondentkám (21 %) a 6 respondentek (6 %) neví, zda byly vyšetřeny. Možnost „neužívám hormonální antikoncepci“ označilo 32 tázaných, činících 32 %.

**Položka 10** Víte, co je to postkoitální – pohotovostní antikoncepce?

- a) ano, krátce vysvětlete:
- b) ne

Graf 10 Postkoitální antikoncepce

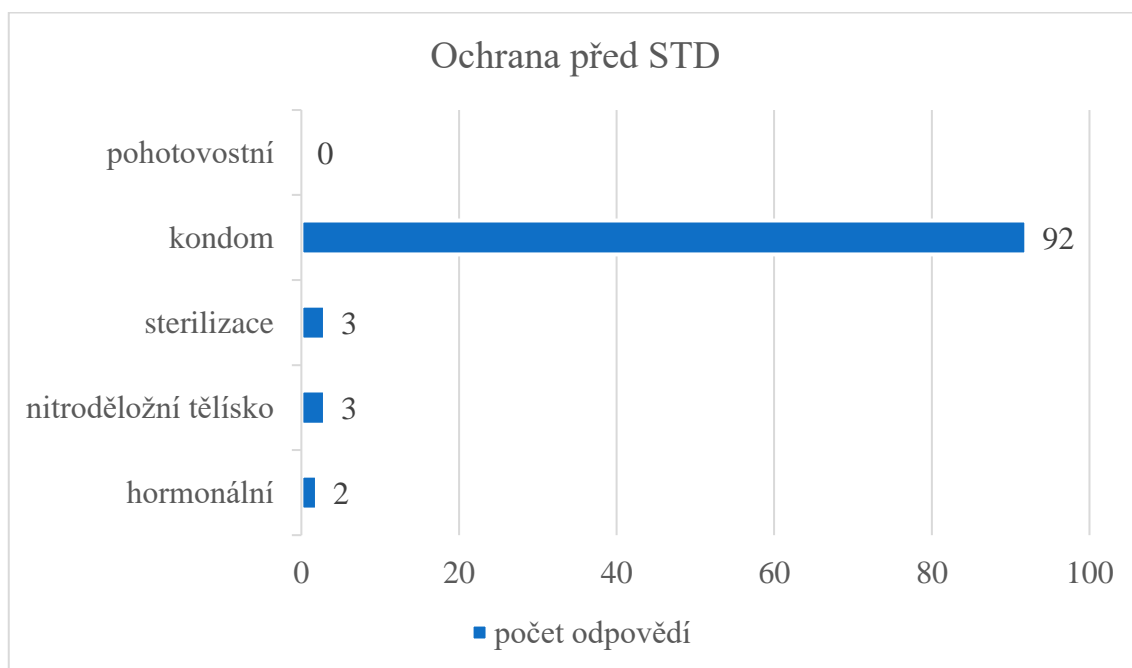


Desátou otázkou jsme se ptali, zda tázané ženy ví, co je postkoitální neboli pohotovostní antikoncepce. Otázka byla polootevřená, pokud ženy zvolily možnost „ano“, měly krátce vysvětlit, co je to postkoitální antikoncepce. Tuto možnost zvolilo 68 žen, tedy 68 %. Většina z nich správně vysvětlila, co postkoitální antikoncepce je, tedy určitými slovy vyjádřily, že jde o tabletu, která se užije po styku a zabrání otěhotnění. Pět respondentek zcela chybně uvedlo, že jde o potrat a 1 respondentka uvedla takovou odpověď, ze které je zřejmé, že nemá ponětí ani o základním sexuálním názvosloví, natož o fungování postkoitální antikoncepce. Možnost „ne“ zvolilo zbylých 32 respondentek, tvořících 32 %.

**Položka 11** Která z těchto antikoncepčních metod poskytuje nejlepší ochranu před sexuálně přenosnými chorobami (STD)?

- a) hormonální antikoncepce
- b) nitroděložní tělísko
- c) sterilizace
- d) kondom
- e) pohotovostní (postkoitální) antikoncepce

Graf 11 Ochrana před STD

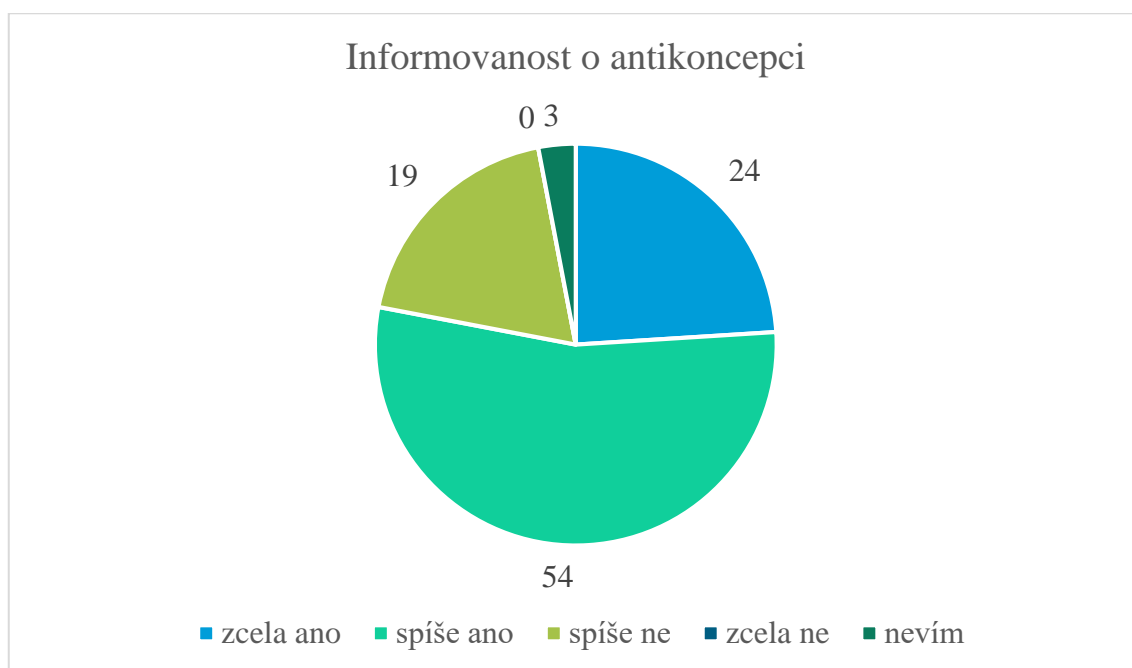


V další, jedenácté otázce, jsme uvedli pět antikoncepčních metod a ptali jsme se, která z nich poskytuje nejlepší ochranu před sexuálně přenosnými chorobami. Potvrdil se náš předpoklad, že většina žen odpoví správně a označí možnost d, tedy kondom. Tuto jedinou správnou odpověď zvolilo 92 respondentek, tedy 92 %. Dále 3 ženy (3 %) chybně označily možnost b – nitroděložní tělísko, 3 ženy (3 %) označily možnost c – sterilizace. Hormonální antikoncepci označily 2 respondentky (2 %) a postkoitální antikoncepci neoznačila žádná z tázaných žen.

**Položka 12** Myslíte si, že jste o antikoncepčních metodách dostatečně informovaná?

- a) zcela ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) zcela ne
- e) nevím

Graf 12 Informovanost o antikoncepci



V poslední otázce jsme se ptali, zda si tázané ženy myslí, že jsou dostatečně informovány o antikoncepčních metodách. Z respondentek si 24 myslí, že jsou „zcela informovány“ a tvoří tak 24 %. Že jsou „spíše informovány“ si myslí 54 respondentek (54 %). 19 žen (19 %) si myslí, že jsou „spíše neinformovány“. Žádná z tázaných si nemyslí, že je „zcela neinformována“. Možnost „nevím“ označily 3 respondentky, tvořící 3 %.

## 9.2 TEST NEZÁVISLOSTI CHÍ KVADRÁT A PEARSONŮV KOEFICIENT

Pro dvě otázky z dotazníkového šetření jsme provedli testování pomocí testu nezávislosti chí kvadrát. K zjištění míry závislosti byl vypočten Pearsonův koeficient. Nejprve jsme vytvořili kontingenční tabulku položek 1 a 12 (věk ženy a sebehodnocení znalostí antikoncepčních metod), ve které byly uvedeny skutečné četnosti, a poté jsme vypracovali výpočet očekávaných četností, který jsme také znázornili pomocí přehledné

tabulky. Poté bylo nutné provést kontrolu, jestli je vůbec možné použít test nezávislosti, protože abychom tak mohli učinit, nesmí být žádná z hodnot menší než 1 a pouze 20 % hodnot může být menší než 5. Vzhledem k tomu, že podmínky nebyly splněny, sloučili jsme skupiny 26–30 let a 31–35 let a také odpovědi „spíše ne“ a „nevím“. Úplně jsme odstranili odpověď „zcela ne“, protože ji neoznačila ani jedna respondentka. Porovnávali jsme spočtenou hodnotu testového kritéria s kritickou tabulkovou hodnotou pro 4 stupně volnosti. Hladinu významnosti jsme zvolili 5 %.

Tabulka 1 Skutečné četnosti

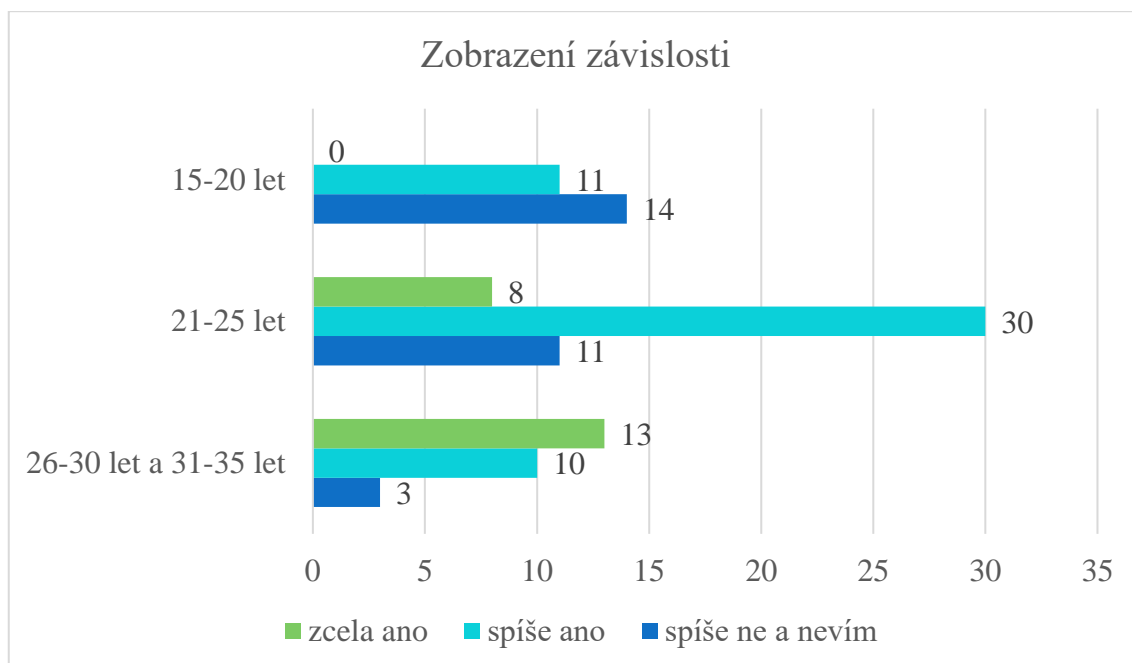
<b>Skutečné četnosti</b>				
	<b>zcela ano</b>	<b>spíše ano</b>	<b>spíše ne a nevím</b>	<b>celkem</b>
<b>15–20 let</b>	3	10	13	26
<b>21–25 let</b>	11	30	8	49
<b>26–35 let</b>	14	11	0	25
<b>celkem</b>	28	51	21	100

Tabulka 2 Očekávané četnosti

<b>Očekávané četnosti</b>				
	<b>zcela ano</b>	<b>spíše ano</b>	<b>spíše ne a nevím</b>	<b>celkem</b>
<b>15–20 let</b>	7,28	13,26	5,46	26
<b>21–25 let</b>	13,72	24,99	10,29	49
<b>26–35 let</b>	7,00	12,75	5,25	25
<b>celkem</b>	28	51	21	100

Po dosazení do vzorce vyšlo testové kritérium 28,274 a kritická hodnota pro 4 stupně volnosti 9,488. Pearsonův koeficient je 0,58, což ukazuje na poměrně vysokou závislost. Na základě těchto výsledků jsme podali rozhodnutí, že na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu, která nám říká, že zde určitá závislost existuje.

Graf 13 Zobrazení závislosti



### 9.3 INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU

Průzkumného šetření se celkem zúčastnilo 100 (100 %) respondentů. Všechny 100 respondentů bylo ženského pohlaví a ve věku od 15 do 35 let, takže žádný zodpovězený dotazník nebylo potřeba vyřadit. Dotazníky byly vloženy na sociální síť. V rámci průzkumu jsme si stanovili 2 cíle a 3 průzkumné otázky.

#### **Cíl 1: Zjistit informovanost žen v oblasti antikoncepčních metod.**

**Průzkumná otázka 1:** Jsou ženy dostatečně informovány o antikoncepčních metodách?

Verifikace v dotazníku: otázky 3, 6, 8, 10, 11, 12.

Co se týče znalostí jednotlivých antikoncepčních metod, se informovanost žen ukázala jako překvapivě dobrá. 98 % zná mužskou bariérovou metodu – kondom, 97 % zná hormonální antikoncepci, 91 % zná přirozené metody a 90 % zná nitroděložní antikoncepci. Již méně respondentek zná ženské bariérové metody (69 %), ale i to je poměrně dost, vzhledem k tomu, o jak málo používanou metodu se jedná. Sterilizaci zná 58 %, postkoitální antikoncepci 57 % a chemickou antikoncepci pouze 50 % respondentek.

Gynekolog poskytuje dostatečné informace o antikoncepci 61 %. Poněkud negativním zjištěním bylo, že 32 % nemá dostatečné informace od gynekologa. Sedm žen ze 100 ke gynekologovi nechodí.

Osmá otázka zjišťovala konkrétní znalosti žen o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce. 74 % žen odpovědělo, že tyto účinky zná a zhruba 64 % z nich je zvládlo správně napsat a zbylých 10 % žen buď neuvedlo odpověď žádnou, nebo uvedlo odpověď špatnou. 26 % žen přiznalo, že žádné vedlejší účinky nezná. V celkovém měřítku nejde o tak špatný výsledek, ale informovanost žen by mohla být lepší.

Desátá otázka se ptala na to, zda ženy ví, co je to postkoitální neboli pohotovostní antikoncepce. Stejně jako u osmé otázky šlo o polootevřenou otázku. 68 % odpovědělo, že ví, co je to postkoitální antikoncepce a 62 % z nich zvládlo správně vysvětlit, o co se jedná. 5 % z 68 % odpovědělo nesprávně. 32 % žen odpovědělo, že neví.

Jedenáctá otázka zjišťovala, zda ženy ví, která z uvedených antikoncepčních metod poskytuje nejlepší ochranu před sexuálně přenosnými chorobami. Většina žen (92 %) odpověděla správně, označily kondom. Zbylých 8 % odpovědělo nesprávně.

V dvanácté otázce měly ženy samy sebe ohodnotit, zda se v oblasti antikoncepce orientují. 24 % žen si myslí, že jsou „zcela informovány“, 54 % žen, že jsou „spíše informovány“ a 19 %, že jsou „spíše neinformovány“. 3 % žen odpovědělo, že neví, jestli jsou informovány nebo ne.

**Průzkumná otázka 2:** Jsou starší ženy lépe informované o antikoncepčních metodách než ženy mladší?

Verifikace v dotazníku: otázky 1 a 12.

První otázkou jsme zjistili věk respondentek. 25 % je ve věku 15–20 let, 50 % ve věku 21–25 let, 20 % ve věku 26–30 let a 5 % ve věku 31–35 let.

V dvanácté otázce ženy samy sebe hodnotily, zda se orientují v oblasti antikoncepce. 24 % žen si myslí, že jsou „zcela informovány“, 54 % žen, že jsou „spíše informovány“ a 19 %, že jsou „spíše neinformovány“. 3 % žen odpovědělo, že neví, jestli jsou informovány nebo ne.



S odpovědí na tuto otázku nám pomohl chí kvadrát test, který ukázal jasnou závislost mezi věkem respondentek a jejich znalostmi. Ženy starší jsou lépe informované než ženy mladší.

**Cíl 2:** Zjistit, které antikoncepční metody jsou ženami nejvíce preferovány

**Průzkumná otázka 3:** Které antikoncepční metody jsou ženami nejvíce používané?

Verifikace v dotazníku: otázky 2, 4 a 7.

Druhá otázka se dotazovala, kterou antikoncepční metodu ženy zvolily při prvním pohlavním styku. 65 % zvolilo bariérové metody, 23 % zvolilo hormonální antikoncepci, 8 % zvolilo přirozené metody. 7 % žen neužilo žádnou antikoncepční metodu. Postkoitální antikoncepci užilo pouze 1 % žen. Zbývá 4 % žen ještě nemělo pohlavní styk.

Čtvrtá otázka zjišťovala, kterou antikoncepční metodu ženy aktuálně používají. Nejvíce používaná je hormonální antikoncepce, kterou z našeho průzkumného vzorku užívá 48 % žen. Následuje mužská bariérová antikoncepce, užívaná 37 % žen a poté přirozené metody užívané 27 % žen. 3 % užívá ženské bariérové metody, 3 % nitroděložní tělísko, 1 % postkoitální antikoncepci a 1 % sterilizaci. Chemickou metodu nevedla ani jedna respondentka. 12 % žen neužívá antikoncepci žádnou.

Jakou antikoncepci ženy užívaly před nasazením hormonální antikoncepce, nám pomohla zjistit sedmá otázka. Nejčastěji užívaly bariérovou antikoncepci (49 %). 14 % respondentek dokonce neužívalo žádnou antikoncepci a shodně 14 % respondentek užívalo přirozené metody. 2 % užívalo postkoitální antikoncepci a 31 % aktuálně neužívá hormonální antikoncepci.

## 10 DISKUZE

V této bakalářské práci jsme zjišťovali informovanost žen ve věku 15–35 let o antikoncepčních metodách. Abychom mohli porovnat výsledky našeho průzkumného šetření, snažili jsme se najít jiné bakalářské a diplomové práce s podobnou nebo stejnou tematikou. Pro porovnání bylo nalezeno 5 bakalářských prací a 1 diplomová práce. Dvě bakalářské práce a jednu diplomovou jsme museli rovnou vyřadit, protože neobsahovaly praktickou část ve formě dotazníkového šetření nebo byly starší 10 let a tudíž neaktuální. Zbyly nám tedy tři bakalářské práce, které bylo možné použít.

Bakalářská práce na téma Využívání dostupných antikoncepčních metod ve věku 15–50 let autorky Miroslavy Medkové z roku 2010 obsahovala 13 položek a průzkumu se zúčastnilo 72 respondentek. Položka, kterou jsme srovnávali, se týkala aktuálně užívané antikoncepční metody. Ze 100 % respondentů využívalo 55 % hormonální metody antikoncepce, 20 % přirozené metody, 14 % bariérové metody, 9 % nitroděložní antikoncepci a 2 % sterilizaci (MEDKOVÁ, 2010). Výsledky našeho průzkumu byly obdobné, až na procento respondentek užívajících bariérové metody antikoncepce, které bylo v našem případě o mnoho vyšší (37 %).

Stejnou otázku položila ve své bakalářské práci na téma Přirozené plánování rodičovství z roku 2015 i Alžběta Málková. Její dotazník obsahoval 22 položek a průzkumu se zúčastnilo 100 respondentek. Ze 100 % respondentů používalo 46 % přirozené metody, 31 % hormonální metody, 17 % bariérové metody, 2 % jiný druh antikoncepce, než bylo uvedeno v dotazníku a 4 % respondentek žádnou antikoncepci neužívalo (MÁLKOVÁ, 2015). Výsledky dotazníku Alžběty Málkové se od našich poměrně lišily. V našem průzkumu zdaleka nebylo tolik uživatelů přirozených metod antikoncepce (27 %) a naopak uživatelů hormonální antikoncepce bylo mezi našimi respondentkami více (48 %), stejně jako uživatelů bariérových metod (37 %).

Druhou porovnávanou položkou byla znalost jednotlivých druhů antikoncepčních metod. Pro srovnání této položky jsme použili bakalářskou práci Barbory Šobrové na téma Antikoncepce z roku 2009. Průzkumné šetření v této práci obsahovalo 17 položek a průzkumu se zúčastnilo 604 respondentů. Ze 100 % respondentů znalo 72 % přirozené metody antikoncepce, 99,7 % bariérovou antikoncepci, 99 % hormonální antikoncepci, 34,3 % chemickou antikoncepci, 83,6 % nitroděložní antikoncepci, 40,4 % pohotovostní antikoncepci a 37,9 % sterilizaci (ŠOBROVÁ, 2009). Při srovnání s naším průzkumem

vyšlo, že naši respondenti byli lépe informováni. Kromě znalosti hormonální a bariérové metody antikoncepce, u kterých byly zaznamenané odpovědi prakticky shodné, byla znalost vyšší u všech metod minimálně o 10 %. Zaznamenané rozdíly v průzkumu byly pravděpodobně ovlivněné především tím, že respondenti Barbory Šobrové byli studenti střední školy, na rozdíl od našich respondentů, kteří byli ve věku 15–35 let. Jak z našeho průzkumu vyšlo, informovanost o dané problematice se zvyšuje s věkem.

## 11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z výsledků našeho průzkumu vyplynulo, že většina žen je o antikoncepci poměrně dobře informovaná. Přesto se však ukázalo, že zejména mladší ženy ve věku 15–20 let mají v přehledu o dané problematice značné mezery. Pozitivním zjištěním bylo, že většina těchto žen si své nedostatečné vědomosti uvědomuje a tudíž předpokládáme, že chtějí své znalosti zlepšit.

V dnešní době ženy často odkládají svoji reprodukci z různých důvodů a právě velmi spolehlivé metody antikoncepce jim v tom pomáhají. Ve chvíli, kdy se ve 40 letech snaží otěhotnět, se jim to ne vždy daří. Nakonec musí přistoupit k metodám asistované reprodukce, která ale ne vždy tento jejich problém vyřeší. Všeobecně tedy ženám doporučujeme, aby těhotenství neodkládaly do pozdního produktivního věku a splnily si své reprodukční plány včas.

Doporučujeme věnovat více času výuce sexuální výchovy žáků na druhém stupni základní školy a na středních školách, zejména s důrazem na prevenci nechtěného početí a sexuálně přenosných chorob. Právě v tomto období mladí lidé získávají první zkušenosti se sexuálním životem a vštěpují si základní návyky s ním spojené. Dále doporučujeme rodičům, aby své potomky včas poučily o možnostech, jak se při sexu chránit a předejít komplikacím spojených s nechtěným početím a sexuálně přenosnými chorobami. Rodiče by také neměli otálet s první návštěvou gynekologie se svými dcerami. I dívky, které ještě nejsou sexuálně aktivní, by měly chodit na pravidelné gynekologické preventivní prohlídky. Gynekologům doporučujeme, aby ženy všech věkových kategorií dostatečně a srozumitelně poučovali o kontracepčních metodách a pomohli jim s výběrem takové metody, která je pro ně nejvhodnější.

Totéž doporučujeme porodním asistentkám, aby i ony měly přehled v oblasti antikoncepčních metod a byly schopné pomoci ženám s jejich výběrem, například pomocí metody krátkých intervencí.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřila na téma antikoncepce. Cílem teoretické části bylo vyhledat a nastudovat informace na vybrané téma. V praktické části práce jsme provedli dotazníkové šetření, jehož hlavním tématem byla informovanost žen o antikoncepčních metodách. Cílem praktické části bylo zjistit informovanost žen v oblasti antikoncepčních metod a dále zjistit, které metody jsou ženami nejvíce preferovány.

V teoretické části jsme obecně popsali kontracepční metody a popsali jsme, na jakém principu fungují. Dále jsme uvedli výhody a nevýhody jednotlivých metod, a pokud to bylo u daného typu antikoncepce relevantní, i rizika užívání. U každé metody byla pomocí Pearlova indexu vyjádřena její spolehlivost. V neposlední řadě jsme uvedli míru ochrany uživatele před sexuálně přenosnými chorobami.

V prvním stanoveném cíli pro praktickou část práce jsme zkoumali informovanost žen v oblasti antikoncepčních metod. Z průzkumu vyplynulo, že jsou ženy poměrně dobře informované. Většina z nich má přehled o existenci většiny kontracepčních metod a samy sebe hodnotí jako zcela či spíše informované. Pokud jsme se ptali na některé metody detailněji, přibližně tři čtvrtiny respondentek znalo správné odpovědi a čtvrtina se orientovala jen z části nebo vůbec. Všeobecně s věkem respondentek stoupala i informovanost o dané problematice.

Ve druhém cíli jsme si stanovili zjistit, které antikoncepční metody jsou ženami nejvíce preferovány. Z výsledků našeho průzkumného šetření jsme zjistili, že se liší preference antikoncepční metody v případě prvního pohlavního styku a dlouhodobě užívané antikoncepce. U prvního pohlavního styku výrazně převládá bariérová metoda a naopak v případě dlouhodobého užívání ženy preferují hormonální metody antikoncepce.

Stanovené cíle pro teoretickou i praktickou část práce byly splněny. Myslíme si, že naše práce může být použita jako studijní materiál o kontracepčních metodách pro studenty nelékařských zdravotnických oborů i laickou veřejnost.

## SEZNAM LITERATURY

- BARTÁK, A., 2009. Antikoncepce v životních etapách ženy. *Florence*. **5**(11), 32. ISSN 1801-464X.
- ČEPICKÝ, P. a M. FANTA, 2011. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Levret. ISBN 978-80-87070-51-2.
- ČEPICKÝ, P. a Z. ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, c2011. *Co by měli vědět o hormonální antikoncepci farmaceuti a farmaceutické laborantky*. Praha: Levret. ISBN 978-80-87070-59-8.
- ČESKO, 2011. Zákon č. 373/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011, o specifických zdravotních službách. *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, [cit. 27.2.2019] Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-373>.
- DRIÁK, D., 2017. Aktuální trendy v hormonální antikoncepci. *Practicus*. **16**(2), 14-19. ISSN 1213-8711.
- DVOŘÁČKOVÁ, K. a D. VETCHÝ, 2014. Vaginální kroužky – jejich současnost a budoucnost. *Remedia*. **24**(2), 122-125. ISSN 0862-8947.
- FAIT, T., c2012. *Antikoncepce: [průvodce ošetřujícího lékaře]*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-285-8.
- KŘEMENOVÁ, S., 2009. Bariérové metody antikoncepce a STI. Redukce - nikoliv eliminace - rizika akvirování jednotlivých STI při užívání bariérové antikoncepce. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. **51**(speciál I), 45-47. ISSN 1213-9106.
- KŘEPELKA, P., 2014. Postkoitální antikoncepce v roce 2014. *Remedia*. **24**(2), 117-119. ISSN cnb000357121.
- KŘEPELKA, P., 2017. Typy hormonální antikoncepce. *Gynekolog*. **26**(1), 6-10. ISSN 1210-1133.
- KUBÍČEK, V., 2009. Možnosti antikoncepce u mužů. *Urologie pro praxi*. **10**(3), 194-199. ISSN 1213-1768.
- LÁZNIČKOVÁ, L., 2011. *Průvodce symptotermální metodou: přirozené plánování rodičovství*. Brno: Centrum naděje a pomoci. ISBN 978-80-904855-0-1.

- MÁLKOVÁ, A., 2015. *Přirozené plánování rodičovství*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra výchovy ke zdraví.
- MAREŠOVÁ, P., 2014. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Mladá fronta, Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3153-0.
- MEDKOVÁ, M., 2010. *Využívání dostupných antikoncepčních metod ženami ve věku 15-50 let*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra porodní asistence.
- NaturComp* [online]. NaturComp. 2019 [cit. 10.1.2019]. Dostupné z: <https://www.naturcomp.cz/>
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2018. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 5. dopl. vyd. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-88249-02-3.
- NOVOTNÁ, M., 2011. Antikoncepce na míru. *Angis revue*. **4**(1), 16-18. ISSN 2464-5435.
- NOVÝ, J., 2011. Injekční antikoncepce. *Lékařské listy*. **2011**(3), 12-14. ISSN bmc11035125
- Pharmatex* [online]. Pharmatex. 2019 [cit. 10.1.2019]. Dostupné z: <http://www.pharmatex.cz/index.php?view=spc>
- ROB, L., A. MARTAN, K. CITTERBART a kol., 2012. *Gynekologie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.
- ŠOBROVÁ, B., 2009. *Antikoncepce*. Praha. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
- ŠULOVÁ, L., T. FAIT a P. WEISS, c2011. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-238-4.
- VOKURKA, M. a J. HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualiz. vydání. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.
- WEISOVÁ, J., 2014. Nehormonální antikoncepce. *Florence*. **10**(5), 16-18. ISSN: 1801-464X.

WANG, C., M.P. FESTIN a R.S. SWERDLOFF, 2016. Male Hormonal Contraception: Where Are We Now? *Current Obstetrics and gynecology reports*. [online], **5**, 38-47. [cit. 28.2.2019] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4762912/>



# PŘÍLOHY

Příloha A Dotazník.....	II
Příloha B Čestné prohlášení.....	VI

**Antikoncepce z pohledu porodní asistentky – určeno pro ženy ve věku 15–35 let**

Vážené respondentky,

jsem studentka Vysoké školy zdravotnické v Praze a ráda bych Vás požádala o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro bakalářskou práci „Antikoncepce z pohledu porodní asistentky“.

Dotazník je anonymní a jeho vyplňování dobrovolné.

Děkuji za spolupráci

Eva Hejnalová

1. Kolik je vám let?

- a) 15–20 let
- b) 21–25 let
- c) 26–30 let
- d) 31–35 let

2. Jakou antikoncepční metodu jste zvolila při prvním pohlavním styku?

- a) přirozenou – přerušovaná soulož, plodné a neplodné dny...
- b) bariérovou – kondom, pesar...
- c) hormonální
- d) chemickou (spermicidy)
- e) pohotovostní (postkoitální)
- f) žádnou
- g) pohlavní styk jsem neměla

3. Které z těchto antikoncepčních metod znáte?

- a) přirozená – přerušovaná soulož, plodné a neplodné dny...
- b) bariérová – kondom
- c) bariérová – pesar, femidom a ostatní ženské metody

- d) chemická (spermicidy)
- e) hormonální
- f) nitroděložní tělísko
- g) pohotovostní (postkoitální)
- h) sterilizace
- i) žádnou z metod

4. Jaký druh antikoncepce používáte?

- a) přirozená – přerušovaná soulož, plodné a neplodné dny...
- b) bariérová – kondom
- c) bariérová – pesar, femidom a jiné ženské bariérové metody
- d) chemická (spermicidy)
- e) hormonální
- f) nitroděložní tělísko
- g) pohotovostní (postkoitální)
- h) sterilizace
- i) žádná

5. Kdo nebo co vás ovlivnilo při výběru antikoncepční metody?

- a) lékař
- b) kamarádka
- c) rodiče
- d) internet
- e) literatura
- f) náboženství
- g) partner
- h) nikdo
- i) jiné

6. Poskytuje vám váš gynekolog dostatečné informace o antikoncepci?

- a) ano
- b) ne

c) nechodím ke gynekologovi

7. Jakou antikoncepční metodu jste používala před nasazením hormonální antikoncepce (HA)?

- a) neužívám hormonální antikoncepci
- b) přirozená – přerušovaná soulož, plodné a neplodné dny...
- c) bariérová – kondom, pesar...
- d) chemická (spermicidy)
- e) nitroděložní tělísko
- f) pohotovostní (postkoitální)
- g) žádná

8. Víte, jaké nežádoucí účinky může mít hormonální antikoncepce?

- a) ano, vypište:
- b) ne

9. Pokud užíváte hormonální antikoncepci, byla vám před jejím nasazením vyšetřena krevní srážlivost?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) neužívám hormonální antikoncepci

10. Víte, co je to postkoitální – pohotovostní antikoncepce?

- a) ano, krátce vysvětlete:
- b) ne

11. Která z těchto antikoncepčních metod poskytuje nejlepší ochranu před sexuálně přenosnými chorobami (STD)?

- a) hormonální antikoncepce
- b) nitroděložní tělísko

- c) sterilizace
- d) kondom
- e) pohotovostní (postkoitální) antikoncepce

12. Myslíte si, že jste o antikoncepčních metodách dostatečně informovaná?

- a) zcela ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) zcela ne
- e) nevím

## Příloha B Čestné prohlášení

### Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Antikoncepce z pohledu porodní asistentky“ v rámci studia realizovaného na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne.....

.....

Eva Hejnalová