

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Lucie Bačovská

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Antikoncepce u nerodivších žen

Lucie Bačovská

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2017/2018

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Bačovská**  
Osobní číslo: **Z15039**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Antikoncepce u nerodivších žen**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. FAIT, Tomáš. Antikoncepce: Průvodce ošetřujícího lékaře. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-280-3.
2. FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA. Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2017. ISBN 978-80-7345-482-1.
3. MAREŠOVÁ, Pavlína a Luděk FIALA. Moderní postupy v gynekologii a porodnictví. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4852-1.
4. ROZTOČIL, Aleš a kol. Moderní gynekologie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-271-9795-8.


Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zuzana Škorníčková


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2017

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2019

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Moráčková, DiS.  
vedoucí/katedry

V Pardubicích dne 13. března 2019

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 1. 5. 2019

Lucie Bačovská

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych chtěla poděkovat paní Mgr. Zuzaně Škorníčkové, vedoucí mé bakalářské práce, za trpělivost a ochotu, za odborné vedení a cenné rady. Zároveň bych chtěla poděkovat mé rodině za podporu během celého studia a dále bych chtěla poděkovat všem ženám, které se podílely na vyplňování dotazníku.

V Pardubicích dne 1. 5. 2019

Lucie Bačovská

## **ANOTACE**

Bakalářská práce na téma Antikoncepce u nerodivších žen je prací teoreticko - průzkumnou. Teoretická část se zabývá plánovaným rodičovstvím a výchovou k reprodukčnímu zdraví. Dále popisuje problematiku antikoncepce, jednotlivé antikoncepční metody, pozitivní a negativní dopady na zdraví ženy. Průzkumná část se zabývá přístupem nerodivších žen k antikoncepci, jejich znalostmi v oblasti antikoncepce a obsahuje zhodnocení výsledků z průzkumného šetření.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Antikoncepce, plánované rodičovství, reprodukční zdraví, znalosti

## **TITLE**

Contraception for women of childbearing age, who haven't had a child yet

## **ANNOTATION**

The bachelor thesis Contraception for women of childbearing age, who haven't had a child yet is partly theoretical as well as fact - finding work. The theoretical part deals with planned parenthood and education for reproductive health. It also describes contraception, individual contraceptive methods, positive and negative impact on women's health. The exploratory part deals with the approach of women to contraception, their knowledge of it and it includes an assessment of the investigation results, too.

## **KEYWORDS**

Contraception, planned parenthood, reproductive health, knowledge

# OBSAH

Úvod.....	10
1 Cíl práce.....	11
1.1 Cíle teoretické části.....	11
1.2 Cíle průzkumné části.....	11
2 Teoretická část.....	12
2.1 Plánované rodičovství.....	12
2.1.1 Výchova k reprodukčnímu zdraví.....	12
2.1.2 Prekoncepční péče.....	13
2.2 Antikoncepce.....	14
2.2.1 Přirozené metody antikoncepce.....	15
2.2.2 Bariérové metody antikoncepce.....	17
2.2.3 Spermicidní přípravky.....	17
2.2.4 Hormonální antikoncepce.....	18
2.2.5 Nitroděložní tělísko-IUD (Intrauterine device).....	22
2.2.6 Sterilizace.....	23
Průzkumná část.....	26
3 Metodika průzkumu.....	26
3.1 Charakteristika průzkumného souboru.....	26
3.2 Průzkumné otázky.....	27
4 Interpretace výsledků průzkumu.....	28
4.1 Vyhodnocení otázek 14 - 18.....	48
5 Diskuze.....	49
6 Závěr.....	54
7 Použitá literatura.....	56
8 Přílohy.....	58



## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Graf používaných antikoncepčních metod.....	29
Obrázek 2 - Graf používaných druhů antikoncepčních metod .....	30
Obrázek 3 - Graf o důvodech, proč ženy neužívají antikoncepci .....	31
Obrázek 4 - Graf o důvodech, proč ženy užívají antikoncepci.....	32
Obrázek 5 - Graf vysazení antikoncepce .....	35
Obrázek 6 - Graf, kde ženy uvedly důvod vysazení antikoncepce .....	36
Obrázek 7 - Graf změny antikoncepce .....	37
Obrázek 8 - Graf, kde ženy uvedly důvod změny antikoncepce .....	38
Obrázek 9 - Graf zdrojů získávání informací .....	39
Obrázek 10 - Graf konzultace s partnerem .....	40
Obrázek 11- Graf shody konzultace s partnerem.....	41
Obrázek 12 - Graf nežádoucích účinků hormonální antikoncepce.....	42
Obrázek 13 - Graf pozitivních účinků hormonální antikoncepce.....	43
Obrázek 14 - Graf absolutních kontraindikací hormonální antikoncepce .....	44
Obrázek 15 - Graf užití postkoitální antikoncepce .....	46
Obrázek 16 - Graf téměř 100% antikoncepčních metod.....	47
Obrázek 17- Graf hodnocení znalostí respondentek.....	48
Tabulka 1 - Doba užívání antikoncepce .....	33
Tabulka 2 - Začátek užívání antikoncepce .....	34

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ATB	antibiotikum
CC	kombinovaná hormonální antikoncepce
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
CO <sub>2</sub>	oxid uhličitý
DK	dolní končetina
DM	diabetes mellitus
f <sub>i</sub> , f <sub>o</sub>	relativní četnost
HN	hypertenzní nemoc
ICHS	ischemická choroba srdeční
IM	infarkt myokardu
IUD	nitroděložní tělísko
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
n	celková četnost
n <sub>i</sub> , n <sub>o</sub>	absolutní četnost
STD	pohlavně přenosné choroby (sexually transmitted diseases)
TEN	tromboembolická nemoc

## ÚVOD

Každá žena má beze sporu právo rozhodnout se, zda a kdy bude mít vlastní děti. V tomto rozhodnutí může ženě pomoci užívání antikoncepce. Antikoncepce zabrání nechtěnému otěhotnění a tedy i narození nechtěného dítěte. Snaha zabránit nechtěnému otěhotnění trápila ženy již v hluboké minulosti, ale v dnešní době mají ženy mnoho možností jak tuto situaci řešit. Mohou si vybrat takovou antikoncepci, která je v souladu s jejich životním stylem, s hodnotami které vyznávají. Antikoncepce má mnoho příjemných stránek a život ženy tímto obohacuje. Aby se ženy mohly správně rozhodnout ve výběru antikoncepce, je důležité, aby měly dostatek správných informací, uměly se v oblasti antikoncepce orientovat a tím získaly vhodné znalosti. Z tohoto důvodu si myslím, že je důležité se touto problematikou zabývat.

# **1 CÍL PRÁCE**

Cílem bakalářské práce je popsat problematiku antikoncepce, vztah nerodivších žen k antikoncepci. Zabývá se přístupem žen k antikoncepčním metodám, znalostmi a informovaností o antikoncepci.

## **1.1 Cíle teoretické části**

1. Charakterizovat plánované rodičovství a výchovu k reprodukčnímu zdraví.
2. Vymezit a podrobněji popsat jednotlivé antikoncepční metody.

## **1.2 Cíle průzkumné části**

1. Zjistit, zda a jakou antikoncepci používají nerodivší ženy.
2. Zjistit znalosti nerodivších žen o antikoncepci.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Plánované rodičovství

Pod pojmem plánované rodičovství se rozumí pořídit si vlastní děti v období, které je pro rodinu z nejrůznějších důvodů ideální a dále pak úsilí zabránit nežádoucímu otěhotnění. Plánované rodičovství je základním lidským právem, které umožňuje každé ženě, aby se svobodně rozhodla o počtu svých dětí a o době, kdy se její děti narodí. Mezi pozitivní plánování rodičovství patří všechna opatření, kterými páry usilují o těhotenství a děti. Negativní plánování rodičovství zahrnuje snahu zabránit nechtěnému těhotenství (Vránová, 2010, s. 24). Nejvýhodnějším způsobem regulace porodnosti je antikoncepce (kontracepce). V České republice výrazně klesá počet interrupcí především kvůli dostupnosti antikoncepčních prostředků. Interrupce jsou po stránce etické i zdravotní nejméně vhodným prostředkem regulace plodnosti (Slezáková, 2017, s. 102).

Během 20. století se výrazně změnilo vnímání sexuality ženy. Žena již není pouze objektem sexuální touhy muže. Stává se z ní rovnocenný partner v sexuálním životě. Sexuální život není pro velkou část populace spjat s institucí manželství. Sexualita je před uzavřením manželství tolerována legislativou i společností (Roztočil, 2011, s. 118). Člověk je jediný živočišný druh, kterému se povedlo oddělit sexualitu a reprodukci. Sex a rozmnožování bývají od sebe větší část života odděleny. Velký vliv na tento stav má například rozvoj spolehlivých antikoncepčních metod, ale i vzestup ženské zaměstnanosti, vzdělání. Z pohledu medicíny je mezi reprodukčním a sexuálním zdravím úzká souvislost. Úsilím medicíny je dosáhnout tělesného, duševního blaha a nepřítomnosti nemoci, reprodukční medicína usiluje o kvalitu populace. Jedinou spolehlivou metodou, která reguluje počet dětí, je sexuální abstinence (Uzel, 2014, s. 79). Šulová, Fait, Weiss (2011, s. 154) uvádějí, že sexuální chování české populace lze hodnotit jako pozitivní. V této oblasti dochází ke zvyšování odpovědnosti, narůstá počet uživatelů spolehlivé antikoncepce, muži používají více kondomy při náhodném styku. K těmto změnám dochází pravděpodobně v souvislosti s tím, že dnešní mladí lidé více odkládají první manželství a těhotenství na později. Dávají přednost seberealizaci. Mohou cestovat, studovat, budovat kariéru rozhodně více než generace jejich rodičů.

#### 2.1.1 Výchova k reprodukčnímu zdraví

Vránová (2010, s. 33) poukazuje na to, že již děti na začátku povinné školní docházky by měly být informovány o rozdílech ve fyziologii mezi mužem a ženou, o početí, graviditě a

porodu. Záhy by měly být děti poučeny o antikoncepci a intimní hygieně. Existují důkazy, že mládež, která je poučená o sexuálním životě, získává první zkušenosti v pozdější době a lépe se orientuje v sexuální problematice. Podrobnější seznámení s antikoncepcí včetně poučení o sexuálně přenosných chorobách by mělo proběhnout těsně před zahájením pohlavního života. Správně fungující rodina je v oblasti sexuální výchovy na prvním místě. Z praxe vyplývá, že většina rodin svou funkci v této oblasti neplní, proto by zde měla nabídnout pomoc škola. Sexuální výchova, která zahrnuje výchovu k mateřství, rodičovství a zdravému způsobu života by měla začít nástupem dítěte do školy a měla by trvat po celou dobu jeho povinné výuky.

Zahájení sexuálního života může mít zásadní vliv na sexuální aktivity jedince v pozdějším věku. V České republice je legální pohlavní styk možný od dokončeného 15. roku života. Tato právní norma je ochranou dítěte před předčasnou sexualizací. Pohlavní styk před 15. rokem života je dle české legislativy trestným činem. Podle statistiky je výrazně spojen s dalšími riziky jako je např. promiskuita v pozdějším věku nebo zvýšená konzumace návykových psychoaktivních látek. Dospívající jedinec by měl mít prohloubené znalosti o anatomii a fyziologii pohlavních orgánů, o intimní hygieně, základní informace o pohlavních chorobách, antikoncepci, možném zneužití, vědět o hranicích svého soukromí. Pro dospívající dívky je důležité absolvování pravidelných gynekologických prohlídek. Dospívající jedinec má být také informován o nebezpečí, které skrývá internet a sociální sítě v podobě nepravdivých informací. Především rodina a víceúrovňový systém školství by se měly podílet na sexuální výchově jedince (Hořejší, 2017, s. 238).

### **2.1.2 Prekoncepční péče**

V dospělém věku by se měla edukace týkající se reprodukčního zdraví zaměřit na období před těhotenstvím neboli na prekoncepti. Prekoncepční péče se kromě jiného zaměřuje na faktory, které mohou mít vliv na výsledek otěhotnění. Tyto faktory lze rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Možno ovlivnit změnu stravování, způsob zaměstnání, životní styl, životní prostředí, zdravotní stav. Nelze ovlivnit věk matky, genetické a reprodukční faktory, ale je možno provést řadu opatření, která mohou mít pozitivní dopad na případné těhotenství. Prekoncepční péči by se měli zabývat gynekologové, porodní asistentky, ale i specialisté z ostatních oborů. Náplní práce porodní asistentky by měla být zdravotní poradenská činnost, dále pak poradenství v oblasti sexuální výchovy a výchova žen k reprodukčnímu zdraví (Vránová, 2010, s. 37).

Na porodní asistentky a všeobecné sestry pečující o ženy s gynekologickými problémy jsou kladeny velké požadavky. Zvláště na jejich odborné znalosti, praktické dovednosti a osobnostní předpoklady, mezi které patří například schopnost empatie, porozumění, zručnost, odpovědnost, komunikační schopnosti, technické dovednosti. Vzdělávání porodních asistentek je legislativně v České republice zakotveno v zákoně č. 96/2006 Sb. v platném znění. Kompetence porodní asistentky stanovuje vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb. Role porodní asistentky v ambulantní péči zahrnuje roli recepční, servisní, odbornou, edukační včetně odborné seberealizace. **Recepční** úloha zahrnuje identifikaci ženy, kontrolu platného pojištění, objednávání ženy na vyšetření, vedení zdravotnické dokumentace, telefonickou komunikaci. **Servisní** úloha spočívá v objednávání léků, spotřebního materiálu, v péči o zdravotnické pomůcky, v péči o prostředí, v zajištění transportu biologického materiálu do laboratoře. **Odborná** role zahrnuje odebrání ošetřovatelské anamnézy, asistenci lékaři při výkonech a vyšetřeních, měření fyziologických funkcí, plnění ordinací lékaře. V rámci **edukační** role porodní asistentka průběžně komunikuje se ženou, získává její důvěru, vyhodnocuje schopnost a připravenost ženy k edukaci, používá vhodné výukové metody a zdroje, klade důraz na zpětnou vazbu. Připravuje ženu na vyšetření, informuje o zásadách zdravého životního stylu a dodržování hygienických pravidel. Edukuje o užívání antikoncepce, o vedlejších a nežádoucích účincích antikoncepce, nabízí informační materiály v souvislosti s antikoncepcí. V rámci seberealizace poskytuje odborné poradenství, vede kurzy, cvičení, zabývá se celoživotním vzděláváním, přednáškovou a publikační činností (Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 9-14).

## 2.2 Antikoncepce

Antikoncepce neboli kontracepce je každá metoda, která má zabránit početí, může být aplikována před pohlavním stykem nebo během pohlavního styku. Pro každou ženu je vhodná jiná metoda, která souvisí se zdravotním stavem, věkem, počtem pohlavních styků a počtem partnerů. Volba druhu přijatelné antikoncepce je závislá na její účinnosti, bezpečnosti, ceně, na individuálních vlastnostech dané metody, na tom, co žena preferuje. Dosud neexistuje dokonalá antikoncepční metoda, která by byla absolutně spolehlivá, neměla vedlejší účinky, byla snadno použitelná a cenově přijatelná. Jednotlivé antikoncepční metody se nejčastěji rozdělují na ženskou a mužskou antikoncepci, dále na reverzibilní, kdy po jejím vysazení dojde k návratu plodnosti a ireverzibilní, kdy je otěhotnění přirozenou cestou již nemožné (Slezáková, 2017, s. 102-103).

Používání antikoncepce je stejně staré jako samotná lidská existence. Již celá staletí se lidé snaží nalézt způsob jak zabránit otěhotnění. Používali například poševní pesar z krokodýlího trusu a kynutého těsta, jako poševní zátku používali med, gumu a akát. Mezi spermicidní přípravky patřila kyselá směs ovoce, ořechů a vlny, která se aplikovala přímo na děložní čípek. V dnešní době je pro společnost velice důležitá vědomá kontrola plodnosti neboť dochází k neustálému růstu populace (Pilka, 2017, s. 141).

Jako způsob vyjádření spolehlivosti antikoncepce se uvádí Pearlův index. Vyjadřuje kolik žen ze sta za jeden rok neplánovaně otěhotní při používání dané antikoncepční metody a při pravidelném pohlavním styku. Určení Pearlova indexu je spojeno s řadou metodologických chyb, proto jeho hodnoty je nutné brát pouze přibližně. S věkem se jeho hodnota snižuje, protože s věkem dochází k postupnému snížení přirozené plodnosti ženy a k poklesu pohlavních styků. Dále se snižuje nezávisle na věku v souvislosti s délkou užívání dané antikoncepce (Roztočil, 2011, s. 206).

Užívání antikoncepce nepatří mezi léčebné cíle, ale zahrnuje veškerá obecná ustanovení, která souvisí s poskytováním zdravotní péče. Lékař má za úkol postupovat v souladu se současnými dosažitelnými poznatky lékařské vědy. Má za úkol informovat ženu o vhodnosti používání, spolehlivosti a možných komplikacích. Při postupu *non lege artis* lékař plně odpovídá za škodu, která ženě vznikla, ale za selhání antikoncepce odpovědný není. Mezi metody, které nepodléhají lékařskému dohledu patří tzv. přirozené antikoncepční metody, bariérová a chemická antikoncepce (Roztočil, 2011, s. 106-107).

Fait (2010, s. 79) uvádí, že antikoncepcí je možno zachránit život, protože správná a dosažitelná antikoncepce je jedinou působivou prevencí interrupcí. Dochází k poklesu interrupcí za současného vzestupu počtu žen, které užívají hormonální antikoncepci. Provádí se také výzkum v oblasti mužské hormonální antikoncepce. Bohužel mnoho přípravků má natolik silné vedlejší účinky, že do dnešní doby nebyly použity na klinické užívání. Z toho vyplývá, že problematika antikoncepce převážně přetrvává v moci žen.

### **2.2.1 Přirozené metody antikoncepce**

Přirozené metody antikoncepce zahrnují metody, které nevyžadují zásah lékaře, nevyžadují mechanické ani farmakologické pomůcky. Jsou založeny na znalosti menstruačního cyklu ženy a na detekci plodných a neplodných dní (Weisová, 2014, s. 16). Plodné dny představují poměrně krátké období, kdy je žena schopna otěhotnění. Vajíčko se uvolňuje z vaječníku přibližně mezi 13. až 14. dnem od prvního dne předcházející menstruace, dochází k tzv.



ovulaci. Je zachyceno rozšířenou částí vejcovodu a putuje do dělohy. Jeho životnost je poměrně krátká. Vajíčko je schopno oplodnění zhruba do 17 hodin po ovulaci. Spermie mohou po souloži proniknout z pochvy do dělohy za velmi krátkou dobu, několik desítek vteřin. Za hodinu po souloži mohou být spermie na konci vejcovodu. Oplodnění vajíčka je možné pouze jednou spermií. Schopnost spermie proniknout do vajíčka je zhruba 48 hodin po souloži (Pařízek, 2015, s. 37).

**Přerušovaná soulož (Coitus interruptus)** znamená ukončení soulože ještě před ejakulací, muž ejakuluje mimo rodidla ženy. Jde o velice běžnou, ale nespolehlivou metodu, která je nevhodná zejména u mužů s předčasnou ejakulací. Vhodná jako metoda u párů, kde není případné těhotenství překážkou. **Periodická sexuální abstinence** zahrnuje metody detekce ovulace, kdy se určují plodné a neplodné dny. Plodné a neplodné dny lze určit pomocí řady metod (Weisová, 2014, s. 16).

**Metoda kalendářní (Ogino-Knausova)** je velmi nespolehlivá metoda, kdy se provádí výpočet neplodných dnů z délky posledních 12 cyklů. Užívání této metody se nedoporučuje. **Metoda hlenová (Billinsova či Billingsových)** stanovuje sledování neplodných dnů podle kvality a množství hlenu, který tvoří žlásky v hrdle děložním. Žena hlen v pochvě denně vyšetřuje. Pokud se změní kvalita hlenu, hlen je na vrcholu tažnosti, jedná se o ovulaci (Weiss, 2010, s. 279).

**Metoda teplotní** je zaměřena na měření bazální teploty, kdy se využívá jejího vzestupu po ovulaci. K vzestupu dochází v důsledku působení progesteronu na teplotní centrum. Teplota se měří ráno ihned po probuzení, lékařským teploměrem v pochvě nebo v konečniku. Po ovulaci dochází k vzestupu teploty přibližně o 0,4 až 0,6 °C. Neplodné dny nastávají třetí den po jejím zvýšení.

**Metoda cervikální** je metodou zaměřenou na změny děložního čípku během menstruačního cyklu. Dochází ke změnám tvaru a konzistence děložního čípku a branky vlivem pohlavních hormonů. Před ovulací je čípek tvrdý a branka uzavřená, po ovulaci je čípek měkký a branka lehce otevřená.

**Metodou krystalizací slin** se sledují změny chemického složení slin a změny obsahu solí, které sliny obsahují. Tato metoda a její spolehlivost nejsou vědecky ověřeny.

**Metoda symptotermální** zahrnuje kombinaci několika již uvedených postupů. Využívá minimálně kombinace kalendářní a hlenové metody. Kombinací dalších postupů se zvyšuje její spolehlivost (Roztočil, 2011, s. 107).

**Antikoncepční počítač** patří mezi novinky přirozené antikoncepce v České republice. Jde o přístroj, který měří 14cm a váží 200g a jeho hlavní úkol spočívá ve stanovení plodných nebo neplodných dnů. Počítač vše vyhodnotí na základě teploty, která se měří v ústech pod jazykem. Měření musí být prováděno každý den vždy ve stejnou hodinu. Některé typy přístrojů vyžadují zadání data poslední menstruace. Mezi nevýhody přístroje patří docela vysoká cena (Weisová, 2014, s. 17).

**Úplná koitální abstinence** se dělí na úplnou sexuální abstinenci a výhradně koitální abstinenci, při které páry používají nonkoitální sexuální praktiky. Do této kategorie antikoncepčních metod patří i coitus analis, který souvisí s celou řadou zdravotních rizik a komplikací. Například poranění konečníku, přenos pohlavně přenosných chorob (Roztočil, 2011, s. 108).

### **2.2.2 Bariérové metody antikoncepce**

Mezi bariérové antikoncepční metody řadíme latexové zábrany, které brání průniku spermií do pochvy nebo do dutiny děložní. Jsou vhodné pro ženy, které nemají častý pohlavní styk a které nemohou či nechťejí používat hormonální antikoncepci. Mezi tyto metody patří mužská bariérová antikoncepce-kondom a ženská bariérová antikoncepce-ženský kondom (femidom), vaginální pesar (diagfragma), cervikální klobouček. Bariérové metody umožňují ochranu před pohlavně přenosnými chorobami. Kondom je velice snadnou a jednoduchou pomůckou. Na penis se nasazuje těsně před pohlavním stykem a měl by být odstraněn po ejakulaci. Nevhodné je současné používání mastných krémů, které narušují jeho strukturu a působí zvýšení jeho propustnosti. Při análním styku jsou doporučovány silnější kondomy, které chrání před pohlavně přenosnou infekcí. Ženy by měly velikost cervikálního kloboučku či pesaru konzultovat s lékařem. Cervikální klobouček by měl při zavedení do pochvy překrývat zevní ústí cervikálního kanálu. Je velice vhodné kombinovat tyto metody se spermicidními přípravky (Fait, 2016, s. 396; Fait, 2012, s. 93).

### **2.2.3 Spermicidní přípravky**

Pilka (2017, s. 144) uvádí, že spermicidy jsou látky, které narušují buněčnou membránu spermií při vzájemném kontaktu v pochvě. Zabraňují průniku spermií do děložního hrdla, oslabují jejich bičík, tělo i pohyblivost. Mají také lubrikační účinek, snadno se aplikují, působí antimikrobiálně a antivirově. Mohou způsobit lokální alergickou reakci. Do pochvy se zavádějí před pohlavním stykem a jsou účinné maximálně do 1 hodiny. Nejčastěji používaný

je spermicid, který obsahuje nonoxynol-9, octoxynol-9 nebo benzalkonium chlorid. Tyto látky se přidávají do rozmanitých farmaceutických základů mezi které patří poševní pěny, gely, filmy, tablety a krémy. Po pohlavním styku by se měla žena vyvarovat sprchování minimálně po dobu 6 hodin.

#### **2.2.4 Hormonální antikoncepce**

Hormonální antikoncepce patří v České republice mezi nejužívanější metody. Můžeme ji rozdělit dle složení na kombinovanou antikoncepci, která je estrogen-gestagenní a na antikoncepci gestagenní. Zcela dominantní je kombinovaná hormonální antikoncepce. Za nejčastější příčinu selhání antikoncepce se uvádí chyba při užívání. U hormonální antikoncepce tedy zapomenutí užití tablety (Fait, 2012, s. 18).

**Kombinovaná hormonální antikoncepce (CC)** se skládá ze směsi estrogenu progestinu, také se jí říká estrogen-gestagenní antikoncepce. Využívá kombinovaného mechanismu účinku. Zabraňuje ovulaci tím, že ovlivňuje zpětné vazby mezi hypothalamem, hypofýzou a vaječníky, dále působí vliv progestinu na pohyblivost vejcovodů, na trofiku děložní sliznice a na cervikální hlen. Současně působí vlivem progestinu na snížený výskyt pánevního zánětu. Pearl index CC se pohybuje mezi 0,0 až 0,4, pokud se 100% dodržuje jeho užívání. U CC je tolerována chyba uživatelky po dobu 12 hodin aniž by došlo ke snížení účinnosti. Velice často dochází k zapomínání v pravidelném užívání, proto většina studií uvádí Pearl index okolo 1,0 (Fait, Zikán, Mašata, 2017, 12-17).

Mezi doporučená vyšetření před nasazením CC patří podrobná anamnéza, kde se v rodinné anamnéze pátrá po hypercholesterolemii, TEN (tromboembolická nemoc), CMP (cévní mozková příhoda), IM (infarkt myokardu) do 50 let, v osobní anamnéze nás zajímá kouření, TEN, hepatopatie, hypertenze, DM (diabetes mellitus), migréna, STD (pohlavně přenosné choroby), zhoubné onemocnění. Dále následuje preventivní onkogynekologická prohlídka, měření krevního tlaku před nasazením, kontrola po třech měsících a po té 1x ročně. U rizikových žen je důležitá kontrola jaterních testů tři měsíce po zahájení užívání a kontrola trombofilních mutací (Marešová, Fiala, 2018, s. 77).

**Absolutní kontraindikace CC** zahrnují kouření nad 20 cigaret za den u ženy nad 35 let, tromboembolické nemoci v osobní anamnéze, vrozenou trombofilii, akutní a chronickou hepatopatii, neléčenou hypertenzi, migrénu s aurou, primární plicní hypertenzi, hormonálně závislé nádory. **Relativní kontraindikací CC** může být kouření nad 15 cigaret za den u žen nad 35 let, srpkovitá anémie, porfyrie, TEN, ICHS (ischemická choroba srdeční) do 45 let

v rodinné anamnéze, hemodynamicky významná srdeční vývojová vada, plánované rozsáhlé operace, vaskulární migréna, antifosfolipidový syndrom, DM bez komplikací, závažná dyslipidemie. Kombinovaná hormonální antikoncepce má i své lékové interakce, které snižují nebo zvyšují její účinnost. Mezi léky, které snižují účinnost CC, patří antibiotika, antikonvulziva, antiepileptika, antimykotika, antivirotika, antituberkulotika, kyselina acetylsalicylová, oxazepam, živočišné uhlí, antacida a laxancia. Léky, které zvyšují účinnost CC se zároveň podílí na vyšším výskytu nežádoucích účinků, jedná se o chlorpromazin, alprazolam, diazepam, kortikoidy, imipramin a theofylin (Marešová, Fiala, 2018, s. 78; Fait, 2012, s. 19-20).

**Nežádoucí účinky CC** dlouhodobě neohrožují zdraví ženy, ale mají podobu diskomfortu. Řadíme mezi ně bolesti hlavy, napětí prsou, podrážděné chování, nervozitu přibývání hmotnosti. Na vzniku se podílí z velké části retence tekutin. Výjimečně se objevují komplikace jako jsou migrény, změny libida, nálad, emoční labilita, zvracení, intolerance kontaktních čoček. Život ohrožující komplikace jsou velmi vzácné. Patří mezi ně TEN, IM, CMP, HN (hypertenzní nemoc), nádor jater, cholestatická žloutenka. Nejčastějšími komplikacemi CC je nepravidelný menstruační cyklus projevující se krvácením a nárůstem hmotnosti. Tyto komplikace vedou k přerušování používání CC (Fait, 2012, s. 27-36).

Ještě v nedávné době byla výsadní formou CC perorální antikoncepce, která se užívala jednou denně. Nejvíce používaný systém zahrnuje podávání 21 tablet, které jsou účinné a 7 tablet, které fungují jako placebo nebo se využívá sedmidenní pauza. Ale existují i jiné systémy, které jsou využívány u novějších přípravků nebo u přípravků s velmi nízkou dávkou hormonů. Děložní krvácení neboli pseudomenstruace se dostavuje ve dnech, kdy se hormony nepodávají, dochází k poklesu jejich hladin. CC lze rozdělit podle složení, podle jednotlivých dávek estrogenu a progestinu. Monofazické přípravky obsahují konstantní dávky hormonů, bifazické přípravky obsahují zvýšené dávky progestinu v druhé polovině cyklu, trifazické přípravky obsahují dvakrát změněnou dávku hormonů během cyklu. Ve velké části CC se jako estrogenní složka používá ethinylestradiol, mezi novinky patří přípravky, které obsahují estradiolvalerát a estradiol. Dle estrogenní složky se CC dělí na vysokodávkovou, nízkodávkovou a velmi nízkodávkovou (Fait, Zikán, Mašata, 2017, s. 12-17).

Vedle perorální formy se na trhu nově objevují jiné formy užití CC. Například NuvaRing® je vaginální kroužek, který se vkládá do pochvy na tři týdny, během následné pauzy dojde k pseudomenstruaci. K další formě patří aplikace ve formě náplasti. Předností těchto forem

CC je, že se nemusí aplikovat každý den a tím se snižuje riziko možných chyb (Fait, 2016, s. 396).

CC má celou řadu benefitů, které se dají využít i terapeuticky. CC upravuje menstruační cyklus tím, že původní menstruační cyklus nahrazuje pseudomenstruačním cyklem, který je navozen medikamentózně. Pseudomenstruace by měla být slabší a méně bolestivá než přirozená menstruace. CC se využívá při prevenci a léčbě poruch menstruačního cyklu jako je například polymenorea nebo dysfunkční krvácení. CC bývá součástí léčby bolestivé menstruace a endometriózy. Kombinovaná hormonální antikoncepce se podílí na sníženém výskytu některých nádorů. Ochrana bývá zpravidla celoživotní. Snižuje riziko výskytu karcinomu endometria, ovaria a kolorektálního karcinomu. Dalšími benefity je ochrana před zánětlivým onemocněním pánve, snížení výskytu ovariálních cyst, děložních myomů, adenomu prsu, snížení incidence revmatoidní artritidy (Čepický, 2018, s. 38-39).

Křepelka (2017, s. 3) uvádí, že antikoncepční metody se stále vyvíjejí, ročně se objevují a nabízejí nové metody. Mění se dávky hormonů, které by měly zlepšit antikoncepční metody po metabolické stránce a co nejvíce zvýšit jejich bezpečnost. Navyšuje se stále více neperorálních metod CC, které se nemusí pravidelně denně aplikovat a tak způsobují úbytek rizika selhání. Vzhledem k velkému množství informací o nových antikoncepčních metodách je důležité neustálé vzdělávání zdravotnických pracovníků.

### **Gestagenní antikoncepce**

Principem gestagenní antikoncepce je nepřetržité podávání gestagenu. Jde o uměle vyráběný analog progesteronu. Gestagen ovlivňuje viskozitu cervikálního hlenu, který se stává pro spermie neproniknutelný. Dalším účinkem je blokáda ovulace. Gestagenní metody mají vysokou spolehlivost. Vyznačují se velmi nízkým počtem kontraindikací a malým počtem příznivých účinků. Příznivé účinky souvisejí se zablokováním menstruačního cyklu, po kterém může nastat úplná amenorea. Tím dochází ke korekci anémie, bolestivé menstruace, premenstruačního syndromu, bolestí, které souvisí s endometriózou. Vlivem gestagenu na cervikální hlen se významně snižuje riziko pánevní zánětlivé reakce. Podílí se na snížení rizika vzniku hyperplazie, karcinomu endometria a pravděpodobně na snížení rizika výskytu karcinomu ovaria. Množství uživatelů, které užívají tento druh antikoncepce je poměrně menší než u CC. Indikuje se u žen, které mají absolutní kontraindikaci užívání estrogenů, dále u žen, které trpí nesnášenlivostí CC, je vhodná u kojících žen (Kolařík, Halaška, Feyereisel, 2008, s. 404-405; Roztočil, 2011, s. 109).

Mezi doporučená vyšetření při nasazení gestagenní antikoncepce patří důkladná anamnéza a preventivní onkogynekologické vyšetření. Žádná laboratorní vyšetření nejsou doporučena. U gestagenní antikoncepce nejsou žádné absolutní kontraindikace kromě gravidity a karcinomu prsu. U žen, které užívají injekční progestiny je hlavním rizikovým faktorem karcinomu prsu věk, kdy ženy mají pauzu v užívání. Čím je vyšší věk, kdy má žena pauzu v užívání, tím je ve větší míře diagnostikován karcinom prsu. Toto riziko se snižuje během deseti let po skončení užívání injekčního progestinu. Po deseti letech již neexistuje žádné riziko. **Relativní kontraindikací** gestagenní antikoncepce je ICHS, CMP, akutní TEN, recidivující ovariální cysty, akutní virová hepatitida, adenom a karcinom jater, migréna s aurou. Dále není vhodná pro dospívající dívky a mladé ženy. Je zde riziko nevratného řidnutí kostní hmoty při dlouhodobém užívání (Fait, 2012, s. 55-64; Marešová, Fiala, 2018, s.75-76).

V současné době existuje gestagenní antikoncepce ve formě tablet, což jsou tzv. minipilulky, depotních injekcí, a podkožních implantátů. Uživatelkám poskytuje oproti CC mnohé výhody v podobě minimálního výskytu rizik a kontraindikací (Čepický, 2018, 39-38).

Weiss (2010, s. 285-286) uvádí, že gestagenní antikoncepce může mít vliv na snížení libida a na poruchu lubrikace. Ovšem existuje pouze malý počet objektivních studií s nejednotnými výsledky.

Fait (2012, s. 65-74) se zmiňuje o pozitivním vlivu hormonální antikoncepce na sexualitu, protože antikoncepce obecně primárně zabraňuje početí nechtěného dítěte, osvobozuje od strachu z možného otěhotnění. Uvádí, že změny nálad, libida a citová labilita jsou vzácností. Estrogeny mají pozitivní vliv na citové ladění ženy a sexuální apetenci. Progesteron způsobuje naopak snížení sexuální aktivity a má tlumivý účinek. Vlivem hormonů na CNS (centrální nervová soustava) se mohou u ženy vyskytnout deprese, ale spíše jsou psychogenního původu. Gestagenní antikoncepce se vyznačuje ztrátou libida a suchostí pochvy, což má negativní vliv na pohlavní styk.

### **Postkoitální antikoncepce**

Nazývá se též záchranná nebo se užívá termín intercepce. Dle svého složení spadá postkoitální antikoncepce mezi gestagenní metody. Je vhodná pro páry, které preferují náhodný styk, ale více je využívána páry, kterým selhala jiná antikoncepční metoda, nejčastěji kondom. Nejznámějším preparátem je Postinor®. Možno tento preparát podat až do 72 hodin po styku. Dle studie, která byla publikována v roce 1998, byla prokázána účinnost kde riziko selhání je pouze 1,1% pokud je podána do 72 hodin po pohlavním styku. Escapelle tbl. je

preparát, který má prokazatelně stejný účinek při podání do 72 hodin. Principem účinku je narušení ovulace a pohyblivosti tub, ovlivnění endometria. Po užití této metody dojde za 3-4 dny ke krvácení z dutiny děložní. Není doporučeno užití více jak 4x za cyklus z důvodu vzniku nepravidelného krvácení. Postkoitální antikoncepce by měla být využívána pouze výjimečně v nouzové situaci (Fait, Zikán, Mašata, 2017, 18-19; Barták, 2006, s. 119-120).

### **2.2.5 Nitroděložní tělísko-IUD (Intrauterine device)**

Jedná se o nitroděložní antikoncepci, kdy se do dutiny děložní zavádí tělísko z plastické hmoty, které je většinou obtočeno kovovým drátkem. Drátek může být měděný, zlatý, stříbrný nebo ze slitiny mědi a zinku. Zavedení IUD do dutiny děložní je aseptický výkon, který provádí lékař pomocí speciálního zavaděče. V dutině děložní dojde k rozvinutí IUD do požadovaného tvaru. Případnou extrakci usnadňují vlákna, která ční do pochvy, extrakce IUD se doporučuje 5 let po zavedení. Principem účinku IUD je vznik sterilního zánětu v dutině děložní, kdy přítomné makrofágy ničí spermie (Roztočil, 2011, s. 108).

Původ IUD sahá až do egyptské doby, kdy si ženy zaváděly do dutiny děložní nejrůznější předměty jako kamínky, úlomky kovů, zlata, stříbra. Již v roce 1920 se německý gynekolog Gräfenberg zabýval výrobou tělísek ze slitiny mědi, niklu a zinku. Je považován za novověkého otce této metody. Lékařskou veřejností byla jeho snaha odsouzena kvůli riziku zánětlivých komplikací, jež byly v době, kdy neexistovala antibiotika, závažnou komplikací. V historii lze nalézt tělíska různých tvarů velikostí i materiálů (Weisová, 2014, s. 18).

Dle Faita, Zikána, Mašaty (2017, s. 19-21) používá IUD kolem 85-100 miliónů uživatelů na celém světě. Pokud srovnáváme cenu, spolehlivost a zdravotní bezpečnost, patří IUD mezi nejprospěšnější antikoncepční metodu. Dnešní IUD jsou z plastu s přídavkem mědi, některá tělíska mají více ramének, některá jsou s přídavkem mědi a zlata nebo mědi a stříbra. Nitroděložní tělísko, které nemá tělo ani raménka je v první řadě určeno pro nuligavidy. Součástí tělíska je síran barnatý, který lze zobrazit při ultrazvukovém vyšetření a tím je možné provést kontrolu uložení tělíska. I nitroděložní tělísko má své absolutní kontraindikace mezi které řadíme puerperální sepsi, současnou pánevní zánětlivou nemoc, krvácení z rodidel, kde neznáme příčinu, karcinom prsu do 5 let po léčbě, karcinom hrdla těla děložního, choriokarcinom a vrozené vady dělohy. Mezi relativní kontraindikace řadíme dobu do čtyř týdnů od porodu, současnou TEN, neschopnost zavést tělísko, onemocnění jater, riziko pánevní zánětlivé nemoci a karcinom prsu v anamnéze.

## **Nitroděložní tělísko s levonorgestrellem - Mirena**

Jedná se o nitroděložní gestagenní antikoncepční metodu. Vyznačuje se vysokou účinností, je reverzibilní a na trhu existuje již dlouhou dobu. Je vhodnou metodou pro ženy po porodu, pro kojící ženy, ale i pro ženy, které nebyly dosud těhotné nebo pro ženy, které nerodily. Možno tuto antikoncepční metodu užít všude, kde je kontraindikována CC. Svým mechanismem působí na cervikální hlen, snižuje pohyblivost vejcovodů, působí proti proliferaci děložní sliznice. Tato antikoncepční metoda se zdá jako jedna z nejperspektivnějších pokud srovnáváme vývoj antikoncepčních metod a požadavky uživatelék (Hořejší, 2016, s. 79-82).

### **2.2.6 Sterilizace**

Jde o chirurgickou ireverzibilní metodu antikoncepce, kdy se provádí u ženy přerušování nebo odstranění vejcovodů a u mužů přetěžení chámovodů. Lze ji uskutečnit na základě písemné žádosti, kterou může podat žena nebo muž starší 18 let ze zdravotních důvodů a starší 21 let, pokud je sterilizace na přání. Musí být řádné poučení žadatele ošetřujícím lékařem o zákroku a možných komplikacích za přítomnosti svědka, který je zdravotnickým pracovníkem. Zákrok možno provést za 14 dní od sepsání žádosti (Slezáková, 2017, s. 107).

V případě, že by žena změnila názor a chtěla obnovení plodnosti, je toto provedení velmi obtížné či nemožné. Je velmi důležité, aby rozhodnutí o provedení sterilizace bylo po zralé úvaze. Další těhotenství je možné pouze po operačním zásahu nebo po zařazení do IVF programu. Sterilizace je zákrok, který si žadatel platí, kdy se cena liší dle pracoviště (Weisová 2014, s. 18).

Sterilizaci je možno u ženy provést laparoskopicky, laparotomicky nebo pomocí kolpotomie. Vejcovody se přerušují za pomoci kroužků, klipů, pásek, elektrokoagulace nebo se provádí jejich podvaz či odstranění v celkové anestezii. Systém Essure je nejnovější verzí ženské sterilizace, která může být provedena v lokální anestezii pomocí hysteroskopu. Do vejcovodu se zavádí mikroinzerční tělísko, které vytvoří spolu s tkání vejcovodu překážku pro spermie. Sterilizace nemá vliv na menstruační cyklus, sexuální život. Dnes se sterilizace provádí nejčastěji v rámci jednodenní chirurgie (Pilka, 2017, s. 153).

Roztočil (2011, s. 114-115) řadí sterilizaci mezi velmi spolehlivé metody, kdy Pearlův index je asi 0,02. Komplikace, které tento zákrok přináší jsou pouze operační a vyskytují se ve velmi malé míře. Zdravotní následky dlouhodobého charakteru se nevyskytují vůbec. Pokud žena sterilizaci vyžaduje, nevyskytují se u ní ani následky psychologického charakteru.



Nejčastěji je sterilizace prováděna laparoskopicky, laparotomický přístup se provádí nejčastěji při císařském řezu. Vazektomie je mužská sterilizace, která spočívá v chirurgickém přerušení chámovodů ve skrotálním vaku.

Weiss (2010, s. 291) uvádí mezi komplikace mužské sterilizace hematomy a infekce v místě rány, které se vyskytují ve 3%. V některých případech se může objevit chronická skrotální bolest, jiné zdravotní komplikace jsou velmi vzácné, spíše nejsou žádné. Rekonstrukční operace chámovodu při pokusu o refertilizaci je úspěšná pouze v 30-50%. Plodnost je obnovena avšak jen v polovině případů.

Laparoskopická sterilizace je metodou minimálně invazivní chirurgie, kdy se pomocí Veressovy jehly insufluje CO<sub>2</sub> do dutiny břišní a tím dojde k oddálení břišní stěny od ostatních orgánů. Veressova jehla se zavádí v místě pupku, následně se vpichem zavádí optika. Pomocné vpichy slouží k zavedení laparoskopických nástrojů.

**Dlouhodobá předoperační příprava** se neliší od ostatních gynekologických operací. Skládá se z předoperačního vyšetření, chirurgické přípravy, všeobecné přípravy, anesteziologické a psychologické přípravy. Psychologická příprava spočívá v taktním přístupu k pacientce, kdy je důležité zmírnit pocit strachu. Gynekologický zákrok se týká intimní oblasti, může změnit sebepojetí pacientky, sexuální prožívání. Důležité je poskytnout pacientce dostatečné a adekvátní informace, zapojit pacientku do rozhodování. Pacientka by měla mít možnost kladení otázek.

**Krátkodobá předoperační příprava** se dělí na vzdálenou a bezprostřední. Vzdálená příprava zahrnuje dobu 24 hodin před zákrokem. Pacientka je seznámena s oddělením, s předoperačním a pooperačním režimem, s nezbytnou dokumentací. Je provedena místní předoperační příprava, příprava operačního pole, vyprázdnění, dietní opatření, hygiena genitálu včetně prevence TEN.

**Bezprostřední předoperační příprava** se provádí cca 2 hodiny před výkonem. Spočívá v psychické přípravě, kdy se snažíme pacientku zbavit strachu. Podávají se ATB před první incizí kůže, podává se premedikace 30 min před operací, diabetičky dostávají infuzi s inzulinem dle ordinace lékaře. Bezprostředně před operací se provede bandáž DK a dezinfekce pupeční jizvy. Nezbytná je kontrola dokumentace, lačnění, protetických pomůcek, odstranění šperků.

**Pooperační péče** je zajištěna na dospávacím pokoji, jednotce intenzivní péče nebo na standardním oddělení dle rozhodnutí lékaře. Zde je pacientka sledována a monitorována dle zvyklosti zdravotnického zařízení (Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 50-62).

# PRŮZKUMNÁ ČÁST

V této kapitole je uvedena metodika průzkumu, dále jsou zde uvedeny průzkumné otázky a interpretace výsledků z dotazníkového šetření.

## 3 METODIKA PRŮZKUMU

Bakalářská práce na téma Antikoncepce u nerodivších žen je prací průzkumnou. K dosažení cílů pro tento průzkum bylo využito kvantitativního šetření. Metodou sběru dat se stal dotazník vlastní konstrukce. Dotazník byl sestaven tak, aby odpovídal na stanovené průzkumné cíle a průzkumné otázky (Příloha 1). Dotazník se skládá z 18 otázek, z toho je 9 otázek uzavřených, 6 otázek polouzavřených a 3 otázky otevřené, ve kterých měly respondentky možnost dopsat vlastní odpověď. Celkem 6 otázek obsahuje pouze jednu možnost odpovědi, v jiných je možnost výběru více odpovědí. První část dotazníku je zaměřena na identifikační údaje, druhá část je zaměřena na užívání antikoncepčních metod a třetí část dotazníku obsahuje otázky týkající se znalostí v oblasti antikoncepce.

Po získání souhlasu s provedením průzkumu bylo šetření provedeno ve vybraném zdravotnickém zařízení v Pardubickém kraji, v období od začátku října 2018 do konce ledna 2019. Průzkumné šetření a účast na vyplnění dotazníku byla dobrovolná. Se souhlasem vrchní sestry byly autorkou bakalářské práce rozdány dotazníky ženám, které dosud nerodily a navštěvují gynekologickou ambulanci. Ženy byly osobně požádány o vyplnění dotazníku. Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků, po vyplnění byly dotazníky vhazovány do uzavřeného boxu. K průzkumnému šetření bylo použito 44 řádně vyplněných dotazníků. Návratnost tedy byla 88 %.

Zpracování dat bylo provedeno pomocí popisné statistiky v počítačových programech Microsoft Word a Excel. Výsledky jednotlivých položek z dotazníku jsou pro jejich přehlednost prezentovány pomocí grafů a tabulek. Grafy a tabulky obsahují příslušný komentář.

### 3.1 Charakteristika průzkumného souboru

Průzkumné šetření bylo provedeno ve zdravotnickém zařízení v Pardubickém kraji. Respondentkami byly ženy ve věku od 19 do 40 let, které podle zdravotnické dokumentace dosud nerodily a navštívily gynekologickou ambulanci za účelem preventivního vyšetření nebo přišly na vyšetření kvůli aktuálním zdravotním obtížím. Nejvíce respondentek bylo věku

19-24 let, kterých bylo 30 (68 %). Ve věku 25-30 let bylo 8 (18 %) respondentek a ve věku 31-36 let bylo celkem 5 (12 %) respondentek. Věk 37-42 let byl zastoupen pouze 1 respondentkou (2 %). Ze 44 (100 %) respondentek uvedlo 26 (59 %) žen středoškolské vzdělání. Vysokoškolské vzdělání bylo zastoupeno v 8 případech (18 %). Žen se středním odborným učilištěm bylo 7 (16 %). Základní vzdělání měly pouze 3 ženy (7 %). Všechny respondentky shodně uvedly, že žijí sexuálním životem.

### **3.2 Průzkumné otázky**

1. Užívají nerodivší ženy antikoncepci?
2. Jakou antikoncepční metodu používají nerodivší ženy?
3. Jaké jsou znalosti nerodivších žen o antikoncepci?

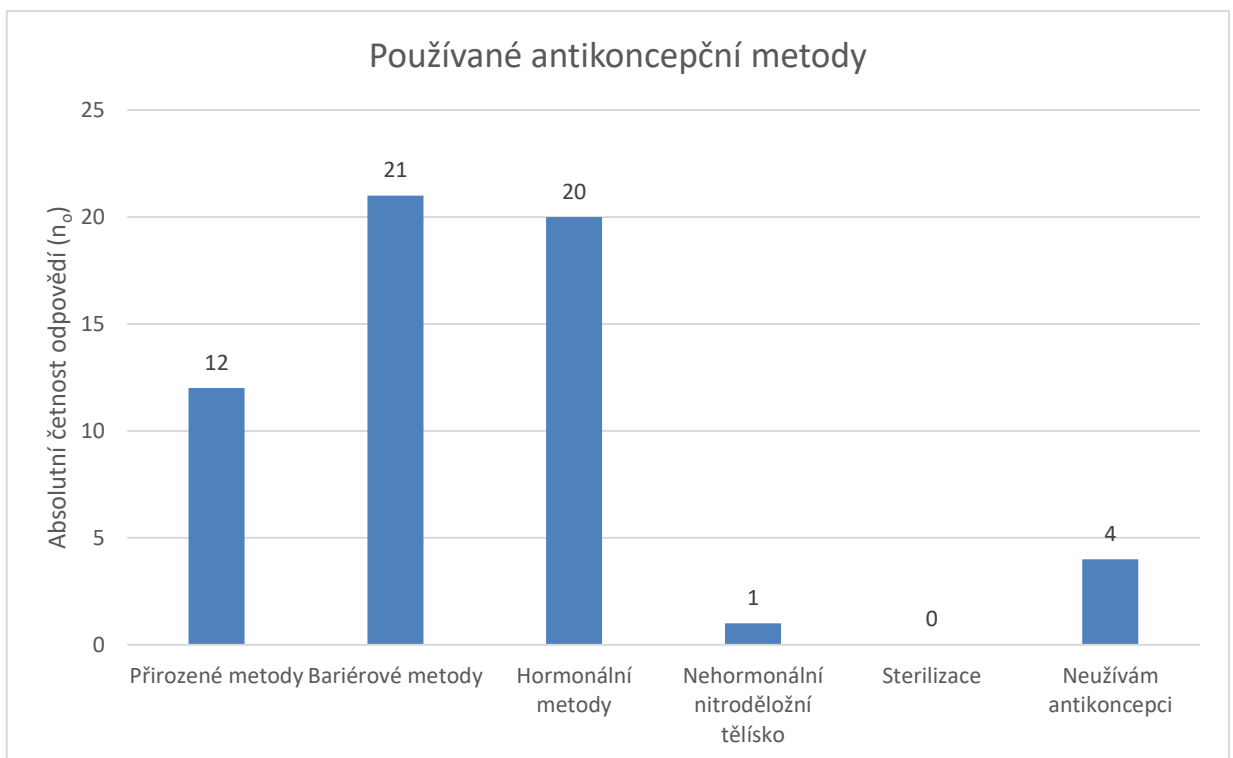
## 4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

V této kapitole jsou znázorněny výsledky dotazníkového šetření. První tři otázky z dotazníkového šetření jsou zpracovány v charakteristice průzkumného souboru. Výsledky jsou uvedeny pomocí sloupcových grafů a tabulek četností. V tabulkách je uvedena absolutní četnost ( $n_i$ ) a relativní četnost ( $f_i$ ). Absolutní četnost ( $n_i$ ) znamená počet respondentek, které zvolily danou variantu, tedy danou odpověď. Relativní četnost ( $f_i$ ) určuje podíl absolutní četnosti ( $n_i$ ) a celkové četnosti ( $n$ ), udává se v procentech. Celková četnost ( $n$ ) znamená celkový počet respondentek. Vzorec pro výpočet relativní četnosti je  $f_i = (n_i/n) * 100$ . Jiným způsobem jsou zpracovány otázky z dotazníku, ve kterých měly respondentky příležitost zvolit více odpovědí. V těchto případech jsou data v tabulkách a grafech znázorněna pomocí absolutní četnosti ( $n_o$ ), relativní četnosti ( $f_o$ ) a celkové četnosti ( $n$ ). Absolutní četnost ( $n_o$ ) znamená, kolikrát zvolily respondentky danou variantu. Relativní četnost ( $f_o$ ) znamená podíl absolutní četnosti ( $n_o$ ) a celkové četnosti ( $n$ ) a je udávána v procentech. Celková četnost ( $n$ ) znamená celkový počet odpovědí. Vzorec pro výpočet relativní četnosti u vícečetných odpovědí je  $f_o = (n_o/n) * 100$  (Neubauer, Sedlačík, Kříž, 2012).

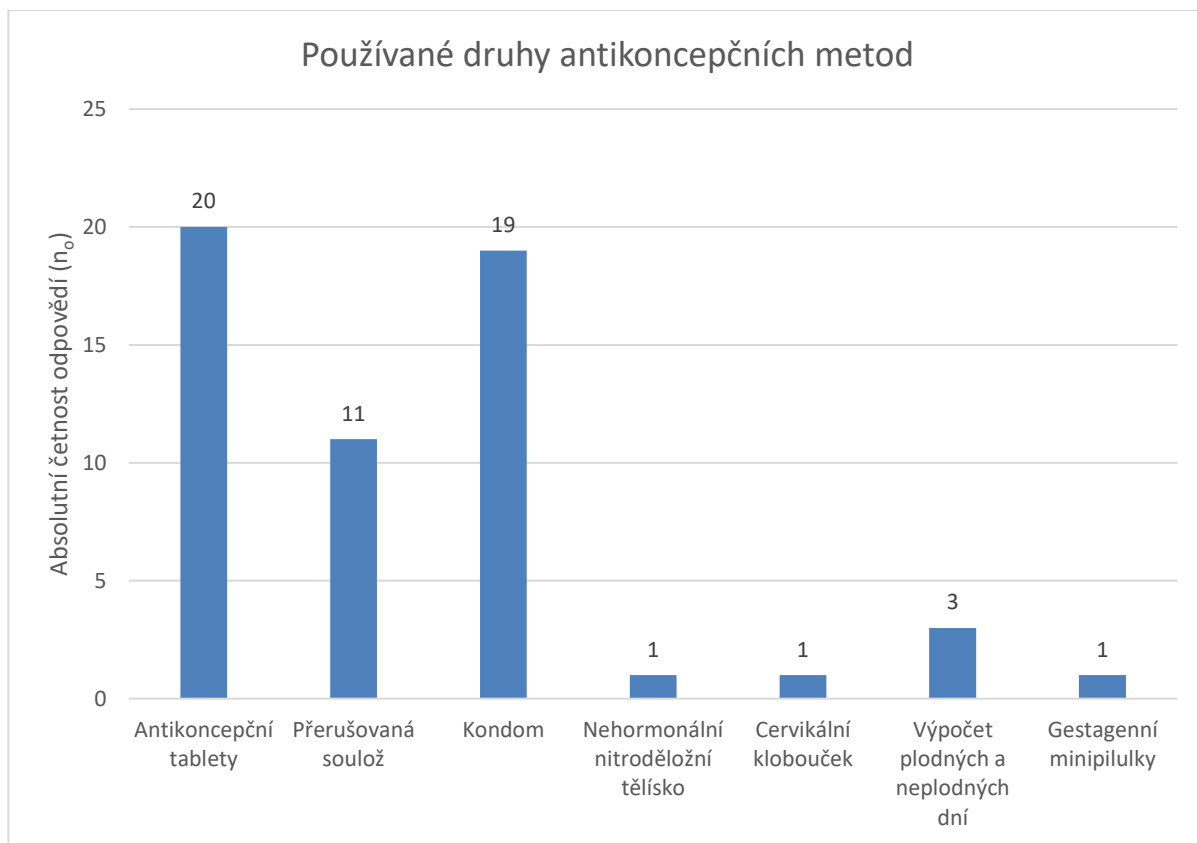
**Otázka č. 4: Jaký druh antikoncepce používáte? (Možnost uvést více odpovědí)**

Celé znění varianty uvedeno v příloze dotazníku.

1. Přírozené metody
2. Bariérové (mechanické) metody
3. Hormonální (při zvolení této varianty pokračujte otázkou č. 6)
4. Nehormonální nitroděložní tělísko
5. Sterilizace
6. Neužívám antikoncepci



**Obrázek 1 - Graf používaných antikoncepčních metod**



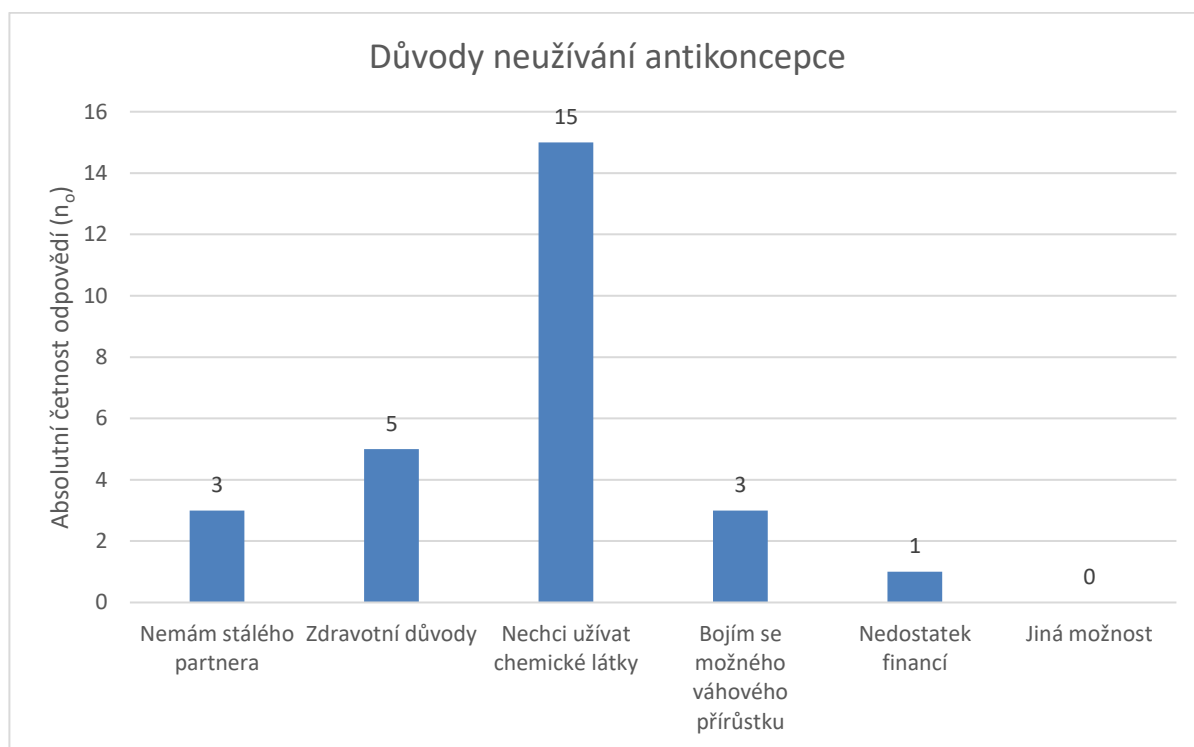
**Obrázek 2** - Graf používaných druhů antikoncepčních metod

Cílem této otázky bylo zjistit jaké antikoncepční metody a jaký druh antikoncepce respondentky používají. Celkem 4 respondentky uvedly odpověď, že neužívají žádný druh antikoncepce. Přes tuto odpověď nebyly respondentky vyloučeny z dotazníkového šetření, protože cílem průzkumu bylo zjistit i předchozí zkušenosti s užíváním antikoncepce a znalosti s touto problematikou spojené. Nejčastěji respondentky označily odpověď bariérové metody 21x (36 %). Výhradně hormonální metody označily respondentky 20x (34 %) a výhradně přirozené metody označily 12x (21 %). Možnost neužívání antikoncepci uvedly respondentky 4x (7 %). Jedna respondentka používá nehormonální nitroděložní tělísko (Obrázek 1).

Z hormonální antikoncepce 20x (36 %) respondentky uvedly antikoncepční tablety. Pouze jedna respondentka uvedla používání gestagenních minipilulek. Z bariérových metod je nejčastěji zastoupeno používání kondomu, tuto možnost označily respondentky 19x (34 %) a jedna respondentka uvedla cervikální klobouček. Výhradně z přirozených metod 11x (20 %) respondentky uvedly přerušovanou soulož a 3x (5 %) výpočet plodných a neplodných dní. Uvedená procenta jsou vztažena k celkovému počtu odpovědí (Obrázek 2).

**Otázka č. 5: Z jakého důvodu nežíváte žádnou antikoncepci nebo ostatní druhy antikoncepce, kromě přirozených a bariérových metod? (Možnost zaškrtnutí více odpovědí)**

- a) Nemám stálého partnera
- b) Zdravotní důvody
- c) Nechci užívat chemické látky
- d) Bojím se možného váhového přírůstku
- e) Nedostatek financí
- f) Jiná možnost.....



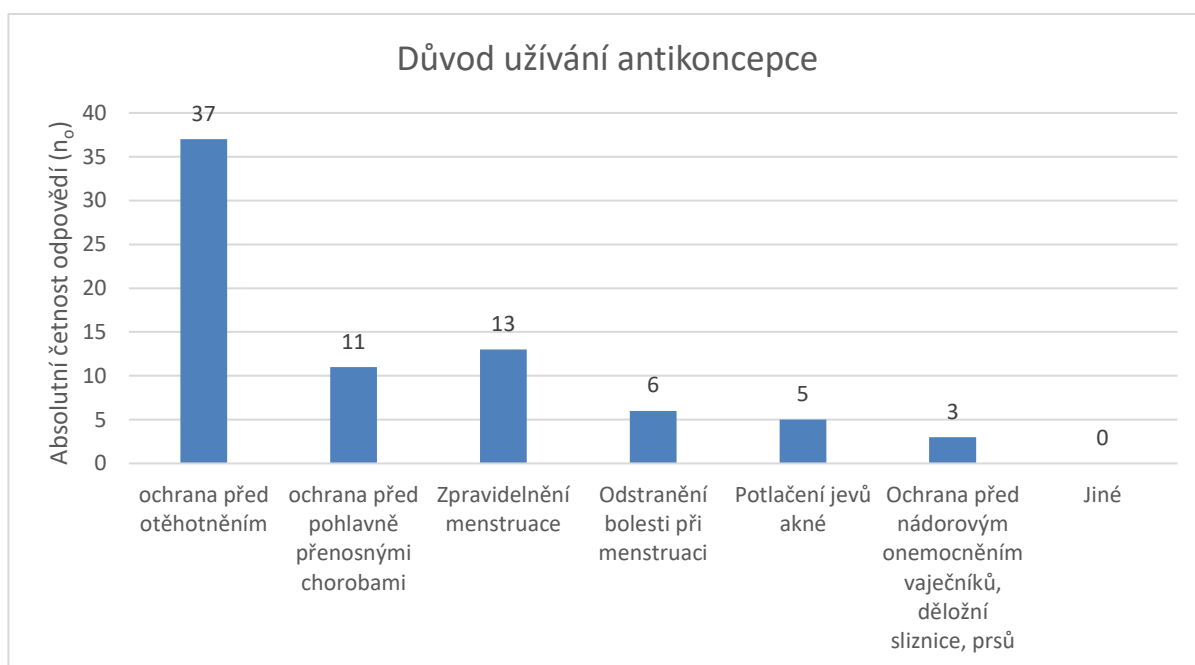
**Obrázek 3** - Graf o důvodech, proč ženy nežívají antikoncepci

Na tuto otázku odpovídaly pouze respondentky, které vůbec nežívají antikoncepci nebo nežívají hormonální antikoncepci. Uvedená procenta jsou vztažena k celkovému počtu odpovědí. Celkem odpovědělo 27 respondentek. Nejčastěji respondentky odpovídaly, že nechtějí užívat chemické látky, takto odpověděly celkem 15x (56 %). Druhou nejčastější odpovědí byly zdravotní důvody 5x (19 %). Shodný počet respondentek nemá stálého partnera a bojí se možného váhového přírůstku. Jedna respondentka uvedla nedostatek financí. Jinou možnost odpovědi nevyužila žádná z respondentek (Obrázek 3).



**Otázka č. 6: Z jakého důvodu jste zvolila Vámi využívanou antikoncepční metodu?  
(Více variant)**

- a) Ochrana před otěhotněním
- b) Ochrana před pohlavně přenosnými chorobami
- c) Zpravidelnění menstruace
- d) Odstranění bolesti při menstruaci
- e) Potlačení jevů akné
- f) Ochrana před nádorovým onemocněním vaječnicků, děložní sliznice, prsů
- g) Jiné.....



**Obrázek 4** - Graf o důvodech, proč ženy užívají antikoncepci

Cílem této otázky bylo zjistit, z jakého důvodu respondentky zvolily daný typ antikoncepce. Ve většině případů, tedy celkem 37x (49 %) uvedly respondentky odpověď jako ochranu před otěhotněním. Druhou nejčastější odpověď uvedly respondentky zpravidelnění menstruace, celkem 13x (17 %). Třetí nejčastější odpovědí byla ochrana před pohlavně přenosnými chorobami 11x (15 %). Celkem 6x (8 %) respondentky zvolily antikoncepci kvůli odstranění bolesti při menstruaci. Celkem 5x (7 %) využívají antikoncepci k potlačení jevů akné. Odpověď jako ochranu před nádorovým onemocněním zvolily respondentky pouze 3x (4 %). Jinou možnost odpovědi nevyužila žádná z respondentek. Uvedená procenta jsou vztažena k celkovému počtu odpovědí (Obrázek 4).

**Otázka č. 7: Jak dlouho používáte Vámi zvolenou antikoncepční metodu? (Prosím uveďte)**

**Tabulka 1** - Doba užívání antikoncepce

Doba užívání antikoncepce	Absolutní četnost ( $n_i$ )	Relativní četnost ( $f_i$ )
9měsíců	3	7%
1 rok	4	10%
1,5 roku	2	5%
2 roky	6	15%
2,5 roku	1	3%
3 roky	5	12%
4 roky	7	18%
5 let	2	5%
6 let	4	10%
8 let	2	5%
10 let	3	7%
16 let	1	3%
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

V tabulce 1 je uvedeno, jak dlouho respondentky užívají zvolenou antikoncepční metodu. Odpovědělo celkem 40 respondentek, 4 respondentky neodpověděly z důvodu, že neužívají žádnou antikoncepční metodu. Nejvíce respondentek užívá antikoncepci do 5 let, celkem 30 (75 %) (Tabulka 1).

**Otázka č. 8: V kolika letech a jakou antikoncepční metodu jste začala užívat? (Prosím uveďte)**

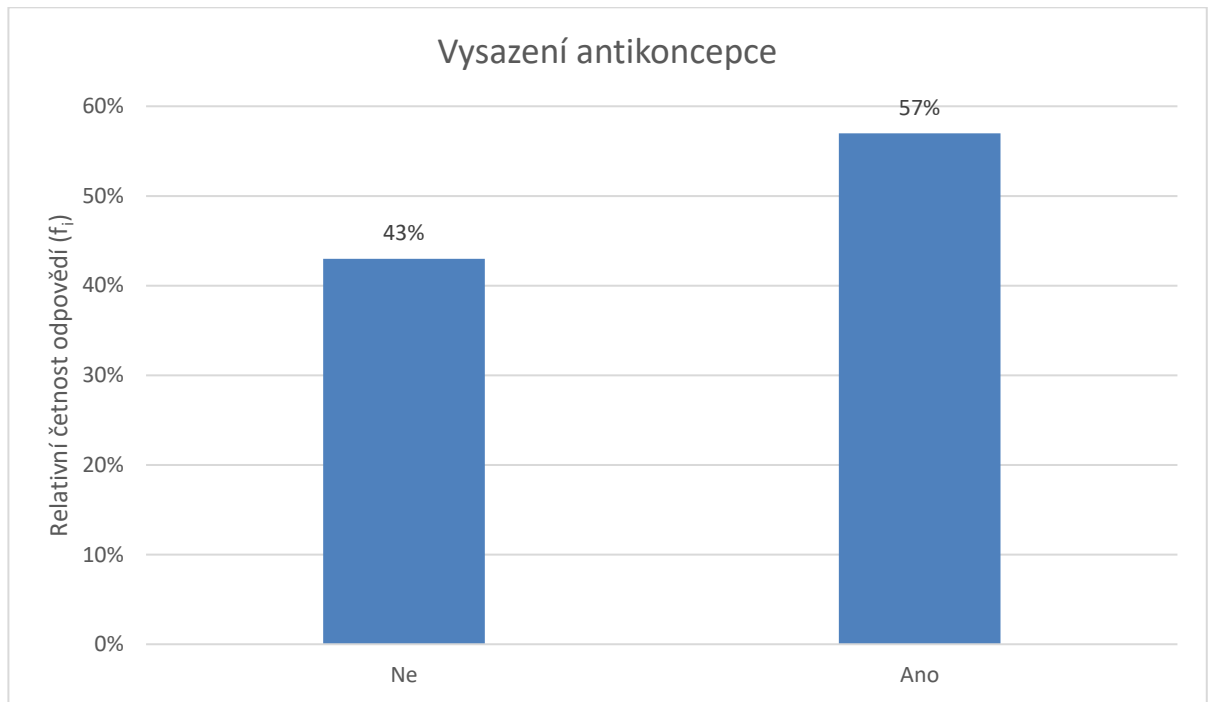
**Tabulka 2 - Začátek užívání antikoncepce**

<b>Začátek užívání antikoncepce</b>	<b>Absolutní četnost (n<sub>i</sub>)</b>	<b>Relativní četnost (f<sub>i</sub>)</b>
v 15 letech antikoncepční tablety	7	16%
v 15 letech kondom	1	2%
v 16 letech antikoncepční tablety	9	20%
v 16 letech kondom	2	5%
v 16 letech antikoncepční náplast	1	2%
v 16 letech přerušovaná soulož	1	2%
v 17 letech antikoncepční tablety	5	11%
v 17 letech kondom	1	2%
v 18 letech antikoncepční tablety	5	11%
v 18 letech kondom	1	2%
v 19 letech kondom	1	2%
ve 20 letech antikoncepční tablety	4	9%
ve 20 letech kondom	3	7%
ve 23 letech antikoncepční tablety	1	2%
nikdy neužívaly	2	5%
<b>Celkem</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>

Na tuto otázku odpovědělo všech 44 (100 %) respondentek. Polovina 21 (47 %) respondentek začala užívat antikoncepci ve věku od 15 do 16 let. Nejčastěji respondentky uvedly užívání antikoncepčních tablet, celkem 31x (69 %). Jako druhou nejčastější antikoncepční metodu respondentky uvedly kondom, celkem 9x (20 %) (Tabulka 2).

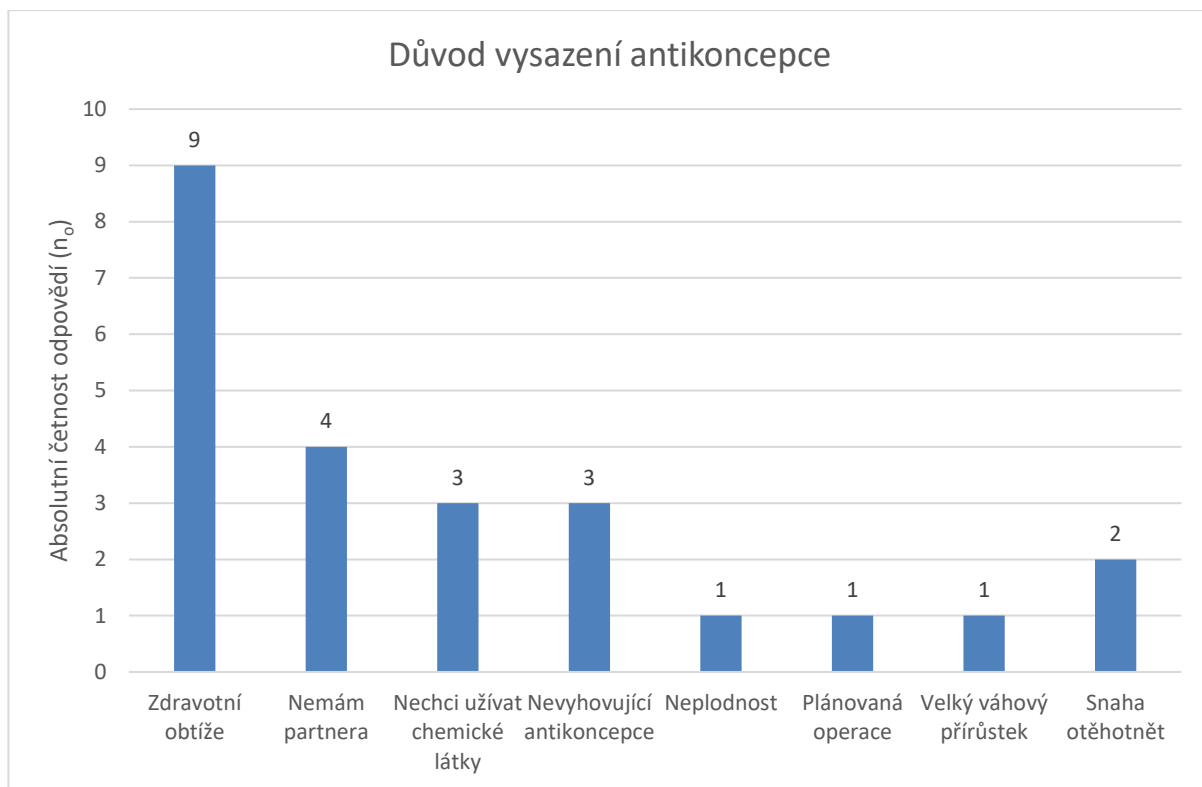
**Otázka č. 9: Vysadila jste někdy vybranou antikoncepční metodu?**

- a) Ne
- b) Ano, z jakého důvodu.....



**Obrázek 5 - Graf vysazení antikoncepce**

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondentky vysadily někdy vybranou antikoncepční metodu a pokud ano, z jakého důvodu. Odpovědělo celkem 42 (100 %) respondentek. Osmnáct respondentek (43 %) odpovědělo, že ne. Odpověď ano zvolilo 24 (57 %) respondentek (Obrázek 5).

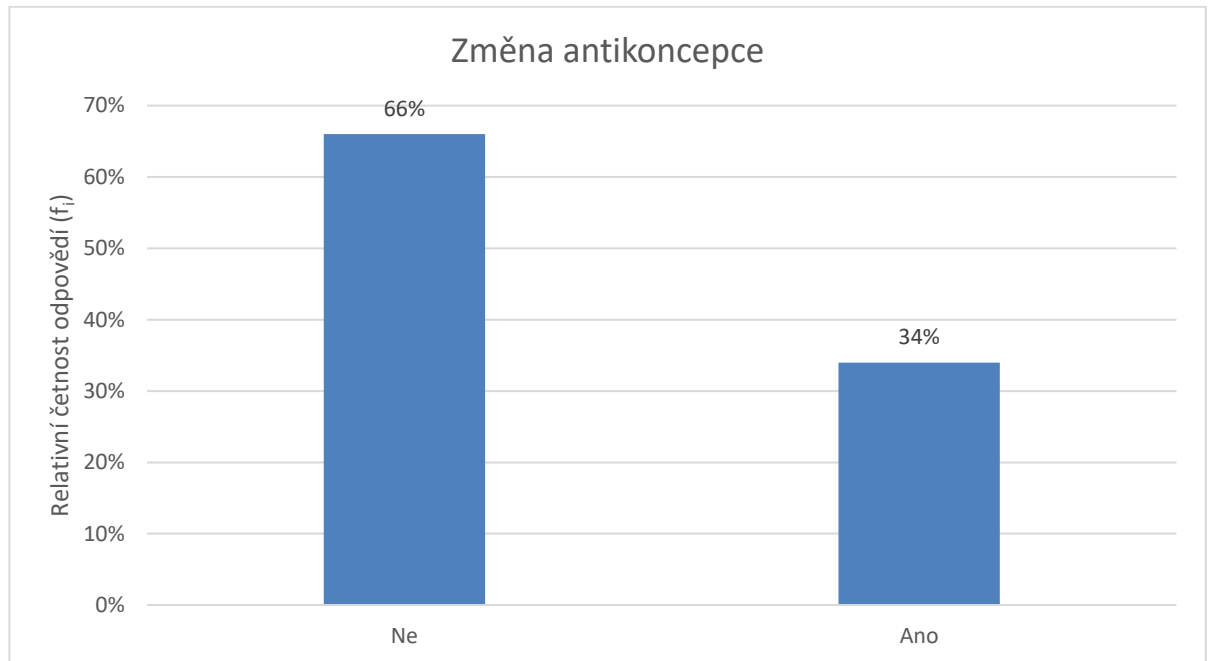


**Obrázek 6** - Graf, kde ženy uvedly důvod vysazení antikoncepce

Nejčastěji jako důvod vysazení antikoncepce respondentky uvedly zdravotní obtíže, celkem 9x (38 %). Druhý nejčastější důvod uvedly, že nemají momentálně partnera, celkem 4x (17 %) a třetím nejčastějším důvodem bylo, že nechtějí užívat chemické látky, celkem 3x (13 %). Celkem 3x (13 %) uvedly, že je antikoncepce nevyhovující. Jedna respondentka se dozvěděla, že je neplodná, jedna respondentka vysadila antikoncepci kvůli plánované operaci a jedna uvedla velký váhový přírůstek. Dvě respondentky uvedly jako důvod snahu o otěhotnění. Uvedená procenta jsou vztahena k celkovému počtu odpovědí (Obrázek 6).

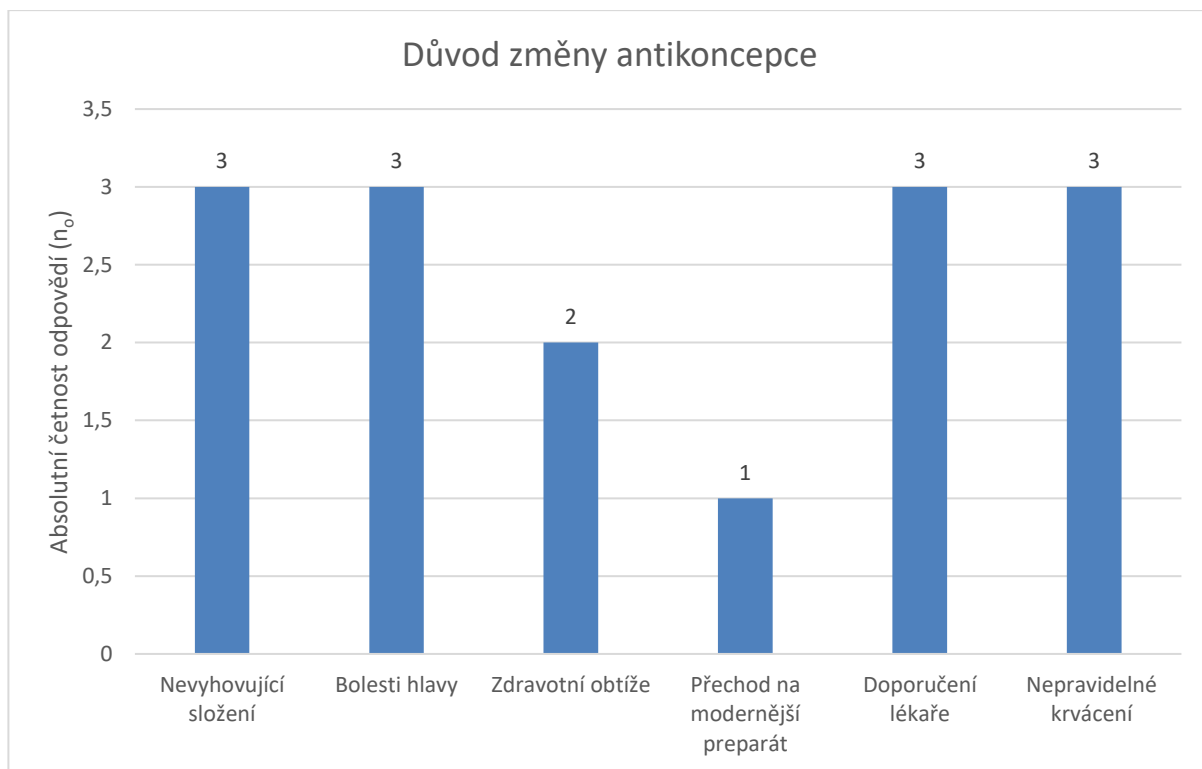
**Otázka č. 10: Změnila jste v průběhu užívání antikoncepce preparát?**

- a) Ne
- b) Ano, z jakého důvodu.....



**Obrázek 7 - Graf změny antikoncepce**

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondentky změnilly v průběhu užívání antikoncepce preparát a pokud ano, z jakého důvodu. Celkem odpovědělo 44 (100 %) respondentek a z nich 29 (66 %) respondentek odpovědělo, že ne. Celkem 15 (34 %) respondentek odpovědělo, že ano (Obrázek 7).

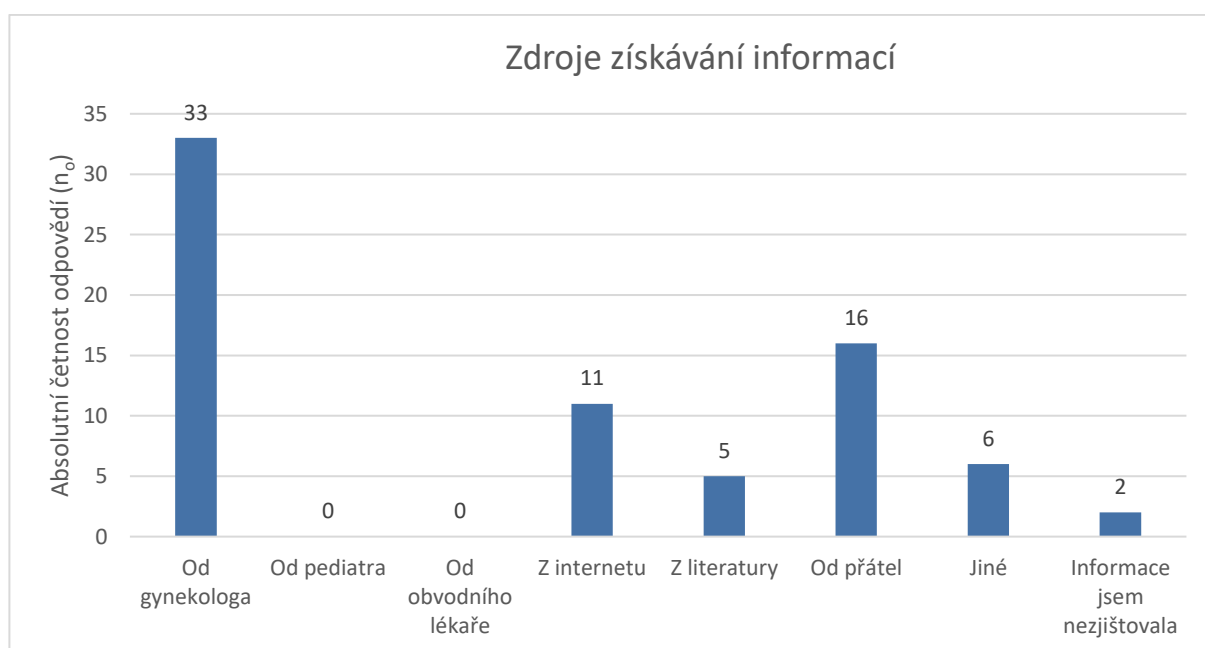


**Obrázek 8** - Graf, kde ženy uvedly důvod změny antikoncepce

Nejčastěji jako důvod změny respondentky uvedly doporučení lékaře, celkem 3x, dále 3x uvedly bolesti hlavy, 3x nevyhovující složení a 3x nepravidelné krvácení. Dvě respondentky uvedly zdravotní obtíže, ale blíže nespecifikovaly. Jedna respondentka uvedla přechod na modernější preparát (Obrázek 8).

**Otázka č. 11: Z jakých zdrojů jste získala informace o antikoncepci? (Můžete uvést více odpovědí)**

- a) Od obvodního gynekologa
- b) Od pediatra
- c) Od obvodního lékaře
- d) Z internetu
- e) Z literatury
- f) Od přátel
- g) Jiné.....
- h) Informace jsem nezjišťovala



**Obrázek 9** - Graf zdrojů získávání informací

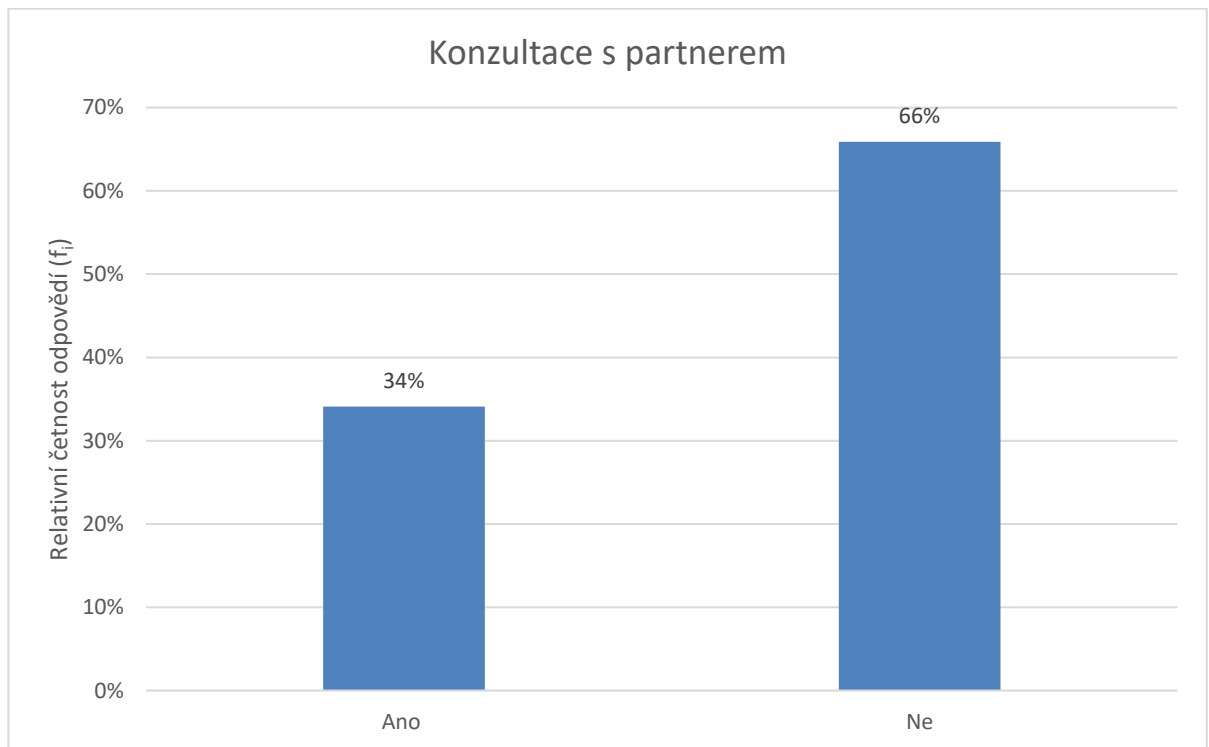
Úkolem této otázky bylo zjistit, z jakých zdrojů získaly respondentky informace o antikoncepci. Většinou respondentky získaly informace z více zdrojů. Nejčastěji respondentky uvedly odpověď, že získaly informace od obvodního gynekologa 33x (45 %). Další nejčastější odpověď byla od přátel 16x (22 %) a z internetu 11x (15 %). Odpověď z literatury byla uvedena celkem 5x (9 %). Dvě respondentky uvedly, že informace nezjišťovaly. Žádná z respondentek nezískala informace od obvodního lékaře a od pediatra. Celkem 6 (8 %) respondentek využilo možnosti jiné odpovědi. Informace získaly při studiu a od rodiny. Uvedená procent jsou vztahena k celkovému počtu odpovědí (Obrázek 9).



### Otázka č. 12: Konzultovala jste výběr antikoncepce s partnerem?

a) Ano

b) Ne

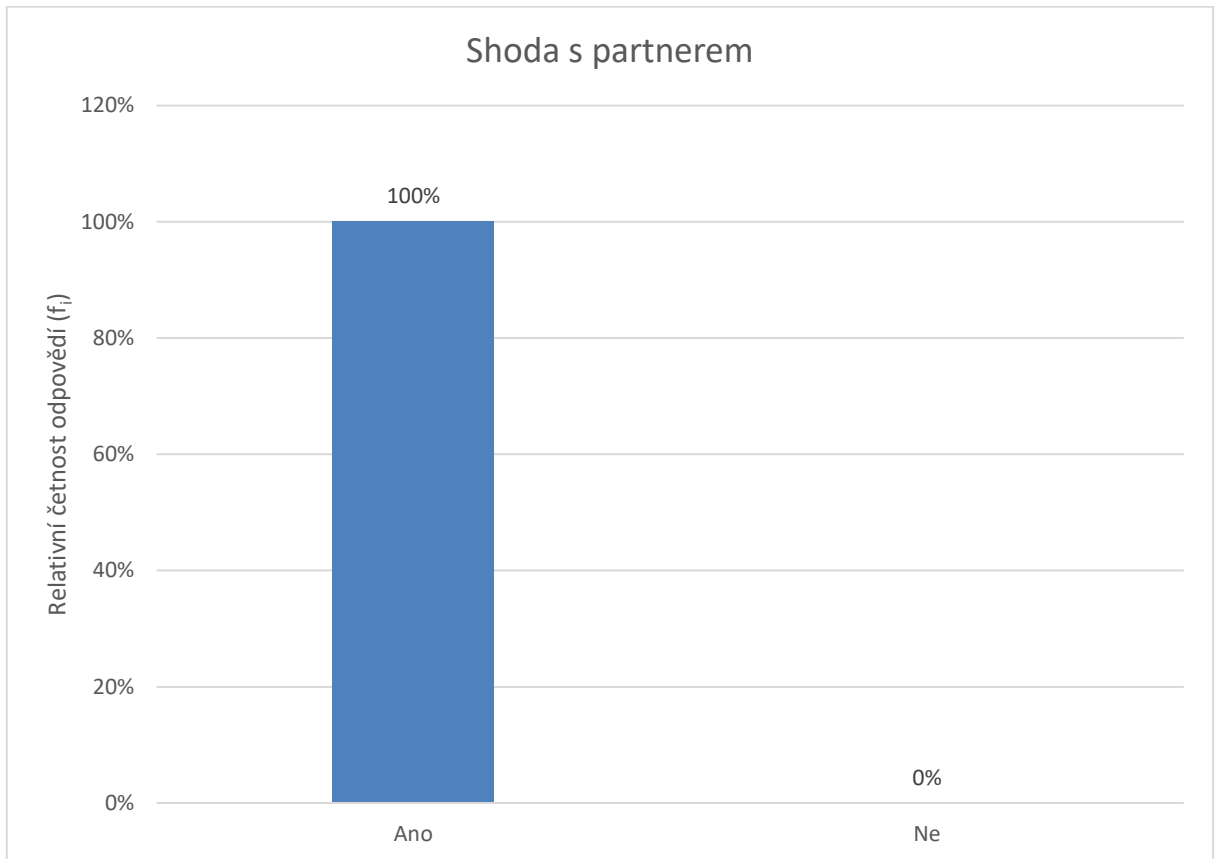


**Obrázek 10** - Graf konzultace s partnerem

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondentky konzultují výběr antikoncepce s partnerem. Na otázku odpovědělo všech 44 (100 %) respondentek. Více než polovina respondentek 29 (66 %) nekonzultuje výběr antikoncepce s partnerem. Tyto respondentky neodpovídaly na otázku č. 13 a pokračovaly otázkou č. 14. Celkem 15 (34 %) respondentek uvedlo, že konzultují výběr antikoncepce s partnerem. Tyto respondentky dále pokračovaly otázkou č. 13 (Obrázek 10).

**Otázka č. 13: Shodli jste se s partnerem na výběru antikoncepce?**

- a) Ano
- b) Ne, z jakého důvodu.....

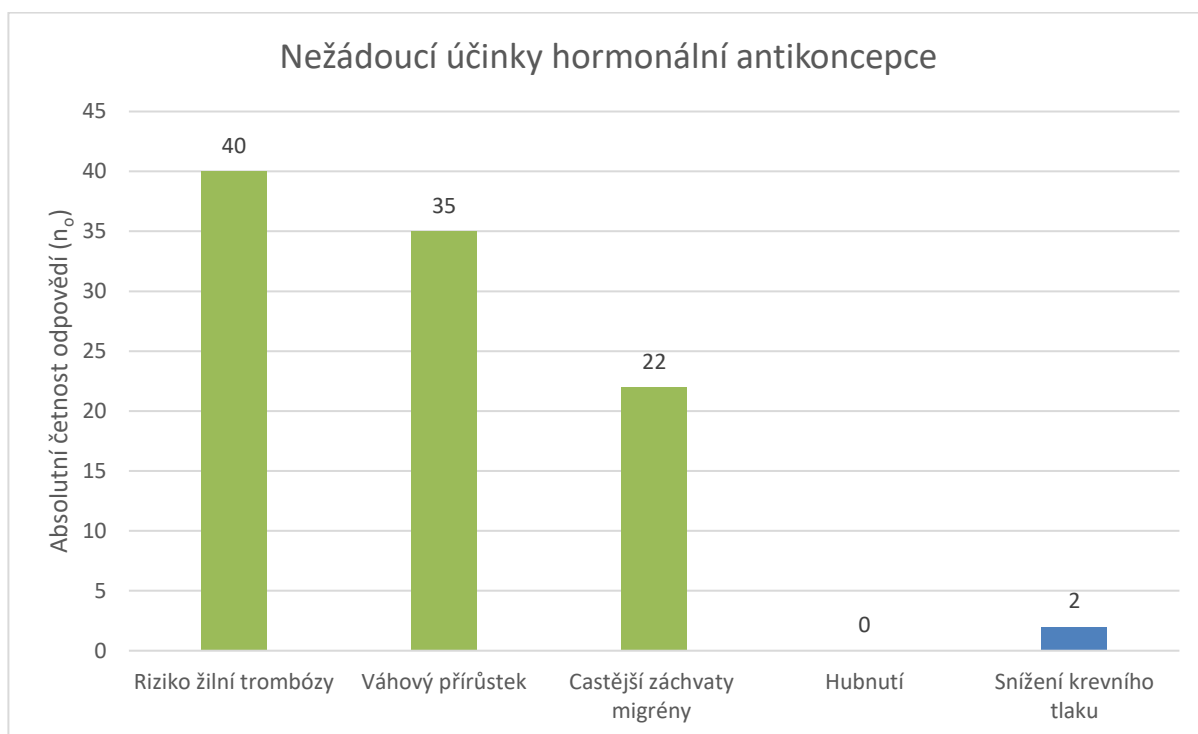


**Obrázek 11-** Graf shody konzultace s partnerem

Na tuto otázku odpovědělo celkem 15 respondentek, které v předchozí otázce vybraly možnost ano. Všechny 15 (100 %) respondentek uvedlo, že se shodly s partnerem na výběru antikoncepce (Obrázek 11).

**Otázka č. 14: Mezi nežádoucí účinky hormonální antikoncepce může patřit: (Možnost více odpovědí)**

- a) Užívání hormonální antikoncepce zvyšuje riziko žilní trombózy
- b) Užívání hormonální antikoncepce může způsobit váhový přírůstek
- c) Ženy s migrénou mohou mít častější záchvaty
- d) Hubnutí
- e) Snížení krevního tlaku

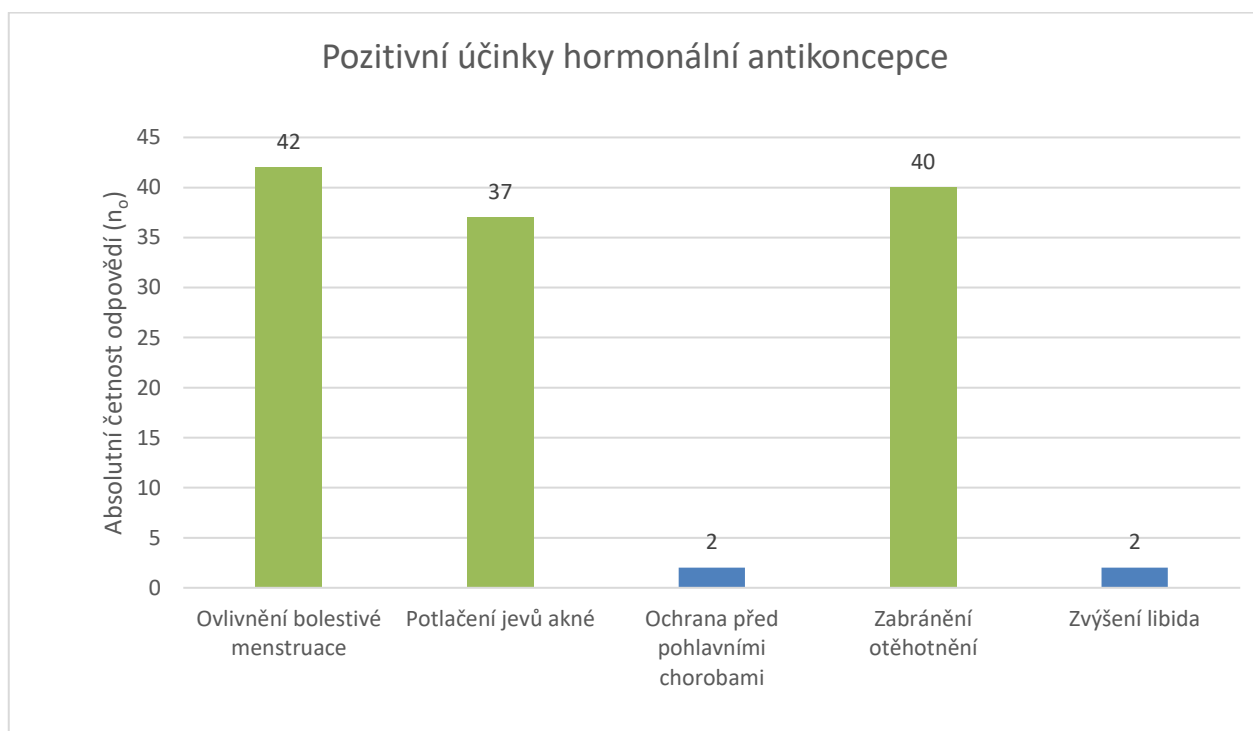


**Obrázek 12** - Graf nežádoucích účinků hormonální antikoncepce

Cílem této otázky bylo zjistit, zda mají respondentky znalosti o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce. Na tuto otázku odpovědělo všech 44 respondentek, tedy i respondentky, které neužívají hormonální antikoncepci. Mezi nežádoucí účinky hormonální antikoncepce patří zvýšené riziko žilní trombózy, zvýšený váhový přírůstek a častější záchvaty u žen s migrénou. Správné odpovědi jsou v grafu značeny zelenou barvou. Nejčastěji respondentky uvedly odpověď, že užívání hormonální antikoncepce zvyšuje riziko žilní trombózy 40x (40 %). Druhou nejčastější odpovědí byl možný váhový přírůstek 35x (35 %). Třetí správnou odpověď, častější záchvaty migrény, zvolily respondentky 22x (22 %). Dvě respondentky nesprávně uvedly, že hormonální antikoncepce může způsobit snížení krevního tlaku (Obrázek 12).

**Otázka č. 15: Mezi pozitivní účinky hormonální antikoncepce může patřit: (Možno uvést více odpovědí)**

- a) Snížení výskytu bolestivé menstruace
- b) Potlačení jevů akné
- c) Ochrana před pohlavně přenosnými chorobami
- d) Zabránění otěhotnění
- e) Zvýšení libida

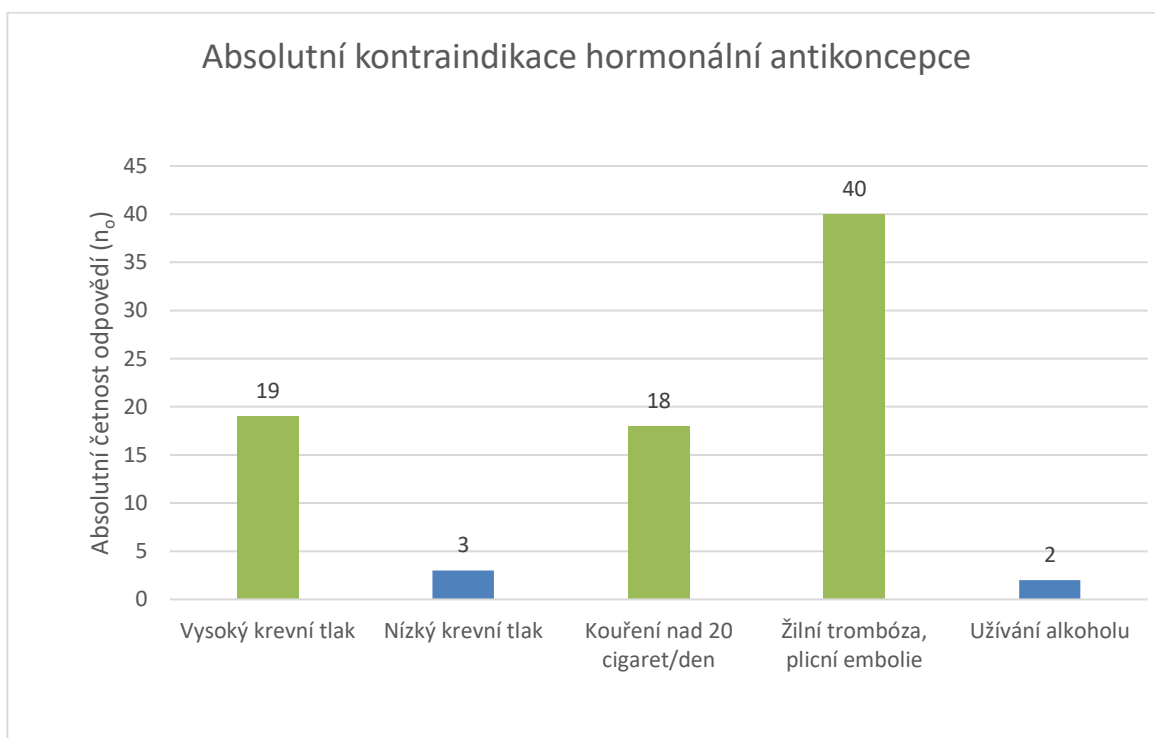


**Obrázek 13 - Graf pozitivních účinků hormonální antikoncepce**

Cílem této otázky bylo zjistit, zda mají respondentky znalosti o pozitivních účincích hormonální antikoncepce. Na tuto otázku odpovědělo všech 44 respondentek, tedy i respondentky, které neužívají hormonální antikoncepci. Mezi pozitivní účinky hormonální antikoncepce patří snížení výskytu bolestivé menstruace, potlačení jevů akné a zabránění otěhotnění. Správné odpovědi jsou v grafu značeny zelenou barvou. Nejčastěji respondentky uvedly odpověď, že hormonální antikoncepce snižuje výskyt bolestivé menstruace, celkem 42x (34 %). Druhou nejčastější odpověď, zabránění otěhotnění, respondentky zvolily 40x (33 %). Třetí správnou odpověď, potlačení jevů akné, respondentky uvedly celkem 37x (30 %). Pouze 4x (3 %) respondentky uvedly nesprávnou odpověď (Obrázek 13).

**Otázka č. 16: Mezi absolutní kontraindikace (nemožnost užívání) hormonální antikoncepce patří: (Možnost uvést více odpovědí)**

- a) Vysoký krevní tlak
- b) Nízký krevní tlak
- c) Kouření nad 20 cigaret/ den
- d) Žilní trombóza nebo plicní embolie v anamnéze
- e) Užívání alkoholu



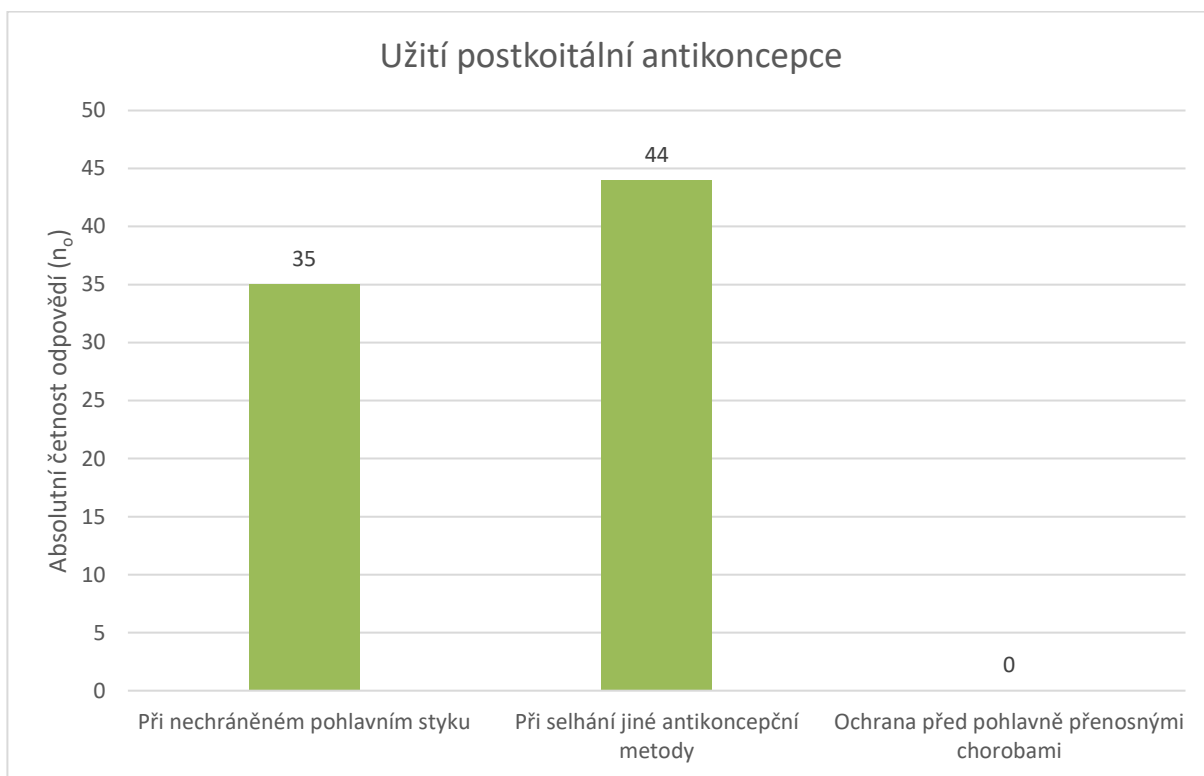
**Obrázek 14 - Graf absolutních kontraindikací hormonální antikoncepce**

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondentky znají absolutní kontraindikace hormonální antikoncepce. Na tuto otázku odpovědělo 44 respondentek, tedy i respondentky, které neužívají hormonální antikoncepci. Mezi absolutní kontraindikace hormonální antikoncepce patří vysoký krevní tlak, kouření nad 20 cigaret/ den a žilní trombóza nebo plicní embolie v anamnéze. Správné odpovědi jsou v grafu značeny zelenou barvou. Téměř všechny respondentky uvedly správnou odpověď, že mezi absolutní kontraindikace hormonální antikoncepce patří žilní trombóza nebo plicní embolie v anamnéze, celkem 40x (49 %). Druhou správnou odpověď, vysoký krevní tlak, zvolily respondentky 19x (23 %). Třetí správnou odpověď, kouření nad 20 cigaret/ den, zvolily respondentky 18x (22 %). Celkem 5x

(6 %) respondentky uvedly nesprávnou odpověď. Z odpovědí respondentek vyplývá, že většina zná pouze jednu absolutní kontraindikaci hormonální antikoncepce (Obrázek 14).

**Otázka č. 17: Uved'te dvě pravdivá tvrzení: Postkoitální antikoncepce se užívá:**

- a) V případě nechráněného pohlavního styku
- b) Při selhání jiné antikoncepční metody (např. kondomu)
- c) Jako ochrana před pohlavně přenosnými chorobami

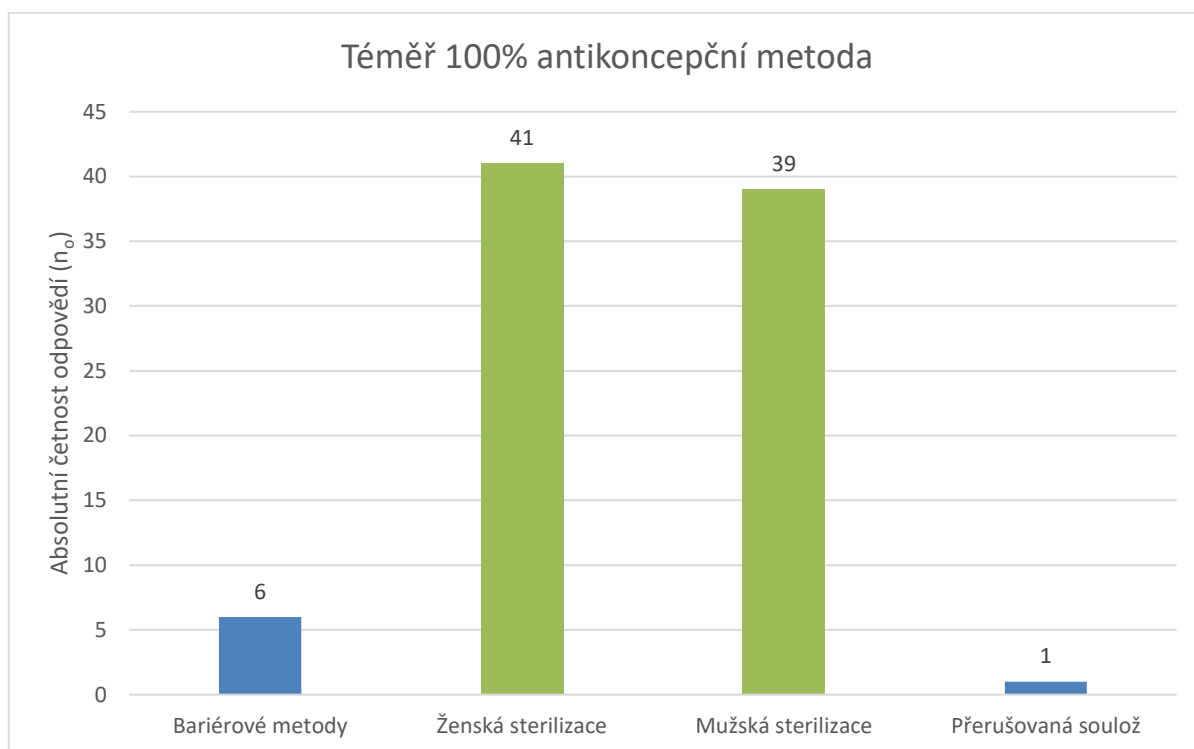


**Obrázek 15** - Graf užití postkoitální antikoncepce

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondentky vědí, kdy se užívá postkoitální antikoncepce. Postkoitální antikoncepce se užívá v případě nechráněného pohlavního styku a při selhání jiné antikoncepční metody. Správné odpovědi jsou v grafu značeny zelenou barvou. Na tuto otázku odpovědělo všech 44 respondentek. Všechny respondentky uvedly pravdivé tvrzení, že postkoitální antikoncepce se užívá při selhání jiné antikoncepční metody, celkem 44x (56 %). Druhé pravdivé tvrzení, v případě nechráněného pohlavního styku, uvedly respondentky celkem 35x (44 %). Nesprávné tvrzení, že postkoitální antikoncepce se užívá jako ochrana před pohlavně přenosnými chorobami ne zvolila žádná z respondentek (Obrázek 15).

**Otázka č. 18: Mezi téměř 100% antikoncepční metodu patří: (Možnost více odpovědí)**

- a) Bariérové metody (kondom, poševní pesar, spermicidní gely a čípky)
- b) Ženská sterilizace (přerušování vejcovodů)
- c) Mužská sterilizace (přerušování chámovodů)
- d) Přerušovaná soulož



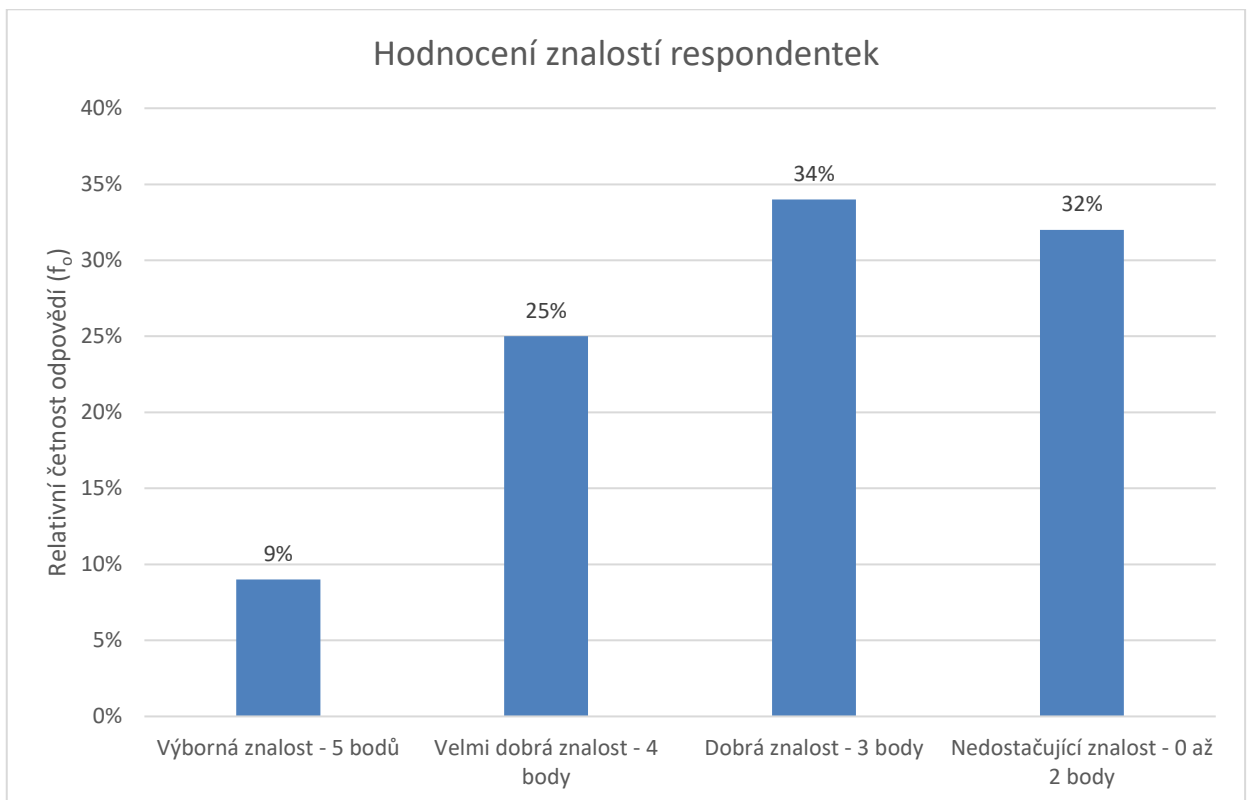
**Obrázek 16 - Graf téměř 100% antikoncepčních metod**

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondentky vědí, které antikoncepční metody jsou téměř 100%. Mezi tyto metody patří ženská a mužská sterilizace. Správné odpovědi jsou v grafu značeny zelenou barvou. Na tuto otázku odpovědělo všech 44 respondentek. Nejčastěji uvedly respondentky odpověď, že mezi téměř 100% antikoncepční metodu patří ženská sterilizace 41x (47 %). Druhou nejčastější odpověď uvedly respondentky mužskou sterilizaci 39x (45 %). Celkem 6x (8 %) uvedly respondentky nesprávnou odpověď, bariérové metody. Pouze jedna respondentka uvedla nesprávně přerušovanou soulož (Obrázek 16).



#### 4.1 Vyhodnocení otázek 14 - 18

V této kapitole jsou zhodnoceny otázky 14 - 18 vztahující se ke třetí průzkumné otázce, která se dotazuje, jaké jsou znalosti nerodivších žen o antikoncepci. Jednotlivé otázky byly vyhodnoceny podle úplnosti odpovědí. Pokud respondentky uvedly všechny správné odpovědi, získaly za jednotlivé otázky 1 bod. Pokud odpovědi byly neúplné, nezískaly respondentky žádný bod. Nejvíce mohly respondentky získat 5 bodů. Plný počet bodů - **5 bodů**, bylo hodnoceno jako **výborná znalost**, **4 body** byly hodnoceny jako **velmi dobrá znalost**, **3 body** jako **dobrá znalost**, **2 - 0 bodů** jako **nedostačující znalost**.



**Obrázek 17-** Graf hodnocení znalostí respondentek

Nejvíce respondentek 15 (34 %) prokázalo dobré znalosti v oblasti antikoncepce, tedy jedna třetina respondentek. Velmi dobrou znalost prokázalo celkem 11 (25 %) respondentek. Výbornou znalost prokázaly 4 (9 %) respondentky. Nedostatečná znalost se objevila u 14 (32 %) respondentek, tedy u celé třetiny respondentek. (Obrázek 17).

## 5 DISKUZE

V této kapitole jsou diskutovány výsledky z dotazníkového šetření. V úvodu průzkumné části byly stanoveny tři průzkumné otázky, na které je zde na základě výsledků zodpovězeno. Výsledky jsou porovnávány s údaji z jiných průzkumných šetření.

### První průzkumná otázka

#### Užívají nerodivší ženy antikoncepci?

Pro tuto průzkumnou otázku byly použity výsledky z dotazníkového šetření. K této průzkumné otázce se vztahují otázky 4 - 5 z dotazníku. První otázka se dotazuje, jakou antikoncepci respondentky používají, ale tato otázka obsahuje i možnost uvedení, že respondentky neuvádějí žádnou antikoncepci. Z průzkumného souboru 44 respondentek uvedly celkem 4 (9 %) respondentky, že neuvádějí žádnou antikoncepci, tedy se nechrání při pohlavním styku. Ostatních 40 (90 %) respondentek uvedlo, že antikoncepci používají. Domnívám se, že nerodivší ženy mají zodpovědný přístup k ochraně před nechtěným otěhotněním, většina žen antikoncepci používá. Užívání antikoncepce patří mezi ukazatele vyspělé společnosti a patří mezi nejúčinnější prevenci interrupcí (Fait, 2012, s. 10).

Druhá otázka z dotazníku vztahující se k první průzkumné otázce se dotazovala, z jakého důvodu respondentky neuvádějí antikoncepci nebo neuvádějí ostatní druhy antikoncepce, kromě přirozených a bariérových metod? Na tuto otázku odpovídaly pouze respondentky, které vůbec neuvádějí antikoncepci nebo neuvádějí hormonální antikoncepci. Celkem odpovědělo 27 respondentek. Nejčastěji respondentky odpovídaly, že nechtějí užívat chemické látky, takto odpověděly celkem 15x (56 %). Druhou nejčastější odpovědí byly zdravotní důvody 5x (19 %). Shodný počet respondentek nemá stálého partnera a bojí se možného váhového přírůstku, celkem 3x (11 %). Štorková (2017) ve svém průzkumném šetření uvádí, že nejčastějším důvodem, proč nechtějí respondentky užívat antikoncepci je, že nechtějí užívat chemické látky, tuto možnost respondentky uvedly 17x (44 %). Variantu, že nemají stálého partnera respondentky zvolily 7x (18 %), zdravotní důvody a možný váhový přírůstek uvedly 3x (8 %). Hlavním cílem jejího průzkumného šetření bylo zjistit postoje dospívajících dívek k užívání hormonální antikoncepce. Také z průzkumného šetření Malé (2014) vyplývá, že nejčastějším důvodem proč ženy nechtějí užívat hormonální antikoncepci je, že nechtějí užívat chemické látky 79 %. Ve svém průzkumném šetření hodnotila postoje dospívajících a mladých žen ve věku 15 - 26 let k užívání hormonální antikoncepce.

## **Druhá průzkumná otázka**

### **Jakou antikoncepci používají nerodivší ženy?**

K této průzkumné otázce se vztahují otázky 4 a 6 - 13 z dotazníku. V první otázce měly respondentky uvést jakou antikoncepční metodu a jaký druh antikoncepce používají. Nejčastěji respondentky označily odpověď bariérové metody 21x (36 %). Výhradně hormonální metody označily respondentky 20x (34 %) a výhradně přirozené metody označily 12x (21 %). Z hormonální antikoncepce 20x (36 %) respondentky uvedly antikoncepční tablety. Z bariérových metod je nejčastěji zastoupeno používání kondomu, tuto možnost označily respondentky 19x (34 %). Výhradně z přirozených metod 11x (20 %) respondentky uvedly přerušovanou soulož a 3x (5 %) výpočet plodných a neplodných dní. Medková (2010) ve svém průzkumném šetření uvádí, že ženy ve věku od 15 do 25 let nejvíce používají hormonální antikoncepci, celkem 25 (71 %). Na druhém místě nejčastěji používají bariérové metody 7x (20 %), na třetím místě používají přirozené metody 3x (9 %). Dále uvádí, že ve věku od 26 do 35 let opět ženy nejvíce používají hormonální antikoncepci 7x (58 %), na druhém místě používají stejně bariérové metody 2x (17 %) a metody přirozené 2x (17 %). Z jejího průzkumného šetření vyplývá, že u mladých žen je převaha užívání hormonální antikoncepce a s věkem roste využívání přirozených a bariérových metod. Pravděpodobně to souvisí s rostoucími sexuálními a životními zkušenostmi, se sebezpoznaním, s vyšším výskytem kontraindikací u hormonální antikoncepce ve vyšším věku. Hořejší (2016, s. 79) uvádí, že mezi nejčastější antikoncepční metody současnosti patří bariérové a hormonální metody. Z bariérových metod je nejčastěji zastoupeno používání kondomu. Užívání hormonální antikoncepce od roku 2006 klesá, dochází k postupnému zvyšování užití nitroděložních tělísek. Nejužívanější formou antikoncepce stále zůstává hormonální antikoncepce. Z mého průzkumného šetření vyplývá, že u nerodivších žen, tedy u respondentek ve věku od 19 do 40 jsou nejvíce zastoupeny bariérové a hormonální metody.

V druhé otázce vztahující se k druhé průzkumné otázce měly respondentky uvést z jakého důvodu zvolily jimi využívanou antikoncepční metodu. Ve většině případů, tedy celkem 37x (49 %) uvedly respondentky odpověď jako ochranu před otěhotněním. Druhou nejčastější odpověď uvedly respondentky zpravidelnění menstruace, celkem 13x (17 %). Třetí nejčastější odpovědí byla ochrana před pohlavně přenosnými chorobami 11x (15 %). Štorková (2017) se ve svém průzkumném šetření dotazovala respondentek, které užívají hormonální antikoncepci, proč se tak rozhodly. Nejčastěji se respondentky 31x (56 %) rozhodly z důvodu

ochrany před otěhotněním, druhý nejčastější důvod uvedly úpravu menstruačního cyklu, celkem 13x (24 %). Drobíková (2015) ve svém průzkumném šetření zjistila, že nejčastějším důvodem užívání antikoncepce je ochrana před otěhotněním, tuto odpověď zvolilo 40 % respondentek. Jako druhou nejčastější odpověď zvolily respondentky pravidelnost a úpravu cyklu 20 %. Hlavním cílem jejího průzkumného šetření bylo zjistit informovanost studentek středních zdravotnických škol a vysokých škol v Moravskoslezském kraji o hormonální antikoncepci. Z průzkumného šetření vyplývá, že se shodují důvody, proč si respondentky volí buď hormonální antikoncepci nebo jiný druh antikoncepce.

Třetí otázka vztahující se ke druhé průzkumné otázce se dotazovala respondentek jak dlouho používají jimi zvolenou antikoncepční metodu. Odpovědělo celkem 40 respondentek, 4 respondentky neodpověděly z důvodu, že neužívají žádnou antikoncepční metodu. Nejvíce respondentek užívá antikoncepci do 5 let.

Ve čtvrté otázce měly respondentky uvést v kolika letech a jakou antikoncepční metodu začaly užívat. Na tuto otázku odpovědělo všech 44 (100 %) respondentek. Polovina 21 (47 %) respondentek začala užívat antikoncepci ve věku od 15 do 16 let. Nejčastěji respondentky uvedly užívání antikoncepčních tablet, celkem 31x (69 %). Jelínková (2017) se ve svém dotazníkovém šetření zabývá věkovou hranicí počátku užívání hormonální antikoncepce. Nejčastěji byl uveden věk 16 let, tuto variantu zvolilo 38 % respondentek. Roztočil (2011, s. 118) uvádí, že průměrný věk prvního pohlavního styku u mladých lidí je v 16 letech. Začátek pohlavního života pravděpodobně souvisí s počátkem užívání antikoncepce. Je potěšující, že většina respondentek použila na začátku pohlavního života nějakou formu ochrany.

Pátá otázka vztahující se ke druhé průzkumné otázce se dotazovala respondentek jestli někdy vysadily vybranou antikoncepční metodu a pokud ano, z jakého důvodu. Více než polovina respondentek 24 (57 %) odpověděla, že ano. Nejčastěji jako důvod vysazení respondentky uvedly zdravotní obtíže, celkem 9x (38 %). Druhý nejčastější důvod uvedly, že nemají momentálně partnera, celkem 4x (17 %) a třetím nejčastějším důvodem bylo, že nechtějí užívat chemické látky. Z odpovědí respondentek se domnívám, že vysadily hormonální antikoncepční metodu. Z průzkumného šetření vyplývá, že odpovědi respondentek jsou shodné s odpověďmi ve druhé otázce z dotazníku. Zde respondentky uváděly důvod, proč neužívají antikoncepci nebo neužívají ostatní druhy antikoncepce, kromě přirozených a bariérových metod.

Šestá otázka vztahující se ke druhé průzkumné otázce se dotazovala respondentek jestli změnilly v průběhu užívání antikoncepce preparát a pokud ano, z jakého důvodu. Nejčastěji jako důvod změny respondentky uvedly doporučení lékaře, celkem 3x, dále 3x uvedly bolesti hlavy, 3x nevyhovující složení a 3x nepravidelné krvácení. Opět se domnívám, že respondentky změnilly v průběhu užívání antikoncepce nějakou hormonální antikoncepční metodu, uvedené důvody jsou popisovány v literatuře v souvislosti s hormonální antikoncepcí. Hormonální antikoncepce patří mezi metody, které vyžadují lékařský dohled. Lékař má povinnost informovat o způsobu užívání, spolehlivosti, možných komplikacích. Volba přípravku je zcela individuální (Roztočil, 2011, s. 107-113).

V sedmé otázce měly respondentky uvést z jakých zdrojů získaly informace o antikoncepci. Většinou respondentky uvedly, že získaly informace z více zdrojů. Nejvíce informací získaly respondentky od obvodního gynekologa, celkem 33x (75 %). Tedy informace získaly až ve věku, kdy pravděpodobně začaly navštěvovat gynekologa a začaly se sexuálním životem. Další nejčastější odpověď byla od přátel 16x (36 %) a z internetu 11x (25 %). Celkem 6 (8 %) respondentek využilo možnosti jiné odpovědi. Informace získaly při studiu a od rodiny. Jelínková (2017) také ve svém průzkumném šetření uvádí, že nejvíce jsou respondentky informovány od obvodního gynekologa a z internetu, obě tyto varianty zvolilo 11 respondentek z 37. Ve svém průzkumném šetření se zabývala postojem studentů nelékařských zdravotnických oborů VŠ k užívání hormonální antikoncepce. Křivková (2018) ve svém průzkumném šetření, které bylo zaměřeno na antikoncepci u středoškolské a vysokoškolské mládeže, uvádí zdroje ze kterých respondentky získaly informace o antikoncepci. Jako nejčastější odpověď respondentky volily lékaře, celkem 294x, školu 209x, rodiče 207x, masmédiá 184x a přátelé 174x. Z jejího průzkumného šetření vyplývá, že rodiče mají důležitější zastoupení než vrstevníci. Domnívala jsem se, že rodina bude v mém průzkumném šetření v podávání informací více zastoupena. Překvapilo mě, že respondentky vůbec nevedly možnost získání informací od pediatra a obvodního lékaře. Nejvíce zastoupená varianta, že respondentky získaly informace od obvodního gynekologa svědčí pro zodpovědný přístup respondentek k sexuálnímu životu. Druhá a třetí varianta se naprosto shoduje s životním stylem dnešních mladých lidí. Nejvíce komunikují s přáteli přes internet. Vránová (2010, s. 33) uvádí, že správně fungující rodina je na prvním místě v oblasti sexuální výchovy mládeže. Podrobné seznámení mládeže s antikoncepcí včetně poučení o sexuálně přenosných chorobách by mělo být uskutečněno před zahájením pohlavního života.

V osmé otázce měly respondentky uvést zda konzultovaly výběr antikoncepce s partnerem. Z průzkumného šetření vyplynulo, že více než polovina respondentek 29 (66 %) nekonzultuje výběr antikoncepce s partnerem a 15 (34 %) respondentek ano.

V deváté otázce jsem se dotazovala, jestli se respondentky shodly s partnerem na výběru antikoncepce. Na tuto otázku odpovědělo celkem 15 respondentek, které v předchozí otázce vybraly možnost ano. Všech 15 respondentek uvedlo, že se shodly s partnerem na výběru antikoncepce.

### **Třetí průzkumná otázka**

#### **Jaké jsou znalosti nerodivších žen o antikoncepci ?**

K této průzkumné otázce se vztahují otázky 14 - 18 z dotazníku, celkem 5 otázek. Otázky 14 - 16 se týkají znalostí v oblasti hormonální antikoncepce. Otázky 17-18 se týkají znalostí v oblasti postkoitální antikoncepce a v oblasti téměř 100% antikoncepčních metod. Hormonální antikoncepce má své pozitivní účinky, ale i nežádoucí účinky a absolutní kontraindikace. Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce nijak neohrožují zdraví dané ženy, mají spíše podobu diskomfortu. Absolutní kontraindikace hormonální antikoncepce mohou být život ohrožující a je nezbytné, aby byly ženy o nich informovány. Tato problematika byly již několikrát i medializována. Z průzkumného šetření vyplývá, že celá třetina respondentek má nedostatečné znalosti v oblasti antikoncepce. Výsledky v této oblasti hodnotím negativně. Respondentky, které nemají dostatečné znalosti v oblasti antikoncepce se vystavují velkému zdravotnímu riziku. Nabízí se zde domněnka, že obvodní gynekologové nedostatečně informují své klientky v této problematice. Vzhledem k tomu, že existuje velké množství nových informací v oblasti antikoncepce, je důležité neustálé vzdělávání zdravotnických pracovníků. Zdravotničtí pracovníci by měli dostatečně ženy v této problematice informovat a ženy samotné by měly mít o tuto problematiku větší zájem. Myslím si, že mít znalosti v oblasti antikoncepce a mít zájem o vlastní zdraví patří k zdravému životnímu stylu.

## 6 ZÁVĚR

Závěrem bych shrnula bakalářskou práci zaměřenou na antikoncepci u nerodivších žen. Je rozdělena na teoretickou a průzkumnou část.

Počáteční kapitoly teoretické části se zabírají plánováním rodičovství, výchovou k reprodukčnímu zdraví a prekoncepční péčí. Plánování rodičovství patří mezi základní lidská práva na jejichž základě se mohou jednotlivé páry svobodně rozhodnout zda a kdy si pořídí děti. Nedílnou součástí plánování rodičovství je používání antikoncepce. Výchova k reprodukčnímu zdraví by měla být započata již v rodině, kde ještě malé děti získávají informace o intimní hygieně a o rozdílech mezi pohlavími. Následná sexuální výchova by měla probíhat kromě rodiny i na základní škole. Je důležité, aby dospívající jedinec věděl základní informace o pohlavně přenosných chorobách, o antikoncepci. U dospívajících dívek je důležité absolvování pravidelných gynekologických prohlídek. Takto poučená mládež je lépe připravená na pozdější sexuální život, ale i na život samotný. V dospělosti se výchovou k reprodukčnímu zdraví zabývá prekoncepční péče. Je zaměřena na ženy, které ještě nerodily, tedy na období před těhotenstvím. Prekoncepční péče je nedílnou součástí práce gynekologů, porodních asistentek, ale i kolegů z ostatních oborů. Poslední kapitoly teoretické části se zabírají antikoncepcí a jsou zde popsány jednotlivé antikoncepční metody.

Průzkumná část poskytla souhrn informací o postoji nerodivších žen k antikoncepci, které pomohly k dosažení stanovených cílů. Prvním cílem bylo zjistit zda a jakou antikoncepci používají nerodivší ženy. Z průzkumného šetření vyplynulo, že nerodivší ženy, které byly našimi respondentkami používají antikoncepci a pouze malá skupina žen z našich respondentek neužívá žádnou antikoncepci. Užívání jakékoliv antikoncepce je nejenom otázkou životního stylu, ale je známkou vyspělosti společnosti. Toto zjištění mě mile překvapilo, považuji ho za velice zodpovědné, je dobře, že ženy nechtějí v oblasti sexuálního života riskovat. Téměř vyrovnané je používání hormonální antikoncepce a přirozených a bariérových metod. Nejčastějším důvodem užívání antikoncepce je ochrana před otěhotněním, léčba nepravidelné menstruace a ochrana před pohlavně přenosnými chorobami. Pokud nechtějí užívat především hormonální antikoncepci je to z důvodu, že nechtějí užívat chemické látky. Změnu nebo vysazení antikoncepce nejčastěji volí kvůli zdravotním obtížím. S užíváním antikoncepce ženy začínají mezi 15. až 16. rokem života a nejvíce je zastoupeno užívání hormonální antikoncepce v podobě antikoncepčních tablet. Ženy získávají informace týkající se antikoncepce od obvodního gynekologa, od přátel a z internetu. Tedy

pravděpodobně v době, kdy už začínají se sexuálním životem. Většina žen nekonzultuje výběr antikoncepce s partnerem. Nevím důvod, proč tomu tak je. Tuto otázku jsem v dotazníku nepoložila. Mohu se pouze domnívat, že si chtějí o otázce antikoncepce rozhodovat samostatně nebo jejich partnera tato otázka vůbec nezajímá nebo není na partnera spolehnutí.

Druhým cílem bylo zjistit jaké jsou znalosti nerodivších žen o antikoncepci. Otázky z dotazníku se týkaly převážně hormonální antikoncepce. Hormonální antikoncepce má své pozitivní účinky, ale i nežádoucí účinky a absolutní kontraindikace, které mohou být životu nebezpečné. Nepříjemným zjištěním bylo, že ženy jsou nedostatečně informovány v oblasti hormonální antikoncepce. Z absolutních kontraindikací znají bohužel jen riziko žilní trombózy a plicní embolie. Tato problematika proběhla několikrát již v médiích. V ostatních rizicích jako je vysoký krevní tlak a kouření cigaret nad 20 cigaret/den jsou informovány jen částečně. Výskyt vysokého krevního tlaku je více záležitostí vyššího věku, na rozdíl od kouření cigaret, které je mezi nerodivšími ženami velice pravděpodobné. Je možné se domnívat, že poučení ze strany obvodních gynekologů je nedostačující, což je v případě absolutních kontraindikací hormonální antikoncepce trestuhodné. Myslím si, že by bylo vhodné, aby i lékárníci před výdejem hormonální antikoncepce vznesli dotaz na absolutní kontraindikace a v neposlední řadě doporučují ženám, aby měly větší zájem o tuto problematiku nebo si alespoň přečetly příbalový leták daného preparátu.



## 7 POUŽITÁ LITERATURA

1. BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1351-9.
2. ČEPICKÝ, Pavel. Antikoncepce: benefity, rizika, mýty. *Acta medicae*. 2018, 6(5-6), 38-40. ISSN 1805-398X.
3. FAIT, Tomáš. Přínosy a rizika antikoncepce. *Sanquis*. 2010, 2010(81), 80-82. ISSN 1212-6535.
4. FAIT, Tomáš. *Antikoncepce: Průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-280-3.
5. FAIT, Tomáš. Význam moderních antikoncepčních metod pro snížení potratovosti. *Postgraduální medicína*. 2016, 18(4), 395-400. ISSN 1212-4184.
6. FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2017. ISBN 978-80-7345-482-1.
7. HOŘEJŠÍ, Vanda. Přehled metod a trendy v antikoncepci. *Practicus*. 2016, 15(5), 29. ISSN 1213-8711.
8. HOŘEJŠÍ, Jan a kol. *Dětská gynekologie*. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4027-3.
9. KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISEL. *Repetitorium gynekologie*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-138-7.
10. KŘEPELKA, Petr. Fórum antikoncepce a význam vědeckých informací pro efektivní plánované rodičovství. *Medical tribune*. 2017, 13(21). ISSN 1214-8911.
11. MAREŠOVÁ, Pavlína a Luděk FIALA. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4852-1.
12. NEUBAUER, Jiří, Marek SEDLAČIK a Oldřich KRÍŽ. *Základy statistiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 240 s. ISBN 978-80-247-4273-1.
13. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-214-5.
14. PILKA, Radovan a kol. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf, 2017. ISBN 978-80-7345-530-9.
15. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
16. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-271-9795-8.

17. ŠKORNIČKOVÁ, Zuzana, Markéta MORAVCOVÁ a Markéta ZAJÍČKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci II.* 2015. ISBN 978-80-7395-860-2.
18. ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví.* Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-238-4.
19. VRÁNOVÁ, Věra. *Výchova k reprodukčnímu zdraví.* 1.vydání. Olomouc, 2010. ISBN 978-80-244-2629-7.
20. UZEL, Radim. Plánované rodičovství dříve a dnes. *Praktická gynekologie.* 2014, 18(1), 79-82. ISSN 1211-6645.
21. WEISS, Petr. *Sexuologie.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
22. WEISSOVÁ, Jiřina. Nehormonální antikoncepce. *Florence.* 2014, 10(5), 16-18. ISSN 1801-464X.

### **Elektronické zdroje**

1. DROBÍKOVÁ, Daniela. Informovanost studentek středních a vysokých škol v Moravskoslezském kraji o hormonální antikoncepci. Olomouc, 2015. 86 s. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce MUDr. Kateřina Kikalová, PhD.
2. JELÍNKOVÁ, Kamila. Postoje studentů zdravotnických nelékařských oborů VŠ k užívání hormonální antikoncepce. Pardubice, 2017. 62 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Sabina Slavičková.
3. KŘIVKOVÁ, Šárka. Antikoncepce u středoškolské a vysokoškolské mládeže. České Budějovice, 2018. 82 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Drahomíra Filausová
4. MALÁ, Veronika. Postoje dospívajících a mladých dospělých žen k hormonální antikoncepci. Brno, 2014. 81 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Přírodovědecká fakulta. Vedoucí práce doc. RNDr. Miroslav Králík, PhD.
5. MEDKOVÁ, Miroslava. Využívání dostupných antikoncepčních metod ženami ve věku 15-50 let. Pardubice, 2010. 44 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce MUDr. Germund Hensel.
6. ŠTORKOVÁ, Adéla. Reprodukční zdraví u dospívajících dívek. Pardubice, 2017. 70 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Škorníčková.

## 8 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dotazník</i> .....	59
-----------------------------------	----

Příloha A – *Dotazník*

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Bačovská a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, studijního oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který se stane podkladem pro vypracování mé bakalářské práce na téma: *Antikoncepce u nerodivších žen*. Dotazník je zcela anonymní. Prosím Vás o uvádění pravdivých informací. Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

**1. Kolik Vám je let? (Prosím vypište)**

.....

**2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Základní
- b) Středoškolské
- c) Střední odborné učiliště
- d) Vysokoškolské

**3. Žijete sexuálním životem?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

**4. Jaký druh antikoncepce používáte? (Možnost uvést více odpovědí)**

1. Přirozené metody

- a. Výpočet plodných a neplodných dní
- b. Přerušovaná soulož
- c. Bazální teplota
- d. Hlenová metoda

2. Bariérové (mechanické) metody

- a. Kondom
- b. Poševní pesar
- c. Ženský kondom (femidom)
- d. Cervikální klobouček
- e. Spermicidní přípravky

3. Hormonální (Při zvolení této varianty pokračujte otázkou č. 6)

a. Kombinovaná

- I. Antikoncepční tablety
- II. Antikoncepční náplasti
- III. Vaginální kroužek

b. Gestagenní

- I. Minipilulky
- II. Antikoncepční podkožní implantáty
- III. Antikoncepční injekce
- IV. Nitroděložní antikoncepce (hormonální nitroděložní tělísko)

4. Nehormonální nitroděložní tělísko

5. Sterilizace

6. Neužívám antikoncepci

**5. Z jakého důvodu nežíváte žádnou antikoncepci nebo ostatní druhy antikoncepce, kromě přirozených a bariérových metod? (Možnost zaškrtnutí více odpovědí)**

- a) Nemám stálého partnera
- b) Nejsem sexuálně aktivní
- c) Zdravotní důvody
- d) Nechci užívat chemické látky
- e) Bojím se možného váhového přírůstku
- f) Nedostatek financí

g) Jiná možnost.....

**6. Z jakého důvodu jste zvolila Vámi využívanou antikoncepční metodu?  
(Více variant)**

- a) Ochrana před otěhotněním
- b) Ochrana před pohlavně přenosnými chorobami
- c) Zpravidelnění menstruace
- d) Odstranění bolesti při menstruaci
- e) Potlačení jevů akné
- f) Ochrana před nádorovým onemocněním vaječníků, děložní sliznice, prsů
- g) Jiné.....

**7. Jak dlouho používáte Vámi zvolenou antikoncepční metodu? (Prosím uveďte)**

.....

**8. V kolika letech a jakou antikoncepční metodu jste začala užívat?  
(Prosím uveďte)**

.....

**9. Vysadila jste někdy vybranou antikoncepční metodu?**

- a) Ne
- b) Ano, z jakého důvodu?.....

**10. Změnila jste v průběhu užívání antikoncepce preparát?**

- a) Ne
- b) Ano, z jakého důvodu?.....

**11. Z jakých zdrojů jste získala informace o antikoncepci? (Můžete uvést více odpovědí)**

- a) Od obvodního gynekologa
- b) Od pediatra
- c) Od obvodního lékaře
- d) Z internetu
- e) Z literatury
- f) Od přátel
- g) Jiné.....
- h) Informace jsem nezjišťovala

**12. Konzultovala jste výběr antikoncepce s partnerem?**

- a) Ano, pokračujte otázkou č. 13
- b) Ne, pokračujte otázkou č. 14

**13. Shodli jste se s partnerem na výběru antikoncepce?**

- a) Ano
- b) Ne, z jakého důvodu?.....

**14. Mezi nežádoucí účinky hormonální antikoncepce může patřit:**

**(Možnost uvést více odpovědí)**

- a) Užívání hormonální antikoncepce zvyšuje riziko žilní trombózy
- b) Užívání hormonální antikoncepce může způsobit váhový přírůstek
- c) Ženy s migrénou mohou mít častější záchvaty
- d) Hubnutí
- e) Snížení krevního tlaku

**15. Mezi pozitivní účinky hormonální antikoncepce může patřit:**

**(Možnost uvést více odpovědí)**

- a) Snížení výskytu bolestivé menstruace
- b) Potlačení jevů akné
- c) Ochrana před pohlavně přenosnými chorobami
- d) Zabránění otěhotnění
- e) Zvýšení libida

**16. Mezi absolutní kontraindikace (nemožnost užívání) hormonální antikoncepce patří: (Možnost uvést více odpovědí)**

- a) Vysoký krevní tlak
- b) Nízký krevní tlak
- c) Kouření nad 20 cigaret/ den
- d) Žilní trombóza nebo plicní embolie v anamnéze
- e) Užívání alkoholu

**17. Uveďte dvě pravdivá tvrzení. Postkoitální antikoncepce se užívá:**

- a) V případě nechráněného pohlavního styku
- b) Při selhání jiné antikoncepční metody (např. kondomu)
- c) Jako ochrana před pohlavně přenosnými chorobami

**18. Mezi téměř 100% antikoncepční metodu patří: (Možnost uvést více odpovědí)**

- a) Bariérové metody (kondom, poševní pesar, spermicidní gely a čípky)
- b) Ženská sterilizace (přerušeni vejcovodů)
- c) Mužská sterilizace (přerušeni chámovodů)
- d) Přerušovaná soulož