

# Faktory ovlivňující výběr antikoncepce po porodu

Factors Influencing the Choice of Contraception after Delivery

Veronika Hlavoňová

---

Bakalářská práce  
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**

**Fakulta humanitních studií**

**Ústav zdravotnických věd**

**Akademický rok: 2019/2020**

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)**

**Jméno a příjmení:** Veronika Hlavoňová  
**Osobní číslo:** H17180  
**Studijní program:** B5349 Porodní asistence  
**Studijní obor:** Porodní asistentka  
**Forma studia:** Prezenční  
**Téma práce:** Faktory ovlivňující výběr antikoncepce po porodu

### **Zásady pro vypracování**

Režerše odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti faktorů ovlivňující výběr antikoncepce po porodu.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníků.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace dat.

Prezentace výsledků výzkumného šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

**Forma zpracování bakalářské práce:** **Tištěná/elektronická**

### **Seznam doporučené literatury:**

FAIT, Tomáš. Antikoncepce: [průvodce ošetřujícího lékaře]. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-280-3.

JOHNSON, Ruth a Wendy TAYLOR. Skills for midwifery practice. Edinburgh: Elsevier, 2016. ISBN 978-0-7020-6187-5.

KOUDELKOVÁ, Vlasta. Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-624-1.

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

VRÁNOVÁ, Věra. Výchova k reprodukčnímu zdraví. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2629-7.

**Vedoucí bakalářské práce:** **Mgr. Jana Doleželová**

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019  
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020

L.S.

---

Mgr. Libor Marek, Ph.D.  
děkan

---

PhDr. Pavla Kudřová, Ph.D.  
ředitelka ústavu

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 5.5.2020

---

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola neviditelně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Téma bakalářské práce se nazývá Faktory ovlivňující výběr antikoncepce po porodu. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část se zabývá především změnami po porodu, sexualitou po porodu, antikoncepčními metodami, plánovanému rodičovství a faktorům ovlivňující výběr antikoncepce. Výzkumná část popisuje výsledky průzkumného šetření. Je provedeno dotazníkové anonymní šetření, kde hlavním cílem je zjistit, jaké faktory ovlivňují výběr antikoncepce po porodu. Dále jaké metody antikoncepce ženy po porodu užívají nejčastěji. V poslední řadě otázka, kdy ženy začínají žít aktivním sexuálním životem.

Klíčová slova: šestinedělí, antikoncepce, žena po porodu, metody antikoncepce, sexualita

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis titled “Factors Influencing the Choice of Contraception after Delivery” is divided into two parts – the theoretical and the practical part. The theoretical part focuses on women’s changes after giving birth, their sexuality, the methods of contraception, planned parenthood and the factors that influence the choice of contraception. The practical part describes the research and its results. The aim of the anonymous questionnaire research is to ascertain what factors influence the choice of contraception after delivery. Furthermore, it is essential to reveal what methods of contraception are used the most often after delivery. Last but not least, the thesis will mention when women start sex life after giving birth.

Keywords: puerperium, contraception, woman after delivery, methods of contraception, sexuality

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Janě Doleželové za cenné rady a poznatky, bez kterých bych byla v některých situacích v koncích a za trpělivost, kterou se mnou měla. Velice děkuji za pomoc při dotazníkovém šetření Mgr. Ivaně Olecké, Ph.D. Děkuji také všem respondentkám za jejich čas a ochotu při vyplňování dotazníkového šetření. Poděkování patří především rodině za podporu, trpělivost a pomoc při kontrole a úpravě textu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Veronika Hlavoňová



## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>2</b>
<b>1 ŠESTINEDELÍ</b> .....	<b>3</b>
1.1 INVOLUČNÍ ZMĚNY PO PORODU .....	3
1.2 POPORODNÍ KOMPLIKACE.....	4
1.3 LAKTACE.....	5
1.4 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU PO PORODU .....	6
<b>2 SEXUALITA PO PORODU</b> .....	<b>9</b>
<b>3 PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ</b> .....	<b>10</b>
<b>4 ANTIKONCEPCE</b> .....	<b>11</b>
4.1 ANTIKONCEPČNÍ METODY ŽENSKÉ .....	12
4.2 MUŽSKÉ ANTIKONCEPČNÍ METODY .....	16
<b>5 ANTIKONCEPCE PRO KOJÍCÍ ŽENY</b> .....	<b>17</b>
<b>6 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VÝBĚR ANTIKONCEPCE</b> .....	<b>19</b>
6.1 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VÝBĚR ANTIKONCEPCE PO PORODU.....	19
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>21</b>
<b>7 METODIKA PRÁCE</b> .....	<b>22</b>
7.1 CÍLE PRÁCE .....	22
7.2 UŽITÁ METODA VÝZKUMU .....	22
7.3 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	22
<b>8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ</b> .....	<b>23</b>
<b>9 DISKUSE</b> .....	<b>38</b>
9.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	42
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>43</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>45</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b> .....	<b>48</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>49</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>50</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>51</b>

## ÚVOD

Antikoncepce je v dnešní době diskutovaným tématem. Z etického hlediska je užívání antikoncepce velmi sporné. Najdou se jak příznivci, tak odpůrci. Regulace počtu těhotenství je stále nevyřešeným tématem. Bakalářská práce odkrývá faktory, které stojí za výběrem antikoncepce po porodu.

Poporodní období ženy je náročné jak po fyzické, tak po psychické stránce. Dochází k involučním změnám. Během období šestinedělí by neměla mít žena žádný pohlavní styk. Stejně jako v těhotenství, může i v období šestinedělí docházet k sexuálním dysfunkcím. Důvodem jsou únava, deprese, negativní postoj k vlastnímu tělu nebo k seberealizaci a celkovému pohledu sama na sebe. Když už k pohlavnímu styku dojde, je potřebná ochrana proti početí, aby nedošlo k dalšímu otěhotnění v nedostatečném časovém rozestupu.

Nesprávné naplánování a načasování dalšího těhotenství po porodu může mít fatální dopad na zdraví ženy i dítěte. Malé intervaly mezi těhotenstvím mohou mít spojitost s předčasným narozením, kojeneckou i mateřskou úmrtností a podvýživou. Toto téma často zůstává v pozadí. Ženy neví, kdy se po porodu stávají opět plodnými a nemohou zvolit vhodnou metodu antikoncepce. Některé druhy antikoncepce nejsou pro kojící matky vhodné a ovlivňují tvorbu mateřského mléka. O tomto tématu by se ženy měly poradit se svým gynekologem nebo porodní asistentkou.

Předkládaná bakalářská práce se zabývá faktory, které ovlivňují výběr antikoncepce po porodu. V praktické části popisuje průběh šestinedělí, změny po porodu, laktaci a péči porodní asistentky o ženu po porodu. Dále popisuje sexualitu po porodu, plánované rodičovství a antikoncepční metody, především pak metody pro kojící ženy. Podstatnou částí je kapitola o faktorech, které ovlivňují výběr antikoncepce po porodu. Praktická část se zabývá třemi základními otázkami. Důležitou otázkou je, jaké faktory ovlivňují ženy po porodu o výběru antikoncepce. Jaké metody antikoncepce ženy po porodu užívají nejvíce. V poslední řadě pak otázka, kdy ženy začínají žít aktivním sexuálním životem.

Porodní asistentka má velký vliv na rozhodování ženy po porodu a může ovlivnit její rozhodnutí.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ŠESTINEDĚLÍ

V historii bylo období šestinedělí ovlivněno pověrami, tabu a tradičními zvyky. Bylo řešeno více jak samotné těhotenství nebo porod. Zvyky se nevyskytovaly pouze v kmenech, ale i ve vyspělých společnostech a některé se drží až do dnes.

Průměrná délka šestinedělí trvá šest týdnů. Začátek šestinedělí počítáme od úplného porodu placenty. Konec šestinedělí je naprosto individuální, považuje se za něj konec poporodních involučních změn a obnova menstruačního cyklu. Obnova cyklu je závislá na rychlosti hojení poporodních poranění a na laktaci. V průměru trvá délka šestinedělí od šesti do dvanácti týdnů po porodu. Většina fyziologických funkcí matky se navrácí do šesti týdnů, návrat kardiovaskulárních funkcí a psychických změn trvá až několik měsíců.

V průběhu tohoto období dochází v těle ženy ke dvěma skupinám změn. Involuční změny, které zapříčiňují, že se tělo matky dostává anatomicky i funkčně do kondice jako před otěhotněním a změny progresivní, které vedou k rozvoji funkce orgánů, které nebyly k udržení těhotenství příliš potřeba a byly v klidovém stavu. Tělo rodičky se nenavrací nikdy do předešlého stavu, jak po anatomické tak po funkční straně (Roztočil a kol., 2017).

V období šestinedělí prožívají ženy několik fází zátěžových situací. Těmto změnám je potřeba věnovat pozornost. Mohou být náladové, přecitlivělé a plačtivé. Mezi zátěžové fáze patří frustrace, vnitřní konflikt a stres, zvládání a deprivace. Frustrací se myslí znemožnění uspokojení subjektivně důležité potřeby. Tento pocit vyvolá zklamání a stimuluje reakce a vyvolává negativní bilance v daném okamžiku. Konflikt je střetnutí dvou a více neslučitelných tendencí. Stres ženy zažívají při zvýšené zátěži. Musí se starat o novorozence a zároveň o sebe. Zvládáním se rozumí fáze, kdy se matka se svojí rolí začíná vypořádávat nebo se alespoň zlepší emoční bilance. Při deprivaci žena strádá, dochází k narušení duševního vývoje a nerovnoměrnému rozvoji složek osobnosti (Vágnerová, 2014).

### 1.1 Involuční změny po porodu

**Vaječník:** Laktace ovlivňuje nástup ovulace a menstruace po porodu. Prolaktin, jehož hladina je ovlivněna drážděním prsní bradavky, potlačuje sekreci luteinizačního a folikulostimulujícího hormonu. Prolaktin má funkci antikoncepce. Na to by se však nemělo spoléhat. U některých žen dochází k ovulaci již 21. den po porodu. V průměru je to však 70.-75. dní po porodu. Kojícím ženám nastupuje ovulace o něco později (Koudelová, 2013).

**Vejcovod:** Vlivem vysoké hladiny pohlavních steroidů v graviditě dochází k hypertrofii tubární svaloviny a k úbytku řasinkového epitelu ve vejcovodu. Estrogenní stimulací dochází k obnově epitelu. Děje se tak mezi 5. až 15. dnem po porodu. U některých žen je možné prokázat akutní salpingitidu.

**Cervix:** Edém a infiltrace tkání může přetrvávat i měsíce. V těhotenství dochází k nárůstu cervikální sliznice a k vaskularizaci hrdla děložního. Po porodu nastává prokrvování tkání. Hyperplazie a hypertrofie na čípku vymizí zhruba v 1. poporodním týdnu. Do šesti týdnů většinou vymizí předporodní a poporodní změny, které postihly čípek (Slezáková a kol. 2011)

**Děloha:** Děloha má do šesti týdnů po porodu normální velikost. To zapříčiňuje mnoho involučních změn. V termínu porodu děloha bez plodu, placenty, obalů, plodové vody a pupečníku, váží okolo 1 kg. Netěhotná děloha váží 50 až 100 g. Velké změny jsou ovlivňovány změnou myometrálních snopců. Před porodem má úpon placenty průměr 18 cm. Po odloučení je placentární inzerce 9 cm. V této části inzercí probíhají involuční změny především na endometriu vlivem granulace granulocytů a monocytů. Endometrium se začíná odlučovat v podobě očístků. Očistky (*lochia*) jsou složeny z krve, lymfatické tkáně a nekrotické tkáně endometria. Charakter lochií se mění v průběhu šestinedělí. Dělíme je na *lochia rubra* - sangvinolentní, *lochia serosa* - serozní a *lochia alba* – bílé.

K dalším involučním změnám patří také úbytek tělesné hmotnosti, návrat kardiovaskulárního, muskulaturního, endokrinního, uropoetického, krevního systému a gastrointestinálního traktu zpět do původního stavu (Roztočil a kol., 2011)

## 1.2 Poporodní komplikace

Poporodní komplikace mohou výrazně ovlivnit život ženy. Ovlivňují náladu ženy, proces vrácení se do standardního života, psychickou pohodu a velkou mírou i sexuální libido ženy.

**Poporodní bolesti:** Po porodu může dojít ke zvýšení tělesné teploty únavou, dehydratací a hormonálními změnami. Za patologický stav se považuje, když v průběhu deseti dnů po porodu přesáhne tělesná teplota 38 °C alespoň ve dvou po sobě jdoucích dnech. Bolesti jsou způsobené zavinováním dělohy. Neměly by trvat výrazně déle jak 3 dny. U primipar jsou bolesti menší jak u multipar. Bolesti jsou známkou zavinování dělohy, aplikací uterotonik nebo při kojení, při kterém je zvýšená produkce oxytocinu (Koudelová, 2013).

**Poporodní blues:** Poporodní blues postihuje zhruba 70% rodiček. Vyznačuje se úzkostí, plačtivostí, podrážděností, nespavostí, poruchami komunikace a ztrátou sebedůvěry. Tyto stavy se často střídají a vyskytují se okolo 1. až 10. dne po porodu. Roli zde hraje především hladina tryptofanu, který zapříčiňuje posun v rovnováze neurotransmiterů. Prevencí pro tyto stavy mohou být předporodní kurzy.

**Poporodní deprese:** Poporodní deprese se nachází zhruba u 10% rodiček. Vyskytují se v jakékoli fázi těhotenství až do prvního roku života dítěte. Častý vznik vyvolá spontánní nebo umělý potrat, extrauterinní gravidita, předčasný porod i termínový porod. Příznaky se nejčastěji projeví v období šestinedělí. Mezi faktory ovlivňující výskyt depresí se řadí věk, sociální podmínky, zdravotní handicap, dětství bez jednoho rodiče, špatný vztah s rodiči, emoční problémy, deprese v minulosti, neukončené vzdělání, špatný vztah k otci dítěte, nízké sebevědomí a sebedůvěra. Příčinou tohoto stavu je porucha sekrece kortikotropin-releasing hormonu. Znaky deprese jsou úbytek váhy, nezájem o novorozence, komplikace v rodině nebo nespavost. Deprese se léčí psychoterapií nebo psychiatrickou medikací.

**Poporodní psychóza způsobená laktací:** Laktační psychóza se vyskytuje zhruba u 0,1% rodiček. Následkem poruchy sekrece neurotransmiterů dochází k určitému druhu schizofrenie. Tyto stavy se vyskytují nejčastěji u žen, které se léčily s psychickou chorobou či poruchou již před těhotenstvím nebo v jeho průběhu. K příznakům se řadí maniodepresivní ataka nebo halucinace. Při záchytu takové rodičky spadají kompetence léčby do rukou specializovaného psychiatrického zařízení (Roztočil a kol., 2017)

### 1.3 Laktace

Kojení má přínos jak pro matku, tak pro dítě. Význam je medicínsky i psychologicky důležitý. Pro dítě je mateřské mléko nejideálnější stravou, obsahuje vše, co dítě potřebuje a při tom je snadno stravitelné. Mléko obsahuje protizánětlivé látky. Sání bradavek má vliv na rozvoj pozdější artikulace. Poskytuje dítěti a matce citové pouto a pozitivně ovlivňuje vzájemný vztah. Pro matku má kojení zdravotní význam. Při kojení se vyplavuje oxytocin, který napomáhá zavínování dělohy a menším ztrátám krve. Má částečný vliv na vznik rakoviny prsu a vaječníků. Kojení lze použít jako přirozenou antikoncepční metodu (Roztočil a kol., 2017)

Neexistuje hranice pro začátek a konec kojení. Vhodnost kojení je však známá. Mezinárodně uznávanou skutečností je, že by matky měly kojit bezprostředně po dobu šesti měsí-

ců a nejlépe do dvou let věku dítěte, aby byla navázána vazba mezi dítětem a matkou (Johnson, 2016).

Jedním z nejdůležitějších faktorů kvality mateřského mléka je kvalitní výživa matky. Laktace představuje období, při kterém zdraví a nutriční status dítěte závisí na matce. Již v děloze ovlivňuje výživa vývoj a růst dítěte. Velký důraz se klade na pitný režim. Udává se, že by kojící žena měla vypít 3 litry tekutin denně. Mezi doporučené tekutiny se řadí Magnezia, bylinkové čaje (anýz, máta, mateřídouška) nebo mrkvový a jablkový džus. Důležitý je příjem vitamínu B (obsahuje ho např. droždí, celozrnný chléb, ořechy, zelenina, mléko, ovoce, sýry, ryby, vejčeka) (Boledovičová, 2008).

Každé prso funguje nezávisle, má bohatou krevní zásobu a nervovou lymfatickou zásobu. Skládá se ze žlázové tkáně a tuku. Poměr tuku a žlázové tkáně se u každé ženy liší. Díky hormonálním vlivům v těhotenství se žlázová tkáň mění. Žlázová tkáň je spirálovitá a rozsáhlá duktální síť. Je rozdělena do laloků. Laloky jsou rozděleny do lobulů. Uvnitř lobulů jsou alveoly, z nichž každá je lemována laktocyty obklopenými myoepiteliálními buňkami. Pod vlivem prolaktinu se mléko produkuje v laktocytech (Johnson, 2016).

Mateřské mléko se tvoří v buňkách mléčné žlázy. Mléko se dostává do částí pod dvorcem přes vývody. Sáním a drážděním pak mléko vytéká bradavkou. Kojení závisí na hormonech prolaktinu a oxytocinu. Oxytocin se tvoří v zadním hypotalamu. Prolaktin v předním laloku hypofýzy. Skladovány i vylučovány jsou z hypofýzy. První mléko se nazývá mleziwo. Tvorba mléka se zvyšuje 2. až 3. den po porodu. Tvorbu mléka mohou doprovázet otoky, tvrdnutí prsou a bolest. Mezi kontraindikace kojení patří vrozené metabolické vady (např. fenylketonurie) infekční onemocnění (např. hepatitida B, vir HIV a další) (Roztočil a kol., 2017)

Je potřeba znát správnou techniku kojení. Mezi základní polohy patří poloha vsedě, poloha vleže, poloha vleže na zádech, poloha v polosedě s podloženými nohama, vertikální poloha, poloha tanečnicka a fotbalisty. Dají se kojit zároveň i dvojčata. Při kojení trojčat se dá kojit z obou prsů zaráz a třetí novorozeně leží v klíně (Koudelová, 2013).

#### **1.4 Péče porodní asistentky o ženu po porodu**

Mezi kompetence porodní asistentky patří také péče o ženu po porodu. Mezi tyto kompetence patří činnost související s fyziologickým těhotenstvím a porodem, které jsou uvedeny v § 5 odst. 1 vyhlášky o činnostech (Brůcha a Prošková, 2011).

Délka hospitalizace závisí na způsobu porodu. Po spontánním porodu žena obvykle zůstává na oddělení šestinedělí po dobu tří dnů. Po císařském řezu 5 až 7 dní. Některá centra nabízejí službu ambulantního porodu, kdy již několik hodin po porodu, který proběhl bez komplikací a není ohrožena žena ani novorozenec na životě, mohou odejít oba domů. Ženě jsou vysvětlena veškerá rizika, která by se mohla v období šestinedělí vyskytnout. Zároveň musí podepsat náležité souhlasy k ambulantnímu porodu (Koudelová, 2013).

Na porodním sále žena i novorozenec tráví dvě hodiny po samotném porodu. Po tuto dobu jsou pod plným dohledem porodní asistentky a novorozenecké sestry. Žena po porodu odpočívá. Porodní asistentka kontroluje fyziologické funkce. Kontroluje tlak, puls, teplotu, zavínování dělohy a poporodní krvácení. Rodičce je vysvětlena péče o poranění. Po ošetření novorozence se provádí první přiložení k prsu. Pokud je žena schopná, provádí se první vstávání. Žena se může na porodním sále najíst i napít. Klade se důraz na vyprázdnění močového měchýře, což napomáhá zavínování dělohy. Žena by se měla vymočit do 6 hodin po porodu. Za normálních podmínek je žena s dítětem přeložena na oddělení šestinedělí (Moravcová a Petržílková, 2015).

Po převzetí pacientky na oddělení šestinedělí si porodní asistentky předají informace o zdravotním stavu, průběhu porodu a veškerou dokumentaci. Porodní asistentka si zkontroluje výšku fundu, krvácení, tlak, puls, zavínování dělohy a močení. Ženě jsou podány veškeré informace týkající se chodu šestinedělí. Ženě je zajištěn dostatečný přísun tekutin a strava dle diet. Jsou kontrolovány i.v. vstupy, kanyly nebo močový katétr. Ženě jsou vysvětleny pravidla hygieny a péče o poporodní poranění a jizvu. Žena by měla odpočívat. Porodní asistentka edukuje v oblasti laktace, kontroluje bradavky a správné polohy při příkládání. Šestinedělce jsou kontrolovány varixy a otoky, dbá se na prevenci vzniku dekubitů a cvičení. Ve většině center funguje v rámci šestinedělí fyzioterapeut, který vysvětluje cvičení po porodu, kterým se žena dostane zpět do stavu před porodem. Vysvětluje péči o pánevní dno, posílení břišní stěny i celkovou tělesnou kondici. Při komplikacích oddělení šestinedělí spolupracuje s příslušným zdravotnickým zařízením (Koudelová, 2013).

Po spontánním porodu zůstává žena obvykle 3 dny, nevyžaduje-li její stav delší hospitalizaci. V nemocnicích je poskytována péče rooming-in. Ta zajišťuje péči o novorozence i ženu. Žena se učí pečovat o své dítě za pomoci dětské sestry a porodní asistentky. Je jí vysvětlena péče o prs, poporodní poranění a vysvětlena cvičení, po kterých by se měla žena dostat zpět do kondice. Při tomto procesu se ženě i novorozenci dostává veškeré zdravotnické péče.



Žena po císařském řezu (*sectio ceasarea*) je podle stavu převezena na gynekologicko-porodnickou JIP, kde pobývá 1 až 2 dny. Dětské sestry po dobu pobytu vozí novorozence ke kojení za matkou. Když je zdravotní stav ženy stabilizován, je převezena na oddělení šestinedělí (Koudelová, 2013).

O ženu v šestinedělí pečuje i komunitní porodní asistentka. To znamená, že o ženu pečuje mimo nemocnici. Porodní asistentka musí mít řádně vystudovaný vzdělávací program pro vykonávání povolání. Tímto si získá kvalifikaci a registraci (Vránová, 2007).

Z veřejného zdravotního pojištění lze uhradit návštěvní činnost. To zahrnuje pouze jednu návštěvu v těhotenství a tři návštěvy v období šestinedělí. Ostatní výkony a návštěvy si musí ženy hradit. Porodní asistentky jsou limitované zákonem, kdy podle zákona 48/1997 Sb. patří spontánní porod do rukou porodníka. Ženám je tak zabráněno autonomní volbě, zda využijí služeb porodní asistentky (Štromerová a kol., 2010).

Model komunitní péče, kde se stará porodní asistentka o ženu v předporodní i postnatální době, může být nejlepší pro obě strany. Porodní asistentka zná dobře svoji pacientku, žena jí na oplátku důvěřuje a naslouchá. Dobrý vztah mezi porodní asistentkou a ženou je klíčem k dobré spolupráci a koordinaci (Chenery-Morris, 2012).

## 2 SEXUALITA PO PORODU

Mezi důležitou potřebu ženy patří pohlavní styk. Podle odborníků by měl pohlavní život po porodu začít až po proběhnutí šestinedělí, tedy po šesti týdnech po porodu za předpokladů, že v těchto týdnech nenastaly žádné komplikace. Překážkou omezující pohlavní styk je infekce či špatně hojící se porodní poranění. Pokud je sexuální potřeba zachována, lze se dá oddat jiným formám milování.

Většina žen po porodu ztrácí na čas zájem o pohlavní život. Všechnu energii směřuje na dítě a péči o něj. Velký vliv na sexuální touhy má laktace. Je prokázáno, že kojící ženy mají menší potřebu uspokojení než ženy nekojící. To souvisí především s hladinou estrogenů a androgenů. Kojící ženy často udávají bolestivý pohlavní styk. Za to může menší zvlhčení pochvy, které je způsobeno hypoestrogenizací (Dušová, Hermannová a Majdyšová, 2019). Při fyziologickém průběhu těhotenství neexistuje důvod k zákazu provozování sexu. V období těhotenství tedy není nutností omezovat sexuální aktivity. Když vše probíhá fyziologicky bez komplikací, žena nemá při pohlavním styku kontrakce, bolesti v podbříšku, nekrvácí nebo nemá úzkostné stavy, není důvod pohlavní abstinence (Weiss a kol., 2010).

Stejně jako v těhotenství, může i v období šestinedělí docházet k sexuálním dysfunkcím. Důvodem jsou deprese, únava, negativní postoj k vlastnímu tělu nebo k seberealizaci a celkovému pohledu sama na sebe. To může zapříčinit partnerské problémy, proto je třeba tyto potíže řešit. Častým případem odcizení je také pohled muže na ženu, která pro něj už není přitažlivá. Důvodem může být i přítomnost otce u porodu.

Prací porodní asistentky je především zájem a empatie v oblasti sexuality. Porodní asistentka by měla ženu poučit o případných sexuálních potížích, popřípadě vyhledat pomoc (Dušová, Hermannová a Majdyšová, 2019).

Při užívání čistě gestagenní antikoncepce, což je vhodná antikoncepce pro kojící ženy, se častěji vyskytuje snížený sexuální apetit. Vyskytují se zde poruchy lubrikace a ztráta libida. Gestagenní antikoncepce může v období laktace navozovat hypoestrinní stav (Weiss a kol., 2010).

### 3 PLÁNOVANÉ RODIČOVSTVÍ

*„Možnosti mít děti si máme vážit jako vzácného pokladu. Chtějí-li však manželé tohoto daru správně využít, musí znát zákony, kterými se předávání života řídí.*

*Stojí za povšimnutí, že přirozený řád předávání života byl objeven právě v době, kdy se plánování rodičovství stává aktuálním problémem. Na jedné straně se dnes 15 až 20 procent manželů ve snaze o početí dítěte setkává se závažnými problémy. Na druhé straně v současnosti téměř každý plodný manželský pár dochází dříve nebo později k poznání, že příchod dalšího dítěte by v dané době nebyl vhodný. Obě skupiny manželů často mohou dosáhnout splnění svých cílů přirozeným plánováním rodičovství.“ (Vránová, 2010)*

Mít děti patří mezi základní lidská práva. Každý pár smí rozhodovat o tom, zda chce nebo nechce mít děti. Smí také rozhodovat o době jejich početí. Tím zamezí strádání dítěte jak po psychické, tak ekonomické stránce. Pozitivní plánování rodičovství zahrnuje péči o plodnost a neplodná manželství. Negativní plánování rodičovství funguje jako snaha o zabránění početí. K tomuto způsobu se používá antikoncepce. Když antikoncepce zklame, je na řadě interrupce, která je eticky i zdravotně diskutabilní (Vránová, 2010).

Kontracepce je metoda, která zabraňuje početí dítěte. Rozdělujeme ji na reverzibilní a ireverzibilní. Po vysazení reverzibilní antikoncepce se vrací plodnost. Ireverzibilní ukončuje funkci oplodnění. Antikoncepci dále rozdělujeme dle mechanismu a účinnosti, na mužskou a ženskou, na hormonální a nehormonální (Fait, Zikán a Mašata, 2014).

Po početí se nesmí zapomínat na udržování vztahu mezi partnery. Je to přínosné jak pro pár, tak pro dítě. Období těhotenství je pro ženu náročné. Změna hormonů, výkyvy nálad, pojetí vlastní osoby a seberealizace může dělat ženě problémy. Žena potřebuje neustálou oporu a podporu (Gaskin, 2010).

V současné době je okolo 15% párů, které mají problém s početím. Neplodnost neustále stoupá. Za neplodný pár se považuje pár, který není schopen počít dítě do jednoho roku pravidelného pohlavního nechráněného styku (Simočková, 2013).

## 4 ANTIKONCEPCE

*„Antikoncepce (kontracepce) je každá metoda zabraňující početí. Spolehlivost metody se vyjadřuje jako počet nechráněných těhotenství při jejím užívání jedním stem žen po dobu jednoho roku. Tuto hodnotu označujeme jako Pearl index.“* (Fait, Dvořák a Skřivánek, 2009)

Antikoncepce je způsob zabraňující otěhotnění bez sexuální abstinence (Seidlová, 1997). Účinnost antikoncepční metody určuje tzv. Pearl index (PI). Vyjadřuje počet otěhotnění při užívání antikoncepční metody na 100 žen po čas jednoho roku při pravidelném pohlavním styku. Čím je PI nižší, tím je metoda spolehlivější (Weiss a kol., 2010).

Užívání antikoncepce je v naší historii zhruba stejnou dobu, jako pohlavní styk samotný. Domorodí lidé si neuvědomovali souvislosti mezi pohlavním stykem a těhotenstvím. První náznaky antikoncepce se objevily díky šamanům, kteří zaříkávali ženy. Docházelo i k umělým potratům, které způsobovali za pomoci mykotických hub nebo hlíz z brambor. Později došlo k rozvoji dalších spolehlivých metod. Jednou z metod, která je obsažena i v Bibli, je přerušovaná soulož (Hanáková, 2007).

Antikoncepce se závratně vyvíjela až po dnešní dobu, kdy máme na výběr z mnoha metod antikoncepce. Na počátku 20. století profesor fyziologie innsbrucké univerzity Ludwig Haberlandt zkoumal antikoncepci na myších. Podařilo se mu inhibovat ovulaci u myši důsledkem podaného výtažku z ovarií. Tento pokus nazval hormonální sterilizací. Další vědec, který se zabýval hormonální antikoncepcí, byl vídeňský gynekolog Otfried Otto Fellner. Ten podával steroidní hormony mnoho druhům zvířat. V roce 1931 se podařilo získat profesoru Haberlandtovi oprávnění otestovat hormonální antikoncepci na ženě. Látku nazval Infecundin. Profesor však předčasně zemřel a chemický průmysl ve 30. letech nebyl připraven na výrobu steroidních hormonů.

V Americe pracoval na výzkumu progesteronu organický chemik Russel Marker. Hledal především rostlinné zdroje, což se mu podařilo najít v rostlině yamu. V roce 1945 Markera vystřídal ve vedení firmy George Rosenkranz a spolu s chemikem Carlem Djerassim dokázali realizovat syntézu kortizolu. Prvním syntetickým progestinem se stal norethisteron, který byl připraven Djerassimem v říjnu roku 1951 (Křepelka, 2013).

## 4.1 Antikoncepční metody ženské

### ❖ Přírozené antikoncepční metody

Přírozené metody antikoncepce se označují jako méně spolehlivé. Nemají však žádné vedlejší účinky. Je zapotřebí velká míra sebekontroly, porozumění těla a bezchybná technika provedení. Bohužel tyto metody nebrání proti přenosu pohlavních nemocí (Kliment a Cupalík, 2011).

Metodu **plodných a neplodných dnů** používají ženy, které mají pravidelný menstruační cyklus. Tuto metodu popsal Origo-Knaous. Metoda spočívá v tom, že ovulace nastává 14 dní před prvním dnem menstruace. Spermie přežívají 2 až 3 dny a vajíčko lze oplodnit ve 24 hodinách. Žena sleduje 6 měsíců menstruaci a poté si může plodné dny ohraničit tak, že odečte 18 dní od nejkratšího a 11 dní od nejdelšího cyklu. PI pro tuto metodu je 14 až 35.

Podle ranní teploty v pochvě lze určit tzv. **bazální křivku**, což je další metoda přírozené antikoncepce. Když nastane ovulace, teplota se zvýší v průměru o 0,5 stupně. Neplodné dny začínají okolo čtvrtého dne po zvýšení teploty. Pearl index je poměrně vysoký a to okolo 1 až 3. Plodné dny lze také zjistit dle hlenu v hrdle. Při kombinaci měření teploty a konzistence hlenu je PI až 0,2 (Fait, 2012).

**Kojení** patří mezi přírozené antikoncepční metody, je však potřeba kojit v pravidelných intervalech a splňovat několik pravidel. Mezi ty patří pravidelnost kojení, pravidelné intervaly, žena nesmí menstruuovat, antikoncepční účinek se snižuje po délce kojení déle jak půl roku. Mechanismus spočívá v tom, že prolaktin blokuje menstruaci. Je to také hormon, který se podílí na tvorbě mléka (Pařízek a Ašenbrenová, 2014).

Mezi **periodické sexuální abstinence** řadíme metody teplotní, kalendární, hlenovou, cervikální, symptotermální, krystalizaci slin, stanovení luteinizačního hormonu v moči a kojení (Roztočil a kol., 2011).

### ❖ Hormonální antikoncepční metody

#### **Kombinovaná hormonální antikoncepce**

*„Kombinovaná hormonální antikoncepce (CC) je po chemické stránce směs estrogenu a progestinu, proto se také používá výraz estrogen-gestagenní antikoncepce.*

*Mechanismus jejího účinku je kombinovaný. Dominantní je inhibice ovulace ovlivněním zpětných vazeb v ose hypotalamus-hypofýza-ovarium, předává se vliv progesterinu na motilitu vejcovodů, trofiku sliznice a cervikální hlen. Tento poslední antikoncepční mechanismus snižuje současně výskyt pánevního zánětu.“ (Fait, Zikán a Mašata, 2014)*

Pro nasazení hormonální antikoncepce musí lékař provést řádné odebrání anamnézy. Návrat plodnosti po vysazení hormonální antikoncepce se odhaduje na 1 až 3 měsíce. Závisí na délce užívání antikoncepce a věku. V současné době se podávají tablety perorálně. Jedna tableta 21 dní se sedmidenní pauzou. Při nedodávání hormonů dochází ke krvácení, tzv. pseudomenstruaci (Fait, Zikán a Mašata, 2014).

Vlivem hormonální antikoncepce dochází ke změnám libida. Může to být ovlivněno řadou faktorů. Vztahem progesterinu, plazmatickou hladinou androgenů a sexuálním apetitem ženy. U některých progestagenních preparátů byla vyzorována snížená elasticita a suchost pochvy (Křepelka, 2013).

### **Gestagenní antikoncepce**

Gestagenní kontracepce ovlivňuje viskozitu cervikálního hlenu, růst endometria a motilitu vejcovodů, narušují folikulogenezi. Gestagenní antikoncepce nevyžaduje speciální vyšetření, je však doporučeno onkologické vyšetření a řádná anamnéza. Doporučuje se ženám se zvýšeným rizikem tromboembolické nemoci, hypertenzí, plicní hypertenzí, srdečními vadami, rizikem fibrilace síní, nemoci jater, diabetem mellitus, nesnášenlivostí estrogenů, ve věku nad 35 let a především kojícím ženám (Fait, Zikán a Mašata, 2014).

Gestagenní antikoncepce má několik forem pro podání. Depotní medroxyprogesteronacetát je injekčně podávaná kontracepce v dávce 150 mg intramuskulárně po jedenácti až třinácti týdnech. Perorální gestagenní kontracepce se užívá jednou denně kontinuálně. Pearl index odhadujeme okolo 0,14. Extrahovatelné čistě gestagenní depotní formou antikoncepce je tyčinkovitá forma, která se zavádí pod kůži. Měří 40 mm na délku a 2 mm na šířku. Je účinná až 3 roky. Gestagenní antikoncepce nemá vliv na složení ani množství mateřského mléka (Fait, 2012).

Gestagenní antikoncepce je nejvhodnější metodou pro kojící ženy. Má minimální dopad na tvorbu a kvalitu mlékem (Anderson, 2013).

### **Postkoitální antikoncepce**

Postkoitální nebo emergentní kontracepce je metodou, která je určena pro páry s nízkou frekvencí pohlavního styku, pro případy náhodného styku nebo selhání jiné antikoncepční metody. Tato metoda spočívá v narušení ovulace, desynchronizaci endometria a porušení motility tub. Ve většině případů je zaznamenáno nepravidelné krvácení, které je ovlivněno právě narušením menstruačního cyklu.

Mezi emergentní přípravky patří POSTINOR-2, který obsahuje levonorgestrel a je gestagenní formou kontracepce. Žena si první tabletu musí dát do 72 hodin po pohlavním styku, druhou tabletu si bere po 12 hodinách. PI se udává okolo 1.

K dalším účinným formám se řadí jednorázová tableta ESCAPELLE, která se užívá 72 hodin po styku. Dále jednorázové podání 30 mg ulipristalacetátu do 120 hodin nebo 10 mg mifepristonu do 120 hodin od styku (Fait, 2012).

#### ❖ **Mechanická antikoncepce**

Principem mechanické antikoncepce je mechanické zabránění průniku spermií k vajíčku a následnému oplození (Pařízek, 2015).

Mezi bariérové metody se řadí **vaginální pesar**. Žena si jej před pohlavním stykem zavede v horizontální poloze mezi symfýzu a zadní stěhu poševní. Zde se pohybuje PI okolo 1 až 20.

Další metodou je **cervikální kroužek**, ten se zavádí na děložní hrdlo a má překrývat ústí cervikálního kanálu. PI je 6, když se kombinuje se spermicidy.

**Femidom** je velice podobný mužskému s tím rozdílem, že je větší, delší a na konci obsahuje obroučky. Je složený z polyuretanu. Kombinace mužského a ženského kondomu se nedoporučuje. Při zavádění femidomu se doporučuje použít lubrikačních prostředků (Fait, 2012).

#### **Nitroděložní tělísko**

Nitroděložní tělísko (IUD) je jednou z nejvýhodnějších metod antikoncepce. Svoji cenou je přijatelné, zdravotně téměř nezávadné a velice spolehlivé. Ve světě ji užívá okolo 95 milionů žen. Tělísko prochází několikaletým vývojem podle tvaru a materiálu. Jako jedno z prvních tělísek se objevila tzv. DANA, tělísko ve tvaru spirály. V dnešní době má většina tělísek tvar „T“ a je tvořena směsí etylenu a vinylacetátu. Je v něm také přidána směs síranu barnatého, díky kterému lze kontrolovat lokalizaci ultrazvukem. Podle dávky mědi

a tvaru ramének jsou doporučována pro inserci okolo tří až deseti let. Tělíska mohou mít více ramének, mohou obsahovat zlato nebo stříbro.

Nitroděložní tělíska přináší i rizika, jako je například mimoděložní těhotenství, pánevní záněty nebo zvýšené krevní ztráty při menstruaci.

Tělíska nejsou vhodná pro ženy s vrozenými vadami dělohy nebo při nevysvětlitelném krvácení z dělohy. Dále by neměla být aplikována ženám, které jsou promiskuitní, mají myom na děloze, trpí pánevní bolestí, mají alergii na měď, léčí se s dysplazií hrdla nebo trpí chronickými či recidivujícími infekcemi pochvy (Fait, Dvořák a Skřivánek, 2009).

### ❖ Chemická antikoncepce

#### Spermicidy

Spermicidy, jakož to lokální antikoncepce je založena na principu zabránění pohybu spermií, který vychází z jiného složení buněčné stěny spermií oproti buňkám poševní sliznice. Dlouhé roky byl dostupný pouze nonoxynol-9. Měl vysoký PI a to 3 až 21. Vyskytovalo se riziko s poškozením poševní sliznice.

V dnešní době se používá spíše benzalkonium chlorid. Ten má schopnost narušovat buněčnou stěnu organismů. Zabraňuje významným patogenům v přenosu pohlavním stykem. Je účinný v antiinfekční aktivitě. V dnešní době se stává metodou pro ženy s rizikem pohlavně přenosných chorob, ženy s nižší frekvencí pohlavního styku nebo pro ženy, co nechtějí užívat hormonální antikoncepci.

Spermicidy působí pouze lokálně, nepřestupují do mateřského mléka ani do krve. Existuje několik forem spermicidů. Jsou to vaginální globule, vaginální krém, vaginální tableta a tampon. Všechny formy se liší v nástupu a trvání účinku (Fait, 2012).

### ❖ Sterilizace

Sterilizace je zneprůchodnění vejcovodů u žen. Tato metoda je nevratná. Doporučuje se párům, co už nechtějí děti. V současné době se Pearl index pohybuje okolo 0,1.

Pro sterilizaci platila Směrnice ministerstva zdravotnictví ČSR č. 01/1972, která vymezovala hranice pro provedení sterilizace. Na sterilizaci a její podmínky dohlížela sterilizační komise a byla prováděna jen ze zdravotních důvodů.

Od 1. dubna 2012 platí zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách. Ten ukládá, že o sterilizaci ze zdravotních důvodů, smí požádat osoba starší 18 let. Na přání



bez zdravotních důvodů osoba starší 21 let. K výkonu je potřeba vést dokumentaci, musí být podepsána svědkem, pacientem a lékařem. Při žádosti je sterilizace provedena do 7 dní po zdravotní indikaci a do 14 dní po podání žádosti. Sterilizace se provádí v celkové anestezii nebo laparoskopicky (Fait, 2012).

## 4.2 Mužské antikoncepční metody

### ❖ Přírozená antikoncepční metoda

Za nejčastěji používanou metodu je považována **přerušovaná soulož** *coitus interruptus*. Ta má Pearl index poměrně vysoký a to okolo 8 až 38 (Fait, 2012).

### ❖ Mechanická antikoncepce

Za nejsnazší a nejvíce spolehlivou antikoncepční metodu je považován **kondom**. Ten se nasazuje těsně před koitem na penis a po ejakulaci se opatrně sundá. Jako jediná antikoncepční metoda zabraňuje přenosu pohlavně přenosných onemocnění. Existují různé formy kondomů. Mužský kondom lze zakoupit volně v prodeji. Pearl index se pohybuje kolem 2 (Fait, 2012).

Bariérové antikoncepční metody jako jediné zabraňují sexuálně pohlavně přenosným onemocněním (STD). Incidence pohlavně přenosných metod vzrostla i přes vývoj antikoncepčních metod. Mezi nejčastější onemocnění patří kapavka, syfilis, lymfogranuloma venereum, svrab, herpes genitiv, anorektální herpes a bradavice, hepatitis B, infekce lidským papilomavirem, uretritida, chlamydiové infekce, cytomegalovirus a mnoho dalších (Mosby, 2017).

### ❖ Vazektomie

Vazektomie je podvaz chámovodů u mužů. Sterilizace se provádí ambulantně místním znecitlivěním. Patří mezi nevratné metody a doporučuje se mužům, kteří již mají potomky nebo sexuálním deviantům. V současné době je Pearl index 0,02. Zákon o sterilizaci platí stejně pro obě pohlaví (Fait, 2012).

## 5 ANTIKONCEPCE PRO KOJÍCÍ ŽENY

*„Dalším specifickým obdobím ženy, kdy je třeba při volbě vhodné antikoncepční metody zohlednit změnu fyziologických podmínek, je období po porodu, laktace a kojení. V tomto období může dojít k aktivaci hypotalamo-hypofyzo-ovariální osy a spontánní ovulaci a nechtěnému otěhotnění, současně je nutné zohlednit při výběru kojence, který by mohl být negativně ovlivněn nevhodnou antikoncepční metodou.“ (Křepelka, 2013)*

Intervaly mezi jednotlivými graviditami je potřeba dodržovat. V prostředí rozvojových zemí je prokázáno, že malý interval mezi těhotenstvím zvyšuje riziko předčasných porodů, je častým faktorem perinatálního úmrtí nebo nízkou hmotností plodu. Antikoncepce je tedy vhodná jako prevence pro kojící ženy před otěhotněním a zabránění následným problémům (Křepelka, 2013).

Jedním z největších mýtů žen v šestinedělí je, že když žena kojí, nemůže otěhotnět. Pokud má žena již v období šestinedělí a po jeho ukončení sexuální touhy a chce žít s partnerem plný sexuální život, musí znát všechna pravidla. Doporučená doba pro další těhotenství není přesně dána. Doporučuje se dodržovat „spacing“, což je doba přiměřená pro další otěhotnění. Zahnuje ji plné zhojení ran, uzavření hrdla děložního, zotavení pánevního dna a břišní stěny do podobného stavu jako před těhotenstvím (Koudelová, 2013).

Jako nejspolehlivější metodu, kterou gynekolog může nabídnout je mužská ochrana-kondom. Bez doporučení lékaře lze používat také spermicidní gely a vaginální kloboučky, tzv. „pesar-želé“, mechanické zabránění vstupu mužských zárodečných buněk do děložní dutiny.

Hormonální kombinovaná antikoncepční metoda je pro kojící ženy nevhodná. Obsahuje estrogény a gestageny, které se dostávají do mateřského mléka a ovlivňují jeho složení. Ženy mohou užívat gestagenní antikoncepci, při které gestageny neprostupují do mateřského mléka a neovlivňují jeho kvalitu (Fait, 2012).

Dalšími možnými metodami jsou tablety podávané per os, intramuskulární injekce nebo nitroděložní tělísko s gestageny. Tablety se užívají 28 dní po jednom balení a není žádná pauza v užívání. Jelikož ženy ještě nemenstruují, mohou pilulky užívat od jakéhokoli dne. Při užívání této antikoncepce je nevýhodou občasné špinění. Injekční aplikace se provádí po třech měsících. Dalším antikoncepčním prostředkem je nitroděložní tělísko. Nejběžnější je Mirena, která se zavádí po ukončení šestinedělí. Mirena je kontracepce s gestageny,

a tak neovlivňuje kvalitu mateřského mléka. Nitroděložní tělíčko se zavádí nejčastěji na dobu pěti let.

Pokud žena nekojí, gynekolog jí může předepsat kombinovanou hormonální antikoncepci, tedy s gestageny i estrogeny. Nejčastěji se používají pilulky nebo podkožní implantát.

Jako nejméně užívanou metodou je sterilizace po porodu. Ta se provádí po sepsání a schválení žádosti rodičkou. Sterilizace se provádí laparoskopicky v celkové anestezii. Dochází k přerušení vejcovodů. Většinou si ji žádají matky, které mají více potomků a nepřejí si dalšího.

Pro správné pochopení zásad užívání antikoncepce po porodu se klade zřetel na edukaci pacientek. Další těhotenství by mělo být správně načasováno, aby nedocházelo k nadměrnému psychickému a fyzickému vyčerpání ženy. Špatné načasování může mít také za následek předčasné narození nebo novorozenecké a mateřské úmrtí (Koudelová, 2013).

Přestože se hormonální antikoncepční prostředky používají již několik desetiletí, existuje jen omezený počet výzkumů vlivu hormonální antikoncepce na kojence. Antikoncepce má dopad na množství a kvalitu mléka. Přestože jsou důkazy omezené, komplexní výzkum provedený Světovou zdravotnickou organizací (WHO) dospěl k závěru, že kombinovaná hormonální antikoncepce (obsahující estrogen i progesteron) ovlivňuje negativně produkci mléka. Kombinované prostředky se tedy dle WHO nedoporučují používat v průběhu prvních šesti měsíců po narození (Anderson, 2013).

## 6 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VÝBĚR ANTIKONCEPCE

Pro správný postup plánování rodičovství a užívání antikoncepce je zapotřebí zdroj, ze kterého informace vyjde. Záleží na edukačním procesu. O edukačním procesu hovoříme tehdy, je-li v něm obsaženo učení. Je zapotřebí edukant (příjemce) a edukátor (vyučující) (Průcha, 2017).

V nemocnici nebo v ambulanci by měla vykonávat velkou roli edukátora porodní asistentka. Je zapotřebí zvládnutí dovedností, při kterých si porodní asistentka získá důvěru, dokáže vyhodnotit schopnost chápání pacientky. Musí dokázat zhodnotit bariéry, organizovat výuku, ovládá efektivně a srozumitelně komunikaci, identifikuje vhodné výukové zdroje a musí se ujistit, zda klientka správně pochopila cíle a funkci předané informace (Škrála a Škrlová, 2003).

O antikoncepci se na poporodním oddělení informuje nejčastěji při propouštění pacientky, kdy jsou ženě vysvětlovány pravidla, která se musí dodržovat v šestinedělí. Porodní asistentka by se měla zaměřit na strukturovaný rozhovor s pacientkou, který je zaměřený na věk, mentální úroveň, uživatelské schopnosti a doporučuje se návštěva gynekologa pro vhodný výběr antikoncepce (Simočková, 2013).

Edukace gynekologem je založena na dialogu. Lékař by měl nabídnout pacientce veškeré metody kontracepce. Výběr je pak jen na ženě. Gynekolog musí obeznámit ženu s pozitivními a především negativními vlivy antikoncepce. O vhodnosti užívání, aplikaci, pravidelnosti, změnách, dostupnosti a ceně. Jedním z nejdůležitějších faktorů je efektivita. Gynekolog musí také zhodnotit další plánování rodičovství. Další graviditu a sexualitu, kterou může antikoncepce a laktace změnit. Gynekolog musí znát veškerou anamnézu a dbát na požadavky pacientky (Křepelka, 2013).

### 6.1 Faktory ovlivňující výběr antikoncepce po porodu

Na výběru antikoncepce se podílí věk, vzdělání, národní příslušnost, náboženství nebo osobnostní faktory. Ženám záleží především na spolehlivosti antikoncepce, dále na ceně, dostupnosti a možnosti vedlejších účinků (Fait, 2012).

Ve výběru antikoncepce má žena svobodnou volbu. Při rozhodování jí může být nápomocen lékař nebo porodní asistentka. Žena má nárok na jednu návštěvu během těhotenství a tři návštěvy po porodu, které jsou vedeny porodní asistentkou a jsou hrazeny pojišťovnou.

Při těchto návštěvách se žena může poradit o vhodné antikoncepci. Informovat se může i na předporodních kurzech. O možnosti konzultace s porodní asistentkou ženy mnohdy neví. Porodní asistentka má však výhradní právo na edukaci o antikoncepci. Žena se po porodu i před ním dostává do styku s porodní asistentkou velmi často. Měla by být poučena o možnostech antikoncepce, o možnosti otěhotnění hned po návratu ovulace a o plánování rodičovství po porodu. V mnoha případech tomu tak není, ženy nemají dostatek informací o antikoncepci (Štomerová a kol., 2010).

Ženy se při výběru antikoncepce nechávají ovlivňovat svým partnerem. Častěji však dají na svůj vlastní názor. Ženy často předcházejí vedlejším účinkům na doporučení lékaře nebo používají přirozené antikoncepční metody. Ženy po porodu mnohdy zvolí stejnou antikoncepční metodu, jako před těhotenstvím. Většina žen začne užívat antikoncepci, protože chce zabránit dalšímu těhotenství.

V rozhodování, kdy začnou užívat antikoncepci, má hlavní roli začátek sexuálního života. Ženy obvykle po porodu začínají sexuálně žít po šestém týdnu, tedy po období šestinedělí, jak jim doporučí lékař. Gynekolog má důležitou roli v edukaci ženy. V některých případech však ženy začínají se sexuálním životem dříve a vystavují se riziku infekce. Není ani výjimkou, že ženám či partnerům trvá déle než šest měsíců, než opět obnoví jejich sexuální vztah. Ve výběru antikoncepce, by ženám měl pomoci lékař a vzdělaná porodní asistentka.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 7 METODIKA PRÁCE

Tato kapitola obsahuje obecné informace o praktické části bakalářské práce zahrnující popis samotné metodiky kvantitativního šetření. Dále je zde popisována organizace šetření a zpracování získaných dat. Praktická část byla vytvořena na podkladě teoretických poznatků, podle kterých byly stanoveny cíle bakalářské práce.

Výzkumná část byla zpracována za pomoci kvantitativního šetření.

### 7.1 Cíle práce

1. Zjistit, jaké faktory ovlivňují výběr antikoncepce po porodu.
2. Zjistit, jaké formy antikoncepce ženy po porodu praktikují nejvíce.
3. Zjistit, kdy ženy začínají žít sexuálním životem po porodu.

### 7.2 Užitá metoda výzkumu

Výzkumné šetření bylo realizováno za pomoci metody kvantitativního sběru dat. Šetření bylo provedeno v podobě anonymního dotazníku, který se skládal ze 14 výzkumných otázek. Respondentky mohly v dotazníku odpovídat na otázky uzavřené i polozavřené.

Dotazník se dělil na 4 části. Část demografickou, otázky týkající se sexuality po porodu, dále otázky spojené s metodami antikoncepce po porodu a faktory ovlivňující výběr antikoncepce po porodu. Otázky jsou rozebrány formou tabulky, grafu a slovního komentáře.

### 7.3 Charakteristika souboru

Výzkumné šetření probíhalo od února 2020 do března 2020. Počet respondentek byl zvolen záměrně a byl podmíněn vhodným výzkumným vzorkem. Dotazník byl posílán ženám po porodu na sociálních sítích. Respondentky byly vyhledávány na serverech pro maminky a ženy po porodu. Bylo navraceno 90 dotazníků za jeden měsíc po vložení na servery. Dotazníky byly kompletně vyplněny. Všech 90 dotazníků bylo zpracováno a byly sestaveny otázky dle nadefinovaných cílů. Sběr dat probíhal za pomoci internetové stránky [Survio.com](https://www.surveymonkey.com).

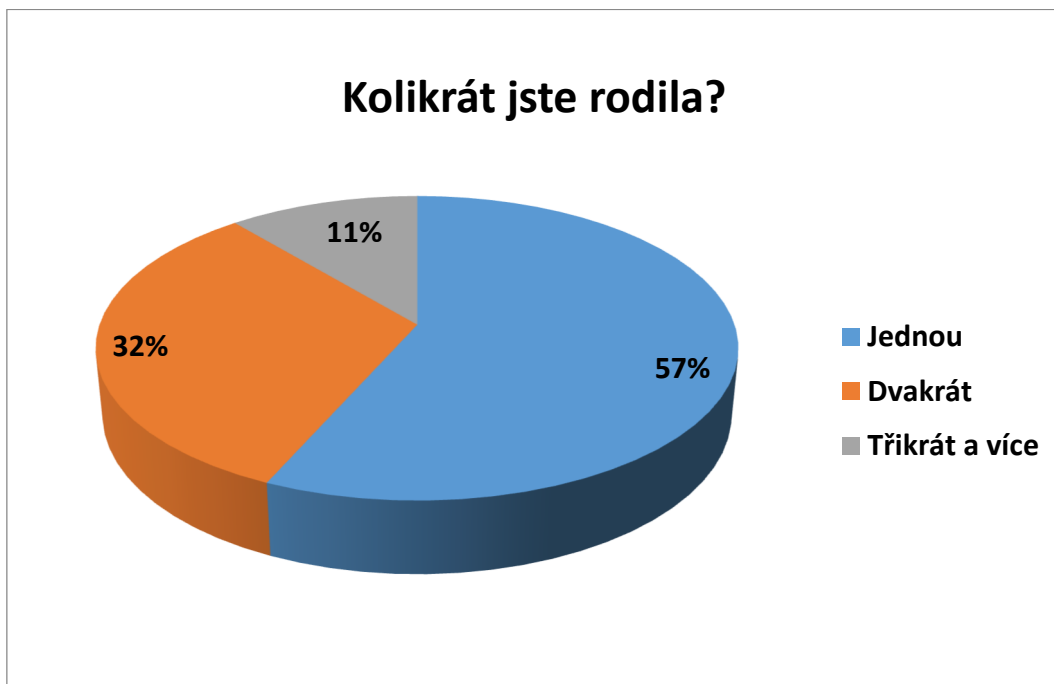
## 8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

**Položka číslo 1:** Kolikrát jste rodila?

Tabulka 1: Počet porodů.

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jednou	51	56,7%
Dvakrát	29	32,2%
Třikrát a více	10	11,1%
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	

Graf 1: Počet porodů.



**Komentář 1:** Nejpočetnější skupinu tvořily ženy, které rodily jednou. Jedenkrát rodilo 51 respondentek, což je 56,7% dotazovaných. Dvakrát rodilo 29 respondentek, 32,2% žen. Třikrát a více rodilo 10 žen, 11,1% respondentek.

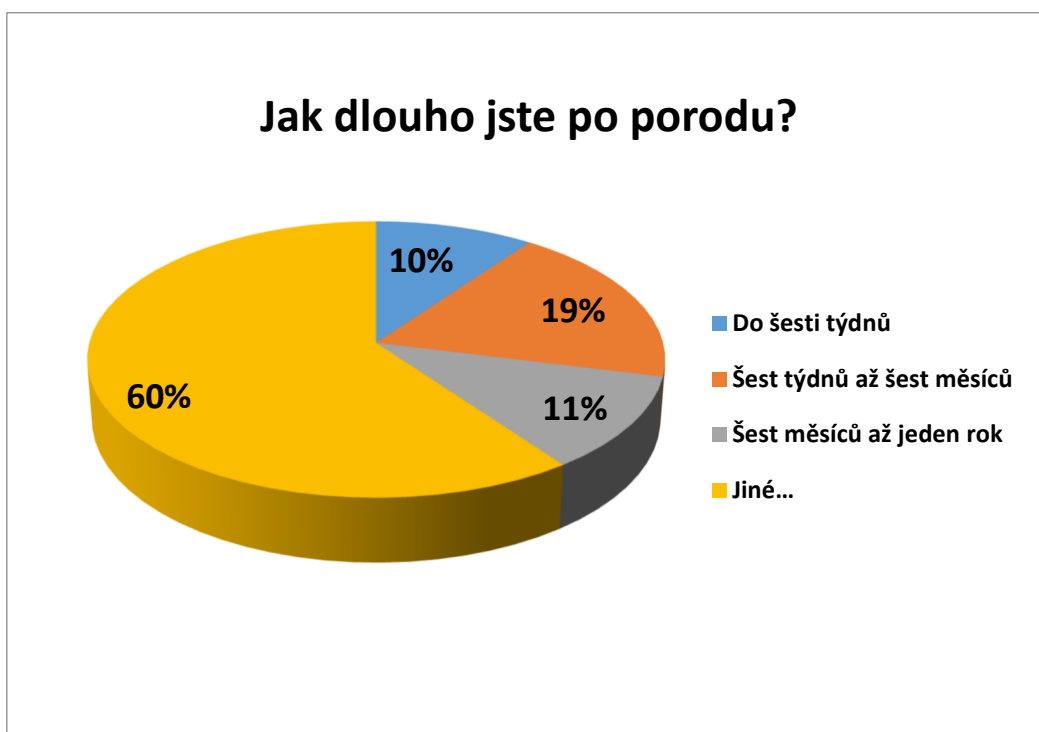


**Položka číslo 2:** Jak dlouho jste po porodu?

Tabulka 2: Délka po porodu.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do šesti týdnů	9	10,0%
Šest týdnů až šest měsíců	17	18,9%
Šest měsíců až jeden rok	10	11,1%
Jiné...	54	60,0%
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	

Graf 2: Délka po porodu.



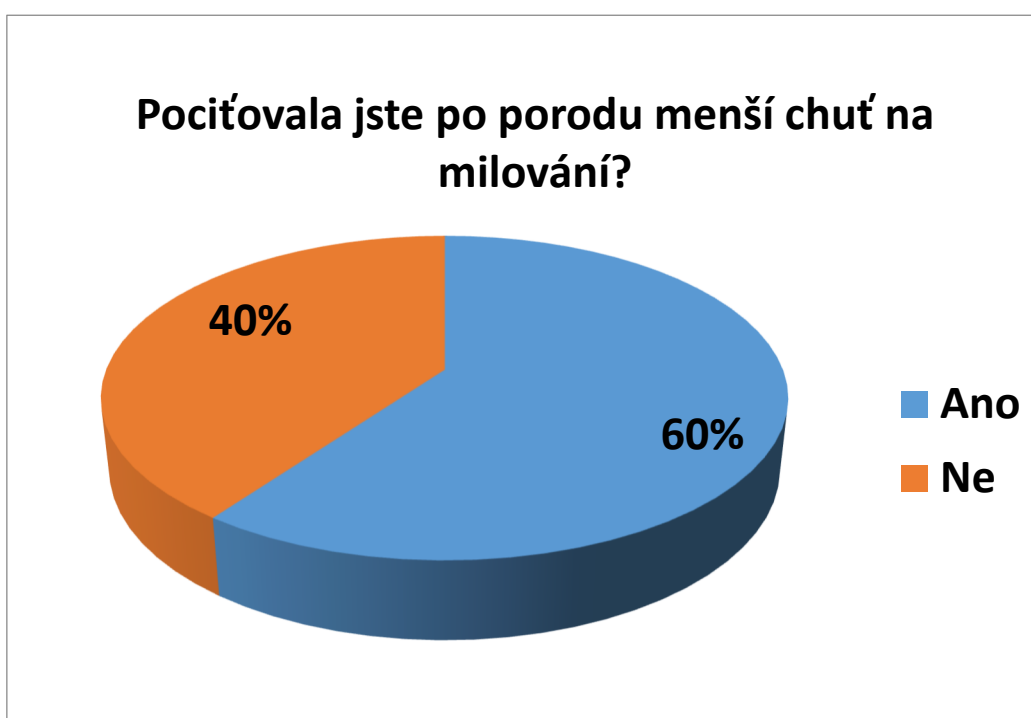
**Komentář 2:** Z výsledků je zřejmé, že nejpočetnější skupinou jsou ženy, které jsou více jak jeden rok po porodu. Celkem na tuto odpověď odpovědělo 54 respondentek. Z této skupiny žen je více jak polovina, která je po porodu do pěti let. Menší polovina nad pět let. Nejdéle po porodu měla žena, která odpověděla „40 let“. Druhou nejpočetnější skupinou byly respondentky v délce po porodu mezi šestým týdnem až šestým měsícem. Na tuto odpověď reagovalo 17 žen, 18,9%. Šest měsíců až jeden rok po porodu bylo 10 respondentek, 11,1% a do šesti týdnů po porodu 9 respondentek, tedy 10% žen.

**Položka číslo 3:** Pociťovala jste po porodu menší chuť na milování?

Tabulka 3: Milování po porodu.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	54	60,0%
Ne	36	40,0%
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	

Graf 3: Milování po porodu.



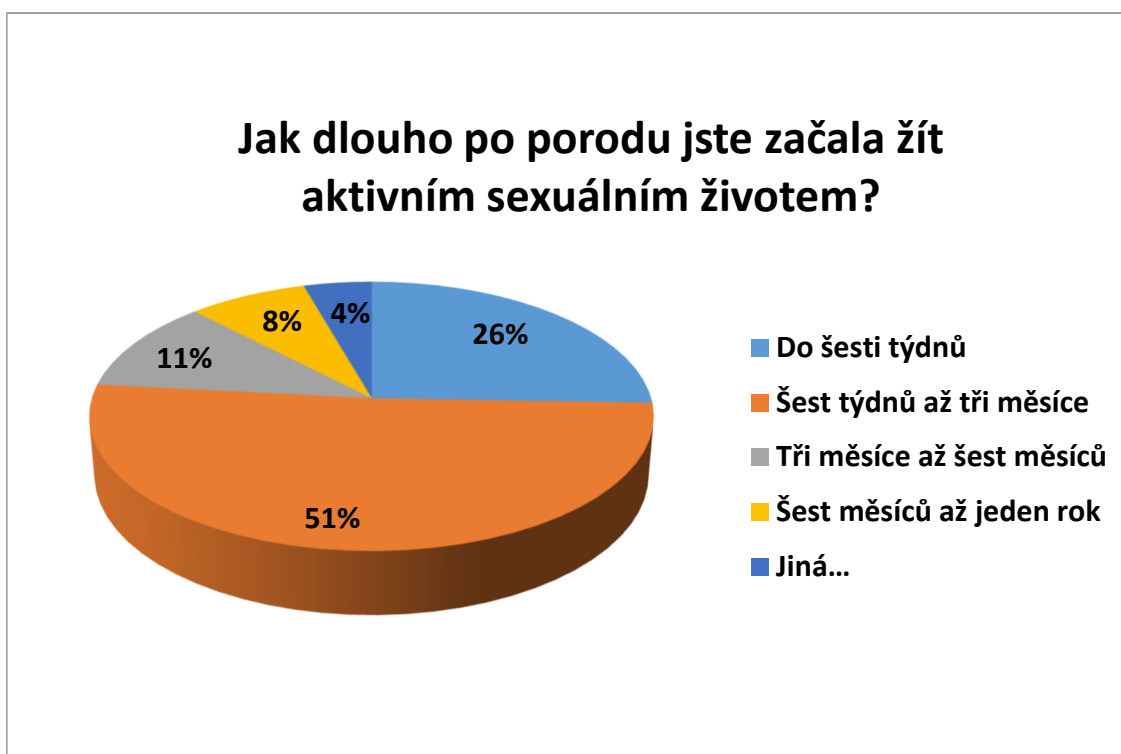
**Komentář 3:** Z šetření vyplývá, že 54 respondentek, tedy 60%, mělo po porodu menší chuť na milování. Žádný rozdíl nepociťovalo 36 žen po porodu, 40% respondentek.

**Položka číslo 4:** Jak dlouho po porodu jste začala žít aktivním sexuálním životem?

Tabulka 4: Aktivní sexuální život po porodu.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do šesti týdnů	23	25,6%
Šest týdnů až tři měsíce	46	51,1%
Tři měsíce až šest měsíců	10	11,1%
Šest měsíců až jeden rok	7	7,8%
Jiná...	4	4,4%
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	

Graf 4: Aktivní sexuální život po porodu.



**Komentář 4:** Z grafu je zcela patrné, že do šesti týdnů po porodu začalo žít aktivním sexuálním životem 23 respondentek, tedy 25,6%. Mezi šestým týdnem až třetím měsícem po porodu začalo aktivně sexuálně žít nejvíce respondentek a to 46, 51,1%. Do půl roku pak 10 žen, 11,1%. A do jednoho roku po porodu 7 respondentek, 7,8%. K této otázce byla i otevřená odpověď, ke které odpověděly 4 respondentky, 4,4%. Dvě začaly žít aktivním sexuálním životem do dvou let a dvě sexuálním životem nežijí do dnes.

**Položka číslo 5:** Po jak dlouhé době po porodu jste začala užívat antikoncepci?

Tabulka 5: Začátek užívání antikoncepce po porodu.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do šesti týdnů	4	4,4%
Šest týdnů až tři měsíce	21	23,3%
Tři měsíce až šest měsíců	12	13,3%
Šest měsíců a více	17	18,9%
Neužívala jsem antikoncepci, protože...	36	40,0%
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	

Graf 5: Začátek užívání antikoncepce po porodu.



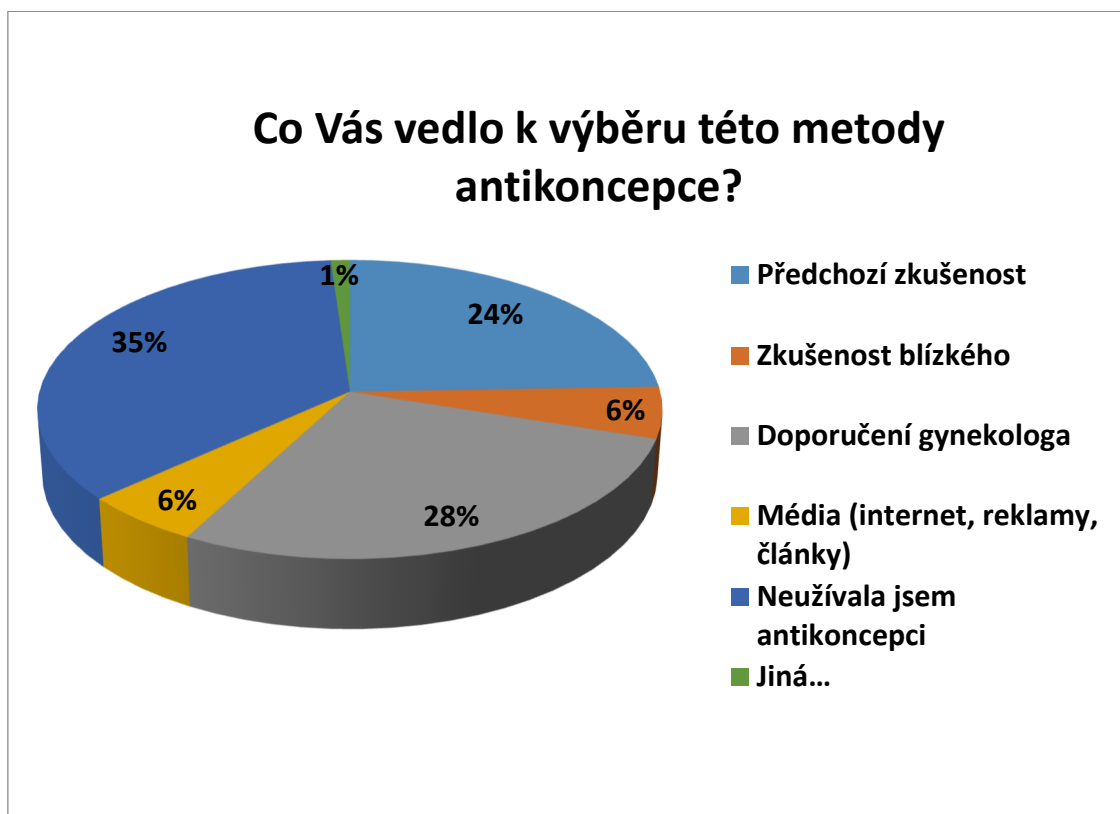
**Komentář 5:** Z analýzy dat vyplývá, že do šesti týdnů po porodu začalo užívat antikoncepci 4,4% respondentů, 4 ženy. Okolo šestého týdne až třetího měsíce 21 žen, 23,3%. Mezi třetím měsícem až půl rokem 12 respondentek, 13,3%. Antikoncepci po půl roce začalo užívat 17 respondentek, což je 18,9%. Do otevřené odpovědi odpovědělo 36 respondentek, 40%. Z odpovědi jsou jasné výsledky, proč ženy neužívají antikoncepci. Mezi nejčastějšími argumenty zaznělo: kvůli zdravotním důvodům, škodlivé účinky na organismus, chrání se manžel/partner, kvůli plánování dalšího potomka.

**Položka číslo 6:** Co Vás vedlo k výběru této metody antikoncepce?

Tabulka 6: Výběr antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Předchozí zkušenost	22	24,4%
Zkušenost blízkého	5	5,6%
Doporučení gynekologa	25	27,8%
Média (internet, reklamy, články)	5	5,6%
Neužívala jsem antikoncepci	32	35,6%
Jiná...	1	1,1%
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	

Graf 6: Výběr antikoncepce.



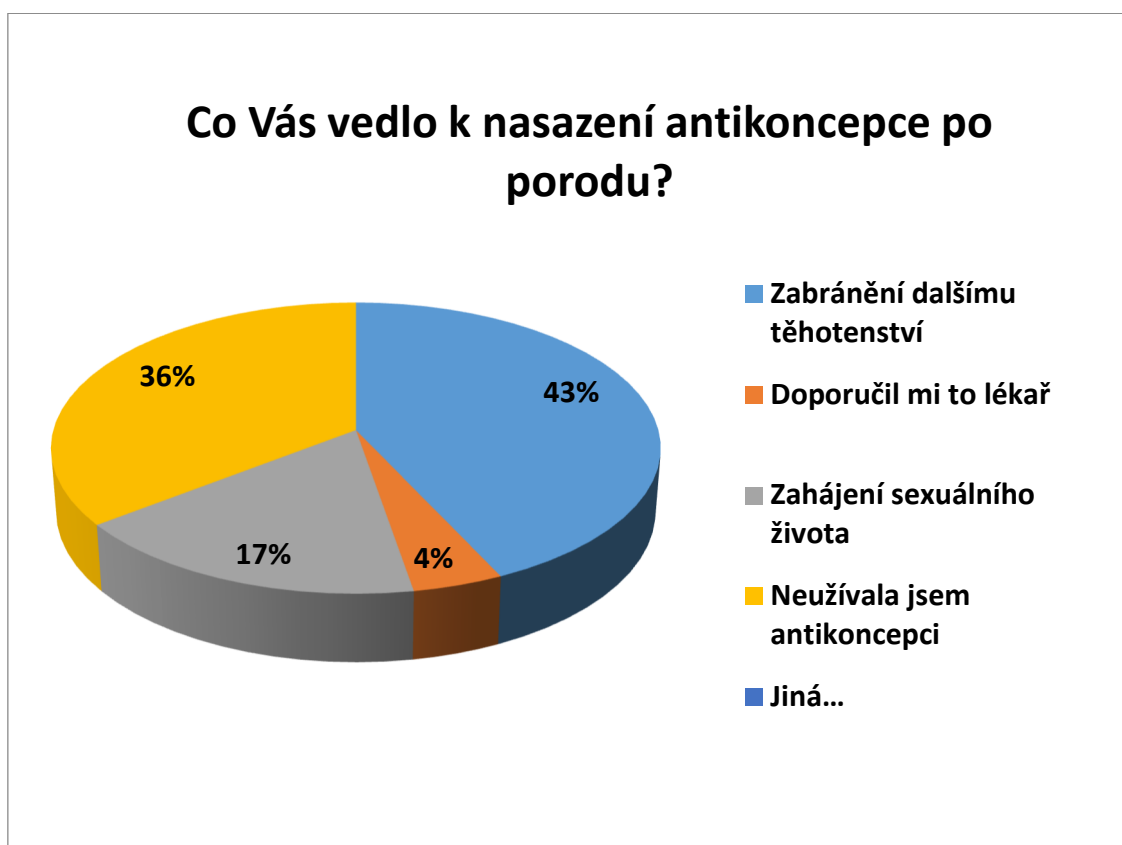
**Komentář 6:** Nejpočetnější skupinou bylo 32 žen, které odpověděly, že neužívají antikoncepci, tedy 35,6% respondentek. 25 žen, což je 27,8% dotazovaných dalo na doporučení gynekologa. Na předchozí zkušenost se spoléhalo 22 žen, 24,4% respondentek. Po pěti respondentkách měly odpovědi „Zkušenost blízkého“ a „Média“, 5,6% žen. Jedna žena odpověděla na otevřenou odpověď, že neužívá antikoncepci, protože již neprovozuje pohlavní styk.

**Položka číslo 7:** Co Vás vedlo k nasazení antikoncepce po porodu?

Tabulka 7: Důvod k nasazení antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zabránění dalšímu těhotenství	40	43,0%
Doporučil mi to lékař	4	4,3%
Zahájení sexuálního života	16	17,2%
Neužívala jsem antikoncepci	33	35,5%
Jiná...	0	0,0%
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	

Graf 7: Důvod k nasazení antikoncepce.



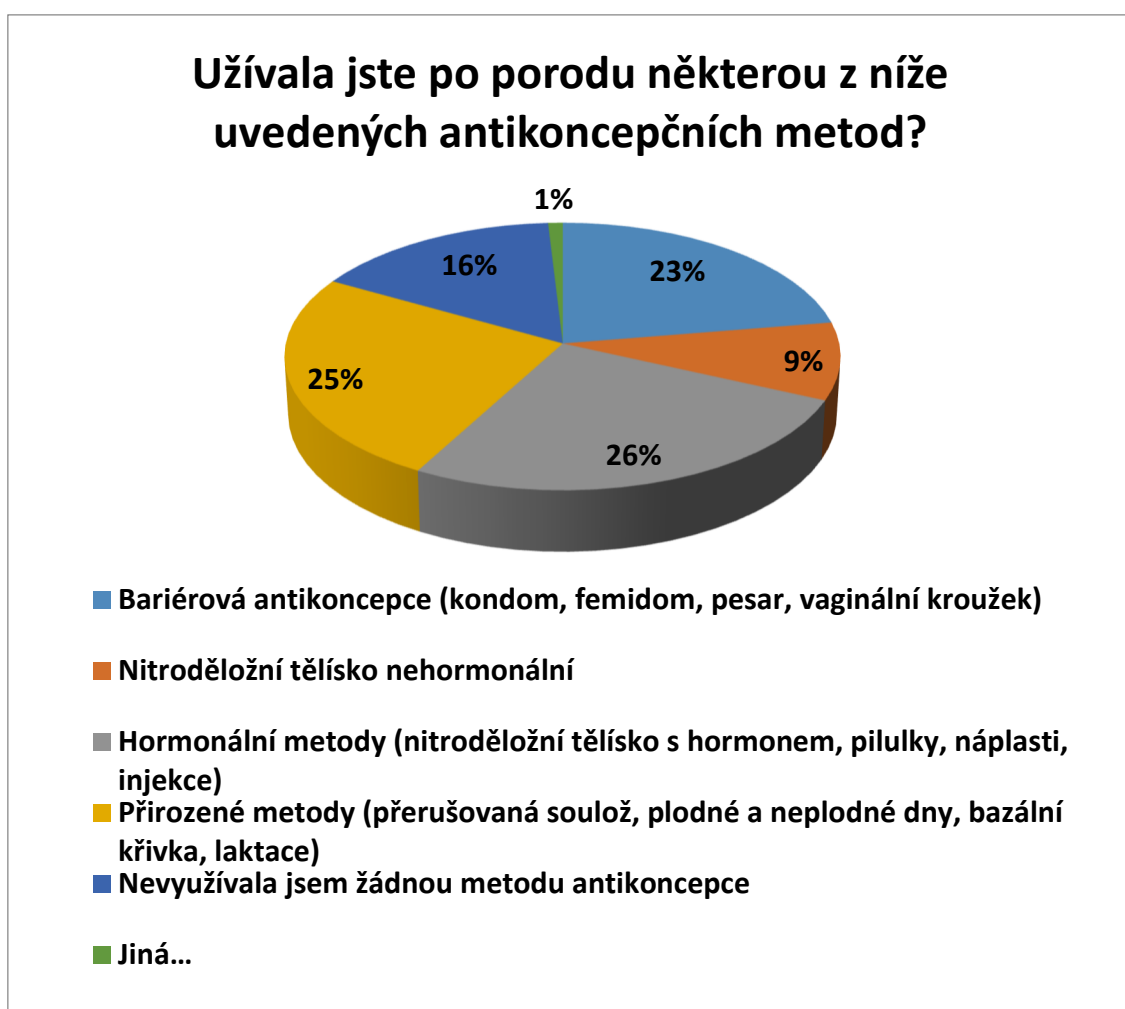
**Komentář 7:** Největší skupina respondentek odpověděla na otázku kvůli zabránění dalšímu těhotenství. Na tuto odpověď reagovalo 44,4%, tedy 40 případů. 33, tedy 36,7% odpovědí neužívalo antikoncepci. Kvůli zahájení sexuálního života bylo nasbíráno 16 odpovědí, 17,8%. A na doporučení gynekologa reagovaly 4 případy, tedy 4,4%. U této otázky bylo možné zvolit více možností, proto je u této otázky 93 odpovědí.

**Položka číslo 8:** Užívala jste po porodu některou z níže uvedených antikoncepčních metod?

Tabulka 8: Metody antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bariérová antikoncepce (kondom, femidom, pesar, vaginální kroužek)	24	22,4%
Nitroděložní tělíčko nehormonální	10	9,3%
Hormonální metody (nitroděložní tělíčko s hormonem, pilulky, náplasti, injekce)	28	26,2%
Přirozené metody (přerušovaná soulož, plodné a neplodné dny, bazální křivka, laktace)	27	25,2%
Nevyžívala jsem žádnou metodu antikoncepce	17	15,9%
Jiná...	1	0,9%
<b>Celkem</b>	<b>107</b>	

Graf 8: Metody antikoncepce.



**Komentář 8:** Z šetření plyne, že ve 27 případech ženy užívaly přirozené metody jako prostředek antikoncepce, tedy 30%. Nejpočetnější skupinou 28 odpovědí, tedy 31,1% jsou ženy, které používaly hormonální metody. 26,7% a tedy 24 případů využívalo bariérových metod. Nitroděložní tělíčko využívalo 10 případů, tedy 11,1%. Pro žádnou metodu anti-

koncepce bylo 17 odpovědí, což je 18,9%. K otevřené odpovědi se vyjádřila jedna respondentka, která uvedla, že jí antikoncepce nevyhovovala, tak se vrátily zpět ke kondomu. Tato otázka měla možnost více odpovědí, z toho vyplývá, že některé z respondentek užívají více metod antikoncepce nebo je kombinují.



**Položko číslo 9:** Měla na Vás vliv při výběru antikoncepce porodní asistentka?

Tabulka 9: Vliv porodní asistentky na výběr antikoncepce.

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	13	14,4%
Ne	77	85,6%
Celkem	90	

Graf 9: Vliv porodní asistentky na výběr antikoncepce.



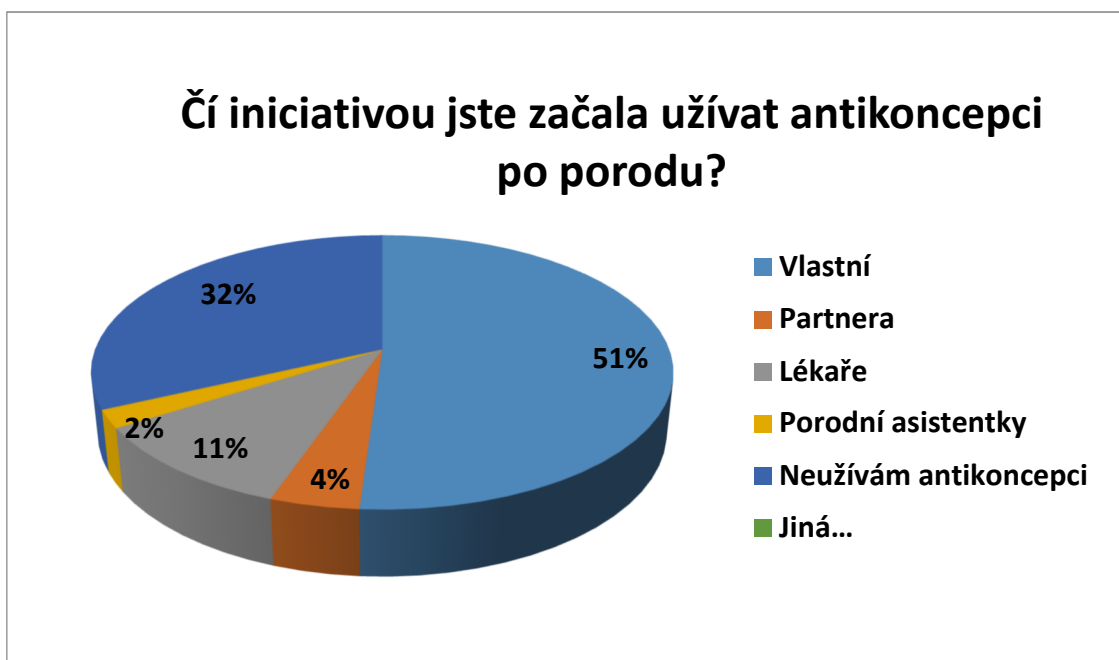
**Komentář 9:** Ze sběru dat vyplývá, že na 77 respondentek, tedy 85,6% žen, neměla vliv při výběru antikoncepce porodní asistentka. Na zbytek respondentek, tedy 14,4% žen, měla porodní asistentka vliv při výběru antikoncepce po porodu.

**Položka číslo 10:** Čí iniciativou jste začala užívat antikoncepci po porodu?

Tabulka 10: Iniciativa antikoncepce po porodu.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vlastní	48	51,1%
Partnera	4	4,3%
Lékaře	10	10,6%
Porodní asistentky	2	2,1%
Neužívám antikoncepci	30	31,9%
Jiná...	0	0,0%
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	

Graf 10: Iniciativa antikoncepce po porodu.



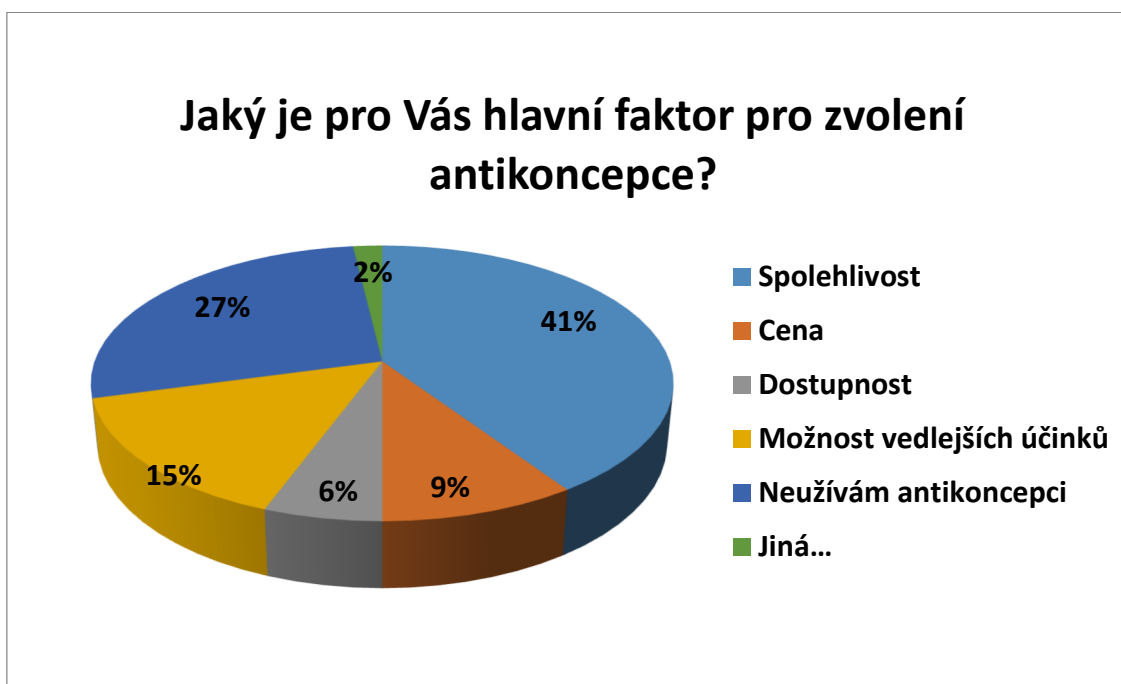
**Komentář 10:** Nejčastější odpovědí na tuto otázku bylo, že vlastní iniciativou. Vlastní iniciativou se řídila více jak polovina respondentek. Přesněji 48 odpovědí zvolily ženy, které se řídí vlastní iniciativou, tedy 53,3%. 33,3% odpovědí žen, tedy 30, neužívá antikoncepci. Na radu lékaře reagovalo 10 případů, tedy 11,1%. 4 případy se řídily podle partnera, činilo tak 4,4% případů. Mezi odpověďmi se objevily také 2 případy, které daly na radu porodní asistentky, procentuálně tak činí rady porodních asistentek malou část 2,2%. Respondentky mohly na tuto otázku odpovědět více možnostmi, čtyři respondentky zvolily více odpovědí.

**Položka číslo 11:** Jaký je pro Vás hlavní faktor pro zvolení antikoncepce?

Tabulka 11: Faktory pro zvolení antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spolehlivost	43	40,6%
Cena	10	9,4%
Dostupnost	6	5,7%
Možnost vedlejších účinků	16	15,1%
Neužívám antikoncepci	29	27,4%
Jiná...	2	1,9%
<b>Celkem</b>	<b>106</b>	

Graf 11: Faktory pro zvolení antikoncepce.



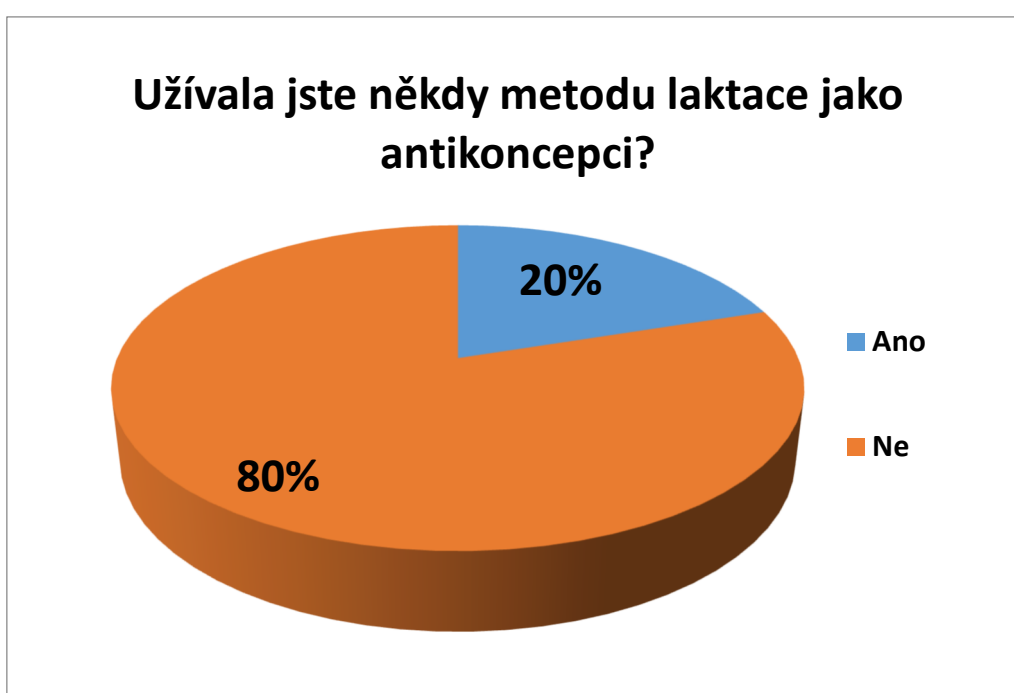
**Komentář 11:** Těsně pod polovinou odpovědí se řadí spolehlivost. Na tuto možnost odpovědělo 43 případů, tedy 40,6%. Ve 29 případech, 27,4%, bylo uvedeno, že neužívalo antikoncepci. 16 případů odpovědělo, že mezi faktory pro výběr antikoncepce řadí možnost vedlejších účinků, procentuálně je to 15,1%. Cena antikoncepce zajímá 10 případů, což je 9,4%. Dostupnost antikoncepce ovlivňuje 6 případů, tedy 5,7%. Dvě ženy odpověděly na otevřenou odpověď, že na ně má vliv soulad s morálními zásadami a náboženství. Na otázku bylo možné zvolit více odpovědí. 16 respondentek zvolila dvě odpovědi.

**Položka číslo 12:** Užívala jste někdy metodu laktace jako antikoncepci?

Tabulka 12: Antikoncepční metoda – laktace.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	20,0%
Ne	72	80,0%
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	

Graf 12: Antikoncepční metoda – laktace.



**Komentář 12:** Z výsledků šetření dat vyplývá, že 72 žen, 80% respondentek, což je nadpoloviční většina, neužívala po porodu metodu laktace jako antikoncepci. Naproti tomu 18 žen tuto metodu užívalo.

**Položka číslo 13:** Jak dlouho jste praktikovala tuto metodu?

Tabulka 13: Délka praktikování metody laktace jako antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do šesti týdnů	0	0,0%
Do tří měsíců	5	5,6%
Půl roku	9	10,0%
Půl roku a déle	10	11,1%
Nepraktikovala jsem tuto metodu	66	73,3%
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	

Graf 13: Délka praktikování metody laktace jako antikoncepce.



**Komentář 13:** Z výsledků je zřejmé, že 5 žen, 5,6%, praktikovalo metodu laktace do tří měsíců. 9 žen praktikovalo tuto metodu půl roku, procentuálně tuto skupinu tvořilo 10% žen. Půl roku a déle užívalo metodu laktace jako antikoncepci 10 respondentek, tedy 11,1% žen. Největší skupinu tvořilo 66 respondentek, které nepraktikovaly tuto metodu antikoncepce. Procentuálně nejpočetnější skupinu tvořilo 73,3% žen.

**Položka číslo 14:** Kolik je Vám let?

Tabulka 14: Věk respondentek.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně jak 18	7	7,8%
19-25	18	20,0%
26-35	38	42,2%
36 a více	27	30,0%
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	

**Komentář 14:** Z výzkumného šetření vyplývá, že nejpočetnější skupinou je 38 respondentek, 42,2% žen, okolo 26-35 roku života. 27 respondentek, tedy 30% žen, mělo více jak 27 let. Méně početnou skupinou byly ženy ve věku 19-25 let. Těchto žen bylo 18. 20% respondentek. 7,8% respondentek tvořila skupina, které bylo méně jak 19 let. Na tuto odpověď reagovalo celkem 7 žen.

## 9 DISKUSE

O antikoncepci bylo v minulosti napsáno mnoho studií a prací. Avšak antikoncepcí po porodu se zabývá už méně studií. Ve výzkumné části byla použita metoda kvantitativního výzkumu. Výzkum byl realizován pomocí dotazníku, který tvořil 14 otázek a plně ho vyplnilo 90 respondentek. Dotazníky byly umístěny na sociální síti, na stránkách pro matky a ženy po porodu. Šetření probíhalo od února do března 2020. Zdrojem pro vyplnění dotazníků byl odkaz, který byl vložen na sociální síť. Ten sloužil ve 100% případů jako zdroj návštěv dotazníku. Odkaz za dobu výzkumu dokončilo 90 respondentek, tedy 68% žen z celkové návštěvnosti odkazu. 32% žen dotazník nedokončilo. Dotazník byl opakovaně nahráván na skupiny pro získání většího počtu respondentek. Počet vyplněných dotazníků však začal stagnovat, proto bylo výzkumné šetření přerušeno. Průměrná doba vyplňování dotazníku byla 3,5 minut.

Výzkum byl limitován krátkým časovým úsekem pro sběr dat a také malým počtem respondentek. Ve statistickém zpracování nebylo možné brát v potaz všechny nezávisle proměnné odpovědi žen. Pro objektivnější a přesnější výsledky by bylo zapotřebí rozšířit otázky o možnosti odpovědí. Jedním z faktorů, který mohl odpovědi ovlivnit, byl fakt, že ženy pravděpodobně nepovažují přirozené metody (přerušovaná soulož, výpočet plodných dnů nebo laktace) jako metody antikoncepce. Dalším možným faktorem ovlivňující výzkum bylo, že téměř 30% respondentek je po porodu více jak 5 let. Představy o antikoncepci po porodu tak mohly být zkreslené. Pro další přesnější výzkum faktorů ovlivňující výběr antikoncepce po porodu by bylo přínosnější, kdyby byly dotazníky získávány v gynekologických ambulancích nebo u terénních porodních asistentek od žen, které jsou po porodu do jednoho roku.

V práci byly stanoveny tři cíle. Zjistit, jaké faktory ovlivňují výběr antikoncepce po porodu. Dalším cílem se zjišťovalo, jaké metody antikoncepce ženy po porodu používají nejvíce. Posledním cílem bylo zjistit, kdy ženy začínají žít sexuálním životem po porodu.

Nejpočetnější skupinou byla skupina okolo 26-35 let, která tvořila 42,2% z respondentek. Předpokládá se, že tato věková skupina odpovídala nejvíce, protože věk prvorodiček neustále stoupá. Dozajista to je také proto, že tato věková skupina plně využívá sociální síť, kde byl odkaz k dotazníku pro výzkum vložen. Ženy nižšího věku ještě nemají potomka, a tak byly pro výzkum nevhodné. I když z výzkumu vyplývá, že 27,8% respondentek je ve věku pod 25 let.

Prvním cílem bylo zjistit, jaké faktory ovlivňují výběr antikoncepce. Z výzkumného šetření plyne, že 43% případů zvolilo antikoncepci z důvodu zabránění dalšímu těhotenství. 35,5% neužívala antikoncepci. 17,2% kvůli zahájení sexuálního života a pouze 4,3% na doporučení lékaře. Je otázkou, zda respondentky pochopily zadanou otázku správně. Velká část respondentek odpověděla, že neužívala žádnou antikoncepci. Je diskutabilní, zda nebyla otázka položena správně. Některé respondentky mohly otázku pochopit tak, že se jedná pouze o skupinu antikoncepce, která je předepisována lékařem. Na otázku bylo možné odpovědět více možnostmi. Celkem bylo 93 odpovědí.

V šetření byla položena otázka, která měla za úkol zjistit, čím iniciativou uživatelky zvolily antikoncepci po porodu. Na tuto otázku 51,1% žen odpovědělo, že vlastní a 31,9% neužívalo antikoncepci. Malý podíl měl partner a lékař. Na poslední místo se zařadila porodní asistentka, která ovlivnila výběr antikoncepce pouze ve dvou případech z 90 respondentek. Janíčková (2018) ve své bakalářské práci zkoumala, kde se ženy informují o možnostech antikoncepce v období kojení. Z jejího výzkumu je patrné, že ze 100 respondentek se 67% žen informuje u svého gynekologa. 17% žen se neinformovalo nikde. 12% respondentek čerpalo informace z internetu. Pouhé 1% žen se informovalo od porodní asistentky. Výsledky výzkumu se výrazně liší. Jedna věc je ve srovnání patrná. Ženy se od porodních asistentek informují jen v malé míře. Je na zvážení, zda by porodní asistentky neměly věnovat více času edukaci o antikoncepci po porodu. Budoucím matkám jsou k dispozici předporodní kurzy, kde se o antikoncepci po porodu mohou informovat přímo od porodní asistentky. Po porodu se ženy mohou informovat od porodní asistentky již na oddělení šestinedělí. Po odchodu z nemocnice mohou využít návštěv porodní asistentky v šestinedělí. Ženy mají nárok na tři návštěvy, které hradí pojišťovna.

Z šetření vyplynulo, že největším faktorem pro výběr antikoncepce po porodu je spolehlivost. Na tom se shodlo 40,6% odpovědí žen. 27,4% odpovědí vypovídalo o tom, že ženy neužívají antikoncepci. Velká část respondentek odpověděla, že je to možnost vedlejších účinků. Na tuto odpověď reagovalo 15,1% případů a je třeba říci, že je dobře, že se ženy zamýšlejí nad svým zdravím. Pro 9,4% případů je důležitá i cena antikoncepce a malá část odpovědí, 5,7% vypovídala o tom, že je důležitá dostupnost. Dvě ženy odpověděly v otevřené odpovědi, že je pro ně důležitým faktorem soulad s morálními zásadami a náboženství. Na tuto otázku bylo možné odpovědět více odpověďmi. Bylo vyhodnoceno celkem 106 odpovědí. Dalšími faktory, které mohly ženy ovlivnit při výběru antikoncepce po porodu, jsou předchozí zkušenost, zkušenost blízkého, doporučení gynekologa nebo napří-



klad média. V šetření na to odpovídá otázka, která zjišťuje, co ženy vedlo k výběru metody antikoncepce. Když pomíneme 36,7% respondentek, které neužívají antikoncepci, největší procento žen odpovědělo, že je ve výběru nejvíce ovlivnil gynekolog. Toto procento žen je 27,8%. Těsně za gynekologem se řadí předchozí zkušenost, na kterou odpovědělo 24,4% žen. Malou část odpovědí tvoří zkušenost blízkého a média.

Podle studie Mario Philipa R. Festin (2020), která se zabývá správným plánování rodičovství, je pro populaci důležitá především spolehlivost vybrané metody. Což se s výzkumem bakalářské práce shoduje. Ve své studii uvádí účinnost jednotlivých metod antikoncepce pro správnou volbu partnerského páru. Ze studie plyne, že důležitým faktorem pro spolehlivost antikoncepce je její správné použití. Nejméně stabilní metodou jsou přirozené metody, při kterých dochází ke špatné technice provedení a je tak větší pravděpodobnost otěhotnění. Oblíbenou metodou, především pro ženy, které neprovozují často pohlavní styk, je mužský kondom. Jeho účinnost se opět opírá o správnost jeho používání. Jako velmi spolehlivou metodu uvádí hormonální antikoncepční implantáty a intrauterinní zařízení. Nejoblíbenější metodou mezi ženami je podle studie metoda COC, kombinované perorální antikoncepční pilulky. Tato metoda však není vhodná pro ženy po porodu, které kojí. Metoda je spolehlivá při správném užívání, navíc je dostupná. Žena může užívání kdykoli zastavit a přitom metoda nezasahuje do pohlavního styku, stává se tak pohodlnou. Méně oblíbenou metodou jsou pak kombinované injekční prostředky, které také nejsou vhodné pro ženy, u kterých stále probíhá laktace. Mezi přijatelné, spolehlivé a snadno dostupné metody pro kojící ženy se řadí gestagenní perorální antikoncepční pilulky. Méně praktické je intrauterinní tělísko, které musí aplikovat gynekolog. Ženy mohou zvolit i trvalou metodu, tedy sterilizaci. Studie uvádí, že se jedná o jednu z nejrozšířenějších metod ochrany před otěhotněním a to u 19% žen v reprodukčním věku. Více jak polovina sterilizací se pak provádí po císařském řezu. Z výzkumné části bakalářské práce plyne, že ani jedna žena z počtu 90 respondentek neuvedla jako metodu sterilizaci. Studie se zabývá i laktační metodou, která je sice přirozená, ale co se účinnosti a provádění týče, velmi nespolehlivá. Z šetření bakalářské práce plyne, že 20% respondentek uvedlo, že praktikovalo metodu laktace. 11,1% žen dokonce uvedlo, že tuto metodu praktikovalo půl roku a déle. Z výzkumu bohužel nelze zjistit, zda metoda byla účinná nebo jestli ženy k této metodě praktikovaly ještě další metodu.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké metody antikoncepce praktikují ženy po porodu nejvíce. To závisí na výběru metody a tedy na faktorech, které ovlivňují ženy v jejich volbě. Ženy,

kteří jsou po porodu, by neměly používat hormonální antikoncepci s estrogenem, který ovlivňuje mateřské mléko (Koudelová, 2013). To může ovlivnit ženu při výběru antikoncepce. Některé ženy však tuto metodu používají. Předpokládá se, že tyto ženy již nekojí, ale z výzkumné části to není patrné. Janíčková (2018) se ve své bakalářské práci zabývá antikoncepcí v období kojení. Výsledky výzkumu Janíčkové (2018) ukazují, že ze 100 respondentek, 31% žen upřednostňuje hormonální metody antikoncepce. Přerušovanou soulož využívalo v období kojení 30% respondentek. 28% žen užívalo kondom, zatímco 8% žen preferuje nitroděložní tělíčko. Celá 2% dokonce využila možnost sterilizace a 1% respondentek preferují kojení jako antikoncepční metodu. Z výzkumu plyne, že největší procento odpovědí a to 26,2% tvrdí, že užívala hormonální metody antikoncepce, jako jsou nitroděložní tělíčko s hormonem, pilulky, náplasti nebo injekce. Druhou nejpočetnější skupinou jsou přirozené antikoncepční metody (přerušovaná soulož, výpočet plodných a neplodných dnů, bazální křivka nebo laktace). Ta zahrnuje celkem 25,2% odpovědí. Ve 22,4% případech ženy odpověděly, že užívaly bariérovou metodu antikoncepce. Mezi tyto metody se řadí kondom, femidom, pesar nebo vaginální kroužek. 15,9% odpovědí potvrdilo, že neužívá žádnou z metod antikoncepce a 9,3% má po těhotenství zavedeno nitroděložní tělíčko. Jedna respondentka uvedla, že zprvu užívala hormonální antikoncepci, ta však nevyhovovala a tak zůstali s partnerem u mužského kondomu. Ženy měly možnost volby více odpovědí a z šetření je zřejmé, že bylo zvoleno 107 odpovědí. Výsledky bakalářské práce Janíčkové (2018) vyšly z velké části shodně.

Posledním cílem bylo zjistit, kdy ženy začínají žít aktivním sexuálním životem. Z šetření je zřejmé, že 60% respondentek pocívalo po porodu menší chuť na milování. Menší procento odpovědělo, že s milováním nemělo problém. Tento faktor mohl také ovlivnit časový rozptyl mezi porodem a prvním pohlavním stykem po porodu. Z výzkumného šetření vyplývá, že nejvíce žen 51,1%, začalo žít aktivním sexuálním životem kolem šestého týdne až třetího měsíce po narození dítěte. Do šesti týdnů začalo žít 25,6% respondentek. Z tohoto výsledku je zřejmé, že by antikoncepci ženy měly užívat již v období šestinedělí. Na následující otázku však pouze 4,4% respondentek odpovědělo, že začalo užívat antikoncepci již v období šestinedělí. Na téma antikoncepce po porodu se ve své studii zaměřily Anita Makins a Sharon Cameron (2020). Z jejich studie plyne, že ženám po porodu je antikoncepce nabízena až po uplynutí šestinedělí, ženy však začínají žít aktivním sexuálním životem již v tomto období a tak je větší riziko k otěhotnění. Malé intervaly mezi těhotenstvím mohou mít spojitost s předčasným narozením, kojeneckou úmrtností a podvýži-

vou. Studie poukazuje na fakt, že když matka kojí v pravidelných intervalech, návrat ovulace přichází i kolem 21. dne po porodu. Je tedy vhodné, aby o tomto faktu byly matky informovány po porodu co nejdříve, aby se zabránilo malým intervalům mezi těhotenství.

Podle studie Maskin a Cameron (2020) antikoncepce po těhotenství zahrnuje poskytování antikoncepce ženám po porodu, potratu nebo mimoděložním těhotenství. Pokyny, které se týkají bezpečnosti a nasazení antikoncepčních metod se zabývali WHO (Světová zdravotnická organizace), mimo jiné i Britské fakulty sexuálního zdraví a reprodukčního zdraví a Americká vysoká škola gynekologů a porodníků. Z výzkumu vyplývá, že 41,1% respondentek neužívalo po porodu antikoncepci. Pouze 4,4% užívala antikoncepci v období šestinedělí a 55,5% začalo užívat antikoncepci v období šesti týdnů až šest měsíců a více. Pouze malá část se začne chránit otěhotnění po porodu i přes to, že z šetření plyne, že 25,6% respondentek žilo aktivním sexuálním životem již v období šestinedělí. Tím pádem může dojít k otěhotnění s nedostatečným intervalem od předchozího těhotenství a je tak pravděpodobnější možnost, že dojde k novorozeneckému úmrtí či předčasnému narození novorozence.

## 9.1 Doporučení pro praxi

Plánování správného rozmezí mezi těhotenstvím je v rámci zdraví důležitou součástí života ženy. Bohužel v častých případech o této problematice nemají ženy tušení. Z analýzy dat vyplynulo, že pouze 14,4% respondentek ovlivnila při výběru antikoncepce po porodu porodní asistentka. Jednou z předních výhod a rolí porodní asistentky je edukace. Je tedy potřeba, aby byly ženy o této problematice edukovány. Porodní asistentky přichází do styku se ženami po porodu, na oddělení šestinedělí i v době těhotenství. Je tedy politováníhodné, že se ženy o plánování rodičovství a možnosti antikoncepce neinformují od porodních asistentek. Ženy se mohou informovat o antikoncepci i v rámci předporodních kurzů nebo za pomoci porodní asistentky při návštěvách v šestinedělí. Ženy mají možnosti tří návštěv po porodu, které jsou hrazeny pojišťovnou. Ženy však o této možnosti mnohdy neví. Pro ulehčení výběru byl pro ženy vytvořen edukační materiál, který má za úkol edukovat o možných metodách antikoncepce po porodu. Edukační materiál je přiložen v příloze II.

## ZÁVĚR

Toto bakalářská práce se zabývá faktory ovlivňující výběr antikoncepce po porodu. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena do šesti kapitol, které popisují šestinedělí, sexualitu ženy po porodu, plánování rodičovství, metody antikoncepce, antikoncepci pro kojící ženy a faktory ovlivňující výběr antikoncepce.

Praktická část je provedena formou kvantitativního výzkumu. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké faktory nejvíce ovlivňují ženy při výběru antikoncepce po porodu. Tato otázka nabádala k tomu, aby se zjistilo, jaké metody antikoncepce ženy po porodu užívají nejvíce. Navazuje na to další cíl, kdy ženy po porodu začínají žít sexuálním životem. Ženy často začínají žít sexuálním životem brzy po porodu a nepoužívají žádnou metodu antikoncepce. Malé intervaly mezi těhotenstvím mohou mít spojitost s předčasným narozením, kojeneckou úmrtností a podvýživou.

Výzkumné šetření proběhlo formou dotazníku a poukázalo na faktory, které ovlivňují výběr antikoncepce po porodu. Ve výzkumné části se pracovalo s nejčastějšími faktory, které ovlivňují výběr antikoncepce po porodu. Z celkového počtu 90 respondentek po porodu se téměř polovina shodla, že nejdůležitějším faktorem je pro ně spolehlivost. Velká část žen však uvedla, že po porodu neužívala žádnou antikoncepci. Čtvrtina žen se zajímá o své zdraví a souhlasila s odpovědí, že je zajímá možnost vedlejších účinků antikoncepce. Menší množství respondentek zajímá při výběru antikoncepce dostupnost a cena.

Při rozhodování o nasazení antikoncepce ženy nejčastěji dávají na vlastní rozhodnutí. Z výzkumu vyplývá, že porodní asistentky mají malý vliv při rozhodování žen o výběru antikoncepce po porodu. V rámci tohoto zjištění byl vytvořen edukační materiál, který má za úkol poukázat na jednotlivé metody antikoncepce. Usnadní ženě rozhodování ohledně výběru metody antikoncepce.

Jako důvod pro nasazení antikoncepce ženy nejčastěji uvádí zabránění dalšímu těhotenství, a to téměř polovina respondentek. Naproti tomu druhou nejpočetnější skupinou jsou ženy, které po porodu neužívaly žádnou antikoncepci. To vede k zamyšlení, zda ženy přemýšlejí o správném načasování dalšího těhotenství a jestli jsou si vědomi možného rizika.

Dalším cílem bylo zjistit, jaké metody užívají ženy po porodu nejvíce. Téměř vyrovnaně ženy užívají bariérovou antikoncepci, hormonální metody (nitroděložní tělíčko s hormonem, pilulky, náplasti a injekce) a přirozené metody (přerušovaná soulož, výpočet

plodných a neplodných dnů, bazální křivka nebo laktace). Je otázkou, zda ženy ví o možném dopadu na kvalitu a množství mateřského mléka při užívání hormonální antikoncepce. Menší skupinu pak tvořily ženy, které antikoncepci po porodu neužívaly nebo mají zavedené nitroděložní tělísko nehormonálního charakteru.

Posledním cílem bylo zjistit, kdy ženy po porodu začínají žít sexuálním životem. Více jak polovina respondentek po porodu pociťovala menší chuť na milování. Z šetření však plyne, že i přes snížené libido žen po porodu, více jak polovina žen začala žít pohlavním životem mezi šestým až třetím měsícem. Druhou nejpočetnější skupinu dokonce tvořily ženy, které začaly žít sexuálním životem do šesti týdnů po porodu. Mezi ženami zazněly i odpovědi, které vypověděly, že po porodu nezačaly se sexuálním životem vůbec.

Všechny cíle bakalářské práce byly splněny. Pro praxi byl vytvořen edukační materiál shrnující metody antikoncepce. Dále se zde otevírá velký prostor pro porodní asistentky, který nabízí být průvodcem a rádcem ženě při výběru antikoncepce po porodu.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. ANDERSON, Barbara A. *Best practices in midwifery: using the evidence to implement change*. New Yourk: Springer, 2013. 978-0826131782.
2. BOLEDOVIČOVÁ, Mária. *Prostriedky rozvoja a podpory efektívneho dojčenia*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-264-9.
3. BRŮHA, Dominik a Eva PROŠKOVÁ. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. ISBN 978-80-7357-661-5.
4. DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ a Vladimíra MAJDYŠOVÁ. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0837-4.
5. FESTIN, Mario Philip R. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. Overwiev of modern contraception, 2020 [online]. [Citace: 17. 3 2020]. Dostupné z:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693420300456>
6. FAIT, Tomáš, Vladimír DVOŘÁK a Aleš SKŘIVÁNEK. *Almanach ambulantní gynekologie*. Praha: Maxdorf. Jessenius, 2009. ISBN 978-80-7345-191-2.
7. FAIT, Tomáš. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. Jessenius, 2008. ISBN 978-80-7345-172-1.
8. FAIT, Tomáš. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi, 2012. ISBN 978-80-7345-280-3.
9. FAIT, Tomáš. Kritéria českých a slovenských žen při výběru kombinované hormonální antikoncepce. *Česká gynekologie*. 2012, Sv.3, 76s. ISSN 1210-7832
10. FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. Praha: Maxdorf. Jessenius, 2014. ISBN 978-80-7345-403-6.
11. GASKIN, Ina May. *Zázrak porodu*. Doubice: One Woman Press, 2010. ISBN 978-80-86356-48-8.
12. HANÁKOVÁ, Taťána. Co je to antikoncepce?. In: *hanakovagynekologie.cz*, 2007 [online]. [Citace: 4. 12 2019.]. Dostupné z:  
<http://www.hanakovagynekologie.cz/co-je-to-antikoncepce/>.
13. CHENERY-MORRIS, Sam. *Normal midwifery practice*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications, 2012. ISBN 978-0857257574.

14. JANÍČKOVÁ, Barbora. *Antikoncepce v období kojení*. Jihlava, 2018. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Vlasta DVOŘÁKOVÁ
15. JOHNSON, Ruth. *Skills for Midwifery Practice*. 4.vydání, Edinburg: Elsevier, 2016. ISBN 978-0-7020-6187-5.
16. KLIMENT, Michal a Vladimír CUPANÍK. *Súčasný pohľad na formy a možnosti antikoncepcie: Contemporary view to the forms and possibilities of contraception. Via practica*. Bratislava: SOLEN. 2011, 8(1), 36-39. ISSN 1336-4790.
17. KOUDELKOVÁ, Vlasta. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-624-1.
18. KŘEPELKA, Petr. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny, 2013. ISBN 978-80-204-2991-9.
19. MAKINS, Anita a Sharon CAMERON. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. Post pregnancy contraception, 2020 [online]. [Citace: 15. 3 2020]. Dostupné z:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152169342030016X?via%3Dihub>.
20. MORAVCOVÁ, Markéta a Helena PETRŽÍLKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu : přehled péče o fyziologického novorozence*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2015. ISBN 978-80-7395-859-6.
21. MOSBY. *Mosby's dictionary of medicine, nursing & health professions*. Mosby's dictionary of medicine, nursing & health professions. 10. vydání. St. Louis, Missouri : Elsevier, 2017. ISBN 9780323222051.
22. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-215-2.
23. PAŘÍZEK, Antonín a Ivana AŠENBRENOVÁ. Laktace jako antikoncepce. In: *porodnice.cz*, 2014 [online]. [Citace: 4. 12 2019]. Dostupné z:  
<http://www.porodnice.cz/clanky/laktace-jako-antikoncepce>.
24. PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. Šesté, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1228-7.
25. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

26. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
27. SEIDLOVÁ, Dana. *Kontracepce pro praxi: [přůvodce metodami zábrany otěhotnění]*. Praha: Maxdorf, 1997. ISBN 80-85800-39-x.
28. SIMOČKOVÁ, Viera. *Edukácia v gynekologicko-pôrodnickom ošetrovatel'stve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. Vysokoškolská učebnica, 2013. ISBN 978-80-8063-398-1.
29. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatel'ství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. Sestra (Grada), 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.
30. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
31. ŠTROMEROVÁ, Zuzana a kol. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3.
32. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
33. VRÁNOVÁ, Věra. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1764-6.
34. VRÁNOVÁ, Věra. *Výchova k reprodukčnímu zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2629-7.
35. WEISS, Petr a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.



**SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

DANA – nitroděložní tělíčko českého výrobce

HIV - z angl. *Human Immunodeficiency Virus*, virus lidské imunitní nedostatečnosti

IUD – intrauterine device, nitroděložní tělíčko

i.v. – intravenózní

např. – například

PI – Pearlův index

tzv. – tak zvaný

WHO – World Health Organization - Světová zdravotnická organizace

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Počet porodů. ....	23
Tabulka 2: Délka po porodu. ....	24
Tabulka 3: Milování po porodu. ....	25
Tabulka 4: Aktivní sexuální život po porodu. ....	26
Tabulka 5: Začátek užívání antikoncepce po porodu. ....	27
Tabulka 6: Výběr antikoncepce. ....	28
Tabulka 7: Důvod k nasazení antikoncepce. ....	29
Tabulka 8: Metody antikoncepce.....	30
Tabulka 9: Vliv porodní asistentky na výběr antikoncepce.....	32
Tabulka 10: Iniciativa antikoncepce po porodu.....	33
Tabulka 11: Faktory pro zvolení antikoncepce.....	34
Tabulka 12: Antikoncepční metoda – laktace.....	35
Tabulka 13: Délka praktikování metody laktace jako antikoncepce. ....	36
Tabulka 14: Věk respondentek. ....	37

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1: Počet porodů.....	23
Graf 2: Délka po porodu. ....	24
Graf 3: Milování po porodu. ....	25
Graf 4: Aktivní sexuální život po porodu. ....	26
Graf 5: Začátek užívání antikoncepce po porodu. ....	27
Graf 6: Výběr antikoncepce. ....	28
Graf 7: Důvod k nasazení antikoncepce. ....	29
Graf 8: Metody antikoncepce. ....	30
Graf 9: Vliv porodní asistentky na výběr antikoncepce. ....	32
Graf 10: Iniciativa antikoncepce po porodu. ....	33
Graf 11: Faktory pro zvolení antikoncepce. ....	34
Graf 12: Antikoncepční metoda – laktace. ....	35
Graf 13: Délka praktikování metody laktace jako antikoncepce. ....	36

## SEZNAM PŘÍLOH

PI: Dotazník

PII: Edukační materiál

## **PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK**

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Hlavoňová a jsem studentkou oboru Porodní asistence na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Prosím, věnujte chvíli dotazníku k mé bakalářské práci na téma Faktory ovlivňující výběr antikoncepce po porodu. Dotazník je určen pouze pro ženy po porodu a je zcela anonymní. Každou otázku si pečlivě přečtěte a odpovězte podle Vašeho názoru. Předem Vám děkuji za spolupráci a ochotu.

### **1. Kolikrát jste rodila?**

- a) Jednou
- b) Dvakrát
- c) Třikrát a více

### **2. Jak dlouho jste po porodu?**

- a) Do šesti týdnů
- b) Šest týdnů až šest měsíců
- c) Šest měsíců až jeden rok
- d) Jiná...

### **3. Pociťovala jste po porodu menší chuť na milování?**

- a) Ano
- b) Ne

### **4. Jak dlouho po porodu jste začala žít aktivním sexuálním životem?**

- a) Do šesti týdnů
- b) Šest týdnů až tři měsíce
- c) Tři měsíce až šest měsíců
- d) Šest měsíců až jeden rok
- e) Jiná...

### **5. Po jak dlouhé době po porodu jste začala užívat antikoncepci?**

- a) Do šesti týdnů
- b) Šest týdnů až tři měsíce
- c) Tři měsíce až šest týdnů
- d) Šest měsíců a více
- e) Jiná...

**6. Co Vás vedlo k výběru této metody antikoncepce?**

- a) Předchozí zkušenost
- b) Zkušenost blízkého
- c) Doporučení gynekologa
- d) Média (internet, reklamy, články)
- e) Neužívám antikoncepci
- f) Jiná...

**7. Co Vás vedlo k nasazení antikoncepce po porodu?**

- a) Zabránění dalšímu těhotenství
- b) Doporučil mi to lékař
- c) Zahájení sexuálního života
- d) Neužívala jsem antikoncepci
- e) Jiná...

**8. Užívala jste po porodu některou z níže uvedených antikoncepčních metod?**

- a) Bariérová antikoncepce (kondom, femidom, pesar, vaginální kroužek)
- b) Nitroděložní tělísko nehormonální
- c) Hormonální metody (nitroděložní tělísko s hormonem, pilulky, injekce, náplasti)
- d) Přírozené metody (přerušovaná soulož, výpočet plodných a neplodných dnů, bazální křivka, laktace)
- e) Jiná...

**9. Měla na Vás vliv při výběru antikoncepce porodní asistentka?**

- a) Ano
- b) Ne

**10. Čí iniciativou jste začala užívat antikoncepci po porodu?**

- a) Vlastní
- b) Partnera
- c) Lékaře
- d) Porodní asistentky
- e) Neužívám antikoncepci
- f) Jiná...

**11. Jaký je pro Vás hlavní faktor pro zvolení antikoncepce?**

- a) Spolehlivost
- b) Cena
- c) Dostupnost
- d) Možnost vedlejších účinků
- e) Neužívám antikoncepci
- f) Jiná...

**12. Užívala jste někdy metodu laktace jako antikoncepci?**

- a) Ano
- b) Ne

**13. Jak dlouho jste tuto metodu prakticovala?**

- a) Do šesti týdnů
- b) Do tří měsíců
- c) Do půl roku
- d) Půl roku a déle
- e) Neprakticovala jsem tuto metodu

**14. Kolik je Vám let?**

- a) Méně jak 18
- b) 19-25
- c) 26-35
- d) 36 a více

## PŘÍLOHA II: EDUKAČNÍ MATERIÁL

### NAPLÁNUJ SI TĚHOTENSTVÍ PODLE SEBE

	METODA	ÚČINNOST (UVÁDĚNO V PEARL INDEXU)	OMEZENÍ METODY	KDY MŮŽU OTĚHOTNĚT PO VYSAZENÍ?	NA LÉKAŘSKÝ PŘEDPIS?	JAK ČASTO SE UŽÍVÁ?	PŘI KOJENÍ?
Hormonální metody	Pilulka (obsahuje pouze gestagen)	0,14	Mohou být zdravotní problémy. Je potřebná konzultace s gynekologem.	Obvykle v následujícím měsíci po vysazení.	Ano	Každý den. Vždy ve stejnou denní hodinu.	Ano
	Kombinovaná pilulka (obsahuje gestagen a estrogen)	0,01-0,02	Mohou být zdravotní problémy. Je potřebná konzultace s gynekologem.	Obvykle v následujícím měsíci po vysazení.	Ano	Užívá se 21 dní, poté se vysadí na 7 dní. Vždy ve stejnou denní dobu.	Ne
	Pohotovostní pilulka	1	Dostupnost. Pouze v lékárnách.	Pilulka se podává v případě, když otěhotnět nechcete.	Ne	Do 72 hodin po nechráněm pohlavním styku.	Ano, ale pouze vy výjimečných případech. Užívat po kojení.
	Injekční antikoncepce	0,05-3	Mohou být zdravotní problémy. Je potřebná konzultace s gynekologem.	Návrat až 10 měsíců po ukončení metody.	Ano - Injekci aplikuje lékař.	Lékař aplikuje jednou za 3 měsíce.	Ano
	Náplast	0,9	Mohou být zdravotní problémy. Je potřebná konzultace s gynekologem.	Obvykle v následujícím měsíci po vysazení.	Ano	Lepí se 1x za týden po 3 týdny. Další se vynechá.	Ne
	Nitroděložní tělísko nehormonální	0,5-0,7	Mohou být zdravotní problémy. Je potřebná konzultace s gynekologem.	Obvykle v následujícím měsíci po vysazení.	Ano - Tělísko zavádí lékař.	Podle výrobce, vydrží až 5 let.	Ano
	Podkožní tyčinka	0,07	Mohou být zdravotní problémy. Je potřebná konzultace s gynekologem.	Obvykle v následujícím měsíci po vysazení.	Ano - Do podkoží vnitřní strany paže aplikuje lékař.	Vydrží až 3 roky.	Ne
Přirozené	Výpočet plodných dnů	14-35	Pohlavní styk nemít v době ovulace. - Malá spolehlivost a složitý výpočet.	Ihned	Ne	Pohlavní styk se neprovazuje v době ovulace.	Ano
	Bazální křivka	0,2	Složitá metoda na výpočet.	Ihned	Ne	Pohlavní styk se neprovazuje v období, kdy se teplota v pochvě zvýší o 0,5 °C.	Ano
	Kojení	0,9	Účinná při přísném dodržování pravidel.	Ihned	Ne	Žena musí kojit každé 4 hodiny a to i v noci. Jinak není metoda účinná.	Ano
Bariérové	Vaginální pesar, Cervikální kroužek, Femidom	1-20	Složitá manipulace.	Ihned	Ne	Používají se při pohlavním styku.	Ano
Chemické	Spermicidy	3-21	Složitá manipulace.	Ihned	Ne	Používají se při pohlavním styku.	Ano
Mechanické	Sterilizace	0,1	Trvalé ukončení reprodukce.	Metoda je trvalá.	Ano - Sterilizace provádí lékař při operačním zákroku.	Jednou za život. Dochází k přerušení vejcovodu.	Ano

Mezi mužské metody antikoncepce patří kondom, přerušovaná soulož nebo vazektomie. Kondom chrání ženu i muže před pohlavně přenosnými nemocemi a je spolehlivý, nevýhodou je jeho manipulace. Přerušovaná soulož je poměrně nespolehlivou metodou. Vazektomie je trvalá metoda, která spočívá v podvazu chámovodů muže.