Informovanost žen v oblasti metod antikoncepce

Zuzana Vlčková

Bakalářská práce
2024

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Zuzana Vlčková**
Osobní číslo:	**H21060**
Studijní program:	**B0913P360017 Porodní asistence**
Forma studia:	**Prezenční**
Téma práce:	**Informovanost žen v oblasti metod antikoncepce**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti metod antikoncepce u žen.
Příprava metodiky kvantitativního šetření.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace kvantitativního šetření technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků kvantitativního šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

FAIT, T. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. vyd. Praha: Maxdorf, 2018. 150 s. ISBN 978-80-7345-587-3.
KOLIBA, P., P. WEISS, M. NĚMEC a kol. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2019. 184 s. ISBN 978-80-271-2039-0.
NAŇKA, O. a M. ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. Praha: Galén, 2019. 416 s. ISBN 978-80-7492-450-7.
PROCHÁZKA, M. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, 2020. 792 s. ISBN 978-80-7345-618-4.
SITRUK-WARE, R., A. NATH & D. R. MISHELL. Contraception Technology: Past, Present and Future. *Contraception* [online], 2013, vol. 87, pp. 319-330 [cit. 2023-10-20]. DOI: 10.1016/j.contraception.2012.08.002.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

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 [1)];
- 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 [2)];
- podle § 60 [3)] 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 [3)] odst. 2 a 3 mohu užít 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 ....

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 nevýdělečně 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 nahlížení 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 vzdělávacího 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). Odpírá-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

Bakalářská práce se zabývá informovaností žen v oblasti metod antikoncepce. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. První kapitola teoretické části se zabývá ženským reprodukčním systémem. Druhá kapitola se zaměřuje na historii antikoncepce, jednotlivé antikoncepční metody, jejich spolehlivost a cenové srovnání. Třetí kapitola rozebírá výchovu k reprodukčnímu zdraví.

Praktická část se věnuje kvantitativnímu výzkumu, který je realizován formou dotazníkového šetření. Hlavní výzkumnou otázkou je zjistit, z jakého zdroje se ženy, dozvídají nejvíce informací o antikoncepci a zdali jsou informace o ní ve škole dostačující. Výsledky dotazníkového šetření jsou následně zpracovány a rozebrány v diskusi, kde jsou zodpovězeny dílčí a hlavní cíl.

Klíčová slova: reprodukční systém žen, antikoncepce, cena antikoncepce, výchova k reprodukčnímu zdraví

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with women's awareness of contraceptive methods. It is divided into theoretical and practical parts. The first chapter of the theoretical part deals with the female reproductive system. The second chapter focuses on the history of contraception, different contraceptive methods, their reliability and price comparison. The third chapter discusses reproductive health education.

The practical part is devoted to quantitative research, which is carried out in the form of a questionnaire survey. The main research question is to find out from which source women, learn most information about contraception and whether the information about it in school is sufficient. The results of the questionnaire survey are then elaborated and analysed in a discussion where the sub and main objective are answered.

Keywords: female reproductive system, contraception, cost of contraception, reproductive health education

Děkuji svému vedoucímu bakalářské práce MUDr. Zdeňkovi Adamíkovi Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, poznámky a čas, který mi během konzultací poskytnul. Chtěla bych také poděkovat mojí rodině, zejména bratrovi Jiřímu a partnerovi Ivovi, kteří mě podporovali při psaní práce, ale i po celou dobu studia. Mé poděkování také patří ženám za jejich čas při vyplňování dotazníku.

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

OBSAH

ÚVOD **10**

I TEORETICKÁ ČÁST **11**

1 REPRODUKČNÍ SYSTÉM ŽEN **12**

1.1 ANATOMIE ŽENSKÝCH VNITŘNÍCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ 12

1.1.1 Pochva – vagina 12
1.1.2 Děloha – uterus 12
1.1.3 Vejcovod – tuba uterina 13
1.1.4 Vaječník – ovarium 13

1.2 ANATOMIE ŽENSKÝCH VNĚJŠÍCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ 14

1.2.1 Pahorek stydký – mons pubis 14
1.2.2 Velké stydké pysky – labia majora pudendi 14
1.2.3 Malé stydké pysky – labia minora pudendi 14
1.2.4 Poštěváček – clitoris 14
1.2.5 Předsíňová bulva – bulbus vestibuli 15
1.2.6 Velké a malé předsíňové žlázy – glandulae vestibulares majores et minores 15
1.2.7 Poševní předsíň – vestibulum vaginae 15

1.3 MENSTRUAČNÍ CYKLUS 15

1.3.1 Fáze menstruačního cyklu 16

2 ANTIKONCEPCE **17**

2.1 HISTORIE ANTIKONCEPCE 17

2.2 PŘIROZENÉ ANTIKONCEPČNÍ METODY 18

2.2.1 Kojení 18
2.2.2 Periodická abstinence (Oginova-Knausova metoda) 18
2.2.3 Měření bazální teploty 18
2.2.4 Hlenová metoda 19
2.2.5 Cervikální metoda 19
2.2.6 Přerušovaná soulož (Coitus interruptus) 19

2.3 BARIÉROVÉ ANTIKONCEPČNÍ METODY 19

2.3.1 Mužský kondom 19
2.3.2 Ženský kondom (Femidon) 20
2.3.3 Poševní pesar 20
2.3.4 Cervikální pesar 20
2.3.5 Vaginální hubka 20

2.4 CHEMICKÁ ANTIKONCEPCE 20

2.5 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE 21

2.5.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce 21
2.5.2 Progestagenní hormonální antikoncepce 22
2.5.3 Postkoitální (emergentní) antikoncepce 23

2.5.4 Kontraindikace, příznivé a nepříznivé vedlejší účinky hormonální antikoncepce ... 23
2.6 NITRODĚLOŽNÍ TĚLÍSKA ... 24
2.6.1 Nehormonální děložní tělíska (IUD) ... 25
2.6.2 Hormonální nitroděložní systém (LNG – IUS) ... 25
2.7 STERILIZACE ... 25
2.7.1 Ženská sterilizace ... 26
2.7.2 Mužská sterilizace ... 26
2.8 SPOLEHLIVOST ANTIKONCEPČNÍCH METOD (PEARLŮV INDEX) ... 26
2.9 CENA ANTIKONCEPCE ... 27
3 VÝCHOVA K REPRODUKČNÍMU ZDRAVÍ ... 28
II PRAKTICKÁ ČÁST ... 30
4 METODIKA KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU ... 31
4.1 CÍLE PRÁCE ... 31
4.2 METODA SBĚRU DAT ... 31
4.3 METODA VYHODNOCENÍ DAT ... 32
5 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ ... 34
6 DISKUSE: ... 52
6.1 HLAVNÍ CÍL ... 52
6.2 DÍLČÍ CÍL Č. 1 ... 54
6.3 DÍLČÍ CÍL Č. 2 ... 55
6.4 DÍLČÍ CÍL Č. 3 ... 57
6.5 DÍLČÍ CÍL Č. 4 ... 58
ZÁVĚR ... 60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY ... 62
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK ... 66
SEZNAM GRAFŮ ... 67
SEZNAM PŘÍLOH ... 68

ÚVOD

Vývoj antikoncepčních metod v průběhu času přinesl do životů žen mimořádný posun v kontrole nad reprodukčním zdravím a plánováním rodiny. Avšak, úspěšné využívání těchto metod závisí nejen na dostupnosti, ale také na informovanosti jednotlivců. Tato práce se zabývá problematikou informovanosti žen v oblasti metod antikoncepce. Hlavním cílem práce je zjistit, z jakého zdroje ženy získávají nejvíce informací o antikoncepci a zda škola poskytuje dostačující informace. Byly také zvoleny dílčí cíle. Prvním dílčím cílem je zjistit, jakou antikoncepční metodu ženy preferují vzhledem k věku. Druhým dílčím cílem je vyzkoumat průměrnou finanční nákladnost antikoncepce v různých věkových skupinách a podíl partnera na jejím financování. Třetím dílčím cílem je zaměřit se na vliv hormonální perorální antikoncepce na bolestivost a délku menstruačního cyklu. Posledním dílčím cílem je zjistit kritéria, podle kterých ženy antikoncepci vybírají.

Toto téma jsem si zvolila z důvodu, že i já sama jsem také vybírala před pár lety svou první antikoncepci a nebylo to pro mě vůbec jednoduché. Nejvíce informací jsem se dozvěděla při studiu porodní asistence na vysoké škole. Ne každý však studuje obor, který jde v této oblasti do hloubky a myslím si, že by tyto informace měly být sdělovány v domácím prostředí, potažmo ze spolehlivých zdrojů na základní škole.

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části – část teoretickou a praktickou. V první kapitole teoretické části se budu zabývat reprodukčním systémem žen. Ve druhé kapitole se zaměřím na historii antikoncepce. Podrobněji rozeberu samotné antikoncepční metody, jejich spolehlivost a následně se pokusím o jejich cenové srovnání. V závěru teoretické části se krátce zaměřím na výchovu k reprodukčnímu zdraví. Praktická část je tvořena nestandardizovaným dotazníkem, který byl v některých otázkách inspirován dotazníkem CHLOE (Contraception: HeLping for wOmen's choicE). Ten má pomoci ženám s výběrem antikoncepce. Vybrala jsem si ho proto, že jedním z mých dílčích cílů bylo zjistit, podle jakých kritérií ženy antikoncepci vybírají.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 REPRODUKČNÍ SYSTÉM ŽEN

Reprodukční systém ženy hraje klíčovou roli v biologickém procesu zachování života. Pro pochopení funkce antikoncepčních metod je potřeba znát anatomii a fyziologii ženských pohlavních orgánů. Z tohoto důvodu v této kapitole popíši anatomii vnějších i vnitřních pohlavních orgánů a menstruační cyklus s jeho jednotlivými fázemi.

1.1 Anatomie ženských vnitřních pohlavních orgánů

1.1.1 Pochva – vagina

Vagina je dutá svalová trubice, která kraniálním koncem obemyká děložní hrdlo a kaudálně se otevírá navenek jako vestibulum vaginae. Je předozadně oploštělá a rozlišujeme na ní paries anterior (přední stěnu) a paries posterior (zadní stěnu). Na obou stěnách najdeme rugae vaginales (slizniční řasy), které se snižují po porodu a ve stáří. Na přední straně vagíny je řasa, která se nazývá crista urethralis vaginae a je podmíněná průběhem urethry před přední stěnou vagíny. Area trigonalis vaginae je oblast, kde naléhá přední stěna poševní na trigonum vesicae a je bez slizničních řas. Horní konec pochvy je připevněn kolem děložního cervixu tak, že část hrdla vyčnívá do pochvy portio vaginalis cervicis uteri (děložní čípek) a vagina od spojení s dělohou přechází ve fornix vaginae (poševní klenba). Zde můžeme rozeznat přední klenbu poševní, zadní klenbu poševní a postranní klenby. Na hranici vaginy a vestibulum vaginae vyvstává slizniční řasa hymen (panenská blána). Má individuálně různý tvar a při první souloži se postupně natrhává. Po porodu z panenské blány zůstanou pouze drobné hrbolky. (Naňka a Elišková, 2019; Čihák, 2013)

Vagina je zhruba 9 cm dlouhá a 2,5 až 3 cm široká. Nejužší je u vchodu a nejširší u děložního hrdla. Sliznice pochvy je za normálních okolností narůžovělá a vystýlá ji mnohovrstevný dlaždicový epitel. Při menstruaci je tmavě červená a v těhotenství může mít nafialovělou barvu. (Naňka a Elišková, 2019; Čihák, 2013)

1.1.2 Děloha – uterus

Děloha je dutý svalový orgán, který můžeme rozlišit na několik částí. Kraniální širší část se nazývá corpus uteri (děložní tělo) a kaudální užší část, která ústí do pochvy se nazývá cervix uteri (děložní hrdlo). Mezi těmito dvěma částmi najdeme část zúženou (istmus uteri), který se v těhotenství označuje jako dolní děložní segment. Na těle děložním rozpoznáváme fundus uteri (dno děložní), cornua uteri (rohy děložní) a margo uteri (hrany děložní). Děložní

hrdlo pak dělíme na portio supravaginalis cervicis (horní úsek hrdla děložního) a portio vaginalis cervicis (čípek děložní), který vyčnívá do pochvy. Na jeho vrcholu najdeme ostium uteri (zevní branku děložní). U prvorodiček je děloha zhruba 7–9 cm dlouhá, pří fundu 4-4,5 cm široká a 2,5-3 cm tlustá. Váží okolo 40-50 g. Stěna dělohy je asi 10-15 mm tlustá a skládá se ze čtyř vrstev: endometrium (sliznice), myometrium (svalová vrstva), tela subserosa (vrstva subserózní) a perimetrium (serózní kryt). Sliznice je tvořena jednovrstevným cylindrickým epitelem s řasinkami. (Naňka a Elišková, 2019; Roztočil, 2017; Čihák, 2013)

1.1.3 Vejcovod – tuba uterina

Vejcovod je dutá dlouhá párová trubice. Laterální konec je orientovan do dutiny břišní a na mediálním konci ústí v rohu děložním do dutiny dělohy. Můžeme rozdělit na čtyři části: infandibulum (nálevkovité rozšíření vejcovodu), ampula (laterální širší dvě třetiny vejcovodu), isthmus (zúžená mediální část vejcovodu) a pars uterina (intramurální úsek ve stěně dělohy, která ústí do dutiny děložní (ostium tubae uterinum). Vejcovod je 8-15 cm dlouhý a skládá se ze sliznice, svaloviny a serózního povlaku. Sliznice je růžová a je složena v řasy pokryté jednovrstevným cylindrickým epitelem. Řasy uvnitř kmitají směrem k děložnímu tělu a tím přesouvají oplozené vajíčko. (Čihák, 2013; Naňka a Elšíková, 2019)

1.1.4 Vaječník – ovarium

Vaječník je solidní vejčitá pohlavní žláza, která produkuje ženské pohlavní buňky a hormony. Jeho vzhled, tvar i velikost se liší podle věku ženy. Povrch je šedorůžový a v mládí je hladký. Vlivem menstruačního cyklu na něm vznikají hrbolky s jizvami po proběhlých ovulacích. Ve stáří se vaječník smrskne zhruba na třetinu až čtvrtinu původní velikosti.

U žen v reprodukčním věku je 2,5-5 cm dlouhý, 1-3 centimetry široký a 0,6-1,5 cm tlustý. Váží okolo 6-10 g. Povrch ovaria pokrývá jednovrstevný kubický epitel, pod kterým je tunica albuminea (vazivová vrstva). Pod vazivovou vrstvou najdeme cortex ovarii (kůru) a medullu ovarii (dřeň). Kůra je tvořena řidším vazivem, ve které se nachází folikuly v různých stádiích. Naopak dřeň obsahuje hustší vazivo, nervy a cévy. (Roztočil, 2017; Naňka a Elšíková, 2019)

1.2 Anatomie ženských vnějších pohlavních orgánů

1.2.1 Pahorek stydký – mons pubis

Pahorek stydký je vyvýšení před a nad symfýzou. Je podmíněný tukovým polštářem, jehož vrstva je hormonálně závislá. V období puberty ho začíná pokrývat ochlupení, které u žen končí horizontálně. (Charamza a Kopecký, 2020; Čihák, 2013)

1.2.2 Velké stydké pysky – labia majora pudendi

Velké stydké pysky jsou dvě kožní řasy, které jsou sagitálně orientované. Jsou dlouhé kolem 8 centimetrů a široké zhruba 3 cm. Jsou kryty kůží, na jejíž vnější straně od puberty vyrůstají silné chlupy. Pod kůží se nachází hojné množství tukové tkáně s mazovými a potními žlázkami. (Orel a Merkunová, 2008; Čihák, 2013)

Velké stydké pysky vpředu přechází ve stydký pahorek a ventrálně se od něj spojují v commissura labiorum anterior a dorzálně pak commissura laboirum posterior. Krajina mezi konečníkem a vulvou se nazývá perineum (hráz). Je asi 3-4 cm dlouhá. (Naňka a Elšíková, 2017; Charamza a Kopecký, 2020)

1.2.3 Malé stydké pysky – labia minora pudendi

Malé stydké pysky jsou dvě tenké kožní řasy, které jsou zhruba 3-4 cm dlouhé a 4-5 mm široké. Jsou uloženy mezi velkými stydkými pysky a rozbíhají se na dvě části. Vpředu tvoří praeputium clitoridis (předkožku) a vzadu se sbíhají ve frenulum clitoridis (uzdičku). Mají růžovou barvu a jsou bez ochlupení. Najdeme na nich velké množství mazových žlázek, které produkují smegma (maz). (Charamza a Kopecký, 2020; Naňka a Elšíková, 2017)

1.2.4 Poštěváček – clitoris

Poštěváček je ženské topořivé těleso válcovitého tvaru. Je dlouhý asi 6,5-8 cm a tvoří ho topořivá tkáň. Skládá se ze dvou ramen (crura clitoridis), která se pojí ke kosti stydké. Pod symfýzou se spojují v corpus clitoridis (tělo) a končí glans clitoridis (žaludem), podobně jako u mužského penisu. Je kryt kůží s mnohovrstevným dlaždicovým epitelem a obsahuje velké množství senzitivních nervů. (Charamza a Kopecký, 2020; Čihák, 2013)

1.2.5 Předsíňová bulva – bulbus vestibuli

Předsíňová bulva je párový erektilní orgán, který je uložený po stranách poševního vchodu. Dorzálně je široký, ale kraniálně se zužuje. Spojuje se ve střední čáře mezi urethrou a clitorisem, se kterým je v žilním spojení. (Roztočil, 2017; Charamza a Kopecký, 2020)

1.2.6 Velké a malé předsíňové žlázy – glandulae vestibulares majores et minores

Malé předsíňové žlázy vyúsťují po obvodu poševní předsíně a udržují vlhkost jejího povrchu. Velké předsíňové žlázy, taktéž zvané bartolinské, najdeme na zadní straně poševní předsíně. Jsou párové a mají zhruba velikost hrachu. (Čihák, 2013; Charamza a Kopecký, 2020)

1.2.7 Poševní předsíň – vestibulum vaginae

Poševní předsíň najdeme mezi malými stydkými pysky a poštěváčkem. Je to nepárový pohlavní orgán, který obsahuje vyústění močové trubice, pochvy a předsíňových žláz. (Naňka a Elšíková, 2017; Charamza a Kopecký, 2020)

1.3 Menstruační cyklus

Menstruační cyklus je děj, který označuje plynule navazující morfologické a funkční změny týkající se endometria (děložní sliznice). Tyto změny jsou řízeny hormony, které jsou produkovány hypotalamem a vaječníky. Dělíme ho na 4 fáze. Podle změn, které probíhají na čípku, v děloze a na vaječnících. Cílem menstruačního cyklu je připravit v děloze příznivé podmínky pro uhnízdění oplozeného vajíčka. Typicky probíhá v reprodukčním věku ženy a periodicky se opakuje. Je specifický velkou variabilitou v délce cyklu, která je v rozmezí mezi 26-35 dny a u každé ženy je individuální. (Kopecký, 2020; Křepelka, 2013; Mihm et al., 2011)

Již v prenatálním období se tvoří primordiální folikuly. Je jich zároveň největší počet a to kolem 7 milionů. Po narození jich každý vaječník obsahuje pouze 266 000 – 472 000. Při nástupu menarche (první menstruace), která se dostaví zhruba mezi 13. a 14. rokem děvčat, se obsah folikulů sníží celkem na 500 000. V reprodukčním období ženy dozraje jen kolem 400 folikulů. To znamená, že dojde přibližně ke 400 menstruačním cyklům. Poté okolo 49. roku nastane menopauza (poslední menstruace). (Křepelka, 2013; Mardésic, 2013)

1.3.1 Fáze menstruačního cyklu

I. Menstruační fáze - 1. den menstruace a trvá asi do 4. dne. Pokud nedojde k oplození, tak na konci sekreční fáze dojde k poklesu progesteronu a estradiolu. To způsobí spazmus spirálních arterií, které zásobují krví zona functionalis. V důsledku nedokrvení dojde k odumření buněk endometria. Arterie následně dilatují a způsobí menstruační krvácení. Krevní ztráta se pohybuje okolo 30 – 80 ml a neměly by být přítomny sraženiny. (Křepelka, 2013; Kopecký, 2020; Čepický, 2021)

II. Proliferační fáze – Navazuje na menstruační fázi a probíhá od 5. dne do 14. dne. Díky působení estrogenů se sliznice začíná zvyšovat a připravovat na přijetí oplozeného vajíčka. Ve vaječníku v této době dozrávají folikuly a mezi 5. – 7. dnem je selektován jeden dominantní folikul (Gaafův folikul). Nejvíc estrogenů produkuje folikul okolo 13. dne, což způsobí vyplavení luteinizačního hormonu a dojde k ovulaci. Ta trvá 32 – 44 hodin po vzestupu luteinizačního hormonu a po dosažení jeho hladiny 10 – 12 hodin. (Křepelka, 2013; Kopecký, 2020)

III. Sekreční fáze – Následuje po proliferační fázi a trvá od 15. do 26. dne. Graafův folikul praskne a po ovulaci se změní v corpus luteum (žluté tělísko). To vyplaví progesteron a tím se děložní sliznice začne připravovat na uhnízdění oplozeného vajíčka. Branka děložního čípku se lehce otevře a hlen se stává řidším vodnatějším, aby usnadnil případný vnik spermií. Dojde také ke zvýšením bazální teploty zhruba o 0,5 stupně Celsia v důsledku působení progesteronu, který je termogenní. Když nedojde k oplození, začne progesteron a estrogen tlumit produkci gonadoliberinu a tím zanikne corpus luteum a nahradí ho corpus albicans (bílé tělísko). (Křepelka, 2013; Kopecký, 2020)

IV. Ischemická fáze – Poslední fáze menstruačního cyklu probíhá 27. – 28. den. Dojde ke spasmu cév v endometriu, a to způsobí nedokrvení sliznice. Zona functionalis se začne odlučovat společně s odumřelými buňkami a dochází opět k menstruačnímu krvácení. (Kopecký, 2020; Naňka a Elšíková, 2017)

2 ANTIKONCEPCE

Antikoncepce je v dnešní době nedílnou součástí většiny sexuálně aktivních osob. Některé z metod jsou známy již několik tisíc let, jiné jsou na trhu teprve chvíli. Výběr je velmi široký a vybere si snad každý. Od klasických kondomů, přes pilulky až po antikoncepční náplasti, injekce a další. (Hrubá, 2020)

2.1 Historie antikoncepce

Historie nejstarší známé antikoncepční metody sahá až do Bible. Jedná se o přerušovanou soulož. Bible se zmiňuje o Onanovi, který měl s manželkou svého zemřelého bratra zplodit dítě. To on však nechtěl, a ačkoliv si s ní užíval, tak své semeno vypouštěl na zem. (Hrubá, 2020)

Další zápisy o antikoncepčních metodách jsou z Babylonu. Údajně si ženy hnětly kuličky například z mandlí, medu nebo granátových jablek a zaváděly si je do pochvy. Jejich cílem bylo vytvoření kyselého prostředí, které je nepříznivé pro spermie. Ve starověkém Egyptě si ženy vkládaly do rodidel různé chomáčky látky napuštěné citronovou šťávou nebo si zaváděly drobné kamínky, které měly sloužit jako primitivní nitroděložní tělísko. Egypt je známý pro svou vykuřovací techniku. Ta spočívala v tom, že se zapálila směs vonných bylin a vykouřila se tím pochva partnerky. V Egyptě také vznikl předchůdce kondomu takzvaný „futrál“. Skládal se z palmových listů, které pokrývaly penis. (Hrubá, 2020; Uzel, 2014; Římovská a Janiš, 2022)

O antikoncepční průlom se postaral Során z Efesu. Nejenom, že doporučoval speciální gymnastiku spojenou s pánevními pohyby, ale také jako bariérová antikoncepce posloužil smotek ovčí vlny, který se před souloží namočil ve víně nebo ve dřeni fíků smíchané s uhličitanem sodným. Středověká islámská gynekologie doporučovala jako tehdejší pesar například železnou strusku, tamaryškovou gumu, smůlu, z rostlin třeba kapustu a živočišných produktů hovězí žluč nebo sloní trus. V Persii si ženy zaváděly do pochvy před souloží kamennou sůl a pro větší účinnost bylo mužům doporučováno si na penis namazat dehet. (Hrubá, 2020; Uzel, 2014; Římovská a Janiš, 2022)

Když se posuneme blíže k současnosti, tak ve 20. letech minulého století začaly vznikat první antikoncepční poradny. Ty měly k dispozici kondomy, pesary, poševní hubky, vaginální pěnotvorné prostředky, nitroděložní tělíska a poskytovaly také dočasnou sterilizaci pomocí záření. Co se týče hormonální antikoncepce, tak její novodobá historie začíná v roce

1921. Rakouský lékař Haberlandt začal experimentovat s výtažky z vaječníků těhotných zvířat. Později, v roce 1951, došlo k objevu nové skupiny umělých hormonů (nosteroidů). V roce 1958 došlo k prvnímu testování těchto hormonů na ženách v Portoriku. Testování bylo úspěšné a o pár let později byl uveden na trh první hormonální antikoncepční prostředek Enorid. V následujících letech se většina antikoncepčních prostředků vylepšovala až do současné podoby. (Hrubá, 2020; Uzel, 2014; Římovská a Janiš, 2022)

2.2 Přirozené antikoncepční metody

Přirozené antikoncepční metody jsou založené na ovulaci ženy. Je nutné sledovat příznaky, které naznačují, že ovulace se blíží nebo již proběhla. Výhody těchto metod jsou, že nemají žádné vedlejší účinky a nestojí téměř nic. Na druhou stranu vyžadují dobrou techniku provedení, sebekontrolu a oproti jiným metodám jsou méně spolehlivé. Mezi tyto metody můžeme například zařadit kojení, periodickou abstinenci, měření bazální teploty, hlenovou metodu, cervikální metodu, přerušovanou soulož nebo úplnou sexuální abstinenci. (Hrubá, 2020; Fait, 2012; Stöppler, 2022)

2.2.1 Kojení

Tato metoda využívá laktační amenorey. To znamená nepřítomnost menstruace po dobu kojení. Může trvat 2 měsíce až 4 roky. Abychom mohli tuto metodu využít, musíme splnit určitá pravidla. Od porodu nesmí uběhnout více než půl roku, dítě musí být kojeno během dne minimálně každé 4 hodina a během noci každých 6 hodin a matka dosud neměla ani jednu menstruaci. I přes splněné podmínky se však doporučuje kombinace s jinou antikoncepční metodou. (Hrubá, 2020; Stöppler, 2022)

2.2.2 Periodická abstinence (Oginova-Knausova metoda)

Tuto metodu mohou zejména využít ženy s pravidelným menstruačním cyklem. Na základě předchozích 12 menstruačních cyklů žena odečte 18 dní od svého nejkratšího cyklu a 11 dní od svého nejdelšího cyklu, aby určila svůj poslední plodný den. (Fait, 2012)

2.2.3 Měření bazální teploty

Tato metoda vyžaduje, aby si žena každé ráno než vstane z postele změřila teplotu v pochvě nebo v konečníku. Je to z toho důvodu, že při ovulaci dojde ke zvýšení teploty zhruba o 0,5 stupně. Neplodné dny začínají 3. den po vzestupu teploty. K využívání této metody je vhodné si koupit přesný a citlivý teploměr. (Hrubá, 2020; Stöppler, 2022)

2.2.4 Hlenová metoda

Tato antikoncepční metoda spočívá ve sledování tažnosti cervikálního hlenu v děložním hrdle. Těsně, než se uvolní vajíčko z vaječníku se hlen stává tažnějším a vodnatějším (podobá se vaječnému bílku). Kvalitu hlenu může žena sledovat na spodním prádle, vložkách nebo toaletním papíru a to každý den. Jakmile si všimne tažného hlenu, měla by se zdržet pohlavního styku po dobu 3-4 dní. (Fait, 2012; Stöppler, 2022)

2.2.5 Cervikální metoda

Cervikální metoda se odvíjí od sledování děložního čípku. V průběhu celého menstruačního cyklu se sleduje jeho tvrdost, zevní branka a výška. Plodné dny začínají, jakmile začne čípek stoupat vzhůru, měknout a zevní branka se začne pootevírat. Po ovulaci se čípek posune níž, branka se uzavře a ztvrdne. (Hrubá, 2020)

2.2.6 Přerušovaná soulož (Coitus interruptus)

Jedna z nejvyužívanějších antikoncepčních metod vůbec. Spočívá v tom, že muž ejakuluje mimo rodidla ženy. Není příliš spolehlivá kvůli úniku preejakulátu, v němž se mohou nacházet spermie. Pro tuto metodu je potřeba, aby muž uměl správně odhadnout, kdy k vyvrcholení dojde. (Fait, 2012; Stöppler, 2022)

2.3 Bariérové antikoncepční metody

Bariérové antikoncepční metody fungují na principu vytvoření fyzické bariéry. Díky tomu nemůže dojít ke splynutí spermie a vajíčka. Bariérové metody můžeme rozdělit na mužské a ženské. Mezi mužské řadíme mužský kondom. Mezi ženské patří poševní pesar, ženský kondom, cervikální klobouček a vaginální hubka. (Hrubá, 2020; Stöppler, 2021)

2.3.1 Mužský kondom

Neboli prezervativ je nejsnáze použitelnou antikoncepční bariérovou pomůckou. Nasadí se přímo na penis před pohlavním stykem a sundá se po ejakulaci muže. Pro jeho spolehlivost je velmi důležité správné použití. Vyrábí se z různých materiálů, ale nejrozšířenější jsou kondomy latexové. S těmi mohou mít problém lidé alergičtí na latex. V tom případě mohou použít kondomy vyrobené z polyuretanu nebo ovčích střev. Chrání nejen před početím, ale i před pohlavně přenosnými chorobami. (Fait, 2012; Hrubá, 2020; Stöppler, 2021)

2.3.2 Ženský kondom (Femidon)

Není příliš známý a ani používaný. Svým tvarem připomíná kondom mužský, ale obsahuje z obou stran flexibilní kroužky. Jedna část se vloží do vagíny k čípku, druhá zůstává na povrchu a pokrývá vnější část genitálií. Stejně jako kondom mužský snižuje přenos pohlavních chorob. (Koliba, 2014; Hrubá, 2020)

2.3.3 Poševní pesar

Neboli diafragma je měkká a pružná poševní membrána, která přikrývá hrdlo děložní a těsně přiléhá k poševním stěnám. V průměru má přibližně 5 - 10,5 cm. Vyrábí se z hypoalergenního lékařského silikonu. Zavedení není příliš snadné a vyžaduje určitý cvik. Zavede se před pohlavním stykem a musí být v pochvě ponechána ještě několik hodin po něm. (Koliba, 2014; Hrubá, 2020)

2.3.4 Cervikální pesar

Cervikální klobouček se zavádí do pochvy na děložní hrdlo tak, aby překryl zevní ústí cervikálního kanálu. Jeho velikost se pohybuje od 22 do 31 mm a s jejím výběrem pomáhá lékař. Pro větší účinnost se může kombinovat se spermicidy. Zavádí se před pohlavním stykem a může se ponechat v pochvě až 3 týdny. V určitých případech klobouček nelze použít, a to při vaginální endometrioze, cervicitidě nebo po konizaci čípku. (Fait, 2012; Hrubá, 2020; Koliba, 2014)

2.3.5 Vaginální hubka

Vaginální hubka je vyrobená z polyuretanové pěny, která je pro větší účinnost napuštěná spermicidem. Je velká zhruba 6 cm a zavádí se před pohlavním stykem vysoko do pochvy před děložní hrdlo. Při vyvrcholení do sebe nasaje ejakulát a díky spermicidu spermie znehybní. Po souloži by se měla nechat v pochvě ženy nejlépe 6 hodin, avšak ne déle než 30 hodin kvůli riziku toxického šoku. (Stöppler, 2021; Hrubá, 2020)

2.4 Chemická antikoncepce

Neboli spermicidy jsou látky, které způsobují znehybnění spermií a jejich následné usmrcení. Jsou čiré, nemají žádnou chuť ani zápach. Jejich výhodou je jednoduchá dostupnost bez lékařského předpisu. Jsou k dostání ve formách krémů, čípků, želé, pěny nebo globulí. Žena si je aplikuje do pochvy před pohlavním stykem a vyčká po dobu předepsanou výrobcem. U jednotlivých forem se může délka nástupu účinku i působení lišit.

Nejznámějším přípravkem je Pharmatex, který působí lokálně. Spermicidy se doporučuje kombinovat s bariérovou antikoncepcí a před i po jejich aplikaci nepoužívat mýdlo. (Koliba, 2014; Marešová a Fiala, 2018)

2.5 Hormonální antikoncepce

2.5.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce

Kombinovaná hormonální antikoncepce je celosvětově nejužívanější moderní metoda antikoncepce. Obsahuje dva hormony, a to estrogen a progestin. Tyto hormony napodobují hormon žlutého tělíska – progesteron, a tím blokují ovulaci. Dochází také ke změně struktury cervikálního hlenu, motilitě vejcovodů a trofice sliznice. Na trhu se vyskytuje v několika podobách – orální (pilulky), injekční, náplast nebo vaginální systém (kroužek). Před nasazením by se měla podrobně vyšetřit anamnéza, udělat preventivní onkologické vyšetření, zkontrolovat palpačně prsa, zkontrolovat hmotnost, krevní tlak a udělat laboratorní vyšetření. (Křepelka, 2013; Fait, 2012; Koliba, 2014; Hrubá, 2020)

Orální kombinovanou antikoncepci můžeme dále rozdělit podle použité dávky etinylestradiolu na přípravky se střední dávkou (37,5 – 50 μg), s nízkou dávkou (30 – 37,5 μg), s velmi nízkou dávkou (méně než 20 μg) a podle rozložení podávaných hormonů v jednom cyklu. Nejčastěji je užívaná monofázická. To znamená, že všechny tablety mají stejné složení. Existují však různé variace poměru a dávky hormonu v jednotlivých tabletách během cyklu. (Křepelka, 2013; Weiss, 2010)

Začíná se užívat většinou první den menstruačního cyklu. Tablety se užívají každý den ve stejnou hodinu (tolerance chyby užití je 12 hodin) po dobu 21 až 24 dní. Pak následuje pauza 4 až 7 dní, během níž dochází k pseudomenstruaci. Některé přípravky obsahují tablety s placebem. Monofázické preparáty lze užívat i dlouhodobě v kuse. To znamená, že žena po 21 až 24 dnech nemá přestávku a pokračuje v užívání dalšího balení. (Hrubá, 2020; Weiss, 2010)

Injekční kombinovaná antikoncepce se aplikuje intramuskulárně jedenkrát za měsíc. Po dobu celého měsíce se uvolňují účinné látky do krevního oběhu, a tím je zajištěný antikoncepční účinek. (Křepelka, 2013)

Kombinovaná antikoncepční náplast se aplikuje na kůži, přes kterou se uvolňuje potřebná denní dávka hormonů zajišťující antikoncepční účinek. Nalepí se jednou týdně a v aplikaci

se obvykle pokračuje tři týdny, poté se týden vynechá a nastává krvácení. Oproti pilulkám je tolerance chyby až dva dny. (Hrubá, 2020; Křepelka, 2013)

Kombinovaný vaginální systém je ve formě plastového vaginálního kroužku, který obsahuje hormony. Kroužek si žena zavede do pochvy na 21 dní, a po tuto dobu se z něj uvolňují hormony a vstřebávají se přes poševní sliznici do těla. Poté si žena kroužek vyjme a dojde k pseudomenstruačnímu krvácení. K výhodám patří snadné zavedení a vyjmutí kroužku. Není ho také potřeba zavádět na konkrétní místo v pochvě, a proto se vyrábí pouze jedna velikost, která je vhodná pro všechny ženy. (Křepelka, 2013; Weiss, 2010; Sitruk-Ware, Nath a Mishell Jr., 2013)

2.5.2 Progestagenní hormonální antikoncepce

Na rozdíl od kombinované hormonální antikoncepce obsahuje pouze jeden hormon a to progestin. Progestagenní antikoncepce funguje na principu změny struktury cervikálního hlenu, růstu endometria, motility vejcovodů a narušení folikulogeneze. Většinou dochází k blokádě ovulace, ale nemusí tomu tak být vždy. Na trhu se vyskytuje několik druhů – orální (minipilulky), depotní medroxyprogesteronacetát (injekční), podkožní implantáty. Před začátkem užívání je doporučeno vyšetřit podrobnou anamnézu a udělat preventivní onkologické vyšetření. (Křepelka, 2013; Fait, 2012; Koliba, 2014)

Progestinová orální antikoncepce je vhodná pro ženy v případě nesnášenlivosti estrogenní složky v kombinované orální antikoncepci. Může se jednat o ženy kojící, s migrénami nebo kuřačky ve věku nad 35 let. Její užívání vyžaduje přesnost, protože tolerance chyby užití je pouze 3 hodiny. Stejně jako v případě kombinované orální antikoncepce se začíná užívat první den cyklu. (Hrubá, 2020; Křepelka, 2013)

Depotní medroxyprogesteronacetát se podává v injekční formě, a to buď intramuskulárně (150 mg v 1 ml), nebo subkutánně (104 mg v 0,65 ml). Aplikuje se jednou za 3 měsíce nebo 12 týdnů. Nevýhodou může být delší návrat plodnosti, a to v rozmezí 10-18 měsíců. (Hrubá, 2020; Křepelka, 2013)

Podkožní implantáty se aplikují na vnitřní stranu paže. Tento výkon se provádí v místní anestezii. Zavádí se v prvních pěti dnech cyklu a účinek nastupuje téměř ihned. Před otěhotněním chrání až po dobu 5 let. Na rozdíl od injekční formy se antikoncepční účinek přeruší po výjmutí. (Hrubá, 2020)

2.5.3 Postkoitální (emergentní) antikoncepce

Neboli záchranná antikoncepce se používá při riziku nechtěného těhotenství. Většinou po nechráněném pohlavním styku, při selhání jiné metody antikoncepce, znásilnění nebo pohlavním zneužití. V žádném případě by se neměla rutinně používat jako prevence otěhotnění. (Hrušková, 2009; Fait, 2012)

Nejznámějším přípravkem na trhu je Postinor-2. Jedná se o čistě gestagenní antikoncepci a jedna tableta obsahuje 0,75 mg levonorgestrelu. Podává se ve dvou dávkách. První tableta by měla být podána do 72 hodin od pohlavního styku a druhá za 12 hodin. Její účinnost je okolo 85 % při správném podání. Stejný účinek jako Postinor-2 má tableta s názvem Escapelle. Jedná se o tabletu, která obsahuje 1,5 mg levonorgestrelu a oproti Postinoru-2 se podává pouze v jedné dávce do 72 hodin po pohlavním styku. Dříve byla doporučovaná takzvaná Yuzpeho metoda, která spočívala v podání 1 miligramu levonorgestrelu a 0,1 miligramu ethinylestradiolu. Tato metoda má však příliš vedlejších účinků v podobě nevolnosti a zvracení, takže se od ní upouští. (Hrušková, 2009; Křepelka, 2013; Fait, 2012)

Mechanismus postkoitální antikoncepce spočívá v narušení ovulace, porušení motility vejcovodů a porušení endometria. (Hrušková, 2009)

Existují ještě další metody. První je podání 30 mg ulipristalacetátu do 120 hodin po koitu. Tyto tablety na trhu najdeme pod názvem EllaOne. Druhou možností je u nás nepoužívaná látka mifepriston. Podává se 10 mg mifeprestonu do 120 hodin po styku a její účinnost je okolo 81 %. Další možností je zavedení nitroděložního tělíska do 5 dnů po koitu, které zabrání uhnízdění. (Fait, 2012)

2.5.4 Kontraindikace, příznivé a nepříznivé vedlejší účinky hormonální antikoncepce

Kontraindikace můžeme rozdělit na absolutní a relativní. Mezi absolutní kontraindikace kombinované hormonální antikoncepce řadíme například hormonálně závislé nádory a podezření na ně, výskyt tromboembolické nemoci a trombofilie v anamnéze, cévní mozkové příhody, migrény s aurou, komplikované srdeční vady, věk nad 35 let, kouření, šestinedělí. Do relativních můžeme zařadit hypertenzi, hyperlipidémii, obezitu, diabetes, migrénu, epilepsii, těžkou depresi nebo třeba plánovanou rozsáhlou operaci. (Fait, 2012; Hrubá, 2020)

Kombinovaná hormonální antikoncepce má také své příznivé a nepříznivé vedlejší účinky. K těm příznivým řadíme snížení výskytu rakoviny vaječníků a endometria, snížení výskytu pánevních zánětlivých onemocnění, snížení krevních ztrát, zlepšení akné, snížení dysmenorey, prevence ektopické gravidity a osteoporózy, zpravidelnění menstruace nebo možnost posunu pseudomenstručního krvácení. Nepříznivé vedlejší účinky jsou zejména zvýšené riziko tromboembolické nemoci, zvýšení tělesné hmotnosti, bolesti hlavy, hypertenze, porucha libida, vypadávání vlasů, únava, deprese, nádory jater nebo špinění. (Hrubá, 2020; Geržová, 2007)

Progestagenní hormonální antikoncepce má jedinou absolutní kontraindikaci, a to karcinom prsu. Z těch relativních to je ischemická choroba srdeční, osteoporóza, sklon k tvorbě akné, hypercholesterolémie, epilepsie, opakované cysty na vaječníku nebo nemoci jater. (Weiss, 2010; Hrubá, 2020)

Mezi příznivé účinky progestagenní antikoncepce patří hlavně malý počet kontraindikací. Dále snížení krevní ztráty při menstruaci, vysoká spolehlivost, vhodnost pro kojící ženy, zmírnění bolesti při menstruaci, ochrana před pánevními záněty nebo ochrana před karcinomem endometria. K nepříznivým vedlejším účinkům řadíme nepravidelnost menstruačního krvácení (někdy dojde k amenorei), zvýšený výskyt funkčních cyst, zvýšení hmotnosti, zhoršení akné, bolesti hlavy, napětí v prsou, mimoděložní těhotenství, lékové interakce nebo snížení libida. (Weiss, 2010; Hrubá, 2020)

2.6 Nitroděložní tělíska

Nitroděložní tělísko je malé, pružné, ve tvaru T, které se zavádí do dělohy ženy. Tělíska můžeme rozdělit na nehormonální a hormonální. Jsou vyrobena z plastické hmoty a na jeho konci se nachází monofilamentozní vlákno, které po zavedení vyčnívá do pochvy a usnadňuje případné vytažení. Tělísko zavádí gynekolog ve své ordinaci obvykle ke konci menstruace kvůli pootevření děložního hrdla. Zavedení by nemělo být bolestivé. Tělíska jsou velmi výhodnou metodou antikoncepce ve srovnání (cena – spolehlivost - zdravotní bezpečnost). Existují dvě teorie, podle kterých fungují. Podle první dojde při zavedení tělíska do dělohy k zánětu. Podle druhé hypotézy se předpokládá, že cizí těleso urychlí přepravu tekutiny dutinou děložní a embryo nemá dost času na usazení. (Fait, 2012; Hrubá, 2020; Antikoncepce, 2021; Weiss, 2010)

2.6.1 Nehormonální děložní tělíska (IUD)

Nehormonální děložní tělíska jsou z plastové hmoty a obsahují kov. Většinou se jedná o měď, ale může to být i slitina mědi a zinku, zlato nebo stříbro. Mohou mít různé tvary, ale ve většině případů mají tvar T. Mají na konci vlákno, které vyčnívá do pochvy a slouží pro snazší vytažení. V děloze se tato tělíska nechávají zavedená 3-10 let podle doporučení výrobce. Příznivým vedlejším účinkem je prokazatelné snížení rakoviny endometria. Naopak nepříznivý vedlejší účinek většinou bývá prodloužení a zesílení menstruačního krvácení a při případném selhání tělíska může dojít k mimoděložnímu těhotenství. Výhodou je, že po extrakci tělíska by mělo dojít k rychlému návratu plodnosti. Udává se, že do jednoho roku po vytažení otěhotní 72 – 96 % žen. Kontraindikací k používání tělíska je nečekané krvácení z dělohy, vrozená vada dělohy nebo úzké hrdlo děložní. (Barták, 2006; Fait, 2012; Weiss, 2010; Roztočil a Bartoš, 2011)

2.6.2 Hormonální nitroděložní systém (LNG – IUS)

Hormonální nitroděložní systém vzniká přidáním syntetického progestinu levonorgestrelu do děložního tělíska. Obchodní název tohoto systému je Mirena. Má obvykle tvar T a na konci vlákno, stejně jako tělíska nehormonální. Obsahuje 52 mg levonorgestrelu a každý den po dobu 5 let se uvolní do těla ženy 20 mg. Mechanismus účinku je kombinovaný a díky hormonům dojde k anovulaci, zvýšení viskozity cervikálního hlenu, změní se motilita vejcovodů a také endometrium. Mezi příznivé vedlejší účinky patří snížení krevní ztráty až o 80%. Vlivem hormonů také zabraňuje výskytu hyperplázie, rakoviny endometria a snižuje riziko hlubokého pánevního zánětu díky změně struktury cervikálního hlenu. Má i nepříznivé vedlejší účinky například zhruba 3 měsíce trvající slábnoucí krvácení po zavedení nebo zvýšený výskyt funkčních ovariálních cyst. (Křepelka, 2013; Weiss, 2010)

2.7 Sterilizace

Sterilizace patří mezi nevratné metody antikoncepce. Můžeme ji rozlišit na ženskou (tubární sterilizace – zneprůchodnění vejcovodů) a mužskou (vasektomie – podvaz chámovodů muže). Pro podstoupení sterilizace musí pacient splnit určité požadavky. Ze zdravotních důvodů může být sterilizace provedena pacientovi, který je starší 18 let a udělil písemný souhlas. Z jiných než zdravotních důvodů může být provedena sterilizace pacientovi, který je starší 21 let. Ten podá žádost svému lékaři a podepíše ji před svědkem. Lékař pacienta poučí o trvalých následcích, rizicích a povaze výkonu. Sterilizace může být provedena

nejdříve za 7 dní na žádost ze zdravotních důvodů a nejdříve za 14 dní na žádost na přání. (Fait, 2012; Broul et al., 2022)

2.7.1 Ženská sterilizace

Tubární sterilizace se provádí ve většině případů v celkové anestezii. Chirurgicky se přeruší vejcovody ženy. Vetšinou se provádí laparoskopicky, ale lze provést i hysteroskopicky. Laparoskopicky se vejcovod může přerušit elektrokoagulací, provedením salpingektomie nasazením kroužků nebo svorek. (Fait, 2012; Weiss, 2010; Hrubá, 2020)

2.7.2 Mužská sterilizace

Neboli vasektomie je oboustranné přerušení a podvázání chámovodů muže. Jedná se o jednoduchou ambulantní operaci, která probíhá v lokální anestezii. Tím, že se chámovod přeruší se zabrání transportu spermií. Nejčastěji se používají metody resekce části chámovodu, elektrokoagulace nebo nasazení svorek. (Weiss, 2010; Hrubá, 2020; Zámečník, 2014)

2.8 Spolehlivost antikoncepčních metod (Pearlův index)

Pearlův index udává spolehlivost jednotlivých antikoncepčních metod. Udává, kolik ze 100 žen otěhotní při užívání dané antikoncepční metody během jednoho roku. Čím je Pearlův index vyšší, tím je antikoncepční metoda méně spolehlivá. Ke snížení spolehlivosti ve velké míře přispívá chyba při užívání. (Hrubá, 2020; Fait, 2012)

Při neužití žádné antikoncepční metody je pearlův index asi 88. V případě, že pár nějakou antikoncepční metodu používá, je číslo značně nižší. Podle typu se pohybuje mezi 0,00 a 20. Spolehlivá antikoncepce by neměla mít těhotenské číslo větší než 5. Do rozmezí 0,00 – 1 můžeme zařadit ženskou a mužskou sterilizaci, nitroděložní tělíska, kombinované hormonální tablety (výrazná úloha lidského faktoru), podkožní implantát, injekční antikoncepce a antikoncepční náplast. Hodnotu Pearlova indexu 2 mají při správném užití minipilulky. Spolehlivost spermicidů se pohybuje okolo čísla 3. Další v pořadí jsou cervikální klobouček, vaginální pesar nebo kondom. U těch se hodnoty liší podle správnosti zavedení. Nejméně spolehlivým typem antikoncepce je přerušovaná soulož s hodnotou 8-38. (Barták, 2006; Fait, 2012)

2.9 Cena antikoncepce

Cena antikoncepce se odvíjí od jednotlivých druhů. Pohybují se v rozmezí od desítek korun až po tisíce. Mezi nejlevnější antikoncepční metody patří kondomy. Mužské kondomy začínají na ceně 30-100 korun za balení (většinou 3 kusy). Jsou jednorázové a cena za měsíc se odvíjí od frekvence pohlavního styku. Ženské kondomy jsou dražší a cena za kus se pohybuje okolo 60 korun. Co se týče dalších druhů bariérové antikoncepce jako jsou poševní a cervikální pesar, cena je od 1500 do 2000 korun za 1 kus a vydrží až 2 roky (62-83 korun za měsíc). Ceny spermicidů se pohybují okolo 300 korun za balení. (Kovář, 2019; Dr. Max, © 2024)

Kombinovaná antikoncepce se pohybuje v různém finančním rozmezí podle formy. Orální se pohybuje od 350 do 1000 korun na 3 měsíce (116-333 korun na měsíc). Náplast stojí okolo 330 korun za měsíc a vaginální kroužek 300-400 korun měsíčně. (Kovář, 2019; Lékárna Dr. Max, © 2024)

Progestagenní antikoncepce jako minipilulky, injekce nebo podkožní implantát se pohybuje ve srovnatelném finančním rozmezí. Minipilulky vyjdou přibližně na 600 za 3 měsíce (200 korun na měsíc), injekce asi 350 korun na 3 měsíce (116 korun za měsíc) a podkožní implantát okolo 5500 tisíce na 5 let (152 korun na měsíc). (Kovář, 2019; Dr. Max, © 2024)

Nitroděložní hormonální systém stojí okolo 5000-7000 tisíc na 5 let (83- 116 korun měsíčně) a nitroděložní tělísko vyjde na 700-5000 na 5 let (11-83 korun na měsíc) podle typu a jeho složení. (Kovář, 2019; Lékárna Dr. Max, © 2024)

3 VÝCHOVA K REPRODUKČNÍMU ZDRAVÍ

Výchova k reprodukčnímu zdraví neboli sexuální výchova by měla nejen představovat přípravu na sexuální život, ale také vychovávat k mezilidským a rodinným vztahům. Měla by také klást důraz na antikoncepci a zabývat se prevencí sexuálně přenosných nemocí nebo sexuálního zneužívání. Sexuální výchova by se měla praktikovat již od útlého dětské věku, nejlépe v rodině. Měla by se zaměřit na vztah, kdy prvním modelem jsou pro dítě vztahy rodinné. Rodiče také utvářejí vzor pro dítě například tím, jak se k sobě a k ostatním chovají. V dnešní době je v mnohých rodinách toto téma stále tabuizováno, a tudíž by s ním měla pomoci škola. V první třídě by se děti měly dozvědět o rozdílech mezi mužem a ženou, o početí, těhotenství, porodu a posléze o antikoncepci. Dívky by měly být připraveny na první menstruaci, protože nevědomost by v nich mohla vyvolat veliké zděšení. Měla by se probrat i intimní hygiena u chlapců a u dívek zejména v souvislosti s menstruací. Škola by s rodiči měla úzce spolupracovat a informovat je o obsahu výchovy k reprodukčnímu zdraví. (Vránova, 2010; Uzel, 2006)

Sexuální výchovu na školách i mimo ni by měli provádět odborníci v této oblasti. Měli by být seznámeni se standardy současné mladé generace, jít s dobou a měli by předávat pouze pravdivé a ověřené informace. Výuka by se také měla vést co nejvíce přirozeně, aby sexuální výchovu žáci vnímaly jako běžné téma a nikoli jako tabu. (Vránova, 2010; Uzel, 2006; Dibonová, 2019)

Co se týče sexuální výchovy v České republice, tak není vyučována jako samostatný předmět, nýbrž je součástí předmětu „Výchova ke zdraví“. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy vydalo text „Doporučení k realizaci sexuální výchovy na základních školách“, které poskytuje ucelenou koncepci této výchovy v České republice. Současně s ním do škol dodává příručku „Sexuální výchova-Vybraná témata“, kde jsou některá z aktuálních témat týkajících se sexuální výchovy zpracována v příspěvcích odborníků. (MŠMT, 2009; MŠMT, 2010)

Toto doporučení obsahuje nároky na učitele, formy a metody výuky, didaktické náměty a organizaci podmínek pro výuku sexuální výchovy. Důraz je kladen na to, aby výuka sexuální výchovy navazovala na výchovu v rodině, rozšiřovala ji a prohlubovala, a aby spolupracovala s rodiči. Specifika sexuální výchovy u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami jsou také zahrnuta, stejně jako genderové aspekty.

Tato integrace sexuální výchovy do předmětu „Výchova ke zdraví" umožňuje, aby se toto téma věnovalo komplexně a kontextově, což by mělo přispět k lepšímu porozumění žáků této problematice. (Dibonová, 2019)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU

Informovanost žen o metodách antikoncepce byla zkoumána pomocí dotazníkového šetření, které probíhalo od ledna 2024 do února 2024. Sběr dat probíhal online a to v podobě 18 otázek. Můj dotazník byl částečně inspirován standardizovaným dotazníkem CHLOE (Contraception: HeLping for wOmen's choice), jenž byl vytvořen za účelem umožnit ženám volbu nejvhodnějšího typu antikoncepce.

4.1 Cíle práce

Hlavní cíl

Hlavním cílem je zjistit, z jakého zdroje se ženy dozvídají nejvíce informací o antikoncepci a zdali jsou znalosti o ní získané ve škole dostačující.

Dílčí cíl č. 1

Cílem je zjistit, jakou antikoncepční metodu ženy upřednostňují vzhledem k věku.

Dílčí cíl č. 2

Cílem je zjistit, jaké jsou měsíční cenové náklady na antikoncepci v různých věkových skupinách, a jak se podílí na financování antikoncepce s partnerem.

Dílčí cíl č. 3

Cílem je zjistit, jaký má vliv hormonální perorální antikoncepce na délku a bolestivost menstruačního cyklu.

Dílčí cíl č. 4

Cílem je zjistit, podle jakých kritérií ženy antikoncepci vybírají vzhledem k věku.

4.2 Metoda sběru dat

Pro mou práci byl použit kvantitativní výzkum v podobě dotazníkového šetření. Kvantitativní metoda byla vybrána proto, aby bylo možné posbírat dostačující vzorek pro co nejpřesnější popis obecné informovanost o užívaných metodách antikoncepce v populaci českých žen ve věku 15-50 let.

Jako metoda sběru dat bylo použito dotazníkové šetření obsahující strukturované otázky a otázky s výběrem z více možností. Částečně jsem se inspirovala standardizovaným dotazníkem CHLOE (Contraception: HeLping for wOmen's choicE).

Konkrétně bylo převzato 9 z mých 18 otázek tak, aby vyhovovaly českému prostředí a dále rozvíjely dotazy na informovanost ohledně antikoncepce. (přebrané otázky jsou označeny v přiloženém dotazníku níže pomocí *)

Sběr dat probíhal online od ledna 2024 do února 2024 prostřednictvím sociálních sítí (hlavně Instagram a Facebook). Online dotazník byl vytvořen pomocí platformy Google Forms. Dotazník byl zaměřen pouze na ženy. Výzkumu se zúčastnilo celkem 649 účastnic. Do výsledného výzkumného vzorku bylo zařazeno 534 respondentek. Dotazníkové šetření se zaměřovalo na ženy ve věku 15–50 let, které využívají některé z metod antikoncepce. Na základě těchto kritérií a během dalšího čištění dat bylo vyřazeno 115 respondentek. Před samotným výzkumným šetřením proběhl pilotní výzkum na 10 respondentkách kvůli srozumitelnosti otázek.

Účastnice byly vybírány na základě naplnění kritéria pohlaví, věku a užívání antikoncepce. Způsob sběru dat měl vliv na sesbíraná data. Bylo posbíráno disproporční množství odpovědí ve věkových skupinách. Bohužel věková skupina 41-50 let byla dále z vyhodnocování vyřazena kvůli nereprezentativnímu množství odpovědí. Účastnice nebyly dotazovány ohledně vzdělání a socioekonomického statusu, případné zkreslení z těchto příčin tedy nelze vyloučit.

4.3 Metoda vyhodnocení dat

Pro zpracování dat bylo použito několik nástrojů. Nejdříve byly data extrahována z Google Forms v podobě excelového souboru, kde došlo k ručnímu čištění dat a chybně vyplněných dotazníků. Vzhledem k dostatečné velikosti dat bylo možno dále data zpracovat a odpovědi převážit podle věkových skupin tak, aby jednotlivé věkové skupiny odpovídaly aktuálnímu rozložení v populaci ČR. Tím pádem bylo možné výsledky zobecnit na populaci všech žen žijících v ČR. Pro populační data byla použita data Českého statistického úřadu, konkrétně informace ze sčítání lidu v roce 2021. Data byla pro další potřeby zpracování převedena do Microsoft Power BI, kde byly následně vytvořeny i grafy pro dokumentaci výsledků.

Data byla sesbírána se souhlasem všech účastnic, dotazník nesbíral žádné osobní informace, které by umožňovaly spojit konkrétní data s jakoukoliv osobou. Nemuselo tak během zpracování dojít k anonymizaci dat.

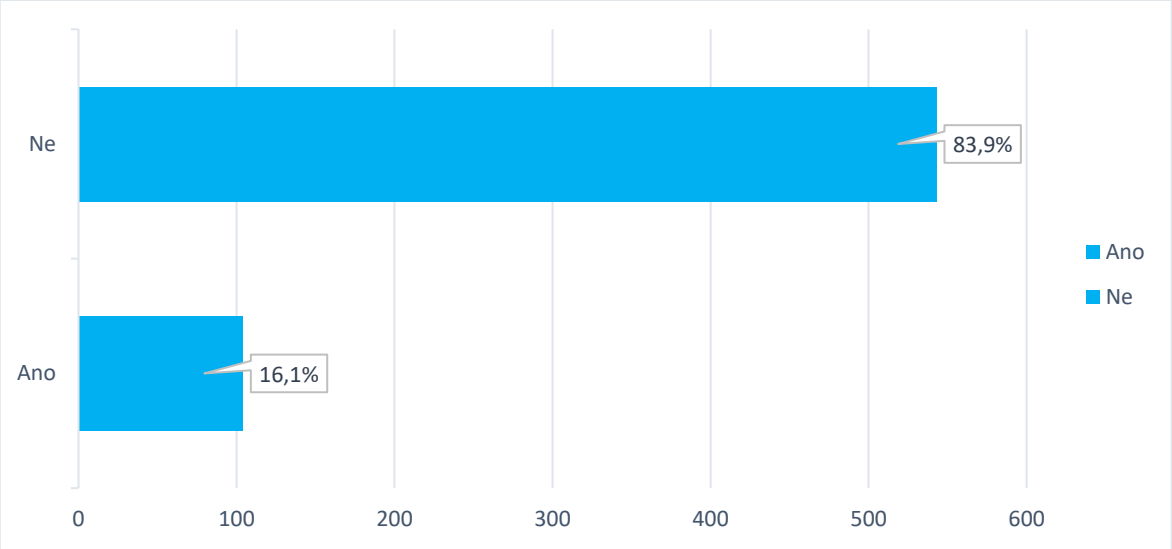
Metodologie výzkumu je limitována několika faktory vycházejícími z povahy sběru dat. Hlavním faktografickým kritériem byl věk účastnic. Dalším limitem je i metoda sběru, kdy

samovolné šíření dotazníku na internetu lze jen minimálně ovlivnit a míru dopadu samovýběru a obecně výběru internetové populace nelze měřit a tím pádem ani vyloučit.

Domnívám se, že i přes deklarované limity sběru a zpracování dat je možné za pomocí zvolené metody dotazníkového šetření prováděného na internetové populaci možné zkoumat trendy a souvislosti v rámci informovanosti o antikoncepci. Vzhledem k počtu a následné další práci s daty se lze domnívat, že použité metody a sesbíraná data vedou k výsledku zobecnitelnému na populaci žen ve věku 15-40 let a jejich informovanosti o volbách v rámci tématu antikoncepce.

5 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Otázka číslo 1: Zvažujete výběr své první antikoncepční metody?

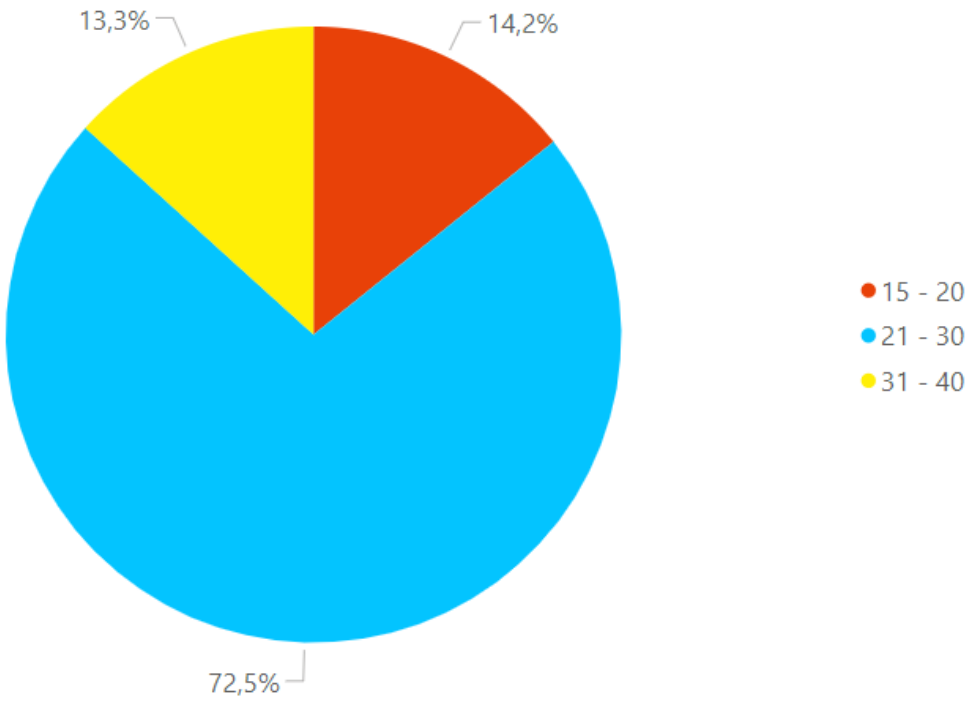


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 1: Rozhodování o první antikoncepční metodě

Komentář: V otázce číslo 1 bylo zjišťováno, zda respondentky již nějakou metodu antikoncepce užívají, nebo zda teprve budou vybírat. Otázka byla uzavřeného typu s jednou možnou odpovědí. Jedná se o jedinou otázku, na kterou odpovídalo všech 649 respondentek. Odpověď „Ano“ zvolilo 16,1 % dotázaných žen. S těmito ženami nadále v dotazníku nepracuji. Zbývajících 83,9 % respondentek odpovědělo, že výběr své první antikoncepce nezvažují a již nějakou metodu používají.

Otázka číslo 2: Kolik je Vám let?

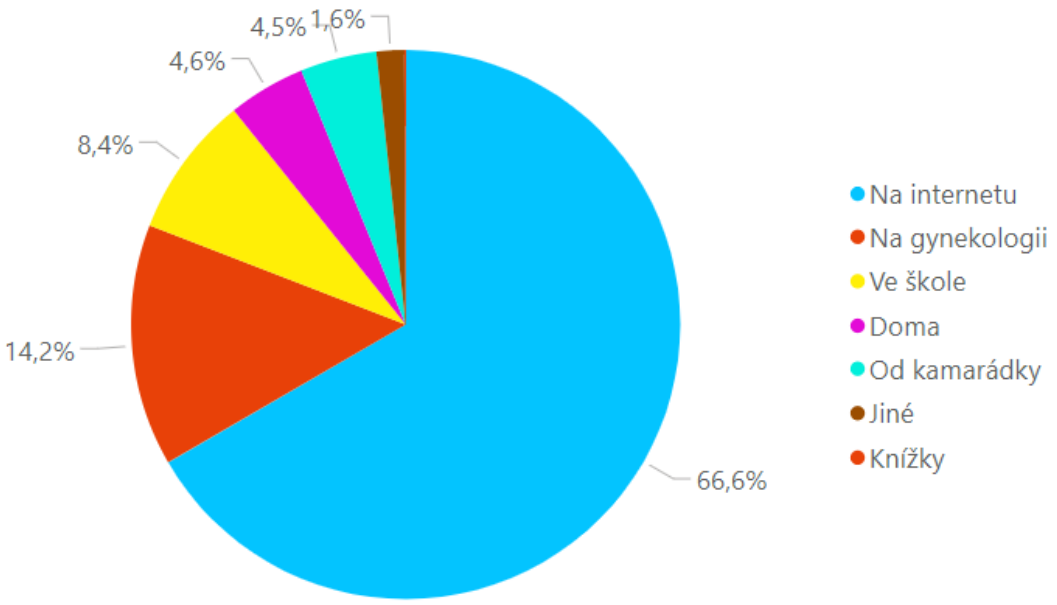


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 2: Věková kategorie

Komentář: V otázce číslo 2 byl zjišťován věk respondentek. Byla uzavřeného typu s jednou možnou odpovědí. Z výsledku uvedeného v grafu vyplývá, že z celkového počtu 534 respondentek bylo nejvíce ve věku 21-30 (72,5 %). Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy ve věku 15-20 (14,2 %). Nejméně zastoupenou věkovou skupinou byly respondentky ve věku 31-40 (13,3 %).

Otázka číslo 3: Kde jste se dozvěděla nejvíce informací o antikoncepci?

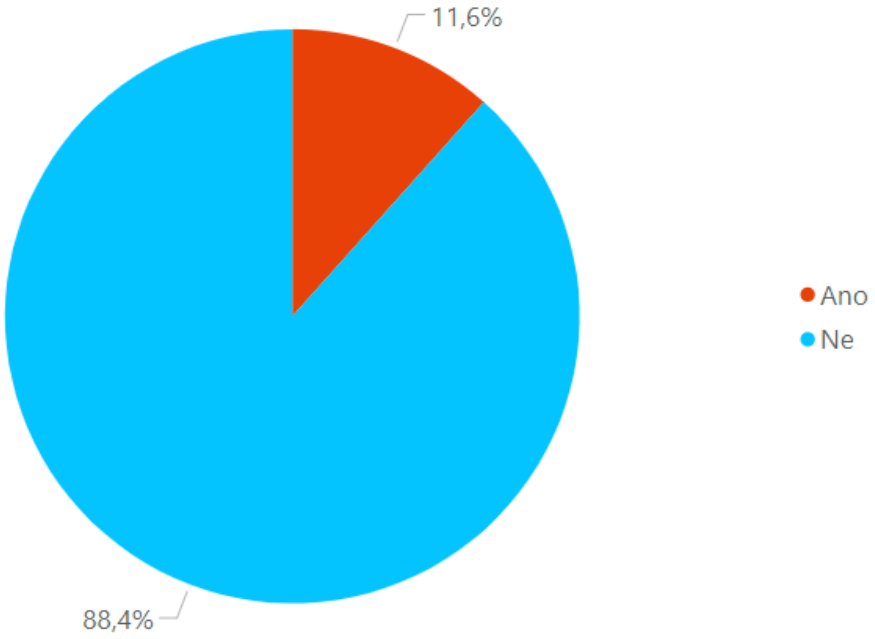


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 3: Rozložení zdrojů informací o antikoncepci

Komentář: V otázce číslo 3 bylo zjišťováno, z jakého zdroje se respondentky dozvídají nejvíce informací o antikoncepci. Tato otázka byla uzavřeného typu s jednou možnou odpovědí. Z 534 žen zvolilo 66,6 % odpověď na internetu. Výrazně méně žen a dívek zvolilo odpovědi další. Na druhém místě se se 14,2 % umístila odpověď na gynekologii a s 8,4 % odpověď ve škole. Další v pořadí se 4,6 % byla odpověď doma a o 0,1 % méně odpověď od kamarádky. V 1,6 % respondentky odpověděly, že se nejvíce informací dozvěděly z jiných zdrojů a odpověď v knížkách zvolilo pouhých 0,1 % respondentek.

Otázka číslo 4: Přišly Vám informace o antikoncepci získané ve škole dostačující?

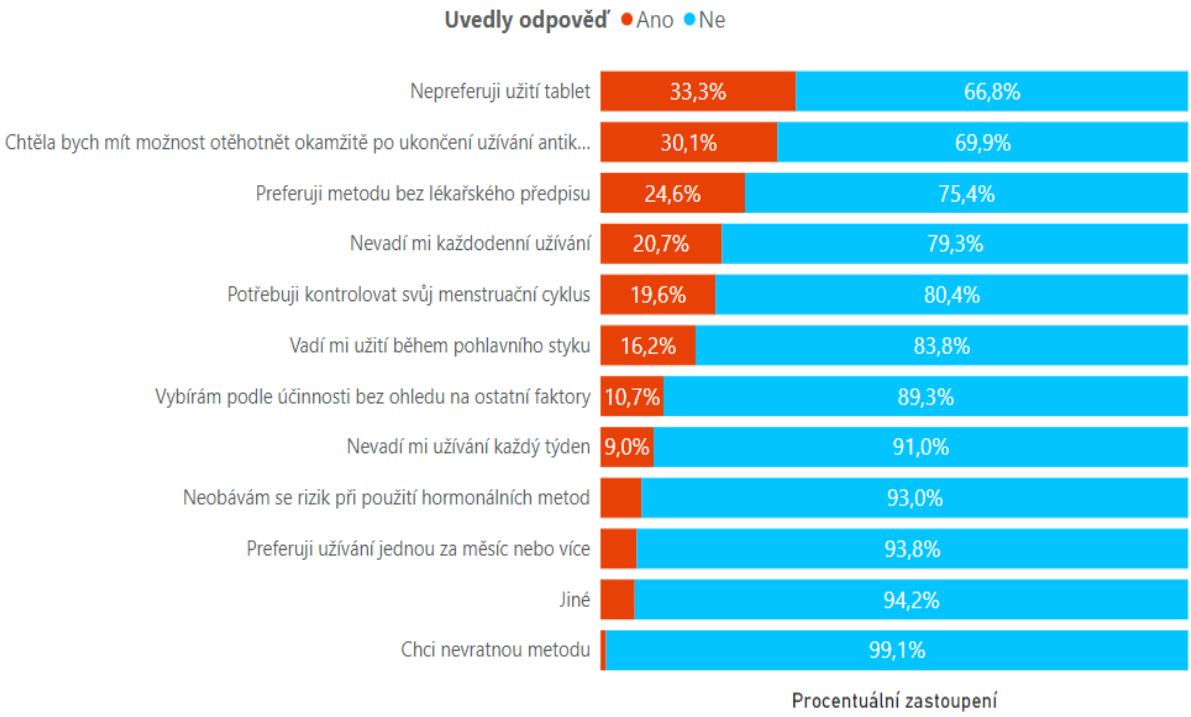


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 4: Dostatečnost informací o antikoncepci získaných ve škole

Komentář: V otázce číslo 4 bylo zjišťováno, zda respondentkám přišly informace o antikoncepci, které se dozvěděly ve škole dostačující. Otázka byla uzavřeného typu s jednou možnou odpovědí. Z 534 dotázaných respondentek odpovědělo 88,4 %, že nepřišly. Pouhých 11,6 % odpovědělo kladnou odpovědí.

Otázka číslo 5: Vyberte prosím, podle kterých kritérií vybíráte antikoncepci:

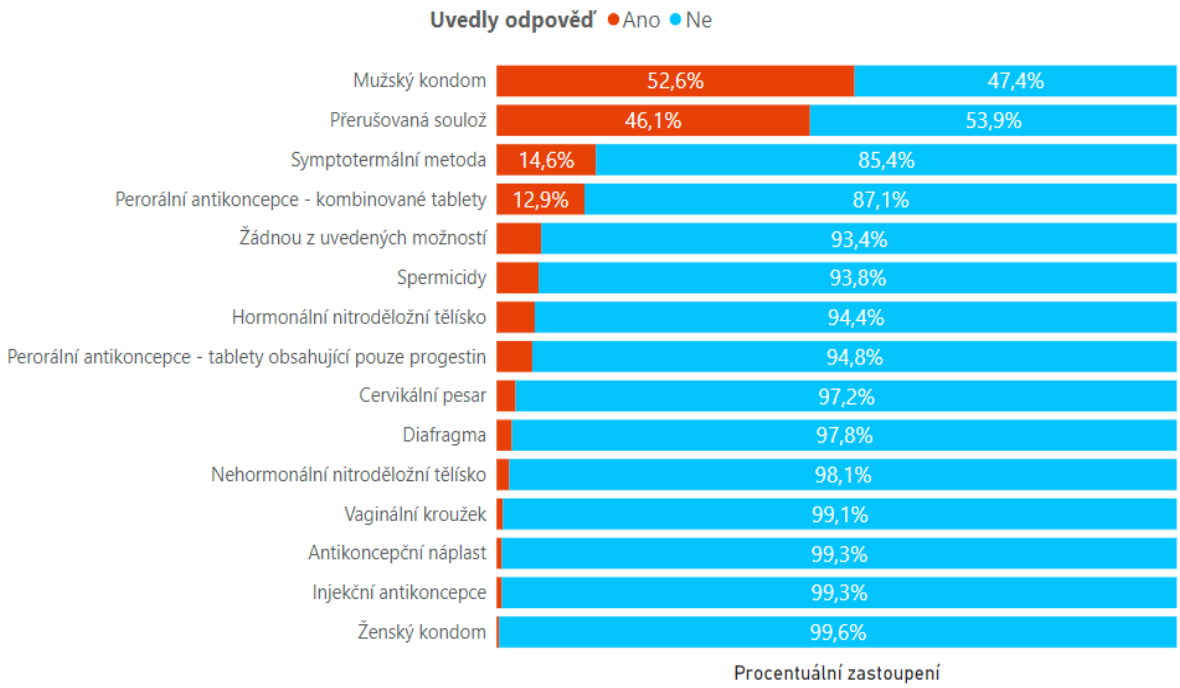


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 5: Kritéria výběru antikoncepce

Komentář: V otázce číslo 5 bylo zjišťováno, podle jakých kritérií ženy vybírají antikoncepci. Otázka byla uzavřeného typu s možností zvolit více odpovědí. Z přiloženého grafu je možné vidět, že z celkového počtu 534 respondentek 23,3 % nepreferuje užití tablet. Možnost otěhotnět ihned po ukončení používání antikoncepce by chtělo mít 30,1 %. Ve 24,6 % preferují ženy antikoncepční metodu bez lékařského předpisu. Co se týče frekvence používání, tak 20,7 % nevadí použití každý den, 9 % nevadí užití jednou za týden a 6,2 % preferuje užití jednou za měsíc nebo více. V 19,6 % ženy potřebují mít svůj menstruační cyklus pod kontrolou. V 16,2 % dotázaným respondentkám vadí užití během pohlavního styku a o 6,2 % méně vybírá podle účinnosti bez ohledu na ostatní faktory. Pouhých 7 % se obává některých rizik při použití hormonálních metod antikoncepce. V 0,9 % by ženy chtěly metodu, která je nevratná a 5,8 % vybírá antikoncepci podle jiných kritérií, než je výše uvedeno.

Otázka číslo 6: Vyberte z následujícího seznamu antikoncepční metody, které používáte:

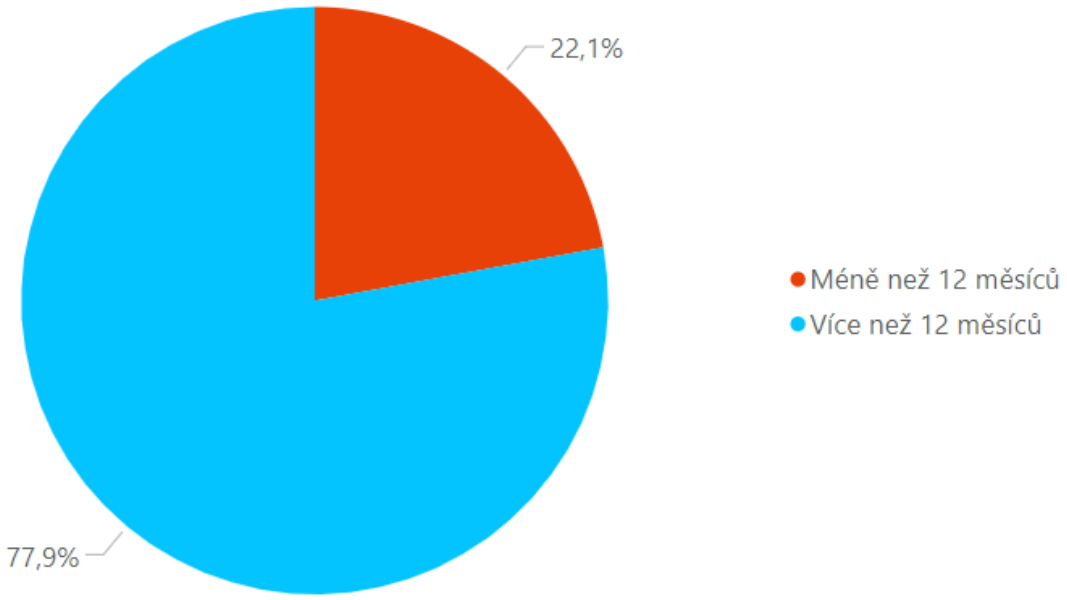


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 6: Aktuálně používané antikoncepční metody

Komentář: V otázce číslo 6 bylo zjišťováno, jakou antikoncepční metodu ženy používají. Na tuto otázku odpovědělo 534 žen a byla uzavřeného typu s možností uvést více odpovědí, kvůli případné kombinaci jednotlivých antikoncepčních metod. Dvěma nejvíce používanýma antikoncepčníma metodama, které jednoznačně převažují nad ostatními byl mužský kondom, a to v 52,6 % a přerušovaná soulož se 46,1 %. Ve 14,6 % ženy preferují symptotermální metodu. O něco méně žen užívá kombinovanou perorální antikoncepci konkrétně 12,9 %. Spermicidy aplikuje 6,2 % žen a hormonální nitroděložní tělísko má zavedeno 5,6 %. Pouze gestagenní perorální antikoncepci užívá 5,2 %. Jen 2,8 % žen si zavádí do pochvy cervikální pesar a 2,2 % diafragmu. V 1,9 % je ženami užíváno nehormonální nitroděložní tělísko. Mezi nejméně používané antikoncepční metody ženy zařadily vaginální kroužek v 0,9 %, antikoncepční náplast v 0,7 %, Injekční antikoncepce v 0,7 % a ženský kondom v 0,4 %. Žádnou z uvedených možností nevybralo 6,6 % respondentek. Podkožní implantát a antikoncepční houbu nepoužívala žádná z dotázaných žen, proto zde nejsou uvedeny.

Otázka číslo 7: Jak dlouho používáte antikoncepční metodu z předchozí otázky?

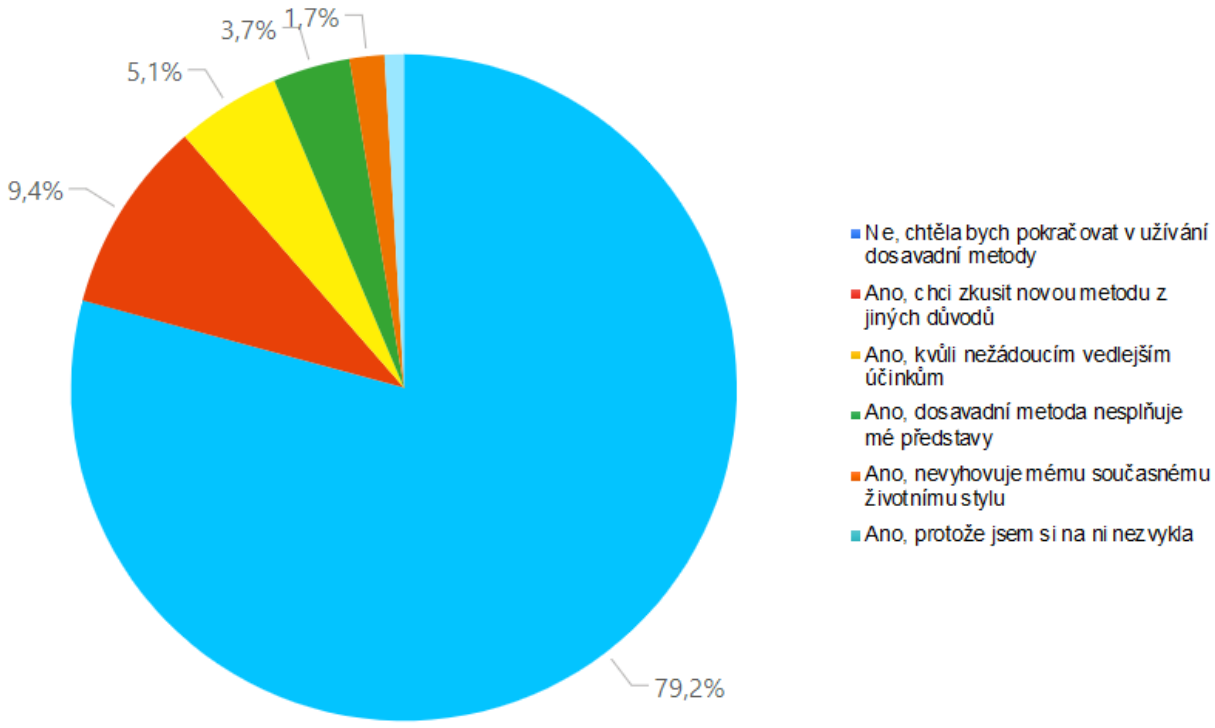


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 7: Délka používání antikoncepční metody

Komentář: V otázce číslo 7 bylo zjišťováno, jak dlouho ženy užívají antikoncepční metodu z předchozí otázky. Otázka byla uzavřeného typu s jednou možnou odpovědí. Bylo zjištěno, že z 534 žen je 77,9 % konzistentních v používaní stejného druhu antikoncepce, a to více než 12 měsíců. Odpověď méně než 12 měsíců zvolilo 22,1 %. Bylo také zjištěno, že ženy co užívají hormonální typ antikoncepce jsou v užívání stálejší.

Otázka číslo 8: Chcete změnit svou aktuální antikoncepční metodu?

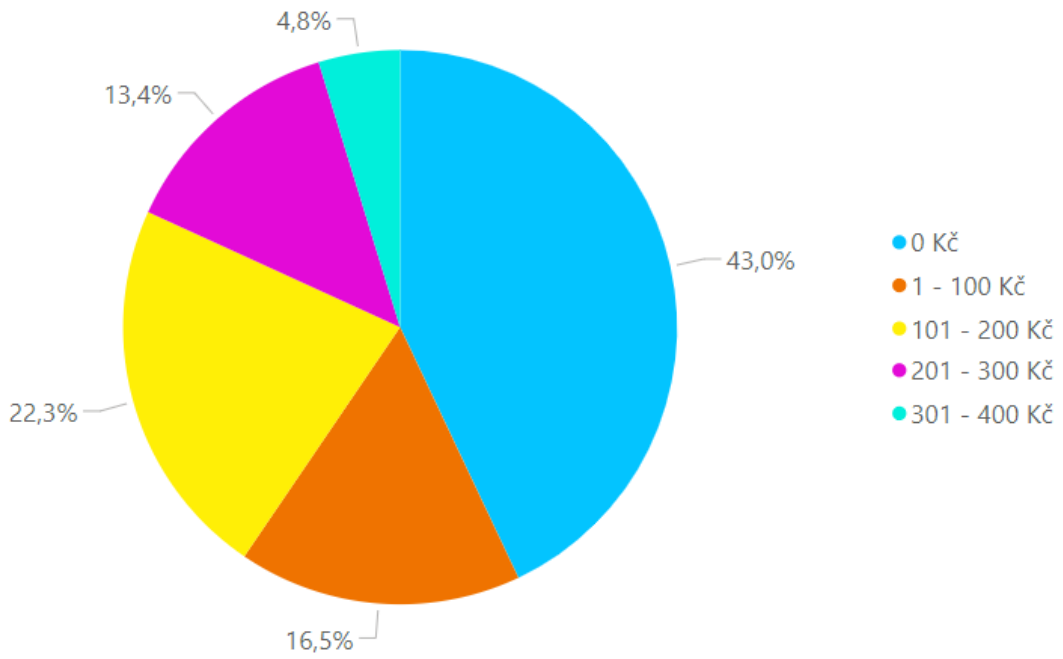


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 8: Zvažovaná změna aktuální antikoncepční metody

Komentář: V otázce číslo 8 bylo zjišťováno, zda ženy chtějí antikoncepční metodu, kterou nyní používají změnit a popřípadě z jakého důvodu. Tato otázka byla uzavřeného typu s jednou možnou odpovědí. Z 534 případů bylo v 79,2 % bylo zjištěno, že ženy jsou spokojeny s aktuálně používanou antikoncepcí a nechtějí ji měnit. V 9,4 % ženy uvedly, že chtějí zkusit novou metodu antikoncepce z jiných důvodů, než jsou uvedeny v ostatních možnostech. Třetí nejčastější odpovědí bylo, že chtějí změnit dosavadní metodu kvůli nežádoucím účinkům, a to v 5,1 %. Odpověď, že aktuálně používaná antikoncepce nesplňuje jejich představy zvolilo 3,7 %. V 1,7 % respondentky zvolily odpověď, že nevyhovuje jejich současnému životnímu stylu a v 0,9 % případech si na ni ženy nezvykly.

Otázka číslo 9: Kolik korun utratíte za antikoncepci měsíčně?

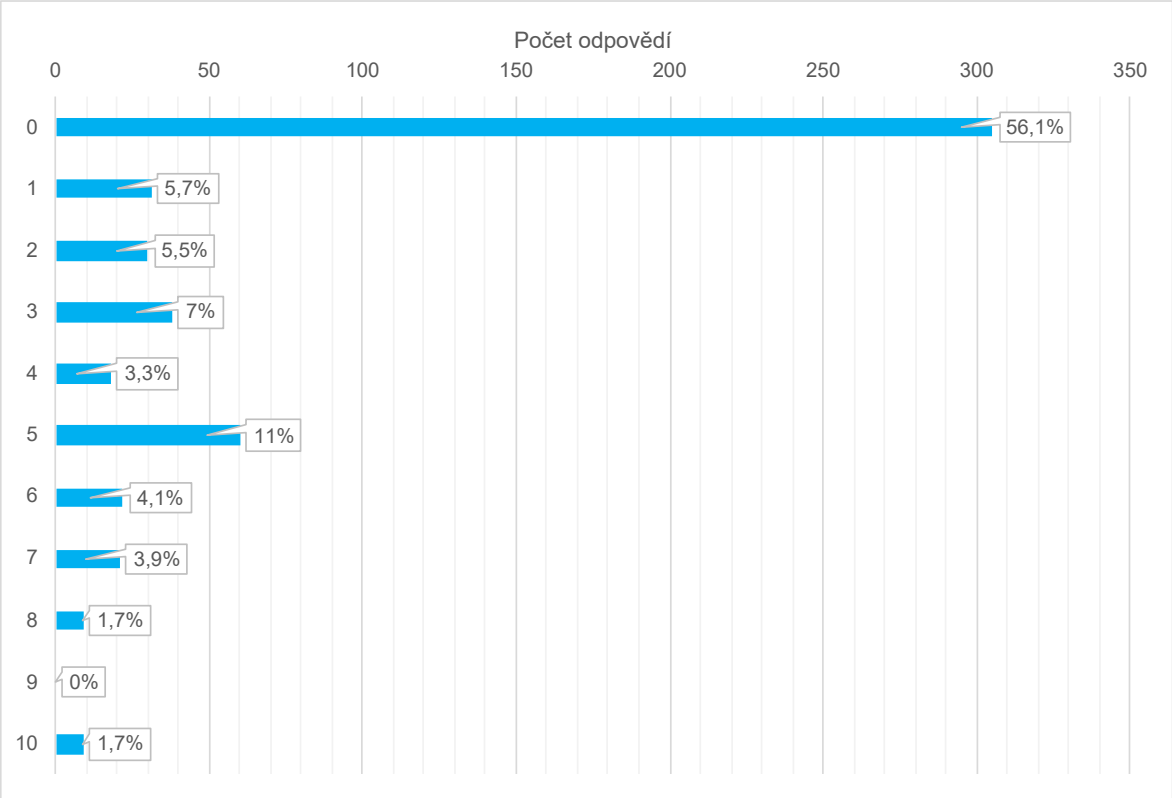


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 9: Měsíční náklady na antikoncepci

Komentář: V otázce číslo 9 bylo zjišťováno, kolik korun respondentky utratí za antikoncepci měsíčně. Tato otázka byla otevřeného typu a ženy mohly napsat utracenou částku v korunách. Odpovědělo na ni 534 žen. Sesbíraná data byla následně rozdělena do 4 skupin pro lepší přehled a orientaci. Nevíce žen uvedlo, že za antikoncepci neutratí vůbec nic, konkrétně 43,0 %. Do druhé skupiny byly zařazeny ženy, které utratily za antikoncepci v rozmezí mezi 1-100 korunami. V této skupině bylo 16,5 %. Druhou největší skupinou byly ženy, které měly výdaje za antikoncepci v rozmezí 101-200 korun. Těchto žen bylo 22,3 %. Předposlední skupinou byly ženy, které napsaly částku v rozmezí 201-400 korun. Bylo jich 13,4 %. V poslední skupině se nacházely ženy, které investují do antikoncepce více než 400 korun za měsíc. Těchto žen bylo nejméně, a to 4,8 %.

Otázka číslo 10: Jak velkou roli hrála při výběru antikoncepce její cena?

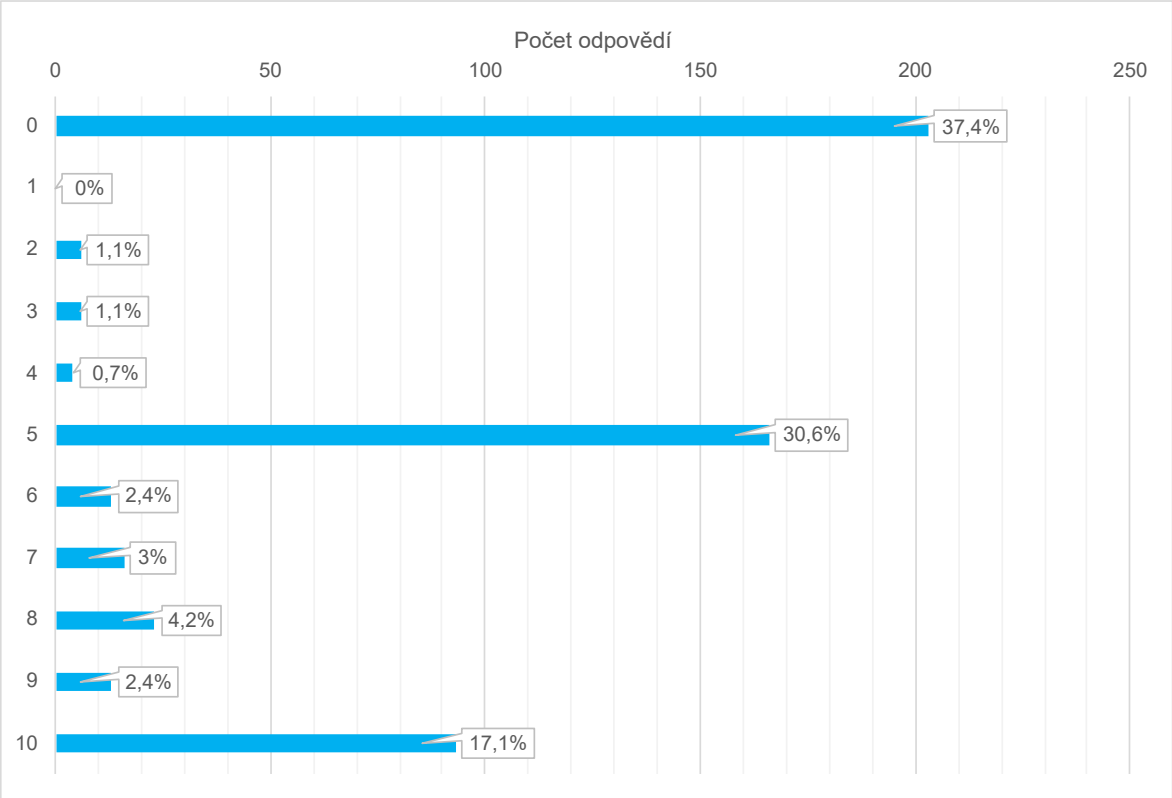


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 10: Role ceny antikoncepce při jejím výběru

Komentář: V otázce číslo 10 bylo zjišťováno, jak velkou roli hrála cena při výběru antikoncepce. Otázka byla škálového typu. Ženy mohly vybírat čísla na škále od 0 do 10, přičemž 0 znamenala, že nebraly ohled na cenu. Naopak 10 udávala, že cena byla velmi důležitá. Z uvedeného grafu můžeme vyčíst, že z 534 žen více než polovina, konkrétně 56,1 % uvedlo, že cena pro ně nehrála žádnou roli. Jako druhou nejčastější odpověď ženy zvolily na stupnici číslo 5, konkrétně 11 %. Čísla od 0 do 5 udávalo přes 88 % žen. Pouhých 12 % zvolilo číslo od 6 do 10. Konkrétně číslo 10 zvolilo pouze 1,6 %. Z grafu lze vyčíst, že ženám na ceně antikoncepce spíše nezáleželo.

Otázka číslo 11: Jak velkým dílem se Váš partner podílí na financování antikoncepce?

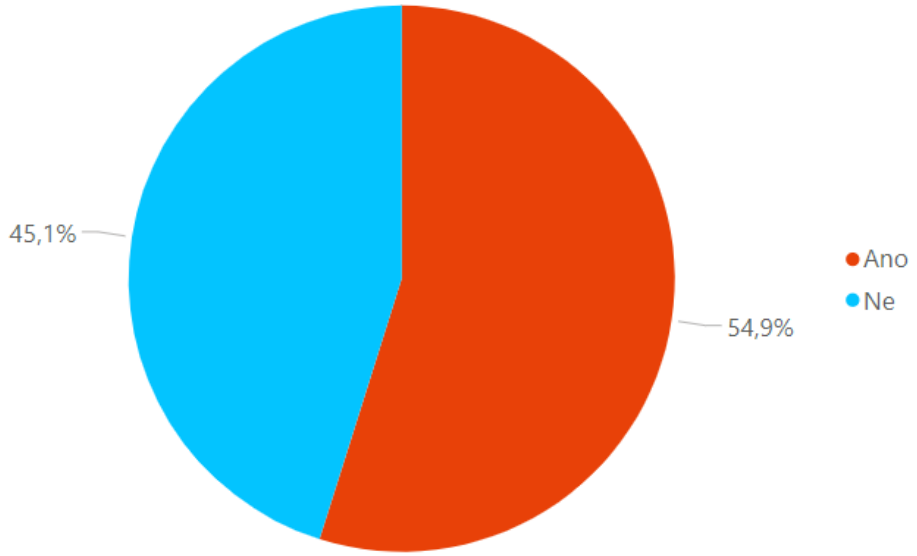


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 11: Podíl finančního příspěvku partnera na financování antikoncepce

Komentář: V otázce číslo 11 bylo zjišťováno, jak velkým dílem se partner podílí na financování antikoncepce. Otázka byla škálového typu. Ženy mohly vybírat čísla na škále od 0 do 10, přičemž 0 znamenala, že se partner nepodílí žádným dílem. Naopak 10 udávala, že partner platí celou částku. Z uvedeného grafu můžeme vyčíst, že z 534 případů ženy nejčastěji udávaly čísla 0, 5 a 10. Konkrétně u 37, 3 % partner na antikoncepci vůbec nepřispívá. Ve 30,6 % se partneři dělí o financování na půl. V 17, 1 % uvedlo číslo 10, takže partner financuje antikoncepci celou. Čísla od 0 do 5 zvolilo přes 74 %.

Otázka číslo 12: Byla byste pro úplné hrazení některých druhů hormonální antikoncepce ze zdravotního pojištění (stejně jako např. ve Francii nebo Velké Británii)?

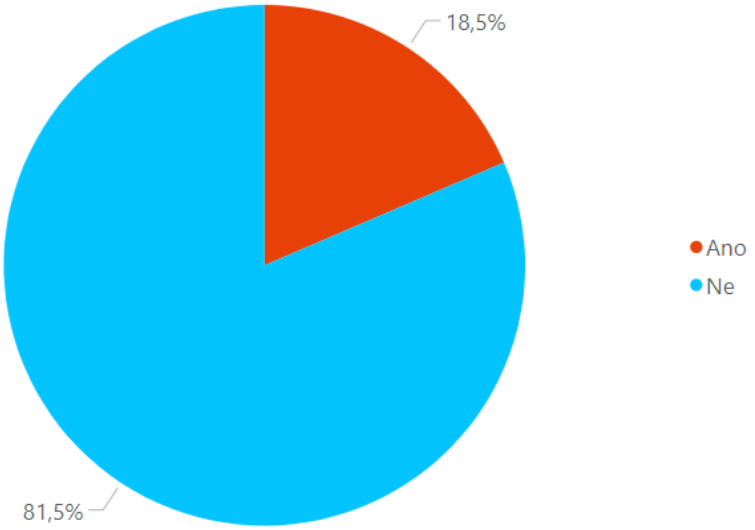


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 12: Podpora úplného hrazení některých forem hormonální antikoncepce z veřejného zdravotního pojištění

Komentář: V otázce číslo 12 bylo zjišťováno, zda by byly ženy pro hrazení některých hormonálních antikoncepčních metod ze zdravotního pojištění, jako je tomu v některých evropských zemích. Otázka byla uzavřeného typu s jednou možnou odpovědí. Odpovědi byly velmi vyrovnané. Z 534 dotázaných žen zvolilo odpovědělo „Ano“ ,54,9 %. Zbylých 45,1 % by nechtělo, aby některé druhy hormonální antikoncepce byly propláceny zdravotní pojišťovnou.

Otázka číslo 13: Pokud by byly všechny antikoncepční metody hrazeny ze zdravotního pojištění, uvažovala byste nad změnou dosavadní metody?

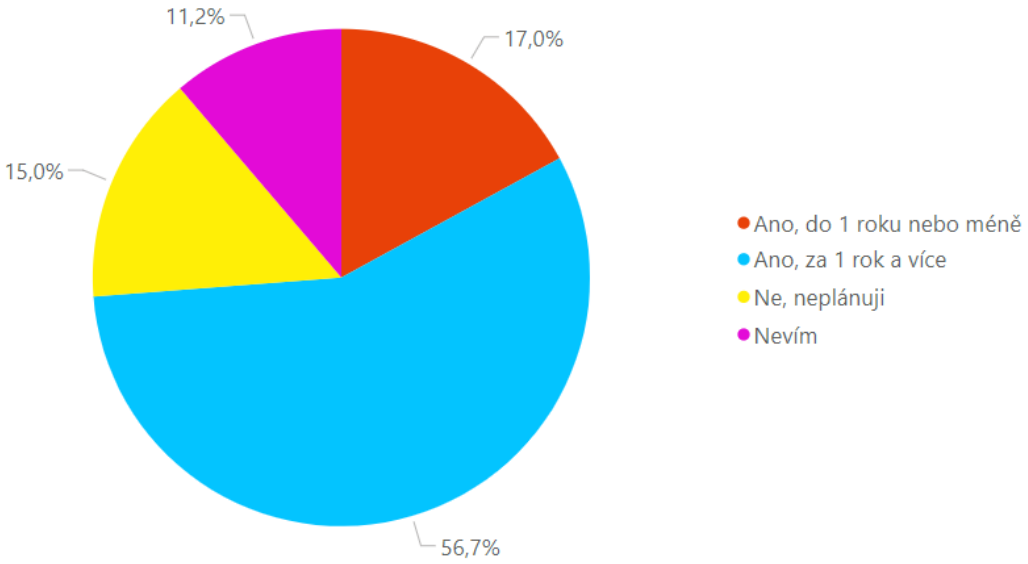


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 13: Zvažovaná změna antikoncepční metody v kontextu plného hrazení všech antikoncepčních metod ze zdravotního pojištění

Komentář: V otázce číslo 13 bylo zjišťováno, zda by ženy uvažovaly nad změnou své doposud užívané antikoncepční metody, kdyby byly všechny metody hrazeny ze zdravotního pojištění. Otázka byla uzavřená s možností jedné odpovědi. Z grafu můžeme vidět, že z 534 žen by 81,5 % zůstalo u užívaní dosavadní metody. V 18,5 % by ženy uvažovaly nad změnou. Z dat bylo zjištěno, že ženy, jež jsou pro změnu antikoncepce, za ni platí v průměru 211 korun měsíčně. To je o 85 korun více, než je průměr ceny antikoncepce u všech respondentek.

Otázka číslo 14: Plánujete v budoucnu děti?

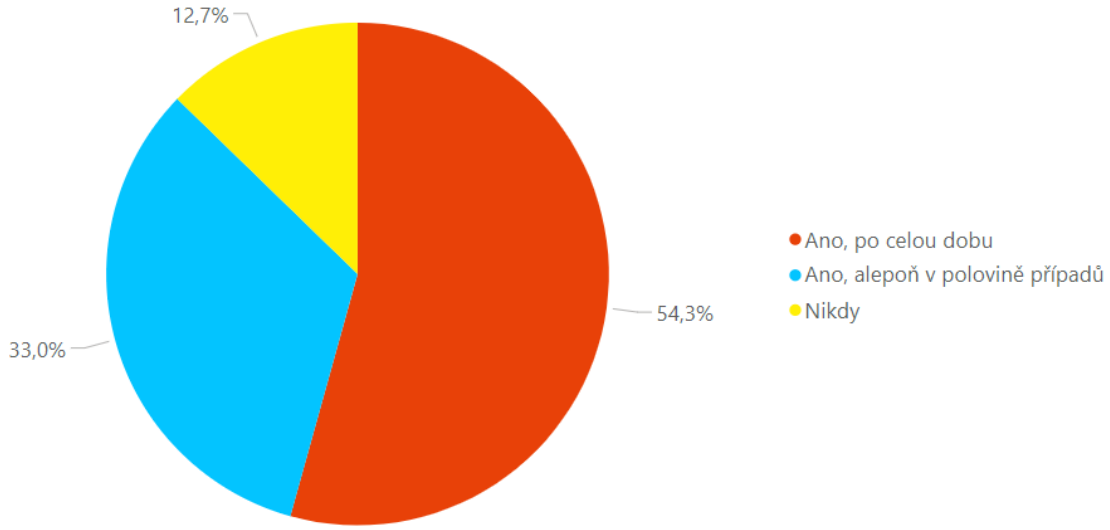


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 14: Plánování rodičovství v budoucnu

Komentář: V otázce číslo 14 bylo zjišťováno, zdali ženy plánují děti v budoucnu. Otázka byla uzavřeného typu s jednou možnou odpovědí. Z uvedeného grafu vyplývá, že z 534 žen jich 56,7 % plánuje děti za 1 rok a více. Druhou nejčastější odpovědí se 17,0 % bylo, že plánují děti do 1 roku nebo méně. Odpověď „Ne, neplánuji“ zvolilo 15,0 % a 11,2 % si není jisto, jestli děti chce nebo ne.

Otázka číslo 15: Měla jste během posledních 12 měsíců pravidelný menstruační cyklus (21-35 dní)?

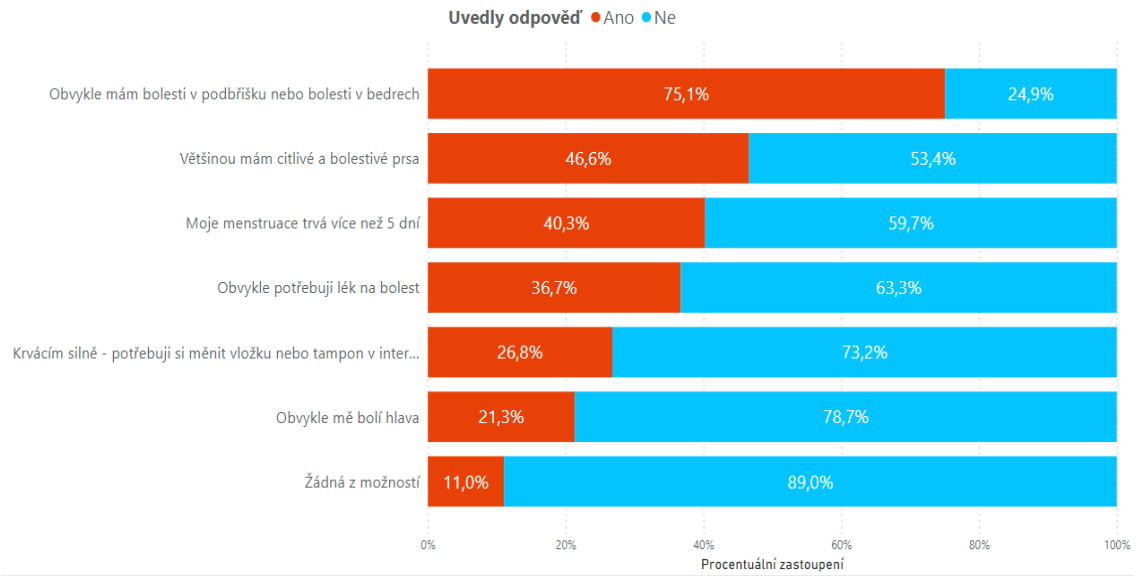


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 15: Zhodnocení pravidelnost menstruačního cyklu

Komentář: V otázce 15 číslo jsme zjišťovali, jestli měly respondentky v posledních 12 měsících pravidelnou menstruaci. Otázka byla uzavřeného typu s možností jedné odpovědi. Z 534 respondentek jich mělo 54,3 % pravidelný menstruační cyklus po celou dobu 12 měsíců. Druhou nejčastější odpovědí, a to v 33,0 %, byla odpověď „Ano, alespoň v polovině případů“. Téměř 13 % žen nemělo nikdy za posledních 12 měsíců pravidelný menstruační cyklus.

Otázka číslo 16: Které z následujících možností nejvíce vystihují Váš obvyklý menstruační cyklus?

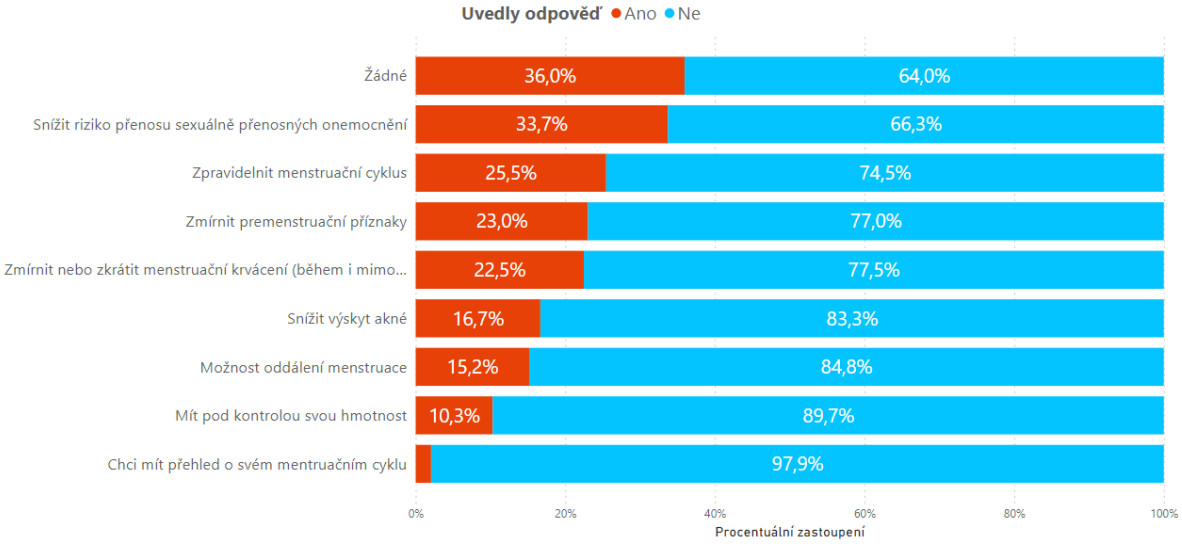


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 16: Charakterizace obvyklého menstruačního cyklu

Komentář: V otázce číslo 16 bylo zjišťováno, jaké z možností vystihují obvyklý cyklus dotázaných žen. Otázka byla uzavřeného typu s možností více odpovědí. Z celkového počtu 534 žen nejvíce uvedlo, že má bolesti v podbřišku nebo v bedrech. Konkrétně 75,1 %. Ve 46,6 % měly ženy většinou citlivá a bolestivá prsa. Odpověď „Moje menstruace trvá více než 5 dní“ zakliklo 40,3 % a lék na bolest potřebuje obvykle 36,7 %. Téměř 27 % žen silně krvácí a přes 21 % má obvykle bolesti hlavy. Žádnou z uvedených možností při menstruačním cyklu netrpí pouhých 11 % respondentek.

Otázka číslo 17: Jaké další výhody očekáváte od antikoncepce (kromě zabránění početí)?

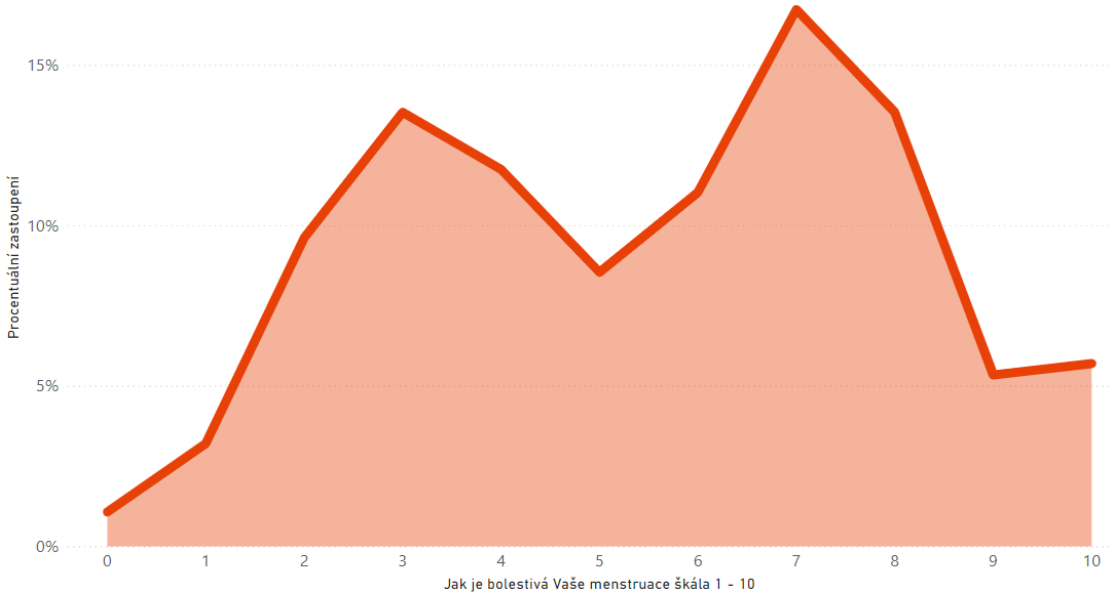


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 17: Očekávané benefity od antikoncepce mimo kontracepci

Komentář: V otázce číslo 17 bylo zjišťováno, jestli dotázané ženy očekávají nějaké výhody od antikoncepce kromě zabránění početí. Tato otázka byla uzavřeného typu a ženy mohly vybrat více odpovědí. Na tuto otázku odpovídalo 534 respondentek a nejvíce jich uvedlo, konkrétně 36 %, že od antikoncepce nečeká žádné jiné výhody kromě zabránění otěhotnění. Druhým nejčastějším očekáváním od antikoncepce bylo snížit riziko přenosu pohlavních chorob, a to v 33,7 %. V 25,5 % očekávají ženy zpravidelnění menstruačního cyklu. Zmírnit premenstruační příznaky by chtělo 23 %. O něco méně žen, 22,5 %, by si přálo od antikoncepce zmírnit nebo zkrátit menstruační krvácení. Odpověď „Snížit výskyt akné“ zvolilo 16,7 %. Přes 15 % by chtělo mít možnost oddálit menstruaci a 10,3 % by chtělo mít pod kontrolou svou váhu. Nejméně dotázaných, 2,1 %, by chtělo mít přehled o svém cyklu.

Otázka číslo 18: Vyberte na škále od 0 do 10, jak bolestivá je většinou Vaše menstruace:



(zdroj vlastní, 2024)

Graf 18: Bolestivost menstruace

Komentář: V otázce číslo 18 byla zjišťována bolestivost menstruace. Otázka byla škálového typu. Ženy mohly vybírat čísla na škále od 0 do 10, přičemž 0 znamenala bezbolestnou menstruaci. Naopak 10 udávala, velmi bolestivou až nesnesitelnou bolest. Z uvedeného grafu můžeme vyčíst, že bolestivost je u žen velmi individuální, avšak lze říci, že z 534 žen jich nejvíce volilo na škále čísla mezi 2 a 8.

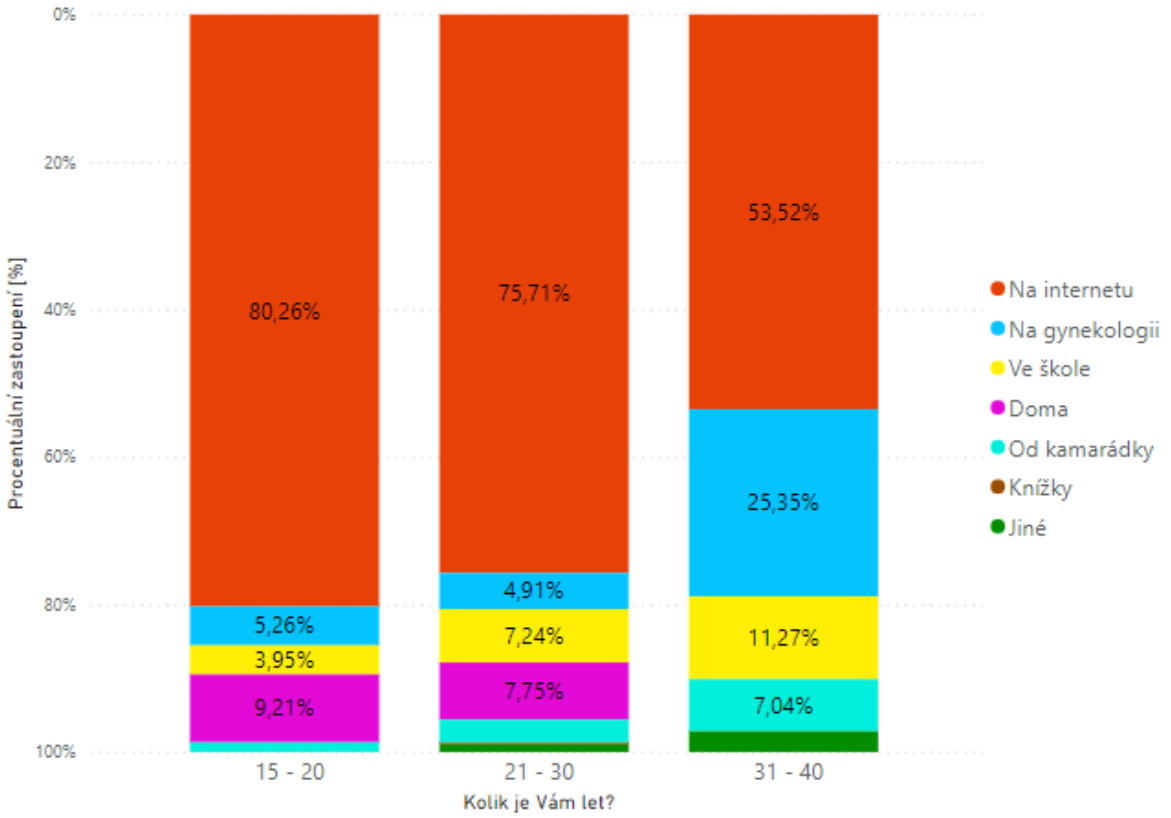
6 DISKUSE:

V následující kapitole je rozebírán do hloubky hlavní a vedlejší cíle praktické části výzkumného šetření. Věnuji se obecné informovanosti o antikoncepci mezi ženami z pohledu zdrojů informací.

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bylo zjistit, z jakého zdroje se ženy dozvídají nejvíce informací o antikoncepci. V následujícím grafu je možné vidět, že největší převahu má bezesporu ve všech věkových skupinách internet. Avšak je zde zřejmé, že ženy ve věkové skupině 31- 40 let uvedly ve více než 25 % jako sekundární zdroj gynekologii a terciální zdroj v pořadí školu s téměř 12 %. Zajímavý je také trend, že dívky ve věku 15-20 let uvedly téměř v 10 %, že hlavním zdrojem informací pro ně byl domov. S věkem tento trend klesá a z nejstarší věkové skupiny neuvedla ani jedna respondentka jako primární zdroj informací domov. Z toho je možné usuzovat, že antikoncepce v rodinném prostředí není tak tabuizovaná jako dříve a rodiče jsou schopni se se svými dětmi o antikoncepci, potažmo sexuální výchově bavit.

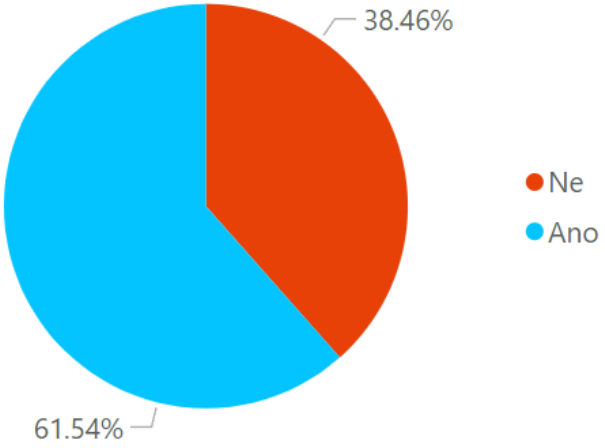
Opačný trend nastává u školy, jakožto hlavního zdroje informací o antikoncepci. S ubývajícím věkem pozorujeme, že ženy berou školu jako hlavní zdroj informací o antikoncepci čím dál méně. To by mohlo znamenat problém, protože škola by měla navazovat na informace předané v rodině a popřípadě relevantní informace doplnit**.** Dle bakalářské práce Matyášové (2008) se ženy nejvíce informací o antikoncepci dozvídají na internetu. Jen o pár procent méně žen jako hlavní zdroj informací uvedlo gynekologii. Dotazníkové šetření v rámci mé práce bylo provedeno o 16 let později, nyní jsou ženy z práce Matyášové ve věku 31-45 let. V mé bakalářské práci tedy odpovídají věkové skupině 31-40 let, a ačkoliv se zvýšilo procento žen, které uvedly jako primární zdroj informací internet, stále jsou pro velkou část těchto žen nejvýznamnější informace získané od gynekologa. Jako třetí nejčastější zdroj informací v této věkové kategorii zvolily školu, což také odpovídá dříve provedené práci Matyášové. V mladších věkový skupinách dominuje jako hlavní zdroj informací internet.



(zdroj vlastní, 2024)

Graf 19: Rozložení zdrojů informací o antikoncepci v jednolivých věkových kategoriích

Další úkol v rámci hlavního cíle se zaměřoval na ženy, jež jako hlavní zdroj informací uvedly školu. Bylo zkoumáno, zda jsou podle těchto žen informace získané ve škole dostačující. Z následujícího grafu můžeme pozorovat, že téměř 39 % žen si myslí, že informace pro ně dostačující nebyly.



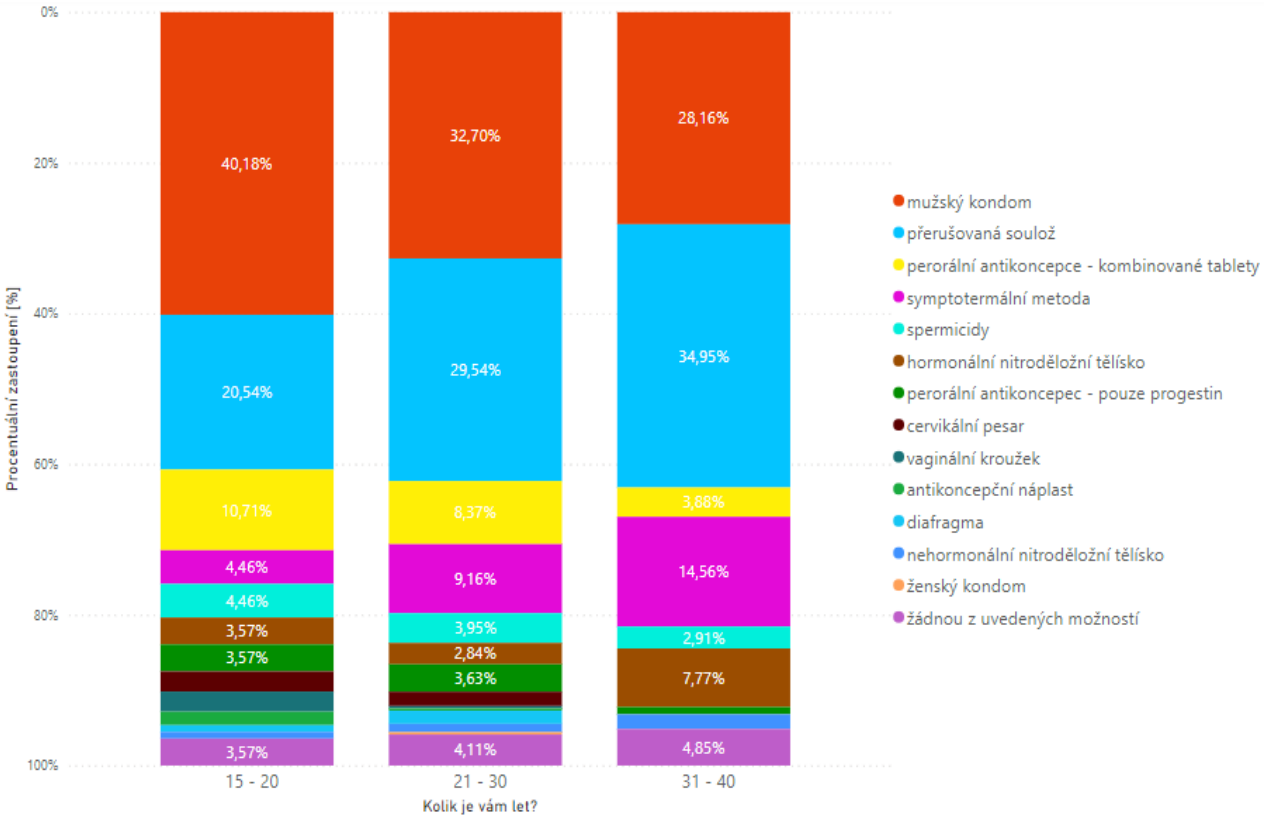
(zdroj vlastní, 2024)

Graf 20: Dostatečnost informací o antikoncepci získaných ve škole u žen, které jako hlavní zdroj informací uvedly školu

6.2 Dílčí cíl č. 1

V dílčím cíli č. 1 jsme zjišťovali, jaký druh antikoncepční metody ženy používají vzhledem k věku. V grafu č. 20 je možné vidět, že používání mužských kondomů společně s přibývajícím věkem klesá, naopak přerušovaná soulož stoupá. To může být způsobeno tím, že mladší ženy nechtějí riskovat nechtěné těhotenství. Rovněž roste podíl užití symptotermální metody. To by se dalo přisuzovat také vyššímu zájmu žen sledovat svůj cyklus, např. plánování těhotenství. Můžeme zde také vidět trend ve snižování užívání perorální hormonální antikoncepce s rostoucím věkem. Naopak tyto ženy ve vyšším věku preferují více než dvakrát častěji hormonální nitroděložní tělíska.

Dalším trendem, který můžeme pozorovat je snižování užívání perorální hormonální antikoncepce ve srovnání s bakalářskými pracemi z předchozích let. Podle Matyášové (2008), která ve svém výzkumném šetření vyzkoumala, že ženy nevíce využívají perorální hormonální antikoncepci, a to v 79 %. Oproti tomu Kočařová (2022) zjistila, že tento druh antikoncepce používá pouze 26,4 % žen, což je rapidní pokles. Tento trend snižování prodeje perorální hormonální antikoncepce také pozoruje studie farmaceutické společnosti Gedeon Richter. V rámci celého českého trhu je pokles v užívání tohoto druhu antikoncepce zhruba 5 % ročně. (České noviny, 2020) V mém výzkumném šetření bylo zjištěno, že perorální hormonální antikoncepci užívá okolo 18 % žen.

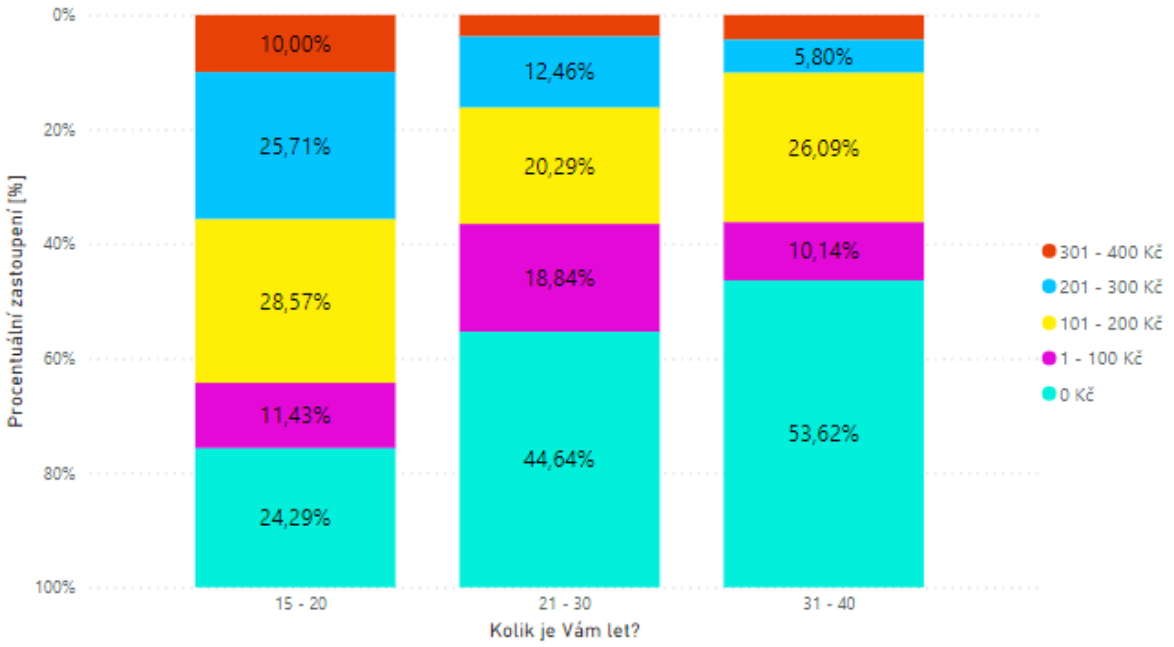


(zdroj vlastní, 2024)

Graf 21: Aktuálně používané antikoncepční metody vzhledem k věku

6.3 Dílčí cíl č. 2

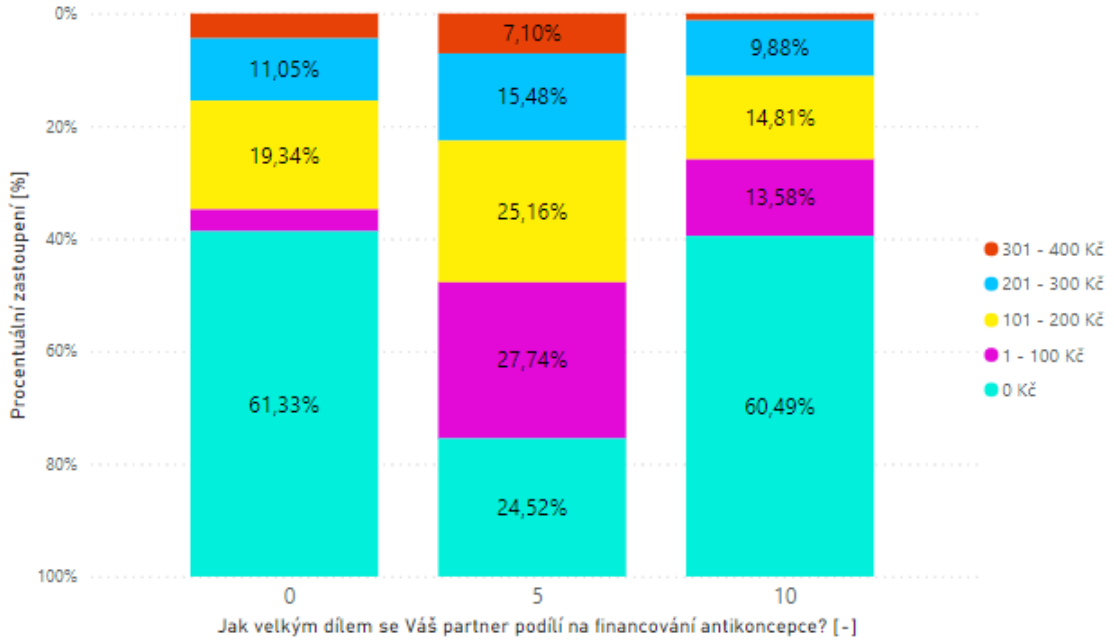
V dílčím cíli č. 2 bylo zjišťováno, jaké jsou měsíční cenové náklady na antikoncepci v různých věkových skupinách a jak se podílí na placení antikoncepce s partnerem. Na následujícím grafu je možné vidět rozložení financování v jednotlivých věkových skupinách. S přibývajícím věkem se snižuje průměrná měsíční vynaložená částka za antikoncepci. Nejméně platí za antikoncepci ženy ve věku 31-40 let, průměrně 101 Kč. To zřejmě souvisí s nárůstem přirozených metod antikoncepce v této věkové kategorii. Ženy ve věku 21-30 let platí v průměru okolo 158 korun za měsíc. Naopak skupina 15-20 let za antikoncepci utrácí nejvíce, a to v průměru okolo 219 Kč. To může být způsobeno také tím, že tyto ženy používají ve větší míře nákladnější antikoncepční metody.



(zdroj vlastní, 2024)

Graf 22: Měsíční náklady na antikoncepci vzhledem k věku

V grafu č. 23 je vidět, jak se mění poměr ceny při placení jen samotnou ženou (0), na půl s partnerem (5) a pouze samotným partnerem (10). Z výsledků je zřejmé, že když platí antikoncepci partneři na půl, tak do ní investují nejvíce peněz.



(zdroj vlastní, 2024)

Graf 23: Měsíční náklady na antikoncepci při spolufinancování partnerem

6.4 Dílčí cíl č. 3

Ve třetím dílčím cíli bylo zkoumáno, jaký vliv má hormonální perorální antikoncepce na pravidelnou délku a bolestivost menstruačního cyklu. Jedním z důvodů užívání je zpravidelnění menstruačního cyklu a snížení bolesti při menstruaci. Mezi odpověďmi v otázce č. 17 uváděly ženy jako jedno z očekávání zpravidelnění menstruačního cyklu, a to v 25,5 % a v otázce č. 16 se 37,7 % žen vyjádřilo, že obvykle potřebuje regulovat úroveň bolesti při menstruaci.

Několik studií např. „Hormonal contraceptive pill effect on pain sensitivity response“ a „Effect of Hormonal Supplementation on Pain Tolerance in Women, A Cross Sectional Study“ zkoumalo efekt hormonální antikoncepce na bolestivost menstruace. Zjistili, že při užívaní hormonální antikoncepce je tolerance na bolest větší. (Wilson a Tashani, 2016; Riaz et al., 2022)

Na základě výše zmíněných studií je předpokládáno, že ženy, které užívají hormonální perorální antikoncepci, nebudou potřebovat lék na bolest v takové míře jako ženy, jež ji neužívají a zároveň jejich průměrná bolest při menstruaci bude menší než u žen používající nehormonální druhy antikoncepce.

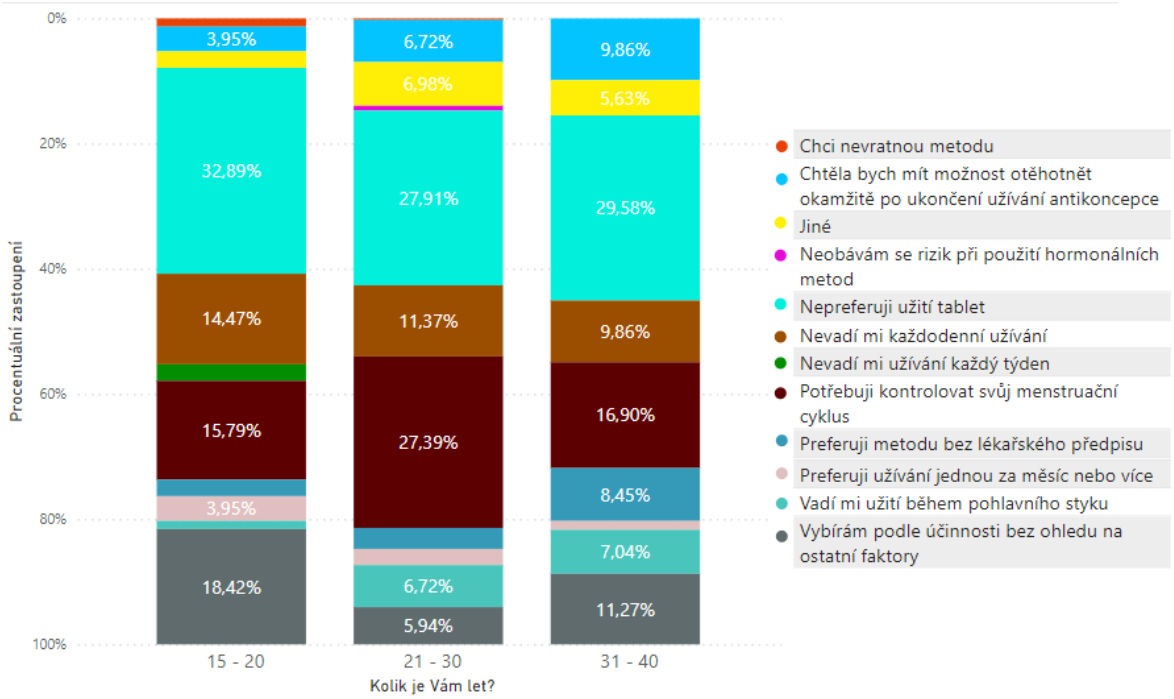
Toto tvrzení se potvrdilo. Ženy užívající hormonální perorální antikoncepci udávají v průměru bolestivost 4,2 (na škále od 0 do 10), kdežto ženy, které používají jiný druh antikoncepce udávají bolestivost v průměru 5,3.

Zároveň poměrně vysoké množství žen (36,7 %) uvádí, že potřebují lék na bolest. I přesto užívá hormonální perorální antikoncepci pouze okolo 18 % žen. Pravděpodobně ženy neví o této přednosti hormonální perorální antikoncepce, nebo preferuji jiné látky pro potlačení bolesti. Bylo by zajímavé tuto problematiku dále zkoumat.

Co se týče pravidelné délky menstruačního cyklu, tak z výsledků mého zkoumání také vyplývá, že ženy, jež používají perorální hormonální antikoncepci, mají menstruační cyklus pravidelný po celou dobu téměř v 72 % případů. Zatímco ženy, které používají jinou metodu mají cyklus pravidelný po celou dobu 12 měsíců pouze v 54 % případů.

6.5 Dílčí cíl č. 4

Ve čtvrtém dílčím cíli bylo zjišťováno, podle jakých kritérií respondentky vybírají antikoncepci v různých věkových kategoriích. Bylo zjištěno, že nejvíce respondentek nepreferuje užití tablet. To by mohlo být jednak z důvodu celkového poklesu hormonálních antikoncepčních metod a také proto, že při nedůsledném užívání tablet může být tento typ antikoncepce méně spolehlivý. Z grafu je možné pozorovat, že čím jsou ženy starší, tím více nepreferují užívání antikoncepční metody každý den. Naopak upřednostňují metody bez lékařského předpisu a chtějí otěhotnět ihned po ukončení používání antikoncepční metody. Zajímavé je, že ženy ve všech věkových skupinách poměrně ve vysoké míře chtějí kontrolovat svůj menstruační cyklus. To by mohlo znamenat, že ženy např. mají zájem sledovat, ve které fázi menstruačního cyklu se právě vyskytují.



(zdroj vlastní, 2024)

Graf 24: Kritéria výběru antikoncepce vzhledem k věku

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z výsledků mého výzkumného šetření vyplývá, že hlavním zdrojem informací o antikoncepci je internet. To by mohl být problém z hlediska relevantnosti, protože nevíme, z jakých internetových zdrojů ženy čerpají. Proto by bylo vhodné vytvořit jednotný internetový portál sdružující ověřené informace o antikoncepci pro různé věkové skupiny. Ke zvýšení povědomí o existenci takového portálu by mohly být vytvořeny letáčky. Ty by pak mohly být distribuovány ve vzdělávacích institucích.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala informovaností žen v oblasti metod antikoncepce. Teoretická část se skládala ze tří kapitol, kde byl rozebrán ženský reprodukční systém, historie antikoncepce, jednotlivé typy antikoncepčních metod, jejich spolehlivost a následně cena. Součástí teoretické části byla také kapitola o výchově k reprodukčnímu zdraví.

Na teorii navazovala praktická část, kde bylo provedeno dotazníkové šetření. Byly stanoveny čtyři dílčí cíle a jeden cíl hlavní. Pro mou práci byl použit nestandardizovaný dotazník, který se skládal z 18 otázek. Sběr dat probíhal online pomocí platformy Google Forms. Byla posbírána data od 649 žen, avšak po čištění dat bylo nakonec použito 534 odpovědí žen ve věku 15-40 let.

V kapitole číslo 5 jsou prezentovány jednotlivé otázky dotazníku pomocí grafů a komentářů. Následuje kapitola s názvem „Diskuse“, ve které jsou rozebrány jednotlivé cíle.

Hlavním cílem bylo zjistit, z jakého zdroje se ženy dozvídají nejvíce informací o antikoncepci. Bylo zjištěno, že ženy ve všech věkových kategoriích nejvíce informací čerpají z internetu. U respondentek ve věkové skupině 31-40 byla významným zdrojem informací také gynekologie a škola. Tyto dva zdroje u mladších věkových kategoriích však zaznamenaly výrazný pokles. Součástí hlavního cíle bylo dále zjistit, zdali jsou informace získané ve školním prostředí dostačující. Přes 88 % žen uvedlo, že informace nabyté ve vzdělávacím prostředí dostačující nejsou. Z žen, jež uvedly jako hlavní zdroj informací o antikoncepci školu, jich pak téměř 39 % uvedlo, že informace dostačující nebyly.

První dílčí cíl zjišťoval preferované metody antikoncepce vzhledem k věku. Bylo zjištěno, že ženy dnešní doby spíše upřednostňují nehormonální antikoncepční metody. Bylo také zaznamenáno, že čím jsou ženy starší, tím více preferují přerušovanou soulož a symptotermální metodu.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaké jsou měsíční cenové náklady na antikoncepci v různých věkových skupinách. Nejvíce utrácejí za antikoncepci ženy ve věku 15-20 let, průměrně 219 korun. Současně bylo zaznamenáno, že nejvíce za antikoncepci utrácejí ženy, které se na financování dělí rovným dílem s partnerem.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jaký vliv má hormonální perorální antikoncepce na délku a bolestivost menstruace. Bylo zaznamenáno, že ženy, které užívají perorální hormonální antikoncepční metodu mají menstruační cyklus pravidelnější a v průměru méně bolestivý.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, podle jakých kritérií ženy vybírají antikoncepční metodu. Nejvíce žen, ve všech věkových kategoriích volilo odpověď, že nepreferují užití tablet. To by mohlo souviset s prvním dílčím cílem, kde bylo zjištěno, že perorální hormonální antikoncepci užívá jen okolo 18 % žen.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANTIKONCEPCE, 2021. O antikoncepci. *Antikoncepce.cz*. Online. Dostupné z: https://www.antikoncepce.cz/hormonalni-nitrodelozni-telisko. [cit. 2024-02-03].

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

BROUL, Marek; HOKŮVOVÁ, Petra; ŠIMÁČKOVÁ, Barbora a SCHRAML, Jan, 2022. Možné komplikace vasektomie. *Urologie pro praxi*. Online. Roč. 23, č. 3, s. 138-141. Dostupné z: https://www.solen.cz/pdfs/uro/2022/03/06.pdf. [cit. 2024-02-03].

ČEPICKÝ, Pavel, 2021. *Gynekologické minimum pro praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3027-6.

ČESKÉ NOVINY, © 2020. Dostupné z: https://www.ceskenoviny.cz/pr/index_view.php?id=1862259 [cit. 2024-02-03].

ČIHÁK, Radomír, 2013. *Anatomie 2*. 3., uprav. a doplň. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4788-0.

DIBONOVÁ, Markéta, 2019. Metodika výuky sexuální výchovy. In: KOLIBA, Petr; WEISS, Petr; NĚMEC, Martin a DIBONOVÁ, Markéta. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetřovatelství.* Praha: Grada Publishing, s. 20-23. ISBN 978-80-271-2039-0

FAIT, Tomáš, 2012. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-280-3.

GERŽOVÁ, Hedvika, 2007. Antikoncepce a adolescentka. *Pediatrie pro praxi.* Online. Roč. 1, s. 20-23. Dostupné z: https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2007/01/04.pdf_[cit. 2024-02-03].

GEORGES, Jamin Christian; HÄUSLER Gunther; ABASCAL Paloma Lobo; FIALA Christian; LETE LASA Luis Ignacio et al., 2017. Development and Conceptual Validation of a Questionnaire to Help Contraceptive Choice: CHLOE (Contraception: HeLping for wOmen's choicE). *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care.* Online. Vol. 22, no. 4., s. 286–90. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/13625187.2017.1364719 [cit. 2024-02-03].

HRUBÁ, Renata, 2020. Antikoncepce a sexuální zdraví. In: PROCHÁZKA, Martin a kol. *Porodní asistence*. Jessenius. Praha: maxdorf jessenius, s.129-144. ISBN 978-80-7345-618-4.

HRUŠKOVÁ, Hana, 2009. Hormonální antikoncepce – novinky, přínosy, rizika, nové preparáty. *Interní medicína pro praxi*. Online. Roč. 11, č. 12, s. 569-572. Dostupné z: http://solen.cz/pdfs/int/2009/12/09.pdf [cit. 2024-02-03].

CHARAMZA, Jíří a KOPECKÝ, Miroslav, 2020. Reprodukční orgány ženy. In: PROCHÁZKA, Martin a kol. *Porodní asistence*. Jessenius. Praha: maxdorf jessenius, s.75-91. ISBN 978-80-7345-618-4.

KOČAŘOVÁ, Michaela, 2022. *Současné názory žen a jejich partnerů na antikoncepci*. Online, bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/50968/kočařová_2022_dp.pdf?sequence=-1&isAllowed=y [cit. 2024-02-14].

KOLIBA, Petr, 2014. Antikoncepce u mladistvých – aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatrie pro praxi.* Online. Roč.15, č. 6, s. 148-151. Dostupné z: https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf [cit. 2024-02-03].

KOLIBA, Petr, 2014. Antikoncepce u mladistvých-aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatrie pro praxi*. Online. Roč. 15., č. 6, s. 348-352. Dostupné z: https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf. [cit. 2024-02-03].

KOPECKÝ, Miroslav, 2020. Prenatální období. In: PROCHÁZKA, Martin a kol. *Porodní asistence*. Jessenius. Praha: maxdorf jessenius, s.99-126. ISBN 978-80-7345-618-4.

KOVÁŘ, Petr, 2019. Antikoncepce. Online. Dostupné z: https://www.gynprenatal.cz/antikoncepce. [cit. 2024-02-14].

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

Lékárna Dr. Max, © 2024. Online. Dostupné z: https://www.drmax.cz/kartavyhod/cenik-antikoncepce. [cit. 2024-02-14].

MATYÁŠOVÁ, Hana, 2008. *Antikoncepce*. Online, bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z:

https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/7420/maty%20%20ov%20_2008_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=n [cit. 2024-02-14].

MARDEŠIĆ, Tonko, 2013. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4458-2.

MAREŠOVÁ, Pavlína a FIALA, Luděk, 2018. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví.* 2. vyd. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4852-1.

MERKUNOVÁ, Alena a OREL, Miroslav, 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1521-6.

MIMH, Mike; GANGOOLY, Subrata and MUTTUKRISHNA, Sarvananthan, 2011. The normal menstrual cycle in women. *Animal reproduction Science*. Online. Vol. 124, iss. 3-4, s. 229-236. ISSN 0378-4320. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378432010004148?casa_token=H6wPHMU9VPIAAAAA:29E-phhel5dw9onS_aYHQ_TFvl67c2eHVNWSRMA-PdKgHdYJFcu_pUjRkHJuPyMwsQLZL1OSRg. [cit. 2024-02-03].

MŠMT, 2009. *Doporučení k realizaci sexuální výchovy na základních školách*. Online. Dostupné z: https://www.msmt.cz/file/8304_1_1/. [cit. 2024-02-14].

MŠMT, 2010. *Sexuální výchova-Vybraná témata*. Online. Dostupné z: https://www.msmt.cz/file/10975/download/. [cit. 2024-02-14].

NAŇKA, Ondřej a ELIŠKOVÁ, Miloslava, 2019. *Přehled anatomie*. 4. vyd. Praha: GALÉN. ISBN 978-80-7492-450-7.

PROCHÁZKA, Martin, 2020. *Porodní asistence*. Jessenius. Praha: maxdorf jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

RIAZ, Marryam; SUKHERA Shazia; LATEEF Naghmana; ILYAS Jawaria; BALOUCH Varda et al., 2022. Effect of Hormonal Supplementation on Pain Tolerance in Women, A Cross Sectional Study. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*. Online. Vol 16, no. 04, s. 1083-1085. ISSN 2957-899X. Dostupné z: https://doi.org/10.53350/pjmhs221641083 [cit. 2024-02-03].

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

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

ŘÍMOVSKÁ, Zdeňka a JANIŠ, Kamil, 2022. Antikoncepce ve světle historie. *Ošetřovatelské perspektivy*. Online. Roč. 5., č. 2, s. 85-94. ISSN 2571-0702. Dostupné z: https://osp.slu.cz/contents/osp/2022/02.pdf#page=85. [cit. 2024-02-03].

SITRUK-WARE, Regine, Anita NATH and Danile R. MISHELL, 2013. Contraception technology: past, present and future. *Contraception*. Online. vol. 87, s. 319-330. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.08.002 [cit. 2024-02-03].

STÖPPER, Melissa Conrad, 2021. *Birth Control Side Effects, Advantages, and Disadvantages.* Online. Dostupné z: https://www.medicinenet.com/barrier_methods_of_birth_control/article.htm#male_condom. [cit. 2024-02-03].

STÖPPER, Melissa Conrad, 2022. *9 Natural Birth Control Options.* Online. Dostupné z: https://www.medicinenet.com/natural_methods_of_birth_control/article.htm. [cit. 2024-02-03].

UZEL, Radim, 2006. *Sexuální výchova*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-69-5.

UZEL, Radim. *Sexuální všehochuť: (podle abecedy)*, 2014. Ilustroval Jiří WINTER-NEPRAKTA. Praha: Epocha. ISBN 978-80-7425-227-3.

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

WEISS, Petr, 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.

WILSON, Hannah and TASHANI, Osama, 2016. Hormonal contraceptive pill effect on pain sensitivity response. *International Journal of Clinical and Experimental Physiology.* Online. Vol. 3, no. 4, s. 166. Dostupné z: https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA476101717&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=23488093&p=HRCA&sw=w&userGroupName=anon%7E4aa7ef7a&aty=open-web-entry [cit. 2024-02-03].

ZÁMEČNÍK, Libor, 2014. Právní úprava vasektomie v České republice. *Urologie pro praxi*. Online. Roč. 15, č. 3, s. 123-125. Dostupné z: http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2014/03/06.pdf. [cit. 2024-02-03].

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

cm Centimetr

ml Mililitr

mm Milimetr

mg Miligram

μg Mikrogram

g Gram

č. Číslo

např. Například

ČR Česká republika

Kč Koruna česká

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Rozhodování o první antikoncepční metodě 34
Graf 2: Věková kategorie 35
Graf 3: Rozložení zdrojů informací o antikoncepci 36
Graf 4: Dostatečnost informací o antikoncepci získaných ve škole 37
Graf 5: Kritéria výběru antikoncepce 38
Graf 6: Aktuálně používané antikoncepční metody 39
Graf 7: Délka používání antikoncepční metody 40
Graf 8: Zvažovaná změna aktuální antikoncepční metody 41
Graf 9: Měsíční náklady na antikoncepci 42
Graf 10: Role ceny antikoncepce při jejím výběru 43
Graf 11: Podíl finančního příspěvku partnera na financování antikoncepce 44
Graf 12: Podpora úplného hrazení některých forem hormonální antikoncepce z veřejného zdravotního pojištění 45
Graf 13: Zvažovaná změna antikoncepční metody v kontextu plného hrazení všech antikoncepčních metod ze zdravotního pojištění 46
Graf 14: Plánování rodičovství v budoucnu 47
Graf 15: Zhodnocení pravidelnost menstruačního cyklu 48
Graf 16: Charakterizace obvyklého menstruačního cyklu 49
Graf 17: Očekávané benefity od antikoncepce mimo kontracepci 50
Graf 18: Bolestivost menstruace 51
Graf 19: Rozložení zdrojů informací o antikoncepci v jednolivých věkových kategoriích 53
Graf 20: Dostatečnost informací o antikoncepci získaných ve škole u žen, které jako hlavní zdroj informací uvedly školu 53
Graf 21: Aktuálně používané antikoncepční metody vzhledem k věku 55
Graf 22: Měsíční náklady na antikoncepci vzhledem k věku 56
Graf 23: Měsíční náklady na antikoncepci při spolufinancování partnerem 56
Graf 24: Kritéria výběru antikoncepce vzhledem k věku 58

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Informovanost žen v oblasti metod antikoncepce

Dobrý den,

Jmenuji se Zuzana Vlčková a jsem studentkou 3. ročníku porodní asistence na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění krátkého dotazníku k mé bakalářské práci s názvem Informovanost žen v oblasti metod antikoncepce. Dotazník je určen pro ženy od 15 do 50 let, je zcela anonymní a zjištěné informace budou použity pouze pro mou bakalářskou práci.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

1. Zvažujete výběr své první antikoncepční metody?
Označte jen jednu odpověď

- o Ano
- o Ne

2. Kolik je Vám let?
Označte jen jednu odpověď

- o 15 - 20
- o 21 - 30
- o 31 - 40
- o 41 – 50

3. Kde jste se dozvěděla nejvíce informací o antikoncepci?
Označte jen jednu odpověď

- o Doma
- o Ve škole
- o Na internetu
- o Od kamarádky
- o Na gynekologii
- o Knížky
- o Jiné

4. Přišly Vám informace o antikoncepci získané ve škole dostačující?
Označte jen jednu odpověď

- Ano
- Ne

5. Vyberte prosím, podle kterých kritérií vybíráte antikoncepci*
Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Potřebuji kontrolovat svůj menstruační cyklus
- Vybírám podle účinnosti bez ohledu na ostatní faktory
- Nevadí mi každodenní užívání
- Nevadí mi užívání každý týden
- Preferuji užívání jednou za měsíc nebo více
- Vadí mi užití během pohlavního styku
- Neobávám se rizik při použití hormonálních metod
- Nepreferuji užití tablet
- Chtěla bych mít možnost otěhotnět okamžitě po ukončení užívání antikoncepce
- Preferuji metodu bez lékařského předpisu
- Chci nevratnou metodu
- Jiné

6. Vyberte z následujícího seznamu antikoncepční metody, které používáte:*
Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Cervikální pesar
- Diafragma
- Podkožní implantát
- Injekční antikoncepce
- Nehormonální nitroděložní tělísko
- Hormonální nitroděložní tělísko
- Mužský kondom
- Ženský kondom
- Antikoncepční náplast
- Perorální antikoncepce - kombinované tablety
- Perorální antikoncepce - tablety obsahující pouze progestin
- Spermicidy
- Antikoncepční houba
- Vaginální kroužek
- Přerušovaná soulož
- Symptotermální metoda
- Žádnou z uvedených možností
- Jiné

7. Jak dlouho používáte antikoncepční metodu z předchozí otázky?*
Označte jen jednu odpověď

- Méně než 12 měsíců
- Více než 12 měsíců

8. Chcete změnit svou aktuální antikoncepční metodu?*
Označte jen jednu odpověď

- Ne, chtěla bych pokračovat v užívání dosavadní metody
- Ano, kvůli nežádoucím vedlejším účinkům
- Ano, dosavadní metoda nesplňuje mé představy
- Ano, nevyhovuje mému současnému životnímu stylu
- Ano, protože jsem si na ni nezvykla
- Ano, chci zkusit novou metodu z jiných důvodů

9. Kolik korun utratíte za antikoncepci měsíčně?

10. Jak velkou roli hrála při výběru antikoncepce její cena?
Označte jen jednu odpověď.

- 0 - Žádnou
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 - Zásadní

11. Jak velkým dílem se Váš partner podílí na financování antikoncepce?
Označte jen jednu odpověď.

- 0 – Nepodílí se
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 – Zcela hradí

12. Byla byste pro úplné hrazení některých druhů hormonální antikoncepce ze zdravotního pojištění (stejně jako např. ve Francii nebo Velké Británii)?
Označte jen jednu odpověď.

- Ano
- Ne

13. Pokud by byly všechny antikoncepční metody hrazeny ze zdravotního pojištění, uvažovala byste nad změnou dosavadní metody?
Označte jen jednu odpověď

- Ano
- Ne

14. Plánujete v budoucnu děti?*
Označte jen jednu odpověď.

- Ano, do 1 roku nebo méně
- Ano, za 1 rok a více
- Ne, neplánuji
- Nevím

15. Měla jste během posledních 12 měsíců pravidelný menstruační cyklus (21-35 dní)?*
Označte jen jednu odpověď

- Ano, po celou dobu
- Ano, alespoň v polovině případů
- Nikdy

16.Které z následujících možností nejvíce vystihují Váš obvyklý menstruační cyklus?*
Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Krvácím silně - potřebuji si měnit vložku nebo tampon v intervalu 1-3 hodin
- Moje menstruace trvá více než 5 dní
- Obvykle mám bolesti v podbřišku nebo bolesti v bedrech
- Obvykle mě bolí hlava
- Většinou mám citlivé a bolestivé prsa
- Obvykle potřebuji lék na bolest
- Žádná z možností

17. Jaké další výhody očekáváte od antikoncepce (kromě zabránění početí)?*
Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Zpravidelnit menstruační cyklus
- Zmírnit nebo zkrátit menstruační krvácení (během i mimo menstruaci)
- Možnost oddálení menstruace
- Zmírnit premenstruační příznaky (bolest zad, nadýmání, napětí v prsou, bolest hlavy, změny nálad,...)
- Snížit výskyt akné
- Mít pod kontrolou svou hmotnost
- Snížit riziko přenosu sexuálně přenosných onemocnění
- Žádné

18. Vyberte na škále od 0 do 10, jak bolestivá je většinou Vaše menstruace: *
Označte jen jednu odpověď

- 0 - Bezbolestná
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 – Velmi silná, nesnesitelná bolest