

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



**Sitora Ikramova**

Plánované rodičovství u žen ve fertilním věku

Planned parenthood of women in reproductive age

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2012

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 29.03.2012

Sitora Ikramova

Podpis

Identifikační záznam:

IKRAMOVA, Sitora. *Plánované rodičovství u žen ve fertilním věku. [Planned parenthood of women in reproductive age]*. Praha, 2012. 93 s., 14 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Kulhavá, Miluše.

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Miluše Kuhlavé za její neocenitelnou odbornou pomoc, přínosné připomínky a cenné rady, kterými přispěla k vypracování této bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala paní PhDr. Haně Mášové za pomoc s kontrolou celé práce. Děkuji také svým rodičům za pomoc při zpracování dat a velkou podporu.

Sitora Ikramova

**Abstrakt:**

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Příslušné kapitoly teoretické části jsou zaměřené na anatomii pohlavního ústroje žen, menstruační cyklus, plodnost a fertilní věk. Další kapitoly pojednávají o způsobech plánování rodičovství z různých úhlů pohledu (zdravotních, sociálních, ekonomických a právních). Další kapitola je soustředěná na moderní metody antikoncepce, jejich porovnání a následuje zanalyzování výhod a nevýhod příslušných metod plánování rodičovství. Empirická část je tvořena kvantitativním výzkumem na základě dotazníkového šetření, které bylo provedeno mezi ženami fertilního věku. Zkoumaný soubor tvořili 106 respondentek. Hlavním cílem práce je zjistit, zda ženy v ČR plánují své rodičovství.

Z výsledků práce vyplývá, že 77 % respondentek plánuje své rodičovství a relativně dobře umí předcházet nechtěnému těhotenství, pomocí různých antikoncepčních metod. Více než 50 % respondentek preferuje metodu hormonální antikoncepci. Výsledky průzkumného šetření jsou prezentovány pomocí tabulek a grafů.

**Klíčová slova:**

Fertilní věk, pozitivní plánování rodičovství, asistovaná reprodukce, negativní plánování rodičovství, antikoncepce, umělé ukončení těhotenství, zdravý životní styl.

**Abstract:**

The thesis is divided into theoretical and empirical parts. The corresponding chapters of theoretical part are focused on the anatomy of the genital tract of women, the menstrual cycle, fertility and fertile age. Then follows discourse on family planning methods from different points of view (public health, social service, economy and law). Next chapter concentrates on modern contraceptive methods, compares each of them and analyses the advantages and disadvantages of parenthood planning methods. The empirical part consists of quantitative research based on a questionnaire survey which was carried out among women of fertile age. The researched group consists of 106 respondents. The main aim of the thesis is to determine whether women in the CR planning their parenthood.

The results of the research are showing that more than 77 % of women in reproductive age are planning their parenthood and relatively well can prevent unwanted pregnancies using various contraceptive methods. More than 50 % of investigated respondents prefer method of hormonal contraception. The results of the research are represented by tables and graphs.

**Keywords:**

Fertile age, positive planning of parenthood, assisted reproduction, negative planning of parenthood, contraception, abortion, healthy lifestyle

## OBSAH

ÚVOD .....	11
TEORETICKÁ ČÁST .....	12
1 ANATOMIE ŽENSKÉHO POHLAVNÍHO ÚSTROJÍ.....	12
1.1 Zevní pohlavní orgány .....	12
1.2 Vnitřní pohlavní orgány.....	14
2 MENSTRUAČNÍ CYKLUS.....	15
3 PLODNOST A FERTILNÍ VĚK.....	18
4 PLÁNOVÁNÍ RODIČOVSTVÍ .....	20
4.1 POZITIVNÍ PLÁNOVÁNÍ RODIČOVSTVÍ .....	21
4.2 NEGATIVNÍ PLÁNOVÁNÍ RODIČOVSTVÍ .....	24
5 MODERNÍ METODY ANTIKONCEPCE .....	28
5.1 Přirozené plánování rodičovství .....	28
5.2 Bariérová antikoncepce.....	32
5.3 Chemická antikoncepce .....	33
5.4 Nitroděložní antikoncepční tělíska (IUD).....	34
5.5 Chirurgická antikoncepce .....	35
5.6 Hormonální antikoncepce .....	35
5.7 Postkoitální antikoncepce .....	39
6 UMĚLÉ UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ .....	40
7 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA JAKO SOUČÁST ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU ŽENY.....	44
EMPIRICKÁ ČÁST .....	48
SLOVO ÚVODEM.....	48

1 CÍLE.....	48
2 METODIKA VÝZKUMU.....	49
3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	49
4 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	50
DISKUZE .....	77
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	82
ZÁVĚR .....	83
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	84
SEZNAM PŘÍLOH.....	88
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	88
SEZNAM GRAFŮ .....	89
SEZNAM TABULEK .....	91
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	92

# ÚVOD

Pro svoji závěrečnou práci jsem si vybrala téma: „Plánované rodičovství u žen ve fertilním věku“. Avšak to nebyl náhodný výběr. Důvodem k tomu byla stálá aktuálnost daného tématu. Plánování rodičovství je nejenom aktuální v dnešní době, ale zároveň je i velice zajímavou a užitečnou oblastí z hlediska praktického života.

Aktuálnost tohoto tématu spočívá v tom, že v průběhu posledních dvou desetiletí je problém lidské reprodukce středem pozornosti vědců po celém světě. Každoročně půl milionu žen ve světě umírá na příčiny spjaté s těhotenstvím, z nichž polovina je následkem nežádoucího početí. Podle WHO a UNICEF ze 100 známých těhotenství u dospívajících žen po celém světě 24 – 32 případů končí interrupcí, z nichž polovina je nezákonná. Zahraniční studie ukazují, že pomocí moderních metod antikoncepce je možné snížit počet umělých potratů o 25 až 50 %, a tím pádem i úmrtnost žen na následné komplikace. Proto je plánování rodičovství považováno za jeden ze základních a nejdůležitějších prvků ochrany zdraví mládeže, žen a dětí. Metody plánování rodičovství umožňují předejít nechtěnému otěhotnění, zabránit přenosu pohlavních nemocí a AIDS, vyhnout se rizikům neplodnosti, poskytují stanovení optimálních intervalů mezi porody, umožňují načasovat první těhotenství a určit počet dětí v rodině. Plánování rodičovství je soubor nejenom zdravotnických, ale i sociálních opatření, která se věnují péči o zdravou populaci a snížení rizik nález řadou závažných nemocí.

Úkoly práce jsou odvozené ze stanovených cílů. Hlavním cílem práce je zjistit, zda ženy plánují své těhotenství. Dalším cílem je zjistit, jaký je nejčastější způsob ochrany před nežádoucími těhotenstvími v současné době a zjistit, co ovlivňuje výběr příslušného způsobu ochrany.

Ve své práci jsem se snažila vytyčit nejdůležitější a nejaktuálnější otázky dané oblasti. Nicméně sféra zdravotnictví a reprodukčního života je natolik rozsáhlá, že bohužel není možné v této práci obsáhnout a probrat problematiku v celé její šíři.

Při vypracování své práce jsem použila odbornou literaturu a webové stránky uvedené v seznamu a rovněž statistické údaje.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ANATOMIE ŽENSKÉHO POHLAVNÍHO ÚSTROJÍ

Každá žena by měla mít alespoň základní představu o tom, z čeho se skládají ženské pohlavní orgány a jak jsou uspořádány. Stejně jako každá jiná část těla i pohlavní orgány jsou u každé ženy odlišné. Liší se jak celkovým vzhledem, tak i velikostí jednotlivých částí. K vnitřním a zevním ženským pohlavním orgánům patří všechny orgány nutné pro početí, těhotenství a porod. Ženské pohlavní orgány se dle místa uložení dělí na zevní a vnitřní. Jako zevní pohlavní orgány se označují pohlavní orgány nasedající zvenku na oblouk stydkých kostí. Vnitřní jsou pak uloženy uvnitř pánve. V pánvi je směrem zpředu, za stydkou sponou, uložený močový měchýř. Za ním je děloha, která je částečně pohyblivá a ze dna pánevního vyčnívá do dutiny břišní. Spojení se zevním genitálem tvoří pochva. Po stranách dělohy jsou uloženy vejcovody a vaječníky. Za dělohou je na zadní stěně pánve uložený konečník (rektum). Podíváme se na každý orgán zvlášť.

### 1.1 Zevní pohlavní orgány

Ženské zevní pohlavní orgány (*organa genitalia feminina externa* - vulva) je soubor útvarů, které jsou přístupny zraku. Patří sem **mons pubis** (Venušin pahorek), poštváček, velké stydké pysky, malé stydké pysky, panenská blána a hráz.

**Mons pubis** neboli **Venušin pahorek** je trojhranné polštářovité vyklenutí nad částí podbřišku a před spojením velkých stydkých pysků. Tvoří ho tuková vrstva krytá hrubou kůží. Po pubertě je na něm typické ochlupení. Vývoj a udržování tohoto tukového polštáře jsou hormonálně závislé, a proto patří mezi zevní pohlavní orgány.

**Clitoris** nebo také **poštéváček** je hrbolek o velikosti menší fazole, pokrytý sliznicí a obsahující četná nervová zakončení. Je to vlastně zbytek embryonálního základu zevních rodidel, ze kterého vzniká u chlapců penis. Je lokalizován před ústím močové trubice a je k němu připojena kůže malých stydkých pysků. Tvoří jej houbovitá tkáň, která se při pohlavním vzrušení naplní krví. Dochází tím ke zvětšení poštváčku.

**Labia majora pudendi (velké stydké pysky)** jsou to párové kožní valy dlouhé zhruba 8 cm o tloušťce 2-3 cm, které obloukovitě obklopují poševní vchod. Tvoří je tuková tkáň, ve které jsou uloženy cévní pleteně. Na zevní ploše velkých stydkých pysků je řídké ochlupení. Zevnitř je kůže tenká, lesklá a má charakter sliznice. Oba stydké pysky naléhají na sebe a tvoří stydkou štěrbinu. V zadní třetině velkých stydkých pysků jsou uloženy velké předsíňové žlázy, které tvoří hlenovitou látku zvlhčující poševní předsíň a poševní vchod při pohlavním podráždění.

**Labia minora pudendi (malé stydké pysky)** jsou vzájemně spojené kožní řasy o délce 3-4 cm a tloušťce 5 mm. Jsou uloženy mezi velkými stydkými pysky. Tvoří je elastické vazivo a žilní síť. Kůže, již jsou kryty malé stydké pysky je jemná, bez ochlupení a s velkým počtem žlázek. Jejich volný okraj je zřasený. Vpředu jsou pysky každé strany rozdelené ve dvě kožní řasy – zevní přechází na horní plochu poševní vchodu a tvoří jeho předkožku, vnitřní přirůstají k poševnímu vchodu jako uzdička. Dozadu se pysky snižují, a buď přecházejí do ztracena, anebo se mohou spojovat do uzdičky a vytvářet jakousi jamku před poševním vchodem.

**Poševní předsíň (vestibulum vaginae)** je prostor, který ohraničují malé stydké pysky. Do této štěrbině ústí malé vestibulární hlenové žlázy. Vpředu pod poševní vchodem je zevní ústí močové trubice a pod ním je poševní vchod. Vzadu je předsíň ohraničená spojkou velkých stydkých pysků.

**Hymen (panenská blána)** - je pevná slizniční řasa částečně uzavírající u panen poševní vchod. Může mít různý tvar, například kruhovitý, poloměsíčitý, s jedním nebo více otvory, přes které odtéká menstruační krev. Při prvním pohlavním styku se panenská blána roztrhne, obvykle za mírného krvácení. K úplnému jejímu odstranění dochází při porodu. Blána je poměrně slabá a k jejímu protržení nemusí dojít jenom při pohlavním styku.

**Hráz (perineum)** – část zevních rodidel mezi rektum a zadní spojkou velkých stydkých pysků. Tvoří ji svaly pánevního dna, zevní svěrač a vazivo. Za porodu se hráz stává součástí měkkých porodních cest (viz příloha B, obr. č. 1). (ČIHÁK, R., 2002; GRIM, M., DRUHA, R., 2005).

## 1.2 Vnitřní pohlavní orgány

Vnitřní pohlavní orgány (*organa genitalia feminina interna*) jsou uloženy v pánevním prostoru. **Pochva**, latinsky **vagina**, je trubicový svalový orgán vystlaný sliznicí. Vytváří štěrbinovitou dutinu, která ústí do poševní předsíně, odkud směřuje dozadu a vzhůru, kde se upíná na děložní hrdlo. Část děložního hrdla je v pochvě jako děložní čípek. Prostor kolem čípku se nazývá klenba poševní. Pochva je orgán, jenž spojuje zevní a vnitřní rodidla. Uskutečňuje svou funkci při pohlavním styku, menstruaci a porodu. Poševní stěna je elastická, což umožní při porodu průchod novorozence. Po prodělaném porodu jsou na poševních stěnách příčné řasy. Vchod do vagíny je částečně kryt panenskou blánou. Délka, šířka a tvar pochvy se mohou velmi měnit. Poševní dutina je normálně vždy uzavřena a její okraje se dotýkají. Částečně se otvírá při menstruaci, sexuálním styku a porodu. Umělým zásahem se otvírá k vložení antikoncepčních tělísek nebo vaginálních injekcí. K zabránění průniku bakterií pochvou dále do dělohy, je důležitá přítomnost bakterie *Laktobacila*, která udržuje fyziologické (kyselé) poševní prostředí chránící pohlavní orgány před infekcí (viz příloha B, obr. č. 2).

**Děloha, uterus** – je dutý orgán se silnou svalovou stěnou, ve které probíhá vývoj zárodku až do porodu. Děložní dutina má tvar trojúhelníku postaveného na vrchol, je 8 – 9 cm dlouhá a váží přibližně 50 g. Dole se děloha zužuje v děložní hrdlo (*cervix uteri*), kterým prochází kanál. Zúžení nahoře v místě přechodu hrdla v děložní dutinu se nazývá vnitřní branka. Vyústění kanálu do pochvy je zevní branka. V děložním hrdle jsou žlázy, v nichž se tvoří cervikální hlen. Tento hlen uzavírá kanál na způsob zátky. Jeho vlastnosti se mění během menstruačního cyklu vlivem pohlavních hormonů. Část děložního hrdla, jež se nachází v pochvě, se označuje jako děložní čípek. Horní, širší část, se označuje jako děložní tělo (*corpus uteri*), které je zepředu dozadu zploštělé. Má přední a zadní stěnu, po stranách jsou hrany a děložní dno (*fundus uteri*). Nahoře do stran na dutinu navazují vejcovody. Stěny dělohy jsou 1 – 1,5 cm silné, tvoří je hladká svalová vlákna. Děložní dutina je vystlána děložní sliznicí (*endometrium*), která se v každém menstruačním cyklu obnovuje. V pánvi je děloha fixována několika páry děložních vazů.

**Vejcovody (*tubae uterinae*)** jsou to dva trubicovité orgány 12 cm dlouhé. Odstupují od děložních rohů do stran a končí volně nad vaječníky. U děložních rohů jsou vejcovody

tenčí, rozšiřují se směrem do stran a končí rozšířením, kterému se říká ampule. Stěnu vejcovodu tvoří hladká svalová vrstva navenek pokrytá pobřišnicí (peritoneum). Pobřišnice tvoří pod vejcovodem duplikaturu, pomocí které je vejcovod zavěšen na horní okraj širokého děložního vazů. Uvnitř jsou vejcovody vystlány sliznicí, která tvoří podélné řasy, obsahující hlenotvorné buňky. Peristaltickými pohyby svaloviny a za pomoci řasinek posunují vajíčko z vaječníků do dělohy, což je jejich hlavním úkolem. Ve většině případů zde dochází ke splnutí vajíčka a spermie.

**Vaječníky** – ovaria jsou párové orgány velikosti a tvaru zploštělé švestky. Jsou zavěšené na peritoneální řase k zadnímu listu širokého vazů pod ampulární částí vejcovodů. K děloze je vaječník připoután vazivovým pruhem a dalším pruhem je zavěšen na pánevní stěnu. Ovaria mají dvě funkce. Především vytvořit a uvolnit zdravé a oplození schopné vajíčko. Druhým úkolem je produkce ovariálních hormonů (estrogen, progesteron), vyvolávajících změny na děložní sliznici, hrdle, poševní sliznici a mléčné žláze. Zrání vajíčka se cyklicky opakuje, stejně jako tvorba vaječnickových hormonů (viz příloha B, obr. č. 3). (ČIHÁK, R., 2002; GRIM, M., DRUHA, R., 2005).

## 2 MENSTRUAČNÍ CYKLUS

Plodná fáze života ženy začíná s první menstruací – menarche. Pro každou dívku je to individuální, ale nejčastěji je to období od 12. do 16. roku života. Menstruaci se říká i měsíční cyklus, protože každá perioda za normální situace trvá měsíc. Jde ale o měsíce lunární, což je 28 dnů, nikoli o měsíce kalendářní. Doba trvání menstruačního cyklu je pro každou ženu různě dlouhá, stejně jako i jeho pravidelnost. Menopauzou se končí reprodukční období ženy. Vyskytuje se obvykle ve věku 45 – 55 let.

Menstruační cyklus nebo zkráceně menstruace je pravidelně se opakující fyziologický proces hormonálních změn, jejichž vlivem se děložní sliznice připravuje na přijetí oplodněného vajíčka. Vyskytuje se typicky mezi pubertou a koncem reprodukčních let (menopauza). Hlavním cílem celého procesu je připravit děložní sliznici (endometrium) k přijetí oplodněného vajíčka. Nedojde-li k oplodnění a těhotenství, následuje odlučování děložní sliznice. Toto krvácení slouží jako znak, že nezačalo těhotenství. Avšak není to

jednoznačné, protože někdy krvácení může existovat i během počátečních stádií těhotenství. Délka menstruačního cyklu se počítá prvním dnem krvácení (je to 1. den cyklu) a trvá až do dalšího menstruačního krvácení. Průměrná délka cyklu je 28 dnů, ale za normální se považuje od 24 do 35 dnů. Není to stabilní během celého života ženy a s věkem se může měnit.

Hormony hrají nepostradatelnou roli při procesu rozmnožování. Vytvoření a vzájemné ovlivnění několika hormonů umožní bezproblémový průběh menstruačního cyklu. Nejprve vyšle mezimozek signál k sekreci gonadotropního uvolňovacího hormonu (GnRH). Tento hormon podá signál hypofýze, která následně vyplaví další dva hormony: hormon stimulující folikul (FSH) a luteinizační hormon (LH). Oba tyto hormony působí přímo na vaječníky, čímž stimulují zrání vajíček a později spouštějí ovulaci. Vaječníky začínají rovněž produkovat takzvané ženské pohlavní hormony – estrogeny a progesteron, které jsou důležité pro uhnízdění oplodněného vajíčka. Tyto hormony hlásí mozku, kdy může utlumit produkci řídicích hormonů (GnRH, FSH a LH). Vajíčka ve vaječníku jsou obklopené vrstvou granulóznic buněk a vrstvou vazivové tkáně. To všechno dohromady tvoří folikul. Granulózní buňky se podílejí na regulaci látkové výměny mezi vajíčkem a okolní tkání a také vytváří kolem vajíčka ochranné pouzdro.

Celý cyklus se dělí na čtyři fáze, které na sebe opakovaně navazují. První fáze je **menstruační**. Tato fáze trvá zpravidla prvních pět dní cyklu a projeví se krvácením. Po skončení menstruace nastává fáze folikulární, v níž dochází k opětovnému rychlému nárůstu děložní sliznice. Folikulární fáze končí tzv. ovulací - uvolněním zralého vajíčka. Po ovulaci nastává fáze luteální. V této fázi dochází k dalšímu nárůstu sliznice a zlepšuje se její kvalita. Pokud nedojde k oplodnění vajíčka, nastává kolem 26. – 28. dne cyklu fáze ischemická, kdy dojde ke snížení průtoku krve do děložní sliznice. Děložní sliznice se začne rozpadat a následuje menstruační fáze nového cyklu.

Menstruace je několikadenní krvácení, obvyklé trvající 3 – 7 dní. Organismus se tímto způsobem zbavuje přes vagínu větší části odumřelé děložní sliznice (endometria) a krevních produktů. Někdy se tomuto výtoku chybně říká krev, ale ve skutečnosti se jeho složení liší od žilní krve. Je to směsice krve, hlenu z děložního hrdla a odumřelé sliznice. Při menstruaci odchází zhruba 50 – 150 ml nesrážlivé menstruační krve. Pro snadné

odtékání krve a zabránění jejího srážení v sekretu je přítomen enzym plazmin. Jak už bylo zmíněno, délka cyklu je u každé ženy jiná. Důležitá ale je pravidelnost cyklu. U mladých dívek jsou časté nepravidelné cykly, nicméně tento stav by se měl časem upravit. Jinak je vhodné navštívit gynekologa. Pár dní před samotnou menstruací některé dívky pocítí úji bolesti břicha, zad, napětí v prsou, změny psychického stavu a řadu dalších potíží. Menstruační bolesti (dysmenorea) se vyskytují u mladých žen a zpravidla mizí po porodu. Bolesti jsou někdy kruté, projevují se křečí v podbřišku, v bederní oblasti a jsou provázeny nevolností i dokonce zvracením. Jsou označovány jako premenstruační syndrom.

Po ukončení menstruace následuje **fáze folikulární**, která trvá zpravidla od 6. dne cyklu. Folikulo stimulující hormon – FSH (produkovaný hypofýzou) začíná ovlivňovat vývoj a zrání folikulů. Jakmile jeden folikul dozraje, vývoj ostatních folikulů se zastaví. Folikuly pod vlivem FSH produkují estrogény, které tuto fázi cyklu řídí. Pod vlivem estrogenů dochází k rychlému nárůstu děložní sliznice. Folikuly procházejí různými stádii vývoje. Již v nitroděložním vývoji vzniknou ve vaječnících dívky primární folikuly, což jsou vajíčka, která jsou obklopena jednou vrstvou buněk. Začne-li se tento folikul vyvíjet, přemění se ve folikul sekundární. Ten je již tvořen vajíčkem s více vrstvami buněk. Z něj pak vzniká folikul terciární, který kromě vajíčka a buněk obsahuje ještě dutinku vyplněnou tekutinou. Z tohoto folikulu se stává folikul zralý, nazývaný též Graafův. Než se z primárního folikulu stane Graafův, uplyne 85 dnů.

Kolem 14. dne cyklu se prudce zvýší hladina luteinizačního hormonu, produkovaného hypofýzou a díky tomu dochází k prasknutí folikulu a vyplavení vajíčka, tedy k **ovulaci**. Jakmile folikul praskne, vytryskne z něj tekutina, která s sebou strhne vajíčko včetně doprovodných výživných buněk. Vajíčko se uchytí na řasinkách vejcovodu, kterým je pak dále posunováno směrem do dělohy. Pokud ve vejcovodech již čekají spermie, dochází ihned k oplodnění. Pakliže nejsou spermie k dispozici, může dojít k oplodnění v průběhu následujících 24 – 48 hodin.

Po ovulaci nastává **fáze luteální**. Tato fáze trvá od 15. do 26. dne cyklu a je řízena progesteronem. Po prasknutí folikulu se jeho zbytky přemění pod vlivem luteinizačního a luteotropního hormonu ve žluté tělísko. Žluté tělísko produkuje zejména progesteron. Díky progesteronu vzrůstá aktivita žláz v endometriu, které se prodlužují a rozšiřují.

Endometrium v této fázi má charakteristický houbovitý vzhled a dosahuje výšky 7 – 10 mm. Není-li vajíčko oplodněno, nastane fáze ischemická.

**Ischemická fáze** nastává mezi 26. až 28. dnem cyklu. Po dvanácti až šestnácti dnech žluté tělíčko zaniká a dochází k prudkému poklesu progesteronu. Cévy, jež vyživovaly endometrium, se zužují či uzavírají a endometrium se začíná rozpadat. Objeví se menstruace, čímž se celý cyklus opakuje. (ROB, L., MARTAN, A., CITTERBART, K. et al., 2008; GRIM, M., DRUHA, R., 2005).

### 3 PLODNOST A FERTILNÍ VĚK

Muži (na rozdíl od žen) obecně preferují mladší partnerky před partnerkami sice staršími, ale ověřenými a ještě plodnými. Důvodem této preference by mohla být sexuální strategie (vědomá či nevědomá), která vede muže k tomu, aby se pokoušeli zajistit si sexuální přístup k ženě po celou dobu jejího fertilního věku. Muž touží být otcem všech jejích dětí, proto je v některých kulturách tak vysoce ceněno panenství, které uvedenou exkluzivitu zaručuje. Jedním z vedoucích faktorů při výběru stabilního partnera je věk. Muži, bez ohledu na stáří, preferují ženy ve věku mezi necelými dvaceti a necelými třiceti lety, tedy „late teens“ až „late twenties“, s vrcholem preferencí žen ve věku mezi 18 až 22 lety. Věk je totiž nezávisle na kultuře prvním ukazatelem fertility. Po tomto věku ženská atraktivita pozvolna klesá a tento pokles dramaticky akceleruje kolem padesátky, průměrného věku menopauzy. Uvedená věková preference představuje kompromis mezi maximálním ženským reprodukčním potenciálem (relevantním pro muže z hlediska dlouhodobého partnerského vztahu) a maximální fertilitou (relevantní z hlediska jednorázového sexuálního styku). Fertilní období žen je omezeno na relativně krátkou dobu, ale plodnost mužů se podstatně nesnižuje ani ve vyšším věku. Plodnost je vlastně schopnost zralého organismu vytvářet životaschopné potomstvo. Opakem je sterilita (neplodnost). Fertilní věk je období v životě ženy, během kterého je schopna otěhotnět a donosit plod. V demografii se udává, že plodný věk je od 15 do 49 let.

Plodnost (fertilita) je demografickým ukazatelem, který vyjadřuje počet narozených dětí na jednu ženu. Za hraniční hodnotu potřebnou k zachování populace se obvykle považuje

hodnota 2,1 potomků na jednu ženu. V současné době v ČR a v dalších okolních státech je plodnost hluboko pod touto hranicí. Pokles nastal v roce 1990 (Wikipedia. Plodnost. [Online] cit. 07.03.2012. <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Plodnost>>).

Průměrný věk prvorodiček v současné době v České republice i po celém světě stoupá. Podle statistik průměrná Češka porodí své první dítě kolem šestadvacátého roku. V období první republiky porodnost byla na nízké úrovni, dítě nebylo podmínkou k rychlejšímu získání bydlení či sociálních výhod. Po druhé světové válce nastal v porodnosti logicky pochopitelný nárůst. Skončení války vyvolalo v lidech optimismus a očekávání lepší budoucnosti. Dalším důvodem nárůstu porodnosti byla změna politického režimu státu na komunistický. Vláda začala podporovat myšlenku řádné rodiny a především zajišťovala jistotu dostatku pracovních míst pro všechny obyvatele. Rodina, ve které byly děti, měla nárok na privilegia, finanční výhody i společenské uznání. V této době byla omezená možnost cestování a nic neodrazovalo mladé lidi od založení rodiny. Během padesátých let však porodnost začíná opět klesat. Je to z důvodu snížení počtu potenciálních rodiček a tím snížení počtu narozených dětí. V roce 1957 vešel v platnost potratový zákon. Schválení beztrestného přerušování těhotenství bylo dalším krokem ke značnému snížení porodnosti v dalších několika letech. „Porodní revoluce“ a známý babyboom nastal v 70. letech minulého století. Vláda se rozhodla rázně zvýšit porodnost a zaměřila se na rodinnou politiku a podporu mladých lidí. Došlo k mnoha úpravám sociálních systémů, zvyšování finančních přídavků v době mateřských dovolených a k výstavbě bytových prostorů. Tímto způsobem se podařilo vládě velmi rychle zvýšit porodnost o několik desítek procent. Koncem sedmdesátých let nastává v porodnosti další pád, který prakticky trvá až dodnes. V dnešní době je situace jiná. Mladí berou odpovědnost za svou finanční situaci do vlastních rukou. Vybudovat si však pozici s odpovídajícím finančním ohodnocením stojí jisté úsilí, jehož výsledky nejsou patrné za pár měsíců, nýbrž za několik let. Díky tomu dochází k stálému zvyšování průměrného věku rodiček.

Podle mezinárodních statistik je na celé planetě zatím jen tři až čtyři sta matek, které porodily ve vyšším věku než padesát let. Žen, které se staly matkami po šedesátce, ve světě zatím moc není, a rozhodně se nedá mluvit o přirozenosti a je to do určité míry krok proti přírodě. Fertilní věk začíná průměrně patnáctým rokem, kdy dívky dospívají a mohou otěhotnět, i když po společenské stránce a z hlediska osobnostní vyzrálosti by se narození

děti mělo posunout do pozdějšího věku. Schopnost mít děti přirozenou cestou končí zhruba kolem 45. roku věku. A to i přesto, že žena může menstruuovat do padesáti i více let, ale kvalita vajíček a biologická schopnost otěhotnět je minimální nebo žádná. Zdravá třicetiletá žena při snahách o početí má 20 % pravděpodobnost, že otěhotní během prvního měsíce, zatímco zdravá čtyřicetiletá žena pouze 5 %. (ŠILHOVÁ, L., STEJSKALOVÁ, J., 2006).

V těhotenství se zvyšuje riziko cévních problémů, hypertenze, ženám se mohou zhoršit křečové žíly. Těhotenství je velký nápor na kardiovaskulární systém, a v pokročilejším věku je toto riziko podstatně větší. Zvyšuje se pravděpodobnost výskytu gestačního diabetu. Hrozí vyšší riziko potratu, trombózy a embólie. U starších matek je především indikován císařský řez. Po pětatřicátém roce věku ženy rostou i rizika genetických vad. Nejčastěji jde o Downův syndrom, případně jiná poškození plodu. Ke všem rizikovým faktorům se u starších matek přidává i nebezpečí předčasného porodu. (ŠILHOVÁ, L., STEJSKALOVÁ, J., 2006).

## 4 PLÁNOVÁNÍ RODIČOVSTVÍ

Každý nový lidský život začíná oplodněním ženského vajíčka mužskou spermií. Avšak zdaleka ne vždy je početí dítěte cílem pohlavního styku. Obvyklé mínění ve společnosti je, že o ochranu před nechtěným těhotenstvím se stará především žena. Ano, ve skutečnosti tomu tak je, ale jsem přesvědčená, že odpovědnost za důsledky by měla ležet ve stejné míře na každém z partnerů.

Podle definice odborníků WHO, termín „plánování rodičovství“ označuje takové činnosti, jež jsou určeny pomoci jednotlivcům a párům k dosažení určitého výsledku, jako jsou: ochrana před nechtěným těhotenstvím, načasování vhodné doby těhotenství, porod požadovaného dítěte, možnost kontrolovat interval mezi těhotenstvími, určovat počet dětí v rodině a zabránit příliš časnému těhotenství. Ústavy zabývající se otázkami plánování

rodičovství poskytují klientům vzdělání v oblasti hygieny, konzultace a poradenství v plánování rodičovství, zajištění a poskytování antikoncepčních přípravků, poučují o manželství a rodině, pomáhají v organizaci a realizaci řady vyšetření za účelem odhalení pohlavně přenosných nemocí, HIV/AIDS, eventuálně zhoubných nádorů atd.

Plánování rodičovství může mít dvojí charakter. Pod pojmem pozitivní plánování rodičovství rozumíme péči o neplodné partnerské páry a všechna opatření ze strany tohoto páru na cestě k vytouženému otěhotnění. Metody asistované reprodukce představují obrovský pokrok v problematice neplodnosti a dávají šanci zoufalým partnerským párům na získání celistvé rodiny. Také sem patří tzv. propopulační opatření ze strany vlády a společností, směřované na podporu porodnosti a zlepšení populačního vývoje, jako jsou dávky, mateřská dovolená, přídavky na děti, daňové výhody rodinám s dětmi a další.

Negativní plánování rodičovství spočívá ve snaze zabránit nežádoucímu otěhotnění. Jde vlastně o použití antikoncepčních metod. Antikoncepční praktiky a prostředky byly známy již ve starověku. Od té doby uběhlo hodně času a antikoncepce podstoupila kardinální změny. V současné době antikoncepce představuje celou řadu moderních a spolehlivých způsobů ochrany před otěhotněním. Antikoncepce zároveň chrání ženy před pohlavně přenosnými nemocemi a umožňuje načasovat těhotenství na vhodnou dobu. Jen některá antikoncepční metoda chrání ženy před pohlavně přenosnými nemocemi. (TRČA, S., 2009).

## **4.1 POZITIVNÍ PLÁNOVÁNÍ RODIČOVSTVÍ**

### **Asistovaná reprodukce**

Těhotenství je v obecném povědomí běžnou záležitostí. Velká část populace se snaží zabránit otěhotnění a používají se všemožné antikoncepční metody. Nicméně se může neplánovaná těhotenství stát nečekanou a nepříjemnou komplikací. Pro jiné páry je těhotenství žádané a plánované, ale bohužel nemožné. Těhotenství není jednoduché a samozřejmé. Podle WHO je neplodnost stav, kdy při pravidelném pohlavním styku během jednoho roku (některé zdroje udávají dobu dvou let) nedojde k otěhotnění, a to bez použití antikoncepčních metod. Pokud žena nebyla dosud nikdy těhotná a nemůže otěhotnět, hovoříme o primární neplodnosti. Sekundární neplodnost znamená, že k otěhotnění

nedochází u ženy, jež byla někdy těhotná (i když těhotenství skončilo potratem). Může se stát, že žena sice otěhotní, ale není schopna dítě donosit. Pak hovoříme o infertilitě. Tyto diagnózy jsou důvodem pro aktivní léčbu. Neplodnost představuje závažný problém, který stále narůstá hlavně ve vyspělých zemích. V současné době přibližně 25 % manželských párů v evropských zemích je bezdětných, z nichž asi 15 % se setkává s nechtěnou bezdětností, tudíž neplodností. Moderní medicína v dnešní době činí zázraky. Na pomoc zoufalým partnerským párům přichází asistovaná reprodukce. Během posledních 20 let techniky asistované reprodukce udělaly velký pokrok a zásadně změnily přístup k léčbě neplodnosti. Přibližně v 90 % případů lékaři umí neplodnost vyléčit. Donedávna platilo pravidlo, že vinu za neplodnost má samozřejmě žena. Avšak vědci prokázali, že příčina neplodnosti je téměř stejně častá na straně muže. Podle statistických údajů příčina neplodnosti je ve 40 % na straně muže, v 50 % na straně ženy a v 10 % je příčina neplodnosti zcela neznámá. Na snížení plodnosti se podílejí jak okolní vlivy prostředí, tak i samotný životní styl párů, zejména kouření, pití alkoholu, přejídání se, odkládání těhotenství na pozdější dobu apod. Typickými příklady příčin neplodnosti u muže mohou být impotence, anatomické (vývojové) poruchy, nedostatečná tvorba spermií, narušená pohyblivost spermií a jiné. Ženská neplodnost je spojena s anovulací (nepřítomnost ovulace), neprůchodnost vejcovodů, syndrom polycystických vaječníků, nedostatek hormonů, stres, obezita a řada dalších příčin. V dnešní době má mnoho párů tendenci všechno si naplánovat a postupovat pak dle tohoto plánu. Nejprve dostudovat, najít si vhodné zaměstnání, pořídit si vlastní bydlení, a teprve pak přichází na řadu úvaha o možném počtu dítěte. Dnešní ženy plánují své první dítě o několik let později, než tomu bylo dříve. Ale rizika neplodnosti stoupají s věkem ženy. Dlouhodobý stres může vážně narušit hormonální funkci. Pokud je snížena tvorba hormonů, nedochází ke správnému dozrávání vajíček. Když pak přesto dojde k uvolnění a oplodnění vajíčka, neumožní nízká hladina hormonů jeho uhnízdění v děloze. Při léčbě neplodnosti lékaři využívají metodu hormonální léčby nebo umělého oplodnění, dokonce i oplodnění s dárcovstvím vajíčka. U některého druhu neplodnosti skutečně žádné jiné řešení není (např. neprůchodnost vejcovodů), i když i tato metoda nemá 100 % úspěšnost. Na prvním místě je třeba provést řadu vyšetření. Součástí základních gynekologických vyšetření žen je vyšetření děložního čípku, prsou, bazální hladiny hormonů (LH, FSH) v krvi mezi 2. – 5. dnem menstruace. Ultrazvuková folikulometrie je vyšetření, při kterém se pomocí ultrazvuku měří folikul.

Postkoitální test je vyšetření hlenů z děložního čípku. Průchodnost vejcovodů lze vyšetřit pomocí rentgenologických nebo laparoskopických metod (kymoinsuflace, hysterosalpingografie, laparoskopie a hysteroskopie). Princip vyšetření je jednoduchý – přes děložní hrdlo se aplikuje do dělohy plyn nebo tekutina, která prochází do vejcovodů, a jsou-li průchodné, pokračuje do dutiny břišní. K základnímu vyšetření může patřit především vyšetření spermiogramu, genetické a hormonální vyšetření. Jde o laboratorní vyšetření, při nichž se hodnotí počet spermií na 1 ml, jejich pohyblivost a tvar hlaviček, křčků a bičíků. U obou partnerů se provádí vyšetření krve na pohlavně přenosné nemoci.

Metody asistované reprodukce je soubor postupů, při kterých dochází k manipulaci se zárodečnými buňkami (spermii a vajíčky) v rámci léčby neplodnosti ženy nebo muže. **Arteficiální inseminace (AI)** je vnesení spermií partnera (homologní inseminace - AIH) nebo spermií dárce (heterologní inseminace - AID) do pohlavního ústrojí ženy. Spermie jsou vpraveny do děložního hrdla nebo do děložní dutiny pomocí speciální stříkačky s nástavcem. Před tím se spermie musí vyčistit a zbavit bakterií a cizorodých látek. Inseminace spermii dárce je spojena s celou řadou etických, právních a zdravotnických problémů. **In vitro fertilizace a embryotransfer (IVF ET)** – „dětí ze zkumavky“, je nejzásadnějším vědeckým a terapeutickým objevem léčby neplodnosti v posledních desetiletích. Principem této metody je oplození vajíčka spermii mimo tělo ženy a následný přenos embrya do děložní dutiny. IVF je indikován pro ženy s neprůchodností vejcovodů. **Intracytoplazmatická injekce spermie do vajíčka - ICSI** (angl. Intracytoplasmic sperm injection) je nejúčinnější metodou při neplodnosti muže, kdy je v ejakulátu výrazně snížený počet spermií. ICSI je podskupinou IVF. Provádí se pod mikroskopem pomocí speciálních skleněných jehel. **Kryokonzervace gamet a embryí** se provádí zmrazením buněk na nízké teploty (většinou na  $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$ ). Tato metoda umožňuje dlouhodobě uchovávat embrya a gameta. Zmrazování buněk se provádí ve speciálních přístrojích, v nichž jsou buňky obklopeny kryptrotektivy (látky chránící před poškozením způsobeným mrazem). Z důvodu ochrany před poškozením jsou přístroje programovány na postupné snižování teploty. Asistovaná reprodukce se neustále vyvíjí a zdokonaluje. Programy darování gamet a embryí je další variantou řešení situace neplodnosti. Podle definice je za dárce považována osoba stojící mimo neplodný pár. Metody asistované reprodukce nám umožňují ve většině případů vyléčit neplodnost, ale jsou také předmětem etických sporů.

Úhrady asistované reprodukce jsou pojišťovny omezeny. In vitro fertilizaci hradí pojišťovny jen ženám do 39 (někdy do 40) let věku, a to třikrát celý cyklus IVF ET a jednou stimulaci ovaríí a cyklus až do fáze odběru oocytů včetně. Inseminace pojišťovny hradí šestkrát za rok. Poplatek za sperma dárce nehradí vůbec (500 – 1000 Kč). Po celé ČR jsou pracoviště a centra asistované reprodukce, kde pacienti mohou získat informace o léčbě neplodnosti a poradit se s odborníky. (ŘEŽÁBEK, K., 2008; MRÁZEK, M., 2003).

## **4.2 NEGATIVNÍ PLÁNOVÁNÍ RODIČOVSTVÍ**

### **4.2.1 Co představuje antikoncepce?**

Antikoncepce neboli kontracepce je souhrnný termín pro metody ochrany proti oplodnění při vaginálním styku. Má zabránit setkání a spojení vajíčka se spermií vnikající do pohlavního ústrojí ženy při souloži. Existuje několik antikoncepčních metod s různou spolehlivostí.

Antikoncepce není jen ochrana před nechtěným těhotenstvím. Je to také ochrana zdraví ženy a cesta k narození zdravého dítěte tehdy, kdy ho rodiče chtějí mít. Rozhodnutí o tom, kdy mít děti nebo zda je vůbec mít, je právo každé ženy. Díky obrovskému výběru antikoncepčních metod se může žena vyhnout nežádoucímu těhotenství a mít bezpečný pohlavní styk, čímž chrání sebe i svého partnera. Výběr antikoncepce je poměrně složitý úkol a je velice individuální záležitostí. Metoda by měla být přizpůsobena stylu života ženy, je třeba brát také v úvahu stanovisko partnera, neměla by škodit organismu, měla by být dostupná a mít maximální účinnost. Výběr vhodného způsobu antikoncepce je nezbytné prokonzultovat se svým gynekologem.

Žijeme v éře výpočetní techniky, kosmických cest, moderní medicíny a dokonce i umělého vytvoření života. Plánovaná porodnost je jedním z nesporných úspěchů moderní doby. Perorální hormonální antikoncepce, nitroděložní tělíška, chirurgické metody – všem těmto efektivním metodám jsme vděční XX. století. Antikoncepce se používá již od dávnověku. V současné době se antikoncepce stává bezpečnější a vhodnější pro použití.

Moderní antikoncepce umožňuje spolehlivě zabránit nežádoucímu otěhotnění v plné výši. Má však i své vedlejší účinky. V této kapitole se pokusím popsat metody moderní

antikoncepce, a zároveň odhalit specifika jednotlivých metod antikoncepce a identifikovat pozitivní i negativní aspekty moderních antikoncepčních metod.

V dnešní době, stejně jako i jiné farmaceutické výrobky, se antikoncepce stává lákavou oblastí v podnikání. Je to obrovský trh, ve kterém je vysoká konkurence. Podle statistických údajů jen v ČR obrat představuje kolem 4,3 miliardy korun ročně. (BARTÁK, A., 2006).

#### **4.2.2 Historie a současnost antikoncepce**

Otázka antikoncepce je stará jako lidstvo samo. Zajímá to každou ženu, která přichází do sexuálního kontaktu. Rozvoj antikoncepce je poutavý příběh, jehož ilustruje právo žen rozhodovat o těhotenství. Moderní metody ochrany při správném použití jsou docela spolehlivé a tyto metody jsou efektivní a úspěšně pomáhají ženám předcházet nechtěnému těhotenství. Ale nebylo to tak vždy. Už od dávných dob hledali lidé způsoby regulování porodnosti. Je zajímavé, že téměř všechny metody moderní antikoncepce jsou známy již řadu staletí. Samozřejmě, že pokrok je značně změnil, ale podstata zůstává stálá. Například existují doložené důkazy, že kalendářní způsob ochrany před nechtěným otěhotněním používaly již kmeny Afriky a Ameriky. Metoda přerušované soulože byla jediná možná v době středověké Evropy a její popis lze nalézt i na stránkách Bible: „Ale Onan věděl, že to potomstvo nebude patřit jemu; proto kdykoli vcházel k ženě svého bratra, vypouštěl semeno na zem, aby svému bratru nezapłodil potomka.“ (Bible, Genesis 38:9).

Jako antikoncepční prostředek se rovněž široce používalo odvaru z různých bylin, buď perorálně, nebo jako výplach dělohy. Staré Egyptanky roztloukaly jádra granátových jablíček, obsahující přírodní estrogen, který mohl zabránit ovulaci. Slavná Kleopatra se uchýlovala k bariérové metodě antikoncepce a používala mořské houby naložené v octě jako prototyp cervikálního pesaru a poševní diafragmy. Pomocí vosku pak Egyptané z drti vytvářeli malé „antikoncepční“ čípky a nejrůznější vaginální tampony napuštěné rostlinnými šťávami.

Změna chemického prostředí pochvy je již dlouho známá metoda antikoncepce. Dobrodruh a muž, jehož jméno je synonymem pro svůdce, Giacomo Casanova, doporučoval strčit přímo do pochvy těsně před pohlavním stykem plátek citronu, ale

jako nejspolehlivější formu antikoncepce uznával kondomy. V 16. století svět objevil mužskou antikoncepci – kondom. V té době k jeho výrobě sloužily čistě přírodní materiály – ovčí střívka, části rybích měchýřů, zvířecí kůže a někdy dokonce plátno. Je zajímavé, že i dnes existují kondomy z kůže pro ty, kdo jsou alergičtí na latex a další syntetické materiály. Podstatné změny tento výrobek podstoupil na konci 19. století po objevu gumy. Právě tehdy se kondom začíná podobat současnému produktu. Ženy té doby se uchýlovaly k různým zaříkáváním a pití zaručeně účinných lektvarů, jejichž součástí byla moč a výměšky zvířat.

Veliký zlom antikoncepce nastal teprve ve dvacátých letech dvacátého století, kdy se poprvé objevila nitroděložní tělíska, které vytvořil německý gynekolog Gräfenberg. V té době také ženy přišly na to, že si mohou vypočítat své plodné dny, což se stalo velice oblíbenou metodou. Nejprudší rozvoj moderních antikoncepčních metod nastal v šedesátých letech dvacátého století, kdy se začala používat hormonální antikoncepce. Innsbrucký fyziolog Ludwig Haberlandt (1885 – 1932) prokazuje, že menstruace je řízena hormony, které se tvoří v mozku a ve vaječnicích ženy. V roce 1921 prováděl první pokusy, jejichž cílem mělo být zablokování ovulace a tím pádem i schopnost otěhotnění ženy. Nástup druhé světové války však tento výzkum zastavil. Ke studiu vlivu hormonů na zablokování schopnosti početí ženy se vrátili o třicet let později Američané Margaret Sangerová a Gregory Pincus, kteří použili jako kontracepční metody progesteron noretinodrel v dávce 10 mg po dobu 21 dnů s následnou týdenní pauzou. V roce 1960 byl v Americe uveden na trh první hormonální přípravek tohoto druhu - *Enovid* americké firmy Searle.

1. června 1961 Schering AG v Německu představuje *Anovlar*, první perorální antikoncepční pilulku v Evropě. Ve stejném roce je pilulka uvedena i na australský trh. *Anovlar* je k dostání v lékárnách a na lékařský předpis. Podle předních světových historiků ani Einsteinova teorie relativity, ani atomová bomba, dokonce ani moc počítačů a internetu neovlivnily lidstvo 20. století víc než antikoncepční pilulka.

V letech 1965 – 1968 hormonální antikoncepce vyvolává kontroverzní reakci z hlediska odborníků a žen. Užívání perorálních antikoncepčních prostředků se výrazně snižuje z důvodu kontraindikace. Na začátku 70. let se hormonální antikoncepce, jež byla jablkem

sváru, přeměňuje v nedílnou součást života ženy, což samozřejmě vede k poklesu plodnosti. Od té doby prošla hormonální antikoncepce mnoha změnami. Liší se jak způsoby podání, tak množstvím hormonů.

V roce 2000 farmaceutická společnost Bayer Schering Pharma předložila na trh Yasmin – unikátní výrobek v oblasti hormonální antikoncepce. Jeho jedinečnost je v kombinaci vysoké antikoncepční spolehlivosti a v řadě dalších výhod, jako zlepšení akné, snížení mastnoty kůže a vlasů. K dnešnímu dni je *Yasmin* (*Yadine*) nejoblíbenější perorální antikoncepce v USA a Evropě, včetně ČR.

Mezi nejmodernější přípravky patří *Yaz* – výrobek téže společnosti Bayer Schering Pharma, který byl uveden na trh USA v roce 2006. *Yaz* je zásadně nový lék se silnými léčivými účinky pro ženy, které trpí premenstruačním syndromem. Monofázická antikoncepce *Yaz* je od září 2008 novinkou na českém trhu. Je výjimečná tím, že kromě nízké dávky estrogenu obsahuje gestagen, který umožňuje novou formu dávkovacího schématu 24+4 tablety. Antikoncepce *Yaz* se užívá nonstop, a tím nedochází k menstruačnímu krvácení po libovolně dlouhou dobu. *Yaz* nabízí ženám nové dávkovací schéma, a to 24 aktivních pilulek obsahující účinné látky a 4 neaktivní pilulky s obsahem cukru, které doplňují balení na 28 dní. Během této čtyřdenní pauzy není ženské tělo vystaveno hormonálnímu šoku, protože účinné látky neklesnou na nulovou hranici.

Díky již zmíněnému gestagenu zatěžuje organismus ženy minimálně a má výrazný účinek proti zadržování tekutin v těle. Pomáhá ulevit otokům končetin a obličeje a snižuje výskyt bolestí hlavy i prsou a může také pomoci odstranit kolísání tělesné hmotnosti. Působí na problematickou pleť, snižuje výskyt akné, zlepšuje kvalitu vlasů a harmonizuje psychiku ženy. V USA se *Yaz* doporučuje nejen jako hormonální antikoncepce, ale i jako lék k léčbě premenstruačního dysforického syndromu. *Yaz* je vhodná pro každou ženu, která netrpí onemocněním vylučujícím užívání antikoncepce.

V současné době je hormonální antikoncepce a další metody antikoncepce jsou nedílnou součástí ženského života. Antikoncepční přípravky jsou neustále zdokonalovány, získávají nové vlastnosti a důsledně vykonávají svou primární funkci – chrání před nežádoucím těhotenstvím. (BARTÁK, A., 2006; ROB, L., MARTAN, A., CITTERBART, K. et al., 2008).

## 5 MODERNÍ METODY ANTIKONCEPCE

### 5.1 Přirozené plánování rodičovství

Přirozené plánování rodičovství (PPR) (angl. *natural family planning*) se také nazývá „metody periodické abstinence“ nebo „přirozená antikoncepce“. Podle definice WHO (1988) zahrnuje „metody plánování a předcházení těhotenství na základě sledování přirozeně se vyskytujících známek a symptomů plodných a neplodných fází menstruačního cyklu. Lidé, kteří používají PPR k vyhnutí se početí, se zdržují v potenciálně plodných dnech pohlavního styku. Ti, kteří o těhotenství usilují, používají PPR k určení plodného období, čímž maximalizují pravděpodobnost těhotenství“. Někteří autoři „rozšiřují tuto definici tak, že zahrnuje [také] identifikaci jiných období, kdy sledování přirozených známek může ukazovat na déle trvající období neplodnosti, jako např. během kojení“ (Wikipedia. Přirozené plánování rodičovství. [ONLINE] revise 08.02.2012 [cit. 14.03.2012] <[#cite\\_note-1](http://cs.wikipedia.org/wiki/Přirozené_plánování_rodičovství)>). PPR je souhrn metod, které vedou k využití přirozených ukazatelů plodných a neplodných dní. Je to antikoncepce, která nepoužívá žádné pomůcky či léky a nevyžaduje žádný speciální zákrok. Patří k ní přerušovaná soulož (coitus interruptus) a různé metody stanovení ovulace a vynechání soulože v plodných dnech (např. sledování bazální teploty, cervikálního hlenu, Ogino-Knausova metoda, sledování změn na děložním čípku či krystalizace slin). Tento způsob antikoncepce umožňuje usilovat o těhotenství, stejně jako se mu vyhýbat.

Je vědecky dokázáno, že žena má během každého menstruačního cyklu plodná a neplodná období. Nejdřív bych chtěla zmínit, co si představujeme pod pojmem plodné období. Jde vlastně o dny menstruačního cyklu, kdy při pohlavním styku může dojít k oplodnění vajíčka spermií, tedy k početí dítěte. Anglicky se tomu říká „fertile window“, tj. „plodné okno“ cyklu, jež trvá zpravidla 6 dnů. Jeho délka je dána součtem životnosti vajíčka (dobou, kdy si vajíčko je schopno být oplodněno) a životnosti spermií (schopnost spermií oplodnit vajíčko). Během těchto dnů je pravděpodobnost oplodnění vajíčka nejvyšší. Z těchto dnů jsou pak nejplodnějšími den před ovulací a den ovulace. Při pravidelném 28 denním menstruačním cyklu nastává ovulace zpravidla mezi 12. a 16.

dnem menstruačního cyklu, výjimečně i dříve nebo naopak později. (viz příloha B, obr. č. 13). Prvním dnem menstruačního cyklu je první den menstruačního krvácení. Den, v němž ovulace nastává, lze poměrně přesně určit pomocí ovulačního testu. Životnost mužských spermií je uváděna mezi 3-5 dny, pokud je k tomu příznivé prostředí (tažný a vodnatý plodný hlen děložního čípku). Životnost ženského vajíčka po jeho uvolnění z vaječníku je 12 - 24 hodin. Proto může dojít k otěhotnění i v dalších 5 - 6 dnech po pohlavním styku. Pravděpodobnost oplodnění vajíčka při jednom pohlavním styku v období plodných dní je zhruba 30 – 50 % v závislosti na věku ženy a muže. Tak pouze v plodném období může vést sexuální styk k těhotenství. Naopak neplodné období jsou další dny menstruačního cyklu, v nichž nedochází k oplodnění ženského vajíčka spermií. Organismus ženy projevuje změny a poskytuje příznaky k určení plodné a neplodné doby. Existují různé techniky, které ukazují, zda žena má plodné dny. Proto je dobré a užitečné umět svému tělu a organismu porozumět a vědět, jak tyto techniky využívat při plánování rodičovství.

Jedním z dnešních trendů v oblasti PPR je metoda, jež je založena na stanovení hladiny LH hormonů (luteinizační hormon) v moči. Množství LH, který je v moči každé ženy, se dramaticky zvýší uprostřed menstruačního cyklu. Zvýšení LH vyvolává ovulaci, což je doba kdy dochází k uvolnění vajíčka. Na měření hladiny LH existují různé technické pomůcky, minipočítače, ovariální testy apod. **Ovulační test** (např. Wondfo) slouží k přesnému určení dne, kdy je možné s největší pravděpodobností otěhotnět. (viz příloha B, obr. č. 8, 9). Testovací proužek se ponoří na pár vteřin do vzorku moči. Pokud je test pozitivní, tj. zbarvení je stejné nebo silnější než na kontrolním vzorku, pak je nejvhodnější doba k otěhotnění. Pakliže je test negativní, tak se jedná o neplodné období. Ovulační testy jsou certifikované a jejich prodej je schválen v celé EU pro profesionální a domácí sebetestování. Další variantou je **minipočítač *ClearBlue Fertility monitor*** (viz příloha B, obr. 10). Minipočítač *Clearblue Fertility Monitor* je metoda přirozená, neinvazivní a snadná k použití. Balení obsahuje testovací tyč a ruční monitor pro identifikaci změn hladiny hormonů. Monitor zaznamenává údaje o osobním cyklu ženy a sestavuje obraz plodných dnů. Zjištěné plodné dny pomocí ovulačního testu a minipočítače jsou tedy velmi přesné a zároveň i rychlé. Každá žena je může snadno použít sama v domácím prostředí. Nevýhodou je, že tyto moderní techniky jsou drahé.

**Přerušovaný pohlavní styk** (lat.coitus interruptus) je metoda známá již od starověku. Spočívá v přerušení soulože ještě před mužskou ejakulací. Cílem je zabránit spermiím v cestě do pohlavního ústrojí ženy. Avšak ne všichni muži dokážou ten proces kontrolovat. Další nevýhodou této metody je preejakulační tekutina, jež se vylučuje chvíli před ejakulací z bulbouretrální žlázy. Někdy se jí také říká "kapička touhy", přestože to může být i víc než jen kapička. Jejím úkolem je neutralizovat zbytky kyselé moči (ochránit spermie) a podílet se též na lubrikaci (z menší části). Může obsahovat spermie, a to je jedním z důvodů vysoké nespolehlivosti přerušované soulože. Tato metoda je natolik riskantní a nespolehlivá, že by se měla uplatňovat jen jako nouzové opatření. Přece i špatná antikoncepce je lepší než vůbec žádná. V poslední době však popularita coitus interruptus klesá, především u mladší generace, v souvislosti s popularitou celé řady jiných, efektivnějších způsobů antikoncepce.

**Kalendářová metoda** (angl. rhythm method), také **metoda Ogino-Knausova** - je zase založena na znalostech o životnosti ženského vajíčka a spermií. Princip spočívá v tom, že se na základě předchozích cyklů vypočítá začátek a konec plodného období. Tato metoda antikoncepce předpokládá pravidelnost menstruačního cyklu. Hodnotí se jako nedostatečně spolehlivá a zastaralá.

**Teplotní metoda** je další vhodná metoda k zjištění ovulace a plodného období. Spočívá v měření bazální tělesné teploty. Žluté tělísko, jež vzniká po ovulaci, vylučuje progesteron. Ten zase zvyšuje bazální teplotu z fyziologických 36,5° C na 36,6-36,8° C. Bazální teplota se měří vždy ráno v pochvě nebo v konečníku minimálně 5 minut ve stejnou hodinu. Nejvhodnější doba je ráno ihned po probuzení. Přibližně 3. den po vzestupu teploty hladina progesteronu klesá a s tím klesá i bazální teplota. Tím okamžikem přichází neplodné období. Pravidlo "tři po šesti" spočívá v tom, že jestliže se naměří ve třech po sobě následujících dnech teplota vyšší než v šesti dnech předcházejících, znamená to, že k ovulaci již došlo a nastává neplodné období až do začátku příští menstruace (viz příloha B, obr. č. 14). Pokud teplota neklesá a stále se udržuje na zmiňovaných hodnotách, znamená to obvykle těhotenství. Bazální teplota by se měla měřit každý den pokud možno ve stejném prostředí, čase a v klidu. Veškeré změny sledujeme a hodnoty zaznamenáváme do tabulky.

**Hlenová metoda (Bilingova metoda).** Cervikální hlen neboli hlen děložního hrdla je jedním z nejdůležitějších signálů začátku plodného období. Děložní hlen umožňuje spermiím vhodné podmínky k životu během dalších 3 – 5dnů po pohlavním styku. U poševního vchodu se občas objevují výtoky, a to je právě cervikální hlen. Charakter hlenu může svědčit o nástupu plodných dnů. V nejplodnějším období se stává hlen řidším, vodnatým, vysoce kluzkým, tažným, vylučuje se ve větším množství a je možno ho vytahovat mezi prsty až na vzdálenost několika centimetrů. Tak zvaný „hlenový vrchol“ je poslední den výskytu hlenu, po něm pak přichází neplodné období. Během neplodných dní je hlen hustý, tvoří se v menším množství a eventuálně chyby. Proto se také tomuto období říká „suché dny“. Následujícího dne se hlen stává opět hustým a je ho méně. Je ovšem nutno zdůraznit, že na změny hlenu mohou působit i další vlivy (např. zánětlivé onemocnění pochvy provázené výtokem, sexuální vzrušení apod.). Proto by se pozorování hlenu mělo dít ve vyhovujícím čase, většinou když jde žena ráno na toaletu. Každodenní pozorování se může zaznamenávat do menstruačního kalendáře. Existují různé možnosti označování charakteru hlenu, např. písmeny H = hlen, S = sucho (žádný viditelný hlen) anebo různými barvami. Označují se také vrchol tažnosti a řidkosti. Změny hlenu nastávají u každé ovulující ženy, mají však často individuální charakter, kterému se naučí porozumět právě žena sama.

**Symptotermální metoda** je metoda přirozeného plánování rodičovství, která je založena na kombinaci více metod přirozené antikoncepce. Tato metoda kombinuje sledování bazální tělesné teploty, hlenu děložního čípku a některých doplňujících příznaků (např. polohy a konzistence děložního čípku, napětí v prsou, bolesti v podbříšku). Považuje se za nejspolehlivější metodu PPR. Pro zaznamenání výše uvedených znaků se doporučuje vyplňovat tzv. záznamní tabulku. Pro každý jednotlivý cyklus se vyplňuje jeden list. Do tabulky se zapisuje denně měřená teplota (vždy ve stejný čas), charakteristiky hlenu (vzhled, subjektivní pocity sucha či vlhka), poloha a stav děložního čípku, bolesti či napětí v prsou, bolest v podbříšku, pohlavní styk atd. (viz příloha B, obr. č. 11).

Nejpřirozenější způsob antikoncepce je metoda laktační amenorhey. Amenorea je definována jako absence menstruace u ženy v reprodukčním věku. Fyziologicky se amenorea vyskytuje je vidět v průběhu těhotenství a během kojení. Proto se perioda laktační amenorey považuje za formu antikoncepce. Hormon prolaktin spouští

tvorbu mléka a současně potlačuje ovulaci, čímž vede k blokování menstruačního cyklu. Pro spolehlivost této metody je nezbytné splnit tři následující kritéria: plné kojení (tj. dítě nedostává žádný přírvek kromě mateřského mléka a intervaly mezi kojením jsou maximálně 4 hodiny ve dne a 6 hodin v noci); laktační amenorhea (žena nemá menstruaci); dítě není starší než 6 měsíců. Za těchto podmínek je metoda laktační amenorey velmi spolehlivá. (TRČA, S., 2009; WILLIAMS, CH., 2008; FREUNDL, G. et al., 2008).

Metody přirozeného plánování rodičovství slouží jak pro účely antikoncepční, kdy žena nechce otěhotnět, tak i při snahách zcela opačných, když se otěhotnět snaží. Pokud žena praktikuje metody PPR, umí přesně rozpoznávat signály svého těla, a tak zvyšuje své šance na otěhotnění. V případě, že nechce otěhotnět, tato metoda může posloužit jako spolehlivá náhrada hormonální či jiné antikoncepční metody. Metody PPR ponechávají pohlavnímu styku jeho přirozenou krásu, plnost a spontánnost, zatímco kondomy, pesary, pěny, globule, želé apod. rozhodně narušují jeho přirozený charakter.

## 5.2 Bariérová antikoncepce

Bariérové metody antikoncepce patří mezi nejstarší. V první polovině 20. století byly vaginální bariérové metody považovány za moderní antikoncepci a mnoho let byly jediné. Avšak v 60. letech začaly mít menší popularitu, což bylo spojené se vznikem více účinných antikoncepčních metod (hormonální a nitroděložní). V současné době vzhledem k rychlému růstu počtu sexuálně přenosných infekcí a patologií děložního čípku se popularita těchto metod výrazně zvýšila na celém světě. Použití bariérové metody antikoncepce může nejen předejít transmisivním nákazám infekcím, ale také snížit riziko jejich následků: onemocnění děložního čípku, neplodnost, rakovina, AIDS atd. Mechanismus účinku bariérové metody spočívá v zabránění průniku spermií do pochvy. Ve světě existuje celá řada různých možností bariérové metody antikoncepce. Můžeme je rozdělit na mužské a ženské.

Nejznámější a velmi rozšířený způsob mužské bariérové antikoncepce je *kondom*, jinak známý jako *prezervativ*. Jak již bylo zmíněno, kondom používali muži od doby antického Říma. Dnešní kondomy se vyrábějí z umělých hmot a jejich neporušenost před prodejem je kontrolována. Spolehlivost kondomu je velmi vysoká a zároveň je relativně levnou a

dostupnou metodou. Jednou z jeho hlavních výhod je to, že zabraňuje přenosu pohlavních nemocí včetně infekce HIV, což je aktuálním problémem dnešní doby. Avšak jsou i nevýhody. MUDr. Alexandr Barták říká, že „kondom bere pohlavnímu životu spontánnost a svobodu“. (BARTÁK, A., 2006). Asi s tím budu muset souhlasit, ale osobně si myslím, že každý člověk by měl především myslet na své zdraví a chránit sám sebe.

Mezi ženské bariérové metody můžeme zařadit cervikální pesar a poševní pesar. *Poševní pesar neboli diafragma* je gumová, umělohmotná blána ve tvaru děložního čípku s pružným kovovým prstencem. Pesar si žena zavádí do pochvy sama před každým pohlavním stykem. Pro lepší zavedení pesaru je možno ho zvlhčit spermicidním krémem nebo lubrikačním gelem. V pochvě si ho žena může nechat nejdéle 2-3 dny. Po vyjmutí je třeba ho omýt a osušit. Opakované použití je maximálně 1-2 roky. *Cervikální pesar* má tvar kloboučku a je vyroben z podobných materiálů jako kondom. Gumový klobouček má po obvodu pružinku. Žena si ho do pochvy zavádí sama maximálně na 24 hodin. Po omytí a osušení se pesar může znovu použít.

Existuje také *ženský prezervativ (femidom)*. Jde vlastně o obdobu mužského kondomu. Představuje dlouhý válcovitý sáček z tenké polyuretanové umělé hmoty s ohebnými kroužky na obou koncích. Jeden z těchto konců je uzavřený. Zavádí se do pochvy před pohlavním stykem. Při správném použití je vcelku účinný.

Výhodou je možnost jejich opakovaného použití a zdravotní nezávadnost. Naopak nevýhodou je obtížné zavádění, manipulace před stykem, nutnost nácviku. Mohou způsobit infekce močových cest a nechrání před pohlavními chorobami (viz příloha B, obr. č. 4). (TRČA, S., 2009; BARTÁK, A., 2006).

### **5.3 Chemická antikoncepce**

Patří sem *spermicidní čípky, rozpustné globule, krémy, želé a pěny*. Aplikují se vysoko do pochvy před každým stykem. Účinnost je 2 -10 hodin. Chemická látka se nazývá spermicidní, protože znehybňuje nebo usmrcuje spermie. Nevýhodou jsou alergické reakce, malá účinnost a nechránění před pohlavními nemocemi. V ČR jsou k dispozici *Patentex Oval* ve formě spermicidních čípků a *Pharmatex* v podobě čípků a krémů. Jsou k

dostání bez lékařského předpisu. Chemická antikoncepce je „sice zdravotně neškodnou a snadno dostupnou metodou, ale relativně méně spolehlivou“ uvádí MUDr. Barták ve své knize „Antikoncepce“, 2006, s. 40. Nevýhodou jsou také alergické reakce a nechránění před pohlavními nemocemi (viz příloha B, obr. č. 5). (BARTÁK, A., 2006; TRČA, S., 2009).

## 5.4 Nitroděložní antikoncepční tělíska (IUD)

*Nitroděložní tělísko* narušuje pohyb spermií i přesun vajíčka a snižuje tak schopnost jeho oplodnění. Tělíska jsou vyrobena z plastické hmoty nebo kovu. Mívají různé tvary: spirály, motýlovité, tvar písmene T nebo Y, číslice 7 apod. Rozlišujeme hormonální a nehormonální druhy IUD (viz Příloha). Tělíska hormonální (*Mirena*) uvolňují gestagen, a tak způsobují zahuštění hlenu v děloze, zamezují průniku spermií, brzdí růst sliznice dělohy a zabraňují usazení vajíčka. Tím je znemožněno i oplodnění. Nehormonální nitroděložní tělíska (*Dana*) obsahují měď, jejímž pomalým uvolňováním se zvyšuje účinnost tělíska proti spermiím. Zavádění není příliš bolestivé. Provádí ho gynekolog pomocí speciálního zavaděče do kanálu děložního hrdla a tělísko se vytlačí pístem do děložní dutiny. Obvykle se to provádí před koncem menstruačního krvácení. Metoda nitroděložní antikoncepce se doporučuje především ženám, které už rodily. Nezbytné jsou pravidelné gynekologické kontroly.

Výhodami nitroděložní antikoncepce je jednoduchost v používání a dlouhá doba použitelnosti (3 – 5 let). Nevýhodami jsou prodloužení a zesílení krvácení při menstruaci, mírné krvácení mezi cykly, určitá pravděpodobnost vypadnutí tělíska z pochvy a zvýšené riziko vzniku mimoděložního těhotenství. Dr. Williams tvrdí, že IUD je jedinou antikoncepční metodou, která zvyšuje riziko trvalé neplodnosti z důvodu vzniku bakteriální infekce, způsobené mikroorganismem *Actinomyces*. Avšak je to vzácná komplikace. (WILLIAMS, CH., 2006). (viz příloha B, obr. č. 6).

## 5.5 Chirurgická antikoncepce

Sterilizace je definitivní antikoncepční metodou. K chirurgickým metodám patří u muže *přerušení chámovodů (vazektomie)*. Je to spolehlivá, ale trvalá a nevratná metoda. Jde o přerušení kanálků, jimiž prochází semeno do prostaty. Je to malý a bezpečný výkon.

U žen hovoříme o *přerušení vejcovodů*, takzvané *podvázání*, což zabraňuje pohlavním buňkám doputovat na místo fertilizace. Dnes se nejčastěji provádí laparoskopicky a na vlastní žádost pouze u ženy po 35. roce věku a s aspoň třemi žijícími potomky, u mladší aspoň se čtyřmi potomky. *Hysterektomie* je chirurgické odstranění dělohy, a to buď celková nebo částečná (např. odstranění jenom děložního těla). K neplodnosti vede rovněž *kastrace*, která však způsobuje i hormonální změny. Jde vlastně o odstranění pohlavních žláz - vaječnicků nebo varlat. Způsobuje sterilitu a nedostatek pohlavních hormonů.

Chirurgické metody jsou sice velmi spolehlivé, ale návrat plodnosti je možný velmi obtížně nebo vůbec. V případě dalšího zájmu o dítě přichází v úvahu pouze metoda umělého oplodnění. Další nevýhodou chirurgické metody antikoncepce je, že mechanické přerušování vejcovodů, nevylučují možnost mimoděložního těhotenství. O sterilizaci ženy rozhoduje komise, protože proces podléhá zákonu. (BARTÁK, A., 2006).

## 5.6 Hormonální antikoncepce

Ženská hormonální antikoncepce byla vyvíjena v USA již od 60. let. Možnost kontrolovat početí umožnila ženám plánovat těhotenství a korigovat svůj reprodukční život. Ten pokrok sehrál velkou roli v úsilí žen o vyšší vzdělání, seberealizaci a vybudování kariéry. V dnešní době je hormonální antikoncepce asi nejčastější metodou ochrany žen před nechtěným otěhotněním. První preparát (Enovid) obsahoval velké množství hormonů, což vedlo k velké řadě nežádoucích účinků. Současné preparáty tzv. třetí generace mají minimum nežádoucích účinků a přitom mají velkou spolehlivost. Proto je tato metoda dnes běžnou a široce přijímanou záležitostí. Existuje celá řada přípravků hormonální antikoncepce. Ale nejprve bych chtěla zmínit mechanismus účinku této metody.

V podstatě princip této metody spočívá v udržení stálé hladiny hormonů v těle ženy. Tvorba pohlavních hormonů je řízena hypotalamem pomocí gonadoliberinů a následně uvolněním folikulostimulačního (FSH) a luteinizačního (LH) hormonu z hypofýzy. Tyto gonadotropiny vyvolají zvýšenou tvorbu estrogenů a gestagenů ve vaječnicích. Stoupající hladina pohlavních hormonů potlačuje uvolňování FSH a LH. Při umělém přívodu pohlavních hormonů zvenčí tedy klesají oba gonadotropiny a nedochází tudíž ke zrání a uvolnění vajíčka z vaječníku ani k mohutnému růstu a přípravě děložní sliznice pro přijetí zárodku. Zároveň dochází k potlačení růstu sliznice pochvy a tkáně mléčné žlázy, ale ne však k úplnému zastavení. Potlačení výdeje gonadotropinů pomocí zpětné vazby trvá cca 7 – 10 dní a není ani tak závislé na celkové hladině, jako spíše na kontinuální, trvalé hladině hormonů v krvi. Proto je zvláště v případě pilulek nutná pravidelnost v užívání. Hormonální antikoncepci můžeme rozdělit na kombinovanou a gestogenní.

***Kombinovaná hormonální antikoncepce*** je nejrozšířenější metodou antikoncepce v ČR i po celém světě. Obsahuje ve svém složení dva typy hormonů: estrogeny a gestageny. Zde bych si dovolila ocitovat MUDr. Bartáka, který ve své knize „Antikoncepce“ krátce a dostupně vysvětluje, proč se to vlastně nazývá kombinovanou hormonální antikoncepcí: „Základem antikoncepčního efektu je podávání estrogenu ve správné dávce. Samotný estrogen by ovšem nestačil, protože působí růst děložní sliznice. Výsledkem by bylo nepravidelné krvácení z dělohy a zvýšené riziko její rakoviny. Proto je nutné podávat, stejně jako v přirozeném cyklu, i druhý hormon, progesteron. Ten je nutný k tomu, aby zbrzdil růst sliznice dělohy, a také jedině on zajistí pravidelné měsíční krvácení. A jsem u toho: protože se v pilulce užívá kombinace 2 hormonů, jedná se o tablety kombinované. Tyto tablety se podávají obvykle 3 týdny, po nichž následuje týdenní přestávka, kdy žena nebere nic. Hladina hormonů v organismu poklesne prudce k nule, tím se napodobí pokles hormonů při zániku žlutého tělíska a žena dostane menstruaci – obvykle asi 3 dny po poslední tabletě.“ (BARTÁK, A., 2006, s. 56). O kombinované hormonální antikoncepci MUDr. Barták hovoří jako o „královně současných antikoncepčních metod“ (BARTÁK, A., 2006, s. 55).

Tento druh antikoncepce se dále dělí podle množství hormonů v jednotlivé pilulce v průběhu cyklu. Jednofázové – hladina estrogenu a gestagenu v tabletce se v průběhu cyklu nemění. Dvoufázové – hladina estrogenů je stále stejná, v průběhu cyklu se mění pouze

hladina gestagenů. A třífázové – v průběhu cyklu se mění hladiny gestagenů i estrogenů. Tato třífázová antikoncepce se snaží nejvíce zachovat pravidelnost menstruace. Výhodou této antikoncepční metody je, že je vysoce účinná, můžete si perfektně naplánovat těhotenství, navádí pravidelný menstruační cyklus a má pozitivní vliv na pleť, vlasy a nehty.

**Gestagení hormonální antikoncepce** obsahuje pouze progestin – hormon žlutého tělíska, jež blokuje ovulaci. Dochází také k zahuštění hlenu v děložním hrdle, který se stává neprůchodným pro spermie. K dispozici je ve formě injekcí, náplastí anebo jako podkožní implantát. V případě hormonální náplasti se hormony do krve dostávají pokožkou. Neprocházejí tak zažívacím traktem, a tím i méně zatěžují játra. Hormonální náplast (Evra) se aplikuje 1x týdně po dobu 3 týdnů. Náplast se lepí na břicho, hýždě nebo nadloktí. Nevýhodou této antikoncepční metody může být například alergická reakce nebo možnost odlepení náplasti. Injekční hormonální antikoncepce (Depo-Provera) se aplikuje injekčně 1x za 3 měsíce a vytváří se rezervoár, odkud se hormony kontinuálně vstřebávají do krve. Po tuto dobu je zajištěn antikoncepční účinek. Obsahuje pouze gestagen levonorgestrel. Výhodou je, že se vylučují chyby vznikající zapomináním užívání tabletek. Až 70 % žen při tomto druhu antikoncepce vůbec nemenstruuje. Návrat plodnosti po vysazení této antikoncepce bývá v rozmezí 5 – 18 měsíců. Podkožní implantát obsahuje buď jednu, nebo více tyčinek s hormonální látkou. Tyčinky se zavádí při lokálním umrtvení vpíchnutím do paže ruky na vnitřní stranu. Hormony se do těla vylučují po celou dobu ve stejném množství. Tato antikoncepce se aplikuje na 3 roky, potom se musí tělísko odstranit. Účinnost této metody je vyšší než u hormonálních pilulek a až 40 % žen při této antikoncepci vůbec nemenstruuje. Příkladem jsou *Implanon*, *Norplant*.

Hormonální antikoncepční tablety zbytečně zatěžují játra. Z tohoto hlediska jsou gestagení perkutánní metody antikoncepce výhodnější. Podle mého názoru antikoncepční náplasti jsou velice perspektivní metodou s tím, že fungují na stejném principu, jako kombinované hormonální přípravky. Sice nejsou náplasti zatím tak spolehlivé, ale předpokládám, že v blízké budoucnosti dojde k jejich vylepšení a zdokonalení. Dále výhodou gestagení hormonální antikoncepce je to, že ji mohou užívat kojící maminky. Nevýhodou ale je narušení pravidelnosti menstruačního cyklu a podstatně nižší spolehlivost této metody.

Dnešní hormonální antikoncepční přípravky jsou velice efektivní, jednoduché v užívání a nemají žádný vliv na pohlavní život. Primárním důvodem k indikaci hormonální antikoncepce je samozřejmě zabránění otěhotnění. Dále se hormonální antikoncepce nasazuje pro zpravidelnění menstruace, zmírnění premenstruačního syndromu, odstranění bolestí při menstruaci a potlačení projevů akné. Hormonální antikoncepce potlačením cyklického růstu a zraní brání tvorbě některých ovariálních cyst, nádorů prsu, ovarií a endometria (ne však čípku, ten je způsoben téměř výlučně virovou sexuálně přenosnou chorobou). Po pětiletém užívání riziko karcinomu prsu klesá téměř dvojnásobně. Vysvětluje se to tím, že dochází k potlačení neustálého růstu a zraní hormonálně závislých tkání a posléze k eliminaci chyb v DNA.

Metody hormonální antikoncepce mají také své nežádoucí účinky. K nejzávažnějším nežádoucím účinkům patří zvýšení krevní srážlivosti a z toho plynoucí nebezpečí žilní trombózy, která postihuje dolní i horní končetiny s hrozbou plicní embolie, nebo trombóza mozkových splavů, která postihuje téměř výhradně uživatelky antikoncepce. Je nutno ovšem dodat, že tyto příhody jsou u jinak zdravých fertálních žen velmi vzácné. Dalším nebezpečím je mírné zvýšení rizika některých hormonálně dependentních nádorů. Mezi středně závažné nežádoucí účinky patří zhoršení nebo vyvolání migrenózních bolestí hlavy, vznik deprese, vzestup krevního tlaku nebo mírné poruchy metabolismu jater. K nežávaným, ale stejně nepříjemným nežádoucím účinkům patří mírný přírůstek hmotnosti, způsobený spíše zadržováním vody a soli než zmnožením tukové tkáně, bolesti hlavy, nevolnost a nucení na zvracení, únava. U těchto stavů se dá očekávat zlepšení po několika měsících nebo po změně preparátu.

Dr. Williams popisuje riziko neplodnosti po užívání určitých metod hormonální antikoncepce. Uvádí, že nejrizikovějším přípravkem je Depo-Provera, jehož účinky trvají ještě devět měsíců po ukončení použití. Za rizikové, z důvodu prodloužení potřebné doby k otěhotnění, považuje i některé hormonální preparáty, antikoncepční náplastí (EVRA) a podkožní hormonální implantáty (Norplant, Implant). (WILLIAMS, CH., 2008).

Existují kontraindikace, kdy se hormonální antikoncepce nesmí předepsat ženám, co někdy prodělaly hlubokou žilní trombózu nebo mají potvrzenou některou z mutací zvyšující srážlivost krve, dále ženám s nádory prsu, vaječnicků, dělohy, pokud jsou tyto

nádory svým růstem závislé na hormonech. Není vhodná také pro ženy s nekorigovaným vysokým tlakem, labilní cukrovkou, ženy obézní, zejména jsou-li navíc starší 35 let a jsou těžké kuřačky.

V současné době se provádějí klinické zkoušky látek s antiandrogenním účinkem pro mužskou hormonální antikoncepci, ale není zatím žádný přípravek k použití vhodný. Já si myslím, že vědcům zabere ještě mnoho času, než vymyslí takovou kouzelnou věc, jako je mužská hormonální antikoncepce. (BARTÁK, A., 2006; TRČA, S., 2009; WILLIAMS, CH., 2008).

## 5.7 Postkoitální antikoncepce

Dosud popsané metody antikoncepce byly preventivní, to znamená, že by měly být použity před samotným pohlavním stykem. *Postkoitální antikoncepce* neboli *intercepce* (post – po, koitus – pohlavní styk) zahrnuje antikoncepční metody a dodatečná opatření k zabránění otěhotnění v případě nechráněného pohlavního styku nebo při selhání kondomu. Zvláštní význam má intercepce po nechtěné souloži (po znásilnění) v období očekávané ovulace. Metoda postkoitální antikoncepce je „první pomocí“ a nemůže nahrazovat žádnou z metod pravidelné antikoncepce. Existují dvě možnosti jak zabránit otěhotnění po nechráněném pohlavním styku.

První možnost je užití tzn. „morning-after pill“, tedy „pilulka následujícího rána“. Jde vlastně o přípravky, obsahující vysokou dávku hormonů. Preparát zabraňuje uvolnění vajíčka z vaječníku, případně jeho usídlení v děloze. Existují dvě modifikace takových přípravků. Yuzpeho metoda popisuje současné podání estrogeneru a progesteronu ve vyšší dávce. Je třeba si vzít naráz 4 tablety běžné kombinované hormonální antikoncepce (např. Minisiston) nejlépe do 12 hodin po souloži. Za dalších 12 hodin by měla následovat druhá dávka ve výši 4 tablet. Další variantou je podání preparátu, jenž obsahuje vyšší dávky progestinu (Postinor). V balení se nacházejí dvě dávky. Jedna se musí užít co nejdříve po styku (nejlépe do 1 hodiny), druhá za 12 hodin po první. Vysoká účinnost je do 72 hodin po nechráněné souloži. Tento lék je na lékařský předpis, recept však může předepsat nejen gynekolog, ale i praktický lékař.

Druhou možností pro zabránění těhotenství po nechráněném styku je zavedení nitroděložního tělíska. Mechanismus nitroděložního tělíska je takový, že bílé krvinky, které přitahuje do dělohy, lapají spermie a hubí je. Je-li zavedeno po styku, uplatní stejný mechanismus vůči vajíčku. I zde přídatné účinky zahrnují změnu pohyblivosti vejcovodů a struktury děložní sliznice.

Metody postkoitální antikoncepce by se měly používat jen výjimečně pro nouzové situace. Intercepce může vést k narušení menstruačního cyklu a nepravidelnému krvácení. Požití vysoké dávky hormonů v tabletách může u citlivých žen vyvolat nevolnost, zvracení. Nitroděložní tělísko se zavádí v málo vhodnou fázi cyklu, zavedení je tedy obtížnější a bolestivější a je také málo času k žádoucímu vyšetření mikrobního poševního prostředí, což by mohlo zvýšit riziko zánětu v souvislosti se zavedením. Nevýhodou je také poměrně malá spolehlivost a riziko přenosu pohlavních chorob.

Na závěr kapitoly o metodách antikoncepce bych chtěla říci, že při výběru druhu antikoncepce je nutné vzít v úvahu, zdali se jedná o ženu, která ještě dítě nemá a je rozhodnuta v dohledné době být těhotná, nebo o ženu, která již děti má a už žádné do budoucna neplánuje. V případě plánovaného těhotenství se doporučuje tři měsíce před plánovaným početím nahradit orální antikoncepci (hormonální antikoncepce) bariérovou metodou (kondom, pesar), aby mělo tělo ženy možnost očistit se od syntetických hormonů a obnovit vlastní cyklus. Při zvolení příslušného způsobu antikoncepce je třeba si uvědomit, že ne každá z antikoncepčních metod chrání ženu před nemocí, jež se přenáší pohlavní cestou. Každá žena by si měla uvědomit, že žádná z uvedených metod nezaručuje stoprocentní spolehlivost. Abstinence je jedinou metodou, která garantuje ochranu před nechtěným těhotenstvím. (BARTÁK, A., 2006).

## 6 UMĚLÉ UKONČENÍ TĚHOTENSTVÍ

„Interrupce, umělé ukončení těhotenství (UUT), případně umělý potrat je záměrné ukončení těhotenství prostřednictvím chemické látky nebo chirurgického zákroku. Bývá též nazývána *potrat*, avšak toto slovo v původním významu znamená samovolné (nezamýšlené) předčasné vypuzení plodu neschopného života.” (Wikipedia. Interrupce.

[Online] cit. 10.03.2012 < <http://cs.wikipedia.org/wiki/Interrupce>>). Podle vyhlášky MZ ČSR 11/1988 Sb., o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky se potratem rozumí „1. Ukončení těhotenství ženy, při němž: a) plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1000 g a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 28 týdnů; b) plod projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší než 500 g, ale nepřežije 24 hodin po porodu; c) z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice. 2. Potratem se rozumí též ukončení mimoděložního těhotenství anebo umělé přerušování těhotenství provedené podle zvláštních předpisů“ (Zákon ČNR č.66/1988 Sb., o umělém přerušování těhotenství. Vyhláška MZ ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství).

Důvody k provedení potratu bývají různé, od nechtěného těhotenství (věk, zoufalá finanční situace, znásilnění), až po zdravotní příčiny na straně matky či plodu. UUT může vést k určitým rizikům, jelikož je to nepřirozený zásah do organismu ženy (např. riziko poranění dělohy, neplodnost apod.).

Těhotenství je možno ukončit u ženy, která o to požádá, do 12 týdnů bez zdravotní indikace nebo ze zdravotních důvodů, jestliže je ohrožen život nebo zdraví ženy anebo zdravý vývoj plodu (vrozené vývojové vady). Po uplynutí 12 týdnů lze uměle přerušit těhotenství jen z důvodů ohrožení života či zdraví ženy nebo neschopnosti života plodu. Umělé ukončení těhotenství podléhá povinnému hlášení. Při UUT na vlastní žádost bez zdravotní indikace se jedná o výkon hrazený pacientkou, která o něj požádala. Cena se pohybuje mezi 4 000,- až 6 000,- Kč, vždy záleží na konkrétním zdravotnickém zařízení a stupni těhotenství. Výkon se provádí ve zdravotnickém zařízení v krátkodobé celkové anestézii za průběhu krátkodobé hospitalizace anebo sledování na stacionáři. Interrupce nesmí být provedena častěji než jednou za půl roku. Pokud je žena mladší než 15 let, má lékař povinnost hlásit pohlavní zneužití.

V bývalém Československu byl potratový zákon uveden do praxe v roce 1958, jeho prováděcí předpisy však různými úpravami omezovaly podmínky k provedení potratu. Od roku 1987 začal platit zákon, kterým byly zrušeny potratové komise a rozhodování o počtu a době narození dětí bylo ponecháno plně na matce. Zároveň byla zavedena nová technika

provádění potratů, tzv. miniinterrupce. V dnešní době se díky zodpovědnému chování mladistvých, dostupnosti antikoncepčních metod a užívání antikoncepce dosáhlo snížení počtu prováděných umělých potratů. V zemích, kde je však UUT zakázané (důvody náboženské, etické), dochází často k úmrtí žen u nelegálně prováděných potratů. Podle stádia těhotenství rozlišujeme několik forem UUT. V demografických statistikách je zajímavé, že největší skupinu žen, které nejčastěji potrat podstupují, tvoří vdané, středoškolsky vzdělané ženy ve věku 30–34 let, které mají již dvě děti.

**Chemická interrupce** je obvyklá metoda do 9. týdne těhotenství. Pacientce se podává buď Methotrexat nebo Mifepriston (RU-486) plus Misoprostol. Chemická interrupce může vyžadovat následný chirurgický zákrok, obvykle podtlakové odsání.

**Miniinterrupce (časná)** - šetrnější způsob, u něhož není potřeba velkého roztažení děložního hrdla. Provádí se ambulantně v celkové anestezii do ukončeného 6. týdne těhotenství u ženy, která ještě nerodila a dokončeného 8. týdne u ženy, která již rodila vaginální cestou. Jedná se o odsátí děložní sliznice. Nenastanou-li komplikace, odchází žena odpoledne po výkonu domů (viz příloha B, obr. č. 7). **Klasická interrupce (kyretáž)** – provádí se od ukončeného 6. (8.) týdne těhotenství až do ukončeného 12. týdne těhotenství. Při tomto výkonu gynekolog rozšíří děložní čípek a seškrabuje vnitřní vrstvu dělohy (endometrium) pomocí štíhlé kovové lžice zvané kyreta. Výkon se provádí v narkóze při jednodenní hospitalizaci. Odpoledne po provedení výkonu jde většinou žena domů a lékař jí vystaví několikadenní neschopenku. **Pozdní interrupce** je ukončení těhotenství až do 24. týdne těhotenství. Důvodem může být prokázaná genetická vada plodu (Downův syndrom) nebo anatomická vada plodu (vrozené vady mozku, srdce, ledvin, rozštěp rtu, patra nebo páteře) či z důvodu interního onemocnění matky. Tento zákrok je zdarma. Za dva týdny po zákroku se žena musí dostavit na kontrolu ke svému gynekologovi.

Interrupce představují velký etický problém, na který se vyskytují v společnosti dva vyhraněné názory. „**Hnutí pro-life ČR** (za právo na život) je občanským sdružením, které má za cíl obnovit vědomí neměnné důstojnosti a nedotknutelnosti života každého člověka od jeho početí do přirozené smrti a uznání jeho plné právní ochrany. Sdružení poskytuje praktickou pomoc, vydává a šíří související informace, pořádá přednášky

a informační kampaně, podporuje systematické modlitební úsilí a spolupracuje na legislativních změnách. Ochrana lidského života nevychází z náboženství, ale z přirozeného rozumu. Protože křesťanství klade větší důraz na spravedlnost, úctu k člověku a aktivní péči o druhé, zapojují se v Hnutí Pro život ČR do aktivního úsilí především katolíci.“ (Prolife. [ONLINE] cit. 13.03.2012 <<http://prolife.cz/?a=11&id=9>>). Největšími světovými pro-life organizacemi jsou International Right to Life Federation a Human Life International. V ČR existuje bezplatná linka pomoci „Aqua vitae“ (800 108 000), což je bezplatná poradna pro ženy, které se ocitly v těžké životní situaci spojené s těhotenstvím, porodem a péčí o novorozence. (Aqua vitae, 2012). **Pro-choice** (pro volbu) je naopak sdružením lidí, kteří počítají s právem na umělé ukončení těhotenství. Avšak existují různé názory na přístupnost interrupce, buď za jakýchkoli okolností, nebo právo na interrupci jen v určitých případech (např. po znásilnění nebo incestu), anebo povolení interrupce jen do určité doby od početí (do třetího trimestru). Většina zastánců práva na interrupci argumentuje tím, že embryo nelze považovat za jedince schopného samostatného života mimo tělo matky a dokud mozek neexistuje nebo funguje příliš jednoduše, jedná se o část těla matky, ne o novou individuální lidskou bytost.

Z technicko-chirurgického hlediska je miniinterrupce běžný lékařský zákrok, ale se stářím plodu roste i riziko pro zdraví matky, např. riziko neplodnosti. Kromě fyzických komplikací existuje i riziko psychických komplikací v době postinterrupčního syndromu. Ženy sužuje pocit smutku, potýkají se s velkými výčitkami svědomí. Některými lidmi je umělé ukončení těhotenství označováno jako „zabití nenarozeného života“, i když embryo je ve srovnání s narozeným dítětem stejné jako housenka s motýlem. Obojí bezesporu žije. Ale přerušení vývoje housenky je těžko možné označovat za „vraždu motýla“. Platón a Aristoteles se vyloženě za přerušení těhotenství přimlouvali. Ani islám nevěří, že by měl zárodek do pěti měsíců vlastní život, a proto přerušení těhotenství do pátého měsíce akceptuje, ale od šestého měsíce je již považuje za vraždu. Hinduismus, taoismus a buddhismus přerušení těhotenství nezakazují. Protestantismus je povoluje. Katolická církev je povoluje pouze v případě ohrožení života matky, například při zhoubné chudokrevnosti, otevřené tuberkulóze, nefritidě, eklampsii, těžkých srdečních poruchách, zúžení pánve, těhotenské toxikóze, těhotenské dermatitidě, rakovině dělohy, nádorech na vaječníku a tak dále.

Život každé lidské bytosti je nutno absolutně respektovat již od chvíle početí, poněvadž člověk je na zemi jediným tvorem, kterého Bůh chtěl pro něj samého a nehmotná duše každého člověka je bezprostředně stvořena Bohem. Celým svým bytím v sobě nosí obraz Stvořitele. Lidský život je posvátný, protože již od svého počátku je výrazem Božího stvořitelského díla a má stále zvláštní vztah ke Stvořiteli, jenž je jeho jediným cílem. Jen Bůh je Pánem života od jeho počátku až do konce. Nikdo si za žádných okolností nemůže osobovat právo přímo zničit nevinnou lidskou bytost." (Donum Vitae). Odsouzení potratu je stálým učením církve, znovu potvrzeným 2. vatikánským koncilem, který prohlásil, že „potrat a usmrcení nemluvněte jsou hanebné zločiny“ (GS 51). Církevní právo trestá potrat vyloučením z církve (exkomunikace). „Kdo provedl a nechal si provést dokonáný potrat, upadl do exkomunikace" (CIC 1398).

Je nesmírně důležité, aby se žena rozhodovala pro potrat s velkou odpovědností a zvážila veškeré možné následky. Také otec by měl mít možnost se k celé záležitosti vyjádřit, a kdo ví, možná by se tak mnohým párům podařilo společnými silami interrupci odvrátit. (BARTÁK, A., 2006; TRČA, S., 2009).

## **7 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA JAKO SOUČÁST ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU ŽENY**

Děti jsou květy života. Těhotenství je bezpochybně jedním z nezapomenutelných a nejdůležitějších okamžiků v životě jak žen, tak i mužů. Aby však každý mohl mít zdravé a silné děti, je třeba především pečovat o své zdraví, a to za dlouho před početím. Odborníci uvádějí, že oba partneři, kteří plánují početí, by se měli rozhodnout pro optimalizaci svého způsobu života, ideálně rok (minimálně 6 měsíců) předem. Avšak je důležité pečovat o své zdraví již od dětství a dodržovat všechny zásady osobní hygieny a zdravého života. Všechno, co je kolem nás, ve větší či menší míře ovlivňuje naše zdraví. Pokrok, který lidstvo ve svém vývoji dosáhlo do současnosti (technika, průmysl, pestrost a rozmanitost potravin apod.), má také negativní vliv na organismus člověka. Některým skutečností se člověk musí přizpůsobit, ale jsou další faktory, jež každý z nás může zcela ovlivnit (strava, způsob života, pohyb, kouření, alkohol atd.).

Moje práce je zaměřena spíše na tu nejkrásnější část lidstva - ženy a dívky, proto bych se chtěla zvláště zmínit o zdravém životním stylu žen. Po celou dobu těhotenství je plod plně závislý na mateřském organismu. Dítě se vyvíjí v děloze, která pro něj představuje první ekologické prostředí. Jeho vývoj je určen geneticky, ale může být významně ovlivněn všemi vnitřními a zevními vlivy. To je právě důvod, proč jsou zdravotní stav a návyky ženy tak důležité při plánování rodičovství. Je dobré zdůraznit hlavní oblasti kvalitního životního stylu, jako jsou vyvážená strava, prevence a zvládání stresu, dodržení zásad osobní hygieny, optimální pohybová aktivita, dostatečný spánek a přiměřený odpočinek s pravidelným biologickým rytmem, zdravé interpersonální vztahy a sexualita.

Žena v každém věku musí dbát o svoji hygienu, tj. především tělesnou čistotu. Je nezbytné vypěstovat si základy hygieny již od dětství. Obecně platí, že je potřeba vyhnout se oběma extrémům, nedostatečné hygieně, ale i nadměrně pečlivě prováděné hygieně. Pravidelná hygiena intimních partií je neodmyslitelnou součástí života ženy. Pro hygienu ženských pohlavních orgánů existuje celá řada speciálně vyvinutých přípravků, jelikož běžná mýdla ničí flóru, která udržuje ženské pohlaví zdravé. Správná intimní hygiena nespočívá v častějším mytí, ale ve volbě vhodného mýdla a v dalších hygienických opatřeních. V normální vaginální flóře je přítomno velké množství mikrobiálních druhů, které v pochvě vytvářejí kyselé prostředí, čímž chrání organismus proti infekci. Nejdůležitější součástí vaginální flóry je *Lactobacillus vaginalis*, jenž štěpí glykogen na glukózu a kyselinu mléčnou, čímž zajišťuje kyselé prostředí. S rostoucím věkem však jeho počet v pochvě klesá, což vysvětluje časté záněty u žen v období přechodu a po něm. Toto kyselé prostředí je nutné podporovat použitím vhodných prostředků pro intimní hygienu. Každá žena by doma měla mít „speciální“ mýdlo, jež svým složením nenarušuje kyselé poševní prostředí. Velmi praktické jsou i intimní ubrousky, které jsou také k dispozici. I oblečení hraje roli v intimní hygieně. Kromě účelu estetického a módy by oblečení mělo chránit před zevními vlivy. Je vhodné nosit kvalitní a prodyšné přírodní materiály (bavlna), zejména u spodního prádla. Přílišné používání pracích prášků a aviváží rovněž nemusí být přínosem.

V posledních letech se zvyšuje počet lidí s nadváhou a obezitou jak v ČR, tak i v jiných vyspělých zemích. Agentura STEM/MARK provedla na konci roku 2010 preventivní kampaň „Žij zdravě“ a prokázala, že 34 % české populace se potýká s nadváhou a dalších

21 % jsou obézní, z čehož vyplývá, že víc než polovina (55 %) populace ČR jsou lidé s nadváhou a obezitou. (Tlukot srdce. Průzkum STEM/MARK: Jak jsou na tom Češi s obezitou? [ONLINE] cit. 16.03.2012 <<http://www.tlukotsrdce.cz/zivotni-styl/pruzkum-stem-mark--jak-jsou-na-tom-cesi-s-obezitou->>). Příčiny nadváhy jsou různé, např. nedostatek pohybu, nadměrný příjem potravy, nepravidelné stravování, deprese, poruchy štítné žlázy atd. Skoro každý dnes má auto a většinu svého volného času tráví u počítačů nebo televize. Obezita vede k celé řadě onemocnění, např. cukrovce, ICHS, hypertenzi, zvýšené hladině cholesterolu atd. Ale opačný extrém představuje také velký problém dnešní mládeže. Hubenost se stává módním trendem a jak je známo, všechny dívky se snaží vyhovět módě. Správná životospráva má velký vliv na celý náš organismus, zejména na imunitní systém, a může dodat vhodnou kombinaci aktivních živin k udržení dobrého zdravotního stavu. Je vhodné se zaměřit na správné stravovací návyky, pak podle toho zhodnotit a upravit svůj denní jídelníček. Správná strava by měla dodávat tělu všechny látky nezbytné pro uchování obranyschopnosti těla. Denní potřeba je závislá na věku, pohlaví, pohybové aktivitě, zdravotním stavu apod. Optimální je rozdělit celodenní příjem potravy do 4-5 menších porcí (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře) v intervalu 2,5 - 4 hodin. Správný jídelníček by měl být pestrý a rozmanitý, bohatý na základní živiny (cukry, tuky, bílkoviny), vitamíny, měl by obsahovat hodně vlákniny, která je v zelenině, kořenové (mrkev, kedlubna, celer) a také v cereáliích. Také je třeba jíst ovoce a mléčné výrobky. Je nutné dodržovat pitný režim, tj. pít během dne 2,5 až 3 litry tekutin. V létě či při zátěži je možné pít i více. Nejvhodnější je čistá voda bez bublinek, případně ochucená citrónovou šťávou. Lidé, kteří pijí větší množství čajů či kávy a alkoholu by měli pít ještě víc. Důvodem tomu je zvýšené riziko dehydratace, jelikož uvedené nápoje jsou močopudné.

Přiměřená hmotnost je důležitým předpokladem plánovaného rodičovství. Cvičení posílí svaly dolní části zad, břicha, nohou a udrží tělo v kondici, což pomůže při váhovém přírůstku v těhotenství. Opatření k regulaci tělesné hmotnosti je vhodné konzultovat s dietologem. Při přípravě na těhotenství je nutné vynechat kouření a alkohol, které ovlivňují plodnost u obou partnerů, oddalují možnost početí a negativně ovlivňují vývoj plodu.

Součástí zdravého životního stylu je sexuální výchova. Každý člověk, který již započal pohlavní život, se nachází v rizikové skupině, jelikož existují nemoci přenosné pohlavním

stykem (dále PPN). Základem je dbát na své zdraví a chránit se před všemožnými riziky pohlavního života. Každý pohlavní styk by měl být chráněný. Kondom chrání před pohlavně přenosnými chorobami, ale i ten nezaručuje stoprocentní spolehlivost. Původce (mikrob, bakterie, virus, parazit), který může způsobit nemoc nebo nevolnost, je přítomen v těle člověka, avšak infikovaná osoba nemusí nutně mít symptomy nebo znaky, že virus nebo bakterie v jejím těle působí. To je právě největší problém PPN, že člověk občas ani neví, že je nosičem. Mezi nejčastější pohlavní onemocnění lze uvést syfilis, kapavku, chlamydie, infekce HIV/AIDS a jiné. Neléčené PPN a zejména jejich komplikace mohou mít vliv na reprodukční zdraví s trvalými následky v podobě poruch plodnosti, mimoděložního těhotenství a předčasných porodů. Vysoce rizikové je časté střídání sexuálních partnerů. Současná demokratická společnost nám dává více práv a svobod, což ovšem vyžaduje i větší osobní zodpovědnost. Prevencí proti PPN je stálost a věrnost partneru, chráněný pohlavní styk a pravidelné lékařské prohlídky. Nicméně, jen celková abstinence zaručuje zamezení rizik nákazy PPN.

Náš život v porovnání s dřívějšími generacemi je o mnohem lepší a snazší. V současné době je většina z nás zahlcena řadou nejrůznějších úkolů, které se snažíme plnit pokud možno co nejlépe. Spolu s tím narážíme na podstatnou problematiku stresu. Slovo pochází z anglického "stress", které znamená napětí či tlak. Z hlediska medicíny se jedná o reakci organismu, která je obecnou odezvou na nadměrnou fyzickou nebo psychickou zátěž. Při stresu se uplatňují obranné mechanismy, které chrání organismus před nebezpečím. Příčiny stresu jsou velmi různorodé a individuální. V současné době patří stres k frekventovaným pojmům. Stresová reakce může být natolik nebezpečná, že představuje riziko spuštění závažného onemocnění či dokonce smrti. Ženy, které jsou vystaveny nadměrnému stresu, jsou mnohem náchylnější ke vzniku infarktu myokardu či jiných chorob srdce, mohou trpět depresí, úzkostí, poruchami spánku a menstruačního cyklu. Pro zvládnutí stresu je nutné zjistit a odstranit jeho příčiny. K prevenci stresu rovněž existují různé relaxační techniky, dechová cvičení, masáže a meditace. Je třeba se naučit využívat volný čas pro sebe a radovat se z každého okamžiku, každé maličkosti. Vhodné jsou fyzické cvičení, sport, zdravý spánek a tzv. aktivní odpočinek.(WILLIAMS, CH., 2008; FREUNDL, G., GNOTH, CH., FRANK-HERRMAN, P., 2008).

# EMPIRICKÁ ČÁST

## SLOVO ÚVODEM

Za účelem zkoumání plánování rodičovství byl proveden průzkum mezi ženami fertilmního věku. Hlavním cílem bylo zjistit, zda ženy ve fertilmním věku plánují své rodičovství. Jako dílčí cíle bylo stanoveno zjistit, zda ženy ve fertilmním věku znají metody antikoncepce a co je nejčastěji používaným způsobem antikoncepce mezi ženami od 15. – do 49. roku života. Jako další dílčí cíl bylo také stanoveno zjistit, odkud ženy nejčastěji čerpají informace o plánovaném rodičovství, jak často ženy ve fertilmním věku chodí na prohlídky ke gynekologovi, zjistit nejčastější věk pro porod prvního dítěte. Průzkumu se zúčastnilo celkově 106 respondentek, což tvoří 100 % výzkumného vzorku.

## 1 CÍLE

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda ženy ve fertilmním věku plánují rodičovství. Ve vztahu k hlavnímu cíli byly stanoveny dílčí cíle:

- C 1. Zjistit, zda ženy ve fertilmním věku znají metody antikoncepce.
- C 2. Zjistit nejčastěji používaný způsob antikoncepce.
- C 3. Zjistit, odkud ženy nejčastěji čerpají informace o plánovaném rodičovství.
- C 4. Zjistit, jak často ženy ve fertilmním věku chodí ke gynekologovi.
- C 5. Zjistit nejčastější věk pro porod prvního dítěte.

## **2 METODIKA VÝZKUMU**

Pro dosažení stanovených cílů byl proveden kvantitativní výzkum metodou dotazníkového šetření mezi ženami a dívkami fertilního věku (viz příloha A). Dotazník se skládá z 21 otázek, rozdělených do dvou bloků. První blok je tvořen otázkami na sociální identifikaci respondentek (věk, bydliště, nejvyšší úroveň vzdělání a rodinný stav). Další blok otázek zahrnuje údaje o sexuálním chování respondentek, zda používají antikoncepci, jaké metody antikoncepce preferují, zda plánují rodičovství, zda mají či nemají děti, jestli někdy v životě prodělaly umělé ukončení těhotenství apod. Otázky jsem se snažila formulovat tak, aby byly pochopeny všemi respondentkami. V průběhu dotazníkového šetření byla stanovena průměrná doba vyplnění dotazníků, což je 4 minuty 34 sekundy. Dotazník byl zcela dobrovolný a anonymní. V dotazníku byly položeny otevřené, uzavřené, polouzavřené a filtrační typy otázek. V některých otázkách bylo možné vybrat více vhodných odpovědí. Distribuce dotazníků byla realizována v internetové podobě pomocí on-line dotazníků. Následné zpracování získaných dat bylo provedeno v programu Microsoft Excel. Ke studiu bylo celkově distribuováno 115 dotazníků, z nichž se vrátilo 106, což tvoří 100 % výzkumného vzorku.

## **3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU**

Cílovou skupinou respondentů byly ženy fertilního věku, tedy od 15. do 49. roku věku. Výzkumného šetření se účastnily náhodně vybrané dívky a ženy různých věkových kategorií z celé České republiky. Sběr dat probíhal v březnu 2012. Celkově se průzkumu zúčastnilo 106 respondentek, což tvoří 100 % výzkumného vzorku. Respondentky byly rozděleny podle věku do 4 skupin (viz položka č. 1). Z grafu č. 1 je zřejmé, že větší část respondentek (61,3 %) tvoří mladé ženy od 21. do 29. roku věku. Dále jsou respondentky rozdělené do dvou kategorií podle toho, zda mají děti nebo zatím je nemají.

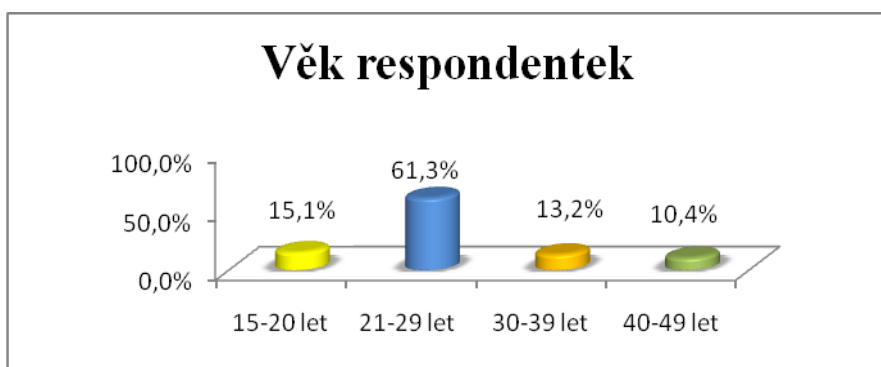
## 4 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

**Položka č. 1** Kolik je Vám let?

a) 15-20 b) 21-29 c) 30-39 d) 40-49

Studie ukázala, že ze 106 respondentek (100 %) více než polovina (61,3 %) jsou ženy ve věkové kategorii od 21 – do 29 let. 15,1 % jsou respondentky mezi 15. až 20. rokem života, 13,2 % tvoří ženy 30 – 39 let a 10,4 % tvoří ženy ve věkové kategorii 40 – 49 let.

*Graf č. 1: Věk respondentek*



*Tabulka č. 1: Věk respondentek*

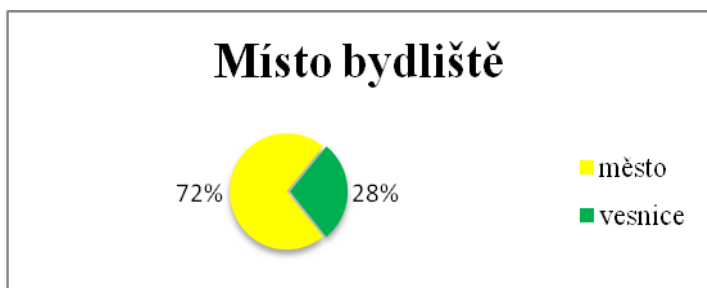
Věk	%	Počet
15-20 let	15,1 %	16
21-29 let	61,3 %	65
30-39 let	13,2 %	14
40-49 let	10,4 %	11
	100 %	106

## **Položka č. 2** Kde bydlíte?

- a) ve městě   b) na vesnici

Ze 106 (100 %) dotazovaných žen, 76 respondentek (72 %) bydlí v městě a 30 (28 %) jich bydlí na venkově.

*Graf č. 2: Místo bydliště*



*Tabulka č. 2: Místo bydliště respondentek*

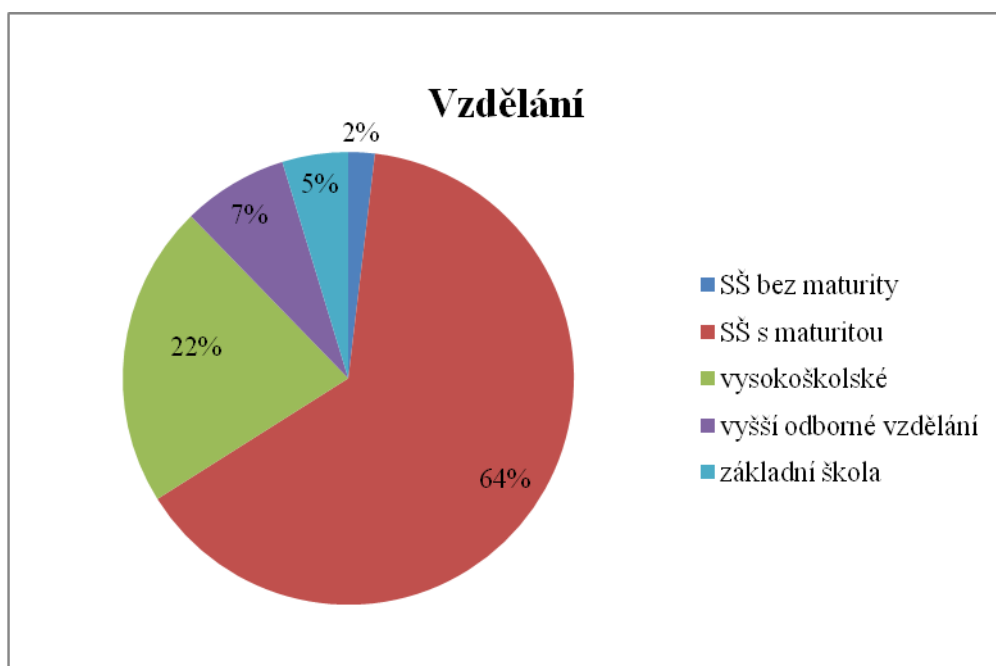
<b>Místo bydliště respondentek</b>	<b>Počet</b>	<b>%</b>
město	76	72 %
vesnice	30	28 %

## **Položka č. 3** Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) základní   b) středoškolské bez maturity   c) středoškolské s maturitou  
d) vyšší odborné vzdělání   e) vysokoškolské

Úroveň vzdělání respondentek je znázorněn na grafu a v tabulce č. 3 a ukazuje, že 64 % respondentek dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou, 2 % respondentek se středoškolským vzděláním bez maturity, 22 % jsou respondentky s vysokoškolským vzděláním, 7 % tvoří ženy s vyšším odborným vzděláním a pouze 5 % jsou respondentky se základním vzděláním.

Graf č. 3: Úroveň vzdělání respondentek



Tabulka č. 3: Úroveň vzdělání respondentek

Vzdělání	Počet	%
SŠ bez maturity	2	2 %
SŠ s maturitou	68	64 %
vysokoškolské	23	22 %
vyšší odborné vzdělání	8	7 %
základní škola	5	5 %

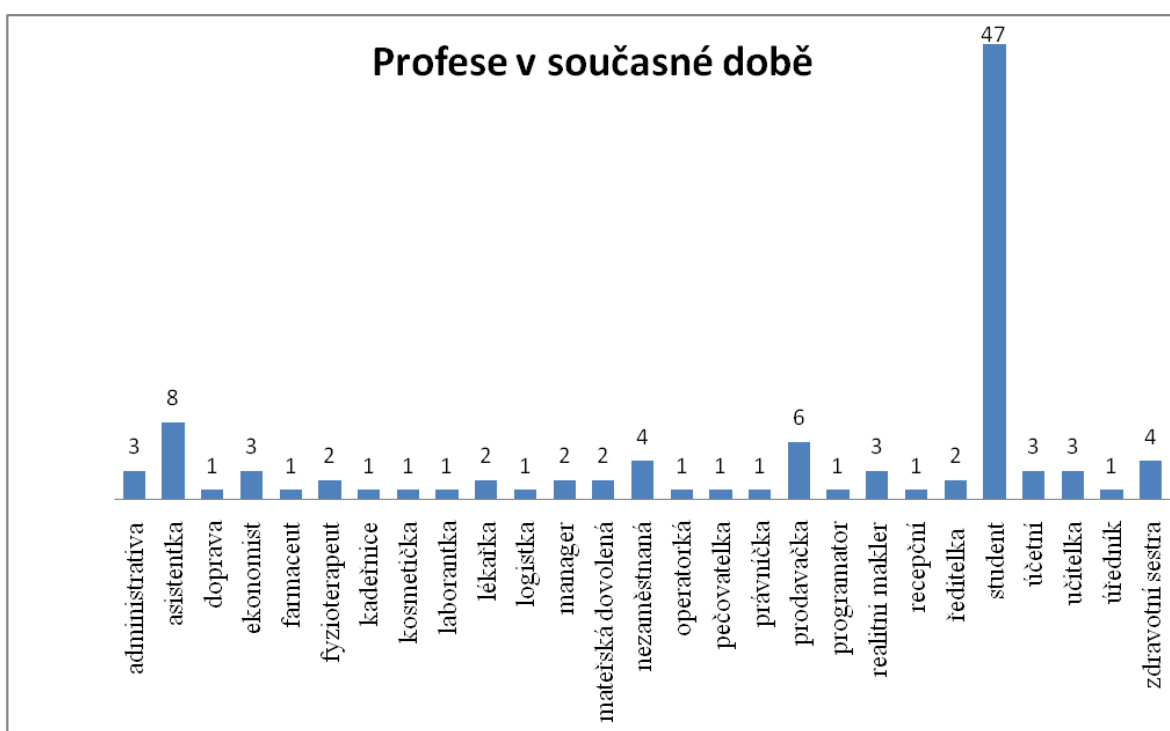
#### Položka č. 4 Jaká je Vaše profese v současné době?

a) jsem zaměstnaná, jako \_\_\_\_\_

b) jsem nezaměstnaná

Z grafu č. 4 vidíme, že 47 respondentek jsou studující, což tvoří 44,3 % celkového vzorku, 4 ženy (3,8 %) jsou v současné době nezaměstnané, 2 respondentky (1,9 %) jsou na mateřské dovolené, ostatní respondentky jsou zaměstnané.

Graf č. 4: Profese respondentek v současné době

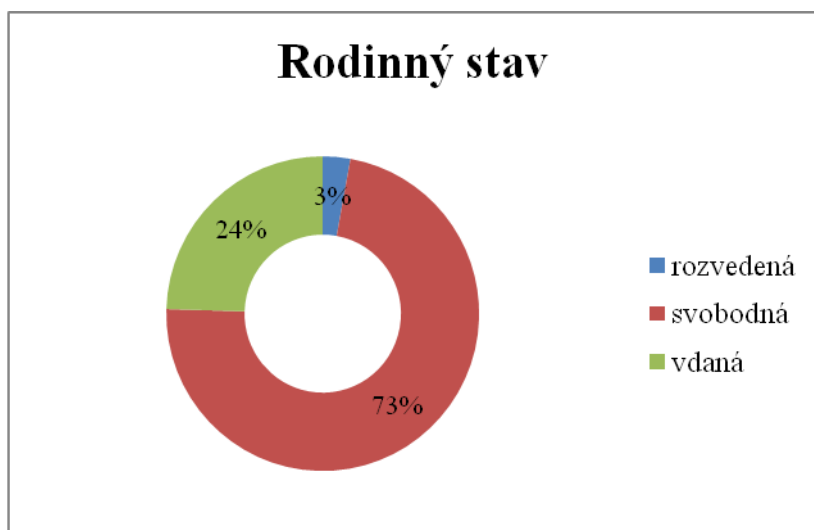


**Položka č. 5** Rodinný stav:

a) svobodná   b) vdaná   c) rozvedená   d) vdova

Z odpovědí vyplynulo, že ze 106 (100 %) respondentek je 77 (73 %) svobodných žen, 26 (24 %) jsou vdané a 3 (3 %) jsou rozvedené.

*Graf č. 5a: Rodinný stav respondentek*



*Tabulka č. 5: Rodinný stav respondentek*

Rodinný stav	Procent	Počet
rozvedená	2,8%	3
svobodná	72,6%	77
vdaná	24,5%	26
celkem	100,0%	106

Ze 77 (100 %) svobodných respondentek 69,7 % tvoří ženy ve věkové kategorii 21 – 29 let, 21 % jsou respondentky ve věku 15 - 20 let, 7,9 % svobodných žen je ve věku 30 - 39 let a 1% má 40 - 49 let. Tyto údaje jsou znázorněny v grafu č. 5b.

Graf č. 5b: Věkové kategorie svobodných respondentek

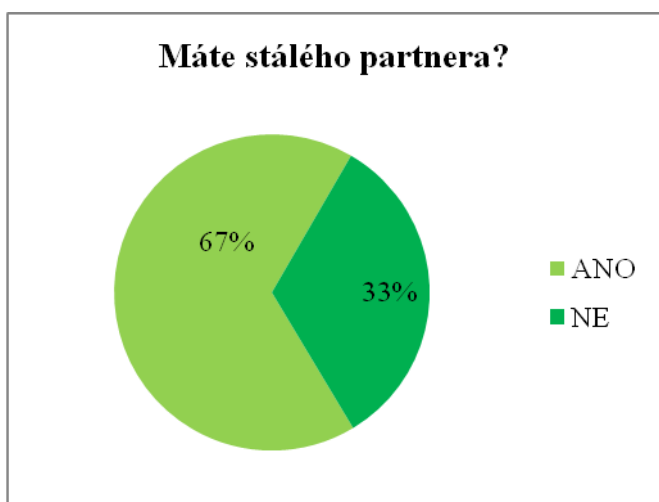


**Položka č. 6** Máte v současné době stálého partnera?

- a) ANO    b) NE

Z celkového počtu 106 (100 %) dotazovaných žen 71 (67 %) odpovědělo, že v současné době mají stálého partnera a 35 (33 %) žen zvolilo odpověď ne.

Graf č. 6: Zda respondentky mají stálého partnera



Tabulka č. 6: Zda respondentky mají stálého partnera

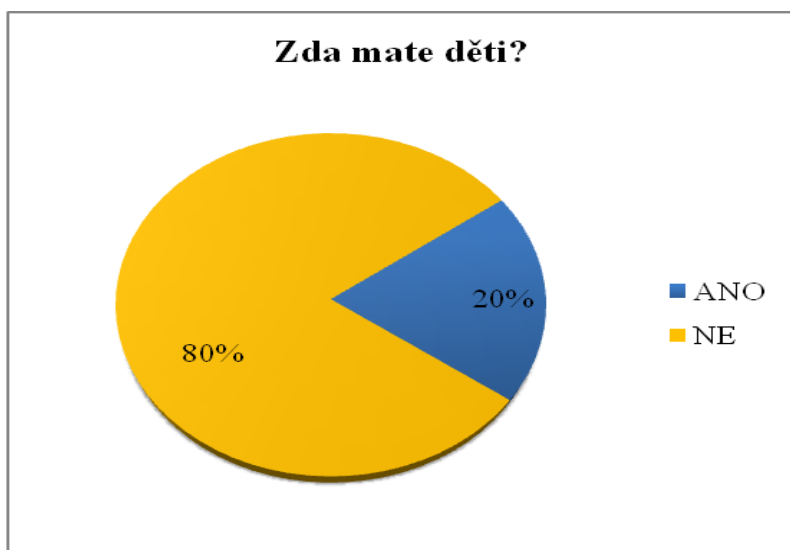
Máte stálého partnera?	%	počet
ANO	67,0 %	71
NE	33,0 %	35

**Položka č. 7 Máte děti?**

a) ANO    b) NE

Z celkového množství 106 (100 %) dotazovaných žen 21 (20 %) již má děti, zatímco 85 (80 %) respondentek děti nemá.

Graf č. 7: Zda respondentky mají nebo nemají děti



Tabulka č. 7: Zda respondentky mají nebo nemají děti

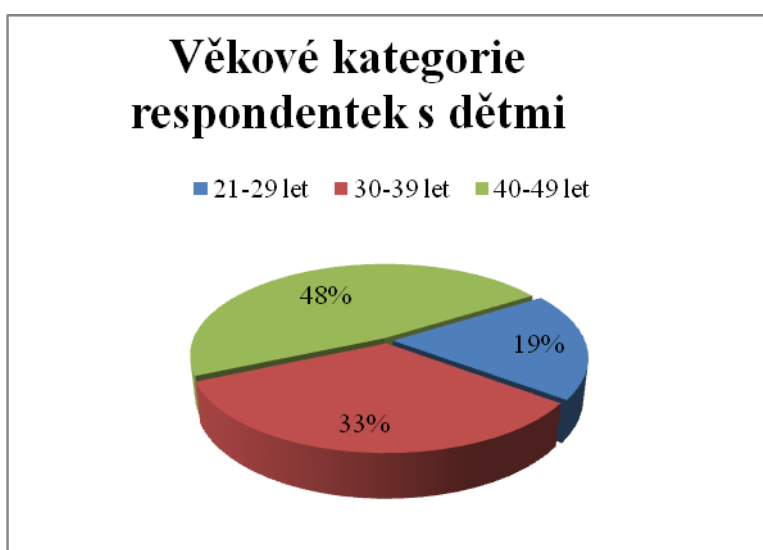
Máte děti	%	Počet
ANO	19,8%	21
NE	80,2%	85
celek	100,0%	106

## **Položka č. 8 Skupina respondentek s dětmi**

Pro snadnější analýzu a lepší znázornění vzorku byly následně respondentky rozděleny do dalších dvou skupin: ženy, které mají děti (20 %), a ty, které zatím děti nemají (80 %).

Skupinu žen, které již mají děti, tvoří 48 % respondentek ve věku 40 – 49, 33 % respondentek ve věku 30 – 39 let a 19 % dotazovaných žen mezi 21. až 29. rokem života. Věková kategorie respondentek s dětmi je znázorněna v grafu č. 8a a tabulce č. 8.

*Graf č. 8a: Věkové kategorie respondentek s dětmi*

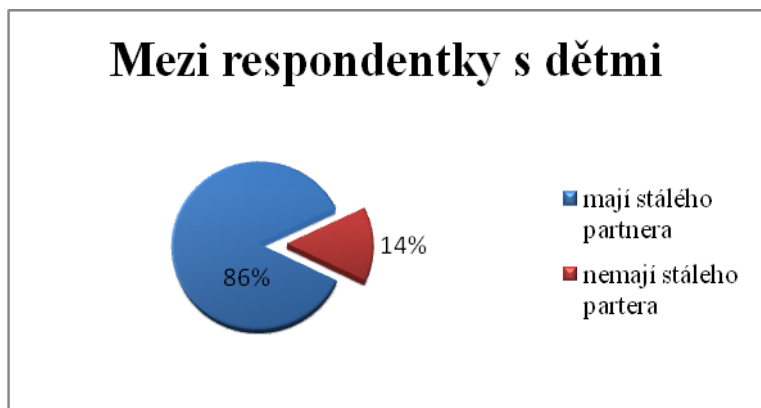


*Tabulka č. 8: Věkové kategorie respondentek s dětmi*

Věková kategorie	%	Počet
21-29 let	19,00%	4
30-39 let	33,40%	7
40-49 let	47,60%	10
celkem	100,00%	21

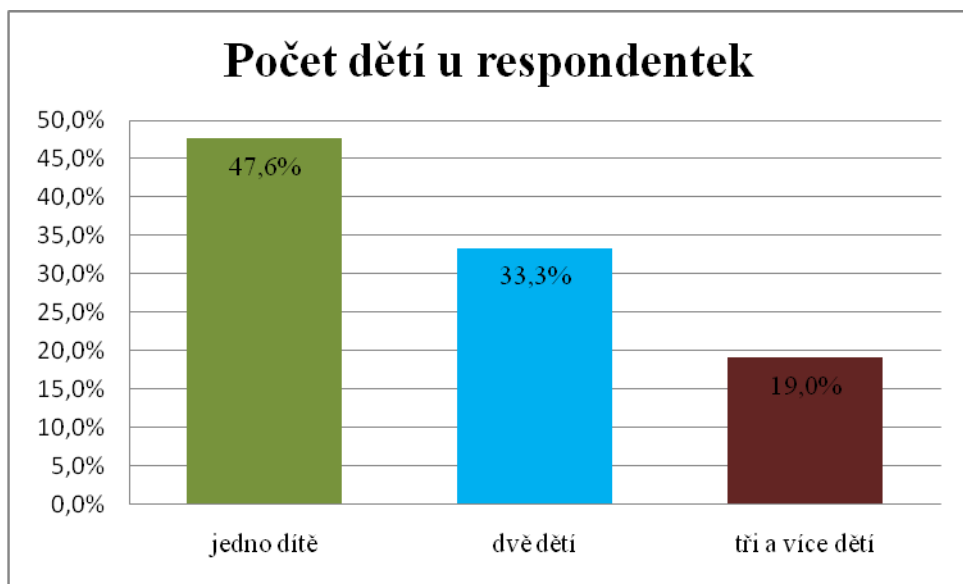
Z 21 (100 %) respondentek, které již děti mají, 86 % má stálého partnera a 14 % nemá, tedy jsou svobodné nebo rozvedené matky.

*Graf č. 8b: Zda respondentky s dětmi mají stálého partnera?*



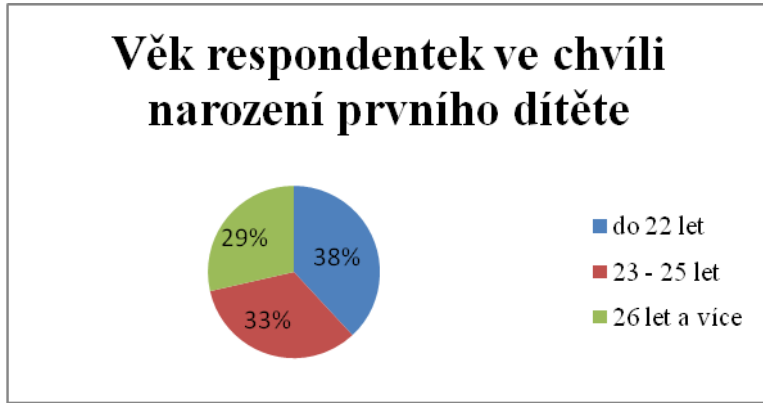
Analýzu počtu dětí ve skupině respondentek, které je mají, znázorňuje graf č. 8c. 47,6 % respondentek s dětmi má jedno dítě, 33,3 % žen má dvě děti a 19 % má v současné době 3 a více dětí.

*Graf č. 8c: Počet dětí u respondentek*



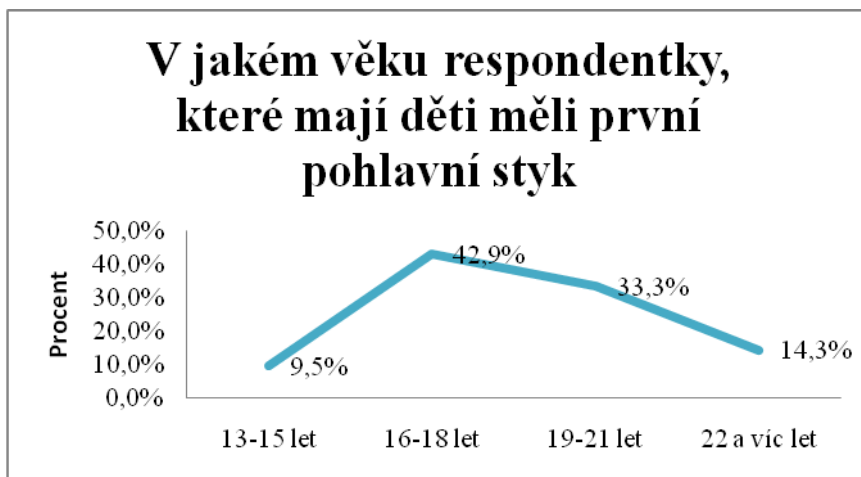
Analýzou dat výzkumu bylo zjištěno, že 38 % respondentek s dětmi porodilo první dítě do 22 let. 33 % žen ve věku 23 – 25 let a 29 % své první dítě mělo ve věku 26 let a víc.

Graf č. 8d: Věk respondentek ve chvíli narození prvního dítěte.



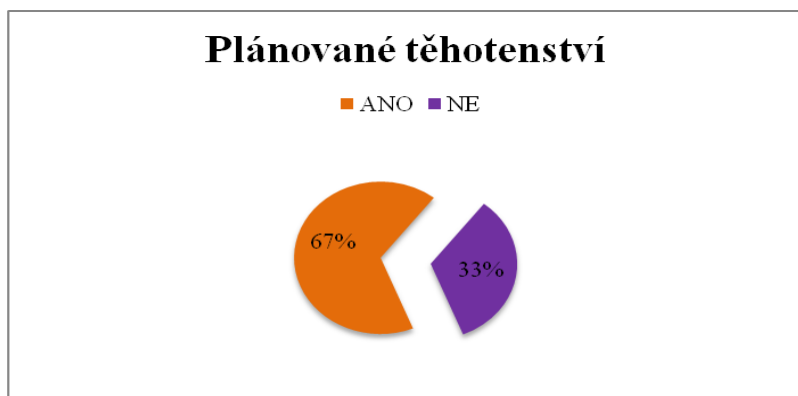
Graf č. 8e ukazuje, že 9,5 % žen mělo první pohlavní styk v 13 – 15 let, 42,9 % ve věku 16 – 18 let, 33,3 % respondentek mělo první soulož v 19 – 21 let a 14,3 % ve věku 22 let i víc.

Graf č. 8e: Věk respondentek s dětmi při první souloži



Z 21 žen (100 %) na otázku, zda těhotenství bylo plánované, 14 respondentek (67 %) odpovědělo, že ano, zatím co pro zbývajících 7 (33 %) respondentek těhotenství bylo neplánované.

*Graf č. 8f: Zda těhotenství bylo plánované?*

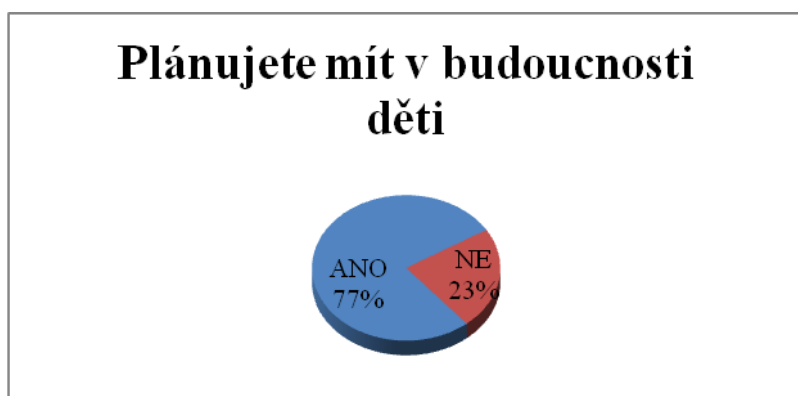


**Položka č. 9** Pokud nemáte děti, plánujete je v budoucnosti mít?

a) ANO b) NE

Z celkového množství 106 (100 %) respondentek 82 (77 %) plánuje mít děti v budoucnosti, zatím co 24 (23 %) respondentek v budoucnosti děti mít neplánují. Údaje jsou uvedené v grafu č. 9a.

*Graf č. 9a: Zda respondentky plánují mít v budoucnosti děti*

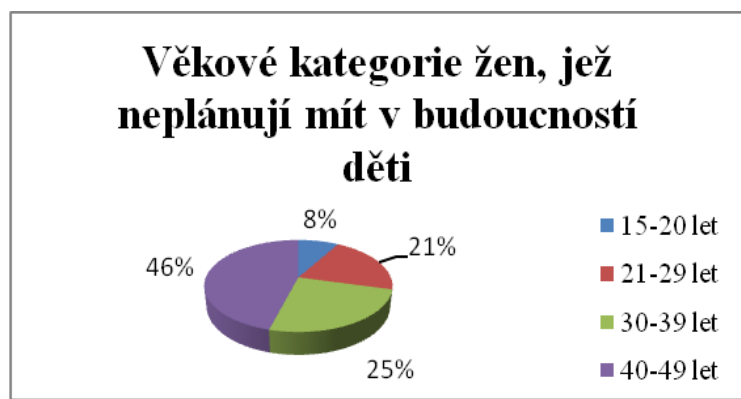


Tabulka č. 9: Zda respondentky plánují mít v budoucnosti děti

Plánujete děti mít v budoucnosti	Procent	Počet
ANO	77,4%	82
NE	22,6%	24
celek	100,0%	106

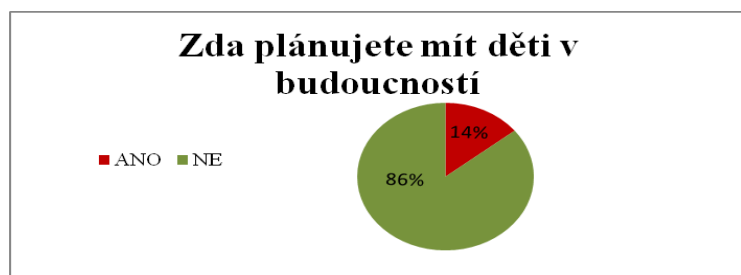
Z 23 % respondentek (100 %), které děti mít neplánují, 46 % jsou respondentky ve věkové kategorii 40 – 49 let, 25 % jsou ženy od 30 – do 39 let, 21 % ženy 21 – 29 let a 8 % jsou respondentky ve věku 15 – 20 let. Na otázku: „Co je důvodem, že v budoucnosti děti mít neplánujete“ odpovědělo pouze 5 respondentek, jejichž důvodem bylo: studium, svoboda, kariéra, cestování a jedna respondentka uvedla, že důvodem, proč neplánuje děti v budoucnosti, jsou vrozené vady v blízkém příbuzenstvu.

Graf č. 9b Věková kategorie žen, jež neplánují mít v budoucnosti děti



Z 21 (100 %) žen, které již mají děti, 3 respondentky (dvě z nich jsou ve věkové kategorii 20-29 let a jedna je ve věkové kategorii 30-39 let) plánují mít ještě další děti, ostatních 18 matek už další děti mít neplánuje.

Graf č. 9c: Zda respondentky s dětmi plánují další děti

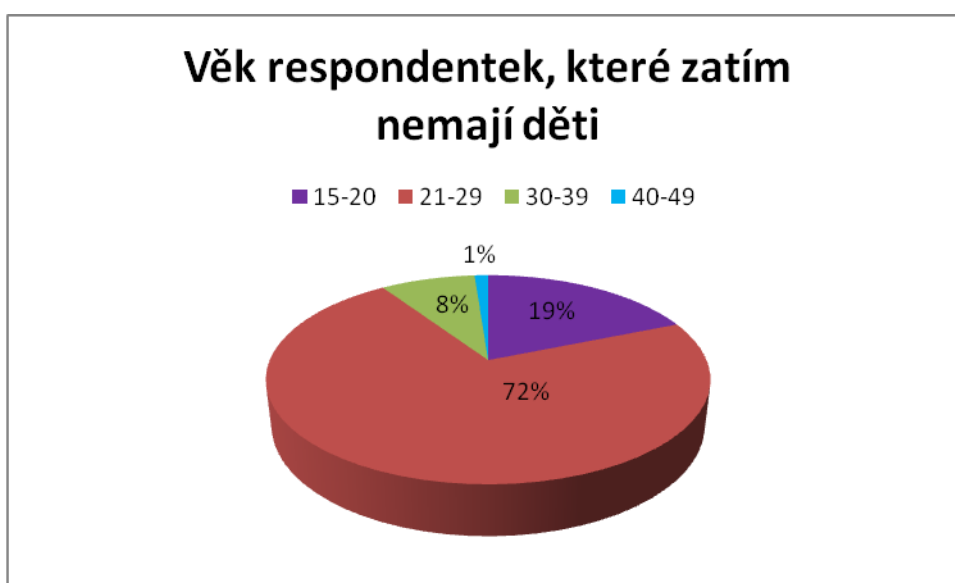


### **Položka č. 10 Skupina respondentek bez dětí**

Druhou skupinu tvoří respondentky, které zatím děti nemají. Z celkového množství 106 (100 %) dotazovaných žen je jich 85 (80 %).

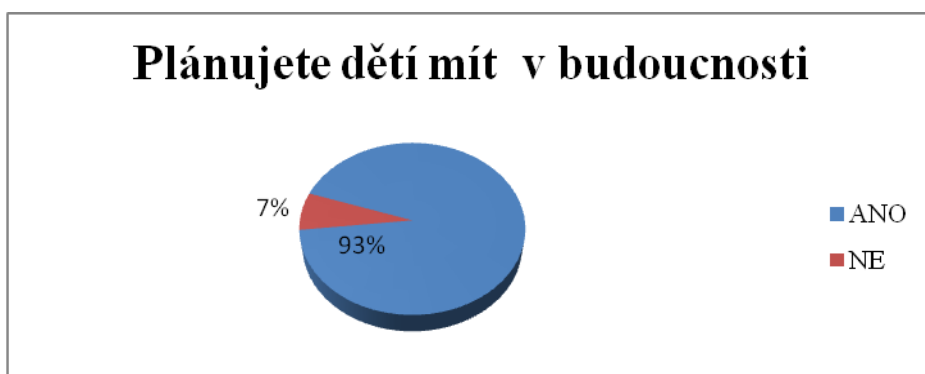
Mezi 85 (100 %) respondentkami, které děti nemají, je 19 % dotazovaných ve věku 15 – 20 let, 72 % žen ve věku 21 – 29 let, 8 % respondentek od 30 – do 39 let a 1 % ve věku 40 – 49 let. Ženám, které děti zatím nemají, byla položena otázka, zda je plánují mít v budoucnosti.

*Graf č. 10a: Věková kategorie respondentek bez dětí*



Z 85 (100 %) respondentek, které nemají děti, 79 (93 %) žen plánuje mít je v budoucnosti, zatím co 6 (7 %) respondentek děti nemá a neplánuje je mít.

*Graf č. 10b: Zda respondentky bez dětí plánují je mít*

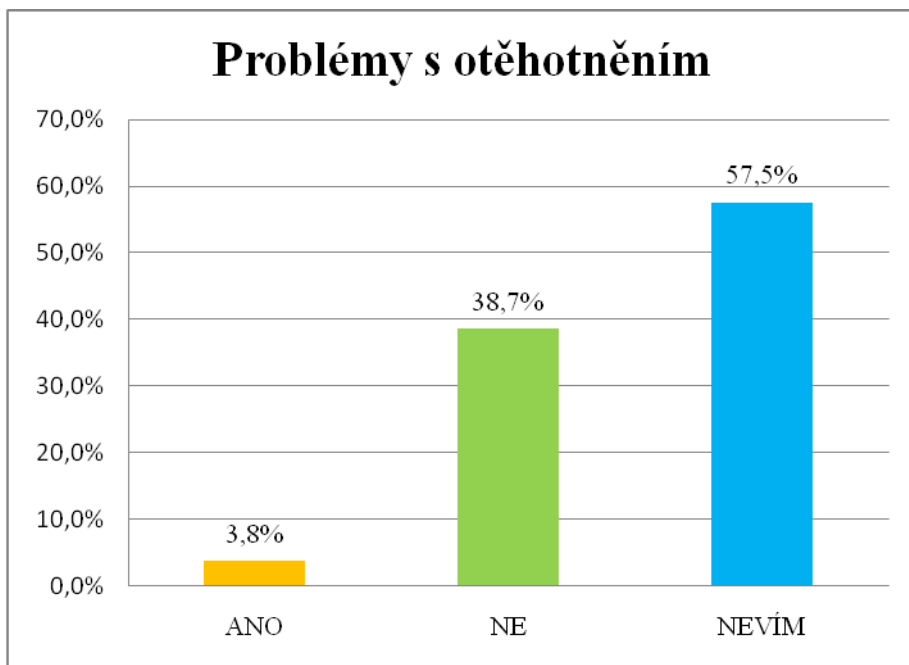


**Položka č. 11** Máte problémy s otěhotněním?

- a) ANO    b) NE    c) NEVÍM

Z celkového množství 106 (100 %) dotazovaných žen 4 (3,8 %) odpověděly, že mají problém s otěhotněním, 41 (38,7 %) respondentek si subjektivně myslí, že nemají žádný problém s otěhotněním, a 61 (57,5 %) žen neví, jestli mají s otěhotněním problémy.

*Graf č. 11: Zda respondentky mají problémy s otěhotněním*



**Položka č. 12** Kolikrát v životě jste použila těhotenský test?

- a) 1-5x    b) 6-10x    c) víc než 10 x    d) nikdy

Analýzou dat výzkumu bylo zjištěno, že z celku 106 (100 %) respondentek 49 (46 %) použilo těhotenský test 1 – 5x, 11 (10 %) dotazovaných ho použilo 6 – 10x, 5 (5 %) z výzkumného vzorku použilo těhotensky test víc než 10x a 41 (39 %) respondentek ho nikdy v životě nepoužilo. Graf č. 12 ukazuje jednotlivá procentuální zastoupení.

Z toho vyplývá, že více než polovina respondentek měli alespoň jednou v životě situaci, kdy museli ověřovat, zda nedošlo k oplodnění.

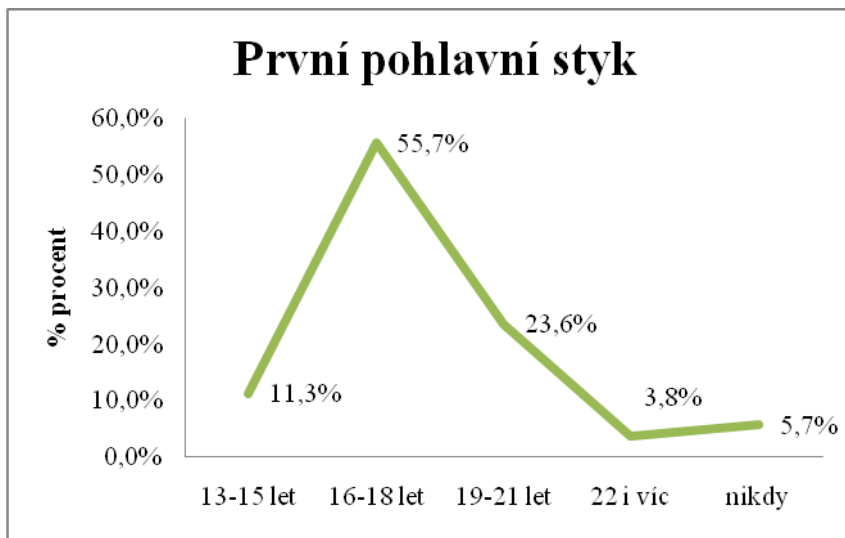
*Graf č. 12: Použití těhotenského testu*



**Položka č. 13** V kolika letech jste měla první pohlavní styk? (uvést věk, přibližně)

Podle provedeného průzkumu z celku 106 (100 %) respondentek 11 % mělo svůj první pohlavní styk ve věku 13 – 15 let; 55,7% dotazovaných žen mělo první pohlavní styk mezi 16. – 18. rokem života; 23,6 % respondentek ve věku 19 – 21 let; 3,8 % mělo první sexuální styk ve 22 i více letech a pouze 5,7 % zatím nikdy v životě nemělo sexuální styk.

*Graf č. 13: Věk při první souloži*



*Tabulka č. 10: Rozdělení respondentek dle věku prvního pohlavního styku*

věk	procent	počet
13-15 let	11,3 %	12
16-18 let	55,7 %	59
19-21 let	23,6 %	25
22 i víc	3,8 %	4
nikdy	5,7 %	6
celkem	100 %	106

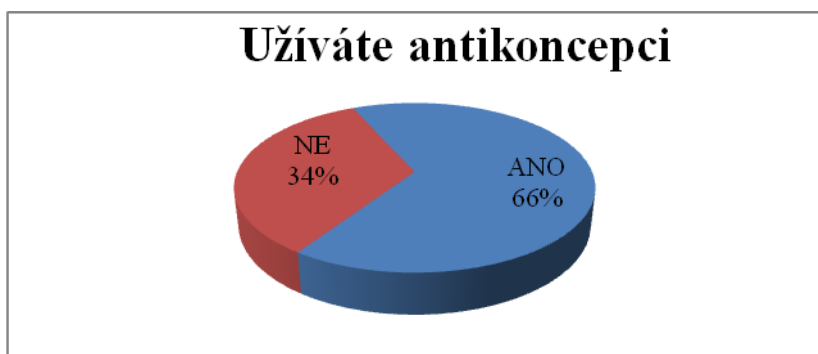
**Položka č. 14** Užíváte antikoncepci?

a) ANO    b) NE

Respondentkám byla položena otázka zda užívají metody ochrany před nechtěným otěhotněním, tedy antikoncepci. Z celku 106 (100 %) respondentek uvedlo 70 (66 %) žen, že se brání početí pomocí antikoncepčních metod, zatímco 36 respondentek (34 %) nepoužívá žádnou antikoncepci.

Více než polovina respondentek používá metody antikoncepce, což svědčí o relativně vysoké úrovni znalostí v této oblasti.

*Graf č. 14: Užívání metod antikoncepce*



*Tabulka č. 11: Užívání metod antikoncepce*

Zda užíváte antikoncepci	Procent	Počet
ANO	66,0%	70
NE	34,0%	36
celkem	100,0%	106

**Položka č. 15** Jaký způsob antikoncepce používáte? (lze označit i více odpovědí)

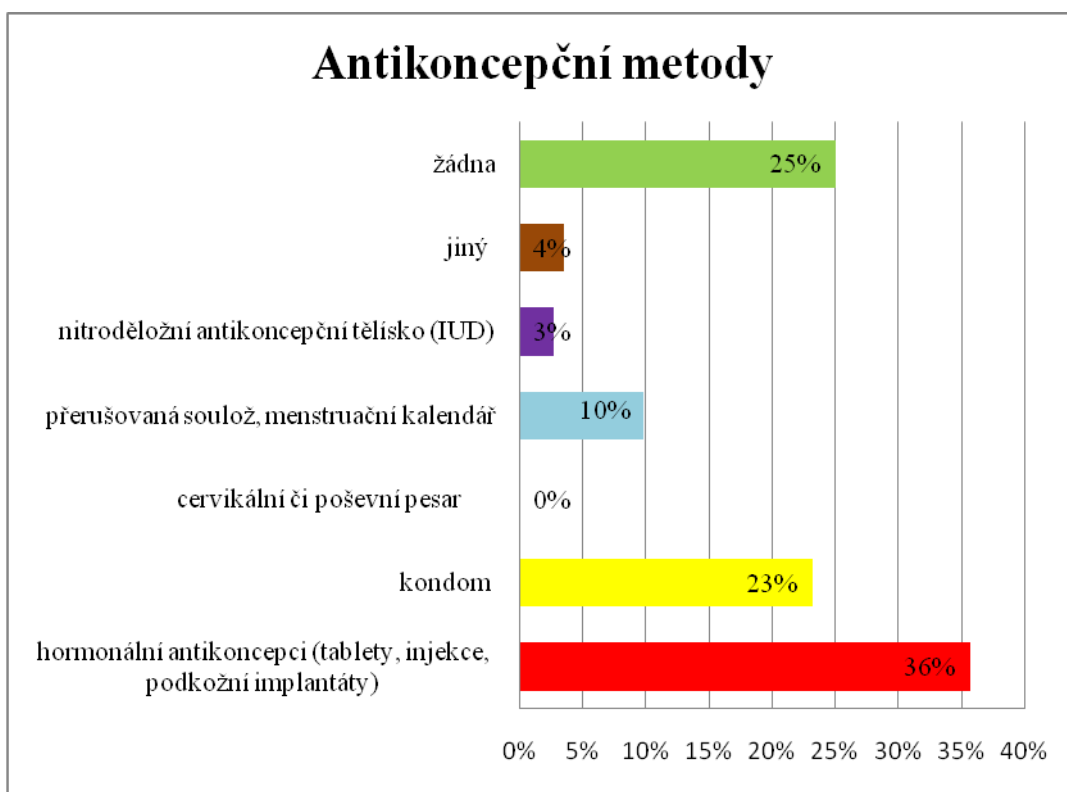
- a) hormonální antikoncepci (tablety, injekce, podkožní implantáty)
- b) kondom
- c) cervikální či poševní pesar
- d) přerušovaná soulož, menstruační kalendář
- e) nitroděložní antikoncepční tělísko (IUD)
- f) jiný (jaký)\_\_\_\_\_

Jedná se o otázku výčtovou, kdy se nerovná 100 % celkový vzorek 106 respondentkám, ale za 100 % se považuje celkový počet odpovědí, které respondentky zaškrtny. Tedy ze 112 (100 %) odpovědí, 40 (36 %) používají hormonální antikoncepci, 26 (23 %) používají kondom, 11 (10 %) žen odpovědělo, že používá přerušovanou soulož nebo menstruační kalendář, 3 (3 %) respondentek používá jako metodu antikoncepce IUD, 4 (4 %) dotazovaných žen používá jinou metodu antikoncepce, nikdo z respondentek nepoužívá cervikální či poševní pesar a 28 (25 %) respondentek nepoužívá žádnou antikoncepční metodu. Většina respondentek preferují kombinaci dvou a více metod antikoncepce.

*Tabulka č. 12: Antikoncepční metody používané mezi respondenty*

<b>Metody antikoncepce</b>	<b>Procent</b>	<b>Počet</b>
homonální antikoncepci (tablety, injekce, podkožní implantáty)	36 %	40
kondom	23 %	26
cervikální či poševní pesar	0 %	0
přerušovaná soulož, menstruační kalendář	10 %	11
nitroděložní antikoncepční tělísko (IUD)	3 %	3
jiný	4 %	4
žádná	25 %	28
celek	100 %	112

Graf č. 15a: Antikoncepční metody používané mezi respondenty



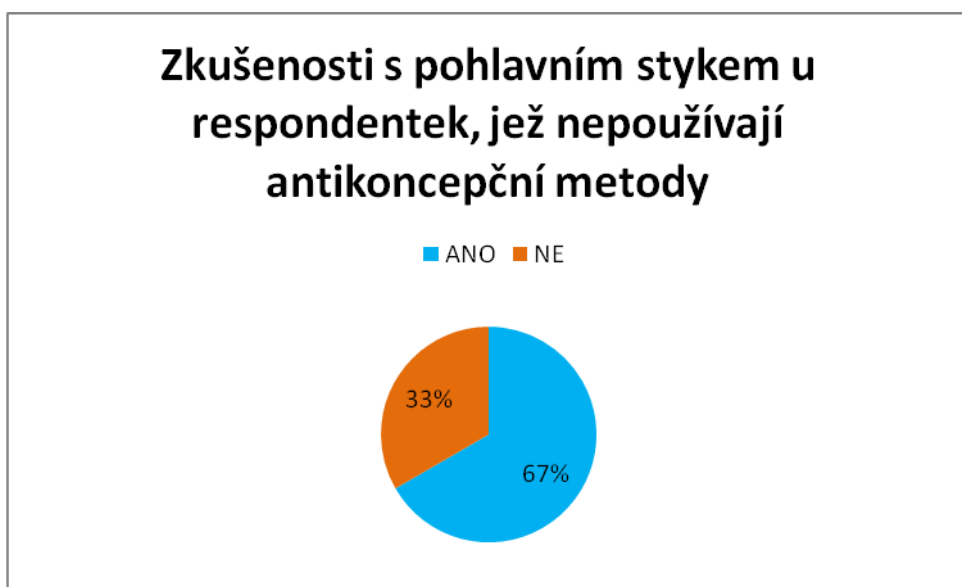
Analýza dat ukázala, že z 28 respondentek (100 %), jež nepoužívají žádnou antikoncepci, 13 žen (46 %) má stálého partnera, zatímco ostatních 15 respondentek (54 %) nemá v současné době stálého partnera.

Graf č. 15b: Stálý partner u respondentek, jež mezi nepoužívají žádnou antikoncepci



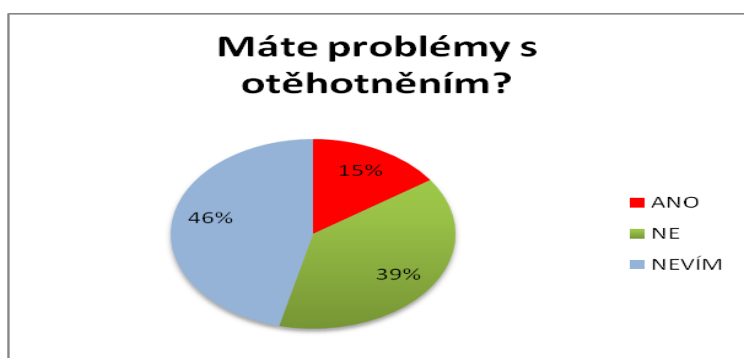
Z 15 (100 %) dotazovaných žen, které nepoužívají žádnou antikoncepční metodu a nemají stálého partnera, 5 (33 %) nemělo nikdy v životě pohlavní styk a zbývajících 10 (67 %) respondentek již má zkušenosti v pohlavním životě (viz graf č. 15 c). Může to znamenat, že těchto 10 (67 %) respondentek úmyslně nepoužívá žádnou antikoncepci nebo v současné době nemá sexuální život.

*Graf č. 15c: Zkušenosti s pohlavním stykem u respondentek, jež nepoužívají antikoncepční metody*



Mezi 13 (100 %) respondentkami, které nepoužívají žádnou antikoncepci a mají v současné době stálého partnera, 2 (15 %) ženy uvedly, že mají problémy s otěhotněním a jedna z nich měla dokonce dvakrát umělé ukončení těhotenství na vlastní žádost.

*Graf č. 15. d: Problémy s otěhotněním u respondentkami, které nepoužívají žádnou antikoncepci a mají stálého partnera*

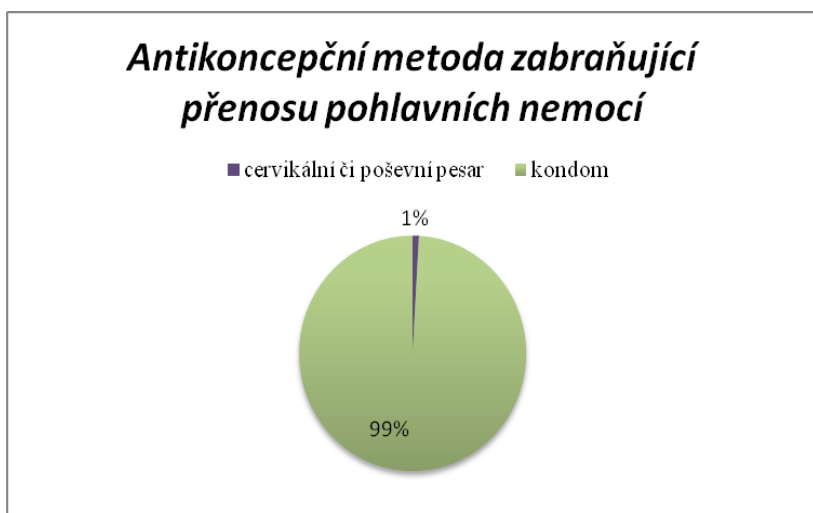


**Položka č. 16** Jaký způsob antikoncepce zabraňuje přenosu pohlavních nemocí?

- a) hormonální antikoncepce
- b) kondom
- c) přerušovaná soulož
- d) cervikální či poševní pesar

Na otázku o způsobu antikoncepce, která brání přenosu pohlavních nemocí, 105 (99,1 %) respondentek odpovědělo, že je to kondom, a pouze 1 (0,9 %) žena uvedla, že cervikální či poševní pesar chrání před nemocemi přenášejícími se pohlavním stykem.

*Graf č. 16: Antikoncepční metoda zabraňující přenosu pohlavních nemocí*



*Tabulka č. 13 Antikoncepční metoda zabraňující přenosu pohlavních nemocí*

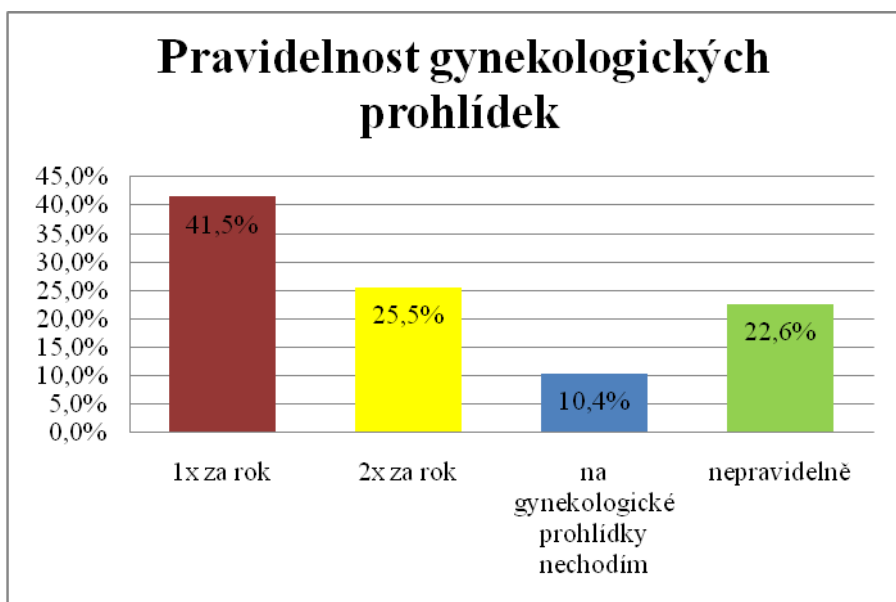
Co brání přenosu pohlavních nemocí	procent	počet
cervikální či poševní pesar	0,9 %	1
kondom	99,1 %	105
celkem	100,0 %	106

### Položka č. 17 Jak často chodíte na prohlídku ke svému gynekologovi?

- a) 1x za rok
- b) 2x za rok
- c) nepravidelně
- d) na gynekologické prohlídky nechodím

Z celkového množství 106 (100 %) dotazovaných žen 44 (41,5 %) chodí na prohlídky ke gynekologovi 1x za rok, 27 (25 %) chodí 2x za rok, 24 (22,6 %) nepravidelně a 11 respondentek (10,4 %) na gynekologické prohlídky vůbec nechodí.

Graf č. 17: Pravidelnost gynekologických prohlídek



Tabulka č. 14: Pravidelnost gynekologických prohlídek

Pravidelnost prohlídek u gynekologa	Procent	Počet
1x za rok	41,5%	44
2x za rok	25,5%	27
na gynekologické prohlídky nechodím	10,4%	11
nepravidelně	22,6%	24
celkem	100,0%	106

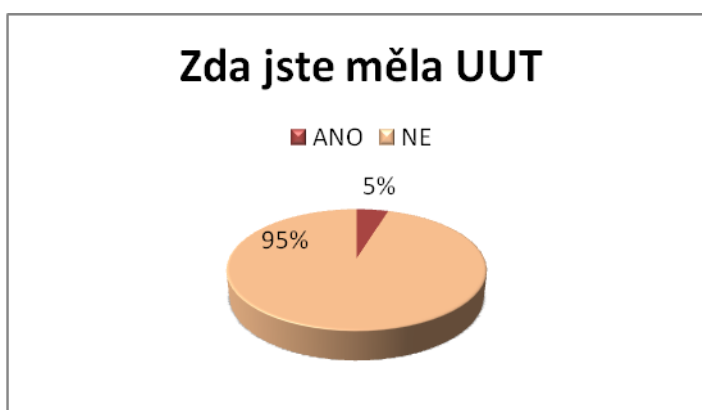
**Položka č. 18 Prodělala jste někdy v životě umělé ukončení těhotenství?**

a) ANO

b) NE

Ze 100 % (106) respondentek 5 % (4) prodělalo v životě umělé ukončení těhotenství.

*Graf č. 18a: Umělé ukončení těhotenství u respondentek*



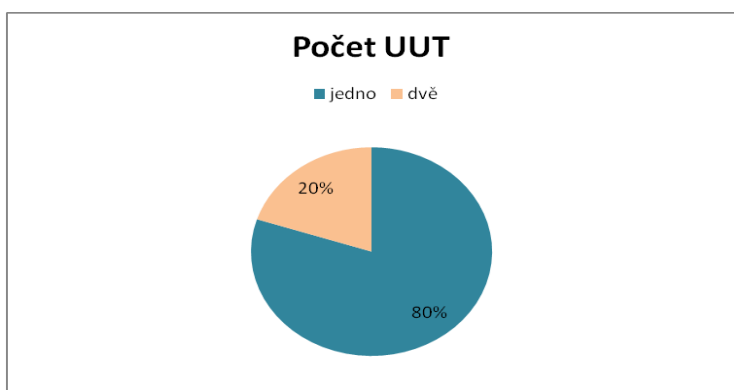
*Tabulka č. 15 Umělé ukončení těhotenství u respondentek*

Umělé ukončení těhotenství	Procent	Počet
ANO	4,7%	5
NE	95,3%	101
celkem	100,0%	106

**Pokud ano, kolikrát? \_\_\_\_\_**

Na otázku, kolikrát respondentky prodělaly umělé ukončení těhotenství, z 5 (100 %), které prodělaly, 4 (80 %) odpověděly, že jedenkrát, a 1 (20 %) řekla dvakrát. Údaje jsou uvedené v grafu č. 18b a v tabulce č. 16.

Graf č. 18b: Počet umělých ukončení těhotenství mezi respondentkami, které je podstoupily

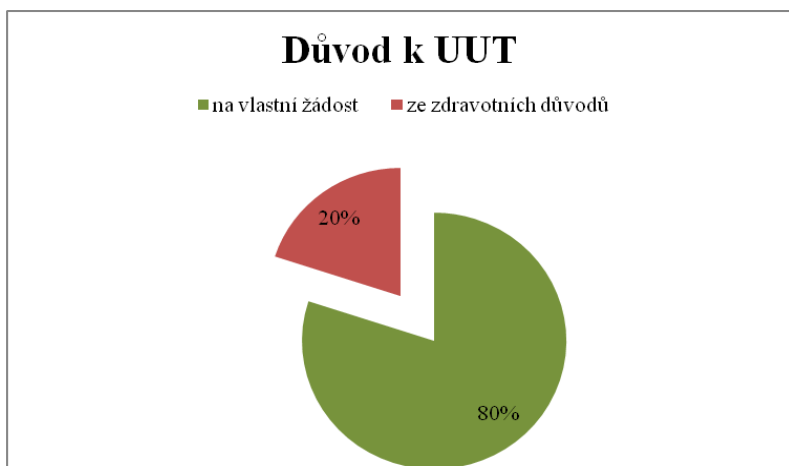


Tabulka č. 16: Počet UUT u respondentek, které je podstoupily

Počet UUT	Procent	Počet
jedno	80%	4
dvě	20%	1
celkem	100%	5

Důvodem k umělému ukončení těhotenství u 5 respondentek (100 %), které je podstoupily, byl u 1 (20 %) zdravotní stav a u ostatních 4 (80 %) to bylo na vlastní žádost.

Graf č. 18c: Důvody k UUT

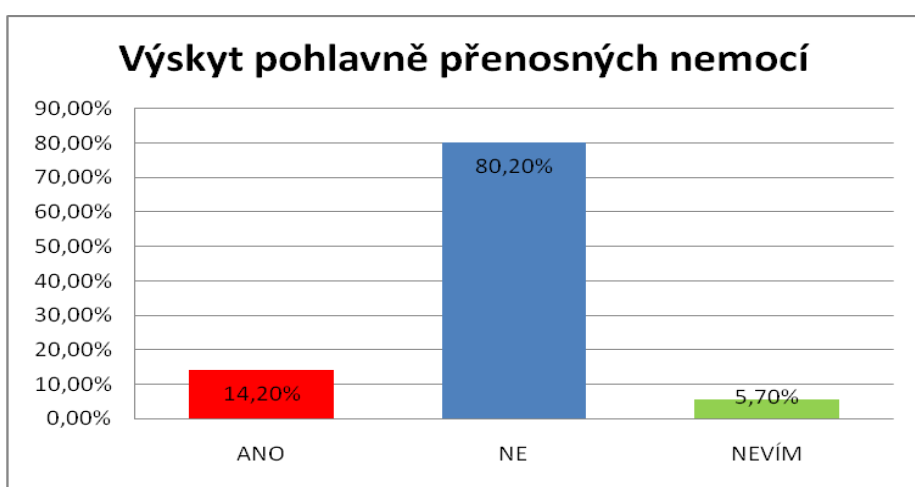


**Položka č. 19** Měla jste někdy onemocnění přenášející se pohlavním stykem?

a) ANO      b) NE      c) NEVÍM

V dotazníku byla položena otázka o výskytu pohlavně přenosných nemocí. Analýza dat ukázala, že z celku 106 (100 %) respondentek 15 (14,2 %) prodělalo v životě pohlavní přenosné nemoci, 85 (80,2 %) respondentek uvedlo, že ne a 6 (5,7 %) respondentek neví, zda měly či neměly pohlavně přenosné onemocnění.

*Graf č. 19: Výskyt pohlavně přenosných nemocí u respondentek*



*Tabulka č. 17: Výskyt pohlavně přenosných nemocí u respondentek*

Výskyt pohlavně přenosných nemocí	Procent	Počet
ANO	14,2%	15
NE	80,2%	85
NEVÍM	5,7%	6
celkem	100,0%	106

**Položka č. 20** Kde jste se dozvěděla nejvíce informací o metodách antikoncepce? (lze označit i více odpovědí)

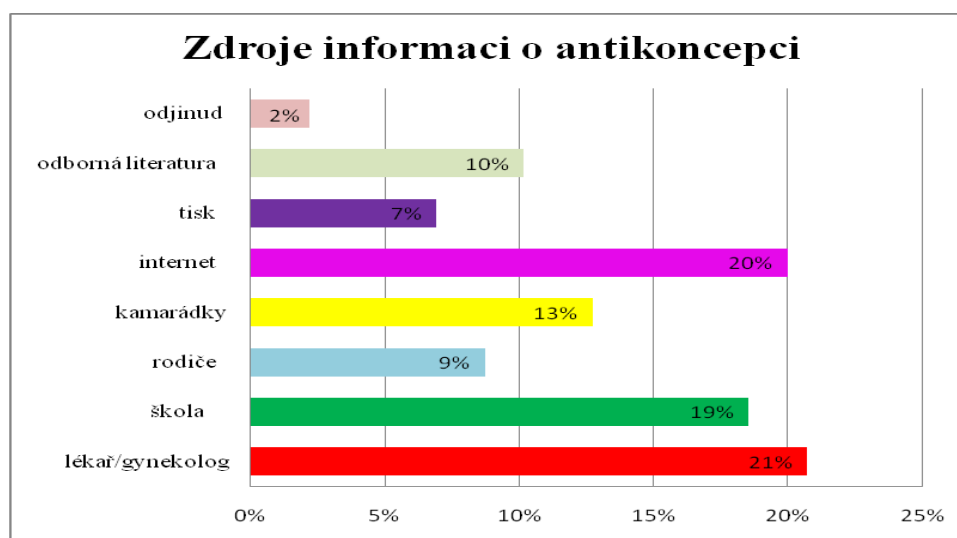
- a) u lékaře/gynekologa b) ve škole c) od rodičů d) od kamarádek  
 e) z internetu f) z tisku g) z odborné literatury h) odjinud (odkud) \_\_\_\_\_

Tato otázka je výčtová, tzn. za 100 % je považován počet odpovědí respondentek, tedy 275. Většina respondentek bylo o metodách antikoncepce informováno z několika pramenů: ze školy, od lékaře/gynekologa, z internetu, od rodičů, kamarádek, z tisku a odborné literatury.

Tabulka č. 18: Zdroje informací o antikoncepci

Zdroje informací	Procent	Počet
lékař/gynekolog	21 %	57
škola	19 %	51
rodiče	9 %	24
kamarádky	13 %	35
internet	20 %	55
tisk	7 %	19
odborná literatura	10 %	28
odjinud	2 %	6
celek	100 %	275

Graf č. 20: Zdroje informací o antikoncepci

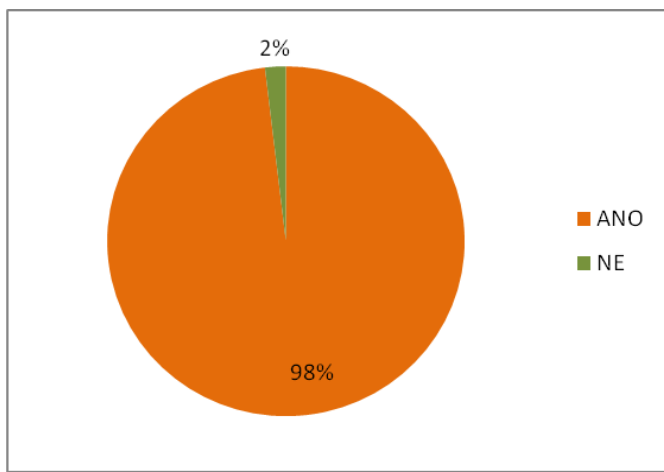


**Položka č. 21** Domníváte se, že je dobré provádět ve škole přednášky o sexuálním chování a zdravém pohlavním životě žen (eventuálně o způsobech antikoncepce)?

a) ANO      b) NE

Z celkového množství 106 (100 %) respondentek 104 (98 %) si myslí, že je dobré provádět ve škole přednášky o sexuálním chování a pohlavním životě a pouze 2 (2 %) ženy se domnívá, že ne.

*Graf č. 21 Přednášky ve škole o sexuálním chování a zdravém pohlavním životě*



## DISKUZE

Každé početí nového života by mělo být vítáno radostí, jelikož citový vztah k nenarozenému dítěti se pak odráží ve vztahu k dítěti po jeho narození. Rozhodnutí o početí dítěte je velice odpovědný krok a určení kdy a kolik mít dětí je právem každé ženy. V současné době existuje celá řada způsobů ochrany před nechtěným těhotenstvím, stejně jako spousta metod pomáhajících početí. Důležité je, aby ženy znaly nejrůznější metody a uměly je aplikovat. Pomocí těchto metod je každá žena schopna určit pro sebe vhodnou dobu těhotenství, pečovat o své zdraví, dostudovat, dosáhnout kariérního vrcholu, chránit sebe a eventuálně se vyhnout umělému ukončení těhotenství. Proto je oblast plánování rodičovství v dnešní době tak aktuální.

Tento výzkum měl za úkol zhodnotit, zda ženy ve fertilním věku vědí o reprodukčním zdraví, určit charakter a míru využití různých antikoncepčních metod mezi respondentkami. Výsledky umožňují do jisté míry vyhodnotit účinnost programů v oblasti reprodukčního zdraví a zároveň navrhnout opatření směřující ke zlepšení situaci.

Ve výzkumné části bakalářské práce byly sledovány náhodně vybrané ženy ve fertilním věku (15 – 49 let). V úvodu bakalářské práce jsem si položila několik výzkumných otázek a zároveň jsem stanovila očekávané výsledky. Na podkladě získaných dat bych ráda zanalyzovala, zda jsem dosáhla očekávaných cílů.

### **1. Plánují ženy ve fertilním věku rodičovství?**

- **Domnívám se, že více než 50 % žen ve fertilním věku plánuje své rodičovství.**

Převážnou část (70 %) respondentek tvoří mladé ženy ve věku 21 – 29 let (viz graf č. 5a). 72 % dotazovaných žen jsou obyvatelky města. 73 % respondentek je v současné době svobodných. 43 % z celkového vzorku studují. Za zmínku stojí skupina žen, které mají stálého partnera (67 % z celkového počtu) a ženy bez dětí (80 %). 77 % respondentek plánuje v budoucnosti mít děti. Pro tuto kategorii žen jsou rozhodně důležité znalosti o metodách plánování rodičovství.

Ve zkoumaném souboru, jen 20 % (21 respondentek) v době výzkumného šetření již mělo děti. Rozebereme tuto skupinu respondentek. Většina z nich měla jedno (47,6%) nebo dvě (33,3%) děti (viz položka č. 8). 67 % matek uvedlo, že jejich těhotenství bylo plánované, zatímco 33 % ze zkoumaných matek své těhotenství neplánovalo (viz položka č. 8, graf č. 8f). Většina žen, které již mají děti, neplánují v budoucnosti mít další dítě (86% žen) a pouze 14 % z nich plánují další početí. Ty z nich, jež neplánují další početí (86% respondentek), jsou stále ve fertilním věku, proto je na místě použití moderních a spolehlivých metod ochrany před nežádoucím těhotenstvím i před sexuálně přenosnými nemocemi.

Ted' se zaměřím na skupinu respondentek bez dětí. Jejich průměrný věk je 21 - 29 let (72 % z celkového počtu). V této kategorii je 93 % žen, které plánují родit. Převážná většina respondentek této skupiny tvoří studentky a většina z nich používá antikoncepci.

Ze všeho výše uvedeného můžeme s jistotou vyvodit, že většina žen fertilního věku plánuje své rodičovství a relativně dobře umí předcházet nechtěnému těhotenství, pomocí různých antikoncepčních metod.

## **2. Jaký způsob antikoncepce nejčastěji preferují ženy ve fertilním věku?**

- **Předpokládám, že nejčastěji ženy preferují perorální hormonální antikoncepci.**
- **Domnívám se, že druhou nejčastěji používanou metodou antikoncepce je kondom.**

Provedená analýza reprodukčního chování respondentek, tedy žen a dívek fertilního věku, svědčí o jejich informovanosti v otázkách moderních metod antikoncepce (viz položka č. 15, graf č. 15a, tab. č. 12). Z analýzy dat můžeme usoudit, že více než polovina respondentek (51,3 %), které používají antikoncepční metody, preferuje hormonální antikoncepci jako metodu ochrany před nežádoucím těhotenstvím. Druhý nejčastější způsob antikoncepce u dotazovaných žen je kondom (23 %). Chtěla bych poznamenat, že 40 % respondentek používá kombinaci několika různých metod: hormonální antikoncepci spolu s kondomem, kombinaci hormonální antikoncepce s bariérovou metodou (přerušovaná soulož, kondom) a přirozenou antikoncepční metodou (menstruační kalendář). Relativně častá je také kombinace bariérové antikoncepce (přerušovaná soulož)

s přirozenou (menstruační kalendář). Nitroděložní antikoncepční tělísko je rozšířeno pouze mezi 3 % respondentek.

Kombinace několika metod antikoncepce je nejlepší volba při ochraně před nežádoucím těhotenstvím. Zvyšuje se tak spolehlivost zabránění oplodnění, další výhodou je ochrana před pohlavně přenosnými nemocemi a infekcí HIV. Takový postup při plánování rodičovství doporučuje i Světová zdravotnická organizace (WHO).

Avšak i přes zjevnou škodlivost umělého ukončení těhotenství a vzdělávání v oblasti reprodukčního zdraví, výzkum odhalil výskyt UUT v životě ženy ČR. 5 % respondentek (5) z celkového množství uvedlo, že prodělaly UUT, přičemž 4 respondentky na vlastní žádost a pouze 1 měla pro UUT zdravotní důvod (viz graf č. 18a). Současně, výsledky průzkumu ukazují nízký výskyt UUT coby volby ochrany před nechtěným těhotenstvím.

Získané údaje svědčí o vysoké úrovni informovanosti žen v oblasti antikoncepčních metod. Výsledky ukazují, že respondentky ve věku 15 – 49 let znají různé metody moderní antikoncepce a umí je používat, čímž snižují rizika nežádoucího těhotenství, umělého potratu a brání se pohlavně přenosným nemocím.

Podobný, ale větší průzkum byl proveden agenturou Mediana mezi 8219 respondenty ve věku od 12 do 79 let a z jejich odpovědí vyplynulo, že prezervativ jako nejčastější antikoncepční prostředek používá téměř 34 % české populace, dalších 65 % kondom volí alespoň občas. Druhou nejoblíbenější antikoncepcí jsou, nijak překvapivě, tabletky s hormonální antikoncepcí, které často využívá 49 % dotázaných, někdy po nich sáhne dalších 11 %. Nejméně lidí, zhruba 7%, používá spermicidní prostředky nebo podkožní antikoncepci.

Dále byl farmaceutickou společností proveden rozsáhlejší celoevropský průzkum v roce 2010. Průzkumu se zúčastnilo celkem 24 320 žen ve věku 15–49 let z 18 zemí. Více než 65 % z nich uvedlo, že má zkušenost s antikoncepční pilulkou nebo kondomem, případně s oběma metodami. Francouzské ženy se umístily na prvním místě a uvedly, že z 50 % užívají hormonální antikoncepční pilulky, pak následovaly Češky, z nichž 43 % bylo uživatelkami hormonální antikoncepční pilulky; za ČR jsou v těsném sledu Nizozemky (41 %) a Němky (38 %). (LACKOVÁ, Z., 2011).

### **3. Odkud (od koho) nejčastěji ženy získávají informace o antikoncepci?**

- **Předpokládám, že nejčastěji ženy získávají informace o antikoncepci od svého gynekologa.**

Otázka o tom, odkud respondentky čerpají informace o metodách antikoncepce, odhaluje roli příslušných zdrojů a jejich dopad na vzdělávání obyvatelstva v oblasti reprodukčního. Většina respondentek ke získání znalostí o metodách antikoncepce používá několika zdrojů (lékař/gynekolog, škola, rodiče, internet, odborná literatura, kamarádky, tisk). Hlavním a nejčastějším zdrojem však je lékař/gynekolog. 19 % získalo znalosti o antikoncepci ze školy, což ukazuje, že přednášky o sexuálním chování a zdravém pohlavním životě ve škole jsou užitečné (viz položka č. 20). Výsledky svědčí o velké roli lékařů-gynekologů, školy a rodičů v edukaci mládeže. V současné době skoro každý z nás má počítač a přístup k internetu. Globální síť se stává v dnešní době nejenom metodou komunikace a zábavy, ale i zdrojem informací. Avšak nevýhodou této metody je neověřenost údajů, jelikož nikdo nekontroluje spolehlivost informací všech internetových článků, přičemž ne každý autor je odborníkem. Spolehlivost vzdělávacích zdrojů je jedním z nejdůležitějších prvků vzhledem k správné sexuální výchově a plánování rodičovství.

### **4. Nejčastější věk pro porod prvního dítěte?**

- **Podle mého názoru v dnešní době převážná část žen rodí první dítě kolem 30 let věku.**

48 % respondentek, které již mají děti, tvoří ženy ve věku 40 – 49 let (viz položka č. 8, graf č. 8a). tato věková kategorie tvoří jenom 10, 4 % celkového počtu respondentek (viz položka č. 1, graf č. 1). Jsou to starší ženy, které již dostudovaly a pořídily si rodinu. Další část matek jsou respondentky ve věku 30 – 39 let (33 %) a 19 % dotazovaných žen mezi 21. – 29. Rokem života. V grafu č. 8d (položka č. 8) je vidět, že 38 % respondentek s dětmi porodilo první dítě do 22 let, 33 % žen ve věku 23 – 25 let a 29 % své první dítě mělo ve věku 26 let a víc.

Větší část respondentek tvoří mladé studující ženy, které zatím nemají děti, ale plánují je mít v budoucnosti. Pro pravdivost výsledku tento průzkum je nedostatečný, jelikož počet respondentek jednotlivých věkových kategorií není stejný.

Průměrný věk respondentek ve chvíli narození prvního dítěte je 21 – 24 let. Avšak z výsledků tohoto dotazníkového šetření lze poměrně objektivně vyčíst, že dnešní mladé ženy se snaží získat vzdělání, vybudovat kariéru, podívat se do světa, což má za důsledek odložení těhotenství do pozdějšího věku, tedy do období 27. – 30. roku života. Je však třeba připomenout, že při rozhodování o početí dítěte velkou roli hraje věk ženy. Je dobré také pamatovat na naplnění osobního poslání a splnění povinností vůči společnosti. Rozhodnutí o početí dítěte je třeba brát vážně, protože úkolem rodičů není jen dítě porodit, ale také vychovat a zabezpečit jeho správný vývoj.

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Ženy v ČR začínají pohlavní život relativně brzo (55,7 % respondentek ve věku 16 – 18 let). Proto je třeba podporovat vzdělávací kampaň pro mládež, edukovat a informovat o metodách plánování rodičovství, propagovat zdravý životní styl, dbát na prevenci proti nemocím přenášejícím se pohlavní cestou. Je nezbytné zesilovat sociální a zdravotnické programy pro plánování rodičovství a prevenci umělého ukončení těhotenství. Hlavní úkolem práce služeb pro plánování rodičovství je prevence nechtěného těhotenství, výběr optimálního času pro početí, pomoc a poskytnutí poradenských služeb při problémech s otěhotněním. Vzdělávací programy a tvorba správných postojů v oblasti plánování rodičovství přispívají k optimálnímu reprodukčnímu chování, početí žádoucího dítěte a podporují zdraví matek a dětí. Osobně si myslím, že je dobré vytvořit brožury, ve kterých by mladá dívka mohla najít základní informace o hygieně svého těla a péči o své zdraví, dozvědět se o moderních metodách antikoncepce a porovnat je mezi sebou, vybrat si tu nejvhodnější. Gynekolog hraje velkou roli v edukaci dívek a žen, může včas zachytit nemoci a zabránit jejich šíření, v neposlední řadě je významná jeho poradenská role. Proto jsou důležité pravidelné gynekologické prohlídky. Plakáty na veřejných místech mohou být podnětem k přemýšlení o vážnosti otázky ochrany svého zdraví.

## ZÁVĚR

Každý nový lidský život začíná oplodněním ženského vajíčka mužskou spermií (viz příloha B, obr. č. 15). Ochrana ženina zdraví, správné sexuální chování a zdravý životní styl jsou základními předpoklady k narození zdravých dětí. Každá žena by měla znát alespoň základy hygieny a péče o své tělo, měla by mít představu o stavbě pohlavních orgánů. V neposlední řadě by měla žena znát metody ochrany svého zdraví a umět je správně používat. Těžištěm této práce je oblast plánování rodičovství a reprodukčního života žen ve fertilním věku. Při psaní této práce jsem zjistila, že existuje spousta moderních prostředků a metod plánování rodičovství, které umožňují chránit se před nechtěným těhotenstvím a pohlavně přenosnými nemocemi, pomáhají správnému naplánování a načasování početí zdravého a žádoucího dítěte. Avšak každá metoda má své pozitivní i negativní stránky a je velice individuální záležitostí.

Studie WHO v oblasti plánování rodičovství ukazují, že zabezpečení správné reprodukční funkce vzhledem k věku rodičů napomáhá snížit perinatální úmrtnost skoro na polovinu. Úloha lékaře, zdravotní sestry a sociálních pracovníků v organizaci a úspěšnosti služeb plánování rodičovství je nesmírná, ale především je důležitá sebepéče.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. WILLIAMS, CH. *Nejrychlejší cesta k pirozenému početí*. Praha: Práh, 2008. s 247. ISBN 978-80-7252-221-7.
2. ŘEŽÁBEK, K. *Asistovaná reprodukce*. Praha: Maxdorf, 2008. s 112. ISBN 978-80-7345-154-7.
3. BARTÁK, A. *Antikoncepce*. Praha: Grada, 2006. s 132. ISBN 80-247-1351-9.
4. ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2002. s 102. ISBN 80-247-0187-1.
5. ČIHÁK, R. *Anatomie 2. Druhé opravené a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2002. s 488. ISBN 80-247-0143-X.
6. MRÁZEK, M. *Umělé oplodnění*. Praha: Triton, 2003. s 71. ISBN 80-7254-413-6.
7. GRIM M., DRUHA, R. *Základy anatomie 3. Trávicí, dýchací, močopohlavní a endokrinní systém*. 1. vydání. Karolinum, Galén, 2005. s 163. ISBN 80-246-0306-3.
8. TRČA, S. *Plánované rodičovství: nejlepší cesta k narození zdravého dítěte*. Praha: Grada, 2009. s 156. ISBN 978-80-247-2794-3.
9. ŠÍLHOVÁ, L., STEJSKALOVÁ, J. *Matkou ve vyšším věku*. 1. vydání. Brno: Computer Press, a.s., 2006. s 102. ISBN 80-251-0987-9.
10. FREUNDL, G., GNOTH, CH., FRANK- HERRMAN, P. *Chceme mít miminko. Nové cesty k vytouženému dítěti*. Praha: Jan Vašut a.s., 2008. s 180. ISBN 978-80-7236-603-3.
11. ROB, L., MARTAN, A., CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Galen, 2008. s 319. ISBN 978-80-7262-501-7.

## INTERNETOVÉ ZDROJE:

1. Wikipedia. Otevřená Encyklopedie. Přirozené plánování rodičovství. [ONLINE] revise (08.02.2012) [cit. 10.03.2012] <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Přirozené\\_plánování\\_rodičovství](http://cs.wikipedia.org/wiki/Přirozené_plánování_rodičovství)>.
2. Wikipedia. Otevřená Encyklopedie. Menstruační cyklus. [ONLINE] revize 05.03.2012 [cit. 07.03.2012] <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Menstruační\\_cyklus](http://cs.wikipedia.org/wiki/Menstruační_cyklus)>.
3. Wikipedia. Antikoncepce. [ONLINE] revise 12.03.2012 [cit. 13.03.2012] <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Antikoncepce>>.
4. Wikipedia. Interrupce. [ONLINE] revise 13.03.2012 [cit. 13.03.2012] <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Interrupce>> .
5. Prolife. [ONLINE] cit. 13.03.2012 <<http://prolife.cz/?a=11&id=9>>.
6. Aqua vitae. [ONLINE] cit. 13.03.2012 <<http://www.necekanetehotna.cz/>> .
7. Wikipedia. Přirozené plánování rodičovství. [ONLINE] revise 08.02.2012 [cit. 14.03.2012] <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Přirozné\\_plánování\\_rodičovství\\_#cite\\_not\\_e-1](http://cs.wikipedia.org/wiki/Přirozné_plánování_rodičovství_#cite_not_e-1)>.
8. Wikipedia. Stres. [ONLINE] revise 24.02.2012 [cit. 17.03.2012] <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Stres>>.
9. Mladá žena. Zdena Lacková. *Proměny antikoncepční pilulky*. [ONLINE] revise 28.06.2011 [cit. 22.03.2012] <<http://mladazena.maminka.cz/scripts/detail.php?id=509362>>.
10. Wikipedie. *Plodnost*. [ONLINE] revise 8.11.2011 [cit. 7.03.2012] <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Plodnost>>.
11. Baby-comp. ClearBlue Easy Fertility monitor. [Online] cit. 15.03.2012 <[http://forelife.com/index.php?route=product/product&product\\_id=54](http://forelife.com/index.php?route=product/product&product_id=54)>
12. Clearblue fertility monitor. [ONLINE] cit. 14.03.2012. <<http://www.clearblue-fertility-monitor.com/clearblue-easy-fertility-monitor.shtml>>

13. Clearblue. Fertility and ovulation tests. [ONLINE] cit. 15.03.2012.  
<<http://www.clearblue.com/uk/HCP/clearblue-digital-ovulation-test.php>>
14. Sebetesty. Těhotenský test One Step citlivost. [Online] cit. 16.03.2012 <<http://sebetesty.cz/ovulacni-testy-one-step-p-73.html>>
15. Wikipedie. Interrupce. [Online] revise 13.03.2012 (cit.12.03.2012) <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Interrupce>>
16. Těhotenské testy. Antikoncepce. [ONLINE] cit. 13.03.2012 <<http://www.tehotenske-testy.net/files/mujweb.atlas.cz%20-%20antikoncepce.htm>>
17. For all estranky. Antikoncepce. [ONLINE] cit. 13.03.2012  
<<http://www.for-all.estranky.cz/clanky/sex---antikoncepce.html>>
18. Salud. Diafragma. [ONLINE] cit. 13.03.2012. <<http://www.esmas.com/salud/home/sexualidad/366180.html>>
19. Morohemeremedies. Vaginal anatomy. [ONLINE] cit. 09.03.2012 <<http://www.morphemeremedies.com/vagina-tightening-cream.htm>>
20. Poznejse. Anatomie ženského pohlavního ústrojí [ONLINE] cit. 12.03.2012  
<[www.poznejse.cz](http://www.poznejse.cz)>
21. Esence. [ONLINE] cit. 08.03.2012 <<http://www.esence.ic.cz/STR/porgzena.htm>>
22. Rodina. Symptotermální metoda V. - Problémy menstruačního cyklu [ONLINE] cit. 16.03.2012 <<http://www.rodina.cz/clanek4015.htm>>
23. Babyweb. Dítě téměř před padesátkou. [ONLINE] cit. 18.03.2012  
<http://www.babyweb.cz/Clanky/a5107-Dite-temer-pred-padesatkou.aspx>
24. Wikipedia. Plodnost. [ONLINE] cit. 06.03.2012  
<[http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Mira\\_plodnosti\\_CR\\_2003.jpg](http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Mira_plodnosti_CR_2003.jpg)>
25. Pro – život. Co je to přirozené plánování rodičovství? [ONLINE] cit. 15.03.2012  
<<http://pro-zivot.pise.cz/38925-co-je-to-prirozene-planovani-rodicovstvi.html>>

26. Sexus.cz. Bazální teplota – Ovulační křivka. [ONLINE] cit. 15.03.2012.  
<<http://www.sexus.cz/bazalni-teplota-ovulacni-krivka>>

27. Tlukot srdce. Průzkum STEM/MARK: Jak jsou na tom Češi s obezitou? [ONLINE] cit. 16.03.2012 <<http://www.tlukotsrdce.cz/zivotni-styl/pruzkum-stem-mark--jak-jsou-na-tom-cesi-s-obezitou->>.

# SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – STRUKTUROVÁNÝ DOTAZNÍK

PŘÍLOHA B – OBRÁZKY

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1 POHLED NA ZEVNÍ RODIDLA ŽENY

Obr. č. 2 POHLED NA VNITŘNÍ POHLAVNÍ ÚTVARY ŽEN

Obr. č. 3 SCHÉMA ŽENSKÝCH VNITŘNÍCH RODIDEL A JÍCH UMÍSTĚNÍ V TĚLE

Obr. č. 4 VAGINÁLNÍ PESAR

Obr. č. 5 SPERMICIDNÍ KRÉM PHARMATEX

Obr. č. 6 NITRODĚLOŽNÍ TĚLÍSKO

Obr. č. 7 INTERRUPTOR ZA POMOCÍ VAKUOVÉHO VYSÁVÁNÍ

Obr. č. 8 OVULAČNÍ TEST WONDFO

Obr. č. 9 CLEARBLUE DIGITAL OVULATION TEST

Obr. č. 10 CLEARBLUE EASY FERTILITY MONITOR

Obr. č. 11 BABY – COMP

Obr. č. 12 TABULKY PRO VYPOČET OVULACI A PLODNÝCH DNŮ

Obr. č. 13 PLODNÉ A NEPLODNÉ OBDOBÍ

Obr. č. 14 BAZÁLNÍ TEPLOTA

Obr. č. 15 POČETÍ NOVÉHO LIDSKÉHO ŽIVOTA

# SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Věk respondentek – s. 50

Graf č. 2: Místo bydliště – s. 51

Graf č. 3: Úroveň vzdělání respondentek – s. 52

Graf č. 4: Profese respondentek v současné době – s. 53

Graf č. 5a: Rodinný stav respondentek – s. 54

Graf č. 5b: Věkové kategorie svobodných respondentek – s. 55

Graf č. 6: Zda respondentky mají stálého partnera – s. 55

Graf č. 7: Zda respondentky mají nebo nemají děti – s. 56

Graf č. 8a: Věkové kategorie respondentek s dětmi – s. 57

Graf č. 8b: Zda respondentky s dětmi mají stálého partnera – s. 58

Graf č. 8c: Počet dětí u respondentek – s. 58

Graf č. 8d: Věk respondentek ve chvíli narození prvního dítěte – s. 59

Graf č. 8e: Věk respondentek s dětmi při první souloži – s. 59

Graf č. 8f: Zda těhotenství bylo plánované? – s. 60

Graf č. 9a: Zda respondentky plánují mít v budoucnosti děti – s. 60

Graf č. 9b: Věková kategorie žen, jež neplánují mít v budoucnosti děti – s. 61

Graf č. 9c: Zda respondentky s dětmi plánují další děti – s. 61

Graf č. 10a: Věková kategorie respondentek bez dětí – s. 62

Graf č. 10b: Zda respondentky bez dětí plánují je mít – s. 62

- Graf č. 11: Zda respondentky mají problémy s otěhotněním – s. 63
- Graf č. 12: Použití těhotenského testu – s. 64
- Graf č. 13: Věk při první souloži – s. 65
- Graf č. 14: Užívání metod antikoncepce – s. 66
- Graf č. 15a: Antikoncepční metody používané mezi respondenty – s. 68
- Graf č. 15b: Stálý partner u respondentek, jež mezi nepoužívají žádnou antikoncepci – s. 68
- Graf č. 15c: Zkušenosti s pohlavním stykem u respondentek, jež nepoužívají antikoncepční metody – s. 69
- Graf č. 15d: Problémy s otěhotněním u respondentkami, které nepoužívají žádnou antikoncepci a mají stálého partnera – s. 69
- Graf č. 16: Antikoncepční metoda zabraňující přenosu pohlavních nemocí – s. 70
- Graf č. 17: Pravidelnost gynekologických prohlídek – s. 71
- Graf č. 18a: Umělé ukončení těhotenství u respondentek – s. 72
- Graf č. 18b: Počet umělých ukončení těhotenství mezi respondentkami, které je podstoupily – s. 73
- Graf č. 18c: Důvody k UUT – s. 73
- Graf č. 19: Výskyt pohlavně přenosných nemocí u respondentek – s. 74
- Graf č. 20: Zdroje informací o antikoncepci – s. 75
- Graf č. 21 Přednášky ve škole o sexuálním chování a zdravém pohlavním životě – s. 76

## SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1: Věk respondentek – s. 50
- Tabulka č. 2: Místo bydliště respondentek – s. 51
- Tabulka č. 3: Úroveň vzdělání respondentek – s. 52
- Tabulka č. 5: Rodinný stav respondentek – s. 54
- Tabulka č. 6: Zda respondentky mají stálého partnera – s. 56
- Tabulka č. 7: Zda respondentky mají nebo nemají děti – s. 56
- Tabulka č. 8: Věkové kategorie respondentek s dětmi – s. 57
- Tabulka č. 9: Zda respondentky plánují mít v budoucnosti děti – s. 61
- Tabulka č. 10: Rozdělení respondentek dle věku prvního pohlavního styku – s. 65
- Tabulka č. 11: Užívání metod antikoncepce – s. 66
- Tabulka č. 12: Způsoby antikoncepce u respondentek, které je používají – s. 66
- Tabulka č. 12: Antikoncepční metody používané mezi respondenty – s. 67
- Tabulka č. 13: Antikoncepční metoda zabraňující přenosu pohlavních nemocí – s. 70
- Tabulka č. 14: Pravidelnost gynekologických prohlídek – s. 71
- Tabulka č. 15: Umělé ukončení těhotenství u respondentek – s. 72
- Tabulka č. 16: Počet UUT u respondentek, které je podstoupily – s. 73
- Tabulka č. 17: Výskyt pohlavně přenosných nemocí u respondentek – s. 74
- Tabulka č. 18: Zdroje informací o antikoncepci – s. 75

# SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

tj. – to je

č. – číslo

cit. – citace

obr. – obrázek

tzn. – to znamená

tzv. – takzvaný

et al. – a kolektiv

tab. - tabulka

atd. – a tak dále

apod. – a podobně

angl. – anglicky

lat. – latinsky

viz - odkaz na jinou stránku

např. – například

ČR – Česká republika

WHO – Světová zdravotnická organizace

UUT – umělé ukončení těhotenství

PPR – přirozené plánování rodičovství

PPN – pohlavně přenosné nemoci

LH – luteinizační hormon

FSH – folikulostimulační hormon

GnRH - Gonadotropiny uvolňující hormon

IUD – nitroděložní antikoncepční tělísko

MUDr. – medicinae universae doctor (doktor medicíny)

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome (Syndrom získané imunodeficiency)

ICHS – ischemická choroba srdeční

AI - Arteficiální Inseminace

AIH – Artificial Insemination from Husband

AID - Artificial Insemination from Donor

IVF - In vito fertilizace

ET - embryotransfer

ICSI - Intracytoplazmatická injekce spermie do vajíčka

# PŘÍLOHY

## PŘÍLOHA A

### DOTAZNÍK

Vážené slečny a ženy!

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Součástí ukončení mého studia je obhajoba bakalářské práce na téma „**Plánované rodičovství u žen ve fertilním věku.**“ K zjištění požadovaných informací potřebuji vyplnit následující údaje v tomto dotazníku. Proto Vás prosím o přečtení následujících otázek a označení odpovědí, které nejvíce odpovídají dané skutečnosti. Vybrané odpovědi (někdy lze označit **i více odpovědí** v rámci jedné otázky) **zakroužkujte**. Dotazník je zcela **dobrovolný a anonymní!**

**Děkuji za Váš čas, který jste věnovaly vyplnění tohoto dotazníku.**

Sitora Ikramova

**1) Kolik je Vám let?**

- a) 15-20
- b) 21-29
- c) 30-39
- d) 40-49

**2) Kde bydlíte?**

- a) ve městě
- b) na vesnici

**3) Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?**

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné vzdělání
- e) vysokoškolské

**4) Jaká je Vaše profese v současné době?**

- a) jsem zaměstnaná, jako \_\_\_\_\_
- b) jsem nezaměstnaná

**5) Rodinný stav:**

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) vdova

**6) Máte v současné době stálého partnera?**

- a) ANO
- b) NE

**7) Máte děti?**

- a) ANO
- b) NE

- Pokud ANO, kolik? \_\_\_\_\_
- V kolika letech jste měla první dítě?  
\_\_\_\_\_

**8) Pokud jste už byla těhotná, bylo to plánované těhotenství?**

- a) ANO
- b) NE

**9) Pokud nemáte děti, plánujete je v budoucnosti mít?**

a) ANO

b) NE

- Pokud NE, co je důvodem, že je neplánujete?
- 

**10) Máte problémy s otěhotněním?**

a) ANO

b) NE

c) NEVÍM

**11) Kolikrát v životě jste použila těhotenský test?**

a) 1-5x

b) 6-10x

c) víc než 10 x

d) nikdy

**12) V kolika letech jste měla první pohlavní styk? (uvést věk, přibližně)**

---

**13) Užíváte antikoncepci?**

a) ANO

b) NE

**14) Jaký způsob antikoncepce používáte? (lze označit i více odpovědí)**

a) hormonální antikoncepci (tablety, injekce, podkožní implantáty)

b) kondom

c) cervikální či poševní pesar

d) přerušovaná soulož, menstruační kalendář

e) nitroděložní antikoncepční tělíčko (IUD)

f) jiný (jaký) \_\_\_\_\_

**15) Jaký způsob antikoncepce zabraňuje přenosu pohlavních nemocí?**

- a) hormonální antikoncepce
- b) kondom
- c) přerušovaná soulož
- d) cervikální či poševní pesar

**16) Jak často chodíte na prohlídku ke svému gynekologovi?**

- a) 1x za rok
- b) 2x za rok
- c) nepravidelně
- d) na gynekologické prohlídky nechodím

**17) Prodělala jste někdy v životě umělé ukončení těhotenství?**

- a) ANO
- b) NE

**Pokud ano, kolikrát?** \_\_\_\_\_

**18) Umělé ukončení těhotenství bylo provedeno?**

- a) na vlastní žádost
- b) ze zdravotních důvodů

**19) Měla jste někdy onemocnění přenášející se pohlavním stykem?**

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

**20) Kde jste se dozvěděla nejvíce informací o metodách antikoncepce? (lze označit i více odpovědí)**

- a) u lékaře / gynekologa
- b) ve škole
- c) od rodičů
- d) od kamarádek
- e) z internetu
- f) z tisku
- g) z odborné literatury
- h) odjinud (odkud) \_\_\_\_\_

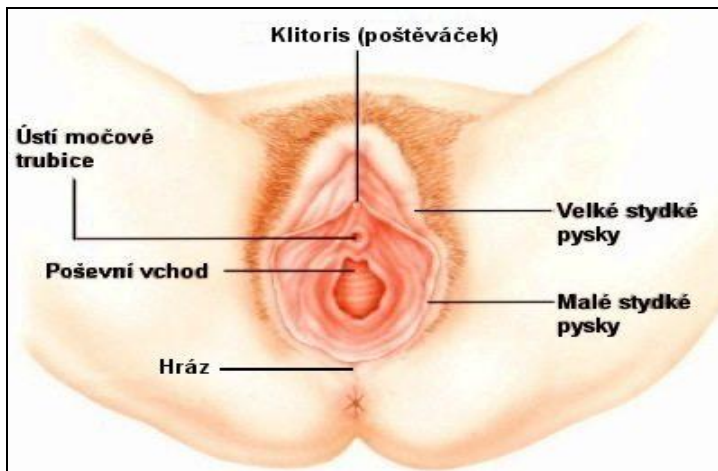
**21) Domníváte se, že je dobré provádět ve škole přednášky o sexuálním chování a zdravém pohlavním životě žen (eventuálně o způsobech antikoncepce)?**

- a) ANO
- b) NE

***Děkuji Vám moc za Váš čas!!!***

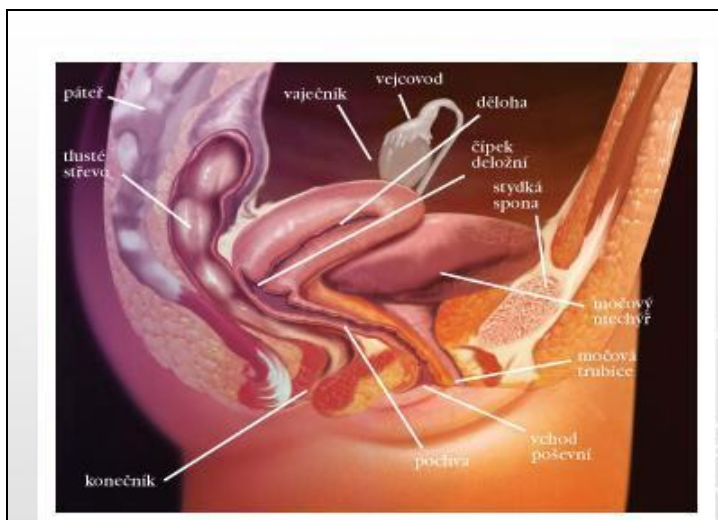
## PŘÍLOHA B

*Obr. č.1 Pohled na zevní rodidla ženy*



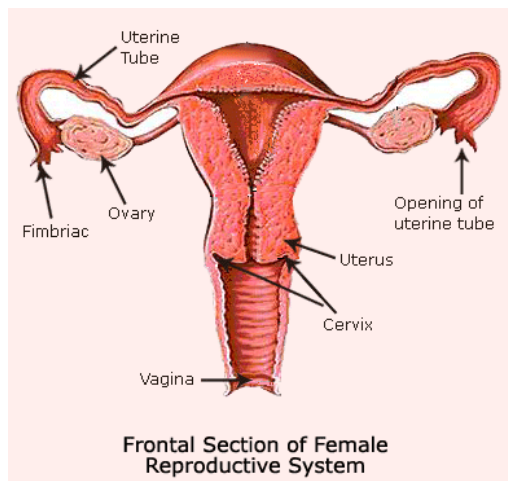
Esence. [ONLINE] cit. 08.03.2012 <<http://www.esence.ic.cz/STR/porgzena.htm>>

*Obr. č. 2 Pohled na vnitřní pohlavní útvary žen*



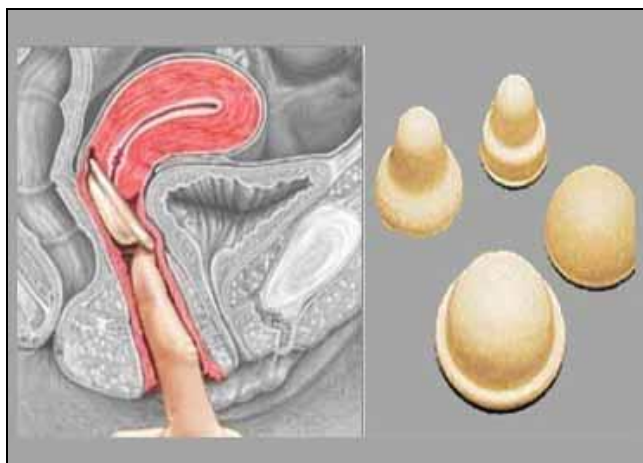
Poznejse. Anatomie ženského pohlavního ústrojí [ONLINE] cit. 12.03.2012 <[www.poznejse.cz](http://www.poznejse.cz)>

Obr. č. 3 Schéma ženských vnitřních rodidel a jejich umístění v těle: malé stydké pysky, pochva, zevní branka, vnitřní branka, děloha, vaječníky, vejcovody



Morohemeremedies. Vaginal anatomy. [ONLINE] cit. 09.03.2012 <<http://www.morphemeremedies.com/vagina-tightening-cream.htm>>

Obr. č. 4 Vaginální (poševní) pesar



Salud. Diafragma. [ONLINE] cit. 13.03.2012. <<http://www.esmas.com/salud/home/sexualidad/366180.html>>

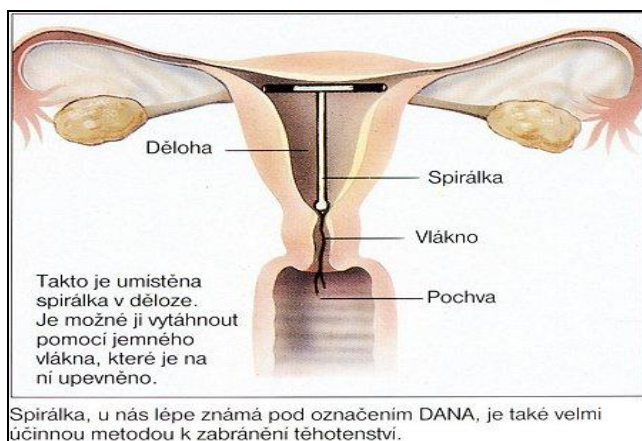
Obr. č. 5 Spermicidní krém PHARMATEX: tuba a aplikátor



For all estranky. Antikoncepce. [ONLINE] cit. 13.03.2012

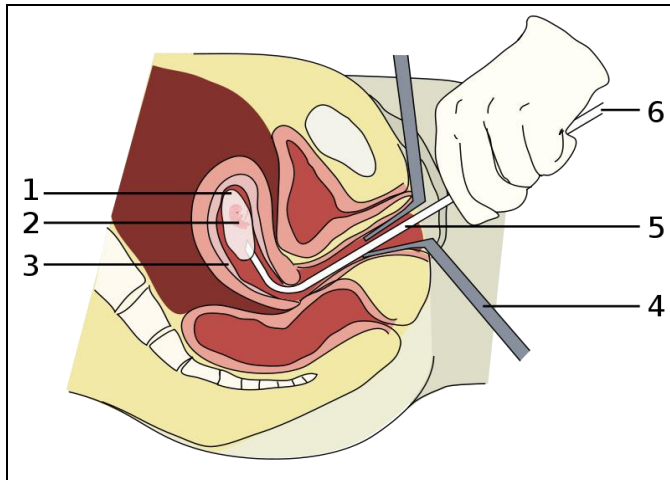
<<http://www.for-all.estranky.cz/clanky/sex---antikoncepce.html>>

Obr. č. 6 Nitroděložní tělísko



Těhotenské testy. Antikoncepce. [ONLINE] cit. 13.03.2012 <<http://www.tehotenske-testy.net/files/mujweb.atlas.cz%20-%20antikoncepce.htm>>

Obr. č. 7 Interrupce (za pomoci vakuového vysávání): 1.Amniový vák; 2.Embryo; 3.Děložní výstředka; 4.Speculum; 5.Vakureta; 6.Napojení na sací pumpu



Wikipedie. Interrupce. [Online] revise 13.03.2012 (cit.12.03.2012) <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Interrupce>>

Obr. č. 8 Ovulační test WONDFO



Sebetesty. Těhotenský test One Step citlivost. [Online] cit. 16.03.2012 <<http://sebetesty.cz/ovulacni-testy-one-step-p-73.html>>

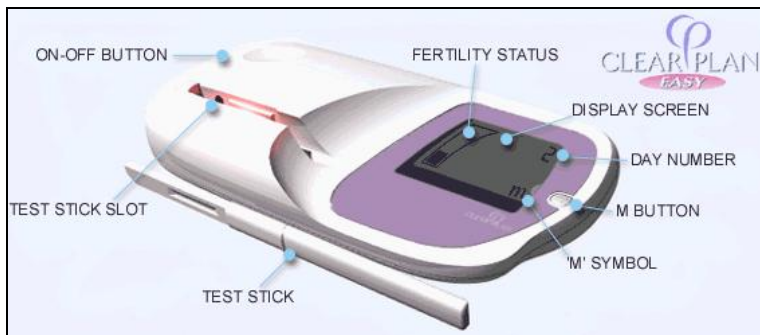
Obr. č. 9 Clearblue digital ovulation test



Clearblue. Fertility and ovulation tests. [ONLINE] cit. 15.03.2012.

<<http://www.clearblue.com/uk/HCP/clearblue-digital-ovulation-test.php>>

Obr. č. 10 Clearblue easy fertility monitor



Clearblue fertility monitor. [ONLINE] cit. 14.03.2012.

<<http://www.clearblue-fertility-monitor.com/clearblue-easy-fertility-monitor.shtml>>

Obr. č. 11 Baby-comp

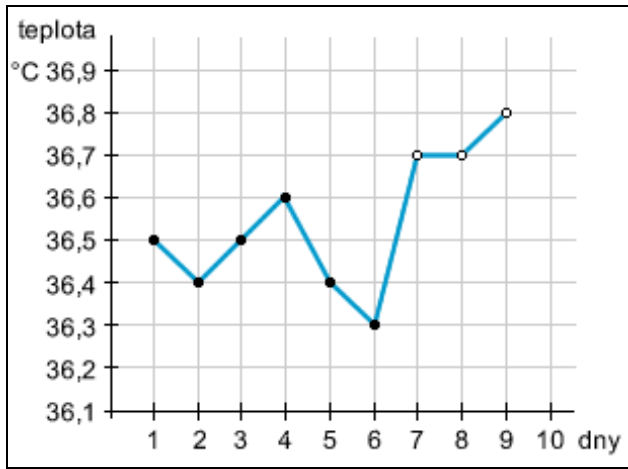


Baby-comp. ClearBlue Easy Fertility monitor. [Online] cit. 15.03.2012

<[http://forelife.com/index.php?route=product/product&product\\_id=54](http://forelife.com/index.php?route=product/product&product_id=54)>



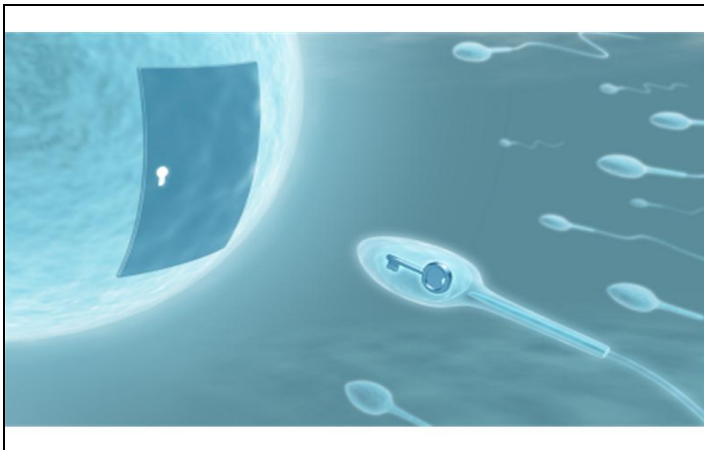
Obr. č. 14 Bazální teplota. (Pravidlo „tři po šesti“). V prvních šesti dnech (černé body) dosahuje žena nižších teplot než jaké jsou naměřeny v dalších třech po sobě následujících dnech (bílé body).



Sexus.cz. Bazální teplota – Ovulační křivka. [ONLINE] cit. 15.03.2012.

<http://www.sexus.cz/bazalni-teplota-ovulacni-krivka>

Obr. č. 15 Počítí nového lidského života



Babyweb. Dítě téměř před padesátkou. [ONLINE] cit. 18.03.2012

<http://www.babyweb.cz/Clanky/a5107-Dite-temer-pred-padesatkou.aspx>



