

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Zuzana Václavíková

Vedomosti žien o antikoncepcii

Diplomová práca

Vedúci práce: Mgr.Jiří Vévoda, Ph.D.

Olomouc 2019

Prehlasujem, že som diplomovú prácu napísala samostatne a použila len uvedené bibliografické a elektronické zdroje

Olomouc 29. apríla 2019

.....

Podpis

Pod'akovanie

Ďakujem svojmu vedúcemu diplomovej práce Mgr. Jiřímu Vévodovi, Ph.D. za odborné vedenie diplomovej práce a pomoc pri spracovaní výskumnej časti diplomovej práce. Moje pod'akovanie patrí tiež Mgr. Štěpánce Bubeníkové, Ph.D. a doc. PhDr. Ludmile Matulníkové Ph.D. za poskytnutie odborných rád.

ANOTÁCIA

Typ záverečnej práce: Diplomová práca

Téma práce: Vedomosti žien o antikoncepcii

Názov práce: Vedomosti žien o antikoncepcii

Názov práce v AJ: Women's knowledge about contraception

Dátum zadania: 29.01.2017

Dátum odovzdania: 30.04.2019

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotníckych vied

Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Zuzana Václavíková

Vedúci práce: Mgr. Jiří Vévoda Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Štěpánka Bubeníková Ph.D.

Abstrakt v SJ:

Cieľ: Hlavným cieľom práce bolo zistiť aké sú vedomosti žien o antikoncepcii.

Metodika: Metódou výskumného šetrenia bol zvolený kvantitatívny výskum. Zber dát prebiehal formou neštandardizovaného dotazníka vlastnej konštrukcie. Výskumného šetrenia sa zúčastnilo celkom 217 respondentiek, spracovaných dotazníkov bolo 202, ostatné dotazníky boli vyradené z dôvodu nevyplnenia niektorých položiek. Výskumné šetrenie prebiehalo v Slovenskej republike v gynekologických ambulanciách Žilinského kraja v období od 26.11.2018 do 22.2.2019. Respondentky boli rozdelené do rôznych kategórií a následne porovnávané.

Výsledky: Boli zistené oblasti, v ktorých majú ženy najmenej vedomostí, a v ktorých disponujú primeranými vedomosťami. Nebola nájdená žiadna štatisticky významná súvislosť medzi vekom, vzdelaním a tehotenstvom žien vo vzťahu k vedomostiam o antikoncepcii. Boli identifikované najčastejšie zdroje na čerpanie informácií k danej problematike a zistené niektoré štatisticky významné vzťahy medzi zdrojom na čerpanie informácií a vekom a medzi

používaním antikoncepcie a vekom. Porovnávané súbory boli nerovnomerné, mladších žien bolo – 68,3%, starších žien – 31,7%. Na tento rozdiel vo vzorke je potrebné myslieť kvôli možnému skresleniu výsledkov.

Záver: Získané dáta ukazujú, že vek vplýva na čerpanie informácií o antikoncepcii a na používanie antikoncepcie. V informovanosti a edukácii žien o antikoncepcii je dôležitá najmä úloha gynekológa a pôrodnej asistentky vzhľadom k možným mýtom a nepravdivým informáciám od neadekvátnych zdrojov.

Abstrakt v AJ:

Objective: The main objective of the thesis was to find out women's knowledge about contraception.

Methodics: By research investigation method was chosen quantitative research. Data collection was carried out in the form of a non-standardized questionnaire of own construction.. A total of 217 respondents participated in the research investigation, processed questionnaires were 202, other questionnaires were discarded due to non-completion of some items. Research investigation took place in the Slovak Republic in gynecological outpatient departments of the Žilina's self-governing region in the period from 26.11.2018 to 22.2.2019. Respondents were divided into different categories and then were comparing.

Results: Identified were areas where women have the least knowledge and in which they have adequate knowledge. No statistically significant relationship was found between age, education and pregnancy of women in relation to contraceptive knowledge. Identified were the most common sources of information on the subject and found some statistically significant relationships between the source of information and age and between the use of contraception and age. The compared files were uneven, younger women were – 68,3%, older women – 31,7%. This difference in sample needs to be considered for possible distortion of results.

Conclusion: Results of research investigation point out that respondents have adequate knowledge. The data obtained show that the age influences the use of contraceptive information and for use of contraception. For informing and educating women about contraception is important mainly the role of gynecologist and midwife due to possible myths and false information from inadequate sources.

OBSAH:

ÚVOD.....	8
POPIS REŠERŠNEJ STRATÉGIE.....	9
1. TEORETICKÉ POZNATKY.....	11
1.1 Plánovanie rodičovstva.....	11
1.2 Kompetencie pôrodnej asistentky.....	12
1.3 Úloha pôrodnej asistentky v informovanosti žien.....	13
1.4 Antikoncepcia.....	15
1.4.1 Typy hormonálnej antikoncepcie.....	15
1.4.2 Pearlov index.....	18
1.4.3 Účinnosť antikoncepcie.....	19
1.4.4 Liekové interakcie s kombinovanou hormonálnou antikoncepciou.....	20
1.4.5 Vyšetrenie pred nasadením hormonálnej antikoncepcie.....	21
1.4.6 Kontraindikácie.....	22
1.4.7 Zmeny v dôsledku užívania hormonálnej antikoncepcie.....	23
1.4.8 Dôvody užívania/neužívania antikoncepcie.....	28
2 VÝSKUMNÁ ČASŤ.....	31
2.1 Výskumné ciele a hypotézy.....	31
2.2 Metóda zberu dát a realizácia výskumu.....	32
2.3 Charakteristika súboru.....	33
2.4 Metóda spracovania dát.....	33
3 VÝSLEDKY VÝSKUMU.....	34
3.1 Demografický charakter výskumu respondentiek.....	34
3.2 Vyhodnotenie otázok dotazníka.....	35
3.3 Overenie platnosti hypotéz.....	43
4 DISKUSIA.....	51
ZÁVER.....	56
REFERENČNÝ ZOZNAM.....	58
ZOZNAM TABULIEK.....	65

ZOZNA GRAFOV.....	66
ZOZNAM PRÍLOH.....	67

ÚVOD

Pod pojem antikoncepcia spadajú všetky metódy a prostriedky, ktoré bránia nechcenému tehotenstvu a pritom umožňujú pohlavný styk.

Kvalitná starostlivosť o reprodukčné zdravie má potenciál zlepšiť výsledky pre matku, deti a ich rodiny a to čiastočne tým, že umožňujú ženám regulovať vlastnú plodnosť a poskytujú zvýšenú starostlivosť počas tehotenstva a pôrodu. (Weaver et al., 2013)

Pôrodné asistentky a sestry zohrávajú kľúčovú úlohu v konzultáciách pre ženy ohľadom správneho a efektívneho používania antikoncepcie a plánovania rodičovstva (Mark, 2009).

Napriek dobrej dostupnosti antikoncepčných metód je polovica všetkých tehotenstiev neúmyselná a polovica týchto neplánovaných tehotenstiev sa končí potratom. Ženy, ktoré pokračujú v nechcenom tehotenstve, sú riziková skupina kvôli možnému zvýšenému požívaniu alkoholu, drog či nedostatočnej prenatálnej starostlivosti. Preto pôrodné asistentky zohrávajú dôležitú úlohu v informovanosti žien o metódach antikoncepcie a riešenia prekážok alebo mylných predstáv o antikoncepcii, čím by sa mohol znížiť počet neplánovaných tehotenstiev (Schrager, 2008).

Rozhodovanie v oblasti antikoncepcie by malo znamenať zváženie rizík a výhod danej antikoncepčnej metódy v porovnaní s následkami neúmyselného tehotenstva (Dragoman, 2014).

Pred nasadením vhodnej antikoncepčnej metódy by sa mali zvážiť nasledujúce kritériá: dostupnosť antikoncepcie, preferencie jednotlivca, ochrana proti infekcii, riziká antikoncepčnej metódy, finančné náklady, miera zlyhania danej metódy a riziko tehotenstva a jeho dôsledky (Roos-Hesselink, 2015).

Prevalencia antikoncepcie a neuspokojená potreba plánovania rodiny sú kľúčovými ukazovateľmi na meranie zlepšenia prístupu k reprodukčnému zdraviu (WHO, 2018).

Poradenstvo o vhodnej antikoncepčnej metóde zo strany pôrodnej asistentky by malo zahŕňať informácie o všetkých dostupných metódach, podrobné informácie o všetkých vedľajších účinkoch, benefitoch či spôsobe používania čím sa zvýši spokojnosť budúcej užívateľky, vplyv na užívanie antikoncepcie vrátane vhodnej metódy a vzťah medzi užívateľkou a užívaním antikoncepcie sa stane pozitívnejší (Craig, 2019).

POPIS REŠERŠNEJ STRATÉGIE

Vyhľadávacie kritériá:

Kľúčové slová v SJ: plánované rodičovstvo, antikoncepcia, vedľajšie účinky, liekové interakcie, pôrodná asistentka

Kľúčové slová v AJ: family planning, contraception, side effects, drug interactions, midwife

Jazyk: slovenský, český, anglický

Obdobie: 2009 - 2019

Ďalšie kritériá: recenzované periodika, review, meta-analýzy, prehľadové články, štúdie

Databázy: EBSCO, PUBMED

Nájdenných 217 článkov

Vyradujúce kritériá: duplicitné články, články, ktoré nespĺnili kritériá

Sumarizácia využitých databáz a dohľadaných dokumentov:

EBSCO: 33 článkov

PUBMED: 4 články

Sumarizácia dohľadaných periodík a dokumentov:

Česká gynekologie: 1 článok

Moderní babictví: 2 články

Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví: 1 článok

Gynekologie a porodnictví: 2 články

Gynekolog: 4 články

Pediatric pro praxi: 1 článok

Psychosom: 1 článok

Midwifery: 3 články

Contraception and Reproductive medicine: 1 článok

Journal of Midwifery & Women's Health: 1 článok

Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie: 1 článok

International Journal of Cancer: 1 článok

Obstetrics and gynecology: 2 články

Contraception: 6 článkov

Recommendations and Reports: 1 článok

Maternal and Child Health Journal: 1 článok

Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology: 1 článok

Official Journal Of The International Academy Of Clinical And Applied Thrombosis/Hemostasis: 1 článok

Psychiatry Research: 1 článok

Cochrane Database of Systematic Reviews: 1 článok

J Clin Endocrinol Metab: 1 článok

Journal of Family: 1 článok

Eur J Contracept Reprod Health Care: 1 článok

Journal of Clinical Nursing: 2 články

The New England Journal of Medicine: 1 článok

American Academy of Pediatrics: 1 článok

Fertility and Sterility: 2 články

The Journal of Sexual Medicine: 1 článok

BMC Research Notes: 1 článok

Oman Medical Journal: 1 článok

Studies In Family Planning: 1 článok

Acta Neurologica Scandinavica: 1 článok

Sexual and reproductive healthcare: 1 článok

Farmakovigilance: 1 článok

Journal of nursing Social Studies, Public Health and Rehabilitation: 1 článok

Pre tvorbu teoretických východísk bolo použitých 50 dohľadaných článkov z toho:12 zdrojov bolo českých, 1 slovenský a 37 anglických. Použité boli tiež 3 české zákony, 6 odborných kníh, 2 elektronické zdroje

1. TEORETICKÉ POZNATKY

1.1 Plánovanie rodičovstva

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) (2018) opisuje plánované rodičovstvo ako právo slobodne sa rozhodnúť o svojej reprodukcii. Slobodná kontrola fertility je súčasťou základných ľudských práv. Medzi výhody plánovaného rodičovstva okrem kontroly vlastnej plodnosti patrí aj zníženie zdravotných rizík u žien súvisiacich s tehotenstvom, zníženie detskej úmrtnosti, zníženie počtu tehotných adolescentiek a pomoc v predchádzaní získania vírusu ľudskej imunodeficiencie.

Plánované rodičovstvo umožňuje ľuďom dosiahnuť požadovaný počet detí. Informácie ohľadom plánovania rodičovstva by mali poskytovať pôrodné asistentky každému sexuálne aktívnemu človeku vrátane adolescentov. Podľa WHO sú pôrodné asistentky vyškolené na poskytovanie informácií ohľadom lokálne dostupných a kultúrne prijateľných antikoncepčných metód (WHO, 2018).

Väčšie využívanie metód plánovaného rodičovstva znižuje mieru morbidity a úmrtnosti matiek a ovplyvňuje kvalitu rodičovstva. Naopak, neefektívne využívanie týchto metód prispieva k mortalite a morbidite dievčat a žien v reprodukčnom veku, keďže vyššia parita zvyšuje pravdepodobnosť úmrtia a komplikácií napríklad krvácania, malformácií plodu a mnohopočetnú graviditu (Ackerson, 2017).

Autorka Vránová (2010) opisuje dva druhy plánovaného rodičovstva:

1. *Pozitívne plánovanie* zaraďujú sa sem všetky opatrenia zo strany partnerského vzťahu mať vlastné dieťa a aj starostlivosť o neplodnosť.
2. *Negatívne plánovanie* prejavuje sa ako snaha a opatrenia, ktoré zabraňujú nežiadúcemu tehotenstvu.

Medzi metódy plánovania rodičovstva patria: *hormonálne a nehormonálne antikoncepčné prostriedky*.

Hormonálne antikoncepčné prostriedky

Patria sem všetky antikoncepčné prípravky obsahujúce hormóny: kombinovaná hormonálna antikoncepcia, perorálne gestagény, implantáty, vaginálny krúžok, injekčný depomedroxyprogesteron acetát (DMPA), kombinovaná antikoncepčná náplasť, vnútromaternicové teliesko obsahujúce progesterón alebo levonorgestrel a iné (Pilka, 2017).

Nehormonálne antikoncepčné prostriedky

Do tejto skupiny patrí mechanická bariérová antikoncepcia: mužský a ženský kondóm, diafragma, cervikálny klobúčik či kontracepčná hubka.

Samostatnú skupinu tvoria spermicídy (Pilka, 2017). Ďalej sem patrí mužská a ženská sterilizácia, metóda laktačnej amenorei a prerušovaná súlož tzv. coitus interruptus (WHO, 2018).

Medzi nehormonálne antikoncepčné prostriedky patria v rámci plánovaného rodičovstva aj prirodzené metódy regulácie plodnosti a to:

- teplotná metóda
- symptomatická metóda
- Billingsova ovulačná metóda
- Kanus-Oginova metóda
- metóda modelu Creighton.

Tieto formy antikoncepcie sú medzi používateľmi málo rozšírené z dôvodu nižšej spoľahlivosti, náročnosti na pochopenie a osvojenie si používanie týchto metód (Mazúchová, 2014, Pilka, 2017).

1.2 Kompetencie pôrodnej asistentky

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods.1 písm. a) zákona č.576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 350/2005 Z. z. vydáva túto koncepciu: *Pôrodná asistancia je odbor, ktorý sa zaoberá zdravotnou starostlivosťou o matku a dieťa a o reprodukčné zdravie ženskej populácie. Jedným z jej charakteristík je aj poskytovanie zdravotnej starostlivosti o reprodukčné zdravie ženy.*

Hlavným cieľom pôrodnej asistencie je udržanie dobrého zdravotného stavu a zlepšenie kvality reprodukčného zdravia žien, ich detí, rodín a komunity.

Starostlivosť o reprodukčné zdravie ženy okrem iného zahŕňa:

- poradenstvo a zdravotná výchova ženám, ich rodinám a mládeži zameraná na podporu zdravého rodinného života, plánovaného rodičovstva, zdravých sexuálnych návykov a pozitívneho rodičovstva
- pripravovanie a vedenie edukačných programov týkajúcich sa reprodukčného zdravia ženy

Takisto aj postpartálna a postnatálna starostlivosť zahŕňa poskytovanie informácií pôrodnou asistentkou o pozitívnom plánovanom rodičovstve počas dojčenia.

Medzi základné úlohy pôrodnej asistentky patrí poskytovanie poradenstva a výchovy v oblasti plánovaného rodičovstva, sexuálnej výchovy, prevencie v gynekológii a pôrodnictve ženám, rodinám a komunitám (Vránová, 2010).

Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnosti zdravotníckych pracovníkov a jiných odborných pracovníkov: *Pôrodná asistentka vykonáva činnosti podľa § 3 odst. 1 a ďalej poskytuje a zaisťuje bez odborného dohľadu a bez indikácie základnú a špecializovanú ošetrovateľskú starostlivosť tehotnej žene, rodiacej žene a žene do šiesteho týždňa po pôrode prostredníctvom ošetrovateľského procesu.*

Popri tom môže poskytovať informácie o životospráve počas tehotenstva a dojčenia, príprave na pôrod, ošetrovanie novorodenca a o antikoncepcii, poskytovať rady a pomoc v otázkach sociálne-právnych v spolupráci so zodpovednými orgánmi.

Takisto aj zákon 96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotníckych povolaniach definuje povolanie pôrodnej asistentky ako osobu, ktorá poskytuje zdravotnú starostlivosť v pôrodnej asistencii a rady ženám počas tehotenstva, pri pôrode a v šestonedelí, pokiaľ prebiehajú fyziologicky, vedenie fyziologického pôrodu a poskytovanie starostlivosti o novorodenca, súčasťou tejto starostlivosti je tiež ošetrovateľská starostlivosť o ženu na úseku gynekológie. Ďalej sa pôrodná asistentka v spolupráci s lekárom podieľa na preventívnej, liečebnej, diagnostickej, rehabilitačnej, paliatívnej, neodkladnej alebo dispenzárnej starostlivosti.

1.3 Úloha pôrodnej asistentky v informovanosti žien

Poskytovanie poradenstva v oblasti antikoncepcie a plánovaného rodičovstva je jedna z kompetencií pôrodnej asistentky (Walker, 2014).

Pôrodné asistentky a sestry hrajú kľúčovú úlohu v edukácii žien, ktoré vyhľadávajú centrá pre plánovanie rodiny, kde sa učia o výbere vhodnej antikoncepčnej metóde (Mark, 2009).

Poradenstvo môže riešiť otázky súvisiace s výberom vhodnej metódy a výskytom vedľajších účinkov, ktoré majú potenciál ovplyvniť výber metódy, ale aj schopnosť žien správne a dôsledne používať tieto metódy (Craig, 2019).

V štúdiu od autorky Mazúchovej (2014) sa zistilo, že väčšina respondentov z celkového počtu 430 respondentov nie je informovaná o prirodzených metódach plánovania rodičovstva ako jedna z foriem alternatívy antikoncepcie od lekárov sestier či pôrodných asistentiek.

Autor Jabbari a kol. (2014) vo svojej štúdiu naznačuje, že po edukácii, ktorú praktizovali pôrodné asistentky, účastníci výskumu zmenili svoje zmýšľanie a zvýšilo sa používanie

antikoncepcie. Zistil sa pozitívny význam prítomnosti pôrodných asistentiek pri zlepšení kvality a kvantity rodiny.

Autor Vakilian (2011) vo svojej štúdií kladie dôraz na to, že pôrodné asistentky hrajú dôležitú úlohu v podporovaní a plánovaní rodiny a reprodukčného zdravia u žien, čím sa výrazne znižuje materská a detská úmrtnosť a taktiež narastá povedomie žien o používaní vhodnej antikoncepcie.

Pôrodná asistentka je preto najvhodnejšia na poskytovanie informácií ohľadom antikoncepcie a plánovaného rodičovstva, čím dá ženám do povedomia benefity a nevýhody, zvýši sa kvalita služieb plánovaného rodičovstva a zníži neúmyselné tehotenstvo a jeho dopad na zdravie žien a ich rodín (Jabbari, 2014).

Pôrodná asistentka vykonáva edukačnú činnosť v akomkoľvek prostredí – v ambulanciách, v nemocnici, na klinike, v domácom prostredí klientok, v zdravotných zariadeniach, vo svojej súkromnej praxi, v školách a ďalších zariadeniach, ktoré prejavia záujem o činnosť edukácie. Edukačná činnosť je zameraná na rôzne oblasti a životné etapy ženy vrátane edukácii v oblasti plánovaného rodičovstva a antikoncepcie v adolescencii, dospelosti či po pôrode, čím pomáha predchádzať komplikáciám (Vránová, 2010).

Aj Maskálová (2010) uvádza, že pred začatím užívania antikoncepcie zohráva dôležitú úlohu informovanosť žien a pôrodná asistentka.

Podobne aj autorka Mazúchová a kol. (2015) sa zaoberá edukáciou žien o antikoncepcii pôrodnými asistentkami a hovorí, že pôrodná asistentka by sa mala v edukácii zamerať na poznávanie plodnosti, pochopenie účinku antikoncepcie zo strany žien, zamerať pozornosť na kontraindikácie, negatívne vplyvy a prípadné nespoľahlivosti.

Autor Mark (2009) opísal obsahovú náplň kurzov vykonávaných pôrodnými asistentkami zameranú na edukáciu o antikoncepcii. Edukácia prebiehala formou rozhovorov a mala 3 kategórie:

- edukácia žien o fungovaní svojho tela a reakcií na antikoncepciu, opis anatómie a fyziológie tela na lepšie porozumenie o spôsobe fungovania orgánov vo vzťahu k antikoncepčnej metóde
- ženy sa učia sledovať svoje reprodukčné zdravie a antikoncepčný režim
- poučenie o technikách a správnom používaní antikoncepčnej metódy.

Zistilo sa, že pôrodná asistentka výrazne ovplyvnila používanie hormonálnej antikoncepcie u žien v porovnaní s komunitou, v ktorej pôrodná asistentka nebola (Weaver et al., 2013).

1.4 Antikoncepcia

1.4.1 Typy hormonálnej antikoncepcie

Kombinovaná orálna antikoncepcia – je najrozšírenejšia forma kombinovanej antikoncepcie s obsahom estrogénu a gestagénu (progestínu) v rôznej dávke. Progestín je syntetická obdoba žltého telieska - progesterónu, čím zamedzuje ovulácii (Koliba, 2014). Zvyčajne sa začína užívať prvý deň menštruačného cyklu. Nástup antikoncepčného účinku je okamžitý. Preparáty kombinovanej orálnej antikoncepcie sa líšia dennou dávkou estrogénu.

Podľa dávky ethynilestradiolu sa kombinovaná perorálna antikoncepcia delí do 4 skupín:

1. veľmi nízka dávka (10-20 μ g)
2. nízka dávka (30-37,5 μ g)
3. stredná dávka (40-50 μ g)
4. antikoncepcia s obsahom 10 μ g ethynilestradiolu

Podľa rozloženia podávaných hormónov počas jedného cyklu sa kombinovaná orálna antikoncepcia delí na :

- **monofázový**, kedy všetky tablety majú rovnaké zloženie
- **bifázový**, ktorá je charakteristická tým, že v druhej polovici cyklu je dávka progestínu vyššia, **kombifázické prípravky**, sú špecifickým typom tejto antikoncepcie, kde v prvej polovici cyklu je vyššia dávka estrogénu a nižšia dávka progestínu ako v druhej polovici
- **trojfázová** kombinovaná perorálna antikoncepcia je typická postupným zvyšovaním progestínu, pričom dávka estrogénu môže byť zvýšená v druhej tretine aplikácie (Křepelka, 2017).

Štandardné balenia obsahujú celkom 28 piluliek pričom 21 až 24 tabliet je hormonálnych a 4 až 7 piluliek je placebových – nehormonálnych (Ott, 2014, Pilka, Procházka, 2012).

Gestagénna antikoncepcia

Spočíva v užívaní samotného gestagénu, čiže progestínu. V tomto type antikoncepcie sú použité nasledujúce typy progestínov: etynodiol diacetát, levonorgestrel, noretisteron a desogestrel (Grimes et al., 2013). Antikoncepcia je vo forme tabliet – minipilulky, podkožných alebo vnútro maternicových implantátov alebo intramuskulárnych a subkutánných injekcií. Mechanizmus účinku spočíva vo vplyve gestagénu na cervikálny hlien (Koliba, 2014).

Primárnym mechanizmom účinku tejto antikoncepcie je zmena cervikálneho hlienu, ktorý je nepriepustný pre spermie a zmena výstelky endometria, ktorý zabraňuje implantácii oplodneného vajíčka, ale aj v navodení anovulácie blokádou sekrécie luteinizačného hormónu (Trussell, 2011, Křepelka, 2013). Ženy s menštruáciou zahajujú aplikáciu tohto prípravku prvý deň cyklu, po pôrode možno zahájiť užívanie 21. deň od pôrodu (Křepelka, 2013). Minipilulky si vyžadujú presné užívanie. S trojhodinovým oneskorením sa stráca jej účinnosť (Koliba, 2014).

Autor Křepelka (2017) opisuje, že tento typ antikoncepcie je vhodný pre ženy, pre ktoré je kontraindikáciou užívanie estrogénu, a to najmä pre fajčiarky vo veku nad 35 rokov, ženy s migrénou, či dojčiace ženy. Avšak medzi hlavnú a dôležitú nevýhodu v tomto prípade patrí nepravidelnosť krvácania (Čepický, 2011).

Vaginálny krúžok

Výhoda vaginálneho krúžku oproti perorálnej antikoncepcii je, že nevyžaduje pravidelné užívanie. V súčasnosti existujú vaginálne krúžky s obsahom progestínu alebo v kombinácii s obsahom progestín a estrogén.

Progestagénny vaginálny krúžok obsahuje účinnú látku progestin - nestoron s postupným denným uvoľňovaním 50 µg nestoronu po dobu jedného roka. Vykazuje vysokú antikoncepcnú účinnosť. Pri režime 3 týždňov s 1 týždenným hormon-free intervalom.

Kombinovaný vaginálny krúžok obsahuje rôzne typy hormónov ako je ethynilestradiol, etonogestrel, ktoré uvoľňujú účinnú dávku hormónov v dávke 150 µg ethynilestradiolu/15 µg etonogestrelu denne po dobu 13 cyklov pri režime 3 týždňov s 1 týždenným hormon-free intervalom.

V súčasnosti sú na trhu dostupné dva typy kombinovaného vaginálneho krúžku obsahujúce buďto nestoron/ethynilestradiol alebo etonogestrel/ethynilestradiol- tento krúžok uvoľňuje 120 µg etonogestrelu a 15 µg ethynilestradiolu denne (Křepelka, 2018).

Na trhu je tiež nový typ vaginálneho krúžku, ktorý okrem antikoncepcných látok uvoľňuje aj účinné antiretrovirové látky pôsobiace v prevencii ochorenia vírusom ľudskej imunodeficiencie (HIV) (Sitruk-Ware, 2018).

Antikoncepcná náplast'

Náplaste uvoľňujú 20 µg ethynilestradiolu a 150 µg norelgestrominu denne do krvného obehu cez pokožku (Křepelka, 2017). Aplikujú sa v oblasti podbruška, ramena alebo hornej časti trupu, nikdy však nie na prsia. Každý týždeň sa aplikuje nová náplast', po troch týždňoch

nasleduje týždenná pauza, kedy nastáva cyklické krvácanie (Koliba, 2014). U žien s telesnou hmotnosťou nad 90 kg môže byť účinnosť antikoncepcnej náplaste znížená (Křepelka, 2017).

Kombinovaná injekčná antikoncepcia

Je tvorená 25mg medroxyprogesterónacetátu a 5mg estradiol cypionátu. Aplikuje sa jedenkrát za mesiac intramuskulárne. Mechanizmus účinku, kontraindikácie a bezpečnosť sú obdobné ako pri kombinovanej orálnej antikoncepcii (Křepelka, 2017). Táto metóda je šetrnejšia, pretože obchádza hepatálny cyklus a nevyskytujú sa pri nej gastrointestinálne obtiaže (Koliba, 2014).

Norethisteron enanteát (NET-EN)

Je to syntetický progestín v dávke 200mg, ktorý slúži na intramuskulárnu aplikáciu. Kontracepčný účinok je zachovaný po dobu 8 týždňov. Mechanizmus účinku je podobný ako u ostatných progestagénnych kontraceptív a teda vyvoláva supresiu gonadotropínov, atrofiu endometria a zvýšenie viskozity cervikálneho hlienu. Prvú injekciu je doporučené aplikovať piaty deň menštruačného cyklu, ďalšie tri v intervale 8 týždňov. Pri ďalšom pokračovaní je interval možné predĺžiť na 12 týždňov. Kontraindikáciou je karcinóm prsníka a endometria, vrodené trombofilné stavy či závažná hypertenzia (Křepelka, 2017).

Vnútromaternicové teliesko s levonorgestrelom

V súčasnosti sú na trhu dostupné dva typy:

LNG - IUS 20 - Mirena

Teliesko v tvare T obsahuje 52 mg levonorgestrelu, ktoré po dobu piatich rokov denne uvoľňuje 20µg levonorgestrelu, dávka uvoľňovaného progestínu sa postupne znižuje na 10-14 µg denne, vďaka čomu zvyšuje viskozitu cervikálneho hlienu, znižuje motilitu vajcovodov a taktiež mení hrúbku endometria.

LNG – IUS 14 - Jaydess

Teliesko obsahuje 13,5 mg levonorgestrelu, ktoré denne uvoľňuje 14µg tejto látky, postupne sa hladina uvoľňovanej látky znižuje na hodnotu 5µg po dobu 3 rokov (Křepelka, 2017).

Teliesko sa zavádza v prvých dňoch menštruácie, kedy je cervikálny kanál pootvorený. Medzi absolútne kontraindikácie používania vnútromaternicového telieska s levonorgestrelom patria vrodené vady maternice, nevysvetliteľné krvácanie z rodidiel, aktuálna panvová zápalová choroba, karcinóm čípku alebo endometria či choriokarcinóm (Fait a kol., 2017).

Depotný medroxyprogesterón acetát (DMPA)

Je mikrokryštalická suspenzia progestínu. Dostupný je vo forme subkutánneho podania v dávke 104 mg v objeme 0,65 ml alebo intramuskulárneho podania v dávke 150mg o objeme 1 ml. Injekcia sa aplikuje v priebehu prvých piatich dní cyklu. Po aplikácii je udržiavaná účinná hladina tejto látky po dobu troch mesiacov (Křepelka, 2017). Podanie medroxyprogesterón acetátu účinkuje potlačením ovulácie cez supresiu hladín folikulo stimulujúceho a luteinizačného hormónu, výsledkom je hypoestrogénny stav (Pilka, Procházka et al., 2012).

Antikoncepcia vo forme implantátu

Je typom dlhodobo pôsobiacej reverzibilnej antikoncepcijnej metódy.

Etonogestrelové implantáty

Implantát zaisťuje antikoncepcijný účinok po dobu troch rokov. Obsahuje 68 mg etonogestrelu, ktorý sa postupne uvoľňuje. Primárnym účinkom je potlačenie ovulácie. Medzi sekundárne účinky patria: zvýšená viskozita hlienu krčka maternice a stenčenie endometriálnej výstelky.

Levonorgestrelové implantáty

Implantáty s účinnosťou piatich rokov sú dostupné v 2 formách:

- v podobe dvoch implantátov – každá kapsula obsahuje 75 mg levonorgestrelu
- v podobe šiestich implantátov, pričom každá kapsula obsahuje 36 mg levonorgestrelu.

Oba typy implantátov sú schopné zaisťovať kontracepcijný účinok po dobu piatich rokov (Křepelka, 2013).

Najčastejšie vedľajšie účinky implantátov sú nepravidelné krvácanie, mastodynia, bolesti hlavy, sekundárna amenorea, únava a zmeny nálady (Cowett et al., 2018).

1.4.2 Pearlov index

Pre výber vhodnej antikoncepcijnej metódy je najdôležitejšia spoľahlivosť. Jeden zo spôsobov matematického vyjadrenia účinnosti antikoncepcie je Pearlov index, ktorý vyjadruje, koľko žien zo 100 neplánovane otehotnie pri používaní danej metódy antikoncepcie za jeden rok.

U väčšiny metód je vhodné rozlíšiť Pearlov index u ideálnej užívateľky, ktorá metódu používa precízne a nedopustí sa žiadnych chýb, a u bežnej užívateľky. V prípade niektorých metód je možnosť chyby v užívaní minimálna (napríklad implantáty) a u iných môže byť rozdiel medzi ideálnou a bežnou užívateľkou významný.

Spôsob výpočtu

Pearlov index určuje pravdepodobnosť neplánovaného počatia za 1 mesiac, ďalej sa výsledok zovšeobecni za rok a teda, vynásobí sa číslom 12 a daný výsledok sa vynásobí 100, kvôli prehľadnosti v percentách.

Minimálna hodnota indexu je 0, kedy neplánovane neotehotnie žiadna žena a maximálna 1 200 v prípade otehotnenia všetkých žien vo výskume behom prvého mesiaca (alebo menštruačného cyklu). Pearlov index však nereflektuje počet pohlavných stykov u jednotlivých párov v danom roku a výsledky preto nemusia odpovedať skutočnej spoľahlivosti antikoncepcnej metódy (Čepický, 2011).

Pearlov index jednotlivých druhov antikoncepcie:

<i>Metóda antikoncepcie</i>	<i>Bežná užívateľka</i>	<i>Ideálna užívateľka</i>
<i>gestagénne minipilulky</i>	0,5	0,2
<i>kombinované pilulky</i>	0,5	0,1
<i>vnútromaternicové teliesko s med'ou</i>	0,3	0,2
<i>gestagénne implantáty</i>	0,05	0,02
<i>hormonálne vnútromaternicové teliesko</i>	0,05	0,02
<i>depotný medroxyprogesterón acetát</i>	0,02	0,01
<i>hormonálny vaginálny krúžok</i>	0,5	0,04
<i>coitus interruptus</i>	20	4
<i>kondóm</i>	10	4
<i>spermicídy</i>	10	3

(ČEPICKÝ, P., 2011. Antikoncepcie, intercepcie, sterilizace. In: ROZTOČIL, A. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, ISBN 9788024728322)

1.4.3 Účinnosť antikoncepcie

Účinnosť antikoncepcných metód je vyššia u dlhodobo pôsobiacich a u tých, ktoré nekladú nárok na každodennú aplikáciu (hormonálne implantáty, vnútromaternicové teliesko s levonorgestrelom) a nižšia u metód pôsobiacich krátkodobo (náplasti, vaginálny systém, injekčné metódy) až po metódy s nárokom na pravidelnú dennú aplikáciu – perorálne formy antikoncepcie (Mansour et al., 2010).

Účinnosť orálnej antikoncepcie môže byť znížená pooperačnými komplikáciami ako je napríklad dlhodobá hnačka či vracanie, okrem toho sa účinok znižuje aj chirurgickými procedúrami, ktoré obsahujú malabsorpčnú zložku (Ott, 2014).

Zistilo sa, že u obéznych žien užívajúcich kombinovanú hormonálnu antikoncepciu hladiny levonorgestrelu (LNG) nemusia dosiahnuť prah koncentrácie v čase predpokladanej ovulácie, aby zabránili uvoľneniu vajíčka, a teda môže sa vytvoriť možný mechanizmus zlyhania antikoncepcie. Pre porovnanie, u žien s normálnou hmotnosťou hladina LNG dosahuje prah koncentrácie približne okolo piateho dňa, zatiaľ čo u obéznych je to okolo trinásteho dňa, teda niekedy v čase predpokladanej ovulácie (Simmons, 2016).

Dlhodobu pôsobiace reverzibilné metódy antikoncepcie vrátane intrauterinného telieska či podkožných implantátov majú výhodu v tom, že nie sú závislé od užívateľa a ich miera zlyhania je menšia ako 1%. Naopak ročná miera zlyhaní s typickým užívaním perorálnej formy antikoncepčných piluliek sa odhaduje na 9% pre celkovú populáciu (Winner, 2012).

1.4.4 Liekové interakcie s kombinovanou hormonálnou antikoncepciou

Pri užívaní niektorých liekov existuje riziko interakcie lieku s hormonálnou antikoncepciou. Riziko zníženej antikoncepčnej účinnosti však závisí od zloženia a koncentrácie ethynilestradiolu a progestínu. Lieky, ktoré spôsobujú inhibíciu alebo indukciu pečenej enzýmov menia metabolizmus hormonálnej antikoncepcie, čo vedie k zmene koncentrácie estrogénu alebo progestínu. Preto, ak ženy užívajúce hormonálnu antikoncepciu začnú užívať lieky, ktoré znižujú jej účinok, odporúča sa používať ďalšiu ochranu – bariérovú antikoncepciu (Bernier, 2018).

Niektoré lieky, napríklad lieky používané na liečbu pľúcnej hypertenzie zvyšujú metabolizmus antikoncepčných steroidov, čím môžu znižovať antikoncepčnú účinnosť. V tomto prípade by sa mala použiť doplnková antikoncepčná metóda – napríklad kondóm. (Roos-Hesselink, 2015).

Antiepileptiká ako napríklad carbamazepín, fenobarbital, fenytoin indukujú pečenej metabolizmus estrogénov a gestagénov, čím znižujú antikoncepčnú účinnosť. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO, 2015) doporučuje, aby sa ženám užívajúcim antiepileptiká nepredpisovala kombinovaná hormonálna antikoncepcia s obsahom $30\mu\text{g}$ estrogénu z dôvodu možného zníženia antikoncepčnej účinnosti v dôsledku antikonvulzív.

Adsorbenciá, antacidá, laxanciá i živočíšne uhlie znižujú účinnosť hormonálnej antikoncepcie, pretože znižujú vstrebateľnosť antikoncepčných látok v gastrointestinálnom

trakte, spôsobujú zníženú resorpciu steroidov a zrýchľujú črevnú pasáž (Tošner, 2017). Preto je dôležité pripomenúť ženám, ktoré užívajú kombinovanú hormonálnu antikoncepciu s nízkou dávkou estrogénov, že v prípade hnačky alebo vracania do 4 hodín od užití tablety sa odporúča užiť ďalšiu dávku (Bernier, 2018).

Zo skupiny antibiotík s výnimkou rifampicinu nebol preukázaný žiadny iný obmedzujúci účinok hormonálnej antikoncepcie (Křepelka, 2013, Bernier, 2018).

Účinnosť hormonálnej antikoncepcie je ovplyvnená črevnou mikroflórou, rýchlosťou črevnej pasáže, zvracaním, ale aj enzymatickou degradáciou v prípade barbiturátov a penicilínu (Tošner, 2017).

Zriedkavo môže antikoncepcia zmeniť farmakokinetiku iného lieku. Ide o prípad lamotrigínu, kedy sa jeho koncentrácia v plazme môže znížiť až o 50% vďaka antikoncepcii čo spôsobuje zvýšené riziko recidívy epileptických záchvatov (Wegner, 2014).

Niektoré liečivá indukujúce pečeňové enzýmy, majú potenciál znížiť antikoncepčnú účinnosť v dôsledku zvýšeného metabolizmu estrogénu a progestogénu (Curtis et al., 2016).

1.4.5 Vyšetrenie pred nasadením hormonálnej antikoncepcie

Pred predpísaním vhodnej antikoncepcie lekár spolu s pôrodnou asistentkou odoberie podrobnú anamnézu zameranú na súčasný sexuálny život, fajčenie, bolestivú či nepravidelnú menštruáciu, bolesti brucha a hlavy, rizikové faktory vzniku tromboembolickej choroby. Ďalej vykoná celkové vyšetrenie so záznamom hmotnosti a krvného tlaku, odoberie krv na laboratórne vyšetrenie krvného obrazu, u indikovaných pacientiek biochemické vyšetrenie - spektrum lipidov, glykémia a pečeňové testy, ionogram a hematologické vyšetrenie pri pozitívnej anamnéze na koagulačné poruchy. Nasleduje gynekologické vyšetrenie – vaginálne, odber steru z krčka maternice na onkocytologické vyšetrenie, palpačné a ultrazvukové vyšetrenie prsníkov. Indikáciou na kontrolné hepatálne testy po troch mesiacoch užívania antikoncepcie je riziko poškodenia funkcie pečene. Všetky užívateľky hormonálnej antikoncepcie by mali pristupovať k pravidelnému ročnému gynekologickému vyšetreniu doplneného s kontrolným sterom onkocytológie a krvného tlaku (Koliba, 2014, Šuška et.al 2013).

Autor Křepelka (2013) hovorí o kontrole krvného tlaku pred zahájením aplikácie všetkých metód kombinovanej hormonálnej antikoncepcie. Biochemické či hematologické vyšetrenie krvi u zdravých žien nie je indikované. Autor Pilka (2012) hovorí aj o pravidelných kontrolách krvného tlaku počas užívania antikoncepcie, ktoré sú doporučené všetkým ženám.

Zvýšenie krvného tlaku je pripisované estrogénom indukovanej elevácii renínu, avšak nízko dávkové preparáty toto riziko výrazne znižujú.

Avšak ženám so známymi alebo podozrivými zdravotnými problémami by mali byť prevedené nasledujúce vyšetrenia na určenie vhodnej antikoncepcnej metódy. Vyšetrenie je zamerané na laboratórne testy vrátane vyšetrenia hladiny glukózy, lipidov, pečenej enzýmov, hemoglobínu, trombogénnych mutácií a cervikálnej cytologie (Curtis et al., 2016).

Pred začatím užívania gestagénovej antikoncepcie u zdravých žien sa nevyžaduje žiadne vyšetrenie ani krvné testy (Curtis et al., 2016).

Cielené fyzikálne vyšetrenie pred predpisom antikoncepcie, ktoré zahŕňa kontrola krvného tlaku, posúdenie stavu kože – akné a zhodnotenie známok hyperandrogenizmu, ktoré ovplyvňujú rozhodnutie lekára na výbere vhodnej antikoncepcie (Bonnema, 2011).

1.4.6 Kontraindikácie

Svetová zdravotnícka organizácia v roku 2015 zverejnila kritériá pre užívanie antikoncepcie, ktoré vychádzajú zo štúdií a sú založené na dôkazoch a širokom konsenzu odbornej verejnosti. Popisuje, v akom prípade je vhodné užívať daný druh antikoncepcie a naopak, kedy je určitá forma antikoncepcie kontraindikovaná a metóda nemôže byť použitá v žiadnom prípade. Medzi absolútne kontraindikácie užívania antikoncepcie patrí hlboká žilová trombóza, pľúcna embólia alebo mozgová príhoda, estrogén dependentné nádory, nekorigovaná hypertenzia s orgánovým zlyhaním, diabetes mellitus s orgánovými zmenami, dlhodobá imobilizácia či benígne a malígne tumory pečene (Havlín, 2017, WHO, 2015, Křepelka, 2017, Fait, 2017).

Kontraindikácie kombinovanej hormonálnej antikoncepcie podľa autora Faita (2017)

<i>Absolútne kontraindikácie</i>	<i>Relatívne kontraindikácie</i>
anamnéza TEN, CMP, ICHS	vrodené koagulopatie
akútne ochorenie pečene, tumory pečene	rodinná anamnéza TEN a ICHS do 45 rokov
primárna pľúcna hypertenzia	hemodynamicky významná srdcová vada
neliečená hypertenzia	hepatopatie a cholelitiáza
diabetes mellitus s orgánovými komplikáciami	hyperlipidémia
karcinóm prsníka a endometria	diabetes mellitus bez komplikácií
endometriálny karcinóm ovária	antifosfolipidový syndróm
bolesti hlavy s neurologickými symptómami	hyperprolaktinémia
tehotenstvo	
dlhodobá imobilizácia	
fajčenie u ženy nad 35 rokov 15 a viac cigariet denne	

(FAIT, T., M. ZIKÁN a J. MAŠATA, 2017. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 2.vydanie. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-482-1)

U starších žien fajčiarok, ktoré užívajú kombinovanú hormonálnu antikoncepciu sa uvádza zvýšené riziko arteriálnych cievnych príhod, preto sa fajčenie v tomto prípade pokladá za absolútnu kontraindikáciu pri užívaní hormonálnej antikoncepcie u žien nad 35 rokov pri spotrebe 15 a viac cigariet denne (Fait a kol., 2017). Medzi ostatné kontraindikácie v užívaní hormonálnej antikoncepcie patrí krvný tlak pri hodnotách 160/100 torr (pri liečbe) u starších žien. (Tošner, 2017).

1.4.7 Zmeny v dôsledku užívania hormonálnej antikoncepcie

Užívanie kombinovanej hormonálnej antikoncepcie môže ovplyvňovať všetky systémy v tele kvôli obsiahnutým steroidom, ktoré sú metabolizované v pečeni (Kolařík, 2011)

Zmeny v oblasti sexuálneho života

Štúdiá vykonaná autormi Ottová a Weis (2015) skúmala dopad užívania hormonálnej antikoncepcie na ženách, ktoré behom dvoch rokov buď vysadili, alebo začali opätovne užívať hormonálnu antikoncepciu, takže mohli porovnať stav s hormonálnou antikoncepciou a bez nej. Väčšina žien užívala perorálnu hormonálnu antikoncepciu, jedna žena transdermálnu náplast a jedna respondentka vaginálny krúžok. Rozdiel medzi prípravkami bol v použitom gestagéne. Z hľadiska sexuálnych zmien zaznamenali respondentky 2,5 krát väčšie rozdiely po vysadení

antikoncepcie. Pokles sexuálnej túžby alebo zhoršenie lubrigácie na začiatku užívania hormonálnej antikoncepcie uviedol len malý počet respondentiek, naopak po vysadení sa u polovici respondentiek sexuálna túžba zvýšila a ďalších 6 žien prežívalo jej cyklické kolísanie.

Niektoré respondentky v tejto štúdií negatívne vnímajú zmeny svojej telesnej hmotnosti. Po vysadení hormonálnej antikoncepcie zaznamenali užívateľky 1,5 krát väčšie množstvo symptómov, napríklad zhoršenie premenštruačného syndrómu, nepravidelný cyklus, či dokonca amenoreu, ale aj zhoršenie pleti, ktoré sa preukázalo takmer u polovici žien.

Zmenami v oblasti sexuálneho života sa zaoberala aj štúdia od autora Smith et al. (2014), kde zistili, že užívanie hormonálnej antikoncepcie vyvoláva menej častú sexuálnu aktivitu, vzrušenie, či dosiahnutie orgazmu. Tieto negatívne sexuálne vedľajšie účinky sa vyskytli u mnohých žien.

Psychické zmeny

Z hľadiska psychických zmien registrovali respondentky po vysadení hormonálnej antikoncepcie väčšie zmeny nálad v súvislosti s menštruačným cyklom, taktiež si uvedomujú citlivejšie vnímanie tela a menej bolestivú menštruáciu čo považujú za pozitívne (Ottová, Weiss, 2015). Toto zistenie naznačujú aj viacerí autori vo svojich štúdiách (Čepický 2011, Fait 2012).

Užívaním antikoncepcie rastie riziko vzniku depresie u žien vo všetkých vekových skupinách. A teda hlavným dôvodom prerušenia užívania antikoncepcie sú poruchy nálady, ktoré sa bežne vyskytujú ako nástup alebo exacerbácia depresívnych symptómov. Celkovo 30% žien v reprodukčnom veku sa hlási k pozorovateľným psychiatrickým poruchám alebo symptómom. Ide najmä o mladšie ženy. Autori skúmali pravdepodobnosť vzniku depresie na 18-19 ročných ženách, ktoré užívali antikoncepciu a na tých, ktoré ju neužívali. Zistilo sa, že ženy užívajúce antikoncepciu majú 13,2% pravdepodobnosť vzniku depresie a pre ženy, ktoré ju neužívajú je toto riziko 8,89%. Užívanie antikoncepcie zvýšilo pravdepodobnosť diagnózy depresie u žien vo vekovej skupine 18-19 rokov o 4,31% zatiaľ čo u žien vo veku od 25 do 29 rokov je toto riziko 2,65% (Gregory, 2018).

V rámci zaznamenaných vedľajších účinkov sa výkyvy nálady výrazne líšili medzi mladšími (20% vo veku od 16 do 35 rokov) a staršími užívateľkami (7% vo veku 35 až 50 rokov) aj v štúdií od autorky Nelson (2018).

Ovplyvnenie plodnosti

Krátkodobé oneskorenie návratu plodnosti po vysadení antikoncepcie bolo zistené v mnohých štúdiách zameraných na perorálnu antikoncepciu. Toto oneskorenie môže byť spôsobené prechodným pretrváváním ovariálnej supresie v dôsledku inhibície gonadotropínovej sekrécie podávaním estrogénov a gestagénov (Ressler, 2010). Doba návratu fertility po vysadení antikoncepcie závisí od výšky obsahu estrogénu. Zistilo, že u užívateľiek perorálnej antikoncepcie s obsahom estrogénu 50µg a viac je predĺžená dĺžka dosiahnutia koncepcie oproti užívateľkám tabletiiek s obsahom estrogénu menej než 50µg .

Bežne používané denné dávky ethynilestradiolu od 15 do 50µg však tento účinok nevykazujú (Hendriks et al., 2011).

Depotná DMPA (medroxyprogesteron acetát) je jedinou aktuálne používanou formou hormonálnej antikoncepcie, u ktorej bolo jednoznačne dokázané predĺženie kontracepčného účinku po jej vysadení. Obnovenie činnosti hypotalamo - hypofyzárej osy môže trvať od 15 do 49 mesiacov. Zistilo sa, že 90% žien po jej vysadení otehotnie až do 24 mesiacov (Paulen, 2009).

Riziko vzniku rakoviny prsníka

Dánska kohortová štúdia (Mørch, 2017), poukázala na 20% zvýšené riziko vzniku rakoviny prsníka u nedávnych a súčasných užívateľiek hormonálnej antikoncepcie. Relatívne riziko vzniku rakoviny pre tieto užívateľky vrátane intrauterínneho telieska je 1,20.

Autor Fait (2017) medzi preukázané riziká v dôsledku užívania kombinovanej perorálnej antikoncepcie zaraďuje kardiovaskulárne komplikácie a ako možné riziko vzniku karcinómu prsníka a karcinóm krčka maternice.

Štúdia vykonaná v Austrálii v roku 2010 zistila, že vznik rakoviny prsníka súvisí aj s užívaním kombinovanej orálnej antikoncepcie, ktorá sa vyskytla u 105 prípadov. Avšak užívanie tejto antikoncepcie súčasne zabránilo vzniku 1032 endometriálnych a 308 ovariálnych karcinómov, čo znamená, že benefit prevažuje nad rizikom (Jordan et al., 2015).

Aj v štúdií od autorov Busund a kol. (2018) sa potvrdila súvislosť medzi užívaním perorálnej antikoncepcie a rizikom vzniku premenopauzálného karcinómu prsníka.

Tromboembolické komplikácie

Riziko užívania kombinovanej hormonálnej antikoncepcie je spojené nielen s venóznym tromboembolizmom, ale i arteriálnym (cievne mozgové príhody, infarkt myokardu), pričom najviac ohrozené sú užívateľky staršie ako 35 rokov. Užívateľky kombinovanej hormonálnej

antikoncepcie majú v prípade fajčenia 2-4krát väčšie riziko vzniku venózneho tromboembolizmu oproti normálnej populácii (Roos-Hesselink, 2015).

O riziku arteriálnej trombózy u žien užívajúcich hormonálnu antikoncepciu hovorí aj autor Tošner (2017). Podľa výsledkov metaanalytickej štúdie Cochranovej databázy majú ženy užívajúce antikoncepciu s vysokou dávkou estrogénu až dvakrát väčšie riziko arteriálnej trombózy ako ženy, ktoré ju neužívajú.

S týmto tvrdením sa stotožňujú aj autori Dulík a kol. (2018), ktorí vo svojej štúdii na 770 ženách len potvrdili, že ženy užívajúce perorálnu antikoncepciu majú vyššie riziko žilovej a arteriálnej trombózy. Riziko žilovej trombózy je vyššie u žien s dedičnou trombofiliou, zatiaľ čo ženy fajčiarky majú predispozíciu k arteriálnej trombóze. Riziko žilovej trombózy taktiež závisí od mnohých faktorov: dĺžka užívania hormonálnej antikoncepcie, index telesnej hmotnosti, typ pilulky, vek užívateľiek a prítomnosť vrodených alebo získaných rizikových faktorov pre tromboembolizmus. Zistilo sa, že zvýšené riziko týchto príhod pretrváva najmä v prvom roku užívania, obzvlášť v prvých šiestich mesiacoch. Avšak v tejto štúdii bol priemerný čas užívania hormonálnej antikoncepcie viac ako rok pred vznikom trombózy.

Náhle vzniknuté bolesti hlavy, poprípade bolesti hlavy spojené s poruchami videnia môžu signalizovať mozgovú žilovú trombózu, ktorá patrí do skupiny venózne morbidita, alebo ischemickú centrálnu mozgovú príhodu, ktorá je prejavom arteriálnej morbidita (Křepelka, 2013).

Estrogénová zložka kombinovanej perorálnej antikoncepcie výrazne zvyšuje riziko žilovej a arteriálnej trombózy bez ohľadu na použitý druh progestínu. Okrem trombózy táto antikoncepcia zvyšuje aj riziko hypertenzie. Z tohto dôvodu sa u žien s ochorením srdca nedoporučuje užívať kombinovanú perorálnu antikoncepciu (Roos-Hesselink, 2015).

Riziku vzniku tromboembolizmu v dôsledku užívania hormonálnej antikoncepcie, ktorá obsahuje ethynilestradiol sa venuje viacero autorov. V porovnaní s neužívateľkami sa riziko žilového tromboembolizmu zvyšuje štvornásobne, avšak je nižšie ako riziko spojené s tehotenstvom. Medzi známe rizikové faktory trombózy patrí pozitívna rodinná anamnéza, fajčenie či trombofília. Riziko venózne trombózy je tiež zvýšené u obéznych žien užívajúcich orálnu antikoncepciu a u žien s predchádzajúcou povrchovou žilovou trombózou, najmä u tých, ktoré majú získaný trombotický rizikový faktor (Sitruk – Ware, 2016).

Štúdia, ktorá bola realizovaná v USA a 7 európskych krajinách na počte 50 000 užívateľiek hormonálnej antikoncepcie porovnávala vplyv krátkodobého a dlhodobého užívania kombinovanej antikoncepcie typu estradiol valerát/ dienogest (E2V/DNG) a jej vplyv na vznik kardiovaskulárnych komplikácií – akútny infarkt myokardu a ischemické cievne mozgové

príhody a hlboká žilová trombóza v porovnaní s užívateľkami kombinovanej perorálnej antikoncepcie všeobecne a užívateľkami kombinovanej perorálnej antikoncepcie s obsahom levonorgestrelu. Riziko hlbokkej žilovej trombózy v kohorte E2V/DNG bolo nižšie ako v skupine s kombinovanou perorálnou antikoncepciou a zrovnateľné alebo nižšie v porovnaní s užívateľkami antikoncepcie s obsahom levonorgestrelu. U užívateľiek antikoncepcie typu E2V/DNG sa prípad arteriálnej príhody vyskytol iba raz, ďalej sa zistilo, že riziko arteriálnej trombózy u tohto typu je nižšie než riziko v prípade kombinovanej hormonálnej antikoncepcie všeobecne a podobné alebo nižšie v skupine užívateľiek antikoncepcie s levonorgestrelom (Heinemann, 2018).

Štátny ústav pre kontrolu liečiv v Českej republike (2014) sa tiež stotožňuje s názorom, že rizikové obdobie pre vznik tromboembolizmu je najväčšie najmä v prvom roku od začiatku užívania antikoncepcie alebo ak žena začne opätovne antikoncepciu užívať po intervale dlhšom ako 1 mesiac. Riziko vzniku venózneho tromboembolizmu sa líši od použitého druhu gestagénu v danej forme. Medzi menej rizikové prípravky patrí antikoncepcia s obsahom levonorgestrelu, norethisteronu a norgestimátu.

Relatívne riziko vzniku žilovej trombózy je trikrát väčšie a relatívne riziko vzniku trombotickej mozgovej príhody je v porovnaní s neužívateľmi dvojnásobne vyššie, absolútne riziko týchto závažných komplikácií u žien užívajúcich kombinovanú perorálnu antikoncepciu zostáva nízke (Peragallo Urrutia, 2013). V štúdií sa zistilo, že výskyt žilovej trombózy, arteriálne trombotické príhody, rakovina, depresia a iné závažné komplikácie sú rovnaké u užívateľiek kombinovanej perorálnej antikoncepcie (Dragoman, 2014).

Podľa odporúčaní WHO by ženy, ktoré sú menej ako 21 dní po pôrode s rizikovými faktormy pre tromboembolizmus ako je napríklad fajčenie, imobilizácia či podanie transfúzie nemali užívať kombinované perorálne kontraceptíva, náplasti, vaginálny krúžok či injekčné antikoncepčné prostriedky kvôli zvýšenému riziku tromboembolizmu v tomto období (WHO, 2015).

Ostatné vedľajšie účinky

Autor Čepický (2008) opisuje nepriaznivý vplyv na mastnú pleť a akné a nepravidelnosť krvácania v prípade užívania gestagénnej antikoncepcie, ďalej hovorí o oneskorenom nástupe plodnosti, ktorý sa môže pohybovať v časovom rozmedzí od niekoľko mesiacov až rok a pol po skončení užívania vo forme intramuskulárnej gestagénnej antikoncepcie: Depo – Provera.

Podobne aj autor Křepelka (2017) vo svojej práci opisuje nepriaznivé účinky užívania progestínovej orálnej antikoncepcie, ktorá je účinnou alternatívou kombinovanej perorálnej

antikoncepcie, najmä v prípadoch, kedy je estrogénna zložka kontraindikovaná napr. pre ženy s migrénou alebo fajčiarky nad 35 rokov. Medzi najčastejšie vedľajšie účinky týchto preparátov patrí amenorea, prienikové krvácanie, mastodynia, zmeny nálad či akné, dokonca môže táto antikoncepcia zvyšovať riziko vzniku benígnych ovariálnych cyst.

Depotná medroxyprogesterón acetát forma antikoncepcie má vplyv na prírastok telesnej hmotnosti u primárne obéznych žien, nepravidelnosti krvácania či depresie, ktoré sa môžu objaviť aj po roku od vysadenia tohto typu antikoncepcie. Dlhodobá aplikácia tejto formy nesie so sebou aj riziko reverzibilného zníženia kostnej denzity. Vzhľadom k tejto skutočnosti nie je vhodná pre mladé ženy a adolescentky (Křepelka, 2017). Lekári by preto mali informovať ženy o tomto riziku s upozornením, že toto poškodenie je reverzibilné (Bonnema, 2011).

Medzi najčastejšie nepriaznivé účinky vaginálneho krúžku patria bolesti hlavy, nauzea a vaginálny výtok (Křepelka, 2018).

Užívanie progestínov odvodených od testosterónu – napr. levonorgestrel sú spojené s viacerými androgénnymi vedľajšími účinkami, vrátane akné, prebytku rastu vlasov, prírastku na hmotnosti, ktorý môže byť dôvodom na prerušenie liečby, či zmeny metabolizmu lipidov a sacharidov. Vedľajšie účinky spojené s užívaním kombinovanej perorálnej antikoncepcie sa vyskytujú najmä v prvých mesiacoch po začatí ich užívania, no časom sa v mnohých prípadoch zmiernia alebo vymiznú. Sú to najmä bolesti hlavy, citlivosť prsníkov, nevoľnosť a závraty. Avšak, mnohé z týchto vedľajších účinkov môžu vznikáť v období bez užívania hormónov skôr ako počas užívania piluliek (Dragoman, 2014).

Najčastejším nežiadúcim účinkom u antikoncepcie s predĺženým cyklom je nepravidelné krvácanie (Ott, 2014).

Dlhodobé užívanie kombinovanej hormonálnej antikoncepcie vedie k zníženiu hladín vitamínov skupiny B – konkrétne pyridoxínu, kyseliny listovej a thiamínu. Taktiež klesá aj hladina vitamínu C. Preto je všeobecným doporučením paralelné užívanie B-komplexu a dostatok vitamínov v strave pri užívaní antikoncepcie (Tošner, 2017).

1.4.8 Dôvody užívania/neužívania antikoncepcie

Existuje mnoho dôvodov, pre ktoré začnú ženy užívať antikoncepciu. V štúdiu od autora Nelson et al., (2018) je najčastejším dôvodom prevencia pred otehotnením, nasledujú poruchy s menštruačným cyklom, premenštruačný syndróm či akné.

Deväť z dvanástich štúdií v subsaharskej Afrike uvádza, že najsilnejším faktorom pri rozhodovaní o užívaní antikoncepcie u žien sú muži. Muži v týchto štúdiách chceli veľa detí,

a teda používanie antikoncepcie by znižovalo tento cieľ, preto mali ženy zakázané používať antikoncepciu a nedostalo sa im podpory od partnerov. Avšak vzdelanejší muži boli pozitívnejší v myšlienke o používaní antikoncepcie (Ackerson, 2017).

Vplyv na užívanie a rozhodovanie sa v prospech antikoncepcie má aj náboženstvo, čo sa zistilo aj v štúdií Davidson et al. (2016). Niektoré ženy, najmä moslimského vierovyznania nepoužívajú antikoncepčné prostriedky, a teda náboženstvo je u nich jedným z faktorov ovplyvňovania v používaní antikoncepcii.

Pracujúce a stredoškolsky vzdelané ženy v Indonézii používali najmä dlhodobu pôsobiacu antikoncepciu ako napríklad vnútromaternicové teliesko, pretože prevyšovalo výhody nad vedľajšími účinkami injekčnej antikoncepčnej metódy a to najmä prírastok na hmotnosti či nepravidelná menštruácia. Naopak menej vzdelané ženy uprednostňujú používanie krátkodobo pôsobiacej antikoncepcie, a teda používanie kondómov a injekčnej formy antikoncepcie z dôvodu nedostatočnej informovanosti a nedôvery voči zdravotníckym pracovníkom (Titaley et al., 2017).

Autorka Mazúchová (2014), ktorá sa zaoberá prirodzenými metódami plánovania rodičovstva zistila, že používateľky porozumejú týmto metódam až po 3 až 12 mesiacoch praktizovania po edukácii. Polovica respondentiek uviedla, že majú problémy s používaním týchto metód z dôvodu obtiažneho rozpoznanie plodného hlienu od neplodného, skorého ranného vstávania na meranie teploty, a preto radšej používajú inú formu antikoncepcie.

Užívanie antikoncepcie u mladých žien je ovplyvnené predchádzajúcim vzdelávaním v oblasti antikoncepcie a morálnymi postojmi. Medzi ďalšie faktory, ktoré môžu prispieť k užívaniu k antikoncepcie patrí komplexná sexuálna výchova, postoj k prevencii otehotnenia či nedôvera k systému zdravotnej starostlivosti, ktorá môže viesť k odmietnutiu poradenstva ohľadom sexuálneho zdravia (Bader, 2014).

V štúdií od autora Behboudi-Gandevani (2017) sa zistilo, že ženy uprednostňujú používanie kondómov pred užívaním antikoncepčných piluliek z dôvodu, aby sa vyhli jej vedľajším účinkom.

Existuje mnoho dôvodov prečo ženy prestávajú užívať antikoncepciu. V štúdií od autorky Alvergne (2017) sú dôvodom pre vysadenie antikoncepcie túžba po dieťati, zdravotné problémy či výskyt nežiadúcich účinkov.

Nedôvera v bezpečnosť používania antikoncepčných prostriedkov bola hlavným faktorom, ktorý prispel k ich nepoužívaniu. Nedôvera spočívala v strachu zo smrti, straty reprodukčnej schopnosti a vedľajších účinkov antikoncepcie (Davidson, 2016).

Hlavným dôvodom neužívania antikoncepcie v Paname bol strach zo získania rakoviny (Rios – Zertuche, 2017).

2 VÝSKUMNÁ ČASŤ

2.1 Výskumné ciele a hypotézy

Hlavný cieľ: Zistiť aké sú vedomosti žien o antikoncepcii podľa jednotlivých odpovedí na dané otázky.

Čiastkové ciele:

1. Zistiť či vek, vzdelanie a tehotenstvo vplýva na vedomosti žien o antikoncepcii.
2. Zistiť, aké sú vedomosti o antikoncepcii u mladších a starších žien podľa jednotlivých odpovedí na otázky č.9, 11 a 12.
3. Porovnať skúsenosti s antikoncepciou a identifikovať najčastejšie zdroje na čerpanie informácií o antikoncepcii u mladších a starších žien.

Hypotézy k čiastkovému cieľu č.1:

H1₀ Neexistuje štatisticky významný rozdiel vo vzdelaní respondentiek a skóre na batériu otázok č.12.

H1_A Existuje štatisticky významný rozdiel vo vzdelaní respondentiek a skóre na batériu otázok č.12.

H2₀ Neexistuje štatisticky významná súvislosť medzi vekom respondentiek a skóre na batériu otázok č. 12.

H2_A Existuje štatisticky významná súvislosť medzi vekom respondentiek a skóre na batériu otázok č. 12.

H3₀ Neexistuje štatisticky významný rozdiel v skóre na batériu otázok č.12 u žien, ktoré už boli tehotné a u žien, ktoré ešte neboli tehotné.

H3_A Existuje štatisticky významný rozdiel v skóre na batériu otázok č.12 u žien, ktoré už boli tehotné a u žien, ktoré ešte neboli tehotné.

Hypotézy k čiastkovému cieľu č.2:

H4₀: Rozdelenie odpovedí na otázku č.9 je rovnaké u mladších a starších žien.

H4_A: Rozdelenie odpovedí na otázku č.9 nie je rovnaké u mladších a starších žien.

H5₀: Výskyt správnej či chybnjej odpovedi v otázke č.12.9 je rovnaký v skupine mladších a starších žien.

H5_A: Výskyt správnej či chybnjej odpovedi v otázke č.12.9 nie je rovnaký v skupine mladších a starších žien.

Hypotézy k čiastkovému cieľu č.3:

H6₀: Užívanie hormonálnej antikoncepcie nezávisí od vekových skupín.

H6_A: Užívanie hormonálnej antikoncepcie závisí od vekových skupín.

H7₀: Používanie prezervatívu nezávisí od veku.

H7_A: Používanie prezervatívu závisí od veku.

H8₀: Používanie vnútro maternicového telieska nezávisí od veku.

H8_A: Používanie vnútro maternicového telieska závisí od veku.

H9₀: Používanie techniky prerušovanej súložie nezávisí od veku.

H9_A: Používanie techniky prerušovanej súložie závisí od veku.

H10₀: Podiel odpovedí na získaní informácií od gynekológa je v oboch vekových skupinách zhodný.

H10_A: Podiel odpovedí na získaní informácií od gynekológa nie je v oboch vekových skupinách zhodný.

H11₀: Podiel odpovedí na získaní informácií od pôrodnej asistentky je v oboch vekových skupinách zhodný.

H11_A: Podiel odpovedí na získaní informácií od pôrodnej asistentky nie je v oboch vekových skupinách zhodný.

2.2 Metóda zberu dát a realizácia výskumu

Zber dát bol realizovaný rozdávaním neštandardizovaných dotazníkov na jednotlivých gynekologických ambulanciách vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou v Žiline v období od 26.11.2018 do 22.2.2019. Na jednotlivých ambulanciách bolo zriadené zberné miesto, tak, aby bola zachovaná anonymita respondentiek. Pilotná štúdia bola realizovaná na 10 ženách z dôvodu zrozumiteľnosti otázok v dotazníku.

Dotazník bol zložený z 13 otázok, ktorý obsahoval uzavreté a poloopené otázky a hodnotiacu škálu. Bol zostavený v spolupráci so štatistikom FZV a zároveň mojím školiteľom. Šetrenie bolo schválené Etickou komisiou Fakulty zdravotníckych vied Univerzity Palackého v Olomouci. Otázka č.5 z dotazníka bola vyradená z výskumu z dôvodu nesprávneho označenia odpovedí.

Pre výskumné šetrenie boli písomne oslovené dve gynekologické ambulancie v Slovenskej republike so žiadosťou o spoluprácu na realizácii výskumného šetrenia. So zapojením do výskumného šetrenia súhlasila gynekologická ambulancia OK GYN s.r.o. a gynekologická ambulancia M. Medovarského. Vid' príloha č. 6.

2.3 Charakteristika súboru

Pre výskum boli zvolené respondentky náhodným výberom. Kritériá pre zaradenie boli všetky ženy vo veku od 18 do 45 rokov navštevujúce vybrané gynekologické ambulancie. Ženy boli rozdelené do dvoch vekových kategórií na mladšie vo veku od 18 do 29 rokov a staršie vo vekovom rozmedzí od 30 do 45 rokov na základe štúdií (Hollá et al., 2011, Oppelt et al., 2017). Celkový počet vyplnených dotazníkov bol 217, z čoho bolo 15 dotazníkov vyradených z dôvodu nevyplnenia niektorých položiek, počet dotazníkov vhodných pre spracovanie výskumného šetrenia je 202, predpokladaný počet respondentiek bol 200. Vyplnením dotazníka respondentky súhlasili so zaradením do výskumného šetrenia.

2.4 Metóda spracovania dát

Dáta boli spracované popisnou štatistikou v programe Microsoft Excel 2013 a IBM SPSS 19.0 Base. Otázky a odpovede boli popísané tabuľkami a grafy a číselne okódované pre štatistické spracovanie a vyhodnotenie. Hypotézy boli overované Mann-Whitney testom, Fisherovým presným testom, Chí kvadrátom a Spearmanovým korelačným koeficientom na 5% hladine významnosti v spolupráci so štatistikom FZV. Výsledky boli spracované vo forme tabuliek.

3 VÝSLEDKY VÝSKUMU

3.1 Demografický charakter výskumu respondentiek

Charakteristika súboru z hľadiska veku:

Vekové rozpätie respondentiek, ktoré sa zúčastnili výskumného šetrenia bolo od 18 do 45 rokov s priemerným vekom $26 \pm 6,19$ rokov. Respondentky boli rozdelené do dvoch kategórii: 1. kategória: ženy od 18 do 29 rokov, 138 respondentiek, čo predstavuje 68,3%. 2. kategória: ženy od 30 do 45 rokov, 64 respondentiek čo predstavuje 31,7%.

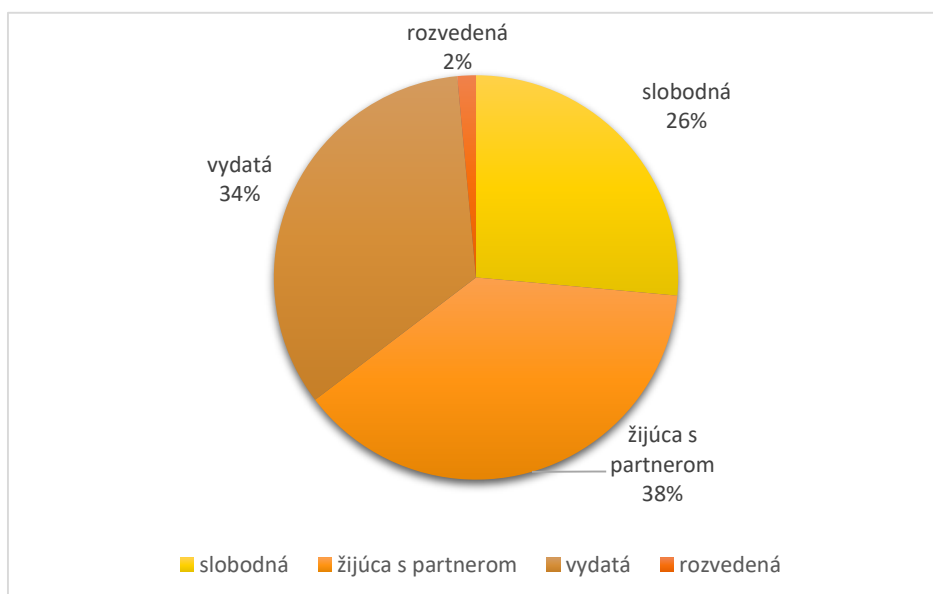
Tabuľka 1: Úroveň dosiahnutého vzdelania

Vzdelanie	n	%
Základné	1	0,5
Stredoškolské	114	56,4
Vysokoškolské	87	43,1
Σ	202	100

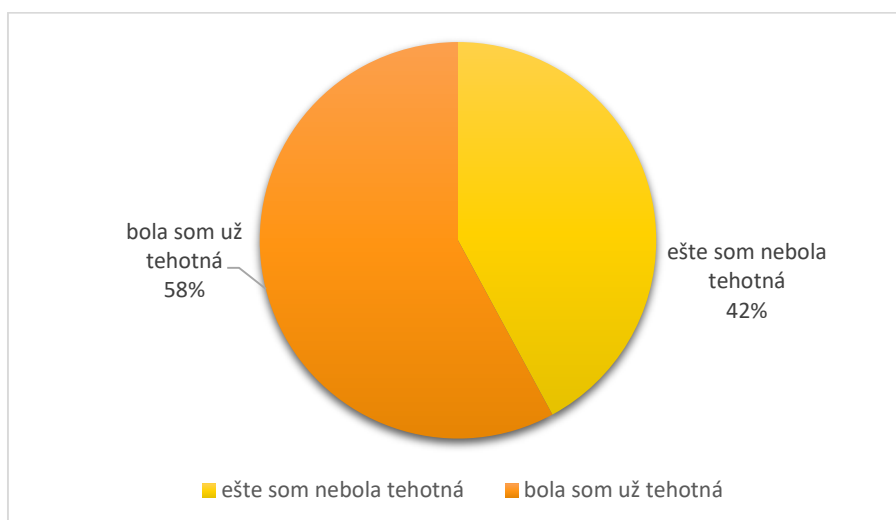
Legenda: n-počet respondentov, %- percentá

Pri ďalšom testovaní a štatistickom spracovaní boli porovnávané ženy so stredoškolským a vysokoškolským vzdelaním.

Graf 1: Charakteristika výskumného súboru z hľadiska rodinného stavu:



Graf 2: Charakteristika výskumného súboru z hľadiska tehotenstva



3.2 Vyhodnotenie otázok dotazníka

Tabuľka 2: Odpovede na otázku č.1

Máte skúsenosti s antikoncepciou?	n	%
Hormonálna antikoncepcia	108	53,5
Prezervatív	88	43,6
Vnútromaternicové teliesko	12	5,9
Prerušovaná súlož	56	27,7
Vaginálny krúžok	5	2,5
Spermicídy	5	2,5
Diafragma	1	0,5
Nemám skúsenosť	34	16,8
Σ	309	153

Legenda: n: počet respondentov, %:percentá

Na otázku či majú respondentky skúsenosti s antikoncepciou bolo možné označiť viacero odpovedí. Z celkového počtu všetkých respondentiek viac ako polovica – 53,5% v minulosti užívala alebo užíva hormonálnu antikoncepciu, 43,6% žien má skúsenosti s prezervatívom, 27,7% respondentiek v minulosti praktizovala alebo praktizuje prerušovanú súlož, 5,9% respondentiek má skúsenosť s vnútromaternicovým telieskom, rovnakú skupinu – 2,5% žien tvoria respondentky so skúsenosťami so spermicídmy a vaginálnym krúžkom, iba 1 respondentka z výskumného súboru označila, že má skúsenosť s diafragmou.

Tabuľka 3: Odpovede na otázku č.2

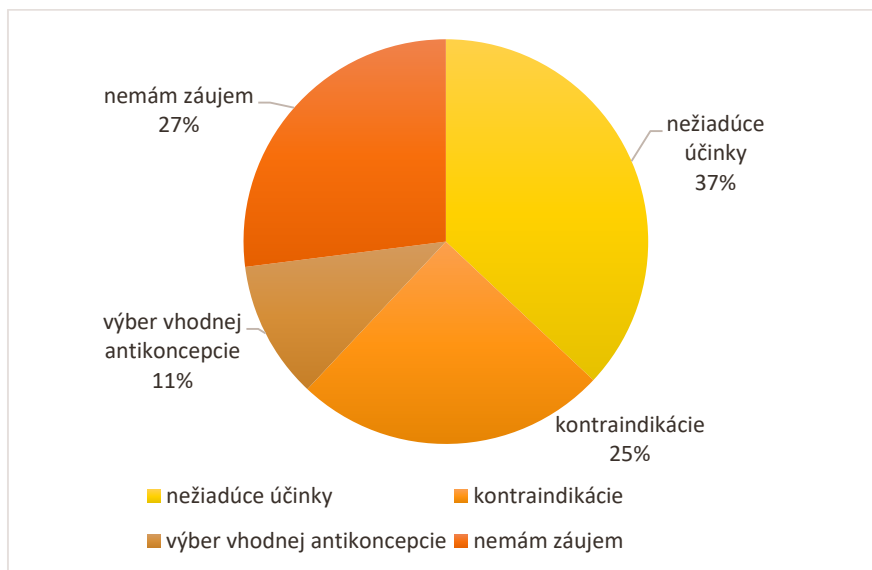
Vyjadrite Váš názor na účinnosť antikoncepcie v uvedených možnostiach	1- úplne spoľahlivá	2- skôr spoľahlivá	3- neviem	4- skôr nespoľahlivá	5- úplne nespoľahlivá
Prezervatív	13,9%	69,3%	10,9%	5,9%	0%
Hormonálna antikoncepcia (tabletky)	38,1%	49%	9,4%	2,5%	1%
Vnútromaternicové teliesko (hormonálne)	28,7%	30,7%	35,6%	5%	0%
Kožný implantát	10,4%	28,7%	52,5%	7,4%	1%
Prerušovaná súlož	4,5%	20,3%	6,4%	46,5%	20,3%

Pre vyhodnotenie tejto otázky boli sčítané kategórie *úplne spoľahlivá* a *skôr spoľahlivá* hodnotené ako spoľahlivá a kategórie *skôr nespoľahlivá* a *úplne nespoľahlivá* hodnotené ako menej spoľahlivá. Z výskumnej vzorky 83,2% respondentiek považuje prezervatív za spoľahlivú antikoncepciu, takisto aj 87,1% žien pokladá hormonálne antikoncepčné tabletky za účinnú antikoncepciu. 35,6% respondentiek nevedelo, či je hormonálne vnútromaternicové teliesko spoľahlivá antikoncepčná metóda. Polovica opýtaných žien 52,5% nevedela, či je kožný implantát účinná antikoncepčná metóda a prerušovanú súlož považuje viac ako polovica žien 66,8% za menej spoľahlivú ochranu pred otehotnením.

Odpovede na otázku č.3: Máte záujem dozvedieť sa viac informácií ohľadom užívania antikoncepcie?

Z celkového počtu 202 respondentiek preukázala záujem o informácie polovica opýtaných – 62%. 27,1% respondentiek nemá záujem dozvedieť sa viac informácií o používaní antikoncepcie. Zvyšné percentá 10,9% tvoria respondentky, ktoré sa k tejto otázke nevedeli vyjadriť.

Graf 3: Odpovede na otázku č.4: Aké informácie by ste sa chceli dozvedieť ohľadom užívania antikoncepcie?



Tabuľka 4: Odpovede na otázku č.6

Odkiaľ máte väčšinu informácií o antikoncepcii?	n	%
Gynekológ	154	76,6
Pôrodná asistentka	29	14,4
Rodičia	18	9
Kamaráti	45	22,4
Lekárnik	23	11,4
Knihy	21	10,4
Médiá (rozhlas/televízia)	13	6,5
Internet	33	16,4
Diskusné fórum	23	11,4
Príbalový leták	42	20,9
Σ	401	199,5%

Legenda: n: počet respondentov, %:percentá

Na otázku odkiaľ majú respondentky väčšinu informácií o antikoncepcii bolo možné označiť 2 odpovede. Z celkového počtu 401 odpovedí označilo 154 žien gynekológa čo značí 76,6% respondentiek z počtu 202 respondentiek. 22,4% žien uviedlo kamarátov, podľa príbalového letáku sa orientuje 20,9% opýtaných, 16,4% žien má väčšinu informácií z internetu, nasleduje pôrodná asistentka – 14,4%, lekárnik a diskusné fórum, knihy a rodičia.

Tabuľka 5: Odpovede na otázku č.7

Ak užívate hormonálnu antikoncepciu, aký je Váš dôvod pre užívanie antikoncepcie?	n	%
Prevenia otehotnenia	85	42,1
Endometrióza	2	1
Akné	13	6,4
Poruchy menštruačného cyklu	35	17,3
Premenštruačný syndróm	9	4,5
Hyperandrogénny syndróm	7	3,5
Neužívala som hormonálnu antikoncepciu	95	47
Σ	246	121,8

Legenda: n: počet respondentov, %:percentá

Na túto otázku bolo možné odpovedať označením viacerých možností. Medzi najčastejšie dôvody pre užívanie hormonálnej antikoncepcie patrí: prevencia otehotnenia (42,1%), poruchy s menštruačným cyklom (17,3%) a akné (6,4%).

Tabuľka 6: Odpovede na otázku č.8

Ak užívate/alebo ste v minulosti užívala antikoncepciu, kto stál za Vaším rozhodnutím?	n	%
Vlastné rozhodnutie	145	72,1
Manžel, partner	63	31,3
Rodičia	18	9
Lekár	32	15,9
Zdravotná sestra, pôrodná asistentka	1	0,5
Nepoužívala som žiadnu antikoncepciu	34	16,9
Σ	293	145,8

Legenda: n: počet respondentov, %:percentá

Na otázku kto stál za rozhodnutím užívať antikoncepciu bolo možné odpovedať viacerými možnosťami. Celkovo bolo získaných 293 odpovedí od 202 respondentiek, 72,1% respondentiek uviedlo vlastné rozhodnutie, nasleduje možnosť manžel, partner, ktorú označilo 31,3% opýtaných, ďalej lekár, rodičia a zdravotná sestra alebo pôrodná asistentka.

Tabuľka 7: Odpovede na otázku č.9

Myslíte si, že fajčenie počas užívania hormonálnej antikoncepcie je škodlivé ?	n	%
Rozhodne áno	63	31,2
Skôr áno	61	30,2
Neviem	59	29,2
Skôr nie	18	8,9
Rozhodne nie	1	0,5
Σ	202	100

Legenda: n: počet respondentov, %:percentá

Viac ako polovica – 61,4% respondentiek považuje fajčenie počas užívania hormonálnej antikoncepcie za škodlivé a 29,2% sa k tejto problematike nevedelo vyjadriť.

Tabuľka 8: Odpovede na otázku č.10

Do akej miery súvisí výskyt nasledovných chorobných stavov s užívaním hormonálnej antikoncepcie?	1- v najmenej miere súvisí s hormonálnou antikoncepciou	2	3	4	5- v najväčšej miere súvisí s hormonálnou antikoncepciou
Nárast hmotnosti	13,4%	12,9%	23,8%	27,2%	22,7%
Zmeny nálad	10,4%	18,3%	30,7%	22,8%	17,8%
Bolesti hlavy	13,4%	19,8%	33,7%	21,3%	11,8%
Tromboembólia	12,9%	17,3%	34,7%	16,8%	18,3%
Ťažkosti s otehotnením po jej vysadení	12,9%	10,9%	19,3%	28,2%	28,7%
Nevôľnosť/zvracanie	23,8%	18,8%	32,7%	17,3%	7,4%
Opuchy	24,3%	26,2%	24,3%	17,3%	7,9%
Nepriavidelná/chýbajúca menštruácia	32,1%	14,4%	20,3%	17,8%	15,4%
Rakovina prsníkov	23,3%	18,8%	30,7%	16,8%	10,4%
Precitlivosť prsníkov	15,9%	16,8%	29,7%	21,8%	15,8%

Legenda: 1- v najmenej miere súvisí s hormonálnou antikoncepciou, 5-v najväčšej miere súvisí s hormonálnou antikoncepciou

Pre vyhodnotenie tejto otázky boli sčítané odpovede 1 a 2 hodnotené ako súvislosť v menšej miere a odpovede 4 a 5 ako súvislosť vo väčšej miere. Z opýtaných respondentiek si polovica - 49,9% si myslí, že nárast hmotnosti súvisí s užívaním antikoncepcie vo väčšej miere. Zmeny nálad súvisia s užívaním antikoncepcie vo väčšej miere podľa 40,6% opýtaných. Jedna tretina žien – 33,2% považuje bolesti hlavy v súvislosti s užívaním antikoncepcie v menšej miere, vo väčšej miere takmer také isté zloženie - 33,1%. Výskyt tromboembólie súvisí s užívaním antikoncepcie vo väčšej miere podľa 35,1% žien. Až viac ako polovica opýtaných žien – 56,9% si myslí, že ťažkosti s otehotnením súvisia vo väčšej miere s užívaním antikoncepcie po jej vysadení. 42,6% žien si myslí, že nevoľnosť a zvracanie súvisí v menšej miere s užívaním antikoncepcie. Opuchy súvisia s užívaním antikoncepcie v menšej miere podľa 50,5% žien. Nepravidelná/chýbajúca menštruácia súvisí v menšej miere s užívaním antikoncepcie podľa 46,5%. Podľa 42,1% respondentiek súvisí výskyt rakoviny prsníkov s užívaním antikoncepcie v menšej miere a 37,6% žien si myslí, že precitlivosť prsníkov súvisí že vo väčšej miere.

Tabuľka 9: Odpovede na otázku č.11

Ktorá z uvedených foriem antikoncepcie je podľa Vás účinná v ochrane pred vírusovými sexuálne prenosnými ochoreniami?	n	%
Prezervatív	188	93
Hormonálna antikoncepcia	5	2,5
Vnútromaternicové teliesko	4	2
Vaginálny krúžok	1	0,5
Kožný implantát	2	1
Diafragma	2	1
Σ	202	100

Legenda: n: počet respondentov, %:percentá

Takmer všetky respondentky (188): 93% uviedli, že prezervatív je účinná ochrana pred vírusovými sexuálne prenosnými ochoreniami.

Tabuľka 10: Odpovede na batériu otázok č.12

Tvrdenie	Súhlasím		Nesúhlasím	
	n	%	n	%
12.1.Kondómy sú rovnako účinné ako antikoncepčné pilulky	87	43,1	115	56,9
12.2.Antikoncepcia je iba pre ženy	60	29,7	142	70,3
12.3.Užívanie antikoncepcie zvyšuje riziko rakoviny prsníka	78	38,6	124	61,4
12.4.Gestagénna hormonálna antikoncepcia nie je účinná ak ju neužívate každý deň	151	74,8	51	25,2
12.5.Antikoncepčné tabletky môžu spôsobiť krvné zrazeniny u žien s poruchou zrážanlivosti krvi (trombofília, Leidenská mutácia)	164	81,2	38	18,8
12.6.Pred predpísaním antikoncepcie musí byť žene vylúčené tehotenstvo, vyšetrený krvný tlak a onkogynekologické vyšetrenie	182	90,1	20	9,9
12.7.Niektoré lieky (lieky na epilepsiu, živočíšne uhlie) znižujú účinnosť antikoncepcie	152	75,3	50	24,7
12.8.Pearlov index vyjadruje koľko žien z 1000 neplánovane otehotnie pri užívaní antikoncepcie za 1 rok	137	67,8	65	32,2
12.9.Žena staršia ako 35 rokov, ktorá fajčí 15 a viac cigariet denne môže užívať hormonálnu antikoncepciu	64	31,7	138	68,3
12.10.Vnútromaternicové teliesko môže byť zavedené max. 2 roky	103	51	99	49
Σ	202	100	202	100

Legenda: n: počet respondentov, %:percentá

Na tvrdenie, že kondómy sú rovnako účinné ako antikoncepčné tabletky odpovedalo správne – teda nesúhlasne 56,9% respondentiek. Väčšina respondentiek – 70,3% odpovedala správne na

tvrdenie, že antikoncepcia je iba pre ženy a teda vyjadrila k tejto položke nesúhlasné stanovisko. Na tvrdenie, že užívanie antikoncepcie zvyšuje riziko rakoviny prsníka odpovedala väčšina respondentiek nesprávne – 61,4%. Viac ako polovica opýtaných 74,8% odpovedala správne, že ak sa gestagénna antikoncepcia neužíva každý deň, tak nie je účinná. 81,2% žien odpovedalo správne na tvrdenie, že antikoncepčné tabletky môžu spôsobiť krvné zrazeniny u žien s poruchou zrážanlivosti krvi. Takmer všetky respondentky – 90,1% odpovedali správne na tvrdenie, že pred predpísaním antikoncepcie musí byť žene vylúčené tehotenstvo, vyšetrený krvný tlak a onkogynekologické vyšetrenie. 75,3% žien odpovedalo správne na tvrdenie: „Niektoré lieky (lieky na epilepsiu, živočíšne uhlie) znižujú účinnosť antikoncepcie“. Väčšina respondentiek 67,8% odpovedala nesprávne na tvrdenie o Pearlovom indexe. 68,3% respondentiek odpovedala správne na tvrdenie, že žena staršia ako 35 rokov, ktorá fajčí 15 a viac cigariet denne môže užívať hormonálnu antikoncepciu, a teda vyjadrila k tejto položke nesúhlasné stanovisko. Na posledné tvrdenie o vnútromaternicovom teliesku odpovedalo 51% opýtaných nesprávne.

Tabuľka 11: Odpovede na otázku č.13

Vyberte ktorý stav predstavuje kontraindikáciu pre užívanie antikoncepcie	n	%
Bolesti hlavy	32	15,8
Cukrovka s orgánovými zmenami	64	31,7
Fajčenie u ženy nad 35 rokov 15 a viac cigariet denne	76	37,6
Ochorenie pečene (nádory)	107	53
Dlhodobá imobilizácia	23	11,4
Hlboká žilová trombóza	106	52,5
Spolu	408	202

Legenda: n: počet respondentov, %: percentá

V tejto otázke bolo možné označiť viacero odpovedí, celkovo bolo získaných 408 odpovedí od 202 respondentiek. Najviac respondentiek – 53% uviedlo ako kontraindikáciu ochorenie pečene, nasleduje hlboká žilová trombóza s percentuálnym zastúpením 52,5%, najmenej respondentiek - 11,4% označilo ako kontraindikáciu dlhodobú imobilizáciu.

3.3 Overenie platnosti hypotéz

Čiastkový cieľ č.1: Zistiť či vek, vzdelanie a tehotenstvo vplýva na vedomosti žien o antikoncepcii.

Štatistické hypotézy k čiastkovému cieľu č.1:

H1₀: Neexistuje štatisticky významný rozdiel vo vzdelaní respondentiek a skóre na batériu otázok č.12.

H1_A: Existuje štatisticky významný rozdiel vo vzdelaní respondentiek a skóre na batériu otázok č.12

H2₀: Neexistuje štatisticky významná súvislosť medzi vekom respondentiek a skóre na batériu otázok č. 12

H2_A: Existuje štatisticky významná súvislosť medzi vekom respondentiek a skóre na batériu otázok č. 12.

H3₀ o: Neexistuje štatisticky významný rozdiel v skóre správnych odpovedí v batérii otázok č.12 u žien, ktoré už boli tehotné a u žien, ktoré ešte neboli tehotné.

H3_A: Existuje štatisticky významný rozdiel v skóre správnych odpovedí v batérii otázok č.12 u žien, ktoré už boli tehotné a u žien, ktoré ešte neboli tehotné.

Vyhodnotenie hypotéz:

H1₀: Neexistuje štatisticky významný rozdiel vo vzdelaní respondentiek a skóre na batériu otázok č.12

H1_A: Existuje štatisticky významný rozdiel vo vzdelaní respondentiek a skóre na batériu otázok č.12

Mann-Whitney test naznačuje, že úroveň vedomostí testovaných batériou otázok č.12 z dotazníka, je rovnaká ako u žien so stredoškolským vzdelaním ($Mdn=6$), tak u žien s vysokoškolským vzdelaním ($Mdn=6$), $U= 4911,000$, $p=0,904$. Na základe vykonaného testu nemožno zamietnuť nulovú hypotézu. Nulovú hypotézu preto prijímame.

H2₀: Neexistuje štatisticky významná súvislosť medzi vekom respondentiek a skóre na batériu otázok č. 12.

H2_A: Existuje štatisticky významná súvislosť medzi vekom respondentiek a skóre na batériu otázok č. 12.

Na základe výsledkov Spearmanovho korelačného koeficientu neexistuje súvislosť medzi vekom respondentiek a skóre na batériu otázok č.12, $r_s = -0,41$, $p > 0,05$. Na základe vykonaného testu nemožno zamietnuť nulovú hypotézu. Nulová hypotéza sa prijíma.

H3₀: Neexistuje štatisticky významný rozdiel v skóre správnych odpovedí v batérii otázok č.12 u žien, ktoré už boli tehotné a u žien, ktoré ešte neboli tehotné.

H3_A: Existuje štatisticky významný rozdiel v skóre správnych odpovedí v batérii otázok č.12 u žien, ktoré už boli tehotné a u žien, ktoré ešte neboli tehotné.

Mann-Whitney test naznačuje, že úroveň vedomostí testovaných batériou otázok č.12 z dotazníka je rovnaká, ako u žien, ktoré neboli tehotné ($Mdn=6$), tak u žien, ktoré už boli tehotné ($Mdn=6$), $U = 5\,270,500$, $p = 0,456$. Na základe vykonaného testu nemožno zamietnuť nulovú hypotézu. Nulová hypotéza sa prijíma.

Čiastkový cieľ č.2: Zistiť, aké sú vedomosti o antikoncepcii u mladších a starších žien podľa jednotlivých odpovedí na otázky č.9, 11 a 12.

Štatistické hypotézy k čiastkovému cieľu č.2:

H4₀: Rozdelenie odpovedí na otázku č.9 je rovnaké u mladších a starších žien.

H4_A: Rozdelenie odpovedí na otázku č.9 nie je rovnaké u mladších a starších žien.

Pre odpoveď na túto hypotézu boli združené kategórie *rozhodne áno a skôr áno* kódované ako áno. Ďalej kategórie *skôr nie a rozhodne nie* boli kódované ako nie. Skupina žien, ktorá odpovedala možnosťou *neviem* bola vynechaná. Vid' strana č. 39.

Na základe výsledkov testu χ^2 ($1, N = 143$) = 0,016, $p = ,898$ možno konštatovať, že medzi názorom na fajčenie a vekom neexistuje štatisticky významný vzťah, to znamená: rozdelenie odpovedí je rovnaké. Vzhľadom k tomuto zisteniu nemožno zamietnuť hypotézu H4₀, ktorá sa prijíma.

Tabuľka 12: Porovnanie postoja mladších a starších žien k fajčeniu počas užívania hormonálnej antikoncepcie

Myslíte si, že fajčenie počas užívania hormonálnej antikoncepcie je škodlivé ?	1- rozhodne áno	2- skôr áno	3- neviem	4- skôr nie	5- rozhodne nie	n
Mladšie ženy (18-29r)	29,7%	31,2%	29,7%	9,4%	0%	138
Staršie ženy (30-45r)	34,4%	28,1%	28,1%	7,8%	1,6%	64

Z celkového počtu mladších žien považuje 60,9% respondentiek fajčenie počas užívania hormonálnej antikoncepcie za škodlivé. Podobne je na tom aj kategória starších žien s percentuálnym vyjadrením 62,5%.

Tabuľka 13: Porovnanie odpovedí mladších a starších žien na otázku č.11

Ktorá z uvedených foriem antikoncepcie je podľa Vás účinná v ochrane pred vírusovými sexuálne prenosnými ochoreniami?	prezervatív	hormonálna antikoncepcia	vnútromaternicové teliesko	vaginálny krúžok	kožný implantát	diafragma	n
Mladšie ženy (18-29r)	92,8%	2,2%	1,4%	0,8%	1,4%	1,4%	138
Staršie ženy (30-45r)	93,8%	3,1%	3,1%	0%	0%	0%	64

Z celkového počtu mladších žien 92,8% respondentiek odpovedalo správne na otázku ktorá z uvedených foriem antikoncepcie je účinná pred vírusovými sexuálne prenosnými ochoreniami a teda označili možnosť: prezervatív. Podobne je na tom aj kategória starších žien s percentuálnym zastúpením 93,8%.

H₅₀: Výskyt správnej či chybnjej odpovedi v otázke č.12.9 je rovnaký v skupine mladších a starších žien.

H_{5A}: Výskyt správnej či chybnjej odpovedi v otázke č.12.9 nie je rovnaký v skupine mladších a starších žien.

Na základe výsledkov testu $\chi^2 (1, N = 202) = 4,776, p < ,05; \text{Phi} = -,154, p < 0,05$ možno konštatovať, že existuje slabý vzťah medzi správnou odpoveďou a vekovou skupinou žien s tým, že správna odpoveď sa vyskytuje s väčšou pravdepodobnosťou u mladších žien a naopak, pokiaľ sa vyskytuje chybná odpoveď, bude s väčšou pravdepodobnosťou v prípade starších žien. Z tohto dôvodu sa zamietajú hypotéza H₅₀ a prijíma sa alternatívna hypotéza.

V ostatných odpovediach na batériu otázok č.12 neboli zaznamenané štatisticky významné rozdiely. Toto zistenie podporuje korelačnú hypotézu H₂₀ o tom, že neexistuje významný vzťah medzi vekom a skóre v správnych odpovediach. Vid' str. č.44.

Tabuľka 14: Porovnanie odpovedí mladších a starších žien na batériu otázok č.12

Tvrdenie	Súhlasím		Nesúhlasím	
	mladšie	staršie	mladšie	staršie
12.1.Kondómy sú rovnako účinné ako antikoncepčné pilulky	43,5%	42,2%	56,5%	57,8%
12.2.Antikoncepcia je iba pre ženy	29%	31,3%	71%	68,7 %
12.3. Užívanie antikoncepcie zvyšuje riziko rakoviny prsníka	39,1%	37,5%	60,9%	62,5%
12.4.Gestagénna hormonálna antikoncepcia nie je účinná ak ju neužívate každý deň	72,5%	79,7%	27,5%	20,3%
12.5. Antikoncepčné tabletky môžu spôsobiť krvné zrazeniny u žien s poruchou zrážanlivosti krvi (trombofília, Leidenská mutácia)	80,4%	82,8%	19,6%	17,2%
12.6. Pred predpísaním antikoncepcie musí byť žene vylúčené tehotenstvo, vyšetrený krvný tlak a onkogynekologické vyšetrenie	89,9%	90,6%	10,1%	9,4%
12.7. Niektoré lieky (lieky na epilepsiu, živočíšne uhlie) znižujú účinnosť antikoncepcie	76,8%	71,9%	23,2%	28,1%
12.8. Pearlov index vyjadruje koľko žien z 1000 neplánovane otehotnie pri užívaní antikoncepcie za 1 rok	68,1%	67,2%	31,9%	32,8%
12.9. Žena staršia ako 35 rokov, ktorá fajčí 15 a viac cigariet denne môže užívať hormonálnu antikoncepciu	26,8%	42,2%	73,2%	57,8%
12.10. Vnútromaternicové teliesko môže byť zavedené max. 2 roky	51,5%	50%	48,5%	50%

Čiastkový cieľ č.3: Porovnať skúsenosti s antikoncepciou a identifikovať najčastejšie zdroje na čerpanie informácií o antikoncepcii u mladších a starších žien.

Hypotézy k čiastkovému cieľu č.3:

H6₀: Užívanie hormonálnej antikoncepcie nezávisí od vekových skupín.

H6_A: Užívanie hormonálnej antikoncepcie závisí od vekových skupín.

Na základe výsledkov testu $\chi^2 (1, N = 202) = 7,090, p < ,05; \Phi = ,187, p < 0,05$ možno konštatovať, že existuje slabý vzťah medzi užívaním hormonálnej antikoncepcie a vekovými skupinami žien, čo znamená, že pokiaľ žena neužíva hormonálnu antikoncepciu, bude s väčšou pravdepodobnosťou patriť do skupiny mladších žien a pokiaľ hormonálnu antikoncepciu užívala, bude s väčšou pravdepodobnosťou patriť do skupiny starších žien. Na základe výsledkov testu sa H6₀ zamietá a prijíma alternatívna hypotéza.

H7₀: Používanie prezervatívu nezávisí od veku.

H7_A : Používanie prezervatívu závisí od veku

Na základe výsledkov testu $\chi^2 (1, N = 202) = 5,778, p < ,05; \Phi = -,169, p < 0,05$ možno konštatovať, že existuje slabý vzťah medzi používaním kondómu a vekovými skupinami žien, čo znamená, že pokiaľ žena kondóm nepoužívala, bude s väčšou pravdepodobnosťou patriť do skupiny starších žien a pokiaľ kondóm používala, bude s väčšou pravdepodobnosťou patriť do skupiny mladších žien. Na základe výsledkov testu sa H7₀ zamietá a prijíma alternatívna hypotéza.

H8₀: Používanie vnútromaternicového telieska nezávisí od veku.

H8_A: Používanie vnútromaternicového telieska závisí od veku.

Pre zistenie výsledkov bol použitý Fisherov presný test. Na základe výsledkov testu možno konštatovať, že používanie vnútromaternicového telieska závisí od veku ($p < 0,001$). Z tohoto dôvodu sa H8₀ zamietá a prijíma alternatívna hypotéza.

H9₀: Používanie techniky prerušovanej súložie nezávisí od veku.

H9_A: Používanie techniky prerušovanej súložie závisí od veku.

Na základe výsledkov testu $\chi^2 (1, N = 202) = 1,211, p = ,271$ možno konštatovať, že neexistuje vzťah medzi používaním techniky prerušovanej súložie a vekovými skupinami žien. Vzhľadom k faktu H9₀ nemožno zamietnuť. Hypotéza H9₀ sa prijíma.

Ostatné možnosti uvedené v dotazníku nesplňovali podmienky pre použitie štatistických testov, (nízkej početnosti výskumu) a teda neboli zisťované súvislosti medzi využitím príslušnej techniky a veku.

Tabuľka 15: Porovnanie mladších a starších žien so skúsenosťami s antikoncepciou

Máte skúsenosti s antikoncepciou?	HAK	Prezervatív	IUD	Prerušovaná súlož	Vaginálny krúžok	Spermicídy	Diafragma
Mladšie ženy (18-29r)	47,1%	49,3%	0,7%	25,4%	2,9%	1,5%	0%
Staršie ženy (30-45r)	67,1%	31,3%	17,8%	32,8%	1,6%	4,7%	1,56%

Legenda: HAK- hormonálna antikoncepcia, IUD- hormonálne vnútromaternicové teliesko

Z celkového počtu mladších žien má najviac skúseností s prezervatívom – 49,3%, s hormonálnou antikoncepciou – 47,1%, a prerušovanou súložou – 25,4%. Z celkového počtu starších žien má najviac skúseností s hormonálnou antikoncepciou – 67,1%, nasleduje prerušovaná súlož – 32,8%, prezervatív – 31,3% a hormonálne vnútromaternicové teliesko – 17,8%. Tieto skupiny majú odlišný počet respondentiek (mladšie ženy, n=138, staršie ženy, n=64).

H10o: Podiel odpovedí na získaní informácií od gynekológa je v oboch vekových skupinách zhodný.

H10A: Podiel odpovedí na získaní informácií od gynekológa nie je v oboch vekových skupinách zhodný.

Na základe výsledkov testu $\chi^2 (1, N = 202) = 12,707, p < ,05; \Phi = ,251, p < 0,05$ možno konštatovať, že existuje silnejší vzťah medzi čerpaním informácií od gynekológa a vekovými skupinami žien, čo znamená, že pokiaľ žena nečerpala informácie od gynekológa, bude s väčšou pravdepodobnosťou patriť do skupiny mladších žien a pokiaľ informácie od gynekológa čerpala, bude s väčšou pravdepodobnosťou patriť do skupiny starších žien. Na základe výsledkov testu sa nulová hypotéza zamietá a prijíma alternatívna.

H11₀: Podiel odpovedí na získaní informácií od pôrodnej asistentky je v oboch vekových skupinách zhodný.

H11_A: Podiel odpovedí na získaní informácií od pôrodnej asistentky nie je v oboch vekových skupinách zhodný.

Na základe výsledkov testu χ^2 (1, N = 201) = 6,174, p < ,05; Phi= ,175, p<0,05 možno konštatovať, že existuje slabý vzťah medzi čerpaním informácií od pôrodnej asistentky a vekovými skupinami žien čo znamená, že pokiaľ žena nezískavala informácie od pôrodnej asistentky, bude s väčšou pravdepodobnosťou patriť do skupiny mladších žien. Pokiaľ informácie od pôrodnej asistentky získavala, bude s väčšou pravdepodobnosťou patriť do skupiny starších žien. Na základe výsledkov testu sa H10₀ zamieta a prijíma alternatívna hypotéza.

Pri ostatných zdrojoch informácií nebol zaznamenaný štatisticky signifikantný rozdiel.

Tabuľka 16: Porovnanie mladších a starších žien s čerpaním informácií o antikoncepcii

Odkiaľ máte väčšinu informácií o antikoncepcii ?	Gynekológ	Pôrodná asistentka	Rodičia	Kamaráti	Lekárnik	Knihy, časopisy	Médiá	Internet. stránky výrobcov	Diskusné fórum	Príbalový leták
Mladšie ženy (18-29r)	69,6%	10,1 %	10,9%	25,4%	13,8%	11,6%	5,8%	16,7%	11,6%	23,2%
Staršie ženy (30-45r)	92,2%	25%	4,7%	15,6%	6,3%	7,8%	7,1%	15,6%	10,9%	15,6%

4 DISKUSIA

Táto diplomová práca sa zaoberala vedomosťami žien o antikoncepcii.

V praktickej časti diplomovej práce boli stanovené ciele, formulované štatistické hypotézy a použitý neštandardizovaný dotazník k realizácii kvantitatívneho výskumu. Dotazník sa skladal z 13 otázok.

Hlavným cieľom diplomovej práce bolo zistiť, aké sú vedomosti žien o antikoncepcii podľa jednotlivých odpovedí na dané otázky v dotazníku. Po vyhodnotení otázok č. 2, 9, 11, 12 a 13 sa zistilo, že najslabšími vedomosťami disponujú ženy v oblasti kontraindikácií, kde sa ukázalo malé množstvo označených odpovedí na otázku č.13. Mierne nedostatky sa ukázali aj v otázke č.2, ktorá sa zaoberala účinnosťou jednotlivých druhov antikoncepcie, kde ženy nevedeli, či je kožný implantát a hormonálne vnútro maternicové teliesko účinná antikoncepčná metóda. Ohľadom vnútro maternicového telieska sa ukázali nedostatky aj v otázke č.12.10., kde polovica respondentiek nesprávne odpovedala na tvrdenie, že vnútro maternicové teliesko môže byť zavedené najviac 2 roky. So spoľahlivosťou antikoncepcie súvisí aj Pearlov index, na ktorý bolo možné odpovedať v otázke č.12.9., kde 67,8% respondentiek vyjadrila súhlasné stanovisko na tvrdenie: „Pearlov index vyjadruje koľko žien z 1000 neplánovane otehotnie pri užívaní antikoncepcie za 1 rok“ a teda odpovedala nesprávne. Pozitívne zistenia tejto práce sú, že respondentky prejavujú záujem o viac informácií aj z oblasti spoľahlivosti antikoncepcie a výbere vhodnej antikoncepcie. Ďalej, že drvivá väčšina respondentiek 93% správne odpovedala na otázku, že z uvedených foriem antikoncepcie je prezervatív účinná ochrana pred vírusovými sexuálne prenosnými ochoreniami. Avšak zvyšné percento žien z tohto výskumného šetrenia môže predstavovať určité riziko v šírení sexuálne prenosných ochorení. Toto zistenie možno porovnať so štúdiou Ahmad et al., (2015) kde bolo zistené, že na túto otázku odpovedalo správne 65,1% respondentiek. Oveľa slabšie vedomosti týkajúce sa tejto otázky mali respondentky v štúdiu vykonanej v Nepále od autora Thapa et al., (2018), kde iba 53,6% žien vedelo, že prezervatív je účinná ochrana pred vírusovými sexuálne prenosnými ochoreniami, čo môže byť ovplyvnené kultúrou, etnicitou a ďalšími faktormy. Viac ako polovica - 61,4% respondentiek považuje fajčenie počas užívania hormonálnej antikoncepcie za škodlivé. V batérii otázok č.12 odpovedali respondentky na 7 z 10 tvrdení v percentuálnom zastúpení viac ako 50% správne, čo je vnímané za pozitívum.

Čiastkovým cieľom práce bolo zistiť či vek, vzdelanie a tehotenstvo vplýva na vedomosti žien o antikoncepcii. Pre zistenie tohoto cieľa boli stanovené hypotézy H_{10} - H_{30} . Po štatistickom spracovaní hypotézy H_{10} , bolo zistené, že úroveň vedomostí testovaných batériou otázok č.12 z dotazníka, je rovnaká ako u žien so stredoškolským, tak u žien

s vysokoškolským vzdelaním, čo je v rozpore s autormi Ghodsi a Hojjatoleslami (2012), ktorí zistili, že medzi úrovňou vzdelania a vedomosťami existuje štatisticky významná súvislosť. Limitom zrovnania však môže byť rozdielny socio-kultúrny a náboženský kontext štúdií v SR a Iránom.

Ďalším krokom bolo vyhodnotenie hypotézy H_{20} . Po štatistickom spracovaní bolo zistené, že na základe výsledkov Spearmanovho korelačného koeficientu neexistuje súvislosť medzi vekom respondentiek a skóre na batériu otázok č. 12, čo je v súlade so štúdiou Schragera a Hoffmann (2008), podľa ktorých bola vytvorená otázka č.12, podľa ktorej uvádzajú, že neexistuje súvislosť medzi počtom zodpovedaných otázok a vekom. Očakávané výsledky hypotézy 2 boli potvrdené.

Ďalej bola vyhodnotená platnosť hypotézy H_{30} , kde bolo po štatistickom vyhodnotení zistené, že úroveň vedomostí testovaných batériou otázok č.12 z dotazníka je rovnaká, ako u žien, ktoré neboli tehotné, tak u žien, ktoré už boli tehotné, čo je v súlade s autormi Schragera a Hoffmann (2008), ktorí uvádzajú, že neexistuje súvislosť medzi počtom zodpovedaných otázok a počtom detí. Očakávané výsledky hypotézy 3 boli potvrdené.

Ďalším čiastkovým cieľom diplomovej práce bolo zistiť, aké sú vedomosti žien u mladších a starších respondentiek. Pre zistenie tohoto cieľa boli vytvorené kontingenčné tabuľky a štatistické hypotézy H_{40} – H_{50} , ktoré porovnávali odpovede medzi mladšími a staršími ženami. Po vyhodnotení otázok č.9, 11 a 12 bolo zistené, že viac ako 60% respondentiek bez ohľadu na vek považuje fajčenie počas užívania hormonálnej antikoncepcie za škodlivé, čo je vnímané za pozitívum. Po štatistickom spracovaní hypotézy H_{40} sa zistilo, že medzi odpoveďami u mladších a starších žien nie je štatisticky významný rozdiel. V otázke č.11 týkajúcej sa účinnej ochrany pred vírusovými sexuálne prenosnými ochoreniami odpovedalo správne 92,8% mladších respondentiek a 93,8% starších respondentiek. Podobne aj v batérii otázok č.12, ktorá skúmala súhlasné alebo nesúhlasné stanovisko na rôzne tvrdenia o antikoncepcii bol zistený, štatisticky významný rozdiel iba v tvrdení týkajúceho sa fajčenia, kde je podiel správnych odpovedí štatisticky signifikantne vyšší v kategórii mladších žien.

Ďalším čiastkovým cieľom bolo porovnať skúsenosti žien s antikoncepciou a identifikovať najčastejšie zdroje na čerpanie informácií o antikoncepcii u mladších a starších žien. Pre vyhodnotenie tohoto čiastkového cieľa boli taktiež vytvorené štatistické hypotézy H_{60} – H_{110} . Po vyhodnotení štatistických hypotéz (H_{60} – H_{90}) bolo zistené, že medzi používaním hormonálnej antikoncepcie, prezervatívom, vnútromaternicovým telieskom a vekom existuje štatisticky slabý vzťah. Mladšie ženy majú najväčšie skúsenosti s prezervatívom naopak staršie ženy majú najviac skúseností s hormonálnou antikoncepciou. V štúdiu od autora Eisenberg et

al., (2014) sa taktiež zistilo, že používanie vnútromaternicového telieska súvisí s vekom, kde staršie ženy používajú s vyššou pravdepodobnosťou vnútromaternicové teliesko ako mladšie. Po štatistickom vyhodnotení hypotéz ($H10_0 - H11_0$) týkajúcich sa zdrojov, z ktorých ženy čerpajú najviac informácií o antikoncepcii sa zistilo, že staršie ženy štatisticky signifikantne viac čerpajú informácie od gynekológa a pôrodnej asistentky ako mladšie. V ďalších zdrojoch informácií už nebol zaznamenaný štatisticky významný rozdiel.

Ďalšie štúdie týkajúce sa problematiky

Pri porovnaní so štúdiou od autora Nelson et al., (2018) má väčšina opýtaných - 68% skúsenosť s hormonálnou antikoncepciou, 13% má skúsenosť s vnútromaternicovým telieskom, 7% respondentiek s vaginálnym krúžkom. Náš výskum zistil nižšie percento skúseností s hormonálnou antikoncepciou: 53,5%, skúsenosti s prezervatívom uviedlo 43,6% žien, 27,7% respondentiek v minulosti praktizovala alebo praktizuje prerušovanú súlož, 5,9% respondentiek má skúsenosť s vnútromaternicovým telieskom, 2,5% žien má skúsenosť s vaginálnym krúžkom, iba 1 respondentka z výskumného súboru označila, že má skúsenosť s diafragmou. V štúdiu od autora Japaridze et al., (2015) má 25% respondentiek skúsenosti so spermicídmi, v tomto výskumnom šetrení používalo spermicídy len 2,5% žien.

Ďalšia otázka skúmala názory na účinnosť daných druhov antikoncepcie. Prezervatív považuje 83,2% respondentiek za spoľahlivú ochranu pred otehotnením, hormonálnu antikoncepciu považuje 87,1% žien tiež za spoľahlivú ochranu. 59,4% žien považuje vnútromaternicové teliesko za spoľahlivé, až polovica opýtaných – 52,5% nevedela, či je kožný implantát účinná ochrana pred otehotnením, čo je v súlade so zistením od autora Thapa et al., (2018), kde sa zistilo, že respondentky disponujú slabšími vedomosťami o kožnom implantáte. Viac ako polovica žien – 66,8% považuje prerušovanú súlož za menej spoľahlivú antikoncepčnú metódu. Túto otázku možno porovnať s Pearlovým indexom, ktorý predstavuje nasledovné hodnoty u daných druhov antikoncepcie pri bežnej užívateľke: prezervatív = 10, hormonálna antikoncepcia = 0,5, hormonálne vnútromaternicové teliesko = 0,05, kožný implantát = 0,05 a prerušovaná súlož = 20 tehotenstiev na 100 žien za 1 rok (Roztočil, 2011).

Z predloženého výskumného šetrenia vyplýva, že po označení viacerých možností respondentky čerpajú najviac informácií od gynekológa: 76,6%, medzi ďalšie odborné, overené a zároveň ľahko prístupné zdroje patrí príbalový leták, ktorý označilo 20,9% žien, pôrodná asistentka 14,4% či lekárnik 11,4% a knihy 10,4%. Menej pozitívne je čerpanie informácií zo zdrojov ako sú kamaráti - 22,4%, internet 16,4%, diskusné fórum 11,4%, rodičia – 9% a médiá 6,5%, ktoré nemusia obsahovať pravdivé či kompletne informácie. V porovnaní so štúdiou Sutton a Walsh-Buhi (2017) najviac respondentiek čerpalo informácie od gynekológa: 73,8%,

nasledujú rodičia: 7,4%, ďalej internetové stránky: 4,5%, kamaráti: 4,1%, diskusné fórum: 2,7%, médiá: 0,8% a knihy: 0,4%. Naproti tomu, v práci od autorky Fufalovej (2017), kde mohli respondentky označiť taktiež viacero možností majú ženy najviac informácií od gynekológa (60,8%), z príbalovej informácie (54,9%), z internetu (45,1%), nasleduje rodina (35,3%), diskusné fórum (33,3%) a médiá (25,5%), od pôrodnej asistentky čerpalo informácie 9,8% žien a od lekárnik 17,6%.

Ďalšia otázka skúmala najčastejšie dôvody pre užívanie hormonálnej antikoncepcie, ktoré boli po označení viacerých možností nasledovné: prevencia otehotnenia - 42,1% žien, poruchy s menštruačným cyklom – 17,3%, ako dôvod problému s akné uviedlo 6,4% užívateľiek, 4,5% uviedlo užívanie antikoncepcie z dôvodu premenštruačného syndrómu, z dôvodu hyperandrogénneho syndrómu ju užíva 3,5% opýtaných. Rovnako Nelson et al., (2018) uvádza ako najčastejší dôvod pre užívanie antikoncepcie prevenciu otehotnenia u 71% užívateľiek, ako dôvod poruchy s menštruačným cyklom uvádza 35% žien, akné – 3% respondentiek a premenštruačný syndróm 28% užívateľiek. V tejto práci a rovnako v práci od autorky Fufalovej (2017) uviedla iba 1 respondentka užívanie antikoncepcie z dôvodu endometriózy a užívanie antikoncepcie z dôvodu hyperandrogénneho syndrómu neuviedla žiadna užívateľka.

V práci od autorky Fufalovej (2017) sa najviac žien – 84,3% rozhodlo užívať antikoncepciu z vlastného rozhodnutia, nasleduje možnosť lekár, ktorú označilo 39,2%, možnosť manžel/partner uviedlo 11,8% užívateľiek, zdravotná sestra/pôrodná asistentka ovplyvnila toto rozhodnutie iba v 1 prípade. V tomto výskumnom šetrení 72,1% opýtaných užíva antikoncepciu z vlastného rozhodnutia, nasleduje možnosť manžel, partner, ktorú označilo 31,3% opýtaných, lekár stál za rozhodnutím užívať antikoncepciu u 15,9% respondentiek, rodičia u 9% respondentiek a zdravotná sestra alebo pôrodná asistentka ovplyvnila toto rozhodnutie taktiež v jednom prípade.

Otázka č.10 skúmala názory respondentiek na výskyt chorobných stavov s užívaním hormonálnej antikoncepcie. Polovica respondentiek – 49,9% považuje nárast hmotnosti ako jav, ktorý súvisí vo väčšej miere s užívaním hormonálnej antikoncepcie. Štúdia vykonaná autorom Lidh et al. (2011) zistila, že sa nepreukázali významné rozdiely telesnej hmotnosti u skupiny užívateľiek a neužívateľiek kombinovanej hormonálnej antikoncepcie. 40,6% respondentiek si myslí, že zmeny nálad v súvislosti s užívaním antikoncepcie súvisia vo väčšej miere. V štúdiu od autora Gregory (2018) sa zistilo, že zmeny nálad sa bežne vyskytujú u žien užívajúcich hormonálnu antikoncepciu a ženy – užívateľky majú väčšie riziko vzniku depresie oproti ženám, ktoré ju neužívajú. Jedna tretina žien – 33,2% považuje bolesti hlavy v súvislosti

s užívaním antikoncepcie v menšej miere. Štúdia od autorky MacGregor zistila, že bolesti hlavy súvisia s progestínom obsiahnutým v antikoncepcii, ktoré sa môžu vyskytnúť v prvých mesiacoch užívania a postupne vymiznú. Výskyt tromboembólie súvisí vo väčšej miere s užívaním hormonálnej antikoncepcie podľa 35,1% respondentiek. Riziko výskytu tromboembolizmu závisí od mnohých faktorov, zistilo sa, že zvýšené riziko pretrváva v prvom roku od začatia užívania antikoncepcie, obzvlášť v prvých šiestich mesiacoch (Dulík, 2018). V porovnaní s neužívateľkami sa riziko žilového tromboembolizmu zvyšuje štvornásobne, avšak je nižšie ako riziko spojené s tehotenstvom (Sitruk-Ware, 2016). Viac ako polovica – 56,9% žien si myslí, že ťažkosti s otehotnením po vysadení antikoncepcie vo väčšej miere súvisia s antikoncepciou. Zistilo sa, že doba návratu fertility po vysadení antikoncepcie závisí od výšky obsahu estrogénu. Bežne používané denné dávky ethynilestradiolu od 15 do 50 μ g však tento účinok nevykazujú (Hendriks et al., 2011). U depotnej medroxyprogesterón acetát formy však bolo jednoznačne dokázané predĺženie kontracetného účinku po jej vysadení, ktorý môže trvať až do 24 mesiacov (Paulen, 2009). 42,6% žien si myslí, že nevoľnosť a zvracanie súvisí v menšej miere v užívaní antikoncepcie. 37,6% opýtaných si myslí, že precitlivosť prsníkov súvisí vo väčšej miere s užívaním hormonálnej antikoncepcie. Opuchy súvisia s užívaním antikoncepcie v menšej miere podľa 50,5% žien. Autor Dragoman (2014) hovorí o výskyte týchto možných vedľajších účinkov, ktoré sa však vyskytujú najmä v prvých mesiacoch po začatí užívania antikoncepcie a v mnohých prípadoch sa zmiernia alebo vymiznú. Estrogén vplýva na renín-angiotenzín-aldosterónový systém, ktorý sa môže prejaviť citlivosťou prsníkov a opuchmi, čo je spôsobené zvýšenou retenciou tekutín kvôli vplyvu estrogénu (Fait, 2012). Nepravidelná/chýbajúca menštruácia súvisí v menšej miere s užívaním antikoncepcie podľa 46,5%, vo väčšej miere podľa 33,2% opýtaných. Nepravidelné krvácanie či amenorea sa môže vyskytnúť v prípade užívania progestagénnej antikoncepcie, kde patrí progestagénna orálna antikoncepcia, implantáty s obsahom progestínu, vnútromaternicové teliesko s levonorgestrelom či depotná medroxyprogesterón acetát forma (Křepelka, 2013). Nepravidelné krvácanie sa taktiež vyskytuje aj u antikoncepcie s predĺženým cyklom (Ott, 2014). Výskyt rakoviny prsníkov súvisí v menšej miere podľa 42,1% respondentiek s užívaním antikoncepcie. Podľa austrálskej štúdia Jordan et al., (2015) sa zistilo, že výskyt karcinómu prsníka súvisí s užívaním antikoncepcie, vo väčšej miere však pôsobí protektívne proti vzniku endometriálneho a ovariálneho karcinómu, čo znamená, že benefit prevažuje nad rizikom.

ZÁVER

Diplomová práca sa zaoberá vedomosťami žien o antikoncepcii. Práca sleduje rozdiely vo vedomostiach a názoroch, v preferenciách, v používaní antikoncepcie medzi mladšími a staršími ženami. Táto práca je rozdelená na teoretickú a praktickú časť.

Teoretická časť je zameraná na prehľad druhov antikoncepcie, ich nežiadúcich účinkov a kontraindikácií, na úvod do plánovaného rodičovstva a na to, akú rolu zohráva pôrodná asistentka v informovanosti a edukácii žien v oblasti antikoncepcie a reprodukčného zdravia.

Praktická časť je tvorená kvantitatívnym výskumom formou dotazníkového šetrenia, pomocou ktorého boli zisťované vedomosti a postoje žien v oblasti antikoncepcie. Pred zostavením dotazníka boli stanovené ciele a štatistické hypotézy. Vo výskume boli porovnávané skupiny žien z hľadiska veku, vzdelania a tehotenstva. Tieto skupiny boli odlišné počtom respondentiek, čo mohlo spôsobiť skreslenie výsledkov.

Hlavným cieľom diplomovej práce bolo zistiť, aké sú vedomosti žien o antikoncepcii. Cieľ bol splnený. Boli identifikované oblasti, v ktorých majú ženy najmenej vedomostí a v ktorých disponujú primeranými vedomosťami. V oblasti kontraindikácií sa ukázali najväčšie nedostatky, ďalej v tvrdeniach týkajúcich sa Pearlovho indexu a vnútromaternicového telieska v batérii otázok č.12 a v otázke č.2, ktorá sa zaoberala účinnosťou jednotlivých druhov antikoncepcie. Pozitívne zistenie je, že respondentky prejavujú záujem o viac informácií aj z oblasti spoľahlivosti antikoncepcie a výbere vhodnej antikoncepcie, čo môže pomôcť zvýšiť vedomosti a povedomie žien v týchto oblastiach. Ďalšie pozitívum je, že drvivá väčšina respondentiek správne odpovedala na otázku, že z uvedených foriem antikoncepcie je prezervatív účinná ochrana pred vírusovými sexuálne prenosnými ochoreniami, a že viac ako polovica respondentiek považuje fajčenie počas užívania hormonálnej antikoncepcie za škodlivé. V batérii otázok č.12 odpovedali respondentky na 7 z 10 tvrdení v percentuálnom zastúpení viac ako 50% správne, čo je vnímané za pozitívum.

Čiastkovým cieľom výskumného šetrenia bolo zistiť či vek, vzdelanie a tehotenstvo vplýva na vedomosti žien o antikoncepcii. Cieľ bol splnený. Získané dáta poukazujú na to, že neexistuje štatisticky významný rozdiel vo vzdelaní, veku a tehotenstve respondentiek, čo môže byť ovplyvnené nerovnomerným počtom respondentiek v porovnávaných skupinách.

Ďalším čiastkovým cieľom práce bolo zistiť, aké sú vedomosti o antikoncepcii u mladších a starších žien podľa jednotlivých odpovedí na otázky č.9, 11 a 12. Cieľ bol splnený. Po vyhodnotení hypotézy týkajúcej sa otázky č.9 sa nezistil štatisticky významný vzťah.

V otázke č.11 odpovedala drvivá väčšina žien v oboch kategóriách správne a v batérii otázok č.12 sa zistil štatisticky významný rozdiel iba v tvrdení týkajúceho sa fajčenia, kde je podiel správnych odpovedí štatisticky signifikantne vyšší v kategórii mladších žien. V rovnomernom zastúpení počtu respondentiek v oboch kategóriách by mohli byť výsledky a prípadné rozdiely výraznejšie.

Posledným čiastkovým cieľom práce bolo porovnať skúsenosti s antikoncepciou a identifikovať najčastejšie zdroje na čerpanie informácií o antikoncepcii u mladších a starších žien. Cieľ bol splnený, zistilo sa, že mladšie ženy majú najväčšie skúsenosti s prezervatívom a hormonálnou antikoncepciou, naproti tomu staršie ženy majú najviac skúseností s hormonálnou antikoncepciou, po nej nasleduje prerušovaná súlož. Medzi používaním niektorých druhov antikoncepcie a vekom existuje slabý štatisticky významný vzťah. Najviac informácií čerpajú mladšie ženy od gynekológa a kamarátov, naproti tomu staršie ženy čerpajú väčšinu informácií najmä od gynekológa, po ňom nasleduje pôrodná asistentka, čo sa potvrdilo aj vyhodnotením štatistických hypotéz. Staršie ženy štatisticky signifikantne viac čerpajú informácie od gynekológa a pôrodnej asistentky ako mladšie.

Positívne zistenie tejto práce je, že väčšina žien má informácie o antikoncepcii od svojho gynekológa, čo môže kladne ovplyvňovať ich správne rozhodovanie pri výbere antikoncepcie. Najmenej vedomostí majú ženy v oblasti kontraindikácií. Dve najčastejšie oblasti, o ktoré sa ženy zaujímali v rámci informácií o antikoncepcii boli informácie o nežiadúcich účinkoch a výber vhodnej antikoncepcie. Na základe tohoto zistenia by bolo dobré umožniť ženám mať dostatočný čas a priestor pre získanie potrebných informácií v rámci návštevy gynekologickej ambulancie, v ktorej zohráva kľúčovú úlohu nielen gynekológ, ale aj pôrodná asistentka, ktorá pomôže ženám zorientovať sa v danej problematike už pred kontaktom s gynekológom.

Odporúčania pre prax vidím v rozšírení výskumov a preskúmania problematiky do hĺbky. Je potrebné preskúmať ďalšie faktory, ktoré ovplyvňujú názory a vedomosti žien na antikoncepciu a rozšíriť odborné poznatky medzi laickú verejnosť.

Táto práca mi pomohla zorientovať sa v danej problematike, vďaka čomu môžem klientkám pomôcť pri ich rozhodovaní ako pôrodná asistentka.

REFERENČNÝ ZOZNAM

1. ACKERSON, K. a R. ZIELINSKI, 2017. Factors influencing use of family planning in women living in crisis affected areas of Sub-Saharan Africa. *Midwifery* [online]. **54**(11), 35-60 [cit. 2019-01-23]. ISSN 0266-6138. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613817300086>
2. AHMAD, A., A. AWAD, R.M ELKALMI, S. JAMSHED, M. KHAN, A.B SRIKANTH, H. AB HADI a N. ABDURHAMAN, 2015. Knowledge, awareness, and perception of contraception among senior pharmacy students in Malaysia: A pilot study. *Journal of Research in Pharmacy Practice* [online]. **4**(2), 94-98 [cit. 2019-04-24]. DOI: 10.4103/2279-042X.155760. ISSN 2279-042X. Dostupné z: <http://www.jrpp.net/text.asp?2015/4/2/94/155760>
3. ALVERGNE, A., R. STEVENS a E. GURMU, 2017. Side effects and the need for secrecy: characterising discontinuation of modern contraception and its causes in Ethiopia using mixed methods. *Contraception And Reproductive Medicine* [online]. **2**(24), 24 [cit. 2019-01-30]. DOI: 10.1186/s40834-017-0052-7. ISSN 20557426. Dostupné z: <https://contraceptionmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40834-017-0052-7>
4. BADER, V., P.J. KELLY a J. WITT, 2014. The Role of Previous Contraception Education and Moral Judgment in Contraceptive Use. *Journal of Midwifery & Women's Health* [online]. **59**(4), 447-451 [cit. 2019-01-22]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jmwh.12149>
5. BEHBOUDI-GANDEVANI, S., F. RAMEZANI TEHRANI, L. CHERAGHI, M. NOROOZZADEH, M. FARAHMAND a F. AZIZI, 2017. Trends of contraception use among married reproductive age women: Tehran lipid and glucose cohort study 2002–2011 [online]. **12**, 116-122 [cit. 2019-01-29]. DOI: 10.1016/j.srhc.2017.04.003. ISSN 18775756. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877575617301118>
6. BERNIER, M. a A.-P. JONVILLE-BERA, 2018. Interactions avec les contraceptifs. RPC Contraception CNGOF. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénogylogie* [online]. **46**(12), 786-791 [cit. 2019-02-07]. DOI: 10.1016/j.gofs.2018.10.011. ISSN 24687189. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468718918302666>
7. BUSUND, M., N. S. BUGGE, T. BRAATEN, M. WAASETH, Ch. RYLANDER a E. LUND, 2018. Progestin-only and combined oral contraceptives and receptor-defined premenopausal breast cancer risk: The Norwegian Women and Cancer Study. *International Journal of Cancer* [online]. **142**(11), 2293-2302 [cit. 2019-01-17]. DOI: 10.1002/ijc.31266. ISSN 00207136. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/ijc.31266>
8. COWETT, A. A., R. ALI, M. A. COOPER, M. EVANS, G. CONZUELO a M. CREMER, 2018. Timing of Etonogestrel Implant Insertion After Dilatation and Evacuation. *Obstetrics and gynecology* [online]. **131**(5), 856-862 [cit. 2019-03-11]. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002590. ISSN 0029-7844. Dostupné z: <http://Insights.ovid.com/crossref?an=00006250-201805000-00015>
9. CRAIG, A. D., J. STEINAUER, M. KUPPERMANN, J. A. SCHMITTDIEL a Ch. DEHLENDORF, 2019. Pill, patch or ring? A mixed methods analysis of provider

- counseling about combined hormonal contraception. *Contraception* [online]. **99**(2), 104-110 [cit. 2019-02-11]. DOI: 10.1016/j.contraception.2018.09.001. ISSN 00107824. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782418304323>
10. CURTIS, K. M., T. C. JATLAOUI, N. K. TEPPER, L. B. ZAPATA, L. G. HORTON, D. J. JAMIESON a M. K. WHITEMAN, 2016. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. *MMWR. Recommendations and Reports* [online]. **65**(4), 1-66 [cit. 2019-03-11]. DOI: 10.15585/mmwr.rr6504a1. ISSN 1057-5987. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6504a1.htm>
 11. ČEPICKÝ, P. a Z. LÍBALOVÁ, 2008. Gestagenní antikoncepcie. *Moderní babičtví*. (15), 23-26. ISSN 1214-5572.
 12. ČEPICKÝ, P., 2011. Antikoncepcie, intercepcie, sterilizace. In: ROZTOČIL, A. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, s. 105-115. ISBN 9788024728322.
 13. ČEPICKÝ, P., 2011. Antikoncepcie po čtyřicítce. *Moderní babičtví*. (20), 45-49. ISSN 1214-5572.
 14. DAVIDSON, A. S., C. FABIYI, S. DEMISSIE, H. GETACHEW a M.L. GILLIAM, 2016. Is LARC for Everyone? A Qualitative Study of Sociocultural Perceptions of Family Planning and Contraception Among Refugees in Ethiopia. *Maternal and Child Health Journal* [online]. **21**(9), 1699-1705 [cit. 2019-01-23]. ISSN 1573-6628. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-016-2018-9>
 15. DRAGOMAN, M.V., 2014. The combined oral contraceptive pill- recent developments, risks and benefits. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [online]. **28**(6), 825-834 [cit. 2019-01-19]. ISSN 1521-6934. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693414001114?via%3Dihub>
 16. DULICEK P, IVANOVA E, KOSTAL M, SADILEK P, BERANEK M, ZAK P a HIRMEROVA J, 2018. Analysis of Risk Factors of Stroke and Venous Thromboembolism in Females With Oral Contraceptives Use. *Clinical And Applied Thrombosis/Hemostasis: Official Journal Of The International Academy Of Clinical And Applied Thrombosis/Hemostasis* [online]. **24**(5), 797-802 [cit. 2018-11-22]. DOI: 10.1177/1076029617727857. ISSN 19382723. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=28884608&lang=c&site=ehost-live>
 17. EISENBERG, D. L., G.M. SECURA, T. E. MADDEN, J. E. ALLSWORTH, Q. ZHAO a J. F. PEIPERT, 2012. Knowledge of contraceptive effectiveness. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. **206**(6), 479.e1-479.e9 [cit. 2019-04-24]. DOI: 10.1016/j.ajog.2012.04.012. ISSN 00029378. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937812003900>
 18. FAIT, T., 2012. *Antikoncepcie: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2.vydanie. Praha: Maxdorf. ISBN 978-807-3451-721.
 19. FAIT, T., M. ZIKÁN a J. MAŠATA, 2017. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 2.vydanie. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-482-1.
 20. FUFALOVÁ, V., 2017. *Postoje k liečbe a znalosti užívateľiek hormonálnej antikoncepcie*. Hradec Králové. Diplomová práca. Univerzita Karlova.
 21. GHODSI, Z. a S. HOJJATOLESLAMI, 2012. A survey on use of methods & knowledge about contraceptive in married women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [online]. **46**, 3031-3035 [cit. 2019-04-22]. DOI:

- 10.1016/j.sbspro.2012.06.004. ISSN 18770428. Dostupné z:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877042812017405>
22. GREGORY, Sean t.;hall, 2018. Hormonal Contraception, depression, and Academic Performance among females attending college in the United States. *Psychiatry Research* [online]. 270(4), 111-116 [cit. 2019-01-31]. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.09.029. ISSN 01651781. Dostupné z:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178118305638>
23. GRIMES, D.A, L. M LOPEZ, P. A O'BRIEN a E. G. RAYMOND, 2013. Progestin-only pills for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. [cit. 2019-03-04]. DOI: 10.1002/14651858.CD007541.pub3. ISSN 14651858. Dostupné z:
<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007541.pub3>
24. HAVLÍN, M., 2017. Riziko tromboembolické nemoci mladistvých uživatelék hormonální antikoncepci. *Gynekolog*. 26(1), 19-29. ISSN 1210-1133.
25. HENDRIKS, A.E., J.S. LAVEN a O. VALKENBURG, 2011. Fertility and ovarian function in high dose estrogen-treated tall women. *J Clin Endocrinol Metab*. 96(4), 1098-1105.
26. HOLLÁ, Kateřina, Petr WEISS, Vít UNZEITIG a D. CIBULA, 2011. Abortions and Contraception Use among Czech and Romanian Women: Comparison of Representative National Studies. *The Journal of Sexual Medicine*. 8(4), 1083-1091. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01645.x. ISSN 17436095. Dostupné také z:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515334718>
27. JABBARI, H., F. BAKHSHIAN, A. VELAYATI, et al., 2014. Effectiveness of presence of physician and midwife in quantity and quality of family planning services in health care centers. *Journal of Family* [online]. 21(1), 1-5 [cit. 2018-11-26]. DOI: 10.4103/2230-8229.128761. ISSN 22308229. Dostupné z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=95528563&lang=c&site=ehost-live>
28. JORDAN, S. J., L. F. WILSON, Ch. M. NAGLE, et al., 2015. Cancers in Australia in 2010 attributable to and prevented by the use of combined oral contraceptives. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* [online]. 39(5), 441-445 [cit. 2019-04-03]. DOI: 10.1111/1753-6405.12444. ISSN 13260200. Dostupné z:
<http://doi.wiley.com/10.1111/1753-6405.12444>
29. KOLARÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL, 2011. *Repetitorium gynekologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-267-4.
30. KOLIBA, Peter, 2014. Antikoncepce u mladistvých - aktuální pohled, rizika a právní aspekty. *Pediatric pro praxi*. 15(6), 348-351. ISSN 1213-0494.
31. KŘEPELKA, P., 2013. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2991-9.
32. KŘEPELKA, P., 2018. Nové trendy metod plánovaného rodičovství. *Gynekologie a porodnictví*. 2(3), 174-178.
33. KŘEPELKA, P., 2017. Zásady bezpečné preskripce hormonální antikoncepce. *Gynekolog*. 26(1), 11-12. ISSN 1210-1133.
34. KŘEPELKA, P., 2018. Antikoncepční vaginální kroužek - vývoj a aktuální stav. *Gynekologie a porodnictví*. 2(2), 88-90. ISSN 2533-4689.
35. KŘEPELKA, P., 2017. Typy hormonální antikoncepce. *Gynekolog*. 26(1), 6-10. ISSN 1210-1133.

36. LETE, I, JL DOVAL a E PÉREZ-CAMPOS, 2007. Factors affecting women's selection of a combined hormonal contraceptive method: the TEAM-06 Spanish cross-sectional study. *Contraception* [online]. 76(2), 77-83 [cit. 2018-11-27]. DOI: 10.1016/j.contraception.2007.04.014. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17656174?dopt=Abstract>
37. LINDH, I., A.A. ELLSTRÖM a I. MILSOM, 2011. The long-term influence of combined oral contraceptives on body weight. *Hum Reprod.* 26(7).
38. MACGREGOR, E., 2013. Contraception and Headache. *Headache: The Journal of Head* [online]. 53(2), 247-276 [cit. 2019-04-02]. ISSN 00178748. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=85713528&lang=cs&site=ehost-live>
39. MANSOUR, D., P. INKI a K. GEMZELL-DANIELSSON, 2010. Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. *Eur J Contracept Reprod Health Care* [online]. 15(1), 4-16 [cit. 2019-03-10]. DOI: 10.3109/13625180903427675. ISSN 1362-5187. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625180903427675>
40. MARK, H., 2009. Nursing roles: The structure of contraceptive education and instruction within nurse led family planning clinics. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 18(18), 2656-2667 [cit. 2018-11-26]. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02651.x. ISSN 09621067.
41. MAZÚCHOVÁ, L., S. KELČÍKOVÁ a K. MARKUSOVÁ, 2015. Informovanost žien o nežiaducich účinkoch a rizikách hormonálnej antikoncepcie. *PSYCHOSOM* [online]. 13(4), 266-276 [cit. 2018-12-02]. ISSN 1214-6102. Dostupné z: <https://www.psychosom.cz/images/archiv/Psychosom-2015-4.pdf>
42. MAZÚCHOVÁ, L. a A. KULLOVÁ, 2014. Objections against natural family planning and experience of users. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation* [online]. 9(3-4), 111-118 [cit. 2019-01-16]. ISSN 1804-7181. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/journal-of-nursing-social-studies-public-health-and-rehabilitation/administrace/clankyfile/20150108112524242941.pdf>
43. M, Hayter, 2009. The structure of contraceptive education and instruction within nurse led family planning clinics: a grounded theory study. *Journal Of Clinical Nursing* [online]. 18(18), 2656-67 [cit. 2018-11-27]. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02651.x. ISSN 13652702. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2008.02651.x>
44. MØRCH, L.S., Ch.W. SKOVLUND, P.C. HANNAFORD a L. IVERSEN, 2017. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *The New England Journal of Medicine* [online]. 2228-2239 [cit. 2019-01-22]. Dostupné z: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1700732>
45. NELSON, A. L., S. COHEN, A. GALITSKY, M. HATHAWAY, D. KAPPUS, M. KEROLOUS, K. PATEL a L. DOMINGUEZ, 2018. Women's perceptions and treatment patterns related to contraception: results of a survey of US women. *Contraception* [online]. 97(3), 256-273 [cit. 2019-04-03]. DOI: 10.1016/j.contraception.2017.09.010. ISSN 00107824. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S001078241730447X>
46. OPPELT, P. G., F. BAIER, Ch. FAHLBUSCH, K. HEUSINGER, T. HILDEBRANDT, Ch. BREUEL a R. DITTRICH, 2017. What do patients want to know about contraception and which method would they prefer?. *Archives of*

- Gynecology and Obstetrics*. **295**(6), 1483-1491. DOI: 10.1007/s00404-017-4373-1. ISSN 0932-0067. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s00404-017-4373-1>
47. OTT, M.A. a G.S. SUCATO, 2014. Contraception for Adolescents. *American Academy of Pediatrics* [online]. 134(4), 1257-1281 [cit. 2018-12-13]. ISSN 1098-4275. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25266435>
 48. OTTOVÁ, B. a P. WEISS, 2015. Psychické změny u žen v důsledku užívání hormonální antikoncepce. *Česká gynekologie* [online]. 2015(4), 355-359 [cit. 2018-11-20]. ISSN 1805-4455. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2015-5-8/psychicke-zmeny-u-zen-v-dusledku-uzivani-hormonalni-antikoncepce-56532>
 49. PAULEN, M. E. a K. M. CURTIS, 2009. When can a woman have repeat progestogen-only injectables—depot medroxyprogesterone acetate or norethisterone enantate?. *Contraception* [online]. 80(4), 391-408 [cit. 2019-01-11]. DOI:10.1016/j.contraception.2009.03.023. ISSN 00107824. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782409001279>
 50. PERAGALLO URRUTIA, R., R.R. COEYTAUX, A.J. MCBROOM a J.M. GIERISCH, 2013. Risk of acute thromboembolic events with oral contraceptive use: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and gynecology* [online]. 122(2), 380-389 [cit. 2019-01-19]. ISSN 1873233X. Dostupné z: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84887234926&origin=inward&txGid=55e56a61519015cd41115367616d7ad4>
 51. PILKA, R. a M. PROCHÁZKA, 2012. *Gynekologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3019-5.
 52. RESSLER, I. a T. JAIN, 2010. Ovlivňuje dočasná antikoncepce budoucí plodnost?. *Gynekologie po promoci*. 10(4), 44-47. ISSN 1213-2578.
 53. RIOS-ZERTUCHE, D., L. C. BLANCO, P. ZÚÑIGA-BRENES, E. B. PALMISANO, D. V. COLOMBARA, A. H. MOKDAD a E. IRIARTE, 2017. Contraceptive knowledge and use among women living in the poorest areas of five Mesoamerican countries. *Contraception*. 95(6), 549-557. DOI: 10.1016/j.contraception.2017.01.005. ISSN 00107824. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782417300112>
 54. ROZTOČIL, A. a P. BARTOŠ, 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80247-2832-2.
 55. SCHRAGER, S. a S. HOFFMANN, 2008. Women's Knowledge of Commonly Used Contraceptive Methods. *Wisconsin Medical Journal*. 107(7), 327-330. ISSN 1098-1861.
 56. SIMMONS, K.B. a A.B. EDELMAN, 2016. Hormonal contraception and obesity. *Fertility and Sterility* [online]. 106(6), 1282-1288 [cit. 2018-12-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27565257>
 57. SITRUK - WARE, R., 2016. Hormonal contraception and thrombosis. *Fertility and Sterility* [online]. 106(6), 1289-1294 [cit. 2018-12-13]. Dostupné z: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(16\)62747-4/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(16)62747-4/fulltext)
 58. SMITH, N.K., K.N. JOZKOWSKI a S.A. SANDERS, 2014. Hormonal contraception and female pain, orgasm and sexual pleasure. *The Journal of Sexual Medicine* [online]. 11(2), 462-470 [cit. 2019-01-22]. ISSN 1743-6109. Dostupné z:

- <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2014-03305-017&lang=cs&site=ehost-live>
59. SUTTON, J. A. a E. R. WALSH-BUHI, 2017. Factors influencing college women's contraceptive behavior: An application of the integrative model of behavioral prediction. *Journal of American College Health* [online]. 65(5), 339-347 [cit. 2019-03-31]. DOI: 10.1080/07448481.2017.1312414. ISSN 0744-8481. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07448481.2017.1312414>
 60. ŠUŠKA, P., 2013. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. 2.vydanie. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-3367-2.
 61. THAPA, P, POKHAREL, N a SHERESTHA M, 2018. Knowledge, Attitude and Practices of Contraception among the Married Women of Reproductive Age Group in Selected Wards of Dharan Sub-Metropolitan City. *Journal of Contraceptive Studies* [online]. 3(3), 1-8 [cit. 2019-04-24]. DOI: 10.21767/2471-9749.100051. ISSN 24719749. Dostupné z: <http://contraceptivestudies.imedpub.com/knowledge-attitude-and-practices-ofcontraception-among-the-married-women-ofreproductive-age-group-in-selected-wards-ofdharan-subme.php?aid=23373>
 62. TITALEY CR, WIJAYANTI RU, DAMAYANTI R, et al., 2017. Increasing the uptake of long-acting and permanent methods of family planning: A qualitative study with village midwives in East Java and Nusa Tenggara Barat Provinces, Indonesia. *Midwifery* [online]. 53, 55-62 [cit. 2018-12-07]. DOI: 10.1016/j.midw.2017.07.014. ISSN 15323099. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613816303035>
 63. TOLEFAC PN, NANA TN, YEIKA EV, AWUNGAFA NS, NTSAMA Y a NJOTANG PN, 2018. Trends and patterns of family planning methods used among women attending family planning clinic in a rural setting in sub-Saharan Africa: the case of Mbalmayo District Hospital, Cameroon. *BMC Research Notes* [online]. 11(1), 541 [cit. 2019-01-16]. DOI: 10.1186/s13104-018-3658-1. ISSN 17560500. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=30068386&lang=cs&site=ehost-live>
 64. TOŠNER, J., 2017. Praktické poznámky k vedlejším účinkům kombinované hormonální antikoncepce. *Gynekolog*. 26(1), 15-18. ISSN 1210-1133.
 65. TRUSSELL, J., 2011. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* [online]. 83(5), 397-404 [cit. 2019-03-11]. DOI: 10.1016/j.contraception.2011.01.021. ISSN 00107824. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782411000497>
 66. URBANOVÁ, E., 2010. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-343-1.
 67. VAKILIAN, K. a K. M. N. ABADI, 2011. Reproductive Health in Iran: International Conference on Population and Development Goals. *Oman Medical Journal* [online]. 26(2), 143-147 [cit. 2019-03-04]. DOI: 10.5001/omj.2011.36. ISSN 1999768X. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191677/>
 68. VRÁNOVÁ, V., 2010. *Výchova k reprodukčnímu zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2629-7.
 69. WALKER, S.H. a G. DAVIS, 2014. Knowledge and reported confidence of final year midwifery students regarding giving advice on contraception and sexual health. *Midwifery* [online]. 30(5), e169-76 [cit. 2019-01-22]. DOI:

- 10.1016/j.midw.2014.02.002. ISSN 15323099. Dostupné z:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613814000412>
70. WEAVER EH, FRANKENBERG E, FRIED BJ, THOMAS D, WHEELER SB a PAUL JE, 2013. Effect of village midwife program on contraceptive prevalence and method choice in Indonesia. *Studies In Family Planning* [online]. 44(4), 389-409 [cit. 2018-11-27]. DOI: 10.1111/j.1728-4465.2013.00366.x. ISSN 00393665. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24323659&lang=c&site=ehost-live>
71. WEGNER, I., A. J. WILHELM, D. A. J. E. LAMBRECHTS, J. W. SANDER a D. LINDHOUT, 2014. Effect of oral contraceptives on lamotrigine levels depends on comedication. *Acta Neurologica Scandinavica* [online]. 129(6), 393-398 [cit. 2019-02-07]. DOI: 10.1111/ane.12197. ISSN 00016314. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/ane.12197>
72. WHO, 2015. Medical eligibility criteria for contraceptive use. In: *World Health Organization* [online]. [cit. 2019-01-30]. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf;jsessionid=3D8DC72D06F74521BB06A32549E0CD43?sequence=1
73. WINNER, B., J. F. PEIPERT, Q. ZHAO, Ch. BUCKEL, T. MADDEN, J.r E. ALLSWORTH a G. M. SECURA, 2012. Effectiveness of Long-Acting Reversible Contraception. *New England Journal of Medicine* [online]. 366(21), 1998-2007 [cit. 2019-02-11]. DOI: 10.1056/NEJMoa1110855. ISSN 0028-4793. Dostupné z: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMoa1110855>
74. *Family planning: A global handbook for providers* [online], 2018. 3. United states: World Health Organization [cit. 2019-03-04]. ISBN 978-0-9992037-0-5. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>
75. Státní ústav pro kontrolu léčiv: Antikoncepce a riziko tromboembolií, *Farmakovigilance*, 2014. 7(1).
76. Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)
77. Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
78. Zákon č. 576/2004 Z. z. Zákon o zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

ZOZNAM TABULIEK:

Tabuľka 1: Úroveň dosiahnutého vzdelania.....	34
Tabuľka 2: Odpovede na otázku č.1.....	35
Tabuľka 3: Odpovede na otázku č.2.....	36
Tabuľka 4: Odpovede na otázku č.6.....	37
Tabuľka 5: Odpovede na otázku č.7.....	38
Tabuľka 6: Odpovede na otázku č.8.....	38
Tabuľka 7: Odpovede na otázku č.9.....	39
Tabuľka 8: Odpovede na otázku č.10.....	39
Tabuľka 9: Odpovede na otázku č.11.....	40
Tabuľka 10: Odpovede na batériu otázok č.12.....	41
Tabuľka 11: Odpovede na otázku č.13.....	42
Tabuľka 12: Porovnanie postoja mladších a starších žien k fajčeniu počas užívania hormonálnej antikoncepcie.....	45
Tabuľka 13: Porovnanie odpovedí mladších a starších žien na otázku č.11.....	45
Tabuľka 14: Porovnanie odpovedí mladších a starších žien na batériu otázok č.12.....	47
Tabuľka 15: Porovnanie mladších a starších žien so skúsenosťami s antikoncepciou.....	49
Tabuľka 16: Porovnanie mladších a starších žien s čerpaním informácii o antikoncepcii.....	50

ZOZNAM GRAFOV:

Graf 1: Charakteristika výskumného súboru z hľadiska rodinného stavu.....	34
Graf 2: Charakteristika výskumného súboru z hľadiska tehotenstva.....	35
Graf č.3: Odpovede na otázku č.4.....	37

ZOZNAM PRÍLOH:

Príloha 1: Vyjadrenie etickej komisie

Príloha 2: Dotazník

Príloha 3: Štatistické hypotézy k čiastkovému cieľu č.1

Príloha 4: Štatistické hypotézy k čiastkovému cieľu č.2

Príloha 5: Štatistické hypotézy k čiastkovému cieľu č.3

Príloha 6: Súhlasy pre realizáciu výskumného šetrenia v gynekologických ambulanciách

Príloha 1: Vyjadrenie etickej komisie



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-151075/1040-2018

**Vážená paní
Zuzana Václavíková**

2018-20-11

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní Václavíková,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Vedomosti žien o antikoncepcii**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

Užívanie antikoncepcie u žien

Milá respondentka!

Práve ste obdržali dotazník, ktorého koncepcia je zameraná na skúmanie vedomostí žien o používaní antikoncepcie.

Volám sa Zuzana Václavíková, študujem 2. ročník magisterského štúdia na Univerzite Palackého v Olomouci, odbor Intenzívni péče v porodní asistenci. Cieľom dotazníka je zistiť úroveň vedomostí žien o používaní antikoncepcie. Dovoľujem si Vás požiadať o vyplnenie anonymného dotazníka, ktorý je určený pre ženy od 18-45rokov a je súčasťou výskumnej časti diplomovej práce, čím by ste mi pomohli získať potrebné informácie na jej vyhodnotenie a zosumarizovanie aktuálnych skutočností. Výskum je robený pomocou dotazníkového šetrenia. Vyplnenie tohto dotazníka Vám zaberie najviac 15 minút. Výsledky výskumného šetrenia budú využité v diplomovej práci s ohľadom na zachovanie Vašej anonymity. Vaša účasť na vyplnení dotazníka je dobrovoľná, vyplňovanie môžete kedykoľvek prerušiť. S informáciami získanými z dotazníka bude nakladané dôverne a v súlade so zákonom č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov. Z účasti na projekte pre Vás nevyplývajú žiadne výhody či riziká. Odpoveď, ktorú považujete za najsprávnejšiu a vyjadruje najviac Váš názor, postoj prosím zakrúžkujte. V otvorených otázkach dopíšete prosím Vašu odpoveď.

Prehlásenie

Prehlasujem, že vyplnením dotazníka súhlasím s účasťou na vyššie uvedenom projekte. Bola som informovaná o podstate výskumu a zoznámila som sa s cieľom a metódami a postupmi, ktoré budú pri výskume používané, podobne ako s výhodami a rizikami, ktoré pre mňa z účasti na projekte vyplývajú. Súhlasím s tým, že všetky získané údaje budú anonymne spracované, použité len pre účely výskumu a že výsledky výskumu môžu byť anonymne publikované.

Mala som možnosť všetko si poriadne, v klúde a v dostatočne poskytnutom čase zvážiť, mala som možnosť sa riešiteľky spýtať, čo som považovala za pre mňa podstatné a potrebné vedieť. Na tieto moje dotazy som dostala jasnú a zrozumiteľnú odpoveď. Som informovaná, že mám možnosť kedykoľvek od spolupráce na projekte odstúpiť, a to i bez udania dôvodu.

Ďakujem za ochotu

Školiteľ: Mgr. Jiří Vévoda, Ph.D.

Vek

Vaše trvalé bydlisko? a) Česká republika b) Slovenská republika

Vaše dosiahnuté vzdelanie

- a) základné
- b) stredoškolské
- d) vysokoškolské

Váš stav:

- a) slobodná
- b) žijúca s partnerom

- c) vydatá
- d) rozvedená
- e) iné (vlastná odpoveď)

Tehotenstvo:

- a) ešte som nebola tehotná
- b) bola som tehotná

1. Máte skúsenosti s antikoncepciou? (možnosť označiť viacero odpovedí)

- a) áno užívam/užívala som hormonálnu antikoncepciu
- b) áno používam/používala som mechanickú ochranu: 1. prezervatív
2. vnútromaternicové teliesko
3. prerušovaná súlož
4. vaginálny krúžok
5. spermicídy
6. diafragma
- c) nie, nemám skúsenosť

2. Vyjadrite Váš názor na účinnosť antikoncepcie v uvedených možnostiach (v každej možnosti označte 1 odpoveď)

prezervatív

- 1- úplne spoľahlivá 2- skôr spoľahlivá 3-neviem 4- skôr nespoľahlivá 5-úplne nespoľahlivá

hormonálna antikoncepcia – tabletky

- 1- úplne spoľahlivá 2- skôr spoľahlivá 3-neviem 4- skôr nespoľahlivá 5-úplne nespoľahlivá

vnútromaternicové teliesko - hormonálne

- 1- úplne spoľahlivá 2- skôr spoľahlivá 3-neviem 4- skôr nespoľahlivá 5-úplne nespoľahlivá

kožný implantát

- 1- úplne spoľahlivá 2- skôr spoľahlivá 3-neviem 4- skôr nespoľahlivá 5-úplne nespoľahlivá

prerušovaná súlož

- 1- úplne spoľahlivá 2- skôr spoľahlivá 3-neviem 4- skôr nespoľahlivá 5-úplne nespoľahlivá

3. Máte záujem dozvedieť sa viac informácií ohľadom užívania antikoncepcie?

- a) rozhodne áno
- b) skôr áno
- c) neviem
- d) skôr nie
- e) rozhodne nie

4. Aké informácie by ste sa chceli dozvedieť ohľadom užívania antikoncepcie?

- a) nežiaduce účinky
- b) kontraindikácie (kedy je nevhodné užívať antikoncepciu)

- c) výber vhodnej antikoncepcie
- d) spoľahlivosť antikoncepcie
- e) nemám záujem
- f) iné (vlastná odpoveď)

5. Od koho by ste čerpali informácie o používaní antikoncepcie? (uvedené možnosti zoradíte z hľadiska spoľahlivosti od čísla 1-10, pričom označenie 1 znamená úplne spoľahlivý 10 -úplne nespoľahlivý prosím použite každé číslo iba raz

- a) gynekológ
- b) pôrodná asistentka
- c) rodičia
- d) kamaráti
- e) lekárnik
- f) knihy, časopisy
- g) médiá (rozhlas/televízia)
- h) internetové stránky výrobcov antikoncepcie
- i) diskusné fórum na internete
- j) príbalová informácia

6. Odkiaľ máte väčšinu informácií o antikoncepcii ? (z uvedených možností vyberte prosím 2)

- a) gynekológ
- b) pôrodná asistentka
- c) rodičia
- d) kamaráti
- e) lekárnik
- f) knihy, časopisy
- g) médiá (rozhlas/televízia)
- h) internetové stránky výrobcov antikoncepcie
- i) diskusné fórum na internete
- j) príbalová informácia

7. Ak užívate hormonálnu antikoncepciu, aký je Váš dôvod pre užívanie antikoncepcie? (možnosť označiť viacero odpovedí)

- a) prevencia otehotnenia
- b) endometrióza
- c) akné
- d) poruchy menštruačného cyklu
- e) premenštruačný syndróm
- f) hyperandrogénny syndróm (syndróm polycystických ovárií)
- g) neužívala som hormonálnu antikoncepciu
- h) iné (vlastná odpoveď)

8. Ak užívate/alebo ste v minulosti užívala antikoncepciu, kto stál za Vaším rozhodnutím? (z uvedených možností vyberte prosím 2, ktoré toto rozhodnutie najviac ovplyvnili)

- a) vlastné rozhodnutie

- b) manžel, partner
- c) rodičia
- d) lekár
- e) zdravotná sestra, pôrodná asistentka
- f) nepoužívala som žiadnu antikoncepciu
- g) iné (vlastná odpoveď)

9. Myslíte si, že fajčenie počas užívania hormonálnej antikoncepcie je škodlivé ?

- a) rozhodne áno
- b) skôr áno
- c) neviem
- d) skôr nie
- e) rozhodne nie

10. Do akej miery súvisí výskyt nasledovných chorobných stavov s užívaním hormonálnej antikoncepcie? (z každej možnosti vyberte 1 možnosť na stupnici od 1 do 5 pričom 1 znamená v najmenšej miere súvisí s hormonálnou antikoncepciou, 5-v najväčšej miere súvisí s hormonálnou antikoncepciou)

a) nárast hmotnosti

1 - 2 - 3 - 4 - 5

b) zmeny nálad

1 - 2 - 3 - 4 - 5

c) bolesti hlavy

1 - 2 - 3 - 4 - 5

d) tromboembólia

1 - 2 - 3 - 4 - 5

e) ťažkosti s otehotnením po jej vysadení

1 - 2 - 3 - 4 - 5

f) nevoľnosť/ zvracanie

1 - 2 - 3 - 4 - 5

g) opuchy

1 - 2 - 3 - 4 - 5

h) nepravidelná/ chýbajúca menštruácia

1 - 2 - 3 - 4 - 5

i) rakovina prsníkov

1 - 2 - 3 - 4 - 5

j) precitlivosť prsníkov

1 - 2 - 3 - 4 - 5

11. Ktorá z uvedených foriem antikoncepcie je podľa Vás účinná v ochrane pred vírusovými sexuálne prenosnými ochoreniami?

- a) prezervatív
- b) hormonálna antikoncepcia
- c) vnútromaternicové teliesko
- d) vaginálny krúžok
- e) kožný implantát
- f) diafragma

12. Vyjadrite svoj názor (súhlasím/nesúhlasím) v nasledujúcich tvrdeniach. Svoje tvrdenie zakrúžkujte.

12.1.Kondómy sú rovnako účinné ako antikoncepčné pilulky.	Súhlasím	Nesúhlasím
12.2.Antikoncepcia je iba pre ženy.	Súhlasím	Nesúhlasím
12.3.Užívanie antikoncepcie zvyšuje riziko rakoviny prsníka.	Súhlasím	Nesúhlasím
12.4.Gestagénna hormonálna antikoncepcia nie je účinná ak ju neužívate každý deň.	Súhlasím	Nesúhlasím
12.5.Antikoncepčné tabletky môžu spôsobiť krvné zrazeniny u žien s poruchou zrážanlivosti krvi (trombofília, Leidenská mutácia)	Súhlasím	Nesúhlasím
12.6.Pred predpísaním antikoncepcie musí byť žene vylúčené tehotenstvo, vyšetrený krvný tlak a onkogynekologické vyšetrenie.	Súhlasím	Nesúhlasím
12.7.Niektoré lieky (lieky na epilepsiu, živočíšne uhlie) znižujú účinnosť antikoncepcie.	Súhlasím	Nesúhlasím
12.8.Pearlov index vyjadruje koľko žien z 1000 neplánovane otehotnie pri užívaní antikoncepcie za 1 rok.	Súhlasím	Nesúhlasím
12.9.Žena staršia ako 35 rokov, ktorá fajčí 15 a viac cigariet denne môže užívať hormonálnu antikoncepciu.	Súhlasím	Nesúhlasím
12.10.Vnútromaternicové teliesko môže byť zavedené max. 2 roky.	Súhlasím	Nesúhlasím

13. Vyberte ktorý stav predstavuje kontraindikáciu pre užívanie antikoncepcie.

- a) bolesti hlavy
- b) cukrovka s orgánovými zmenami
- c) fajčenie u ženy nad 35 rokov 15 a viac cigariet denne
- d) ochorenie pečene (nádory)
- e) dlhodobá imobilizácia
- f) hlboká žilová trombóza

Príloha 3: Štatistické hypotézy k čiastkovému cieľu č.1

H1₀:

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Ot_12_Soucet is the same across categories of Vzdelanie.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,904	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

H2₀:

Correlations

			Vek	Ot_12_Soucet
Spearman's rho	Vek	Correlation Coefficient	1,000	-,041
		Sig. (2-tailed)	.	,561
		N	202	202
	Ot_12_Soucet	Correlation Coefficient	-,041	1,000
		Sig. (2-tailed)	,561	.
		N	202	202

H3₀:

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Ot_12_Soucet is the same across categories of Tehotenstvo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,456	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Príloha 4: Štatistické hypotézy k čiastkovému cieľu č.2

H40:

Vek * Koureni Crosstabulation

			Fajčeni		Total
			Ano	Ne	
Vek	18-29	Count	83	13	96
		Expected Count	83,2	12,8	96,0
		% within Rec_vek	86,5%	13,5%	100,0%
	30-45	Count	41	6	47
		Expected Count	40,8	6,2	47,0
		% within Rec_vek	87,2%	12,8%	100,0%
Total		Count	124	19	143
		Expected Count	124,0	19,0	143,0
		% within Rec_vek	86,7%	13,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,016 ^a	1	,898		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,017	1	,898		
Fisher's Exact Test				1,000	,562
Linear-by-Linear Association	,016	1	,898		
N of Valid Cases	143				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,24.

b. Computed only for a 2x2 table

H50:

Vek * Žena staršia ako 35 rokov, ktorá fajčí 15 a viac cigariet denne môže užívať hormonálnu antikoncepciu. Crosstabulation

			Žena staršia ako 35 rokov, ktorá fajčí 15 a viac cigariet denne môže užívať hormonálnu antikoncepciu.	
			Chybná odpoveď	Správna odpoveď
Vek	18-29	Count	37	101
		Expected Count	43,7	94,3
		% within Rec_vek	26,8%	73,2%
	30-45	Count	27	37
		Expected Count	20,3	43,7
		% within Rec_vek	42,2%	57,8%
Total		Count	64	138
		Expected Count	64,0	138,0
		% within Rec_vek	31,7%	68,3%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,776 ^a	1	,029
Continuity Correction ^b	4,092	1	,043
Likelihood Ratio	4,667	1	,031
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association	4,752	1	,029
N of Valid Cases	202		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,28.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	-,154	,029
	Cramer's V	,154	,029
N of Valid Cases		202	

Príloha 5: Štatistické hypotézy k čiastkovému cieľu č.3

H60:

Crosstab

			HAK		Total
			Neužívala	Užívala	
Vek	18-29	Count	73	65	138
		Expected Count	64,2	73,8	138,0
		% within Rec_vek	52,9%	47,1%	100,0%
	30-45	Count	21	43	64
		Expected Count	29,8	34,2	64,0
		% within Rec_vek	32,8%	67,2%	100,0%
Total		Count	94	108	202
		Expected Count	94,0	108,0	202,0
		% within Rec_vek	46,5%	53,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	7,090 ^a	1	,008		
Continuity Correction ^b	6,306	1	,012		
Likelihood Ratio	7,212	1	,007		
Fisher's Exact Test				,010	,006
Linear-by-Linear Association	7,055	1	,008		
N of Valid Cases	202				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,78.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,187	,008
	Cramer's V	,187	,008
N of Valid Cases		202	

H70:

Crosstab

			Prezervativ		Total
			Neužívala	Užívala	
Vek	18-29	Count	70	68	138
		Expected Count	77,9	60,1	138,0
		% within Rec_vek	50,7%	49,3%	100,0%
	30-45	Count	44	20	64
		Expected Count	36,1	27,9	64,0
		% within Rec_vek	68,8%	31,3%	100,0%
Total		Count	114	88	202
		Expected Count	114,0	88,0	202,0
		% within Rec_vek	56,4%	43,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5,778 ^a	1	,016	,022	,012
Continuity Correction ^b	5,068	1	,024		
Likelihood Ratio	5,897	1	,015		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5,750	1	,016		
N of Valid Cases	202				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 27,88.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	-,169	,016
	Cramer's V	,169	,016
N of Valid Cases		202	

H80:

Crosstab

			vnútromaternicové teliesko		Total
			Neužívala	Užívala	
Vek	18-29	Count	137	1	138
		Expected Count	129,8	8,2	138,0
		% within Rec_vek	99,3%	0,7%	100,0%
	30-45	Count	53	11	64
		Expected Count	60,2	3,8	64,0
		% within Rec_vek	82,8%	17,2%	100,0%
Total		Count	190	12	202
		Expected Count	190,0	12,0	202,0
		% within Rec_vek	94,1%	5,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	21,207 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	18,363	1	,000		
Likelihood Ratio	20,454	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	21,102	1	,000		
N of Valid Cases	202				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,80.

b. Computed only for a 2x2 table

H₀:

Crosstab

			Preruřovaná .suloz		Total
			Neuživala	Uživala	
Vek	18-29	Count	103	35	138
		Expected Count	99,7	38,3	138,0
		% within Rec_vek	74,6%	25,4%	100,0%
	30-45	Count	43	21	64
		Expected Count	46,3	17,7	64,0
		% within Rec_vek	67,2%	32,8%	100,0%
Total		Count	146	56	202
		Expected Count	146,0	56,0	202,0
		% within Rec_vek	72,3%	27,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1,211 ^a	1	,271		
Continuity Correction ^b	,868	1	,352		
Likelihood Ratio	1,190	1	,275		
Fisher's Exact Test				,312	,175
Linear-by-Linear Association	1,205	1	,272		
N of Valid Cases	202				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,74.

b. Computed only for a 2x2 table

H10o:

Crosstab

			Gynekolog		Total
			Ne	Ano	
Vek	18-29	Count	42	95	137
		Expected Count	32,0	105,0	137,0
		% within Rec_vek	30,7%	69,3%	100,0%
	30-45	Count	5	59	64
		Expected Count	15,0	49,0	64,0
		% within Rec_vek	7,8%	92,2%	100,0%
Total	Count	47	154	201	
	Expected Count	47,0	154,0	201,0	
	% within Rec_vek	23,4%	76,6%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	12,707 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	11,464	1	,001		
Likelihood Ratio	14,666	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	12,644	1	,000		
N of Valid Cases	201				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,97.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,251	,000
	Cramer's V	,251	,000
N of Valid Cases		201	

H110:

Crosstab

			Porodná asistentka		Total
			Ne	Ano	
Vek	18-29	Count	123	14	137
		Expected Count	117,2	19,8	137,0
		% within Rec_vek	89,8%	10,2%	100,0%
	30-45	Count	49	15	64
		Expected Count	54,8	9,2	64,0
		% within Rec_vek	76,6%	23,4%	100,0%
Total		Count	172	29	201
		Expected Count	172,0	29,0	201,0
		% within Rec_vek	85,6%	14,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	6,174 ^a	1	,013	,018	,013
Continuity Correction ^b	5,149	1	,023		
Likelihood Ratio	5,806	1	,016		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6,143	1	,013		
N of Valid Cases	201				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,23.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,175	,013
	Cramer's V	,175	,013
N of Valid Cases		201	

Príloha 6: Súhlasy pre realizáciu výskumného šetrenia v gynekologických ambulanciách

Bc. Zuzana Václavíková, Horná Sihot' 386, 013 51 Predmier, zuzana.vaclavikova72@gmail.com

MUDr. Mária Oravcová, MUDr. Dušan Kyška
Gynekologicko – pôrodnícka a ultrazvuková ambulancia
OK GYN s.r.o.
V. Spanyola 43
010 07 Žilina

Vec: Žiadosť o súhlas realizovať prieskum v gynekologickej ambulancii

Vážená pani doktorka, vážený pán doktor
som študentka odboru intenzívni péče v porodní asistenci na Univerzite Palackého
v Olomouci, magisterské štúdium a týmto žiadam o povolenie vykonávať prieskum formou
dotazníka vo Vašej ambulancii z dôvodu spracovania záverečnej diplomovej práce na tému:

Vedomosti žien o antikoncepcii.

Cieľom realizovaného prieskumu je zistiť úroveň vedomostí žien o používaní antikoncepcie.
Výsledky prieskumu budú použité iba pre účely spracovania diplomovej práce so zachovaním
anonymity.

Ďakujem za vybavenie žiadosti

Dňa26.11.2018.....

OK GYN s.r.o. MUDr. Mária Oravcová
V. Spanyola 43 gynekológia a pôrodníctvo
010 07 Žilina IČO: 49484009

Zuzana Václavíková

Václavíková

Bc. Zuzana Václavíková, Horná Sihof 386, 013 51 Predmier, zuzana.vaclavikova72@gmail.com

MUDr. Matej Medovarský
Gynekologická ambulancia
V. Spanyol 43
010 07 Žilina

Vec: Žiadosť o súhlas realizovať prieskum v gynekologickej ambulancii

Vážený pán doktor,

som študentka odboru intenzívni péče v porodní asistenci na Univerzite Palackého v Olomouci, magisterské štúdium a týmto žiadam o povolenie vykonávať prieskum formou dotazníka vo Vašej ambulancii z dôvodu spracovania záverečnej diplomovej práce na tému:

Vedomosti žien o antikoncepcii.

Cieľom realizovaného prieskumu je zistiť úroveň vedomostí žien o používaní antikoncepcie. Výsledky prieskumu budú použité iba pre účely spracovania diplomovej práce so zachovaním anonymity.

Ďakujem za vybavenie žiadosti

Dňa 26.11.2018



Zuzana Václavíková

Václavíková