

# Negativní důsledky hormonální antikoncepce

Marcela Marková

---

Bakalářská práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd  
akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marcela Marková**  
Osobní číslo: **H11228**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Negativní důsledky hormonální antikoncepce**

Zásady pro vypracování:

Popis výchozího problému.  
Výběr literatury vztahující se k danému problému.  
Naplánování výzkumného šetření.  
Výběr výzkumné metody.  
Výběr respondentů.  
Pilotní studie.  
Realizace výzkumného šetření.  
Zpracování získaných dat.  
Diskuze a komentování výsledků.  
Vypracování edukačního materiálu, zpracování článku do odborného časopisu.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

**ČEPIČKÝ, Pavel a Michael FANTA. Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology. Praha: Levret, 2010. ISBN 978-80-87070-51-2.**

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

**KŘEPELKA, Pavel. Hormonální antikoncepce. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2991-9.**

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

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Dagmar Moravčíková**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 17.2.2014

Marcela Machová

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce na téma Negativní důsledky hormonální antikoncepce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část popisuje uživatelské formy a mechanismy účinku hormonální antikoncepce, dále příznivé účinky, nežádoucí účinky a rizika plynoucí z užívání hormonální antikoncepce. V praktické části je pomocí dotazníkového šetření zkoumána informovanost a zkušenosti respondentů z oblasti rizik plynoucích z užívání hormonální antikoncepce.

Klíčová slova: rizika, hormonální antikoncepce, nežádoucí účinky

## **ABSTRACT**

The bachelor's thesis on Negative Effects of Hormonal Contraception is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical section describes the forms and mechanism of action of hormonal contraceptives, the benefits, adverse effects and risk associated with the use of hormonal contraception. The practical part presents the result of a questionnaire survey to assess the level of knowledge and experience among a group of respondents about risks of hormonal contraceptives.

Keywords: risks, hormonal contraception, negative effects

Ráda bych poděkovala Mgr. Dagmar Moravčkové za rady a odborné připomínky během vypracování bakalářské práce.

Mé další díky patří těhotným ženám, které ochotně vyplnily dotazník k této bakalářské práci.

V neposlední řadě děkuji své rodině, příteli a blízkým přátelům za podporu, kterou mi byli po celou dobu studia.

*Prohlášení:*

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

# OBSAH

ÚVOD.....	10
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 ANTIKONCEPCE .....</b>	<b>12</b>
1.1 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....	13
1.1.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce.....	13
1.1.1.1 Orální kombinovaná antikoncepce .....	13
1.1.1.2 Kombinovaná injekční antikoncepce.....	14
1.1.1.3 Antikoncepční náplast.....	14
1.1.1.4 Transvaginální antikoncepce .....	14
1.1.2 Gestagenní antikoncepce.....	14
1.1.2.1 Perorální forma (minipilulka) .....	15
1.1.2.2 Injekční forma.....	15
1.1.2.3 Podkožní implantáty .....	15
1.2 POSTKOITÁLNÍ ANTIKONCEPCE .....	16
1.3 NITRODĚLOŽNÍ TĚLÍSKA .....	16
1.3.1 Inertní nitroděložní tělíska .....	17
1.3.2 Nitroděložní tělíska s mědí.....	17
1.3.3 Nitroděložní tělíska s progesteronem nebo progestinem .....	18
1.3.4 Ostatní typy tělísek.....	18
1.4 BARIÉROVÉ METODY ANTIKONCEPCE.....	19
1.4.1 Prezervativ.....	19
1.4.2 Femidom .....	19
1.4.3 Poševní pesar.....	20
1.4.4 Vaginální hubka .....	20
1.4.5 Cervikální klobouček .....	20
1.5 CHEMICKÉ METODY ANTIKONCEPCE .....	21
1.6 PŘIROZENÉ ANTIKONCEPČNÍ METODY .....	21
1.6.1 Metoda kalendářová (Ogino-Knausova) .....	21
1.6.2 Metoda teplotní .....	21
1.6.3 Metoda hlenová (Billingsova či Billingsových) .....	21
1.6.4 Metoda cervikální.....	22
1.6.5 Krystalizace slin .....	22
1.6.6 Coitus interruptus .....	22
1.6.7 Kojení.....	22
1.7 STERILIZACE .....	23
<b>2 KONTRAINDIKACE HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE .....</b>	<b>24</b>
2.1 OBECNÉ POZNÁMKY .....	24
2.2 ABSOLUTNÍ KONTRAINDIKACE .....	24
2.3 RELATIVNÍ KONTRAINDIKACE .....	24
<b>3 PROBLÉMY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM HORMONÁLNÍ KONTRACEPCE.....</b>	<b>26</b>



3.1	PRÁVNÍ PROBLEMATIKA ANTIKONCEPCE .....	26
3.2	KARDIOVASKULÁRNÍ MORBIDITA .....	26
3.2.1	Žilní trombóza a hormonální antikoncepce .....	27
3.2.2	Arteriální trombóza a hormonální antikoncepce .....	27
3.2.3	Vazomotorická migréna .....	28
3.2.4	Trombóza periferních tepen .....	28
3.2.5	Systémová hypertenze a hormonální antikoncepce .....	29
3.3	TROMBOFILNÍ STAVY .....	29
3.3.1	Trombofilní efekt hormonální antikoncepce .....	29
3.3.2	Hereditární trombofilní stavy .....	30
3.3.3	Získané trombofilní stavy .....	30
3.3.4	Imobilizace jako trombofilní stav .....	30
3.4	MALIGNÍ NÁDORY .....	31
3.4.1	Příčinný vliv hormonální antikoncepce a maligních nádorů .....	31
3.4.2	Karcinom prsu a hormonální antikoncepce .....	31
3.4.3	Karcinom děložního hrdla a hormonální antikoncepce .....	32
3.4.4	Tumory jater a hormonální antikoncepce .....	32
3.5	ENDOKRINNÍ ONEMOCNĚNÍ .....	32
3.5.1	Diabetes mellitus .....	32
3.5.2	Porucha štítné žlázy .....	33
3.6	OVLIVNĚNÍ PLODNOSTI .....	33
3.7	NEANTI KONCEPČNÍ VÝHODY KOMBINOVANÉ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE .....	33
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>METODIKA PRÁCE .....</b>	<b>36</b>
4.1	CÍLE PRÁCE .....	36
4.2	UŽITÁ METODA VÝZKUMU .....	36
4.3	CHARAKTERISTIKA SOUBORU .....	36
<b>5</b>	<b>PREZENTACE VÝSLEDKŮ .....</b>	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>57</b>
6.1	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINÝMI VÝZKUMY .....	57
6.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	58
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>59</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>61</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>63</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>64</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>65</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>66</b>

## ÚVOD

V dnešní době je na trhu velké množství druhů antikoncepčních metod, které se neustále zdokonalují. Antikoncepce je název pro všechny metody, které zabraňují početí. Neexistuje jediná antikoncepční metoda, která by vyhovovala všem. Při výběru antikoncepce, záleží především na zdravotním stavu ženy, věku a za jakou dobu plánuje mít děti. Každou ženu zajímá, zda daná antikoncepce je dostatečně spolehlivá, bezpečná a má dobrou snášenlivost. Nejspíše se žena bude také rozhodovat, v jaké cenové relaci se pohybuje, aby byla pro ni dostupná. Nejvíce využívanou antikoncepční metodou u žen je právě hormonální antikoncepce, která má příznivé a i nepříznivé účinky. Vedlejší nepříznivé účinky jsou u hormonální antikoncepce neustále minimalizovány. Mezi neantikoncepční výhody řadíme zlepšení kvality pleti a vlasů, ale také zmírňující příznaky premenstruačního syndromu.

Řekla bych, že většina žen není dostatečně informována o hormonální antikoncepci, i když se stala nejvíce využívanou formou antikoncepce. Ženy čerpají informace z internetu a televize, které ovšem nejsou objektivní. Proto by ženy měly žádat svého gynekologa či porodní asistentku o více informací k dané antikoncepční metodě.

Bakalářskou práci na téma „Negativní důsledky hormonální antikoncepce“ jsem si zvolila z důvodu, že se hormonální antikoncepce stala neustále probíraným tématem, a mnoho žen je velmi málo informováno o rizicích hormonální antikoncepce. Každá žena především vidí v hormonální antikoncepci ochranu před nechtěným těhotenstvím, ale zda má, nějaké rizika většinu žen asi nezajímá. Chtěla jsem tedy zjistit, zda ženy znají „svoji antikoncepci“. Proto bylo šetření zaměřeno na informovanost žen o hormonální antikoncepci, ale především na její negativní důsledky, které u dotazovaných žen nastaly.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ANTIKONCEPCE

Antikoncepce je každá metoda, která zabraňuje početí. Spolehlivost metody se vyjadřuje jako počet nechtěných těhotenství při jejím užívání jedním stem žen a to po dobu jednoho roku (Fait, 2009, s. 110; Hořejší, 2003, s. 110). Přesněji se k vyjádření spolehlivosti a účinnosti antikoncepce používá tzv. Pearlova indexu, který se vypočítává takto: počet nežádoucích otěhotnění  $\times 12 \times 100$  : počtem sledovaných cyklů. Nízký index znamená vysoký stupeň spolehlivosti, vysoký naopak nízkou spolehlivost (Vránová, 2010, s. 26; Hořejší, 2003, s. 110). Antikoncepci lze základně rozdělit na reverzibilní a ireverzibilní, mužskou a ženskou, hormonální a nehormonální (Fait, 2009, s. 110).

Z metod reverzibilních je v současnosti u nás neužívanější antikoncepce hormonální. Ovlivňuje funkci hypothalamo-hypofyzo-ovariální osy, ale i přímo další hormonálně závislé procesy. Je spojeno s neantikoncepčními efekty hormonální antikoncepce, které jsou důležitým momentem při volbě preparátu pro konkrétní uživatelku (Fait, 2012, s. 13).

Dominantní hormonální antikoncepční metodou je estrogen-gestagenní kontracepce. Pro její absolutní význam v zabránění nechtěného otěhotnění svědčí nepřímá úměra mezi počtem potratů v České republice a jejím užíváním (Fait, 2012, s. 13).

Současné možnosti výběru účinné, moderní a bezpečné antikoncepce jsou tak široké, že prakticky neexistuje racionálně zdůvodnitelný případ nechtěného otěhotnění z důvodu neužívání antikoncepce (Fait, 2012, s. 15).

Moderní preparáty mají podstatně nižší dávky hormonů a menší riziko vedlejších účinků a naopak se uvádějí i jejich kladné účinky (pravidelnost cyklu, menší menstruační obtíže, prevence gynekologických nádorů – karcinomu ovaria endometria). Existují přesto některé jejich kontraindikace (riziko trombózy, těžší cévní choroby aj.). U žen kuřáček nad 35 let není vhodné dávat preparáty obsahující estrogen s ohledem na vyšší riziko vzniku krevních sraženin. O užívání kontracepce by žena měla každého lékaře informovat při eventuálním onemocnění, mimo jiné i proto, že některé léky podávané současně by mohly účinek kontracepce snižovat. Vhodné je dbát na příjem vitaminů, zejména kyseliny listové. Indikací těchto přípravků mohou být i poruchy menstruačního cyklu, některé cysty vaječnicků a jiné (Vokurka, 2008, s. 244).

## 1.1 Hormonální antikoncepce

Hormonální antikoncepce je celosvětově nejrozšířenějším a zároveň nejspolehlivějším typem antikoncepce. Začátek se datuje do období po první světové válce, kdy byly získávány postupně znalosti o blokadě ovulace. Ludvig Haberlandt byl profesor, který r. 1931 jasně deklaroval základní princip hormonální antikoncepce. První ověření hormonální antikoncepce bylo v roce 1956 v Portoriku (Kudela, 2004, s. 64).

Hormonální antikoncepce využívá dvou hormonálních komponentů a to progesterinů a estrogenů. Nejčastěji užívaným typem je kombinovaná antikoncepce, obsahující oba hormonální komponenty. Kombinace vykazuje příznivý profil krvácení, a tím i dobrou kontrolu cyklu a vede k vyššímu stupni spokojenosti žen užívajících antikoncepci (Křepelka, 2013, s. 41).

### 1.1.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce

Kombinovaná hormonální antikoncepce je nejspolehlivějším typem antikoncepce. Moderní kombinovaná kontraceptiva obsahují okolo 0,015 – 0,05 mg ethinylestradiolu nebo jeho ekvivalentů. Mohou obsahovat pro ženu i něco navíc, například tabletky s antiandrogenními progestiny k zlepšení mastné pleti, akné hirsutismu apod. Tabletky s antimineralokortikoidními progestiny zabraňují přírůstku na váze v důsledku retence vody, nebo od premenstruačního syndromu. Zásadou dávkování většiny estrogen-gestagených preparátů je podat tolik, kolik je nutno, a tak málo, jak je možné. Antikoncepční tabletky je velmi spolehlivou antikoncepcí. Při jejím řádném užívání je Pearlův index 0,1 – 0,2 (Rob, 2008, s. 121).

#### 1.1.1.1 Orální kombinovaná antikoncepce

Perorální tabletky obsahují kombinaci progesterinu a estrogenu v různé denní dávce. Konstrukce hormonální kombinované kontracepce charakterizuje rozložení podávaných hormonů během jednoho cyklu. Podle ní se dělí na *monofázová* (všechny tablety mají složení stejné), *dvoufázová* (dávka progesterinu je ve druhé polovině cyklu vyšší) a *třífázová* (dávka progesterinu postupně stoupá, dávka estrogenu může být zvýšena ve druhé třetině aplikace). Specifický typ dvoufázové kontracepce je přípravek *kombifazický* (v první polovině cyklu je vyšší dávka estrogenu a nižší progesterinová dávka než ve druhé polovině cyklu) (Křepelka, 2013, s. 33-34).

Hormonální kombinovaná kontracepce se začíná brát obvykle první den menstruačního cyklu, popřípadě pro snazší aplikaci první neděli nejbliže menstruačního krvácení. Kombinovanou perorální kontracepci (COC) je možné aplikovat v kontinuálním režimu či režimu s rozšířeným cyklem. Režim kontinuální spočívá v nepřetržitém podávání přípravku. Režim rozšířený znamená aplikaci trvající tři měsíce, po které následuje obvyklá sedmidenní pauza (Křepelka, 2013, s. 34).

### ***1.1.1.2 Kombinovaná injekční antikoncepce***

Intramuskulární aplikace komplexu estrogeneru a progestinu vytvoří hormonální depo, které konstantně uvolňuje účinné látky do krevního oběhu. Má spolehlivý efekt při aplikaci jedenkrát měsíčně. Oproti gestagenní injekční kontracepci se méně vyskytuje průnikové krvácení a obnovení fertility nastává ihned po ukončení aplikace přípravku (Křepelka, 2013, s. 34).

### ***1.1.1.3 Antikoncepční náplast***

Náplasti se aplikují po dobu tří týdnů s týdenní pauzou. Lepí se na břicho, vnější část paže, hýždě a podobně. U žen s tělesnou hmotností nad 90 kg, může být antikoncepční účinek náplasti nižší (Křepelka, 2013, s. 34; Rob, 2008, s. 121).

### ***1.1.1.4 Transvaginální antikoncepce***

Kombinovaný vaginální systém je kombinovaná hormonální antikoncepce ve formě plastového kroužku v průměru 5,4 cm. Zavádí se do pochvy po dobu tří týdnů. V průběhu 4. týdne po jeho vyjmutí nastává krvácení pseudomenstruační. Metoda je tolerována oběma partnery. Restituce fertility nastává ihned po ukončení aplikace (Křepelka, 2013, s. 35; Rob, 2008, s. 122).

## **1.1.2 Gestagenní antikoncepce**

Pod pojmem gestagenní antikoncepce se rozumí metody založené na kontinuálním udržování stabilní nízké koncentrace syntetického gestagenu v cirkulaci. Gestageny lze aplikovat perorálně, ve formě depotních injekcí, vaginálních kroužků a také podkožních implantátů. Tato forma antikoncepce je velice spolehlivá, má minimum kontraindikací a hodí se i pro nemocné ženy (Rob, 2008, s. 123).

Progestiny ovlivňují kvalitu cervikálního hlenu, který je hustý, vazký a neprostupný pro spermie. Progestiny blokují ovulaci na základě negativní zpětné vazby. Anovulace

není však stoprocentní. Mění se ještě peristaltika vejcovodů a struktura endometria (Rob, 2008, s. 123).

### **1.1.2.1 Perorální forma (minipilulka)**

Jsou to preparáty s *desogestrem* a *lynestrenolem*. Užívají se každý den bez přerušování. Minipilulky jsou oblíbenou antikoncepcí u kojících žen, dále jsou vhodné pro ženy po čtyřicítce a pro ženy, které nemohou užívat kombinovanou antikoncepci pro nežádoucí účinky estrogenů. Nevýhodou jsou nepravidelná častá krvácení a špinění. U této antikoncepce zcela není zablokován ovulační cyklus. Pearlův index je asi kolem 0,5. Absolutní kontraindikací je karcinom prsu do pěti let po skončení léčby a kontraindikací relativní je karcinom prsu po pěti letech po skončení léčby – tyto kontraindikace platí pro všechny preparáty gestagenní antikoncepce. U minipilulky je kontraindikací relativní též mimoděložní těhotenství v anamnéze, recidivující výskyt funkčních ovariálních cyst, obava ze zhoršení akné. Nehodí se ženám, které neakceptují poruchy menstruačního cyklu (Rob, 2008, s. 123).

### **1.1.2.2 Injekční forma**

Účinnou látkou u injekční formy je depotní medroxyprogesteron acetát. Aplikuje se intramuskulárně jednou za tři měsíce, první injekce je aplikována během menstruace. Pearlův index je asi 0,01 a dochází k blokadě ovulace. Snižuje intenzitu menstruačního krvácení, většina žen přestane po šesti a více měsících úplně menstruovat. Nevýhodou je pomalý návrat plodnosti po aplikaci poslední injekce – v průměru asi jeden rok. Další nevýhodou být může nepravidelné krvácení a špinění po mnoho dnů, které dovede ženu k rozhodnutí dále v této metodě nepokračovat. Udává se také úbytek kostní hmoty (Rob, 2008, s. 123 – 124).

### **1.1.2.3 Podkožní implantáty**

Účinnou látkou je gestagen etonogestrel v podkožní tyčince, který se uvolňuje v kontinuálně malých dávkách po dobu tří let, po extrakci dochází téměř okamžitě k nástupu plodnosti. Metoda je vysoce spolehlivá. Pearlův index je asi 0,1. Zavádí se jen v místní anestezii pod kůži na vnitřní straně paže, 6 – 8 cm nad loktem pomocí jednorázového zavaděče. Nevýhodou může být špinění a nepravidelné slabé krvácení, zvláště v prvním půl roku po aplikaci. Nehodí se pro ženy, které nejsou ochotny tolerovat nepravidelnost krvácení, či amenoreu a vyžadují menstruační cyklus pravidelný. Tato antikoncepce je vhodná

pro ženy, které nemohou užívat kombinovanou hormonální antikoncepci kvůli estrogenní složce, vhodná je také pro ženy s některým chronickým onemocněním (Rob, 2008, s. 124).

## 1.2 Postkoitální antikoncepce

Postkoitální, emergentní anebo záchranná antikoncepce, někdy také označovaná jako intercepce, je určena pro páry s velmi nízkou frekvencí styku, či spíše pro případy styku náhodného nebo při selhání jiné metody (Fait, 2012, s. 75).

Nejznámějším přípravkem a to vzhledem k výbornému poměru přínosu a rizika byl preparátem volby po dlouhou dobu Postinor. Svým složením patří k čistě gestagenní antikoncepci, jelikož obsahuje 0,75 mg levonogestrelu. Po podání do jedné hodiny od styku stačí jedna dávka, při podání s větším odstupem až do 72 hodin se doporučuje aplikace druhé tablety za 12 hodin po první s průměrnou udávanou účinností více než 85 % (Fait, 2009, s. 121).

Podáním současně estrogenu a progestinu ve vyšší dávce, tzv. Yuzpeho metoda. Konkrétně se podají naráz 4 tablety běžné kombinované hormonální antikoncepce a za 12 hodin poté další 4 tablety; první dávka by se přitom měla podat nejlépe do 12 hodin po styku, i když přijatelnou účinnost má prý ještě do 72 hodin po nechráněné souloži. Tento postup byl vymyšlen původně a odzkoušen na přípravku Minisiston, ale dal by se použít v podstatě jakýkoliv běžný přípravek hormonální antikoncepce. Výhodou Yuzpeho metody je, že speciální preparát nevyžaduje, který by nemusel být právě v lékárně k mání, ale po takto zvýšené dávce estrogenu, který je v tabletách kombinovaných kontraceptiv obsažen, může být uživatelce špatně od žaludku – proto se dávka rozděluje po 12 hodinách (Barták, 2006, s. 118 – 119).

Dalšími méně užívanými metodami je podání 10 mg mifepristonu do 120 hodin od pohlavního styku s účinností 81 %. Do pěti dnů od nechráněného styku lze zavést nitroděložní tělísko, které zabrání možné nidaci (Fait, 2009, s. 122).

## 1.3 Nitroděložní tělíska

Vkládání drahých kovů do dutiny děložní za účelem antikoncepce bylo známo již ve starověku. Skutečný rozvoj metody umožnil až rozvoj plastických hmot v 60. letech dvacátého století, a jejich kombinace s kovy, kdy byla tělíska vytvořena tzv. druhé generace. Děložní tělísko zavádí lékař při menstruaci do děložní dutiny po předchozím gynekologickém vy-



šetření. Dlouhou dobu nebyl přesně znám mechanismus účinku nitroděložního tělíska, dnes však víme, že místní působení na děložní sliznici, vyvolává sterilní zánětlivou reakci, která brání průniku spermií do děložní dutiny (Turková, 2004, s. 30).

Nitroděložní tělísko (IUD – intrauterine contraceptive device) užívá ve světě kolem 85 – 100 milionů žen. Je prokazatelně nejvýhodnější metodou antikoncepce ve srovnání spolehlivost – cena – zdravotní bezpečnost. Dle některých studií je její efektivita obdobná tubární sterilizaci při neoddiskutovatelné výhodě reverzibilitnosti (Fait, 2009, s. 122).

Nitroděložní tělíska dělíme na inertní nitroděložní tělíska, nitroděložní tělíska s mědí (eventuálně jiným kovem), nitroděložní tělíska s progesteronem nebo progestinem a netradiční nitroděložní tělíska (Čepický, 2002, s. 40).

### 1.3.1 Inertní nitroděložní tělíska

Dnešní nitroděložní tělíska, ať nemedikovaná, či medikovaná jsou vyrobena z plastické hmoty, např. původní americká tělíska tvořil polyuretan. DANA byla vyrobena z kopolymeru etylenu s vinylacetátem. Většina tělísek současných má navíc monofilamentózní vlákno, které vyčnívá do pochvy a usnadňuje extrakci. Tvar tělísek je různý, obecně platí, že čím je větší plocha tělíska, tím větší spolehlivost, ale tím horší snášenlivost. Inertní tělíska se vyrábějí v různých velikostech, o výběru rozhoduje gynekolog po změření děložní dutiny (Čepický, 2002, s. 41).

Nemedikovaná nitroděložní tělíska nejsou na českém trhu a jako překonaná generace IUD už zřejmě nebudou zavedena (Čepický, 2002, s. 41).

Základní mechanismus účinku každého tělíska je indukce sterilního zánětu endometria. Leukocytární infiltrace zahrnuje monocyty, neutrofile a makrofágy. Degradční produkty leukocytů jsou toxické pro spoustu buněk včetně spermií. Fagocytace spermií v děložní dutině byla opakovaně prokázána (Čepický, 2002, s. 41).

### 1.3.2 Nitroděložní tělíska s mědí

Nápad tělísko omotat měděným drátkem pochází od Zipera a vznikl koncem 60. let. I IUD s mědí mohou mít různý tvar, na západě a u nás jsou oblíbená tělíska ve tvaru T, u Asiatic se můžeme setkat i s kulatým tělískem (Čepický, 2002, s. 41).

Tělíska s mědí jsou obvykle menší než tělíska inertní a vyrábějí se v jedné velikosti. Kromě tělísek s mědí existují i tělíska se zlatem a stříbrem. Proti tělískům s mědí nemají žádnou výhodu a jsou pochopitelně o něco dražší (Čepický, 2002, s. 41).

Tělíska s mědí pochopitelně zachovává mechanismus účinku inertního tělíska, ale měď zesiluje „zánětlivou reakci“ endometria a kromě toho má další účinky: inhibuje transport spermií v děložním hrdle i v děložní dutině, způsobuje dekapitaci spermií, které ztrácejí schopnost oplodnění, protože akrozom nedokáže rozrušit *zona pellucida*, a navíc působí toxicky na oocyt (Čepický, 2002, s. 41).

### 1.3.3 Nitroděložní tělíska s progesteronem nebo progestinem

Nitroděložní tělíska s progesteronem i tělíska s levonorgestrem (LNG) patří mezi tělíska ve tvaru T. U nás je dostupné tělísko s norgestrem Mirena, obsahuje v podélném raménku rezervoár s 52 mg LNG. Tělísko je opatřeno monofilamentózním vláknem (Čepický, 2002, s. 42).

Toto tělísko obsahující progestin představuje kombinaci dvou antikoncepčních metod a má i dvojí mechanismus účinku. Zachovává veškeré účinky inertního IUD a můžeme ho pokládat za zvláštní formu gestagenní kontracepce. Hormonální tělísko ovlivňuje také funkci ovaria. Vrchol předovulační hladiny estradiolu sice není snížen, ale vzestup luteinizačního hormonu (LH) je menší a i produkce progesteronu ve druhé polovině cyklu je nižší, což ukazuje na luteální insuficienci. Průtok děložní je snížen a především dochází k atrofii endometria. Může být narušena i funkce vejcovodů (Čepický, 2002, s. 42).

### 1.3.4 Ostatní typy tělísek

GyneFix je tělísko, které je tvořeno pouze svislým flexibilním raménkem obsahujícím měď; pomocí hrotu je zakotveno v děložním fundu. Udává se vysoká spolehlivost (Pearlův index je asi 0,1 – 0,2) a minimální počet expulzí. Na českém trhu není a ani se o jeho zavedení neuvažuje (Čepický, 2002, s. 42).

Navržena byla i tělíska, která se *per hysteroskopiam* zavádějí do ústí tub a jsou opatřena vláknem vyčnívajícím do dutiny děložní, takže je lze zase hysteroskopicky odstranit. Jsou i nadále ve stádiu experimentu (Čepický, 2002, s. 42).

## 1.4 Bariérové metody antikoncepce

Bariérové mechanické metody jsou nejstarší antikoncepční postupy, používané od dob, kdy člověk objevil souvislost mezi souloží a těhotenstvím (Čepický, 2002, s. 33).

Ženy od nepaměti používaly různé předměty zaváděné do pochvy za účelem ochrany před těhotenstvím. Všichni uvádějí na tomto místě poševní pesary ze směsi krokodýlího trusu s medem popsané na egyptských papyrech nebo pesary z hedvábí používané čínskými či japonskými ženami. Casanova zaváděl svým milenkám na čípek děložní polovinu citronu s vymačkanou šťávou. Moderní historie ženské bariérové antikoncepce začíná už v roce 1838, kdy byl zaveden vaginální pesar – diafragma (Čepický, 2002, s. 33).

Princip této metody je prostý. Spermii se do cesty staví mechanická bariéra, nejčastěji pryžová. Kombinace s chemickými bariérovými metodami je vhodná a i některé komerčně dostupné mechanické prostředky už v sobě samy obsahují spermicidy. Všechny přípravky chemické antikoncepce jsou konstruovány tak, aby nepoškozovaly ani kondom, ani bariérové ženské prostředky. Bariérové metody lze kombinovat s většinou ostatních antikoncepčních metod, ale jsou i srozumitelné výjimky (např. kondom + IUD, kde kondom může být poškozen vláknem IUD) (Čepický, 2002, s. 33).

### 1.4.1 Prezervativ

Výhodou prezervativu je vysoká spolehlivost, ochrana před přenosem pohlavních chorob, široká použitelnost a dostupnost. Nevýhodou mohou být alergie na latex a méně intenzivní pocity (Slezáková, 2007, s. 29).

Nasazuje se těsně před koitem na penis a po ejakulaci se snímá. Nesmí přijít do styku s mastnými krémy, které jeho strukturu narušují a zvyšují propustnost (Fait, 2009, s. 126).

Na trhu se setkáváme s širokou škálou kondomů. Kondomy různých velikostí, barev, tvarů i s povrchovou úpravou (s vroubkou, výstupky), suché nebo zvlhčené silikonovým olejem s příměsí spermicidních látek. Nově se objevuje na trhu i ženská forma prezervativu tzv. femidom (Fait, 2012, s. 93).

### 1.4.2 Femidom

Připomíná však pánský kondom, je ale větší, delší a na obou koncích vybavený flexibilními kroužky. Je vyroben z polyuretanu. Zavádí se podobně jako pesar. Vnitřní kroužek se přikládá k čípku, zevní zůstává pod rodidly – tak je kryta celá pochva membránou femi-

domu. I když je vybaven femidom lubrikanciem, takže je kluzký, kombinace s antikoncepčním krémem je žádoucí (Čepický, 2002, s. 34).

Určitou zajímavostí je, že současné užití femidomu ženou a kondomu mužem je kontraindikováno, kvůli velkému tření, které mezi nimi vzniká (Čepický, 2002, s. 35).

### 1.4.3 Poševní pesar

Jde o kruhovou gumovou blánu o průměru asi 5 – 10 cm, vyztuženou v okraji pružnou kovovou spirálou (Barták, 2006, s. 27). Umisťuje se před čípek děložní tak, že vpředu se opírá o sponu stydkou, vzadu o klenbu poševní a čípek je umístěn v jeho konkavitě. Zavádí se před stykem a ponechává se ještě pár hodin po styku. Kombinace s chemickými vaginálními prostředky je obvyklá a žádoucí. Na rozdíl od kondomu lze pesar opakovaně používat (Čepický, 2002, s. 34).

Pesar se vyrábí v různých velikostech – konkrétní průměr určí gynekolog, který k tomu má speciální měřítko. Je nutné počítat s tím, že při pohlavním vzrušení se pochva rozšiřuje a je proto nutno volit velikost asi o 1 cm větší než je naměřená (Čepický, 2002, s. 34).

Zavádění pesaru není zcela banální záležitost a je nutno se to naučit. Zavádí se buď v poloze na zádech s pokrčenýma roztaženýma nohama, nebo i ve stoje, kdy jednu nohu má žena zvednutou a opřenou o židli. První samostatné zavedení pesaru je vhodné provést v gynekologické ambulanci, aby pak mohl lékař zkontrolovat správnost uložení (Čepický, 2002, s. 34).

### 1.4.4 Vaginální hubka

Intravaginální tělísko je cylindrická hubka délky 4,5 cm s obvodem 3,5 cm. Vyrobeno je z polyuretanu a obsahuje spermicid nonoxylon-9. Před zavedením se zvlhčí v čisté vodě a zavádí se před hrdlo děložní. Při styku se hubka komprimuje, což vede k vyplavení spermicidu. Výrobce garantuje 24 h svobodného sexuálního života, extrakci doporučuje nejpozději 30 h po jeho zavedení (Citterbart, 2001, s. 95).

### 1.4.5 Cervikální klobouček

Cervikální klobouček je vyroben z latexu nebo umělých hmot, vzácně z kovu nebo gumy. Jeho velikost je 22 – 31 mm a existuje v různých typech. Správný typ a správnou velikost určí lékař – klobouček musí přilnout přísátím na čípek. *In situ* nemá být ponechán více jak 3 dny (Čepický, 2002, s. 35).

## 1.5 Chemické metody antikoncepce

Spermicidní látky, které využíváme k účelům antikoncepčním, jsou dostupné ve formě tablet, globulí, želé, krémů či tamponů. Před pohlavním stykem si je žena zavádí do pochvy, kde způsobují ochrnutí spermií. Spojením této metody s kondomem nebo vaginálním pesarem můžeme dosáhnout spolehlivosti velmi dobré. Nežádoucím účinkem je chemické podráždění sliznice poševní. (Turková, 2004, s. 32; Kobilková, 2005, s. 193).

## 1.6 Přirozené antikoncepční metody

Přirozené antikoncepční metody mají výhodu nulových vedlejších účinků, na druhé straně se vyznačují malou mírou spolehlivosti a vysokými nároky na techniku provedení a sebekontrolu (Fait, 2012, s. 96).

### 1.6.1 Metoda kalendářová (Ogino-Knausova)

Kalendářová metoda je první z metod periodické abstinence. Byla zavedena ve 30. letech minulého století a dnes je její význam pouze historický. Žena musí znát délky menstruačních cyklů za dobu posledního roku. Od nejkratšího menstruačního cyklu se odečte 18, výsledek je první plodný den. Od nejdelšího menstruačního cyklu se odečte 11, výsledek je poslední plodný den. Metoda kalendářová je vysoce nespolehlivá. Pearlův index je kolem 40. Její doporučení se dnes pokládá za postup *non lege artis* (Roztočil, 2011, s. 107; Čepický, 2002, s. 25).

### 1.6.2 Metoda teplotní

Metoda teplotní využívá vzestup bazální teploty po ovulaci, vlivem progesteronu na teplotní centrum. Žena si měří teplotu v pochvě, rektu či v ústech pod jazykem (měření teploty v ústech není tak přesné, jako měření v pochvě či rektu) po dobu 5 minut, vždy ráno ve stejném čase (ideálně mezi 3. – 6. hodinou ranní), dříve než vstane z postele a případně před souloží. Zvýší teplotu za bazálních podmínek nejméně o 0,3°C. Základní pravidlo říká, že neplodné dny začínají třetího dne večer po vzestupu bazální teploty (Roztočil, 2011, s. 107; Čepický, 2002, s. 25; Predáč, 2005, s. 25).

### 1.6.3 Metoda hlenová (Billingsova či Billingsových)

Využívá se sledování změn hlenu tvořeného žlázkami děložního hrdla. Vlivem estrogenů se hlen stává hojným, tažným, řídkým. Před ovulací lze hlen vytáhnout až na 10 cm. Vli-

vem progesteronu se stává hlen naopak hustým a tažnost ztrácí. Žena hlen vyšetřuje denně a podle toho určuje, zda je den neplodný. Vrchol tažnosti je před ovulací a večer třetího dne po tomto hlenovém vrcholu začínají dny neplodné (Roztočil, 2011, s. 107; Čepický, 2002, s. 26).

#### **1.6.4 Metoda cervikální**

Využívá změn děložního čípku během menstruačního cyklu. Na začátku menstruačního cyklu a v luteální fázi je čípek tvrdý a je uzavřená branka. Před ovulací je čípek měkký a je pootevřená branka (Roztočil, 2011, s. 107; Čepický, 2002, s. 26).

#### **1.6.5 Krystalizace slin**

Krystalizace slin je ovlivněna zastoupením estrogenů a progesteronu, obrazce po zaschnutí slin na sklíčku se mění. V periovulačním období se objevují kaprad'ovité struktury, jinak je amorfní struktura. Na trhu se objevila řada lup, které mají určit neplodné dny, spolehlivost metody však není vědecky ověřena (Roztočil, 2011, s. 107; Čepický, 2002, s. 26).

#### **1.6.6 Coitus interruptus**

Přerušovaná soulož je též řazena mezi tzv. „přirozené metody“, protože nevyžaduje žádná instrumentální opatření. Princip spočívá v tom, že muž ukončí soulož před ejakulací. I při správné technice je riziko selhání vysoké. Příčiny selhání spočívají jednak v preejakulační tekutině, která obsahuje dostatek spermií, aby metoda selhala, jednak i v přežívání ve Skeneho parauretrálních žlázkách, odkud při další souloži jsou „vmasírovány“ do pochvy (Roztočil, 2011, s. 107; Čepický, 2002, s. 28).

#### **1.6.7 Kojení**

U kojení je důležitá frekvence, nikoli množství vypitého mléka. Aby bylo možné na kojení spoléhat jako antikoncepční metodu, musí být splněny některé podmínky. Je důležité, aby uplynulá doba od porodu nebyla delší jak šest měsíců. Dítě musí být kojeno plně (připouští se občasné příkrmování nápoji). Dítě je nejméně kojeno jednou za 4 hodiny, pouze noční interval může být delší, maximálně 6 hodin (Roztočil, 2011, s. 107).

## 1.7 Sterilizace

Jde o chirurgické přerušení vejcovodů u ženy (nebo chámovodů u muže). Tato metoda je prakticky nevratná a je tedy vhodná především pro stabilní partnerskou dvojici po dosažení plánovaného počtu dětí. Sterilizace vykazuje vysokou míru spolehlivosti. Pearl index pro ženy je 0,1, pro muže 0,02 (Fait, 2009, s. 125).

Sterilizace ženy je nejčastěji prováděna laparoskopickým přerušením kontinuity vejcovodů podvazem, naložením klipu či přerušením. Tento výkon je prováděn z laparotomie současně s císařským řezem. Nitroděložní aplikací quinacrinu lze dosáhnout uzavření vejcovodů aseptickým zánětem. Lze aplikovat hysteroskopicky spirálovité tělísko do ústí vejcovodů, které indukují fibrotický uzávěr lumen vejcovodu (Fait, 2009, s. 125).

## 2 KONTRAINDIKACE HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

### 2.1 Obecné poznámky

Nutno zdůraznit, že kontraindikací je málo a běžné praxi jsou daleko spíše přeceňovány než podceňovány. Všechny kontraindikace a rizika antikoncepce je vždy nutno zvažovat v relaci ke kontraindikacím a riziku případné gravidity. Lze říci, že je-li žena tak nemocná, že nemůže užívat kombinovanou antikoncepci, většinou to znamená, že především nemůže být těhotná, protože riziko těhotenství je vyšší než riziko pilulky. Jsou pouze výjimky dvojího druhu: akutní stavy, které odezní (např. infekční hepatitis), chronické stavy, které lze během těhotenství zajistit farmakologicky (např. stavy hyperkoagulační v těhotenství kryté heparinem) (Čepický, 2003, s. 88 – 89).

### 2.2 Absolutní kontraindikace

Absolutní kontraindikací jsou hormonálně dependentní nádory, i v anamnéze (karcinom prsu, atypická hyperplazie prsu, karcinom endometria a endometrioidní karcinom ovaria. Stojí za podotknutí, že zhoršení prognózy vlivem hormonální terapie pro ženu po úspěšné léčbě těchto nádorů nebylo nikdy prokázáno. Za kontraindikaci se také pokládá nediodiagnostikovaná rezistence v prsu a nevysvětlitelné krvácení z dělohy (Čepický, 2003, s. 89).

Další absolutní kontraindikací je riziko hluboké žilní trombózy. Patří tu osobní anamnéza hluboké žilní trombózy nebo tromboembolie, buď prokázané vrozené hyperkoagulační stavy s mnohočetným výskytem trombóz v rodině. Dále do kontraindikací řadíme akutní onemocnění jater a chronické nemoci spojené s poruchou funkce jater. V neposlední řadě neléčená nebo léčbou nekorrigovatelná hypertenze či primární plicní hypertenze (Čepický, 2003, s. 89).

### 2.3 Relativní kontraindikace

Mezi relativní kontraindikace řadíme operace s předpokládaným trváním delším než 30 minut a operace na dolních končetinách. COC je vhodné vysadit nejméně 4 týdny, ale nejlépe 6 týdnů před operací a ženu je nutné zajistit jinou antikoncepcí, nejspíše gestagenní. Více než pilulka však zvyšuje riziko hluboké žilní trombózy těhotenství. Pokud je operace neplánovaná, je lépe v užívání COC pokračovat a ženu zajistit miniheparinizací (Čepický, 2003, s. 90).



Přítomnost současně několika faktorů, které zvyšují riziko hluboké žilní trombózy (obezita s BMI >30, rozsáhlé povrchové varixy, přítomnost trombózy nebo tromboembolie v rodinné anamnéze). Pouhá přítomnost povrchových varixů nebo i pozitivní rodinná anamnéza však kontraindikací nejsou. Dále relativní kontraindikací jsou závažné dyslipidemie. Řadíme do kontraindikace takovou dyslipidemii, k jejíž léčbě nepostačuje dieta a je nutná farmakoterapie. *Diabetes mellitus* s cévními komplikacemi spadá také do kontraindikace, avšak nekomplikovaný *diabetes mellitus* kontraindikací není, i když příležitostně je nutná mírná úprava dávky inzulínu (Čepický, 2003, s. 90).

### 3 PROBLÉMY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM HORMONÁLNÍ KONTRACEPCE

#### 3.1 Právní problematika antikoncepce

Antikoncepce nesleduje léčebný cíl, ale dopadají na ni obecná ustanovení o poskytování zdravotní péče. „Z nich je zásadní požadavek postupovat „v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“, tj. *lege artis*“ (Čepický, 2010, s. 10). Lékař je povinen informovat o způsobu užívání, míře spolehlivosti a možných komplikacích a také povinen informovat o nich správně. Žena má právo na poskytnutí antikoncepce, je-li v souladu s postupem *lege artis*. Pokud by lékař odmítl nebo kontraindikoval antikoncepci na základě osobních postojů, dopouštěl by se postupu *non lege artis* a tím porušení zákona (Čepický, 2010, s. 10).

Antikoncepce představuje zdravotní výkon, o kterém rozhoduje pouze sama žena, a který podléhá povinné mlčenlivosti. Složitější být může situace u nezletilých dívek. Obecně je přijímáno, že souhlas s předpisem antikoncepce může vyjádřit i sama nezletilá. Komplikovaný je případ, kdy s žádostí o antikoncepci přichází dívka mladší 15 let. Problém spočívá v tom, že trestní zákon zná speciální skutkovou podstatu trestného činu „nepřekážení trestného činu“, kterého se mimo jiné dopustí ten, kdo nepřekazí přípravu nebo páčání trestného činu pohlavního zneužívání. Lékař, který předepíše antikoncepci mladší dívce jak 15 let, se tak dostává do právně velmi choulostivého postavení (Čepický, 2010, s. 11).

Pokud se jedná o ženy zbavené svéprávnosti, dává souhlas s antikoncepcí soudem ustanovený opatrovník. U žen s duševní poruchou, které nejsou zbaveny svéprávnosti a kde žádá o antikoncepci rodina, záleží na individuálním posouzení lékaře (Čepický, 2010, s. 11).

#### 3.2 Kardiovaskulární morbidita

Steroidní exogenní hormony významným způsobem zasahují do metabolismu endotelu, a tudíž ovlivňují činnost kardiovaskulárního ústrojí. Tento vliv vykazují jak estrogeny, tak i progestageny, které jsou použity v konstrukci hormonální antikoncepce. Včetně antikoncepčního účinku působí hormony steroidní prostřednictvím buněčných receptorů řadu specifických metabolických změn, které jsou podstatou tzv. nekontracpčních

výhod hormonální antikoncepce. Některé z účinků však představují rizikový nezávislý faktor kardiovaskulární morbidity (Křepelka, 2013, s. 101).

Studie epidemiologické sledují vliv hormonální antikoncepce na kardiovaskulární ústrojí, prokázaly u uživatelů některých typů hormonální antikoncepce častější výskyt specifických onemocnění. Jde o projevy venózní a arteriální morbidity. Morbiditou venózní se rozumí hluboká žilní trombóza a plicní embolie, arteriální morbiditou pak ateroskleróza a projevy orgánové ischemie, ischemie myokardu a mozku nejčastěji (Křepelka, 2013, s. 101).

Oba kardiovaskulární typy morbidity jsou však multifaktoriální a jejich příčinné faktory jsou odlišné. Pro hlubokou žilní trombózu je nejvýznamnějším etiologickým faktorem venostáza a hyperkoagulační stav, pro trombózu arteriální je vedoucím faktorem poškození endotelu. U žen fertilního věku se častěji manifestuje hluboká žilní trombóza a plicní embolie než intraarteriální trombóza. Znalost metabolických účinků jednotlivých komponentů hormonální antikoncepce a manifestace praktická je základním předpokladem pro pochopení nežádoucích účinků hormonální antikoncepce (Křepelka, 2013, s. 101).

### 3.2.1 Žilní trombóza a hormonální antikoncepce

Morbidita venózní je reprezentována hlubokou žilní trombózou a plicní embolií. Žilní systém dolních končetin je nejčastější lokalizací hluboké žilní trombózy. Může se vyskytnout i v oblasti renálních, hepatálních i mozkových žil. Mezi vzácné řadíme trombózu *vena portae*, trombózu dolní duté žíly nebo žil horních končetin. Incidence tromboembolické nemoci (TEN) u žen neužívajících hormonální kombinovanou kontracepci je velmi malé a zvyšuje se s věkem. Skupina žen ve věku 15 – 44 let má incidenci hluboké žilní trombózy 5 – 10 případů na 100 000 žen za jeden rok (Křepelka, 2013, s. 103).

Nejvážnější komplikací je plicní embolie, komplikuje kolem 10 % případů hluboké žilní trombózy s mortalitou 1 – 2 %. Mortalita plicní embolie u uživatelů orální kombinované kontracepce je nižší, maximálně pět úmrtí na 1 000 000 uživatelů. Absolutní zvýšení rizika hluboké žilní trombózy (HŽT) u uživatelů kontracepce kombinované je velmi malé (Křepelka, 2013, s. 103).

### 3.2.2 Arteriální trombóza a hormonální antikoncepce

Podobně jako žilní morbidita, je i morbidita arteriální multifaktoriální onemocnění. Trombóza arteriální se vyskytuje nejčastěji v oblasti mozkových a koronárních arterií, méně

často arterií renálních mesenterických. Případem specifickým je trombóza v oblasti arteriálních bypassů. Výskyt trombózy arteriální s projevy ischemické choroby srdce a mozku se u žen ve fertilním věku vyskytuje sporadicky a je méně častý než projevy morbidit venózní. Faktory rizikové souvisí s riziky poškozením endotelu. Ženám, u kterých identifikujeme faktory rizikové (kouření, diabetes mellitus, hypertenze, hypercholesterolemie), by měla být hormonální antikoncepce kombinovaná doporučována s velkou opatrností (Křepelka, 2013, s. 106).

Rizikovým nejvýznamnějším faktorem je kouření cigaret. Ženy ve věku nad 35 let, které kouří denně více jak 20 cigaret a zároveň užívají COC, vykazují desetinasobné riziko manifestace akutního infarktu myokardu se srovnání se stejně starými uživatelkami COC nekuřačkami. Podobně jako u morbidit venózní je i morbiditou arteriální spjata zejména s estrogenní složkou antikoncepce, tedy ethinylestradiolu (EE). Trombóza arteriální s projevy ischemické náhlé mozkové příhody je častější u uživatelky COC ve srovnání s ženami bez užívání COC. Hormonální antikoncepce a arteriální trombóza je dostatečně bezpečná, ale ne zcela bez rizika (Lidegaard, 2012, [online] [cit. 2013-10-12]; Křepelka, 2013, s. 106).

### 3.2.3 Vazomotorická migréna

Prediktorem náhlé ischemické mozkové příhody je migréna s aurou, jejíž manifestace znamená dvojnásobné riziko ve srovnání s migrénou bez aury. Migréna s aurou je kontraindikací hormonální kombinované antikoncepce v kterémkoliv věku života ženy. Naproti tomu je progestagenní antikoncepce čistě považována za bezpečnou a je možno ji ženám, které trpí migrénou s aurou, doporučit. Při objevených obtížích v souvislosti s podáním antikoncepce, je další aplikace kontraindikována. Riziko mozkové příhody nezvyšují čistě progestagenní kontraceptiva (Calhoun, 2012, [online] [cit. 2013-10-12]; Křepelka, 2013, s. 108).

### 3.2.4 Trombóza periferních tepen

Intraarteriální trombóza tepen periferních je 3krát častější u uživatelky COC ve srovnání s ženami, které COC nebraly. Jako nejrizikovější byly potvrzeny přípravky historické obsahující noretisteron a lynesterol ve srovnání se současnými kontraceptivy s obsahem progestinů moderních (Křepelka, 2013, s. 108).

### 3.2.5 Systémová hypertenze a hormonální antikoncepce

Komponenty hormonální kombinované antikoncepce byly konstruovány se snahou přiblížit se endogenním steroidům. Vysoké dávky EE stimulují tvorbu jaterního angiotenzinogenu. Jeho vysoká plazmatická hladina působí pouze malé zvýšení hladiny angiotensinu II i aktivity reninové vzhledem k supresi reninu angiotensinem II (Křepelka, 2013, s. 108).

Ženy s léčenou hypertenzí po aplikaci COC vykazují mírné zvýšení hodnot tlaku diastolického. Po vysazení aplikace COC bylo pozorováno snížení hodnot tlaku středního i diastolického. Cesta podání hormonů exogenních je pro ovlivnění hodnot krevního tlaku irelevantní. Čistě progestagenní antikoncepce nevede ke zvýšení hodnot krevního tlaku u žen s hypertenzí (Křepelka, 2013, s. 109).

## 3.3 Trombofilní stavy

Nejzávažnější komplikace jsou pravděpodobně v souvislosti s aplikací kombinované hormonální antikoncepce tromboembolické komplikace. Uživatelky kombinované antikoncepce mají riziko 2 – 4 krát vyšší, než ženy, které antikoncepci neužívají. U 99,5 % žen užívajících antikoncepci v průběhu jednoho roku nenastane žádná těžká zdravotní porucha. Tyto komplikace především postihují predisponované jedince s hereditárními, nebo získanými trombofilními stavy (Křepelka, 2013, s. 110; Fait, 2010, s. 64).

### 3.3.1 Trombofilní efekt hormonální antikoncepce

Trombofilní účinek byl prokázán pouze u hormonální kombinované antikoncepce, nikoliv u metod založených na aplikaci progestinů samostatných. Antikoncepce kombinovaná obsahující estrogenní komponent je však nejčastěji užívanou metodou (Křepelka, 2013, s. 110).

Užívání hormonální kombinované antikoncepce zvyšuje riziko pro rozvoj TEN, vyšší riziko je u kuřáček a starších žen. Jeho význam spočívá ve vysokém počtu žen, které hormonální kombinovanou antikoncepci celosvětově užívají. Ve srovnání s ostatními rizikovými faktory je ovlivnění hemokoagulace samotnou antikoncepcí poměrně nízké. Hormonální kombinovaná antikoncepce ovlivňuje hemokoagulaci ihned po zahájení aplikace. Riziko manifestace trombózy žilní je nejvyšší v prvním roce podávání a vyskytuje se obvykle u žen s dalšími rizikovými faktory. Po vysazení antikoncepce do 3 měsíců přetrvává zvýšené riziko (Křepelka, 2013, s. 110 – 111; Rob, 2008, s. 123).

### 3.3.2 Hereditární trombofilní stavy

K trombofilním stavům vrozeným patří: mutace faktoru V Leiden, mutace genu protrombinu G20210A, vrozený deficit AT III a vrozená elevace hladin faktorů V, VIII, IX, a XI (Křepelka, 2013, s. 111).

Význam klinický u hereditárních trombofilních stavů se zvyšuje při koincidenci vrozených faktorů u jedince. Riziko manifestace hluboké žilní trombózy zvyšuje kombinace více než jednoho trombofilního stavu. Zatím co manifestace trombózy žilní u osoby s jedním vrozeným trombofilním stavem nastane během života v 10 – 30 %, při koincidenci dvou stavů trombofilních toto riziko narůstá až na 75 % (Křepelka, 2013, s. 112 – 113).

### 3.3.3 Získané trombofilní stavy

Do získaných trombofilních stavů se uvádí systémový lupus erythematodes, chronické hepatopatie, maligní onemocnění, chronickou renální insuficienci a diabetes mellitus. Změny plazmatické, jejichž výsledkem je zvýšená APCr (rezistence na aktivovaný protein C), mohou být též získané. Výsledná trombofilie nejasné etiologie představuje nezávislý významný rizikový faktor rozvoje TEN (Křepelka, 2013, s. 113).

### 3.3.4 Imobilizace jako trombofilní stav

Dlouhodobá imobilizace, operační výkony, maligní onemocnění a gravidita patří ke zvláštním klinickým situacím. Typickým rizikovým faktorem HŽT je dlouhodobá imobilizace, jehož význam je užívatelkami hormonální kombinované antikoncepce podceňován (Křepelka, 2013, s. 115).

Imobilizace při traumatu dolních končetin je nejrizikovějším v tomto ohledu, kde se hluboká žilní trombóza vyskytuje u heparinovaných jedinců v 9,8 % a 17,1 % při absenci antikoagulační léčby. Riziko HŽT zvyšuje samotné prodloužené sezení (Křepelka, 2013, s. 115).

Syndrom turistické třídy je patrně nejvýznamnější z těchto faktorů, kdy vzniká HŽT v souvislosti s dlouhodobou imobilizací v průběhu cestování letadlem. Zcela není objasněn mechanismus vzniku hyperkoagulačního stavu během letu. Předpokládá se, že kromě samotné imobilizace hraje roli restrikce tekutin s následnou hemokonzentrací a hyperbarická hypoxie, která může aktivovat proces hemokoagulační (Křepelka, 2013, s. 115).

Rizikovým faktorem u mladých žen je často právě kombinovaná hormonální antikoncepce a hereditární trombofilie. Před rizikovým letem je vhodné uživatelku hormonální kombinované antikoncepce poučit o možnostech prevence tromboembolických komplikací, kterými zejména jsou aktivní pohyb každé 1–2 h, během sezení střídání flexe a extenze v hlezenních a kolenních kloubech, změny polohy, dostatečný příjem tekutin, vyloučení konzumace alkoholu, kouření a léků podporujících omezení pohybu (sedativa) a netěsnící oblečení (Křepelka, 2013, s. 116; Nouzová, 2010, s. 55).

### **3.4 Maligní nádory**

#### **3.4.1 Příčinný vliv hormonální antikoncepce a maligních nádorů**

Vývoj karcinomů byl dlouhou dobu spojován pouze s proliferačním účinkem estrogenů. Úzce spjat s metabolismem progesteronu je však metabolismus estrogenů. Aktivací progesteronových a estrogenových receptorů je řízena syntéza enzymů, které biotransformují steroidní hormony zodpovědné za lokální hladinu estrogenů a jejich aktivitu biologickou (Křepelka, 2013, s. 121).

Ženy, které v průběhu života užívaly hormonální antikoncepci proti ženám, které neužívali nikdy antikoncepci, trpěly méně často kolorektálních karcinomem, karcinomem endometria, ovaria a tumorem nejasného primárního ložiska. Tumory centrálního nervového systému a hypofýzy, karcinom děložního hrdla naopak neuživatelky měly oproti uživatelkám méně často. Současně bylo prokázáno, že orální kombinovaná antikoncepce není spjata s celkovým zvýšením nádorového rizika (Křepelka, 2013, s. 121).

#### **3.4.2 Karcinom prsu a hormonální antikoncepce**

Hormonální antikoncepce a karcinom prsu je pravděpodobně nejčastěji diskutován. Dosud nebyla prokázána žádná souvislost s celkovou dobou podávání, dávkou, typem progestinu a estrogeneru. Při užívání exogenních steroidů existují vrozené dispozice zvyšující riziko rozvoje karcinomu prsu. Ke zvýšenému riziku časného výskytu karcinomu prsu vede vysoká hladina růstového faktoru, který je spjat s vývojem objemných prsů. Nebylo však nalezeno snížení rizika ani zvýšení vývoje karcinomu prsu při užívání hormonální antikoncepce (Rob, 2008, s. 225; Křepelka, 2013, s. 123).

### **3.4.3 Karcinom děložního hrdla a hormonální antikoncepce**

U uživatelky kombinované orální antikoncepce pro karcinom děložního hrdla platí, že relativní riziko nádoru narůstá s dobou užívání antikoncepce a snižuje se po jejím vysazení. Od věku 20 – 30 let při desetiletém užívání antikoncepce se zvyšuje kumulativní celoživotní riziko karcinomu děložního hrdla (Křepelka, 2013, s. 124).

### **3.4.4 Tumory jater a hormonální antikoncepce**

S vývojem benigních jaterních adenomů je spjata kombinovaná orální antikoncepce. Denní dávkou estrogenů a dobou podávání kontraceptiva riziko koreluje. K historickým přípravkům hormonální antikoncepce s vysokou denní dávkou estrogenů se vztahuje většina údajů o jaterních adenomech. Vztah hormonální kombinované antikoncepce a rizika hepatocelulárního karcinomu je nejasný a výsledky studií kontroverzní (Křepelka, 2013, s. 124).

## **3.5 Endokrinní onemocnění**

### **3.5.1 Diabetes mellitus**

V České republice trpí diabetem přibližně každý dvanáctý obyvatel. Celkem 825 382 nemocných osob bylo evidováno v roce 2011, z toho bylo 27 901 žen s diabetem prvního typu a 403 012 žen s diabetem druhé typu (Křepelka, 2013, s. 128).

Současná moderní hormonální kombinovaná kontraceptiva nezvyšují riziko rozvoje diabetu u zdravých žen bez přítomnosti známých rizikových faktorů, jejich klinický význam je v tomto smyslu nulový. Ani u žen s diabetem moderní kombinovaná kontraceptiva neovlivňují negativně glukózový metabolismus. Ženy diabetičky užívají hormonální antikoncepci méně často než ženy zdravé. Jsou ohroženy více však nežádoucí graviditou a jejími zdravotními riziky (Křepelka, 2013, s. 128).

Hormonální kombinovaná antikoncepce není kontraindikována u žen s diabetem a mělo by být omezeno na jinak zdravé ženy, nekuřačky mladší 35 let bez vaskulárních komplikací diabetu, jakými je retinopatie, hypertenze, nefropatie a další orgánové cévní poruchy. Je doporučováno monitorování glykémie, eventuálně glykosylovaného hemoglobinu (Křepelka, 2013, s. 128; Čepický, 2002, s. 76).



### 3.5.2 Porucha štítné žlázy

Velmi častou endokrinopatií je onemocnění štítné žlázy. 0,5 případů na 1000 obyvatel s věkovým maximem 20 – 40 let je výskyt hypertyreózy. Vysoká prevalence onemocnění štítné žlázy ve fertilním věku u žen je významná pro správné poradenství při výběru vhodné antikoncepční metody. Kombinovaná hormonální antikoncepce i progestagenní nepředstavuje žádné specifické riziko pro ženy s onemocněním štítné žlázy a má dokonce určitý ochranný účinek. Potenciální vliv estrogenů exogenních nezhoršuje průběh onemocnění štítné žlázy a ani nevyžaduje vyšší dávkování hormonů štítné žlázy při substituci hypotyreotických žen (Křepelka, 2013, s. 129 – 130; Čepický, 2002, s. 76).

### 3.6 Ovlivnění plodnosti

Za předpokladu vysoké míry compliance jsou metody hormonální antikoncepce ve všech formách podávání vhodnou metodou pro adolescentní uživatelky. Splňuje požadavky na vysokou spolehlivost, při respektování kontraindikací je bezpečná. Po vysazení nastává rychlé obnovování plodnosti (Křepelka, 2013, s. 76).

Kombinovaná hormonální kontracepce neovlivňuje negativně budoucí plodnost žen. Pouze vysoké denní dávky EE užívané v minulosti k léčbě konstitučně nadměrné tělesné výšky dívek mohou zhoršit plodnost akcelerací folikulární atrezie. Běžně užívané denní dávky EE mezi 15 – 50 µg však tento účinek nevykazují (Křepelka, 2013, s. 76).

### 3.7 Neantikoncepční výhody kombinované hormonální antikoncepce

Kontracepce hormonální představuje významný pilíř ochrany reprodukčního zdraví, neboť spolu s prevencí nechtěné gravidity jako takové současně eliminuje zdravotní rizika s těhotenstvím spojená. Potenciálně letální mohou být tato rizika, jak je tomu i například u ektopické gravidity. K nechtěné graviditě se vztahuje prevence nežádoucího těhotenství a je současně prevencí širokého komplexu psychosociálních poruch (Křepelka, 2013, s. 137).

Kontracepce hormonální však přináší i celou řadu výhod nekontracepčních, které jsou přidanou hodnotou ovlivňující výběr konkrétního přípravku, či dokonce motivují k terapeutické indikaci kontraceptiva. Účinky nekontracepční jsou spojeny jednak se změnami, které jsou vázány na supresi ovulace, dále pak se specifickým účinkem na úrovni receptorů pro steroidní hormony. Čistě progestagenní metody antikoncepce snižují intenzitu děložní-

ho krvácení v případech dysfunkčního děložního krvácení i krvácení z organických či extragenitálních příčin. Pro léčbu endometriózy a adenomyózy mají terapeutický potenciál (Křepelka, 2013, s. 137).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA PRÁCE

Empirická část bakalářské práce obsahuje zpracování a následné vyhodnocení dotazníkového šetření.

### 4.1 Cíle práce

1. Zjistit informovanost žen o rizicích hormonální kontracepce.
2. Zjistit nežádoucí účinky při užívání hormonální kontracepce.
3. Zjistit informovanost žen o hormonální antikoncepci.

### 4.2 Užitá metoda výzkumu

Výzkumné šetření bylo realizováno metodou kvantitativní. Šetření bylo uskutečněno formou anonymního dotazníku (příloha P I), který obsahuje 17 položek, na které respondentky odpovídaly formou uzavřených, polouzavřených a otevřených odpovědí. Dotazník je zaměřen na informovanost žen o hormonální antikoncepci, ale především o rizicích, které způsobuje. Distribuce dotazníků probíhala v elektronické formě. U pěti položek mohly respondentky zvolit více odpovědí. Každá položka v dotazníku byla zpracována do podoby tabulky, grafu a slovního komentáře. Relativní četnost je v tabulkách a grafech zaokrouhlena na jedno desetinné místo.

Výzkum probíhal online přes internet na serveru survio.com. Celkem bylo rozdáno 118 dotazníků v elektronické podobě. Návratnost dotazníků byla 84,7 %, z čehož 18 elektronických dotazníků nebylo kompletně vyplněno, proto musely být ze statistického zpracování vyřazeny. Celkem bylo zpracováno 100 dotazníků (84,7 % z celkového počtu rozdaných dotazníků). Otázky byly seřazeny podle stanovených cílů. Položka č. 1 – 5 se zabývala věkem žen, zda ženy užívaly hormonální kontracepci, jak dlouho, z jakého důvodu začaly užívat hormonální antikoncepci a v jaké formě ji užívaly. Další položky č. 6 – 9 zjišťovaly informovanost žen o rizicích hormonální kontracepce. Položky č. 10 – 13 se zabývaly zdravotními problémy, které u žen při užívání hormonální kontracepce vznikly. Poslední položky č. 14 – 17 zjišťovaly vědomosti žen o složení hormonální kontracepce a z jakých zdrojů čerpají informace.

### 4.3 Charakteristika souboru

K zajištění dostatečného počtu respondentek, byl výběr výzkumného vzorku záměrný.

Dotazník byl určen těhotným ženám. Průměrný věk respondentek byl 27 let, přičemž nejmladší respondentce bylo 20 let a nejstarší 41 let.

## 5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

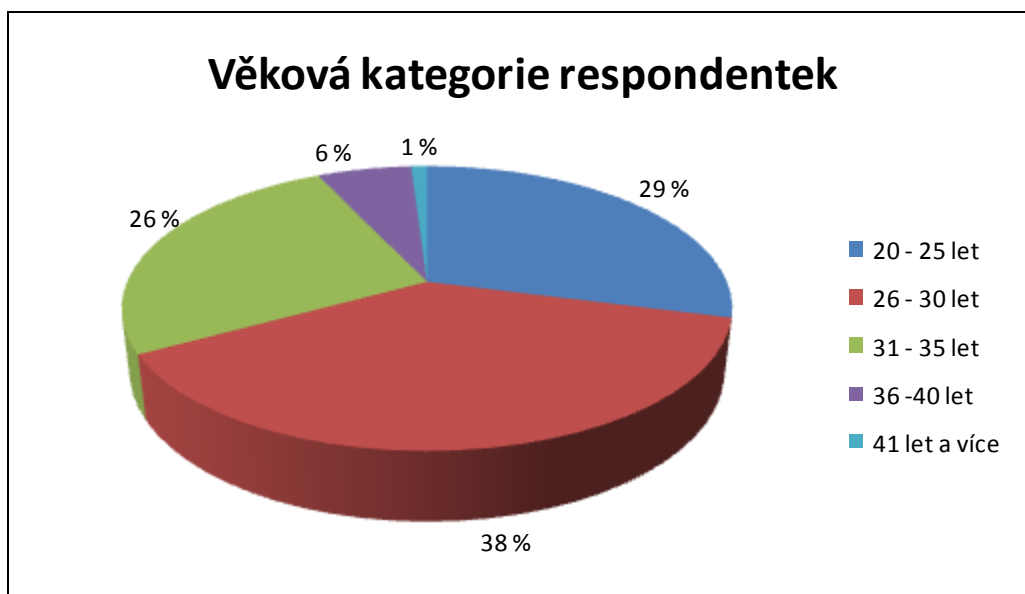
*Položka číslo 1: Kolik Vám je let?*

**Tabulka 1:** Věková kategorie respondentek.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Méně než 20 let</i>	0	0 %
<i>20 – 25 let</i>	29	29 %
<i>26 – 30 let</i>	38	38 %
<i>31 – 35 let</i>	26	26 %
<i>36 – 40 let</i>	6	6 %
<i>41 let a více</i>	1	1 %
<i>Celkem</i>	100	100 %

*Zdroj: vlastní*

**Graf 1:** Věková kategorie respondentek.



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:** Analýzou dat bylo zjištěno, že nejpočetnější skupina v zastoupení 38 %, byla tvořena ženami ve věku 26 – 30 let. Věk 20 – 25 let uvedlo 29 % žen, 26 % dotazovaných žen byla ve věku 31 – 35 let, 6 % žen uvedlo svůj věk v rozmezí 36 – 40 let. Pouze jedna z dotazovaných žen uvedla svůj věk 41 let a více (1 %).

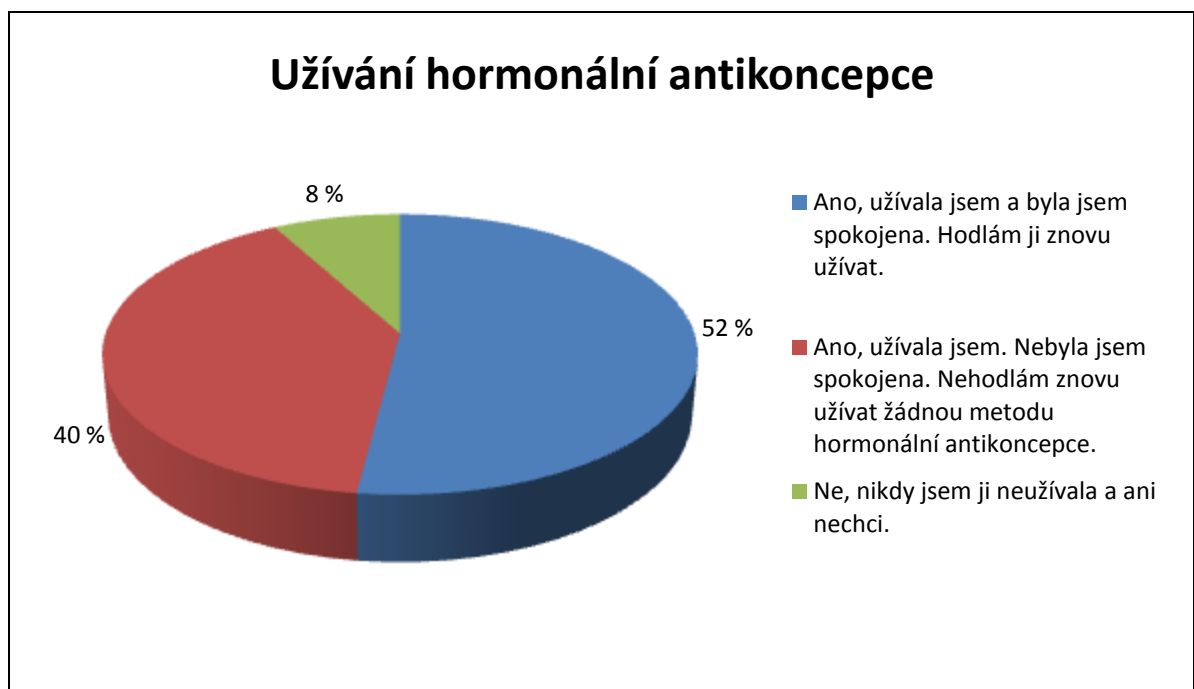
*Položka číslo 2: Užívala jste hormonální antikoncepci?*

**Tabulka 2:** Užívání hormonální antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Ano, užívala jsem a byla jsem spokojena. Hodlám ji znovu užívat.</i>	52	52 %
<i>Ano, užívala jsem. Nebyla jsem spokojena. Nehodlám znovu užívat žádnou metodu hormonální antikoncepce.</i>	40	40 %
<i>Ne, nikdy jsem neužívala a ani nechci.</i>	8	8 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf 2:** Užívání hormonální antikoncepce.



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:** Z výsledku průzkumu vyplývá, že 52 % respondentek užívalo hormonální antikoncepci, byly spokojeny a budou ji znovu užívat. Dále 41 % dotazovaných žen užívaly hormonální antikoncepci, ale nebyly spokojeny a nebudou ji užívat. Nikdy neužívalo hormonální antikoncepci 7 % žen.

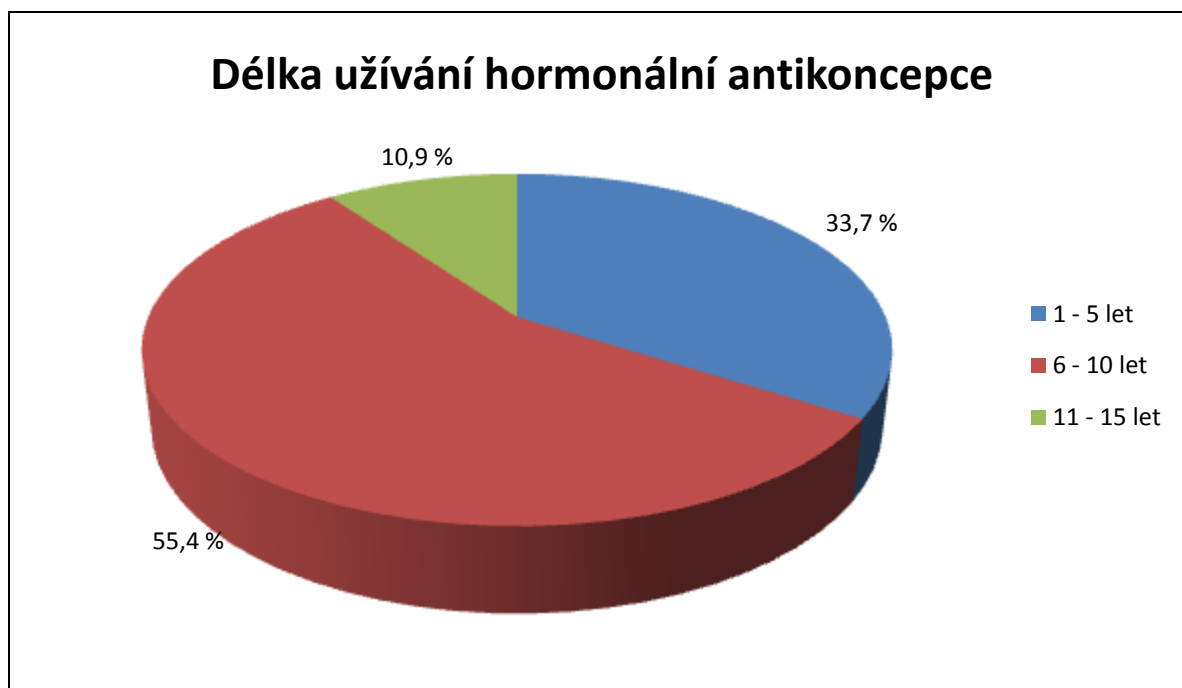
*Položka číslo 3: Pokud ano, jak dlouho?*

**Tabulka 3:** Délka užívání hormonální antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – 5 let	31	33,7 %
6 – 10 let	51	55,4 %
11 – 15 let	10	10,9 %
16 let a více	0	0 %
Celkem	92	100 %

*Zdroj: vlastní*

**Graf 3:** Délka užívání hormonální antikoncepce.



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:** Z průzkumu vyplývá, že nejvíce respondentek, a to 55,4 %, užívalo hormonální antikoncepci v rozmezí 6 – 10 let. Dále 33,7 % byly ženy, které užívaly hormonální antikoncepci v rozmezí 1 – 5 let, 10,9 % respondentek užívaly hormonální antikoncepci v rozmezí 11 – 15 let.



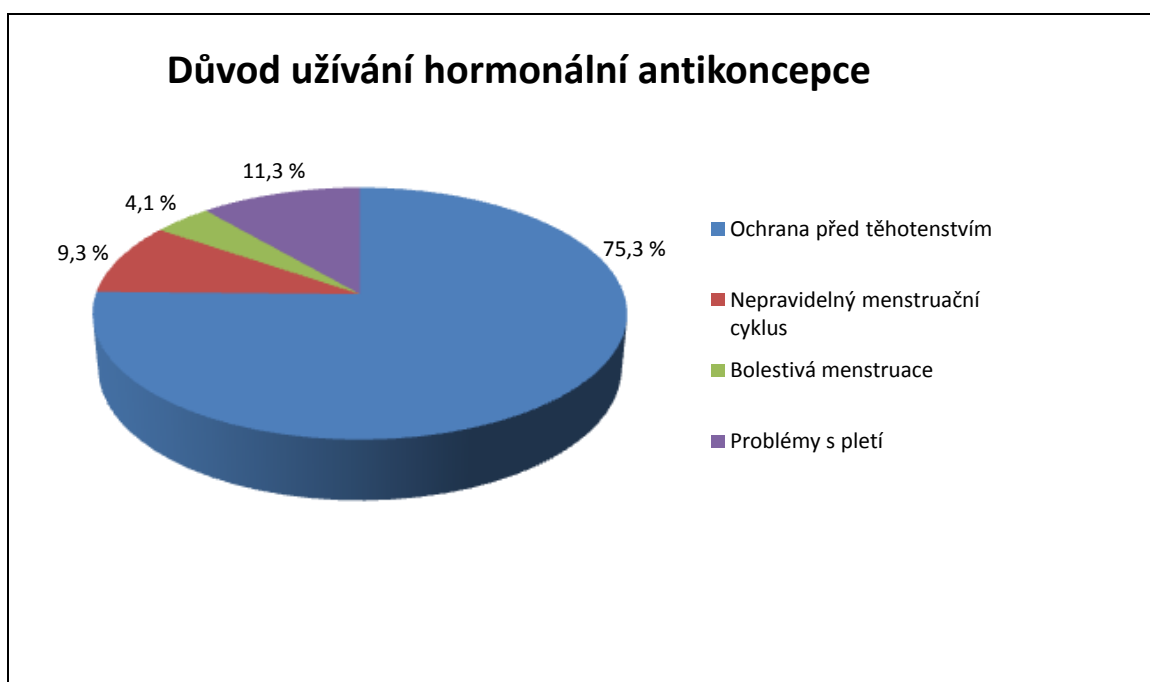
*Položka číslo 4: Z jakého důvodu jste začala užívat hormonální antikoncepci?*

**Tabulka 4:** Důvod užívání hormonální antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Ochrana před těhotenstvím</i>	73	75,3 %
<i>Nepravidelný menstruační cyklus</i>	9	9,3 %
<i>Bolestivá menstruace</i>	4	4,1 %
<i>Problémy s pletí</i>	11	11,3 %
<i>Jiné</i>	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>97</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf 4:** Důvod užívání hormonální antikoncepce.



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:** Na otázku mohly respondentky zvolit více odpovědí. Celkem bylo 97 (100 %) odpovědí. Analýzou dat bylo zjištěno, že 75,3 % žen užívalo hormonální antikoncepci jako ochranu před těhotenstvím. Problémy s pletí jako důvod užívání uvedlo 11,3 % dotazovaných žen. Nepravidelný menstruační cyklus uvedlo 9,3 % žen. Užívání hormonální antikoncepce z důvodu bolestivé menstruace uvedlo 4,1 % respondentek.

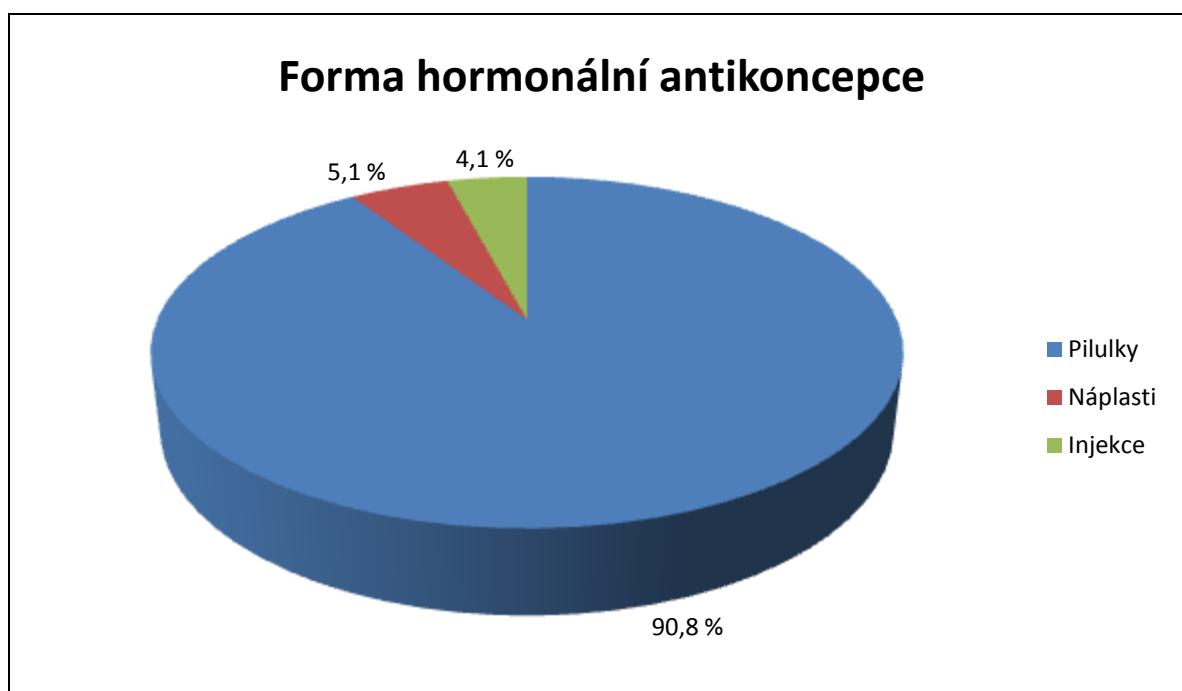
*Položka číslo 5: Hormonální antikoncepci jsem využívala ve formě?*

**Tabulka 5:** Forma hormonální antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Pilulky</i>	89	90,8 %
<i>Náplasti</i>	5	5,1 %
<i>Injekce</i>	4	4,1 %
<i>Podkožní implantáty</i>	0	0 %
<i>Jiné</i>	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>98</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf 5:** Forma hormonální antikoncepce.



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:** Na otázku mohly respondentky zvolit více odpovědí. Celkem bylo 98 (100 %) odpovědí. Provedenou analýzou bylo zjištěno, že nejčastější užívanou formou hormonální antikoncepce jsou pilulky 90,8 %, 5,1 % žen užívalo hormonální antikoncepci ve formě náplastí. Injekční formu označily 4,1 % dotazovaných žen.

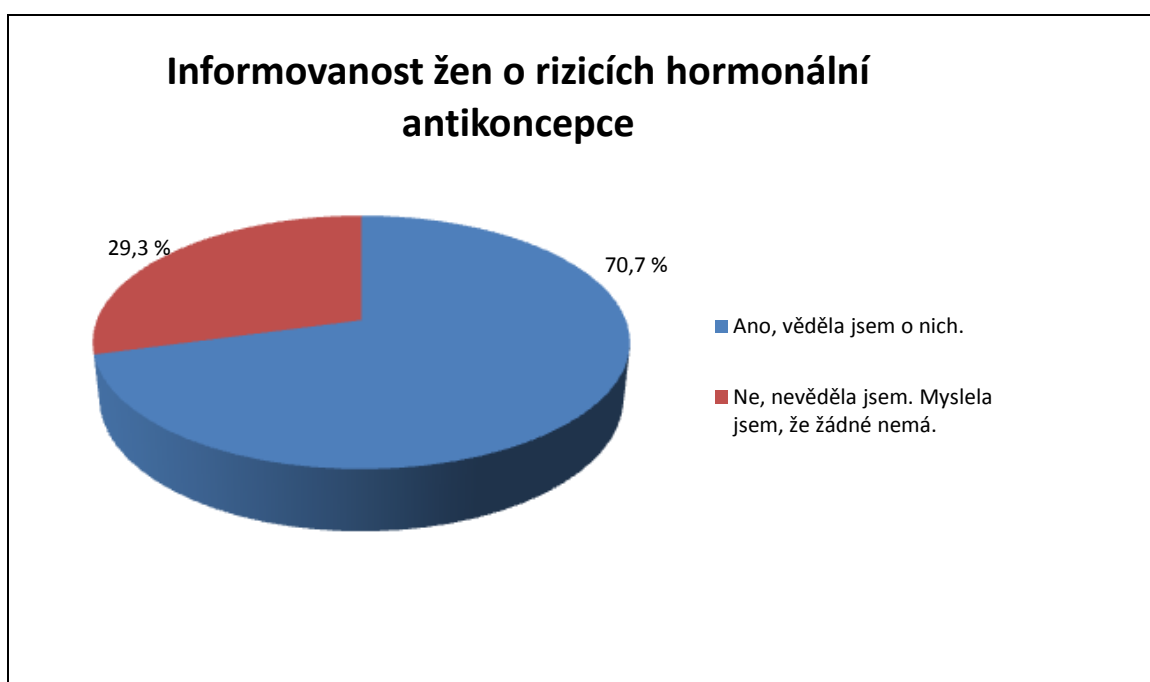
*Položka číslo 6: Věděla jste před užíváním hormonální antikoncepce o rizicích, které může způsobit?*

**Tabulka 6:** Informovanost žen o rizicích hormonální antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Ano, věděla jsem o nich.</i>	65	70,7 %
<i>Ne, nevěděla jsem. Myslela jsem, že žádné nemá.</i>	27	29,3 %
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf 6:** Informovanost žen o rizicích hormonální antikoncepce.



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:** Z průzkumu vyplývá, že 70,7 % žen vědělo o rizicích, 29,3 % respondentek nevědělo o rizicích hormonální antikoncepce a myslely si, že žádné nemá.

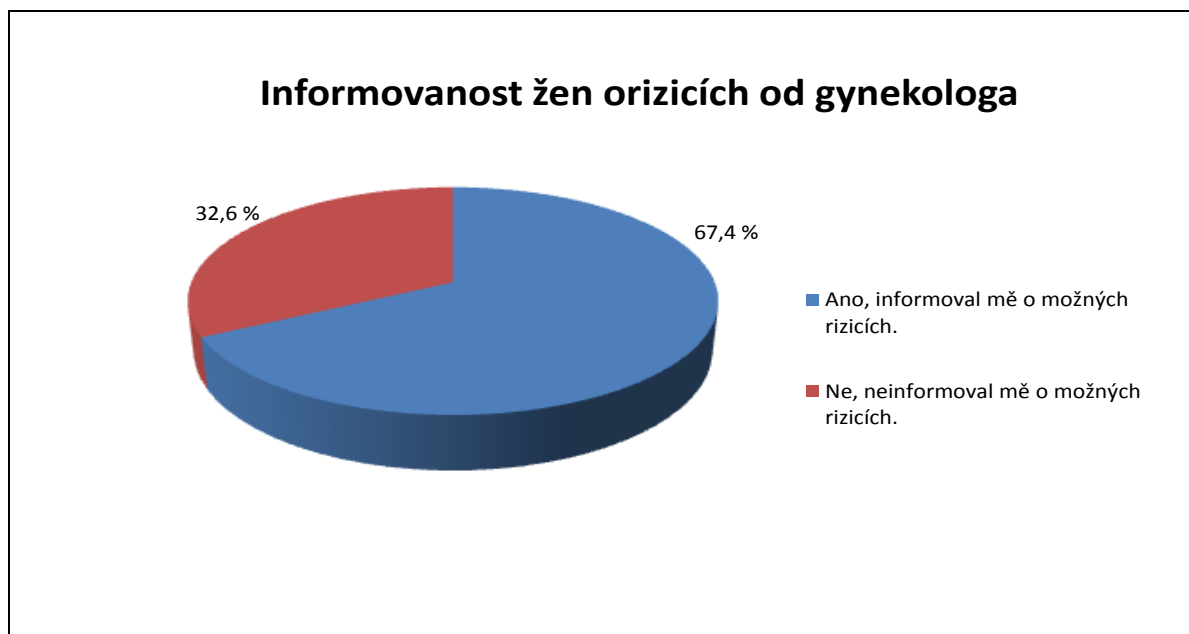
*Položka číslo 7: Informoval Vás gynekolog o těchto rizicích?*

**Tabulka 7:** Informovanost žen o rizicích od gynekologa.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Ano, informoval mě o možných rizicích.</i>	62	67,4 %
<i>Ne, neinformoval mě o možných rizicích.</i>	30	32,6 %
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf 7:** Informovanost žen o rizicích od gynekologa.



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:** Analýzou dat bylo zjištěno, že 67,4 % žen bylo informováno svým gynekologem o rizicích hormonální antikoncepce. Gynekologem nebylo informováno o rizicích hormonální antikoncepce 32,6 % dotazovaných žen.

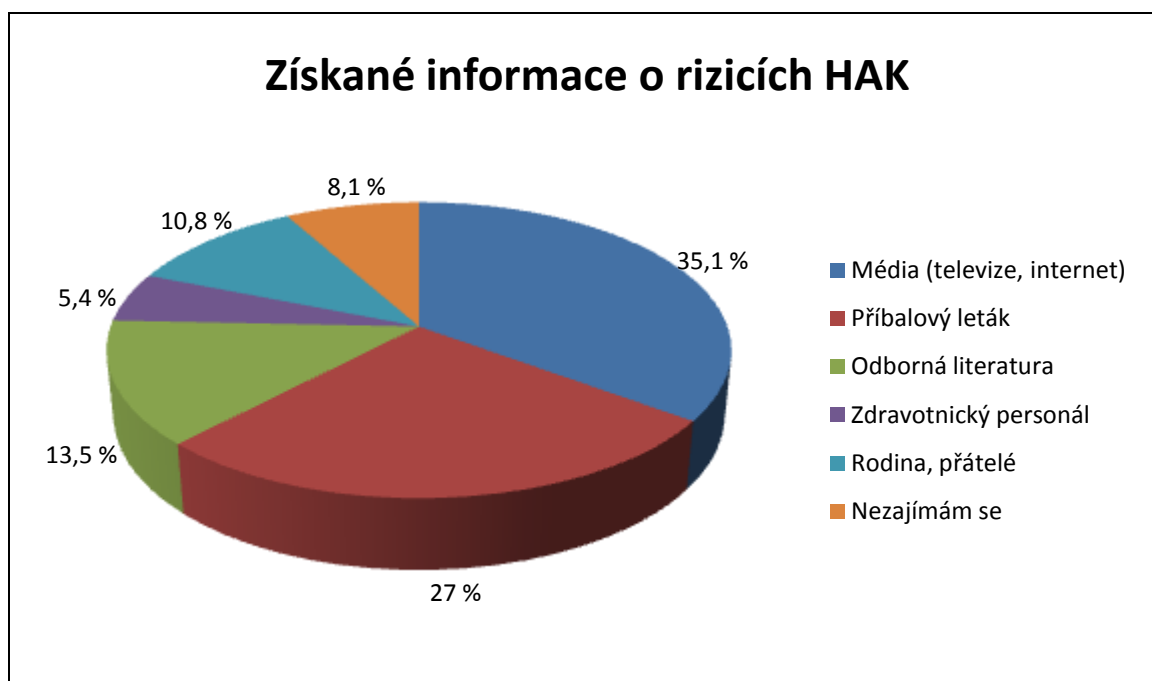
*Položka číslo 8: Pokud ne, kdy jste se tyto informace dozvěděla?*

**Tabulka 8:** Získané informace o rizicích HAK.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Média (televize, internet)</i>	13	35,1 %
<i>Příbalový leták</i>	10	27 %
<i>Odborná literatura</i>	5	13,5 %
<i>Zdravotnický personál</i>	2	5,4 %
<i>Rodina, přátelé</i>	4	10,8 %
<i>Nezajímám se</i>	3	8,1 %
<i>Jiné</i>	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf 8:** Získané informace o rizicích HAK.



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:** Otázky se zúčastnilo 30 respondentek, které v otázce číslo 7 uvedly, že nebyly informovány gynekologem o rizicích hormonální antikoncepce. Dotazované ženy mohly zvolit více odpovědí. Celkem bylo 37 (100 %) odpovědí. Z analýzy dat bylo vyzkoumáno, že nejvíce žen se o rizicích dozvědělo z médií a to 13 (35,1 %), z příbalového letáku 10 (27 %) žen, z odborné literatury čerpá informace 5 (13,5 %) žen. Informace od zdravotnického personálu uvedla 1 (5,4 %) žena. Od rodiny a přátel získávají informace

3 (10,8 %) z dotazovaných žen. Informace o rizicích hormonální antikoncepce si nezjišťuje 8,1 % respondentek.

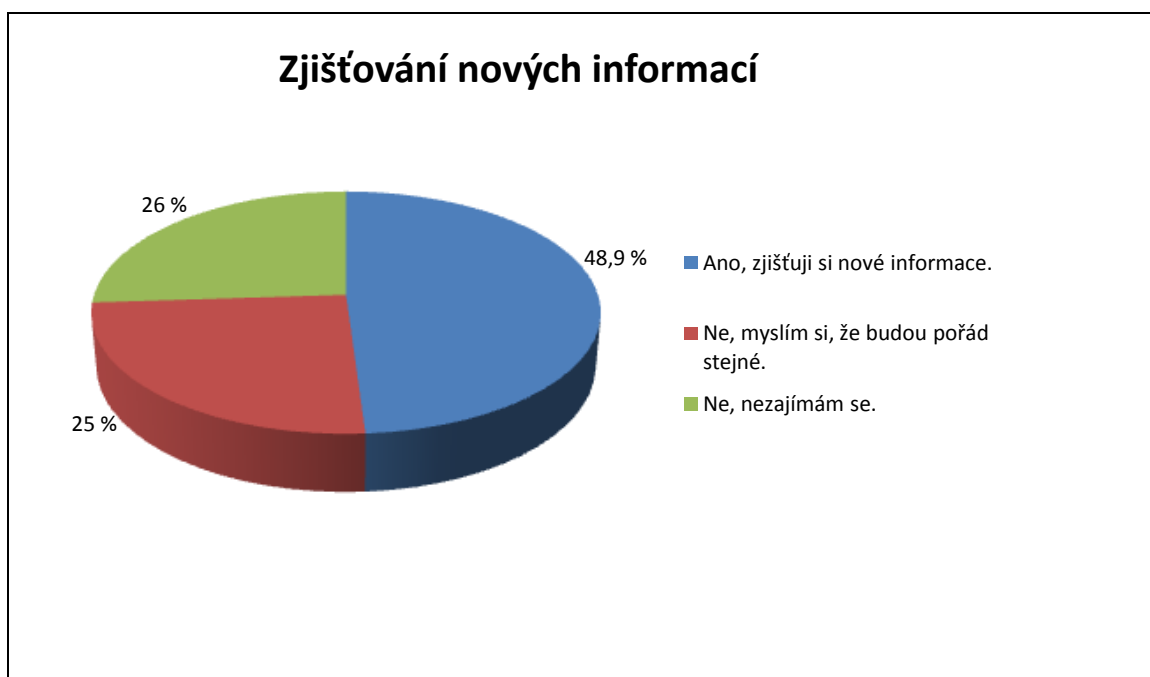
*Položka číslo 9: Zjišťujete si nové informace o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce?*

**Tabulka 9:** Zjišťování nových informací.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Ano, zjišťuji si nové informace.</i>	45	48,9 %
<i>Ne, myslím si, že budou pořád stejné.</i>	23	25 %
<i>Ne, nezajímám se.</i>	24	26 %
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf 9:** Zjišťování nových informací.



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:** Analýzou dat bylo zjištěno, že 48,9 % žen, si zjišťuje nové informace, 25 % respondentek uvedlo ne a myslí si, že nežádoucí účinky hormonální antikoncepce budou pořád stejné. O nové informace se nezajímá 26 % dotazovaných žen.

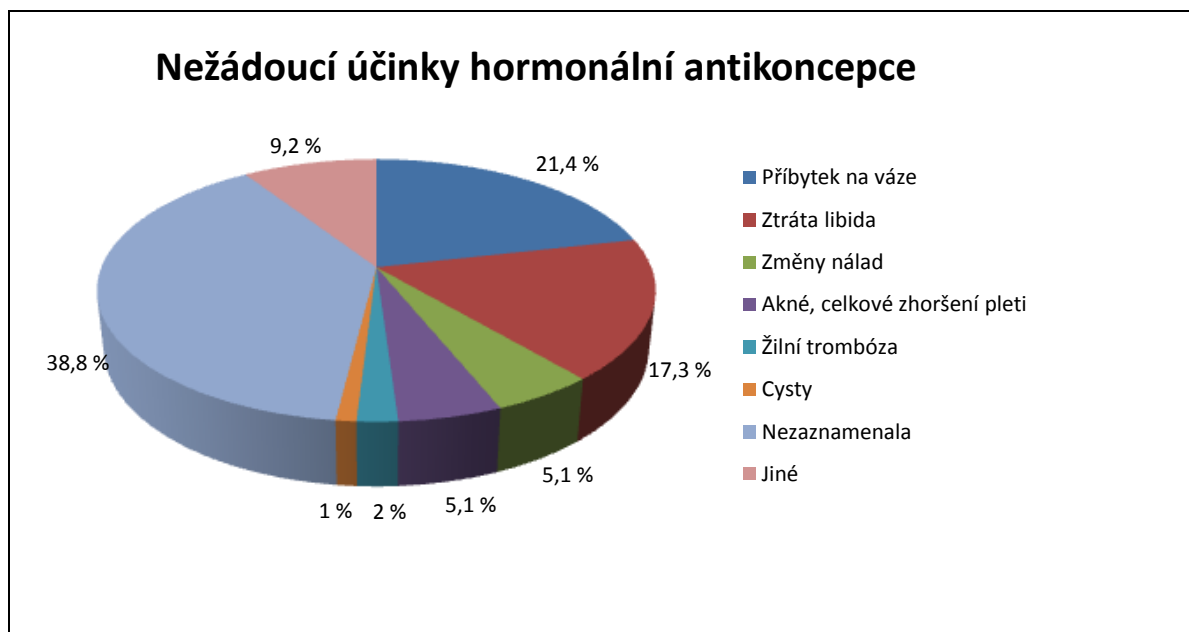
*Položka číslo 10: Jaké nežádoucí účinky jste zaznamenala u Vámi užívané hormonální antikoncepční metody?*

**Tabulka 10:** Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce.

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Příbytek na váze</i>	21	21,4 %
<i>Ztráta libida</i>	17	17,3 %
<i>Změny nálad</i>	5	5,1 %
<i>Akné, celkové zhoršení pleti</i>	5	5,1 %
<i>Žilní trombóza</i>	2	2 %
<i>Cysty</i>	1	1 %
<i>Arteriální trombóza</i>	0	0 %
<i>Nezaznamenala</i>	38	38,8 %
<i>Jiné</i>	9	9,2 %
<b>Celkem</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf 10:** Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce.



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:** Na otázku mohly respondentky zvolit více odpovědí. Celkem bylo 98 (100 %) odpovědí. Po provedení výzkumu se ukázalo, že 38,8 % žen nezaznamenalo žádný nežádoucí účinek. Dále 21,4 % dotazovaných žen zaznamenalo během užívání hormonální antikoncepce příbytek na váze. Ztráta libida, byla u 17,3 % žen. Změny nálad uvedlo 5,1 % respondentek. Akné a celkové zhoršení pleti se objevilo u 5,1 % žen. Žilní



trombózu prodělalo 2 % dotazovaných žen. Jedna žena uvedla (1 %) jako problém vznik cyst, 9 (9,2 %) dotazovaných žen jako jiné uvedlo: krvácení mimo cyklus, celkové cévní problémy, migrény a časté záněty.

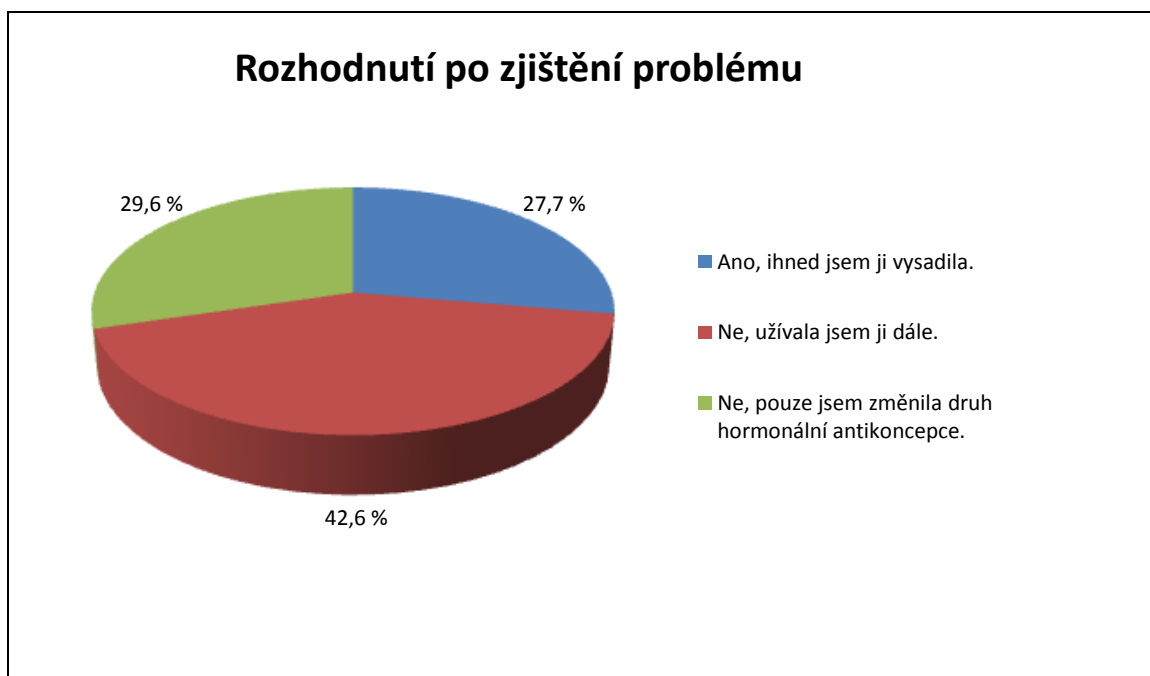
*Položka číslo 11: Rozhodla jste se po zjištění problému vysadit hormonální antikoncepci?*

**Tabulka 11:** Rozhodnutí po zjištění problému.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Ano, ihned jsem ji vysadila.</i>	15	27,7 %
<i>Ne, užívala jsem ji dále.</i>	23	42,6 %
<i>Ne, pouze jsem změnila druh hormonální antikoncepce.</i>	16	29,6 %
<b>Celkem</b>	<b>54</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf 11:** Rozhodnutí po zjištění problému.



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:** Otázky se zúčastnilo 54 (100 %) dotazovaných žen, které u sebe zaznamenaly nežádoucí účinky hormonální antikoncepce. Ihned vysadilo hormonální antikoncepci 27,7 % respondentek, 42,6 % žen ji užívalo nadále. Druh hormonální antikoncepce změnilo 29,6 % žen.

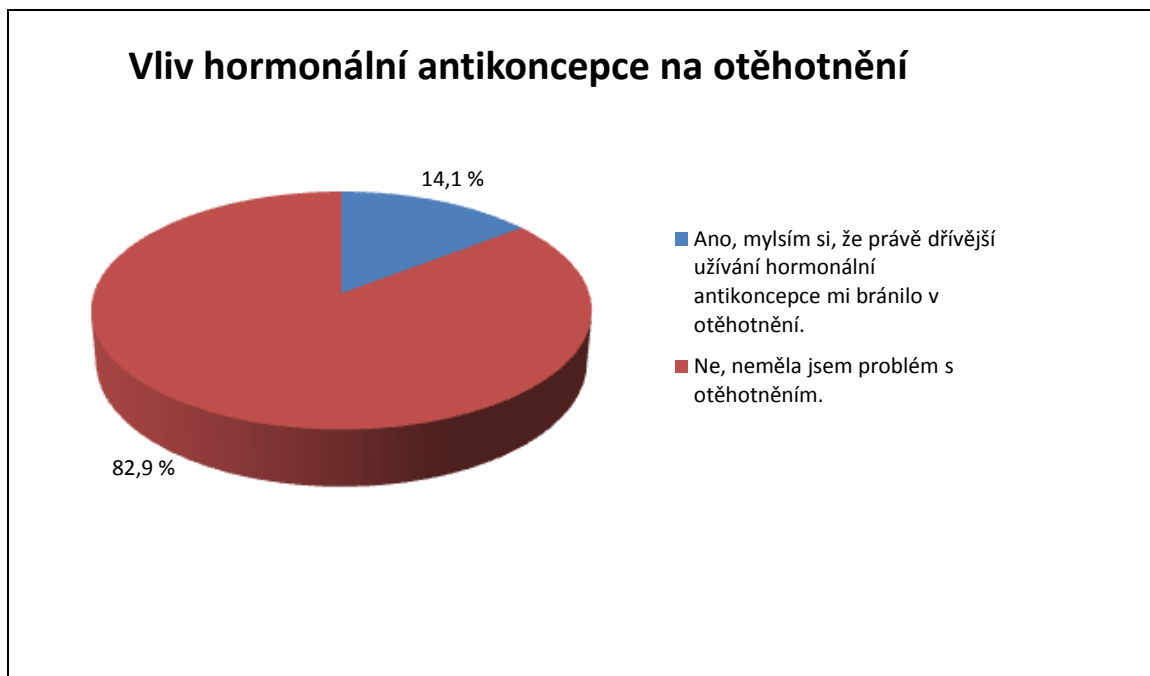
*Položka číslo 12: Pokud jste užívala hormonální antikoncepci, byla problémem pro vaše otěhotnění?*

**Tabulka 12:** Vliv hormonální antikoncepce na otěhotnění.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Ano, myslím si, že právě dřívější užívání hormonální antikoncepce mi bránilo v otěhotnění.</i>	12	14,1 %
<i>Ne, neměla jsem problém s otěhotněním.</i>	79	85,9 %
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf 12:** Vliv hormonální antikoncepce na otěhotnění.



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:** Analýzou dat bylo zjištěno, že 14,1 % žen mělo problém s otěhotněním, 82,9 % dotazovaných žen nemělo problém otěhotnět.

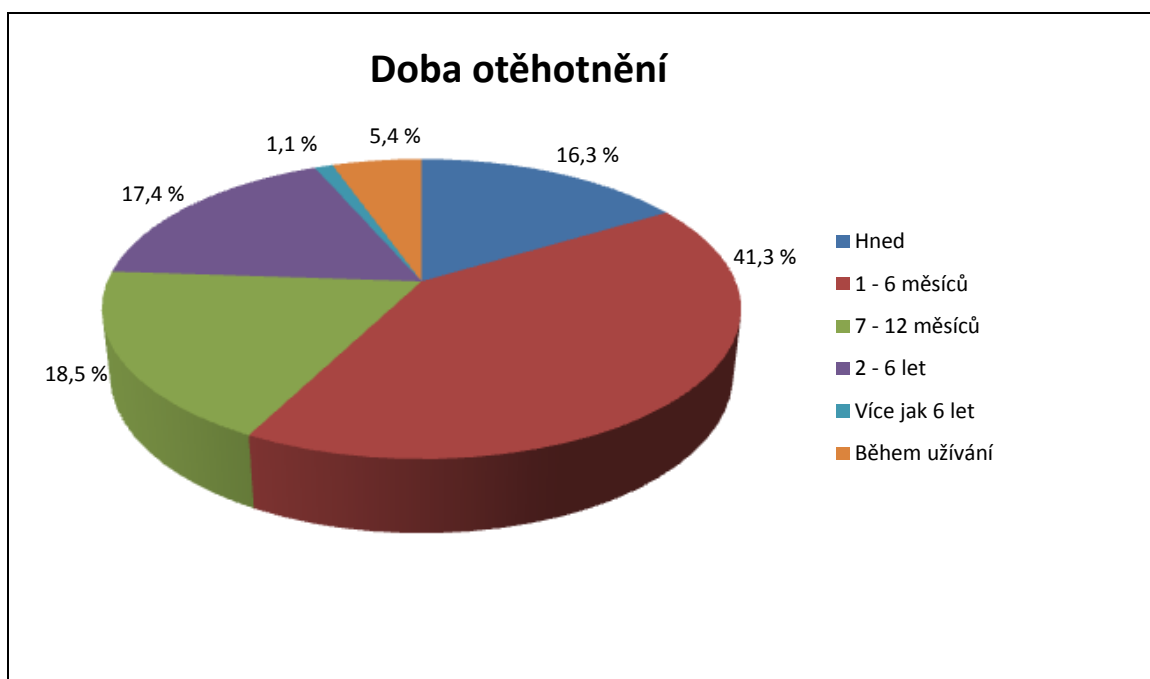
*Položka číslo 13: Za jakou dobu po vysazení hormonální antikoncepce jste otěhotněla?*

**Tabulka 13:** Doba otěhotnění.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Hned</i>	15	16,3 %
<i>1 – 6 měsíců</i>	38	41,3 %
<i>7 – 12 měsíců</i>	17	18,5 %
<i>2 – 6 let</i>	16	17,4 %
<i>Více jak 6 let</i>	1	1,1 %
<i>Během užívání</i>	5	5,4 %
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf 13:** Doba otěhotnění.



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:** Z výsledku analýzy vyplývá, že 41,3 % žen otěhotnělo do 6 měsíců, 18,5 % respondentek otěhotnělo do jednoho roku po vysazení hormonální antikoncepce. Do 6 let otěhotnělo 17,4 %, 16,3 % žen otěhotnělo ihned po vysazení hormonální antikoncepce. Během užívání hormonální antikoncepce otěhotnělo 5,4 % dotazovaných žen. Více jak 6 let, uvedla jedna žena (1,1 %).

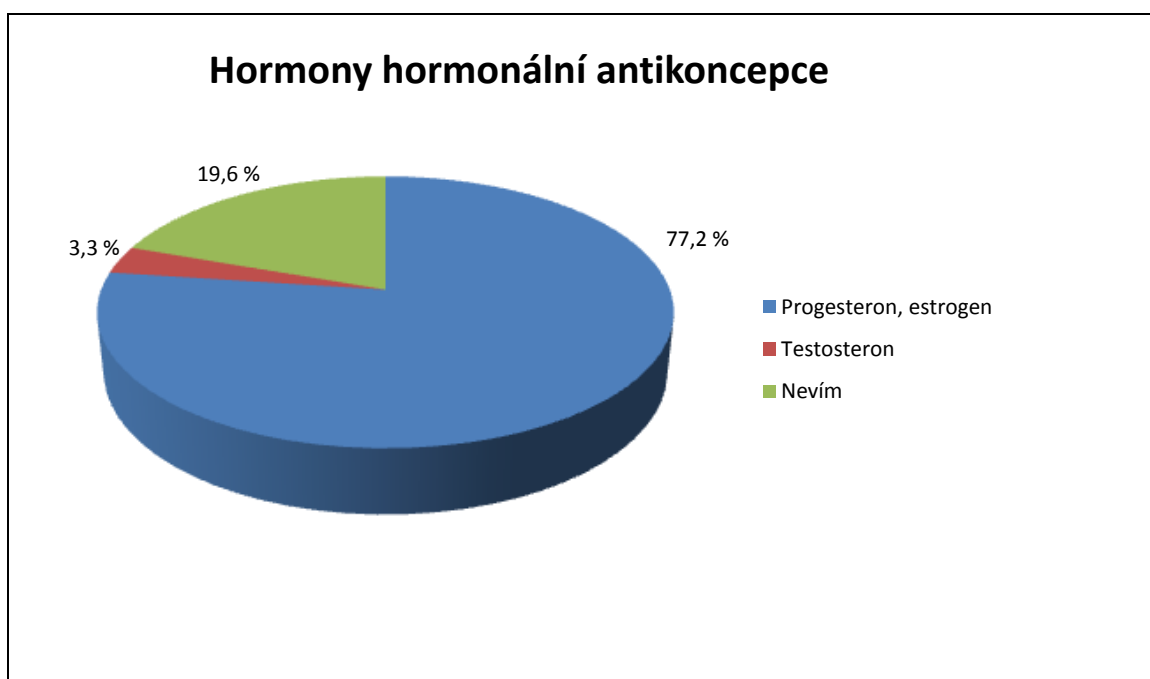
*Položka číslo 14: Jaké základní hormony hormonální antikoncepce obsahuje?*

**Tabulka 14:** Hormony hormonální antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Progesteron, estrogen</i>	71	77,2 %
<i>Testosteron</i>	3	3,3 %
<i>Nevím</i>	18	19,6 %
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf 14:** Hormony hormonální antikoncepce.



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:** Po provedeném výzkumném šetření označilo 77,2 % žen, jako hormony obsažené v hormonální antikoncepci progesteron a estrogen, 19,6 % dotazovaných žen nevědělo, jaké hormony jsou obsaženy v hormonální antikoncepci. Testosteron označilo 3,3 % žen.

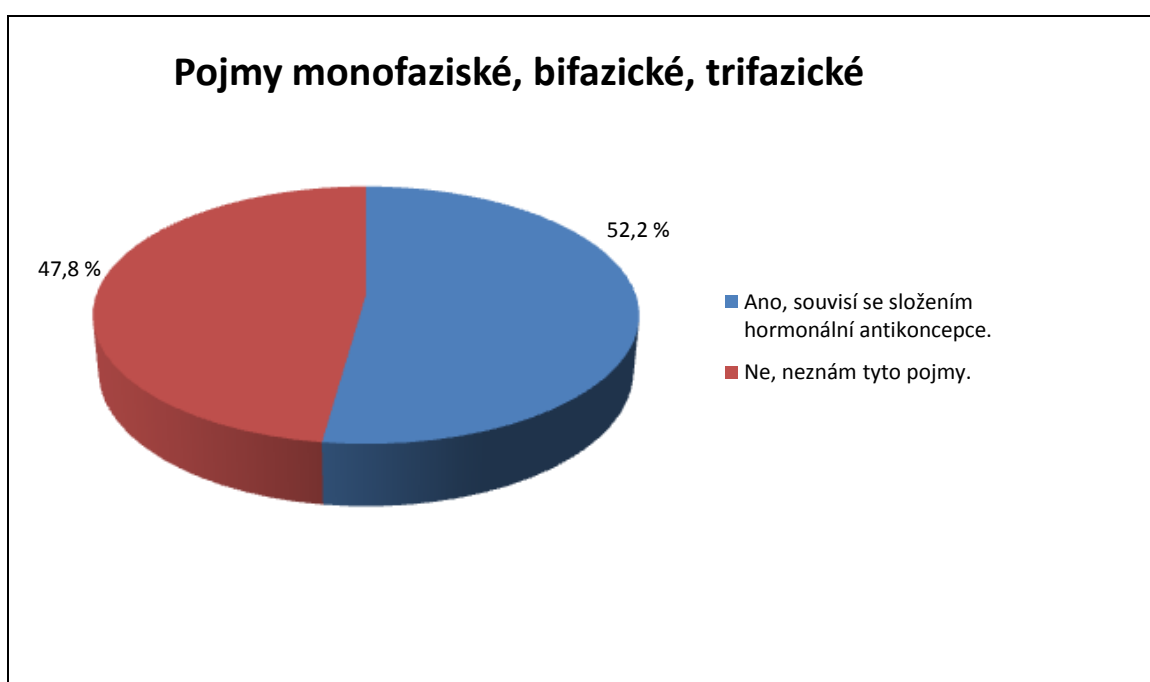
*Položka číslo 15: Znáte pojmy monofazické, bifazické a trifazické?*

**Tabulka 15:** Pojmy monofazické, bifazické, trifazické.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Ano, souvisí se složením hormonální antikoncepce.</i>	48	52,2 %
<i>Ne, nespojuje s hormonální antikoncepcí.</i>	0	0 %
<i>Ne, neznám tyto pojmy.</i>	44	47,8 %
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf 15:** Pojmy monofazické, bifazické, trifazické.



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:** Analýzou dat bylo zjištěno, že 52,2 % dotazovaných žen, souhlasilo s tvrzením, že tyto pojmy souvisí se složením hormonální antikoncepce. Tyto tři pojmy nezná 47,8 %.

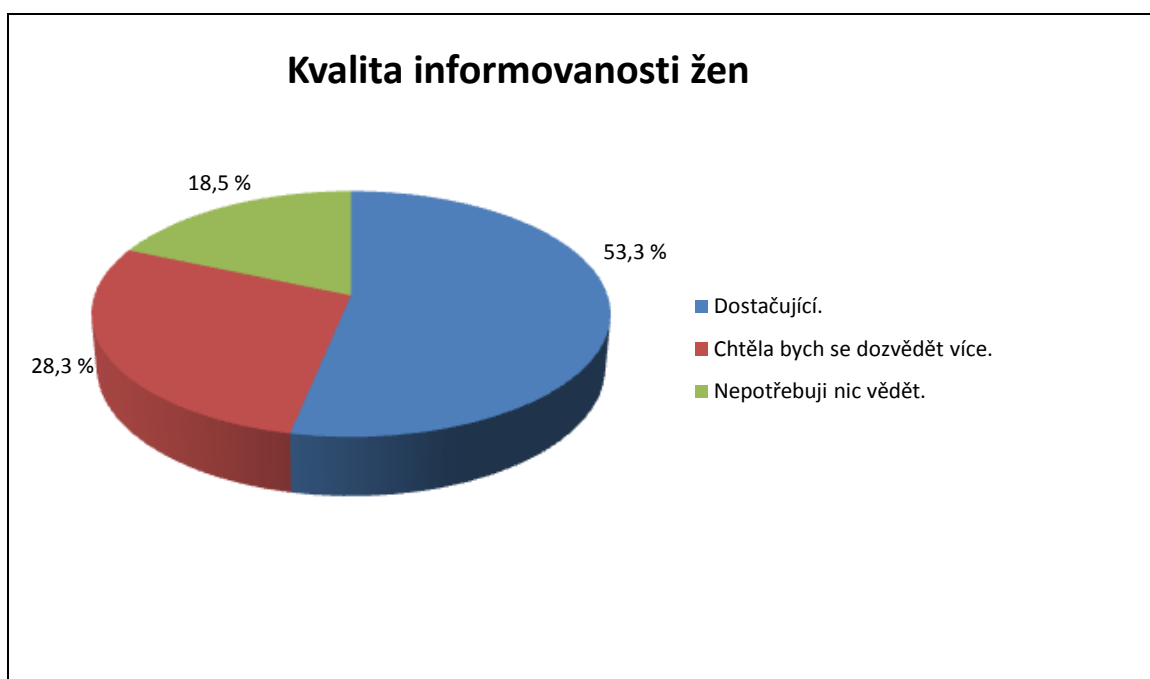
*Položka číslo 16: Myslíte si, že Vaše informace o hormonální antikoncepci jsou:*

**Tabulka 16:** Kvalita informovanosti žen.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Dostačující.</i>	49	53,3 %
<i>Chtěla bych se dozvědět více.</i>	26	28,3 %
<i>Nepotřebuji nic vědět.</i>	17	18,5 %
<b>Celkem</b>	<b>92</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf 16:** Kvalita informovanosti žen.



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:** Po provedeném výzkumu se ukázalo, že dostačující informace má 53,3 % dotazovaných žen. Více informací by se chtělo dozvědět 28,3 % respondentek. Žádné informace o hormonální antikoncepci nepotřebuje vědět 18,5 % žen.

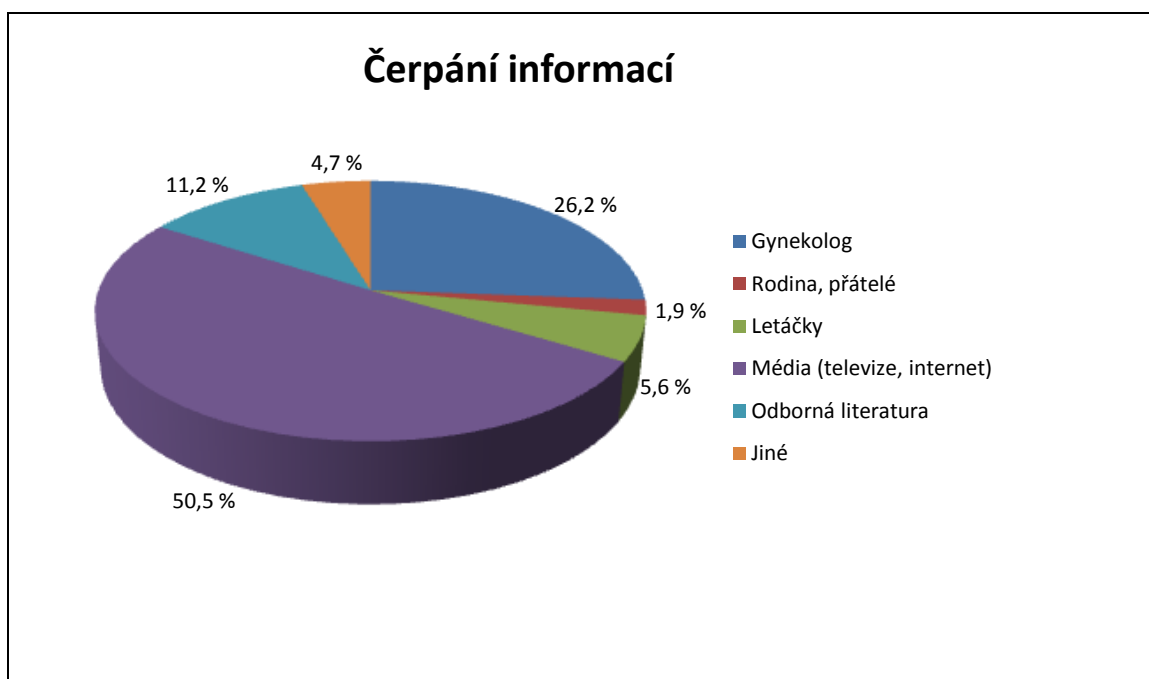
*Položka číslo 17: Kde čerpáte informace o hormonální antikoncepci?*

**Tabulka 17:** Čerpání informací.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Gynekolog</i>	28	26,2 %
<i>Rodina, přátelé</i>	2	1,9 %
<i>Letáčky</i>	6	5,6 %
<i>Média (televize, internet)</i>	54	50,5 %
<i>Odborná literatura (knihy, časopisy)</i>	12	11,2 %
<i>Jiné</i>	5	4,7 %
<b>Celkem</b>	<b>107</b>	<b>100 %</b>

*Zdroj: vlastní*

**Graf 17:** Čerpání informací.



*Zdroj: vlastní*

**Komentář:** Na otázku mohly respondenty zvolit více odpovědí. Celkem bylo 107 (100 %) odpovědí. Odpovídalo 92 respondentek, 50,5 % žen získává informace z médií, 26,2 % dotazovaných žen získává informace od gynekologa. Z odborné literatury čerpá informace 11,2 % žen, 5,6 % žen z letáčků, 4,7 % uvedlo jako jiné, že nečerpají informace. Rodinou a přáteli je informováno 1,9 % respondentek.



## 6 DISKUZE

### 6.1 Porovnání výsledků s jinými výzkumy

Autorka Vájová (2009) prostřednictvím svého výzkumu zjišťovala přínosy a rizika plynoucí z užívání hormonální antikoncepce. Její výzkumné šetření se týkalo 108 respondentek a dotazování probíhalo v KNTB ve Zlíně mezi náhodně vybranými respondenty. Uvádí, že největší skupinu tvořily ženy ve věku od 20 – 30 let, celkem 29 žen. Druhou nejpočetnější skupinou jsou ženy 31 – 40 let. V našem šetření bylo zjištěno, že nejpočetnější skupinou byly ženy ve věku 26 – 30 let (38 %), 20 – 25 let uvedlo 29 % respondentek, 26 % respondentek je ve věku 31 – 35 let, 6 % žen je ve věku 36 – 40 let a 1 % tvořila žena nad 41 let. **Nejpočetnější věková kategorie se v těchto výzkumech téměř shoduje. Nejvíce žen v našem výzkumu se pohybovalo ve věku 26 – 30 let a ve výzkumu paní Vájové byla většina žen ve věku 20 – 30 let.** Tato autorka se dále zabývala tím, jakou formu hormonální antikoncepce používají. Zkoumaný soubor tvořilo celkem 44 žen. Z jejich výsledků vyplývá, že nejvíce respondentek využívá hormonální antikoncepci ve formě pilulek (91 %), další nejvíce zastoupenou formou byly náplasti (6,8 %), nejméně využívanou formou byl NuvaRing (2,2 %). Z našeho šetření vyplývá, že nejvíce 90,8 % žen užívalo hormonální antikoncepci ve formě pilulek, 5,1 % žen využívalo náplasti, 4 % žen injekční formu. **V obou případech respondentky nejvíce využívají hormonální antikoncepci ve formě pilulek, dále byly nejvíce využívané náplasti.**

Autorka Králová (2013) se ve své bakalářské práci zabývala užíváním hormonální antikoncepce. Výzkumného šetření se zúčastnilo 92 (100 %) žen, dotazník byl zaměřen především na dívky, které studují maturitní obor zdravotnický asistent. Z výsledků vyplývá, že 58 % žen užívá hormonální antikoncepci, 31,5 % dívek neužívá hormonální antikoncepci, 10,8 % využívá jinou metodu antikoncepce. V našem šetření bylo zjištěno, že 52 % žen užívalo hormonální antikoncepci a chtěly by v ní pokračovat. Dále 40 % žen, užívalo hormonální antikoncepci, ale nebyly spokojeny a 8 % žen, nikdy neužívalo hormonální antikoncepci. **Výsledky šetření se téměř shodují pouze u žen, které užívají hormonální antikoncepci. V případě, kdy ženy uvedly, že neužívají hormonální antikoncepci, výsledky byly rozdílné.** Tato autorka se dále zabývala důvodem užívání hormonální antikoncepce. Zkoumaný soubor tvořilo celkem 91 (100 %) žen. Z výsledků vyplývá, že 54,9 % žen užívá hormonální antikoncepci z důvodu zabránění otěhotnění, 20,9 % žen uvedlo problémy s menstruačním cyklem, 14,3 % respondentek uvedlo kosmetické důvo-

dy. Kontrolu nad menstruačním cyklem uvedlo 9,9 % dotazovaných žen. V našem šetření bylo zjištěno, že 75,3 % žen užívalo hormonální antikoncepci z důvodu ochrany před otěhotněním, problémy s pletí uvedlo 11,3 % respondentek. Z důvodu nepravidelnosti cyklu užívalo hormonální antikoncepci 9,3 % žen. Dalším problémem byla bolestivá menstruace, kterou označilo 4,1 % dotazovaných žen. **Výsledky v obou případech jsou podobné, je zřejmé, že nejvíce respondentek uvedlo, jako důvod užívání hormonální antikoncepce ochranu před otěhotněním, dále z důvodu problémů s menstruačním cyklem a z kosmetických důvodů.**

Autorka Krkošková (2011) se ve své bakalářské práci zabývala délkou užívání ve vztahu k začátku užívání hormonální antikoncepce. V této části zjistila, že 456 žen z celkového počtu 803 užívalo hormonální antikoncepci jeden rok. 231 respondentek užívalo hormonální antikoncepci 2 roky, 79 žen uvedlo délku užívání 3 roky a 37 respondentek po dobu 4 let. Z našich výsledků plyne, že 55,4 % dotazovaných žen užívalo hormonální antikoncepci 6 – 10 let, 33,7 % tázaných uvedlo 1 – 5 let a 10,9 % žen uvedlo délku užívání 11 – 15 let. **Při srovnání obou výzkumů jsou zřejmé rozdíly. Nejvíce žen v našem výzkumu uvedlo délku užívání 6 – 10 let, zatím co ve výzkumu paní Krkoškové bylo zjištěno, že nejvíce žen užívalo hormonální antikoncepci jeden rok.**

## 6.2 Doporučení pro praxi

Z průzkumu vyplývá, že ženy sbírají nejvíce informací o hormonální antikoncepci z médií, v menší míře od gynekologa. Proto je nutné dostatečně informovat ženy, které užívají hormonální antikoncepci o výhodách a rizicích. Mít v gynekologických ambulancích možné odborné časopisy či knihy, z kterých by se mohly dozvědět potřebné informace. Díky této nutnosti, byl sestaven letáček v podobě edukačního materiálu pro všechny ženy, které se chtějí dozvědět více o hormonální antikoncepci. Edukační materiál popisuje účinek hormonální antikoncepce, ale také výhody a rizika.

## ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, informovanost žen o rizicích hormonální antikoncepce, nežádoucí účinky při užívání hormonální antikoncepce a jejich informovanost o hormonální antikoncepci.

### **Prvním cílem bylo zjistit informovanost žen o rizicích hormonální antikoncepce.**

Na tuto položku se zaměřovaly otázky č. 6, 7, 8 a 9. Bylo zjištěno, že 70,7 % žen ví o rizicích hormonální antikoncepce, 29,3 % respondentek o rizicích nevěděla a myslela si, že žádné nemá. O rizicích hormonální antikoncepce byla informována gynekologem 67,4 % dotazovaných žen. Neinformovanost byla zaznamenána u 32,6 % žen. Nejčastějším zdrojem informací jsou pro tyto ženy média (televize, internet) 35,1 %, příbalový leták označilo 27 %, z odborné literatury čerpá 13,5 % respondentek. Od rodiny a přátel získává informace 10,8 % žen, 8,1 % respondentek se nezajímá o tyto informace, 5,4 % tázaných získává informace od zdravotnického personálu. Nové informace o rizicích hormonální antikoncepce si zjišťuje 48,9 % žen, 25 % respondentek odpovědělo ne a myslí si, že budou pořád stejné. Nové informace si nezjišťuje 26 % dotazovaných žen.

### **První cíl – splněn.**

### **Druhým cílem bylo zjistit, nežádoucí účinky při užívání hormonální antikoncepce.**

Na tento cíl se zaměřovaly položky č. 10 a 11. Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce nezaznamenalo 38,8 % žen. Nejčastějším problémem, který trápí ženy je příbytek na váze (21,4 %), ztrátu libida uvedly 17,3 % respondentek, změny nálad a akné označilo 5,1 % dotazovaných žen. Žilní trombózu prodělaly 2 % respondentek. Jedna žena (1 %) uvedla, jako nežádoucí účinek hormonální antikoncepce vznik cyst. Po zjištění problému, se rozhodlo užívat dále hormonální antikoncepci 42,6 % žen. Druh hormonální antikoncepce změnilo 29,6 % respondentek. Hormonální antikoncepci se rozhodlo ihned vysadit 27,7 % dotazovaných žen.

### **Druhý cíl – splněn.**

### **Třetím cílem je zjistit informovanost žen o hormonální antikoncepci.**

Tímto cílem se zabývala položka č. 14, 15, 16 a 17. Nejvíce žen (77,2 %) odpovědělo, že základními hormony hormonální antikoncepce jsou progesteron a estrogen, 19,6 % respondentek nevědělo a 3,3 % tázaných uvedlo jako základní hormon hormonální antikoncepce testosteron. Pojmy monofazické, bifazické a trifazické zná 52,2 % žen. Tyto pojmy

nezná 47,8 % respondentek. Informace o hormonální antikoncepci jsou pro 53,3 % žen dostačující. Dozvědět více by se chtělo 28,3 % tázaných, 18,5 % žen nepotřebuje nic vědět. Nejvíce informací čerpají ženy (50,5 %) z médií (televize, internet), 26,2 % respondentek získává informace od gynekologa. Z odborné literatury (knihy, časopisy) čerpá 11,2 % žen, informace z letáčků uvedlo 5,6 % respondentek, 4,7 % žen nečerpá informace vůbec a 1,9 % tázaných má informace od rodiny a přátel.

### **Třetí cíl – splněn.**

Z výzkumného šetření vyplývá, že většina žen užívá hormonální antikoncepci ve formě pilulek. Některé ženy jsou informovány gynekologem o možných nežádoucích účincích hormonální antikoncepce, ale také z médií, z příbalového letáku, z odborné literatury, nebo také od rodiny a přátel. Některé ženy na sobě zaznamenaly změny, jako je příbytek na váze, ztráta libida, zhoršení pleti či změny nálad. Ze závažnějšího problému, kterou postihla ženy je žilní trombóza.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

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

CALHOUN, A. et al., 2012. *The impact of extended-cycle vaginal ring contraception on migraine aura: a retrospective case series*. [online]. Denmark: PubMed. [cit. 2013/10/12]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22789073>

CITTERBART, Karel et al., 2001. *Gynekologie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-094-0.

ČEPICKÝ, Pavel a Marcela Černá, 2006. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence*. Praha: Levret. ISBN 80-903183-9-8.

ČEPICKÝ, Pavel a Michael Fanta, 2010. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. Praha: Levret. ISBN 978-80-87070-51-2.

ČEPICKÝ, Pavel, 2002. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. Praha: Levret. ISBN 80-903183-0-4.

ČEPICKÝ, Pavel a Hana Kurzová, 2003. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci lékaře*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0677-1.

FAIT, Tomáš et al., 2009. *Almanach ambulantní gynekologie*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-191-2.

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

FAIT, Tomáš, 2010. *Přechodem bez obav*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-219-3.

HOŘEJŠÍ, Jan, 2003. *Gynekologické problémy u děvčátek a dospívajících dívek*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0553-2.

KOBILKOVÁ, Jitka et al., 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-315-X.

KŘEPELKA, Pavel, 2013. *Hormonální antikoncepce*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2991-9.

KUDELA, Milan et al., 2004. *Základy gynekologie a porodnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0837-6.

LIDEGAARD, O. et al., 2012. *Trombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception*. USA: PubMed [online]. [cit. 2013-10-12]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22693997>

NOUZOVÁ, Kamila, 2010. *Gynekologická péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2072-5.

PREDÁČ, Josef a Simona Predáčová, 2006. *Stručná učebnice symptotermální metody přirozeného plánování rodičovství*. Olomouc: Matice cyrilometodějská. ISBN 80-7266-244-9.

ROB, Lukáš et al., 2008. *Gynekologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.

ROZTOČIL, Aleš et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.

ROZTOČIL, Aleš, 2001. *Porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 80-7013-339-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2270-2.

TURKOVÁ, Zuzana, 2004. *Gynekologie učebnice pro zdravotnické školy*. Praha: Eurolex bohemia. ISBN 80-86432-74-2.

VOKURKA, Martin et al., 2008. *Praktický slovník medicíny. 9. Aktualizované vydání*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-159-2.

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

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

APCR	Rezistence na aktivovaný protein C.
cm	Centimetr.
COC	Kombinovaná hormonální antikoncepce.
EE	Ethinylestradiol.
HŽT	Hluboká žilní trombóza.
IUD	Nitroděložní tělísko.
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati.
LH	Luteinizační hormon.
LNG	Levnorgestrel.
mg	Miligram.
mm	Milimetr.
TEN	Tromboembolická nemoc.

**SEZNAM GRAFŮ**

<b>Graf 1:</b> Věková kategorie respondentek. ....	38
<b>Graf 2:</b> Užívání hormonální antikoncepce. ....	39
<b>Graf 3:</b> Délka užívání hormonální antikoncepce. ....	40
<b>Graf 4:</b> Důvod užívání hormonální antikoncepce. ....	41
<b>Graf 5:</b> Forma hormonální antikoncepce. ....	42
<b>Graf 6:</b> Informovanost žen o rizicích hormonální antikoncepce. ....	43
<b>Graf 7:</b> Informovanost žen o rizicích od gynekologa. ....	44
<b>Graf 8:</b> Získané informace o rizicích HAK. ....	45
<b>Graf 9:</b> Zjišťování nových informací. ....	47
<b>Graf 10:</b> Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce. ....	48
<b>Graf 11:</b> Rozhodnutí po zjištění problému. ....	50
<b>Graf 12:</b> Vliv hormonální antikoncepce na otěhotnění. ....	51
<b>Graf 13:</b> Doba otěhotnění. ....	52
<b>Graf 14:</b> Hormony hormonální antikoncepce. ....	53
<b>Graf 15:</b> Pojmy monofazické, bifazické, trifazické. ....	54
<b>Graf 16:</b> Kvalita informovanosti žen. ....	55
<b>Graf 17:</b> Čerpání informací. ....	56



**SEZNAM TABULEK**

<b>Tabulka 1:</b> Věková kategorie respondentek. ....	38
<b>Tabulka 2:</b> Užívání hormonální antikoncepce. ....	39
<b>Tabulka 3:</b> Délka užívání hormonální antikoncepce. ....	40
<b>Tabulka 4:</b> Důvod užívání hormonální antikoncepce. ....	41
<b>Tabulka 5:</b> Forma hormonální antikoncepce. ....	42
<b>Tabulka 6:</b> Informovanost žen o rizicích hormonální antikoncepce. ....	43
<b>Tabulka 7:</b> Informovanost žen o rizicích od gynekologa. ....	44
<b>Tabulka 8:</b> Získané informace o rizicích HAK. ....	45
<b>Tabulka 9:</b> Zjišťování nových informací. ....	47
<b>Tabulka 10:</b> Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce. ....	48
<b>Tabulka 11:</b> Rozhodnutí po zjištění problému. ....	50
<b>Tabulka 12:</b> Vliv hormonální antikoncepce na otěhotnění. ....	51
<b>Tabulka 13:</b> Doba otěhotnění. ....	52
<b>Tabulka 14:</b> Hormony hormonální antikoncepce. ....	53
<b>Tabulka 15:</b> Pojmy monofazické, bifazické, trifazické. ....	54
<b>Tabulka 16:</b> Kvalita informovanosti žen. ....	55
<b>Tabulka 17:</b> Čerpání informací. ....	56

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK**

**PŘÍLOHA P II: EDUKAČNÍ MATERIÁL**

# PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dotazník k bakalářské práci

**Dobrý den,**

jmenuji se Marcela Marková a jsem studentkou **třetího ročníku oboru Porodní asistentka**, na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně a zpracovávám bakalářskou práci na téma: **Negativní důsledky hormonální antikoncepce**. Tím to, bych Vás chtěla poprosit o vyplnění mého dotazníku, který bude použit pro zpracování mé praktické části v bakalářské práci.

**Moc Vám děkuji a přeji příjemné vyplňování ☺.**

## 1. Kolik Vám je let? (vypište)

..... let.

## 2. Užívala jste hormonální antikoncepci?

a) Ano, užívala jsem a byla jsem spokojena. Hodlám ji znovu užívat.

b) Ano, užívala jsem. Nebyla jsem spokojena. Nehodlám znovu užívat žádnou metodu hormonální antikoncepce.

c) Ne, nikdy jsme neužívala a ani nechci.

## 3. Pokud ano, jak dlouho? (vypište)

.....

## 4. Z jakého důvodu jste začala užívat hormonální antikoncepci?

a) Ochrana před těhotenstvím

d) Problémy s pletí

b) Nepravidelný menstruační cyklus

e) Jiné, prosím uveďte

c) Bolestivá menstruace

.....

## 5. Hormonální antikoncepci využívám ve formě:

a) Pilulek

d) Podkožní implantáty

b) Náplastí

e) Jiné, prosím uveďte

c) Injekcí

.....

**6. Věděla jste před užíváním hormonální antikoncepce o rizicích, které může způsobit?**

- a) Ano, věděla jsem o nich.
- b) Ne, nevěděla jsem. Myslela jsem, že žádné nemá.

**7. Informoval Vás gynekolog o těchto rizicích?**

- a) Ano, informoval.
- b) Ne, neinformoval.

**8. Pokud ne, kde jste se tyto informace dozvěděla?**

- a) Média (televize, internet)
- b) Příbalový leták
- c) Odborná literatura
- d) Zdravotnický personál
- e) Rodina, přátelé
- f) Nezajímám se
- g) Jiné, prosím uveďte
- .....

**9. Zjišťujete si nové informace o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce?**

- a) Ano, zjišťuji si nové informace.
- b) Ne, myslím si, že budou pořád stejné.
- c) Ne, nezajímám se.

**10. Jaké nežádoucí účinky jste zaznamenala u Vámi užívané hormonální antikoncepční metody?**

- a) Příbytek na váze.
- b) Ztráta libida.
- c) Změny nálad.
- d) Akné, celkové zhoršení pleti.
- e) Žilní trombóza.
- f) Cysty.
- g) Arteriální trombóza.
- h) Nezaznamenala jsem.
- ch) Jiné, prosím uveďte
- .....

**11. Rozhodla jste se po zjištění problému vysadit hormonální antikoncepci?**

- a) Ano, ihned jsem ji vysadila.

- b) Ne, užívala jsem ji dále.
- c) Ne, pouze jsem změnila druh hormonální antikoncepce.

**12. Pokud jste užívala hormonální antikoncepci, byla problémem pro vaše otěhotnění?**

- a) Ano, myslím si, že právě dřívější užívání hormonální antikoncepce mi bránilo v otěhotnění.
- b) Ne, neměla jsem problém s otěhotněním. Hormonální antikoncepci jsem užívala.

**13. Za jakou dobu po vysazení hormonální antikoncepce jste otěhotněla? (vypište)**

Do .....

**14. Jaké základní hormony hormonální antikoncepce obsahuje?**

- a) Progesteron, estrogen
- b) Testosteron
- c) Nevím

**15. Znáte pojmy monofazické, bifazické a trifazické?**

- a) Ano, souvisí se složením hormonální antikoncepce.
- b) Ano, nesouvisí s hormonální antikoncepcí.
- c) Ne, neznám tyto pojmy.

**16. Myslíte si, že Vaše informace o hormonální antikoncepci jsou:**

- a) Dostačující.
- b) Chtěla bych se dozvědět více.
- c) Nepotřebuji nic vědět.

**17. Kde čerpáte informace o hormonální antikoncepci?**

- a) Gynekolog
- b) Rodina, přátelé
- c) Letáčky
- d) Média (internet, televize)
- e) Odborná literatura (knihy, časopisy)
- f) Jiné, prosím uveďte  
.....

## **PŘÍLOHA P II: EDUKAČNÍ MATERIÁL**

Edukační materiál je informační letáček o rizicích, výhodách, ale i formách hormonální antikoncepce. Je přiložen zvláště k bakalářské práci.