

Hormonální antikoncepce a její důsledky na ženské zdraví

Barbora Kopřivová

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Kopřivová**

Osobní číslo: **H15035**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Hormonální antikoncepce a její důsledky na ženské zdraví**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti problematiky hormonální antikoncepce, menstruačního cyklu, vedlejších účinků, mladistvých.

Příprava metodiky kvantitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace kvantitativního výzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ČEPICKÝ, Pavel a Michael FANTA. Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology. 2., aktualiz. vyd. Praha: Levret, 2011. 138 s. ISBN 978-80-87070-51-2.

ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana ČEPICKÁ LÍBALOVÁ. Co by měli vědět o hormonální antikoncepci farmaceuti a farmaceutické laborantky. Praha: Levret, c2011. 58 s. ISBN 978-80-87070-59-8.

FAIT, Tomáš. Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře. 2. vyd. Praha: Maxdorf, c2012. 125 s. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-280-3.

LOWDERMILK, Deitra Leonard, Shannon E PERRY, Kitty CASHION, Kathryn Rhodes ALDEN a Ellen Frances OLSHANSKY. Maternity & women's health care. 11th edition. St. Louis: Elsevier, 2016. 973 s. ISBN 978-0-323-16918-9.

PILKA, Radovan. Gynekologie. Praha: Maxdorf, 2017. 332 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-530-9.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Andrea Filová

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

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



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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně17.5. 2019.....

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou hormonální antikoncepce. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se týká reprodukčního systému ženy, historie vývoje antikoncepce, rozdělení jejích druhů a vlivu hormonální antikoncepce na ženské zdraví. Praktická část se věnuje kvantitativnímu výzkumu, jenž byl proveden technikou nestandardizovaného dotazníku. Hlavním cílem je zjistit informovanost žen o vedlejších účincích hormonální antikoncepce. Dotazník byl určen pro ženy, které užívají hormonální antikoncepci.

Klíčová slova: hormonální antikoncepce, vedlejší účinky, informovanost

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the issue of hormonal contraception. The work is divided into the theoretical part and the practical part. The theoretical part contains information about female reproductive system, the history of the development of contraception and its types,

and the effect of hormonal contraception on female health. The practical part deals with quantitative search. There search was done by the use of a non-standardized questionnaire. The main aim is to find out women's awareness about the side effects of hormonal contraception. The questionnaire was intended for women using hormonal contraception.

Keywords: hormonal contraception, side effects, awareness

Chtěla bych poděkovat Mgr. Andree Filové, vedoucí bakalářské práce, za její vedení. Dále bych ráda poděkovala mé rodině, která mě podporovala po celou dobu studia.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 REPRODUKČNÍ SYSTÉM ŽENY	12
1.1 MENSTUAČNÍ CYKLUS ŽENY.....	12
1.2 OVULAČNÍ CYKLUS ŽENY	13
2 ANTIKONCEPCE	14
2.1 HISTORIE ANTIKONCEPCE.....	14
2.2 DRUHY ANTIKONCEPCE	18
2.2.1 Hormonální antikoncepce	18
2.2.1.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce (CC).....	18
2.2.1.2 Gestagenní antikoncepce	20
2.2.2 Nitroděložní antikoncepce	21
2.2.2.1 Nehormonální nitroděložní tělísko	21
2.2.2.2 Hormonální nitroděložní tělísko	22
2.2.3 Bariérové metody antikoncepce.....	23
2.2.3.1 Mechanické bariérové metody.....	23
2.2.3.2 Chemické bariérové metody	25
2.2.4 Přirozené metody antikoncepce	25
2.2.4.1 Kojení.....	25
2.2.4.2 Periodická abstinence	26
2.2.4.3 Coitus interruptus.....	27
2.2.5 Postkoitální (emergentní) antikoncepce.....	27
2.2.6 Sterilizace.....	28
2.2.7 První návštěva u gynekologa	28
3 VLIV HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE NA ŽENSKÉ ZDRAVÍ.....	29
3.1 POZITIVNÍ VLIV HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE NA ŽENSKÉ ZDRAVÍ.....	29
3.2 NEGATIVNÍ VLIV HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE NA ŽENSKÉ ZDRAVÍ.....	29
3.3 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE U CHRONICKY NEMOCNÝCH.....	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
4 METODIKA KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	34
4.1 CÍLE VÝZKUMU	34
4.2 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	34
4.3 ORGANIZACE VÝZKUMU.....	34
4.4 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	35
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	36
6 DISKUZE	58
ZÁVĚR	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	64

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	67
SEZNAM GRAFŮ	68
SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

Hormonální antikoncepce je v dnešní moderní době aktuálním tématem každé dívky i ženy. Hormonální antikoncepce má své příznivce, ale má i své odpůrce. Otázky pokládané z mého okolí a směřující k mé pozici zdravotní sestry, jež se týkají hormonální antikoncepce, mě přivedly ke zpracování tohoto tématu. Rozhodla jsem se téma hormonální antikoncepce zpracovat ze strany informovanosti žen o vedlejších účincích a možného vlivu na ženské zdraví.

Cílem práce bylo zjistit povědomí respondentek o vedlejších účincích hormonální antikoncepce. Zabývá se otázkami, zda se u respondentek objevily nežádoucí účinky hormonální antikoncepce, jaká je úroveň znalostí žen o antikoncepci, zjistit jaký druh hormonální antikoncepce ženy ve věku 18 - 45 let užívají nejčastěji, co je vedlo právě k této volbě a také kdy respondentky začaly poprvé užívat hormonální antikoncepci. Výsledky práce by měly přispět ke zlepšení informovanosti žen o tomhle tématu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 REPRODUKČNÍ SYSTÉM ŽENY

1.1 Menstruační cyklus ženy

Menstruační cyklus ženy je definován jako cyklicky se objevující krvácení (menstruace) přicházející v intervalu 28 ± 7 dní a trvající 4 ± 2 dny, s krevní ztrátou v rozmezí 20-60 ml. Za první den menstruačního cyklu je považován první den vaginálního krvácení (Pilka, 2017, s. 21). Menstruační cyklus je regulován souhrou hormonů (viz příloha P I). Hlavní hormony, které řídí menstruační cyklus, jsou gonadotropin releasing hormon (GnRH), folikulostimulační hormon (FHS), luteinizační hormon (LH), estrogeny a progesteron. GnRH je uvolňován z hypotalamu, gonadotropiny FHS a LH jsou uvolňovány z předního laloku hypofýzy a estrogeny a progestiny jsou produkovány vaječníky. GnRH stimuluje uvolnění LH a FSH, které pak stimulují uvolnění estrogenů a progestinu. GnRH je během menstruačního cyklu uvolňován z hypotalamu v pulzech, aby menstruační cyklus proběhl normálně. FHS je nezbytný pro růst folikulů a stimuluje sekreci estrogenů a progesteronu. Nejvyšší a nejdůležitější sekrece je během prvního týdne folikulární fáze menstruačního cyklu. LH je potřebný jak pro růst předovulačních folikulů, tak pro ovulaci dominantního folikulu a následnou luteinizaci. LH je mnohem citlivější na změny hladin GnRH. Estrogeny jsou nejdůležitější pro dozrávání Graafova folikulu. Nejvyšší hladina je na konci folikulární fáze, kdy předchází ovulaci. Progestiny jsou především vylučovány luteinizovanými folikuly. Progestiny připraví ovulaci a zvýší sekreci endometria. Hladina se pomalu zvyšuje před ovulací a dosahuje vrcholu pět až sedm dní po ní (Pilka a Procházka, 2017, s. 18-20).

Cyklické změny v endometriu jsou přípravou na implantaci embrya, a pokud k ní nedojde, vyvolají menstruaci (Pilka, 2017, s. 29). Děložní endometriální cyklus je rozdělen do tří fází: folikulární (proliferační), luteální (sekreční) a menstruační.

Folikulární (proliferační) fáze trvá od konce menstruace do ovulace. Na začátku fáze má endometrium výšku přibližně 1-2 mm. V době vrcholu LH dorůstá endometrium až do výšky 12 mm a déle neroste. Luteální (sekreční) fáze začíná při ovulaci a trvá do menstruační fáze příštího cyklu. Na začátku luteální fáze začíná progesteron podporovat tvorbu glykogenu, hlenu a dalších látek v endometriu. Pokud nedojde k oplodnění do 23. dne menstruačního cyklu, hladiny progesteronu a estrogenů klesají a endometrium začíná kolabovat a dochází k involuci. Ve 25.-26. dni menstruačního cyklu dochází k vasokonstrikci spirálních arterií a následné ischemizaci. Dále urychluje tkáňová destrukce, objevují se

kontrakce myometria, které jsou důležité pro vypuzení destruované sliznice. Po 28. dni menstruačního cyklu dojde ke kompletnímu odloučení děložní sliznice. Menstruační fáze je definována jako fyziologické cyklické zhroucení, uvolnění a odloučení endometria s krvácením (Pilka, 2017, s. 29-31). Trvá obvykle čtyři dny. *Menstruační krev obsahuje arteriální a venózní krev, zbytky stromatu a žlázek endometria, leukocyty a erytrocyty* (Pilka a Procházka, 2017, s. 22-23).

1.2 Ovulační cyklus ženy

Vaječník obsahuje vajíčka, která vznikla už během intrauterinního života ženy, po porodu již další nevznikají, pouze postupně zanikají (Roztočil a Bartoš, 2011, s. 72). Ovulační cyklus je rozdělen do tří fází: folikulární fáze, ovulace, luteální fáze.

Folikulární fáze začíná prvním dnem menstruace a končí ovulací. Hlavním cílem je vývoj folikulů, které by byly schopné ovulace. Na začátku každého menstruačního cyklu se 15-20 folikulů vyvine do primárních folikulů. Pod vlivem gonadotropinů a ovariálních hormonů primární folikuly rostou, ale nakonec se jen jeden primární folikul vyvine v dominantní folikul, určený k ovulaci, zatím co ostatní folikuly podlehnou atrezii. Dominantní folikul dozrává, vylučuje zvýšené množství estrogenů a hladiny estrogenů vytváří vrchol ke konci folikulární fáze. Estrogeny mají pozitivní vliv na LH a dojde k jeho vyplavení a začíná ovulace. Účinky LH způsobují zduření a prasknutí folikulu. Při ovulaci je oocyt vytlačen do peritoneální dutiny, adhezuje k ováriu, začíná svalová kontrakce vejcovodu, která oocyt přivádí k vejcovodu a tím začíná migrace oocytu vejcovodem. Luteální fáze začíná luteinizací částí folikulů, které nebyly ovulovány. Pojivové tkáně se přemění na corpus luteum, který produkuje progesteron a estrogen. Sekrece progesteronu je nejvyšší mezi pátým a sedmým dnem po ovulaci. Vysoké hladiny progesteronu působí negativně na GnRH a v důsledku toho se snižuje frekvence pulzů GnRH. S tímto poklesem klesá sekrece FSH a LH. Corpus luteum ztrácí receptory FSH a LH a bez jejich stimulace dochází po 14 dnech k atrezii corpus luteum a k jeho přeměně na corpus albicans, které okolo 24. dne zaniká. Hladiny FSH znovu pozvolna stoupají, aby zase příště zahájily menstruační cyklus (Pilka a Procházka, 2017, s. 20-22).

2 ANTIKONCEPCE

Antikoncepce je metoda zabraňující početí. Podle definice zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO) jde o primární prevenci nechtěného otěhotnění a porodu nechtěného dítěte (Fait, 2018, s. 10).

Antikoncepce by měla být spolehlivá, bezpečná, ekonomicky dostupná, snadno použitelná a okamžitě reverzibilní. Během výběru je nutné dbát na náboženské a kulturní faktory a také zvážit i názor partnera na konkrétní metodu antikoncepce (Lowdermilk et al., 2016, s. 171-172).

Antikoncepce se rozděluje na reverzibilní s jednoduchým návratem plodnosti po jejím vysazení a ireverzibilní, která ukončuje přirozenou možnost oplodnění. Ireverzibilní metody jsou určeny pro osoby, které již dosáhly plánovaného počtu dětí nebo by případným těhotenstvím riskovaly zhoršení svého zdravotního stavu nebo přenos dědičné poruchy na potomky. Z reverzibilních metod antikoncepce je v současné době nejužívanější antikoncepce hormonální. Hormonální antikoncepci dělíme podle složení na čistě gestagenní a kombinovanou estrogen-gestagenní. Estrogen-gestagenní kontracepce je v současnosti dominantní hormonální antikoncepční metoda (Fait, 2018, s. 13).

Účinnost antikoncepce je hodnocena tak zvaným Pearl indexem (viz příloha P II). Jedná se o matematické vyjádření míry selhání daných antikoncepčních metod. Pearl index vyjadřuje počet nežádoucích těhotenství při současné aplikaci dané antikoncepce za jeden rok (Fait, 2018, s. 16; Jašová, 2013, s. 23). Jak uvádí Barták (2006, s. 30-31), čím je toto číslo vyšší, tím je metoda méně spolehlivá. Spolehlivá a tedy použitelná metoda antikoncepce by neměla mít vyšší těhotenské číslo než 5. Hodnotu Pearl indexu ovlivňuje přirozená plodnost ženy, plodnost partnera, počet coitů, používání jiných antikoncepčních prostředků současně, ale i délka užívání, kdy u většiny antikoncepčních metod hodnota klesá (Čepický a Fanta, 2011, s. 19). Podle Fanta (2018, s. 16) je nejčastější příčinou selhání antikoncepce chyba při užívání.

2.1 Historie antikoncepce

Čepický a Fanta (2011, s. 13) uvádí, že snaha o prevenci početí při coitu lze zaznamenat v lidské kultuře od doby, kdy člověk spojitost koitu a gravidity rozpoznal. Barták (2006, s. 12) zmiňuje historii o plánovaném rodičovství a uvádí legendární biblický Ónan z knihy Genesis, který „kdykoliv vcházel k ženě, vypouštěl semeno na zem, aby nezplodil potom-

ka“. Zmíněný biblický hrdina je tedy vynálezcem antikoncepční metody, tzv. přerušované soulože.

Již staří Egypťané doporučovali řadu metod, které měly zabránit početí. Dochované egyptské lékařské texty popisují celou škálu přípravků proti početí, kdy byly využívány nejrůznější přísady rostlinného, živočišného i minerálního původu. Některé přípravky se aplikovaly na rostlinné tampóny a vkládaly se přímo do pochvy, jinými se potíralo lůno. K zamezení početí se například doporučoval bylinný odvar smíšený s krokodýlím trusem, který po rozmělnění v tekutině vytvořil houbovitou strukturu, jež mohla zachytit pohybující se spermie, nebo se napustil do tampónu z rostlinných vláken. Tampón vložený k ústí dělohy mohl působit jako pesar. Jako další prostředek ke stejnému účelu se uvádí med a natronová kaše, jimiž se zřejmě intimní partie potíraly. Dále se v textech uvádí směs, která zahrnuje část akácie, dužninu z lusků rohovníku a datle, ty se rozemelou a smísí s medem. Prostředek se přímo aplikoval do pochvy pomocí tampónu z rostlinných vláken. Med má prokázané spermicidní účinky a mohl skutečně působit proti početí. Dále se měly intimní partie ženy vykuřovat čirokem a měla se připravit směs ze stejného podílu oleje, celeru a sladkého piva, kterou měla žena pít po čtyři rána (Strouhal a kol., 2010, s. 169-171). Ze staroegyptských textů z doby kolem roku 1350 př. n. l. pochází i první zmínka o kondomu, tehdy především plátěném (Barták, 2006, s. 34).

Otec evropského lékařství Řek Hippokrates (460-370 př. n. l.) zaváděl ženám do dělohy drobné předměty ze slonoviny, aby neotěhotněly. Později byly užívány spíše drahé kovy. Staří Arabové zase doporučovali vzít pravé varle vlka, obalit je bavlnou nasáknutou olivovým olejem a tento antikoncepční čípek zavádět před pohlavním stykem do pochvy. Ve staré Číně mělo ochranu před početím ženy na plných 5 let zajistit spolknutí 24 živých pulců chycených v předjaří. Ve 13. století profesor pařížské univerzity, filozof Albert, zvaný později Veliký, považoval za spolehlivější metodu polykání živých včel (Barták, 2006, s. 12-13, 41). Středověk se svým omezeným postojem k sexualitě přinesl do regulace reprodukce málo nového. Nejvíce kladl důraz na sexuální čistotu. Vytvořil mechanické překážky sloužící, jako je pás cudnosti, a hlavně byl objeven návlek na penis (Čepický a Fanta, 2011, s. 13). První zmínky o kondomu pochází už z dob starých Egypťanů. Za novodobého vynálezce prezervativu se považuje italský anatom Gabrielle Fallopius (1523-1562), který objevil existenci vejcovodu a první použil slovo vagina, vyvinul i plátěné pouzdro na penis, myšlené tehdy ovšem ne jako bariérová antikoncepce, ale jako ochrana před pohlavními chorobami. Teprve 18. století ocenilo kondom i jako prostředek antikoncepční (Bar-

ták, 2006, s. 34). Renesance a počátky novověku neznamenal žádný zvrát v regulaci reprodukce.

V polovině 19. století se objevili první lékaři, kteří si uvědomili, že doporučení sexuální abstinence je nedostatečné, protože žádná manželská dvojice ho nedodrží. Jejich výsledkem byl poševní pesar. Ale úplně první vytvořil v roce 1838 Američan Wilde, následován berlínským Hufelandem. Rozhodující zásluhu na rozšíření pesaru však měl německý lékař Mensinga, jehož typ se stal vzorem pro všechny následné modifikace, až po současnost.

Převrat v historii antikoncepce představují 20. léta minulého století. V roce 1921 vznikly v Anglii první speciální konzultační poradny k regulaci porodnosti. Liberálnější byly americké poradny, zakládané od roku 1923, na jejichž počátku stála Margaret Sangerová. Zásluhou prof. Ostrčila a dr. Slámové vznikly první antikoncepční poradny ve 30. letech i u nás. Antikoncepční možnosti, které měli lékaři a jejich klienti k dispozici před druhou světovou válkou, představovaly jen chirurgická sterilizace ženy, dočasná sterilizace zářením, lokální vaginální prostředky, coitus interruptus, coitus reservatus, kondom, poševní pesar, poševní hubky a tampony a metoda výpočtu plodných a neplodných dnů podle Ogina a Kanuse (Čepický a Fanta, 2011, s. 13-14). Fait (2018, s. 13) uvádí, že ve 20. letech 20. století pravděpodobně první teorii zablokování ovulace podáním gestagenů vyslovil Ludwig Haberlandt. Jenže metoda nebyla vhodná k širokému použití. Jednak byla nutná aplikace injekčně, navíc byla poměrně drahá. Ve stejném období vzkřísil Hippokratovu myšlenku o tom, že cizí těleso v děloze brání početí, německý gynekolog Ernst Gräfenberg. V novověku byl první, kdo se pokusil zavádět ženám do dělohy různě tvarované drátky z drahých kovů. Protože antikoncepční efekt byl vynikající, jeho staronová myšlenka měla velký úspěch, ale začaly se množit případy velmi závažných zánětlivých komplikací. Nakonec to vedlo k tomu, že metoda byla uznána jako nebezpečná (Barták, 2006, s. 41).

Jak uvádí Čepický a Fanta (2011, s. 15) zvrát v antikoncepci přišel na přelomu 50. a 60. let, kdy byly položeny základy dnes používané moderní antikoncepce - nitroděložní, gestagenní, kombinované hormonální. Naději přinesla umělá syntéza ženského hormonu progesteronu, která se podařila americkému chemikovi Russelu Markerovi z výtazku z mexické rostliny (Barták, 2006, s. 13). Křepelka (2013, s. 15) uvádí v roce 1942, že jde o hlízy rostliny Yam mexický (*Dioscorea mexicana*). Z této rostliny vytvořili vědci v roce 1951 norethisteron a progestin. Látka se užívala v léčbě řady ženských nemocí, ale stále se váhalo s jejím podáním jako antikoncepce. Toho se poprvé odvážili biologové Gregory

Pincus a H. C. Chang s porodníkem Johnem Rockem (Barták, 2006, s. 13). Křepelka (2013, s. 16) uvádí, že projekt byl financován za pomoci Margaret Sangerové a Katherine McCormicové. Mezi lety 1951 a 1956 byly zahájeny klinické zkoušky na Portoriku (Fait, 2018, s. 13). „*Enovid byl registrován jako první přípravek kombinované hormonální antikoncepce 23. 6. 1960*“ (Speroff et al., 2011, cit. podle Křepelka, 2013, s. 17). V roce 1961 následovala Evropa, na trh se dostává pilulka Anovlar. První čistě gestagenní minipilulka přichází o deset let později (Čepický a Fanta, 2011, s. 15; Fait, 2018, s. 13). I v Československu byl zahájen vývoj těchto přípravků. Výsledkem byl první československý antikoncepční přípravek Antigest, přišel na trh v roce 1965.

Přelom 50. a 60. let přinesl i zlom v pohledu na nitroděložní tělíška, která od Gräfenbergova objevu přežívala jen v Izraeli a Japonsku. Během 60. let vznikla a ženami byla přijata řada typů nitroděložních tělísek. V roce 1967 byla tato metoda zavedena i v Československu s názvem DANA - Dobrá A Neškodná Antikoncepce.

V 80. letech nadšení pro antikoncepci skončilo. Objevily se zprávy o vyšším výskytu pánevní zánětlivé nemoci u žen se zavedeným nitroděložním tělíškem, což používání nitroděložní antikoncepce téměř zlikvidovalo. Dále se začaly objevovat zprávy o nejruznějších zdravotních rizicích pilulky, a to především arteriální cévní příhody (infarkt myokardu) a nádory (hlavně karcinom prsu). Důsledkem byl návrat k bariérovým metodám. Ukázalo se však, že potřeba spolehlivé a pohodlné antikoncepce je větší než obavy, a po několika letech začalo přibývat uživatelé pilulek. Byly vyvinuty nové preparáty, o kterých se předpokládalo, že případná rizika odstraní. V 90. letech došlo ke dvěma událostem. Jako první lze jmenovat nástup pandemie infekce HIV. S ním souvisí razantní propagace „bezpečného sexu“. Kondom začal vytlačovat „nebariérové“ antikoncepční metody. Druhá událost je spojena s rokem 1995, kdy bylo upozorněno na dvojnásobné riziko tromboembolické nemoci u žen užívajících přípravky s desogestrem nebo gestodinem. Nastal prudký propad užívání hormonální antikoncepce - 12% žen přestalo pilulky užívat (Čepický a Fanta, 2011, s. 15-17).

Další antikoncepční metody byly schváleny na konci 20. století. V roce 1990 došlo ke schválení nitroděložního hormonálního tělíška a o 2 roky později byla vynalezena první injekce s několikaměsíčním antikoncepčním účinkem. S rokem 1998 se objevuje a je schválena „pilulka po“ k použití do 72 hodin po sexuálním styku. Konečně mezi lety 2000-2002 byly schváleny antikoncepční náplasti a vaginální kroužky (Historie antikoncepce, 2016).

2.2 Druhy antikoncepce

2.2.1 Hormonální antikoncepce

Hormonální antikoncepci lze podle složení rozdělit na kombinovanou (CC) a gestagenní. Pearl index (viz příloha P II) hormonální antikoncepce se pohybuje mezi 0,00 a 9,60, srovnané s hodnotami COC, perorální a depotní gestagenní antikoncepce. Podle Pearl indexu (viz. příloha P II) patří hned vedle nitroděložní antikoncepce mezi nejspolehlivější reverzibilní metody antikoncepce.

2.2.1.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce (CC)

Kombinovaná hormonální antikoncepce (CC) je kombinovaná chemická směs estrogenu a progestinu. Spolehlivost CC je vysoká. Pearl index CC je udáván mezi 0,10 a 0,40 při bezchybném užívání uživatelky (Čepický a Čepická Líbalová, c2011, s. 6; Fait, 2018, s. 20). CC se nejčastěji užívá ve formě perorálních tablet (COC), ale i ve formě náplastí nebo vaginálního kroužku. Základním účinkem kombinované hormonální antikoncepce je blokáda ovulace (nedojde k růstu folikulu ve vaječníku), neprostupnost cervikálního hlenu pro spermie, vliv na motilitu vejcovodů a trofiku děložní sliznice. Antikoncepce ovlivňuje hypotalamo-hypofyzární centrum. Dochází k inhibici sekrece gonadotropinu uvolňujícího hormonu (GnRH), poklesu citlivosti hypofýzy na GnRH a následně poklesu sekrece FSH, blokády vzestupu LH uprostřed cyklu. Výsledkem těchto změn je anovulační cyklus. CC nelze v žádném případě pokládat za abortivum. Spolehlivost blokády ovulace závisí na dávce estrogenu v antikoncepční pilulce (viz příloha P III) nebo v jiné aplikační formě (Čepický a Fanta, 2011, s. 87; Fait, 2018, s. 20). Jako estrogení složka se používá ethinylestradiol (EE). *Podle dávky EE rozdělujeme COC na vysoko (40-50 µg), nízko (30-37,5 µg) a velmi nízko (15-20 µg) dávkované* (Fait, Dvořák a Skřivánek, c2009, s. 113). Přípravky CC se dělí podle použitého estrogenu, progestinu, fázicity a cyklicity (Čepický a Čepická Líbalová, c2011, s. 9).

Před zahájením COC je provedena u ženy anamnéza, kdy pátráme po rizikových faktorech, zvláště kardiovaskulárních onemocnění (např. hluboká žilní trombóza a hypertenze), nádorech prsu a onemocnění jater. Poté je provedena preventivní onkologická prohlídka a měření krevního tlaku. Další vyšetření nejsou nutná, výjimku představují ženy s rizikem poruchy funkce jater. U těch jsou provedeny jaterní testy nebo u žen s vysokým rizikem hlubo-

ké žilní trombózy se provádí vyšetření na přítomnost geneticky podmíněné trombofilní mutace.

Přípravky COC se začínají užívat v prvních pěti dnech menstruačního cyklu. COC se užívají denně ve stejnou dobu. U většiny COC žena užívá celé balení o 21-26 tabletách a po té 2-7 dní nebere žádné tablety nebo užívá placebo. Ale i během těchto dní je antikoncepční účinek zachován. Během těchto dnů pauzy se objeví pseudomenstruační krvácení (Čepický a Fanta, 2011, s. 94-96).

Při chybě v užívání COC se doporučuje, aby žena zapomenutou tabletu vzala co nejdříve. Tolerance chyby v užití tablety je 12 hodin. Chyba v prvních 7 dnech užívání je nejrizikovější. Spolehlivost antikoncepce je snížena. Naopak spolehlivost je zachována, pokud žena užívala COC správně alespoň 7 dní před chybou a 7 dní po chybě. *Pokud žena zapomene více než jednu tabletu za sebou, je nejlepší začít s novým blistrem* (Čepický a Čepická Líbalová, c2011, s. 12; Čepický a Fanta, 2011, s. 96). Některé lékové interakce mohou snížit účinnost COC, ale mohou účinnost i zvýšit (viz příloha P IV) (Marešová, 2014, s. 30-31).

Transdermální přípravky se lepí na kůži na kteroukoli část těla (kromě prsů) jednou týdně. Místa nalepení je doporučeno střídat. První náplast se nalepuje první den menstruace. Tolerance chyby v aplikaci je 48 hodin. Dojde-li k odlepení náplasti, je možno náplast znovu přilepit, pokud je to možné. Není-li to možné, je nutno nalepit náplast novou. Každý čtvrtý týden se obvykle vynechává, dojde k pseudomenstruaci. Náplasti je možné užívat i v delších cyklech nebo kontinuálně. Účinnost náplasti je stejná jako u COC. Výjimka je u žen s tělesnou hmotností nad 90 kg, u nich je účinnost snížena (Čepický a Čepická Líbalová, c2011, s. 13-14; Fait, Dvořák a Skřivánek, c2009, s. 111).

Vaginální kroužek se zavádí první den menstruace na tři týdny. Další se zavádí po týdenní pauze, ve které probíhá pseudomenstruace. Kroužky lze užívat i ke kontinuálnímu podávání bez pauzy. Pokud kroužek vypadne z pochvy, je nutné ho zavést do dvou hodin. Pokud se kroužek do dvou hodin nepovede zavést, zavádíme nový kroužek. Antikoncepční účinek je srovnatelný s COC (Čepický a Čepická Líbalová, c2011, s. 14; Fait, Dvořák a Skřivánek, c2009, s. 111).

U kombinované hormonální antikoncepce máme absolutní kontraindikace a relativní kontraindikace. Mezi absolutní kontraindikace patří TEN, CMP, ICHS, vrozená trombofilie (deficit trombinu III a proteinu S a C) zaznamenané v rodinné anamnéze ženy. Dále sem patří Leidenská mutace genu pro faktor V, mutace genu pro tvorbu protrombinu, hyperho-

mocysteinemie (např. Marfanův syndrom), akutní hepatopatie a chronická hepatopatie s poruchou funkce (aktivní virová hepatitida, dekompenzovaná cirhóza, Wilsonova nemoc, syndrom Buddův-Chiariho) nebo benigní i maligní tumory jater u ženy. Další absolutní kontraindikace představují srdeční vady komplikované plicní hypertenzí a subakutní endokarditidou nebo s rizikem fibrilace síní, primární plicní hypertenze u ženy, neléčená hypertenze u ženy - TK 160/100 mmHg nebo vyšší nebo hypertenze s arteriálními komplikacemi, dlouhodobá imobilizace u ženy (po operaci, po úrazu), karcinom prsu, endometria a endometroidní Ca ovaria u ženy, pokud ženy kojí do 6 měsíců věku kojence, diabetes mellitus s orgánovými komplikacemi a migrénou s aurou. Mezi relativní kontraindikace patří kouření nad 15 cigaret u ženy nad 35 let, vrozená koagulopatie, sprkovitá anémie a porfyrie, rodinná anamnéza s TEN, ICHS do 45 let, hemodynamicky významná srdeční vývojová vada, plánované rozsáhlé operace, vaskulární migréna, závažná dyslipidemie, diabetes mellitus bez komplikací, antifosfolipidový syndrom a SLE (Marešová, 2014, s. 23-24).

2.2.1.2 Gestagenní antikoncepce

Gestagenní antikoncepce obsahuje pouze progestin, syntetický hormon žlutého tělíska. Účinek metody spočívá v kontinuální aplikaci progestinu. Antikoncepce působí na cervikální hlen, který se stává vazkým a zcela pro spermie neprostupným. Dále ovlivňuje růst endometria, motilitu vejcovodů a ne zcela ovlivňuje blokádu ovulace, spíše narušuje folikulogenezi (Čepický a Čepická Líbalová, c2011, s. 36; Čepický a Fanta, 2011, s. 71; Fait, 2018, s. 65).

Tenhle typ antikoncepce se používá ve formě tablet (tzv. minipilulky), ve formě depotních injekcí a jako podkožní implantáty (Čepický a Fanta, 2011, s. 71). Mezi hormony gestagenní antikoncepce patří desogestrel, etonogestrel a medroxyprogesteron acetát (DMPA). Spolehlivost gestagenní antikoncepce v perorální formě odpovídá hodnotám Pearl indexu kombinované hormonální antikoncepce. Podkožní implantáty a depotní injekce patří mezi velmi spolehlivé metody antikoncepce, hodnota Pearl indexu se pohybuje okolo 0,02 (Čepický a Čepická Líbalová, c2011, s. 36). Před nasazením gestagenní antikoncepce nejsou nutná žádná laboratorní vyšetření, jen je doporučena podrobná anamnéza a preventivní onkogynekologické vyšetření (Fait, 2018, s. 65).

Minipilulky se začínají užívat od prvního dne menstruačního krvácení, a to jednou denně bez přerušení (bez ohledu na krvácení). Při chybném užívání antikoncepce je nutné počítat

se sníženou spolehlivostí už 7 dní před chybou, nástup účinku je od 8. dne užívání. Minipilulky užívají především ženy kojící, po porodu nebo po potratu (Čepický a Čepická Líbalová, c2011, s. 37; Čepický a Fanta, 2011, s. 73).

Injekční depotní forma - první injekce se obvykle aplikuje v prvních pěti dnech menstruačního cyklu. Účinek nastupuje po 8 dnech. Další injekce se aplikuje jednou za 3 měsíce (12 týdnů), mezní povolený termín je po 14 týdnech. Přípravek se aplikuje podle preparátu buď intramuskulárně, nebo subkutánně. Obnovení ovulačního cyklu je do 10 měsíců od poslední injekce. Tato antikoncepční metoda je rovněž vhodná pro ženy po porodu nebo potratu, ale i u žen, které kojí (Čepický a Čepická Líbalová, c2011, s. 37; Čepický a Fanta, 2011, s. 73-74).

Podkožní implantáty se zavádí v prvních pěti dnech menstruačního cyklu speciálním zaveděčem v lokální anestezii pod kůži na vnitřní stranu nadloktí. Nástup účinku je od 8. dne po zavedení. Po 3 letech lze implantát vyměnit nebo odstranit. Implantáty se po určité době extrahují opět v lokální anestezii. Podkožní implantáty lze zavést i v šestinedělí nebo po potratu, to také platí pro kojící ženy (Čepický a Čepická Líbalová, c2011, s. 37; Čepický a Fanta, 2011, s. 72-74).

U gestagenní antikoncepce máme relativní kontraindikace. Mezi ně patří Ca prsu (do 5 let po léčbě někdy úplná kontraindikace), ICHS, CMP, akutní TEN, recidivující ovariální cysty, akutní virová hepatitida, adenom a Ca jater. Tyto kontraindikace platí u žen s vysokým rizikem osteoporózy a migrénou s aurou, která vznikla během užívání HAK, a u velmi mladých dívek (Marešová, 2014, s. 22).

2.2.2 Nitroděložní antikoncepce

Nitroděložní antikoncepce je nejvýhodnější metodou antikoncepce, a to jak cenově, tak ve spolehlivosti (viz. příloha P II) a zdravotní bezpečnosti (Fait, Dvořák a Skřivánek, c2009, s. 122).

2.2.2.1 Nehormonální nitroděložní tělísko

Nitroděložní tělísko (IUD) prošlo do dnešní doby vývojem svého tvaru a použitého materiálu. Změnilo se od spirály z inertního plastu, kde měď byla přímo v plastické hmotě, k tělískům s mědí ve tvaru T, popřípadě se zlatem, stříbrem či slitinou zinku a mědi. Mechanismus účinku spočívá ve vzniku sterilního zánětu endometria cizím tělesem, inhibici

transportu spermií v děložním hrdle i v děložní dutině, způsobuje nedozrávání spermií v děložním hrdle a tím ztrácí schopnost oplodnění a navíc působí toxicky na oocyty. Zdrojem těchto účinků je měď v tělísku, která má spermicidní účinek.

IUD se zavádí přes děložní hrdlo během menstruace, kdy je hrdlo pootevřené a existuje jistota, že žena není těhotná (viz příloha P V). Další vhodná doba je během ovulace, kdy je děložní hrdlo rovněž mírně pootevřené. Zavedení provádíme bez anestezie a za přísné asepse. Tělisko je opatřeno silonovým vláknem, za které je lze odstranit. IUD se většinou zavádí na dobu pěti let. Kontrola uložení tělíska je obvykle za 1-3 měsíce.

IUD je vhodná pro ženy, které chtějí dlouhodobou a efektivní antikoncepční metodu, po porodu (u kojících matek), po potratu a s kontraindikací COC. Dále je vhodná po selhání předchozí metody chybou uživatelky nebo z důvodu nevěle k užívání hormonů. Mezi kontraindikace patří nevysvětlitelné krvácení z dělohy, vrozené vady dělohy, uzavřené děložní hrdlo a malá děloha, chronické infekce pochvy, velká myomatózní děloha, pelapatie, terapie imunosupresivy, neošetřená dysplazie hrdla, alergie na měď nebo Wilsonova choroba (Čepický a Fanta, 2011, s. 55-58; Fait, 2018, s. 91-93; Šulová, Fait a Weiss, c2011, s. 271-272).

2.2.2.2 *Hormonální nitroděložní tělísko*

Nitroděložní hormonální systém, který obsahuje progesteron nebo levonorgestrel. U nás na trhu je dostupné tělísko s levonorgestrem (LNG-IUS), které denně uvolňuje 20 µg LNG. Kombinuje se účinek nehormonálních nitroděložních tělísek a gestagenní antikoncepce.

Mechanismus účinku spočívá v nitroděložním tělísku (nehormonálním) a progestinu. Nitroděložní tělísko způsobuje v dutině děložní sterilní zánět, kdy přítomné makrofágy napadají spermie. Progestin působí na hlen v děložním hrdle, který se stává pro spermie neprostupným. Dále se snižuje růst děložní sliznice a ovlivňuje se funkce vejcovodů.

LNG-IUS se zavádí do děložní dutiny speciálním zavaděčem. Tělísko se obvykle zavádí na konci menstruace, kdy je děložní hrdlo pootevřené a je jisté, že žena není těhotná. Účinek antikoncepce trvá pět let. Kontrola uložení tělíska je obvykle za 1-3 měsíce. Je možné jej zavést i v šestinedělí a u kojících matek, protože metoda neovlivňuje tvorbu ani složení mléka.

Nitroděložní hormonální systém je nejvhodnější pro ženy, které již rodily a plánují další dítě po delší době nebo chtějí dlouhodobou a spolehlivou antikoncepci s návratem plodnos-

ti. LNG-IUS mohou použít i ženy, které ještě nerodily. Podmínkou je dostatečná velikost dělohy a dostupnost děložního hrdla (Čepický a Čepická Líbalová, c2011, s. 47; Čepický a Fanta, 2011, s. 57-58; Šulová, Fait a Weiss, c2011, s. 271-272).

U nitroděložního systému s levonorgestrellem rozdělujeme také kontraindikace na absolutní a relativní. Mezi absolutní kontraindikace patří puerperální sepse, akutní pánevní zánětlivá nemoc a nevysvětlitelné krvácení z rodidel. Platí pro ženy s Ca prsu do 5 let po léčbě, karcinomem čípku nebo endometria a chotikarcinomem. Absolutní kontraindikací je dále pánevní tuberkulóza, vrozené vady dělohy, submukózní myomy bránící uložení IUS. Mezi relativní kontraindikace patří zavedení IUS do 4 týdnů od porodu, aktuální TEN, vysoké riziko PID, nemožnost zavedení tělíska, aktivní jaterní porucha, vysoké riziko PID a karcinom prsu v anamnéze u ženy (Fait, 2018, s. 99).

2.2.3 Bariérové metody antikoncepce

2.2.3.1 Mechanické bariérové metody

Kondom neboli prezervativ je jednou z nejstarších antikoncepčních metod. Jedná se o velmi bezpečnou a efektivní antikoncepční metodu, která mechanicky brání prostupu spermií a navíc chrání uživatele před sexuálně přenosnými nemocemi. Je jedinou antikoncepcí, kterou může používat muž. V současné době trh nabízí kondomy různých velikostí, provedení, povrchových úprav, tvarů, barev, vůní a příchutí. Většina kondomů se zhotovuje z latexu. Alergie na latex je vzácná, ale objevuje se především přecitlivělost na některé chemické látky, silikonový olej, gelová zvlhčovačla nebo aromatické přísady. Sice se jedná o metodu, která ochrání před početím, ale podle Pearl indexu (viz příloha P II) to není metoda zcela stoprocentní. Na riziku selhání se podepisuje uživatel, který nedodrží pravidla správného používání kondomu. Kondom může být velice snadno poškozen mechanicky, tepelně a chemicky (Uzel a Kovář, 2010, s. 43-51). Je nutné ho uchovávat na chladném a suchém místě, vyhnout se jeho kontaktu s rukou potřenou mastí, krémem či pleťovým mlékem, jelikož tyto prostředky poškozují latexovou stěnu. Kondom se doporučuje zkontrolovat před použitím i po použití, není-li poškozen (Čepický a Fanta, 2011, s. 44-45).

Poševní pesar neboli diafragma je ženská bariérová antikoncepční metoda. Jedná se o kulatý gumový klobouček, v jehož lemu je zatavena pružná kovová spirála umožňující lepší zavádění pesaru. Poševní pesary se vyrábí v různých velikostech o průměru od 5 cm do 10,5 cm. Správnou velikost pesaru by měl určit gynekolog pomocí speciálního měřítka.

První zavádění pesaru by se mělo provádět pod odborným dohledem, kdy lékař zkontroluje správné uložení. Právě na správně zvolené velikosti a správném zavedení spočívá celý antikoncepční efekt (viz příloha P VI). Membránou by měl být dokonale překryt děložní čípek. Ke zvýšení spolehlivosti pesaru se tedy používá ještě kombinace s chemickou antikoncepcí - spermicidem. Pesar se zavádí buď v poloze na zádech s pokrčenýma roztaženýma nohama, nebo ve stoje, kdy jednu nohu má žena zvednutou a opřenou o židli. Nejlépe se pesar zavádí při prázdném močovém měchýři. Palcem a třetím prstem se zmáčkne ze stran a zavádí se do pochvy jako tampón. Pro lepší zavádění je zapotřebí lubrikačního nebo antikoncepčního gelu. Pokud je pesar v pochvě zaveden, je nutné ještě prsty zkontrolovat, že horní okraj kryje děložní čípek, okrajová pružinka je v zadní poševní klenbě a vpředu se opírá o sponu stydkou. Důležité je, že pesar nesmí být odstraněn dříve než za 6 hodin po coitu, naopak by neměl v pochvě zůstat déle než 24 hodin. Pesar je určený k mnohonásobnému použití. Při správném ošetřování (opláchnutí intimním nebo antibakteriálním mýdlem, vysušení, správné skladování) vydrží i několik let. Pesar se v žádném případě nesmí používat s mastí, olejem a mastným krémem, mohlo by dojít k porušení materiálu (Čepický a Fanta, 2011, s. 45; Uzel a Kovář, 2010, s. 57-60).

Ženský kondom neboli Femidom je jednorázová antikoncepční metoda. Jedná se o 17 cm dlouhý válec z latexu, který se zavádí do pochvy před souloží. Celý kondom vypadá jako válcovitý lampiónek. Kondom je opatřen lubrikantem pro snadnější zavádění a odstranění. Na konci kondomu je vnitřní prsteneček, který tvoří kroužek pro snadnější zavádění a pomáhá udržet kondom na místě. Zevní kroužek je širší a zůstává vně pochvy a pomáhá krýt zevní rodidla. Femidom se zavádí do pochvy s předstihem (až 8 hodin) nebo těsně před coitem. Je rozumné, aby si žena nejprve sama vše nacvičila nanečisto a našla nejvhodnější pozici pro vlastní zavádění (viz příloha P VII). Kondom je nutné používat s lubrikačním gelem, ale nejdůležitější je zkontrolovat vždy správné zavedení penisu. Po ejakulaci nemusí být Femidom odstraněn ihned, ale měl by být vytažen dříve, než žena vstane, aby se zabránilo úniku spermatu. Kromě antikoncepčního účinku má i účinek snížit riziko přenosu pohlavně přenosných chorob a infekcí (Uzel a Kovář, 2010, s. 61-63).

Cervikální pesar či klobouček se nasazuje přímo na děložní čípek, nekryje přední poševní stěnu jako poševní pesar. Vyrábí se z latexu nebo umělých hmot, různých tvarů a rozměrů podle děložního čípku. Žena si klobouček nasazuje sama. U prvního nasazení kloboučku je vhodná kontrola správného nasazení lékařem, protože jeho nasazování může zpočátku působit potíže. Klobouček je nutno před nasazením potírat spermicidem. Přisaje se k dělož-

nímu čípku a může být v pochvě ponechán i déle, ale maximálně 3 dny. Výhody a nevýhody cervikálního kloboučku jsou přibližně stejné jako u poševního pesaru (Uzel a Kovář, 2010, s. 64).

2.2.3.2 *Chemické bariérové metody*

Spermicid je účinný prostředek hubící mužské zárodečné buňky. Dále znehybňuje spermie, dokáže spolehlivě zahubit i některé choroboplodné zárodky a snižuje nebezpečí přenosu poševních infekcí a chorob. Na trhu najdeme spermicidy v mnoha formách například pěny, čípky, krémy, želé, šumivé tablety, globule nebo tampony. Jsou dostupné bez lékařského předpisu. Jednotlivé formy se liší nástupem a trváním účinku. Spermicid se zavádí hluboko do pochvy, u některých výrobků speciálním zavaděčem. Po zavedení je nutno vyčkat se zahájením coitu, například u globule do 5 minut, u tablet do 10 minut, pouze u pěn a krému je nástup účinku okamžitý. Doba trvání účinku závisí na formě spermicidu. Při opakovaném coitu je nutno aplikovat novou dávku. Spermicidy lze vhodně kombinovat s mechanickými bariérovými metodami. Pro správné fungování metody je třeba dodržet několik zásadních omezení. Žena nesmí 2 hodiny před coitem a po něm používat v intimní hygieně mýdlo, do 2 hodin po coitu se vyhnout koupeli ve stojaté vodě nebo vaginálním výplachům (Čepický a Fanta, 2011, s. 49-51; Fait, 2018, s. 104-106; Uzel a Kovář, 2010, s. 67-69).

Vaginální hubka má oválný tvar a z obou stran má mírnou prohlubeň. Někdy bývá na houbičce připevněná šňůrka v podobě očka, za kterou se pak z pochvy vytáhne. Houbička je celá nasáklá spermicidním prostředkem. Zavádí se hluboko do pochvy před děložní čípek a tam se může ponechat až 24 hodin podle údajů výrobce. Po posledním coitu se houbička musí v pochvě ponechat ještě 6 hodin. Po tuto dobu se nemají provádět žádné poševní výplachy, protože by se mohla vyplavit účinná spermicidní látka (Uzel a Kovář, 2010, s. 65).

2.2.4 **Přirozené metody antikoncepce**

2.2.4.1 *Kojení*

Kojení je přirozená poporodní antikoncepce, která využívá laktační amenorey. Princip metody spočívá ve využití zvýšeného hormonu prolaktinu při kojení, který brání zrání vajíček. Tvorba prolaktinu je vyvolána stimulací prsní bradavky sáním. Laktační amenorea u kojících žen trvá 2 měsíce až 4 roky, to závisí na frekvenci kojení. K udržení antikoncepčního účinku je nutné, aby žena plně kojila, minimálně každé 4 hodiny přes den, každých 6 hodin

v noci a dítě nesmí být přikrmováno. Dále je nutné, aby od porodu neuplynulo více než půl roku a žena doposud nedostala ani jednu menstruaci. Spolehlivost metody do půl roku po porodu je podle Pearl indexu 2-4 (Čepický a Fanta, 2011, s. 28-29; Šulová, Fait a Weiss, c2011, s. 269).

2.2.4.2 Periodická abstinence

Ženy s pravidelným menstruačním cyklem mohou používat metodu počítání plodných a neplodných dnů, měření bazální teploty, metodu hlenovou či cervikální (Fait, Dvořák a Skřivánek, c2009, s. 127).

U metody neplodných dnů se používá výpočet. Hodnotíme všechny menstruační cykly za dobu posledního půl roku. Výpočet provádíme tak, že odečteme 18 dnů od nejkratšího cyklu a 11 dnů od nejdelšího cyklu, výsledek je první a poslední plodný den. Ostatní dny jsou neplodné. Metoda je však velice nespolehlivá (Čepický a Fanta, 2011, s. 32; Šulová, Fait a Weiss, c2011, s. 269).

Měření bazální teploty vychází z faktu, že v ovulačním období stoupá bazální teplota o 0,2-0,4 °C vlivem progesteronu. Žena měří teplotu po dobu 5 minut v pochvě nebo v konečníku vždy ráno ve stejnou dobu, nejlépe po probuzení. Žena si zapisuje naměřenou teplotu do menstruačního kalendáře se stupnicí. „Vzestup teploty“ nastává tehdy, když se naměří ve třech po sobě následujících dnech teplota vyšší, než byla naměřena v předešlých šesti dnech, přitom zjištěná teplota musí převyšovat alespoň o 0,2 °C předešle naměřené teploty. Tato teplota se pak udržuje po celou druhou polovinu menstruačního cyklu, až do další menstruace. Vzestup teploty svědčí o tom, že ovulace proběhla. Tělesnou teplotu může ovlivnit konzumace alkoholu, vliv má i stres, krátký spánek, směnný provoz, nemoc s horečkou a také některé léky (Čepický a Fanta, 2011, s. 32; Uzel a Kovář, 2010, s. 29-31).

Dalším způsobem k vyzpozorování možné ovulace jen na základě příznaků je například metoda hlenová, která posuzuje charakter poševního hlenu. Po menstruaci je hlen hustý, netažný mezi prsty a tvoří se ho malé množství. Tomuto období se říká „suché dny“. Pokud se blíží ovulace, je hlen řidší, vodnatý, průsvitný, vysoce kluzký, tažný mezi prsty a tvoří se ho větší množství. Tyto změny jsou patrné tři dny před ovulací a dva dny po ní a představují nejplodnější období v menstruačním cyklu. Potom se charakter hlenu zase změní a nastupují opět suché dny (Uzel a Kovář, 2010, s. 31).

Metoda cervikální zase využívá změn děložního čípku během menstruačního cyklu. Metoda spočívá ve vyhmatání děložního čípku. Provádí se v poloze v podřepu pomocí prstů pravé nebo levé ruky. Po menstruaci je děložní čípek tuhý a branka do dělohy je velice úzká a uzavřená. Toto období je neplodné. Čtyři až pět dní po skončení menstruace čípek začne měknout a branka do dělohy se mírně pootevřívá. V období ovulace je čípek špatně hmatatelný, posunuje se vzhůru. Plodné období končí tehdy, když čípek opět sestupuje níž, rychle se uzavírá a tvrdne (Čepický a Fanta, 2011, s. 33; Uzel a Kovář, 2010, s. 31).

2.2.4.3 *Coitus interruptus*

Přerušovaný coitus je sice nejlevnější metoda, vždy dostupná a nevyžadující žádné pomůcky, ale je ze všech druhů antikoncepce nejméně spolehlivá. Principem metody je zabránit, aby se spermie dostala do dělohy, proto muž ukončí coitus ještě před ejakulací, ke které dojde až mimo tělo ženy. Důvodem neúspěchu je predejakulační tekutina, která se objevuje v mužské močové trubici během sexuálního vzrušení a obsahuje menší množství pohyblivých spermií. Dalším důvodem je správný odhad okamžiku přerušování coitu nebo opakovaný coitus, kdy se zbytky semene v močové trubici mohou dostat do dělohy. A posledním důvodem je špatná manipulace se spermatem (Čepický a Fanta, 2011, s. 36; Uzel a Kovář, 2010, s. 41-42).

2.2.5 Postkoitální (emergentní) antikoncepce

Postkoitální antikoncepce nebo u nás po domácku „pilulka po“ má zabránit otěhotnění až po té, co už došlo k nechráněnému coitu. Metoda není určena pro pravidelné užívání, ale pouze výjimečně a není vhodné ji užívat častěji než jednou měsíčně. Hlavním mechanismem je zabránit nidaci vajíčka. Před použitím antikoncepce není nutné žádné vyšetření. Její podání antikoncepce by mělo proběhnout do 72 hodin, u novějších přípravků až do 120 hodin po nechráněném pohlavním styku. Pilulka se podává co nejdříve po coitu a druhá se podává do 12 hodin od první pilulky. Po podání pilulky se menstruace obvykle objevuje v očekávaném termínu, může se dostavit i dříve nebo o několik dnů později. Preparát je k dostání v lékárnách bez lékařského předpisu po předložení průkazu totožnosti (věkové ohraničení) (Čepický a Fanta, 2011, s. 131-132; Uzel a Kovář, 2010, s. 146-149).

2.2.6 Sterilizace

Sterilizace je nevratný chirurgický zákrok. U žen se provádí tubární sterilizace, dochází k zneprůchodnění vejcovodů a u mužů se provádí podvaz chámovodů. Metoda je vhodná pro stabilní partnerský pár po dosažení plánovaného počtu dětí. Sterilizace ze zdravotních důvodů se provádí osobě starší 18 let, z jiných důvodů než zdravotních se provádí osobě starší 21 let. Žádost se podává ošetřujícímu lékaři a je podepsána svědkem, zdravotním pracovníkem. Lékař musí následně poučit o zákroku, o trvalých následcích a možných rizicích. Pacient následně podepisuje písemný souhlas s výkonem (Fait, 2018, s. 108-109).

2.2.7 První návštěva u gynekologa

Dospívající dívky, které nedovršily 18 let, doprovází k lékaři matka nebo jiný zákonný zástupce. Pokud gynekolog uklidní pacientku a získá si její důvěru, vyhne se pocitu frustrace. Gynekolog by měl dát najevo, že pacientkou je dívka, ne její matka, která ji doprovází. Během anamnestického rozhovoru se lékař ptá dívky, ne její matky. Citlivý přístup vyžadují hlavně otázky týkající se sexuálního chování a pohlavně přenosných chorob. Takové otázky by se neměly pokládat pacientce v matčině přítomnosti. Po rozhovoru se dívce stručně vysvětlí, co vyšetření obnáší. Lékař by měl dívku i matku ubezpečit, že panská blána nebude narušena a že vyšetření bude nepříjemné, ale nikoliv bolestivé. Vyšetření prsů je nedílnou součástí fyzikálního vyšetření. Lékař dívce popíše techniku samovyšetření. Po kontrole pohlavních orgánů následuje vložení gynekologického zrcátka či vaginoskopu do pochvy. Poševní vchod většiny dívek měří v průměru asi 1 cm. Malé gynekologické zrcátko jím projde bez obtíží. U mladých pacientek s prostornějším otvorem v panské bláně se provádí bimanuální vyšetření obdobně jako u dospělých žen. Pokud je hymenální otvor příliš malý na vyšetření prstem, provádí se rektální vyšetření (Pilka a Procházka, 2017, s. 166).

3 VLIV HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE NA ŽENSKÉ ZDRAVÍ

3.1 Pozitivní vliv hormonální antikoncepce na ženské zdraví

Hormonální antikoncepce má nejen funkci zabránit nechtěnému těhotenství, ale má i pozitivní vliv na ženské tělo, např. na tělesné změny. Užívání hormonální antikoncepce má vliv na pleť, především na snížení tvorby akné. Přispívá k pravidelnosti menstruačního cyklu, zmírnění bolestivosti menstruace, menstruace je i slabší. Užívání má vliv na psychické změny, přináší zklidnění a zlepšení nálady spojené s prožíváním premenstruálního syndromu (Ottová a Weiss, 2015, s. 355-359).

Užívání kombinované hormonální antikoncepce má vliv i na snížení rizika některých nádorových onemocnění, jako jsou karcinom ovaria nebo endometria. U karcinomu ovaria snižuje riziko o 30-50% a u karcinomu endometria o 50-70%. Ochranný vliv přetrvává až 30 let po vysazení antikoncepce. K dosažení popisovaného efektu je minimální doba užívání 4 roky. Ochranný vliv CC vzniku karcinomu ovaria je patrný i u nositelek mutace BRCA. Ochranný vliv CC vzniku karcinomu ovaria je potvrzen pouze u multigravidních žen, u multigravidních žen nemá CC žádný ochranný efekt. Podle studií CC také snižuje riziko vzniku kolorektálního karcinomu asi o 20% (Fait, 2013, s. 153-155). Weinberger a Zikán (2016, s. 7-15) uvádí závěr několika studií, že HAK svojí délkou užívání snižuje výskyt benigních onemocnění prsu - fibroadenom a fibrocystické nemoci.

Podle Záveského, Jandákové a Turyna (2015, s. 166-171) i užívání nitroděložního tělíška déle než 20 let snižuje riziko vzniku karcinomu ovaria o 38%.

3.2 Negativní vliv hormonální antikoncepce na ženské zdraví

I když je hormonální antikoncepce považována za největší objev 20. století, má ale i svá negativa. Podle Turčana, Pokorného a Faita (2012, s. 212-213) hormonální antikoncepce negativně ovlivňuje libido, ženy uvádějí jeho pokles. Dále i ženy popisují zhoršenou lubrikaci pochvy, ztrátu touhy a vzrušení. Ostró, Hořejší a Jirásek (2017, s. 210-211) uvádí riziko zhoršení duševních poruch, jako jsou deprese nebo bipolární porucha nebo vznik nových duševních příznaků užíváním antikoncepce.

Užívání perorální antikoncepce je spojeno i s rozvojem hypertenze, jež je obvykle mírná, a po vysazení antikoncepce se krevní tlak vrací k normě do 6 měsíců. Riziko rozvoje hypertenze roste s věkem, délkou užívání hormonální antikoncepce, obezitou a dále je větší

u kuřáček. Hypertenze byla pozorována jen u kombinované hormonální antikoncepce, ale u gestagenů nebyla prokázána. Závažná hypertenze, která rychle progreduje, může způsobit až ireverzibilní renální selhání. Proto není perorální antikoncepce doporučena ženám se špatnou léčbou hypertenze nebo kuřačkám nad 35 let (Cífková, 2015, s. 224-229).

Význam hormonální antikoncepce je velmi sporný. Snížení rizika vzniku karcinomu ovaria a endometria je vykoupeno zvýšeným rizikem vzniku karcinomu prsu nebo hrdla děložního. Riziko vzniku prekanceróz a karcinomu roste s dlouhodobým užíváním HAK (5 a více let). Ženy s mutací BRCA užívající HAK mají zvýšené riziko vzniku karcinomu prsu. V době diagnózy hormonálně závislého karcinomu prsu je ženě doporučeno okamžitě ukončit užívání HAK. Po pěti letech od stanovení diagnózy a bez známek aktivity onkologického onemocnění není doporučeno opětovné nasazení HAK. Jiná studie prokázala vliv HAK na riziko vzniku karcinomu cervixu u žen s infekcí HPV. Podle nich HAK způsobuje perzistenci HPV. Ženy pak obvykle mají rozsáhlejší transformační zónu a metaplastický epitel, který slouží jako vstup pro onkogenní typy HPV (Fait, 2013, s. 153-155; Ostró, Hořejší a Jirásek, 2017, s. 72; Weinberger a Zikán, 2016, s. 7-15; Záveský, Jandáková a Turyna, 2015, s. 166-171).

Ženy, které užívají COC, jsou ohroženy tromboembolickou nemocí. Riziko TEN ovlivňuje délka užívání, BMI, typ antikoncepce, věk uživatelky, přítomnost vrozeného, nebo získaného trombofilního stavu nebo další rizikové faktory (např. operace - záleží na typu a délce, imobilizace dolních končetin, přiložení sádry či dlahy, dlouhé cesty autobusem nebo letecky víc jak 6 hodin, a pokud není žena zajištěna profylakticky nízkomolekulárním heparinem). Ohroženy jsou ženy nad 45 let. Dalším rizikovým faktorem je zvýšená tělesná hmotnost (BMI nad 25 kg/m²) a kouření cigaret. Během prvních 3 měsíců užívání COC je riziko vzniku TEN nejvyšší a je stále zvýšené během prvního roku užívání. Riziko je vyšší, i pokud žena COC užívá poprvé v životě nebo užívá COC III. generace, kde je riziko vyšší než u II. generace. Nasazení COC vede ke změnám homeostázy. Dochází ke zvýšení aktivity koagulačních faktorů, snížení hladiny inhibitoru krevního srážení a změnám fibrinolýzy. Proto by před nasazením HAK mělo dojít ke klinickému posouzení zdraví ženy. U každé ženy, by se měla zohlednit osobní a rodinná anamnéza a rizikové faktory TEN (Dulíček a kolektiv, 2013, s. 277-282; Nováčková, 2014, s. 36-38).

3.3 Hormonální antikoncepce u chronicky nemocných

Ženám s diabetes mellitus je doporučena co nejúčinnější antikoncepce. Bezpečnou a spolehlivou formou antikoncepce pro ženy s nekomplikovaným diabetem je CC s nízkou dávkou estrogenů. Moderní CC neovlivňuje negativně glukózový metabolismus. Ženy jsou však ohroženy nežádoucí graviditou a jejími zdravotními riziky. Těhotenství vzniklé neplánovaně, při nevyrovnaných hladinách glykémie nebo při užívání některých perorálních antidiabetik, je ohroženo vrozenými vývojovými vadami plodu. Proto těhotenství u diabetiků musí být plánované. To umožní převod u DM 2. typu z perorálních antidiabetik na ta, která jsou v těhotenství vhodná, na dietu nebo inzulinoterapii. U DM 1. typu je nutné stabilizovat glykemii například převodem na inzulinovou pumpu. Rizika CC souvisejí pouze s cévními komplikacemi diabetu. Kontraindikací CC tedy není samo onemocnění, ale jeho komplikace. CC u žen s diabetem je omezeno na zdravé ženy, nekuřačky mladší 35 let bez vaskulárních komplikací diabetu, jako například retinopatie, nefropatie, hypertenze a další orgánové cévní poruchy. IUD s levonorgestremem je vhodnou antikoncepční metodou pro ženy s DM, neovlivňuje negativně průběh onemocnění (Fait, 2018, s. 116; Křepelka, 2013, s. 127-129).

U onemocnění štítné žlázy nepředstavuje hormonální antikoncepce kombinovaná i s progestagenní pro ženy žádné riziko. CC nevede k elevaci hladin TSH. U žen s hypotyreózou, hypertyreózou a strumou neexistuje žádná kontraindikace při užívání COC a LNG-IUS (Křepelka, 2013, s. 129-130).

U žen s obezitou hrozí selhání HAK. Některé studie, např. Brunerova a jiné zdroje uvádí jako hranici tělesnou hmotnost 90 kg, tedy BMI 30 (obezita prvního stupně), poté se začne spolehlivost CC snižovat. Obezita samotná je rizikovým faktorem pro TEN a užívání CC může riziko zvýšit (Fait, 2018, s. 116; Křepelka, 2013, s. 132). Podle Křepelky (2013, s. 132) vliv obezity na efektivitu HAK zůstává stále nejasný.

Vztah mezi HAK a vzplanutí SLE nebyl prokázán. U středně závažných SLE je nízkodávková CC pravděpodobně bezpečná. U aktivních forem SLE je zvýšené riziko renální exacerbace po podání CC. Další nebezpečí nastává u případů se zvýšeným rizikem hyperkoagulace u pacientek s antifosfolipidovými protilátkami, nefrotickým syndromem a tromboembolickými projevy (Křepelka, 2013, s. 113-114). Podle Faita (2018, s. 117) nemoc při mírném průběhu není kontraindikací.

U pacientek epileptiček užívajících antikonvulziva se doporučuje vysoko dávkovaná antikoncepce nebo doplnění běžné CC o další metodu antikoncepce, např. bariérovou metodu. Ženy užívající antiepileptika fenytoin, karbamazepin, barbituráty, promidon, topiramát nebo oxcarbazepin mohou mít při užívání HAK nižší antikoncepční účinek. Naopak antiepileptika gabapentin, lamotrigin, levetiracetam a tiagabin antikoncepční účinek nesnižují. Pro ženy s epilepsií je vhodnou metodou DMPA, LNG-IUS nebo IUD (Fait, 2018, s. 117, Křepelka, 2013, s. 186).

Dále byl u žen prokázán vliv COC na denzitu kostní tkáně. Některé studie dokládají 20 % snížení rizika vzniku osteoporózy u žen nad 30 let, které kdykoliv během života užívaly COC. Ale vztah mezi COC a kostními minerálními denzity (BMD) je obtížně hodnotitelný, neboť kvalitu kostní tkáně ovlivňuje řada faktorů (vrozené dispozice, výživa, kouření, pohybová aktivita). U gestagenní antikoncepce nebyl prokázán protektivní vliv na kostní denzitu. Dále u léčené dyslipidemie mohou ženy do 35 let užívat CC, ale je provedena kontrola lipidového profilu měsíc po zahájení užívání hormonální antikoncepce. U žen s neléčenou dyslipidemií nebo dalšími rizikovými faktory volíme jiné metody, které nezvyšují riziko infarktu myokardu (Fait, 2018, s. 83, 85, 116 - 117; Křepelka, 2013, s. 156).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU

Kvantitativní výzkum byl realizován technikou nestandardizovaného dotazníku (viz. příloha P IX). Nestandardizovaný dotazník obsahuje 20 otázek, z toho 4 otevřené otázky a 16 uzavřených otázek. Otázky č. 1 a 2 se vztahují k prvnímu dílčímu cíli. Druhý dílčí cíl se vztahuje k otázce č. 3. Třetí dílčí cíl se týká otázky č. 5. Otázky č. 9 a 10 směřují k čtvrtému dílčímu cíli. A poslední dílčí cíl č. 5 se vztahuje k otázkám č. 7, 8, 12, 13, 14 a 19. Ostatní otázky (č. 4, 6, 11, 15, 16, 17, 18 a 20) jsou pouze doplňující.

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem je zjistit informovanost žen o vedlejších účincích hormonální kontracepce.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, jaký druh hormonální antikoncepce ženy ve věku 18 - 45 let užívají nejčastěji.
2. Zjistit, co respondentky vedlo ke zvolení současné metody antikoncepce.
3. Zjistit, kdy respondentky začaly poprvé užívat hormonální antikoncepci.
4. Zjistit, zda se u respondentek objevily nežádoucí účinky hormonální antikoncepce.
5. Zjistit úroveň znalostí žen o antikoncepci.

4.2 Charakteristika respondentů

Respondentky jsme vybírali podle několika kritérií. Dotazník byl anonymní. Respondentky byly osobně oslovovány o jeho vyplnění. Dotazník byl určen pro respondentky ve věku 18 - 45 let, které užívají hormonální antikoncepci.

4.3 Organizace výzkumu

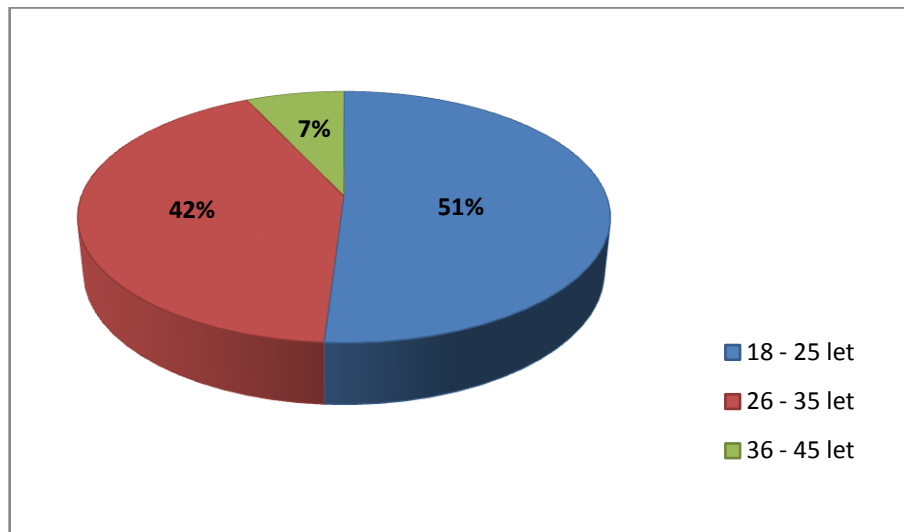
Dotazníkové šetření bylo provedeno v měsíci březnu 2019 v tištěné podobě. Respondentky byly osobně oslovovány o vyplnění dotazníku. Dotazníků bylo rozdáno 110, vyřazeno bylo 10 dotazníků pro neúplnost informací nebo nesprávné vyplnění dotazníku. Před jejich rozdělením bylo provedeno pilotní šetření pro doplnění nedostatků nebo nejasností. Zúčastnilo se ho 5 respondentek. Korekce dotazníku se týkala specifikace otázek.

4.4 Zpracování dat

Data byla zpracovaná v programu Microsoft Excel a Microsoft Word. V otázkách č. 8, 11, 14 a 15 měly respondentky na výběr z více správných odpovědí. Při zpracování výsledků se za 100 % považovalo celkový počet respondentek, nikoliv počet odpovědí. U otázek č. 8, 10, 16 a 18 měly respondentky pouze odpovídat na otázku, pokud zvolily požadovanou odpověď. Při zpracování výsledků se tedy znovu za 100 % považoval celkový počet respondentek, nikoliv počet odpovědí. Výsledky jsou zpracované v grafech pro lepší přehlednost.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Otázka č. 1

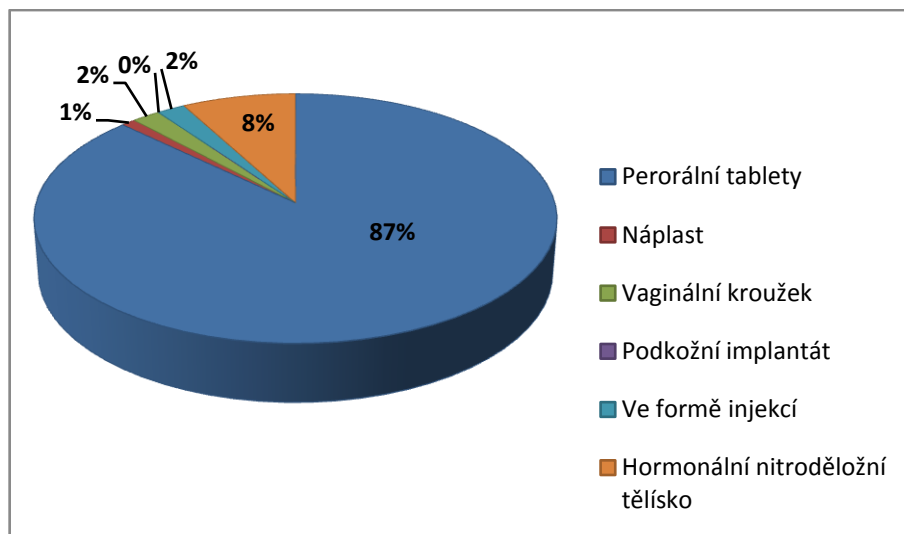


Graf č. 1 Věk respondentů

Komentář:

V otázce č. 1 byl zjišťován věk respondentek. Otázka se týkala dílčího cíle č. 1: *Zjistit, jaký druh hormonální antikoncepce ženy ve věku 18 - 45 let užívají nejčastěji.* V grafu č. 1 jsou zpracované odpovědi na tuto otázku. 51 % tvoří respondentky ve věku 18 - 25 let (51 respondentek), další jsou respondentky ve věku 26 - 35 let, jež tvoří 42 % grafu (42 respondentek). Nejmenší skupinu (7 %) tvoří respondentky ve věku 36 - 45 let (7 respondentek).

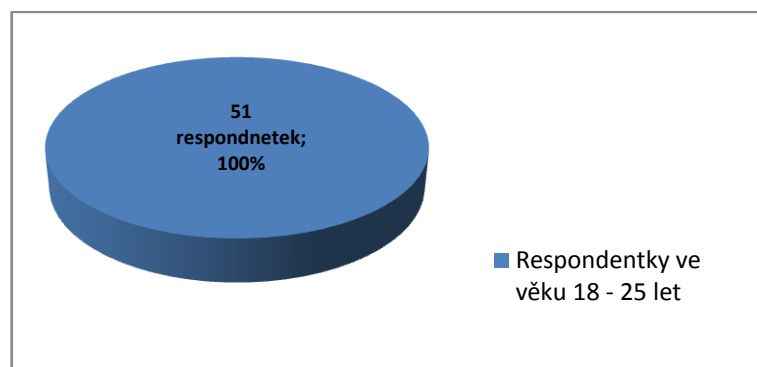
Otázka č. 2



Graf č. 2 Forma hormonální antikoncepce

Komentář:

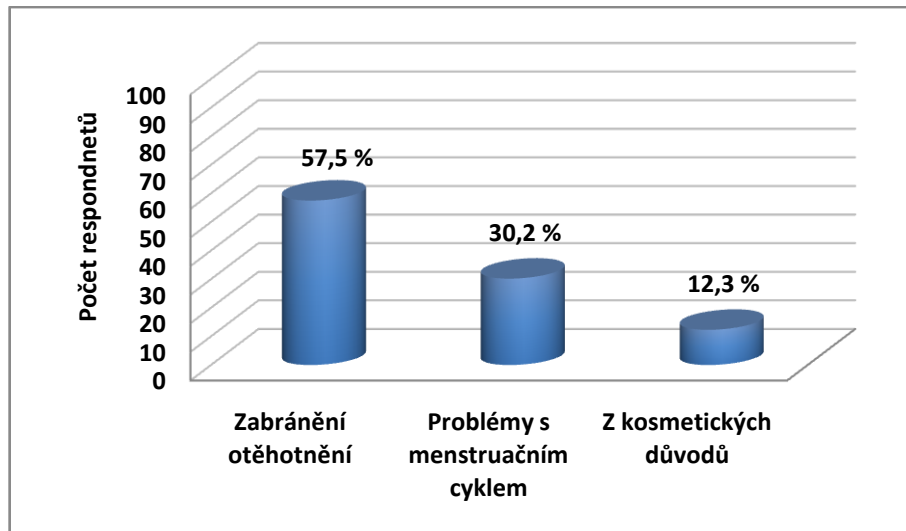
Otázka č. 2 se týkala dílčího cíle č. 1: *Zjistit, jaký druh hormonální antikoncepce ženy ve věku 18 - 45 let užívají nejčastěji.* Z grafu můžeme zjistit, že nejužívanější a asi nejoblíbenější je perorální forma antikoncepce. Ze 100 respondentek užívá perorální formu antikoncepce až 87 respondentek (87 %). Na dalším místě je hormonální nitroděložní tělíčko, které užívá 8 respondentek (8 %). Formu injekcí a vaginálního kroužku upřednostňují pouze 2 respondentky (2 %) a náplast jen jedna respondentka (1 %). Podkožní implantát neuvžívá z počtu 100 respondentek žádná.



Graf č. 3 Užívání perorální hormonální antikoncepce ve věku 18 - 25 let

Nejužívanější druh hormonální antikoncepce u žen ve věku 18 - 25 let je perorální forma. Všech 51 respondentek ve věku 18 - 25 let (nejpočetnější skupina respondentek dotazníkového šetření) užívá perorální antikoncepci.

Otázka č. 3

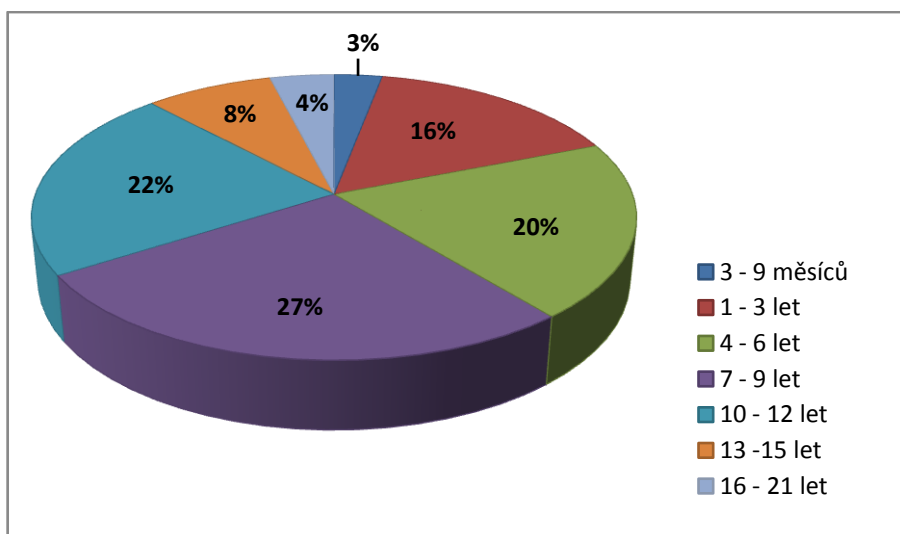


Graf č. 4 Důvod užívání hormonální antikoncepce

Komentář:

K dílčímu cíli č. 2: *Zjistit, co respondentky vedlo ke zvolení současné metody antikoncepce* - se vážala otázka č. 3. Respondentky měly možnost zvolit více odpovědí. Jako nejčastější důvod užívání hormonální antikoncepce uváděly snahu zabránit otěhotnění. Tuhle odpověď volilo 84 respondentek (57,5 %). Odpověď, že mají problémy s menstruačním cyklem, zvolilo 44 respondentek (30,2 %). Kosmetické důvody uvedlo 18 respondentek (12,3 %).

Otázka č. 4

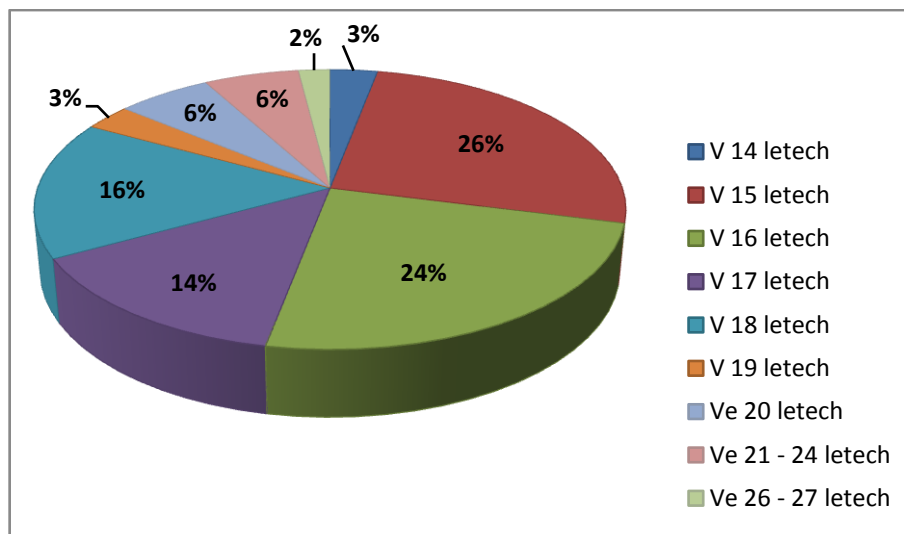


Graf č. 5 Délka užívání hormonální antikoncepce

Komentář:

V otevřené otázce č. 4 byla zjišťována délka užívání hormonální antikoncepce. Odpovědi byly rozříděny do sedmi skupin. První skupina označila dobu užívání 3 - 9 měsíců, a to 3 respondentky (3 %). Rok až 3 roky ji užívá 16 respondentek (16 %). Dalších 20 respondentek (20 %) užívá hormonální antikoncepci 4 - 6 let. Nejpočetnější skupina uvedla dobu užívání 7 - 9 let, jednalo se o 27 respondentek (27 %). Hormonální antikoncepci 10 - 12 let užívá 22 respondentek (22 %). Předposlední skupina 8 respondentek (8 %) označila délku užívání 13 - 15 let. Poslední skupina 4 respondentek (4 %), užívá hormonální antikoncepci 16 - 21 let.

Otázka č. 5

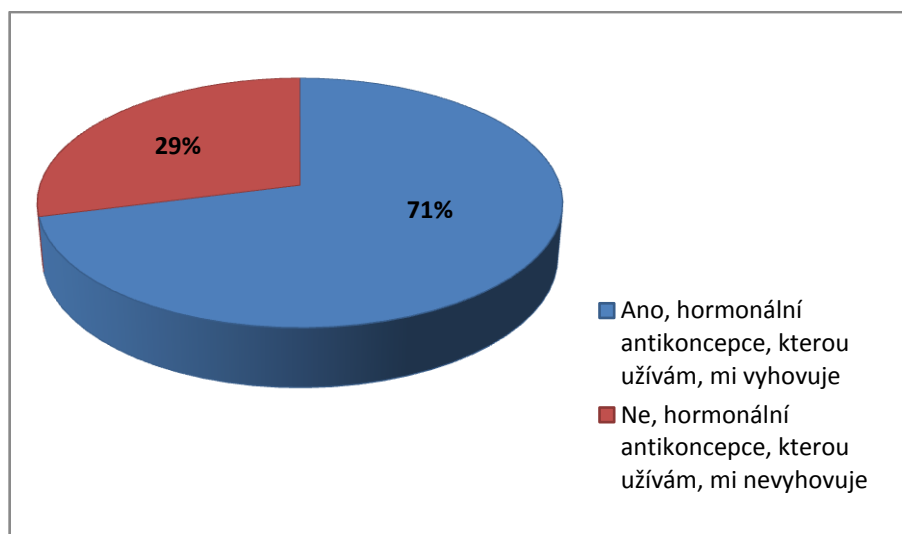


Graf č. 6 Věk prvního užívání hormonální antikoncepce

Komentář:

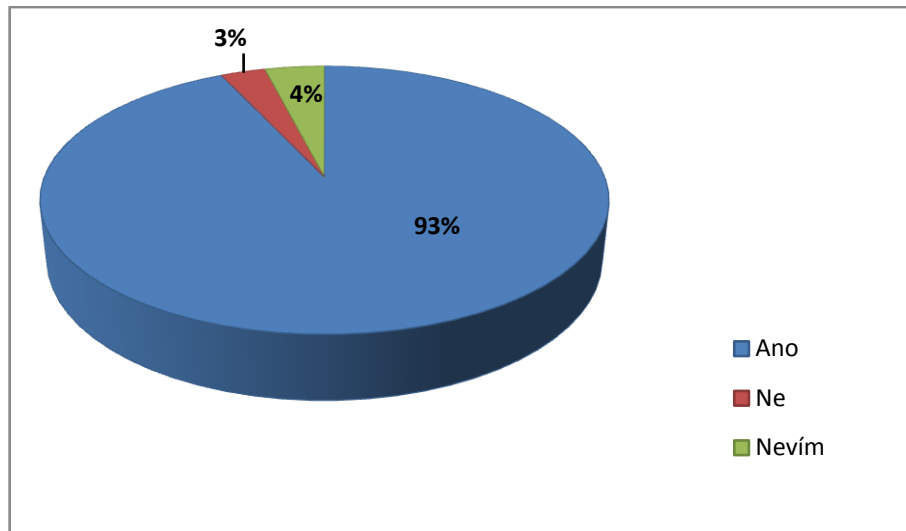
K otevřené otázce č. 5 se váže dílčí cíl č. 3: *Zjistit, kdy respondentky začaly poprvé užívat hormonální antikoncepci.* Jak můžeme vidět z grafu č. 6, respondentky ji začaly užívat nejčastěji v 15 až 18 letech. Ve 14 letech ji začaly užívat 3 respondentky (3 %). Nejvíce respondentek začalo antikoncepci užívat v 15 letech, a to 26 respondentek (26 %). Celkem 24 respondentek (34 %) začalo užívat hormonální antikoncepci v 16 letech, 14 respondentek (14 %) v 17 letech a v 18 letech o něco málo víc, a to 16 respondentek (16 %). V 19 letech začaly s antikoncepcí pouze 3 respondentky (3 %). Celkem 6 respondentek (6 %) označilo věk 20 a 21 - 24 let. Nejmenší počet, a to 2 respondentky (2 %) začal užívat antikoncepci v 26 - 27 letech.

Otázka č. 6

Graf č. 7 *Spokojenost s hormonální antikoncepcí***Komentář:**

Otázka č. 6 souvisela se spokojeností respondentek s hormonální antikoncepcí, kterou v současné době užívají. Celkem 71 respondentek (71 %) je s hormonální antikoncepcí, kterou užívají, spokojeno. Naopak 29 respondentkám (29 %), daná hormonální antikoncepce nevyhovuje.

Otázka č. 7:

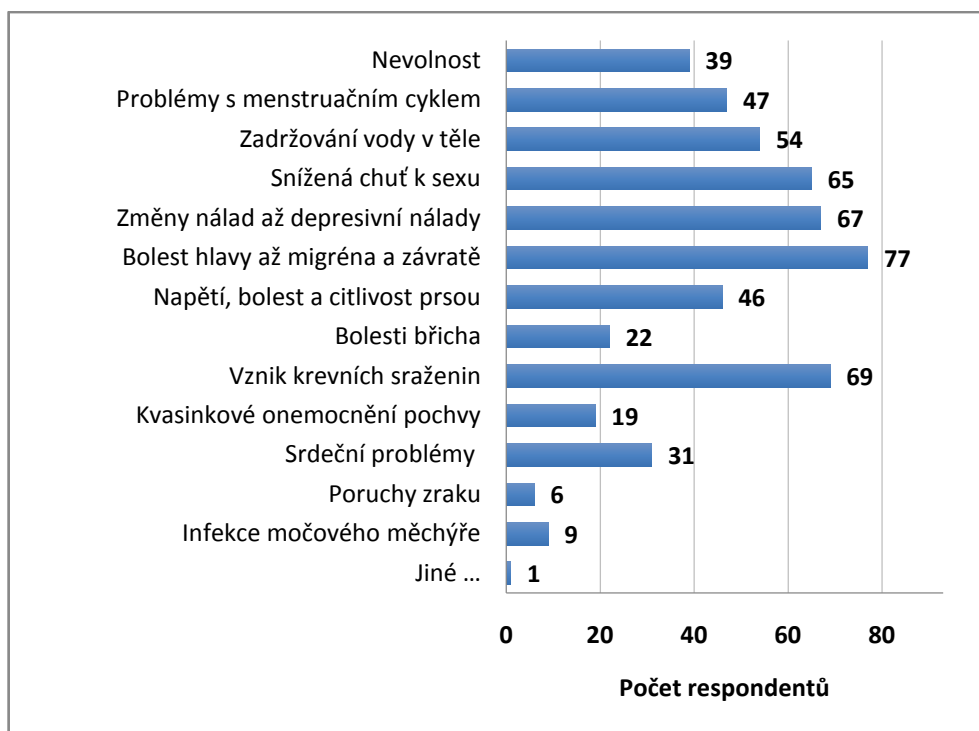


Graf č. 8 Znalost vedlejších účinků hormonální antikoncepce I.

Komentář:

Otázka č. 7 se váže k dílčímu cíli č. 5: *Zjistit úroveň znalostí žen o antikoncepci.* Podle grafu vidíme, že skoro všechny respondentky, které jsem oslovila, si myslí, že znají vedlejší účinky. Odpověď *Ano* zvolilo 93 respondentek (93 %). Pouze 3 respondentky (3 %) odpověděly *Ne*, tedy neznají vedlejší účinky. Zbývající 4 respondentky (4 %) odpověděly *Nevím*.

Otázka č. 8

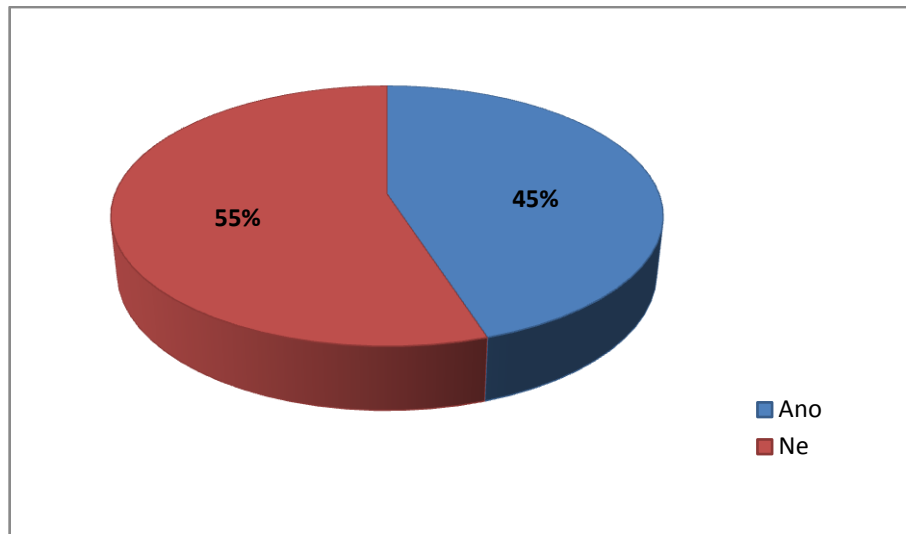


Graf č. 9 Znalost vedlejších účinků hormonální antikoncepce II.

Komentář:

Otázka č. 8 se týkala dílčího cíle č. 5: *Zjistit úroveň znalostí žen o antikoncepci*. Respondentky měly zakroužkovat ze 14 možností, které vedlejší účinky hormonální antikoncepce znají. Na otázku č. 8 měly odpovídat pouze ty respondentky, které na předchozí otázku č. 7 odpověděly *Ano*. Na otázku odpovídalo 93 respondentek. Nejčastější vedlejší účinky, které respondentky znají, je bolest hlavy až migréna a závratě (82,8 %, 77 respondentek), vznik krevních sraženin (74,2 %, 69 respondentek), změny nálad až depresivní nálady (72 %, 67 respondentek) a snížená chuť k sexu (69,9 %, 65 respondentek). Dále respondentky nejčastěji odpovídaly zadržování vody - 54 respondentek (58,1 %), problémy s menstruačním cyklem - 47 respondentek (50,5 %), napětí, bolest a citlivost prsou jmenovalo 46 respondentek (49,5 %). Nevolnost odpovědělo 39 respondentek (41,9 %), srdeční problémy - 31 respondentek (33,3 %), bolesti břicha - 22 respondentek (23,7 %). Kvasinkové onemocnění pochvy zná 19 respondentek (20,4 %), infekci močového měchýře - 9 respondentek (9,7 %), poruchy zraku jmenovalo 6 respondentek (6,5 %). Možnost odpovědi Jiné a písemně se vyjádřit zvolila jedna respondentka (1,1 %). Její odpověď byla: „Změna vůně partnera.“

Otázka č. 9

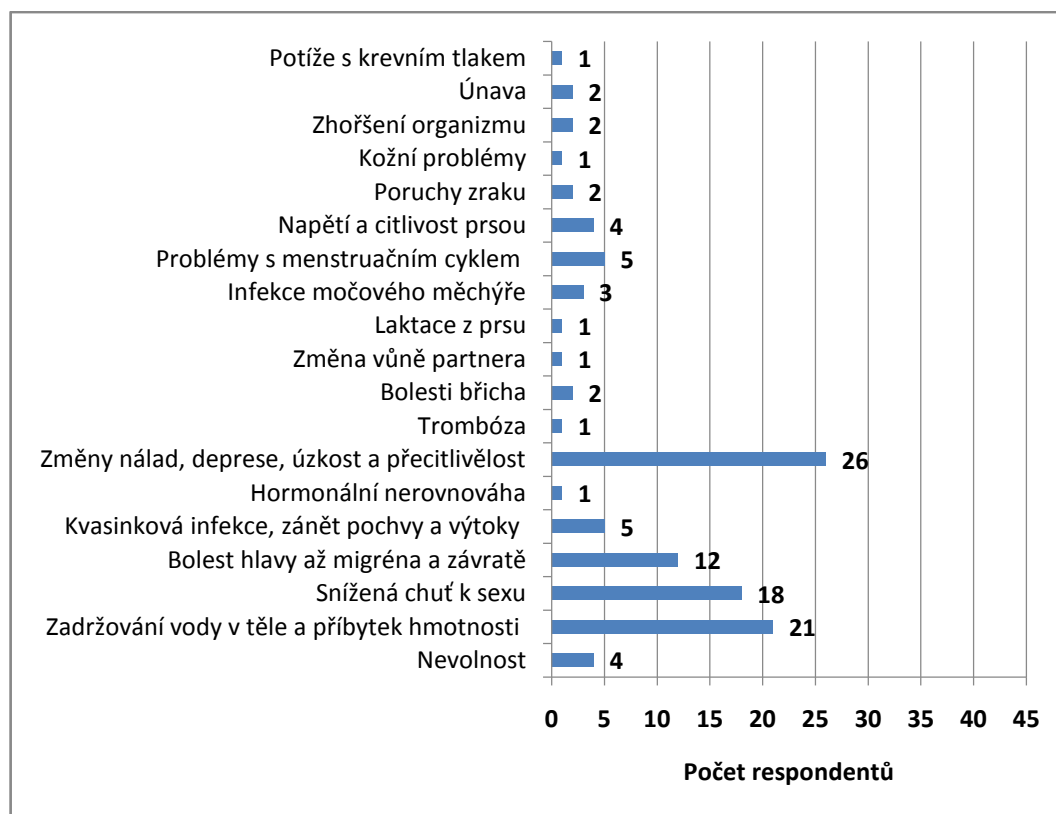


Graf č. 10 *Objevení vedlejších účinků hormonální antikoncepce I.*

Komentář:

Tato otázka měla za cíl zjistit, zda se u respondentky neobjevily vedlejší účinky hormonální antikoncepce. K této otázce se váže i dílčí cíl č. 4: *Zjistit, zda se u respondentek objevily nežádoucí účinky hormonální antikoncepce.* U 45 respondentek (45 %) se vedlejší účinky hormonální antikoncepce objevily, ale naopak u 55 respondentek (55 %) se neobjevily.

Otázka č. 10



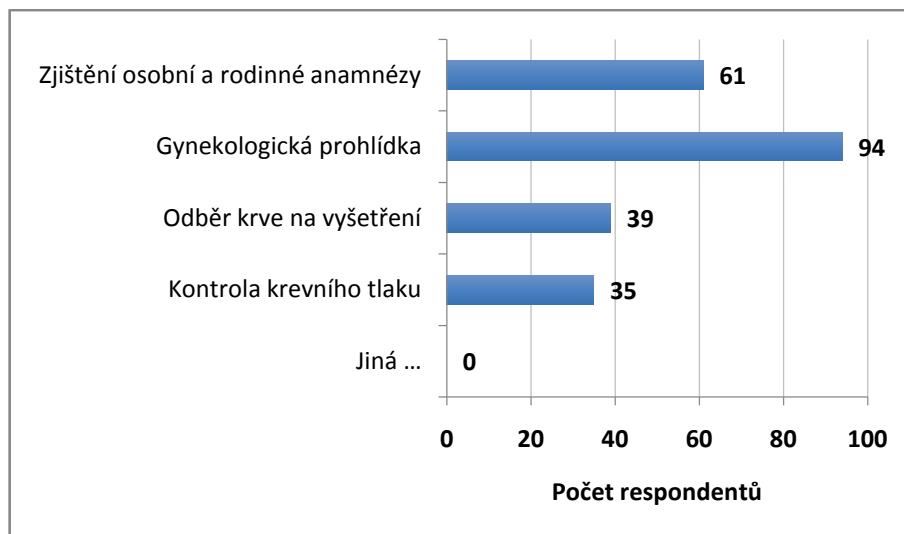
Graf č. 11 Objevení vedlejších účinků hormonální antikoncepce II.

Komentář:

V otevřené otázce č. 10 bylo cílem zjistit, které vedlejší účinky hormonální antikoncepce se u respondentek objevily. K této otázce se váže i dílčí cíl č. 4: *Zjistit, zda se u respondentek objevily nežádoucí účinky hormonální antikoncepce.* Otázka se týkala pouze respondentek, které na otázku č. 9 odpověděly *Ano*. Na otázku odpovídalo 45 respondentek. Z grafu můžeme vyčíst, že u respondentek se nejčastěji objevily vedlejší účinky, jako jsou změny nálad až deprese a úzkost, zadržování vody v těle a příbytek hmotnosti, snížená chuť k sexu a bolesti hlavy až migrény a závratě. Změny nálad, deprese, úzkost a přecitlivělost napsalo 26 respondentek (57,8 %). Zadržování vody v těle a příbytek hmotnosti se objevilo u 21 respondentek (46,7 %). Snížená chuť k sexu se objevila u 18 respondentek (40 %). Bolesti hlavy až migréna a závratě se vyskytly u 12 respondentek (26,7 %). U 5 respondentek (11,1 %) se objevily problémy s menstruačním cyklem, kvasinkovou infekcí, záněty pochvy a výtoky. U 4 respondentek (8,9 %) se objevila nevolnost a napětí a citlivost prsou. U 3 respondentek (6,7 %) došlo k infekci močového měchýře. U 2 respondentek (4,4 %) se objevily vedlejší účinky, jako jsou bolesti břicha, poruchy zraku, zhoršení orga-

nizmu a únava. U jedné respondentky (2,2 %) se objevily vedlejší účinky jako hormonální nerovnováha, trombóza, změna vůně partnera, laktace z prsu, kožní problémy a potíže s krevním tlakem.

Otázka č. 11

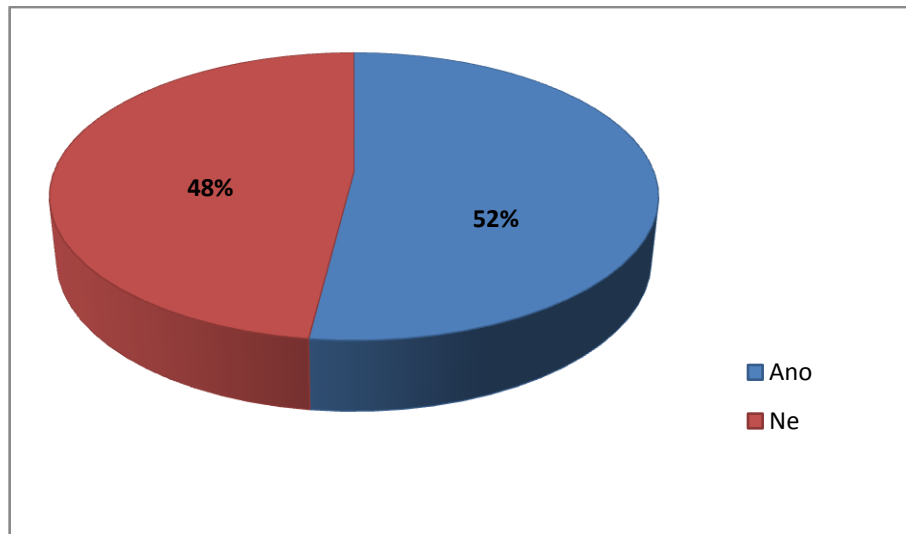


Graf č. 12 Vyšetření před nasazením hormonální antikoncepce

Komentář:

V otázce č. 11 bylo zjišťováno, jaká vyšetření u respondentek byla provedena před nasazením hormonální antikoncepce. Respondentky měly možnost vybrat si více odpovědí. Respondentky se podrobily gynekologické prohlídce, celkem 94 %. Zjištění osobní a rodinné anamnézy bylo provedeno u 61% respondentek. Kontrola krevního tlaku proběhla jen u 35 % respondentek. 39 % respondentek absolvovalo odběr krve na vyšetření (krevní nemoci, jaterní testy). Podle odborné literatury by se měla před nasazením hormonální antikoncepce provést všechna čtyři vyšetření (osobní a rodinná anamnéza, gynekologická prohlídka, kontrola krevního tlaku a odběr krve na vyšetření). Jinou možnost nezvolil nikdo.

Otázka č. 12

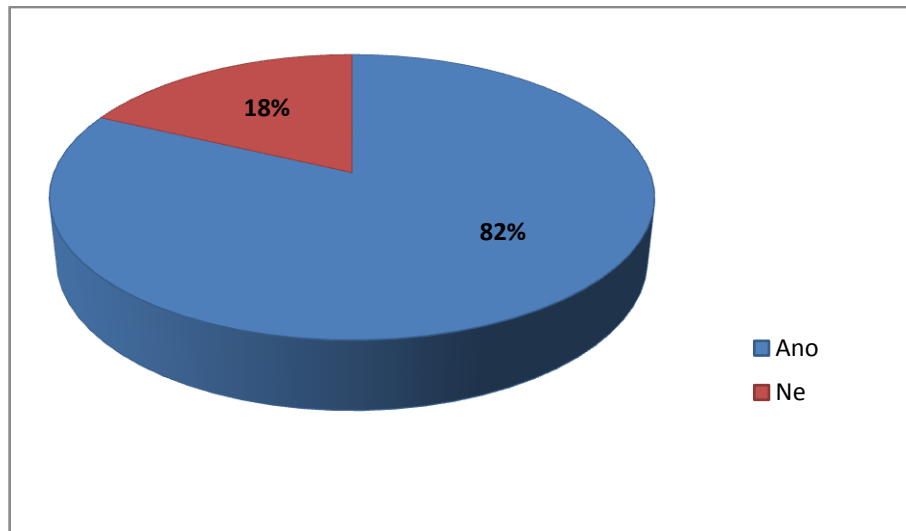


Graf č. 13 *Informovanost ošetřujícím gynekologem o hormonální antikoncepci*

Komentář:

Otázce č. 12 se týkala informovanosti respondentek o hormonální antikoncepci ze strany gynekologa. Otázka se týkala dílčího cíle č. 5: *Zjistit úroveň znalostí žen o antikoncepci*. Podle grafu bylo 52 % respondentek informováno ošetřujícím gynekologem o účincích hormonální antikoncepce, vlivu na organizmus a rizicích. Zbýlých 48 % respondentek nebylo ošetřujícím gynekologem informováno.

Otázka č. 13

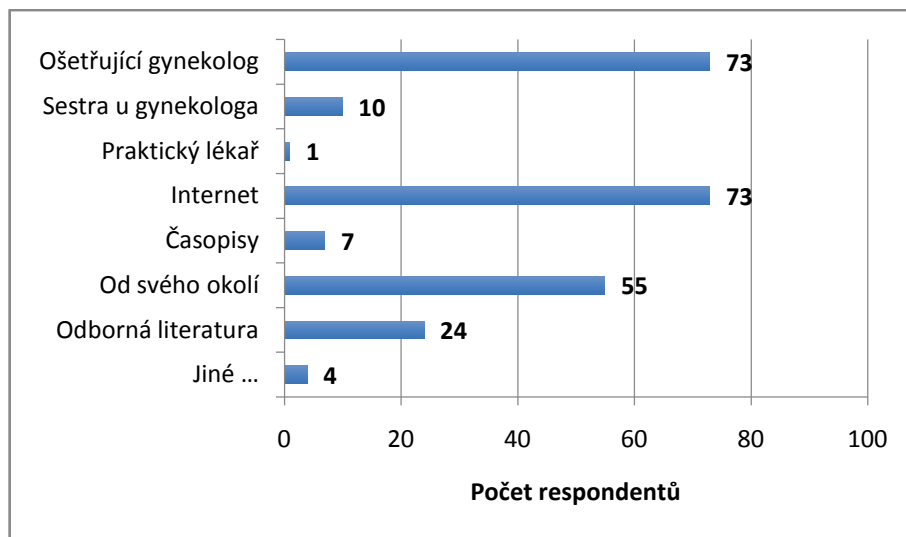


Graf č. 14 Porozumění informacím o hormonální antikoncepci

Komentář:

Touto otázkou bylo zjišťováno, zda respondentky porozuměly informacím o hormonální antikoncepci, které jim byly sděleny gynekologem. Otázka se týkala dílčího cíle č. 5: Zjistit úroveň znalostí žen o antikoncepci. Podle grafu č. 14 většina respondentek (82 %) pochopila sdělené informace a odpověděla Ano. Pouze 18 % respondentek sděleným informacím neporozumělo a odpovědělo Ne.

Otázka č. 14

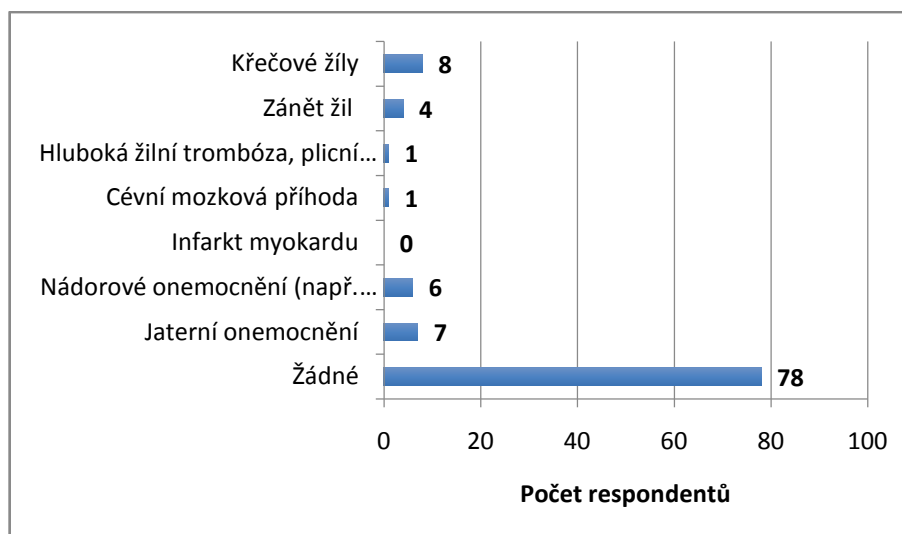


Graf č. 15 Čerpání informací o hormonální antikoncepci

Komentář:

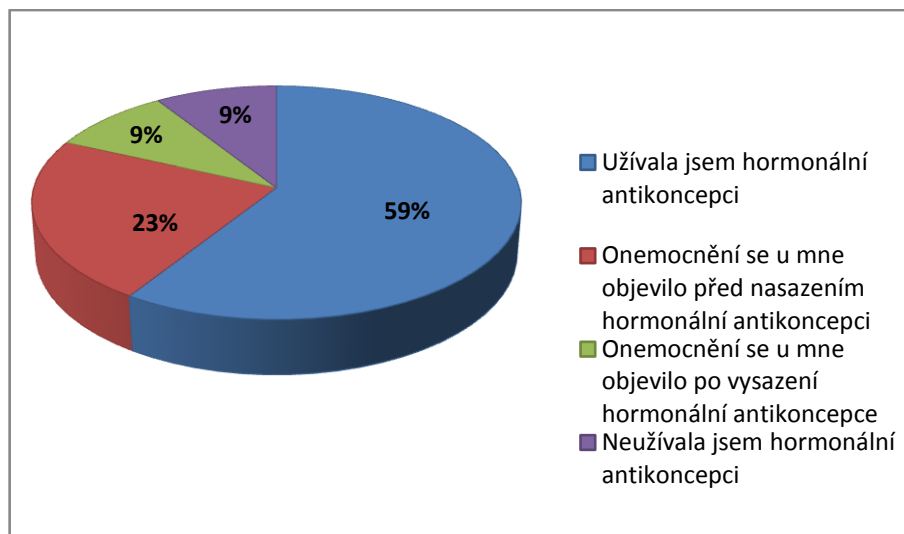
V otázce č. 14 byly respondentky dotazovány, odkud čerpají informace o hormonální antikoncepci. Respondentky si mohly vybrat více odpovědí. Otázka se týkala dílčího cíle č. 5: *Zjistit úroveň znalostí žen o antikoncepci*. Nejvíce respondentek čerpá informace od ošetřujícího lékaře a z internetu, tyto odpovědi vybralo 73 % respondentek. Nejčastěji také čerpají informace od svého okolí (55 %). Málo používají informace z odborné literatury, a to pouze 24 % respondentek. Další informace získávají od sestry u gynekologa (porodní asistentka) (10 %), z časopisů (7 %) a pouze 1 % respondentek od praktického lékaře. Možnost odpovědi Jiné zvolila 4 % respondentek. Jejich odpověď byla: „*Příbalový leták*.“

Otázka č. 15

Graf č. 16 *Prodělaná onemocnění***Komentář:**

Tato otázka zjišťovala, zda respondentky neprodělaly některá z uvedených onemocnění. Žádné onemocnění neprodělalo 78 % respondentek. U 8 % respondentek se objevily křečové žíly. Jaterní onemocnění prodělalo 7 % respondentek. U 6 % se objevilo nádorové onemocnění (např. karcinom prsu, gynekologické nádory). Zánět žil měla 4 % respondentek. Hlubokou žilní trombózu, plicní embolii a CMP prodělalo 1 % respondentek. Infarkt myokardu nepostihl žádnou oslovenou respondentku.

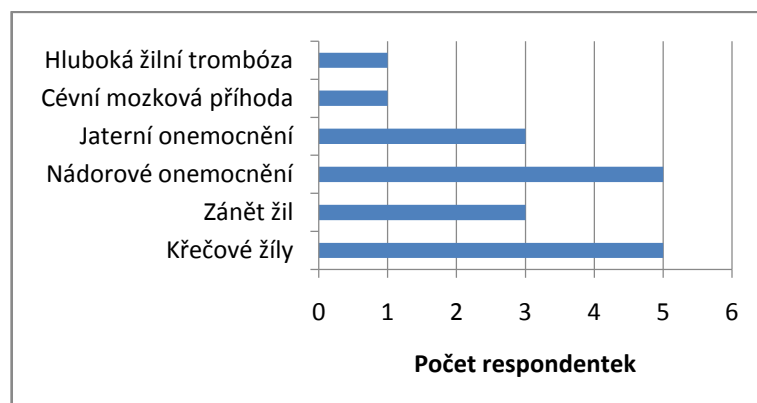
Otázka č. 16



Graf č. 17 Užívání hormonální antikoncepce v době onemocnění

Komentář:

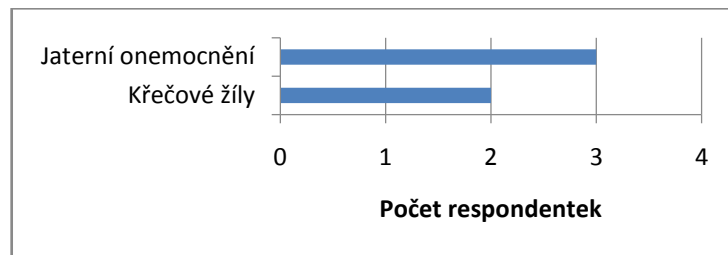
Otázka č. 16 se týkala pouze respondentek, které na otázku č. 15 odpověděly, že prodělaly nějakou nemoc z následujících možností. Cílem bylo tak zjistit, zda užívání hormonální antikoncepce nemůže mít spojitost se vznikem onemocnění z odpovědi na otázku č. 15. Na otázku odpovídalo 22 respondentek. V době nemoci užívalo hormonální antikoncepci 13 respondentek (59 %). Onemocnění se objevilo před nasazením hormonální antikoncepce u 5 respondentek (23 %), po vysazení hormonální antikoncepce u 2 respondentek (9 %). U 2 respondentek (9 %) se nemoc objevila v době, kdy hormonální antikoncepci neužívaly.



Graf č. 18 Prodělané onemocnění během užívání hormonální antikoncepce

Třináct respondentek prodělalo během užívání hormonální antikoncepce tato onemocnění. U pěti se objevily křečové žíly nebo nádorové onemocnění (např. karcinom prsu, gyneko-

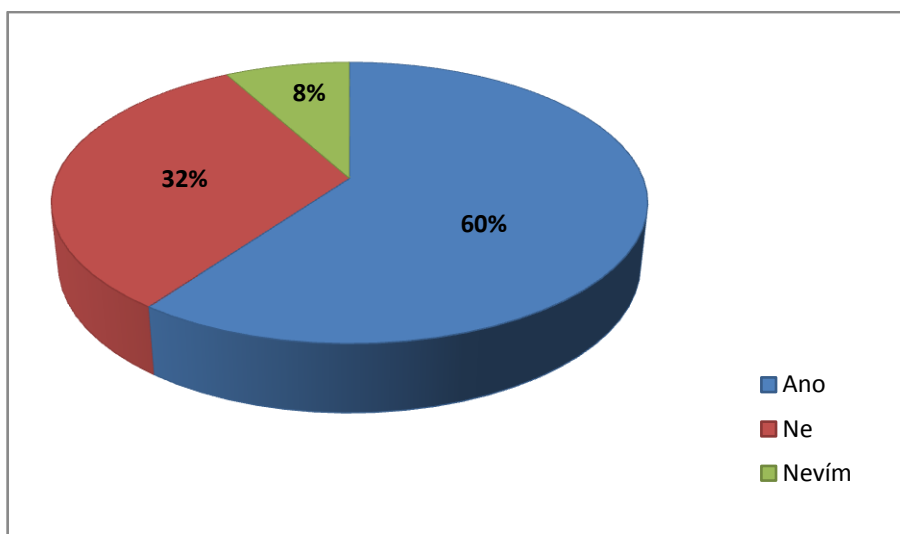
logické nádory). Dále tři respondentky prodělaly jaterní onemocnění nebo zánět žil. Některé respondentky prodělaly např. hlubokou žilní trombózu nebo cévní mozkovou příhodu.



Graf č. 19 *Prodělané onemocnění před nasazením hormonální antikoncepce*

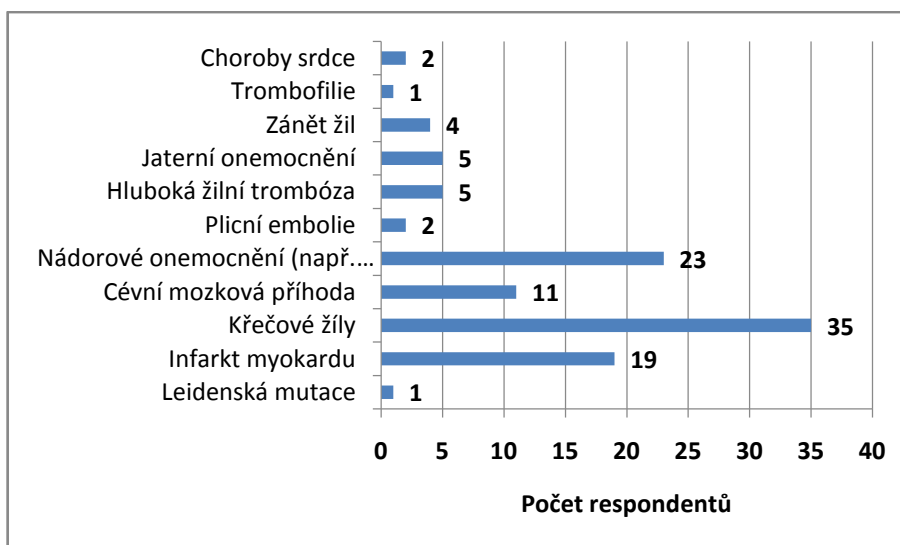
U pěti respondentek se objevilo onemocnění před nasazením hormonální antikoncepce. Tři respondentky prodělaly jaterní onemocnění. U dvou respondentek se objevily křečové žíly.

Otázka č. 17

Graf č. 20 *Výskyt onemocnění v rodině I.***Komentář:**

Otázka č. 17 se týkala výskytu onemocnění (z otázky č. 15) v rodinách respondentek. Onemocnění v rodině se vyskytuje u 60 % respondentek. U 32 % respondentek se naopak žádné nevyskytuje. Ostatních 8 % respondentek odpovědělo *Nevím*.

Otázka č. 18

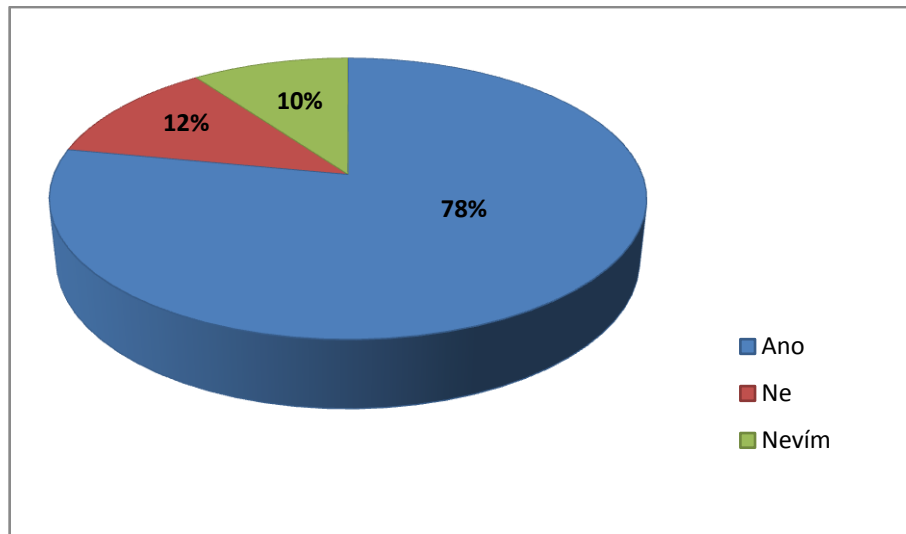


Graf č. 21 Výskyt onemocnění v rodině II.

Komentář:

Otevřená otázka č. 18 se týkala pouze respondentek, které na předchozí otázku odpověděly Ano. Na tuhle otevřenou otázku odpovídalo 60 respondentek. V jejich rodinách se nejčastěji objevují křečové žíly - u 35 respondentek (58,3 %). Nádorové onemocnění (např. karcinom prsu, gynekologické nádory) uvedlo 23 respondentek (38,3 %). U 19 respondentek (31,7 %) se objevuje v rodinách infarkt myokardu. Cévní mozkovou příhodu uvedlo 11 respondentek (18,3 %). Jaterní onemocnění a hluboká žilní trombóza postihuje rodiny 5 respondentek (8,3 %). Čtyři respondentky (6,7 %) napsaly výskyt zánětu žil v rodinách. Plicní embolie a choroby srdce postihují rodiny 2 respondentek (3,3 %). Trombofilie a Leidská mutace se vyskytly vždy u 1 rodiny respondentek (1,7 %).

Otázka č. 19

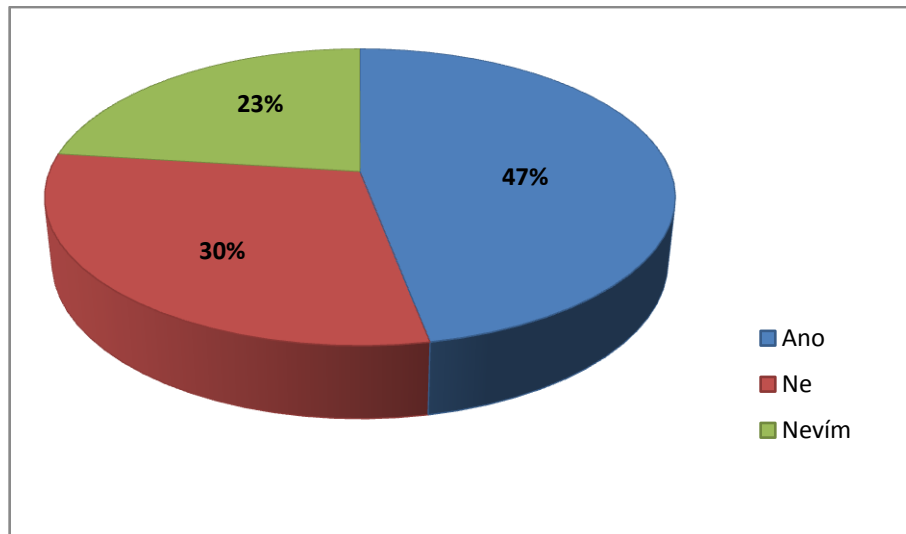


Graf č. 22 Informovanost respondentů o hormonální antikoncepci

Komentář:

Otázka č. 19 se týkala dílčího cíle č. 5: *Zjistit úroveň znalostí žen o antikoncepci*. Respondentky měly odpovědět, zda si myslí, že jsou dostatečně informovány o hormonální antikoncepci. Většina respondentek, tedy 78 %, si myslí, že jsou dostatečně informovány a odpověděly *Ano*. Ostatní respondentky, 12 % respondentek si myslí, že nejsou dostatečně informovány, takže vybraly odpověď *Ne*. Zbýlých 10 % respondentek zvolilo odpověď *Nevím*.

Otázka č. 20



Graf č. 23 Doporučení hormonální antikoncepce

Komentář:

Poslední otázka č. 20 měla cíl zjistit, zda by respondentky doporučily hormonální antikoncepci příbuzným, známým aj. Hormonální antikoncepci by doporučilo 47 % respondentek. Zato 30 % respondentek by ji naopak nedoporučilo. Ostatní respondentky (23 %) neví, zda by hormonální antikoncepci doporučilo.

6 DISKUZE

Výzkum se zaměřil na informovanost respondentek. Hlavním cílem bylo zjistit informovanost žen o vedlejších účincích hormonální kontracepce. Tato kapitola se zaměřil a na diskuzi a porovnání vlastních výsledků s dřívějšími studii podobného typu tématu. Otázky z vlastního průzkumu byly porovnány s výsledky šetření Tamary Kekové, která vypracovala diplomovou práci na téma „Informovanost žen o rizicích v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce“, a Marcely Markové, která zpracovala bakalářskou práci na téma „Negativní důsledky hormonální antikoncepce“. Dále byly porovnány výsledky s Barborou Veselou a její bakalářskou prací na téma „Informovanost žen o zdravotních rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce“ a s Terezou Večeřovou a její bakalářskou prací na téma „Postoje dospívajících a mladých žen k hormonální antikoncepci“.

K dílčímu cíli č. 1 - *Zjistit, jaký druh hormonální antikoncepce ženy ve věku 18 - 45 let užívají nejčastěji* se vztahuje otázkám č. 1 a 2. Podle grafu č. 1 bylo zjištěno, že nejčastěji hormonální antikoncepci užívají ženy ve věku 18 - 25 let, tedy 51 % respondentek. Všechny 51 % užívá perorální hormonální antikoncepci. Výsledky se shodují s výsledky bakalářské práce Večeřové (2016), která položila respondentkám stejnou otázku. Z jejího šetření bylo zjištěno, že hormonální antikoncepci ženy nejčastěji užívají ve věku 19 - 22 let (48,9 %) a 23 - 25 let (18 %). Můj názor je ten, že ženy v tomto věku užívají hormonální antikoncepci, protože jsou dost mladé a z větší části i studentky, které ještě nejsou připravené na rodičovskou roli. Potvrzuje to i graf č. 4 znázorňující, že 84 respondentek (84 %) užívá hormonální antikoncepci z důvodu zabránění otěhotnění. Jakou formu hormonální antikoncepce respondentky užívají, nám zaznamenal graf č. 2. Výsledek byl, že 87 % respondentek užívá nejvíce perorální formu hormonální antikoncepce. Například v bakalářské práci Markové (2014, s. 42) užívá perorální formu (pilulky) hormonální antikoncepce dokonce 90,8 % respondentek. Dále zmíním i data od Večeřové (2016, s. 41), kde 91,8 % respondentek užívá perorální formu tedy pilulky. Z výsledků a porovnání dat z dotazníkového šetření a ostatních prací vyplývá, že ženy nejčastěji užívají hormonální antikoncepci v perorální formě.

Dílčího cíle č. 2 - *Zjistit, co respondentky vedlo ke zvolení současné metody antikoncepce* se týká otázka č. 3. Respondentky užívají nejčastěji hormonální antikoncepci proto, aby zabránily nechtěnému otěhotnění, tak odpovědělo 57,5 % respondentek. Výsledky se shodují s bakalářskou prací Veselé (2012, s. 52), kde 54,92 % respondentek užívá hormonální

antikoncepci jako prevenci otěhotnění. Například u Markové (2014, s. 41) téměř všechny respondentky (75,3 %) užívají hormonální antikoncepci jako ochranu před těhotenstvím. Všechny výsledky se shodují, že nejčastěji ženy užívají hormonální antikoncepci jako ochranu před těhotenstvím, což je její hlavní cíl.

K dílčímu cíli č. 3 - *Zjistit, kdy respondentky začaly poprvé užívat hormonální antikoncepci* se vztahuje otevřená otázka č. 5. Z výsledků bylo zjištěno, že nejčastěji začaly respondentky užívat hormonální antikoncepci ve věku 15 - 16 let. Ve věku 15 let užívalo hormonální antikoncepci 26 % respondentek. Ve věku 16 let užívalo hormonální antikoncepci 24 % respondentek. Podle výsledků diplomové práce Kekové (2014, s. 43) nejvíce uživatelek (67 %) začalo brát hormonální antikoncepci ve věku 15 - 20 let. Pro zajímavost zde zmiňuji, že tři moje respondentky užívají hormonální antikoncepci již od 14 let.

Dílčího cíle č. 4 - *Zjistit, zda se u respondentek objevily nežádoucí účinky hormonální antikoncepce* se týkají otázky č. 9 a 10. Analýza otázek ukázala, že u 52 % respondentek se vedlejší účinky neobjevily, ale u 45 % respondentek se naopak objevily. V odpovědích na otázku č. 10 mělo těch 45 respondentek (45 %) popsat vedlejší účinky, které se u nich objevily. Nejčastěji se u respondentek objevily příznaky jako změny nálad až deprese a úzkost, zadržování vody v těle a příbytek hmotnosti, snížená chuť k sexu a bolesti hlavy až migrény a závratě. Změny nálad, deprese, úzkost a přecitlivělost napsalo 26 respondentek (57,8 %). Zadržování vody v těle a příbytek hmotnosti se objevilo u 21 respondentek (46,7 %). Sníženou chuť k sexu zmínilo 18 respondentek (40 %). Bolesti hlavy až migréna a závratě se vyskytly u 12 respondentek (26,7 %). U Večeřové (2016, s. 49) byly jako nejčastější vedlejší účinky antikoncepce jmenovány změny nálad či deprese (51,3 %), nárůst váhy (46,6 %), snížený sexuální apetit (38,2 %), bolest hlavy až migréna (32 %) a otoky nohou a zadržování vody (16,2 %). Dále Marková (2014, s. 48) uvádí vedlejší účinky jako příbytek hmotnosti (21,4 %), ztráta libida (17,3 %) a změny nálad (5,1 %). V některých odpovědích se práce shodují, ale musíme zohlednit, že každý jinak snáší účinky hormonální antikoncepce a záleží i na jejím druhu. Musím i zmínit, že u mých respondentek se objevily i zajímavé vedlejší účinky jako například laktace z prsu, porucha zraku, potíže s krevním tlakem, změna vůně partnera, kožní problémy, zhoršení organismu nebo hormonální nerovnováha.

K dílčímu cíli č. 5 - *Zjistit úroveň znalostí žen o antikoncepci* se vztahují otázky č. 7, 8, 12, 13, 14 a 20. Podle grafu č. 8 lze analyzovat, že 93 % respondentek zná účinky hormonální antikoncepce. Z výsledku vyplývá, že ženy se zajímají o své tělo a zdraví. Analýza odpo-

vědí na otázku č. 8 ukázala znalosti respondentek o vedlejších účincích hormonální antikoncepce. Nejčastější vedlejší účinky, které respondentky znají, jsou bolest hlavy až migréna a závratě (82,8 %, 77 respondentek), vznik krevních sraženin (74,2 %, 69 respondentek), změny nálad až depresivní nálady (72 %, 67 respondentek) a snížená chuť k sexu (69,9 %, 65 respondentek). Další odpovědi jsou zaznamenány v grafu č. 9. Informace o vedlejších účincích jsem čerpala z příbalových letáků hormonálních antikoncepcí. Podle práce Večeřové (2016, s. 49) jsou nejčastějšími vedlejšími účinky hormonální antikoncepce zdravotní komplikace (72,8 %), dále příbytek na váze (52,3 %) a změny nálad (41,6 %). Například podle Veselé (2012, s. 64) jsou nejčastější nežádoucí účinky hormonální antikoncepce zvýšená tělesná hmotnost (30,09 %), trombembolická nemoc (14,81 %) a nevolnost, zvracení (14,35 %). Nejčastější nežádoucí účinky jsou shodné ve všech pracích. V otázce č. 12 jsem se respondentek ptala, zda byly informovány o účincích hormonální antikoncepce od ošetřujících gynekologů. Podle grafu č. 13 bylo informováno o hormonální antikoncepci pouze 52 % respondentek a 48 % jich informováno nebylo. Údaje jsem srovnávala i s Kekovou (2014, s. 47), podle níž 81 % respondentek bylo edukováno, pouze 19 % respondentek nebylo. Dále jsem údaje srovnávala s Veselou (2012, s. 66), zde bylo 76,25 % respondentek edukováno a 23,75 % informace nemělo. Ve výsledcích šetření se ale neshodujeme. Respondentek jsem se ptala, zda porozuměly informacím, které jim byly sděleny ošetřujícím gynekologem. Porozumělo jim 82 % respondentek. Stejnou otázku jsem porovnávala s Kekovou (2014, s. 48), kde pouze 72 % respondentek porozumělo informacím, které jim byly sděleny ošetřujícím gynekologem. Podle grafu č. 15 respondentky nejvíce čerpají informace od svého ošetřujícího lékaře nebo z internetu. Rady a informace od ošetřujícího gynekologa využívá 73 respondentek ze 100. Informace z internetu čerpá rovněž 73 respondentek ze 100. Podle mého názoru internet není právě věrohodný, může poskytnout mylné a chybné informace. Respondentky by spíše měly čerpat informace z odborné literatury, která je podložena fakty. V dnešní době využívá odbornou literaturu využívá pouze 24 respondentek ze 100. Podle práce Markové (2014, s. 56) respondentky nejčastěji čerpají informace z médií (televize, internet) (50,5 %), od gynekologa (26,2 %) a z odborné literatury (11,2 %). Srovnávala jsem i práci Kekové (2014, s. 49), kde nejčastěji respondentky čerpají informace od ošetřujícího gynekologa (79 %), z internetu (62 %) a od kamarádky, kolegyně nebo rodiny (39 %). Po srovnání údajů vyplynulo, že respondenti nejčastěji čerpají informace od ošetřujících gynekologů nebo z médií. Odborná literatura je bohužel opomíjená. Dále 78 % respondentek si myslí, že jsou dostatečně

informovány o hormonální antikoncepci. U Veselé (2012, s. 69) si myslí 72,50 % respondentek, že jsou dostatečně informovány o hormonální antikoncepci. Obě práce se v zjištěných informacích shodují.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala důsledky hormonální antikoncepce na ženské zdraví. Hormonální antikoncepce má své příznivce i odpůrce. V dnešní době máme možnost si vybrat z velkého výběru antikoncepcí podle toho, co ženě vyhovuje. Každá žena by měla antikoncepci vybírat podle svého vnitřního pocitu a naslouchat svému tělu. Žena by se měla zajímat o své zdraví, co vlastně je hormonální antikoncepce a jaké jsou její účinky na tělo.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit informovanost žen o vedlejších účincích hormonální antikoncepce. Pomocí dotazníkového šetření byly splněny všechny stanovené cíle. Dotazníkového šetření se zúčastnily ženy ve věku 18 - 45 let, které užívají hormonální antikoncepci. Nejčastěji hormonální antikoncepci užívají mladé dívky ve věku 18 - 25 let (51 % respondentek). Podle výsledků bylo zjištěno, že všech 51 % respondentek užívá perorální hormonální antikoncepci. Hlavním cílem antikoncepce je zabránit početí. Podle výsledků užívá HAK 57,5 % respondentek kvůli zabránění početí. Ženy začínají užívat HAK nejčastěji ve věku 15 let, a to 26 % respondentek. Vedlejší účinky hormonální antikoncepce zná 93 % respondentek. Jako nejčastější respondentky jmenovaly bolest hlavy až migrénu a závratě (82,8 %, 77 respondentek), vznik krevních sraženin (74,2 %, 69 respondentek), změny nálad až depresivní nálady (72 %, 67 respondentek) a sníženou chuť na sex (69,9 %, 65 respondentek). Další odpovědi jsou zaznamenány v grafu č. 9. Současně se prokázaly nedostatky ve zdrojích informací o hormonální antikoncepci. Nejvíce respondentky čerpají informace od svého ošetřujícího gynekologa (73 respondentek) nebo z internetu (73 respondentek). Podle mého názoru by respondentky spíše měly hledat informace z odborné literatury, která je podložena fakty. Jako zdroj informací internet není věrohodný, může poskytnout mylné a zavádějící informace. U 45 % respondentek se objevily vedlejší účinky hormonální antikoncepce, a to nejčastěji se u změny nálad až deprese a úzkost, zadržování vody v těle a příbytek hmotnosti, snížená chuť k sexu a bolesti hlavy až migrény a závratě. Změny nálad, deprese, úzkost a přecitlivělost napsalo 26 respondentek (57,8 %). Zadržování vody v těle a příbytek hmotnosti se objevily u 21 respondentek (46,7 %). Snížená chuť k sexu se vyskytla u 18 respondentek (40 %), bolesti hlavy až migréna a závratě 12 respondentek (26,7 %).

Sestra jako edukátorka by měla mít nejen teoretické znalosti a praktické dovednosti, ale také snahu, zájem a ochotu pomoci. Měla by být empatická, schopná verbální a neverbální komunikace. Nemělo by jí chybět umění navázat kontakt a získat důvěru, vytvořit vhodné

prostředí a atmosféru, získat klientky pro spolupráci a motivovat (Slezáková a kolektiv, 2017, s. 16).

Rodina, partneři, přátelé, náboženství, média a okolí ovlivňují ženu během výběru antikoncepce. Sestra pomáhá podporovat rozhodnutí pacientky při tomto výběru tak, aby uspokojil její osobní, sociální a kulturní potřeby. Sestra musí umět posoudit a zhodnotit pacientku, jejího partnera i další okolnosti, aby správně stanovila vhodnou metodu antikoncepce. Musí zjistit vědomosti pacientky a jejího partnera o antikoncepci, shromažďovat údaje o frekvenci koitů, počet sexuálních partnerů a názor partnera na různé antikoncepční metody. Musí umět vyvrátit případné mylné představy o antikoncepci, věnovat pozornost slovní i neverbální reakci pacientky, doporučit vhodnou metodu antikoncepce podle reprodukčního života pacientky. Jejím úkolem je provedení anamnézy, fyzikálního a laboratorního vyšetření.

Po vybrání vhodné metody antikoncepce by sestra měla klientku poučit o zvolené antikoncepci, o jejích vedlejších účincích, rizicích, poskytnout písemné informace týkající se této antikoncepce a kontaktní údaje pro případné pozdější otázky. Je důležité poskytnout pacientce a jejímu partnerovi také další informace o jiných možnostech antikoncepce (Lowdermilk et al., 2016, s. 171-172).

Doporučení pro praxi

Na základě výsledků dotazníkového šetření byl vyvozen tento závěr:

- Vysvětlit vedlejší účinky antikoncepce a možné dopady na ženské tělo, dle potřeb a vědomostí respondentky.
- Doporučit ženám kvalitnější zdroj informací o hormonální antikoncepci (např. brožury, letáčky, přednášky, konzultace s lékaři a gynekology).
- Vést ženy k zájmu o své zdraví a vnímání svého těla.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

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

CÍFKOVÁ, Renata, 2015. Hypertenze u žen. *Praktická gynekologie*. Praha, 19(4), 224-229. ISSN 1211-6645.

ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, c2011. *Co by měli vědět o hormonální antikoncepci farmaceuti a farmaceutické laborantky*. Praha: Levret. ISBN 978-80-87070-59-8.

ČEPICKÝ, Pavel a Michael FANTA, [2011]. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Levret. ISBN 978-80-87070-51-2.

DULÍČEK, Petr et al., 2013. Riziko trombózy při užívání hormonální antikoncepce z pohledu hematologa. *Praktická gynekologie*. Praha, 17(4), 277-282. ISSN 1211-6645.

FAIT, Tomáš, [2018]. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-587-3.

FAIT, Tomáš, 2013. Kombinovaná hormonální antikoncepce v prevenci nádorových onemocnění. *Praktická gynekologie*. Praha, 17(2), 153-155. ISSN 1211-6645.

FAIT, Tomáš, Vladimír DVOŘÁK a Aleš SKŘIVÁNEK, c2009. *Almanach ambulantní gynekologie*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-191-2.

Historie antikoncepce, 2016. *Antikoncepce.cz* [online]. Praha: BAYER [cit. 2018-10-20]. Dostupné z: <http://www.antikoncepce.cz/antikoncepce/historie-antikoncepce/>

JASOVÁ, Helena, 2013. *Kognitivní a afektivní přístupy mužů k antikoncepci*. Olomouc, Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci.

KEKOVÁ, Tamara, 2013. *Informovanost žen o rizicích v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce*. Olomouc, Diplomovaná práce, Univerzita Palackého v Olomouci.

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

LOWDERMILK, Deitra Leonard et al., [2016]. *Maternity & women's health care*. 11th edition. St. Louis: Elsevier, xxiv, 973. ISBN 978-0-323-16918-9.

MAREŠOVÁ, Pavlína, 2014. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3153-0.

MARKOVÁ, Marcela, 2014. *Negativní důsledky hormonální antikoncepce*. Zlín, Bakalářská práce, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

NOVÁČKOVÁ, Michaela, 2014. Kazuistika: Hluboká žilní trombóza a plicní embolie při užívání hormonální antikoncepce. *Kardiologická revue - Interní medicína*. Praha, 16(1), 36-38. ISSN 2336-288x.

OSTRÓ, Alexander, Jan HOŘEJŠÍ a Jan Evangelista JIRÁSEK, ed., 2017. *Vybrané kapitoly z gynekologie dětí a dospívajících*. Holešov: Tigris. ISBN 978-80-7490-186-7.

OTTOVÁ, Barbora a Petr WEISS, 2015. Psychické změny u žen v důsledku užívání hormonální antikoncepce. *Česká gynekologie*. Praha, 80(5), 355-359. ISSN 1210-7832.

PILKA, Radovan, [2017]. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-530-9.

PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA, 2017. *Gynekologie*. 2. opravené vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 192 s. Skripta. ISBN 978-80-244-5158-9.

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

STROUHAL, Eugen, Břetislav VACHALA a Hana VYMAZALOVÁ, 2010. *Lékařství starých Egypťanů I: staroegyptská chirurgie, péče o ženu a dítě*. Praha: Academia. Historie (Academia). ISBN 978-80-200-1865-6.

ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS, c2011. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-238-4.

TURČAN, Pavel, Pavel POKORNÝ a Tomáš FAIT, c2012. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-291-9.

UZEL, Radim a Petr KOVÁŘ, 2010. *Antikoncepční otazníky: o antikoncepci převážně vážně*. Ostrava: CAT Publishing. ISBN 978-80-904290-0-0.

VEČEŘOVÁ, Tereza, 2016. *Postoje dospívajících a mladých žen k hormonální antikoncepci*. Zlín, Bakalářská práce, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

VESELÁ, Barbora, 2012. *Informovanost žen o zdravotních rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce*. Praha, Bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze.

WEINBERGER, Vít a Michal ZIKÁN, 2016. Karcinom prsu – specifika gynekologické péče a poradenství. *Klinická onkologie*. Brno, 29(3), 7-15. ISSN 0862-495X.

ZÁVESKÝ, Luděk, Eva JANDÁKOVÁ a Radovan TURÝNA, 2015. Rizikové a protektivní faktory u karcinomu ovaria. *Praktická gynekologie*. Praha, 19(3), 166-171. ISSN 1211-6645.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BMD	bone mineral density (kostní minerální denzita)
BMI	body mass index (index tělesné hmotnosti)
BRCA	breast cancer
Ca	karcinom
CC	kombinovaná hormonální antikoncepce
CMP	cévní mozková příhoda
COC	perorální hormonální antikoncepce
DM	diabetes mellitus
DMPA	depotní medroxyprogesteronacetát
EE	ethynilestradiol
FSH	folikulostimulační hormon
GnRH	gonadotropin uvolňující hormon
HAK	hormonální antikoncepce
HPV	human papilloma virus (lidský papilomavirus)
ICHS	ischemická choroba srdeční
IUD	nitroděložní tělísko (Intrauterine device)
IUS	intrauterinní systém
LH	luteinizační hormon
LNG	levonorgestrel
LNG-IUS	nitroděložní systém s levonorgetrelem
PID	pánevní zánětlivá nemoc
SLE	systémový lupus erythematodes
TEN	trombembolická nemoc
TSH	tyreotropin
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 <i>Věk respondentů</i>	36
Graf č. 2 <i>Forma hormonální antikoncepce</i>	37
Graf č. 3 <i>Užívání perorální hormonální antikoncepce ve věku 18 - 25 let</i>	37
Graf č. 4 <i>Důvod užívání hormonální antikoncepce</i>	38
Graf č. 5 <i>Délka užívání hormonální antikoncepce</i>	39
Graf č. 6 <i>Věk prvního užívání hormonální antikoncepce</i>	40
Graf č. 7 <i>Spokojenost s hormonální antikoncepcí</i>	41
Graf č. 8 <i>Znalost vedlejších účinků hormonální antikoncepce I.</i>	42
Graf č. 9 <i>Znalost vedlejších účinků hormonální antikoncepce II.</i>	43
Graf č. 10 <i>Objevení vedlejších účinků hormonální antikoncepce I.</i>	44
Graf č. 11 <i>Objevení vedlejších účinků hormonální antikoncepce II.</i>	45
Graf č. 12 <i>Vyšetření před nasazením hormonální antikoncepce</i>	47
Graf č. 13 <i>Informovanost ošetřujícím gynekologem o hormonální antikoncepci</i>	48
Graf č. 14 <i>Porozumění informacím o hormonální antikoncepci</i>	49
Graf č. 15 <i>Čerpání informací o hormonální antikoncepci</i>	50
Graf č. 16 <i>Prodělaná onemocnění</i>	51
Graf č. 17 <i>Užívání hormonální antikoncepce v době onemocnění</i>	52
Graf č. 18 <i>Prodělané onemocnění během užívání hormonální antikoncepce</i>	52
Graf č. 19 <i>Prodělané onemocnění před nasazením hormonální antikoncepce</i>	53
Graf č. 20 <i>Výskyt onemocnění v rodině I.</i>	54
Graf č. 21 <i>Výskyt onemocnění v rodině II.</i>	55
Graf č. 22 <i>Informovanost respondentů o hormonální antikoncepci</i>	56
Graf č. 23 <i>Doporučení hormonální antikoncepce</i>	57

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: MENSTRUAČNÍ CYKLUS

PŘÍLOHA P II: PEARL INDEX - ÚČINNOST ANTIKONCEPCE

PŘÍLOHA P III: PŘEHLED COC S EE

PŘÍLOHA P IV: LÉKOVÉ INTERAKCE

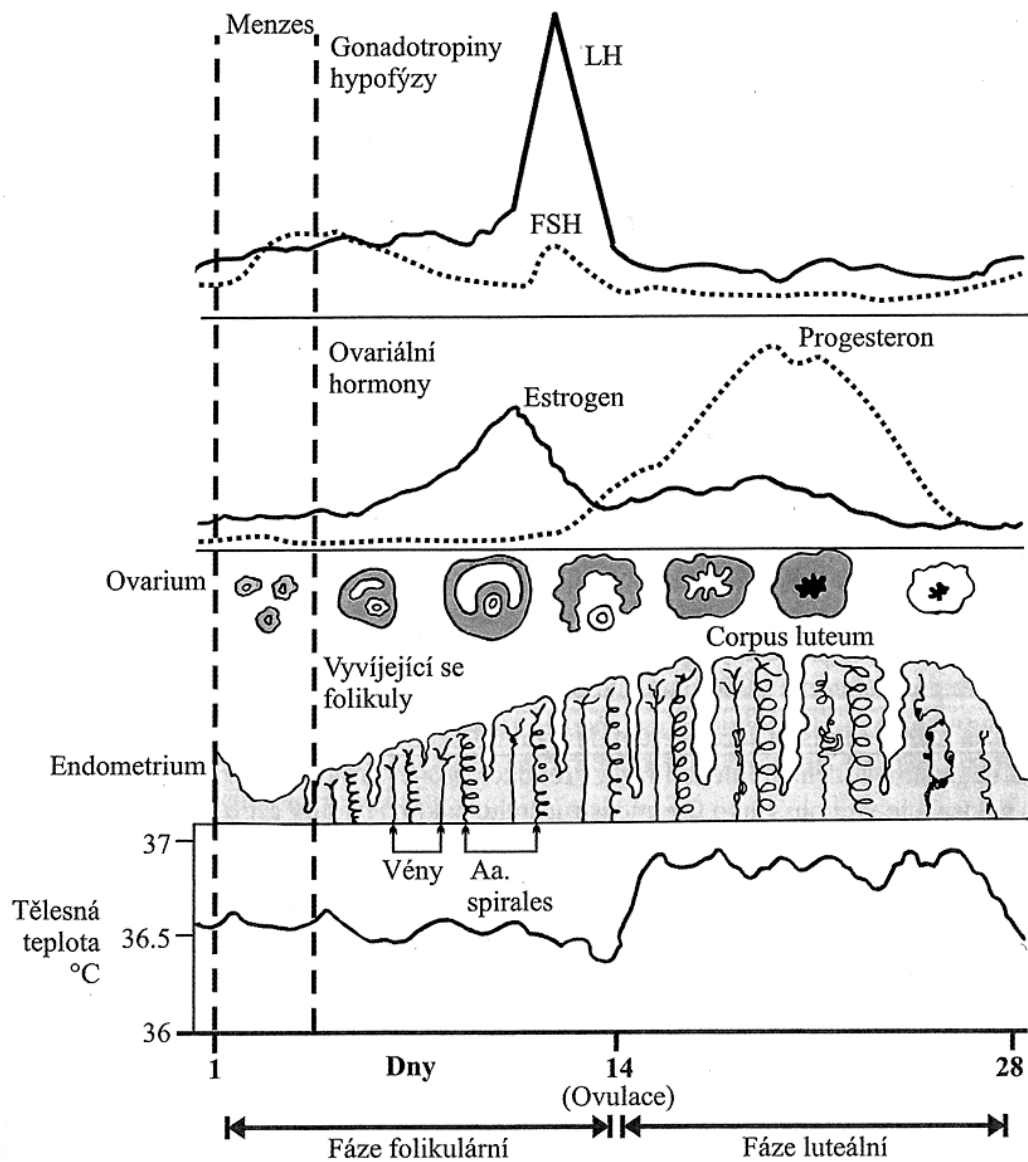
PŘÍLOHA P V: ZAVEDENÍ NITRODĚLOŽNÍHO TĚLÍSKA

PŘÍLOHA P VI: SPRÁVNÉ ZAVEDENÍ PESARU

PŘÍLOHA P VII: MANIPULACE S FEMIDOMEM

PŘÍLOHA P VIII: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P I: MENSTRUAČNÍ CYKLUS



PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA, 2017. *Gynekologie*. 2. opravené vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 192 s. Skripta. ISBN 978-80-244-5158-9.

PŘÍLOHA P II: PEARL INDEX - ÚČINNOST ANTIKONCEPCE

Metoda	Pearl index
REVERZIBILNÍ METODY	
nechráněný styk	80,00 - 85,00
spermicidy	0,68 - 25,00
kondom	14,00
COC	0,10 - 0,40
perorální gestageny	0,14 - 9,60
depotní gestageny	0,00 - 1,00
Cu-IUD	0,20 - 0,80
LNG-IUS	0,02 - 0,20
IREVERZIBILNÍ METODY	
ženská sterilizace	0,00 - 0,50
mužská sterilizace	0,00 - 0,15

FAIT, Tomáš, [2018]. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-587-3.

PŘÍLOHA P III: PŘEHLED COC S EE

Preparát	Dávka EE (µg)	Progestin	Dávka progestinu (µg)	Fazicita
Yadine Sylviane 0,03 mg/3 mg Jangee 0,03 mg/3 mg Softine 0,03 mg/3 mg Rhonga 30 Maitalon	30	drospirenon (DRSP)	3000	M
Yasminelle Belanette Jangee 0,02 mg/3 mg Softinelle 0,02 mg/3 mg Rhonga 20 Yaz Eloine	20			
Jeanine Foxinette 2 mg/0,03 mg Bonadea Dienille	30	dienogest (DNG)	2000	
Diane-35 Minerva Chloe Vreya	35	cyproteronacetát (CPA)	1000	
Gracial	40 : 30	desogestrel (DSG)	25 : 125	C
Marvelon Regulon 150 mcg/30 mcg Adele	30		150	M
Laurina	35 : 30 : 30		50 : 100 : 150	T
Mercilon Natalya Novynette 150 mcg/20 mcg	20		150	M

Femoden	30	gestoden (GSD)	75	M
Minulet				
Katya				
Logest	20	gestoden (GSD)	75	M
Lunafem				
Artizia 0,075 mg/0,02 mg				
Harmonet				
Lindynette 20	15	gestoden (GSD)	60	M
Sunya				
Stodette	30 : 40 : 30	gestoden (GSD)	50 : 70 : 100	T
Minessse				
Mirelle	30 : 40 : 30	gestoden (GSD)	50 : 70 : 100	T
Tri-Minulet				
Miligest	30	chlormadinonacetát	2000	M
Belara				
Clormetin 2 mg/0,03 mg	50	levonorgestrel (LNG)	125	M
Esete 2 mg/0,03 mg				
Gravistat 125	30	levonorgestrel (LNG)	125	M
Minisistion				
Loette	20	levonorgestrel (LNG)	100	M
Triquilar				
Trinordiol 21	30 : 40 : 30	levonorgestrel (LNG)	50 : 75 : 125	T
Tri-regol				
Trinovum	35	norethisteron (NES)	500 : 750 : 1000	M
Cilest		norgestimat (NGM)	250	
Pramino			180 : 215 : 250	

M - monofazická, B - bifazická, T - trifazická, C - kombifazická

FAIT, Tomáš, [2018]. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-587-3.

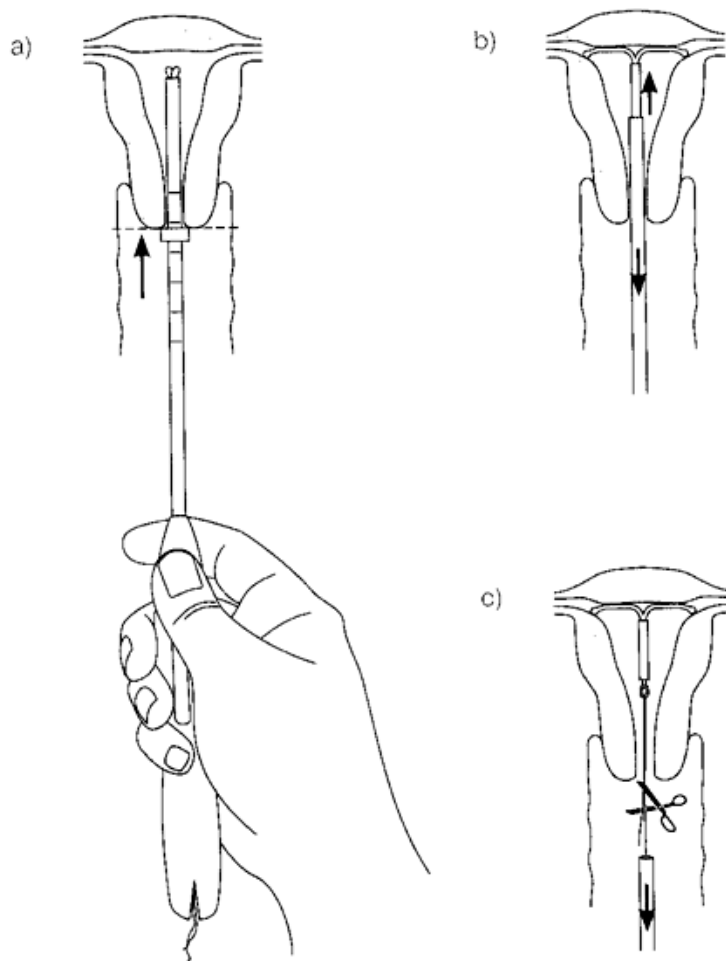
FAIT, Tomáš, Vladimír DVOŘÁK a Aleš SKŘIVÁNEK, c2009. *Almanach ambulantní gynekologie*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-191-2.

PŘÍLOHA P IV: LÉKOVÉ INTERAKCE

Lékové interakce snižující účinnost COC:
<ul style="list-style-type: none">• atb - erytromycin, PNC, TTC
<ul style="list-style-type: none">• antikonzulziva, antiepileptika - barbituráty (Sanepil, Luminal), karbamazepin (Biston, Neurotop, Tegrol, Timonil), fenytoin (Epilan D, Sanepil, Sodanton), lamotrigin (Epimil, Epiral, Lamictal, Lamotrogin, Lamotrix, Plexxo)
<ul style="list-style-type: none">• antimykotika - flukonazol (Diflucan, Fluconazol, Forcan, Mycomax, Mycosyst, Mykohexal), griseofulvin, itrakonazol (Prokanazol, Sporanox), ketokonazol (Nizoral)
<ul style="list-style-type: none">• antivirotika - atazanavir (Reyataz), navirapin
<ul style="list-style-type: none">• antituberkulotika
<ul style="list-style-type: none">• kyselina acetylsalicylová - Acifen, Acylcoffin, Acyplyrin, Aggrenox, Anopyrin, Aspirin, Godasal, Alnagon, Migralgin, Tomapyrin, Upsarin C
<ul style="list-style-type: none">• oxazepam - Oxazepam
Lékové interakce zvyšující účinnost COC:
<ul style="list-style-type: none">• chlorpromazin - Plegomazin
<ul style="list-style-type: none">• alprazolam - Alprazolam, Frontin, Helex, Neurol, Xanax
<ul style="list-style-type: none">• diazepam - Apaurin, Diazepam
<ul style="list-style-type: none">• kortikoidy - Diprophos, Dexamed, Fortecortin, Medrol, Prednison, Rectodelt, Hydrocortison
<ul style="list-style-type: none">• imipramin - Melipramin
<ul style="list-style-type: none">• theofylin - Afonilum SR, Euphyllin, Oxantil, Theoplus

MAREŠOVÁ, Pavlína, 2014. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3153-0.

PŘÍLOHA P V: ZAVEDENÍ NITRODĚLOŽNÍHO TĚLÍSKA



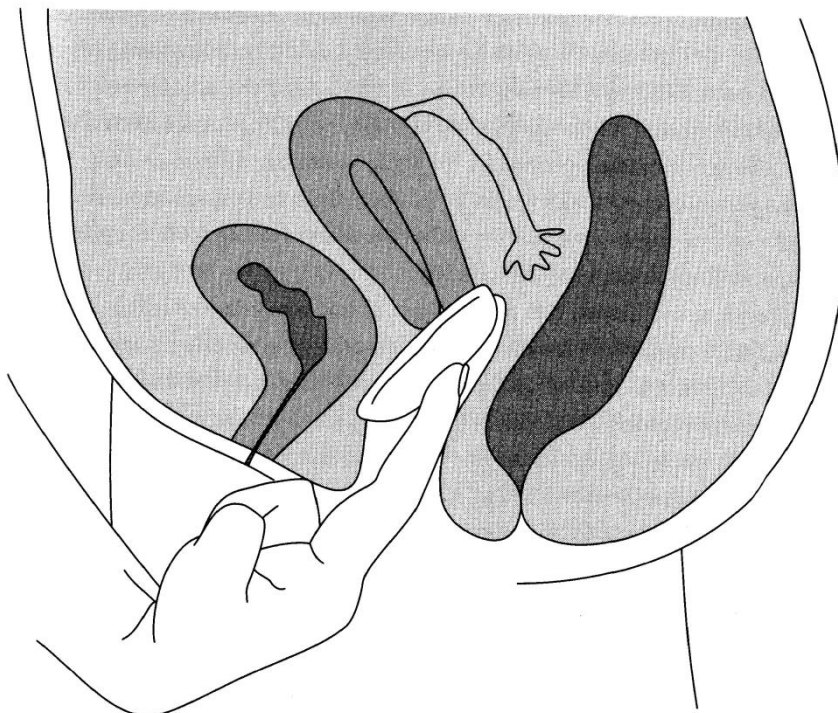
Zavádění nitroděložního tělíska:

- a) tělísko umístěné v zavaděči je přes pochvu a hrdlo děložní zavedeno do dutiny děložní,
- b) pomocí pístu uvnitř zavaděče je vysunuto v dutině děložní do správné polohy,
- c) zavaděč je odstraněn a zkrácena vlákna tělíska.

UZEL, Radim a Petr KOVÁŘ, 2010. *Antikoncepční otazníky: o antikoncepci převážně vážně*. Ostrava: CAT Publishing. ISBN 978-80-904290-0-0.

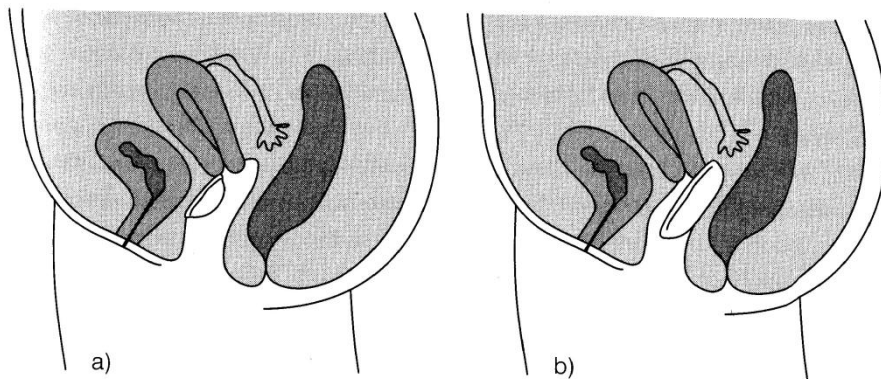
PŘÍLOHA P VI: SPRÁVNÉ ZAVEDENÍ PESARU

Obr. č. 1



Správně zavedený poševní pesar

Obr. č. 2



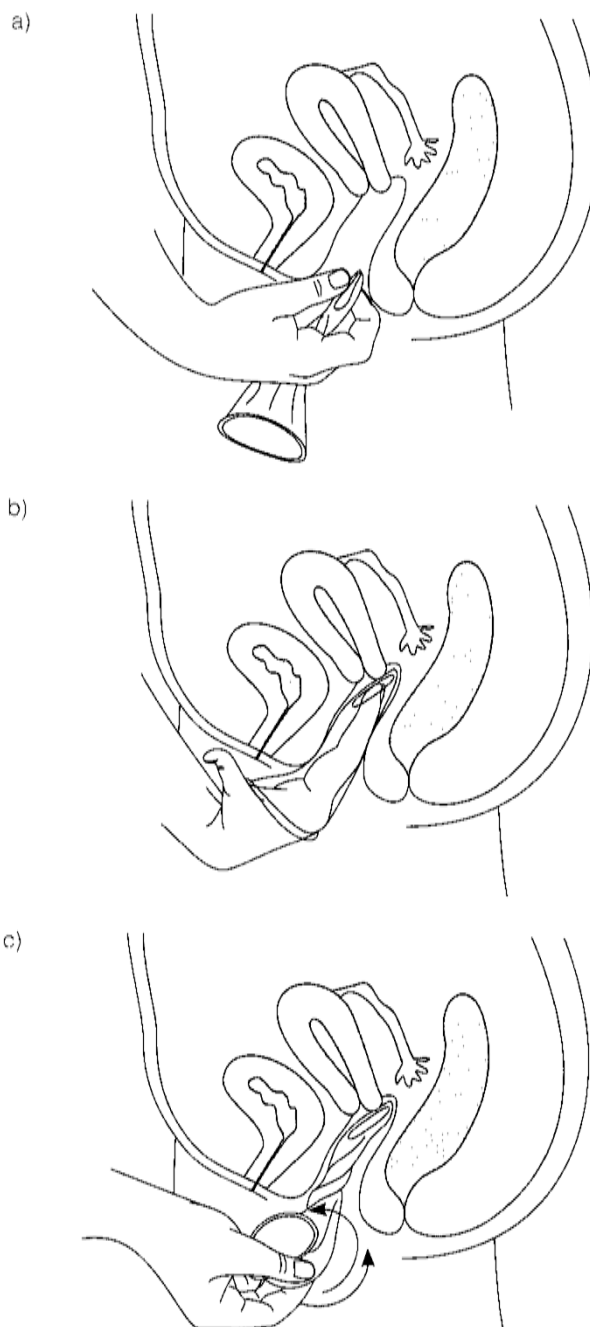
Chybně zavedený a nedoléhající

a) příliš malý pesar, b) příliš velký pesar.

Dle obrázků je zcela zjevné, že v obou případech jsou pesary nefunkční.

UZEL, Radim a Petr KOVÁŘ, 2010. *Antikoncepční otazníky: o antikoncepci převážně vážně*. Ostrava: CAT Publishing. ISBN 978-80-904290-0-0.

PŘÍLOHA P VII: MANIPULACE S FEMIDOMEM



Manipulace s femidomem:

a) vsunutí do pochvy

b) umístění do správné pozice

c) vyjmutí

UZEL, Radim a Petr KOVÁŘ, 2010. *Antikoncepční otázky: o antikoncepci převážně vážně*. Ostrava: CAT Publishing. ISBN 978-80-904290-0-0.

PŘÍLOHA P VIII: DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Barbora Kopřivová a jsem studentkou 4. ročníku prezenčního bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zjistit informovanost žen o vedlejších účincích hormonální antikoncepce. **Dotazník je určen pro ženy, které užívají hormonální antikoncepci.** V dotazníku vždy odpověď, prosím, zakroužkujte. **Dotazník je anonymní, prosím tedy o pravdivé informace.** Výsledky budou sloužit mé bakalářské práci na téma „Hormonální antikoncepce a její důsledky na ženské zdraví“.

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku

1. Váš věk?

- a) 18 - 25 let
- b) 26 - 35 let
- c) 36 - 45 let

2. Jakou formu hormonální antikoncepce užíváte (dále jen HAK)?

- a) Perorální tablety
- b) Náplast
- c) Vaginální kroužek
- d) Podkožní implantát
- e) Ve formě injekcí
- f) Hormonální nitroděložní tělísko

3. Z jakého důvodu jste začala HAK užívat? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) Zabránění otěhotnění
- b) Problémy s menstruačním cyklem (např. bolest, nepravidelnost, silné krvácení atd.)
- c) Z kosmetických důvodů (např. akné)

4. Jak dlouho užíváte HAK?

.....

5. V jakém věku jste poprvé začala užívat HAK?

.....

6. Vyhovuje Vám v současné době HAK, kterou užíváte?

- a) Ano, hormonální antikoncepce, kterou užívám, mi vyhovuje
- b) Ne, hormonální antikoncepce, kterou užívám, mi nevyhovuje

7. Znáte vedlejší účinky HAK?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

8. Zakroužkujte možné vedlejší účinky HAK, které znáte. (můžete zakroužkovat více odpovědí)

Na tuto otázku odpovídejte pouze, pokud jste na otázku č. 7 odpověděli Ano.

- | | |
|-------------------------------------|---|
| a) Nevolnost | j) Kvasinkové onemocnění pochvy |
| b) Mimomenstruační krvácení | k) Bolestivá a nepravidelná menstruace |
| c) Zadržování vody (otoky) | l) Srdeční problémy (nepravidelná srdeční |
| d) Snížená chuť k sexu | činnost, zrychlený pulz) |
| e) Změny nálad a depresivní nálada | m) Poruchy zraku |
| f) Bolest hlavy až migréna | n) Točení hlavy (závrat) |
| g) Napětí, bolest a citlivost prsou | o) Infekce močového měchýře |
| h) Bolesti břicha | p) Jiné |
| i) Vznik krevních sraženin | |

9. Pozorujete u Vás nějaké vedlejší účinky HAK?

- a) Ano
- b) Ne

10. Jaké vedlejší účinky se u Vás objevily?

Na tuto otázku odpovídejte pouze, pokud jste na otázku č. 9 odpověděli Ano.

.....

.....

.....

11. Jaká vyšetření byla u Vás provedena před nasazením HAK? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) Zjištění osobní a rodinné anamnézy (výskyt kardiovaskulárních onemocnění, cévní mozková příhoda, onkologické onemocnění, jaterní onemocnění, poruchy krevní srážlivosti, aj.)
- b) Gynekologická prohlídka
- c) Odběr krve na vyšetření
- d) Kontrola krevního tlaku
- e) Jiná

12. Byla jste ošetřujícím gynekologem informována o HAK (účinky HAK, vliv na organismus ženy, rizika, aj.)?

- a) Ano
- b) Ne

13. Porozuměla jste informacím o HAK, které Vám byly sděleny ošetřujícím gynekologem?

- a) Ano
- b) Ne

14. Odkud čerpáte informace o HAK? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) Ošetřující gynekolog
- b) Sestra u gynekologa
- c) Praktický lékař
- d) Internet
- e) Časopisy
- f) Od svého okolí (např. rodina, kamarádka, kolegyně, aj.)
- g) Odborná literatura (např. knihy, odborné časopisy)
- h) Jiné

15. Prodělala jste některé z následující onemocnění? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) Křečové žíly
- b) Zánět žil
- c) Hluboká žilní trombóza, plicní embolie
- d) Cévní mozková příhoda
- e) Infarkt myokardu
- f) Nádorové onemocnění (např. karcinom prsu, gynekologické nádory)
- g) Jaterní onemocnění
- h) Žádné

16. Užívala jste v té době HAK?

Na tuto otázku neodpovídejte pouze, pokud jste na otázku č. 15 odpověděli Žádné.

- a) Užívala jsem HAK
- b) Onemocnění se u mne objevilo před nasazením HAK
- c) Onemocnění se u mne objevilo po vysazení HAK
- d) Neužívala jsem HAK

17. Vyskytují se některá onemocnění z otázky č. 15 ve Vaší rodině?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

18. Která onemocnění z otázky č. 15 se vyskytují ve Vaší rodině?

Na tuto otázku odpovídejte pouze, pokud jste na otázku č. 17 odpověděli Ano.

.....
.....

19. Myslíte si, že jste o HAK dostatečně informována?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

20. Doporučila by jste HAK například někomu z Vaší rodiny, svým kamarádkám, mladým dívkám atd.?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím