

PROBLEMATIKA ANTIKONCEPCE Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY

Bakalářská práce

Iva Hrnčířová

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

MUDR. ZUZANA URBÁNKOVÁ

STUPEŇ KVALIFIKACE: BAKALÁŘ
STUDIJNÍ OBOR: PORODNÍ ASISTENCE

DATUM ODEVZDÁNÍ: 2008-03-31

DATUM OBHAJOBY:

Praha 2008

Abstrakt

*HRNČÍŘOVÁ, Iva: **Problematika antikoncepce z pohledu porodní asistentky*** (Bakalářská práce), Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v porodní asistenci. Školitel: MUDr. Zuzana Urbánková. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008.

Téma práce je zaměřené na informovanost o problematice antikoncepce. V této problematice se nemalou mírou uplatňuje i porodní asistentka. Proto byla teoretická část mé práce směřována tak, aby představovala ucelený přehled všech existujících druhů prostředků bránících nechtěnému početí. Pro co největší věrohodnost obsažených údajů jsou uvedeny i výhody a nevýhody jakož i indikace a kontraindikace každé metody kontracepce. Empirická část potom navazuje na část teoretickou. Cílem bylo zjistit, jak jsou ženy z řad laické veřejnosti informovány o téhle tématice. Z výsledků vyplývá, že celková úroveň znalostí o antikoncepci je na dobré úrovni, ale osvěta je i nadále nutná. Mou snahou bylo prostřednictvím průzkumu zjistit a vyčlenit problémy, které by mohly znesnadňovat orientaci v oblasti antikoncepce a poukázat tím na možné mezery v otázkách informovanosti.

Klíčová slova: Antikoncepce, kontracepce, plánované rodičovství, výhody, nevýhody, indikace, kontraindikace.

Abstract

HRNČÍŘOVÁ, Iva: Midwife's perspective on birth control issue (Bachelor's thesis), Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Degree of qualification: Midwife Bachelor. Advisor: MUDr. Zuzana Urbánková. Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008.

The topic of the thesis is focused on the (public) awareness of birth control matters. Midwife is significantly of use in these issues. Theoretical part summarizes existing tools, preventing accidental conception. For better understanding, advantages, disadvantages, indications and contraindications are stated for each method of contraception. Theoretical part is then followed by empirical study. The aim of this part was to find out, how the women of non-professional public are aware of this issue. Empirical study concludes, that broad knowledge of birth control matters reaches good level, but further edification is needed. Intentions of this research were to find out and set off the problems, that might make the orientation in the field of birth control more difficult and therefore highlight the possible deficiencies in public awareness issues.

Keywords: birth control, contraception, family planning, advantages, disadvantages, indications, contraindications

Předmluva

V dnešní době jsou na mladé páry plánující rodinu kladeny velké nároky, co se finančních potřeb nebo třeba budování kariéry týče. Proto je na místě otázka plánovaného rodičovství, a s tím bezpodmínečně související antikoncepce, je tedy potřeba nevytvářet tady tabu, ale naopak edukovat v oblasti této problematiky.

Téma práce vzniklo hlavně z důvodu, že mě zajímalo, jak se veřejnost orientuje v otázkách týkajících se antikoncepce. Takovéto prověření znalostí veřejnosti může být přínosem pro praxi, tedy pro edukaci například v prostředí gynekologických ambulancí.

Výběr tématu byl ovlivněn studiem oboru porodní asistence a zkušenostmi z klinických cvičení (gynekologická ambulance), kde jsem se s touto problematikou často setkávala.

Informace k vypracování mé práce na dané téma jsem čerpala z odborných publikací, časopisů a na internetu.

Práce je určena studentům porodní asistence, ošetrovatelství nebo i jiných oborů. A stejně tak může být dobrým zdrojem informací pro porodní asistentky či ženské sestry z praxe.

Touto cestou bych chtěla také poděkovat vedoucí mé bakalářské práce MUDr. Zuzaně Urbánkové za odborné usměrnění, potřebné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce.

Obsah

I. Teoretická část.....	7
1 Úvod.....	8
2 Kontracepce obecně.....	8
A) Kontracepční metody ženské.....	10
3 Fyziologické metody antikoncepce.....	10
3.1 Metoda neplodných dnů.....	10
3.1.1 Metody určování ovulace.....	11
3.1.1.1 Metody relativně nenáročné.....	11
3.1.1.2 Metody náročné.....	11
3.2 Přerušovaný styk.....	11
3.3 Kojení.....	12
4 Bariérové metody antikoncepce.....	13
4.1 Vaginální diafragma.....	13
4.2 Cervikální pesar.....	14
4.3 Femidom.....	14
4.4 Vaginální houba.....	15
5 Chemické antikoncepční prostředky.....	15
6 Nitroděložní antikoncepce.....	16
7 Možné způsoby imunologické antikoncepce.....	17
8 Hormonální antikoncepce.....	18
8.1 Kombinované steroidní perorální kontraceptiva.....	18
8.2 Dlouhodobá gestagenní (parenterální) kontracepce.....	22
8.2.1 Vaginální hormonální systém.....	22
8.2.2 Implantáty.....	22
8.2.3 Injekční formy.....	23
8.2.4 Intranasální formy.....	23
8.2.5 Transkutánní formy.....	24
8.2.5.1 Perkutánní formy.....	24
8.2.5.2 Transdermální systémy.....	24
8.2.6 Nitroděložní hormonální systém.....	24

9 Pohotovostní (postkoitální) antikoncepce.....	25
9.1 Hormonální preparáty	25
9.2 Nitroděložní tělísko jako postkoitální antikoncepce	26
10 Sterilizace u ženy	26
B) Kontracepční metody mužské.....	27
11 Metoda sexuální abstinence	27
12 Přerušovaný styk.....	27
13 Kondom	28
14 Potlačení ejakulace	29
15 Mužská sterilizace (vasektomie).....	29
16 Medikamentózní mužská antikoncepce	30
17 Chemická antikoncepce	30
18 Imunologické postupy.....	30
C) Antikoncepce versus některá onemocnění	30
19 Diabetes mellitus.....	31
20 Epilepsie.....	33
II. Empirická část	35
21 Struktura individuálního výzkumu	36
22 Hypotézy	37
23 Vyhodnocení dotazníků	37
24 Vyjádření k hypotézám	51
25 Závěr	52
26 Seznam bibliografických odkazů	54
27 Seznam příloh	55

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Úvod

Toto téma jsem si vybrala, protože je mi samotné velmi blízké a zajímá mě. Současně jsem se chtěla pokusit zjistit, jaká je v dnešní době informovanost o této problematice mezi laickou veřejností. I když toho bylo již napsáno a řečeno velmi mnoho, snažila jsem se vyhledat co nejnovější zdroje o tématu kontracepce a o nových způsobech antikoncepce.

Za cíl jsem si stanovila posouzení současné informovanosti žen o problémech, úskalích, výhodách a také nevýhodách týkajících se antikoncepce.

2 Kontracepce obecně

Homo sapiens se svou vědomou potřebou regulace plodnosti výrazně odlišuje od všech ostatních živočišných druhů.

Reverzibilní kontracepce je definována jako dočasná zábrana nechtěnému těhotenství. Zahrnuje celou řadu metodik. Jsou také zvány aktivními metodami. V širším slova smyslu znamená kontracepce negativní zásah do biologického řetězce vzniku nového řetězce a zahrnuje metody bránící nechtěnému těhotenství, čímž umožňuje partnerům svobodně rozhodovat o době narození a počtu svých potomků. Kontracepce může zasahovat na celé řadě etází ve fertilizačním procesu – od blokády tvorby oocytů a spermií přes zábranu splynutí gamet (oplození), poruchu transportu oocytů tubou, zábranu nidace fertilizovaného oocytu až po přerušení embryonálního vývoje.

Kontracepce znamená nejen problém časový a zdravotní, ale dotýká se velmi těsně kritérií morálky, etiky a náboženství.

V naší republice sledujeme radikální změny v reprodukčním chování kdy se přibližujeme vzorci, který je typický pro vyspělé země. Výrazně poklesl počet umělých přerušování těhotenství, zvyšuje se věk partnerů při uzavření sňatku a narození prvního dítěte, ale také stoupá počet dětí, narozených v nemanželských svazcích. Kromě socioekonomických změn se na těchto faktech podílí i antikoncepce, kdy na trhu je

výrazně pestřejší paleta hlavně hormonální kontracepce, její snadnější dostupnost a v neposlední řadě pozitivnější přístup nejenom laické, ale i odborné veřejnosti.

Na rozdíl od mužské fertility, která je relativně konstantní, ženská fertilita je cyklická. Ovulace se zpravidla vyskytuje jedenkrát měsíčně a je regulována hormonálním systémem, který zahrnuje hypotalamo-hypofyzární osu a ovarium. Pochopení skutečnosti, jak tyto hormonální šablony ovlivňují maturaci a uvolnění oocyty z ovária a přípravu endometria pro implantaci, je základním klíčem k pochopení fungování řady kontracepčních metod.

Z níže uvedených požadavků jednoznačně vyplývá, že v současné době dosud neexistuje perfektní kontracepce, která by byla vhodná pro všechny jedince, a zřejmě tato ideální kontracepce vyvinuta nikdy nebude.

Požadavky na ideální kontracepci jsou:

- 100% účinnost
- 100% bezpečnost
- 100% reverzibilita účinků
- nezávislost na pohlavním styku
- jednoduchá, nebolestivá procedura
- levná, technologicky nenáročná výroba
- snadná dostupnost a snadná distribuce
- nezávislost na lékaři
- akceptovatelnost pro všechny kultury a náboženství
- žádné negativní vedlejší účinky a maximum pozitivních účinků

Kontracepční metody lze rozdělit do dvou skupin. Na kontracepční metody ženské, jichž je převážná většina, a kontracepční metody mužské, které jsou zatím zastoupeny v naprosté menšině.

A) KONTRACEPČNÍ METODY ŽENSKÉ

3 Fyziologické metody antikoncepce

3.1 Metoda neplodných dnů (periodická abstinence)

Vajíčko může být oplodněno do 24 hodin, nejpozději však do 72 hodin po ovulaci, přičemž se schopnost oplození graduálně snižuje s časem. Životaschopnost spermií v ženském genitálním traktu je zhruba stejně dlouhá. Z těchto předpokladů tedy vychází metoda neplodných dnů. Pokud dojde k pohlavnímu styku krátce před ovulací, při ovulaci, nebo krátce po ovulaci je možnost oplození vysoká. Ostatní dny menstruačního cyklu jsou považovány za tzv. bezpečné období, kdy k oplodnění dojít nemůže. Vzhledem k tomu, že údaje o životaschopnosti spermií značně kolísají, je třeba poznamenat, že zcela bezpečné období je omezeno především na postovulační dobu, která začíná třetí den po ovulaci a končí počátkem menstruace. Proto je metoda neplodných dnů zcela nepoužitelná u žen s nepravidelnou menstruací. Ale i u žen s pravidelným menstruačním cyklem spočívá její spolehlivost především na tom, s jakou přesností je možno zjistit čas ovulace.

Absolutní kontraindikace této metody prakticky neexistují. Nicméně relativních kontraindikací je poměrně dost. Obecně je známo, že aktuální stav centrálního nervového systému, psychická tenze a stresové situace mohou nepříznivě ovlivnit schopnost otěhotnění u citlivých žen. Obdobným způsobem mohou tyto stavy ovlivnit pravidelnost ovulace i celého menstruačního cyklu, a tím i zpochybnit údaje o neplodných dnech získané za psychicky vyrovnaného stavu. Kromě toho není tato metoda vhodná pro lidi lehkomyšlné a nezodpovědné. Navíc jakákoliv choroba, ale dokonce i banální nachlazení mohou značně změnit ovulační „stereotypy“, a tím i spolehlivost.

3.1.1 Metody určování ovulace

U některých žen je možno velmi jednoduše zjistit přesně termín ovulace. Jedná se o určité, relativně malé procento žen, které pociťují ovulaci jako periodicky se opakující

bolesti v podbříšku. Protože se tyto bolesti vyskytují obvykle uprostřed cyklu, mají německý, mezinárodně akceptovaný název „Mittelschmerz“. Pro většinu žen jsou však vhodné jiné metody.

3.1.1.1 Metody relativně nenáročné

Jsou nejužívanější a není k nim zapotřebí žádného speciálního vybavení. Základem je kalendářová metoda, kterou je možno doplnit třemi dalšími jednoduchými způsoby, které si většina žen v případě potřeby snadno osvojí.

- a.) kalendářová metoda podle Ogina a Knause
- b.) měření bazální teploty
- c.) sledování tzv. suchých dnů (hlenová zkouška)
- d.) změny děložního čípku
- e.) kombinovaná metoda

3.1.1.2 Metody náročné

Zahrnují dva následující postupy, které sice velice přesně určují ovulaci, ale nezbytné přístrojové vybavení je příliš nákladné. Rozhodně nejsou vhodné k širokému použití. Jedná se o metodu **krystalizace slin** a metodu **stanovení LH** eventuelně některých jiných hormonů.

3.2 Přerušovaný styk (coitus interruptus)

Patří v podstatě k mužským antikoncepčním metodám, ale zařadila jsem je mezi fyziologické. Tato metoda se řadí k vůbec k nejrozšířenějším a nejpoužívanějším metodám antikoncepce v lidské populaci, přestože z mnoha stran k němu v minulosti bylo a je mnoho výhrad. Jednou ze zásadních byla nízká spolehlivost tohoto způsobu antikoncepce.

Principem metody je přerušování pohlavního styku těsně před tím, než jsou spermie deponovány do poševních kleneb (přesněji: než dojde k jakémukoliv kontaktu spermatu

a ženského genitálu). Znamená to pro oba partnery značná omezení. Má-li být riziko nežádoucího otěhotnění alespoň poněkud sníženo, musí se oba partneři dobře znát, znát vzájemně své reakce v průběhu sexuálního styku – tak aby mohl být styk včas přerušen. To je podmínka často zcela nesplnitelná, protože na tento způsob ochrany spoléhají často náhodně vzniklé páry mladistvých, páry partnerů bez dostatečných zkušeností a znalostí, bez dostatečné dávky odpovědnosti a kázně. Právě zdánlivá jednoduchost a obecná dostupnost (bez lékaře, bez nákupu, nebo vůbec bez starostí) je úskalím daného způsobu ochrany.

Za podstatné je třeba pokládat dvě prokázané skutečnosti:

- 1.) že spermie se mohou v močové trubici muže objevit ještě před vyvrcholením styku a může proto dojít k oplodnění i při jeho zdánlivě včasném přerušení
- 2.) ze stejného důvodu může dojít k nežádoucímu otěhotnění rovněž při pokusu o dokončení styku či o jeho brzké opakování

Ani tento způsob ochrany nemá v zásadě kontraindikace. Je třeba jen zopakovat, že je naprosto nevhodný jako jediná antikoncepce u mladistvých, nezkušených a neodpovědných párů – riziko selhání je zde enormně vysoké. Může být – stejně jako u jiných metod – sníženo kombinací např. spočítáním plodných a neplodných dnů, s chemickými prostředky antikoncepce apod.

3.3 Kojení

Kojení se také pokládá za metody bránící otěhotnění. Hormon prolaktin spouštějící tvorbu mléka opravdu brání ovulaci, tento mechanismus – vysokou prolaktiněmii – nalézáme často i u žen s poruchou plodnosti. Ovšem aby kojení fungovalo jako antikoncepce, je nutno kojit velmi pravidelně aspoň osmkrát denně do vyprázdnění prsů a ne déle než šest měsíců. V domácích podmínkách tedy není možné se na kojení spolehnout.

4 Bariérové metody antikoncepce

Jejich název v zásadě vystihuje způsob účinku. Tyto antikoncepční prostředky vytvářejí v pochvě ženy mechanickou překážku (bariéru), bránící vniknutí spermií do vyšších etází jejich pohlavních orgánů a spojení s vajíčkem. Ačkoliv jsou bariérové metody méně efektivní než hormonální antikoncepce, nebo nitroděložní tělíska, pro některé ženy je užití tohoto druhu kontracepce velmi výhodné (především pro ty, které nemají častý a pravidelný pohlavní styk). Nesporným přínosem bariérové antikoncepce je i částečná ochrana proti sexuálně přenosným chorobám.

Zavedení této antikoncepce vyžaduje spolupráci s lékařem (alespoň v počáteční fázi). Ten musí pacientku podrobně vyšetřit včetně vzhledu a anatomických poměrů čípku děložního, včetně anatomie pochvy a poševní biocenózy – a rozhodnout o tom, zda není námitek proti používání tohoto druhu antikoncepce. Dále musí zvolit a vyzkoušet vhodnou velikost pesaru či diafragmatu – typ i velikost prostředku se může a musí v průběhu reprodukčního cyklu ženy měnit v souladu se změnami anatomických poměrů. A konečně musí pacientku lékař nebo porodní asistentka pečlivě poučit o manipulaci s těmito antikoncepčními prostředky a tuto manipulaci také v ordinaci s pacientkou nacvičit. Při správném použití a správném ošetřování (omytí a uložení v suchu) mají pesary přibližně roční životnost.

4.1 Vaginální diafragma

Vaginální diafragma neboli poševní pesar je nejstarší používaná metoda ženské bariérové antikoncepce. Ve většině případů má tvar kruhovitěho kloboučku s pevnou pružinou na obvodu, udržující její pravidelný tvar. Pružinou je rovněž zajištěno intimní přilnutí pesaru ke stěně poševní. Pesar je vyráběn z podobných materiálů jako prezervativ. Zavádí se do pochvy tak, aby oddělil koitující část od čípku a dalších orgánů genitálního traktu. Uprostřed kovového kruhu se stěna diafragmy vyklenuje a vytváří slepou kopuli, do níž je doporučeno aplikovat dostatečné množství spermicidů. Takováto kombinace výrazně zvyšuje efektivitu antikoncepční metody. Zavedený pesar by neměl být v pochvě déle než 24 hodin.

Výhodou této metody je možnost zavedení pesaru kdykoliv před zahájením pohlavního styku, bez předchozího časového omezení. Nevýhodou metody mohou být potíže při manipulaci s pesarem nebo nutnost čištění a ochrany pesaru po každém jeho použití. Vedlejší účinky vyplývají z nesnášenlivosti, event. z alergie na použitý materiál či spermicidy. Mezi uživatelkami byla pozorována zvýšená frekvence uroinfekcí.

4.2 Cervikální pesar

Cervikální pesar, označovaný někdy jako cervikální klobouček, je stejně jako vaginální pesar vyroben z latexu nebo plastických hmot, vzácné je užití gumy nebo kovových materiálů. Nasazuje se na vaginální porci čípku děložního a vytváří neprostupnou bariéru pro spermie. Je určen k opakovanému užití. Doporučuje se, aby nebyl ponecháván in situ déle než 3 dny. Nedodržení této zásady vede ke zbytečným zánětlivým komplikacím a nepříjemným zápachajícím výtokům.

Indikacemi cervikálního pesaru jsou všechny stavy a situace, které neumožňují optimální užití pesaru vaginálního. Jsou to především cystokéle a rektokéle, retroverze děložní nebo rozvolněné svalstvo pánevního dna, neumožňující správné postavení vaginálního pesaru. Cervikální pesar je kontraindikován v případech chronické cervicitidy, cervikálních erozí nebo dalších anatomických změn čípku děložního.

4.3 Femidom

Femidom neboli ženský prezervativ je asi poslední novinkou v oblasti ženské bariérové antikoncepce. Svým tvarem připomíná mužský kondom – je však delší a větší a na obou koncích vybaven pružnými kroužky. Femidom je lubrikován, takže je kluzký a dobře se zavádí. Vnitřní kroužek prezervativu se přikládá k děložnímu čípku, zevní kroužek pak zůstává venku před rodidly ženy.

Nevýhodou mohou být problémy s manipulací. Potřeba jeho zavedení těsně před pohlavním stykem je evidentní. Výhodou metody je vysoká efektivita ochrany proti přenosu sexuálně přenosných chorob. V kombinaci se spermicidy dosahuje i vysoké kontracepční spolehlivosti.

4.4 Vaginální houba

Vaginální houba je novou metodou poševní bariérové antikoncepce, která nevyžaduje lékařské vedení. Může být zavedena v kteroukoliv dobu před koitem a ponechána ve vagíně po dobu 24 hodin. Kontracetivní účinek této metody spočívá v absorpci ejakulátu do houbovité hmoty, v aktivním působení spermicidů při mechanické bloádě průniku spermií do endocervikálního kanálu. Houba je určena pouze pro jedno použití.

Nespornou výhodou vaginální houby je kontinuální ochrana uživatelky po dobu 24 hodin, bez jakéhokoliv omezení sexuální aktivity a bez potřebné časové přípravy jako při užití pouhých spermicidů.

5 Chemické antikoncepční prostředky

Spermicidy jsou chemické látky, inaktivující spermie v pochvě před jejich proniknutím do dělohy a vejcovodu. Mohou být použity samostatně jako jedna z možných metod antikoncepce nebo v kombinaci s bariérovou metodou, jejíž takto výrazně stoupá.

Lékové formy spermicidů jsou různé. Krémy jsou hustší než želé, krémy a čípky realizují svůj spermicidní účinek teprve po rozpuštění v pochvě. Některé vaginální tablety nebo čípky obsahují chemickou bázi, která po navlhčení produkuje karbondioxidové bubliny, pomáhající distribuovat spermicidní látku do horní části pochvy. Nejefektivnějšími formami spermicidů jsou pěny a krémy, které nejlépe kryjí čípek a vaginální stěny a tím jsou v praxi nejúčinnější. K zajištění efektivního působení musí být spermicidy užity před každým dalším koitem. Specifické instrukce jsou uvedeny u každého výrobku, avšak pro všechny platí:

- 1) umístit požadované množství kontrceptiva vysoko do pochvy tak, aby byl krytý čípek;
- 2) vyčkat předepsanou dobu před koitem, aby se spermicidy mohly rozšířit po celé ploše horní části pochvy a kolem čípku;

- 3) užít doporučenou formu aplikace spermicidu před dalším koitem;
- 4) nevyplachovat pochvu nejméně 6 hodin po koitu.

Výhodou spermicidů je jejich dostupnost a jednoduchý způsob použití. Nevyžadují konzultaci lékaře ani lékařský předpis. Jsou vhodné pro páry, které nemají častý sexuální styk, pro krátkodobé užití nebo jako doplněk jiných bariérových metod. Nezanedbatelnou výhodou je i významné snížení rizika přenosu sexuálně přenosných chorob. Nevýhodou užití samotných spermicidů je bezesporu podmínka jejich opakované aplikace při každém dalším koitu. Někteří uživatelé spermicidů poukazují na nevhodnou adhezivitu spermicidních látek k penisu, případně na jejich sekreci z pochvy v průběhu pohlavního styku.

Jedinou kontraindikací chemické kontracepce je alergie některého ze sexuálních partnerů na spermicidy.

6 Nitroděložní antikoncepce

Nitroděložní tělísko (IUD) je jednou z nejrozšířenějších metod antikoncepce v České republice.

Inzerce IUD vede ke změně lokálního mikroprostředí v dutině děložní. Přítomnost cizího tělesa ovlivňuje jak morfolonii endometria, tak i biochemické složení nitroděložní tekutiny. Odpověď endometria je charakterizována zvýšenou cévní permeabilitou, edémem a leukocytární infiltrací, zahrnující neutrofile, monocyty a makrofágy. Tyto změny jsou takřka identické se zánětlivou reakcí organismu, nastupují však v nepřítomnosti bakteriální infekce a nelze je zaměňovat s endometritidou. Degradční produkty leukocytů, uvolněné do nitroděložní tekutiny, jsou toxické pro většinu buněk včetně spermií a blastocysty. Obsah mědi v IUD pak zesiluje tuto „zánětlivou“ reakci. Měď sama o sobě navíc inhibuje transport spermií jak v děložním hrdle, tak i v dutině děložní.

Domníváme se, že mechanismus kontracepčního působení IUD z mědi je komplexní a ve shrnutí asi následovný: Spermie obtížně prostupují cervikálním hlenem, jsou fagocytovány leukocyty, vystaveny toxickému působení s měděné intrauterinní tekutiny a dekapacitovány v přítomnosti mědi. Oocyty se v tubách nositelek IUD s mědí nalézají

v signifikantně nižším počtu, navíc většinou v abnormálním stupni vývoje. Tento komplexní mechanismus účinku nitroděložního tělíška s mědí je zároveň jasnou odpovědí na opakovaně nastolovanou otázku, zda IUD působí jako kontraceptivum nebo jako abortivum.

Tradičně je zavedení IUD doporučováno během posledních dnů menstruačního krvácení. Nejdůležitější podmínkou zavedení IUD je vyloučení infekce v oblasti pochvy a čípku děložního. IUD je velmi vhodnou antikoncepcí pro období kojení.

Komplikace spojené s IUD

- 1.) Perforace dělohy při inzerci nitroděložního tělíška je vzácnou komplikací. Perforace se většinou projevuje ihned po výkonu bolestí a krvácením.
- 2.) Expulze IUD – může být úplná nebo neúplná. Ve druhém případě nalzáme tělíško v cervikálním kanálu. Úplná expulze je nejčastější během prvních 12-ti měsíců po zavedení IUD a dochází k ní převážně během menstruace.
- 3.) Selhání IUD – procento selhání se značně liší podle typu IUD.
 - a.) postup při zjištěném těhotenství – IUD by mělo být extrahováno ihned po zjištění gravidity
 - b.) mimoděložní těhotenství – u žen se zavedeným IUD je vyšší zastoupení těhotenství mimoděložních než u žen bez nitroděložního tělíška.
 - c.) spontánní potrat a předčasný porod – IUD ponecháno in situ při zjištění těhotenství zvyšuje riziko jak spontánního potratu, tak i předčasného porodu.
- 4.) Krvácení a bolestivost – tyto komplikace patří mezi nejčastější příčiny extrakce IUD na žádost ženy.
- 5.) Pánevní zánět – při prokázaném pánevním zánětu je plně indikována extrakce IUD.

7 Možné způsoby imunologické antikoncepce

Existuje celá řada výzkumných celosvětových programů zabývajících se možností imunologické antikoncepce, která by byla dostupná, účinná, dočasná, bezpečná a cenově přijatelná.

Dnes na tuto metodu pohlížíme jako na možnou variantu, a to jak pro muže, tak i pro ženy.

Zkoumají se protilátky proti spermiím, zona pellucida, proti beta podjednotce lidského choriového gonadotropinu a jiné.

8 Hormonální antikoncepce

Vývoj hormonálních antikoncepčních přípravků je úzce spjat s rozvojem znalosti funkce ženských pohlavních orgánů, řízení menstruačního cyklu, o složení a tvorbě ženských hormonů tvořených a do krve vylučovaných vaječníky (tzv. estrogenů a progesteronu), jejich úloze a působení v organismu ženy. Rozlišujeme perorální kombinovanou kontracepci, perorální gestagenní kontracepci, dlouhodobou gestagenní (parenterální) kontracepci (nitroděložní tělíska s gestagenem, nitrosvalová injekce, podkožní implantáty, vaginální kroužek,...)

Primárním mechanismem kombinované steroidní kontracepce je inhibice ovulace působením na hypotalamus a hypofýzu pomocí negativní zpětné vazby. Nositelem tohoto účinku je hlavně estrogení složka preparátu. Sekundárním mechanismem účinku je inhibice fertilizace na několika úrovních – od zvýšení viskozity cervikálního hlenu, který se stává neprůchodným pro spermie, přes alteraci transportní funkce tub až po narušení normálních podmínek v endometriu pro uhníždění blastocysty, neboť sliznice se jen nedokonale sekrečně transformuje. Nositelem sekundárního mechanismu účinku jsou převážně progestiny.

Momentálně je to oblast, která se v oboru antikoncepčních metod nejvíce vyvíjí. Bezesporu je to díky praktičnosti a hlavně vysoké spolehlivosti hormonálních preparátů.

8.1 Kombinované steroidní perorální kontraceptiva

Jednofázové (monofázické) preparáty obsahují v každé tabletě kombinaci neměnicí se dávky estrogeneru a neměnicí se dávky některého progestinu (gestagenu).

Dvoufázové (bifázické) přípravky, kdy dávky estrogenu jsou konstantní a dávka progestinu je v první fázi nižší než ve fázi druhé, se snažily napodobit hladinu steroidů v normálním menstruačním cyklu, ale od těchto formulí se postupně ustoupilo.

Na trhu je k dostání tzv. kombifázický režim. V průběhu cyklu se mění podávání estrogenů a progestinu – nízká dávka progestinu se ve druhé fázi zvyšuje, zatímco počáteční dávka estrogenu se ve druhé fázi snižuje. Toto schéma umožňuje dokonalejší regulaci menstruačního cyklu ve srovnání s jednofázovými orálními kontraceptivy při zachování stejně vysoké kontracepční schopnosti. V první fázi cyklu díky podávání estrogenu systémem „step – up“ – „step – down“, je preparát estrogen dominantní, ve druhé fázi pak gestagenně dominantní.

Další snahou o redukci dávek obou steroidů byly třístupňové (trifázické) přípravky, kdy hladiny progestinu se postupně ve 3 fázích zvyšovaly, ve druhé fázi se zvýšily i dávky estrogenu (pro zaručení inhibice ovulace a zvýšení hostility cervikálního hlenu). Ve třetí fázi hladiny estrogenu opět poklesly, aby se dosáhlo maximálního snížení celkové dávky steroidů.

Nejaktuálnější novinkou v oblasti zkoumání nejúčinnějších preparátů jsou pilulky s obsahem Drospirenonu, což je látka (progestin), která limituje hned několik vedlejších účinků hormonální antikoncepce. Jsou to hlavně zadržování vody v organismu, což často vedlo k nárustu hmotnosti, zmírnění nepříjemných kožních projevů (akné, omezení zvýšené tvorby kožního mazu) a v kombinaci s vhodnou léčbou má i antihypertenzní účinek.

Vedlejší efekty

Vedlejší účinky kontracepce je nutné rozdělit na příznivé a nepříznivé.

Při předepisování hormonální kontracepce by měl lékař vždy zvažovat risk versus benefit předepisovaného preparátu, žena by měla být řádně gynekologicky vyšetřena a neměla by být opomenuta ani podrobná anamnéza.

Základním příznivým efektem kombinované kontracepce je vliv na fertilitu, kdy primární zábranou neplánované gravidity zabráníme dalším gynekologickým a porodnickým komplikacím spojených jak s přerušáním, tak i s pokračováním nechtěné gravidity. Dalším příznivým efektem je snížení výskytu mimoděložního těhotenství. Pokles výskytu pánevní zánětlivé nemoci se vysvětluje zvýšenou viskozitou

cervikálního hlenu, který brání acenzi patogenů do vyšších etází genitálu. Hormonální antikoncepce velmi dobře chrání před bakteriálními infekcemi. Nezanedbatelný je příznivý vliv na menstruační cyklus, který se stává pravidelným a předvídatelným, dále se zmenšují krevní ztráty. U většiny žen je díky atrofizaci endometria sníženo riziko endometrální hyperplazie. Snižuje se výskyt dysmenorey a téměř v polovině případů se zlepšují příznaky premenstruálního syndromu. Vymizí i ovulační bolest a většina intermenstruálního krvácení spojená s kolísáním hormonálních hladin v periovulačním období. Dnes už je jednoznačně prokázáno že, hormonální antikoncepce snižuje riziko karcinomu endometria i ovariálního karcinomu. Příznivý vliv mají tablety i na řadu benigních i na endometriózu. Hormonální antikoncepce snižuje frekvenci výskytu ovariálních cyst, myomatózy, cystické mastopatie a fibroadenomů prsu. Uživatelkám hormonální kontracepce se zvyšuje kostní denzita, čímž je vlastně bráněno rozvoji osteoporózy. Snížil se taky výskyt revmatoidní artritidy. Příznivé je taky ovlivnění kožních chorob spojených s hyperandrogenismem (např. akné).

Vedlejší účinky, které mohou být pro uživatelku nepříjemné, ale neohrožují ji na životě, mnohdy vedou ke špatné complianci pacientky a k přerušení užívání tablet. Často se vyskytují deprese, u některých žen může dojít k poklesu sexuální apetence. Nauzea a zvracení se vyskytují hlavně v období adaptace organismu na hormonální antikoncepci. Bolesti hlavy jsou indikací ke změně preparátu, pokud jsou migrenózního charakteru, pak i k vysazení tablet. Krvácení z průniku je častým vedlejším účinkem a většinou vymizí v průběhu prvních 3 měsíců užívání. Amenorea může být způsobena vystupňovanou atrofizací endometria, ale je plně reverzibilní. Pigmentové změny kůže jsou po radikálním snížení dávky estrogenů jen vzácným vedlejším účinkem, ale problémem je skutečnost, že ani po vysazení tablet již jednou vzniklá chloazmata nikdy zcela nevymizí, pouze vyblednou. Existují i nepříznivé účinky, které ve svých důsledcích mohou ohrozit ženu na životě. Tyto účinky se odvíjejí od toho, že oba steroidy ovlivňují nejenom osu hypotalamus – hypofýza – ovarium, ale i řadu metabolických dějů v organismu ženy. Hormonální kontracepce snižuje glukózovou toleranci, kdy progestiny mají antagonistický účinek proti inzulínu. Dalším nepříznivým metabolickým účinkem je i zvýšený výskyt žlučových kamenů. Kardiovaskulární onemocnění uživatelky tablet jsou extrémně vzácná u mladých nekuřáček, riziko však stoupá se zvyšujícím se věkem, u kuřáček je pak riziko až 4krát vyšší. Používání

nízkodávkovaných preparátů zvyšuje výskyt venózního trombembolismu. Riziko žilní trombembolie u uživatelky je asi 3krát vyšší než v ostatní populaci. Jednoznačně byla nalezena korelace mezi zvýšením výskytu akutního infarktu myokardu a kouřením u starších žen. Často je zmiňována i hypertenze jako jeden z nepříznivých účinků. Co se týče cévních mozkových příhod v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce, byla nalezena závislost na dávce progestinu a na přítomnosti dalších rizikových faktorů (kouření, hypertenze).

Absolutní kontraindikace

- 1) gravidita
- 2) venózní či arteriální trombóza, ischemická choroba srdeční, těžká esenciální hypertenze, varixy komplikované trombózou
- 3) zvýšené riziko trombózy (aterogenní lipidový profil)
- 4) cerebrální ischemie (migrény)
- 5) jaterní choroby (těhotenská cholestatická hepatóza, poruchy hepatální sekrece, akutní hepatitida, porfyrie, jaterní adenom)
- 6) komplikace vyvolané sexuálními steroidy (herpes gestationis, hemolyticko – uremický syndrom, chorea, otoskleróza)
- 7) hormonálně dependentní karcinomy (ca prsu)
- 8) nedagnostikované krvácení z rodidel
- 9) laktace do odstavení či 6 měsíců po porodu
- 10) neschopnost ženy užívat kontracepci pravidelně
- 11) diabetes mellitus (s retinopatií či nefropatií)

Relativní kontraindikace

- 1) mnohočetné riziko chorob arterií (kouření, mírná hypertenze, věk nad 35 let, obezita)
- 2) chlopenní srdeční vady spojené s plicní hypertenzí
- 3) adenom hypofýzy s hyperprolaktinémií
- 4) oligo – amenorea
- 5) deprese

- 6) chronické systémové choroby (diabetes mellitus, Crohnova nemoc, chronické renální choroby)
- 7) imobilizace (např. po operaci)
- 8) stav po morálním těhotenství (do vymizení pozitivivity HCG)
- 9) srpkovitá anémie
- 10) choroby, které vyžadují dlouhodobou léčbu léky, jež mohou mít interakci s hormonální kontracepcí

8.2 Dlouhodobá gestagenní (parenterální) kontracepce

8.2.1 Vaginální hormonální systém

Je to originální antikoncepční metoda, která byla teprve nedávno uvedena na náš trh. Jde o antikoncepční vaginální kroužek (NuvaRing). Tento kroužek je flexibilní, průhledný (transparentní) o průměru 54 mm a tloušťce 4 mm. Vaginální kroužek se používá jednou měsíčně. Žena si jej sama jednoduše zavede do pochvy na tři týdny, po třech týdnech si jej opět sama vytáhne a následuje 7 dní bez kroužku.

Tato frekvence podání maximalizuje pohodlí pro užvatelku vaginálního kroužku. Hormony se dostávají do těla vstřebáváním poševní sliznicí, přímo do krevního oběhu. Tento způsob aplikace umožňuje podání nižších dávek hormonů než u perorálních forem hormonální antikoncepce. Lze využít cyklický i kontinuální režim.

Ze strany klientek může být neochota k pravidelnému zavádění vaginálního kroužku, ojediněle je popisována přechodná úvodní nauzea, dislokace kroužku, sexuální dyskomfort klientky, popřípadě partnera.

8.2.2 Implantáty

Jde o kapsle ze syntetických polymerů s obsahem steroidního kontraceptiva. V současné době existuje několik typů implantátů. Představují extrémně spolehlivou antikoncepční metodu.

Podkožní implantáty se zavádějí obvykle v prvních pěti dnech menstruačního cyklu – hlavním důvodem je vyloučení těhotenství. Inzerce se provádí v místní anestezii, u praváků obvykle do levé ruky (a naopak). Nástup účinku implantátu zavedeného na začátku cyklu je velmi rychlý, lze s ním počítat za 48 hodin, při zavedení později je nutno vyčkat týden. Zavádějí se na dobu pěti let. Tělíška se po příslušné době extrahují opět v místní anestezii. Pokud si však žena extrakci nepřeje a antikoncepce je zajištěna jinak, lze ji bez obav ponechat in situ. (Čepický, P.: 2004, s. 624)

Tento druh kontracepce je vhodný zejména pro ženy, které nemohou užívat nebo netolerují estrogény, ženy, které nechtějí po dlouho dobu těhotnět, u žen exponovaných společensky. Výhodou je i pro nezávislost na chybě ženy. Doporučuje se i u žen kojících a u žen starších s vyšším kardiovaskulárním rizikem.

Od výše uvedených výhod lze lehce odvodit i skupiny žen, pro které by tato kontracepční metoda byla spíše nevýhodou. Jako příklad bych uvedla hlavně ženy plánující rodinu nebo ženy v šestinedělí. Nevýhodou jsou i poruchy menstruačního cyklu.

8.2.3 Injekční formy

Kombinovaná injekční antikoncepce je vhodná pro všechny ženy reprodukčního věku, které nemají žádnou kontraindikaci, co se užívání perorální antikoncepce týče. Představuje také spolehlivou kontrolu početí, nezávislou na užívání a nevázanou na denní rozvrh či dobu pohlavního styku. Současně zaručuje dobrou kontrolu cyklu a rychlé obnovení fertility po vysazení injekce. (Líbalová, Z.: 2004, s. 333)

8.2.4 Intranasální formy

Intranasální steroidní spreje se vyznačují rychlým přestupem farmaka do krve a cerebrospinálního moku. Vzhledem k nedostatečně ověřené bloádě ovulace, na podkladě dosavadních studií, se tato forma v antikoncepci nevyužívá.

8.2.5 Transkutánní formy

V této skupině lze odlišit formy perkutánní (gely) a transdermální (náplasti - EVRA).

8.2.5.1 Perkutánní formy

Antikoncepční efekt steroidů (blokáda ovulace) aplikovaných na kůži v roztoku etanolu či v masti byl dokumentován jako vedlejší účinek léčby unilaterální hypoplazie mammy. Aplikovala se na prsa, aby se ke vzdálenějším hormonálně závislým tkáním dostávala v minimální možné koncentraci.

V současné době není tato forma k dispozici jako antikoncepce, nicméně využívá se jako hormonální terapie.

8.2.5.2 Transdermální systémy

Jde o kombinovanou antikoncepční metodu, kdy se hormony vstřebávají přes pokožku přímo do krve. Náplast se lepí na předem určené místo na těle, nejlépe břicho, hýždě nebo nadloktí (oblast prsu je nevhodná). Náplast je voděodolná, vydrží týden (s jedno-, dvoudenní tolerancí), pak se mění za novou. V balení jsou tři náplasti, pak následuje týdenní pauza jako u pilulek, kdy dochází ke krvácení ze spádu.

Nespornou výhodou tohoto druhu antikoncepce je obejít enterohepatální oběh. Další jsou relativní nenáročnost, co se frekvence užívání týče, dobrá kontrola cyklu a rychlý návrat fertility.

8.2.6 Nitroděložní hormonální systém

V současné době už nejsou nitroděložní tělíska pouze mechanická, ale jsou současně i nosičem hormonálních substancí (pouze gestagenních).

Výhody tělíska po stránce hormonální spočívají v indukci hypomenorhey až amenorhey, lze ho tedy velmi účinně využít v terapii hypermenorhey, polymenorhey a dysfunkčního krvácení. Může způsobit i zmenšení myomů děložních.

Naopak rizikem této metody jsou poranění dělohy či endometritis, které souvisejí s inzercí tělíska do dělohy. Při již zavedeném nitroděložním tělísku mohou nastat poruchy menstruačního cyklu, gynekologický zánět, mimoděložní těhotenství, ovariální

cysty, sexuální problémy. Může dojít i k takovým potížím jako jsou exploze (úplná nebo parciální) či dislokace nitroděložního tělíska

Mimo antikoncepci lze tedy tento typ tělíska s výhodou použít jako geatagenní složku hormonální substituce perimenopauzy a postmenopauzy.

9 Pohotovostní (postkoitální) antikoncepce

Neplánované těhotenství je výsledkem nechráněného pohlavního styku v období ovulace či selhání antikoncepce bariérové (např. prasknutí kondomu) nebo vynechání pilulky běžné preventivní perorální hormonální kontracepce. To se týká také žen, které otěhotní v důsledku znásilnění. Pohotovostní antikoncepce obecně má sloužit k zabránění otěhotnění po nechráněném pohlavním styku. Terapie je účinná, pokud je zahájena během 72 hodin po nechráněném styku.

Pohotovostní kontracepce má tyto charakteristiky:

- je to nouzová metoda a ne rutinní přístup ke kontracepci
- je používána až po pohlavním styku
- je to metoda zabraňující otěhotnění, nejedná se o účinek abortivní

9.1 Hormonální preparáty

Jedná se o preparáty, u nichž je léčba účinná, pokud je zahájena do 72 hodin po pohlavním styku. Druhá dávka je podána za 12 hodin po první. Účinnost je tím lepší, čím dříve po styku je podána první dávka (na našem trhu je to především Postinor – 2). V některých zemích světa je k dispozici ještě antiprogesteron RU 486 (Mifepriston).

Nejedná se však o antikoncepci v pravém slova smyslu, ale spíše o vyvolání velmi časného potratu a to většinou bez nutnosti kyretáže. Jeho účinek spočívá v umělém vyvolání nedostatku hormonu žlutého tělíska, který je nezbytný k udržení časného těhotenství.

Všeobecně je považován za mnohem šetrnější k pacientce než ostatní potratové metody, nicméně někteří odpůrci interrupcí to odmítají. Jako prostředek k snadnému

vyvolání potratu je příkře odmítán odpůrci interrupce, což v mnoha zemích ztěžuje či vylučuje jeho registraci.

Tato problematika stále zůstává ožehavou politickou a náboženskou otázkou, která má za následek, že tato látka není v některých zemích světa (včetně ČR) dostupná nebo je dokonce někde i zakázána. (Calda, P.: 2002, s. 138)

9.2 Nitroděložní tělísko jako postkoitální antikoncepce

Zavedení nitroděložního tělíška s mědí do pěti dnů po nechráněném styku je jako postkoitální kontracepce v České republice zatím využívána zřídka. Změny endometria v přítomnosti IUD zabraňují implantaci blastocysty, ke které obvykle dochází šestý den po ovulaci. Tuto metodu lze tak využít i později než pět dní po nechráněném styku, nejpozději ale pátý den po předpokládaném dni ovulace. Při obvyklém použití dosahuje tato postkoitální kontracepce výtečné spolehlivosti.

Nitroděložní tělísko představuje velmi spolehlivou antikoncepční metodu. Je vhodná především pro ženy, které si přejí v této metodě kontracepce pokračovat. Ale dá se využít i u té skupiny žen, které se dostavily po více než 72 hodinách po styku. (Calda, P.: 2002, s. 149)

10 Sterilizace u ženy

Jedná se většinou o jednorázový chirurgický zákrok, který spočívá v přerušení komunikace vejcovodu nebo jeho okluzi. Protože se jedná o zákrok na vejcovodech (tubách), mluvíme o tzv. **tubární sterilizaci**. Je to velmi výhodný způsob pro ženy, které si již nepřejí v budoucnosti žádné další těhotenství.

Tubární sterilizace se obvykle provádí bezprostředně po posledním porodu, při umělém přerušení těhotenství, nebo při jiné operaci v malé pánvi. Zřídka se provádí sterilizace samostatně. Selhání metody a tedy následné otěhotnění je nesmírně vzácné.

Z hlediska operace samé můžeme dnes rutinně užívané způsoby provedení sterilizace rozdělit na chirurgickou a laparoskopickou sterilizaci.

Refertilizaci je možno někdy provést mikrochirurgickou rekanalizací.

B) KONTRACEPČNÍ METODY MUŽSKÉ

Podíl muže na rozmnožování lidí je v porovnání se ženou podstatně nižší. Obrovský rozdíl mezi pohlavím je patrný již na velikosti zárodečných buněk a v extrémní nadprodukci spermií, které příroda zavedla v lidské biologii. Rozplozovací potenciál muže je obrovský. Relativně vysoká pohlavní aktivita a obrovská produkce spermií zabezpečují reprodukční úspěchy samčímu pohlaví za podmínek velmi nepříznivých. Muži na rozdíl od žen nemají žádná fyziologická období neplodnosti. Mužské pohlaví je ovšem vulnerabilnější než ženské, a proto i plodnost muže je dosti zranitelná různými vnitřními i zevními vlivy.

U každé antikoncepce je klíčovým faktorem motivace k plánovanému rodičovství. Reprodukční odpovědnost mužů je v naší zemi obecně nízká. Plodnost patří od pradávna k vysokým atributům mužnosti.

11 Metoda sexuální abstinence

Abstinence od sexuálních styků je základní a klasickou antikoncepční metodou. Základem této antikoncepční strategie bylo odložit zahájení pohlavního života a hlavně ukončit sexuální soužití v manželství ihned po zplození plánovaného a žádoucího počtu dětí. Takové řešení však nebylo a není pro většinu lidí přijatelné.

12 Přerušovaný styk (coitus interruptus)

Jedná se o antikoncepční metodu mužskou, která je již podrobněji popsána v kapitole fyziologických metod antikoncepce.

13 Kondom (prezervativ)

Latexový kondom je vyráběn již více než sto let. Kondomy z přírodních materiálů byly používány již ve starověku. Kondomy jsou antikoncepční metodou poměrně spolehlivou a technicky velmi jednoduchou. Velmi významná je dnes také ochranná funkce kondomu ve vztahu k přenosu některých venerických nákaz, nejaktuálnější virus HIV nevyjímaje.

Při používání kondomu je pro jeho spolehlivost velice důležité správné zacházení s nimi. Je – li prostředek zhotoven z latexu (v naprosté většině případů), pak je jeho stěna málo odolná vůči tuku. Je také poměrně lehce zranitelná mechanicky, zejména ostrými předměty. Kromě vyhýbání se poškození kondomu je při jeho použití třeba dbát na dvě zásady. První spočívá v tom, že kondom se nasazuje na pohlavní úd až bezprostředně před pohlavním spojením, a druhá v tom, že soulož je třeba ukončit ihned po výronu semene.

Kondomy bychom měli doporučovat zejména mladým lidem s menší pravidelností a četností pohlavních styků.

Zajímavost

V Jihoafrické republice byl vyvinut **ženský obranný kondom**, který by se při nechtěném styku do mužova penisu bolestivě „zakouzl“, odebral by vzorek DNA a byl by odstranitelný pouze odborníkem (v nemocnici), takže pachatelé znásilnění by byli ihned identifikovatelní. Kondom byl navržen jako možnost ochrany před AIDS i samotným znásilněním, protože v Africe mimo jiné dochází ke znásilňování velmi mladých dívek (panen), jakožto možnosti vyléčit se z AIDS (což je zdejší mýtus). Západní svět kondom odmítá pro snadnou možnost zneužití ženami k nařčení nebo týrání mužů.

14 Potlačení ejakulace

Výronu semene do rodidel ženy je možné zabránit i jinak, než přerušením pohlavního styku. Nejběžnější technikou potlačení ejakulačního reflexu je pevný stisk penisu při kořeni na samém počátku ejakulačního děje. Správné načasování tohoto manévru není právě snadné. Je – li stisk dostatečně silný, pak zabrání vypuzení ejakulátu do močové trubice. Někdy v takovém případě dojde k průniku ejakulátu do močového měchýře (tzv. „retrográdní ejakulace“). Ejakulaci lze oddálit také intenzivním stiskem aplikovaným na žalud penisu a též silným tlakem na hráz. Tyto manévry mají minimální antikoncepční účinnost a jsou používány spíše při nácviu ejakulační latence.

Výronu semene mohou zabránit též medikamenty, které ovlivní inervaci vývodných cest semenných. Nejde právě o léky bez vedlejších účinků a proto s nimi k antikoncepčním účelům nelze počítat.

15 Mužská sterilizace (vazektomie)

Přerušení chámovodů je dnes velmi rozšířenou formou mužské antikoncepce. Chirurgická sterilizace je metodou rozhodně nejspolehlivější, avšak prakticky nezvratnou. Chirurgické přerušení chámovodu se má provádět ve skrotálním vaku pod optickou kontrolou. Vytkne se úsek chámovodu, dlouhý asi tři centimetry a oba pahýly se uzavřou suturou. Hlavním rizikem vazektomie je obvyklé riziko každého chirurgického zákroku.

Pro muže není vždy jednoduché, vyrovnat se s ireverzibilní ztrátou plodnosti, byť si ji pacient před operací přál. Po vazektomii u dobře plodného muže se spermie v ejakulátu vyskytují někdy až po dobu deseti konsektivních ejakulací. Vyšetření spermioqramu je proto nutné jak před zákrokem, tak po něm, a to právě v odstupu oněch deseti výronů semene. Tedy zpravidla po měsíci. Teprve ověřená azoospermie osvědčuje dosažení sterilizace po vazektomii.

Chirurgická sterilizace se může stát významným nástrojem ke zvýšení reprodukční zodpovědnosti mužů.

16 Medikamentózní mužská antikoncepce

Spermiogenéza je androgen–dependentní proces. K udržení aktivity spermiogenního epitelu je třeba v kanálcích nadvarlete hladiny testosteronu, která mnohokrát přesahuje hladinu v séru. Hlavními hormonálními prostředky, které potlačují spermiogenézu jsou tudíž antiandrogeny. V praxi tedy estrogeny a některé gestageny. Účinné dávky těchto hormonů ovšem současně velmi účinně tlumí sexuální aktivitu muže. Mají navíc řadu systémových vedlejších účinků.

Antigonadotropní látky jsou poněkud schůdnější alternativou. Jejich vliv na spermiogenézu je zprostředkován v hypotalamo-hypofyzární oblasti. Nejužívanějšími jsou zde vysoké dávky androgenů. Případně v kombinaci s antiandrogeny. Při podávání relativně vysokých dávek androgenů je třeba počítat s vedlejšími účinky. Patří k nim zvýšení virilizace, vzestup váhy, změny hladin hemoglobinu, jaterní zátěž apod.

17 Chemická antikoncepce

Stále se hledají látky, které by byly schopné navodit útlum spermiogeneze nehormonálně. Nadějně účinky byly objeveny u oleje ze semen žlutého bavlíku, který navodil výrazný útlum spermiogeneze až u 99 % mužů. Problémem byl pomalý návrat do původního stavu a trávicí obtíže.

18 Imunologické postupy

Stejně jako u žen jsou i mužské očkovací látky zatím ve výzkumu.

C) ANTIKONCEPCE VERSUS NĚKTERÁ ONEMOCNĚNÍ

19 DIABETES MELLITUS

Bariérové metody antikoncepce

„Pro ženy s diabetem jsou bariérové metody antikoncepce bezpečné, protože nemají žádné metabolické vedlejší účinky, ale spolehlivost těchto druhů antikoncepce je velmi malá. Proto nejsou pro dlouhodobé používání doporučovány u žen, které mají pravidelný sexuální život a které plánují těhotenství.“

Andělová, K. (2002, s. 21)

Hormonální antikoncepce

U antikoncepčních preparátů používaných u žen s diabetem nebo žen s rizikem vzniku diabetu je vždy třeba sledovat metabolické účinky používaných preparátů a jejich možný vliv na dlouhodobou prognózu onemocnění, tj. rozvoj diabetických komplikací. Gestagenní složka kombinované antikoncepce byla v minulosti spojována se zhoršením glukózové tolerance, se zvýšením inzulínové rezistence v periferních tkáních. Naproti tomu estrogenní složka vede ke zlepšení senzitivity vůči inzulínu ve svalu a tukové tkáni, působí tedy proti efektu gestagenu. Konečný efekt kombinované antikoncepce na glukózovou toleranci se zdá být závislý na poměru molárních koncentrací estrogenu a gestagenu. Současně používané preparáty mají spíše dominantní estrogenní metabolický efekt na glukózovou toleranci.

Dalším významným metabolickým parametrem je vliv kontracepce na lipidový metabolismus. Výsledným efektem negativního ovlivnění lipidového metabolismu je vyšší kardiovaskulární riziko. Jako následek akcelerace aterosklerotických změn. Tato potenciace aterosklerotických změn má za následek rychlejší rozvoj mikrovaskulárních a makrovaskulárních komplikací diabetu.

Na základě znalostí efektu kombinované hormonální antikoncepce na parametry metabolismu glukózy a metabolismu lipidů je možný poměrně široký výběr tohoto typu antikoncepce pro pacientky s diabetes mellitus 1. a 2. typu. I pro ženy s předchozím gestačním diabetem. Nejsou zatím k dispozici výsledky široké a dlouhodobé prospektivní studie vlivu antikoncepce na komplikace diabetu. Závěry kratších prospektivních studií jsou příznivé a nenalezly zvýšené riziko progresu diabetických

komplikací u současných či bývalých uživatelék kombinované hormonální antikoncepce. Lze tedy říci, že kombinovaná hormonální antikoncepce s nízkými hladinami hormonů je pro pacientky s diabetes mellitus 1. typu vhodná, optimální jsou preparáty s co nejnižším obsahem estrogenu i gestagenu. Pro diabetičky jsou jistě vhodnější preparáty s gestagenem bez androgenního účinku. Stejná pravidla pro použití hormonální kombinované antikoncepce platí také pro pacientky s diabetes mellitus 2. typu, kde však neexistují práce sledující dlouhodobé užívání antikoncepce a její efekt na průběh onemocnění.

Při rozhodnutí o zahájení antikoncepční léčby u žen s diabetem je třeba dodržovat řadu pravidel a doporučení. Patří sem pečlivé sledování metabolické kompenzace. Před podáním antikoncepce je třeba vyšetřit spektrum lipidů. První podrobné vyšetření s kontrolou metabolické kompenzace, krevního tlaku, hmotnosti pacientky, je doporučeno po prvním cyklu antikoncepce a dále každé tři až čtyři měsíce. Vyšetření krevních tuků jedenkrát za rok.

Pro ženy s předchozím gestačním diabetes mellitus platí prakticky stejná doporučení jako pro ženy s diabetem 1. a 2. typu.

Druhým typem hormonální antikoncepce jsou preparáty obsahující pouze gestagen. Neobsahují estrogení složku, proto nejsou spojovány s rizikem zvýšených hladin koagulačních faktorů nebo zvýšených hladin angiotenzinogenu. Na druhé straně samotný obsah gestagenu mírně negativně ovlivňuje glukózový metabolismus. Proto nejsou používány jako preparáty první volby u žen s diabetem nebo předchozím gestačním diabetem.

Nitroděložní tělíska

Jedná se o dlouhodobý, metabolicky zcela neutrální způsob kontracepce, který je vhodný pro ženy se všemi typy diabetu. Nejsou známy žádné kontraindikace použití, navíc je použití IUD vhodné u žen s pokročilejšími komplikacemi diabetu, kde je nežádoucí jakékoliv riziko metabolického efektu antikoncepce na glukózový či lipidový metabolismus. Nitroděložní tělíska jsou jednou z nejspolehlivějších a bezpečných druhů antikoncepce pro ženy se všemi typy diabetu.

Sterilizace

Je doporučována zejména u žen s diabetem prvního typu, kde jsou přítomny závažné orgánové komplikace diabetu, které by mohly v případě těhotenství vést k ohrožení života pacientky, nebo tam, kde by další gravidita mohla významně zhoršit již přítomné komplikace diabetu a vést k závažnému zhoršení kvality života ženy.

20 EPILEPSIE

„U pacientek s epilepsiemi a epileptickými syndromy je jedním ze základních doporučení plánované těhotenství. Antikoncepce je tedy u pacientek s epilepsiemi zcela zásadní a měly by k ní být aktivně vedeny už od menarche.“

Zárubová, J. (2002, s. 57)

Je možné použít stejně jako u ostatních žen antikoncepci nehormonální (bariérové prostředky, určení neplodných dnů, chemické prostředky, přerušovaný styk, kombinace výše uvedených způsobů, nitroděložní tělíška). U některých žen s epilepsií však není možné nebo bezpečné použít některý z výše vyjmenovaných způsobů.

Hormonální antikoncepce

Hormonální antikoncepce není u pacientek s epilepsiemi kontraindikována, ale je důležitý správný výběr. Pro správnou volbu je třeba vědět:

- o jaký druh epilepsie se u dané ženy jedná
- jaká antiepileptika pacientka používá

Z hlediska volby perorální hormonální antikoncepce lze pacientky s epilepsiemi rozdělit do dvou skupin:

- 1.) Pacientky s vazbou záchvatu na cyklus a hormonální vlivy, tzv. katameniální epilepsií (epileptické záchvaty se u těchto pacientek vyskytují poze nebo zejména v určitých fázích menstruačního cyklu). U těchto pacientek volíme buď kombinované přípravky jednofázové nebo gestgenní preparáty.

2.) Pacientky bez vazby záchvatu na cyklus a hormonální vlivy. U těchto pacientek volíme kombinované přípravky (raději jednofázové). U pacientek, které užívají antiepileptika indukující jaterní enzymy, je někdy vhodné volit antikoncepci s vyšším obsahem estrogenů. U pacientek užívajících neindukující antiepileptika a nižší dávky antiepileptik indukujících jaterní enzymy je možné volit jednofázovou kombinovanou antikoncepci se středním obsahem estrogenů. U pacientek používajících pouze antiepileptika neindukující mikrozomální jaterní enzymatický systém je možné volit i antikoncepci s nízkým obsahem estrogenů. U pacientek, u kterých je kontraindikováno podávání estrogenů, ať z důvodu epilepsie či jiných, je dnes k dispozici i čistě gestagenní perorální hormonální antikoncepce, která však také má své nevýhody.

Injekční hormonální antikoncepce

Žena dostává 150 mg depomedroxyprogesteronacetatu do svalu 1x za šest až dvanáct týdnů, podle toho, jaká užívá antiepileptika. Pokud užívá vyšší dávky nebo kombinaci induktorů jaterních enzymů, musí být interval podávání kratší.

Subkutánní implantáty

Nejsou zatím doporučovány pro pacientky užívající antiepileptika – induktory jaterních enzymů, protože může být ovlivněna spolehlivost toho druhu hormonální antikoncepce.

Nitroděložní depotní přípravky

Pro pacientky užívající vyšší dávky nebo kombinaci antiepileptik, které jsou induktory jaterních enzymů, není spolehlivost této formy antikoncepce ověřena.

Nejvhodnější způsob antikoncepce by vždy měli vybírat neurolog-epileptolog, gynekolog a pacientka společně.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

21 Struktura individuálního průzkumu

Název: Informovanost žen o antikoncepci

Dosavadní poznání: K dané práci jsem zpracovala v průběhu studia předvýzkum, kde jsem si ověřila srozumitelnost pokládaných otázek. Na tomto základě jsem se také mohla dále vyvarovat chyb, které se vyskytly u předešlého zpracování průzkumu.

Cíl: Za cíl své práce jsem si stanovila zjistit, jaká je informovanost o antikoncepci mezi laickou veřejností. Zajímalo mě, jak ženy vnímají množství informací o této problematice, které nás, podle mého názoru, zcela jistě obklopuje. Zda – li sledují debaty, pořady, reklamy či různé letáky a upoutávky o antikoncepci.

Já sama už si nedokážu uvědomit, kolik mám možností se informovat, a kolik bych toho asi věděla o možnostech zabránění početí, kdybych se nepohybovala v oboru velmi úzce spjatým s danou tematikou. A tak se pomocí této práce zkusím dostat do vědění široké veřejnosti, nezasvěcené do problematiky plánovaného rodičovství.

Dále mě ještě zajímalo, jestli se v dnešní době, která je velmi bohatá na různé zdroje informací, hraje nějakou roli při volbě antikoncepce reklama nebo taky třeba finanční situace.

Předmět průzkumu: Průzkum se bude týkat žen z řad mých známých, ale i zcela náhodně vybraných a oslovených žen ze širokého okolí.

Zkoumaný soubor: Ženy budou různého věkového rozmezí a rozdílného pracovního zaměření, s výjimkou zdravotnického personálu, kde předpokládám možnost širšího podvědomí o možnostech bránících početí.

Časové rozmezí: Průzkum byl prováděn v časovém rozmezí od 1.prosince 2007 do 29.února 2008.

Metody a techniky: Při průzkumu byla využita metoda dotazníkového šetření. Dotazník obsahuje celkem patnáct otázek. Tyto otázky jsou jak otevřené tak i uzavřené a byly použity pro vyhodnocení dotazníku.

Organizace: Dotazníky byly rozdány ženám v mém blízkém okolí v celkovém počtu 80 kusů. Návratnost činila 80%. A s těmito dotazníky jsem dále pracovala.

Zpracování: Při zpracování dat bylo využito kvantitativní (číselné a procentuální zpracování) a kvalitativní analýzy.

Využití výsledků: Výsledky mé průzkumné práce mohou být využity k dalšímu zdokonalování osvěty v oblasti kontracepce a plánovaného rodičovství. Můžou být také zdrojem informací pro širokou veřejnost, doplňkovou učební pomůckou nebo zdrojem pro propagaci antikoncepce jako takové.

22 Hypotézy

H1 – Domnívám se, že celková úroveň znalostí o dané problematice bude dobrá. Ženy se budou v otázkách možností kontracepce dobře orientovat.

H2 – Předpokládám, že reklama a různá doporučení budou mít velký vliv při volbě druhu antikoncepce.

H3 – Domnívám se, že finanční situace bude hrát významnou roli při volbě druhu antikoncepce

H4 – Předpokládám, že u většiny žen užívajících hormonální antikoncepci či nitroděložní tělísko se vyskytl nějaký vedlejší účinek znepríjemňující užívání tohoto druhu antikoncepce.

23 Vyhodnocení dotazníků

Otázka č. 1: Uved'te Váš věk!

Tato otázka byla spíše orientační a směřovala k poznatku, který se týkal věkového rozmezí respondentek. Z vyhodnocení vyplynulo, že nejmladší respondentce bylo 16 let a nejstarší byla ve věku 53 let. Odpovídala tedy dost široká věková skupina žen. Nejvíce zastoupeny byly však ženy, kterým 20 – 30 let. Pro další šetření neměla tato otázka žádný význam.

Otázka č. 2: Jste v současné době zaměstnaná?

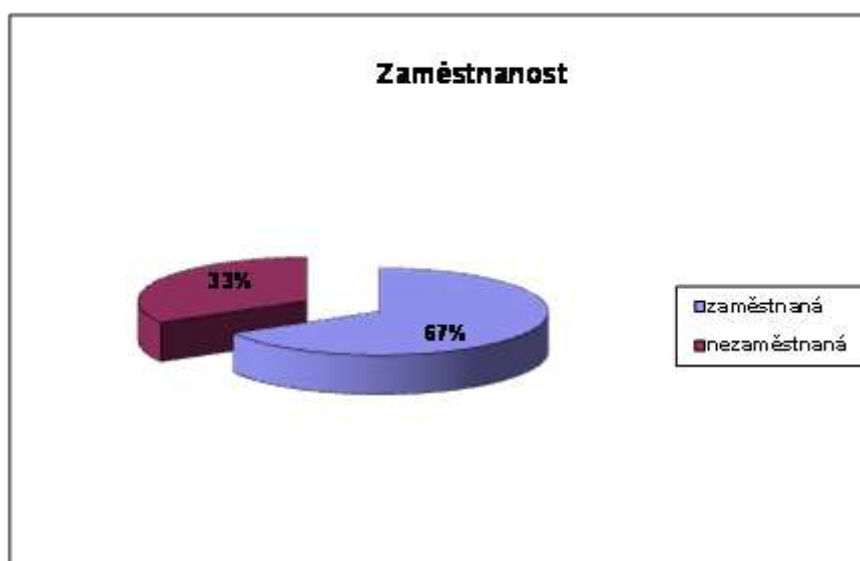
Otázka zaměřená na zaměstnanost či nezaměstnanost je zde uvedena z toho důvodu, že finanční zázemí úzce souvisí se zaměstnaností a tudíž by mohla by mohla hrát roli při

výběru druhu antikoncepce. Z výsledků vyplývá, že 67% (40) respondentek z celkového počtu je v pracovním poměru.

Tabulka 1: Zaměstnanost

Zaměstnaná	40
Nezaměstnaná	20

Graf 1: Zaměstnanost



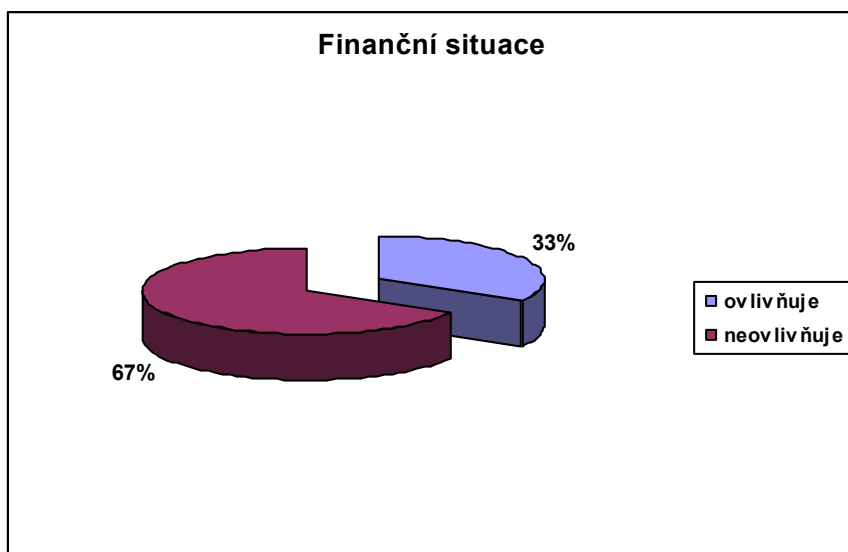
Otázka č. 3: Ovlivňuje Vás Vaše finanční situace při volbě druhu antikoncepce?

Tato otázka je vlastně volně navazující na předchozí dotaz. Tentokrát šlo o zjištění, zda-li může finanční situace mít vliv na výběr antikoncepce. Dotazované ženy odpověděly následovně: ve 33% případů je výběr antikoncepce nějakým způsobem závislý na finančním zázemí uživatelky, ale ve většině situacích (67%) o volbě antikoncepce žádným způsobem nerozhoduje.

Tabulka 2: Finanční situace

Ovlivňuje	20
Neovlivňuje	40

Graf 2: Finanční situace



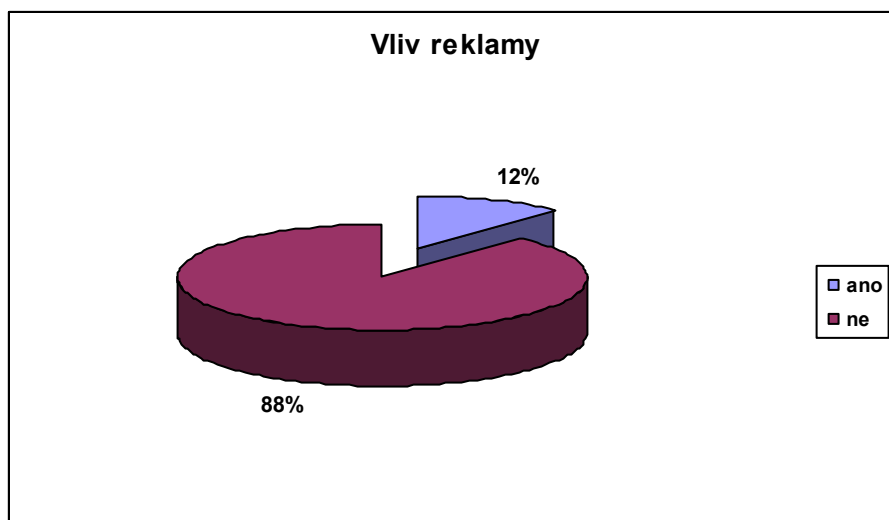
Otázka č. 4: Necháváte se hodně ovlivnit reklamou na antikoncepci?

Záměrem položení této otázky bylo zjistit, jestli má dnes všudypřítomná reklama vliv i na téma, které se týká ochrany proti početí. Celkově je vliv reklamy velmi malý. Pouze u 12% reklama respondentky hodně ovlivňuje. Zbýlých 88% se reklamou ovlivnit nenechává.

Tabulka 3: Vliv reklamy

Ano	7
Ne	53

Graf 3: Vliv reklamy



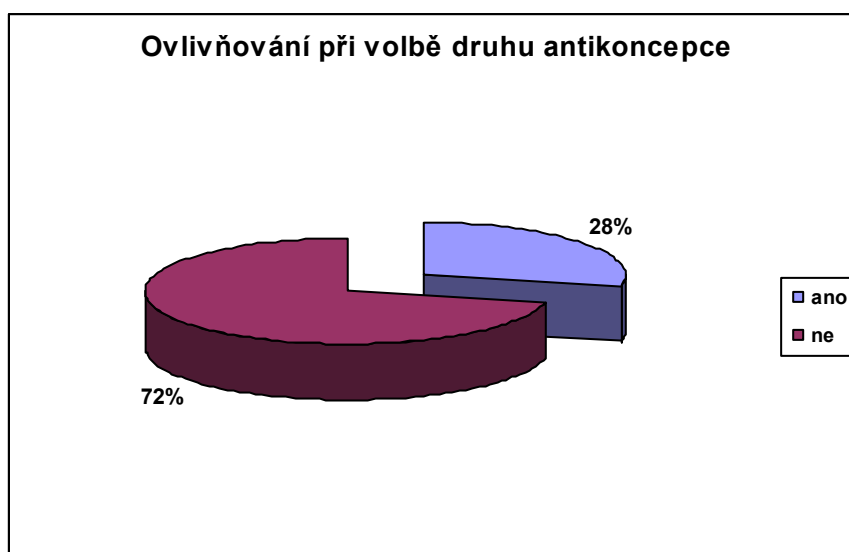
Otázka č. 5: Ovlivňuje Vás reklama a doporučení i pro konkrétní druh antikoncepce?

Jde vlastně o otázku rozšiřující dotaz předešlý. U konkrétního druhu antikoncepce vzrostl vliv doporučení či reklamy na 28%. Stále odolných respondentek však i nadále zůstává naprostá většina. Konkrétně je to 72% dotazovaných žen.

Tabulka 4: Ovlivňování při volbě druhu antikoncepce

Ano	17
Ne	43

Graf 4: Ovlivňování při volbě druhu antikoncepce



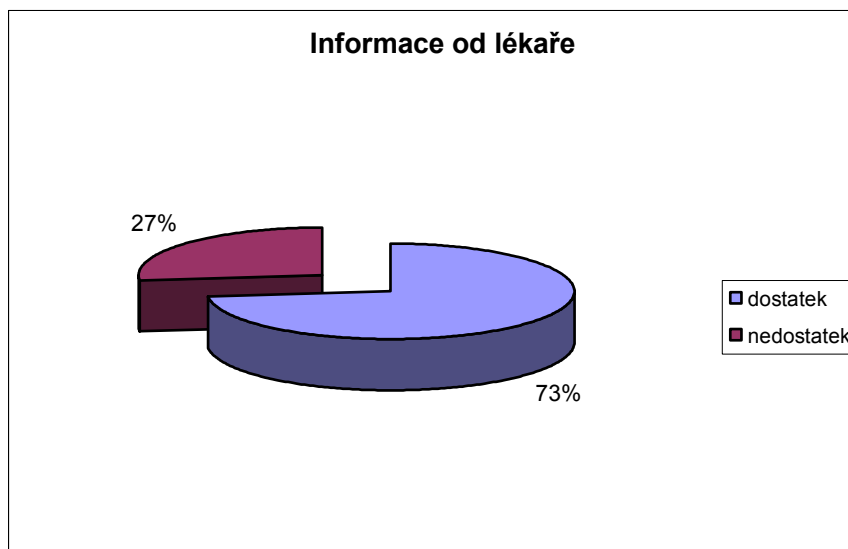
Otázka č. 6: Máte dostatek informací o antikoncepci od svého lékaře?

Podstatou otázky bylo zjistit, jestli se ženám dostává dostatek informací o antikoncepci od jejich lékaře, který by pro ně měl být základním zdrojem informací. Z odpovědí jsem došla k závěru, že lékař jako zdroj informací většině žen dostačuje. V 73% se uvádí lékař jako dobrý zdroj informací.

Tabulka 5: Informace od lékaře

Dostatek	44
Nedostatek	16

Graf 5: Informace od lékaře



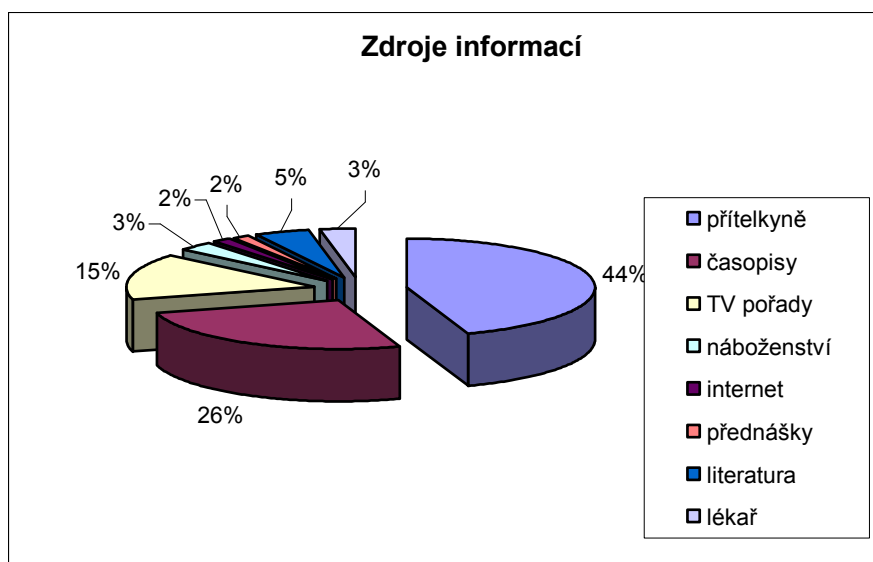
Otázka č. 7: Necháváte se ovlivnit informacemi i od jiných zdrojů?

Při takových možnostech, informovat se na jakékoliv téma, jako jsou dnes, mě zajímalo, jaké jiné zdroje konkrétně mohou fungovat jako zdroj informací pro uživatelky antikoncepce. Možností na výběr bylo více a i možných odpovědí bylo možno zvolit více, protože jsem předpokládala, že možností může mít každá žena více než jednu. Přítelkyně byly uváděny ve 44%. Časopisy byly druhou nejčastější možností (26%). Různé televizní pořady se podle žen také podílejí větší měrou na šíření informací (15%). Ostatní zdroje, jako jsou náboženství, internet, přednášky, literatura nebo lékař jsou procentuelně zastoupeny od 2% do 5%.

Tabulka 6: Zdroje informací

Přítelkyně	29
Časopisy	17
TV pořady	10
Náboženství	2
Internet	1
Přednášky	1
Literatura	3
Lékař	2

Graf 6: Zdroje informací



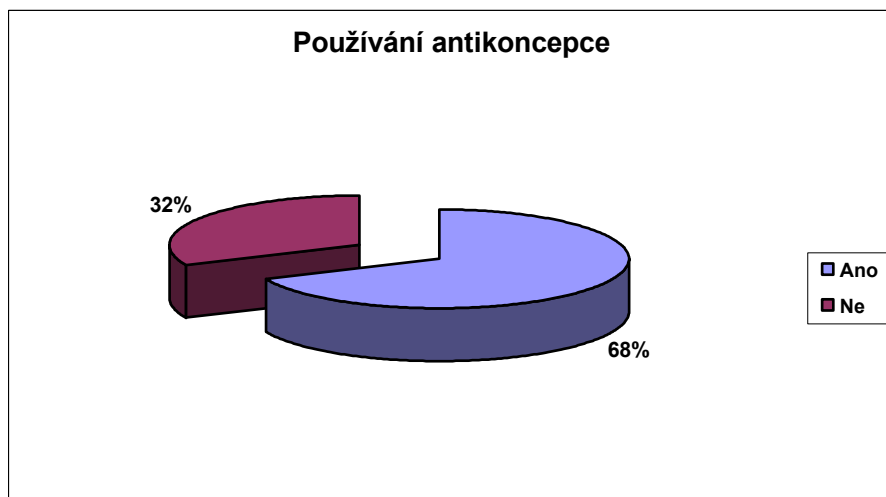
Otázka č. 8: Používáte nějaký druh antikoncepce?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kolik z respondentek používá nějaký druh antikoncepce. Z odpovědí vyplynulo, že 68% žen se při pohlavním styku chrání vůči nechtěnému početí a zbylých 32% žádný způsob kontracepce neužívá.

Tabulka 7: Používání antikoncepce

Ano	41
Ne	19

Graf 7: Používání antikoncepce



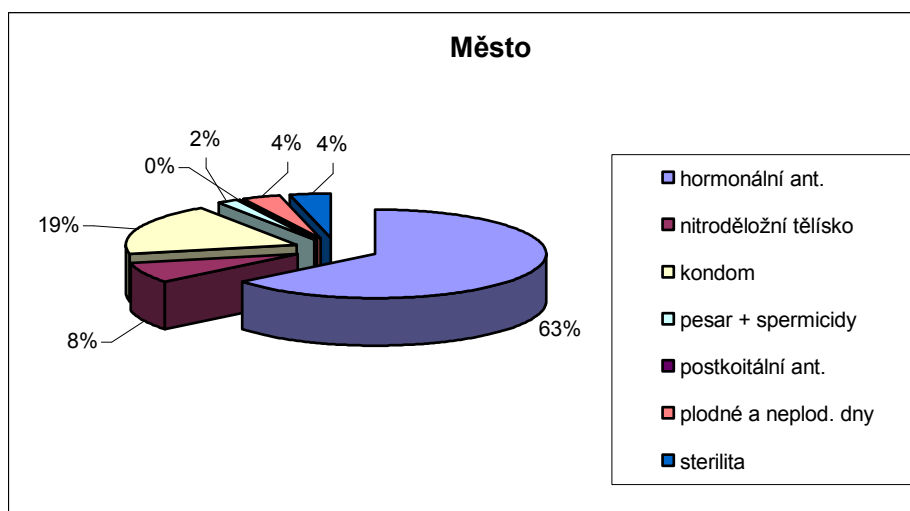
Otázka č. 9: Jaký druh antikoncepce používáte?

Ze všech dotázaných žen, které používají nějaký způsob ochrany proti otěhotnění, jich nejvíce užívá antikoncepci hormonální (63%), dále je to kondom (19%) a nitroděložní tělíčko používá 8% žen. Ostatní z uvedených způsobů jsou pesar v kombinaci se spermicidy (2%), počítání plodných a neplodných dnů (4%) a ženy po sterilizaci (4%).

Tabulka 8: Jaký druh antikoncepce

Hormonální ant.	34
Nitroděložní tělíčko	4
Kondom	10
Pesar + spermicidy	1
Postkoitální ant.	0
Plodné a neplod. dny	2
Sterilita	2

Graf 8: Jaký druh antikoncepce



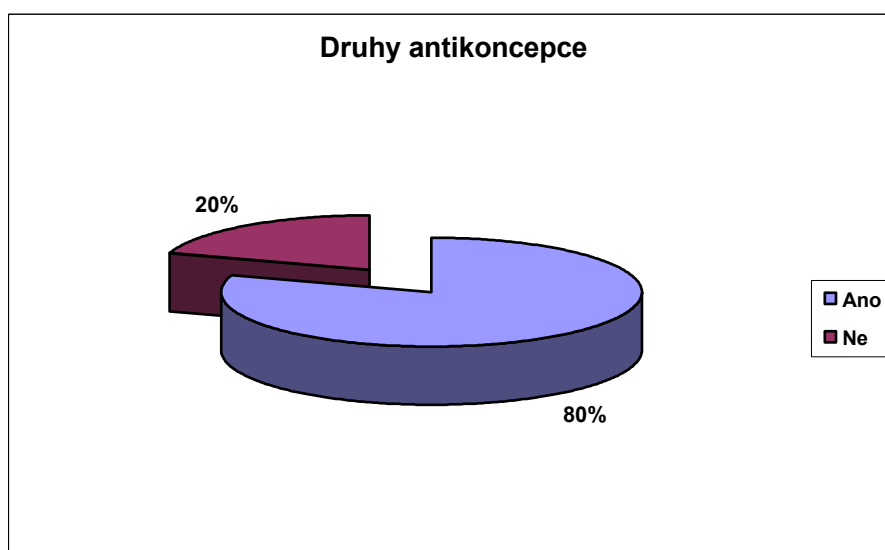
Otázka č. 10: Znáte všechny z výše uvedených způsobů antikoncepce?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jaký přehled mají ženy o možných druzích antikoncepce. Z výsledku vyplynulo, že přehled žen je velmi dobrý. Všechny druhy kontracepce uvedené u předchozí otázky zná 80% respondentek. Zbýlých 20% všechny způsoby neznalo.

Tabulka 9: Druhy antikoncepce

Ano	48
Ne	12

Graf 9: Druhy antikoncepce



Otázka č. 11: Používáte stále stejný druh antikoncepce?

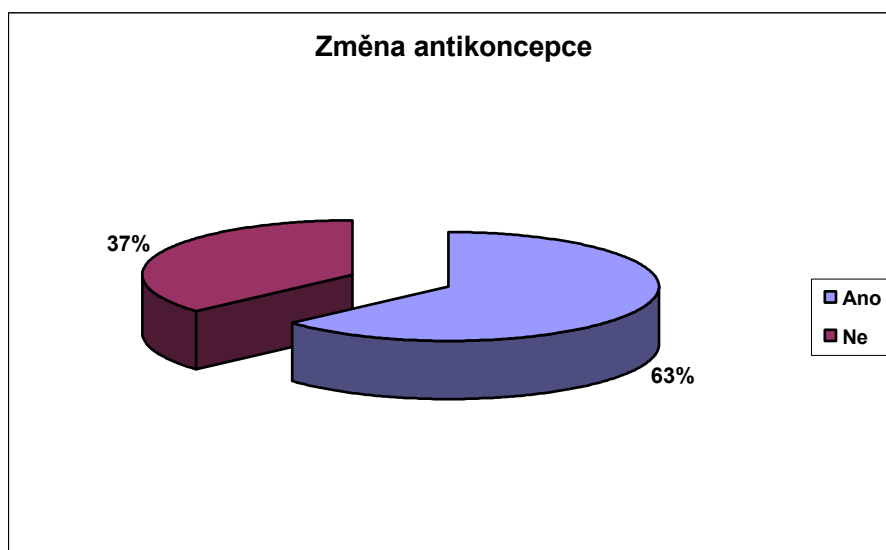
Než si žena najde tu správnou antikoncepci, která ji po všech stránkách vyhovuje, většinou vyzkouší více různých způsobů bránících početí. Chtěla jsem tímto zjistit, kolik žen takhle tu správnou antikoncepci hledá.

Většina žen, zkouší více možností. Přesněji je to 63%, zatímco 37% se drží jedné metody kontracepce.

Tabulka 10: Změna antikoncepce

Ano	38
Ne	22

Graf 10: Změna antikoncepce



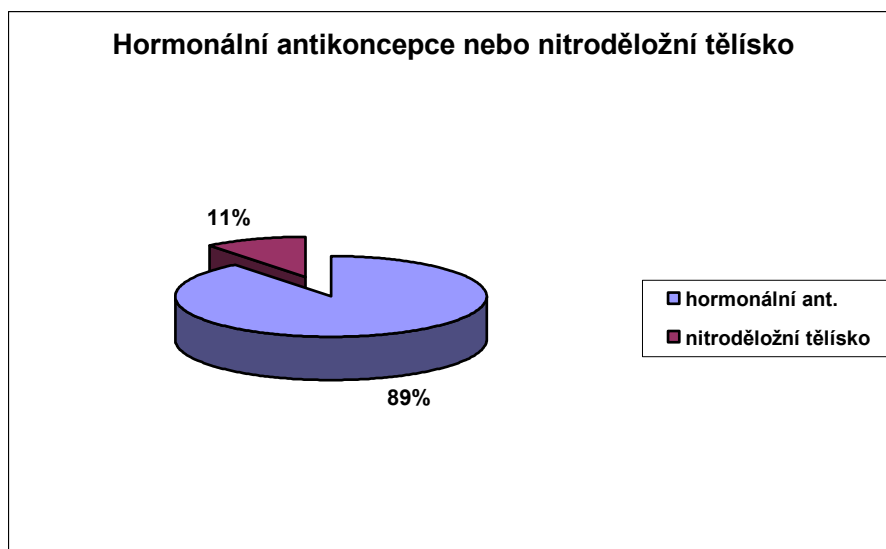
Otázka č. 12: V současné době používáte antikoncepci hormonální (pilulky) nebo nitroděložní tělísko?

Cílem tohoto dotazu je užší vyčlenění respondentek jen na skupiny používající, buď nitroděložní tělísko, nebo antikoncepci hormonální, za účelem zjištění možných vedlejších účinků, které souvisejí s užíváním těchto druhů kontraceptiv. Skupina uživatelék hormonální antikoncepce tedy činí 89% a nitroděložní tělísko je zastoupeno 11%.

Tabulka 11: Hormonální antikoncepce nebo nitroděložní tělísko

Hormonální ant.	34
Nitroděložní tělísko	4

Graf 11: Hormonální antikoncepce nebo nitroděložní tělísko



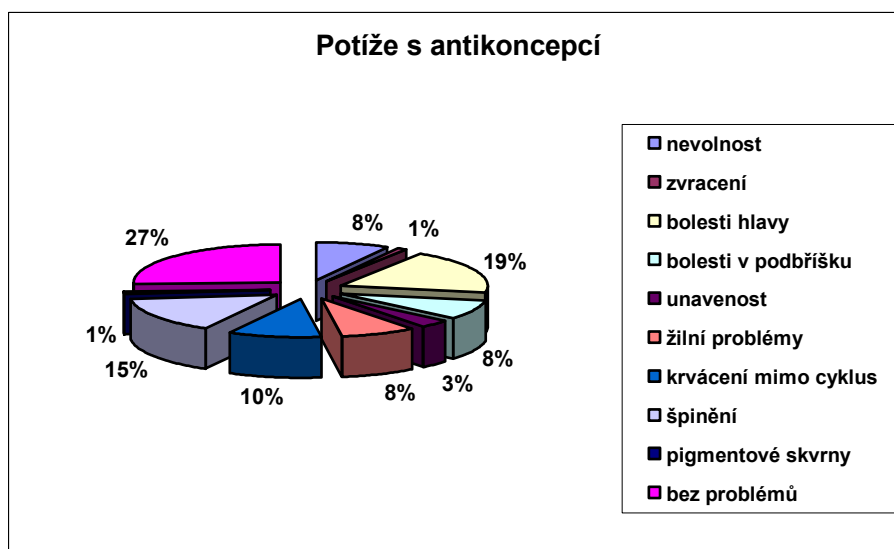
Otázka č. 13: Měla jste s používáním některého ze dvou výše uvedených druhů nějaké potíže?

U této otázky je možné uvést i několik možných druhů odpovědi, protože se může vyskytnout několik potíží souvisejících s jedním druhem antikoncepce. Mezi nejčastější potíže řadí respondetky bolesti hlavy (19%), špinění (15%) a krvácení mimo cyklus (10%). Dále se vyskytují žilní problémy (8%), nevolnost (8%) nebo třeba únava (3%). Zvracení a pigmentové skvrny jsou shodně zastoupeny po 1%. Avšak většina respondentek (27%) uvedla, že v souvislosti s užíváním těchto druhů antikoncepce se u nich nevyskytly žádné potíže.

Tabulka 12: Potíže s antikoncepcí

Nevolnost	7
Zvracení	1
Bolesti hlavy	16
Bolesti v podbříšku	7
Unavenost	3
Žilní problémy	7
Krvácení mimo cyklus	9
Špinění	13
Pigmentové skvrny	1
Bez problémů	22

Graf 12: Potíže s antikoncepcí



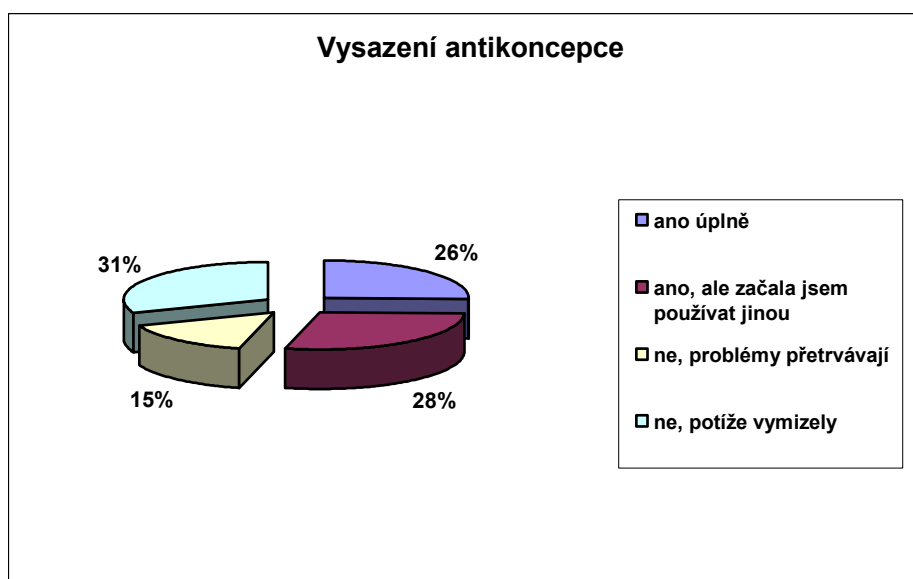
Otázka č. 14: Vysadila jste z těchto důvodů antikoncepci?

Otázka volně navazuje na otázku předchozí. Cílem bylo zjistit, kolik žen z důvodu nepříjemných potíží změnilo postoj k dosud používané antikoncepci. Výsledky jsou velmi vyrovnané. Nejvíce žen udává, že potíže samy vymizely (31%), 28% respondentek začalo používat jinou antikoncepci, 26% vysadilo antikoncepci úplně a 15% uživatelék u daného druhu kontracepce setrvává i přes nepříjemné potíže.

Tabulka 13: Vysazení antikoncepce

ano úplně	10
ano, ale začala jsem používat jinou	11
ne, problémy přetrvávají	6
ne, potíže vymizely	12

Graf 13: Vysazení antikoncepce



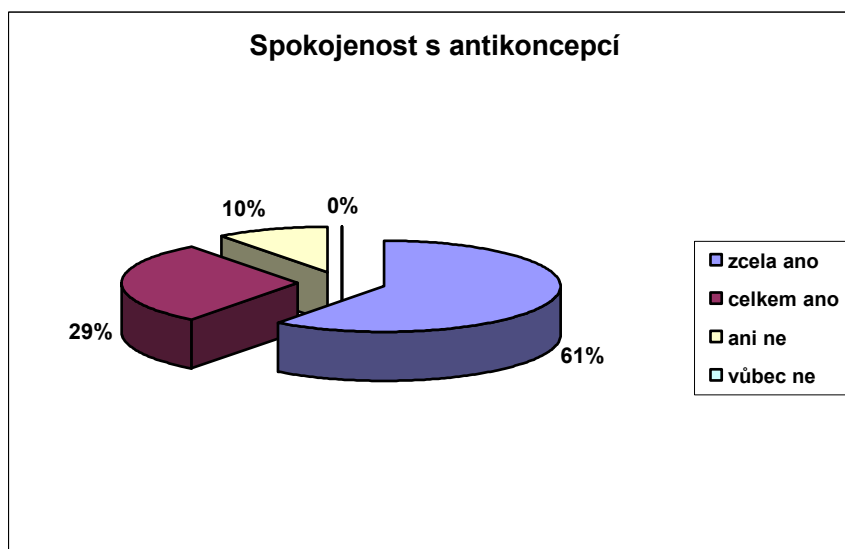
Otázka č. 15: Jste se svou antikoncepcí spokojená?

Aby byla každá žena se svou antikoncepcí spokojená, je velmi důležité, proto si myslím, že má tato otázka v mém dotazníku oprávněné místo. Úplně spokojeno je se svou metodou kontracepce 61% žen, částečně spokojeno je 29% respondentek a spíše nespokojeno 10%. Nenašla se však žádná žena, která by byla se svou antikoncepcí absolutně nespokojená.

Tabulka 14: Spokojenost s antikoncepcí

zcela ano	35
celkem ano	17
ani ne	6
vůbec ne	0

Graf 14: Spokojenost s antikoncepcí



24 Vyjádření k hypotézám

H1 – Domnívám se, že celková úroveň znalostí o dané problematice bude dobrá. Ženy se budou v otázkách možností kontracepce dobře orientovat.

Hypotéza **H1** se potvrdila. Respondentky se v dané problematice velmi dobře orientovaly, o čemž se můžeme přesvědčit v rámci odpovědí na všechny otázky předloženého dotazníku. Nejvíce jde to však vidět na tabulkách č. 8 a 9 a grafech č. 8 a 9, kde se ke znalostem musely vyjadřovat konkrétněji.

H2 – Předpokládám, že reklama a různá doporučení budou mít velký vliv při volbě druhu antikoncepce.

Hypotéza **H2** se nepotvrdila. Ženy, které se rozhodují o volbě antikoncepce, se přitom nenechávají ovlivnit reklamou ani doporučením. Neznamená to však, že by si informace nezjišťovali, přičemž nejvíce informací získávají od svého lékaře. K této hypotéze se vztahují tabulky č. 3, 4, 5, 6 a grafy č. 3, 4, 5, 6.

H3 – Domnívám se,, že finanční situace bude hrát významnou roli při volbě druhu antikoncepce

Hypotéza **H3** se nepotvrdila. Finanční zázemí nehraje u žen významnou roli při výběru konkrétního druhu antikoncepce. Není však, dle výsledků znázorněných v tabulce a grafu č. 2, úplně bezvýznamná. Tuto hypotézu volně rozšiřuje i tabulka a graf č. 1.

H4 – Předpokládám, že u většiny žen užívajících hormonální antikoncepci či nitroděložní tělísko se vyskytl nějaký vedlejší účinek znepríjemňující užívání tohoto druhu antikoncepce.

Hypotéza **H4** se potvrdila. Většina respondentek udává potíže související s užíváním těchto antikoncepcí. Někdy tyto potíže však vymizí anebo ženy zvolí vhodnější druh kontracepce. Podrobněji je tato situace znázorněna v tabulkách č. 11, 12, 13 a grafech č. 11, 12, 13. Celkově jsou však ženy se svou antikoncepcí spíše spokojeny, což dokazuje tabulka a graf č. 14, který velmi volně navazuje na tuto hypotézu.

25 Závěr

Cíl, který jsem si před začátkem mé práce stanovila, jsem splnila. V teoretické části se mi podařilo vytvořit ucelený přehled, co se možností antikoncepce týká. Stejně tak jsem ke každému druhu zvlášť uvedla i s tím související výhody a nevýhody či indikace a kontraindikace každé antikoncepční metody.

Jelikož jsem všechny zde uvedené záležitosti čerpala z odborných publikací či časopisů, lze tento jednoduchý a přehledný souhrn informací použít jako studijní materiál pro studenty porodní asistence nebo ošetřovatelství, ale stejně tak i pro

studenty jiných příbuzných studijních oborů. Stejně tak lze využít pro porodní asistentky nebo ženské sestry, které již pracují v praxi. Může však být případně i zdrojem informací pro veřejnost.

V části empirické jsem potom v plnění stanoveného cíle pokračovala. Podařilo se mi zjistit, míru informovanosti o antikoncepci mezi veřejností. Stejně tak se mi podařilo objasnit všechny stanovené hypotézy.

S výsledkem mé práce jsem spokojená. Myslím si, že může být pro praxi přínosem hlavně co se výsledků průzkumu týká. Může svou podstatou napomoci při zjišťování problematiky informovanosti o dané problematice, při zdokonalování informovanosti, ale stejně tak třeba i o problematice antikoncepce jako takové.

26 Seznam bibliografických odkazů

1. Uzel, R.: Jak neotěhotnět. Praha: Scienta Medica spol. s.r.o., 1992, ISBN 80-85526-15-8
2. Baran, P.: Antikoncepce – když nechceme mít dítě. Zlín: Nadace Prenatal, 1995
3. Fendrich, Z.: Moderní metody plánovaného rodičovství. Praha: Printop, 1995,
4. Uzel, R.: Antikoncepční kuchařka aneb cesty k sexuálnímu zdraví. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1999, ISBN 80-7169-767-2
5. Lacková, Z., Černá-Šípková, H.: Přehled moderní hormonální antikoncepce. *In: Sestra*, 2003, č. 11, s. 33-34.
6. Uhrová, E.: Kontracepce především hormonální včera, dnes a zítra. *In: příloha Zdravotnických novin*, 2002, č. 12, s. 6-16
7. Andělová, K.: Antikoncepce a diabetes mellitus. *In: příloha Zdravotnických novin*, 2002, č. 12, s. 21-22
8. Zárubová, J.: Hormonální antikoncepce a hormonální substituční léčba u žen s epilepsií. *In: příloha Zdravotnických novin*, 2002, č. 12, s. 57-58
9. Zvěřina, J.: Mužská antikoncepce a sterilizace. *In: Moderní gynekologie a porodnictví*, 1996–1997, roč. 6, č. 4, s. 445-453
10. Unzeitig, V.: bariérová a chemická antikoncepce. *In: Moderní gynekologie a porodnictví*, 1996–1997, roč. 6, č. 4, s. 431-439
11. Ulčová-Gallová, Z.: Možné způsoby imunologické antikoncepce. *In: Moderní gynekologie a porodnictví*, 1996 – 1997, roč. 6, č. 4, s. 440-444
12. Roztočil, A.: Porodnictví. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001, ISBN 57-865-01
13. Líbalová, Z.: Parenterální formy hormonální kombinované antikoncepce. *In: Moderní gynekologie a porodnictví*, 2004, roč. 13, č. 2, s. 332-335
14. Calda, P.: Levonorgestrel – pohotovostní antikoncepce. *In: Moderní gynekologie a porodnictví*, 2002, roč. 11, č. 1, s. 135-150
15. Čepický, P.: Gestagenní antikoncepce. *In: Mpderní gynekologie a porodnictví*, 2004, roč. 13, č. 4, s. 621-632

27 Seznam příloh

Příloha č. 1 Vzor dotazníku

Příloha č. 2 Druhy antikoncepce

Příloha č. 1 Vzor dotazníku

Dobrý den,

jmenuji se Iva Hrnčířová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru porodní asistentka na Vysoké škole zdravotnické o.p.s. v Praze 5. Píšu bakalářskou práci na téma antikoncepce, jejíž součástí je i průzkum založený na vyhodnocení těchto dotazníků.

Chtěla bych Vás touto cestou poprosit o spolupráci, a to vyplněním tohoto dotazníku. Zaručuji Vám, že tento dotazník je zcela anonymní a informace v něm uvedené nebudou žádným způsobem zneužity.

Předem Vám moc děkuji za spolupráci, ochotu a čas, který jste tomuto dotazníku věnovala.

Otázka č. 1: Uved'te Váš věk!

.....

Otázka č. 2: Jste v současné době zaměstnaná?

- a) Ano
- b) Ne

Otázka č. 3: Ovlivňuje Vás Vaše finanční situace při volbě druhu?

- a) Ano
- b) Ne

Otázka č. 4: Necháváte se hodně ovlivnit reklamou na antikoncepci?

- a) Ano
- b) Ne

Otázka č. 5: Ovlivňuje Vás reklama a doporučení i pro konkrétní druh antikoncepce?

- a) Ano
- b) Ne

Otázka č. 6: Máte dostatek informací o antikoncepci od svého lékaře?

- a) Ano
- b) Ne

Otázka č. 7: Necháváte se ovlivnit informacemi i od jiných zdrojů?

- a) Přítelkyně, kamarádka
- b) Časopisy
- c) TV pořady
- d) Náboženství
- e) Internet
- f) Přednášky
- g) Literatura
- h) Lékař

Otázka č. 8: Používáte nějaký druh antikoncepce?

- a) Ano
- b) Ne

Otázka č. 9: Jaký druh antikoncepce používáte?

- a) Hormonální antikoncepce
- b) Nitroděložní tělísko

- c) Kondom
- d) Pesar + spermicidy
- e) Postkoitální antikoncepce
- f) Plodné a neplodné dny
- g) Sterilita

Otázka č. 10: Znáte všechny z výše uvedených způsobů antikoncepce?

- a) Ano
- b) Ne

Otázka č. 11: Používáte stále stejný druh antikoncepce?

- a) Ano
- b) Ne

Otázka č. 12: V současné době používáte antikoncepci hormonální (pilulky) nebo nitroděložní tělísko?

- a) Hormonální antikoncepce
- b) Nitroděložní tělísko

Otázka č. 13: Měla jste s používáním některého ze dvou výše uvedených druhů nějaké potíže?

- a) Nevolnost
- b) Zvracení
- c) Bolesti hlavy
- d) Unavenost

- e) Žilní problémy
- f) Krvácení mimo cyklus
- g) Špinění
- h) Pigmentové skvrny
- i) Bez problémů

Otázka č. 14: Vysadila jste z těchto důvodů antikoncepci?

- a) Ano úplně
- b) Ano, ale začala jsem používat jinou
- c) Ne, problémy přetrvávají
- d) Ne, potíže vymizely

Otázka č. 15: Jste se svou antikoncepcí spokojená?

- a) Zcela ano
- b) Celkem ano
- c) Ani ne
- d) Vůbec ne

Příloha č. 2 Druhy antikoncepce

Vaginální diafragma



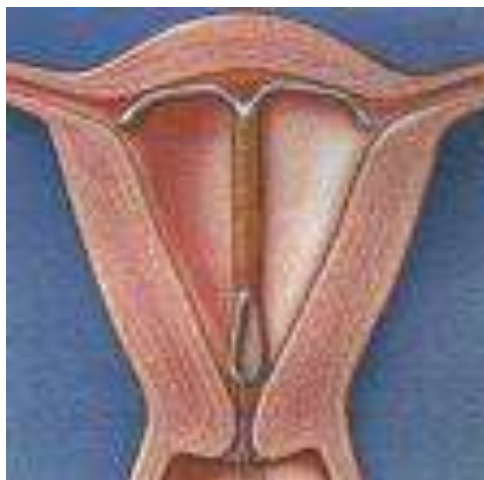
Spermicidní gely



Hormonální antikoncepce



Nitroděložní tělísko



Vaginální pesar



Implantáty



Ženský kondom



Vaginální kroužek



Hormonální náplast



Kondom

