

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.**

**Praha 5**

**INFORMOVANOST ŽEN O NEŽÁDOUCÍCH ÚČINCÍCH  
HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

NIKOLA TEIMEROVÁ

Praha 2012

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.**

**PRAHA 5**

**INFORMOVANOST ŽEN O NEŽÁDOUCÍCH ÚČINCÍCH  
HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**NIKOLA TEIMEROVÁ**

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: MUDr. Jiří Hanuš, CSc.

Praha 2012

## **Schválení práce**

## **PROHLÁŠENÍ:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním této bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **ABSTRAKT**

TEIMEROVÁ, Nikola. *Informovanost žen o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: MUDr. Jiří Hanuš, CSc. Praha 2012. s.60

Téma bakalářské práce je „Informovanost žen o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce.“ V teoretické části jsme se zaměřili na historii antikoncepce, jaký je mechanismus jejího účinku, na nežádoucí účinky, a dále na anatomii, fyziologii ženského genitálu a též jak je na antikoncepci pohlíženo z hlediska ošetřovatelství a jaká by měla být ošetřovatelská péče o ženu, která užívá hormonální antikoncepci. Teoretická část je zpracována na podkladě odborné literatury. Praktická část je vypracována formou průzkumu.

Klíčová slova: Hormonální antikoncepce. Informovanost. Nežádoucí účinky.

## **ABSTRACT**

TEIMEROVÁ, Nikola. *Women's Knowledge about Undesirable Effects of Hormonal Contraception*. Medical College, o.p.s., Degree: Bachelor. Tutor: MUDr. Jiří Hanuš, CSc. Prague. 2012. XXX Pages: 60

The topic of the bachelor thesis is the women's knowledge about Undesirable effects of hormonal contraception. The theoretical part focuses on the history of contraception, the mechanism of its impact, side effects, after that on the anatomy and physiology of the female genitalia, nurse's perspective on contraception and what kind of care should be implemented for women who use hormone contraception. The theoretical part introduces professional literature. The practical part introduces the survey of the thesis.

Keywords: Hormonal Contraception. Knowledge. Undesirable Effects.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu MUDr. Jiřímu Hanušovi, CSc., za cenné rady a připomínky, za čas, který mi věnoval a za skvělé pedagogické vedení. Též bych ráda poděkovala své rodině a příteli za pevné nervy a podporu.

## **OBSAH**

### **SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ**

### **SEZNAM ZKRATEK**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>12</b>
<b>1 VYUŽITÍ KONTRACEPTIV V HISTORII.....</b>	<b>12</b>
1.1 Období předvědecké.....	12
1.3 Období 50. let (období moderní antikoncepce).....	13
1.4 Období 80. let (první krize).....	14
1.5 Období 90. let (druhá krize).....	14
<b>2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŽENSKÉHO GENITÁLU.....</b>	<b>16</b>
2.1 Zevní pohlavní orgány .....	16
2.2 Vnitřní pohlavní orgány .....	18
<b>3 MECHANISMUS ÚČINKU HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....</b>	<b>26</b>
<b>4 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE Z POHLEDU OŠETŘOVATELSTVÍ A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU UŽÍVAJÍCÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCI.....</b>	<b>27</b>
4.1 Perorální antikoncepce .....	27
4.2 Hormonální implantáty (Norplant) .....	30
4.3 Hormonální injekce (Depo – Provera) .....	31
4.4 Nitroděložní tělísko (IUD) .....	31
<b>5 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE .....</b>	<b>34</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>36</b>
<b>6 INFORMOVANOST ŽEN O NEŽÁDOUCÍCH ÚČINCÍCH HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....</b>	<b>36</b>
6.1 Průzkumný problém .....	36
6.2 Průzkumný cíl .....	36
6.3 Průzkumné otázky .....	36



6.4 Metodika průzkumu .....	37
<b>7 VÝSLEDKY PRŮZKUMU.....</b>	<b>38</b>
<b>8 DISKUZE .....</b>	<b>55</b>
<b>9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>57</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>59</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	

## Seznam odborných výrazů

**amenorea** – vynechání menstruace

**androgeny** – steroidní hormony, které ovládají maskulinní vývoj obratlovců

**androstendion** – steroidní hormon

**antikonzulziva** – skupina léčiv, která zabraňuje vzniku epileptických záchvatů

**cefalea** – bolest hlavy

**deflorace** – protržení panenské blány (ztráta panenství)

**dehydroepiandrosteron** – zkráceně DHEA je kontroverzní hormon, který produkují nadledviny

**dysmenorea** – bolestivá menstruace

**estradiol** – jeden z ženských pohlavních hormonů

**estrogen** – ženský pohlavní hormon

**estron** – jeden z pohlavních hormonů estrogenů

**fertilita** – plodnost

**gestagen** – ženský pohlavní hormon

**gonadoliberiny** – hormony, které produkuje hypotalamus

**chloasma** – pigmentové skvrny v obličeji

**kontraceptiva** – skupina léčiv zabraňující početí

**nauzea** – pocit na zvracení

**placebo** – neúčinná látka, která vypadá a je upravena do stejné formy jako lék

**plasminogen** – krevní bílkovina

**progesteron** – steroidní ženský pohlavní hormon, který se řadí mezi progestiny

**progestin** – hormon obsažený v hormonální antikoncepci

## **Seznam zkratek**

FSH folikostimulační hormon

GnRH gonadotropin releasing – hormone factor

HIV Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)

IUD intrauterine device (nitroděložní tělísko)

LH luteinizační hormon

pH potential of hydrogen („potenciál vodíku“)

# ÚVOD

Téma pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala na základě zkušeností nejen z praxe na gynekologické ambulanci, ale i častých dotazů svých blízkých a kamarádek ohledně hormonální antikoncepce.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit úroveň informovanosti žen o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce. V teoretické části pak přiblížit, jak bylo na antikoncepci pohlíženo v historii a jaký je mechanismus účinku hormonální antikoncepce, nežádoucí účinky a v neposlední řadě, jaký je na hormonální antikoncepci pohled z hlediska ošetřovatelství a jaká by měla být ošetřovatelská péče o ženu, která hormonální antikoncepci užívá.

V praktické části jsem prozkoumávala jaké mají ženy znalosti o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce. Jako metodu průzkumu jsem zvolila anonymní dotazník, který se skládal ze 12 otázek. Průzkumný vzorek tvořilo 100 žen, z nichž 46 žen žije na vesnici a 54 ve městě.

Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce se mohou týkat každé ženy, která hormonální antikoncepci užívá, a proto se ve své práci zabývám úrovní informovanosti uživatelék tohoto typu antikoncepce.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 VYUŽITÍ KONTRACEPTIV V HISTORII

Historii antikoncepce (kontraceptiv) můžeme rozdělit do pěti období:

- Období předvědecké
- Období pesaru
- Období 50. let (období moderní antikoncepce)
- Období 80. let (první krize)
- Období 90. let (druhá krize)

### 1.1 Období předvědecké

Toto období můžeme zaznamenat již od dob starých Egyptanů. Egyptané používali různé metody z nichž by bylo vhodné zmínit například pesar z krokodýlího trusu kombinovaného s medem nebo též vykuřování pochvy po souloži a také speciální nápoj jehož základem bylo sádlo a sladké pivo. V Číně se též využívalo mechanických bariérových metod. O metodě přerušované soulože se pak můžeme dočíst v Bibli, kde je tato metoda popisována s velmi odsuzujícím komentářem. V Indii se plodnost žen snažili potlačovat zaříkáním. Rozsáhlá starověká literatura je především věnována metodě vyhánění plodu (ČEPICKÝ, 2002).

Středověk se svým puritánským postojem k sexualitě přinesl k regulaci reprodukce málo nového. Zde se kladl důraz hlavně na sexuální čistotu (což můžeme chápat jako svéráznou „antikoncepční“ metodu). Středověk se může „chlubit“ vytvořením mechanických překážek soulože, jakou byl pás cudnosti. Návlek na penis – ze začátku měl však posloužit jako ochrana před „francouzskou“ nemocí (syfilisem), až později byl brán jako antikoncepční metoda. Když pomineme anekdoty (Casanovův citron<sup>1</sup>), tak ani renesance či počátky novověku nezaznamenaly žádné závratné změny

---

<sup>1</sup> Tato antikoncepční metoda spočívala ve vkládání půlky citronu do pochvy před souloží, což vytvořilo v pochvě takové kyselé prostředí, které mělo oslabit aktivitu spermií a zabránit případnému otěhotnění. V podstatě půlka citronu fungovala jako dnešní cervikální klobouček. ([http://www.osel.cz/index.php?clanek=3666,](http://www.osel.cz/index.php?clanek=3666) )

či zvraty ve vývoji kontraceptiv (ČEPICKÝ, 2002).1.2 Období pesarů (do konce 2. světové války)

Toto období je datováno od zavedení pesaru. Zásahu za to nesl německý lékař Mensing (1883). V tomto období můžeme ba přímo měli bychom zmínit vznik prvních antikoncepčních poraden – 20. léta 20. století. První poradna byla založena v Anglii roku 1921 M. Stopesovou. V Československu byla první taková poradna otevřena ve 30. letech, vedla ji dr. Slámová při 2. gynekologicko – porodnické klinice v Praze. Zde byly k dispozici všechny možné metody jako pesar, kondom, tampony a poševní hubky, lokální vaginální prostředky (vytvářející hustou pěnu), přerušovaná soulož, metoda plodných a neplodných dnů podle Ogina a Knause (byl k ní velmi rezervovaný postoj) a v neposlední řadě je třeba se zmínit o metodě dočasné sterilizace zářením (ČEPICKÝ, 2002).

V roce 1920 byla na trh uvedena nitroděložní tělíska ze slitiny mědi, niklu a zinku, která propagoval německý gynekolog Gräfenberg. Tato metoda však byla odmítnuta odbornou veřejností, protože příliš předběhla svou dobu a bylo zde velké riziko tehdy i smrtelných zánětlivých komplikací (ČEPICKÝ, 2002).

### 1.3 Období 50. let (období moderní antikoncepce)

Období moderní antikoncepce začíná tím, že koncem 50.let 20.století, za iniciativy M. Sangerové, Pincus a Chang objevili první přípravek hormonální kontracepce, Enovid (obsahoval 150  $\mu$ g mestranolu a 10 mg norethynodrelu) (WEISS, 2010).

V roce 1957 byl Enovid schválen jako lék na poruchy menstruačního cyklu a poté byl v roce 1959 konečně schválen jako antikoncepce. Ve stejném čase publikovalo Japonsko a Israel dobré zprávy o úspěšnosti používání nitroděložních tělísek. Doba, která přála nitroděložní antikoncepci, byla doba bouřlivého rozvoje plastických hmot (WEISS, 2010).

V Československu vývoj hormonální antikoncepce inicioval prof. Lukáš v roce 1961. Poté v roce 1965 přišel na trh výsledek iniciativy prof. Lukáše, přípravek Antigest (obsahoval 100  $\mu$ g mestranolu a 5 mg methenmanidon acetátu). V roce 1967 byla zavedena DANA, což bylo původní české nitroděložní tělísko. Na vzniku a rozšíření

tělísk DANA měl rozhodující zásluhu moravský gynekolog Šráček. DANA ( Dobrá A Neškodná Antikoncepce nebo se také tvrdí, že tělísko bylo pojmenováno podle manželky dr. Šráčka). Počet žen užívajících hormonální antikoncepci rychle stoupal a zpočátku nebyly vůbec zaznamenány vedlejší nežádoucí účinky (WEISS, 2010).

#### 1.4 Období 80. let (první krize)

Již na konci 70. let 20. století se začaly objevovat zprávy o stále větším výskytu zánětu pánevního dna u žen, které měly zavedeno nitroděložní tělísko. V 80. letech pak nadšení pro antikoncepci opadlo a následně skončilo úplně. V USA se používání nitroděložní antikoncepce zlikvidovalo úplně. Výzkum, který následoval prokázal, že nitroděložní tělíška nezvyšují rizika zánětu, už ale nebyl tolik publikován a tak se mnozí lékaři kolikrát obávají aplikovat tuto metodu dodnes (ČEPICKÝ, 2002).

V tomto období se však začaly objevovat i další zprávy o nejrůznějších vedlejších nežádoucích účincích hormonální antikoncepce. V popředí, jak bychom asi očekávali, nebyla tehdy hluboká žilní trombóza, nýbrž různé arteriální cévní příhody (infarkt myokardu) a taky nádory (nádory prsní žlázy nebo i méně časté nádory hepatocelulární). Důsledkem toho byla poměrně značná diskreditace moderních kontracepčních přípravků a návrat slavily metody bariérové. Následkem pak byl enormní vzestup interrupcí, které byly naštěstí ve většině západních zemí v té době legalizovány (ČEPICKÝ, 2002).

Nakonec se však ukázalo, že obavy z vedlejších účinků byly menší než potřeba společnosti užívat spolehlivou a pohodlnou antikoncepci. Proto se opět začal zvyšovat počet uživatelů antikoncepčních pilulek. Nitroděložní tělíška se však podle celosvětového měřítka nestihla vzpamatovat dodnes (ČEPICKÝ, 2002).

#### 1.5 Období 90. let (druhá krize)

Vzestup užívání antikoncepce trval zhruba 10 let. V mezičase byly vyvinuty nové preparáty, u kterých byl předpoklad, že případná rizika a vedlejší účinky odstraní. A jak pokračovaly seriózní výzkumy, ubývalo kontraindikací a výsledky nahrazovaly případné spekulace (ČEPICKÝ, 2002).

Počínající idylu pak ale zasáhly dvě události. První událostí byla pandemie infekce HIV. Tím se začala rozšiřovat propagace „bezpečného sexu“, což si laická, ale

i odborná společnost správně spojila s používáním prezervativu. Prezervativ (kondom) pak začal pomalu vytlačovat „nebariérové“ antikoncepční metody. Ukázalo se ovšem, že ačkoliv používání prezervativu v populaci vzrostlo, není to metoda stoprocentní a tak došlo současně k vzestupu interrupcí. A proto, že se za čas potvrdilo, že kondom má zhruba 100x vyšší riziko selhání než kombinovaná hormonální antikoncepce, začal se doporučovat užívat kondom současně s hormonální antikoncepcí (ČEPICKÝ, 2002).

Druhou událostí byl dvojnásobný výskyt tromboembolické nemoci u žen, které užívaly přípravky s desogestrem nebo gestodenem. Naproti tomu ženy, které užívaly přípravky obsahující levonorgestrem, problémy nezaznamenaly. Toto sousto si ovšem nenechali ujít novináři ani denní tisk a to i včetně toho českého a všude se objevovaly tučné titulky o tom, jak antikoncepční pilulky zabíjejí ženy (ČEPICKÝ, 2002).

A jako již předtím, tak i v tomto období nastal propad uživatelů antikoncepce (12 % žen přestalo užívat pilulky) a opět se zvýšil počet interrupcí – v západní Evropě o celých 10 % a u žen mladších 25 let dokonce o 36 %. Během několika let s málo lokálními výjimkami, aféra pomalu utichla (ČEPICKÝ, 2002).



## 2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE ŽENSKÉHO GENITÁLU

Pohlavní ústrojí ženy (rodidla), můžeme rozdělit na zevní a vnitřní. Současně tyto obě části spojuje pochva (WEISS, 2010).

### 2.1 Zevní pohlavní orgány

Zevní pohlavní orgány můžeme nazývat též jako vulva. Vulva nasedá zepředu na kostěný oblouk stydkých kostí a stydkou sponu, symfysu. Na symfyse je tukový polštář - mons pubis (nebo se též může nazývat: Venušin pahorek, hrma nebo stydký hrbolek). Kůže je na povrchu pokryta ochlupením. Hranice tohoto ochlupení je též sekundárním typickým znakem pro ženskou pohlaví. Zajímavostí je, že tuková tkáň v těchto místech nezmizí ani po delším hladovění (WEISS, 2010).

Velké stydké pysky (labia majora pudendi) obklopují poševní vchod (vestibulum vaginae) jako dva obloukovité valy. Velké stydké pysky jsou kryty kůží a stejně jako hrma jsou pokryty ochlupením. V oblasti hráze se velké stydké pysky spojují v zadní komisuře. Vazivová a cévní tkáň, která je zde uložena pod kůží, způsobuje vyklenutí velkých stydkých pysků, které pak může připomínat jakési topořivé těleso (bulbus vestibuli). Též zde je i tkáň svalová (m. bulbospongiosus). Okraje velkých stydkých pysků jsou většinou přiloženy k sobě a vytvářejí tak stydkou štěrbinu (rima pudendi). Ze stydké štěrbiny mohou vystupovat v různém rozsahu okraje malých stydkých pysků. Vzhled těchto partií po stránce anatomické je značně individuální (WEISS,2010).

Malé stydké pysky (labia minora pudendi) jsou párová kožní řasa, která leží mezi velkými stydkými pysky a má tvar obráceného V. Jejich povrch tvoří kůže s nerohovějící dlaždicovým epitelem. Pod povrchem je vazivo bez tuku, a v hojném počtu cévní a nervové pleteně. Malé stydké pysky obklopují poševní předsíň (vestibulum vaginae). Tato oblast patří mezi nejcitlivější části zevních rodidel díky hojnému počtu citlivých nervových zakončení a nervových taktilních čidel. Obě ramena malých stydkých pysků se vpředu, v oblasti klitorisu, spojují a vytvářejí tak předkožku klitorisu (praeputium clitoridis). Na zadní straně klitorisu tvoří uzdičku (frenulum clitoridis) (WEISS, 2010).

Do poševní předsíně ústí asi 1 - 2 cm pod klitorisem močová trubice, dále pak párový vývod velkých vestibulárních žláz (Bartholiniho žlázy), které produkují alkalický hlenovitý sekret a několik dalších menších vestibulárních žláz, jejichž vývody jsou rozmístěny po celé stěně poševní předsíně (WEISS, 2010).

Poševní vchod je obklopen příčně pruhovaným, vůlí ovladatelným svalstvem pánevního dna, které slouží jako takzvané „svěrače lůna“. Také obklopují relativně krátkou, asi 4 cm dlouhou močovou trubici a slouží nejen k sevření poševního vchodu, ale také k zamezení odtoku moči z močového měchýře. Takzvané Kegellovy cviky mají význam nejen v prevenci močové inkontinence, ale i podle některých autorů mají vliv na lepší vybavnost ženského orgasmu (WEISS, 2010).

Klitoris (poštěváček) je topořivý orgán, který se nachází v místě předního spojení malých stydkých pysků. Je asi 6 cm dlouhý a je upnutý na spodní ramena stydkých kostí. Okem lze zaznamenat jen jeho zakončení, které se nazývá jako žalud poštěváčku (glans clitoridis) a je částečně kryto předkožkou, která je tvořena slizničními řasami malých stydkých pysků. Klitoris je při podráždění díky topořivým tělískům schopen erekce (WEISS, 2010).

Poševní vchod je lemován slizniční řasou, nazývanou panenská blána (hymen). Jedná se o přídatný kožní záhyb, který se začal objevovat až na úrovni živočišného druhu Homo sapiens. Podle anatomie a morfologie se jedná o neobyčejně variabilní útvar. Uvádí se několik typů. Základní tvary hymenu jsou: kruhový (annularis), poloměsíčitý (semilunaris), perforovaný (cribriformis), hymen s přepážkou (septus), nebo také téměř chybějící hymen – bez blanité části (WEISS, 2010).

Prostupnost hymenálního otvoru je značně individuální. Hymen může být prostupný sotva pro špendlík (hymen microperforatus) nebo může otvor zcela chybět. Když otvor chybí, je znemožněn odtok menstruační krve a začne vznikat její hromadění. Panenská blána bývá většinou prostupná pro špičku prstu nebo někdy i pro celý prst. Někdy má hymen nadměrně tuhé okraje a to je anatomická překážka pro zavedení penisu při prvním pohlavním styku. Výskyt této anatomické překážky není častý. Naopak někdy bývají okraje panenské blány značně elastické. Po defloraci hymenu lze provést resuturu hymenálních trhlin, která se provádí mikrochirurgickou technikou. Tento typ operace však najdeme jen v několika málo zemích, kde se klade

důraz na zachování anatomického panenství nastávající nevěsty a kde deflorace představuje společenský a také náboženský handicap ženy. Po porodu je v důsledku průchodu hlavičky plodu hymenální okraj změněn a z panenské blány zbydou jen slizniční zbytky (WEISS, 2010).

Pochva (vagina) - toto označení je synonymem jakéhosi pouzdra, kdysi ochranného obalu na meč. Tento název se začal používat v období renesance v 16.století. Pochva je trubicovitý orgán, který je pokrytý nerohovějícím vrstevnatým dlaždicovým epitelem. Je zakončena poševní klenbou do které vyčnívá děložní čípek. Zadní poševní klenba je hlubší než přední poševní klenba. Pochva je dlouhá asi 10 cm od poševního vchodu do přední klenby, zadní poševní stěna měří maximálně 12 cm. Poševní stěna je mírně zřasena, po porodu jsou řasy větší, příčně probíhající a sbíhají se v přední a zadní čáře a tvoří tzv. columnae rugarum (WEISS, 2010).

Poševní stěnu tvoří dvě vrstvy hladkého svalstva z nichž jedna probíhá podélně a druhá cirkulárně. K této svalové tkáni je hojně přičleněna tkáň vazivová (WEISS, 2010).

Pochva je osídlena přirozenou mikroflórou. Za normálních okolností zde převládají bacily mléčného kvašení (*Bacillus acidophilus*). Poševními lactobacily je enzymaticky štěpen glykogen, který je uložen v epiteliálních poševních buňkách, na dextrózu a maltózu. Maltóza i dextróza jsou zkvašeny na kyselinu mléčnou. Tento způsob zajišťuje a udržuje v pochvě kyselé prostředí okolo pH 4. Toto prostředí je nepříznivé pro růst případných patogenních mikroorganismů, tudíž je tímto zabezpečen takzvaný „samopročišťující“ mechanismus poševního prostředí (WEISS, 2010).

## 2.2 Vnitřní pohlavní orgány

Mezi vnitřní pohlavní orgány zahrnujeme: dělohu, vejcovody, vaječníky a závěsný aparát děložní (WEISS, 2010).

Děloha (uterus, metra, hystera)

Vzniká tak jako pochva v průběhu embryonálního vývoje, když se spojí tzv. Müllerovy zárodečné vývody. Když se jejich spojení naruší nebo je nedostatečné, mohou vznikat různé stupně děložních duplicit. Nejmenším stupněm a tak i nejjednodušší vadou je výskyt děložní přepážky (uterus septus). Náznaky zdvojené

dělohy se mohou projevovat při depresi děložního fundu, vzniká tak děloha srdcovitého tvaru – uterus arcuatus. Dále můžeme uvést vady jako je například: kompletní zdvojení dělohy – uterus bicornis bicolis, uterus duplex nebo děloha se dvěma těly a společným hrdlem – uterus bicornis unicolis. V některých případech se mohou vyskytovat i vady asymetrické (WEISS, 2010).

Děloha je asi 8 cm veliký orgán, hruškovitého tvaru. Dělohu rozdělujeme na dvě základní části: děložní tělo – corpus uteri a děložní hrdlo – cervix uteri. Mezi těmito částmi najdeme děložní úžinu – isthmus, která je někdy popisována jako samostatná součást. Horní část dělohy nese název fundus uteri, protože je vyklenutá. Po stranách, které nazýváme děložními hranami, přistupují cévy, které jsou větvemi hlavní děložní tepny – arteria uterina. Fundus děložní s hranami se setkávají v děložních rozích, z nichž odstupují vejcovody. Dělohu kryje pobřišnice – perimetrium, která na hranách utváří duplikatury – široké vazy děložní. Tělo dělohy tvoří silná vrstva hladkého svalstva – myometrium. Děložní dutina je štěrbina trojúhelníkového tvaru, jejíž dva horní rohy jsou propojeny s ústími obou vejcovodů a její dolní roh ústí do kanálu děložního hrdla (WEISS, 2010).

Děložní sliznice (endometrium) je složena z cca 0,5 mm silné bazální vrstvy a z povrchové (funkční) vrstvy. Když je žena ve fertilním věku, prodělává povrchová vrstva periodické změny (WEISS, 2010).

Děložní hrdlo je složeno z tzv. čípku děložního (portio vaginalis), který ční do pochvy a nad ním uložené supravaginální části děložního hrdla. Děložní hrdlo je celkově dlouhé asi 3 cm. Hrdlo uzavírá hlenová zátka, která je zároveň překážkou pro prostup patogenních mikroorganismů. Po pohlavním styku slouží tato zátka jako jakýsi rezervoár spermií. Cévní zásobení dělohy je zabezpečeno děložní tepnou – arteria uterina (WEISS, 2010).

#### Vejcovody (tubae uterinae)

Jsou to trubice o délce 11 – 14 cm, které odstupují po obou stranách od horního konce děložní hrany v rozích dělohy. Ústí do břišní dutiny v blízkosti vaječnicků. Na jejich koncích se nálevkovitě rozšiřují a tvarem připomínají trychtýřky, na jejichž koncích se nacházejí drobné třásňovité řasy – fimbriae. Z těchto řas je jedna nejdelší

a je připojena k vaječníku. Řasovitý trychtýřek je pohyblivý. V ovulačním období se pravděpodobně překlápí přes ovarium, takže v případě, že se uvolní oocyt, je schopen ho po proběhlé ovulaci zachytit. Díky peristaltice tubární svaloviny, která je složena z podélných i kruhových vláken, je pak uskutečněn transport vajíčka. Vejcovod odstupuje z dělohy v děložní svalovině, poté následuje nejužší místo vejcovodu. Čím blíže je k vaječníku, tím se průsvit vejcovodu rozšiřuje až k nálevkovitému tvaru na koncích. Přejít mezi trubicí a nálevkou se nazývá ampulla tubae. Vejcovod je vystlán cylindrickým epitelem a povrch tohoto epitelu je značně rozvětvený. V průběhu menstruačního cyklu, tato výstelka podléhá změnám – částečně je opatřena pohyblivými řasinkami, zčásti je sekrečně aktivní. Řasinky kmitají směrem do děložní dutiny, tím je udržováno proudění tekutiny tímto směrem (WEISS, 2010).

#### Vaječníky (ovaria)

Vaječník – ovarium je párový orgán. Má tvar mandle a jeho rozměry jsou asi 4x2x1 cm a váží asi 7 – 14 g. Jsou uloženy na širokém vazu děložním, na jeho zadních listech. K okolí jsou vaječníky připoutány vazem, který nasedá na postranní stěnu pánve a další dlouhou řasou, která se táhne směrem k děloze. Vaječnicková tepna (arteria ovarica) obstarává krevní zásobení pro vaječníky. Vystupuje z břišní aorty a probíhá v již zmíněném vazu, který připoutává vaječník k okolí dělohy. Vaječník je tudíž zavěšen mezi dvěma vazy, jakoby visel na prádelní šňůře, čímž je umožněn jeho pohyb a přiblížení k trychtýřku vejcovodu. Povrch vaječníku není pokryt pobřišnicí a právě na povrchu se odehrávají cyklické změny. Kromě toho, že vaječník produkuje zárodečné buňky (oocyty), je též důležitou endokrinní žlázou, která produkuje pohlavní hormony. Vejcovody a vaječníky jsou též nazývány jako adnexa děložní (WEISS, 2010).

#### Závěsný aparát vnitřního genitálu

Stabilita polohy a drobná pohyblivost vnitřních ženských orgánů je zabezpečena vazivovým aparátem, na němž jsou všechny orgány zavěšeny. Pánevní dutinu směr dolů chrání a ohraničuje vazivové a svalové pánevní dno (WEISS, 2010).

Nejdůležitější vazivová struktura, která udržuje dělohu a která zabezpečuje normální topografii vnitřních rodidel jsou parametria. Tato probíhají od pánevních stěn

a upínají se na orgány vnitřního genitálu, především na dělohu. Vzadu to jsou silná ligg. sacrouterina (zadní vazy děložní), která začínají na přední stěně kosti křížové, obloukovitě obepínají konečník a probíhají až k děloze, na kterou se upínají v oblasti isthmu. Ze stran pak zabezpečují polohu dělohy postranní parametria, ligg. cardinalia. Tato se upínají vějířovitě na stěnu pánve a v nich probíhají děložní cévy. Nejslabšími jsou přední vazy, ligg. vesicouterina, které mají jen nepatrnou závěsnou funkci a obepínají močový měchýř (WEISS, 2010).

Také dno děložní a adnexa mají samostatné závěsné vazy. Kromě vaječnickových vazů, jsou to hlavně takzvané oblé vazy, ligg. rotunda. Tyto oblé vazy mají také úlohu zabezpečit antevertzi, čili náklon dělohy směrem dopředu a také vytvořit dopředu otevřený úhel mezi děložním hrdlem a tělem, který se nazývá anteflexe. Děloha může být v některých případech nakloněná dozadu, čemuž se říká retrovertze. Někdy se moc zveličuje vliv retrovertze na fertilitu a sexuální život. (WEISS, 2010).

#### Topografie vnitřního genitálu

Vnitřní pohlavní orgány mají své místo v pánevní dutině, která je utvořena z kostěného prstence dvou pánevních kostí. (WEISS, 2010).

Za stydkou sponou před dělohou je umístěn v malé pánvi močový měchýř. Měchýř je od dělohy oddělen záhybem pobřišnice, který tvoří prohlubeň, která je nazývána excavatio vesicouterina. Vazivové septum spojuje dno močového měchýře s přední děložní stěnou a v této oblasti se nachází i takzvané trigonum vesicae, kde do měchýře ústí oba močovody a vychází zde močová roura. U žen měří močová roura asi 4 – 5 cm a prochází pod dolní hranu spony stydké a pak ústí do poševní předsíně. Za dělohou se nachází konečník, který je volně fixován ke stěně křížové kosti. Mezi zadní děložní stěnou a přední stěnou konečníku se nachází takzvaný Douglasův prostor (excavatio rectouterina), který sahá hluboko až k zadní poševní stěně. Je to nejnižší bod pánevní a vlastně i břišní dutiny (WEISS, 2010).

## 2.3 Fyziologie reprodukčního cyklu

### 2.3.1 Ovariální cyklus

Činnost vaječníků probíhá cyklicky. Každé ženě se z vaječniku uvolní pouze jedno vajíčko za měsíc. Celá činnost ženského pohlavního ústrojí je zaměřena na jedinou věc a tou je tvorba vajíčka. (WEISS, 2010).

Pohlavní zralost ženy trvá zhruba 35 – 40 let. Ovšem délka této pohlavní zralosti je individuální. Nejtypičtějším znakem pro toto období je menstruace – cyklické krvácení z rodidel (WEISS, 2010).

Jelikož je vaječník i endokrinní žláza, jeho funkce spočívá i v produkci ovariálních hormonů – což jsou steroidy. Ovariální hormony můžeme rozdělit do tří skupin. Hlavní skupinou jsou estrogeny – svůj název nesou od doby, kdy se testovaly na pokusných kastrovaných hlodavcích a tyto ovariální steroidy u nich, i přes jejich kastraci, vyvolaly říji – estrus – odtud název Estrogen (WEISS, 2010).

Další skupinu hormonů, které vaječník produkuje, jsou gestageny. Gestageny slouží k přípravě a následnému udržení těhotenství čili gestaci. Hlavním zástupcem je v této skupině hormon progesteron. V této skupině by se daly uvést i další deriváty pregnanové řady. Zde asi nejvíce stojí za zmínění 17-hydroxyprogesteron, který má konečný metabolický produkt pregnantriol (WEISS, 2010).

Ovariální funkce podléhají řídicím vlivům hypofýzy. Hlavním faktorem, který stimuluje ovariální cyklus je gonadotropin – releasing hormon (GnRH). Je to neuropeptid, který se též nazývá gonadoliberin a je rytmicky vylučován hypotalamem a předáván do hypofýsy. Zde (přední lalok hypofýsy) probíhá stimulace syntézy gonadotropinů – hormonu FSH (folikostimulační hormon) a LH (luteinizační hormon) (WEISS, 2010).

Hypotalamus je pod vlivy ostatních částí mozku. Toto spojení vysvětluje, proč emoce, rozrušení a rozmanité vlivy zevního prostředí, třeba i světlo, jsou schopny ovlivnit funkci pohlavních orgánů (WEISS, 2010).

FSH ovlivňuje zrání vaječnickových folikulů, z nich je pak vybrán jeden, který je určen k ovulaci. Mechanismus tohoto výběru takzvaného dominantního folikulu není znám (WEISS, 2010).

Sekrece estradiolu tímto dominantním, též terciálním neboli Graafovým folikulem dosáhne při ukončení zrání svého vrcholu asi 200 pg/ml a vyvolá uprostřed cyklu vrchol LH. Tento efekt bývá nazýván pozitivní zpětnou vazbou. Je potencován progesteronem, jehož hladina začne stoupat už krátce před ovulací. Způsobí prudké vyplavení gonadotropinů, což je podnětem k prasknutí Graafova folikulu a uvolnění vajíčka – ovulaci. Prasklý folikul se pak mění ve žluté tělísko (corpus luteum), hlavního producenta progesteronu. Po úplném vývoji žlutého tělíska dosahuje hladina progesteronu v periferní krvi hodnot 10 – 15 ng/ml. (WEISS, 2010)

Estradiol a progesteron pak ovlivňují synergicky prostřednictvím negativní zpětné vazby pokles koncentrace FSH v krvi, jehož hladina opět stoupne při ukončení činnosti žlutého tělíska a celý cyklus se pak opakuje. V případě těhotenství se žluté tělísko dále zvětšuje v corpus luteum graviditatis. Tím stoupá také produkce progesteronu. Tento hormon ovlivňuje nidaci a je tedy v prvních fázích těhotenství nepostradatelným. (WEISS, 2010)

### 2.3.2 Endometrální cyklus

Endometrium je hlavním cílovým orgánem působení vaječnickových hormonů. Sliznice pod vlivem estrogenů začne narůstat (fáze proliferační). Maximálního růstu dosáhne sliznice uprostřed cyklu. Když hladina estrogenů v této době mírně klesne, většinou se to nijak neprojeví, přesto se u některých žen může objevovat tzv. špinění – slabý náznak krvácení, též označováno jako ovulační špinění (WEISS, 2010).

Ve druhé fázi po ovulaci se sliznice začne měnit pod vlivem progesteronu (fáze sekreční). V její struktuře přibývají žlázy. Tato fáze představuje, že je děloha připravená k možnému uhníždění (nidaci) oplozeného vajíčka (WEISS, 2010).

Když nedojde k oplodnění, ve vaječniku zaniká žluté tělísko a nastává pokles hormonální hladiny. Děložní sliznice nekrotizuje a odlučuje se, a to je provázeno menstruačním krvácením. Jakmile začnou uzrávat a růst další nové folikuly, začíná opět růst děložní sliznice (WEISS, 2010).



Periodické změny v průběhu cyklu, prodělává i sliznice děložního hrdla. Žlázky děložního hrdla vylučují hlen (mucus cervicis uteri). Množství a složení tohoto hlenu se mění během cyklu. Uprostřed cyklu (období kolem ovulace) je dosažena největší produkce řídkého hlenu. Tento jev můžeme pozorovat během kolposkopického vyšetření, kdy kapka čirého hlenu působí dojmem oční zornice, protože vyčnívá ze zevní děložní branky. Poševní prostředí je kyselé, oproti tomu tento hlen vykazuje známky zásaditosti a tím je umožněno další přežívání spermií schopných oplození v děložním hrdle (WEISS, 2010).

### 2.3.3 Menstruace

Nejnápadnější fází reprodukčního cyklu je samotné menstruační krvácení. Právě menstruační krvácení mají jen savci, kteří disponují nejdokonalejším typem placenty (hemochoriální typ). Zhruba u 4 % žen se může objevit domnělá menstruace ještě i na začátku těhotenství (WEISS, 2010).

U ženy je průměrná délka reprodukčního cyklu 29,4 dne. V intervalu 23 – 36 dnů menstruuje zhruba 95 % žen. Průměrná délka cyklu se postupně zkracuje s narůstajícím věkem ženy. U žen ve věku 15 – 20 let je průměrně 30,5 dne, zatímco u žen ve věku 40 – 45 let je to pouze 28,1 dne. Cyklus trvá přibližně stejně dlouho jako cyklus měsíční a už v dobách starověku jsou tyto cykly spojovány (odtud název měsíčky). Souvislost menstruace s fázemi Měsíce se již u dnešních žen neprokázala, je ale možné, že v minulosti tomu bylo jinak. S největší pravděpodobností ovlivňuje světelná energie nejen cyklus, ale i jiné reprodukční funkce. Při jednom pokusu s opicemi, které žijí na rovníku, bylo prokázáno, že u nich k ovulaci dochází pouze za úplňku, protože zde je jediným zdrojem nočního světla Měsíc. Je proto možné, že tento mechanismus byl fylogeneticky zafixován i u člověka (WEISS, 2010).

Menstruační krvácení trvá u každé ženy jinak. Průměrně je to zhruba pět dnů, a u 95 % žen trvá krvácení 2 – 7 dnů. Stejně jako délka menstruace, tak i intenzita krvácení je u každé ženy značně variabilní. I když u většiny žen je po celý život pozoruhodně stálá. Za normální krevní ztrátu je považováno méně než 80 ml krve, což neovlivní množství hemoglobinu ani množství červených krvinek v periferní krvi. Menstruační krev se nesráží, protože se uvolňuje aktivátor plasminogenu z odumírající tkáně děložní sliznice, a tím se blokuje složitý mechanismus srážení krve. Děložní

sliznice tuto vlastnost uplatňuje i při uhnízdování oplozeného vajíčka, při jehož nidaci (zanořování), by byla srážlivost krve opět nežádoucí (WEISS, 2010).

Tělesné změny během reprodukčního cyklu:

- vzestup bazální teploty vlivem progesteronu ve druhé polovině cyklu (průměrně o 0,5°C),
- v době ovulace a těsně před menstruací je u některých žen patrný vzestup tělesné hmotnosti (retence vody),
- změny prsů – těsně před menstruací se prs zvětší průměrně o 100 ml,
- mění se aktivita vegetativního nervového systému,
- vegetativním nervstvem jsou ovlivňovány i další tělesné změny – např. průměr zorniček je před menstruací menší než po menstruaci,
- před menstruací se mění aktivita centrálního nervového systému, což je dobře prokazatelné při elektroencefalografickém vyšetření,
- změny fyzické výkonnosti,
- hladina alkoholu v krvi klesá rychleji ve druhé polovině cyklu,
- projevy různých nemocí → menstruační exacerbace oparu,
- stoupá také křečová pohotovost → projevy epilepsie,
- zhoršení projevů migrény a astmatu,
- změny smyslového vnímání,
- citlivost chuti při menstruaci klesá – bylo prokázáno u chuti hořké,
- při ovulaci ženy lépe vidí, ale hůře slyší,
- vnímání bolesti je nejnižší těsně před menstruací,
- v první polovině menstruačního cyklu se zpravidla zlepšuje celková nálada ženy, zvýšený je výskyt příjemných pocitů a stoupá tělesná aktivace,
- ve druhé polovině cyklu se ve zvýšené míře pak vyskytují stavy úzkosti a agrese, které dosáhnou vrcholu během menstruace,
- v době menstruace ženy častěji páchají trestné činy, jsou více účastnicemi dopravních nehod, páchají sebevraždy i vraždy,
- ženská sexualita je z větší míry nezávislá na hormonálním působení, je tedy spíše ovlivňována psychosomatickými činiteli (WEISS, 2010).
-

### 3 MECHANISMUS ÚČINKU HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Základním účinkem hormonální antikoncepce je blokáda ovulace. Tento proces je založen na principu tzv. negativní zpětné vazby. Centrem řízení produkce pohlavních hormonů je hypotalamus. Gonadotropní hormony FSH a LH se tvoří v adenohipofýze vlivem hypotalamických gonadoliberinů. Těmito hormony jsou ovlivněny vaječníky, které začnou produkovat estrogenu a gestagenu. Čím více stoupá hladina estrogenu a gestagenu, tím méně jsou produkovány FSH a LH. Při příjmu hormonů „zvenčí“ (synteticky upravené látky na bázi estrogenu a gestagenu) je snížena produkce FSH a LH. Nízká hladina těchto hormonů způsobí, že vaječník přestane uvolňovat vajíčko a děložní sliznice nenarůstá. Pomocí negativní zpětné vazby trvá potlačení výdeje gonadotropinů přibližně 7 – 10 dní. Celková hormonální hladina nehraje hlavní roli, jako spíše hladina kontinuální, protože fyziologický výdej hormonů v organismu je pulsni. Proto, když žena užívá antikoncepční pilulky, je nutné dodržovat pravidelnost jejich užívání (WEISS, 2010).

Kombinovaná hormonální antikoncepce má několik mechanismů. Primárním mechanismem je inhibice ovulace. Sekundární účinky pak lze rozdělit na preimplantační, které zpomalují hybnost tub i jejich řasinkové tkáně a ovlivnění růstu děložní sliznice a případné uhnízdění vajíčka. A účinky postimplantační, které sice nezabraňují samotnému uhnízdění vajíčka, ale ovlivní udržení případného těhotenství. Tyto tři sekundární účinky jsou abortivní, to znamená, že díky nim oplodněné vajíčko odumírá. Zatím nebyly provedeny studie, které by kvantifikovaly rozhodující podíl sekundárních účinků na konečné působení hormonálních antikoncepčních přípravků. Sekundárními mechanismy působí pouze jednosložkové přípravky na bázi progesteronů, nikoliv přípravky vícesložkové (BARTÁK, 2006).

## 4 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE Z POHLEDU OŠETŘOVATELSTVÍ A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU UŽÍVAJÍCÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCI

Hormonální antikoncepce má tyto antikoncepční důsledky:

- blokuje ovulaci,
- cervikální hlen se zahušťuje a tvoří rezistentní ochranu na případné proniknutí spermatu,
- děložní sliznice (endometrium) se stává pro přijetí oplodněného vajíčka méně příjemným prostředím (LEIFER, 2004).

Hormonální antikoncepci je možné rozdělit na:

- Perorální antikoncepci
- Hormonální implantáty
- Hormonální injekce
- Nitroděložní tělíška (LEIFER, 2004).

### 4.1 Perorální antikoncepce

Nejen že je tento druh antikoncepce v dnešní době nejvíce vyhledávaný a oblíbený, ale je to i vysoce účinná reverzibilní metoda pro kontrolu početí. Existují dva druhy, které se rozdělují podle obsahu. První z variant obsahuje kombinaci hormonů (estrogen s progesteronem) a druhá obsahuje pouze samostatný progesteron – nazývá se tzv. „minipilulkou“ (LEIFER, 2004).

Kombinovaná perorální antikoncepce zabraňuje velmi účinně ovulaci, oproti tomu minipilulka zabraňuje ovulaci o něco méně – jejím hlavním účinkem je zhuštění cervikálního hlenu a úprava děložní sliznice tak, aby v něm snadno nedošlo k uhnízdění oplozeného vajíčka. Minipilulka je vhodnou antikoncepcí pro ženy, které nemohou užívat přípravky s obsahem estrogenu (LEIFER, 2004).

Perorální antikoncepce je vázána na lékařský předpis, proto když chce žena začít užívat tento typ antikoncepce, je nutná návštěva lékaře - gynekologa. Lékař vede s pacientkou rozhovor, ve kterém přezkoumá anamnézu, poté provede kompletní

gynekologické vyšetření a vyšetření prsů. Každá žena by pak měla na tato vyšetření docházet pravidelně jednou ročně, kde se změří krevní tlak (LEIFER, 2004).

Kombinovaná perorální antikoncepce je v balení buď po 21 nebo po 28 tabletkách. V případě balení s 21 tabletami, bere žena jednu tabletku denně po dobu 21 dnů, poté by měla antikoncepci na sedm dnů vysadit. V případě, že balení obsahuje 28 tablet, žena opět bere jednu tabletku denně, posledních sedm tabletek v balení je bez hormonů, tudíž bez účinku (tzv. placebo tabletky), slouží jen k tomu, aby si žena udržela zvyk brát jednu tabletku denně. Menstruace se dostaví v posledních sedmi dnech, kdy si žena buď udělá pauzu nebo užívá posledních sedm nefunkčních tabletek (LEIFER, 2004).

Některé druhy preparátů jsou vícefázové, tabletky obsahují estrogen a progesteron, jejichž poměr se mění podobně jako při normální hormonální aktivitě. Když žena užívá vícefázovou antikoncepci, je důležité, aby dbala na pořadí tablet. Stejně důležité je i dodržování denní doby, kdy se tabletka užívá, protože tento aspekt zajišťuje neméně důležitou stabilní hladinu hormonů v krvi bez ohledu na to, jaký typ předepsané antikoncepce žena užívá (LEIFER, 2004).

Výhod má perorální antikoncepce mnoho. Jednou z hlavních je, že riziko selhání u perorální antikoncepce je 0,1 % u kombinovaných tablet a 0,5 % u minipilulek. Dále se uvádí, že tento druh antikoncepce snižuje riziko rakoviny vaječnicků a dělohy. Co se týče vlivu na výskyt rakoviny děložního čípku a prsu, nejsou zatím známy žádné výsledky. Menstruace má lehčí průběh (ženy jsou méně anemické) a menstruační křeče jsou menší. U některých žen zlepšuje perorální antikoncepce i příznaky premenstruačního syndromu (LEIFER, 2004).

#### 4.1.1 Vedlejší účinky a kontraindikace

Nejuváděnějšími vedlejšími účinky perorální antikoncepce jsou bolesti hlavy, pocity na zvracení (nauzea), váhový přírůstek, citlivost prsou, špinění mezi menstruacemi a nebo i úplné vynechání menstruačního krvácení (amenorea). Tyto vedlejší účinky by se měly po několika měsících zmírnit nebo úplně vymizet. U některých preparátů jsou méně časté (LEIFER, 2004).

V případě, že vedlejší účinky přetrvávají delší dobu, je nutné, aby se žena obrátila na svého gynekologa a ten jí nabídl případně náhradní řešení (jiné tabletky, jiný typ antikoncepce) (LEIFER, 2004).

Jsou ženy, které by měly hormonální antikoncepci užívat buď se zvýšenou opatrností a nebo raději vůbec neužívat. Jedná se o ženy, které trpí následujícími obtížemi:

- Tromboembolické poruchy
- Srdeční choroby nebo cerebrovaskulární příhody
- Nedostatečná funkce jater
- Rakovina prsu
- Kouření (více než 15 cigaret denně u žen starších 35 let) - pokud žena nekouří, může tablety užívat, nehrozí zde žádná rizika
- Nediagnostikované vaginální krvácení
- Předpokládané nebo prokázané těhotenství (LEIFER, 2004).

Kombinovaná forma antikoncepce snižuje výdej mléka, a proto by v postnatálním období měla být užívána jen tehdy, když je stabilizována laktace. U minipilulky tento problém nenastává. Žena by proto měla být vedena k tomu, aby svému lékaři sdělila veškeré okolnosti, které se týkají jejího zdravotního stavu a mohly by mít vliv na užívání perorální antikoncepce (LEIFER, 2004).

Jedná se zejména o tyto příznaky:

- Silné bolesti v břišní oblasti
- Bolesti na prsou, dušnost, krvavé sputum
- Silná cefalea (bolest hlavy)
- Snížená citlivost nebo slabost končetin, obzvláště dolních končetin
- Problémy se zrakem (dvojité vidění, neostře vidění, ztráta zraku)
- Otoky dolních končetin nebo pociťování silných bolestí
- Poruchy řeči (LEIFER, 2004).

Účinnost pilulek mohou snižovat léky jako jsou například antibiotika (Ampicilin, Tetracyklin) a nebo také antikonvulziva (LEIFER, 2004).

#### 4.1.2 Ošetřovatelská péče

Má – li perorální antikoncepce správně fungovat, je nutné ženu důkladně poučit. Poučit bychom ji měli v jejím rodném jazyce a měli bychom poučení doplnit písemnými materiály (letáčky, prospekty) (LEIFER, 2004).

Poučení by mělo obsahovat tyto základní informace:

- Jak lék užívat,
- Co dělat, když si uživatelka zapomene vzít tabletku nebo se rozhodne, že antikoncepci již nechce dále užívat, ale nechce být těhotná
- Poučení o obvyklých vedlejších účincích, které je při zpozorování nutné nahlásit
- Informace o pojistných antikoncepčních metodách, jakou jsou bariérové metody (diafragma, cervikální klobouček nebo mužský kondom)
- Možnosti doplňkových bariérových metod, které se používají spolu s perorální antikoncepcí, a které snižují riziko přenosu pohlavních chorob včetně viru HIV (LEIFER, 2004).

#### 4.2 Hormonální implantáty (Norplant)

Hormonální implantáty jsou vlastně malé kapsle, velikosti zápalky, které se vkládají pod kůži v nadloktí. Těchto malých kapslí je celkově šest, vylučují progestin a jeho pomalým vylučováním, zajišťují antikoncepční účinek po dobu pěti let. Podobně jako je tomu u minipilulek, zabraňuje implantát ovulaci a rozvoji endometria a ovlivňuje zahuštění cervikálního hlenu tak, aby zabránil proniknutí spermatu. U tohoto typu antikoncepce je účinnost téměř 100% a dále má další řadu výhod, z níž je asi nejlepší ta, že si žena nemusí hlídat každodenní užití tabletky a také, že nijak nenarušuje pohlavní styk (LEIFER, 2004).

Když se žena rozhodne otěhotnět, dají se implantáty kdykoliv odstranit a žena by měla být ihned fertilní. Cena těchto implantátů je poměrně vysoká, ale v případě, že si žena implantáty ponechá celých pět let, je cena buď stejná nebo i nižší, jako při perorální antikoncepci (LEIFER, 2004).

Výhody, vedlejší účinky i kontraindikace jsou v podstatě stejné jako u perorální antikoncepce. Jako nejběžnější vedlejší účinek se u hormonálních implantátů uvádí

nepravidelný menstruační cyklus. Výjimečně se mohou dostavovat bolesti hlavy, akné, náládovost, váhový přírůstek nebo závratě (LEIFER, 2004).

#### 4.2.1 Ošetrovatelská péče

Ženu bychom měli poučit zejména o vedlejších účincích hormonálního implantátu. Je často obvyklé, že po prvním zavedení bývá menstruace nepravidelná nebo může vymizet úplně. Žena se může po špatném poučení domnívat, že nepřítomnost nebo vynechání menstruace je známkou otěhotnění (LEIFER, 2004).

#### 4.3 Hormonální injekce (Depo – Provera)

Tato injekční forma hormonální antikoncepce je formou pomalu uvolňovaného progestinu. Mechanismus antikoncepčních účinků je u injekční formy obdobný jako u minipilulek nebo u implantátů. Účinky této antikoncepce trvají tři měsíce a ochrana je velice účinná. Žena může otěhotnět až po 4 až 9 měsících po ukončení užívání. Depo – Provera se aplikuje hluboko do svalu, nejpozději však pátý den po začátku menstruace. Jestliže se aplikuje později než pátý den, měla by žena při styku používat i další druh antikoncepce, protože už mohla nastat ovulace. U kojících matek, je možnost tuto injekci aplikovat šest týdnů po porodu, kdy již kojí (LEIFER, 2004).

Vedlejší účinky a kontraindikace jsou podobné jako u hormonálních implantátů nebo u perorální antikoncepce. Nejčastěji si ženy stěžují na nepravidelnosti menstruace, krvácení z průniku nebo na úplné vymizení menstruace (amenoreu). Když se objeví výše zmíněné vedlejší účinky, je to nejčastější příčina, proč si žena přeje ukončit tuto metodu antikoncepce (LEIFER, 2004).

#### 4.3.1 Ošetrovatelská péče

Je nutné poučit ženu o vedlejších účincích a problémech, které se v případě výskytu, musí nahlásit. Dále musíme ženu upozornit, že jestli chce předejít těhotenství a udržet si stálou hladinu hormonů, je nutné, aby si každé tři měsíce nechala aplikovat novou dávku. A na závěr bychom měli ženu poučit o metodách náhradní antikoncepce pro případ, že by se rozhodla od injekční metody upustit nebo se nestihne včas dostavit na další aplikaci injekce (LEIFER, 2004).

#### 4.4 Nitroděložní tělísko (IUD)



Jedná se o reverzibilní antikoncepční metodu, která je vázaná na preskripci. IUD jsou vyrobeny z plastu, obsahují progesteron a mají obvykle tvar písmene T (LEIFER, 2004).

Přesný mechanismus antikoncepčního působení tělíska není přesně znám, ale uvádí se následující faktory:

- Imobilizace spermií
- Urychlení transportu vajíčka vejcovodem
- Sterilní zánět endometria, který zabraňuje implantaci (LEIFER, 2004).

Účinnost nitroděložního tělíska je asi 98 % nebo více, nebrání pohlavnímu styku a je reverzibilní. Cena tělíska je vysoká, ale při dlouhodobém užívání jsou náklady nižší nebo stejné jako při užívání perorální antikoncepce (LEIFER, 2004).

Když se žena rozhodne pro IUD, musí lékař odebrat anamnézu a provést vyšetření podobné jako před aplikací jiné antikoncepce. Vyšetření se pak každoročně opakuje. Lékař prověří, zda žena netrpí pohlavně přenosnými chorobami nebo jinou pánevní infekcí, protože zavedení tělíska zvyšuje riziko šíření infekce (LEIFER, 2004).

#### 4.4.1 Vedlejší účinky a kontraindikace

Poté, co se tělísko aplikuje, se mohou objevit křeče a krvácení. Dále se může po čase objevovat zvýšené menstruační krvácení a také dysmenorea a tyto příznaky jsou nejčastějším případem, kdy si žena přeje tělísko odstranit. Dalšími možnými komplikacemi, s výjimkou infekce, bývá samovolné vypuzení tělíska nebo perforace dělohy. Jestliže dojde k tomu, že žena otěhotní a má přitom zavedené IUD, je zde velká pravděpodobnost spontánního potratu, ektopického těhotenství nebo předčasného porodu plodu (LEIFER, 2004).

#### 4.4.2 Ošetřovatelská péče

Musíme ženu poučit o vedlejších účincích. Kontrola správného umístění tělíska lze provést tak, že je možné nahmatat tenká plastová vlákna nející z děložního hrdla. Ověření se obvykle provádí každý týden, po dobu prvních čtyřech týdnů po aplikaci, následně se kontroly opakují jednou za měsíc po krvácení. Jestliže žena nahmatá

vlákna, zdají se jí kratší nebo delší než při poslední kontrole, je nutné, aby tuto skutečnost oznámila svému lékaři. Dále bychom měli ženě poskytnout informace a poučit ji o příznacích infekce (horečka, bolest, změna vaginálního výtoku) a případných známkách ektopického těhotenství, které se musí ihned nahlásit (LEIFER, 2004).

## 5 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce jsou mnohdy spojené jen s některým preparátem, který jedné pacientce nevyhovuje a druhé naopak ano. Objevují se jen u některých uživatelů a jsou popisovány v různé četnosti a také v různé míře. Proto, když se nějaký z nežádoucích účinků objeví, měla by ho žena konzultovat se svým lékařem, který téměř vždy pomůže najít pro pacientku to správné řešení, čili najít preparát, který bude pacientce plně vyhovovat a jeho užívání nebude spojeno s žádným negativním působením. Mnoho nežádoucích účinků se může projevovat jen ze začátku užívání hormonální antikoncepce, po delší či kratší době by měly tyto vedlejší účinky zcela vymizet. Proto většina gynekologů doporučuje pacientkám, aby preparát užívaly minimálně první tři měsíce a teprve poté, když nežádoucí účinky nevyjmou, „zkoušet“ nový (BARTÁK 2006).

Mezi nejčastější nebo i nejzávažnější nežádoucí účinky můžeme zařadit napětí v prsou, změny nálad, které mnohdy vedou i depresím, bolesti hlavy, poruchy libida, pigmentové skvrny v obličeji (chloasma), slabá nebo žádná menstruace, poruchy srážlivosti krve, zvýšený krevní tlak, tromboembolické příhody, poruchy jaterních funkcí, cholestatická žloutenka, alergické reakce na kůži. Mnohdy se může vyskytovat krvácení z průniku – tj. špinění. Málokdy se mohou objevit pocity na zvracení, změny tělesné hmotnosti, změny v metabolismu tuků, závratě, padání vlasů, únava, svědění, projevy na kůži (otoky, vyrážky). U uživatelů, které nosí kontaktní čočky se může projevit špatná snášenlivost při jejich nošení (BARTÁK,2006).

Přehled nejvíce se vyskytujících nežádoucích účinků u kombinovaných perorálních kontraceptiv:

- pocity na zvracení, zvracení,
- změny v tělesné hmotnosti,
- zvýšený krevní tlak,
- poruchy vidění,
- bolesti hlavy,

- depresivní nálady,
- krvácení mimo cyklus,
- pigmentové skvrny v obličeji (BARTÁK, 2006)

## **II PRAKTICKÁ ČÁST**

### **6 INFORMOVANOST ŽEN O NEŽÁDOUCÍCH ÚČINCÍCH HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE**

#### **6.1 Průzkumný problém**

Míra informovanosti žen o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce.

#### **6.2 Průzkumný cíl**

Zjistit, zda ženy, které užívají hormonální antikoncepci, jsou informované o jejich nežádoucích účincích.

#### **6.3 Průzkumné otázky**

Otázka 1 – Předpokládáme, že skupina žen se základním vzděláním je informována o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce méně než skupina žen, která má stupeň vzdělání vyšší.

Otázka 2 – Předpokládáme, že mladší ženy se zajímají o možné nežádoucí účinky hormonální antikoncepce více než ženy starší, a proto jsou mladší ženy lépe informovány.

Otázka 3 – Předpokládáme, že informovanost žen o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce je vyšší ve městech než na vesnicích.

#### 6.4 Metodika průzkumu

Jako průzkumnou metodu pro získání potřebných informací jsme si zvolili dotazník vlastní konstrukce. Použili jsme techniku otevřených i uzavřených otázek. Dotazník obsahoval celkem 12 otázek. Časový plán pro náš průzkum byl stanoven na měsíc únor až březen 2012. Průzkumným vzorkem bylo 100 náhodně vybraných žen. Dotazník jsme vytvořili na internetovém portálu [www.anasurvey.cz](http://www.anasurvey.cz) a následně jsme odkaz, kde se dotazník nachází, rozeslali respondentkám. Návratnost byla 100%. Získané údaje byly zpracovány do tabulek a grafů v programu Microsoft Excel a písemná část v textovém editoru Microsoft Word.

Pro průzkumnou otázku 1 jsme si stanovili otázky 2, 4, 6, 7. Průzkumnou otázku 2 jsme ověřovali otázkami 1, 4, 5, 6, 7. Otázky 3, 4, 5, 6, 7 se vztahovaly k průzkumné otázce 3. Zbylé otázky byly obecné.

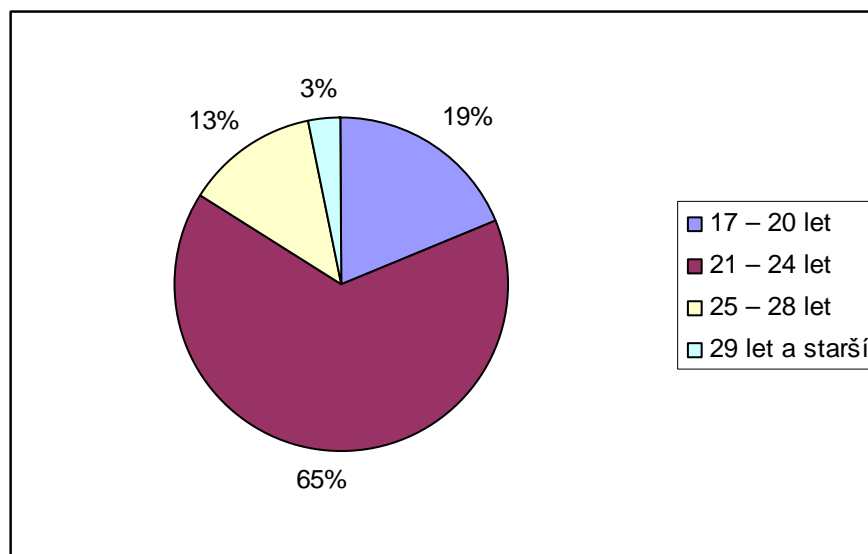
Průzkumný vzorek tvořily ženy ve věku od 17 let z nichž 54 žilo ve městech a 46 na vesnici.

## 7 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

TABULKA 1: VĚK RESPONDENTEK

Věk	n	%
17 – 20 let	19	19
21 – 24 let	65	65
25 – 28 let	13	13
29 let a starší	3	3
$\Sigma$	100	100

Graf 1 – Věk respondentek

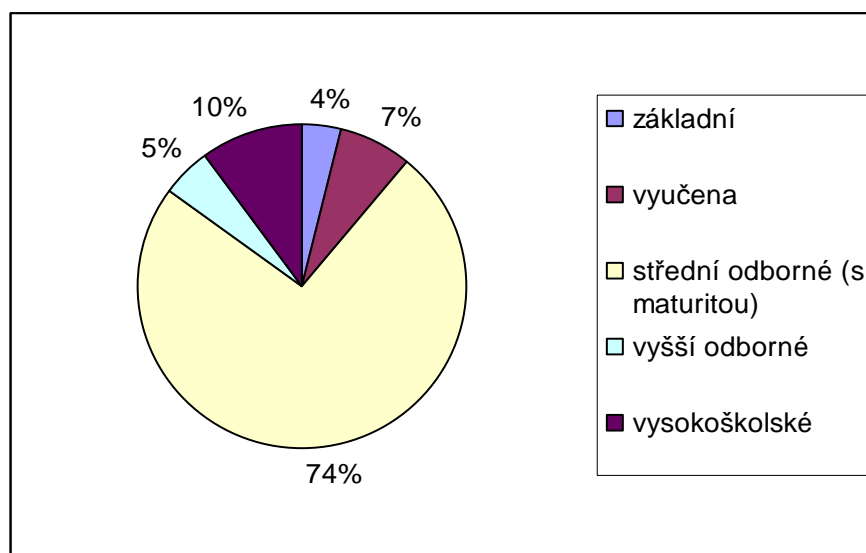


Z výsledných údajů vyplývá, že 19 % respondentek spadá do věkové kategorie 17 – 20 let, 65 % do 21 – 24 let, do věkové kategorie 25 – 28 let spadá 13 % a 3 % do věkové kategorie 29 let a starší.

Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

Vzdělání	n	%
Základní	4	4
Vyučena	7	7
Střední odborné (s maturitou)	74	74
Vyšší odborné	5	5
Vysokoškolské	10	10
$\Sigma$	100	100

Graf 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek



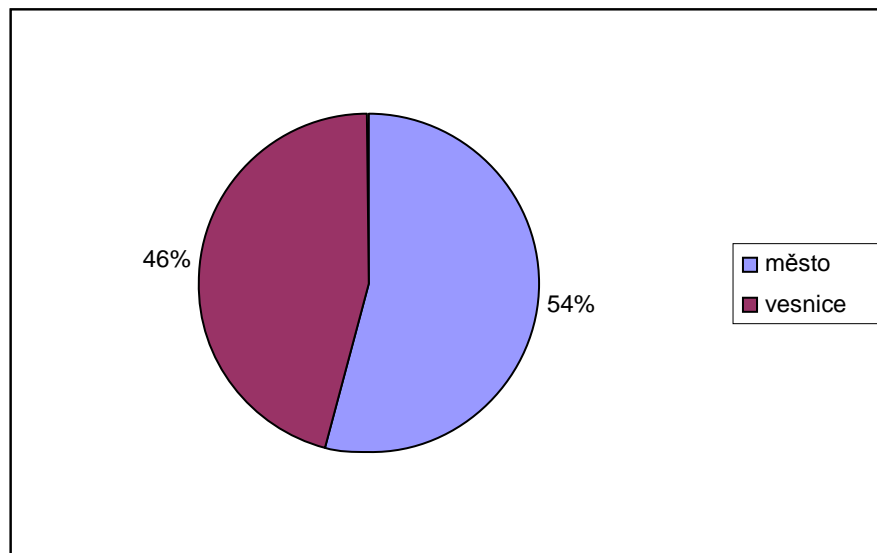
Základního vzdělání dosáhly 4 % respondentek, 7 % bylo vyučených, 74 % dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou, vyššího odborného vzdělání dosáhlo 5 % respondentek a 10 % mělo vzdělání vysokoškolské.



Tabulka 3: Bydliště respondentek

Bydliště	n	%
Město	54	54
Vesnice	46	46
$\Sigma$	100	100

Graf 3 – Bydliště respondentek

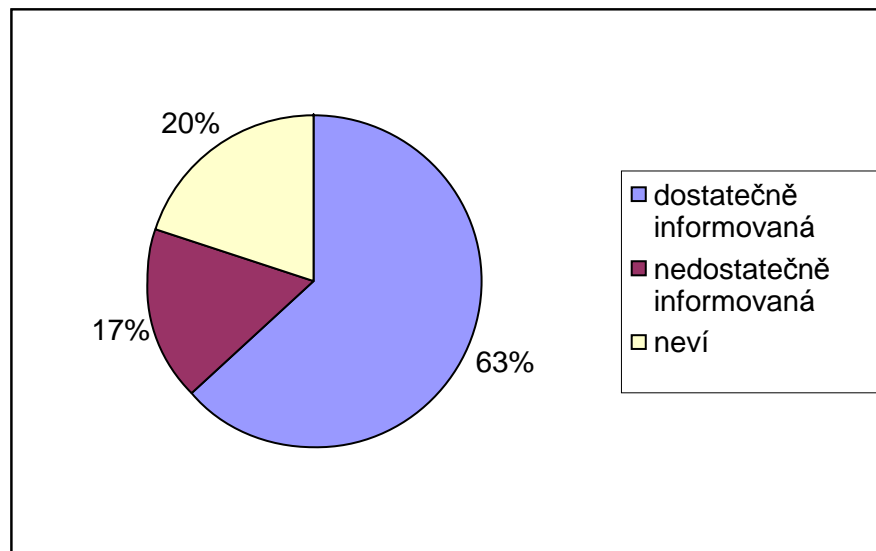


Ze 100 respondentek bydlelo 54 % ve městě a 46 % na vesnici.

Tabulka 4: Míra informovanosti žen o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce

Informovanost	n	%
Dostatečně informovaná	63	63
Nedostatečně informovaná	17	17
Neví	20	20
$\Sigma$	100	100

Graf 4 – Míra informovanosti žen o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce

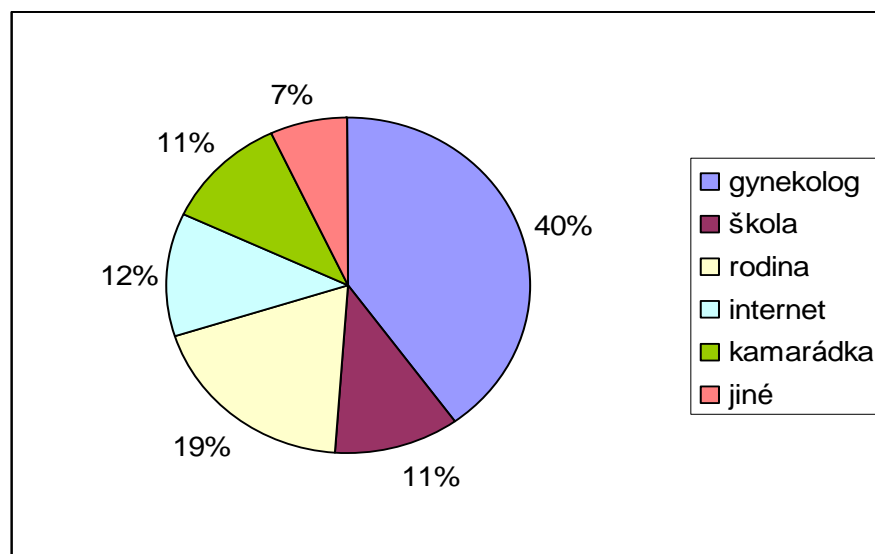


Dostatečně informováno bylo 63 % respondentek, 17 % dostatečně informováno nebylo a 20 % neví.

Tabulka 5: Kdo poskytl prvotní informace o hormonální antikoncepci

Poskytovatel	n	%
Gynekolog	40	40
Škola	11	11
Rodina	19	19
Internet	12	12
Kamarádka	11	11
Jiné	7	7
$\Sigma$	100	100

Graf 5 – Kdo poskytl prvotní informace o hormonální antikoncepci

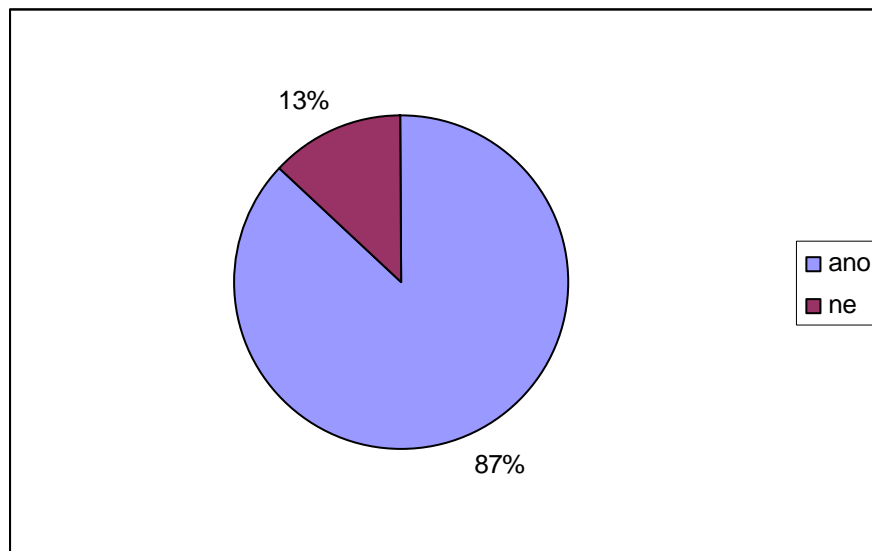


Od gynekologa získalo informace 40 % respondentek, 11 % ve škole, 19 % bylo informováno rodinou, z internetu 12 % , 11 % od kamarádky a zbylých 7 % využilo jiných zdrojů (časopisy, příbalové letáky, četba odborných knih, mediální prostředky, partner).

Tabulka 6: Obeznamenost s nežádoucími účinky hormonální antikoncepce

Obeznamenost	n	%
Ano	87	87
Ne	13	13
$\Sigma$	100	100

Graf 6 - Obeznamenost s nežádoucími účinky hormonální antikoncepce

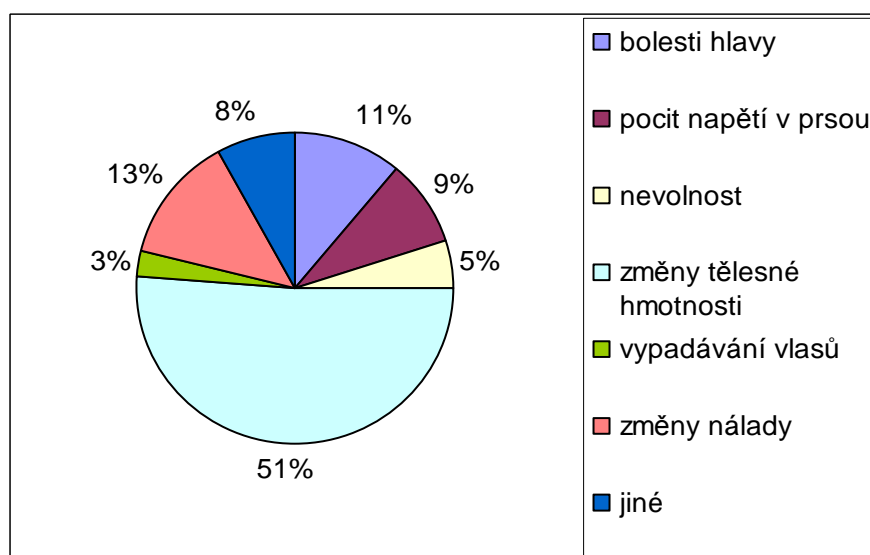


Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce jsou známy 87 % respondentek, 13 % známy nejsou.

Tabulka 7: Zkušenost s níže uvedenými nežádoucími účinky

Nežádoucí účinky	n	%
Bolesti hlavy	11	11
Pocit napětí v prsou	9	9
Nevolnost	5	5
Změny tělesné hmotnosti	51	51
Vypadávání vlasů	3	3
Změny nálady	13	13
Jiné	8	8
$\Sigma$	100	100

Graf 7 – Zkušenost s níže uvedenými nežádoucími účinky



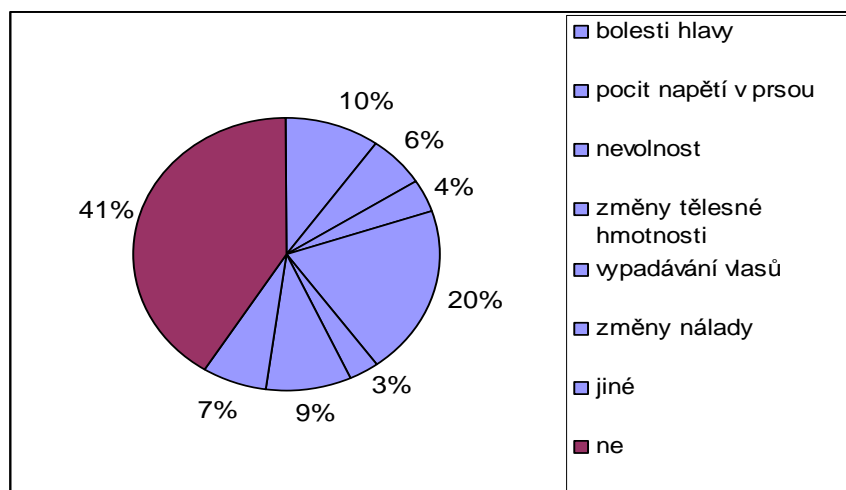
11 % respondentek uvedlo jako nežádoucí účinek bolesti hlavy, 9 % pocit napětí v prsou, 5 % nevolnost, nejčastější nežádoucí účinek, který respondentky (51 %) uvedly byly změny tělesné hmotnosti, 3 % vypadávání vlasů, 13 % změny nálady a zbylých 8 % uvedlo, že zná i jiné nežádoucí účinky jako je hormonální nerovnováha, výskyt akné,

silnější menstruace, bolesti v podbřišku, změny na kůži, bulky v prsou, ztráta libida, pocity na zvracení.

Tabulka 8: Trpěla jste některým z uvedených nežádoucích účinků

Trpěla		Netrpěla	
n=59	59%	n=41	41%
Bolesti hlavy	10		
Pocit napětí v prsou	6		
Nevolnost	4		
Změny tělesné teploty	20		
Vypadávání vlasů	3		
Změny nálady	9		
Jiné	7		

Graf 8 – Trpěla jste některým z uvedených nežádoucích účinků



Ze 100 respondentek uvedlo 59 %, že trpělo některým z nežádoucích účinků. Zbýlých 41 % se s žádným z uvedených nežádoucích účinků nesešlo. Z 59 % respondentek, trpělo bolestmi hlavy 10 %, 6 % mělo pocit napětí v prsou, 4 % si stěžovala na nevolnost, 20

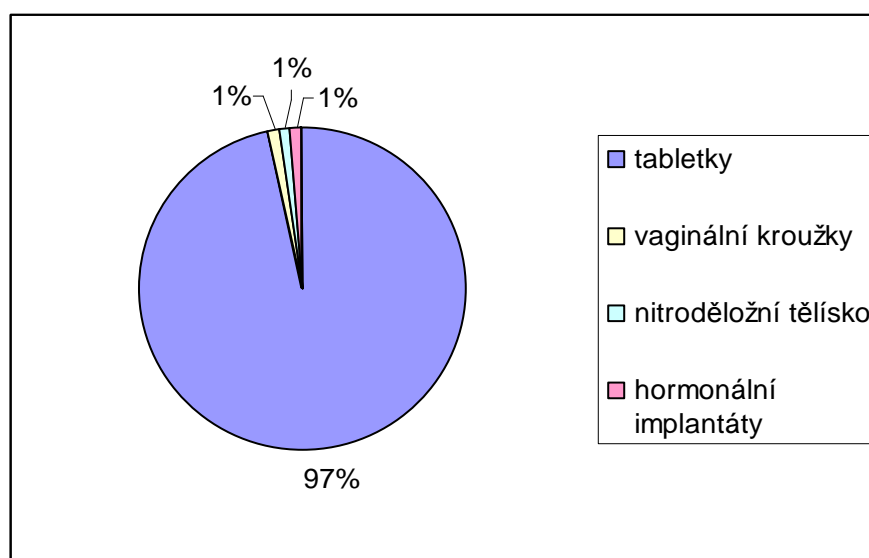
% pozorovalo změny tělesné hmotnosti, 3 % uvedla vypadávání vlasů, 9 % uvedlo změny nálady a 7 % zmínilo jiné nežádoucí účinky.



Tabulka 9: Užívaný typ hormonální antikoncepce

Typ hormonální antikoncepce	n	%
Tabletky	97	97
Náplasti	0	0
Vaginální kroužky	1	1
Nitroděložní tělísko	1	1
Hormonální implantáty	1	1
Injekce	0	0
Σ	100	100

Graf 9 – Užívaný typ hormonální antikoncepce

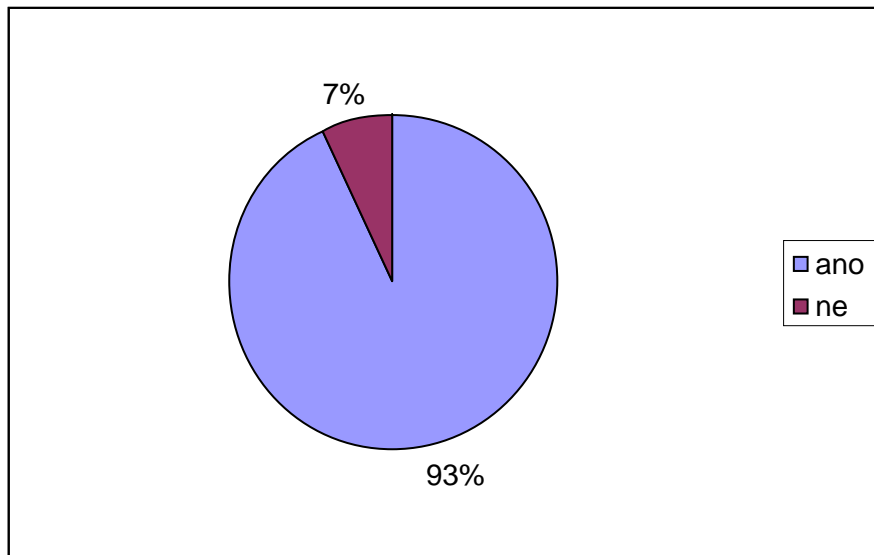


Hormonální antikoncepci v podobě tabletek užívá 97 % respondentek. Jedna respondentka uvedla jako typ hormonální antikoncepce vaginální kroužek, jedna má zavedené hormonální implantáty a jedna nitroděložní tělísko – Mirena.

Tabulka 10: Spokojenost s hormonální antikoncepcí

Spokojenost	n	%
Ano	93	93
Ne	7	7
$\Sigma$	100	100

Graf 10 – Spokojenost s hormonální antikoncepcí

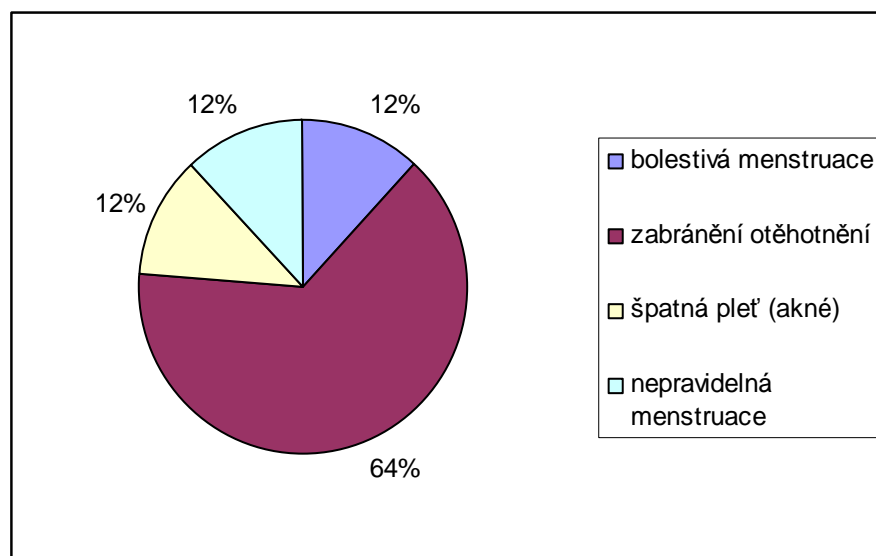


93 % respondentek je spokojeno se svou hormonální antikoncepcí a 7 % spokojeno není.

Tabulka 11: Důvod pro volbu hormonální antikoncepce

Důvod volby	n	%
Bolestivá menstruace	12	12
Zabránění otěhotnění	64	64
Špatná pleť (akné)	12	12
Nepravidelná menstruace	12	12
Σ	100	100

Graf 11 – Důvod pro volbu hormonální antikoncepce

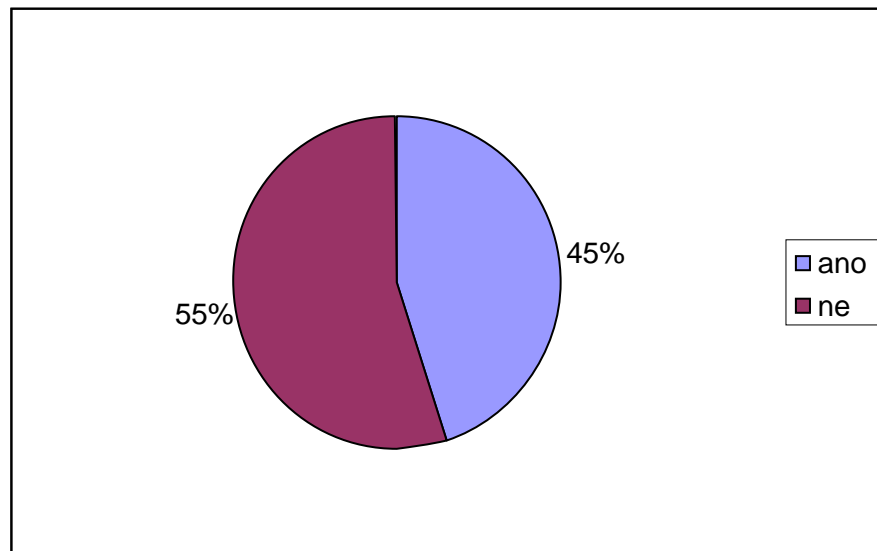


12 % respondentek začalo užívat hormonální antikoncepci z důvodu bolestivé menstruace, 64 % aby zabránily otěhotnění, 12 % udalo jako důvod špatnou pleť (akné) a 12 % kvůli nepravidelné menstruaci.

Tabulka 12: Nežádoucí účinky důvodem pro změnu hormonální antikoncepce

Změna	n	%
Ano	45	45
Ne	55	55
$\Sigma$	100	100

Graf 12 – Nežádoucí účinky důvodem pro změnu hormonální antikoncepce



Pro 45 % respondentek byly nežádoucí účinky důvodem pro změnu hormonální antikoncepce, 55 % svou hormonální antikoncepci kvůli nežádoucím účinkům neměnilo.

Průzkumné otázky:

Průzkumná otázka č 1: „ Předpokládáme, že skupina žen se základním vzděláním je informována o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce méně než skupina žen, která má stupeň vzdělání vyšší.“

Tabulka 13 – Vztah vzdělanosti k informovanosti o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce

	Základní vzdělání		Vyšší stupeň vzdělání	
	n=4		n=96	
	n	%	n	%
Jsem dostatečně informována	3	75	61	63
Nejsem dostatečně informována	1	25	15	16
Nevím	0	0	20	21

Ze 4 žen se základním vzděláním, byly dostatečně informovány 3 a 1 žena dostatečně informována nebyla. Z 96 žen s vyšším vzděláním než základním, bylo dostatečně informováno 61 žen, 15 dostatečně informováno nebylo a 20 neumělo odhadnout stupeň své informovanosti.

Průzkumná otázka 2: „ Předpokládáme, že mladší ženy se zajímají o možné nežádoucí účinky hormonální antikoncepce více než ženy starší, a proto jsou mladší ženy lépe informovány“.

Tabulka 14 – Vztah věku k informovanosti o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce

	17 – 24 let		25 let a více	
	n=90		n=10	
	n	%	n	%
Jsem dostatečně informována	56	62	8	80
Nejsem dostatečně informována	16	18	0	0
Nevím	18	20	2	20

Ve věkové skupině 17 – 24 let bylo dostatečně informováno 56 žen, 16 nebylo informováno dostatečně, 18 neumělo odhadnout stupeň své informovanosti. Ve věkové skupině 25 a více let bylo dostatečně informováno 8 žen a 2 neuměly odhadnout stupeň své informovanosti.

Průzkumná otázka 3: „, Předpokládáme, že informovanost žen o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce je vyšší ve městech než na vesnicích.“

Tabulka 15 – Vztah místa bydliště k informovanosti o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce

	Vesnice n=46		Město n=54	
	n	%	n	%
Jsem dostatečně informována	32	69	32	57
Nejsem dostatečně informována	9	20	7	15
Nevím	5	11	15	28

Ze 46 žen z vesnic bylo dostatečně informováno 32 , 9 dostatečně informováno nebylo a 5 neumělo odhadnout stupeň své informovanosti. Z 54 žen z města, bylo dostatečně informováno 32, 7 nebylo dostatečně informováno a 15 neumělo odhadnout stupeň své informovanosti.

## 8 DISKUZE

Hlavním tématem bakalářské práce byla informovanost žen o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce. V práci jsme se zaměřovali zejména na informovanost o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce ve vztahu ke stupni vzdělání, věku a místu bydliště.

Jako průzkumnou otázku 1 jsme stanovili, že ženy se základním vzděláním mají méně informací o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce, než ženy, které mají stupeň vzdělání vyšší. K této průzkumné otázce jsme zaměřili otázky 2, 4, 6, 7 v dotazníku. Tato průzkumná otázka se nepotvrdila (viz tabulka 13). Pravděpodobně jde o chybu malých čísel, protože byl nepoměr mezi počtem respondentek v kategoriích rozdělených podle stupně vzdělání.

V průzkumné otázce 2 jsme předpokládali, že mladší ženy se zajímají o možné nežádoucí účinky hormonální antikoncepce více než ženy starší a proto jsou mladší ženy lépe informovány. Toto jsme ověřovali otázkami 1, 4, 5, 6, 7 v dotazníku. Z výsledků průzkumu je patrné, že se tato průzkumná otázka nepotvrdila (viz tabulka 14). Zde se opět pravděpodobně jedná o chybu malých čísel. Ve věkové kategorii 17 – 24 let jsme měli více respondentek než v kategorii 25 let a více a zřejmě proto se nám tato průzkumná otázka nepotvrdila. Nicméně z našeho průzkumu vyvozujeme, že starší ženy se více zajímají o nežádoucí účinky hormonální antikoncepce pravděpodobně z důvodu životních zkušeností.

Pro potvrzení průzkumné otázky 3, kdy jsme předpokládali, že informovanost žen o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce je vyšší ve městech než na vesnicích, jsme stanovili otázky v dotazníku 3, 4, 5, 6, 7. Průzkumná otázka 3 se nepotvrdila, protože z výsledků průzkumu vyplývá, že ženy žijící na vesnici jsou více informované o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce než ženy, které žijí ve městech (viz tabulka 15). Tento výsledek je však poněkud zkrslující, z důvodu nestejného počtu účastnic průzkumu v obou kategoriích. Předpokládáme tedy, že dostupnost informací o nežádoucích účincích je téměř stejná, jak ve městech, tak na vesnicích.

Náš průzkum dále odhalil, že ženy nejčastěji (97 % respondentek) používají hormonální antikoncepci ve formě tabletek. Domníváme se, že k oblíbenosti tohoto typu



hormonální antikoncepce přispívá masivní reklamní kampaň, cenová dostupnost a snadné užívání. Méně užívaným přípravkem (v našem průzkumu 1 % respondentek) je například nitroděložní tělísko, které vylučuje hormony jen v místě působení a je proto vhodné pro ženy trpící onemocněním krve.

Zajímavé je, že prvotní informace o hormonální antikoncepci získalo 40 % respondentek od gynekologa. Předpokládáme, že je to proto, že první návštěva gynekologie je mnohdy spojena se zájmem o hormonální antikoncepci vzhledem k dospívání a začínajícímu sexuálnímu životu. Tento předpoklad jsme vyvodili i z dalších odpovědí na otázku, z jakého důvodu ženy začaly hormonální antikoncepci užívat. Ze sta dotazovaných žen, uvedlo 64 %, že důvodem pro začátek užívání hormonální antikoncepce bylo zabránění otěhotnění.

Výsledky průzkumného šetření nesplnily naše očekávání. Příjemné zjištění bylo, že ženy se o problematiku hormonální antikoncepce velice zajímají, a že některé z nich mají velké množství informací o jejích nežádoucích účincích.

Respondentky vyplnily dotazník bez problémů a ty, se kterými jsme měli možnost hovořit, se ptaly, zda mají správné a hlavně přesné informace, co se nežádoucích účinků hormonální antikoncepce týče. Jejich zájem nás potěšil a dodal chuť pracovat případně na dalším průzkumu.

## **9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Doporučením pro praxi je snaha o zvýšení informovanosti žen o možnostech, které mají v souvislosti se zvolením „správné“ hormonální antikoncepce, která by jim plně vyhovovala a nezpůsobovala by jim případné nežádoucí účinky. To znamená, že bych ženy více edukovala o možnostech hormonální antikoncepce, aby s ní byly co nejvíce seznámeny než začnou vůbec hormonální antikoncepci užívat. Jako jednu z možností, jak nejlépe edukovat ženy o této problematice, bych doporučila důkladné pročtení příbalových letáků, které obsahuje každé balení hormonální antikoncepce, nebo doporučit přečtení odborné literatury a případně, aby si ženy doplnily informace u svého gynekologa. A v neposlední řadě, poučit ženu o nutnosti pravidelných kontrol u gynekologa.

## **ZÁVĚR**

V naší bakalářské práci jsme zjišťovali „Informovanost žen o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce“. Informace k teoretické části jsem získala z odborné literatury a elektronických dokumentů.

1. Předpokládáme, že skupina žen se základním vzděláním je informována o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce méně než skupina žen, která má stupeň vzdělání vyšší.

**Průzkumná otázka 1 se nepotvrdila.**

2. Předpokládáme, že mladší ženy se zajímají o možné nežádoucí účinky hormonální antikoncepce více než ženy starší, a proto jsou mladší ženy lépe informovány.

**Průzkumná otázka 2 se nepotvrdila.**

3. Předpokládáme, že informovanost žen o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce je vyšší ve městech než na vesnicích.

**Průzkumná otázka 3 se nepotvrdila.**

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTÁK, Alexandr. 2006. *Antikoncepce*. Praha : Grada, 2006. 132 s. ISBN 80-247-1351-9.
2. CITTERBART, Karel. aj. 2001. *Gynekologie*. Praha : Galén, 2001. 243 s. ISBN 80-7262-094-0.
3. ČEPICKÝ, Pavel. 2002. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. Praha : LEVRET, 2002. 92 s. ISBN 80-903183-0-4.
4. ČEPICKÝ, Pavel; LÍBALOVÁ, Zuzana. 2009. *Mirena není Dana (LNG-IUS není IUD)* [online]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/mirena-neni-dana-Ing-ius-neni-iud-420078>>.
5. ELIŠKOVÁ, Miloslava; NAŇKA, Ondřej. 2006. *Přehled anatomie*. Praha : Karolinum, 2006. 307 s. ISBN 80-246-1216-X.
6. FAIT, Tomáš. 2008. *Antikoncepce*. Praha : MAXDORF, 2008. 103 s. ISBN 978-80-7345-172-1.
7. FANTA, Michael. 2009. *Kombinovaná hormonální antikoncepce* [online]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/kombinovana-hormonalni-antikoncepce-418762>>.
8. KOBILKOVÁ, Jitka. aj. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha : Galén, 2005. 370 s. ISBN 80-7262-315-X.
9. KOVÁŘ, Petr; UZEL, Radim. 2010. *Antikoncepční otazníky*. Ostrava : CAT Publishing, 2010. 164 s. ISBN 978-80-904290-0-0.
10. KŘEPELKA, Petr. 2007. *Hormonální kontracepce* [online]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/hormonalni-kontracepce-285067>>.
11. KUDELA, Milan. aj. 2004. *Základy gynekologie a porodnictví*. Olomouc : Papírtisk, 2004. 273 s. ISBN 80-244-0837-6.
12. LEIFER, Gloria. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha : Grada, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
13. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. Plzeň : Maurea, 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.
14. PAŘÍZEK, Antonín. 2006. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha : Galén, 2006. 407 s. ISBN 80-7262-411-3.

15. SLEZÁKOVÁ, Lenka. aj. 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha : Grada, 2011. 266 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
16. UZEL, Radim. 1999. *Antikoncepční kuchařka*. Praha : Grada, 1999. 137 s. ISBN 80-7169-767-2.
17. UZEL, Radim. 1992. *Jak neotěhotnět*. Praha : Scientia Medica, 1992. 110 s. ISBN 80-85526-15-8.
18. WEISS, Pavel. aj. 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

Zpracováno dle ČSN 690: 2, 1997

## Seznam příloh

Příloha A – Pás cudnosti .....	I
Příloha B – Pesar .....	II
Příloha C – Enovid .....	III
Příloha D – Historie nitroděložních tělísek .....	IV
Příloha E – Perorální antikoncepce .....	V
Příloha F – Norplant (hormonální implantáty) + aplikace.....	VI
Příloha G – Depo – Provera (hormonální injekce) .....	VII
Příloha H – IUD (nitroděložní tělísko) dnešní typy .....	VIII
Příloha Ch – Dotazník .....	IX, X

Příloha A – Pás cudnosti



Příloha B – Pesar

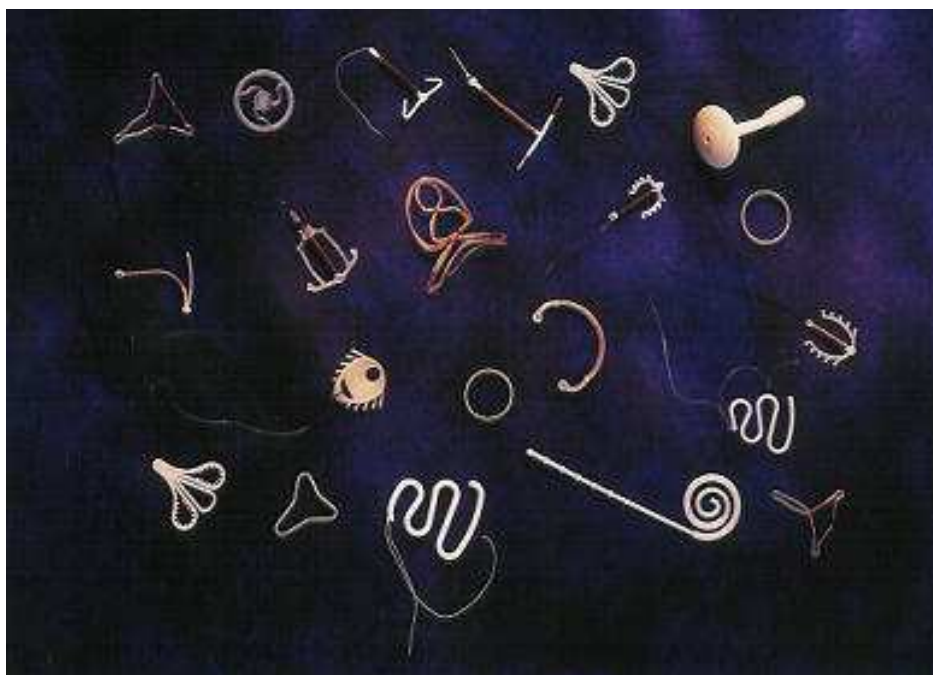




Příloha C – Enovid



Příloha D – Historie nitroděložních tělísek



## Příloha E – Perorální antikoncepce



Příloha F – Norplant (hormonální implantáty) + aplikace



Norplant

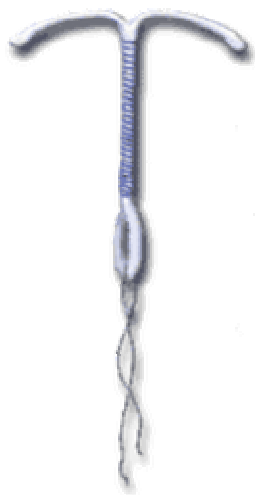


Aplikace

Příloha G – Depo – Provera (hormonální injekce)



Příloha H – IUD (nitroděložní tělísko) dnešní typy



## Informovanost žen o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce

*Milé dámy a slečny, jmenuji se Nikola Teimerová a jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické v oboru porodní asistentka. Abych mohla dokončit studium, vypracovávám bakalářskou práci na téma: „Informovanost žen o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce.“ Proto Vás prosím o vyplnění krátkého anonymního dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce. Předem děkuji za spolupráci.*

1. Uveďte prosím svůj věk

2. Uveďte své nejvyšší dosažené vzdělání

- základní
- vyučena
- střední odborné (s maturitou)
- vyšší odborné
- vysokoškolské

3. Kde bydlíte?

- ve městě
- na vesnici

4. Myslíte si, že jste dostatečně informována o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce?

- jsem dostatečně informována
- nejsem dostatečně informována
- nevím

5. Kdo vám poskytl prvotní informace o hormonální antikoncepci?

- gynekolog
- škola
- rodina
- internet
- kamarádka
- Jiné

6. Jsou Vám známy nežádoucí účinky hormonální antikoncepce?

- ANO
- NE

7. Které z níže uvedených nežádoucích účinků hormonální antikoncepce znáte?

- bolesti hlavy
- pocit napětí v prsou
- nevolnost
- změny tělesné hmotnosti
- vypadávání vlasů
- změny nálady
- Jiné

8. Trpěla jste nějakým z nežádoucích účinků uvedených v otázce č. 7? Uveďte, zda ANO či NE a v případě, že ANO, napíšte jakým.

9. Jaký druh hormonální antikoncepce používáte?

- tabletky
- náplasti
- vaginální kroužky
- nitroděložní tělíčko
- hormonální implantáty
- injekce

10. Jste spokojena se svou současnou hormonální antikoncepcí?

- ANO
- NE

11. Z jakého důvodu jste volila hormonální antikoncepci

- bolestivá menstruace
- zabránění otěhotnění
- špatná pleť (akné)
- nepravidelná menstruace

12. Byly u vás někdy nežádoucí účinky důvodem pro změnu hormonální antikoncepce?

- ANO
- NE