

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**INFORMOVANOST ŽEN O VÝHODÁCH A
NEVÝHODÁCH HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LENKA JIRUŠOVÁ

Praha 2019

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**INFORMOVANOST ŽEN O VÝHODÁCH A
NEVÝHODÁCH HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE**

Bakalářská práce

Lenka Jirušová

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

Praha 2019



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

JIRUŠOVÁ Lenka

3AVS

Schválení tématu bakalářské práce

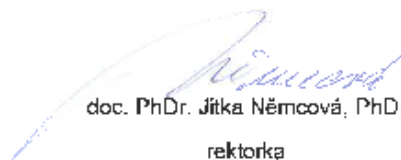
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Informovanost žen o výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce

Women's Awareness About Advantages and Disadvantages of Hormonal Contraception

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2018


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí bakalářské práce PhDr. Ivaně Jahodové, PhD., za poskytnutí cenných rad, vstřícný a trpělivý přístup. Dále děkuji své rodině za podporu během celého studia. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem zúčastněným respondentkám, které si udělaly čas a vyplnily dotazník, bez kterého bych nemohla svou bakalářskou práci dokončit.

ABSTRAKT

JIRUŠOVÁ, Lenka. *Informovanost žen o výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Praha 2019. 54 s.

Tématem bakalářské práce je informovanost žen o výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce. Práce je koncepčně rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou.

Teoretická část popisuje historický vývoj antikoncepce od jejího počátku až po současný stav. Dále typologicky rozděluje antikoncepci na hormonální a nehormonální, a zmiňuje jednotlivé druhy antikoncepcí spadajících do těchto kategorií. V teoretické části nechybí ani nástin principu fungování hormonální antikoncepce, kapitola pojednávající o výhodách a nevýhodách spojených s jejím užíváním a role všeobecné sestry při výběru vhodné antikoncepce.

Cílem praktické části je prozkoumat informovanost žen o výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce a zjistit, jaké jsou dle názoru žen nejvhodnější způsoby k šíření osvěty v oblasti jejího užívání. K naplnění tohoto cíle je v této části práce proveden průzkum pomocí dotazníkového šetření na vzorku 60 žen ve věku 15 let a výše. Na základě šetření bylo zjištěno, že výhod hormonální antikoncepce, kromě prevence proti neplánovanému početí, je si vědoma přibližně polovina dotazovaných žen. Možné nevýhody či rizika spojená s užíváním hormonální antikoncepce spatřují zhruba tři čtvrtiny dotazovaných. Nejvhodnějším způsobem k šíření osvěty v této oblasti je dle respondentek hlubší edukace lékařem v gynekologické ambulanci.

Klíčová slova

Antikoncepce. Dotazníkové šetření. Hormonální antikoncepce. Informovanost. Nevýhody. Role všeobecné sestry. Výhody.

ABSTRACT

JIRUŠOVÁ, Lenka. *Womens Awareness about Advantages and Disadvantages of Hormonal Contraception*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Prague 2019. 54 pages.

The topic of this bachelor's thesis is Womens Awareness about Advantages and Disadvantages of Hormonal Contraception. The thesis is conceptually divided into the theoretical and practical part.

The theoretical part describes historical development of contraception from its beginning to present days. Readers can also find information about individual types of contraception, brief description of principle on the base of which hormonal contraception works, main advantages and disadvantages linked with its usage and the role of the nurse in the selection of appropriate contraception.

The goal of the practical part is to explore women's awareness about advantages and disadvantages of hormonal contraception and to find out in which ways should be deeper education regarding hormonal contraception performed. To meet this goal, there is a survey research performed on the sample of 60 women in age of 15 years and more. On the base of the results, approximately half of the respondents were aware of additional advantages except to prevention against unplanned conception. Three quarters of respondents know about possible disadvantages or risks. The most appropriate way how to improve education in this area is, according to the answers, deeper education from gynaecologist.

Key words

Advantages. Awareness. Contraception. Disadvantages. Hormonal Contraception. Role of the Nurse. Survey Reserch.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD..... | 14 |
| 1 HISTORIE ANTIKONCEPCE | 17 |
| 1.1 HISTORIE ANTIKONCEPCE VE STAROVĚKU A STŘEDOVĚKU | 17 |
| 1.2 HISTORIE ANTIKONCEPCE V NOVOVĚKU A II. SVĚTOVÁ VÁLKA | 18 |
| 1.3 HISTORIE HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE | 19 |
| 2 PRINCIP ÚČINKU HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE... .. | 21 |
| 2.1 MENSTRUAČNÍ CYKLUS ŽENY | 21 |
| 2.2 OVARIÁLNÍ CYKLUS ŽENY | 22 |
| 2.3 PRINCIP FUNGOVÁNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE... .. | 23 |
| 3 DRUHY ANTIKONCEPCE | 25 |
| 3.1 NEHORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE..... | 25 |
| 3.2 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE | 26 |
| 3.2.1 KOMBINOVANÁ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE | 26 |
| 3.2.2 GESTAGENNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE | 30 |
| 3.2.3 NITRODĚLOŽNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE | 31 |
| 3.2.4 POSTKOITÁLNÍ ANTIKONCEPCE | 32 |

| | |
|---|----|
| 4 VÝHODY A NEVÝHODY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE | 33 |
| 4.1 VÝHODY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE | 33 |
| 4.2 NEVÝHODY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE | 37 |
| 5 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY PŘI VÝBĚRU VHODNÉ ANTIKONCEPCE | 40 |
| 6 PRŮZKUM INFORMOVANOSTI ŽEN O VÝHODÁCH A NEVÝHODÁCH HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE | 41 |
| 6.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM | 41 |
| 6.2 CÍLE PRŮZKUMU A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY | 41 |
| 6.3 POPULACE A VELIKOST VZORKU | 42 |
| 6.4 METODIKA PRŮZKUMU A VÝBĚRU VZORKU | 42 |
| 6.5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU | 43 |
| 6.6 DISKUZE | 63 |
| ZÁVĚR | 66 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 68 |
| SEZNAM PŘÍLOH | |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CMP.....cévní mozková příhoda

COCcombined oral contraception (kombinovaná orální
kontracepce)

HA.....hormonální antikoncepce

HAShyperandrogenní syndrom

TENtromboembolická nemoc

(VOKURKA, HUGO a kol., 2015), (KAŠÁKOVÁ, VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

| | |
|--------------------------|--|
| Amenorea | vynechání menstruačního krvácení u ženy v období pohlavní zralosti a plodnosti |
| Anovulační cyklus | cyklus ve vaječniku, při němž nedojde k uvolnění vajíčka do vejcovodu |
| Cysta | patologická dutina s vlastní výstelkou |
| Fertilizace | oplození |
| Glykogen | zásobní sacharid v lidském těle |
| Kontracepce | ochrana proti početí |
| Myom | nezhoubný nádor vzniklý z buněk svalů |
| Nidace | uhnízdění, zachycení oplodněného vajíčka |
| Ovarium | vaječník |
| Ovulace | uvolnění zralého vajíčka z Graafova folikulu |
| Progesteron | ženský pohlavní hormon |
| Pseudomenstruace | zdánlivé, nepravé menstruační krvácení |

(VOKURKA, HUGO a kol., 2015), (KAŠÁKOVÁ, VOKURKA, HUGO, 2015)

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 Pearlův index jednotlivých antikoncepčních metod | 33 |
| Tabulka 2 Distribuce respondentek podle věku | 43 |
| Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek | 44 |
| Tabulka 4 Zkušenost s hormonální antikoncepcí..... | 45 |
| Tabulka 5 Kouření | 46 |
| Tabulka 6 Pravidelnost gynekologických prohlídek..... | 47 |
| Tabulka 7 Důvod k započetí užívání hormonální antikoncepce | 48 |
| Tabulka 8 Spatřování dalších výhod HA | 49 |
| Tabulka 9 Další výhody HA | 50 |
| Tabulka 10 Spatřování nevýhod / rizik | 51 |
| Tabulka 11 Další nevýhody HA..... | 52 |
| Tabulka 12 Vysazení HA ze zdravotních důvodů | 53 |
| Tabulka 13 Důvod pro vysazení HA..... | 54 |
| Tabulka 14 Faktory zvyšující zdravotní rizika | 55 |
| Tabulka 15 Edukace o užívání HA | 56 |
| Tabulka 16 Testování trombofilní mutace | 57 |
| Tabulka 17 Srozumění s informacemi v příbalovém letáku | 58 |
| Tabulka 18 Dostatečná úroveň osvěty | 59 |
| Tabulka 19 Nejvhodnější distribuční kanály | 60 |
| Tabulka 20 Skutečné četnosti pro χ^2 kvadrát | 61 |
| Tabulka 21 Očekávané četnosti χ^2 kvadrátu..... | 62 |
| | |
| Graf 1 Vývoj obecných měř potratovosti na 1000 žen ve věku 15-49 let | 34 |
| Graf 2 Distribuce respondentek podle věku..... | 43 |

| | |
|--|----|
| Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek..... | 44 |
| Graf 4 Zkušenost s hormonální antikoncepcí | 45 |
| Graf 5 Kouření | 46 |
| Graf 6 Pravidelnost gynekologických prohlídek | 47 |
| Graf 7 Důvod k započetí užívání hormonální antikoncepce..... | 48 |
| Graf 8 Spatřování dalších výhod HA | 49 |
| Graf 9 Další výhody HA | 50 |
| Graf 10 Spatřování nevýhod / rizik..... | 51 |
| Graf 11 Další nevýhody HA | 52 |
| Graf 12 Vysazení HA ze zdravotního důvodu | 53 |
| Graf 13 Důvod pro vysazení HA | 54 |
| Graf 14 Faktory zvyšující zdravotní rizika | 55 |
| Graf 15 Edukace o užívání HA | 56 |
| Graf 16 Testování trombofilní mutace..... | 57 |
| Graf 17 Srozumění s informacemi v příbalovém letáku | 58 |
| Graf 18 Dostatečná úroveň osvěty | 59 |
| Graf 19 Nejvhodnější distribuční kanály | 60 |
| | |
| Obrázek 1 Ovariální cyklus ženy | 23 |

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je „Informovanost žen o výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce“. Toto téma bylo zvoleno zejména z důvodu jeho aktuálnosti. V dnešní době, kdy je společenským trendem věnovat zvýšenou pozornost svému zdraví, správné a zdravé výživě, klást důraz na dostatečné sportovní vyžití a obecně vést životosprávu s minimalizací škodlivých faktorů, neuniknou pozornosti mnohých ani léky. Zejména pak ty, které vzbuzují kontroverzi z pohledu možných negativních vlivů na naše tělo. Na hormonální antikoncepci, o které tato práce pojednává, existují v řadách veřejnosti rozmanité názory. Jak je popsáno dále v této práci, užívání hormonální antikoncepce má na lidské tělo prokazatelný vliv v několika ohledech, nejen v tom nejznámějším, kterým je zabránění vzniku neplánovaného otěhotnění. Již samotné zabránění otěhotnění může vzbuzovat etickou otázku, zda je či není tato forma zásahu do základních principů fungování přírody v pořádku. Práce se však zaměřuje i na další, méně známé vlivy. A to jak pozitivní – znamenající výhody, tak i negativní – představující nevýhody vyplývající z užívání hormonální antikoncepce.

Mít možnost rodičovství plánovat je v dnešním světě jistě velkou výhodou. Tento aspekt antikoncepce do velké míry ocení mnoho párů, zejména pak těch mladých, kteří se na početí a výchovu dítěte buďto ještě necítí, nebo jim brání jiné důvody, například finanční. Další, relativně početnou skupinou, pro kterou může antikoncepce představovat významné zvýšení životního komfortu, jsou páry, které již děti mají a další nechtějí. Existují však také lidé, kteří antikoncepci odsuzují, jelikož je samotná podstata antikoncepce v rozporu s jejich přesvědčením, například náboženským, a užívání antikoncepce je pro ně tak etickým problémem. Pro příklad nemusíme chodit daleko, je hned za hranicemi našeho státu. Polsko je jedno z nejsilněji křesťansky založených států světa a mnoho lékařů se potýká s vlastním morálním dilematem při předepsání hormonální antikoncepce. Katolická církev totiž schvaluje pouze jedinou formu antikoncepce a tou je metoda plodných a neplodných dnů.

V této bakalářské práci je popsán historický vývoj hormonální antikoncepce od jejího počátku až po nové metody 21. století. V práci je dále nastíněn princip fungování hormonální antikoncepce a je rozebráno její rozdělení podle typů. Nechybí ani kapitola pojednávající o výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce. V praktické části

práce je proveden kvantitativní průzkum informovanosti žen o výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce.

Rádi bychom, aby tato bakalářská práce byla přínosem pro všechny ženy, které zvažují užívání hormonální antikoncepce, nebo i pro ty, které si jen chtějí rozšířit své povědomí. Jelikož je v dnešní době užívání antikoncepce běžnou součástí života vysokého procenta žen, včetně těch náctiletých, považujeme jakýkoli krok směrem k větší osvětě v této oblasti za opodstatněný.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Na základě odborné literatury seznámit čtenáře s vývojem antikoncepce a jejím členěním.

Cíl 2: Na základě odborné literatury seznámit čtenáře s principem fungování hormonální antikoncepce a informovat o jejich výhodách a nevýhodách.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit, jaký je podíl žen, které jsou si vědomy dalších vlivů (pozitivních i negativních) hormonální antikoncepce, kromě prevence proti neplánovanému početí.

Cíl 2: Zjistit, kterých výhod a nevýhod (kromě prevence proti neplánovanému početí) jsou si ženy vědomy nejčastěji.

Cíl 3: Zjistit, jaké jsou dle názoru žen nejvhodnější způsoby pro šíření osvěty v oblasti užívání hormonální antikoncepce a s tím souvisejících výhod a nevýhod.

Vstupní literatura

1. FAIT, Tomáš, 2018. *Antikoncepce*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-587-3.

2. KŘEPELKA, Petr, 2013. *Hormonální antikoncepce*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2991-9.
3. ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART, 2008. *Gynekologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.
4. ROZTOČIL, Aleš, Pavel BARTOŠ a Karel CITTERBART, 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0214-3.

Rešeršní strategie

Teoretická část bakalářské práce na téma „Informovanost žen o výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce“ byla zpracována na základě rešerše literatury provedené Národní lékařskou knihovnou. Vyhledávané zdroje byly časově vymezeny na období 2009 – současnost. Základními prameny pro rešerši byly katalog knihoven systému Medvik, databáze Bibliographia medica Čechoslovaca, registr vysokoškolských kvalifikačních prací Thesis, repozitář závěrečných prací UK, databáze Medline a databáze CINAHL Complete. Rešeršní literatury bylo identifikováno 10 knih, 13 kvalifikačních prací a 83 článků. Tyto prameny byly pro zpracování bakalářské práce významným zdrojem cenných informací. Mimo zdroje identifikované rešerší byla použita rovněž další odborná literatura.

Pro účely zpracování kapitoly „HISTORIE ANTIKONCEPCE“ byly po konzultaci s vedoucí práce užity rovněž zdroje staršího data, v nichž podávané informace v oblasti historického vývoje antikoncepce lze považovat za stále.

1 HISTORIE ANTIKONCEPCE

Lidská sexualita patří do života člověka tak jako každá jiná lidská potřeba. Proto lze jednoduše porozumět snaze o oddělení pohlavního styku od plánovaného rodičovství. První zmínky o antikoncepci lze nalézt již ve starých biblických příbězích, kdy Ónan s Tamarou přerušovaně souložili. Tuto formu antikoncepce ale křesťanská církev neuznává, a proto byl také Ónan potrestán Hospodinem smrtí (BARTÁK, 2006).

1.1 HISTORIE ANTIKONCEPCE VE STAROVĚKU A STŘEDOVĚKU

Snaha o oddělení sexuálního života a početí dítěte sahá do dávné historie. Již ve starověku se lidé snažili zamezit početí dítěte různými metodami. V Egyptě používali masti, například z krokodýlího trusu, či medu. V Indii věřili, že k zabránění početí postačí rituální obřady spojené s vykuřováním pochvy a zaříkávadla. Čína měla zase své bariérové metody při koitu. Všechny tyto snahy však pochopitelně nebyly natolik účinné, aby se dalo hovořit o spolehlivé ochraně před nechtěným otěhotněním (BARTÁK, 2006).

Středověk díky svému zaměření na morální čistotu a mravní život mnoho nových poznatků v oblasti antikoncepce nepřinesl. V cudném životě měl ženám, kterým muž odjel z domova a chtěl mít jistotu věrnosti své ženy, pomoci pás cudnosti. Ve Francii, při epidemii sexuálně přenosné choroby, vynalezli první návlek na penis. Byl vyráběn z ovčího střívka a jeho primárním účelem mělo být zejména zamezení přenosu této choroby, známé dnes jako syfilis. Tento objev znamenal jeden z největších průlomů v dějinách antikoncepce, jelikož položil základ pro jednu z později nejrozšířenějších metod zamezení početí – užití prezervativu.

Přestože je renesanční období na přelomu středověku a novověku mnohými charakterizováno jako snaha o uchopení křesťanského života novým směrem, ani toto období nemělo pro vývoj antikoncepce velký význam (ČEPICKÝ, 2002).

1.2 HISTORIE ANTIKONCEPCE V NOVOVĚKU A II. SVĚTOVÁ VÁLKA

Jak již bylo zmíněno výše, renesanční období nemělo pro vývoj kontracepce příliš velký význam. Přesuňme se tedy do období porenesančního. 18. století bylo dobou, kdy vznikaly první myšlenky a teze o tom, že lidstvo roste z hlediska početnosti populace rychleji nežli jeho schopnost zabezpečit dostatek zdrojů pro svou obživu. S touto teorií první vystoupil anglický ekonom a pastor anglikánské církve Thomas Robert Malthus. Jeho rady jakožto pastora spočívaly v pozdějších sňatcích a sexuální zdrženlivosti. Tyto rady se v praxi příliš neosvědčily, avšak pod vlivem malthuziánské teorie došlo ve společnosti po větším volání po metodě, jež by umožňovala získat lepší kontrolu nad početím (ROZTOČIL, BARTOŠ, CITTERBART, 2011).

Další etapou ve vývoji antikoncepce je polovina 19. století, kdy došlo k prvnímu významnějšímu rozšíření bariérové kontracepce ve formě poševního pesaru. Jedná se o pesar, který je připodobňovaný k mužskému kondomu a za vynálezce se považuje americký lékař Wilde. O jeho propagaci se však více zasloužil německý lékař Mensing, jehož model pesaru se začal také hojněji využívat. Mensing byl zavalen vlnou kritiky, hlavně z řad katolické církve. Postupem času si však tato metoda antikoncepce našla své zastánce. Tito lidé byli označováni jako neomalthuziánci a z pohledu potřeby zpomalení populačního růstu vycházeli z filosofie svého předchůdce T. R. Malthuse (ROZTOČIL, BARTOŠ, CITTERBART, 2011).

Zásadním průlomem pro plošné rozšíření antikoncepce a povědomí o ní byla 20. léta minulého století. V této době se začaly zřizovat poradny, ve kterých se formou individuálních konzultací probíraly případy žen, které chtěly zamezit neplánovanému těhotenství. První poradna byla zřízena v Anglii neomalthuziánci v roce 1921. Následovala americká poradna, kterou roku 1923 založila Margaret Sangerová, bojovnice za práva žen a sexuální osvětu. Nejčastější metodou antikoncepce doporučovanou těmito poradnami byl poševní pesar. V Praze se díky zásluze profesora Antonína Ostrčila, tehdejšího přednosta II. gynekologicko-porodnické kliniky v Praze, stává první poradna v roce 1930. Období války však zase načas pozastavilo rozvoj v oblasti antikoncepce (ČEPICKÝ, 2002).

1.3 HISTORIE HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Základní myšlenkou hormonální antikoncepce je, že těhotná žena za normálních fyziologických okolností nemůže znovu otěhotnět, protože je v jejím těle blokováno uvolnění zralého vajíčka z vaječníku – ovulace (KŘEPELKA, 2013).

Ludwig Haberland – hormonální sterilizace

Začátkem 20. století tento rakouský profesor fyziologie přinesl důkaz o chybějící ovulaci při podání výtažku z ovarií. Své poznatky demonstroval na myších. Výtažek z vaječníků těhotných zvířat použil k zamezení oplodnění vajíček u zvířat, která těhotná nebyla. Svoji metodu nazval hormonální sterilizace a chtěl ji aplikovat i do praxe pro ženy. Látku steroidních hormonů nazval Infecundin. Pořízení této látky živočišné povahy bylo však extrémně finančně náročné. Pro bližší představu, pro jednu ženu by bylo zapotřebí výtažku z vaječníků cca 80 tisíc prasnic. V roce 1932 Haberland předčasně umírá, a to v pouhých 47 letech života. O rok později přichází Willard Myron Allen s progesteronem. Průmysl ve 30. letech 20. století však nebyl připraven na jeho masovou výrobu a extrakce z živočišných tkání byla, podobně jako u Infecundinu, velmi nákladná (KŘEPELKA, 2013).

Russel Marker – Diosgenin

Protože výroba progesteronu ze zvířecích tkání byla velmi nákladná, byli vědci nuceni uchýlit se k jiným alternativám. Russel Marker, americký chemik, zjistil, že z extraktu mexické rostliny Yam lze progesteron vyrobit. Látku vyrobenou touto cestou nazval diosgenin. Přes všechny obtíže s farmaceutickým průmyslem a mexickou vládou se Markerovi podařilo vyrobit přes 3 kg progesteronu z rostlinného extraktu, který se mu podařilo vyvézt do USA. To bylo největší množství, které se do té doby podařilo vyprodukovat. Navzdory tomuto úspěchu nezískal Marker podporu farmaceutického průmyslu a byl tedy nucen založit vlastní chemickou firmu v New Yorku. Jeho firma se později stala první firmou, která se zabývala studii hormonální antikoncepce (KŘEPELKA, 2013).

Gregory Goodwin Pincus, Min Chueh Chang, Margaret Sangerová – hormonální antikoncepce

Klinický experiment založený na principu aplikace progestagenních hormonů byl prezentován na mezinárodním kongresu v Tokiu v roce 1955, kde své výsledky

práce prezentovali Georg Pincus a Min Chueh Chang. Experiment byl financován Margaret Sangerovou, o které jsme se již zmiňovali v kapitole historie antikoncepce novověku a II. světové války, jako o zakladatelce 1. poradny pro ženy v Americe. Po prezentaci jejich výsledků následovala klinická studie v Portoriku. V roce 1957 dostává lék, jehož účelem je minimalizování poruch při menstruačním cyklu, svůj obchodní název – Enovid. *Enovid byl registrován jako první přípravek kombinované hormonální antikoncepce 23.6. 1960* (KŘEPELKA, 2013, s. 17) Do Československa se hormonální antikoncepce dostala až v roce 1965, přípravek se jmenoval Antigest a v začátcích se předepisoval jen vybraným ženám (ČEPICKÝ, 2002).

Současný stav, novinky v oblasti hormonální antikoncepce

V současné době je mezi českými ženami přes 45 % aktivních uživatelék hormonální antikoncepce, která je řízená lékařem, a poptávka po ní neustále roste. Nyní je na trhu více než 120 druhů HA. Nepřeberné množství těchto druhů dovoluje ženám vybrat si antikoncepci přímo na míru a zohlednit tak při tom její preference a potřeby (FORUM ANTIKONCEPCE, 2018).

Z průzkumu, který byl prováděn pod záštitou Fóra antikoncepce, vyplývá, že 60 % žen zahájilo svůj sexuální život již v 16 letech života nebo dříve, a přitom 20 % z těchto žen nepoužilo navzdory dnešní snadné dostupnosti antikoncepce při prvním pohlavním styku žádnou formu ochrany před neplánovaným početím. Zde se nabízí otázka, zdali je edukace mladistvých v oblasti sexuálního života dostatečná (FORUM ANTIKONCEPCE, 2018).

Současná pozornost vědců se obrátila rovněž k mužům. Novinkou v oblasti antikoncepce je HA pro muže. Momentálně je studie ve fázi testování. Tuto informaci mohou ocenit například ženy, které mají pocit, že zodpovědnost za ochranu před neplánovaným početím spočívá pouze na jejich bedrech nebo ženy, které ze zdravotních důvodů nemohou HA užívat. Antikoncepce pro muže je ve formě gelu, který obsahuje sloučeniny progestinu a testosteronu. Antikoncepční gel se aplikuje na záda jedenkrát denně a odtud se vstřebá skrz kůži do krve. Pokud se studie prokáže jako bezpečná, rozšíří se tím možnosti volby v oblasti ochrany před nechtěným početím (HERÁČEK, 2008), (NATIONAL GEOGRAPHIC SOCIETY, 2018).

2 PRINCIP ÚČINKU HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

V této kapitole bude nastíněn princip fungování hormonální antikoncepce. Pro osvětlení tohoto principu je nejprve nutné seznámit se se souvisejícími termíny – menstruačním a ovariálním cyklem ženy.

2.1 MENSTRUAČNÍ CYKLUS ŽENY

Menstruační cyklus, nazývaný někdy též jako perioda, je pravidelně se opakující cyklus v těle ženy na měsíční bázi. Jeho projevem je děložní krvácení a objevuje se tehdy, když je žena fyziologicky schopna reprodukce, tedy od období puberty až do klimakteria. Cyklus trvá přibližně 28 dní. První den cyklu počítáme od prvních příznaků menstruace, tedy od začátku krvácení. Cílem celého menstruačního cyklu je připravit děložní výstelku na implantaci oplozeného vajíčka a následně jeho další vývoj. Níže budou podrobněji popsány fáze menstruačního cyklu (MOUREK, 2012), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017).

a. Menstruační fáze:

Při menstruační fázi, tedy 1. den cyklu, se z těla ženy začnou vyplavovat zbytky zničené sliznice do pochvy. Vypuzení krve z těla napomáhají kontrakce dělohy. Tato fáze trvá přibližně 4-5 dní. Hlavním projevem je, jak jsme již zmínili výše, krvácení z pochvy. Mohou se však objevit i přidružené příznaky, kterými jsou například bolesti hlavy, bolesti břicha, nevolnost, podrážděnost, únava, křeče, zvýšený výskyt akné apod. (MOUREK, 2012), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017).

b. Proliferační fáze:

Po menstruační fázi následuje fáze proliferační. Tato fáze se nazývá též růstovou proto, že v jejím průběhu roste nová děložní sliznice, endometrium. Tvorba nové sliznice je podmíněna zvýšenou hladinou estrogenů v těle ženy. Estrogeny se tvoří v Graafově folikulu. Tato obnovující fáze trvá v průměru 7 dní. Kromě obnovení samotné sliznice dochází rovněž k prokrvení a růstu žlázek. Endometrium dosahuje až 10 mm výšky. Když je endometrium

dostatečně vyživeno, je připraveno k usazení oplozeného vajíčka (MOUREK, 2012), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017).

c. Sekreční fáze:

Po proliferační fázi přichází fáze sekreční. Je podporována tvorbou progesteronu ze žlutého tělíska, které vzniká ve vaječniku po uvolnění zralého vajíčka z Graafova folikulu (tento proces je též znám jako ovulace). Sekreční fáze je fází nejdéší. Trvá zpravidla od 12. dne menstruačního cyklu až do 27. dne. Na příchod oplozeného vajíčka se tělo připraví nahromaděním glykogenu a lipidů v děložní výstelce. Tvoří se hlen a rozšiřují se tepénky (MOUREK, 2012), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017).

d. Ischemická fáze:

Díky snížení přívodu kyslíku začnou buňky endometria odumírat. Tato fáze je nejkratší, jelikož trvá pouze několik hodin, maximálně 1 den. Nastává pouze tehdy, když nedojde k oplození vajíčka.

Po ischemické fázi se celý cyklus opakuje. Tělo ženy se opět dostává do fáze menstruační (za předpokladu, že nedošlo k otěhotnění) (DYLEVSKÝ, 2019), (MOUREK, 2012), (SLEZÁKOVÁ a kol., 2017).

2.2 OVARIÁLNÍ CYKLUS ŽENY

Tento cyklus je velmi úzce spojen s cyklem menstruačním. Jde o změny, které probíhají na vaječniku díky vlivu pohlavních hormonů. Hormonální průběh neboli cyklus ovariální, obsahuje fázi folikulární, ovulační a luteální.

a. Folikulární fáze:

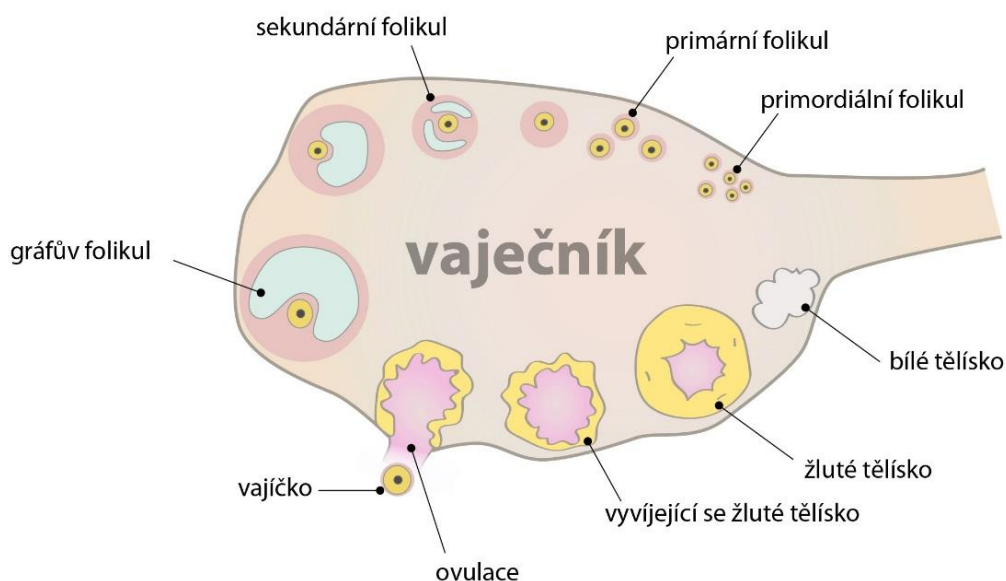
Tato fáze je počátkem hormonálního cyklu. Typickým znakem pro tuto fázi je růst folikulů, podle kterých dostala i svůj název. Vzestup hladiny estrogenu napomáhá růstu folikulů v těle ženy, ze kterého vzniká Graafův folikul. Fáze trvá přibližně 14 dnů a je ukončena uvolněním vajíčka z vaječniku – ovulací (KŘEPELKA, 2013).

b. Ovulační fáze:

Fáze, při které Graafův folikul praská a vzniká žluté tělísko. Je zachyceno řasinkami vejcovodů a dále je posouváno blíže k děloze. Tato fáze je velmi důležitá pro ženy, které se snaží otěhotnět, nebo se naopak chtějí otěhotnění vyvarovat. Ovulační fáze je totiž doprovázena tzv. plodnými dny, tedy dny, kdy je největší pravděpodobnost, že žena otěhotní. Ovulační fázi lze zjistit například pomocí měření bazální teploty v pochvě, folikulometrií apod. Tato fáze trvá přibližně 24 hodin (KŘEPELKA, 2013).

c. Luteální fáze:

Po ukončení fáze ovulační nastává fáze luteální. Jejím typickým znakem je prvotní vzestup hladiny progesteronu, který ovšem následně rapidně klesá, pokud nedojde k oplození vajíčka. Luteální fáze tedy trvá od období ovulace po počátek menstruačního krvácení (KŘEPELKA, 2013).



Obrázek 1 Ovariální cyklus ženy

Zdroj: NOVÁKOVÁ, 2014

2.3 PRINCIP FUNGOVÁNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Jak již bylo zmíněno v předešlé kapitole, hormonální antikoncepce funguje na principu, že za normálních podmínek těhotná žena nemůže znovu otěhotnět, protože je v jejím těle blokováno uvolnění zralého vajíčka. *Antikoncepční účinek steroidních*

hormonů disponuje schopností zasáhnout do funkční struktury hypotalamo-hypofyzo-ovariální osy a prakticky vyloučit pravděpodobnost fertilizace (KŘEPELKA, 2013, s. 30).

Základní schopností hormonální antikoncepce je potlačení ovulace díky hormonům (estrogenům a progestinům), které zabrání uvolnění zralého vajíčka z vaječníku. Bez uvolnění zralého vajíčka není schopna žena otěhotnět. Zmíněný progestin rovněž disponuje vlastností tvorby cervikálního hlenu, čímž vytvoří nepropustnou bariéru pro spermie. Dále se oba hormony podílejí na zapříčinění neschopnosti růstu endometria během menstruačního cyklu. Endometrium nevyroste do potřebné výšky, není připraveno k nidaci (usazení) vajíčka a vytváří se nepřátelské prostředí pro spermie. Progestiny dále ovlivňují i motilitu vejcovodů, čímž rovněž zabraňují možné přepravě spermií ke zralému vajíčku (KŘEPELKA, 2013).

3 DRUHY ANTIKONCEPCE

Antikonceptci můžeme typologicky rozdělit dle mnoha kritérií. Nejčastější dělicí linie rozčleňují antikoncepci na hormonální a nehormonální.

3.1 NEHORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Nejznámějšími typy nehormonální antikoncepce jsou přirozené metody, bariérové metody, nitroděložní tělíska a sterilizace.

a. Přirozené metody:

Jedná se o metody, které nevyžadují žádné pomůcky. Metodika účinku je založena na počítání ženských plodných a neplodných dnů. Při pravidelném 28denním menstruačním cyklu se považují první a poslední týdny za neplodné. Naopak v týdnu v prostřední fázi menstruačního cyklu má žena největší pravděpodobnost otěhotnění. Mezi přirozené metody antikoncepce dále řadíme i přerušovanou soulož, jejíž účinnost je úměrná zkušenosti partnerů (DVOŘÁK, 2013).

b. Bariérové metody:

Hlavním účelem bariérových metod je zabránění přístupu spermií do rodidel ženy. Mezi nejznámější bariérové metody patří prezervativ. Prezervativy v dnešní době existují jak pro muže, tak pro ženy. Ženské prezervativy se ale zatím netěší takové oblibě, jako ty mužské. Výhodou této metody je dobrá dostupnost, finanční nenáročnost a prevence některých sexuálně přenosných nemocí. Další, méně využívanou bariérovou metodou, je pesar. Tuto pomůcku si žena zavede do pochvy před pohlavním stykem a vytahuje ji nejdříve 6 hodin po styku (DVOŘÁK, 2013).

c. Nitroděložní tělíska:

Obliba této nehormonální metody v posledních letech roste. Nitroděložní tělísko zavádí lékař ženě do děložní dutiny za aseptických podmínek 3. den menstruačního cyklu. Tělísko se zavádí zavaděčem. Po zavedení se uvnitř

dělohy rozvine. Výměna je doporučena po pěti letech od zavedení. Tato metoda se doporučuje ženám se stálým partnerem a ženám, které netrpí záněty a nemají vývojovou anomálii v oblasti dělohy.

d. Sterilizace, vazektomie:

Jedná se o metodu antikoncepce, která je nevratná. O sterilizaci v České republice nyní může požádat každý občan starší 21 let, a to bez udání důvodu. Jedná se o operační zákrok, který se v dnešní době nejčastěji provádí pomocí laparoskopu. Jsou však i nové metody, u kterých není potřeba hospitalizace, neobjeví-li se komplikace. Provádí se na rozdíl od laparoskopického zákroku ambulantně a pacient musí být řádně poučen o výkonu (SLEZÁKOVÁ a kol. 2017).

Existují i další nehormonální metody antikoncepce. Výše jsou zmíněny ty nejznámější a nejpoužívanější. Dále se budeme věnovat už pouze hormonální antikoncepci.

3.2 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Mezi nejznámější typy hormonální antikoncepce řadíme kombinovanou HA, progestagenní HA, nitroděložní HA a postkoitální HA.

3.2.1 KOMBINOVANÁ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Kombinovaná hormonální antikoncepce je, jak už název napovídá, kombinací dvou složek, konkrétně gestagenu a estrogeneru. Tato kombinovaná metoda dvou složek patří mezi nejpoužívanější a nejspolehlivější formy antikoncepce na dnešním trhu. Rozdíl mezi přípravky kombinované hormonální antikoncepce je pouze ve způsobu dávkování a způsobu aplikace (KŘEPELKA, 2013).

Rozdělení kombinované hormonální antikoncepce:

a. Rozdělení dle použitých preparátů a jejich dávkování je následující:

I. Monofázické preparáty:

Dávka estrogeneru a gestagenu je konstantní pro všechny tablety užívané během cyklu. Tento způsob dávkování kombinované hormonální

antikoncepce je dnes nejvyhledávanější (ROZTOČIL, BARTOŠ, CITTERBART, 2011).

II. Bifázické preparáty:

Po dobu prvních 11 dní je složení tablet konstantní. Následujících 10 dní se mění hladina gestagenu na vyšší. Tato forma dávkování se dnes již tolik nevyužívá (ROB, MARTAN, CITTERBART, 2008).

III. Trifázické preparáty:

U této formy preparátů je více způsobů dávkování. Mezi nejznámější patří cyklus rozdělený na prvních šest dnů, kdy je dávka obou složek (estrogenu a gestagenu) nejnižší, následujících pět dnů se dávka obou složek zvyšuje a posledních deset dnů se nadále zvyšuje pouze dávka gestagenu, přičemž dávka estrogenu se snižuje. Cílem tohoto formátu dávkování je přiblížení se fyziologickému menstruačnímu cyklu (ROB, MARTAN, CITTERBART, 2008).

IV. Kombifázické preparáty:

Jsou náhradou bifázických preparátů, přičemž rozdíl oproti nim spočívá zejména v kratší době konstantní hladiny u obou preparátů. Z 11 dní se tato fáze zkrátila na týden. Po týdnu užívání se hladina dávky estrogenu snižuje a hladina dávky gestagenu zvyšuje (ROB, MARTAN, CITTERBART, 2008).

b. Dalším způsobem dělení kombinované HA je dělení podle dávky použitého estrogenu. Rozlišujeme:

- I. Přípravky s vysokým dávkováním, kdy je použito 50 µg estrogenu.
- II. Přípravky s nízkým dávkováním, kdy je použito 30-35 µg estrogenu.
- III. Přípravky s velmi nízkým dávkováním, kdy je použito 15-20 µg estrogenu. V současné době je 15 µg nejnižší možnou hranicí

dávky estrogenu, pod kterou se pravděpodobně již klesat nebude (ČEPICKÝ, 2009), (ROZTOČIL, BARTOŠ, CITTERBART, 2011).

Spolehlivost těchto přípravků s různým dávkováním je srovnatelná. Čím je dávka estrogenu nižší, tím pravděpodobnější je možný výskyt krvácení během užívání tablet. Čím je dávka vyšší, tím je pravděpodobnější výskyt vedlejších nežádoucích účinků jako například retence vody, či citlivosti prsů (ČEPICKÝ, ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, 2011).

c. Kombinovanou HA lze dělit rovněž dle typu použitého gestagenu. V tomto případě je rozdělení následující:

- I. Gestagen se zbylou androgenní povahou – do této skupiny řadíme například levonorgestrel a norethisteron acetát.
- II. Gestagen s minimální androgenní povahou – do této skupiny řadíme například degestrel a gestoden.
- III. Gestagen s antiandrogenní povahou – do této skupiny řadíme například cyproteron acetát a chlormadion acetát.
- IV. Gestagen antiandrogenní a antimineralokortikoidní povahou – do této skupiny řadíme například drospirenon (ROZTOČIL, BARTOŠ, CITTERBART, 2011).

V drtivé většině případů se s kombinovanou hormonální antikoncepcí setkáváme ve formě tablet, tj. perorálního způsobu podání. Existují však i další způsoby. Ty nejčastěji používané uvádíme níže (KŘEPELKA, 2013).

a. Perorální podání kombinované hormonální antikoncepce

Jak bylo zmíněno výše, perorální způsob podání je nejčastější formou aplikace kombinované hormonální antikoncepce. Jde o kombinaci progestinu a estrogenu v podobě tablet. První tabletu žena užije v první den menstruačního cyklu. Dalších 21 dní užívá tablety každý den. Následuje týdenní pauza pro pseudomenstruaci. Když bude uživatelka HA brát tablety kontinuálně bez přestávky, menstruace se nedostaví. Pro větší spolehlivost je dobré užívat antikoncepci přibližně ve stejnou hodinu.

Tablety určené pro užití v rámci jednoho menstruačního cyklu se od sebe navzájem liší z pohledu obsahu hormonů zabraňujících početí. V podstatě jde o to, že první týden je dávka nižší, protože by nemělo v pravidelném menstruačním cyklu dojít k oplození vajíčka. Druhý týden je naopak nejkritičtější, proto je dávka vyšší. Třetí týden se dávka opět sníží. Čtvrtý týden žena může tablety vysadit a proběhne fáze menstruační. Výše dávkování je také ovlivněna výrobcem tablet (KŘEPELKA, 2013).

b. Injekční podání kombinované hormonální antikoncepce

Podobně jako u orálního podání, je i injekční forma aplikace kombinací dvou látek, estrogeneru a progestinu. Látky se aplikují do svalu, tedy intramuskulárně, a začnou se pozvolna uvolňovat do krevního oběhu ženy. Tuto formu antikoncepce je nutné opakovat každý měsíc, protože doba účinku je právě jeden menstruační cyklus. V této době však není na trhu v České republice dostupná (KŘEPELKA, 2013).

c. Transdermální podání kombinované hormonální antikoncepce

HA je aplikována prostřednictvím antikoncepční náplasti, která funguje na bázi pozvolného uvolňování látek do krevního oběhu. Doba účinku je jeden týden. Náplasti se aplikují po dobu tří po sobě jdoucích týdnů. Následující, čtvrtý týden se vynechá pro umožnění pseudomenstruace. Účinnost náplasti se může snížit s rostoucí váhou ženy. Ženy s hmotností nad 90 kg mají vyšší pravděpodobnost selhání kontracepce (KŘEPELKA, 2013).

d. Vaginální podání kombinované hormonální antikoncepce

Tento způsob podání může být ze všech uvedených forem pro ženu nejsložitější. Žena si aplikuje vaginální kroužek, který obsahuje účinné látky. Kroužek se opět zavádí na dobu tří týdnů. Následuje opět týdenní pauza a nastává pseudomenstruační krvácení (KŘEPELKA, 2013).

3.2.2 GESTAGENÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Podobně jako u kombinované hormonální antikoncepce, má i progestagenní antikoncepce mnoho způsobů aplikace. Důvodem pro vytvoření progestagenní antikoncepce byla kontraindikace antikoncepce kombinované. Hlavními důvody kontraindikace jsou silné kuřačky, ženy trpící migrénou nebo kojící ženy. Nasazení progestagenní hormonální antikoncepce nevyžaduje žádné laboratorní vyšetření ženy (FAIT, 2018), (KŘEPELKA, 2013).

Všechny formy gestagenní kontracepce díky dávce použitého hormonu nejen ovlivňují viskozitu cervikálního hlenu a růst endometria, ale i motilitu vejcovodu, a přestože ne zcela inhibují ovulaci, narušují folikulogenezi (FAIT, 2018, s.65).

a. Perorální podání

Orální způsob podání progestagenní antikoncepce je vhodná náhrada antikoncepce kombinované, zejména pro ženy, které z nějakého důvodu, většinou zdravotního, nemohou užívat estrogény, které kombinovaná antikoncepce obsahuje. Při správném užívání této antikoncepce je její spolehlivost velmi vysoká. Jak bylo zmíněno výše, progestagenní antikoncepce ovlivňuje zejména změny ve viskozitě cervikálního hlenu, růstu děložní výstelky a pohybu vejcovodů. Tyto všechny mechanismy mají zamezit početí. Pravděpodobnost takového otěhotnění je 0,5 %. Vysoce se doporučuje progestagenní antikoncepci užívat ve stejnou denní dobu. Opoždění o 3 hodiny snižuje účinnost antikoncepce, což u kombinované hormonální antikoncepce nastává ve většině případů až po 12 hodinách. Výhodou progestagenní antikoncepce oproti antikoncepci kombinované je, že ji mohou užívat i ženy které kojí. Na druhé straně se mohou objevit i nežádoucí účinky jako jsou amenorea, průnikové krvácení, změny nálad, problémy s pletí, bolestivost v oblasti prsů atd. Některé prameny uvádí, že žena může ve větší míře trpět na benigní ovariální cysty (KŘEPELKA, 2013).

b. Intramuskulární a subkutánní podání

Intramuskulární podání se od subkutánního podání liší kromě způsobu aplikace rovněž ve velikosti dávky. Zatímco aplikaci do podkoží pomocí

moderního injektoru si může provést uživatelka sama, u aplikace do svalu to možné není. Další výhodou subkutánní injekce je menší bolestivost oproti aplikaci do svalu. Indikace, vedlejší účinky a kontraindikace jsou v těchto způsobech aplikace srovnatelné. Kontracepční účinek však klesá u žen trpících obezitou. Jako vedlejší nežádoucí účinek je nárůst tělesné hmotnosti. Rovněž může nastat samovolné krvácení z rodidel či může žena trpět depresí. Plodnost ženy se navrácí zhruba do 1 roku. Tato antikoncepční metoda je doporučována spíše starším ženám (KŘEPELKA, 2013).

c. Podkožní implantáty

Podkožní implantát se aplikuje ženě do podkoží paže. Implantát samovolně uvolňuje potřebnou denní dávku kontracepce. Implantát se zavádí na dobu 5 let a po uplynutí této doby se musí vyjmout a nahradit. Vedlejší účinky podkožních implantátů jsou podobné jako u ostatních typů progestagenních HA. Jedná se nejčastěji o nárůst hmotnosti, změny nálad, nepravidelné krvácení a bolesti hlavy (KŘEPELKA, 2013).

3.2.3 NITRODĚLOŽNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Nitroděložní hormonální antikoncepce je umělohmotné tělísko ve tvaru T, které se zavádí do dělohy uživatelky. Toto tělísko obsahuje určité množství hormonu levonogestrel, který se postupně uvolňuje a tím napomáhá navodit anovulaci. Tento hormon také napomáhá ke zvýšení viskozity cervikálního hlenu, změně motility vejcovodů a změně růstu endometria. Nitroděložní tělísko zavádí gynekolog ambulantně a jedná se o nebolestivý zákrok. Tělísko se může ponechat v děloze až po dobu 5 let. Po vyjmutí tělíska žena může okamžitě plánovat rodičovství. Výhodou nitroděložní antikoncepce je zejména absence nutnosti pravidelného užívání s rizikem opomenutí. Tato metoda tedy vylučuje možnost subjektivní chyby. Na druhé straně má tato metoda i několik nevýhod, které představují nejčastěji problémy s pletí a dočasné krvácení při zavádění tělíska, které může přetrvávat i několik měsíců. Kontraindikací k zavedení této metody je velmi málo. Patří sem prodělaný karcinom prsu nebo vývojové anomálie dělohy. Tato metoda je především vhodná pro ženy s vaskulárními komplikacemi (KŘEPELKA, 2009).

3.2.4 POSTKOITÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Nazývaná též někdy jako intercepce, či nouzová antikoncepce, je hormonální antikoncepce, která se užívá po nechráněném styku nebo při selhání jiné antikoncepce. Postkoitální antikoncepce je též indikována při znásilnění. Jedná se tedy o jakousi „první pomoc“, když si žena není jistá, zda by po proběhlém pohlavním styku nemohla otěhotnět. Není ovšem doporučována k dennímu užívání, a to zejména kvůli zvýšenému riziku vedlejších účinků. Postkoitální antikoncepce se užívá perorálně ve formě tablet. Tabletu je nutné užít přibližně do 120 hodin po rizikovém pohlavním styku. Účinnost tablety klesá s uplynulou dobou od pohlavního styku. Kontraindikací k užití této tablety je tromboembolická nemoc (ANON, 2016).

Nutno uvést, že žádná ze zmíněných hormonálních antikoncepcí nechrání před pohlavně přenosnými chorobami.

4 VÝHODY A NEVÝHODY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

O hormonální antikoncepci lze dnes dohledat velkou spoustu informací, zejména pak na internetu. Někdy jsou však tyto informace prezentovány nesprávně nebo neúplně. V následujícím textu bychom rádi podrobněji probrali výhody a nevýhody hormonální antikoncepce, a to, čemu při užívání HA věnovat zvýšenou pozornost.

4.1 VÝHODY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Z podstaty věci se od léku očekává, že bude mít příznivý účinek na naše tělo a že nám například pomůže od bolesti nebo nás vyléčí z nemoci. Není tomu jinak ani u hormonální antikoncepce – i zde uživatelky logicky očekávají příznivý účinek, tentokrát však nejčastěji v podobě ochrany před neplánovaným početím. Tato ochrana však není jediným pozitivním efektem, který s sebou užívání HA přináší. V následujících odstavcích proto detailněji rozebereme příznivé účinky hormonální antikoncepce.

Primární funkce antikoncepce (ochrana před neplánovaným početím) je rovinou, ve které je právě hormonální antikoncepce ve srovnání s jinými formami antikoncepce jednoznačně nejúčinnější. Spolehlivost antikoncepčního účinku můžeme vyjádřit podle tzv. Pearlůva indexu. Jedná se o matematický index a zjednodušeně lze říci, že popisuje, kolik žen ze sta za jeden rok nechtěně otěhotní (kategorizováno dle typu užití antikoncepce).

Tabulka 1 Pearlův index jednotlivých antikoncepčních metod

| Metoda antikoncepce | Běžná uživatelka | Ideální uživatelka |
|------------------------------|------------------|--------------------|
| Žádná antikoncepce | 80 | 0 |
| Periodická abstinence | 30 | 3 |
| Přerušovaná soulož | 20 | 4 |
| Prezervativ | 10 | 4 |
| Spermicidy | 10 | 3 |
| Kojení | 5 | 3 |
| Hormonální vaginální kroužek | 0,5 | 0,4 |
| Hormonální náplasti | 0,5 | 0,4 |

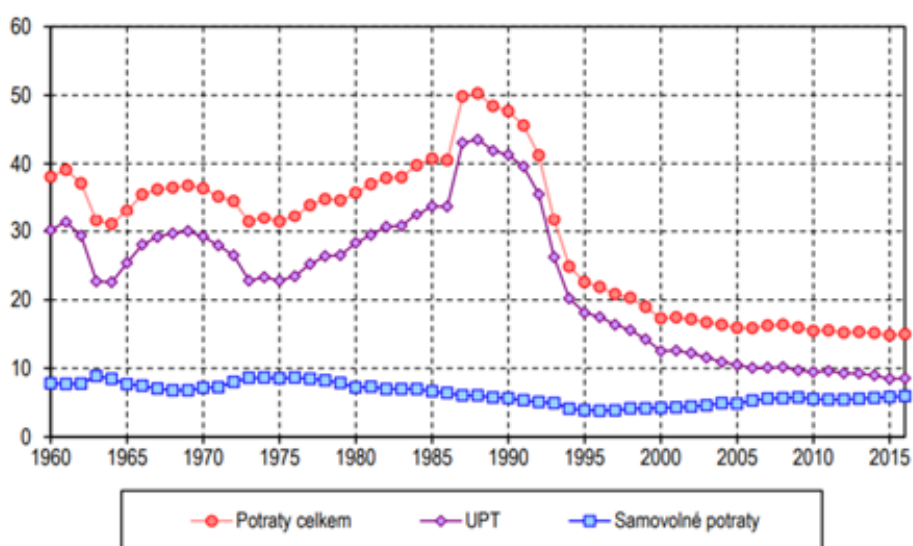
| | | |
|-----------------------------------|------|------|
| Gestagení minipilulky | 0,5 | 0,2 |
| Kombinované pilulky | 0,5 | 0,1 |
| Nitroděložní tělísko s mědí | 0,3 | 0,2 |
| Gestagení implantáty | 0,05 | 0,02 |
| Hormonální nitroděložní tělísko | 0,05 | 0,02 |
| Depotní medroxyprogesteron acetát | 0,02 | 0,01 |
| Chirurgická sterilizace | 0,02 | 0 |

Zdroj: ROZTOČIL, BARTOŠ, CITTERBART, 2011, s. 106

Jak bylo zmíněno výše, při užívání většiny léků se můžeme v příbalovém letáku informovat o možných vedlejších účincích. Tyto vedlejší účinky nemusí mít na naše tělo vždy pouze negativní dopad. Konkrétně u hormonální antikoncepce mluvíme v případě vedlejších pozitivních účinků o tzv. neantikoncepčních přínosech.

Kromě neantikoncepčních přínosů antikoncepce bychom rádi zmínili jeden z nejvýznamnějších výhod HA, a to snížení počtu potratů. Jelikož je hormonální antikoncepce prozatím neúčinnější formou ochrany před nechtěným otěhotněním, užíváním hormonální antikoncepce rapidně klesla potřeba žen podstupovat interrupci. Následující graf zobrazuje vývoj v potratovosti v České republice od roku 1960 až do roku 2016.

Graf 1 Vývoj obecných měr potratovosti na 1000 žen ve věku 15-49 let



Zdroj: ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR, 2018, s. 14

Jak jsme již zmínili, indikací pro nasazení hormonální antikoncepce nemusí být vždy pouze její primární účel, tj. zabránění neplánovanému těhotenství. Podle

Hruškové, dalšími neantikoncepčními přínosy a výhodami jsou: redukce poruch menstruačního cyklu, redukce tvorby ovariálních cyst, snížení výskytu mimoděložního těhotenství, redukce výskytu pánevních zánětů, léčba hyperandrogenního syndromu, snížení rizika karcinomu ovaria a endometria, ochranný vliv na riziko vzniku kolorektálního karcinomu, redukce výskytu děložních myomů a léčba endometriózy. V následujících odrážkách tyto pozitivní přínosy HA stručně rozebereme (HRUŠKOVÁ, 2009).

a. Redukce poruch menstruačního cyklu

Poruchou menstruačního cyklu se rozumí jakákoliv odchylka od menstruačního cyklu, ať už v délce trvání, množství ztracené krve, či intervaly mezi periodami. Podáním hormonální antikoncepce se upraví vnitřní rozvrat hormonů, estrogeneru a progesteronu. Pravidelný menstruační cyklus s fyziologickou ztrátou krve také snižuje riziko vzniku anémie (HRUŠKOVÁ, 2009), (ROB, MARTAN, CITTERBART, 2008).

b. Redukce tvorby ovariálních cyst

Ovariální cysty se vytvářejí nejčastěji po porodu. Riziko pro ženu nastává, když se ovariální cysty neléčí. Mezi nejčastější komplikace patří torze vaječníku a ruptura cysty s následným vnitřním krvácením a zánětem pobřišnice. Podáváním hormonální antikoncepce snižujeme riziko vzniku tvorby těchto cyst v důsledku ovlivnění ovulace (HRUŠKOVÁ, 2009), (ROZTOČIL, BARTOŠ, CITTERBART, 2011).

c. Snížení výskytu mimoděložního těhotenství

Mimoděložní těhotenství je uhnízdění vajíčka mimo dělohu. Mimo dělohu vajíčko ve většině případů odumírá. Pokud se ale začne vajíčko dále vyvíjet, jedná se o život ohrožující stav, který je potřeba řešit chirurgickým zákrokem. V důsledku ovlivnění ovulace hormonální antikoncepcí se snižuje pravděpodobnost výskytu mimoděložního těhotenství (HRUŠKOVÁ, 2009).

d. Redukce výskytu pánevního zánětu

Pánevní zánět postihuje ve většině případů dělohu a vejcovody. Vyznačuje se bolestmi v podbříšku, krvácením a zvýšenou tělesnou teplotou. Podáváním hormonální antikoncepce docílíme zahuštění cervikálního hlenu a redukce pravděpodobnosti výskytu těchto pánevních zánětů (HRUŠKOVÁ, 2009), (ROZTOČIL, BARTOŠ, CITTERBART, 2011).

e. Léčba HAS

HAS, neboli hyperandrogenní syndrom, představuje zvýšenou produkci androgenů, konkrétně testosteronu. Zvýšená produkce tohoto hormonu vede k prohloubení maskulinních rysů. Konkrétně ženy se potýkají s problémem nadměrného ochlupení v obličejové části typické pro růst vousů u mužů. Dále to mohou být například problémy s akné. Jednou z účinných léčebných metod je nasazení hormonální antikoncepce, tedy estrogeneru, progesteronu. Vždy je však zapotřebí zvážit etiologii daného případu (HRUŠKOVÁ, 2009), (ROB, MARTAN, CITTERBART, 2008).

f. Snížení rizika karcinomu ovaria a endometria

Za další neantikoncepční přínos HA lze považovat snížení rizika rakoviny ovaria a endometria. Důvodem je snížení proliferační aktivity u obou tkání (HRUŠKOVÁ, 2009), (ROB, MARTAN, CITTERBART, 2008). *Riziko se snižuje úměrně délce užívání COC* (HRUŠKOVÁ, 2009, s. 570).

g. Ochranný vliv na riziko vzniku kolorektálního karcinomu

Tento protektivní charakter je s největší pravděpodobností zapříčiněn ovlivněním estrogenních receptorů ve střevní sliznici a změnou koncentrace žlučových kyselin. Studie prokázaly, že tato ochrana přetrvává i po vysazení hormonální antikoncepce nejméně dalších 20 let (FAIT, 2018), (ROZTOČIL, BARTOŠ, CITTERBART, 2011).

h. Redukce výskytu děložních myomů

Děložní myom je nezhoubný nádor dělohy v oblasti děložní svaloviny. Podáním hormonální antikoncepce zmírníme jejich expanzi a potlačíme

klinické projevy, kterými jsou zejména bolesti při menstruaci, bolesti v oblasti pánve a krvácení mimo menstruační cyklus (HRUŠKOVÁ, 2009).

i. Léčba endometriózy

Endometrióza je patologický stav u žen, kdy se děložní výstelka nachází mimo dutinu děložní. Hormonální léčba spočívá v navození falešného těhotenství, a následně zmenšení endometria a ložisek endometriózy (HRUŠKOVÁ, 2009), (ROZTOČIL, BARTOŠ, CITTERBART, 2011).

Některé studie naznačují pozitivní vliv užívání COC na thyreopatie, revmatoidní artritidu a žaludeční vředy, ale klinický význam těchto izolovaných dat je diskutabilní (FAIT, 2018, s. 44).

4.2 NEVÝHODY SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Jak bylo řečeno výše, od léku se obecně očekává, že bude na naše tělo působit svými pozitivními účinky. Podobně však jako u většiny léků, i v případě hormonální antikoncepce se mohou projevit nějaké nežádoucí, negativní vedlejší účinky. V odstavcích níže se zabýváme právě těmito možnými nepříznivými vlivy HA na ženské tělo.

Rizika spojená s hormonální antikoncepcí můžeme rozdělit do tří kategorií. První kategorii představují vedlejší účinky hormonální antikoncepce spojené převážně s diskomfortem, který žena prožívá. Nejčastějšími projevy jsou bolesti hlavy, nárůst hmotnosti, pocit pnutí v prsou s bolestí či nervozita spojená s emoční labilitou. Důvodem tohoto diskomfortu je často nejspíše retence tekutin v těle (FAIT, ZIKÁN, MAŠATA, 2014).

Do druhé kategorie řadíme komplikace, které se objevují velmi vzácně, ale ženu přímo neohrožují na životě. Patří jsem migrény, změny libida, zvracení, kožní problémy a nesnášenlivost kontaktních čoček (FAIT, 2018).

Do třetí kategorie spadají závažná rizika spojená s užíváním hormonální antikoncepce. Tato rizika jsou vzácná, a mohou být potencionálně smrtící. Tuto

kategorii níže probíráme detailněji a patří sem zejména tromboembolická nemoc, kardiovaskulární komplikace, cévní mozková příhoda a cholestáza.

a. Tromboembolická nemoc

Tromboembolická nemoc (TEN), je onemocnění vzniklé na podkladě krevní sraženiny. Tato krevní sraženina se obvykle objevuje v dolních končetinách nebo v oblasti pánve. Komplikací krevních sraženin je plicní embolie. K plicní embolii dochází po vmetení krevní sraženiny (trombu) do plic. Riziko pro uživatelky hormonální antikoncepce nastává především v užívání COC v prvním roce. Faktory, které přispívají k riziku vzniku TEN jsou nejčastěji obezita, kouření, alkohol, imobilita a trombofilní mutace. K riziku vzniku fatální plicní embolie dochází u 1-2 % žen (HRUŠKOVÁ, 2009), (ROZTOČIL, BARTOŠ, CITTERBART, 2011).

Mezi nejznámější trombofilní mutace patří Leidenská mutace. Leidenská mutace je vrozené dědičné onemocnění s poruchou srážlivosti krve. Pro její homozygotní formu¹ platí absolutní kontraindikace kombinované hormonální antikoncepce, jelikož pro jedince s touto formou existuje velmi vysoké riziko trombózy (FAIT, 2018).

b. Kardiovaskulární komplikace

Mezi relativní riziko hormonální antikoncepce v oblasti kardiovaskulární patří infarkt myokardu a hypertenze. Infarkt myokardu je definován jako náhlá zástava přítoku krve do srdce. Zástavu přítoku krve do srdce způsobuje nejčastěji krevní sraženina. Zvýšené riziko je u kuřáček, obézních žen, žen trpících hypertenzí a u žen nad 35 let. Spojitost s hormonální antikoncepcí a rizikem vzniku je v použité dávce estrogenu a typem progestinu.

Hypertenze, je označována jako přetrvávající, či opakující se zvýšený krevní tlak nad hodnotu 140/90. Zvýšený krevní tlak patří mezi civilizační

¹ Homozygotní forma = forma, kdy jedinec zdědil mutaci od obou rodičů.

choroby a lidí trpících hypertenzí neustále přibývá. Kontroly krevního tlaku v gynekologických ambulancích jsou dnes již standardem. Proto, je-li v gynekologické ambulanci opakovaně naměřena vyšší hodnota krevního tlaku, je častým prvním krokem vysazení hormonální antikoncepce, nikoliv okamžitá léčba hypertenze. Souvislost s hormonální antikoncepcí je v použité dávce estrogenu (HRUŠKOVÁ, 2009), (ROB, MARTAN, CITTERBART, 2008).

c. Cévní mozková příhoda

Jedná se o přerušení transportu krve do určité části mozku. Rizikovými faktory přispívajícími ke vzniku CMP v kombinaci s hormonální antikoncepcí jsou zejména kouření, hypertenze, migrenózní stavy a věk uživatelky. Studie potvrdily, že ženy trpící migrénami, které jsou aktivními uživatelkami perorální hormonální antikoncepce, mají relativní riziko vzniku CMP až 6krát vyšší. Souvislost s hormonální antikoncepcí je v použité dávce estrogenu (FAIT, 2018), (HRUŠKOVÁ, 2009).

d. Cholestáza

Cholestáza je porucha odtoku žluči. Užíváním perorální hormonální antikoncepce se snižuje odtok žluči a zvyšuje se hladina cholesterolu žluči. Studie prokázaly, že větší riziko vzniku této choroby má uživatelka hormonální antikoncepce, která již v průběhu těhotenství cholestázu aspoň jednou prodělala (FAIT, 2018).

Za jeden z nežádoucích účinků byl dříve považován i možný karcinom jater. Studie zjišťovaly, zda hormonální antikoncepce nemá souvislost s tímto nádorovým onemocněním. *Ve většině studií podávání COC nebylo zjištěno statisticky významné zvýšení výskytu karcinomu jater* (FAIT, 2018, s.43).

5 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY PŘI VÝBĚRU VHODNÉ ANTIKONCEPCE

Najít správnou formu antikoncepce, aby vyhovovala všem požadavkům a potřebám konkrétní uživatelky a zároveň ji neohrožovala na zdraví či dokonce životě, může být mnohdy velmi složité. Dnešní paleta možností je však o mnoho širší, než tomu bylo ještě v nedávné minulosti. Za posledních 40 let došlo k velkému posunu v oblasti vývoje nových antikoncepčních technologií, a to zejména z pohledu složení, dávkování, frekvence užívání i způsobu podání. Přesto však nelze formulovat univerzální doporučení metody vhodné pro všechny ženy. Vždy záleží na profilu ženy, okolnostech a způsobu preferované metody. Z pohledu profilu ženy a okolností se nejčastěji přihlíží ke věku, kouření, krevnímu tlaku, riziku vzniku krevních sraženin, užívaným lékům atp. (FAIT, 2018), (WHO, 2015).

Role všeobecné sestry při výběru vhodné metody antikoncepce spočívá převážně ve schopnosti zorientovat se v dané problematice a následné edukaci pacientky. Její odbornost se může projevit už při odebrání anamnézy. Všeobecná sestra by se měla zaměřit zejména na výskyt krevních sraženin v rodině, trombofilní mutace, které jsou absolutní kontraindikací k nasazení kombinované hormonální antikoncepce, hypertenzi, migrenózními stavy a v neposlední řadě na lékovou interakci. Dále by měla brát v potaz fakt, zda jsou ženy kuřáčky, obézní a v jaké věkové kategorii se nachází. Na základě analýzy anamnézy a dalších zjištěných faktů by měla edukovat pacientky o zdravém životním stylu a upozornit je na možné riziko vzniku trombózy při užívání hormonální antikoncepce. V dalším kroku by měla navrhnout konzultaci s lékařem, který pacientkám doporučí vhodné formy antikoncepce. Při pravidelné návštěvě pacientek již užívajících HA v gynekologické ambulanci je rolí sestry především měření krevního tlaku, jeho zaznamenávání do dokumentace a hlášení jakýchkoliv změn lékaři.

6 PRŮZKUM INFORMOVANOSTI ŽEN O VÝHODÁCH A NEVÝHODÁCH HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Praktická část je zaměřená na průzkum informovanosti žen o výhodách a nevýhodách HA pomocí dotazníkového šetření na stanoveném počtu respondentek ve věku 15 let a výše. Výsledky jsou prezentovány číselnou i grafickou formou.

6.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Základním průzkumným problémem, kterým se v praktické části práce zabýváme, je vyšetření informovanosti žen o výhodách a nevýhodách spojených s užíváním hormonální antikoncepce. K tomuto účelu byly formulovány 3 dílčí cíle a k nim korespondující průzkumné otázky.

6.2 CÍLE PRŮZKUMU A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Pro praktickou část práce byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Zjistit, jaký je podíl žen, které jsou si vědomy dalších vlivů (pozitivních i negativních) hormonální antikoncepce, kromě prevence proti neplánovanému početí.

Cíl 2: Zjistit, kterých výhod a nevýhod (kromě prevence proti neplánovanému početí) jsou si ženy vědomy nejčastěji.

Cíl 3: Zjistit, jaké jsou dle názoru žen nejvhodnější způsoby pro šíření osvěty v oblasti užívání hormonální antikoncepce a s tím souvisejících výhod a nevýhod.

Pro naplnění výše uvedených cílů byl sestaven dotazník, který je v kompletní podobě součástí této práce jako Příloha A. Dotazník je sestaven s cílem zodpovědět následující průzkumné otázky:

Průzkumná otázka 1 – Jaký je podíl žen, které jsou si vědomy dalších vlivů (pozitivních i negativních) hormonální antikoncepce, kromě prevence proti neplánovanému početí? K průzkumné otázce 1 se vztahují následující položky dotazníku: 7, 9, 14 a 16.

Průzkumná otázka 2 – Kterých výhod a nevýhod (kromě prevence proti neplánovanému početí) jsou si ženy vědomy nejčastěji? K průzkumné otázce 2 se vztahují následující položky dotazníku: 8, 10 a 13.

Průzkumná otázka 3 – Jaké jsou dle názoru žen nejvhodnější způsoby pro šíření osvěty v oblasti užívání hormonální antikoncepce a s tím souvisejících výhod a nevýhod? K průzkumné otázce 3 se vztahují následující položky dotazníku: 17 a 18.

Dotazníkové položky 1-5 strukturují respondentky do kategorií (např. dle věku, nejvyššího dosaženého vzdělání apod.). Dotazníkové položky 6, 11 a 12 jsou doplňujícími otázkami a jsou zaměřeny zejména na prozkoumání procenta žen, jejichž důvodem k započetí užívání HA byl jiný pozitivní efekt nežli prevence proti početí, a procenta žen, které musely z důvodu negativního vlivu HA na jejich zdravotní stav antikoncepci vysadit. V dotazníkové položce 15 si pak klademe za cíl prozkoumat, jakému procentu žen bylo před prvním předpisem HA nabídnuto testování na trombofilní mutace, které v kombinaci s užíváním HA představují významný rizikový faktor.

6.3 POPULACE A VELIKOST VZORKU

Populací (průzkumným souborem, který chceme zkoumat) pro tento průzkum jsou ženy ve věku od 15 let výše. Velikost vzorku byla s přihlédnutím k uskutečnitelnosti průzkumu stanovena na 60 respondentek.

6.4 METODIKA PRŮZKUMU A VÝBĚRU VZORKU

Zvolenou metodou pro vyšetření informovanosti žen o výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce je kvantitativní průzkum provedený formou anonymního dotazníkového šetření o 18 položkách.

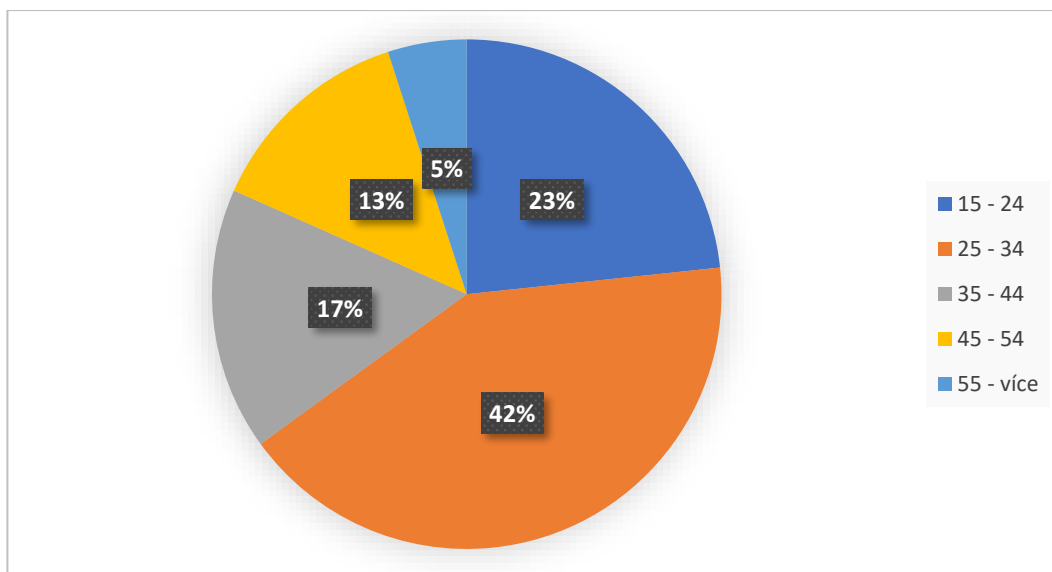
Dotazník byl vytvořen a umístěn na internet prostřednictvím webové aplikace na stránkách www.surveio.com. Distribuce dotazníku mezi respondentky byla zajištěna za pomoci sociální sítě. Pro zajištění lepšího průřezu populací (zejména z pohledu věkové struktury) jsem požádala o poskytnutí a vyplnění dotazníku rovněž staršími příbuznými či známými oslovených respondentek. V okamžiku vyplnění šedesátého

dotazníku byl průzkum zastaven a výsledky zpracovány v programu MS Excel. Na datech byl rovněž proveden chí kvadrát test nezávislosti.

6.5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Položka 1 Kolik je Vám let?

Graf 2 Distribuce respondentek podle věku



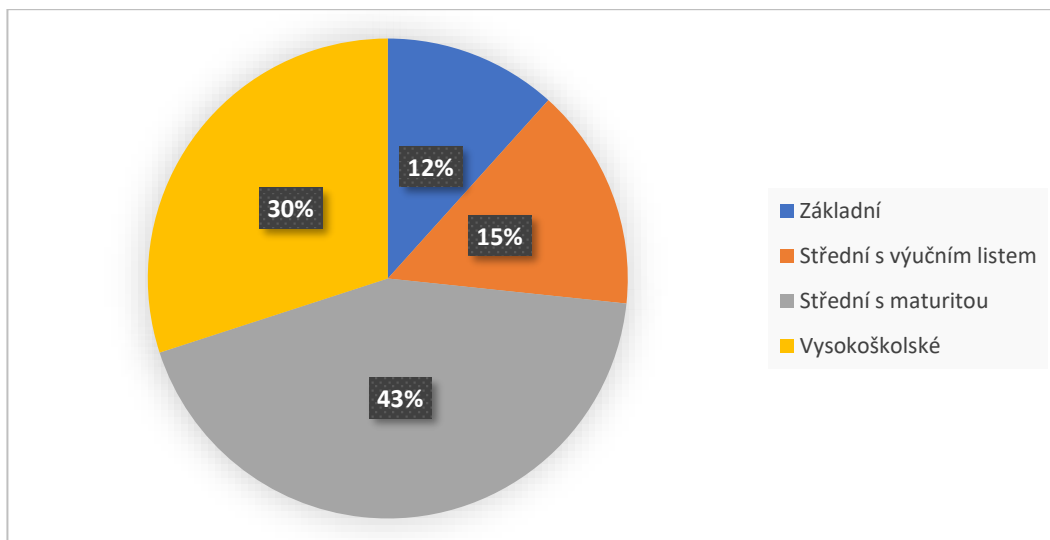
Tabulka 2 Distribuce respondentek podle věku

| Věk v letech | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--------------|-------------------|-------------------|
| 15–24 | 14 | 23 % |
| 25–34 | 25 | 42 % |
| 35–44 | 10 | 17 % |
| 45–54 | 8 | 13 % |
| 55 - více | 3 | 5 % |

Nejvyšší zastoupení mezi respondentkami měla skupina žen ve věku 25–34 let, kterých bylo 25 (42 %). Tato skupina byla následována skupinou mladších respondentek ve věku 15–24 let, kterých odpovědělo 14 (23 %). Následovala skupina respondentek ve věku 35–44 let v počtu 10 (17 %) žen, a dále pak skupina ve věku 45–54 let, která čítala 8 (13 %) žen. Nejméně zastoupenou věkovou kategorií mezi respondentkami byly ženy ve věku 55 - více let, které odpověděly 3 (5 %). Průměrný věk respondentky činil 32,8 let.

Položka 2 Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek



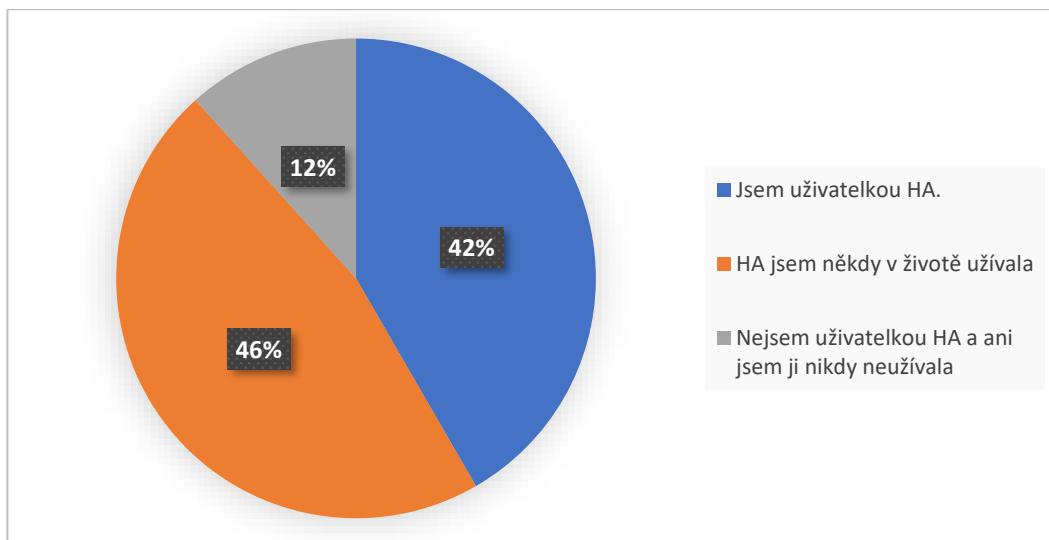
Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

| Nejvyšší dosažené vzdělání | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| Základní | 7 | 12 % |
| Střední s výučním listem | 9 | 15 % |
| Střední s maturitou | 26 | 43 % |
| Vysokoškolské | 18 | 30 % |

Z pohledu struktury nejvyššího dosaženého vzdělání se na průzkumu největší měrou podílely respondentky se středním vzděláním s maturitou, a to konkrétně v počtu 26 (43 %), a respondentky s vysokoškolským vzděláním v počtu 18 (30 %). Respondentek se středním vzděláním s výučním listem bylo 9 (15 %). Nejméně zastoupenou kategorií představovaly respondentky s ukončeným základním vzděláním, kterých se do průzkumu zapojilo 7 (12 %).

Položka 3 Jste / byla jste uživatelkou hormonální antikoncepce (dále HA)?

Graf 4 Zkušenost s hormonální antikoncepcí



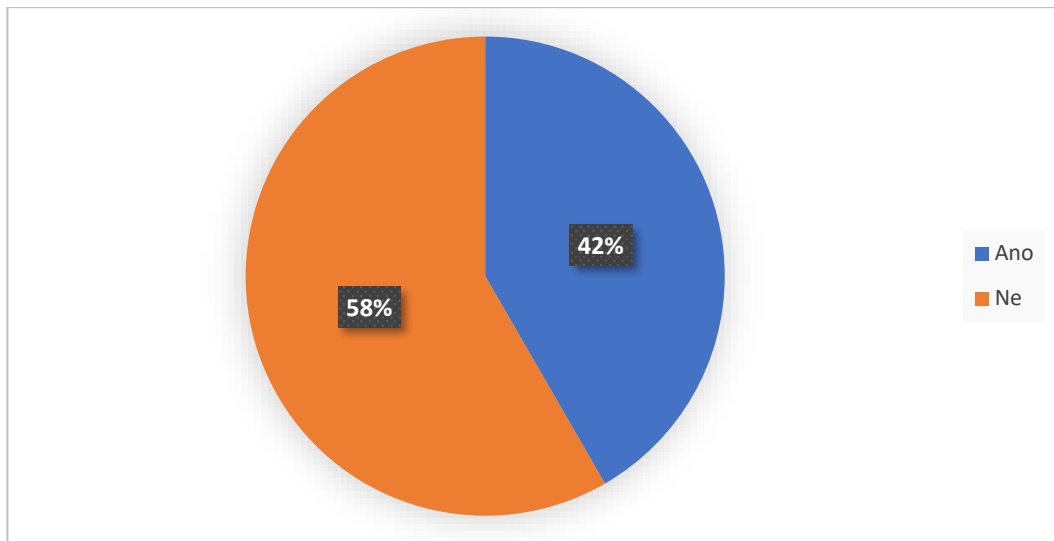
Tabulka 4 Zkušenost s hormonální antikoncepcí

| Zkušenost s hormonální antikoncepcí | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| Jsem uživatelkou HA. | 25 | 42 % |
| HA jsem někdy v životě užívala | 28 | 47 % |
| Nejsem uživatelkou HA a ani jsem ji nikdy neužívala | 7 | 12 % |

Z celkového počtu 60 respondentek uvádí zkušenost s užíváním hormonální antikoncepce 53 žen, z nichž 28 (47 %) HA užívalo v minulosti a 25 (42 %) ji užívá i v současné době. Respondentek bez osobní zkušenosti s HA odpovědělo na dotazník 7 (12 %).

Položka 4 Jste kuřačka?

Graf 5 Kouření



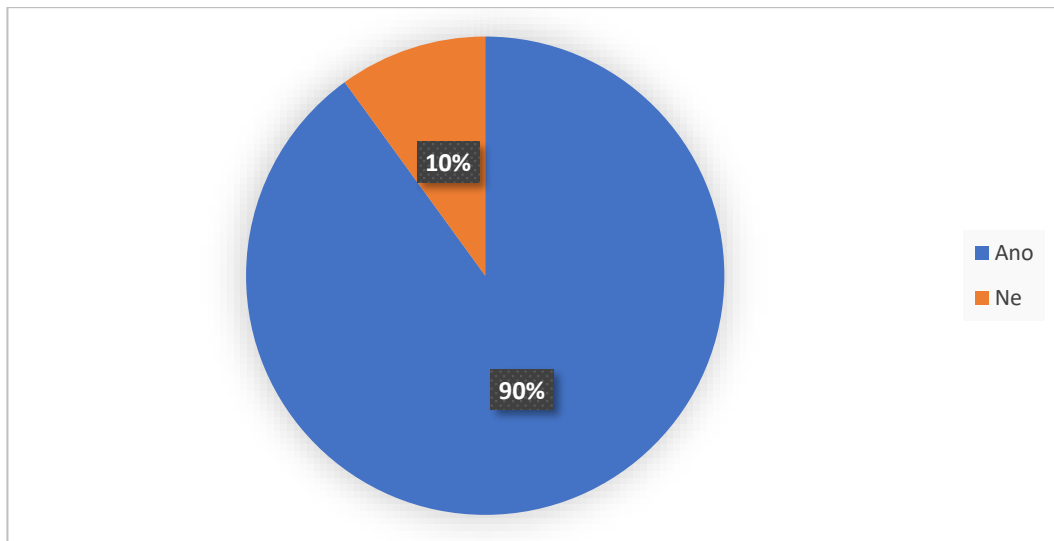
Tabulka 5 Kouření

| Kouření | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Ano | 25 | 42 % |
| Ne | 35 | 58 % |

Mezi respondentkami převažují nekuřačky v počtu 35 (58 %) žen. Zbývajících 25 (42 %) žen jsou kuřačkami. Tato položka byla zařazena do průzkumu z důvodu zvýšené zdravotní rizikovosti užívání hormonální antikoncepce kuřačkami a je na ní v kombinaci s položkou 9 proveden chí kvadrát test nezávislosti.

Položka 5 Chodíte pravidelně na gynekologické prohlídky?

Graf 6 Pravidelnost gynekologických prohlídek



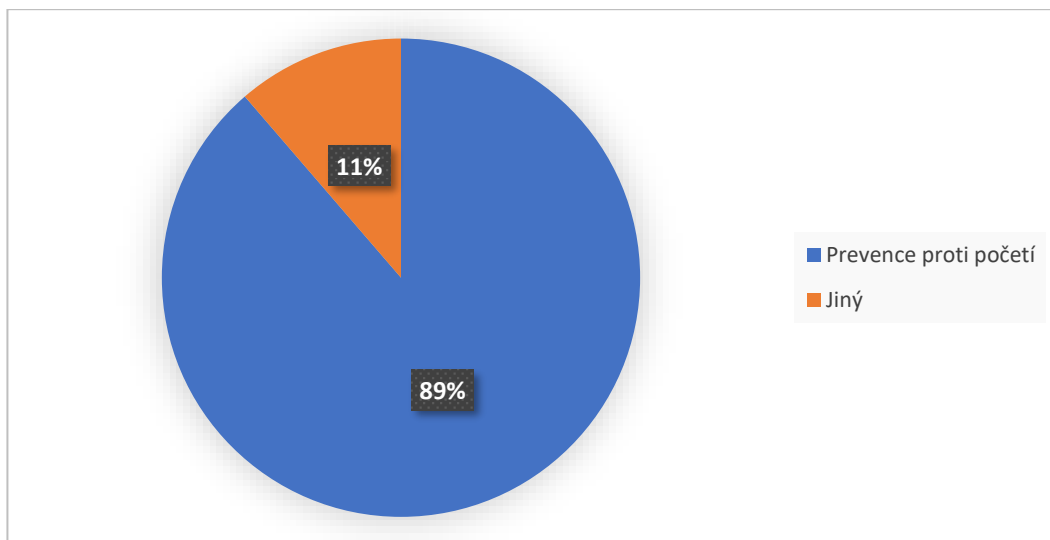
Tabulka 6 Pravidelnost gynekologických prohlídek

| Pravidelnost gynekologických prohlídek | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| Ano | 54 | 90 % |
| Ne | 6 | 10 % |

Položkou 5 jsme zjišťovali, kolik žen chodí pravidelně na gynekologické prohlídky. Dle dotazníku 54 (90 %) z nich pravidelně navštěvuje gynekologa, zbylých 6 (10 %) takto nečiní.

Položka 6 Z jakého důvodu jste začala HA užívat?

Graf 7 Důvod k započetí užívání hormonální antikoncepce



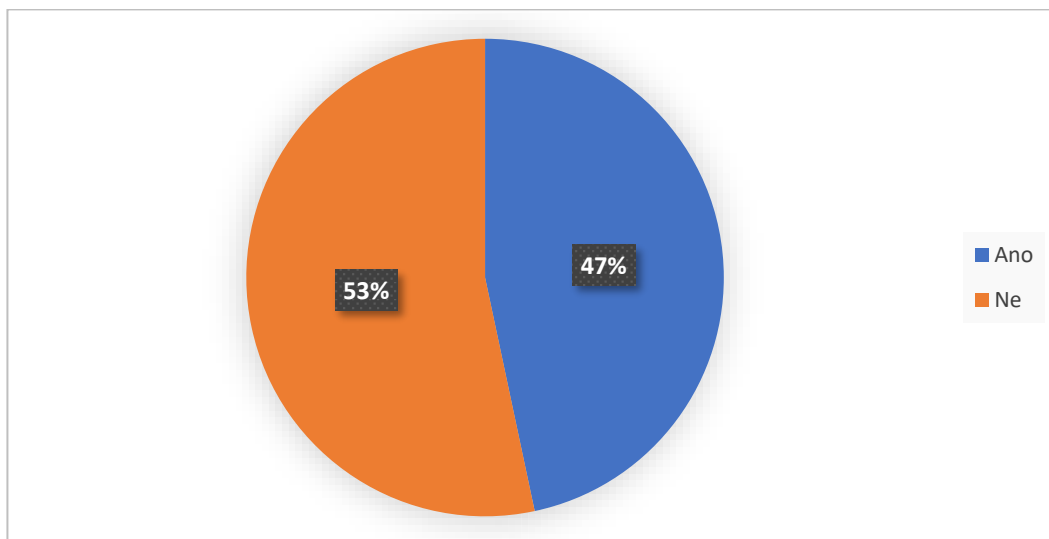
Tabulka 7 Důvod k započetí užívání hormonální antikoncepce

| Důvod užívání hormonální antikoncepce | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Prevence proti početí | 47 | 89 % |
| Jiný | 6 | 11 % |

Položka 6 byla určena pouze pro uživatelky a bývalé uživatelky HA. Jak píšeme v položce 3, mezi respondentkami bylo 53 takových žen. 47 (89 %) z nich vedla k započetí užívání HA prevence proti neplánovanému početí. 6 (11 %) žen mělo jiný důvod. Nejčastějším jiným důvodem, který respondentky uváděly, byla úprava nepravidelného menstruačního cyklu a řešení problematické pleti.

Položka 7 Spatřujete další možné výhody v užívání HA, kromě prevence proti početí?

Graf 8 Spatřování dalších výhod HA



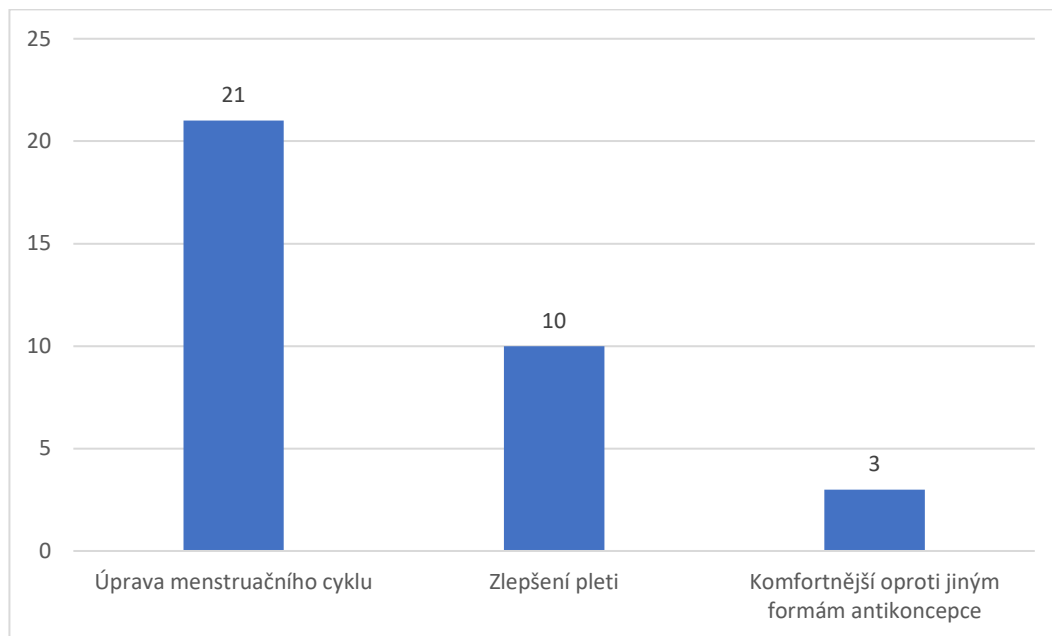
Tabulka 8 Spatřování dalších výhod HA

| Spatřování výhod | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 28 | 47 % |
| Ne | 32 | 53 % |

Z celkového počtu 60 respondentek spatřuje další výhody HA, kromě prevence proti neplánovanému početí, 28 (47 %) žen. Zbýlých 32 (53 %) žen žádné další výhody v užívání HA nespátřuje.

Položka 8 Jaké jsou podle Vás další možné výhody v užívání HA, kromě prevence proti početí?

Graf 9 Další výhody HA



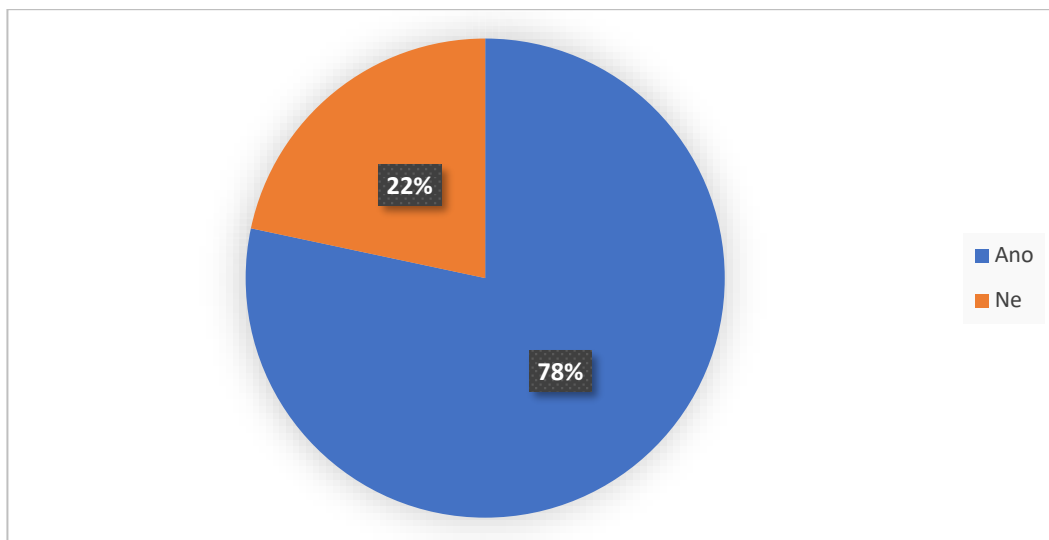
Tabulka 9 Další výhody HA

| Další výhody HA | Absolutní četnost |
|---|-------------------|
| Úprava menstruačního cyklu | 21 |
| Zlepšení pleti | 10 |
| Komfortnější oproti jiným formám antikoncepce | 3 |

Cílem položky 8 je prozkoumat, jaké další výhody v užívání HA, kromě prevence proti neplánovanému početí, ženy nejčastěji spatřují. Položka je určena pouze respondentkám, které na předcházející položku odpověděly variantou, že spatřují dodatečné výhody HA. Celkový počet uvedených odpovědí převyšuje číslo 28 (počet respondentek spatřujících dodatečné výhody HA), jelikož některé respondentky uváděly několik výhod současně. Z tohoto důvodu rovněž považujeme pro tento případ za vhodný sloupcový, nikoliv koláčový graf, a neuvádíme relativní četnosti odpovědí. Nejčastěji udávanou dodatečnou výhodou byla úprava menstruačního cyklu, která byla zmíněna 21krát. Druhou nejčastěji zmiňovanou výhodou je zlepšení pleti, které se mezi odpověďmi vyskytlo 10krát. 3krát byl zmíněn vyšší komfort ve srovnání s jinými formami antikoncepce.

Položka 9 Existují podle Vás i nevýhody / rizika spojená s užíváním HA?

Graf 10 Spatřování nevýhod / rizik



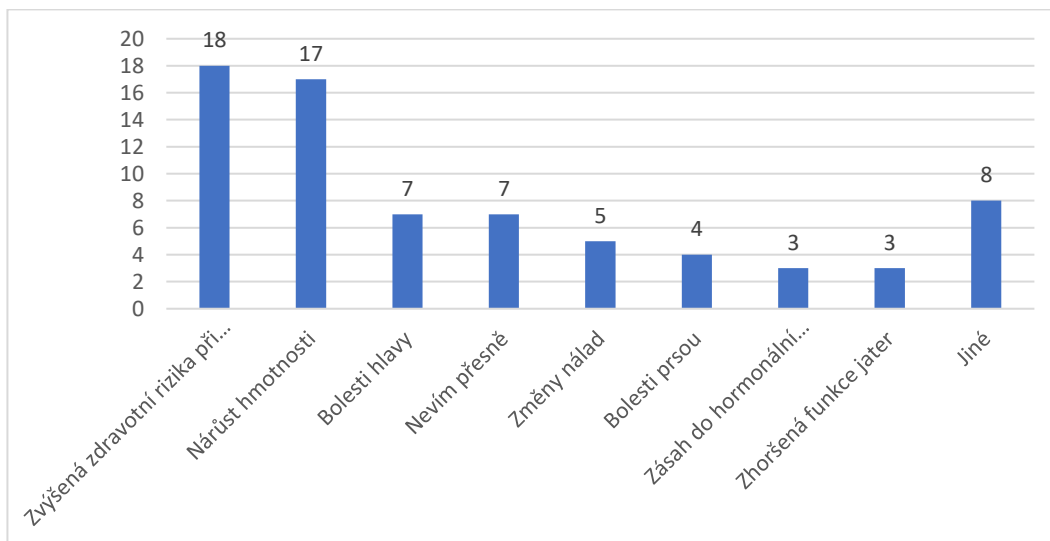
Tabulka 10 Spatřování nevýhod / rizik

| Existence nevýhod | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 47 | 78 % |
| Ne | 13 | 22 % |

Z celkového počtu 60 respondentek spatřuje možné nevýhody vyplývající z užívání HA 47 (78 %) žen. Zbýlých 13 (22 %) žen žádné další nevýhody nespatřuje. Za jednu z rizikových skupin z pohledu užívání HA jsou považovány kuřáčky. Položka 9 je, společně s položkou 4 zaměřenou na kuřáctví, použita pro chí kvadrát test.

Položka 10 Jaké jsou podle Vás nejčastější nevýhody / rizika spojená s užíváním HA?

Graf 11 Další nevýhody HA



Tabulka 11 Další nevýhody HA

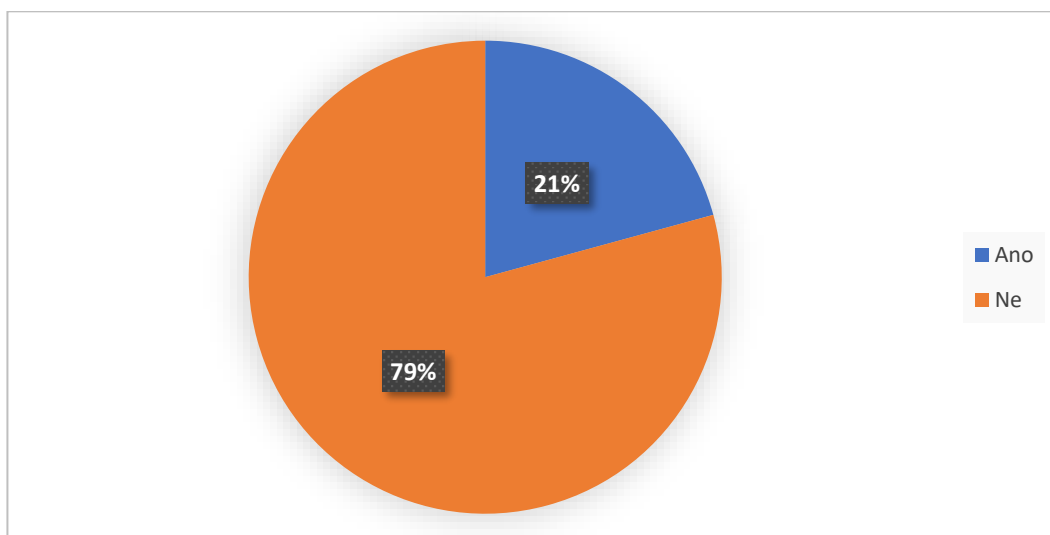
| Další nevýhody HA | Absolutní četnost |
|---|-------------------|
| Zvýšená zdravotní rizika při tromboembolických onemocněních | 18 |
| Nárůst hmotnosti | 17 |
| Bolesti hlavy | 7 |
| Nevím přesně | 7 |
| Změny nálad | 5 |
| Bolesti prsou | 4 |
| Zásah do hormonální rovnováhy těla | 3 |
| Zhoršená funkce jater | 3 |
| Jiné | 8 |

Cílem této položky je zjistit, jaké další nevýhody či rizika jsou podle respondentek spojena s užíváním hormonální antikoncepce. Položka je určena pouze respondentkám, které na předcházející položku odpověděly variantou, že spatřují nějaké nevýhody či rizika. Celkový počet uvedených odpovědí převyšuje číslo 47 (počet respondentek spatřujících nějaké nevýhody či rizika), jelikož některé respondentky uváděly několik nevýhod a rizik současně. Z tohoto důvodu rovněž považujeme pro tento případ za vhodný sloupcový, nikoliv koláčový graf, a neuvádíme relativní četnosti odpovědí. Nejčastěji zmiňovanou nevýhodou byla zvýšená pravděpodobnost

zdravotních komplikací při tromboembolických onemocněních, která byla zmíněna 18krát. 17krát pak byl zmíněn možný nárůst hmotnosti uživatelky HA. Další zmíněné nevýhody a rizika ilustrují tabulka a graf výše. V kategorii „Jiné“ jsou zahrnuty nevýhody a rizika, jež se mezi odpověďmi vyskytly pouze jedenkrát nebo dvakrát. Jednalo se o zvýšená zdravotní rizika v kombinaci s hypertenzí, zvýšená zdravotní rizika v kombinaci s kouřením, společenský problém ve smyslu snížení natality, zvýšení pravděpodobnosti nádorového onemocnění, infarkt a obava z negativního vlivu dlouhodobého užívání na plodnost ženy po vysazení HA.

Položka 11 Musela jste někdy vysadit HA ze zdravotních důvodů?

Graf 12 Vysazení HA ze zdravotního důvodu



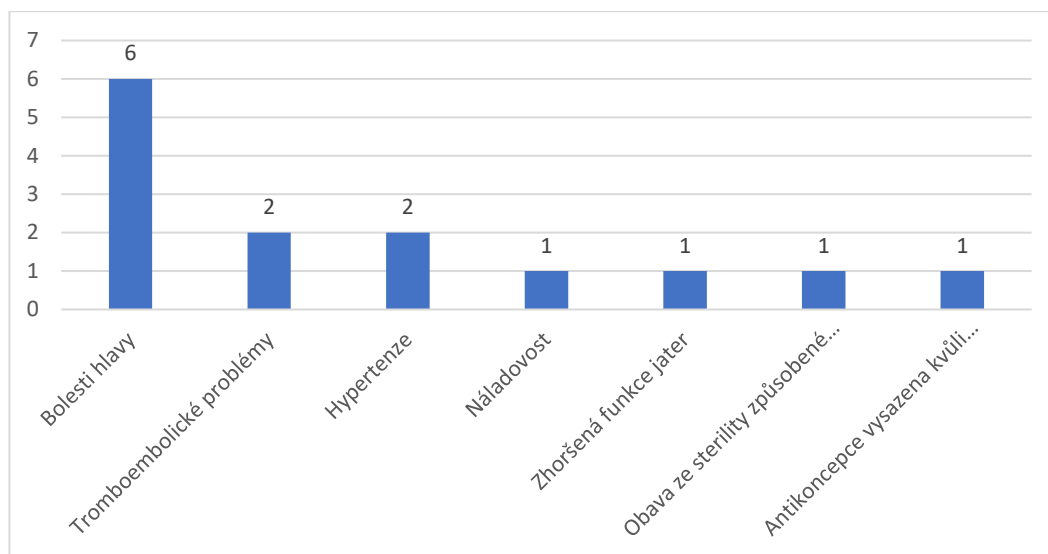
Tabulka 12 Vysazení HA ze zdravotních důvodů

| Vysazení HA ze zdravotních důvodů | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 11 | 21 % |
| Ne | 42 | 79 % |

Tato položka je určena pouze uživatelkám a bývalým uživatelkám HA. 11 (21 %) žen z 53 muselo HA vysadit z nějakého zdravotního důvodu, zbylých 42 (79 %) žen se s obdobným problémem nesešlo.

Položka 12 Z jakého zdravotního důvodu jste musela HA vysadit?

Graf 13 Důvod pro vysazení HA



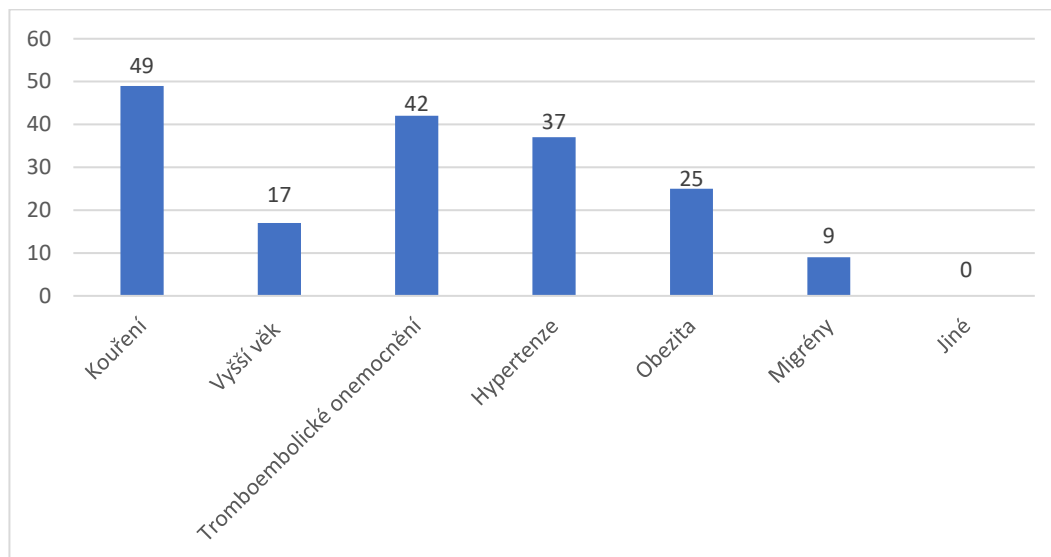
Tabulka 13 Důvod pro vysazení HA

| Důvod pro vysazení HA | Absolutní četnost |
|--|-------------------|
| Bolesti hlavy | 6 |
| Tromboembolické problémy | 2 |
| Hypertenze | 2 |
| Náladovost | 1 |
| Zhoršená funkce jater | 1 |
| Obava ze sterility způsobené dlouhodobým užíváním HA | 1 |
| Antikoncepce vysazena kvůli otěhotnění | 1 |

Položka 12 je určena pouze uživatelkám, které ze zdravotních důvodů přerušily užívání HA, a klade si za cíl prozkoumat, které zdravotní komplikace mezi tyto důvody patří nejčastěji. V případě některých odpovědí se jednalo o kombinaci více faktorů, a proto počet zmíněných zdravotních komplikací převyšuje počet respondentek, které někdy HA ze zdravotních důvodů vysadily. Ze stejného důvodu neuvádíme relativní četnosti odpovědí a pro ilustraci považujeme za vhodnější sloupcový, nikoliv koláčový graf. Nejčastější zdravotní komplikací, která byla uváděna jako důvod k vysazení HA, byla častá bolest hlavy, kterou respondentky zmínily 6krát.

Položka 13 Které z následujících faktorů podle Vás mohou zvyšovat zdravotní rizika spojená s užíváním HA?

Graf 14 Faktory zvyšující zdravotní rizika



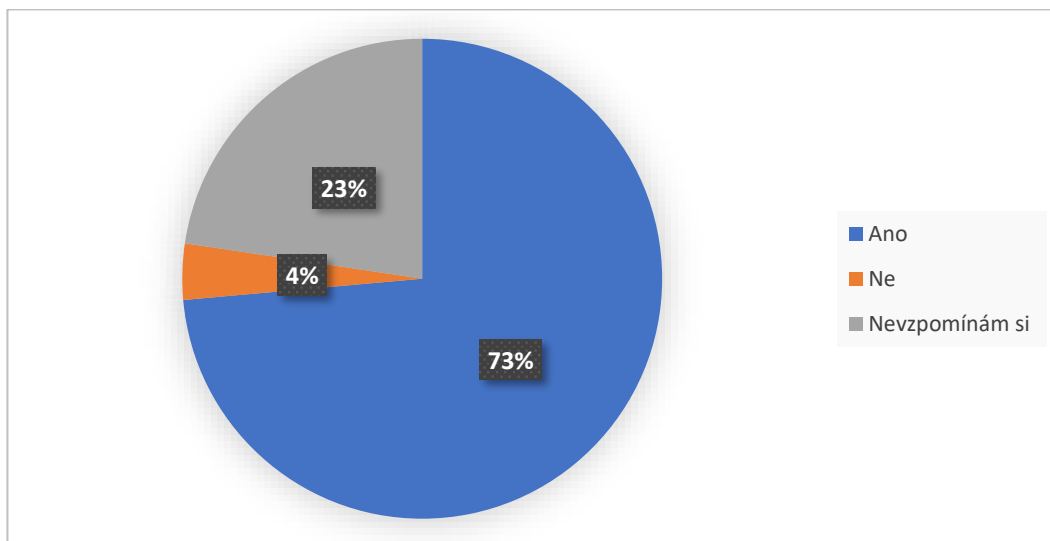
Tabulka 14 Faktory zvyšující zdravotní rizika

| Faktory zvyšující zdravotní rizika | Absolutní četnost |
|------------------------------------|-------------------|
| Kouření | 49 |
| Vyšší věk | 17 |
| Tromboembolické onemocnění | 42 |
| Hypertenze | 37 |
| Obezita | 25 |
| Migrény | 9 |
| Jiné | 0 |

V této položce si klademe za cíl prozkoumat povědomí žen o jednotlivých faktorech, které mohou v kombinaci s užíváním hormonální antikoncepce zvyšovat zdravotní rizika. Vzhledem k faktu, že na tuto položku mohla každá respondentka odpovědět libovolným počtem odpovědí, neuvádíme relativní četnosti odpovědí, a pro ilustraci považujeme za vhodnější sloupcový, nikoliv koláčový graf. Nejčastěji vybíraným rizikovým faktorem bylo kouření, a to v počtu 49. 42krát bylo vybráno tromboembolické onemocnění. S 37 zaškrtnutími následuje hypertenze, s 25 pak obezita a s 17 vyšší věk. V nejmenším počtu 9 byla vybrána migréna.

Položka 14 Byla jste při prvním předpisu HA edukována lékařem o způsobech užívání a rizicích spojených s užíváním HA?

Graf 15 Edukace o užívání HA



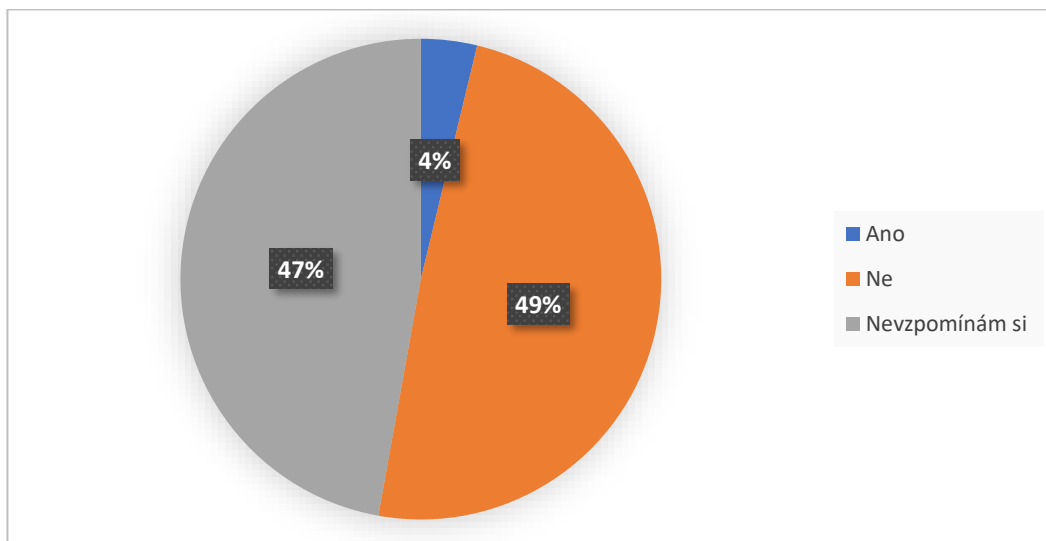
Tabulka 15 Edukace o užívání HA

| Edukace o užívání HA | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 39 | 74 % |
| Ne | 2 | 4 % |
| Nevzpomínám si | 12 | 23 % |

Tato položka se vztahuje pouze na uživatelky a bývalé uživatelky HA. Z počtu 53 žen bylo při prvním předpisu HA lékařem edukováno o způsobech užívání a rizicích spojených s HA 39 (74 %) žen. 2 (4 %) ženy edukovány nebyly. 12 (23 %) žen si na edukaci nevzpomíná.

Položka 15 Bylo Vám před prvním předpisem HA nabídnuto testování na trombofilní mutace?

Graf 16 Testování trombofilní mutace



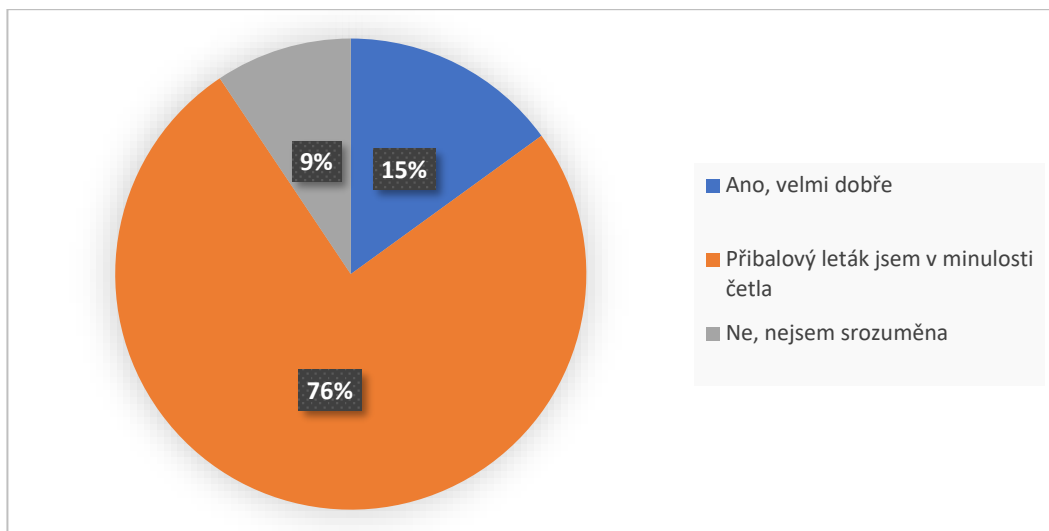
Tabulka 16 Testování trombofilní mutace

| Testování na trombofilní mutace | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 2 | 4 % |
| Ne | 26 | 49 % |
| Nevzpomínám si | 25 | 47 % |

Tato položka se opět vztahuje pouze na uživatelky a bývalé uživatelky HA. Z počtu 53 žen bylo testování na trombofilní mutace nabídnuto 2 (4 %) ženám. 26 (49 %) ženám toto testování nabídnuto nebylo. Zbýlých 25 (47 %) respondentek si na možnost testování nevzpomíná.

Položka 16 Jste srozuměna s informacemi obsaženými v příbalovém letáku HA?

Graf 17 Srozumění s informacemi v příbalovém letáku



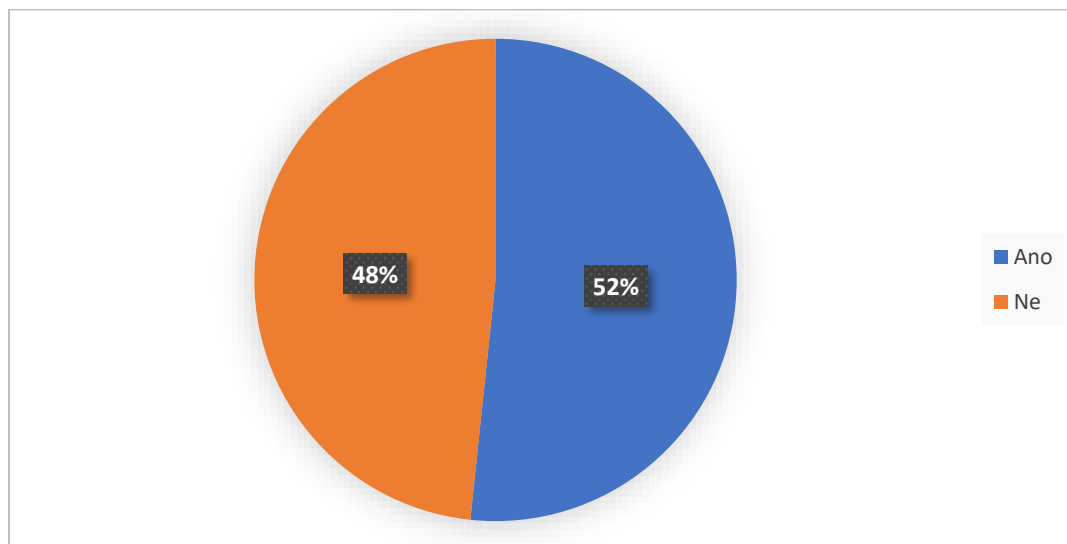
Tabulka 17 Srozumění s informacemi v příbalovém letáku

| Srozuměna s informacemi v příbalovém letáku | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| Ano, velmi dobře | 8 | 15 % |
| Příbalový leták jsem v minulosti četla | 40 | 76 % |
| Ne, nejsem srozuměna | 5 | 9 % |

Položka 16 se rovněž vztahuje pouze na uživatelky a bývalé uživatelky HA. 8 (15 %) žen je dle svých odpovědí velmi dobře srozuměno s informacemi obsaženými v příbalovém letáku HA. 40 (75 %) žen příbalový leták četlo v minulosti, popřípadě čte jeho příslušné části v případě potřeby. 5 (9 %) žen z 53 uživatelék / bývalých uživatelék není srozuměno s informacemi v příbalovém letáku.

Položka 17 Je podle Vás současná úroveň osvěty v oblasti užívání HA a jejich výhod / nevýhod dostatečná?

Graf 18 Dostatečná úroveň osvěty



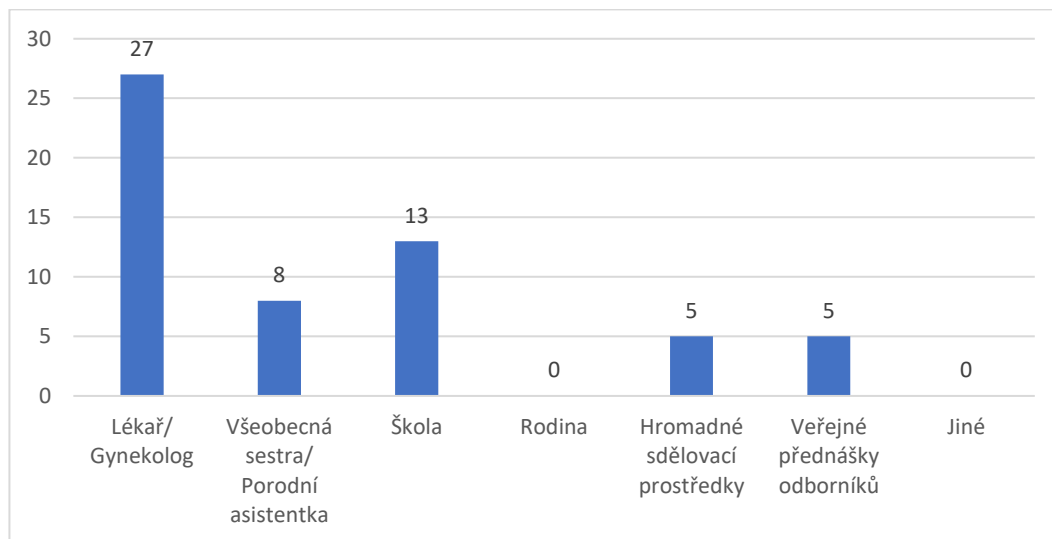
Tabulka 18 Dostatečná úroveň osvěty

| Dostatečná úroveň osvěty | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 31 | 52 % |
| Ne | 29 | 48 % |

V této položce nás zajímá názor respondentek na dostatečnost osvěty v oblasti užívání HA a jejich výhod a nevýhod. Z celkového počtu 60 respondentek je 31 (52 %) žen přesvědčeno, že je úroveň osvěty dostatečná. Opačného názoru je 29 (48 %) žen.

Položka 18 Z následujících možností vyberte dvě, o kterých si myslíte, že by byly nejvhodnějšími distribučními kanály pro lepší šíření osvěty v oblasti užívání HA.

Graf 19 Nejvhodnější distribuční kanály



Tabulka 19 Nejvhodnější distribuční kanály

| Nejvhodnější distribuční kanály | Absolutní četnost |
|--------------------------------------|-------------------|
| Lékař/ Gynekolog | 27 |
| Všeobecná sestra/ Porodní asistentka | 8 |
| Škola | 13 |
| Rodina | 0 |
| Hromadné sdělovací prostředky | 5 |
| Veřejné přednášky odborníků | 5 |
| Jiné | 0 |

Tato položka je určena pro ženy, které jsou přesvědčeny, že úroveň osvěty v oblasti užívání HA a jejich výhod a nevýhod není dostatečná. Vzhledem k výběru více odpovědí každou respondentkou neuvádíme relativní četnosti jednotlivých variant a pro ilustraci považujeme za vhodnější sloupcový, nikoliv koláčový graf. Možnost lepší edukace ze strany lékaře či gynekologa byla vybrána 27krát. Z pohledu počtu vybrání následuje škola s 13 zaškrtnutími. Varianta všeobecná sestra či porodní asistentka byla vybrána 8krát. Se shodným počtem 5 zaškrtnutí následovaly přednášky odborníků a hromadné sdělovací prostředky.

Chí kvadrát test

Pomocí Chí kvadrát testu nezávislosti lze testovat shodu mezi očekávanými a pozorovanými hodnotami (BORŮVKOVÁ, HORÁČKOVÁ, HANÁČEK, 2013). Test jsme provedli na výsledcích dotazníkové položky 4 zaměřené na fakt, zda jsou respondentky kuřačky, a položky 9, která zkoumá, zda podle respondentek existují i nevýhody či rizika spojená s užíváním hormonální antikoncepce. Kouření je považováno za jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů ve spojitosti s užíváním HA. Lze se tedy domnívat, že při sdělení informace gynekologovi, že je potenciální uživatelka HA kuřačkou, mohla by jí být intenzivněji edukována o možných rizicích. Jinými slovy by si kuřačky mohly být častěji vědomy možných nevýhod a rizik spojených s užíváním HA.

Testovací hladinu významnosti jsme zvolili na úrovni 5 %. Po vytvoření tabulky skutečných četností jsme za pomoci aplikace na webových stránkách www.milankabrt.cz vytvořili rovněž tabulku očekávaných četností, ověřili jsme splnění nezbytných podmínek testu, vypočetli testové kritérium a určili kritickou hodnotu testu.

Vypočtené testové kritérium dosahuje hodnoty 0,136. Kritická hodnota pro náš test je 3,841. Jelikož je testové kritérium nižší nežli kritická hodnota, nulovou hypotézu o nezávislosti nezamítáme. Jinými slovy nezamítáme tvrzení, že z pohledu informovanosti o nevýhodách a rizicích spojených s užíváním HA nezáleží na faktu, zda je dotyčná respondentka kuřačkou nebo jí není (tedy nelze říci, že by kuřačky byly lépe informované, nežli nekuřačky) (BORŮVKOVÁ, HORÁČKOVÁ, HANÁČEK, 2013).

Tabulka 20 Skutečné četnosti pro Chí kvadrát

| | | Položka 4 - Jste kuřačka? | |
|---|-----|---------------------------|----|
| | | Ano | Ne |
| Položka 9 - Spatřujete nevýhody či rizika HA? | Ano | 19 | 28 |
| | Ne | 6 | 7 |

Tabulka 21 Očekávané četnosti Chí kvadrátu

| | | Položka 4 - Jste kuřáček? | |
|---|-----|---------------------------|-------|
| | | Ano | Ne |
| Položka 9 - Spatřujete nevýhody či rizika HA? | Ano | 19,58 | 27,42 |
| | Ne | 5,42 | 7,58 |

Podmínky pro splnění Chí kvadrát testu:

- nejvíce 20 % teoretických četností může být menších než 5 – splněno (nejmenší hodnota 5,42)
- žádná teoretická četnost nesmí být menší než 1 – splněno (nejmenší hodnota 5,42)
- $n > 40$ – splněno ($n = 60$)

6.6 DISKUZE

V praktické části bakalářské práce na téma „Informovanost žen o výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce“ byl proveden kvantitativní průzkum prostřednictvím dotazníkového šetření. Zpracované výsledky byly porovnány s výsledky průzkumů jiných prací zabývajících se obdobnou tematikou.

První průzkumnou otázkou bylo zjistit, jaký je podíl žen, které jsou si vědomy dalších vlivů (pozitivních i negativních) hormonální antikoncepce, kromě prevence proti neplánovanému početí. Na základě výsledků průzkumu jsme zjistili, že z celkového počtu 60 respondentek spatřuje další výhody HA 28 (47 %) žen. Povědomí o možných nevýhodách vyplývajících z užívání HA uvádí 47 (78 %) žen. Pavlína Vájová ve své bakalářské práci na téma „Přínosy a rizika plynoucí z užívání hormonální antikoncepce“ z roku 2009 uvádí, že konkrétních výhod hormonální antikoncepce, kromě prevence proti neplánovanému početí, je si vědomo 67–89 % uživatelky HA v závislosti na konkrétní výhodě. Dotazy zde byly směřovány specificky na povědomí o úpravě menstruačního cyklu, snížení rizika rakoviny děložní sliznice a příznivém vlivu na premenstruační syndrom. Konkrétních nevýhod je si naopak vědomo 25–83 % uživatelky HA v závislosti na konkrétní nevýhodě. Nízké hodnoty 25 a 26 % se vyskytly u povědomí o zvýšeném riziku vzniku žilní trombózy a možném nepříznivém vlivu na libido. Relativně vysoké povědomí zde měly respondentky o zvýšeném riziku vzniku cévních chorob při kombinaci HA s kouřením (83 %).

Druhá průzkumná otázka byla zaměřena na zjištění, kterých výhod a nevýhod (kromě prevence proti neplánovanému početí) jsou si ženy vědomy nejčastěji. Nejčastěji udávanou dodatečnou výhodou byla úprava menstruačního cyklu, což koresponduje s výsledky průzkumu Vájové. Druhou nejčastěji zmiňovanou výhodou je zlepšení pleti. Nejčastěji zmiňovanou nevýhodou byla zvýšená pravděpodobnost zdravotních komplikací při tromboembolických onemocněních. V obdobné míře byl zmiňován možný nárůst hmotnosti uživatelky HA. V práci Vájové bylo nejčastěji zmiňovanou nevýhodou hormonální antikoncepce zvýšené riziko vzniku cévních chorob v kombinaci s kouřením. Nejčastěji zmiňovaná nevýhoda v našem dotazníkovém šetření byla v průzkumu Vájové překvapivě zmiňována pouze malou měrou, viz odstavec výše.

Třetí průzkumná otázka se zaměřovala na zjištění, jaké jsou dle názoru žen nejvhodnější způsoby pro šíření osvěty v oblasti užívání hormonální antikoncepce a s tím souvisejících výhod a nevýhod. Z celkového počtu 60 respondentek je 31 (52 %) žen přesvědčeno, že je úroveň osvěty dostatečná. Opačného názoru je 29 (48 %) žen. Těchto 29 žen vybíralo z nabídky možných variant vždy 2, které jsou dle jejich názoru nejvhodnějšími distribučními kanály pro lepší šíření osvěty. Možnost lepší edukace ze strany lékaře či gynekologa byla vybrána 27krát. Dále následuje škola s 13 zaškrtnutími. Varianta všeobecná sestra či porodní asistentka byla vybrána 8krát. Se shodným počtem 5 zaškrtnutí následovaly přednášky odborníků a hromadné sdělovací prostředky. Výsledky srovnáváme se zjištěním Nikoly Muzikářové v bakalářské práci z roku 2015 s názvem „Informovanost studentek středních škol o antikoncepci“, kdy 74 % studentek odpovědělo, že považuje své informace o antikoncepci za dostatečné, 54 % respondentek by však ocenilo dodatečné přednášky o HA v rámci školní výuky (VÁJOVÁ, 2009).

Jedním z problémů, na který jsme v praktické části narazili, byla obtížná distribuce dotazníku mezi respondentky průřezově reprezentující celou populaci žen. Navzdory naší snaze o poskytnutí dotazníku rovněž starším příbuzným a známým obeslaných respondentek jsou v našem průzkumu největší mírou zastoupeny spíše mladší generace. 65 % respondentek spadá do věkové kategorie 15–34 let. Pouze 5 % respondentek bylo ve věku 55 let nebo vyšším. Další problém, se kterým jsme se potýkali, je obtížné srovnání výsledků práce s jinými autory. Zejména v případě strukturovaného dotazníku formuluje každý autor jednotlivé otázky a možné odpovědi různou formou a není proto jednoduché nalézt práci pro relevantní komparaci. Z tohoto důvodu jsou výsledky týkající se třetí průzkumné otázky komparovány s prací, jejíž průzkumný soubor je pouhou podmnožinou toho našeho (práce Muzikářové se zabývá informovaností studentek středních škol).

Právě na studentky středních, ale rovněž vyšších stupňů základních škol, bych však v této diskuzi ráda upozornila. Vzhledem k relativně vysokému počtu respondentek, dle kterých je škola jedním z vhodných distribučních kanálů k šíření osvěty v oblasti užívání hormonální antikoncepce, považuji za relevantní průzkumnou otázku vhodnou pro navázání na tuto práci prozkoumání, jaké jsou nejvhodnější způsoby edukace ve školách (např. hlubší zakotvení v osnovách, spolupráce škol s gynekologickými ambulancemi apod.) (MUZIKÁŘOVÁ, 2015).

Doporučení pro praxi

Doporučení pro zdravotnická zařízení:

- Zlepšit edukaci potenciálních uživatelky HA v gynekologických ambulancích v oblasti možných výhod a nevýhod souvisejících s užíváním HA.
- Pravidelně stávající uživatelky HA upozorňovat na možná rizika vyplývající z kombinace užívání HA s kouřením, obezitou, hypertenzí, migrénou, vyšším věkem či tromboembolickým onemocněním.
- Kontinuálním procesem kvalitní edukace rovněž ze strany všeobecných sester a porodních asistentek zvyšovat důvěru pacientů k těmto profesím (na základě výsledků průzkumu neprojevovalo mnoho respondentek zájem o edukaci ze strany všeobecné sestry či porodní asistentky).
- Motivovat gynekologická pracoviště k nabízení testování na trombofilní mutace u potenciálních zájemkyň o HA.

Doporučení pro pedagogická zařízení:

- Zvážit intenzivnější edukaci studentek v oblasti užívání HA v rámci standardní výuky (např. zavedením sexuální výchovy jako samostatného vyučovacího předmětu).
- Organizovat dobrovolné besedy pro studentky s hlubším zájmem o informace v oblasti užívání HA (např. formou spolupráce s lokální gynekologickou ambulancí).

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma „Informovanost žen o výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce“ je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Hlavním cílem teoretické části práce bylo seznámit čtenáře s vývojem antikoncepce, jejím členěním, výhodami a nevýhodami spojenými s užíváním a nastínit princip fungování hormonální antikoncepce. K naplnění těchto cílů jsme teoretickou část rozdělili do několika kapitol. V první pojednáváme o historii antikoncepce obecně, od starověku až po současnost. V druhé kapitole jsou osvětleny pojmy menstruačního a ovariálního cyklu ženy, jejichž porozumění je nezbytné k pochopení principu fungování HA, a dále je nastíněn i samotný princip. Ve třetí kapitole se zabýváme obecným členěním antikoncepce, přičemž věnujeme zvýšenou pozornost právě antikoncepci hormonální. Ve čtvrté kapitole uvádíme v literatuře nejčastěji zmiňované výhody a nevýhody spojené s užíváním HA. V závěru teoretické části nechybí ani kapitola pojednávající o roli všeobecné sestry při výběru vhodné antikoncepce.

V praktické části práce je proveden kvantitativní průzkum na základě dotazníku o 18 položkách. Průzkumu se účastnilo 60 respondentek ve věku 15 let a výše. Pro praktickou část byly stanoveny 3 cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaký je podíl žen, které jsou si vědomy dalších vlivů (pozitivních i negativních) hormonální antikoncepce, kromě prevence proti neplánovanému početí. Z výsledků průzkumu vyplývá, že zhruba polovina dotazovaných žen (48 %) si je vědoma dalších pozitivních vlivů a zhruba tři čtvrtiny respondentek (78 %) si je vědomo i negativních vlivů HA. Druhý cíl byl zaměřen na zjištění, kterých výhod a nevýhod (kromě prevence proti neplánovanému početí) jsou si ženy vědomy nejčastěji. V oblasti výhod byla nejčastěji uváděna úprava menstruačního cyklu a zlepšení problematické pleti. V oblasti nevýhod jsme se nejčastěji setkali se zvýšenou pravděpodobností zdravotních komplikací při tromboembolických onemocněních a možným nárůstem hmotnosti uživatelky HA. Třetí cíl praktické části byl zjistit, jaké jsou dle názoru žen nejvhodnější způsoby pro šíření osvěty v oblasti užívání hormonální antikoncepce a s tím souvisejících výhod a nevýhod. Nejčastěji zmiňovanou možností bylo informování ze strany lékaře či gynekologa. Druhou nejčastější variantou bylo zvýšení informovanosti ve školách.

V průběhu zpracování bakalářské práce jsme se setkali se spoustou nových, zajímavých, a především užitečných informací. Věříme tedy, že přání formulované v úvodu, aby tato práce byla přínosem pro všechny ženy, které zvažují užívání hormonální antikoncepce, nebo i pro ty, které si jen chtějí rozšířit své povědomí, bude alespoň z části naplněno.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANON, 2016. *Postkoitální antikoncepce (intercepce)* [online]. 27. červen 2016 [cit. 2018-12-29]. Dostupné z: <https://www.antikoncepce.cz/antikoncepce/ostatni-metody/postkoitalni-antikoncepce-intercepce/>

BARTÁK, Alexandr, 2006. *Antikoncepce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1351-9.

BORŮVKOVÁ, Jana, Petra HORÁČKOVÁ a Miroslav HANÁČEK, 2013. *Statistica: úvod do zpracování dat*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. ISBN 978-80-87035-79-5.

ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, 2011. *Co by měli vědět o hormonální antikoncepci farmaceuti a farmaceutické laborantky*. Praha: Levret. ISBN 978-80-87070-59-8.

ČEPICKÝ, Pavel, 2002. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. Praha: Levret. ISBN 978-80-903-1830-4.

ČEPICKÝ, Pavel, 2009. Qlaira – nová generace kombinované hormonální antikoncepce. *Moderní gynekologie a porodnictví*. **18**(3) Suppl. A, 367-368. ISSN 1211-1058.

DVOŘÁK, Dionýz, 2009. Hormonální léčba a antikoncepce u dospívajících. *Medicina & umění*. **13**(1/24), s. 14-17. ISSN 1803-3679.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2019. *Somatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2111-3.

FAIT, Tomáš, 2018. *Antikoncepce*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-587-3.

FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA, 2014. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-403-6.

Forum antikoncepce, 2018. *Světový den antikoncepce: Výsledky unikátního průzkumu* [online]. 25. 9. 2018 [cit. 2018-12-14]. Dostupné z: <http://www.forumantikoncepce.cz/novinky>

HERÁČEK, Jiří, 2008. *Mužská antikoncepce* [online]. Mladá fronta. 2008. [cit. 2018-12-12]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/muzska-antikoncepce-360475>

HRUŠKOVÁ, Hana, 2009. Hormonální antikoncepce-novinky, přínosy, rizika, nové preparáty. *Interní medicína pro praxi*. **11**(12), s. 569-572. ISSN 1212-7299.

KAŠÁKOVÁ, Eva, Martin VOKURKA, Jan HUGO, 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-424-1.

KŘEPELKA, Petr, 2009. Komentář: Hormonální antikoncepce: chápou ženy skutečná rizika i výhody? *Gynekologie po promoci*. **9**(6), s. 25-27. ISSN 1213-2578.

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

MOUREK, Jindřich, 2012. *Fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80247-3918-2.

MUZIKÁŘOVÁ, Nikola, 2015. *Informovanost studentek středních škol o antikoncepci* [online]. Brno [cit. 2019-03-1]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra Porodní asistence. Dostupná z: https://is.muni.cz/th/cmekx/Bakalarska_prace.pdf

National Geographic Society, 2018. *Nová antikoncepce pro muže ve formě gelu* [online]. 14.12.2018 [cit. 2018-12-12]. Dostupné z: <https://www.national-geographic.cz/clanky/nova-antikoncepce-pro-muze-ve-forme-gelu-amerika-odstartovala-testovani-20181211.html>

NOVÁKOVÁ, Lucie, 2014. *Ženská rozmnožovací soustava, těhotenství a porod* [online]. Multimediální skripta. [cit. 2018-12-14]. Dostupné z: <http://fbt.cz/skripta/viii-rozmnozovaci-soustavy/1-zenske-pohlavni-organy-tehotenstvi-a-porod/>

ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART, 2008. *Gynekologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.

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

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0214-3.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. *Potraty 2016*. [online]. [cit. 2018-12-28]. s. 14. ISSN 1210-8642 Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/potraty-2016>

VÁJOVÁ, Pavlína, 2009. *Přínosy a rizika plynoucí z užívání hormonální antikoncepce* [online]. Zlín [cit. 2019-03-01]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupná z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/8054/v%C3%A1jov%C3%A1_2009_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

VOKURKA, Martin, Jan HUGO, 2015. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-464-7.

WHO, 2015. *Medical eligibility criteria for contraceptive use* [online]. Geneva: WHO. [cit. 2018-12-28]. ISBN 978-92-4-154915-8. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf?ua=1

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|--|-------------|
| Příloha A Dotazník | I |
| Příloha B Průvodní list k rešerši | VI |
| Příloha C Čestné prohlášení | VIII |

PŘÍLOHY

Příloha A Dotazník

Informovanost žen o výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce

Tento dotazník slouží pro účely vypracování bakalářské práce na téma „Informovanost žen o výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce“. Je určen ženám ve věku 15 a více let. Dotazník je zcela anonymní.

Otázka 1 – Kolik je Vám let?

Vypište: _____

Otázka 2 – Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Střední s výučním listem
- c) Střední s maturitou
- d) Vysokoškolské

Otázka 3 – Jste / byla jste uživatelkou hormonální antikoncepce (dále HA)?

- a) Ano, jsem uživatelkou HA.
- b) HA jsem někdy v životě užívala.
- c) Ne, nejsem uživatelkou HA a ani jsem ji nikdy neužívala.

Otázka 4 – Jste kuřačka?

- a) Ano

b) Ne

Otázka 5 – Chodíte pravidelně na gynekologické prohlídky?

a) Ano

b) Ne

Následující otázka se vztahuje pouze na uživatelky / bývalé uživatelky HA.

Otázka 6 – Z jakého důvodu jste začala HA užívat?

a) Prevence proti početí

b) Jiný – vypište: _____

Otázka 7 – Spatřujete další možné výhody v užívání HA, kromě prevence proti početí?

a) Ano

b) Ne

Následující otázka se vztahuje pouze na respondentky, které odpověděly na Otázku č. 7 variantou a) Ano.

Otázka 8 – Jaké jsou podle Vás další možné výhody v užívání HA, kromě prevence proti početí? Vypište:

Otázka 9 – Existují podle Vás i nevýhody / rizika spojená s užíváním HA?

a) Ano

b) Ne

Následující otázka se vztahuje pouze na respondentky, které odpověděly na Otázku č. 9 variantou a) Ano.

Otázka 10 – Jaké jsou podle Vás nejčastější nevýhody / rizika spojená s užíváním HA? Vypište:

Následující otázka se vztahuje pouze na uživatelky / bývalé uživatelky HA.

Otázka 11 – Musela jste někdy vysadit HA ze zdravotních důvodů?

a) Ano

b) Ne

Následující otázka se vztahuje pouze na respondentky, které odpověděly na Otázku č. 11 variantou a) Ano.

Otázka 12–Z jakého zdravotního důvodu jste musela HA vysadit? Vypište:

Otázka 13 – Které z následujících faktorů podle Vás mohou zvyšovat zdravotní rizika spojená s užíváním HA?

- a) Kouření
- b) Vyšší věk
- c) Tromboembolická onemocnění
- d) Hypertenze (zvýšený krevní tlak)
- e) Obezita
- f) Migrény
- g) Jiné – vypište: _____

Následující otázka se vztahuje pouze na uživatelky / bývalé uživatelky HA.

Otázka 14 – Byla jste při prvním předpisu HA edukována lékařem o způsobech užívání a rizicích spojených s užíváním HA?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevzpomínám si

Následující otázka se vztahuje pouze na uživatelky / bývalé uživatelky HA.

Otázka 15 – Bylo Vám před prvním předpisem HA nabídnuto testování na trombofilní mutace?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevzpomínám si

Následující otázka se vztahuje pouze na uživatelky / bývalé uživatelky HA.

Otázka 16 – Jste srozuměna s informacemi obsaženými v příbalovém letáku HA?

a) Ano, velmi dobře

b) Příbalový leták jsem v minulosti četla, popř. čtu jeho příslušné části v případě potřeby

c) Ne, nejsem srozuměna

Otázka 17 – Je podle Vás současná úroveň osvěty v oblasti užívání HA a jejich výhod / nevýhod dostatečná?

a) Ano

b) Ne

Následující otázka se vztahuje pouze na respondentky, které odpověděly na Otázku č. 16 variantou b) Ne.

Otázka 18–Z následujících možností vyberte dvě, o kterých si myslíte, že by byly nejvhodnějšími distribučními kanály pro lepší šíření osvěty v oblasti užívání HA:

a) Lékař/Gynekolog

b) Všeobecná sestra/Porodní asistentka

c) Škola

d) Rodina

e) Hromadné sdělovací prostředky

f) Veřejné přednášky odborníků

g) Jiné – vypište: _____

Příloha B Průvodní list k rešerši

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Lenka Jirušová

Název práce: Informovanost žen o výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce

Jazykové vymezení:

čeština, angličtina

Rešeršní strategie

je kombinací různých způsobů hledání – neváže se pouze na klíčová slova,
klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“

Časové vymezení:

2009 - současnost

Druhy dokumentů:

v záznamech viz pole „PT“, popř. „RT“)

KNIHY (=monografie), sborníky, ČLÁNKY, popř. kapitoly knih či články ze sborníků,
abstrakta, kvalifikační (bakalářské a diplomové práce)

Počet záznamů:

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu

České zdroje: záznamů: 108(knihy: 10; kapitoly z knih: 2;
články, články ve sbornících a abstrakta: 83; kvalifikační práce:
13)

Zahraniční zdroje: záznamů: 82

Základní prameny:

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Czechoslovaca (BMČ – články)

Theses - registr vysokoškolských kvalifikačních prací

Repozitář závěrečných prací UK

Medline

CINAHL Complete

Zpracoval: Mgr. Adam Kolín

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb

Sokolská 54

121 32 Praha 2

E-mail: kolin@nlk.cz

Tel. 296 335 949

Příloha C Čestné prohlášení

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Informovanost žen o výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

Lenka Jirušová