

Hormonální antikoncepce a její důsledky na ženské zdraví

Barbora Kopřivová

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Kopřivová**

Osobní číslo: **H15035**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

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

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

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

Příprava metodiky kvantitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace kvantitativního výzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

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

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

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

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

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

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

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Andrea Filová

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

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



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně*17.5.2019*.....

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

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

Klíčová slova: hormonální antikoncepce, vedlejší účinky, informovanost

ABSTRACT

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

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

Keywords: hormonal contraception, side effects, awareness

Chtěla bych poděkovat Mgr. Andree Filové, vedoucí bakalářské práce, za odborné vedení a její cenné rady, které mi poskytla během vedení bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala mé rodině, která mě podporovala po celou dobu studia.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 REPRODUKČNÍ SYSTÉM ŽENY	12
1.1 MENSTRUAČNÍ CYKLUS ŽENY.....	12
1.2 OVULAČNÍ CYKLUS ŽENY	13
2 ANTIKONCEPCE	14
2.1 HISTORIE ANTIKONCEPCE.....	14
2.2 DRUHY ANTIKONCEPCE	18
2.2.1 Hormonální antikoncepce	18
2.2.1.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce (CC).....	18
2.2.1.2 Gestagenní antikoncepce	20
2.2.2 Nitroděložní antikoncepce	21
2.2.2.1 Nehormonální nitroděložní tělísko	21
2.2.2.2 Hormonální nitroděložní tělísko	22
2.2.3 Bariérové metody antikoncepce.....	23
2.2.3.1 Mechanické bariérové metody.....	23
2.2.3.2 Chemické bariérové metody	25
2.2.4 Přirozené metody antikoncepce	26
2.2.4.1 Kojení.....	26
2.2.4.2 Periodická abstinence	26
2.2.4.3 Coitus interruptus.....	27
2.2.5 Postkoitální (emergentní) antikoncepce.....	27
2.2.6 Sterilizace	28
2.2.7 Role sestry v oblasti antikoncepce	28
3 VLIV HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE NA ŽENSKÉ ZDRAVÍ.....	30
3.1 POZITIVNÍ VLIV HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE NA ŽENSKÉ ZDRAVÍ.....	30
3.2 NEGATIVNÍ VLIV HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE NA ŽENSKÉ ZDRAVÍ.....	30
3.3 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE U CHRONICKY NEMOCNÝCH.....	32
3.4 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE U MLADÝCH ŽEN A DÍVEK	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 METODIKA KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU	37
4.1 CÍLE VÝZKUMU	37
4.2 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	37
4.3 ORGANIZACE VÝZKUMU	37
4.4 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	38
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	39
6 DISKUZE	62
ZÁVĚR	66

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	68
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	71
SEZNAM GRAFŮ	73
SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

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

Cílem práce bylo zjistit povědomí respondentek o vedlejších účincích hormonální antikoncepce. Zda se u respondentek objevily nežádoucí účinky hormonální antikoncepce. Jaká je úroveň znalostí žen o antikoncepci. Zjistit jaký druh hormonální antikoncepce ženy ve věku 18 - 45 let užívají nejčastěji. Co respondentky vedlo ke zvolení současné metody antikoncepce a kdy respondentky začaly poprvé užívat hormonální antikoncepci. Výsledky práce by měly přispět k zlepšení informovanosti žen o tomhle tématu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 REPRODUKČNÍ SYSTÉM ŽENY

1.1 Menstruační cyklus ženy

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

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

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

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

1.2 Ovulační cyklus ženy

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

Folikulární fáze začíná prvním dnem menstruace a končí ovulací. Hlavním cílem je vývoj folikulů, které by byly schopné ovulace. Na začátku každého menstruačního cyklu se 15-20 folikulů vyvine do primárních folikulů. Pod vlivem gonadotropinů a ovariálních hormonů primární folikuly rostou, ale nakonec jen jeden primární folikul vyvine v dominantní folikul, určený k ovulaci, zatím co ostatní folikuly podlehnou atrezii. Dominantní folikul dozrává, vylučuje zvýšené množství estrogenů a hladiny vytváří vrchol ke konci folikulární fáze. Estrogeny mají pozitivní vliv na LH a dojde k vyplavení LH. Ovulace začíná vyplavením LH. Účinky LH způsobují zduření a prasknutí folikulu. Při ovulaci je oocyt vytlačen do peritoneální dutiny. Oocyt adhezuje k ováriu, začíná svalová kontrakce vejcovodu, které oocyt přivádějí k vejcovodu a tím začíná migrace oocytu vejcovodem. Luteální fáze začíná luteinizaací částí folikulů, které nebyly ovulovány. Pojivové tkáně se přemění na corpus luteum, který produkuje progesteron a estrogen. Bez stimulace FHS a LH dochází po 14 dnech atrezii corpus luteum a dojde k jeho přeměně na corpus albicans, které okolo 24. dne zaniká. Hladiny FHS znovu pozvolna stoupají, aby zase příště zahájily menstruační cyklus (Pilka a Procházka, 2017, s. 20-22).

2 ANTIKONCEPCE

Antikoncepce je metoda zabraňující početí. Je primární prevencí nechtěného otěhotnění a porodu nechtěného dítěte, dle definice zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO) (Fait, 2018, s. 10).

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

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

Účinnost antikoncepce je hodnocena tak zvaným Pearl indexem (viz. příloha P II). Počtem žen ze 100, které by otěhotněly při užívání určité sledované metody antikoncepce po dobu jednoho roku (Fait, 2018, s. 16). Jak uvádí Barták (2006, s. 30-31) čím je toto číslo vyšší, tím je méně metoda spolehlivá. Spolehlivá a tedy použitelná metoda antikoncepce by neměla mít vyšší těhotenské číslo než 5. Hodnotu Pearl indexu ovlivňuje přirozená plodnost ženy, plodnost partnera, počet pohlavních styků, používání jiných antikoncepčních prostředků současné, ale i délka užívání, kdy u většiny antikoncepčních metod hodnota klesá (Čepický a Fanta, 2011, s. 19). Podle Faita (2018, s. 16) nejčastější příčinou selhání antikoncepce je chyba při užívání.

2.1 Historie antikoncepce

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

zplodil potomka“. Zmíněný biblický hrdina je tedy vynálezcem antikoncepční metody, zvané přerušovaná soulož.

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

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

středek antikoncepční (Barták, 2006, s. 34). Renesance a počátky novověku neznamenal žádný zvrát v regulaci reprodukce.

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

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

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

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

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

V 80. letech nadšení pro antikoncepci skončilo. Objevily se zprávy o vyšším výskytu pánevní zánětlivé nemoci u žen se zavedeným nitroděložním tělískem. Což používání nitroděložních antikoncepce téměř zlikvidovalo. Dále se začaly objevovat zprávy o nejrůznějších zdravotních rizicích pilulky. Především arteriální cévní příhody (infarkt myokardu) a nádory (hlavně karcinom prsu). Důsledkem byl návrat k bariérovým metodám. Ukázalo se však, že potřeba spolehlivé a pohodlné antikoncepce je větší než obavy a začalo po několika letech přibývat uživatelé pilulek. Byly vyvinuty nové preparáty, o kterých se předpokládalo, že případná rizika odstraní. V 90. letech se staly dvě události. První událost nastala nástupem pandemie infekce HIV. S ním souvisí razantní propagace „bezpečného sexu“. Kondom začal vytlačovat „nebariérové“ antikoncepční metody. Druhá událost nastala v roce 1995, kdy bylo upozorněno na dvojnásobné riziko tromboembolické nemoci u žen užívající přípravky s desogestrem nebo gestodenem. Nastal prudký propad užívání hormonální antikoncepce - 12% žen přestalo pilulky užívat (Čepický a Fanta, 2011, s. 15-17).

Další antikoncepční metody byly schváleny na konci 20. století. V roce 1990 bylo schváleno nitroděložní hormonální tělísko. V roce 1992 byla vynalezena první injekce s několika-měsíčním antikoncepčním účinkem. Dále v roce 1998 je objevena a schválena „pilulka po“ k použití do 72 hodin po sexuálním styku. A mezi lety 2000-2002 byly schváleny antikoncepční náplasti a vaginální kroužky (Historie antikoncepce, 2016).

2.2 Druhy antikoncepce

2.2.1 Hormonální antikoncepce

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

2.2.1.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce (CC)

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

Před zahájením COC je provedena u ženy anamnéza, kdy pátráme po rizikových faktorech, zvláště kardiovaskulárních onemocnění (např. hluboká žilní trombóza a hypertenze), nádorech prsu a onemocnění jater. Poté je provedena preventivní onkologická prohlídka a měření krevního tlaku. Další vyšetření nejsou nutná jen s výjimkou, např. u žen s rizikem porucha funkce jater jsou provedeny jaterní testy nebo u žen s vysokým rizikem hluboké žilní trombózy se provádí vyšetření na přítomnost geneticky podmíněné trombofilní mutace.

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

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

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

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

U kombinované hormonální antikoncepce máme absolutní kontraindikace a relativní kontraindikace. Mezi absolutní kontraindikace patří TEN, CMP, ICHS, vrozená trombofilie (deficit trombinu III a proteinu S a C) zaznamenané v rodinné anamnéze ženy. Dále Leidská mutace genu pro faktor V, mutace genu pro tvorbu protrombinu, hyperhomocysteinemie (např. Marfanův syndrom). Akutní hepatopatie a chronická hepatopatie s poruchou funkce (aktivní virová hepatitida, dekompenzovaná cirhóza, Wilsonova nemoc, syndrom

Buddův-Chiariho) nebo benigní i maligní tumory jater u ženy. Srdeční vady komplikované plicní hypertenzí a subakutní endokarditidou nebo s rizikem fibrilace síní. Primární plicní hypertenze u ženy. Neléčená hypertenze u ženy - TK 160/100 mmHg nebo vyšší a/nebo hypertenze s arteriálními komplikacemi. Dlouhodobá imobilizace u ženy (po operaci, po úraze). Karcinom prsu, endometria a endometroidní Ca ovaria u ženy. Pokud ženy kojí do 6 měsíců věku kojence. U žen s diabetes mellitus s orgánovými komplikacemi a migrénou s aurou. Mezi relativní kontraindikace patří kouření nad 15 cigaret u ženy nad 35 let. Vrozená koagulopatie, sprková anémie a porfyrie. U žen s rodinnou anamnézou s TEN, ICHS do 45 let. Hemodynamicky významná srdeční vývojová vada. Plánované rozsáhlé operace. U žen s vaskulární migrénou, závažnou dyslipidemií, diabetes mellitus bez komplikací, antifosfolipidový syndrom a SLE (Marešová, 2014, s. 23-24).

2.2.1.2 Gestagenní antikoncepce

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

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

Minipilulky se začínají užívat od prvního dne menstruačního krvácení. Nástup účinku je okamžitý. Tablety se užívají jednou denně bez přerušení (bez ohledu na krvácení). Po jejich vysazení je nástup plodnosti okamžitý. Při chybném užívání antikoncepce je nutné počítat se sníženou spolehlivostí už 7 dní před chybou, nástup účinku je od 8. dne užívání.

Minipilulky užívají především ženy kojící, po porodu nebo po potratu (Čepický a Čepická Líbalová, c2011, s. 37; Čepický a Fanta, 2011, s. 73).

Injekční depotní forma, první injekce se obvykle aplikuje v prvních 5 dnech menstruačního cyklu. Účinek nastupuje po 8 dnech. Další injekce se aplikuje jednou za 3 měsíce (12 týdnů), krajně povolený termín je po 14 týdnech. Přípravek se aplikuje podle preparátu buď intramuskulárně nebo subkutánně. Po 3 letech je možné implantát vyměnit nebo odstranit, návrat plodnosti je pomalý. Obnovení ovulačního cyklu je do 10 měsíců od poslední injekce. Tato antikoncepční metoda je rovněž vhodná pro ženy po porodu nebo potratu, ale i u žen, které kojí (Čepický a Čepická Líbalová, c2011, s. 37; Čepický a Fanta, 2011, s. 73-74).

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

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

2.2.2 Nitroděložní antikoncepce

Nitroděložní antikoncepce je v dnešní době nejvýhodnější metodou antikoncepce, a to jak v ceně, spolehlivosti (viz. příloha P II) a zdravotní bezpečnosti (Fait, Dvořák a Skřivánek, c2009, s. 122).

2.2.2.1 Nehormonální nitroděložní tělísko

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

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

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

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

2.2.2.2 *Hormonální nitroděložní tělísko*

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

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

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

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

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

U nitroděložního systému s levonorgestrem rozdělujeme taky kontraindikace na absolutní a relativní. Mezi absolutní kontraindikace patří puerperální sepse, akutní pánevní zánětlivá nemoc a nevysvětlitelné krvácení z rodidel. U žen s Ca prsu do 5 let po léčbě, karcinomem čípku nebo endometria a chotiokarcinomem. Dále pánevní tuberkulóza, vrozené vady dělohy, submukózní myomy bránící uložení IUS. Mezi relativní kontraindikace patří zavedení IUS do 4 týdnu od porodu, aktuální TEN, vysoké riziko PID, nemožnost zavedení tělíška, aktivní jaterní porucha, vysoké riziko PID a karcinom prsu v anamnéze u ženy (Fait, 2018, s. 99).

2.2.3 Bariérové metody antikoncepce

2.2.3.1 Mechanické bariérové metody

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

Poševní pesar neboli diafragma je ženská bariérová antikoncepční metoda. Jedná se o kulatý gumový klobouček, v jehož lemu je zatavena pružná kovová spirála, která umožňuje

lepší zavádění pesaru. Poševní pesary se vyrábí v různých velikostech o průměru od 5 cm do 10,5 cm. Správnou velikost pesaru by měl určit gynekolog pomocí speciálního měřítka. První zavádění pesaru by se mělo provádět pod odborným dohledem, kdy lékař zkontroluje správné uložení. Právě na správně zvolené velikosti a správném zavedení spočívá celý antikoncepční efekt (viz. příloha P VI). Membránou by měl být dokonale překryt děložní čípek. Ke zvýšení spolehlivosti pesaru se tedy používá ještě kombinace s chemickou antikoncepcí - spermicidem. Pesar se zavádí buď v poloze na zádech s pokrčenýma roztaženýma nohama, nebo ve stoje, kdy jednu nohu má žena vyzvednutou a opřenou o židli. Nejlépe se pesar zavádí při prázdném močovém měchýři. Pesar se palcem a třetím prstem zmáčkne ze stran a zavádí se do pochvy jako tampón. Pro lepší zavádění je zapotřebí lubrikačního gelu nebo antikoncepčního gelu. Pokud je pesar v pochvě zaveden, je nutné ještě zkontrolovat prsty, že horní okraj kryje děložní čípek, okrajová pružinka je v zadní poševní klenbě a vpředu se opírá o sponu stydkou. Správně zavedený pesar v sobě žena vůbec necítí. Důležité je, že pesar nesmí být odstraněn dříve než za 6 hodin po souloži a naopak by neměl v pochvě zůstat déle než 24 hodin. Pokud mezi zavedením a souloží uplyne delší doba než 3 hodiny, je důležité před pohlavním stykem navíc zavést do pochvy antikoncepční gel. Pesar je určený k mnohonásobnému použití. Při správném ošetřování (opláchnutí intimním nebo antibakteriálním mýdlem, vysušení, správné skladování) vydrží i několik let. Pesar se v žádném případě nesmí používat s mastí, olejem a mastným krémem, mohlo by dojít k porušení materiálu (Čepický a Fanta, 2011, s. 45; Uzel a Kovář, 2010, s. 57-60).

Ženský kondom neboli Femidom představuje poměrně nový prostředek mezi jednorázovými antikoncepčními metodami. Jedná se o 17 cm dlouhý válec z latexu, který se zavádí do pochvy před souloží. Celý kondom vypadá jako válcovitý lampiónek. Kondom je opatřen lubrikantem pro snadnější zavádění a odstranění. Na konci kondomu je vnitřní prstenec, který tvoří kroužek pro snadnější zavádění a pomáhá udržet kondom na místě. Zevní kroužek je širší a zůstává vně pochvy a pomáhá krýt zevní rodidla. Femidom se zavádí do pochvy s předstihem (až 8 hodin) nebo těsně před souloží. Je rozumné, aby si žena nejprve sama vše nacvičila nanečisto a našla nejvhodnější pozici pro vlastní zavádění (viz. příloha P VII). Kondom je nutné používat s lubrikačním gelem, ale co je nejdůležitější, vždy musíme zkontrolovat správné zavedení penisu. Po ejakulaci nemusí být Femidom odstraněn ihned, ale měl by být vytažen předtím, než žena vstane, aby se zabránilo úniku sperma-

tu. Kromě antikoncepčního účinku má i účinek snížit riziko přenosu pohlavně přenosných chorob a infekcí (Uzel a Kovář, 2010, s. 61-63).

Cervikální pesar či klobouček se nasazuje přímo na děložní čípek, nekryje přední poševní stěnu jako poševní pesar. Vyrábí se z latexu nebo umělých hmot, různých tvarů a rozměrů podle děložního čípku. Žena si klobouček nasazuje sama. U prvního nasazení kloboučku je vhodná kontrola správného nasazení lékařem, protože jeho nasazování může zpočátku působit potíže. Klobouček před nasazením je nutno potírat spermicidem. Klobouček se přisazuje k děložnímu čípku a může být v pochvě ponechán i déle, ale maximálně 3 dny. Výhody a nevýhody cervikálního kloboučku jsou přibližně stejné jako u poševního pesaru (Uzel a Kovář, 2010, s. 64).

2.2.3.2 *Chemické bariérové metody*

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

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

2.2.4 Přirozené metody antikoncepce

2.2.4.1 Kojení

Jedna se o přirozenou poporodní antikoncepci, která využívá laktační amenorey. Princip metody spočívá ve využití zvýšeného hormonu prolaktinu při kojení, který brání zrání vajíček. Tvorba prolaktinu je vyvolána stimulací prsní bradavky sáním. Laktační amenorea u kojících žen trvá 2 měsíce až 4 roky, to závisí na frekvenci kojení. K udržení antikoncepčního účinku je nutné, aby žena plně kojila, minimálně každé 4 hodiny přes den, každých 6 hodin v noci a dítě nesmí být přikrmováno. Dále je nutné, aby od porodu neuplynulo víc než půl roku a žena doposud nedostala ani jednu menstruaci. Spolehlivost metody do půl roku po porodu je podle Pearl indexu 2-4 (Čepický a Fanta, 2011, s. 28-29; Šulová, Fait a Weiss, c2011, s. 269).

2.2.4.2 Periodická abstinence

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

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

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

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

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

2.2.4.3 *Coitus interruptus*

Přerušovaná soulož je sice nejlevnější metodou, vždy dostupná a nevyžaduje žádné pomůcky, ale je nejméně spolehlivá ze všech antikoncepcí. Princip metody je zabránit, aby se spermie dostala do dělohy, proto muž ukončí soulož ještě před ejakulací, ke které dojde až mimo tělo ženy. Důvod neúspěchu? Prvním je predejakulační tekutina, která se objevuje v mužské močové trubici během sexuálního vzrušení a obsahuje menší množství pohyblivých spermií. Druhým důvodem je správný odhad okamžiku přerušování soulože. Třetím je opakovaná soulož, kdy zbytky semene v močové trubici se mohou dostat do dělohy. A posledním důvodem je špatná manipulace se spermatem (Čepický a Fanta, 2011, s. 36; Uzel a Kovář, 2010, s. 41-42).

2.2.5 Postkoitální (emergentní) antikoncepce

Postkoitální antikoncepce nebo u nás po domácku “pilulka po,“. Metoda má zabránit otěhotnění až po té, co už došlo k nechráněnému pohlavnímu styku. Metoda není určena pro pravidelné užívání, pouze výjimečně a není vhodné ji užívat častěji jak jednou měsíčně. Hlavním mechanismem je zabránění nidace vajíčka. Před použitím antikoncepce není nutné žádné vyšetření. Podání antikoncepce by mělo být do 72 hodin, u novějších přípravků až do 120 hodin po nechráněném pohlavním styku. Pilulka se podává co nejdříve po po-

hlavním styku a druhá se podává do 12 hodin od první pilulky. Po podání pilulky se menstruace obvykle objevuje v očekávaném termínu, může se dostavit i dříve nebo o několik dnů později. Preparát je k dostání pouze na lékařský předpis (Čepický a Fanta, 2011, s. 131-132; Uzel a Kovář, 2010, s. 146-149).

2.2.6 Sterilizace

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

2.2.7 Role sestry v oblasti antikoncepce

Edukace je vzdělávací proces s cílem osvojení si nových vědomostí, dovedností, postojů, návyků, formování osobnosti, hodnotové orientace, postojů, názorů a přesvědčení (Mastilíaková, 2015, s. 29).

Sestra jako edukátorka by měla mít teoretické znalosti a praktické dovednosti. Mít snahu, zájem a ochotu pomoci. Měla by být empatická, schopná verbální a neverbální komunikace. Umět navázat kontakt a důvěru, vytvořit vhodné prostředí a atmosféru. Získat klientky pro spolupráci a motivovat (Slezáková a kolektiv, 2017, s. 16).

Rodina, partneři, přátelé, náboženství, média a okolí ovlivňují vnímání ženy během výběru antikoncepce. Sestra pomáhá podporovat rozhodnutí pacientky při výběru antikoncepce, která uspokojí osobní, sociální a kulturní potřeby. Sestra musí umět posoudit a zhodnotit pacientku, jejího partnera a jiné okolnosti, aby správně stanovila vhodnou metodu antikoncepce. Musí určit vědomosti pacientky a jejího partnera o antikoncepci. Shromažďovat údaje o frekvenci koitů, počet sexuálních partnerů a názor jejího partnera na různé metody antikoncepce. Vyvrátit případné mylné představy o antikoncepci. Věnovat pozornost slovní a neverbální reakci pacientky. Doporučit vhodnou metodu antikoncepce podle reprodukčního života pacientky. Provedení anamnézy, fyzikálního a laboratorního vyšetření.

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

3 VLIV HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE NA ŽENSKÉ ZDRAVÍ

3.1 Pozitivní vliv hormonální antikoncepce na ženské zdraví

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

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

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

3.2 Negativní vliv hormonální antikoncepce na ženské zdraví

I když je hormonální antikoncepce považována za největší objev 20. století, má ale i chyby. Podle Turčana, Pokorného a Faita (2012, s. 212-213) hormonální antikoncepce negativně ovlivňuje libido, kdy ženy uvádějí pokles libida při užívání hormonální antikoncepce. Dále i ženy popisují zhoršenou lubrikaci pochvy, ztrátu touhy a vzrušení. Ostró, Hořejší a Jirásek (2017, s. 210-211) uvádí riziko zhoršení duševních poruch jako je deprese nebo bipolární porucha nebo vznik nově duševních příznaků užíváním antikoncepce. Při užívání hormonální antikoncepce se mohou objevit nežádoucí účinky, například nevolnost, zvracení, migrénové bolesti hlavy, přecitlivělost prsů, přibývání na váze, změny zájmu o sex, deprese, vypadávání vlasů, růst ochlupení v obličeji, krevní sraženiny a zvýšený výskyt

vaginitidy. U žen s epilepsií, migrénou, astmatem nebo srdeční chorobou může nastat k zhoršení symptomů (Sellman, 2014, s. 62).

Užívání perorální antikoncepce je spojeno i s rozvojem hypertenze. Hypertenze je obvykle mírná a po vysazení antikoncepce se krevní tlak vrací k normě do 6 měsíců. Riziko rozvoje hypertenze roste s věkem, kouřením cigaret, délkou užívání hormonální antikoncepce a obezitou. Hypertenze byla pozorována jen u kombinované hormonální antikoncepce, u gestagenů nebyla prokázána. Závažná hypertenze, která rychle progreduje může způsobit až ireverzibilní renální selhání. Proto není perorální antikoncepce doporučena ženám se špatnou léčbou hypertenze nebo kuřačkám nad 35 let (Cífková, 2015, s. 224-229).

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

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

každé ženy, by se měla zohlednit osobní a rodinná anamnéza a rizikové faktory TEN (Dulíček a kolektiv, 2013, s. 277-282; Nováčková, 2014, s. 36-38).

Podle Sellmanové (2014, s. 65) se zvýšil výskyt zánětlivého onemocnění u žen do 40 let, které užívaly nebo užívají HAK. Zánětlivé onemocnění způsobuje poruchy dýchacího, trávicího, močového, pohlavního, svalového nebo kosterního systému. Dále autorka uvádí, že gestagenní antikoncepce u kojících žen, způsobuje ochuzení mateřského mléka o živiny a poskytuje dítěti nadměrnou dávku syntetických hormonů. Syntetické hormony působí na hypotalamus, může maskulinizovat holčičky nebo přispět k novorozenecké žloutence.

3.3 Hormonální antikoncepce u chronicky nemocných

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

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

U žen s obezitou hrozí selhání HAK. Některé studie, např. Brunerova a jiné zdroje uvádí jako hranici tělesnou hmotnost 90 kg, tedy BMI 30 (obezita prvního stupně), poté se začne spolehlivost CC snižovat. Obezita samotná je rizikovým faktorem pro TEN a užívání CC

může riziko zvýšit (Fait, 2018, s. 116; Křepelka, 2013, s. 132). Podle Křepelky (2013, s. 132) vliv obezity na efektivitu HAK zůstává stále nejasný.

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

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

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

3.4 Hormonální antikoncepce u mladých žen a dívek

Běžně se ženám a dívkám na špatný menstruační cyklus nebo menstruační potíže předepisují antikoncepční prášky. Málokdo zná skutečnou příčinu ženských problémů. Předepisování HAK je pro lékaře pohodlnější a jednodušší. Ve skutečnosti hormonální antikoncepce žádná léčba není.

Hormonální antikoncepce je silný chemický steroidní lék. HAK se odbourává v játrech, jsou tak stále vystaveny vysokým dávkám steroidů. Dospívající dívky jsou citlivé a HAK

způsobuje v dívčím těle 150 chemických změn. HAK závažně poškozuje zdraví dospívajících dívek a vytváří celoživotní predispozici k zdravotním potížím (Sellman, 2014, s. 63). Brzké užívání hormonů je zásah do doposud nezralého systému, který se za těchto okolností může jen obtížně vyvíjet. Dívky potřebují čas, aby došlo k stabilizaci ženského koloběhu. Rytmus se vyladuje po dobu prvního roku až dvou let někdy i mnohdy několik let. Díky zásahu hormonů například zůstává děloha malá, často se koloběh ženského života vůbec nerozběhne a početí dítěte se stává otázkou (Dahlke, Dahlke a Zahn, 2012, s. 106-108). Podle Sellmanové (2014, s. 36) u dívek v pubertě při nadměrném množství estrogenu hrozí vyhoření vaječníků a zhoršuje plodnost.

U mladých dívek se prsní tkáň stále vyvíjí a je velmi citlivá na nadměrnou stimulaci syntetickým estrogenem. Pokud žena začne užívat HAK ve velmi mladém věku, tím je větší riziko nejen rakoviny prsu, ale i velkých nádorů a horší prognózy. Jedna studie prokázala, že perorální hormonální antikoncepce způsobuje chromozomální odchylky v prsní tkáni mladých dívek (Sellman, 2014, s. 64). Podle Hořejšího (2017, s. 209) předčasné užívání HAK v období dospívání může způsobit hypertrofii prsů. Prsy mohou vyrůst do obrovských rozměrů, což dívce může způsobit psychické problémy, ale i ortopedické.

HAK v období adolescence ovlivňuje tělesný růst a vývoj kostní hmoty. V adolescenci dochází k nárůstu BMD. COC způsobuje uzavření epifyzárních štěrbin, tím ukončí tělesný růst. Studie prokázaly nevhodnost podávání COC velmi nízkou dávkovanou (15 - 20 µg) pro růst BMD u mladých dívek ve věku 19 - 22 let. Ve skupině uživatelék COC nedošlo k fyziologickému nárůstu BMD. Tvorbu BMD rovněž zpomaluje gestagenní antikoncepce, tedy DMPA. Dlouhodobé užívání DMPA způsobuje mírný až střední stupeň hyperestrogenismu, který vede k reverzibilnímu snížení BMD. U adolescentních dívek je nutno zacházet rozvážně s COC a čistě gestagenní antikoncepci tam, kde existuje riziko vzniku osteoporózy (Fait, 2018, s. 84-86; Křepelka, 2013, s. 76).

Nejen ženy, ale i mladé dívky může postihnout trombembolická nemoc. Po nasazení HAK dochází v krvi k změnám homeostázy a stoupá aktivita koagulačních faktorů. Tyto změny představují riziko pro mladé ženy a dívky s nediagnostikovanou trombofilní mutací. Mezi nejčastější mutace patří Leidenská mutace genu pro faktor V a mutace genu pro tvorbu protrombinu. Důležitá je i rodinná anamnéza pacientky, výskyt žilní trombózy a plicní embolie. Hyánek (2010, s. 369-383) uvádí, že za posledních deset let se situace u mladých dívek zhoršuje. CC je ve velkém množství předepisována mladým dávkám, které nejsou dostatečně vyšetřeny, není provedena anamnéza ani laboratorní vyšetření před nasazením

HAK. S tím se setkává během své praxe v lipidové ambulanci, kam přichází mladé rizikové pacientky s CC, kde byla špatně indikována HAK (viz. příloha P VIII). Podle Hyánka hormonální antikoncepce zůstává stále „Pandořinou skříňkou“. Doposud žádná studie nedokázala spolehlivě vysvětlit všechny interakce a mechanismy, které HAK vyvolává, proto HAK má celou řadu kontraindikací.

Jak bylo zmíněno na začátku kapitoly, mladým dívkám, které mají problémy s menstruačním cyklem, PMS nebo s akné se běžně předepisuje HAK, bez předchozího hledání jiné alternativy nebo řešení. HAK spraví nepravidelný menstruační cyklus, ale vlastní endokrinní funkce je utlumena a menstruace se řídí podle toho jak dívka užívá hormony. Lepší řešení by bylo nastavit přesné a cílené dávky hormonů. Jiné alternativy mohou být úprava životosprávy (kvalitní spánek), doplnění minerálních látek a vitamínů (hořčík, vitamín B) například ve formě mateří kašičky, doplnění esenciálních mastných kyselin ve formě pupalkového oleje nebo potravinové doplňky ovlivňující pozitivně psychiku. Hypermenoreu lze řešit podáváním hormonu žlutého tělíska (progesteronu) v druhé fázi cyklu. Medikace je správnější a jednodušší než HAK. Dysmenoreu pomocí HAK můžeme zcela vymítit, ale stejný efekt mají i analgetiky nebo jiné alternativy, které nám můžou pomoc i s PMS. Například pročištění organismu pomocí řasy chlorelly, doplnění potřebných minerálních látek (hlavně hořčík), cviky na uvolnění křečí, užívání mateří kašičky nebo pupalkového oleje. Problémy s akné u dívek lze bez HAK. Je nutné dbát na čištění pleti, upravit životosprávu (pupalkový olej, mateří kašička), pročištění organismu (řasa chlorela, jablečný ocet), doplnění potřebných minerálních látek (křemík a selen), vitamínů a antioxidantů (Hořejší, 2009, s. 350; Lázníčková, 2018, s. 9-15).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU

Kvantitativní výzkum byl realizován technikou nestandardizovaného dotazníku (viz. příloha P IX). Nestandardizovaný dotazník obsahuje 21 otázek, tvoří jej 4 otevřené otázky a 17 uzavřených otázek. Otázky č. 1 a 2 se vztahují k prvnímu dílčímu cíli. Druhý dílčí cíl se vztahuje k otázce č. 3. Třetí dílčí cíl se týká otázky č. 5. Otázky č. 9 a 10 směřují k čtvrtému dílčímu cíli. A poslední dílčí cíl č. 5 se vztahuje k otázkám č. 7, 8, 12, 13, 14 a 20. Ostatní otázky (č. 4, 6, 11, 15, 16, 17, 18, 19 a 21) jsou pouze doplňující.

4.1 Cíle výzkumu

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

Dílčí cíle:

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

4.2 Charakteristika respondentů

Respondentky jsme vybírali podle několika kritériích. Dotazník byl anonymní. Respondentky jsem osobně oslovovala o vyplnění dotazníku. Dotazník byl určen pro respondentky ve věku 18 - 45 let. Určen pro ženy, které užívají hormonální antikoncepci.

4.3 Organizace výzkumu

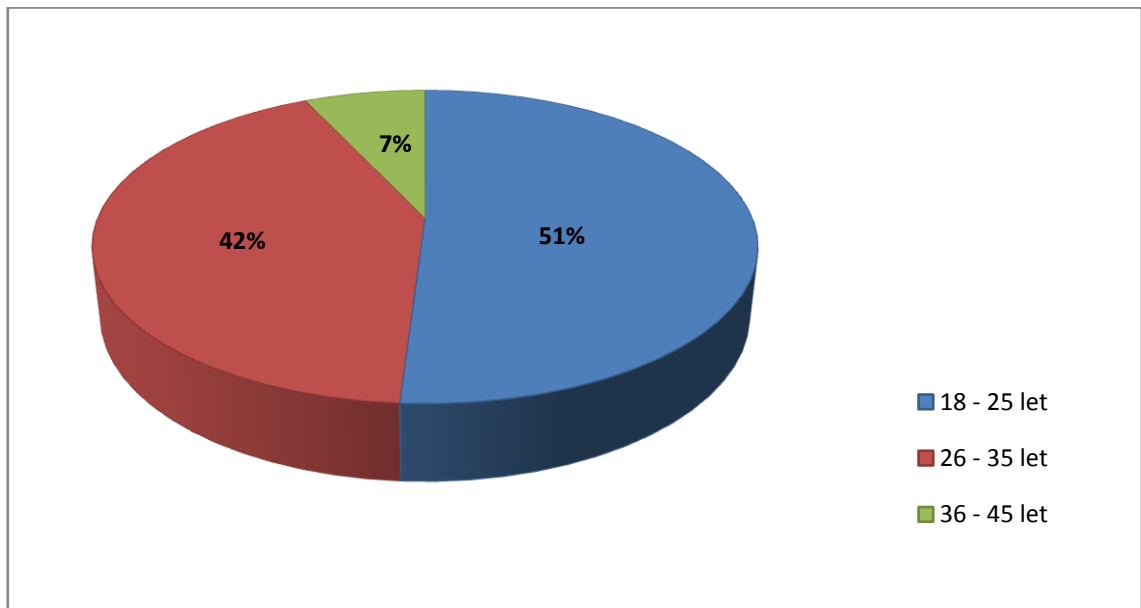
Dotazníkové šetření bylo provedeno v měsíci březnu 2019 v tištěné podobě. Respondentky jsem osobně oslovovala o vyplnění dotazníku. Dotazníků bylo rozdáno 110, vyřazeno bylo 10 dotazníků pro neúplnost informací nebo špatného vyplnění dotazníku. Před rozdělením dotazníků bylo provedeno pilotní šetření pro doplnění nedostatků nebo nejasností. Pilotního šetření se zúčastnilo 5 respondentek. Korekce dotazníku se týkala specifikace otázek.

4.4 Zpracování dat

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

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Otázka č. 1

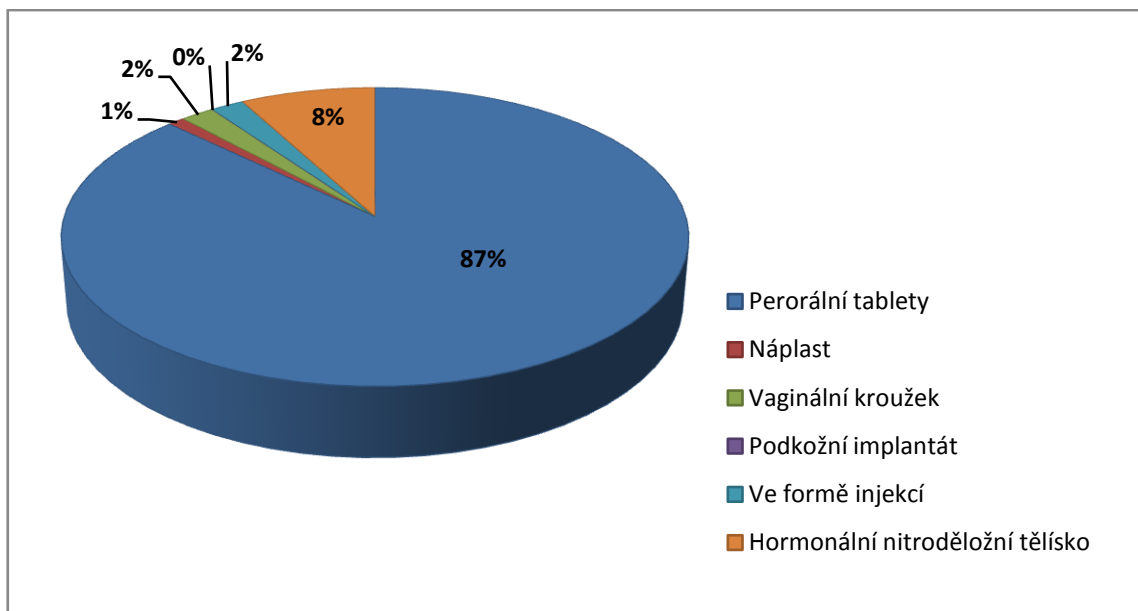


Graf č. 1 Věk respondentů

Komentář:

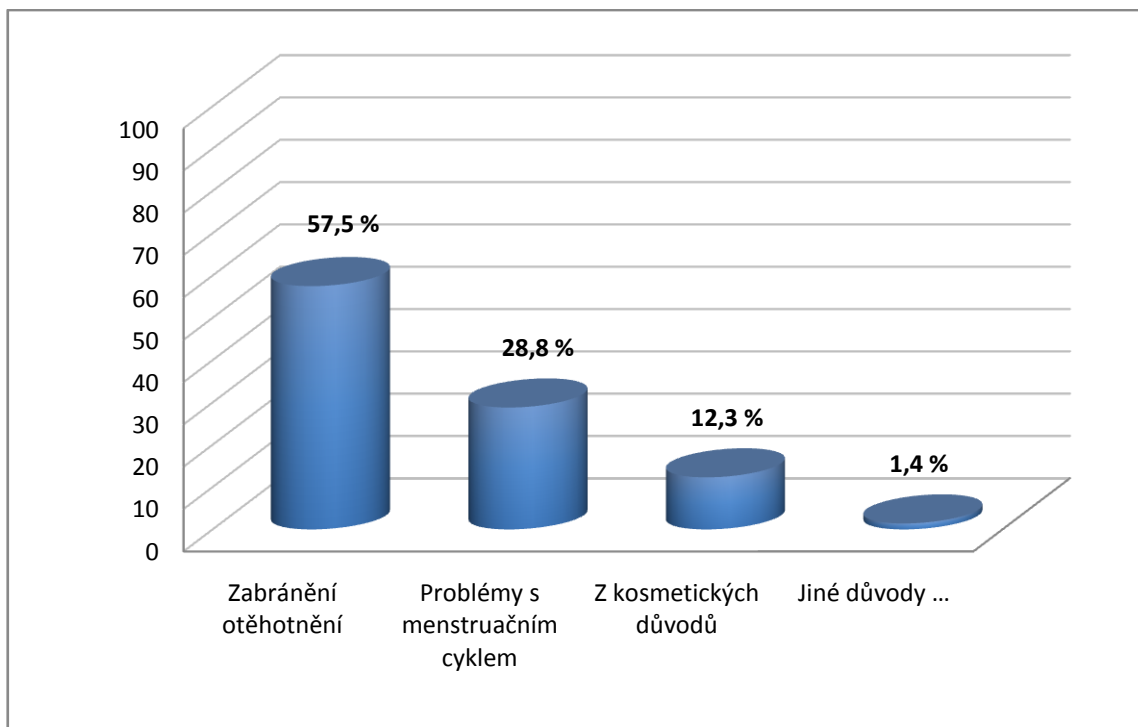
V otázce č. 1 jsme se ptali kolik let je respondentkám. Otázka se týkala dílčího cíle č. 1: *Zjistit, jaký druh hormonální antikoncepce ženy ve věku 18 - 45 let užívají nejčastěji.* V grafu č. 1 jsou zpracované odpovědi na tuto otázku. Polovinu grafu (51 %) a největší skupinu tvoří respondentky ve věku 18 - 25 let (51 respondentek). Dále respondentky ve věku 26 - 35 let tvoří 42 % grafu (42 respondentek). Jako poslední a nejmenší skupinu (7 %) tvoří respondentky ve věku 36 - 45 let (7 respondentek).

Otázka č. 2

Graf č. 2 *Forma hormonální antikoncepce***Komentář:**

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

Otázka č. 3

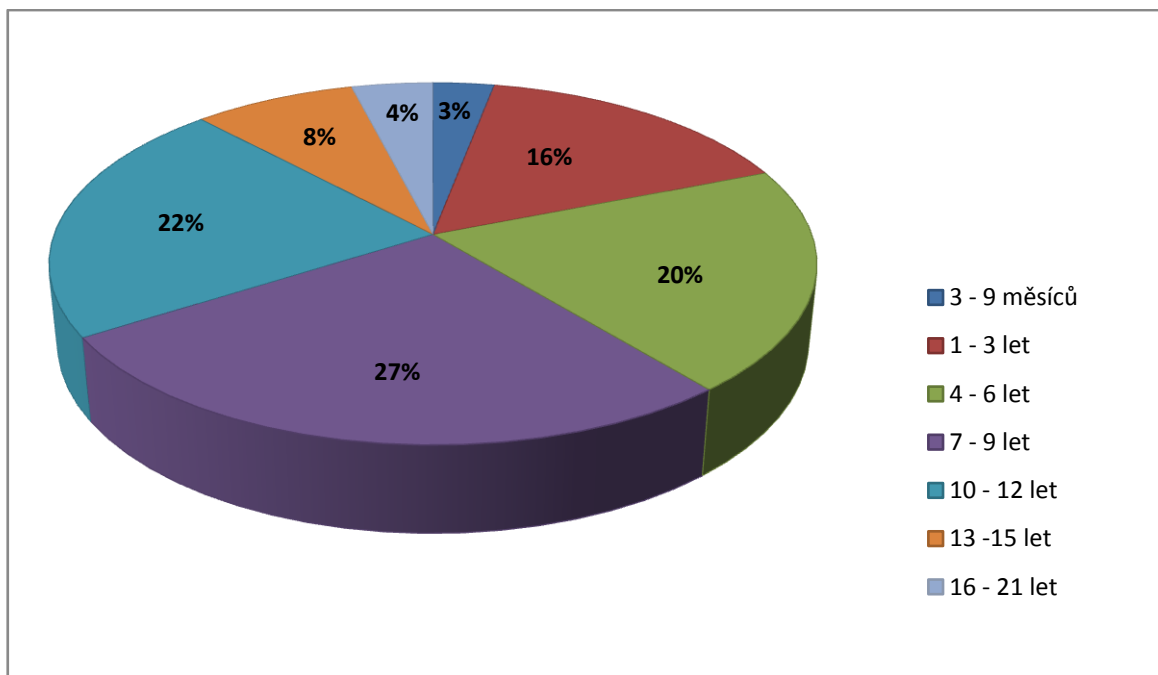


Graf č. 3 Důvod užívání hormonální antikoncepce

Komentář:

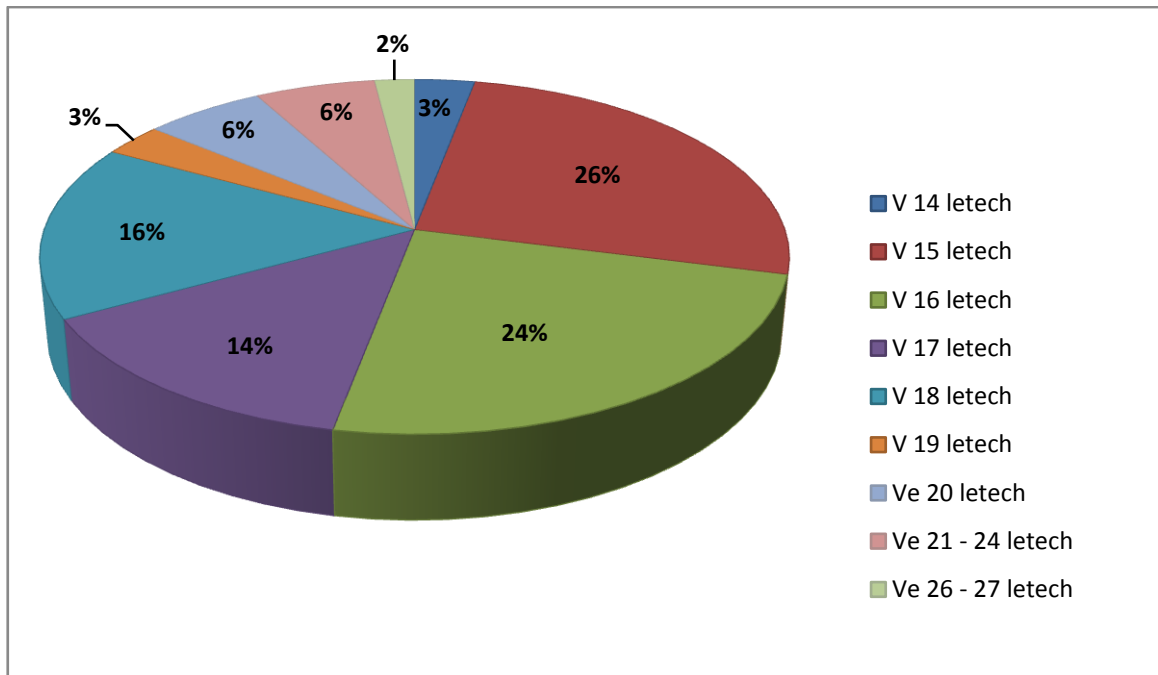
K dílčímu cíli č. 2: *Zjistit, co respondenty vedlo ke zvolení současné metody antikoncepce*, se vázala otázka č. 3, která se týká důvodu užívání hormonální antikoncepce. Respondentky měly možnost zvolit více odpovědí. Na grafu lze vidět, že nejčastější důvod užívání hormonální antikoncepce je zabránit otěhotnění. Tuhle odpověď volilo 84 respondentek (57,5 %). Další možnou odpověď máme problémy s menstruačním cyklem, kterou volilo 42 respondentek (28,8 %). Odpověď z kosmetických důvodů volilo 18 respondentek (12,3 %). Možnost odpovědi Jiné důvody a písemně se vyjádřit zvolily 2 respondentky ze (1,4 %). Jejich odpovědi byly: „*cysta, cysta na vaječniku*“.

Otázka č. 4

Graf č. 4 *Délka užívání hormonální antikoncepce***Komentář:**

V otevřené otázce č. 4 jsem se ptala respondentů na délku užívání hormonální antikoncepce. Odpovědi respondentek na otevřenou otázku jsem zařadila do sedmi skupin. První skupina je doba užívání 3 - 9 měsíců, tak dlouho užívají 3 respondentky (3 %). Rok až 3 léta užívá 16 respondentek (16 %). Dalších 20 respondentek (20 %) užívá hormonální antikoncepci 4 - 6 let. Nejpočetnější skupinou je doba užívání 7 - 9 let, kterou tvoří 27 respondentek (27 %). Hormonální antikoncepci 10 - 12 let užívá 22 respondentek (22 %). Předposlední skupina je doba užívání 13 - 15 let, kterou tvoří 8 respondentek (8 %). Poslední skupinou jsou 4 respondentky (4 %), kteří užívají hormonální antikoncepci 16 - 21 let.

Otázka č. 5

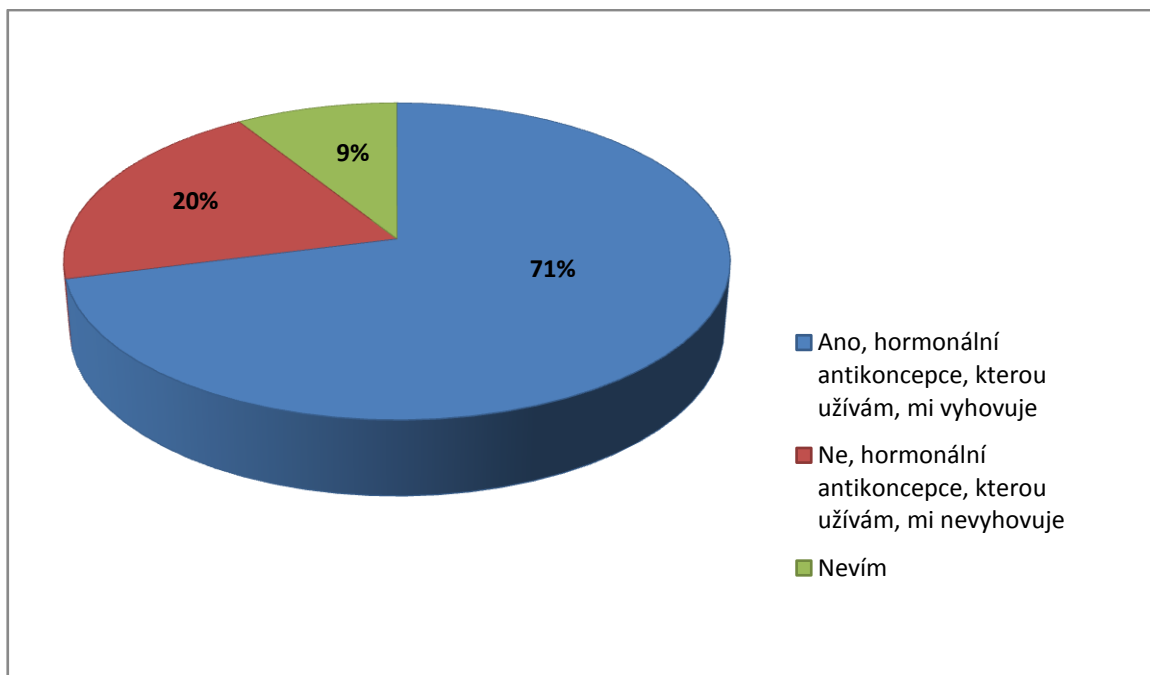


Graf č. 5 Věk prvního užívání hormonální antikoncepce

Komentář:

K otevřené otázce č. 5 se váže dílčí cíl č. 3: *Zjistit, kdy respondentky začaly poprvé užívat hormonální antikoncepci.* Jak můžeme vidět z grafu č. 5, že respondentky začaly užívat nejčastěji v 15 až 18 letech. V 14 letech začalo užívat 3 respondentky (3 %). Nejvíce respondentek začalo užívat v 15 letech, tedy 26 respondentek (26 %). Hodně respondentek taky začalo užívat hormonální antikoncepci v 16 letech, 24 respondentek (34 %). Dále v 17 letech začalo užívat 14 respondentek (14 %) a v 18 letech o něco málo víc, 16 respondentek (16 %). V 19 letech pouze 3 respondentky (3 %). Stejný počet respondentek začalo užívat ve 20 letech a v 21 - 24 letech a to 6 respondentek (6 %). A nejméně respondentek začalo užívat v 26 - 27 letech, 2 respondentky (2 %).

Otázka č. 6

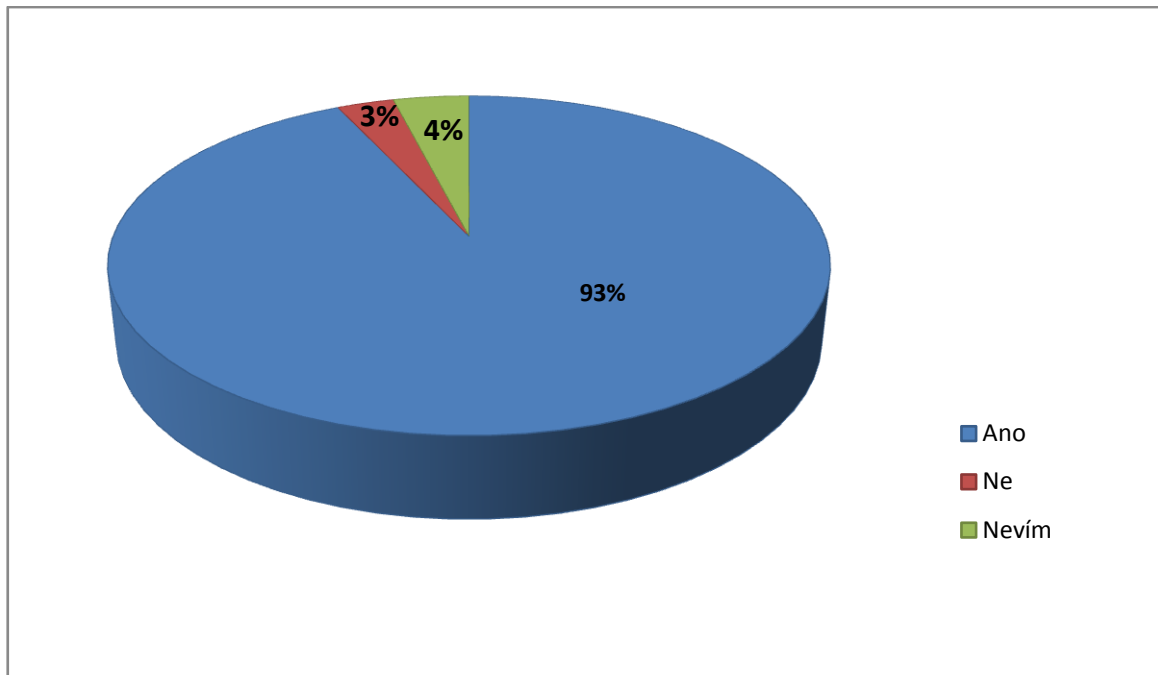


Graf č. 6 Spokojenost s hormonální antikoncepcí

Komentář:

V otázce č. 6 jsem se ptala respondentek na spokojenost s hormonální antikoncepcí, kterou v současné době užívají. V současné době je 71 respondentek (71 %) spokojeno hormonální antikoncepcí, kterou užívají. Na dalším místě je 20 respondentek (20 %), kterým v současné době hormonální antikoncepce nevyhovuje. Zbýlých 9 respondentek (9 %) naopak vůbec neví zda jim hormonální antikoncepce vyhovuje nebo nevyhovuje a zvolily odpověď Nevím.

Otázka č. 7:

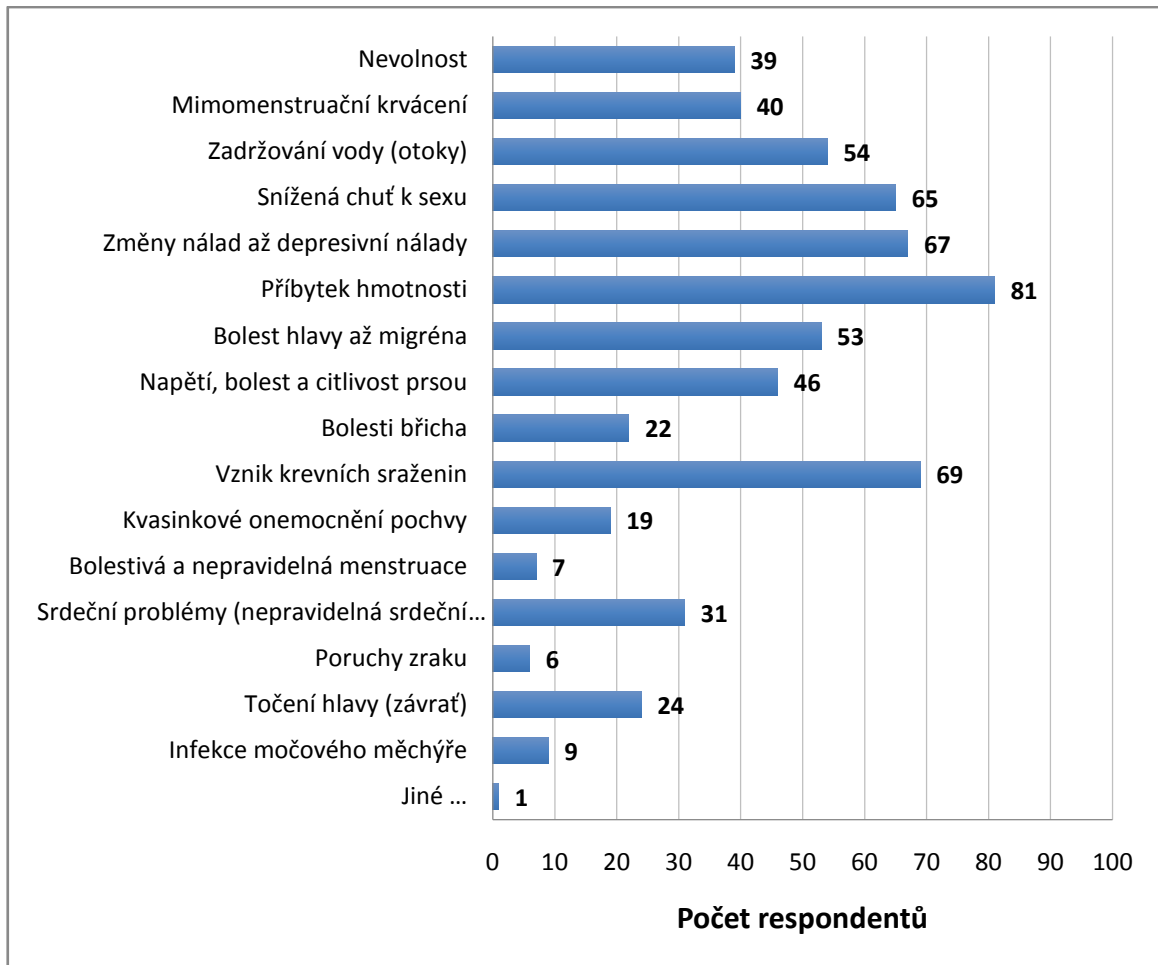


Graf č. 7 Znalost vedlejších účinků hormonální antikoncepce I.

Komentář:

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

Otázka č. 8



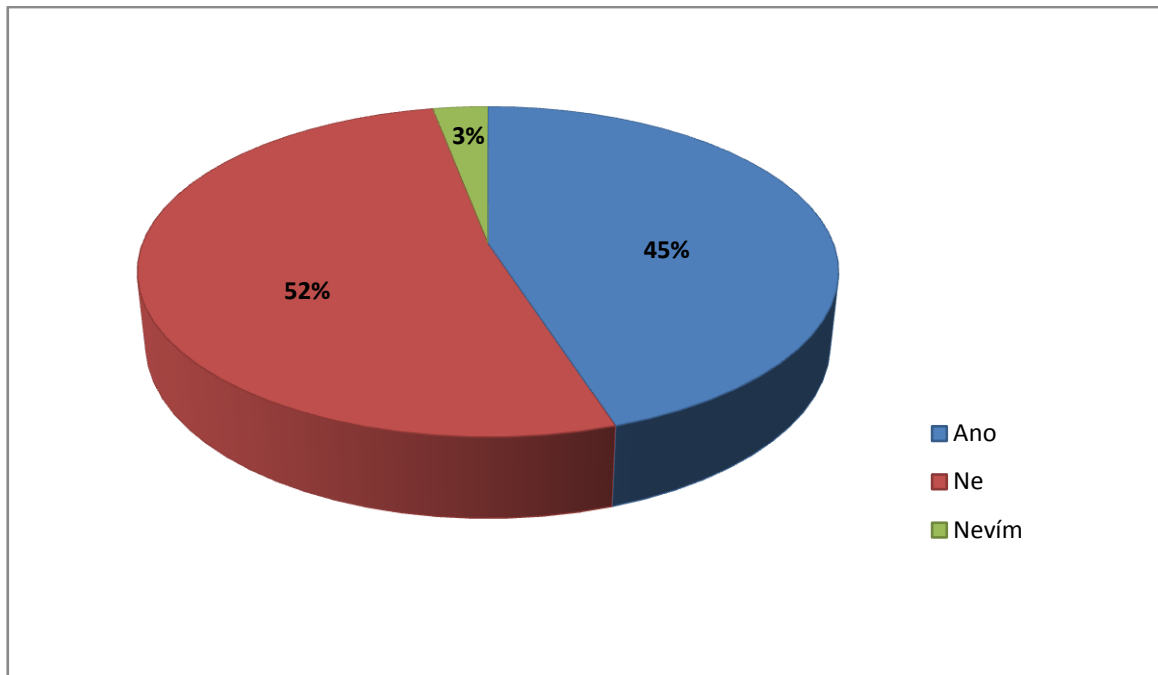
Graf č. 8 Znalost vedlejších účinků hormonální antikoncepce II.

Komentář:

Otázka č. 8 se týkala dílčího cíle č. 5: *Zjistit úroveň znalostí žen o antikoncepci*. Respondentky měly zakroužkovat ze 17 možností, které vedlejší účinky hormonální antikoncepce znají. Na otázku č. 8 měly odpovídat pouze ty respondentky, které v předchozí otázce č. 7 odpověděly Ano. Respondentky nejčastěji odpovídaly Příbytek hmotnosti, 81 respondentek z 93 (75,33 %). Druhá nejčastější odpověď respondentek byla Vznik krevních sraženin, 69 respondentek z 93 (64,17 %). Dále respondentky nejčastěji odpovídaly Změny nálad až depresivní nálady, 67 respondentek z 93 (62,31 %) a Snížená chuť k sexu, 65 respondentek z 93 (60,45 %). Přes padesát respondentek odpovědělo Zadržování vody, 54 respondentek z 93 (50,22 %) a Bolest hlavy až migréna, 53 respondentek z 93 (49,29 %). Odpověď Napětí, bolest a citlivost prsou zvolilo 46 respondentek z 93 (42,78 %), Mimomenstruační

krvácení vybralo 40 respondentek z 93 (37,2 %), Nevolnost odpovědělo 39 respondentek z 93 (36,27 %), 31 respondentek z 93 (28,83 %) vybralo Srdeční problémy. Ostatní možnosti vybíralo málo respondentek, podle mého názoru, že ostatní vedlejší účinky nejsou tak známé. Například vedlejší účinek Točení hlavy zná 24 respondentek z 93 (22,32 %), Bolesti břicha ví 22 respondentek z 93 (20,46 %) a Kvasinkové onemocnění pochvy zná pouze 19 respondentek z 93 (17,67 %). Pouze 9 respondentek z 93 (8,37 %) odpovědělo Infekce močového měchýře, 7 respondentek z 93 (6,51 %) Bolestivá a nepravidelná menstruace a 6 respondentek z 93 (5,58 %) Poruchy zraku. Možnost odpovědi Jiné a písemně se vyjádřit zvolila jedna respondentka z 93 respondentek (0,93 %). Její odpověď byla: „*Změna vůně partnera*“. Z grafu č. 8 lze tedy vyčíst, že respondenty nejčastěji jako vedlejší účinek hormonální antikoncepce znají příbytek hmotnosti, vznik krevních sraženin, změny nálad až depresivní nálady a snížená chuť k sexu.

Otázka č. 9

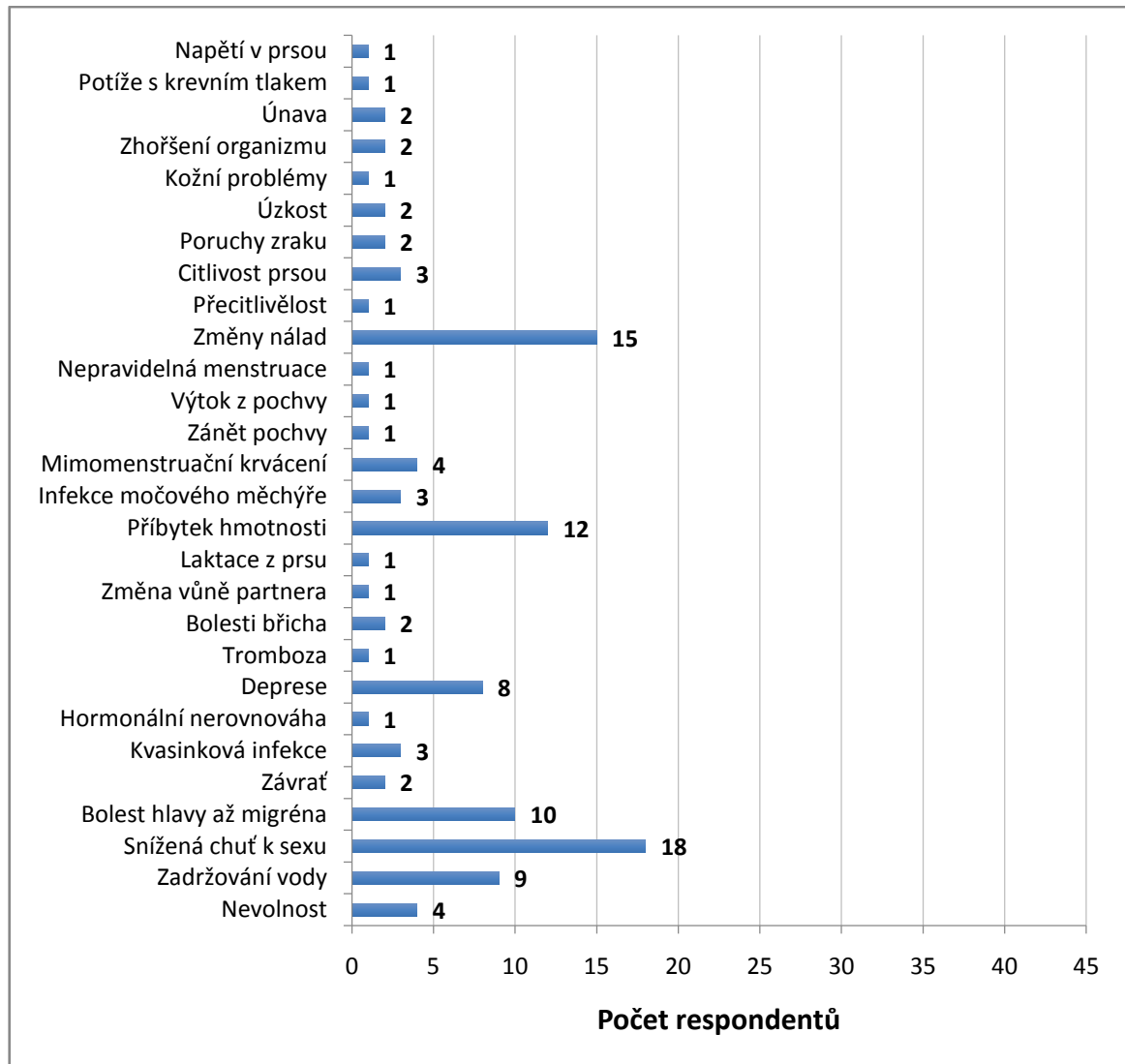


Graf č. 9 *Objevení vedlejších účinků hormonální antikoncepce I.*

Komentář:

V této otázce bylo cílem zjistit, zda u respondentky se neobjevily vedlejší účinky hormonální antikoncepce. K této otázce se váže i dílčí cíl č. 4: *Zjistit, zda se u respondentek objevily nežádoucí účinky hormonální antikoncepce.* Jak na grafu vidíte tak polovina respondentek tedy 52 respondentek (52 %) odpověděly Ne. Ale u 45 respondentek (45 %) se vedlejší účinky hormonální antikoncepce objevily. Pouze u 3 % respondentek byla odpověď Nevím. Ze zajímavosti zmíním, že podle grafu č. 6 sice 71 respondentek (71 %) užívání současné hormonální antikoncepce vyhovuje, ale podle grafu č. 9 až u 45 respondentek (45 %) se objevily vedlejší účinky hormonální antikoncepce.

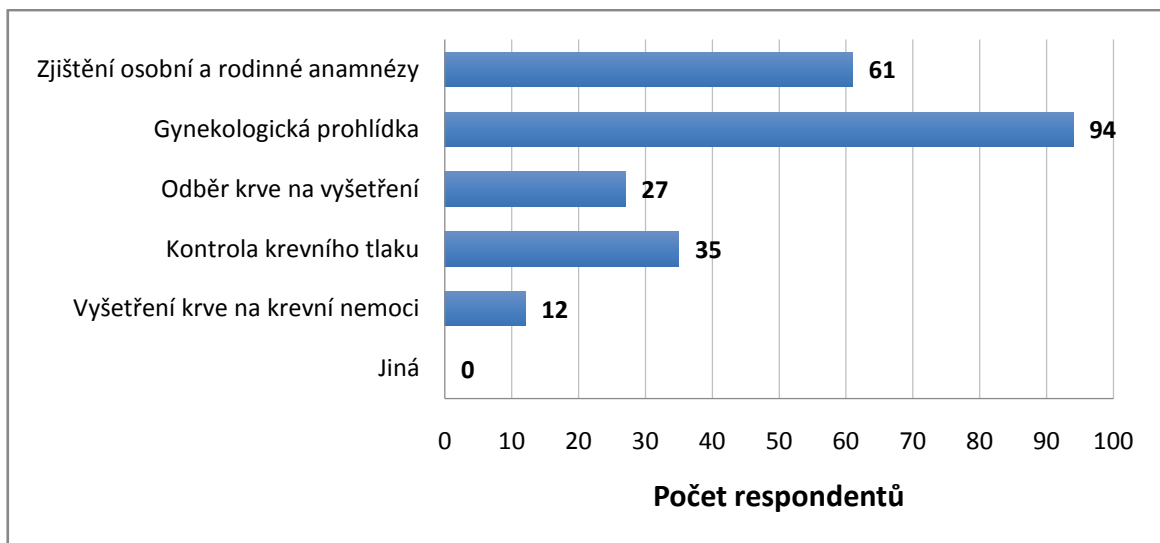
Otázka č. 10

Graf č. 10 *Objevení vedlejších účinků II.***Komentář:**

V otevřené otázce č. 10 jsem se respondentek ptala, které vedlejší účinky hormonální antikoncepce se u nich objevily. K této otázce se váže i dílčí cíl č. 4: *Zjistit, zda se u respondentek objevily nežádoucí účinky hormonální antikoncepce.* Otázka se týkala pouze respondentek, které v otázce č. 9 odpověděly Ano. Z grafu můžeme vyčíst, že u respondentek se nejčastěji objevily vedlejší účinky jako je snížená chuť k sexu, změny nálad, příbytek hmotnosti, bolest hlavy až migréna, zadržování vody a deprese. Snížená chuť k sexu se objevila u 18 respondentek z 45 (8,1 %). Změny nálad se objevily u 15 respondentek z 45 (6,75 %). U 12 respondentek z 45 (5,4 %) se objevil příbytek hmotnosti. U 10 respondentek z 45 (4,5 %) se objevily bolesti hlavy a migréna. Zadržování vody se objevilo u 9 re-

spondentek z 45 (4,05 %). A deprese se objevily u 8 respondentek z 45 (3,6 %). U 4 respondentek z 45 (1,8 %) se objevily vedlejší účinky jako je nevolnost a mimomenstruační krvácení. U 3 respondentek z 45 (1,35 %) se objevily vedlejší účinky jako kvasinková infekce, infekce močového měchýře a citlivost prsou. U 2 respondentek z 45 (0,9 %) se objevily vedlejší účinky jako závrať, bolesti břicha, poruchy zraku, úzkost, zhoršení organismu a únava. U jedné respondentky z 45 (0,45 %) se objevily vedlejší účinky jako hormonální nerovnováha, trombóza, změna vůně partnera, laktace z prsu, zánět pochvy, výtok z pochvy, nepravidelná menstruace, přecitlivělost, kožní problémy, potíže s krevním tlakem a napětí v prsou.

Otázka č. 11

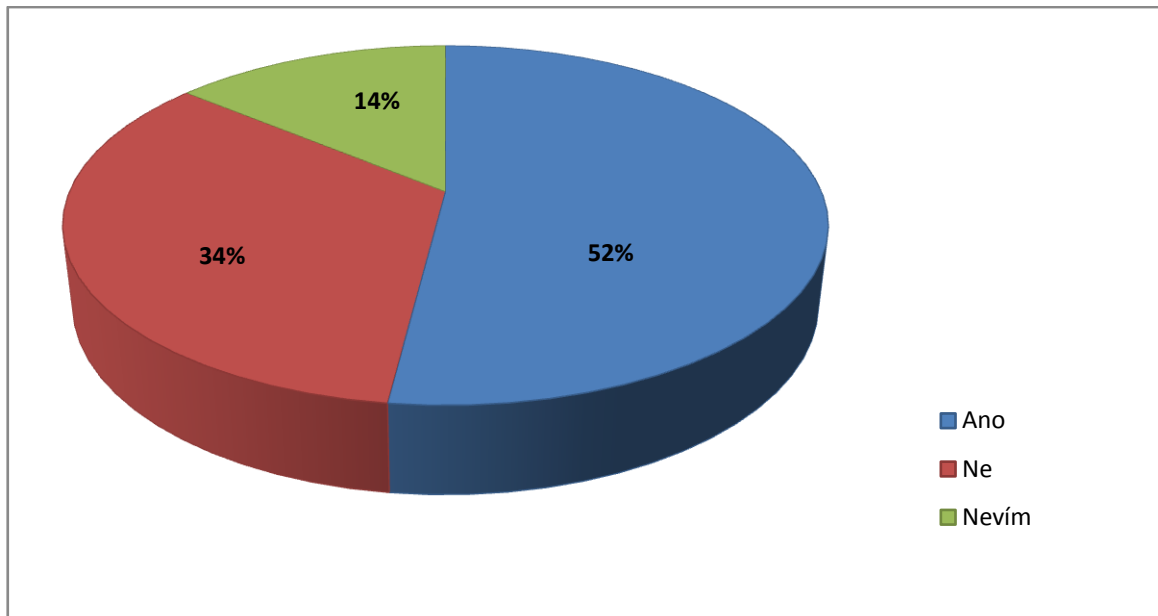


Graf č. 11 Vyšetření před nasazením hormonální antikoncepce

Komentář:

Respondentů v otázce č. 11 jsem se ptala jaká vyšetření u nich byla provedena před nasazením hormonální antikoncepce. Respondentky měly možnost vybrat víc odpovědí. U respondentek byla provedena gynekologická prohlídka, u 94 % respondentek. Zjištění osobní a rodinné anamnézy bylo provedeno u 61 % respondentek. Kontrola krevního tlaku byla provedena jen u 35 % respondentek. Podle mého názoru je znepokojivé, že jen u 27 % respondentek byl proveden odběr krve na vyšetření a u 12 % respondentek vyšetření krve na krevní nemoci. Podle odborné literatury by se mělo před nasazením hormonální antikoncepce provést všech pět vyšetření (osobní a rodinná anamnéza, gynekologická prohlídka, kontrola krevního tlaku, odběr krve na vyšetření a vyšetření na krevní nemoci). Možnost odpovědi Jiné ne zvolil nikdo.

Otázka č. 12

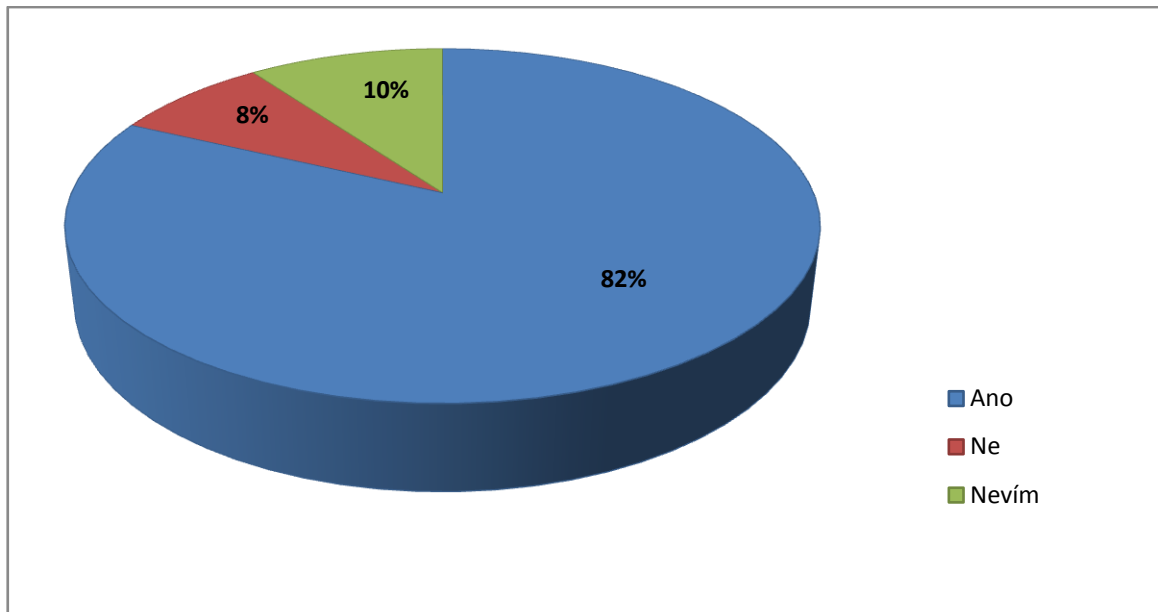


Graf č. 12 Informovanost ošetřujícím gynekologem o hormonální antikoncepci

Komentář:

V otázce č. 12 jsem se ptala respondentů na informovanost o hormonální antikoncepci ze strany gynekologa. Otázka se týkala dílčího cíle č. 5: *Zjistit úroveň znalostí žen o antikoncepci*. Podle grafu bylo 52 % respondentek informováno ošetřujícím gynekologem o účincích hormonální antikoncepce, vlivu na organismus a rizicích. Ale až 34 % respondentek nebylo informováno ošetřujícím gynekologem. Odpověď Nevím zvolilo 14 % respondentek.

Otázka č. 13

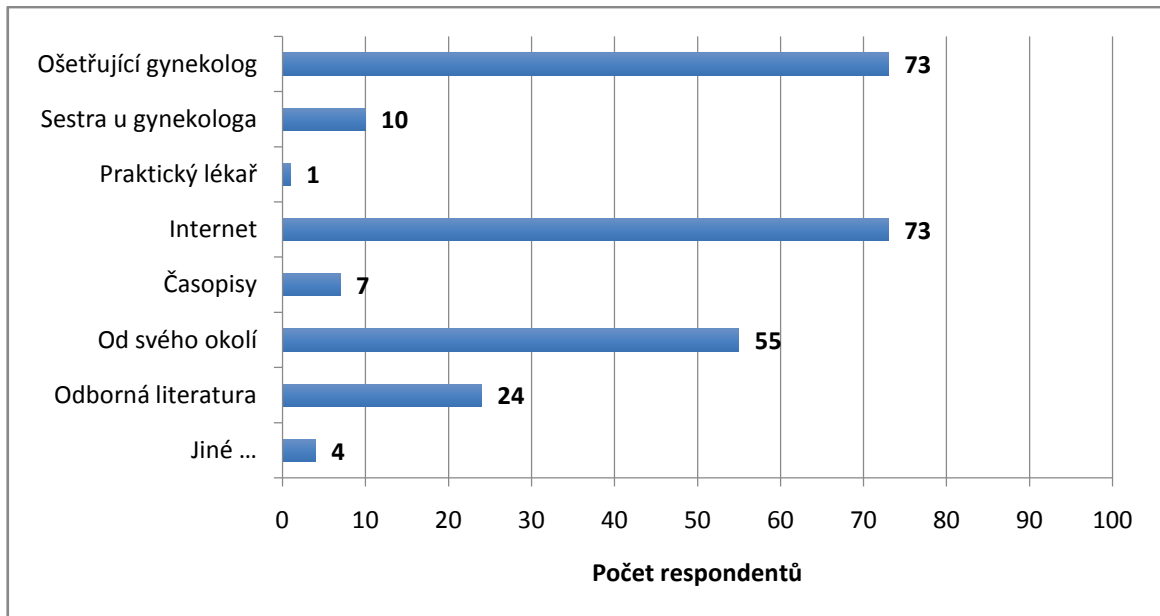


Graf č. 13 Porozumění informací o hormonální antikoncepci

Komentář:

V této otázce jsem se ptala respondentek zda porozuměli informacím o hormonální antikoncepci, které jim byly sděleny gynekologem. Otázka se týkala dílčího cíle č. 5: Zjistit úroveň znalostí žen o antikoncepci. Podle grafu č. 13 většina respondentek (82 %) pochopila sdělené informace a odpověděly Ano. Pouze 8 % respondentek neporozumělo ošetřujícímu gynekologovi a odpovědělo Ne. A 10 % respondentek odpovědělo Nevím.

Otázka č. 14

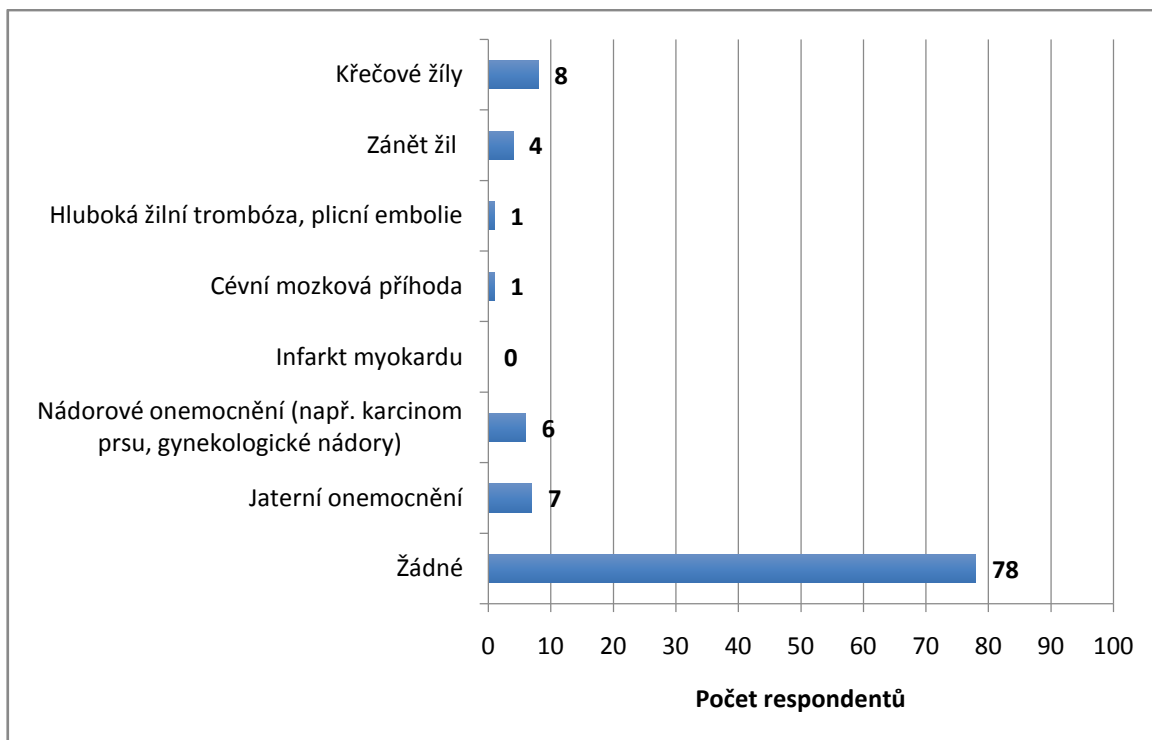


Graf č. 14 Čerpání informací o hormonální antikoncepci

Komentář:

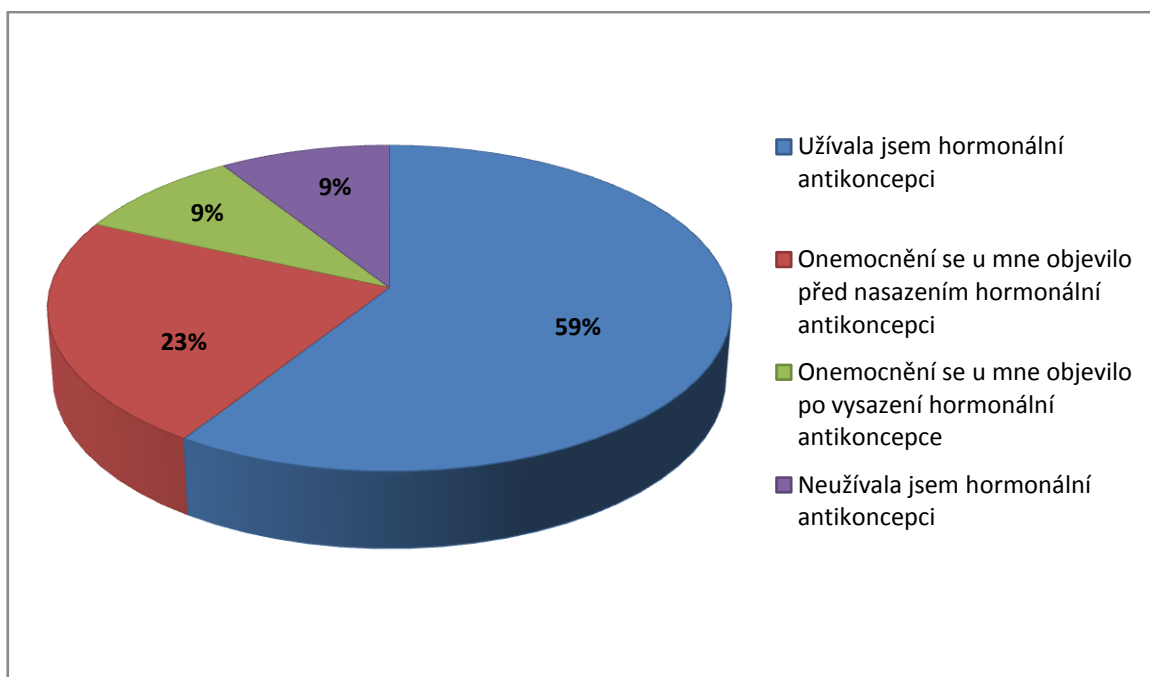
V otázce č. 14 jsem se respondentek ptala odkud čerpají informace o hormonální antikoncepci. V otázce respondentky mohly vybrat více odpovědí. Otázka se týkala dílčího cíle č. 5: *Zjistit úroveň znalostí žen o antikoncepci*. Nejvíce respondentek čerpají informace od ošetřujícího lékaře a z internetu, tyto odpovědi vybralo 73 % respondentek. Nejčastěji taky čerpají informace od svého okolí (55 %). Málo čerpají informace z odborné literatury, pouze 24 % respondentek. Dále čerpají informace od sestry u gynekologa (10 %), z časopisů (7 %) a pouze 1 % respondentek od praktického lékaře. Možnost odpovědi Jiné, zvolilo 4 % respondentek. Jejich odpověď byla: „Příbalový leták“.

Otázka č. 15

Graf č. 15 *Prodělaná onemocnění***Komentář:**

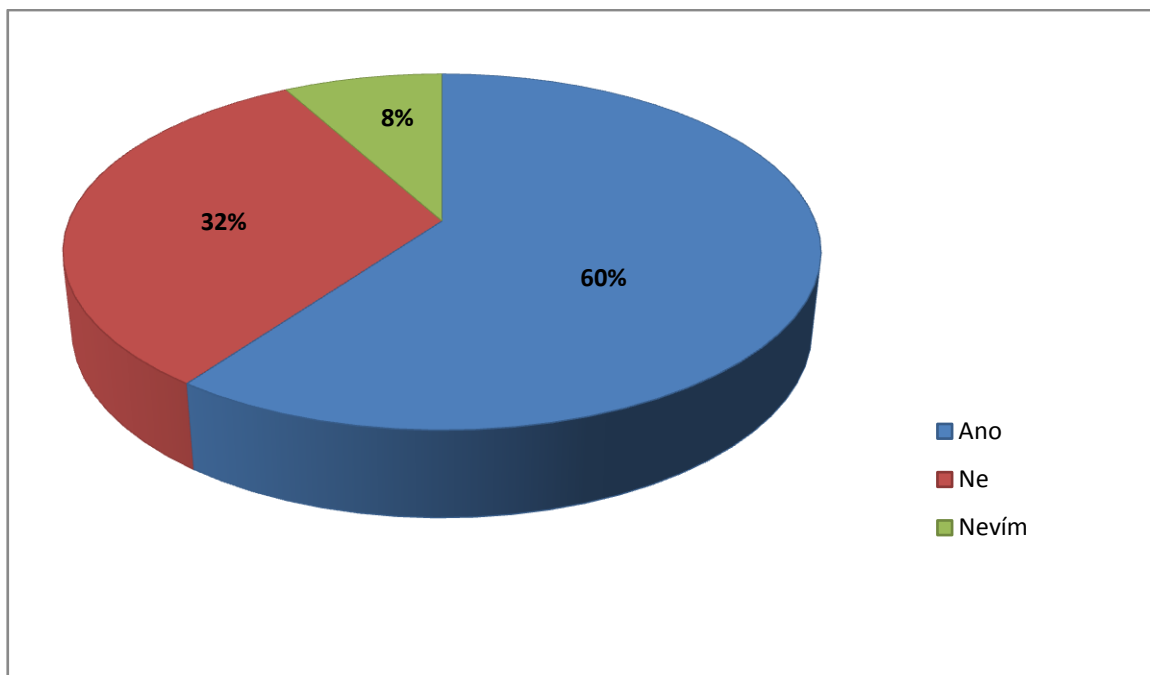
V této otázce jsem se ptala respondentek zda neprodělaly některá z těchto onemocnění. Žádné onemocnění neprodělalo 78 % respondentek. U 8 % respondentek se objevily křečové žíly. Jaterní onemocnění prodělalo 7 % respondentek. U 6 % se objevilo nádorové onemocnění. Zánět žil mělo 4 % respondentek. Hlubokou žilní trombózu, plicní embolii a CMP prodělalo 1 % respondentek. Infarkt myokardu neprodělal nikdo z oslovených respondentek.

Otázka č. 16

Graf č. 16 *Užívání hormonální antikoncepce v době onemocnění***Komentář:**

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

Otázka č. 17

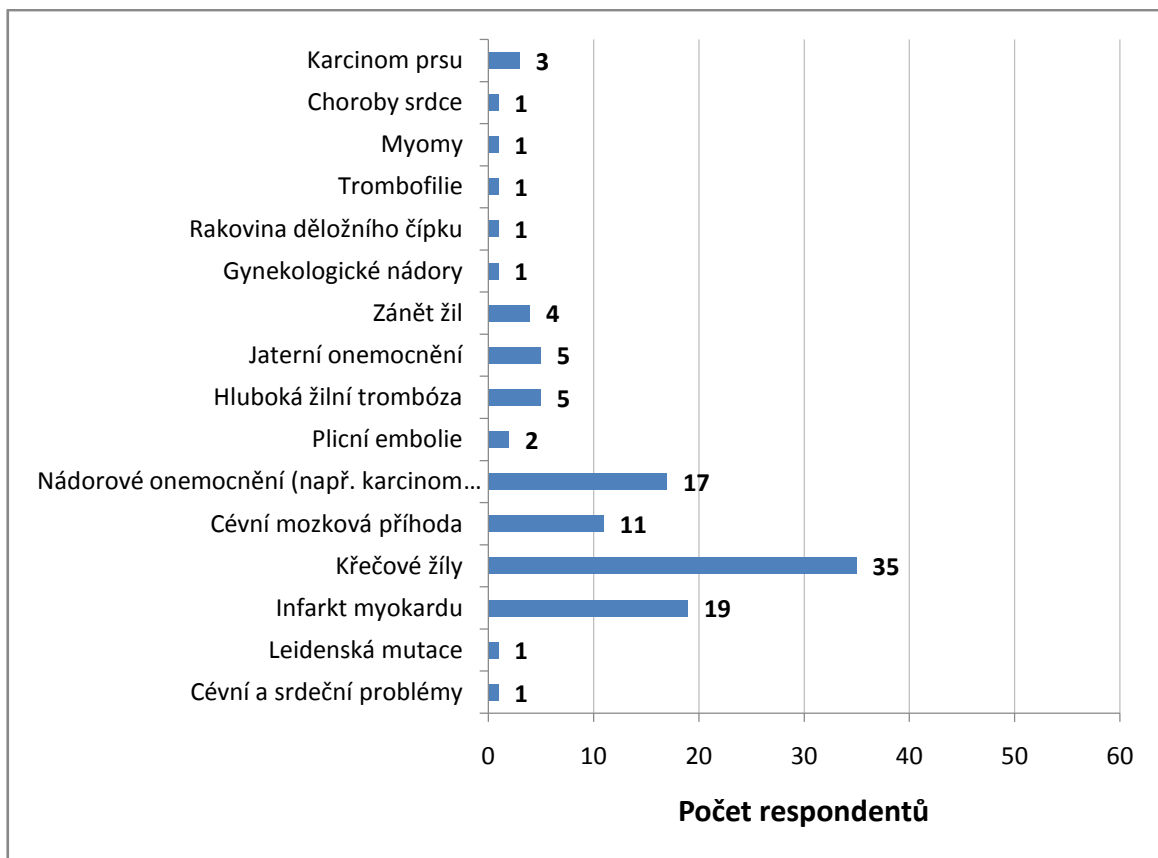


Graf č. 17 Výskyt onemocnění v rodině I.

Komentář:

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

Otázka č. 18

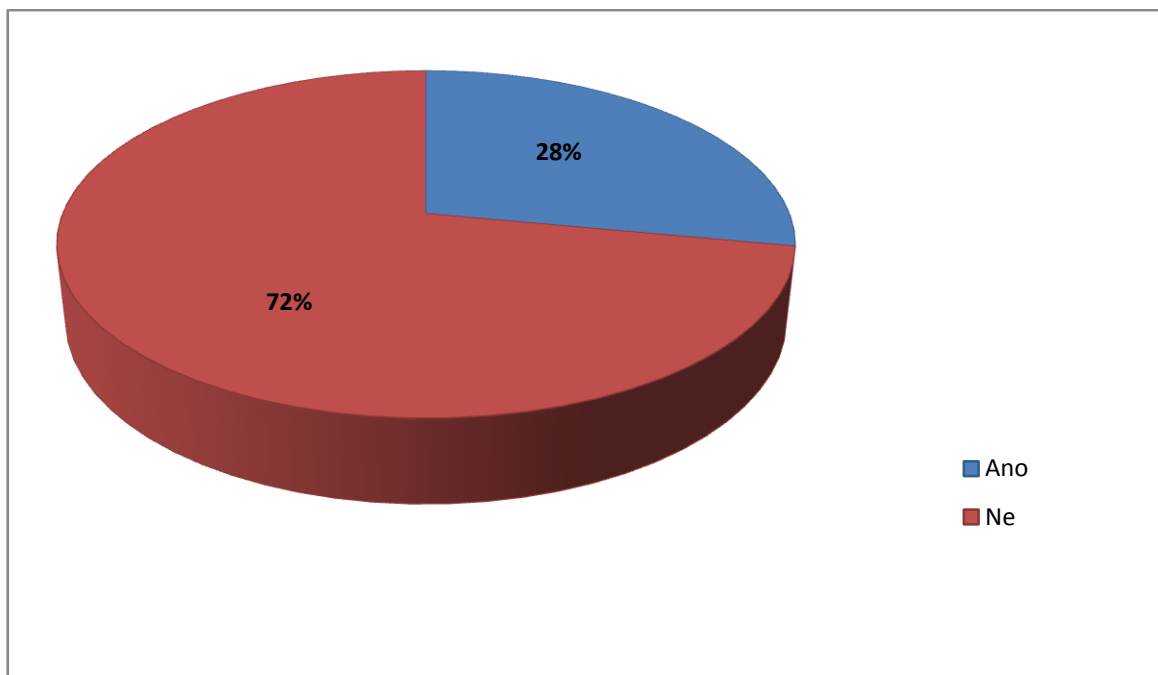


Graf č. 18 Výskyt onemocnění v rodině II.

Komentář:

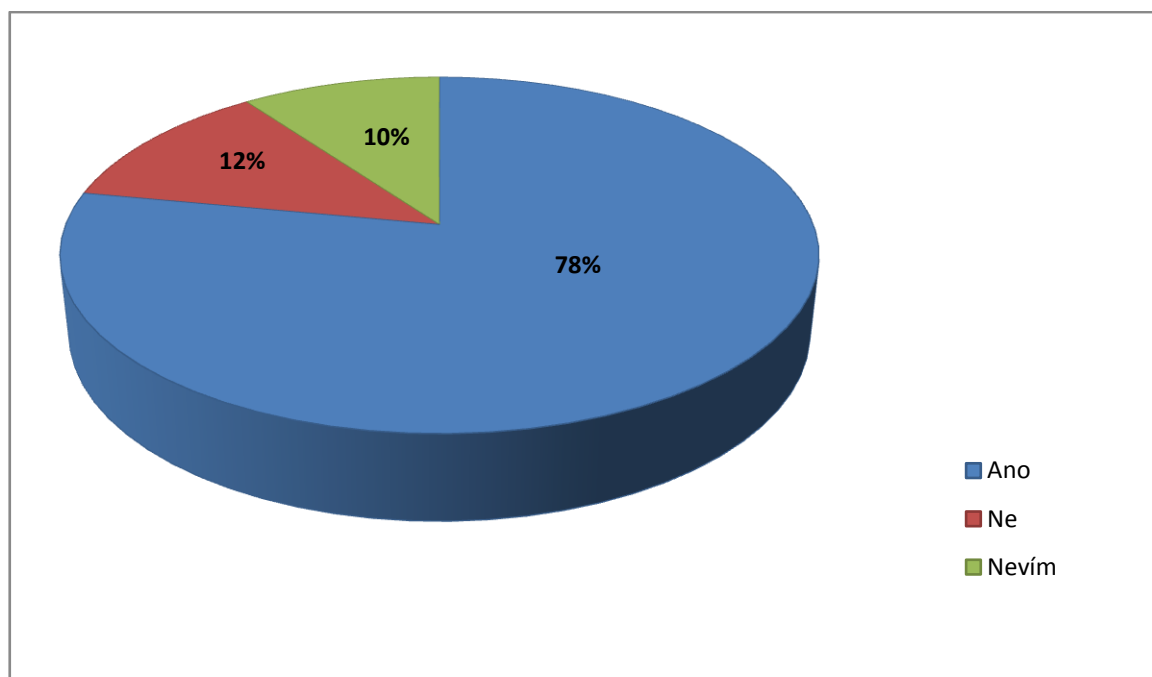
Otevřená otázka č. 18 se týkala pouze respondentek, kteří v předchozí otázce odpověděly Ano. Na tuhle otevřenou otázku odpovídalo 60 respondentek. V rodinách respondentek se nejčastěji objevují křečové žíly, u 35 respondentek (58,3 %). U 19 respondentek (31,7 %) se objevuje v rodinách infarkt myokardu. Dále v rodinách respondentek se vyskytuje nádorové onemocnění, u 17 respondentek (28,3 %). Cévní mozková příhoda se objevuje u 11 respondentek (18,3 %). Jaterní onemocnění a hluboká žilní trombóza postihuje rodiny 5 respondentek (8,3 %). Čtyři respondentky (7 %) napsaly výskyt zánětu žil v rodinách. U 3 respondentek (5 %) se v rodinách vyskytuje karcinom prsu. Plicní embolie postihla rodiny 2 respondentek (3,3 %). Choroby srdce, myomy, trombofilie, rakovina děložního čípku, gynekologické nádory, Leidenská mutace a cévní a srdeční problémy se vyskytly vždy u 1 rodiny respondentek (1,7 %).

Otázka č. 19

Graf č. 19 *Kouření***Komentář:**

Otázka č. 19 se týkala kouření. Podle grafu jde vidět, že většina respondentek nekouří, tedy 72 % respondentek. Pouze 28 % respondentek kouří.

Otázka č. 20

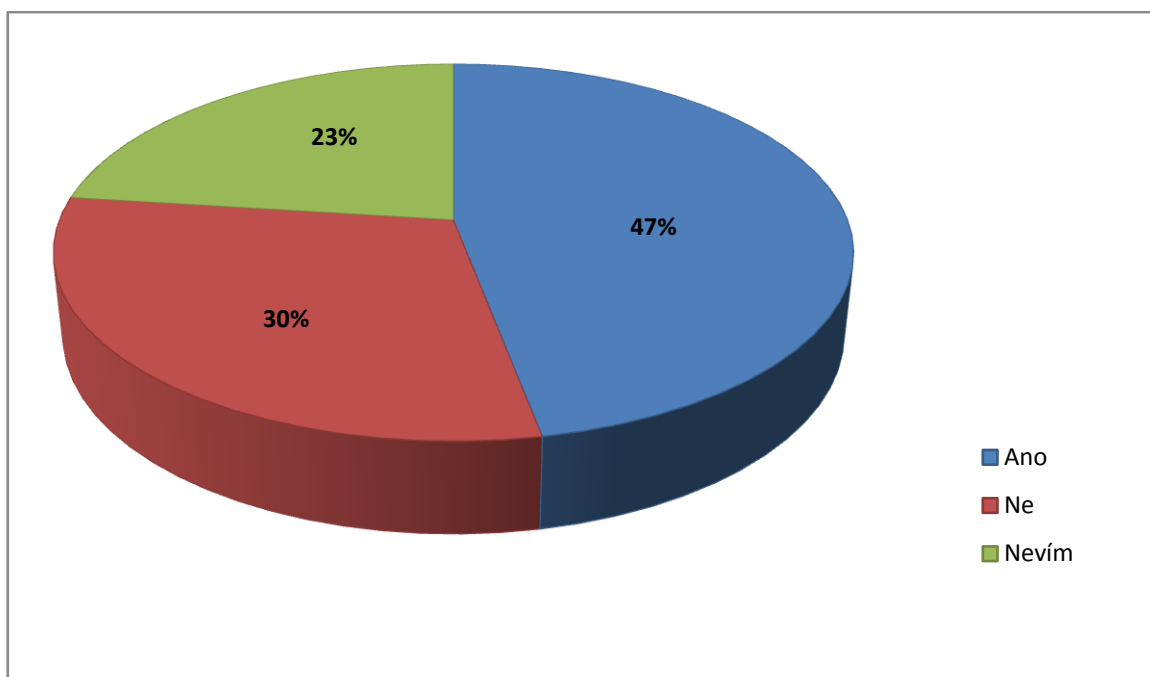


Graf č. 20 *Informovanost respondentů o hormonální antikoncepci*

Komentář:

Otázka č. 20 se týkala dílčího cíle č. 5: *Zjistit úroveň znalostí žen o antikoncepci*. Respondentky měly odpovědět zda si myslí, že jsou dostatečně informovány o hormonální antikoncepci. Většina respondentek, tedy 78 % respondentek si myslí, že jsou dostatečně informovány a odpověděly Ano. Ostatní respondentky, 12 % respondentek si myslí, že nejsou dostatečně informovány a vybraly odpověď Ne. Zbýlých 10 % respondentek zvolilo odpověď Nevím.

Otázka č. 21



Graf č. 21 Doporučení hormonální antikoncepce

Komentář:

V poslední otázce č. 21 jsem se ptala respondentek, zda by doporučily hormonální antikoncepci příbuzným, známým, aj. Hormonální antikoncepci by doporučilo 47 % respondentek. Zato 30 % respondentek by hormonální antikoncepci nedoporučilo. Ostatní respondentky (23 %) neví zda by hormonální antikoncepci doporučilo.

6 DISKUZE

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

K dílčímu cíli č. 1: *Zjistit, jaký druh hormonální antikoncepce ženy ve věku 18 - 45 let užívají nejčastěji*, se vztahují k otázkám č. 1 a 2. Podle grafu č. 1 jsme zjistili, že nejčastěji hormonální antikoncepci užívají ženy ve věku 18 - 25 let, tedy 51 % respondentek. Výsledky se shodují s výsledky bakalářské práce Večeřové (2016). Večeřová (2016, s. 36) se ptala respondentek na stejnou otázku. Z jejího šetření bylo zjištěno, že hormonální antikoncepci ženy nejčastěji užívají ve věku 19 - 22 let (48,9 %) a 23 - 25 let (18 %). Můj názor je ten, že ženy v tomto věku užívají hormonální antikoncepci, protože jsou dost mladé a z větší části i studentky, které nejsou připravené na rodičovskou roli. Moje tvrzení i potvrzuje graf č. 3, kde 84 respondentek (84 %) užívá hormonální antikoncepci z důvodu zabránění otěhotnění. Jakou formu hormonální antikoncepce respondentky užívají nám zanalyzoval graf č. 2. Výsledek byl, že 87 % respondentek užívá nejvíce perorální formu hormonální antikoncepce. Například v bakalářské práci Markové (2014, s. 42) užívá perorální formu (pilulky) hormonální antikoncepce dokonce 90,8 % respondentek. Dále i zmíním data od Večeřové (2016, s. 41), kde 91,8 % respondentek užívá perorální formu tedy pilulky. Z výsledků a porovnání dat z dotazníkového šetření a ostatních prací vyplývá, že ženy nejčastěji užívají hormonální antikoncepci v perorální formě.

Dílčího cíle č. 2: *Zjistit, co respondentky vedlo ke zvolení současné metody antikoncepce*, se týká otázka č. 3. Respondentky užívají nejčastěji hormonální antikoncepci proto, aby zabránily nechtěnému otěhotnění, tedy 57,5 % respondentek. Výsledky se shodují s bakalářskou prací Veselé (2012, s. 52), kde 54,92 % respondentek užívá hormonální antikoncepci jako prevenci otěhotnění. Například u Markové (2014, s. 41) skoro všechny respond-

netky (75,3 %) užívá hormonální antikoncepci jako ochranu před těhotenstvím. Všechny výsledky se shodují, že nejčastěji ženy užívají hormonální antikoncepci jako ochranu před těhotenstvím. Pro zajímavost zmiňuji, že dvě moje respondentky odpověděly, že užívají hormonální antikoncepci z důvodu cyst na vaječniku.

K dílčímu cíli č. 3: *Zjistit, kdy respondentky začaly poprvé užívat hormonální antikoncepci*, se vztahuje otevřená otázka č. 5. Z výsledků jsme zjistili, že nejčastěji respondentky začaly užívat hormonální antikoncepci ve věku 15 - 16 let. Ve věku 15 let užívalo hormonální antikoncepci 26 % respondentek. Ve věku 16 let užívalo hormonální antikoncepci 24 % respondentek. Podle výsledků diplomové práce Kekové (2014, s. 43) nejvíce uživatelek (67%) začalo brát hormonální antikoncepci ve věku 15 - 20 let. Podle informací, které jsem čerpala z odborné literatury a popsala v podkapitole s názvem „*Hormonální antikoncepce u mladých žen a dívek*“, může mít tak brzké užívání hormonální antikoncepce špatný vliv na organismus, například negativní vliv na játra, poškodit prsní tkáň, způsobit tromboembolickou nemoc nebo ovlivnit tělesný růst a vývoj kostní hmoty. Pro zajímavost zde zmiňuji, že tři moje respondentky užívají hormonální antikoncepci již od 14 let.

Dílčího cíle č. 4: *Zjistit, zda se u respondentek objevily nežádoucí účinky hormonální antikoncepce*, se týkají otázky č. 9 a 10. Analýza otázek ukázala, že u 52 % respondentek se vedlejší účinky neobjevily, ale u 45 % respondentek se vedlejší účinky hormonální antikoncepce objevily. V otázce č. 10 mělo těch 45 respondentek (45 %) popsat vedlejší účinky, které se u nich objevily. Odpovědi jsou zapsané do grafu (č. 10) pro lepší analýzu a přehlednost výsledků. Nejčastěji se u respondentek objevily příznaky jako snížení chuti k sexu (u 18 respondentek - 40 %), změny nálad (u 15 respondentek - 33,3 %), příbytek hmotnosti (u 12 respondentek - 26,7 %) nebo bolesti hlavy až migréna (u 10 respondentek - 22,2 %). U Večeřové (2016, s. 49) nejčastější vedlejší účinek antikoncepce byly změny nálad či deprese (51,3 %), nárůst váhy (46,6 %), snížený sexuální apetit (38,2 %), bolest hlavy až migréna (32 %) a otoky nohou a zadržování vody (16,2 %). Dále Marková (2014, s. 48) uvádí vedlejší účinky jako příbytek hmotnosti (21,4 %), ztráta libida (17,3 %) a změny nálad (5,1 %). V některých odpovědích se práce shodují, ale musíme zohlednit, že každý jinak snáší účinky hormonální antikoncepce a záleží i na druhu hormonální antikoncepce. Musím i zmínit, že u mých respondentek se objevily i zajímavě vedlejší účinky jako například laktace z prsu, změna vůně partnera, kožní problémy, zhoršení organismu nebo hormonální nerovnováha.

K dílčímu cíli č. 5: *Zjistit úroveň znalostí žen o antikoncepci*, se vztahují otázky č. 7, 8, 12, 13, 14 a 20. Podle grafu č. 7 lze analyzovat, že 93% respondentek zná účinky hormonální antikoncepce. Podle mého názoru velmi dobrý výsledek z toho vyplývá, že ženy se zajímají o své tělo a zdraví. Analýza odpovědí na otázku č. 8 ukázala znalost respondentek o vedlejších účincích hormonální antikoncepce. Nejčastější vedlejší účinek hormonální antikoncepce znají příbytek hmotnosti (81 %), vznik krevních sraženin (69 %), změny nálad až depresivní nálady (67 %) a snížená chuť k sexu (65 %). Další odpovědi jsou zaznamenány v grafu č. 8. Informace o vedlejších účincích jsem čerpala z příbalových letáků hormonálních antikoncepcí. Podle práce Večeřové (2016, s. 49) je nejčastější vedlejší účinek hormonální antikoncepce zdravotní komplikace (72,8 %), dále příbytek na váze (52,3 %) a změny nálad (41,6 %). Například podle Veselé (2012, s. 64) jsou nejčastější nežádoucí účinky hormonální antikoncepce zvýšená tělesná hmotnost (30,09 %), tromboembolická nemoc (14,81 %) a nevolnost, zvracení (14,35 %). Nejčastější nežádoucí účinky jsou shodné ve všech pracích. V otázce č. 12 jsme se respondentek ptali zda byly informovány o účincích hormonální antikoncepce od ošetřujících gynekologů. Podle grafu č. 12 bylo informováno o hormonální antikoncepci pouze 52 % respondentek a 34 % respondentek nebylo informováno. Bohužel 34 neinformovaných respondentek ze 100 je opravdu vysoké číslo. Údaje jsem srovnávala i s Kekovou (2014, s. 47), kde 81 % respondentek bylo edukováno, pouze 19 % respondentek nebylo. Dále jsem údaje srovnávala s Veselou (2012, s. 66), zde bylo 76,25 % respondentek edukováno a 23,75 % respondentek nebylo. Ve výsledcích šetření se neshodujeme. Respondentek jsme se ptali zda porozuměly informacím, které jim byly sděleny ošetřujícím gynekologem. Informacím porozumělo 82 % respondentek. Stejnou otázku jsem porovnávala s Kekovou (2014, s. 48), kde 72% respondentek odpovědělo, že porozuměly informacím, které jim byly sděleny od ošetřujícího gynekologa. Podle grafu č. 14 nejvíce respondentky čerpají informace od svého ošetřujícího lékaře nebo z internetu. Rady a informace od ošetřujícího gynekologa využívá 73 respondentek ze 100. Informace z internetu čerpá též 73 respondentek ze 100. Podle mého názoru zdroj informací internet není věrohodný, může poskytnout mylné a chybné informace. Respondentky by spíše měly čerpat informace z odborné literatury, která je podložená fakty. V dnešní době odbornou literaturu využívá pouze 24 respondentek ze 100. Podle práce Markové (2014, s. 56) respondentky nejčastěji čerpají informace z médií (televize, internet) (50,5 %), od gynekologa (26,2 %) a z odborné literatury (11,2%). Srovnávala jsem i práci Kekové (2014, s. 49), kde nejčastěji respondentky čerpají informace od ošetřujícího gyne-

kologa (79%), z internetu (62%) a od kamarádky, kolegyně nebo rodiny (39 %). Po srovnání údajů vyplynulo, že respondenti nejčastěji čerpají informace od ošetřujících gynekologů nebo z médií. Odborná literatura je bohužel opomíjená. Dále 78 % respondentek si myslí, že jsou dostatečně informovány o hormonální antikoncepci. U Veselé (2012, s. 69) si myslí 72,50 % respondentek, že jsou dostatečně informovány o hormonální antikoncepci. Obě práce se v zjištěných informacích shodují.

ZÁVĚR

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

Hlavním cílem této práce bylo zjistit informovanost žen o vedlejších účincích hormonální antikoncepce. Pomocí dotazníkového šetření, byly splněny všechny stanovené cíle. Dotazníkového šetření se zúčastnily ženy ve věku 18 - 45 let, které užívají hormonální antikoncepci. Analýza odpovědí, prokázala, že respondentky jsou dostatečně informované o hormonální antikoncepci (78 %). Ale prokázaly se i nedostatky ohledně zdroje informací o hormonální antikoncepci a edukace o hormonální antikoncepci ze stran ošetřujících gynekologů. Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že pouze 52 % respondentek bylo ošetřujícím gynekologem informováno o účincích hormonální antikoncepce.

Podle mého názoru by respondentky spíše měly čerpat informace z odborné literatury, která je podložena fakty. Zdroj informací internet není věrohodný, může poskytnout mylné a chybné informace. V oblasti antikoncepce je důležitá edukace ze strany lékaře, pouze polovina dotazovaných žen (52 %) byla před užíváním antikoncepce edukována. V oblasti edukace ze stran profesionálů jsou velké nedostatky. Dále jsme zjistili, že opravdu velké nedostatky jsou i v oblasti vyšetření respondentek před nasazením hormonální antikoncepce. Kdy skoro u všech respondentek bylo provedeno gynekologické vyšetření, ale ostatní vyšetření (kontrola krevního tlaku, vyšetření krve, vyšetření na krevní nemoci) bylo provedeno jen u minimálního počtu žen. Nedostatečné vyšetření před nasazením hormonální antikoncepce může mít špatný dopad pro zdraví ženy.

Doporučení pro praxi

Na základě výsledků dotazníkového šetření byl vyvozen tento závěr:

- Zlepšení edukace dívek, mladých žen i starších žen
- Klást větší důraz v edukaci žen v ordinacích ošetřujícího gynekologa
- Vysvětlovat vedlejší účinky antikoncepce a možné dopady na ženské tělo, dle jejich potřeb a možností

- Klást důraz na vyšetření, která by se měla provést před nasazením hormonální antikoncepce
- Doporučovat ženám kvalitnější zdroj informací o hormonální antikoncepci
- Vést ženy k zájmu o své zdraví a vnímání svého těla.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

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

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

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

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

DAHLKE, Margit, Rüdiger DAHLKE a Volker ZAHN, [2012]. *Nemoc jako řeč ženské duše: interpretace ženských klinických obrazů a šance na uzdravení*. Olomouc: Fontána. ISBN 978-80-7336-671-1.

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

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

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

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

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

HOŘEJŠÍ, Jan, 2009. Hormonální antikoncepce u dívek mladších 15 let - pro a proti. *Pediatric pro praxi*. Olomouc, 10(5), 350. ISSN 1213-0494.

HOŘEJŠÍ, Jan, 2017. *Dětská gynekologie*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4027-3.

HYÁNEK, Josef et al., 2010. Tromboembolické příhody u dívek a mladých žen užívajících hormonální antikoncepci. *Česko-slovenská pediatrie*. Praha, 65(6), 369-383. ISSN 0069-2328.

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

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

LÁZNIČKOVÁ, Ludmila, 2018. *Hormonální antikoncepce jako lék?*. 2. vydání. Brno: Centrum naděje a pomoci - CENAP. ISBN 978-80-906906-2-2.

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

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

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

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2015. *Edukace v ošetrovatelství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. V Trenčíne: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Fakulta zdravotníctva. ISBN 978-80-7454-513-9.

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

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

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

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

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

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

SELLMAN, Sherrill, 2014. *Doba jedová 4*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-745-3.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.

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

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

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

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

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

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

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

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

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BMD	denzita kostní tkáně (bone mineral density)
BRCA	breast cancer
Ca	karcinom
CC	kombinovaná hormonální antikoncepce
CMP	cévní mozková příhoda
COC	perorální hormonální antikoncepce
Cu-IUD	nitroděložní tělísko s mědí
DM	Diabetes mellitus
DMPA	depotní medroxyprogesteronacetát
EE	ethynilestradiol
FSH	folikulostimulační hormon
GnRH	gonadotropin uvolňující hormon
HAK	hormonální antikoncepce
HTC	holotranskobalamin – aktivní vitamin B12
ICHS	ischemická choroba srdeční
IUD	nitroděložní tělísko (Intrauterine device)
IUS	intrauterinní systém
KHA	kombinovaná perorální antikoncepce
KVO	kardiovaskulární onemocnění
LH	luteinizační hormon
LMFV	Leidenská mutace faktoru V
LNG-IUS	nitroděložní systém s levonorgetrelem
MMA	methylmalonová kyselina (marker nedostatku vitamínu B12)
MTHFR	methylenetetrahydrofolát reduktáza
PID	pánevní zánětlivá nemoc

PMS	Premenstruační syndrom
SLE	Systemový lupus erythematoses
TEN	trombembolická nemoc
TK	krevní tlak
UPT	umělé přerušování těhotenství
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 <i>Věk respondentů</i>	39
Graf č. 2 <i>Forma hormonální antikoncepce</i>	40
Graf č. 3 <i>Důvod užívání hormonální antikoncepce</i>	41
Graf č. 4 <i>Délka užívání hormonální antikoncepce</i>	42
Graf č. 5 <i>Věk prvního užívání hormonální antikoncepce</i>	43
Graf č. 6 <i>Spokojenost s hormonální antikoncepcí</i>	44
Graf č. 7 <i>Znalost vedlejších účinků hormonální antikoncepce I.</i>	45
Graf č. 8 <i>Znalost vedlejších účinků hormonální antikoncepce II.</i>	46
Graf č. 9 <i>Objevení vedlejších účinků hormonální antikoncepce I.</i>	48
Graf č. 10 <i>Objevení vedlejších účinků II.</i>	49
Graf č. 11 <i>Vyšetření před nasazením hormonální antikoncepce</i>	51
Graf č. 12 <i>Informovanost ošetřujícím gynekologem o hormonální antikoncepci</i>	52
Graf č. 13 <i>Porozumění informací o hormonální antikoncepci</i>	53
Graf č. 14 <i>Čerpání informací o hormonální antikoncepci</i>	54
Graf č. 15 <i>Prodělaná onemocnění</i>	55
Graf č. 16 <i>Užívání hormonální antikoncepce v době onemocnění</i>	56
Graf č. 17 <i>Výskyt onemocnění v rodině I.</i>	57
Graf č. 18 <i>Výskyt onemocnění v rodině II.</i>	58
Graf č. 19 <i>Kouření</i>	59
Graf č. 20 <i>Informovanost respondentů o hormonální antikoncepci</i>	60
Graf č. 21 <i>Doporučení hormonální antikoncepce</i>	61

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: MENSTRUAČNÍ CYKLUS

PŘÍLOHA P II: PEARL INDEX - ÚČINNOST ANTIKONCEPCE

PŘÍLOHA P III: PŘEHLED COC S EE

PŘÍLOHA P IV: LÉKOVÉ INTERAKCE

PŘÍLOHA P V: ZAVEDENÍ NITRODĚLOŽNÍHO TĚLÍSKA

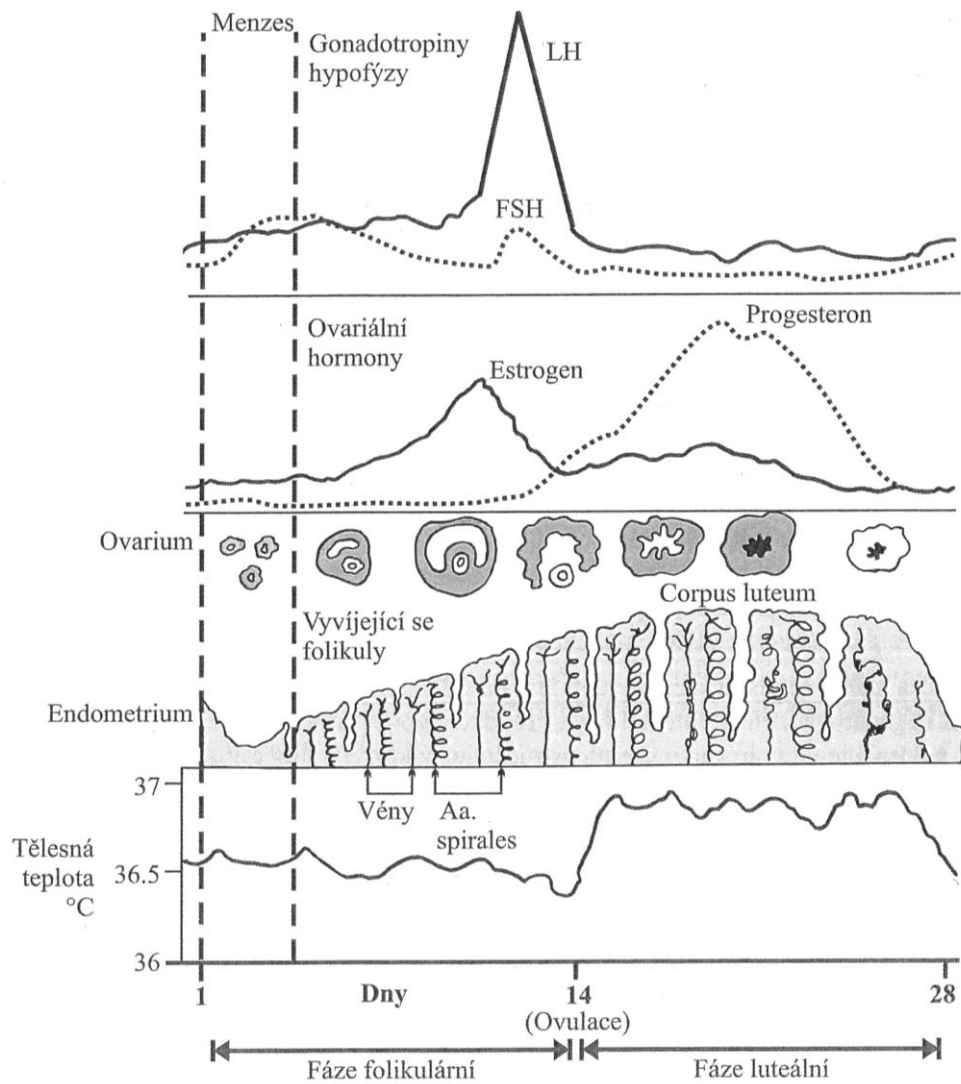
PŘÍLOHA P VI: SPRÁVNÉ ZAVEDENÍ PESARU

PŘÍLOHA P VII: MANIPULACE S FEMIDOMEM

PŘÍLOHA P VIII: VYBRANÉ KAZUISTIKY

PŘÍLOHA P IX: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P I: MENSTRUAČNÍ CYKLUS



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

PŘÍLOHA P II: PEARL INDEX - ÚČINNOST ANTIKONCEPCE

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

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

PŘÍLOHA P III: PŘEHLED COC S EE

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

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

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

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

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

PŘÍLOHA P IV: LÉKOVÉ INTERAKCE

Lékové interakce snižující účinnost COC:

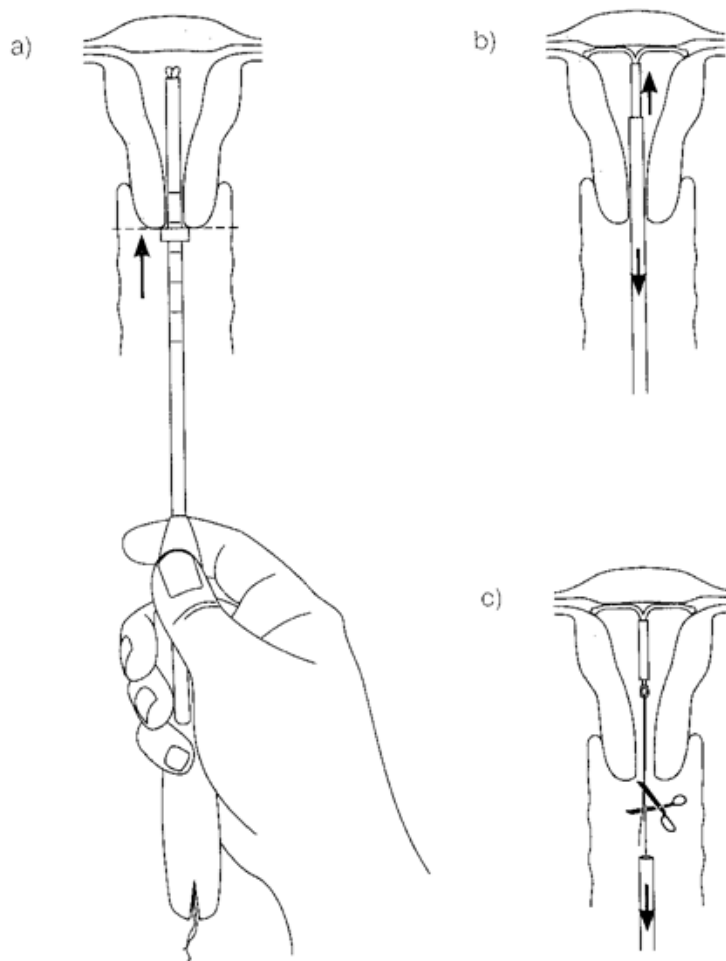
- **atb** - erytromycin, PNC, TTC
- **antikonzulziva, antiepileptika** - barbituráty (Sanepil, Luminal), karbamazepin (Biston, Neurotop, Tegrol, Timonil), fenytoin (Epilan D, Sanepil, Sodanton), lamotrigin (Epimil, Epiral, Lamictal, Lamotrogin, Lamotrix, Plexxo)
- **antimykotika** - flukonazol (Diflucan, Fluconazol, Forcan, Mycomax, Mycosyst, Mykohexal), griseofulvin, itrakonazol (Prokanazol, Sporanox), ketokonazol (Nizoral)
- **antivirotika** - atazanavir (Reyataz), navirapin
- **antituberkulotika**
- **kyselina acetylsalicylová** - Acifen, Acylcoffin, Acyplyrin, Aggrenox, Anopyrin, Aspirin, Godasal, Alnagon, Migralgin, Tomapyrin, Upsarin C
- **oxazepam** - Oxazepam

Lékové interakce zvyšující účinnost COC:

- **chlorpromazin** - Plegomazin
- **alprazolam** - Alprazolam, Frontin, Helex, Neurol, Xanax
- **diazepam** - Apaurin, Diazepam
- **kortikoidy** - Diprophos, Dexamed, Fortecortin, Medrol, Prednison, Rectodelt, Hydrocortison
- **imipramin** - Melipramin
- **theofylin** - Afonilum SR, Euphyllin, Oxantil, Theoplus

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

PŘÍLOHA P V: ZAVEDENÍ NITRODĚLOŽNÍHO TĚLÍSKA



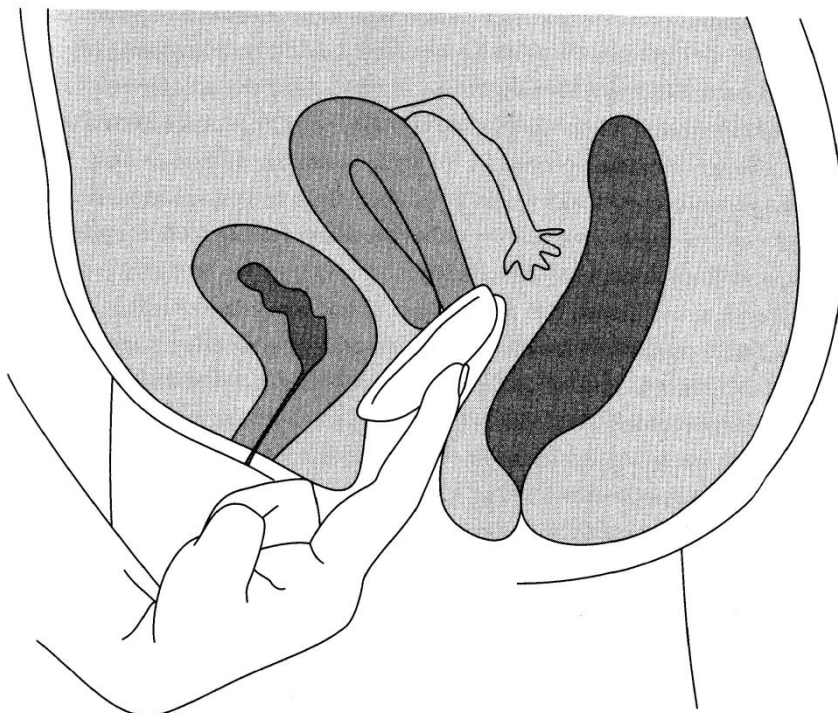
Zavádění nitroděložního tělíska:

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

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

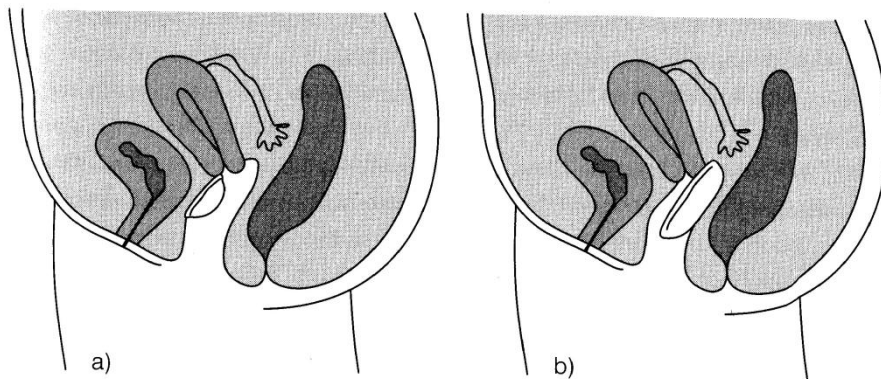
PŘÍLOHA P VI: SPRÁVNÉ ZAVEDENÍ PESARU

Obr. č. 1



Správně zavedený poševní pesar

Obr. č. 2



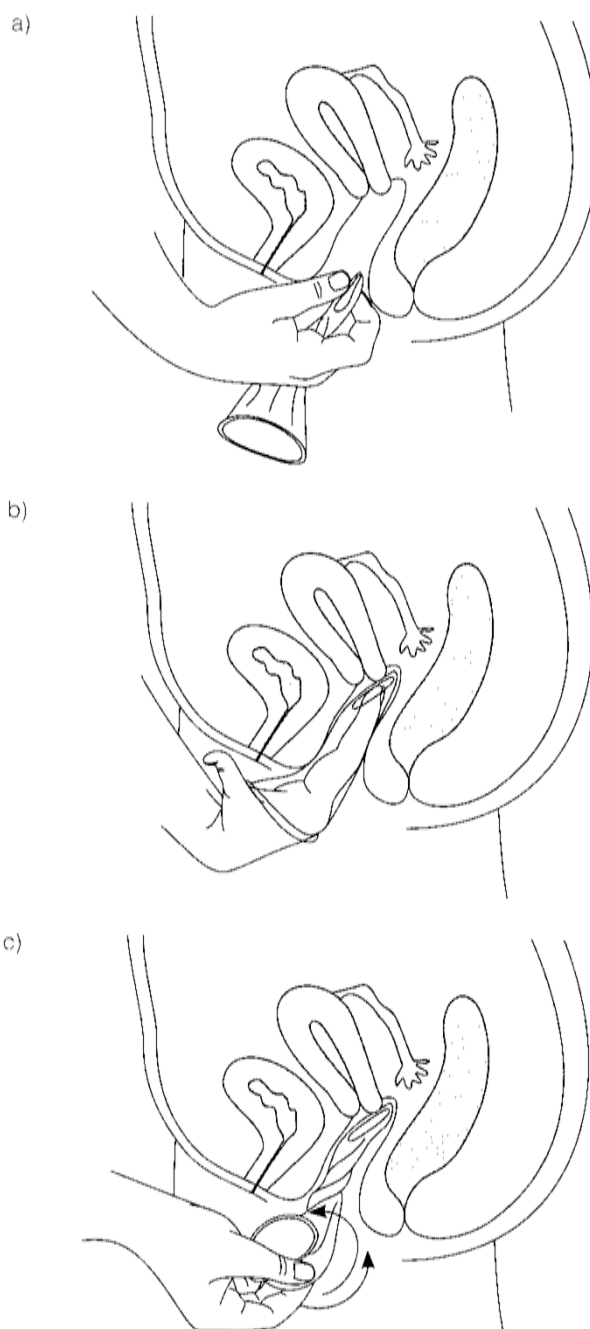
Chybně zavedený a nedoléhajcí

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

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

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

PŘÍLOHA P VII: MANIPULACE S FEMIDOMEM



Manipulace s femidomem:

a) vsunutí do pochvy

b) umístění do správné pozice

c) vyjmutí

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

PŘÍLOHA P VIII: VYBRANÉ KAZUISTIKY

Kazuistika I.

Smrtelnou příhodu následkem embolie a. pulmonalis po příletu do Austrálie u 18leté studentky, která zde nastoupila jako „au pair“ a pro nekvalitní lékařskou péči do 10 dnů zemřela za příznaků stupňující se dušnosti, osvětlila až soudní pitva, jejíž výsledek jsem si vyžádal a kterou mi koroner doložil nálezem homozygotní Leidenské mutace FV. U nás v laboratoři poté byla vyšetřena celá její rodina a výsledky doplnily naše očekávání: LMFV přítomna v heterozygotní formě u matky i babičky, dále homozygotní mutace MTHFR 677 T>T a vysoký homocystein (>50 $\mu\text{mol/l}$), nízké hodnoty HTC <10 pmol/l , MMA zvýšená nad 500 nmol/l . Trestuhodné bylo jednání gynekoložky, která KHA této adolescentce podala, žádné anamnestické ani laboratorní šetření neprovedla a na pozdější stížnost babičky klidně odvětila, že si to měla pacientka přečíst na příbalovém letáku, kde jsou všechny komplikace dostatečně uvedeny.

Tato dívka pocházela z velice rizikové rodiny, kde ve 3 generacích skoro všichni muži zemřeli na KVO komplikace. Matka ani babička však HAK nikdy neužívaly, brzy po problémovém porodu ještě relativně mladé pro opakované metrorrhagie podstoupily včasnou hysterektomii. Červené maso se v rodině nejedlo pro obavu z „kravské nemoci“. U nevlastní sestry probandky nebyla LMFV prokázána, nebyl zvýšený ani tHcy. U naší adolescentky se zřetelně kumulovaly nepříznivé dědičné i zevní rizikové faktory a přidala se i trombotická indispozice z dlouhého letu a nedostatečná lékařská péče na místě. Včasná vyšetření před podáním antikoncepce odpovědným gynekologem v takto rizikové rodině mohla smrtelné příhodě jistě zabránit!

Kazuistika II.

Tento případ neskončil smrtelně, ale pouze trvalým mozkovým poškozením. LMFV se vyskytovala u této 16leté studentky pouze v heterozygotní formě, stejně MTHFR mutace 677C>T, tHcy 62 $\mu\text{mol/l}$ a HTC měla neměřitelný – protože byla vegetariánka, což matka poctivě sice uváděla, ale trestuhodné bylo sebevědomé prohlášení matky na dotaz lékařů z JIP ARO, kteří dceru právě resuscitovali, že KHA u dcery nepřichází v úvahu, protože dcera je dobře nábožensky vychovaná... Matce to posléze přece jen nedalo, šla do školy za spolužačkami a v dceřině školní skříňce našly ještě otevřenou krabičku od používané KHA. Prodloužila se tak kritická doba pro správnou diagnózu tromboembolické příhody –

opět masivní embolie plicnice a následná mozková hypoxie zanechaly trvalé poškození. Ani v tomto případě gynekolog žádné vyšetření neprovedl, ani se nevyptával na situaci v rodině, která byla typicky riziková, jen se zeptal, „jaký přípravek bude slečně vyhovovat, aby netloustla a bylo to laciné?“. Se souhlasem matky uvádím část jejího dopisu, který uveřejnila na internetu pro varování ostatních matek, protože dcera sama už psát nemůže:

„Když si moje velká dcera našla přítele, sehnala si sama hormonální antikoncepci, kterou již většina jejích spolužaček samozřejmě užívala. Vzpomínám si, že zdravotnické letáčky, nabízející studentkám hormonální antikoncepci, se povalovaly v šatně gymnázia, když jsem se tam přezouvala na rodičovskou třídní schůzku. Doufala jsem, že až to na moji dceru „také přijde“, tak se o tom snad dozvím, abychom si mohly o tak důležité věci spolu popovídat. Nestalo se tak. O tom, že dcera brala už několik měsíců hormonální antikoncepci, jsem se dozvěděla až od ošetřující lékařky Jednotky intenzivní péče jedné dobré nemocnice, kam mne zavolali, když dcera ležela v bezvědomí napojena na různé přístroje různými hadičkami a kde jí nakonec zachránili život. Neúprosná diagnóza zněla: rozsáhlá plicní embolie, trombóza břišních tepen, omezená srdeční činnost, možnost poškození psychosomatických funkcí mozku atd. Ani jsem to všechno nestačila sledovat, co všechno se v mé „holčičce“ porouchalo. Jen závěr paní doktorky si pamatuji: A to je všechno důsledek kouření, užívání antikoncepce, která je pro ni zcela nevhodná, ohrožuje ji na životě, protože má dědičnou poruchu srážlivosti krve. Věděla jsem, že porucha srážlivosti je v naší rodině dědičná. A tak se chci zeptat rodičů dospívajících dcer: „Víte, co Vaše dcery polykají za prášky a vědí ony něco o dědičných nemocech, které se dosud neprojevíly a mohou je postihnout?“

HYÁNEK, Josef et al., 2010. Tromboembolické příhody u dívek a mladých žen užívajících hormonální antikoncepci. *Česko-slovenská pediatrie*. Praha, 65(6), 369-383. ISSN 0069-2328.

PŘÍLOHA P IX: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Barbora Kopřivová a jsem studentkou 4. ročníku prezenčního bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Prosím Vás o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zjistit informovanost žen o vedlejších účincích hormonální antikoncepce. **Dotazník je určen pro ženy, které užívají hormonální antikoncepci.**

V dotazníku vždy odpověď, prosím, zakroužkujte. **Dotazník je anonymní, prosím tedy o pravdivé informace.** Výsledky budou sloužit mé bakalářské práci na téma „Hormonální antikoncepce a její důsledky na ženské zdraví“.

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku

1. Váš věk?

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

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

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

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

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

4. Jak dlouho užíváte HAK?

.....

5. V jakém věku jste poprvé začala užívat HAK?

.....

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

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

7. Znáte vedlejší účinky HAK?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

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

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

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

9. Pozorujete u Vás nějaké vedlejší účinky HAK?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

10. Jaké vedlejší účinky se u Vás objevily?

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

.....

.....

.....

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

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

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

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

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

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

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

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

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

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

16. Užívala jste v té době HAK?

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

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

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

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

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

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

.....
.....

19. Kouříte?

- a) Ano
- b) Ne

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

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

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

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím