



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Postoje žen k hormonální antikoncepci

Vypracovala: Michaela Brabcová  
Vedoucí práce: Doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

České Budějovice Rok 2014

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)

## **Poděkování**

Za vedení bakalářské práce, řadu cenných rad a ochotu spolupracovat bych velice ráda poděkovala paní Doc. PhDr. Yvettě Vrublové, Ph.D.

## **Abstrakt**

Předkládaná bakalářská práce se snaží zmapovat postoje žen k hormonální antikoncepci. Mezi základní lidská práva totiž patří i tzv. plánované rodičovství, tj. právo umožňující partnerům svobodně rozhodnout o počtu svých dětí a době jejich narození. S touto problematikou pak přímo souvisí fenomén negativního plánovaného rodičovství, kdy si partnerský pár děti nepřeje, a proto volí metodu antikoncepce.

Hormonální antikoncepce je jedním z nejrozšířenějších a nejspolehlivějších prostředků regulace porodnosti. V současné době jsou na trhu přípravky hormonální antikoncepce distribuovány velkým množstvím výrobcům v mnoha rozmanitých uživatelských formách. Hormonální antikoncepci předepisuje ženě vždy lékař, který by měl ve spolupráci s porodní asistentkou budoucí uživatelku seznámit s různými metodami antikoncepce, při volbě by pak měli brát ohled na individualitu uživatelky a její požadavky. Pokud si žena zvolí hormonální antikoncepci, měla by být poučena o způsobu užívání, o míře spolehlivosti a také o výhodách i rizicích, které užívání antikoncepce přináší.

Úvodní, teoretická část práce je rozdělena do několika kapitol. První z nich je věnována samotnému vzniku antikoncepce a následně popisuje historii antikoncepce hormonální. Další kapitoly se zabývají již konkrétně kombinovanou hormonální antikoncepcí a antikoncepcí gestagenní. V dnešní době nejužívanější kombinovaná hormonální antikoncepce je charakterizována dle způsobu aplikace – je zde uvedena perorální forma, transdermální náplast a vaginální kroužek. Pozornost je věnována také případným příznivým vedlejším účinkům, ale i rizikům, které jsou s jejím užíváním spojeny. Následně jsou uvedeny i kontraindikace této metody. Kapitoly, které se týkají gestagenní antikoncepce, hovoří postupně o minipilulkách, depotních injekcích, podkožních implantátech a také o nitroděložním gestagenním systému. Opět následuje zhodnocení příznivých i nežádoucích vedlejších účinků této antikoncepční metody, popsány jsou zde i kontraindikace.

Závěr teoretické části je věnován edukaci. Nejprve je zde pozornost zaměřena na edukaci všeobecnou, následně pak již konkrétně na edukaci ženy v oblasti antikoncepce,

kteřá je vedena porodní asistentkou. Porodní asistentka, kteřá spolupracuje v tomto ohledu s lékařem, by si měla vřdy uvědomit skutečnost, že dvky i ženy mají často o problematice antikoncepce velmi neucelen informace, kteř pocházejí z nejrznjřch zdrojů, mezi něž patří v prvé rad internet, dále pak televizní a tiskov média či debaty s kamarády a kamarádkami, a proto by se měla snažit tyto informace ucelit a doporučit dan ženě vhodnou metodu a druh antikoncepce.

Praktick ast bakalřsk práce se věnuje jíž konkrtn postojům žen k antikoncepci, kteř byly zjiřovny za pomoci dotazníku v rámci kvantitativního výzkumu. Před jeho zahjenm byly stanoveny tyto cíle – hlavn cíl: Zjistit, jakou metodu antikoncepce ženy třech různých věkových kategorií preferují; dělící cíl 1: Zmapovat, zda užívání antikoncepce závisí na stupni vzdělání, kterého žena dosáhla; dělící cíl 2: Zjistit, na základě jakých faktorů se ženy rozhodovaly při vberu antikoncepce; dělící cíl 3: Zjistit, kteř změny při užívání hormonální antikoncepce na sobě ženy zaznamenaly; dělící cíl 4: Zjistit, zda ženy užívjc hormonální antikoncepci využívájí i jiné metody antikoncepce; dělící cíl 5: Zjistit, zda ženy-kuřacky vd o riziku vzniku trombózy, kteř je spojeno s kouřením při užívání hormonální antikoncepce, a zda tuto metodu antikoncepce užívj. Za uelem naplnn danch cílů byly vytvořeny přsluřn vzkumn otázky.

Sběr dat byl proveden u 85 žen rozdlench do 3 věkových kategorií v rozmezí od 15 do 21 let, dále od 22 do 31 let a od 32 do 45 let. Dotazník vytvořen autorkou byl zcela anonymn a jeho vyplnění naprosto dobrovoln. Dotazník byl rozdán ženám různých věkových kategorií. Výsledky výzkumu byly zpracovány do grafů, na jejichž základě byly stanoveny odpovědi na vzkumn otázky a naplněny stanoven cíle práce.

Hlavním cílem bylo zjistit, jakou metodu antikoncepce ženy preferují, a to dle věkových kategorií, do kterých byly rozděleny. Výsledek výzkumu poukazuje na skutečnost, že ve věkovém rozmezí 15 - 21 let a v rozmezí 22 - 31 let ženy nejvíce preferují metodu hormonální antikoncepce. Naopak ženy ve věkovém rozmezí 32 - 43 let dvj přednost metodě barirov antikoncepce, hormonální antikoncepce se u nich umístila ař na druhm mst.

Další výzkumná otázka měla za úkol zjistit, zda stupeň vzdělání, kterého respondentky dosáhly, ovlivňuje ženy při rozhodování o užívání antikoncepce. Z dotazníkového šetření vyplývá, že dosažené vzdělání nemá žádný vliv na to, zda se ženy rozhodnou antikoncepci užívat či nikoliv.

Výzkum přinesl odpověď i na otázku, jaké faktory ženu při volbě antikoncepce nejvíce ovlivňují - většina žen se obrací s radou na lékaře a rozhoduje se na základě jeho doporučení, relativně velké procento však zaujaly i odpovědi, že se žena rozhodla na základě vlastního uvážení.

Za velmi uspokojivé lze považovat odpovědi na otázku, jaké změny při užívání hormonální antikoncepce ženy zaznamenaly, neboť převážná většina oslovených žen žádné změny nezaznamenala. Ženy, které se setkaly s nějakými nežádoucími účinky, situaci řešily změnou druhu přípravku, po níž většinou negativní účinky zmizely.

Další otázka, která byla určena všem ženám užívajícím jakoukoliv metodu antikoncepce, se týkala spolehlivosti antikoncepce. Šetření poukázalo na to, že ženy jsou si plně vědomy skutečnosti, že žádná z antikoncepčních metod nepřináší stoprocentní ochranu před početím a že antikoncepční metody, vyjma bariérové antikoncepce, je nechrání proti přenosu sexuálních onemocnění. Převážná většina oslovených žen se však spoléhá pouze na jednu jedinou metodu, kterou užívá, a naprosto jí věří.

Posledním cílem bylo zjistit, zda ženy, které jsou informovány o riziku vzniku tromboembolické nemoci (TEN), jež hrozí při kouření a současném užívání hormonální antikoncepce, tuto metodu antikoncepce využívají. Výsledky ukázaly, že převážná většina žen o tomto riziku ví, a většina také nekouří. Ženy, které kouří, však z dostupných antikoncepčních metod nejčastěji užívají, i přes dané riziko, právě metodu hormonální antikoncepce.

**Klíčová slova:** postoje, antikoncepce, hormonální antikoncepce, riziko, metoda, edukace

## **Abstrakt**

This bachelor's paper focuses on mapping the women's attitudes to hormonal contraception. The so called „family planning“ is one of the basic human rights. It means that the couple is allowed to decide about the number of children and time of their birth. The phenomenon of negative family planning is connected with the issue when the couple does not wish to have children and chooses the contraception method.

Hormonal contraception is one of the most expanded and the most reliable device to regulate natality. Currently, there are many kinds of hormonal contraception distributed by a huge number of producers in various forms. Hormonal contraception is always prescribed by a doctor who should, together with an assistant, familiarize the future user with different methods of contraception and consider the individuality of woman when selecting. If the woman chooses hormonal contraception, she should be instructed about the manner of using, degree of reliability, and advantages and risk that might the contraception bring.

The introduction of this paper is divided into several theoretical chapters. The first of them is dedicated to the origin of contraception and afterwards, it describes the history of hormonal contraception. Other chapters concentrate on the concrete combined hormonal contraceptive and progestogen contraception. Today, combined hormonal contraceptive is in common usage. It is characterized according to its application – oral pills, transdermal patches and vaginal rings. The attention is given to potential positive side effects and perils connected with the usage. Afterwards, the paper presents contraindications of this method. The chapters related to progestogen contraception describe minipills, depot injections, subcutaneous implants, and also intrauterine progestogen system. The evaluation of positive and negative side effects of this method comes after with contraindications.

The conclusion of theoretical part is dedicated to the education. First, the attention is focused on general education, then on the education of women led by a midwife. Girls and women usually have incomplete information about contraception. These pieces of information come from various sources – internet, television,

newspapers, magazines or friends. The assistant who cooperates with the doctor should provide full instruction and recommend a suitable method and kind of contraception.

The practical part of this bachelor's paper occupies with the women's attitudes towards contraception based on the questionnaire within the quantitative research. First, the goals were set. The main goal was to learn which method of contraception the women of three different age categories prefer. Partial goal 1 was to map if the education influence the usage of contraception. Partial goal 2 was to learn about the factors that helped the women to choose contraception. Partial goal 3 was to find out if the women detected any changes. Partial goal 4 was to find out if the users of hormonal contraception also use different kinds of contraception. Partial goal 5 was to discover if the women – smokers know about the danger of thrombosis that is connected with smoking while using hormonal contraception, and if they use this method. The questions were set on the basis of the aims.

The questions were given to 85 women divided into three age groups from 15 to 21, 22 to 31 and 32 to 45 years. The questionnaire (enclosure N°) made by the author was fully anonymous and voluntary. The results were transformed into graphs that accomplished the goals.

The result of the research says that girls and women from 15 to 21 and 22 to 31 prefer the method of hormonal contraception. On the contrary, the women from 32 to 43 prefer the method of barrier contraception; hormonal contraception was placed on the second position. Ad. goal 1: The education does not influence the women's decision about contraception.

Ad. goal 2: The majority of women asks the doctor and decides according to his/her recommendation, but many women answered that they decided on the basis of her own consideration.

Ad. goal 3: The majority of women did not detect any changes. The women who noticed some negative side effects changed the type of contraception and the problems disappeared.

Ad. goal 4: The research showed that the women are conscious of the fact that none of contraception brings hundred per cent protection against conception and that



contraception methods, except barriers, do not protect against sexually transmitted infections. Still, the majority of women relies on an only method.

Ad. goal 5: The majority of women is aware of thromboembolism and most of the women do not smoke. Nevertheless, the women who smoke often use, in spite of the risk, the method of hormonal contraception.

**Key words:** attitudes, contraception, hormonal contraception, risk, method, education

# Obsah

<b>1</b>	<b>Současný stav .....</b>	<b>14</b>
1.1	Historie antikoncepce .....	14
1.2	Kombinovaná hormonální antikoncepce.....	17
1.2.1	Vývoj kombinované hormonální antikoncepce .....	17
1.2.2	Uživatelské formy COC.....	18
1.2.2.1	Tablety.....	18
1.2.2.2	Transdermální formy.....	19
1.2.2.3	Antikoncepční vaginální kroužek .....	20
1.2.3	Způsob užívání COC .....	20
1.2.4	Spolehlivost a účinnost antikoncepčních metod .....	21
1.2.5	Příznivé vedlejší účinky .....	22
1.2.6	Zdravotní rizika a nežádoucí účinky.....	24
1.2.7	Kontraindikace COC.....	25
1.3	Gestagenní antikoncepce.....	27
1.3.1	Vývoj gestagenní antikoncepce .....	27
1.3.2	Uživatelské formy gestagenní antikoncepce.....	28
1.3.2.1	Minipilulky.....	28
1.3.2.2	Depotní injekce .....	29
1.3.2.3	Podkožní implantáty.....	29
1.3.2.4	Nitroděložní gestagenní systém .....	30
1.3.3	Příznivé vedlejší účinky .....	30
1.3.4	Nežádoucí vedlejší účinky .....	31
1.3.5	Kontraindikace gestagenní antikoncepce.....	32
1.4	Edukace v porodní asistenci.....	33
1.4.1	Metody a formy edukace .....	35

1.4.2	Význam a úloha edukace v profesi porodní asistentky.....	36
<b>2</b>	<b>Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>39</b>
2.1	Cíl práce .....	39
2.1.1	Dílčí cíle.....	39
2.2	Výzkumné otázky.....	39
2.2.1	Dílčí výzkumné otázky .....	39
<b>3</b>	<b>Metodika.....</b>	<b>41</b>
3.1	Metodika práce.....	41
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	41
3.3	Sběr a zpracování dat .....	41
<b>4</b>	<b>Výsledky .....</b>	<b>42</b>
<b>5</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>56</b>
<b>6</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>62</b>
<b>7</b>	<b>Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>64</b>
<b>8</b>	<b>Přílohy .....</b>	<b>67</b>

## Seznam použitých zkratk

COC	Kombinovaná hormonální antikoncepce
HAK	Hormonální antikoncepce
IUD	Nitroděložní tělísko
PI	Pearlův index
TEN	Tromboembolická nemoc
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

## Úvod

Mezi základní lidská práva patří i tzv. plánované rodičovství, neboli právo umožňující partnerům svobodně rozhodnout o počtu svých dětí a době jejich narození (<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>). Pokud si partnerský pár zatím (nebo vůbec) nepřeje mít děti, hovoříme o negativním plánovaném rodičovství. V takovém případě pak partneři volí různé metody ochrany před nechtěným početím, tj. metodu antikoncepce.

V dnešní době je téměř běžnou součástí života žen i mladých dívek užívání antikoncepce. Cílem antikoncepčních prostředků je účinně zabránit nechtěnému těhotenství a vzhledem k jejich dostupnosti v České republice trvale klesá počet interrupcí. Neexistuje však metoda, která je absolutně spolehlivá, neškodná, jednoduše použitelná a levná. Jednou z nejspolehlivějších a nejužívanějších metod je hormonální antikoncepce (viz Příloha č.1). Na trhu jsou přípravky hormonální antikoncepce distribuovány velkým množstvím výrobců v mnoha rozmanitých uživatelských formách. Ty se liší tzv. Pearlovým indexem (PI) spolehlivosti, způsobem aplikace a užívání, příznivými i nežádoucími účinky. A právě díky dostupnosti velkého množství antikoncepčních přípravků je velice důležité věnovat značnou pozornost edukaci jejich uživatelek.

Rozhodnutí o výběru antikoncepce je vždy na ženě (volí podle svých potřeb a možností) a jejím gynekologovi. Při volbě vhodného prostředku musí být zohledněn zdravotní stav ženy, její věk, frekvence pohlavních styků, počet partnerů i porodů. Lékař by si měl ve spolupráci s porodní asistentkou uvědomit skutečnost, že dívky i ženy mají často neucelené informace o problematice antikoncepce, které pocházejí z nejrůznějších zdrojů, mezi něž patří v první řadě internet, dále pak televizní a tisková média či debaty s kamarády a kamarádkami, a proto by se měl snažit tyto informace ucelit a doporučit dané ženě vhodnou metodu a druh antikoncepce.

Jak už bylo zmíněno výše, antikoncepce hraje v životě většiny dnešních žen velmi důležitou roli, a proto se předkládaná bakalářská práce bude zabývat tím, jaké konkrétní postoje ženy k hormonální antikoncepci vlastně zaujímají.

# 1 Současný stav

## 1.1 Historie antikoncepce

Snaha o prevenci před početím při pohlavním styku se objevuje již od dob, kdy naši předkové rozpoznali spojitost mezi koitem a graviditou. Starověké prameny informují o tom, že staří Egypťané používali pesary z krokodýlího trusu a medu, vykuřování pochvy a nápoje ze sádla a piva. Jiné prameny uvádějí i využití sloního trusu, volské žluči, stromové smůly či zelí. Staří Indové používali dokonce metodu zařikávání. Nejjednodušším, avšak málo spolehlivým způsobem ochrany před početím byla vždy přerušovaná soulož - *coitus interruptus*, jejíž popis najdeme i v Bibli. Ve středověku byl kladen důraz na sexuální čistotu, tj. zdržení se pohlavního styku. Nicméně byly vytvořeny i mechanické pomůcky, jako je návlek na penis a pás cudnosti (Barták, 2006, s. 14).

Důležitý zvrat přišel v polovině 19. století, kdy si lékaři uvědomili, že doporučená sexuální zdrženlivost je zcela nedostačující. V roce 1838 vytvořil Frederick Adolphe Wilde první poševní pesar. Avšak největší zásluhu na rozšíření tohoto druhu antikoncepce má německý lékař Vilém Mensinga (Čepický, Fanta, 2002, s. 14).

Ve 20. letech minulého století začaly být zakládány speciální konzultační poradny. První z nich vznikaly v Anglii pod vedením Marie Stopesové a následně Hany Stoenové. Na našem území se obdobné poradny objevily zásluhou profesora Antonína Ostrčila, který v letech 1924 až 1939 působil jako přednosta Gynekologicko-porodnické kliniky v Praze. V období před vypuknutím druhé světové války se využívalo těchto antikoncepčních možností: chirurgická sterilizace ženy, dočasná sterilizace zářením, *coitus interruptus*, kondom, poševní pesar, poševní hubky, tampony a také metoda výpočtu plodných a neplodných dnů dle Ogina a Knause. Základy této metody položil roku 1929 rakouský profesor Hermann Hubert Knaus, o rok později pak doktor Kenjiro Ogino v Japonsku, a to na základě zjištění, že ovulace má poměrně přesnou souvislost s menstruačním krvácením (Uzel, 2010, s. 26).

## ***Historie hormonální antikoncepce***

V roce 1921 Rakušan Dr. Ludwig Haberland zjistil, že jako antikoncepce se dají používat také výtažky z vaječníku těhotných zvířat, neboť blokují uvolnění zárodečných buněk z vaječníku (Barták, 2006, s. 14).

V roce 1956 byly započaty první klinické zkoušky s kombinovanou hormonální antikoncepcí. První přípravek, který byl v USA schválený jako kontraceptivum, nesl název Enovid (Čepický, Fanta, 2002, s. 14). Z dnešního pohledu tento preparát obsahoval příliš mnoho hormonů (dávka estrogeneru v jedné tabletě by stačila dnešní uživatelce na 5 dní, dávka progestinu dokonce na 20 dní), ale i přesto je tento rok vnímán jako přelomový ve vývoji moderní antikoncepce (Barták, 2006, s. 14). Za americkým kontinentem následovaly zkoušky na evropské půdě, kde byl v roce 1961 vytvořen preparát s názvem Anovar, avšak na trh byl uveden jako lék dysmenorey. Ve výše uvedeném roce se i odborníci v tehdejší Československu rozhodli zahájit vývoj přípravků hormonální antikoncepce. Výsledkem těchto snah se roku 1965 stal přípravek Antigest.

První přípravky gestagenní kontracepce se objevily v 60. letech 20. století - roku 1963 byla vyvinuta injekční forma Depo-Provera, první minipilulka Nacenyl byla objevena záhy v roce 1965 (Čepický, 2004, s. 48).

První krize v rámci užívání antikoncepce nastala na konci 80. let 20. století, kdy se začaly objevovat zprávy a zdravotních rizicích antikoncepčních pilulek – jednalo se zejména o arteriální cévní příhody a nádory, především pak o karcinom prsu. Již od poloviny 80. let se začínají objevovat v mnohém i zprávy o příznivých vedlejších účincích pilulek, avšak v souvislosti se zmíněnými negativními účinky jim byla věnována velmi malá pozornost.

Vzestup užívání moderní antikoncepce trval asi 10 let a hlavních důvodem byl strmý vzestup interrupcí a potřeba spolehlivé a pohodlné antikoncepce. Ve společnosti se zvýšilo povědomí o příznivých účincích antikoncepce. Zvrat způsobil nástup pandemie infekce HIV, s ním propagace bezpečného sexu a následný nárůst užívání kondomu. Ovšem tam, kde užívání kondomu stoupalo, stoupal i počet interrupcí. Následkem proto bylo doporučení užívání kombinace kondomu a hormonální antikoncepce.

Další zvrat způsobil v roce 1995 dopis rozeslaný úředníky britského výboru pro bezpečnost léčiv, který obsahoval upozornění na dvojnásobné riziko tromboembolické

nemoci (TEN) u žen užívajících přípravky s desogestremem nebo gestodinem. Následně noviny zaplnily články o smrtících účincích antikoncepce. Následoval opět propad v užívání hormonální antikoncepce a následný nárůst interrupcí. Aféra utichla během několika let.

Vokaer formuloval podmínky, které by měla přijatelná antikoncepce splňovat, a to účinnost, jednoduchost, netoxičita, nesmí poškozovat plod, musí být cenově přístupná a nesmí rušit pohlavní akt (Čepický, Fanta, 2002, s. 15).



## 1.2 Kombinovaná hormonální antikoncepce

### 1.2.1 Vývoj kombinované hormonální antikoncepce

Kombinovaná hormonální antikoncepce (combined oral contraception – zkratka COC) spočívá v užívání estrogenní kombinace. Tento princip nastínili na konci 20. století Gregory Pincus a Chang. Estrogen se podává v tabletkách, avšak hypofýza nepozná, že estrogen pochází z tablet a ne z vaječnicků. Řídící centrum je tak oklamáno a přestane vydávat gonadotropiny. První antikoncepční pilulka Enovid obsahovala kombinaci norethinodrelu a mestranolu (Čepický, Fanta, 2002).

Základem antikoncepčního efektu je podávání správné dávky estrogenů, tudíž následoval vývoj pilulek s přirozeným ovariálním estrogenem, estradiolem. První přípravek Enovid obsahoval až trojnásobně větší dávku menstrolu, než obsahují všechny tablety na trhu. Následovaly experimenty s fázicitou. Původní přípravky byly monofázické - po 21 dnech užívání následovala sedmidenní pauza, avšak v současné době stoupá obliba užívání pilulek v dlouhých cyklech či kontinuálně. Kromě pilulek se na trh dostala i injekční forma kombinované hormonální antikoncepce, ale příliš velké popularity nedosáhla.

V Československu přípravky vždy kopírovaly světové trendy a i nyní je tu široké spektrum srovnatelné s kteroukoliv západní zemí. COC patří mezi nejužívanější antikoncepční metodu vůbec (Barták, 2006, s. 56).

Základním principem hormonální antikoncepce je inhibice ovulace – hladina hormonů zabraňuje samotnému uvolnění vajíčka z vaječníku. Hladina gestagenů ovlivňuje motilitu vejcovodů, má vliv také na růst endometria a na kvalitu hlenu v děložním hrdle (Cibula, 2002, s. 170).

## 1.2.2 Užívateľské formy COC

### 1.2.2.1 Tablety

Antikoncepční pilulky obsahují vždy dva hormony, ženský pohlavní hormon - estrogen a hormon žlutého tělíska - progestin. První pilulka, již výše zmíněný Enovid, obsahovala syntetický hormon menstranol, prohormon, který nemá hormonální účinky a byl nahrazen etinylestradiolem. Ten je složkou téměř všech antikoncepčních přípravků dostupných na trhu. Přirozený ženský hormon estradiol se dlouhou dobu nedařilo vyvinout, avšak nakonec se v roce 2009 na trhu objevila antikoncepční pilulka Qlaira, která tento přirozený estrogen obsahuje (Čepický, in: Moderní babičství 18, s. 31). Qlaira obsahuje estradiol valerát a dienogest. Každé balení čítá 26 bílých aktivních tablet a také žluté tablety s placebo-efektem (Guillebaund, Macgregor, 2013, s. 200).

Na trhu existuje více než 40 přípravků kombinované orální antikoncepce, které se odlišují dávkou estrogenu, progestinu, fázicitou a cyklicitou. Všechny dostupné přípravky obsahují syntetický estrogen etinylestradiol, jehož dávkování lze rozlišit na vysoké dávkování (50 µg v jedné tabletě), nízké dávkování (30-35µg v jedné tabletě) a velmi nízké dávkování (15-20µg v jedné tabletě). Čím méně estrogenu pilulka obsahuje, tím vyvolává méně nepříznivých účinků, mezi něž patří např. citlivost prsou, riziko hluboké žilní trombózy či retence vody. Méně estrogenu však zároveň znamená i menší ochranu před tvorbou cyst na vaječnicích a také menší pozitivní účinek na úpravu problematické pleti (akné, mastná pleť). Co se týče cenové relace, obecně na trhu platí, že čím nižší dávka estrogenu je v tabletě obsažena, tím vyšší je cena antikoncepčního preparátu.

Progestin v tabletě se dělí dle jeho případných dalších účinků: progestiny s androgenním účinkem, progestiny bez androgenního a bez antiandrogenního účinku, progestiny s antiandrogenním účinkem, progestiny s antiandrogenním a antimineralokortikoidním účinkem. Spolehlivost přípravků se však nemění.

Fázicitou se rozumí počet fází s různým poměrem estrogenu a progestinu v jednom cyklu. Z tohoto hlediska rozlišujeme přípravky monofázické, kdy se poměr estrogenu a progestinu nemění. Dále přípravky trifázické, jejichž působení zahrnuje tři fáze, přičemž ve druhé fázi je vyšší dávka estrogenu a ve třetí fázi je vyšší dávka progestinu. Dále existují přípravky bifázické, kde je ve druhé fázi vyšší dávka progestinu. Nelze opomenout ani přípravky kombifázické, jejichž působení zahrnuje pouze dvě fáze - ve

druhé fázi je nižší dávka estrogenu a vyšší dávka progestinu. Největší oblíbenosti se těší jednoznačně přípravky jednofázové, které umožňují posun pseudomenstruačního krvácení a skýtají vyšší ochranu před cystami vaječnicků. Spolehlivost přípravků je však stejná.

Cyklicita je délka užívání přípravku bez přestávky. Většina žen volí přípravky, které se užívají 21 dní, a poté následuje sedmidenní pauza - ta může být doplněna sedmi placebovými tabletami. Existují přípravky na 22 dní + 6 dní přestávka, 24 dní + 4 dny přestávka nebo 24 dní + 4 dny placebo. Čím delší je přestávka mezi dvěma cykly, tím vyšší je výskyt nežádoucích účinků během pauzy a vyšší riziko selhání při chybě v užívání. Přípravky se mohou užívat i kontinuálně, například když ženy potřebují posunout pseudomenstruační krvácení (Čepický, Líbalová in Moderní babičství 16).

### **1.2.2.2 Transdermální formy**

Antikoncepční náplasti obsahují estrogen i progestin. Tyto hormony jsou tukové povahy, tudíž se vstřebávají pokožkou. Náplasti se užívají po dobu třech týdnů (na 1 celý týden 1 náplast), pak se týden vynechá (Kobilková, 2005).

První náplast si žena nalepí první den menstruace na záda, rameno, hýždě či podbřišek. Náplasti jsou velmi pohodlné, navíc se snižuje riziko zapomenutí užití. Ochrana náplastí je zaručena do 48 hodin. Náplasti lze využívat i kontinuálně. Tato antikoncepce není vhodná pro kojící ženy nad 90 kg, v takovém případě je prokázána nižší účinnost. Náplast se nikdy neaplikuje dvakrát po sobě na totéž místo a nikdy ne na prsa (Uzel, 2010, s. 118, 119).

Velkou výhodou této metody je skutečnost, že používání náplastí snižuje riziko cévních komplikací. Náplasti, na rozdíl od hormonálních pilulek, nenarušují účinnost antibiotik - ty mají vliv na střevní bakterie, ale vstřebávání hormonů z náplasti nemá se střevy nic společného. Velkou nevýhodou je viditelnost náplastí. Po týdnu na okrajích náplasti vytéká tekutá lepicí substance, na niž se zachycují okolní nečistoty. S náplastí se lze koupat, nicméně je tu riziko krabacení či strhnutí, při opalování zůstane na pokožce neopálený čtvereček. Všechna tato negativa mohou mít vliv na ne příliš velkou oblibu antikoncepčních náplastí u českých žen. Na českém trhu je k dostání antikoncepční náplast Evra o rozměru 4,5 x 4,5 cm. Obsahuje 20 µg ethinylestradiolu a 150 µg norelgestrominu.

### **1.2.2.3 Antikoncepční vaginální kroužek**

Antikoncepční vaginální kroužek se zavádí na tři týdny do pochvy, poté se vyjme a následuje týdenní pauza, po které se zavede kroužek nový. Kroužek nevyčnívá z pochvy a žena by ho, při správném zavedení, neměla vnímat.

Kroužek má v průměru 54 mm, silný je 4 mm a vyrábí se z měkkého pružného plastového materiálu. Hormony, které jsou jím produkovány, se vstřebávají vaginální sliznicí. Po celé tři týdny se uvolňuje velmi malé množství hormonu. Vaginální kroužek v pochvě žena zpravidla nevnímá - je zaveden v té části pochvy, kde je chudší nervové zásobení, díky čemuž je toto místo méně citlivé.

Pohlavní styk není kroužkem nikterak narušen, některé ženy dokonce vnímají přítomnost kroužku při styku velice pozitivně a příjemně, jiné jej při souloži vůbec nevnímají. Přibližně třetina mužů pak při milování přítomnost vaginálního kroužku také pociťuje (Čepický, Čepická Líbalová, 2010, s. 49). Nevýhodou tohoto antikoncepčního prostředku je riziko vypuzení kroužku z pochvy během pohlavního styku. Z tohoto důvodu je nutná pravidelná kontrola správného zavedení kroužku (Kuželová, 2004). V případě, že kroužek ženě z pochvy vypadne, je potřeba jej do dvou hodin opláchnout a znovu zavést do pochvy. Výslovně se nedoporučuje kroužek vyjmout před pohlavním stykem. Když žena zapomene vaginální kroužek po 3 týdnech vyndat, toleruje se sedm dní, během nichž žena kroužek vyndá jako obvykle a po pauze zavede nový. Při vynechání sedmidenní pauzy stoupá riziko slabého krvácení. Na českém trhu je dostupný jediný vaginální kroužek s názvem NuvaRing. Na světový trh byl uveden již v roce 2002, v České republice až v roce 2006. Obsahuje 15 $\mu$ g ethinylestradiolu a 120  $\mu$ g etonogestrelenu (Havlín, 2012, s. 19).

### **1.2.3 Způsob užívání COC**

Před předepsáním kombinované hormonální antikoncepce by měl lékař provést cílenou anamnézu zaměřenou především na rizikové faktory, zvláště pak na možnost kardiovaskulárních onemocnění (zejména hluboké žilní trombózy a hypertenze), nádorů prsu a nemocí jater. Poté provede obvyklou gynekologickou preventivní prohlídku,

změří krevní tlak a vyšetří prsa. U žen s rizikem poruchy funkce jater by navíc měly být provedeny jaterní testy (Leifer, 2004, s. 303).

Obvykle se perorální přípravky kombinované hormonální antikoncepce začínají užívat v prvních pěti dnech menstruačního cyklu. Pokud žena zahájí užívání první den s příchodem menstruace, nástup účinku bude okamžitý, a ve chvíli, kdy menstruace bude končit, bude žena již chráněna. Nepovažuje se za velké pochybení, pokud žena užije první pilulku až 5. den po započetí menstruace, nicméně v takovém případě je vhodné, aby žena používala dalších 7 dní ještě jinou antikoncepční metodu, neboť k nástupu účinku dochází až 8. den užívání. Pokud chce žena menstruat především ve všední dny, měla by užít první pilulku v neděli. Tím zvýší pravděpodobnost, že menstruace skončí ještě před víkendem. Parenterální přípravky se užívají obdobně, vaginální kroužek i náplast účinkují od prvního dne, v případě, že se zavede či nalepí první den menstruace. Od 8. dne užívání je účinná antikoncepce v případě, že žena začne perorální antikoncepci užívat až 2. – 5. den menstruace.

Žena by měla tablety užívat každý den ve stejnou dobu, s tolerancí 12 hodin, u náplastí je tolerance 48 hodin. Nejčastější systém užívání je 21 tablet + následná 7 denní pauza. Menstruace začne zpravidla 3. den pauzy a je kratší a slabší. Pokud žena zvolí 28 tabletový systém, k žádné pauze v užívání pilulek nedochází, neboť aktivní hormonální tablety jsou zkombinované s placebem, tudíž princip zůstává stejný jako u systému 21+7 (Uzel, Kovář, 2010, s. 101).

#### **1.2.4 Spolehlivost a účinnost antikoncepčních metod**

Spolehlivost a účinnost antikoncepčních metod vyjadřuje Pearlův index (viz Příloha č. 2), který se vypočítá takto: počet nežádoucích otěhotnění  $\times 12 \times 100$  : počet sledovaných cyklů. Čím je index nižší, tím je antikoncepční spolehlivost vyšší (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 117).

Druhou, avšak méně používanou metodou je metoda life-table, která zohledňuje pokles selhání v souvislosti s délkou užívání dané antikoncepční metody a následně vyjadřuje počet nechtěných otěhotnění i počet přerušení užívání kontracepce (Cibula, 2002, s. 175).

Kombinovaná hormonální antikoncepce představuje velmi spolehlivou metodu s Pearlovým indexem 0,1 – 0,5. Selhání je spojeno s následkem chyb v užívání nebo s následkem objektivních chyb v užívání, tj. přehlédnutí nebo podcenění situací, které spolehlivost pilulek snižují. Mezi zdravotní stavy vedoucí ke snížení antikoncepční pilulky patří zvracení, průjem a interakce s jinými léky (Čepický, Fanta, 2002, s. 96).

V případě, že žena zvrací do 4 hodin po požití antikoncepční pilulky, je potřeba si vzít pilulku náhradní. Průjem snižuje spolehlivost antikoncepce pouze v případě, že jde o silný a déletrvající průjem. Některé farmaka (určená např. k léčbě epilepsie, TBC, křečových stavů) zrychlují metabolismus v jaterní buňce. Proto by žena neměla zapomínat informovat lékaře o tom, že užívá hormonální antikoncepci (Uzel, Kovář, 2010, s. 106).

### **1.2.5 Příznivé vedlejší účinky**

Kombinovaná hormonální antikoncepce má velké množství příznivých zdravotních účinků a terapeutických indikací, a to od banalit kosmetického charakteru až po pokles rizika závažných a života ohrožujících stavů.

#### ***Karcinom endometria a karcinom ovaria***

Ochranný mechanismus proti karcinomu endometria spočívá v progestinové dominanci u pilulek potlačujících mitotickou aktivitu buněk děložní sliznice. Pavel Čepický a Michael Fanta (2002, s. 98) v této souvislosti uvádějí následující tvrzení: „*U uživatelůk COC riziko klesá asi o 50% v závislosti na době, po kterou byly pilulky užívány (o více než 70% po 12 a více letech užívání).*“ Ochrana přetrvává dlouhodobě, po skončení užívání antikoncepce lze zaznamenat minimální pokles ochrany. Ženám se zvýšeným rizikem karcinomu endometria se proto doporučuje užívání hormonální antikoncepce. COC snižuje výskyt hyperplazie a atypické hyperplazie endometria. Incidence v ČR je zhruba 30 : 100 tisíc žen za rok, za rok je to 1 600 nových případů ročně.

Pro karcinom ovaria je rizikovým faktorem počet ovulací za život ženy. COC antikoncepce ovulaci blokuje a riziko výskytu karcinomu ovaria se tak snižuje již po

šestiměsíčním užívání. Po 10 letech užívání dochází k poklesu výskytu až o 80 %. U žen s vysokým rizikem je užívání COC antikoncepce indikováno. Incidence v ČR je zhruba 23 : 100 tisíc za rok. (Čepický, Fanta, 2002, s. 98)

### ***Gynekologické záněty***

Užívání COC antikoncepce snižuje riziko zánětlivých onemocnění vnitřních rodidel ještě výrazněji než riziko výskytu karcinomu, a to až o 60 %.

Ženské pohlavní ústrojí představuje nepřetržité spojení mezi vnějším a vnitřním prostředím, které je velmi citlivé vůči infekci. Prevenci proti vzniku zánětů zajišťuje děložní hrdlo, které je uzavřeno nepropustnou hlenovou zátkou, která zabraňuje průniku mikroorganismů. Riziko však v tomto případě představují tzv. plodné dny, během nichž se vlivem vysoké hladiny estrogenu hlen rozpustí a hrdlo se otevírá, neboť je očekáván vstup spermií. Zároveň je však umožněn i průnik mikrobů. Žena užívající antikoncepci plodné nemá, čímž se snižuje riziko vniknutí mikrobů (Barták, 2006, s. 81, 82).

### ***Menstruační cyklus***

Kombinovaná hormonální antikoncepce blokuje vlastní menstruační cyklus a vytváří cyklus umělý (Čepický, Fanta, 2002, s. 102). Při správném užívání přípravku je menstruační cyklus pravidelný, intenzita krvácení bývá slabší, dochází k menším krevním ztrátám a tím i k menším ztrátám krevního barviva, především železa. Ženy mívají často bolestivou menstruaci (dysmenorheu), či trpí premenstruálním syndromem, který se projevuje bolestmi hlavy, změnou nálad či otoky. Lékaři neznají podrobně příčinu těchto jevů, avšak dysmenorea souvisí s přemrštěnou tvorbou prostaglandinů v děložní sliznici, a právě COC antikoncepce snižuje výšku děložní sliznice. Za premenstruační syndrom je zodpovědné kolísání hormonálních hladin během cyklu, kterým COC antikoncepce zabraňuje. Léčba těchto syndromů COC antikoncepcí je nejúčinnější metodou (Barták, 2006, s. 83).

### ***Ostatní příznivé účinky***

V rámci příznivých účinků COC antikoncepce nelze opomenout výraznou ochranu před mimoděložním těhotenstvím, dále také ochranu před vznikem cyst na vaječnicích.

Je prokázáno i snížení rizika vzniku revmatických onemocnění, především revmatické artritidy. COC antikoncepce má pozitivní účinek na kožní projevy, a to především přípravky s progestinem s antiandrogenní nebo minimální androgenní aktivitou s nízkou dávkou estrogenu (Čepický, Fanta, 2002, s. 102,103).

### **1.2.6 Zdravotní rizika a nežádoucí účinky**

#### ***Riziko tromboembolické nemoci***

Zdravotní rizika, plynoucí z užívání kombinované hormonální antikoncepce, jsou minimální. Praktický význam má dnes jen mírně zvýšené riziko hluboké žilní trombózy - to je při užívání hormonální antikoncepce přibližně 2-3krát vyšší, ale naopak je mnohem nižší než v těhotenství. Ohroženy jsou především nositelky vrozených poruch ve smyslu zvýšené srážlivosti krve. Riziko TEN je vyšší u kuřáček a starších žen. Prevencí TEN je vysazení kombinované hormonální antikoncepce minimálně 6 týdnů před operací. Žena si však může zajistit jinou antikoncepci před početím, v takovém případě se doporučují gestagenní metody. S novým podáváním by žena měla začít až 4 týdny po operaci. Stejná doporučení platí i pro ženy dlouhodobě imobilizované. V případě urgentní operace se dělá miniheparinizace.

#### ***Ostatní nežádoucí účinky***

Během užívání hormonální antikoncepce se může příležitostně objevit nevolnost, především v počátku užívání, dále napětí prsů, krvácení nebo špinění mimo menstruaci. Vzácně může antikoncepce způsobovat migrénu nebo cholestatickou hepatopatii, která se upraví po přerušení užívání. Dnešní moderní pilulky neovlivňují játra a nemají vliv ani na zhoršení křečových žil. Celá řada kvalitních vědeckých studií prokázala, že kombinovaná hormonální antikoncepce nemá vliv na tělesnou váhu žen. Účinek kombinované hormonální antikoncepce mohou snížit určité druhy léků, mezi něž patří antiepileptika, barbituráty, některá antibiotika a chemoterapeutika (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 123).



### 1.2.7 Kontraindikace COC

Pavel Čepický a Michael Fanta (20002, s. 121) se k dané problematice vyjadřují takto: „V běžné praxi jsou kontraindikace spíše přeceňovány než podceňovány. Kontraindikace je nutno zvažovat ve vztahu s kontraindikacemi a riziky gravidity a ve vztahu k příznivým zdravotním účinkům COC.“

Kontraindikace vycházejí z českého doporučení k předpisu kombinované hormonální antikoncepce (Čepický, in: Moderní gynekologie a porodnictví, 2001, s. 204).

#### ***Absolutní kontraindikace***

COC antikoncepce je kontraindikována dle doporučení WHO v prvních 3 týdnech po porodu u nekojících žen, u kojících žen do konce šestinedělí. Pro české doporučení k předpisu kombinované hormonální antikoncepce, které bylo aktualizováno v roce 2006, je kojení absolutní kontraindikací až do konce 6. měsíce po porodu. Další absolutní kontraindikací je věk nad 35 let, kouření více než 15 cigaret denně, neléčená či léčbou špatně kontrolovaná hypertenze s krevním tlakem vyšším jak 160/100 torrů, hluboká žilní trombóza, ať aktuální či v osobní anamnéze, trombofilní mutace, získané trombofilní stavy nebo dlouhodobá imobilizace. Za další kontraindikaci je považována aktuální nebo anamnestická ischemická choroba srdeční, dále pak komplikované srdeční vady, cévní mozková příhoda v anamnéze, karcinom prsu do 5 let po léčbě. U žen trpících migrénou s aurou, aktivní virovou hepatitidou a poruchami jaterních funkcí je COC antikoncepce také přísně kontraindikována.

#### ***Relativní kontraindikace***

V situaci, kdy je COC antikoncepce relativní kontraindikací, by žena měla volit jinou antikoncepční metodu. Pokud však jiná metoda není možná nebo ženě nevyhovuje, je možné užívání hormonální antikoncepce uvážit.

Dle doporučení WHO patří mezi relativní kontraindikace kojení do 6 měsíců po porodu, věk nad 35 let a kouření méně než 15 cigaret denně, hypertenze kontrolovaná léčbou nebo nepřesahující 155/95 torr. Dále migréna bez aury, karcinom prsu 5 let po

lčbě, komplikovaný diabetes, symptomatická nebo farmakologicky lčená  
cholelithiáza a kompenzovaná cirhóza (Weiss, 2010, s. 287).

## 1.3 Gestagenní antikoncepce

### 1.3.1 Vývoj gestagenní antikoncepce

Gestagenní antikoncepce je starší předchůdkyní kombinované hormonální antikoncepce. V 50. letech 20. století se vědec Gregory Pincus a dr. John Rock pokoušeli o vývoj perorálního antikoncepčního přípravku, při kterém používali syntetické progestiny ze skupiny norsteroidů. Vzniklé preparáty však byly kontaminovány estrogény. Když tuto příměs poté odstranili, přípravek vyvolával nepravidelné krvácení. Tomu se dalo zabránit přidáním malého množství ženských hormonů, čímž vznikla kombinovaná antikoncepce, a od používání pouhých progestinů se na čas upustilo. Čistá gestagenní perorální antikoncepce se na trhu objevila až v roce 1968. Jednalo se o přípravek s názvem Nacenyl, který obsahoval 0,5 mg chlormadinon acetátu.

S nástupem 60. let 20. století započaly experimenty s gestagenní depotní antikoncepcí. Tato antikoncepce však byla napadena studií, která poukazovala na riziko zvýšeného výskytu karcinomu prsu v důsledku jejího užívání. Proto tato antikoncepce získává postavení, které jí právem náleží, až v posledních letech. Od 70. let probíhá vývoj dalších dvou metod - vaginálních pesarů a podkožních implantátů (Čepický, Fanta, 2002, s. 70).

Gestagenní antikoncepce je založena na kontinuálním užívání hormonu žlutého tělíska progestinu, gestagenu. Neobsahuje ženské pohlavní hormony estrogény a hlavní mechanismus účinku spočívá ve vlivu gestagenu na hlen v kanálku děložního hrdla. Hlen se stává vazkým a nepropustným pro spermie. Ve srovnání s kombinovanou hormonální antikoncepcí je zřetelnou výhodou skutečnost, že gestagenní antikoncepce postrádá nepříznivé vedlejší účinky estrogenu. Naopak nevýhodou je postrádání příznivých vedlejších účinků těchto hormonů. Gestagenní antikoncepce je vhodná pro ženy, které ze zdravotních důvodů nemohou užívat kombinovanou hormonální antikoncepci (Čepický, Čepická, 2010, s. 51).

## 1.3.2 Užívateľské formy gestagenní antikoncepcie

### 1.3.2.1 Minipilulky

Termín minipilulky neoznačuje veľikost prípravku, ale nižšiu dávku obsažených hormónov. Minipilulky obsahujú malé množstvo progesterínu - ten zahusťuje hlien v maternickej dutine, ktorý je tak nepropustný pre spermie. Dávka progesterínu je dostatočná k tomu, aby zabránila dozretiu a uvoľneniu vajíčka. Ďalej zabraňuje rastu maternickej sliznice, ktorá ovplyvňuje transportnú funkciu vajcovodu. Pearl index gestagenní antikoncepcie je 0,3 – 1,0 (Kuželová, 2004, s. 4).

Jedno balenie gestagenní antikoncepcie obsahuje 28 piluliek. Tento počet však nemá žiadnu súvislosť s 28 denným menštruačným cyklom, pretože tablety sa užívajú bez akéhokoľvek prestávky či niekoľkodenných pauz. Užíva sa jedna pilulka denne, vždy v rovnakú dobu, a to bez ohľadu na menštruačné krvácanie, ktoré sa môže počas užívania objaviť. Po dobručení jedného balenia začne žena užívať hneď nasledujúci deň prvú pilulku ďalšieho balenia. Žena začína s užívaním prvý deň menštruácie, avšak môže začať i akýmkoľvek iným dňom menštruácie. V takom prípade by však mala myslieť na ďalšiu ochranu pred počatím a užívať počas prvých sedem dní bariérovú metódu antikoncepcie. Stejne ako u kombinovanej hormonálnej antikoncepcie by žena nemala zabudnúť užiť tabletu každý deň. Tolerancia je 12 hodín, pri užití tablety v dlhšom časovom rozmedzí sa zvyšuje riziko selhania.

Čistá gestagenní antikoncepcia neovplyvňuje krvný tlak, preto je vhodná pre ženy s hypertenziou. Ďalej je vhodná i pre ženy-kuřačky staršie 35 rokov, ženy, ktoré trpia komplikovanou cukrovkou či ty, ktoré sa potýkajú s zvýšeným rizikom výskytu žilnej trombózy. Avšak najpočetnejšiu skupinu žien užívajúcich minipilulky tvorí kojící ženy. Minipilulky neovplyvňujú, na rozdiel od iných antikoncepčných metód, produkciu mlieka a žena môže začať užívať už tri týždne po pôrode (Barták, 2007, s. 104).

Negatívum minipiluliek je častý výskyt nepravidelnosti menštruačného cyklu. Menštruačné krvácanie je slabšie, občas vynechá, alebo sa naopak dostavuje častejšie. Môže sa objaviť i mimomenštruačné krvácanie alebo prípad, kedy menštruácia zcela vymizí. V dôsledku toho, že prípravky gestagenní antikoncepcie neobsahujú estrogény, môže počas ich užívania dôjsť k zhoršeniu pleti a zníženiu chuti k milovaniu. Navyše sa minipilulkami nedá odsunúť menštruácia (Uzel, Kovář, 2010, s. 109).

Na českém trhu jsou k dostání pouze dva přípravky gestagenní antikoncepce, které nesou název Azalia a Cerazette a obsahují 75 µg desogestrelu. Cenově se pohybují okolo 500 Kč za tříměsíční balení (Fait, 2012, s. 125).

### **1.3.2.2 Depotní injekce**

Po aplikaci depotní injekce se v tkáni vytváří jakýsi sklad, z něž se účinná antikoncepční látka pomalu uvolňuje. Účinnou látkou je v tomto případě hormon ze skupiny progestinů zvaný medroxyprogesteron – acetát (MPA). Tento hormon má velmi příznivé metabolické vlastnosti, neovlivňuje cholesterol a nemění se na mužské pohlavní hormony. Pomalu se rozpouštějící mikrokrystaly ve svalové tkáni zajišťují dostatečnou antikoncepční hladinu nejméně po tři měsíce. Jedna injekce aplikovaná jednou za tři měsíce tak zajistí dostatečnou ochranu proti početí. Na rozdíl od minipilulek je hladina hormonů stálá, riziko otěhotnění není zvyšováno možností zapomenutí užití a dostatečná hladina látky účinné proti početí je ještě několik týdnů po uplynutí třech měsíců (Barták, 2006, s. 107).

První injekce se obvykle aplikuje během prvních pěti dnů menstruace do hýžděového svalu a nástup účinku je okamžitý. Antikoncepční injekce patří mezi nejspolehlivější antikoncepční metodu. Během jednoho roku otěhotní při využívání této antikoncepce pouze cca 0,01% žen.

Velkou nevýhodou injekcí je však vymizení menstruačního krvácení, kterému předchází nepravidelnosti krvácení. Většina žen užívajících tuto metodu udává také výrazné zhoršení pleti. Injekce nemohou způsobit neplodnost, avšak úprava cyklu a plodnosti po vysazení je velmi individuální. Některé ženy udávají dokonce i 18 měsíců od poslední dávky.

Na českém trhu je dostupný přípravek tohoto druhu antikoncepce s názvem Depo – Provera, který obsahuje 150 mg medroxyprogesteronu a aplikuje se intramuskulárně do hýžděového svalu. Dále pak přípravek Sayana, obsahující 104 mg medroxyprogesteronu, jež se aplikuje subkutánně, tj. pod kůži (Čepický, Čepická Líbalová, 2010, s. 53).

### **1.3.2.3 Podkožní implantáty**

Podkožní implantáty mají vzhled dutých tyčinek o průměru 2mm, které jsou dlouhé několik centimetrů. Jsou vyráběny z polopropustné hmoty na bázi silikonu a

skrývají zásobu antikoncepčního progestinu na několik let. Podkožní implantát se zavádí speciální jehlou při lokálním umrtvení subkutánně na vnitřní stranu nadloktí. Zavedeného implantátu si za běžných okolností nikdo nevšimne, ovšem pokud žena vypne vnitřní stranu nadloktí proti pozorovateli, obvykle se pod kůží rýsuje, a dá se samozřejmě také vyhmatat. Implantát se odstraní opět při lokálním umrtvení pomocí malého, nanejvýš 5 milimetrového řezu (Čepický, Čepická Líbalová, 2010, s. 56).

Na českém trhu je dnes dostupný jediný přípravek tohoto druhu – Implanon, obsahující 68 mg etonogestrelu, který nahradil dříve užívaný přípravek Norplant. Implantát účinkuje tři roky a jeho cena se pohybuje okolo 6 000 Kč bez zavedení (Cibula, 2003, s. 370).

Vedlejším účinkem této antikoncepční metody bývá nepravidelné krvácení, část žen dokonce nemenstruuje vůbec. Pokud ženu nepravidelné krvácení omezuje, má možnost užívat doplňující tablety, které menstruační krvácení omezí úplně. Nástup plodnosti po odstranění implantátu je okamžitý (Barták, 2006, s. 110).

#### ***1.3.2.4 Nitroděložní gestagenní systém***

Nitroděložní gestagenní systém, Mirena (intrauterinní systém uvolňující levonorgestrel, LNG-IUS), je metodou, která spojuje výhody nitroděložní a gestagenní antikoncepce. Tělíčko má tvar písmena T a obsahuje 52 mg LNG (hormon žlutého tělíska). Hormon působí jen uvnitř dělohy a na cervikální hlen, díky čemuž je jeho hladina v krvi minimální. Spolehlivost je velmi vysoká, PI je 0,02. První tři měsíce po zavedení se může objevit slabé krvácení, posléze však žena velmi slabě menstruuje v pravidelných intervalech, nebo nemenstruuje vůbec. Mirenu lze mít zavedenou po dobu pěti let, poté je třeba tělíčko vyměnit za nové. Po odstranění Mireny je nástup plodnosti okamžitý (Čepický in Moderní babičtví 4, s. 22).

### **1.3.3 Příznivé vedlejší účinky**

Hlavní výhodou užívání gestagenní antikoncepce je nízký počet kontraindikací. Příznivé vedlejší účinky souvisejí s blokádou menstruačního cyklu. To může vést až k amenoree (nejčastěji u depotních injekcí) a s tím související úpravě dysmenorey,

anemie, premenstruačního syndromu a bolestmi spjatých s endometriózou. Gestagen má vliv na cervikální hlen a tím vede k výraznému poklesu rizika pánevní zánětlivé nemoci. Dále gestagenní antikoncepce snižuje riziko hyperplazie, karcinomu endometria a pravděpodobně i karcinomu ovaria. (Roztočil, 2011, s. 109).

#### **1.3.4 Nežádoucí vedlejší účinky**

##### ***Poruchy menstruačního cyklu***

Mezi běžné průvodní projevy užívání gestagenní antikoncepce patří nepravidelnosti menstruačního cyklu, ba přímo jeho destrukce. Jedná se pouze o poruchu „kosmetického“ rázu, avšak ženami je vnímána velmi negativně a patří mezi nejčastější důvody, kvůli kterým přestanou tuto metodu antikoncepce využívat.

Charakter krvácení se u jednotlivých metod liší. Při užívání desogestrelových pilulek až polovina žen nemenstruuje vůbec, u ostatních je přítomno nepravidelné krvácení či špinění. U užívání Depo – Provery dochází k úplné amenorhee. Ta nastane do půl roku přibližně u třetiny žen, u zbývajících dvou třetin žen po roce užívání. Pokud žena chce v této metodě pokračovat, lze menstruační cyklus upravit podáváním nízkých dávek estrogeneru. Zavedené gestagenní implantáty rovněž způsobují nepravidelnosti krvácení, které se nejčastěji projevují slabým krvácením či úplnou amenoreu (Čepický, Fanta, 2002, s. 77).

##### ***Ostatní nežádoucí účinky***

Nežádoucí vedlejší účinek gestagenní antikoncepce se týká výhradně depotního medroxyprogesteron acetátu. U minipilulek a implantátů je riziko podstatně nižší. Mezi nežádoucí účinky, na které si ženy stěžují, patří zhoršení akné, možnost vzniku deprese, poruchy lubrikace či zvýšený úbytek kostní hmoty, který je však po ukončení užívání reverzibilní.

### **1.3.5 Kontraindikace gestagenní antikoncepce**

Tato metoda nemá absolutní kontraindikaci. Mezi relativní kontraindikace patří karcinom prsu, ischemická choroba srdeční a závažná hypercholesterolemie, recidivující nebo operované ovariální cysty, závažná onemocnění jater, vážné deprese, osteopenie a osteoporóza, epilepsie a zvýšené riziko hluboké žilní trombózy. Mezi subjektivní kontraindikace patří obavy z váhového přírůstku, poruchy lubrikace, sklon k tvorbě akné, velmi nízký věk či nespokojenost s nepravidelným krvácením (Weiss, 2010, s. 286).



## 1.4 Edukace v porodní asistenci

Součástí kvalifikované práce jsou v poledních letech stále více činnosti a procesy, pro které se vžily pojmy edukace a edukační proces. Termín edukace je definován jako „*proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.*“ (Svěráková, 2012, s. 23). Tento pojem je odvozen z latinského slova *educō, educare*, který v překladu znamená *vést vpřed, vychovávat*.

Edukací míníme výchovu a vzdělávání – tyto dva pojmy se navzájem prolínají a nelze je od sebe oddělit. Vzdělávání je proces, jehož výsledným efektem je vzdělanost, vzdělání, kvalifikace. Během tohoto procesu jedinec rozvíjí své vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti. Vzdělanost následně odráží úroveň vzdělání v sociální skupině, státě či národě. Velmi významnou roli hraje v edukaci pedagogika, věda zkoumající podstatu a zákonitosti výchovy a vzdělávání, která využívá i poznatky psychologie, sociologie a dalších vědních disciplín (Svěráková, 2012, s. 23, 24).

Edukační činnost patří mezi velmi žádoucí aktivity moderního ošetrovatelství. Při edukaci pacienta je nutné dodržovat etické normy a principy, které udávají v souladu s bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami jedince edukátorovu přístupovou efektivní směr. Jedině díky právně vedené edukaci se zvýší zdravotní osvěta lidí a tím i zdraví jedinců ve společnosti (Vrublová, 2002, s. 369-370).

Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k záměrnému nebo nezáměrnému učení. Edukační procesy probíhají od prenatálního období až do smrti (Juřeníková, 2010, s. 9, 10). Edukační proces musí být pečlivě připraven, což nejen usnadní zdravotní sestře práci, ale motivuje i samotného pacienta. (Svěráková, 2012, s. 33).

Edukační proces je ovlivňován čtyřmi determinanty - edukantem a jeho charakteristikou, edukátorem, edukačním prostředím a edukačními konstrukty (Průcha, 2002, s. 481).

Edukantem je míněn subjekt učení. Nezáleží na věku edukanta a ani na prostředí, ve kterém edukace probíhá. Ve zdravotnickém prostředí je edukantem zdravý nebo nemocný klient. Edukantem může být i zdravotní pracovník, který prohlubuje své vědomosti a dovednosti. Každý edukant je individuální osobností, je charakteristický svými fyzickými, efektivními a kognitivními vlastnostmi. Mezi fyzické vlastnosti patří věk, zdravotní stav či pohlaví, efektivní vlastnosti zahrnují motivaci a postoje a mezi kognitivní vlastnosti patří zejména schopnost učit se. Edukanta dále ovlivňuje i jeho

etnická příslušnost, víra, sociálně-kulturní podmínky, zejména prostředí, v němž jedinec žije.

Edukátorem ve zdravotnictví je nejčastěji lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka či fyzioterapeut.

Edukační prostředí je místo, kde edukace probíhá a v jehož rámci je edukační proces ovlivňován ergonomickými podmínkami, jako je osvětlení, barva, prostor, zvuk, nábytek a atmosféra edukace.

Edukační konstrukty jsou plány, předpisy, zákony, edukační standardy, materiály, které mají vliv na edukační proces.

Petra Juřeníková dělí edukaci na základní, reedukační a komplexní. V rámci základní edukace porodní asistentka edukuje klientku, která nemá žádné dovednosti a vědomosti v dané problematice. Při reedukační edukaci porodní asistentka navazuje na předchozí dovednosti a vědomosti klientky. Během komplexní edukace jsou jedinci etapově předávány ucelené vědomosti a jsou u něj budovány dovednosti, které vedou k udržení nebo zlepšení jeho zdraví (Juřeníková, 2010, s. 9, 10).

Darja Jarošová (2000, s. 22) edukaci dělí na primární, sekundární a terciální. Primární edukace se zaměřuje na zdravé jedince a jejím cílem je předcházet u nich případným zdravotním problémům. Jedná se například o edukaci porodní asistentkou ohledně antikoncepce. Primární edukace vede ke zlepšení kvality života. Sekundární edukace je praktikována ve vztahu ke klientovi, který se již potýká s určitým onemocněním. Edukuje klienta o jeho stavu a způsobu, jak nemoci čelit. Terciální edukace se využívá u klientů dlouhodobě nemocných, kteří nemohou být zcela vyléčeni. Pomáhá těmto klientům využívat co nejvíce stávajících možností zdravého žití a radí jim, jak se vyhnout případným komplikacím.

Edukační proces je jakákoliv činnost, při které se nějaký subjekt vyučuje a jiný subjekt se učí. Nejdůležitější součástí edukačního procesu je učení. Sám proces je založen na vzájemné interakci mezi edukantem a edukátorem. Je realizován systematicky, racionálními metodami plánování a poskytování péče o klienta a jeho cílem je zhodnocení zdravotního stavu klienta.

Edukační proces má stejně jako ošetrovatelský proces pět fází. První fáze spočívá v posouzení vzdělávacích potřeb. Cílem této fáze je získání důležitých údajů o klientovi a určení jeho potřeb. Druhá fáze je zaměřena na stanovení edukační diagnózy (<http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>). Edukační diagnóza vzniká vyhodnocením odpovědí klienta nebo skupiny na skutečné či potenciální zdravotní

problémy (Kozierová, 1995, s. 176). Třetí fáze zahrnuje plánování edukačního procesu. Jedná se o vytyčení edukačních strategií s cílem prevence, redukce a eliminace potenciálních zdravotních problémů. V této fázi je třeba pojmenovat problém s ohledem na současnou situaci, stanovit si cíle, posoudit překážky, vybrat si skupinu klientů a připravit si pomůcky a materiály. Čtvrtá fáze je již realizací edukačního procesu, během kterého se uplatňují strategie zaznamenané v edukačním plánu. Realizace může probíhat hromadně, individuálně, telefonicky či sociální podporou. Poslední fází je vyhodnocení edukačního procesu, kdy je ověřováno, zda bylo dosaženo klientových cílů a do jaké míry se je podařilo naplnit. (<http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>).

#### **1.4.1 Metody a formy edukace**

Metoda znamená způsob, jakým jsou předávány znalosti nebo dovednosti, forma je pak spíše způsob uspořádání a organizace výuky.

Edukační metodou tedy rozumíme cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení, aby byly naplněny předem stanovené cíle. Při volbě metody edukace je třeba přihlížet k osobnosti edukanta, k jeho vědomostem, dovednostem a zkušenostem. Dále je nutné věnovat pozornost cílům, obsahu a formě edukace. Metoda musí respektovat zdravotní a psychický stav edukanta. Měla by být zajímavou jak pro edukanta, tak i pro edukátora. Mezi nejčastější metody edukace ve zdravotnictví patří přednáška, vysvětlování, instruktáž a praktické cvičení, rozhovor, diskuze, konzultace či E-learning.

Forma edukace znamená souhrn organizačních opatření a uspořádání výuky. Dělíme ji dle časového uspořádání, vyučovacího prostředí, organizačního uspořádání, interakcí mezi lektorem a posluchačem a stavů systémů, v nichž vzdělávání probíhá. Při výběru formy edukace přihlížíme vždy ke stanovenému cíli, obsahu probírané látky, připravenosti a potřebám edukanta a k jeho individuálním zvláštnostem.

Ve zdravotnictví popisujeme formy dle organizačního uspořádání edukace a interakce edukátora a lektora k posluchači. Podle tohoto kritéria dělíme formy edukace na individuální, skupinové a hromadné.

Individuální forma je nejužívanější. Zdravotník je ve velmi úzkém kontaktu s edukantem a edukace se odvíjí od individuálních potřeb edukanta. Edukátor může přizpůsobit tempo a obsah edukace edukantovým možnostem a stanovit výsledný cíl podle jeho individuálních potřeb. Individuální edukace má vysokou efektivitu učení, zaručuje neustálou aktivitu edukanta a vysokou zpětnou vazbu.

Skupinová forma rozděluje edukanty do skupin o různé velikosti. Ideálním počtem je 3-5 klientů ve skupině. Skupiny rozdělujeme na neformální (vzniklé na základě vlastního zájmu) nebo formální (vytvořené na základě určitých kritérií). Kritérii pro vytvoření skupiny jsou věk, pohlaví, druh onemocnění či úroveň vědomostí a dovedností. Velkou výhodou této formy edukace je možnost spolupráce mezi edukanty. Hromadná edukace se zaměřuje na širší skupinu osob. Obsah je stejný pro všechny účastníky, nejvyžívanější formou je přednáška. Nevýhodou je nízká aktivita edukantů a nízká zpětná vazba.

Ve zdravotnictví se nejvíce využívá přímé formy edukace, během které jsou edukátor s edukantem ve velmi úzkém kontaktu. Využívá se však i formy nepřímé, kdy edukátor využije edukačních materiálů a edukant má na edukaci čas, který mu vyhovuje. Velmi často se praktikuje smíšená forma, tj. kombinace přímé formy s nepřímou (Juřeníková, 2010, s. 34-49).

#### **1.4.2 Význam a úloha edukace v profesi porodní asistentky**

Porodní asistentka poskytuje zdravotní péči v rámci porodní asistence, poskytuje péči a rady ženám během fyziologického těhotenství, porodu a šestinedělí. Mezi kompetence porodní asistentky patří řízení fyziologického porodu, poskytování péče novorozencům a ošetrovatelská péče na úseku gynekologie (viz Příloha č. 3). Asistentky se dále ve spolupráci s lékaři podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné a resuscitační péči (<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=76&typ=r>).

K tomu, aby porodní asistentka mohla vykonávat funkci edukátora, je nutné, aby disponovala potřebnými znalostmi z dané oblasti a provozovala ošetrovatelství na vysoké úrovni. Dochází totiž k situacím, že klientka má již předem zjištěny určité informace o dané problematice (načtené z knih či internetu), a v takovém případě by porodní asistentka svým znalostním deficitem mohla ztratit u klientky důvěru. Porodní

asistentka by dále měla mít dostatek empatie a měla by projevovat ochotu pomoci klientce a podat jí požadované informace. Musí respektovat osobnost klientky a ujistit se, že chápe obavy či nedostatečné znalosti klientky.

Pro správnou edukaci je velmi podstatná komunikační dovednost a cit pro podávání informací klientovi. Základní informace o diagnostickém onemocnění podává vždy ošetřující lékař, porodní asistentka je oprávněna podávat poučení pouze v rámci svých profesních kompetencí. Při edukačním procesu je potřeba vnímat klientku jako holistický celek, respektovat etnicko-kulturní odlišnosti, intelektuální předpoklady a sociální postavení klientek. Porodní asistentka by měla umět vytvářet takové prostředí, které je pro edukaci motivující a dokáže její proces řádně podpořit.

Porodní asistentka by měla disponovat komunikačními, jazykovými a pedagogickými vlohami. Důležité jsou pak zejména její osobnostní předpoklady – měla by být empatická, zodpovědná, trpělivá, ochotná a měla by být schopna jednat s lidmi vždy vlídným způsobem. Nedílnou součástí profese porodní asistentky by mělo tvořit celoživotní sebevzdělávání v ošetrovatelství, pedagogice a psychologii.

Porodní asistentka zjišťuje v roli edukátorky individuální znalosti a dovednosti klientky a poskytuje klientce (popřípadě jejím rodinným příslušníkům) potřebné informace. Porodní asistentka by si měla diagnostikovat problém, který je edukací potřeba napravit, měla by zhodnotit schopnosti klientky, předvést konkrétní způsoby, jak dosáhnout cíle, a hodnotit pokroky, kterých klientka dosahuje. (Svěráková, 2012, s. 36, 37).

### ***Edukace porodní asistentkou v problematice používání antikoncepce***

K prvnímu seznámení dívek s možnostmi antikoncepce by mělo dojít již v rámci výuky na základní škole. Děti, které nebyly o této problematice na základní škole řádně poučeny, zahajují sexuální život dříve než děti, které absolvovaly sexuální výchovu. Především dívky by se měly dozvědět potřebné informace o různých metodách ochrany před nechtěným otěhotněním (Uzel, 2006, s. 28).

Další instancí, kde by měly být dívky o antikoncepci poučeny, je ordinace gynekologa, kde jim informace zprostředkuje přímo lékař nebo právě porodní asistentka. Porodní asistentka by měla mít komplexní znalosti týkající se všech druhů metod zabraňujících otěhotnění. Při edukaci ohledně antikoncepce by porodní asistentka měla vždy vycházet z klientčiných dosavadních znalostí. Měla by brát ohled na

nedostatečné informace, které dívky mohou mít díky čerpání z různých zdrojů, jako je tisk, internet nebo rozprava se „zkušenějšími“ kamarádkami. Úkolem porodní asistentky je tyto jejich dosavadní znalosti ucelit a doplnit je o informace kvalitní a srozumitelné, aby se v nich dívka dokázala orientovat a následně jich řádně využít. Porodní asistentka by měla podávat informace velmi individuálně. Měla by brát ohled na věk klientky, její stav a specifické požadavky, tzn. zohlednit, zda má žena nějaké přidružené onemocnění, zda kojí či nekojí, a také na finanční možnosti klientek (Jirkovský, 2004, Pařízek, 2009).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Zjistit, jakou metodu antikoncepce ženy třech různých věkových kategorií preferují.

#### **2.1.1 Dílčí cíle**

Dílčí cíl 1: Zmapovat, zda užívání antikoncepce závisí na stupni vzdělání, kterého žena dosáhla.

Dílčí cíl 2: Zjistit, na základě jakých faktorů se ženy rozhodovaly při výběru antikoncepce.

Dílčí cíl 3: Zjistit, které změny při užívání antikoncepce hormonální antikoncepce na sobě ženy zaznamenaly.

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda ženy užívající hormonální antikoncepci využívají i jiné metody antikoncepce.

Dílčí cíl 5: Zjistit, zda ženy-kuřačky vědí o riziku vzniku trombózy, které je spojeno s kouřením při užívání hormonální antikoncepce, a zda tuto metodu antikoncepce užívají.

### **2.2 Výzkumné otázky**

VO: Jakou metodu hormonální antikoncepce ženy třech různých věkových kategorií preferují?

#### **2.2.1 Dílčí výzkumné otázky**

VO 1: Ovlivňuje stupeň dosaženého vzdělání u žen užívání antikoncepce?

VO 2: Čím jsou ženy ovlivňovány při výběru antikoncepce?

VO 3: Jaké změny ženy užívající hormonální antikoncepci zaznamenaly?

VO 4: Využívají uživatelky hormonální antikoncepce i jiné metody?

VO 5: Kouří ženy užívající hormonální antikoncepci?



## **3 Metodika**

### **3.1 Metodika práce**

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byl zvolen kvantitativní dotazník. Dotazník (viz Příloha č. 4) vytvořený autorkou byl zcela anonymní a jeho vyplnění naprosto dobrovolné. Dotazník byl rozdán ženám různých věkových kategorií. Skládá se ze stručného úvodu, který seznámil respondentky s autorkou, tématem průzkumu a způsobem, jak správně dotazník vyplnit. Následují úvodní otázky sloužící pro identifikaci respondentky a za nimi již otázky zaměřené na užívání antikoncepce. Otázky byly zvoleny jednak uzavřené (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22), dále polootevřené (3, 9, 10, 11, 12, 16, 21) a v dalších otázkách (3, 4, 10, 11, 13, 18) mohla žena označit více odpovědí. Otázky vycházely z výše uvedených cílů.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

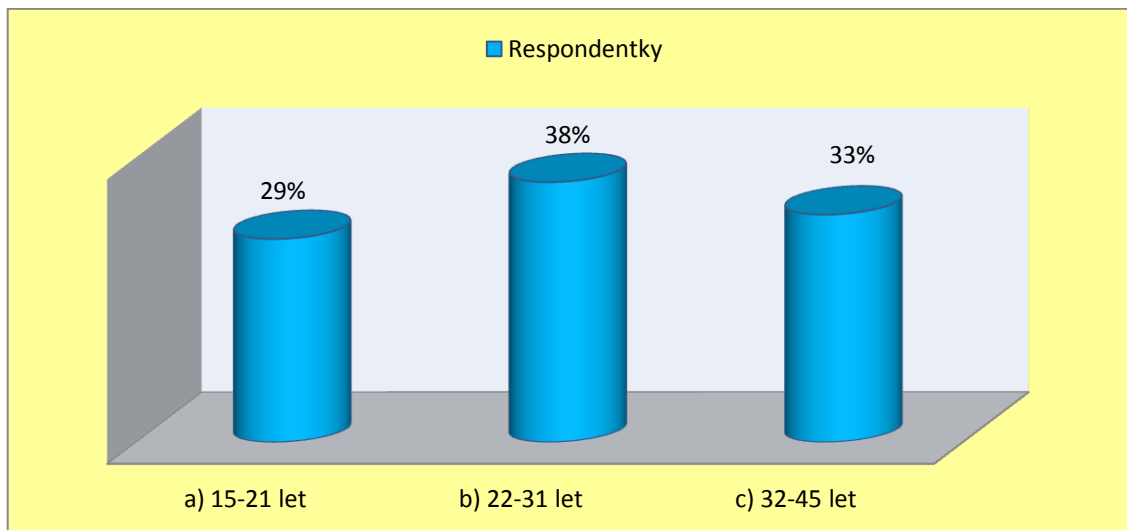
Výzkumný soubor čítá 85 klientek. Základním údajem, charakterizujícím průzkumný vzorek, je věkové rozmezí 15 – 45 let. Vzorek zahrnuje 32 žen ve věkové kategorii 22 - 31 let, 28 žen ve věkovém rozmezí 32 - 45 let a 25 žen ve věku 15 – 21 let.

### **3.3 Sběr a zpracování dat**

Sběr dat proběhl v časovém úseku od měsíce února do března roku 2014. Celkem bylo rozdáno 90 dotazníků. Návratnost dotazníků činila 100%, avšak 5 dotazníků nebylo možné využít pro jejich neúplné či nesprávné vyplnění. Z největší části byly dotazníky rozdávány náhodně, distribuce nebyla zaměřena na žádnou gynekologickou ambulanci či určitou skupinu žen. Všechna data, která byla z dotazníků získána, spolu s grafickým a tabulkovým vyobrazením, byla zpracována v programu Microsoft Excel.

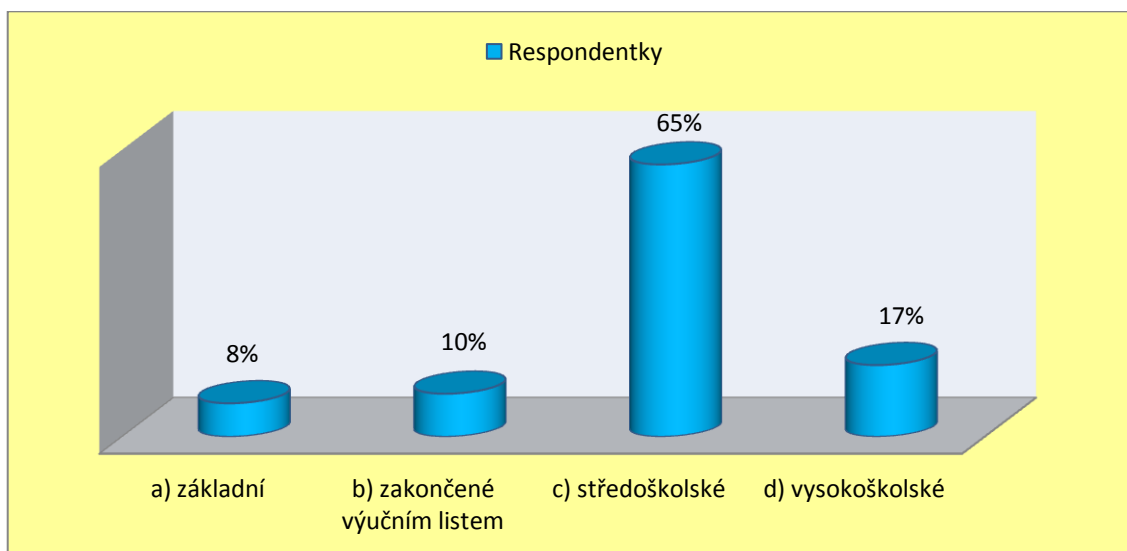
## 4 Výsledky

**Graf 1 Věk respondentek**



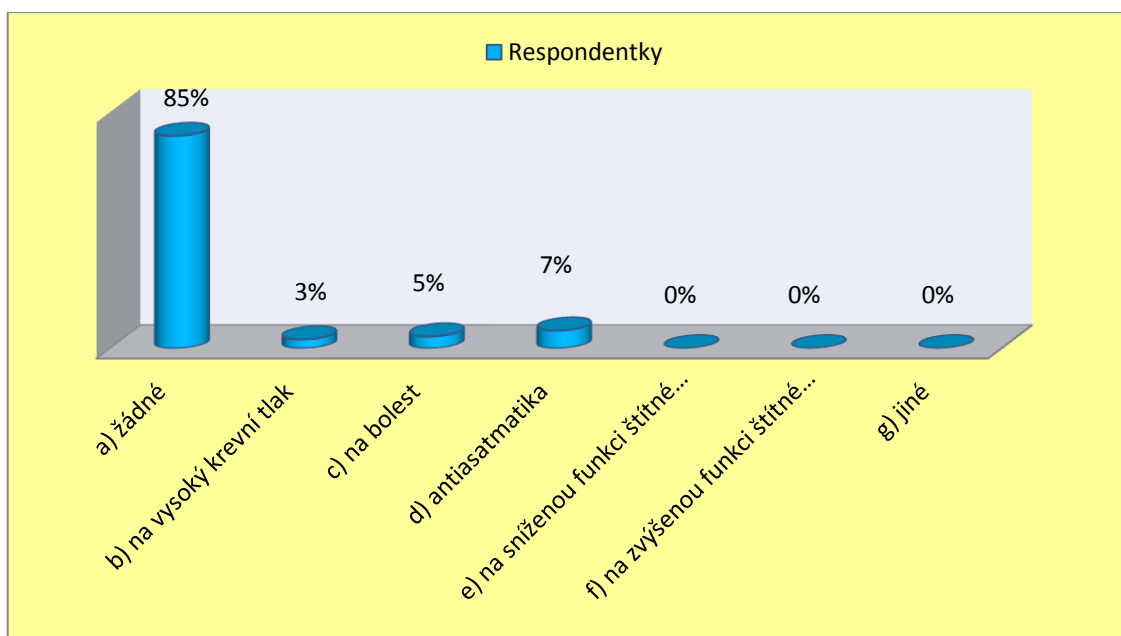
Z celkového počtu 85 respondentek (100%) se 25 žen (29%) pohybuje ve věkovém rozmezí 15 - 21 let, 32 žen (38%) ve věkovém rozmezí 22 - 31 let a zbývajících 28 žen (33%) bylo ve věku od 32 do 45 let.

**Graf 2 Vzdělání respondentek**



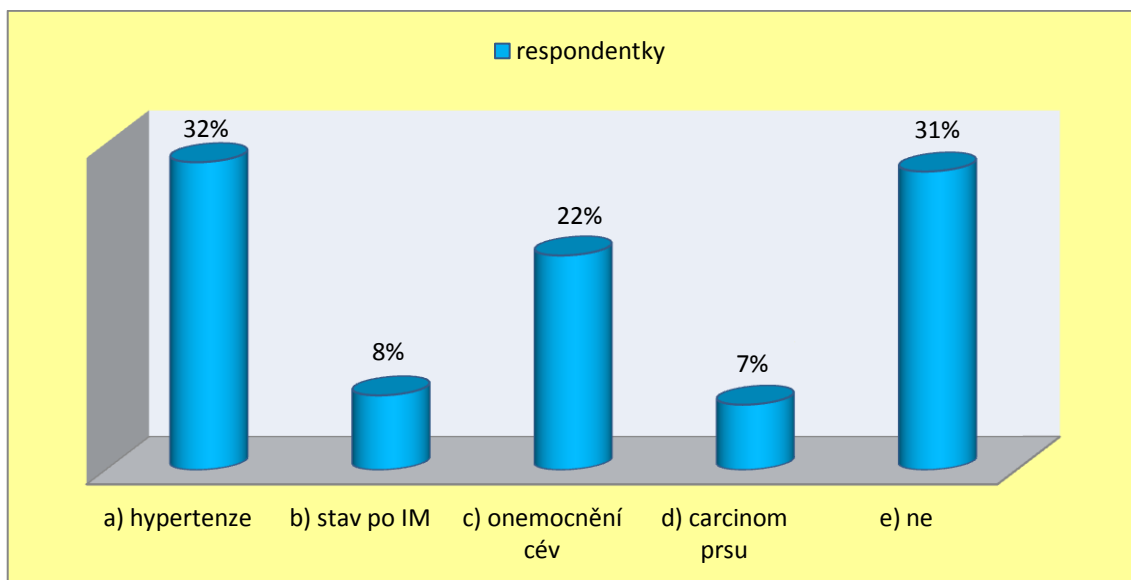
Výzkumný vzorek se skládá ze 7 respondentek (8%) se základním vzděláním, 9 respondentek (10%) se vzděláním zakončeným výučním listem, 57 respondentek (65%) s ukončeným středoškolským vzděláním a zbylých 15 respondentek (17%) má vysokoškolské vzdělání.

**Graf 3 Léky užívané respondentkami**



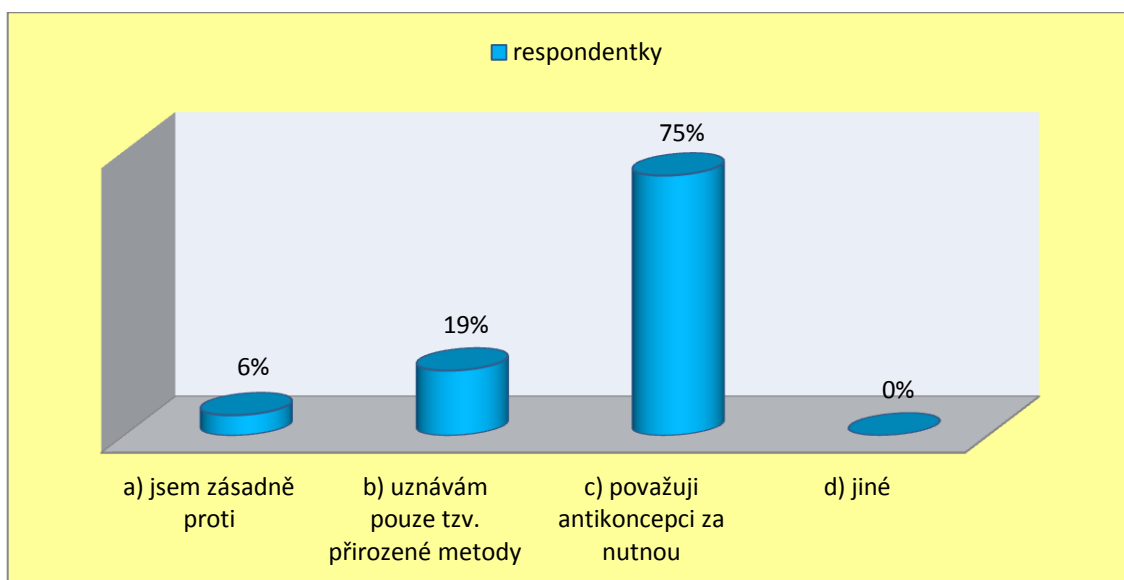
Z 85 dotazovaných žen (100%) odpovědělo 72 žen (85%), že neužívá žádné léky. 3 ženy (3%) pravidelně užívají léky na vysoký krevní tlak, 4 ženy (5%) léky na bolest a 6 žen (7%) antiastmatika.

**Graf 4 Onemocnění rodičů**



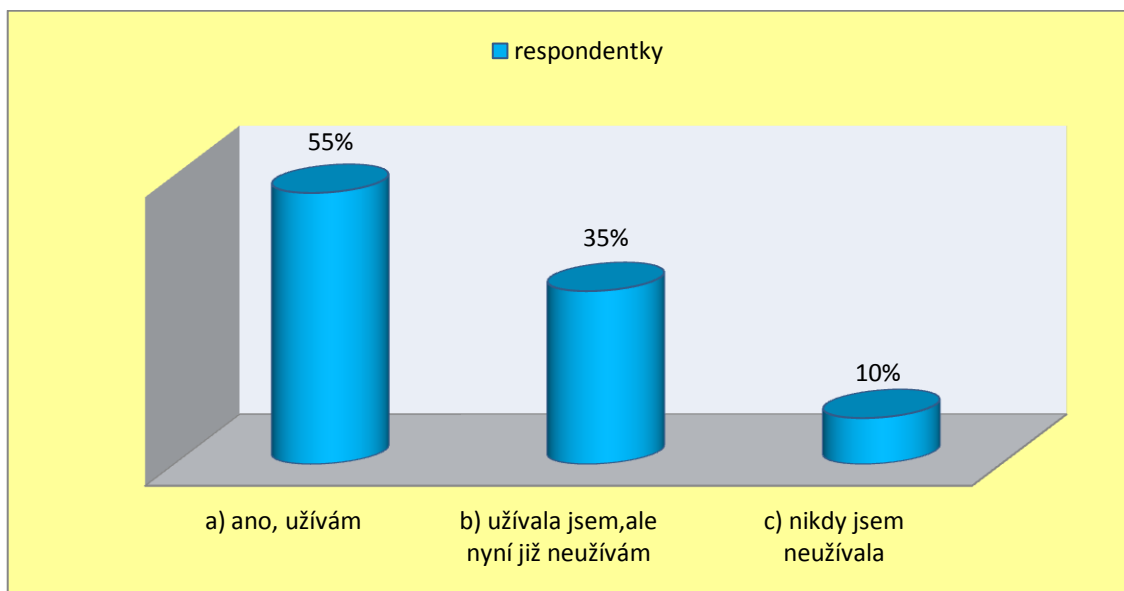
U této otázky ženy mohly označit více odpovědí. Z celkového počtu 85 dotazovaných žen (100%) se u rodičů 33 žen (32%) vyskytuje hypertenze, u 8 rodičů (8%) stav po infarktu myokardu, u 23 (22%) žen se v rodině vyskytuje onemocnění cév, 7 žen (7%) odpovědělo, že se u nich v rodině vyskytl karcinom prsu a pouze v rodinách 7 (31%) žen se nevyskytuje žádné onemocnění.

**Graf 5 Názor respondentek na antikoncepci**



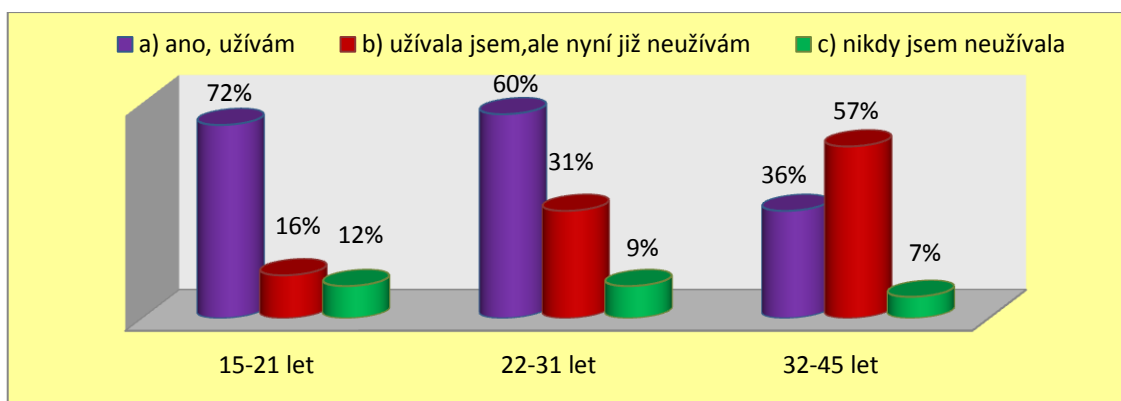
Z celkového počtu 85 respondentek (100%) považuje 64 žen (75%) antikoncepci za nutnou, 16 žen (19%) uznává pouze tzv. přirozené metody a pouhých 5 žen (6%) je zásadně proti antikoncepci.

**Graf 6 Ženy užívající antikoncepci**



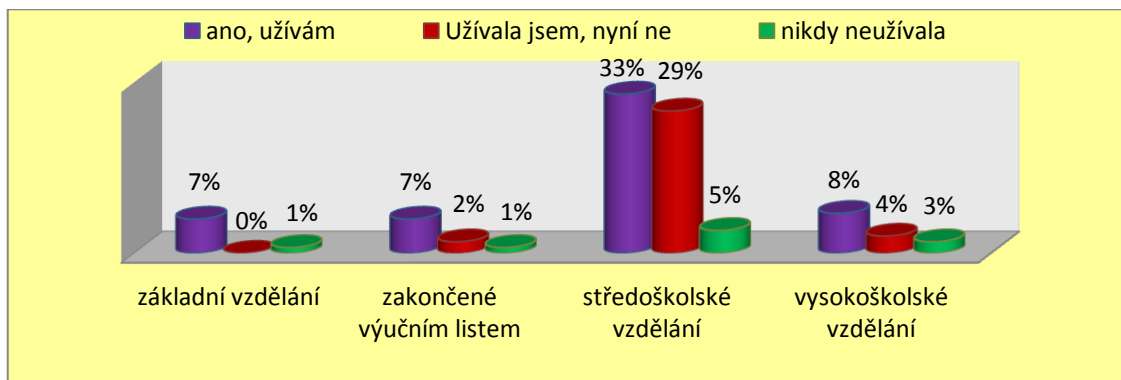
Otázka č. 6 byla vložena do dotazníku za účelem zjištění celkového počtu žen užívajících antikoncepci a následně ke zjištění počtu uživatelky v jednotlivých věkových kategoriích. Z celkového počtu 85 dotazovaných žen (100%) 47 žen (55%) označilo odpověď, že užívá antikoncepci. 30 dotazovaných žen (35%) antikoncepci užívalo, ale nyní ji již neužívá a 8 žen (10%) antikoncepci nikdy neužívalo.

**Graf 7 Počet uživatelék antikoncepce dle věku**



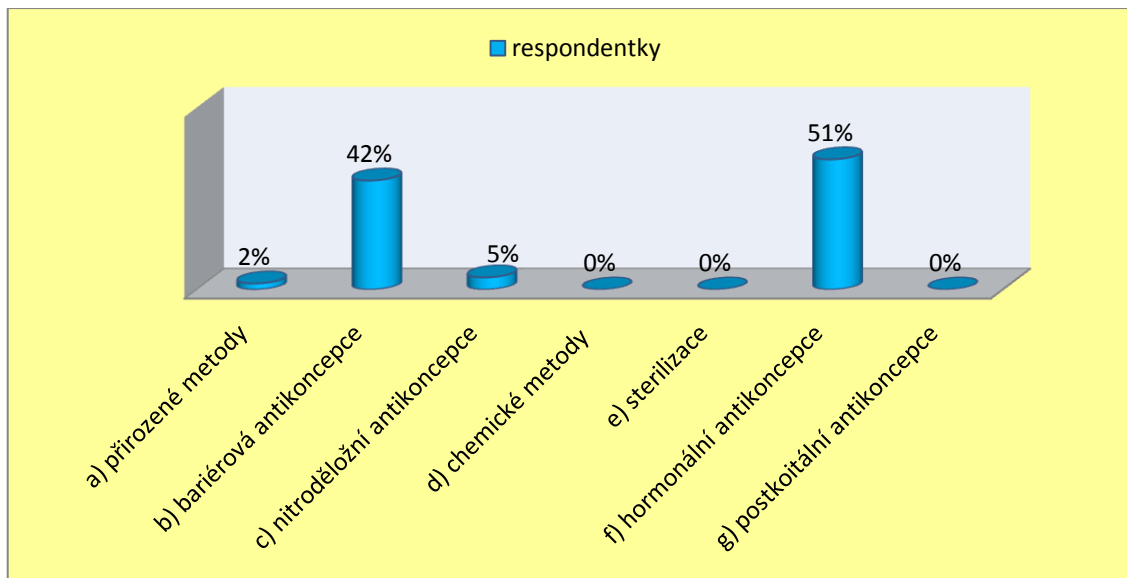
Ve věkové kategorii 15-21 let z celkového počtu 47 žen (100%) antikoncepci užívá 18 respondentek (72%), 4 ženy (16%) ji přestaly užívat a 3 ženy (12%) ji nikdy neužívaly. Ve věkovém rozmezí 22-31 let z celkového počtu 32 respondentek (100%) antikoncepci užívá 19 respondentek (60%), 10 respondentek (31%) ji již neužívá a 3 respondentky (9%) ji nikdy neužívaly. Z celkového počtu 28 respondentek (100%) ve věku 32-45 let antikoncepci užívá 10 žen (36%), 16 žen (57%) ji již neužívá a 2 ženy (7%) ji nikdy neužívaly.

**Graf 8 Užívání antikoncepce dle vzdělání**



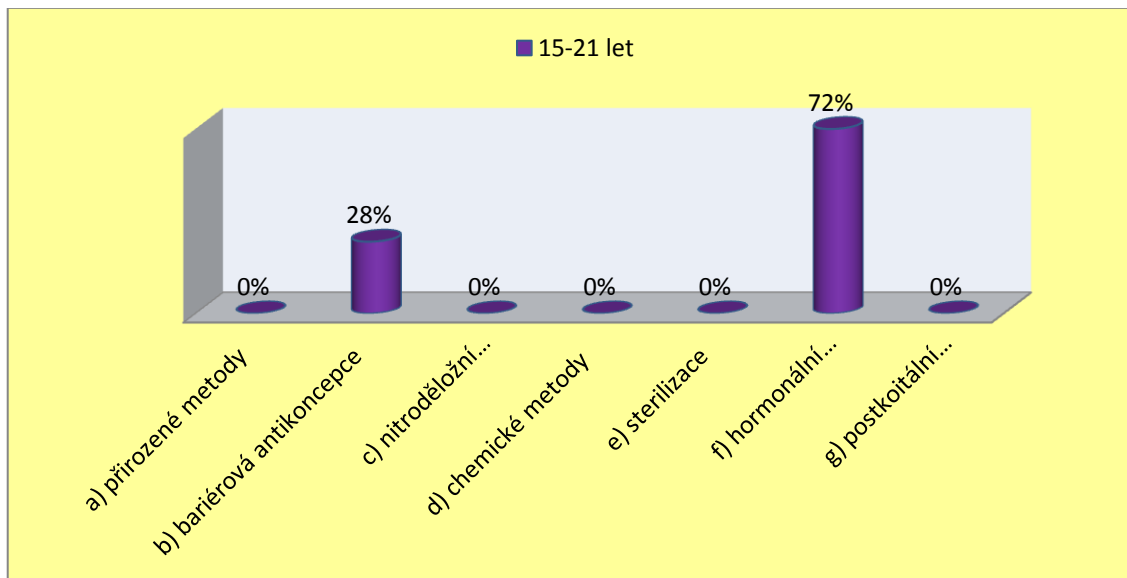
Soubor 85 respondentek (100%) zahrnuje 6 žen (7%) se základním vzděláním, 6 žen (7%) se vzděláním zakončeným výučním listem, 28 žen (33%) se středoškolským vzděláním a 7 žen (8%) s vysokoškolským vzděláním, které antikoncepci užívají. Mezi ženy, které antikoncepci dříve užívaly, patří 2 ženy (2%) se vzděláním zakončeným výučním listem, 25 žen (29%) se středoškolským vzděláním a 3 ženy (4%) s vysokoškolským vzděláním. Nikdy neužívala antikoncepci 1 žena (1%) se základním vzděláním a 1 žena (1%) se vzděláním zakončeným výučním listem, 4 ženy (5%) se středoškolským vzděláním a 2 ženy (3%) s vysokoškolským vzděláním.

**Graf 9 Metody antikoncepce u respondentek**



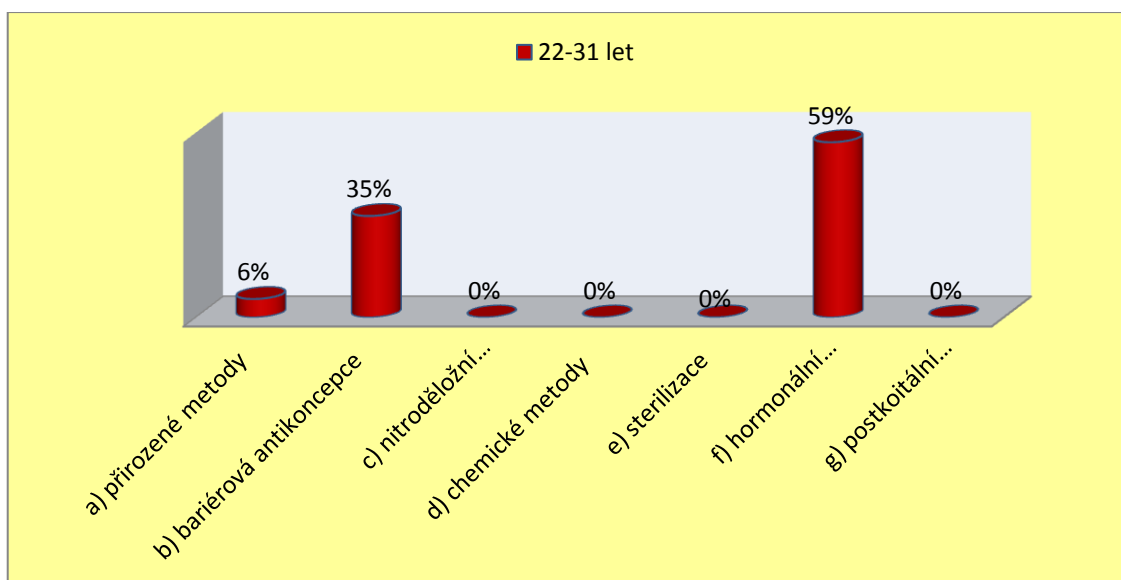
Z celkového počtu 85 žen (100%) 2 ženy (2%) užívají přirozenou metodu. 36 žen (42%) užívá metodu bariérové antikoncepce, 4 ženy (5%) nitroděložní antikoncepci, 43 žen (51%) užívá hormonální antikoncepci, zbylé metody nevyužívá žádná žena.

**Graf 10 Metody u respondentek ve věku 15 - 21 let**



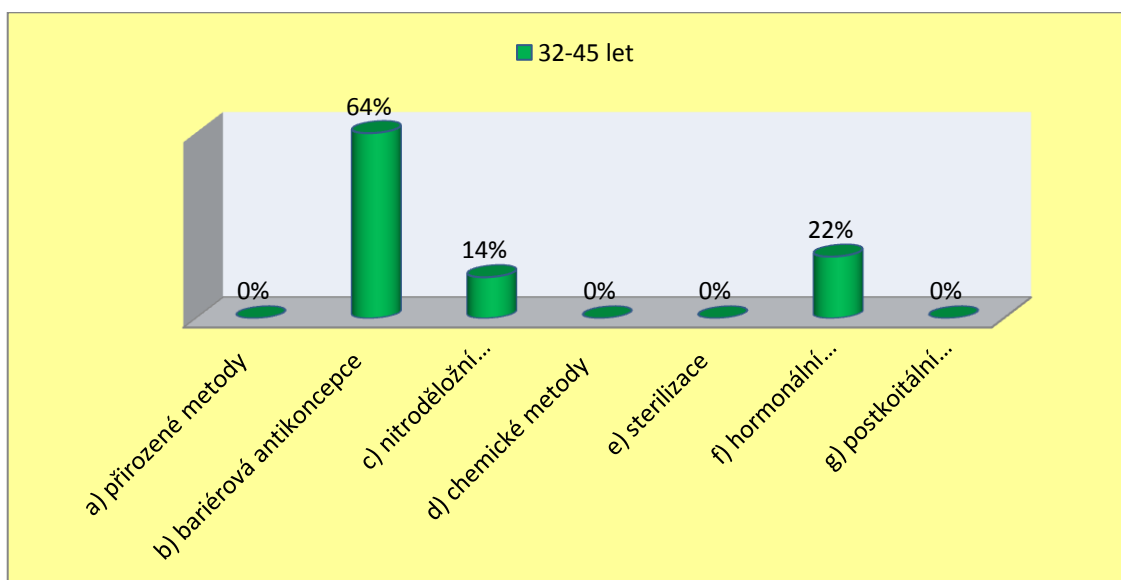
Ve věkovém rozmezí 15-21 let 7 žen (28%) využívá bariérovou antikoncepci, zbylé ženy hormonální antikoncepci (72%).

**Graf 11 Metody u respondentek ve věku 22-31 let**



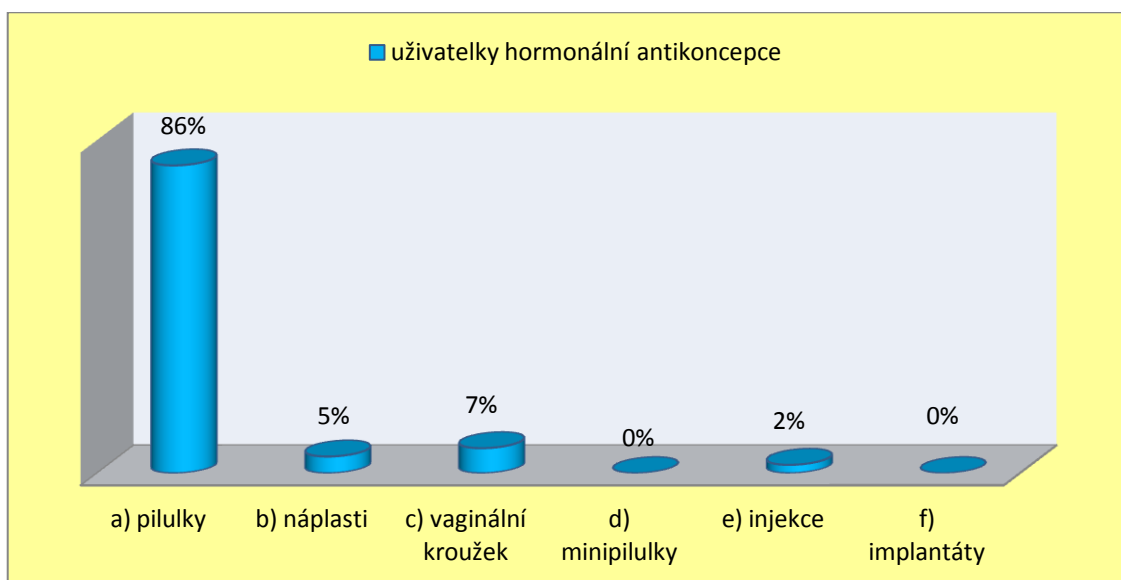
Ve druhé věkové kategorii užívají 2 ženy (60%) přirozenou metodu a 11 žen (35%) bariérovou antikoncepci. Zbýlých 19 žen (59%) užívá metodu hormonální antikoncepce.

**Graf 12 Metody u respondentek ve věku 32 - 45 let**



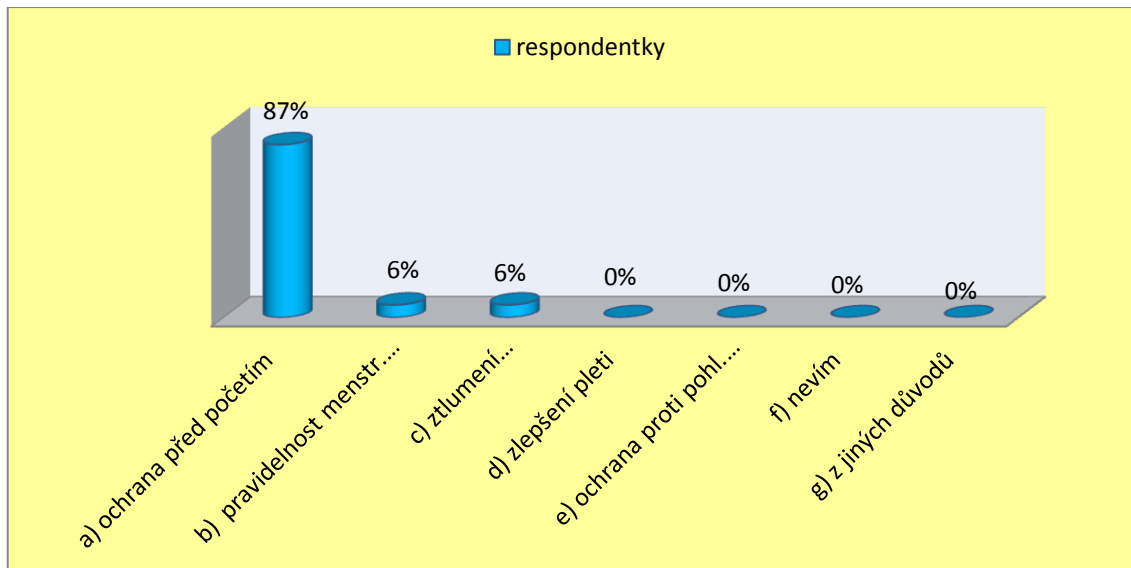
Ve věkovém rozmezí 32-45 let užívá 18 žen (64%) bariérovou metodu, 4 ženy (14%) nitroděložní antikoncepci a 6 žen (22%) hormonální antikoncepci.

**Graf 13 Forma hormonální antikoncepce**



Z celkového počtu 43 žen (100%), které užívají hormonální antikoncepci, užívá 37 žen (86%) antikoncepci formou pilulek, 2 ženy (5%) formou náplastí, 3 ženy (7%) užívají vaginální kroužek a 1 žena (2%) si nechává aplikovat injekce.

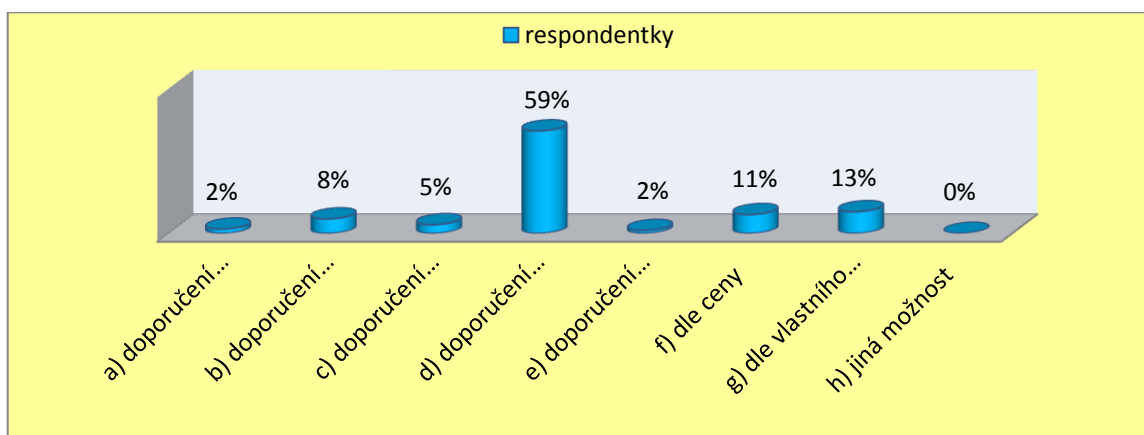
**Graf 14 Důvod užívání antikoncepce**



Z celkového počtu 47 žen (100%), které užívají antikoncepci, užívá 41 žen (87%) antikoncepci jako ochranu před nežádoucím otěhotněním, 3 ženy (6%) ji užívají za účelem navození pravidelnosti menstruačního cyklu a 3 ženy (6%) ke ztlumení menstruačních bolestí.

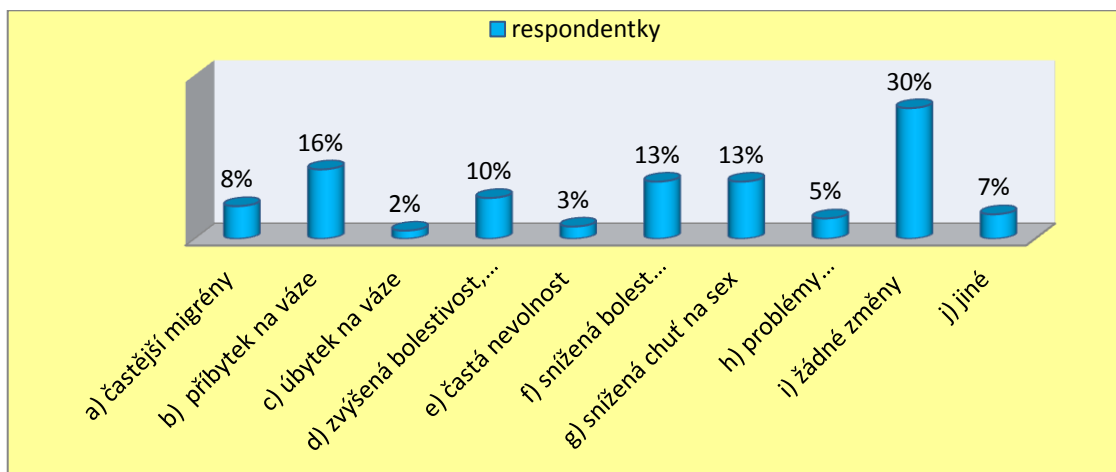


**Graf 15 Faktory, podle kterých se ženy rozhodovaly**



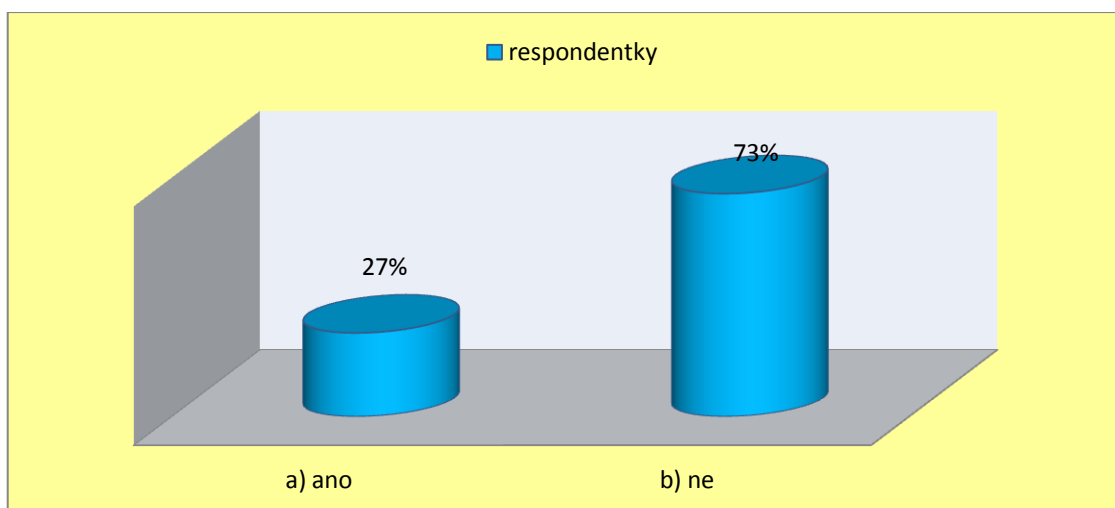
U této otázky bylo možné uvést více odpovědí a odpovídalo na ni všech 85 žen (100%). 71 žen (59%) uvedlo, že při výběru následovaly doporučení lékaře, 15 žen (13%) se rozhodlo dle vlastního uvážení, 13 žen (11%) podle ceny přípravků, 10 žen (8%) zohlednilo doporučení kamarádek, 6 žen (5%) si nechalo doporučit antikoncepci od partnera, 3 ženy (2%) ovlivnilo doporučení rodičů a 2 ženám (2%) doporučila vhodnou antikoncepci porodní asistentka.

**Graf 16 Změny při užívání hormonální antikoncepce**



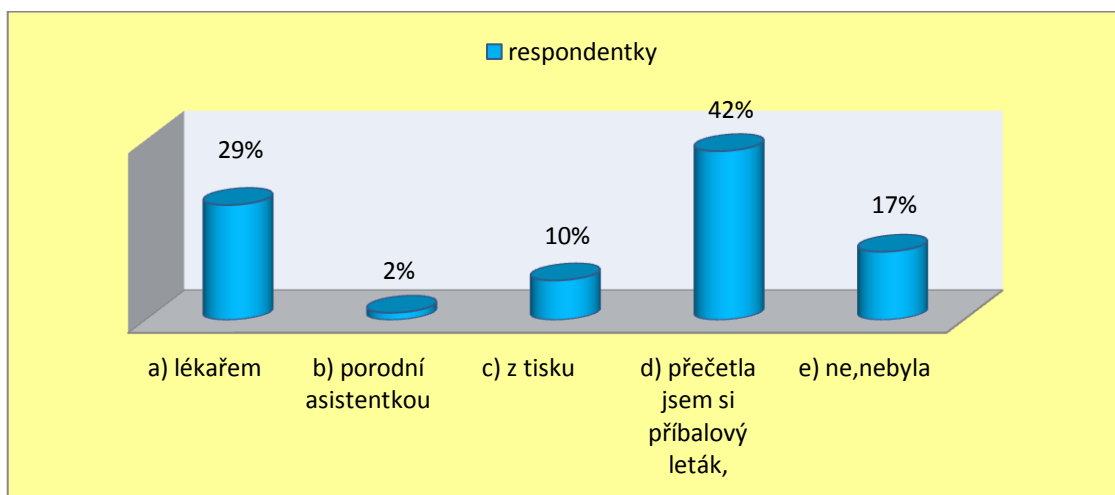
U této otázky bylo opět možné uvést více odpovědí a odpovídalo na ni všech 77 žen (100%), které antikoncepci užívají nebo užívaly. 32 žen (30%) nezaznamenalo žádné změny, 17 žen (16%) přibýlo na váze, 14 žen (13%) zaznamenalo sníženou bolest v podbřišku a 14 žen (13%) také sníženou chuť k sexu, 10 žen (10%) cítilo zvýšenou bolestivost a citlivost prsů, 8 žen (8%) zaznamenalo častější migrény, 5 žen (5%) mělo problémy s dosažením orgasmu, 3 ženy (3%) trpěly nevolností, 2 ženy (2%) zaznamenaly úbytek na váze a 6 žen (7%) uvedlo možnosti jiné - silnější krvácení, vyšší sklon k depresi a časté změny nálad.

**Graf 17 Změna užívání druhu antikoncepce**



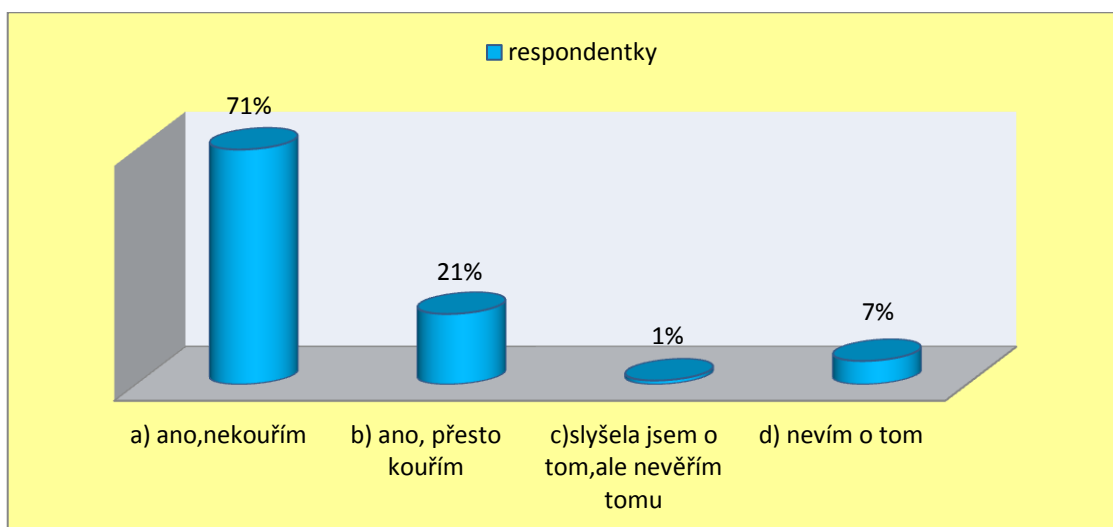
Ze 77 žen (100%), které antikoncepci užívají nebo užívaly, 56 žen (73%) nikdy druh přípravku neměnily a 21 žen (27%) ano. Jako důvod změny uvedly vždy nepříznivé vedlejší účinky, které při užívání antikoncepce zaznamenaly.

**Graf 18 Informovanost žen o vedlejších účincích**



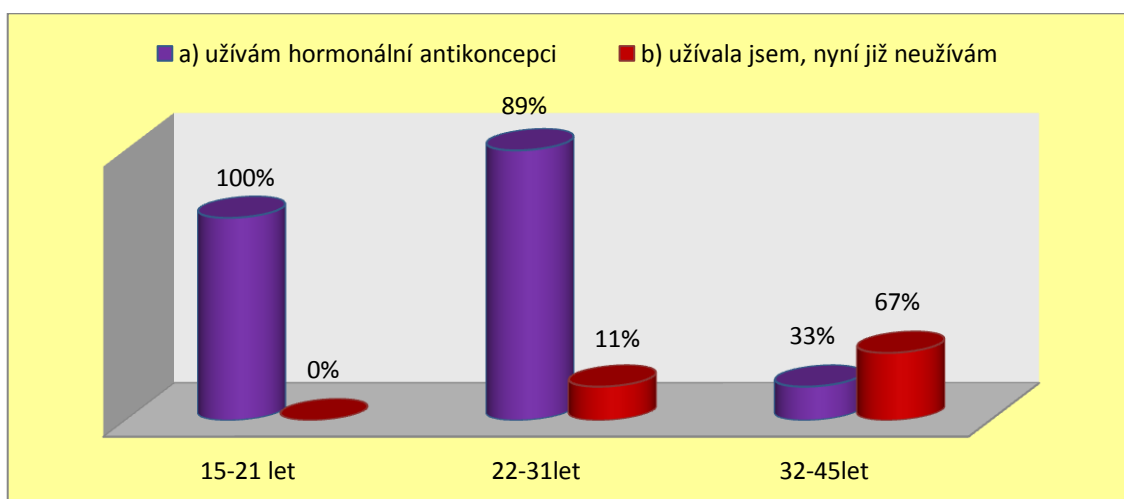
U této otázky byla možnost vybrání více odpovědí. Na tuto otázky odpovídaly všechny dotazované ženy. 47 žen (42%) se o vedlejších účincích dozvědělo z příbalového letáku, 32 žen (29%) bylo edukováno lékařem, 19 žen (17%) nikdo na vedlejší účinky neupozornil, 11 žen (10%) se potřebné informace dozvědělo z tisku a 2 ženy (2%) byly informovány porodní asistentkou.

**Graf 19** Vědomí žen o riziku kouření a tromboembolické nemoci



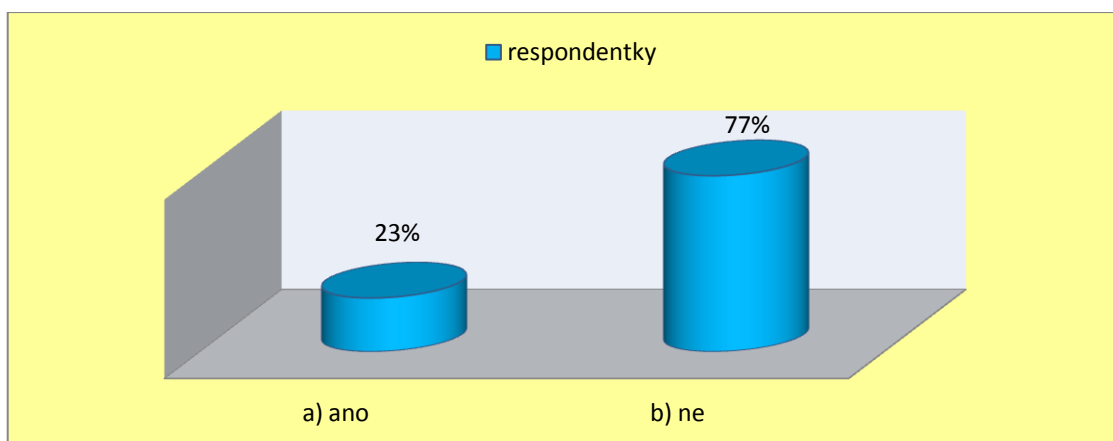
Z celkového počtu 85 žen (100%) 60 žen (71%) o tomto riziku ví, a nekouří, 18 žen (21%) o něm sice ví, ale přesto kouří. 6 žen (7%) o tomto riziku nikdy neslyšelo a pouze 1 žena (1%) tomuto riziku nevěří, i když o něm slyšela.

**Graf 20** Počet žen, které ví o riziku, kouří a užívají hormonální antikoncepci



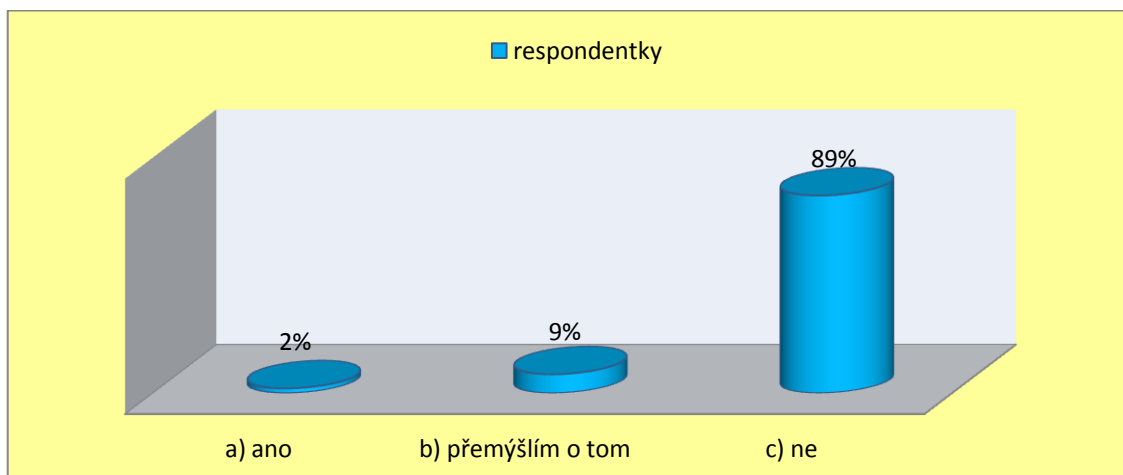
Z celkového počtu je 18 žen (100%), které ví o riziku kouření a tromboembolické nemoci. Z toho je 6 žen (100%) ve věkové kategorii 15 – 21 let a všechny hormonální antikoncepci užívají. Ve věkovém rozmezí 22-31 let je 9 žen (100%), které kouří, ale z toho 8 žen (89%), které hormonální antikoncepci užívají a 1 žena (11%), která ji užívala, ale nyní neuvžívá. Ve věkovém rozmezí 32-45 let jsou pouze 3 ženy (100%), které kouří, z toho 1 žena (33%), která hormonální antikoncepci užívá, a zbylé 2 ženy (67%) ji již neuvžívají.

**Graf 21**      **Vyšetření před první antikoncepcí**



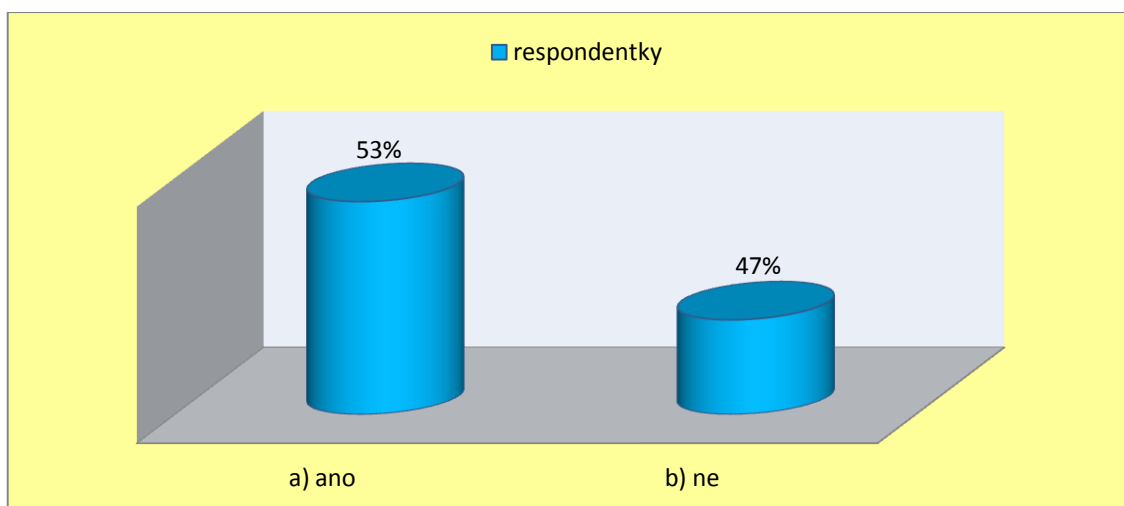
Na tuto otázku odpovídalo všech 77 žen (100%), které antikoncepci užívají nebo užívaly. 18 žen (23%) odpovědělo, že jim lékař předepsal první antikoncepci bez vstupní anamnézy a vyšetření, zatímco 59 žen (77%) bylo lékařem vyšetřeno.

**Graf 22**      **Plánování vysazení antikoncepce**



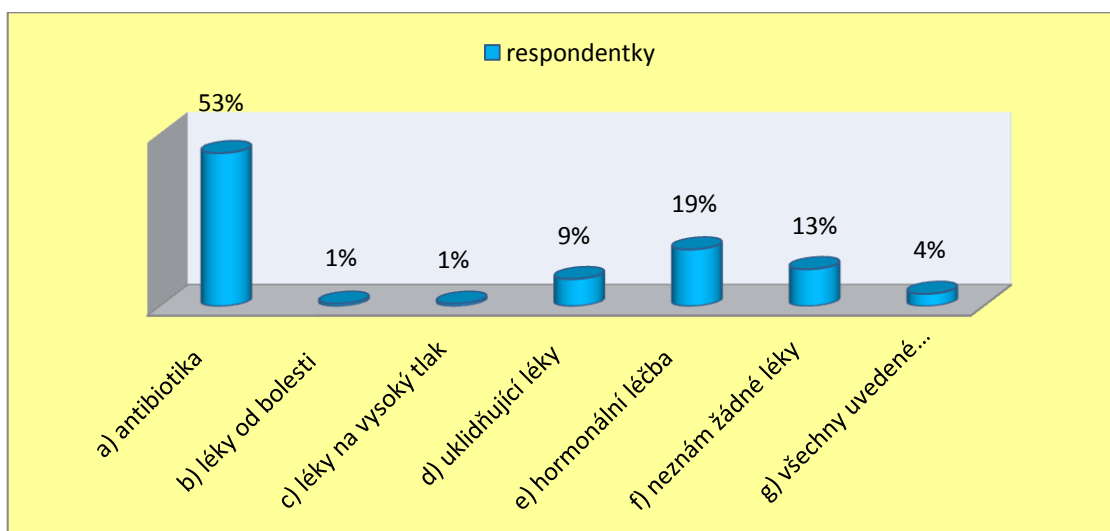
Z celkového počtu 85 žen nyní užívá hormonální či nitroděložní antikoncepci 47 žen (100%). Z toho 1 žena (2%) plánuje vysazení antikoncepce z důvodu plánování těhotenství, 4 ženy (9%) o tom přemýšlí z důvodů rizikových faktorů a zbylých 42 žen (89%) vysazení do 3 měsíců neplánuje.

**Graf 23 Pravidelné gynekologické prohlídky**



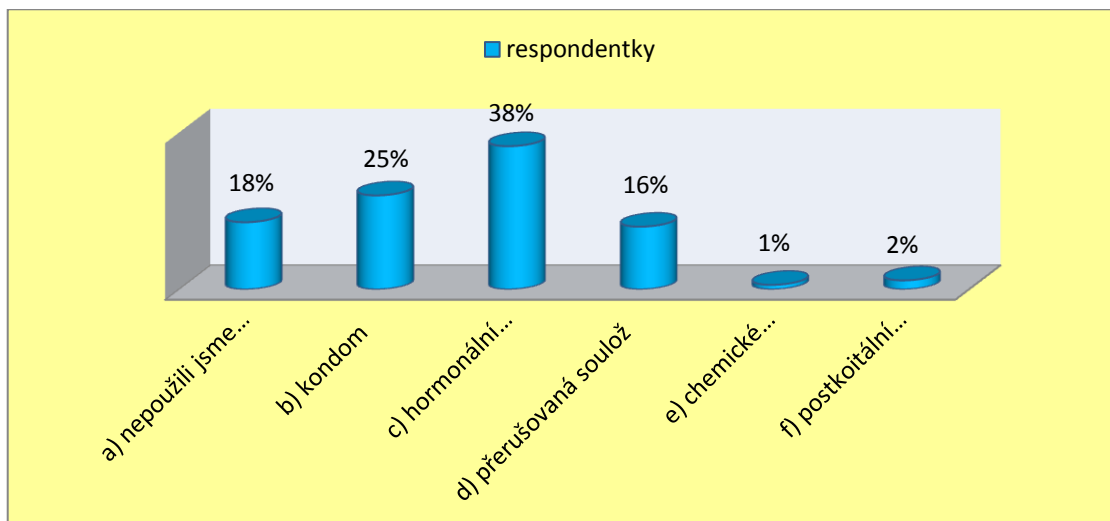
U 46 žen (53%) lékař spojuje předepisování antikoncepce s prohlídkami, za to 36 žen (47%) si chodí pro recept nezávisle na preventivních gynekologických prohlídkách.

**Graf 24 Léky snižující účinky hormonální antikoncepce**



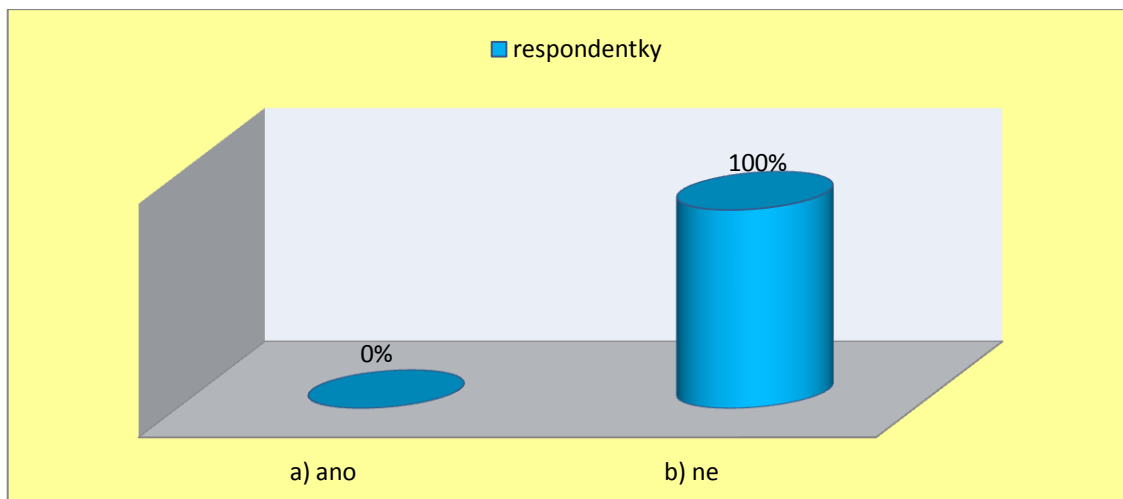
V rámci této otázky mohly ženy vybrat více odpovědí. 62 žen (53%) vybralo odpověď a), 23 žen (19%) odpověď e), 15 žen (13%) odpověď f). Odpověď d) vybralo 11 žen (9%) žen, odpověď g) 5 žen (4%) a zbylé odpovědi b) a c) byly vybrány vždy jedenkrát (1%).

**Graf 25 Antikoncepce při prvním pohlavním styku**



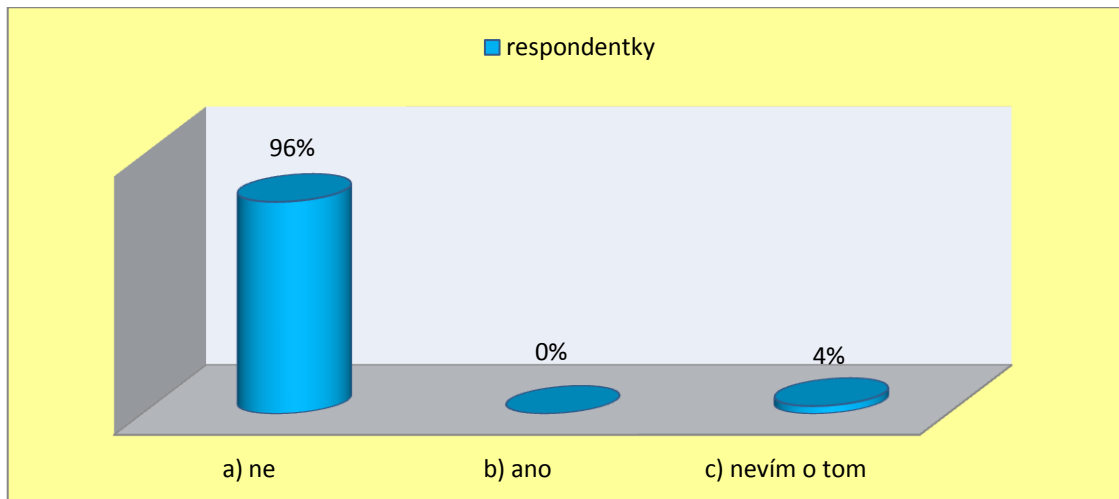
Na tuto otázku odpovědělo všech 85 žen (100%) Z toho 15 žen (18%) antikoncepci vůbec nepoužilo, 21 žen (25%) použilo kondom, 32 žen (38%) v okamžiku prvního pohlavního styku již užívalo hormonální antikoncepci, 14 žen (16%) použilo přirozenou metodu (přerušovaná soulož), 1 žena (1%) využila chemické prostředky a 2 ženy (2%) musely použít postkoitální antikoncepci.

**Graf 26 Ochrana před pohlavně přenosnými chorobami**



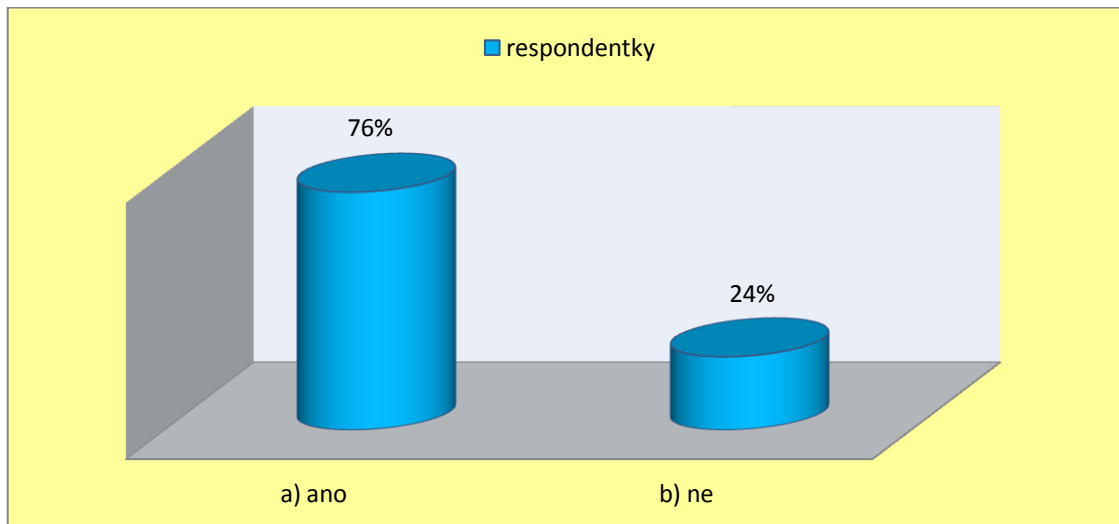
Nad touto otázkou se shodlo všech 85 žen (100%). Všechny ví, že hormonální antikoncepce nechrání před přenosem pohlavním chorob.

**Graf 27 100% spolehlivost antikoncepce**



Z celkového počtu 85 žen (100%) 82 žen (96%) ví, že žádná antikoncepce není 100% spolehlivá. Pouze 3 ženy (4%) odpověděly, že si toho nejsou vědomy.

**Graf 28 Využívání více metod najednou**



Z celkového počtu 85 respondentek (100%) se na svoji metodu antikoncepce spoléhá 65 respondentek (76%). Zbýlých 20 respondentek (24%) využívá více metod najednou.

## 5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývala postoji žen k hormonální antikoncepci. Výzkumné šetření probíhalo formou dotazníku, který byl zcela anonymní a jehož vyplnění bylo naprosto dobrovolné. Dotazník byl rozdán osobně ženám různých věkových kategorií. Sběr dat byl prováděn v časovém úseku od měsíce února do března roku 2014. Celkem bylo rozdáno 90 dotazníků. Návratnost dotazníků činila 100%, avšak 5 dotazníků nebylo možné využít pro jejich neúplné či nesprávné vyplnění. Dotazníky byly rozdávány náhodně, neakcentovaly se žádné určité skupiny žen.

Bakalářská práce měla naplnit jeden hlavní cíl, současně bylo vytyčeno 5 dalších, dílčích cílů. Hlavním cílem bylo zjistit, jakou metodu antikoncepce ženy různých věkových kategorií preferují. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda míra vzdělání, které ženy dosáhly, ovlivňuje užívání antikoncepce. Druhým cílem byla snaha nalézt odpověď na otázku, jakými faktory jsou ženy při výběru antikoncepce ovlivňovány. Třetím cílem bylo zmapovat nejčastější změny, které ženy při užívání antikoncepce zaznamenaly. Čtvrtý cíl si kladl za úkol zjistit, zda ženy, které užívají hormonální antikoncepci, využívají zároveň i jiné metody kontracepce, nebo se spoléhají pouze na metodu hormonální antikoncepce. Pátým a zároveň posledním dílčím cílem bylo odhalit počet žen, které kouří a zároveň užívají hormonální antikoncepci. Pro všechny vytyčené cíle byly vytvořeny příslušné výzkumné otázky.

Respondentky kvantitativního výzkumu byly vybrány náhodně. Výzkumný vzorek čítal celkem 85 žen (100%), z toho 25 žen (29%) ve věkovém rozmezí 15 - 21 let, 32 žen (38%) ve věkovém rozmezí 21 – 32 let a 28 žen (33%) v rozmezí 32-45 let (Graf 1).

Jedním z cílů bylo zjistit, zda dosažené vzdělání ovlivňuje ženy při jejich volbě, jakou metodu antikoncepce zvolit. Výsledné šetření ukázalo, že více jak polovina žen dosáhla středoškolského vzdělání. Tento fakt zcela odpovídá statistice vzdělanostní struktury populace České republiky vytvořené Českým statistickým úřadem pro rok 2011. Dle této statistiky je v Jihočeském kraji 20,9% žen se základním vzděláním, 32,4 % s výučním listem, 34,3 % žen se středoškolským vzděláním zakončeným maturitou a 12,2% žen s vysokoškolským vzděláním. Obecně lze tedy říci, že vzdělání u žen čím dál více stoupá a zvyšuje se tak i počet žen, které antikoncepci užívají, aby zabránily nechtěnému těhotenství a mohly se tak naplno věnovat svému dalšímu vzdělávání. Z výsledků výzkumu, který je předložen v této práci, však vyplývá, že vzdělání nemá na užívání antikoncepce žádný vliv (Graf 8).



Graf 3 poukazuje na skutečnost, že většina žen z výzkumného souboru neužívá žádné léky. Z celkového počtu žen jen malé množství žen užívá léky na hypertenzi, antiastmatika či léky na bolest. Pavel Čepický a Zuzana Čepická Líbalová (2010) tvrdí, že ženy trpící hypertenzí, jsou-li pod dohledem lékaře a dodržují-li léčbu, mohou užívat hormonální antikoncepci bez omezení.

Graf 4 zaznamenává onemocnění vyskytující se v rodinách dotazovaných uživatelék. Cibula (2002) uvádí, že součástí prvního vyšetření před předepsáním metody je pečlivé odebrání osobní, ale i rodinné anamnézy. V té je nejdůležitějším údajem výskyt tromboembolické nemoci u přímých příbuzných. Na to poukazuje Graf 20. Velice překvapující je fakt, že 23 % žen, které hormonální antikoncepci užívají nebo užívaly, lékař předepsal první antikoncepci bez jakéhokoliv vyšetření a odebrání anamnézy. To je velmi alarmující skutečnost, jednak pro lékaře, ale hlavně pro ženy, které si takto nechaly antikoncepci předepsat. V rámci této problematiky by mohla v gynekologické ambulanci sehrát svou roli právě porodní asistentka, která by ženy na tyto skutečnosti upozornila. Cibula (2002) také uvádí, že u žen s vysokým rizikem tromboembolické nemoci je doporučeno vyšetření vrozených poruch koagulace.

Další položka v dotazníku měla zjistit, jak ženy k antikoncepci přistupují obecně, jaký na ni mají názor (Graf 5). Z uvedených odpovědí vyplývá, že většina žen (75%) považuje antikoncepci za nezbytnou záležitost. Zbylé ženy preferují přirozenou metodu antikoncepce a proti jakékoliv antikoncepci vystupuje jen minimální počet žen. Tyto výsledky se shodují s výsledky Weisse a Zvěřiny, kteří prováděli kontinuální výzkum sexuálního chování české populace v letech 1993, 1998, 2003, 2008.

Dále bylo na základě odpovědí na otázky dotazníku cílem určit procentuální počet žen užívajících antikoncepci, žen, které ji užívaly a nyní ji již neužívají, a žen, které žádnou antikoncepci nikdy neužívaly (Graf 6). Ukázalo se, že více jak polovina žen užívá jakoukoliv metodu antikoncepce. Pouhých 10 žen žádnou z metod antikoncepce nikdy neužívalo a zbylé ženy nyní žádnou neužívají. Doktor Pavel Čepický a Zuzana Čepická Líbalová (2010) rozlišují antikoncepci na metody vratné, tj. takové, které po ukončení užívání nebrání přirozenému otěhotnění, dále tzv. přirozené metody (kojení, periodická abstinence, přerušovaná soulož), bariérové metody (kondom, pesar, chemické vaginální prostředky), hormonální antikoncepci rozdělenou na kombinovanou hormonální antikoncepci a gestagenní antikoncepci a hormonální či nehormonální nitroděložní tělíška. Předpokládám, že ženy, které označily odpověď, že nikdy žádnou antikoncepci neužívaly, užívají tzv. přirozenou metodu. Graf 7 ukazuje procentuální

rozdílnost žen dle věkové kategorie. Ve věkovém rozmezí 15 – 21 let a 22 - 31 let převažují ženy, které antikoncepci užívají. Ve věkovém rozmezí 32 - 43 let více jak polovina žen antikoncepci užívala, ale nyní ji již neužívá.

Graf 9 informuje o metodách antikoncepce, které ženy preferují. 51% žen užívá metodu hormonální antikoncepce, 42 % žen dává přednost bariérové antikoncepci, 2% žen preferují přirozenou metodu antikoncepce a 5 % žen využívá možnosti nitroděložní antikoncepce. Lenka Slezáková (2011) rozděluje antikoncepci stejně jako Pavel Čepický a Zuzana Čepická Líbalová, avšak do tohoto rozdělení zahrnuje i postkoitální antikoncepci (první pomoc po nechráněném pohlavním styku) a sterilizaci (nevratná metoda antikoncepce). Do dotazníku jsem využila rozdělení od Lenky Slezákové, nevratnou metodu antikoncepce a postkoitální metodu antikoncepce však nakonec ani jedna žena neoznačila. Dle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky pro rok 2012 činilo procentuální zastoupení žen užívajících hormonální antikoncepci v Jihočeském kraji 46,3 % (<http://www.uzis.cz/cr-kraje/kraje/jihocesky-kraj>). To vypovídá o značném nárůstu uživatelék hormonální antikoncepce za poslední dva roky.

Hlavním cílem předkládaného výzkumu bylo zjistit, jakou metodu antikoncepce ženy různých věkových kategorií preferují. Ve věkovém rozmezí 15 – 31 let jednoznačně převažuje metoda hormonální antikoncepce. Uzel (2010) uvádí, že metoda hormonální antikoncepce je nejvíce užívanou metodou antikoncepce. To potvrzuje i Pavel Čepický a Michaela Fanta, kteří ve své knize *Úvod do antikoncepce pro lékaře gynekology* uvádí zastoupení jednotlivých antikoncepčních metod v populaci českých žen ve věku 15 - 45 let (leden 2002). Zde má perorální hormonální antikoncepce zastoupení 28,2%, prezervativ 14,6%, nitroděložní tělísko 8,8%, coitus interruptus 7,5% a depotní injekce a podkožní implantáty 1,7%. Také zde uvádí, že mezi ženami ve věku 36 - 45 let je vůbec nejčastěji požívanou antikoncepcí nitroděložní tělísko (14,5%), které je následováno pilulkami a kondomem. Z údajů v Grafu 12 ale vyplývá, že ženy ve věkovém rozmezí 32 - 43 let preferují metodu bariérové antikoncepce. Graf 13 ukazuje, že největší zastoupení má hormonální antikoncepce ve formě pilulek. Ostatní formy hormonální antikoncepce mají velice malé zastoupení.

Z dotazníkového šetření dále vyplynulo, že většina žen užívá antikoncepci jako ochranu před početím a jen minimální počet žen k navození pravidelnosti menstruačního cyklu či ztlumení menstruačních bolestí (Graf 14). S tím přímo souvisí další cíl, kterým bylo zmapovat faktory, na jejichž základě se ženy při výběru metody

antikoncepce rozhodovaly, tj. podle koho nebo čeho nakonec danou antikoncepci zvolily. Hormonální antikoncepci předepisuje vždy lékař, avšak žena má právo vyjádřit svůj názor. V dnešní době získávají dívky a ženy informace o antikoncepci z nejrůznějších zdrojů (internet, časopisy, ale i přátelé či rodina), které však často nejsou schopny poskytnout budoucím uživatelkám všechny potřebné odpovědi. Proto je velmi důležité, aby dívkám i ženám napomohl při výběru zkušený lékař. Graf 15 ukazuje, že ženy v tomto ohledu nejvíce dají na doporučení lékaře. Druhou nejčastější odpovědí bylo použití metody antikoncepce, kterou lékař nepředepisuje (bariérová a přirozená antikoncepce) a pro niž se ženy rozhodly na základě vlastního uvážení či po dohodě s partnerem, případně na základě doporučení rodičů. Pro mnoho žen je také jedním z hlavních rozhodujících faktorů cena antikoncepčních přípravků. Velmi nízké procento žen zaškrtlo odpověď, že na jejich rozhodnutí mělo vliv doporučení porodní asistentky. Dle toho soudím, že porodní asistentky v gynekologických ordinacích nejsou ženami využívány jako zdroj informací.

Dalším cílem bylo zhodnotit, které ze změn na sobě ženy při užívání hormonální antikoncepce zaznamenaly. Cibula (2002) dělí nežádoucí účinky na méně závažné a závažné. Do méně závažných zahrnuje nevolnost, nepravidelné krvácení, napětí v prsou, deprese, snížení libida, nárůst hmotnosti a bolest hlavy. Tyto méně závažné nežádoucí účinky se objevují převážně na začátku užívání a většinou po 2 až 3 menstruačních cyklech vymizí. Šetření ukázalo, že největší procento žen nezaznamenalo žádné změny, relativně vysoké procento žen zaznamenalo nárůst hmotnosti, snížení chuti k sexu či bolestivost prsou. 13% žen naopak zaznamenalo snížení bolesti v podbřišku během menstruace, což je velmi příznivý účinek hormonální antikoncepce (Graf 16). O nežádoucích účincích se téměř polovina žen (42%) dočetla z příbalového letáku, 29% žen bylo informováno lékařem. Alarmujících je 17 % žen, které o této problematice nikdy informováno nebylo (Graf 17). Edukace ženy zejména v této oblasti je jednou z povinností lékaře či porodní asistentky a měla by tvořit nedílnou součást všech gynekologických ambulancí. Cibula (2002) uvádí, že hormonální antikoncepci díky nežádoucím účinkům přestane do jednoho roka užívat 20-30% nových uživatelék a dalších 13-30% přejde na jiný přípravek. S tím souvisí Graf 17, který ukazuje, že nadpoloviční procento žen měnilo druh přípravku. Graf 22 poukazuje na skutečnost, že pouze 4 % žen plánuje antikoncepci vysadit díky nežádoucím účinkům. Zbytek žen o vysazení hormonální antikoncepce neuvažuje.

Mezi závažné nežádoucí účinky zahrnuje Cibula (2002) riziko tromboembolické nemoci. Mezi rizikové faktory patří kouření, rodinná anamnéza (arteriální či venózní příhody), hypertenze, diabetes mellitus, obezita a věk nad 35 let. V dotazníku jsem se proto zaměřila také na zmapování informovanosti oslovených žen o tomto riziku a hlavně jeho spojitosti s rizikovým faktorem kouření (Graf 19). 71% žen o tomto riziku ví, a nekouří. Pouze 7% žen o tomto riziku neví, zřejmě v důsledku nedostatečné edukace lékařem či předepsání antikoncepce bez vstupního vyšetření a osobní anamnézy. Šetření dále ukázalo, že 21% žen o tomto riziku ví, a přesto kouří. Toto procento zahrnuje převážně dívky a ženy ve věkovém rozmezí 15 - 31 let. V poslední věkové kategorii (32-43 let) převažují ženy, které už hormonální antikoncepci neužívají (Graf 20). Z uvedených údajů lze tedy zformulovat odpověď na jeden z vytyčených cílů, která zní, že většina žen, které kouří a vědí o riziku, kterému se tím vystavují, přesto hormonální antikoncepci užívají.

Uzel (2010) uvádí, že žena by měla docházet na pravidelné gynekologické prohlídky jednou za rok. Tuto návštěvu by mohl lékař spojit s předepisováním hormonální antikoncepce. U více jak poloviny žen tento postup lékař praktikuje, zbylé ženy na tyto prohlídky docházejí nezávisle na vlastním předepisování (Graf 23).

Otázka číslo 17 byla položena ke zjištění vědomosti žen o lécích, které snižují účinky hormonální antikoncepce. Více jak polovina žen označila antibiotika jako lék, který snižuje účinek hormonální antikoncepce (Graf 24). Pavel Čepický a Zuzana Čepická Líbalová uvádí (2010), že vliv antibiotik na účinek hormonální antikoncepce se dříve předpokládal, avšak byl velmi přeceňován. Je minimální či spíše žádný. Světová zdravotnická organizace výslovně uvádí, že při současném užívání antibiotik a HAK nejsou zapotřebí žádná další opatření. Jediné léky, které negativně ovlivňují účinek HAK, jsou léky užívající se při zažívacích a střevních potížích (např. živočišné uhlí či Smecta), projímadla a léky zvyšující aktivitu jaterních enzymů (léky na epilepsii).

Weiss a Zvěřina prováděli výzkum sexuálního chování v České republice v roce 2008. Zde zjišťovali, kterou antikoncepci ženy využívaly při prvním pohlavním styku. Dle jejich výzkumu nejvíce žen nevyužilo žádnou metodu, na druhém místě bylo užití kondomu, dále přerušovaná soulož a na posledním místě antikoncepční pilulky. Dle mého šetření nejvíce žen již užívalo hormonální antikoncepci. Druhou metodou byl kondom, zbylé ženy nevyužily žádnou metodu (Graf 25). Tato skutečnost tak vypovídá o relativně značném navýšení procenta dívek, které už před prvním pohlavním stykem myslí na ochranu před početím a staví se k této problematice opravdu zodpovědně.

Slezáková (2011) uvádí, že jedinou prevencí před přenosem sexuálně přenosných onemocnění je bariérová antikoncepce. Graf 26 poukazuje na to, že všechny ženy ví, že hormonální antikoncepci není možné považovat za účinnou prevenci před přenosem těchto onemocnění. S tím velmi úzce souvisí problematika, kterou zachycuje Graf 27 - téměř většina žen si je vědoma faktu, že žádná antikoncepce není 100%. To potvrzuje Uzel (2003), který uvádí, že každá antikoncepce může selhat. Graf 28 pak poukazuje na fakt, že 24% žen využívá více metod antikoncepce současně a 76% žen se i přes možné riziko stoprocentně spoléhá pouze na jednu metodu, kterou si zvolily. Jedinou 100% metodou, při které by žena nikdy neotěhotněla, by byla absolutní a trvalá sexuální abstinence. Avšak tato metoda je pro většinu lidí nepřijatelná.

Z údajů získaných během dotazníkového šetření lze celkově zhodnotit postoje žen k hormonální antikoncepci jako velice pozitivní. Výzkum, provedený v rámci vybraného vzorku žen, potvrdil obecně proklamovanou a dřívějšími výzkumy a statistikami potvrzenou hypotézu, že právě hormonální antikoncepce je nejužívanější, a tudíž u žen nejoblíbenější metodou kontracepce. Výsledné odpovědi poukázaly také na skutečnost, že dotazované ženy disponují uspokojivými znalostmi o pozitivích i negativích, které jsou s užíváním této metody antikoncepce spojeny. Relativně vysoké povědomí mají zejména o ne vždy stoprocentní spolehlivosti hormonální antikoncepce a jsou si také vědomy faktu, že jim nezabezpečí ochranu před sexuálně přenosnými nemocemi. I ženy-kuřačky si ji volí jako nejvhodnější metodu, i když tím podstupují značné zdravotní riziko, o jehož možnosti také vědí. Ženy užívající hormonální antikoncepci se tedy k této problematice staví relativně zodpovědně a snaží se obstarat si potřebné informace, i když, jak vyplynulo z jejich odpovědí, pomoc ze strany porodní asistentky zatím v tomto ohledu příliš nevyhledávají a dávají přednost jiným zdrojům (lékař, zkušenosti kamarádek, internet apod.)

## 6 Závěr

Úkolem bakalářské práce bylo zmapovat postoje žen k hormonální antikoncepci. Mezi základní lidská práva patří i tzv. plánované rodičovství, neboli právo umožňující partnerům svobodně rozhodnout o počtu svých dětí a době jejich narození (<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>). Pokud si partnerský pár zatím (nebo vůbec) nepřeje mít děti, hovoříme o negativním plánovaném rodičovství. V takovém případě pak partneři volí různé metody ochrany před nechtěným početím, tj. metodu antikoncepce. Ženy a dívky si v dnešní době těhotenství plánují, snaží se předcházet graviditě, na kterou nejsou, ať už po psychické či finanční stránce, připraveny. Proto volí nějakou z metod antikoncepce. Nejvíce užívanou metodou je forma hormonální antikoncepce, která je zároveň i jednou z nejspolehlivějších metod. Hormonální antikoncepci předepisuje lékař, který vybere pro danou ženu tu nejvhodnější variantu a seznámí budoucí uživatelku se způsobem užívání, příznivými i nežádoucími účinky a ostatními náležitostmi, které jsou s užíváním spojeny.

Celkově lze zhodnotit postoje žen k hormonální antikoncepci jako velice pozitivní. Výzkum, provedený v rámci vybraného vzorku žen, potvrdil obecně proklamovanou a dřívějšími výzkumy a statistikami potvrzenou hypotézu, že právě hormonální antikoncepce je nejužívanější, a tudíž u žen nejoblíbenější metodou kontracepce. Výsledné odpovědi poukázaly také na skutečnost, že dotazované ženy disponují uspokojivými znalostmi o pozitivích i negativích, které jsou s užíváním této metody antikoncepce spojeny. Relativně vysoké povědomí mají zejména o ne vždy stoprocentní spolehlivosti hormonální antikoncepce a jsou si také vědomy faktu, že jim nezabezpečí ochranu před sexuálně přenosnými nemocemi. I ženy-kuřačky si ji volí jako nejvhodnější metodu, i když tím podstupují značné zdravotní riziko, o jehož možnosti také vědí. Ženy užívající hormonální antikoncepci se tedy k této problematice staví relativně zodpovědně a snaží se obstarat si potřebné informace, i když, jak vyplynulo z jejich odpovědí, pomoc ze strany porodní asistentky zatím v tomto ohledu příliš nevyhledávají a dávají přednost jiným zdrojům (lékař, zkušenosti kamarádek, internet apod.)

Tato bakalářská práce může sloužit jako zdroj informací a studijní materiál pro další ročníky porodních asistentek či jako ucelený zdroj o hormonální antikoncepci pro ženy, jež se rozhodují, která metoda antikoncepce je pro ně nejvhodnější. Velké procento dívek, ale i žen, nemá ucelené a správné informace o hormonální antikoncepci.

Přestože v dnešní době jsou informace velmi dobře dostupné, stále „koluje“ mnoho nepravdivých mýtů a předsudků a málokteré informace, které současné moderní zdroje přináší, lze považovat za pravdivé a relevantní pro potřeby moderních žen. Daný stav by dle mého názoru vyřešilo zavedení povinné sexuální výchovy na druhém stupni základní školy, v jejímž rámci by byly dívky seznámeny s hormonální antikoncepcí a všemi náležitostmi, které s touto problematikou souvisí, aby byly dopředu řádně připraveny na situace, které mohou při jejím užívání nastat. A právě v rámci tohoto úkolu by významnou roli mohla sehrát právě porodní asistentka.

## 7 Seznam použitých zdrojů

- 1) BARTÁK, A. *Antikoncepce: druhy antikoncepce, hormony, když všechno selže*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1351-9.
- 2) CIBULA, D. *Implanon-antikoncepční tyčinka* in *Moderní gynekologie a porodnictví 12*. Praha: Levret, 2003, č. 2. ISSN 1214-2093.
- 3) CIBULA, D., HENZL, M. R. a J. ŽIVNÝ. *Základy gynekologické endokrinologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0236-3.
- 4) ČEPICKÝ, P. *Historie antikoncepce* in *Moderní babičství 3*. Praha: Levret, 2004. ISSN 1214-5572.
- 5) ČEPICKÝ, P., ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, Z. *Jak odpovídat na otázky o antikoncepci a plánovaném rodičovství*. Praha: Levret, 2010. ISBN 978-80-87070-49-9.
- 6) ČEPICKÝ, P., et al. *Doporučení k předpisu kombinované perorální antikoncepce (COC)* in *Moderní gynekologie a porodnictví 10*, 2001. [online]. [cit. 2014 - 17 - 3] dostupné z <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy.php>
- 7) ČEPICKÝ, P., FANTA, M. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. 2.vyd. Praha: Levret, 2011. ISBN 978-80-87070-51-2.
- 8) ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Zaměstnanost a nezaměstnanost v ČR podle výsledků výběrového šetření pracovních sil 4. čtvrtletí 2011*. [online]. [cit. 2014 - 20 - 3] dostupné z <http://notes2.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/3101-11>
- 9) *Edukace v ošetrovatelství II.část*. [online]. [cit. 15 - 12 - 2013] dostupné z [www: http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf](http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf)
- 10) FAIT, T. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-280-3.
- 11) FAIT, T., PROUZOVÁ, Z. *Jak učit o antikoncepci*. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2010. ISBN 978-80-254-6428-1.
- 12) GUILLEBAUD, J. MACGREGOR, A. *Contraception – your questions answered*. 6. Edition, Elsevier Ltd., 2013. ISBN 978-0-7020-4619-3.
- 13) HAVLÍN, M. *Aktuality v antikoncepci*. Sborník referátů – 5. Moravský regionální kongres k sexuální výchově. Olomouc, 2012. ISBN 978-80-904290-79.



- 14) JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2000. ISBN 80-85866-55-2.
- 15) JIRKOVSKÝ, D. Edukační a ošetrovatelský proces v programu rozšířené primární preventivní péče. [online]. *Vojenské zdravotnické listy*. Praha, ročník LXXIII, č. 2, 2004. [cit. 2013-04-13] Dostupné z: [http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%202\\_2004/jirkovsky.pdf](http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%202_2004/jirkovsky.pdf)
- 16) JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
- 17) KUŽELOVÁ, M. *Co by měla sestra vědět o antikoncepci*. 1. vyd. Praha: Levret, 2005. ISBN 80-903183-7-1.
- 18) KUŽELOVÁ, M. *Nové trendy v hormonální antikoncepci* in: *Moderní babičství 4*. Praha: Levret, 2004. [online] [cit. 2013-04-19]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-4/?pdf=131>
- 19) LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
- 20) Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Vyhláška 55/2011 Sb. Ze dne 1. Března 2011, která stanoví činnosti zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. [cit. 2014-04-20]. dostupné z [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb\\_4763\\_949\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_949_3.html)
- 21) Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Zákon 96/2004 Sb. Ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)* [online]. [cit. 15-12-2013] dostupné z <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=76&typ=r>
- 22) Poslanecká sněmovna parlamentu české republiky. *Listina základních práv a svobod*. [online]. [cit. 2014-20-3] dostupné z <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
- 23) PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 2.přepr.vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-631-4.

- 24) ROB, L. et al. *Gynekologie*. 2.vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7
- 25) ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
- 26) SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.
- 27) SVĚRÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-7262-845-2
- 28) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnictví Jihočeského kraje v číslech (2012)*. [online]. [cit. 2014 – 6 -4] dostupné z <http://www.uzis.cz/cr-kraje/kraje/jihocesky-kraj>
- 29) UZEL, R. *4000 let antikoncepce*. 1. vyd. Praha: Nová tiskárna Pelhřimov, 2003. ISBN 80-239-0671-2.
- 30) UZEL, R., KOVÁŘ, P. *Antikoncepční otazníky*. 1.vyd. Praha: CAT Publishing, 2010. ISBN 978-80-904290-0-0.
- 31) UZEL, R.. *Sexuální výchova*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-69-5.
- 32) WEISS, P. a kol. *Sexuologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
- 33) WEISS, P., ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování v ČR – srovnání výzkumů z let 1993, 1998, 2003 a 2008*. [online]. [cit. 2014-4-20] dostupné z [www.http://mep.zverina.cz/files/103-sexualni-chovani-v-cr-srovnani-vy-zkumu-z-let-1993-1998-2003-a-2008.pdf](http://mep.zverina.cz/files/103-sexualni-chovani-v-cr-srovnani-vy-zkumu-z-let-1993-1998-2003-a-2008.pdf)

## **8 Přílohy**

**Příloha č. 1:** Přehled metod hormonální antikoncepce

**Příloha č. 2:** Pearlův index

**Příloha č. 3:** Kompetence porodních asistentek

**Příloha č. 4:** Dotazník

**Příloha č. 5:** Seznam grafů

**Příloha č. 1: Přehled hormonálních metod antikoncepce**

	<b>Antikoncepční metoda</b>	<b>Jak často ji musím užívat?</b>	<b>Jsou nějaká omezení této metody?</b>	<b>Potřebuji lékařský předpis?</b>	<b>Ochrání mne před pohlavními chorobami?</b>	<b>Co bychom měli o této metodě ještě vědět?</b>
	Hormonální antikoncepce zabraňuje zrání a uvolnění vajíčka a může také vytvářet nepřátelské prostředí v děloze					
<b>Kombinovaná hormonální antikoncepce</b>	Kombinovaná pilulka	Denně po 21 dnů (někdy 28), vždy ve stejnou dobu.	Mohou být zdravotní. Je nutno předem konzultovat s lékařem.	ANO	NE	Zpoždění užití o více než 12 hodin může vést k selhání.
	Antikoncepční náplasti	Lepí se jednou týdně po tři týdny, čtvrtý týden se vynechává.	Mohou být zdravotní. Je nutno předem konzultovat s lékařem.	ANO	NE	Zpoždění výměny náplasti o více než 48 hodin může vést k selhání.
	Vaginální kroužek	Zavádí se do pochvy na 3 týdny, čtvrtý týden se vyjímá.	Mohou být zdravotní. Je nutno předem konzultovat s lékařem	ANO	NE	Náhodné vypuzení kroužku mimo pochvu na více než 3 hodiny může vést k selhání.

	Antikoncepční metoda	Jak často ji musím užívat?	Jsou nějaká omezení této metody?	Potřebuji lékařský předpis?	Ochrání mne před pohlavními chorobami?	Co bychom měli o této metodě ještě vědět?
Gestagení antikoncepce	Minipilulka	Denně, vždy ve stejný čas	Mohou být zdravotní. Je nutno předem konzultovat s lékařem	ANO	NE	Zpoždění užití o více než 12 hodin může vést k selhání, časté nepravidelnosti menstruačního cyklu nebo vymizení menstruace.
	Injekční antikoncepce	Aplikace jednou za 3 měsíce	Mohou být zdravotní. Je nutno předem konzultovat s lékařem	ANO, injekce aplikuje zdravotní sestra.	NE	Objevují se nepravidelnosti cyklu, který časem přecházejí ve vymizení krvácení
	Podkožní implantát	Předpokládá ná délka užití je až 3 roky (možnost předčasného ukončení kdykoliv).	Mohou být zdravotní. Je nutno předem konzultovat s lékařem.	Do podkoží vnitřní strany paže, vpichuje a vyjímá lékař.	NE	Časté nepravidelnosti cyklu. Až 40% žen do roka užívání přestává menstruuovat.
	Nitroděložní hormonální systém	Předpokládá ná délka užití je až 5 let (možnost předčasného ukončení kdykoliv).	Mohou být zdravotní. Je nutno předem konzultovat s lékařem.	Zavádí a vyjímá lékař.	NE	Zpočátku po zavedení se mohou vyskytnout nepravidelnosti menstruačního cyklu.

**Zdroj:** vlastní návrh

## Příloha č. 2: Pearl index – účinnost antikoncepce

<b>Nechráněný styk</b>	<b>80,00 - 85,00</b>
<b>Metoda neplodných dnů</b>	<b>0,2 - 40</b>
<b>Přerušovaná soulož</b>	<b>8 - 38</b>
<b>Kondom</b>	<b>2 - 14</b>
<b>Minipilulky (čisté gestageny)</b>	<b>0,14 - 9,60</b>
<b>Pravidelné kojení</b>	<b>2 - 4</b>
<b>Lokální chemická antikoncepce</b>	<b>0,68 - 2,6</b>
<b>Depotní gestageny (např. podkožní implantáty)</b>	<b>0,00 - 1,00</b>
<b>Nitroděložní tělísko s mědí</b>	<b>0,20 - 0,80</b>
<b>Ženská sterilizace</b>	<b>0,00 - 0,50</b>
<b>Kombinované pilulky</b>	<b>0,10 - 0,40</b>
<b>Nitroděložní tělísko s gestagenem</b>	<b>0,02 - 0,20</b>
<b>Mužská sterilizace</b>	<b>0,00 - 0,15</b>

**Zdroj:** FAIT, T., PROUZOVÁ, Z. *Jak učit o antikoncepci*. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 2010. ISBN 978–80–254–6428–1.

### **Příloha č. 3: Kompetence porodních asistentek**

**Vyhláška 55/2011 Sb.** ze dne 1. března 2011, která stanoví činnosti zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků

#### **§ 5**

##### **Porodní asistentka**

(1) Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může

- a) poskytovat informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytovat rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkovat,
- b) provádět návštěvy v rodině těhotné ženy, ženy do šestého týdne po porodu a gynekologicky nemocné, sledovat její zdravotní stav,
- c) podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikacím,
- d) diagnostikovat těhotenství, předepisovat, doporučovat nebo provádět vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím, poskytovat jí informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předávat ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,
- e) sledovat stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky, rozpoznávat u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhat mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádět neodkladná opatření,
- f) připravovat rodičku k porodu, pečovat o ni ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vést i porod v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,
- g) ošetřovat porodní a poporodní poranění a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu,
- h) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky<sup>10)</sup> a manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,
- i) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky<sup>11)</sup> a prádlo, manipulovat s nimi, a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Porodní asistentka může poskytovat bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickému novorozenci prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádět jeho první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví může

- a) asistovat při komplikovaném porodu,
- b) asistovat při gynekologických výkonech,
- c) instrumentovat na operačním sále při porodu.

(4) Porodní asistentka pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle § 4 odst. 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotné a rodící ženy, ženy do šestého týdne po porodu a pacientky s gynekologickým onemocněním.

10) Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

11) Zákon č. 123/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Nařízení vlády č. 336/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na zdravotnické prostředky a kterým se mění nařízení vlády č. 251/2003 Sb., kterým se mění některá nařízení vlády vydaná k provedení zákona č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Nařízení vlády č. 154/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na aktivní implantabilní zdravotnické prostředky a kterým se mění nařízení vlády č. 251/2003 Sb., kterým se mění některá nařízení vlády vydaná k provedení zákona č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, ve znění nařízení vlády č. 307/2009 Sb.

Nařízení vlády č. 453/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na diagnostické zdravotnické prostředky in vitro, ve znění nařízení vlády č. 246/2009 Sb.

**Zdroj:** Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Vyhláška 55/2011 Sb. Ze dne 1. Března 2011, která stanoví činnosti zdravotních pracovníků a jiných odborných*



*pracovníků* [online]. [cit. 2014-04-20] dostupné z  
[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb\\_4763\\_949\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_949_3.html)

## **Příloha č. 4: Dotazník**

Vážená slečno/paní,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí bakalářské práce na téma Postoj žen k hormonální antikoncepci.

Dotazník je anonymní a z tohoto důvodu Vás žádám o pravdivé odpovědi.

Děkuji Vám za čas a ochotu.

Michaela Brabcová

**Pokyny pro vyplnění: Pokud není uvedeno jinak, volte prosím u každé otázky pouze jedinou možnou odpověď.**

### **1. Váš věk je?**

- a) 15 - 21 let
- b) 22 – 31 let
- c) 32 – 45 let

### **2. Jaké máte ukončené vzdělání?**

- a) základní
- b) zakončené výučním listem
- c) středoškolské
- d) vysokoškolské

### **3. Jaké užíváte léky? (možnost více odpovědí)**

- a) žádné
- b) na vysoký krevní tlak
- c) proti bolesti
- d) antiastmatika
- e) léky na sníženou funkci štítné žlázy
- f) léky na zvýšenou funkci štítné žlázy
- g) jiné.....

**4. Vyskytují se u Vašich rodičů některá z těchto onemocnění? (možnost více odpovědí)**

- a) hypertenze
- b) stav po infarktu myokardu
- c) onemocnění cév – křečové žíly
- d) karcinom prsu
- e) ne

**5. Jaký máte názor na antikoncepci?**

- a) jsem zásadně proti antikoncepci
- b) uznávám pouze tzv. přirozené metody antikoncepce
- c) považuji antikoncepci za nutnou
- d) jiné

**6. Užíváte antikoncepci?**

- a) ano, užívám
- b) užívala jsem, ale nyní již neužívám
- c) nikdy jsem neužívala

**7. Jakou metodu antikoncepce užíváte?**

- a) přirozené metody antikoncepce – výpočet plodných a neplodných dnů
- b) bariérovou antikoncepci – přerušovaná soulož, kondom, pesar
- c) nitroděložní antikoncepci – hormonální, nehormonální
- d) chemické metody – obsahující spermicidní látky
- e) mám provedenou sterilizaci
- f) hormonální antikoncepci (prosím, vyplňte otázku 8)
- g) postkoitální antikoncepci

**8. Jakou hormonální antikoncepci užíváte?**

- a) pilulky
- b) náplasti
- c) vaginální kroužek
- d) injekce
- e) implantáty

**9. Jaký je Váš hlavní důvod pro užívání hormonální antikoncepce?**

- a) ochrana před početím
- b) pravidelnost menstruačního cyklu
- c) ztlumení menstruačních bolestí
- d) zlepšení pleti
- e) ochrana proti pohlavním nemocem
- f) nevím
- g) z jiných důvodů .....

**10. Podle čeho jste se rozhodovala při výběru antikoncepce? (můžete uvést více možností)**

- a) doporučení rodičů
- b) doporučení kamarádek
- c) doporučení partnera
- d) doporučení lékaře
- e) doporučení porodní asistentky
- f) dle ceny
- g) dle vlastního názoru
- h) jiná možnost, uveďte prosím jaká.....

**11. Zaznamenala jste u sebe nějaké změny při užívání hormonální antikoncepce (můžete uvést více možností)?**

- a) častější migrény
- b) příbytek na váze
- c) úbytek na váze
- d) zvýšená bolestivost a citlivost prsů
- e) častá nevolnost
- f) snížená bolest v podbřišku
- g) snížená chuť na sex
- h) problémy s dosáhnutím orgasmu
- i) nezaznamenala jsem žádné změny
- j) jiné.....(prosím, napište jaké)

**12. Měnila jste během užívání hormonální antikoncepce druh antikoncepce?**

- a) ano
- b) ne

**Pokud ano, uveďte prosím důvod**

.....

**13. Byla jste seznámena s vedlejšími účinky hormonální antikoncepce?  
(možnost více odpovědí)**

- a) ano, lékařem
- b) ano, porodní asistentkou
- c) ano, z tisku
- d) přečetla jsem si příbalový leták, kde jsou uvedena rizika
- e) ne, nikdo se mnou nemluvil o vedlejších účincích

**14. Víte o riziku trombózy, které je spojeno s kouřením při užívání hormonální antikoncepce?**

- a) ano, nekouřím
- b) ano, přesto kouřím
- c) slyšela jsem o tom, ale nevěřím tomu
- d) nevím o tom

**15. Předepsal Vám lékař první antikoncepci bez vstupní anamnézy a vyšetření?**

- a) ano
- b) ne, podrobně se mě na všechno zeptal, změřil krevní tlak a udělal gynekologické vyšetření

**16. Pokud užíváte antikoncepci, plánujete ji v nejbližší době vysadit (do 3 měsíců)?**

- a) ano
- b) přemýšlím o tom, z důvodu rizikových faktorů
- c) ne

**Pokud ano, uveďte důvod**

.....

**17. Spojuje Váš lékař předepisování antikoncepce s pravidelnými gynekologickými prohlídkami?**

- a) ano, lékař spojí předepisování antikoncepce s prohlídkami
- b) ne, recept mi předává sestra a na gynekologické prohlídky chodím nezávisle s předepisováním antikoncepce

**18. Které léky snižují účinek hormonální antikoncepce? (možnost více odpovědí)**

- a) antibiotika
- b) léky proti bolesti
- c) léky při léčbě vysokého tlaku
- d) uklidňující léky – sedativa
- e) hormonální léčba
- f) neznám žádné léky, které by snižovaly účinek hormonální antikoncepce
- g) všechny uvedené lékové skupiny

**19. Jakou jste použila antikoncepci při prvním pohlavním styku?**

- a) nepoužili jsme s partnerem žádnou antikoncepci
- b) kondom
- c) užívala jsem hormonální antikoncepci (pilulky, náplasti, injekce, minipilulky, vaginální kroužek)
- d) přerušovaná soulož
- e) chemické prostředky
- f) postkoitální antikoncepci

**20. Chrání podle Vás hormonální antikoncepce před přenosem pohlavních chorob?**

- a) ano
- b) ne

**21. Myslíte si, že je některá z metod antikoncepce 100% spolehlivá?**

- a) ne, vždy je nutné počítat s možností otěhotnění
- b) ano, a to.....
- c) nevím

**22. Spoléháte na účinnost Vaší antikoncepce na 100%?**

- a) ano, spoléhám
- b) ne, využívám více metod dohromady

**Velice Vám děkuji za spolupráci a čas, který jste věnovala vyplnění dotazníku.  
Přeji pěkný den.**

## **Příloha č. 5: Seznam grafů**

Graf 1	Věk respondentek
Graf 2	Vzdělání respondentek
Graf 3	Léky užívané respondentkami
Graf 4	Onemocnění rodičů
Graf 5	Názor respondentek na antikoncepci
Graf 6	Ženy užívající antikoncepci
Graf 7	Počet uživatelék antikoncepce dle věku
Graf 8	Užívání antikoncepce dle vzdělání
Graf 9	Metody antikoncepce u respondentek
Graf 10	Metody u respondentek ve věku 15 - 21 let
Graf 11	Metody u respondentek ve věku 22-31 let
Graf 12	Metody u respondentek ve věku 32 - 45 let
Graf 13	Forma hormonální antikoncepce
Graf 14	Důvod užívání antikoncepce
Graf 15	Faktory, podle kterých se ženy rozhodovaly
Graf 16	Změny při užívání hormonální antikoncepce
Graf 17	Změna užívání druhu antikoncepce
Graf 18	Informovanost žen o vedlejších účincích
Graf 19	Vědomí žen o riziku kouření a tromboembolické nemoci
Graf 20	Počet žen, které ví o riziku, kouří a užívají hormonální antikoncepci
Graf 21	Vyšetření před první antikoncepcí
Graf 22	Plánování vysazení antikoncepce
Graf 23	Pravidelné gynekologické prohlídky
Graf 24	Léky snižující účinky hormonální antikoncepce
Graf 25	Antikoncepce při prvním pohlavním styku
Graf 26	Ochrana před pohlavně přenosnými chorobami
Graf 27	100% spolehlivost antikoncepce
Graf 28	Využívání více metod najednou