



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Vliv hormonální antikoncepce na zdraví a plodnost žen

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Anna Havlujová

Vedoucí práce: MUDr. Miloš Velemínský Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Vliv hormonální antikoncepce na zdraví a plodnost žen*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12.08.2021

.....

Anna Havlujová

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu MUDr. Miloši Velemínskému, Ph.D. za odborné vedení, poskytování cenných rad, trpělivý a vstřícný přístup při psaní této bakalářské práce. Současně také děkuji všem informantkám, které se účastnily výzkumného šetření. Velké díky patří zejména mé rodině, která mi byla velkou oporou po celou dobu studia.

Vliv hormonální antikoncepce na zdraví a plodnost žen

Abstrakt

Bakalářská práce Vliv hormonální antikoncepce na zdraví a plodnost žen se zabývá znalostmi žen o hormonální antikoncepci, o jejích účincích a rizicích a zároveň zjišťuje, odkud ženy nejčastěji čerpají informace o hormonální antikoncepci.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je popsána historie antikoncepce, fáze hormonálního cyklu, který souvisí s užíváním hormonální antikoncepce a také druhy antikoncepce, včetně popisu jejich výhod a nevýhod podle jednotlivých typů. Jsou zde popsány jednotlivé druhy nehormonální i hormonální antikoncepce, přičemž rozsáhleji jsou popsány druhy hormonální antikoncepce, včetně výhod i rizik spojených s jejím užíváním. Na závěr teoretické práce je přidána kapitola o edukaci žen o hormonální antikoncepci porodními asistentkami.

V praktické části je kvalitativním výzkumem, který sestával z 12 rozhovorů, zjišťována informovanost žen o výhodách a rizicích, které užívání hormonální antikoncepce představuje. Výzkum zjišťuje zdroje, ze kterých ženy nejčastěji čerpají informace o hormonální antikoncepci. Hlavním cílem práce je zjistit informovanost žen o výhodách a rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce, které mohou ovlivnit nejen jejich zdraví, ale mohou mít vliv i na jejich plodnost.

Výsledky výzkumu poukázaly na nedostatečnou informovanost o fungování hormonální antikoncepce, a malé znalosti v oblasti rizik užívání hormonální antikoncepce, kdy pouze dvě ženy byly schopné uvést vážné riziko výskytu trombózy. Znalosti žen o hormonální antikoncepci byly obecné a neucelené. Ženy dostatečně nevyužívají všechny dostupné zdroje informací, většinou se spoléhají na informace od svého gynekologa a nejbližšího okolí. Většinou stačí povrchní znalosti, ale podrobněji se jimi nezabývají. Z toho plyne nutnost zaměřit se více na edukaci k tomuto tématu, aby ženy nepohlížely jen na výhody, ale aby zodpovědněji přemýšlely především o rizicích, která s užíváním hormonální antikoncepce podstupují, a mohly tak v budoucnu ovlivnit i své plánované těhotenství. Bylo by vhodné zaměřit se na edukaci žen již ve školách a v ordinacích gynekologa, kde by mohly předat své znalosti porodní asistentky.

Klíčová slova: antikoncepce; hormonální antikoncepce; plodnost; menstruační cyklus; rizika; edukace; ženské zdraví.

Effects of hormonal contraceptives on women's health and fertility

Abstract

The bachelor thesis Effect of hormonal contraception on women's health and fertility is dealing with women's knowledge about hormonal contraception, about its effects and its risks and at the same time finds out, from where women take information about hormonal contraception most often.

Thesis is divided to theoretical and practical part. In theoretical part is described a history of contraception, phase of the hormonal cycle, which is related to the usage of hormonal contraception and different kinds of contraception including description of advantages and disadvantages based on each types. The individual types of non-hormonal and hormonal contraceptions are described here including their benefits and risks based on their usage. At the end of the theoretical part is added a chapter on the education of women about hormonal contraception by midwives.

In the practical part is qualitative research, which consisted from 12 interviews. There is described woman's awareness about benefits and risks, which usage of hormonal contraception represents. Research finds out sources, from which women most often derive their information about hormonal contraception. The main point of the thesis is to find out woman's awareness about benefits and risks connected with usage of hormonal contraception, which can affect their health, but also can have negative impact on fertility.

The results of research pointed out an insufficient awareness about function of hormonal contraception and poor knowledge in the area of using hormonal contraception. Only two women were able to state serious risk of thrombosis occurrence. The knowledge about hormonal contraception were basic and disparate. Women don't use all of available sources of informations. They usually rely on informations from their gynecologist and from closest surroundings. Superficial knowledge is enough for most, but they do not deal with them more in depth. It is necessary to focus more on education on this topic in order for women to not look only on the benefits, but to mainly think about risks, which, hormonal contraception represents and may affect their planned pregnancy in the future. It would be appropriate to focus on women education already in the schools and later in gynecologist's office, where they could apply and pass on their knowledge of a midwife.

Key words: contraception; hormonal contraceptives; fertility; menstrual cycle; risks; education; women's health.

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Antikoncepce	9
1.1.1 Historie antikoncepce.....	9
1.1.2 Dělení antikoncepce	10
1.1.3 Spolehlivost antikoncepce.....	11
1.2 Menstruační cyklus	11
1.2.1. Jednotlivé fáze cyklu a působení hormonů na ženský organismus.....	12
1.3 Plánované rodičovství	14
1.4 Nehormonální antikoncepce	15
1.4.1 Přirozené metody antikoncepce	15
1.4.2 Bariérové metody antikoncepce	17
1.4.3 Chemické metody antikoncepce.....	18
1.4.4 Nitroděložní antikoncepce.....	19
1.4.5 Sterilizace	19
1.5 Hormonální antikoncepce	20
1.5.1 Gestagenní antikoncepce.....	21
1.5.2 Nitroděložní systém s levonorgestrem (LNG-IUS).....	23
1.5.3 Poskoitální antikoncepce.....	23
1.5.4 Kombinovaná hormonální antikoncepce.....	24
1.6 Vliv jednotlivých druhů hormonální antikoncepce na ženský organismus	26
1.6.1 Gestagenní antikoncepce.....	26
1.6.2 Kombinovaná hormonální antikoncepce.....	27
1.7 Edukace žen o antikoncepci porodní asistentkou	29
2 Cíle práce a výzkumné otázky	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Výzkumné otázky	31
2.3 Operacionalizace pojmů	31
3 Metodika výzkumu	33
3.1 Metodika a technika výzkumu	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	33
4 Výsledky výzkumu	35

4.1	Identifikační údaje informantek	35
4.2	Kategorizace dat	37
5	Diskuze	53
6	Závěr	59
7	Seznam použité literatury	61
8	Přílohy	66
9	Seznam zkratk	74

Úvod

Bakalářskou práci na téma „Vliv hormonální antikoncepce na zdraví a plodnost žen“ jsem si vybrala, protože mám ve svém okolí mnoho žen, které hormonální antikoncepci užívají, ale také mnoho žen, které ji z nějakého důvodu užívat nechtějí. Zajímalo mě jejich pohled na užívání a proč se takto rozhodly, co je v jejich rozhodnutí ovlivnilo. Zaujalo mě, že některým uživatelkám hormonální antikoncepce stačí k rozhodnutí pouze znalost pozitivní stránky užívání, jako jsou pravidelná menstruace, možnost oddálení menstruačního krvácení, a především pohlavní styk bez starostí, a nad stinnými stránkami, které užívání může způsobit, se nezamýšlejí. Proto bych se ve své práci ráda zaměřila na míru informovanosti žen v oblasti užívání hormonální antikoncepce, zda znají pozitiva i rizika spojená s jejím užíváním a zda se míra těchto znalostí liší v závislosti na věku žen. Dále budu hledat odpověď na to, zda mají ženy přístup k těmto potřebným informacím, případně zda existuje v jejich okolí někdo, kdo by je na veškeré vlivy hormonální antikoncepce upozornil. Zároveň bych se chtěla zaměřit i na zkušenosti žen s užíváním, zda se setkaly s nějakými negativními vlivy spojenými s užíváním hormonální antikoncepce a zda je v minulosti na tyto negativa někdo upozornil.

V současné době mají ženy možnost získávat tyto informace z mnoha zdrojů. V mnoha případech se jedná o neodborné články se zavádějícími informacemi. Ženy pak mohou být z množství protichůdných informací zmatené. Domnívám se proto, že v budoucnu bude právě porodní asistentka tím, kdo se bude s dotazy žen na toto téma nejvíce setkávat, a proto je důležité, aby měla přístup ke všem dostupným informacím a mohla tak poskytnout co nejpřesnější odpovědi.

Svou práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabývám historií antikoncepce, jejím dělením a také druhy antikoncepce. Dále zde zmiňuji popis menstruačního cyklu, vliv jednotlivých druhů hormonální antikoncepce na ženský organismus a edukaci žen o antikoncepci porodní asistentkou. V praktické části jsem se pak zaměřila na zjištění informovanosti žen o pozitivních i negativních vlivech hormonální antikoncepce.

1 Současný stav

1.1 Antikoncepce

Snaha zabránit nežádoucímu těhotenství je stará jako lidstvo samotné. Pohlavní styk u člověka nemá za cíl jen reprodukci, ale je součástí partnerských vztahů, zábavy nebo i obchodu (Fait, 2018). Slovo antikoncepce používáme k označení všech dostupných metod, které zabraňují nechtěnému otěhotnění (Čepický a Čepická Líbalová, 2010). V češtině je tento termín častější než mezinárodní název kontracepce (Čepický, 2010). Po skončení užívání antikoncepce má žena možnost přirozeně otěhotnět, proto se jedná o metody vratné, zatímco sterilizace je nevratná (Čepický a Čepická Líbalová, 2010). Antikoncepce je hlavním preventivním opatřením, pokud žena nechce otěhotnět a porodit tak dítě, které by bylo nechtěné (Fait, 2018). Vývoj antikoncepce závisí na technickém rozvoji oborů, jako je biochemie a organická chemie. Důležité jsou také nové poznatky z oboru fyziologie rozmnožování a také endokrinologie (Nováčková a Nouzová, 2016). Na antikoncepci se také vztahují právní hlediska, která se řídí danou zdravotní péčí, kdy je lékař povinen sdělit pacientce, jak má antikoncepci aplikovat. Každá pacientka má také právo na informace o spolehlivosti dané metody antikoncepce, a především by měla být upozorněna na komplikace spojené s užíváním zvolené metody. Lékař je povinen vždy jednat ve shodě s dostupnými informacemi a zjištěními z lékařských vědních oborů. Dále je lékař vázán zákonem v případě nezletilé, nebo u nesvéprávné pacientky rozhodnutím soudu (Roztočil a Bartoš, 2011). O dosažitelnosti antikoncepce můžeme říci, že čím více je daná společnost vyspělá, tím je bezpečná antikoncepce dostupnější a užívání se stává součástí života každého člověka (Fait, 2018).

1.1.1 Historie antikoncepce

V pravěku, době kamenné, bylo k úpravě porodnosti využíváno kojení. V této době ženy plodily asi jednou za 4 roky. K tomu, aby kojení mohlo být využito jako antikoncepce, bylo potřeba kojit velmi často, přibližně 40x za den. Egypťané pak, podle dochovaných písemných zdrojů, zase využívali pesary, vyráběné z medu a z trusu krokodýlů, nebo praktikovali vykuřování vaginy po kopulaci (Čepický a Čepická Líbalová, 2010). Starověcí Číňané pro zabránění početí využívali pulce, které musely ženy polykat (Szarewska a Guillebaud, 1996). Se středověkem je spojené používání mechanických bariér, např. pás cudnosti. V tomto období ale vznikaly i pomůcky, které neměly pouze bránit početí, ale měly za úkol chránit před pohlavními nemocemi, jako byl v té době

častý syfilis, takovou pomůckou byl návlek na penis. Na počátku 20. století, přibližně ve 20. letech, vznikají první antikoncepční poradny. Bylo možné využívat mnoho prostředků, jako byl pesar, kondom, poševní hubky, tampony, a také metodu přerušované soulože (Čepický, 2010). V této době se objevuje i myšlenka hormonální antikoncepce. Zřejmě jako první pronesl teorii zablokování procesu uvolnění vajíčka neboli ovulace podáním gestagenů Ludwig Haberlandt ve 20. letech 20. stol. (Fait, 2018). Gynekolog Otfried Otto Fellner, pocházející z Vídně, použil steroidní hormony u některých druhů zvířat, aby zabránil jejich plodnosti, výsledky pak přednesl roku 1920. Ve 30. letech 20. stol. ale nebyla výroba steroidních hormonů vůbec jednoduchá, jejich získání bylo drahé a také složité (Křepelka, 2013). První kombinovanou antikoncepční pilulku vyvinuli Gregory Pincus a Min Chueh Chang z Worcester Foundation for Experimental Biology. V letech 1951 až 1956 vytvořili první kombinovanou kontracepční pilulku (Seidlová, 1997). První klinické testy provedli na Portoriku. Tato první antikoncepční pilulka byla roku 1959 v USA přestavena pod názvem Enovid® (Barták, 2006). Evropa si na první pilulku s názvem Anovlar® počkala až do roku 1961 (Fait, 2018). V 60. letech nedošlo pouze k vývoji a rozšíření hormonální antikoncepce (HAK), ale vlivem vývoje a rozmachu plastických hmot byl umožněn vývoj i nitroděložní kontracepce (Čepický, 2010).

Od roku 2008 se setkáváme s určitým ustrnutím růstu a posléze i s úbytkem žen, které užívají kombinovanou hormonální antikoncepci. Tento úbytek si můžeme spojit s negativním postojem společnosti k aplikování hormonů. Ženy tak ustupují od hormonálních prostředků a nahrazují je používáním nitroděložních tělísek (IUD), případně přecházejí k nitroděložním systémům s levonorgestrem (LNG-IUS) (Fait, 2018).

1.1.2 Dělení antikoncepce

V současné době jsou možnosti výběru moderní, účinné a bezpečné antikoncepce velmi široké (Fait, 2018). Antikoncepční metody můžeme rozdělit na antikoncepci pro muže a na antikoncepci pro ženy (Pařízek, 2015). Dále můžeme antikoncepci rozdělit na metody vyžadující lékařskou péči a na metody, které si může žena zajistit sama, tedy lékařskou péči nevyžadují (Čepický, 2018). Při výběru antikoncepční metody je nutné vzít v úvahu řadu aspektů, aby její použití bylo pro konkrétní ženu co nejpříznivější. Gynekolog by měl zvážit přání každé ženy zvlášť a následně jí poskytnout odborné rady

a doporučení (Pařízek, 2015). V této práci jsem rozdělila antikoncepci na dvě hlavní skupiny, antikoncepci hormonální a nehormonální, které následně ještě rozdělují podle využitých metod. Každý lékař i porodní asistentka by měli být schopni svým pacientkám poradit a pomoci při výběru antikoncepce, dle jejích požadavků, možností a zdravotního stavu.

1.1.3 Spolehlivost antikoncepce

Spolehlivost antikoncepce je důležitou podmínkou ovlivňující rozhodnutí ženy, která chce antikoncepci využívat. Nejčastěji se udává jako počet otěhotnění na 100 žen používajících metodu v průběhu jednoho roku pohlavního života, tzv. Pearlův index (PI) (Příloha 1); (Čepický, 2018). Tento PI je běžně využíván, ačkoliv je jeho metoda srovnávání problematická, protože např. nepřihlíží k věku uživatelky, a tedy ani ke klesající přirozené plodnosti ve vyšším věku, proto jsou hodnoty tohoto PI brány jako orientační (Čepický, 2010). Dále je ještě nutno podotknout, že je potřeba vždy dodržovat všechny podmínky, které zvolená metoda vyžaduje (Pařízek, 2015). PI udává u všech dostupných lékařských metod méně než 1 pro ideální uživatelky, tedy ženy, které se nedopouští chyb. U ostatních antikoncepčních metod se nejlepší hodnoty ideální uživatelky pohybují do 5. U běžné uživatelky, tedy ženy, která se dopouští běžného počtu chyb, jsou tato čísla ještě mnohem vyšší, např. přerušovaná soulož má hodnotu 20 (Čepický, 2018).

1.2 Menstruační cyklus

Menstruační cyklus je biologický děj, který se u ženy pravidelně opakuje od první menstruace, kterou odborně nazýváme menarche, až do poslední menstruace, tzv. menopauzy (Příloha 2). Cyklus má periodický charakter. Jde o proces, kdy se tělo ženy připravuje na přijetí oplodněného vajíčka a těhotenství. Dobu, kdy je žena schopna počít a donosit dítě, odborně nazýváme reprodukční nebo fertlní období a jedná se o období v rozmezí zhruba od 14 do 45 let (Pařízek, 2015). Průměrná délka menstruačního cyklu u ženy je 29,4 dne. Zhruba 95 % žen menstruuje v intervalu 23–36 dnů. Co se týká průměrné délky cyklu, s věkem se tato délka zkracuje. U žen ve věku 15–20 let činí délka cyklu průměrně 30,5 dne. Zatímco u žen ve věku 40–44 let je délka cyklu průměrně 28,1 dne. Menstruační cyklus je tedy přibližně stejně dlouhý jako cyklus měsíční a už od starověku jsou tyto cykly spojovány, odtud také pramení pojmenování „měsíčky“ (Uzel, 2010). Menstruační krvácení je nápadným projevem skutečnosti, že

žena ve stávajícím cyklu neotěhotněla. Toto krvácení trvá průměrně 5 dnů, u 95 % žen je délka 2–7 dnů (Křepelka, 2013). Krev je vždy smíšená s odumírající děložní sliznicí, nedochází k jejímu srážení, protože obsahuje protisrážlivé látky (Pařízek, 2015). V podstatě to znamená, že z odumírající tkáně děložní sliznice se uvolňuje aktivátor plasminogenu, čímž dochází k zablokování srážení krve (Uzel, 2010). Menstruační cyklus je velmi složitý děj, který řídí řada hormonů, ke změnám dochází ve vaječnicích, děloze, vejcovodech i pochvě (Pařízek, 2015). Celý cyklus je řízen hypotalamem, předním lalokem hypofýzy a vaječníky (Roztočil a Bartoš, 2011). Tato centra vzájemně komunikují za pomoci hormonů. Z centra hypotalamu, který nazýváme nucleus arcuatus, se vyplavuje neurohormon zvaný gonadoliberin, také luliberin (také znám jako hormon uvolňující gonadotropin GnRH). Množství a rychlost vylučování produkovaného gonadoliberinu se během cyklu mění. V počátku cyklu, když jsou nízké hladiny estradiolu a progesteronu, je frekvence uvolňování gonadoliberinu vyšší, zatímco v poslední, luteální fázi je frekvence gonadoliberinu nižší (Křepelka, 2013).

1.2.1. Jednotlivé fáze cyklu a působení hormonů na ženský organismus

Menstruační cyklus má podle klinického průběhu, tedy na základě tkáňových změn, fázi menstruační, proliferační a sekreční. Pokud bychom dělili menstruační cyklus podle hormonálních změn, tak se jedná o fázi folikulární, ovulaci a fázi luteální (Křepelka, 2013; Roztočil a Bartoš, 2011). Za začátek cyklu považujeme první den menstruačního krvácení (Pařízek, 2015; Křepelka, 2013).

Menstruace je tedy první fázi menstruačního cyklu, kdy dochází k menstruačnímu krvácení. Děloha se tak spolu s krví zbavuje své sliznice (výstelky), která nebyla využita pro uhníždění oplodněného vajíčka. Tato fáze nastává většinou 21. den menstruačního cyklu, přičemž intenzita a charakter krvácení se v průběhu menstruace mění (Roztočil a Bartoš, 2011). Množství menstruační krve se přibližně pohybuje mezi 60–80 ml a 90 % této krve je vyplaveno především druhý a třetí den cyklu. Průměrná doba krvácení je 5 dnů (Pařízek, 2015; Křepelka, 2013). K menstruaci dochází v případě, že nedojde k oplození oocyty a hladina progesteronu a estradiolu v průběhu 9–11 dnů poklesne, což vede k poklesu tkáňového faktoru a zapříčiňuje krvácení (Křepelka, 2013). Pokud nastane oplození oocyty, pak nedochází k oddělování děložní sliznice, ale naopak sliznice v děloze sílí a zárodek se do této tkáně zanořuje, začíná tak těhotenství. V průběhu

těhotenství období menstruace ustává, k další menstruaci dojde většinou až po ukončení kojení (Pařízek, 2015).

Folikulární fázi označujeme dobu od 1. dne cyklu přibližně do 14. dne cyklu. V časné fázi se snižuje hladina progesteronu a tím dochází k možnosti tvorby hypofyzárních hormonů. Vlivem působení hormonů se začínají ve vaječnicích tvořit a růst folikuly, které obsahují vajíčka. Obal těchto vajíček vytváří estrogény, především estradiol. V průběhu 6. až 7. dne se z těchto folikulů vymezi jeden hlavní folikul, který v sobě obsahuje největší množství folikostimulačního hormonu (FSH). Tento folikul pak jako jediný dále pokračuje v růstu a současně produkuje velké množství estradiolu po dobu 10–17 dnů (Roztočil a Bartoš, 2011; Křepelka, 2013). Vyprodukované estrogény pak podněcují vývin nové slizniční vrstvy dělohy (endometria), kterou nazýváme **proliferační** (bující) endometrium. Dochází tedy k překrývání folikulární fáze s fází proliferační (Rokyta, 2000). V pozdní fázi pak roste hladina luteinizačního hormonu (LH), čímž počíná produkce androstendionu a testosteronu, což má za následek nejen zahájení ovulace, ale také zvýšení libida a s tím spojené změny v sexuálním chování u ženy (Křepelka, 2013). Ve folikulární fázi tedy zjednodušeně řečeno dochází k přípravě nové výstelky v děloze pro přijetí oplodněného vajíčka za pomoci hypofýzy, která vytváří potřebné hormony (Pařízek, 2015).

K **ovulaci** dochází po ukončení pozdní folikulární fáze. Dochází k nahromadění velkého množství estradiolu, což má za následek vyplavení LH a také FSH, tím se obnovuje meiotické dělení oocyty a luteinizace granulózových buněk, které následně začnou vylučovat progesteron. Zvyšuje se tak hladina prostaglandinů, enzymatických proteinů a také se zvyšují kontrakce hladké svaloviny folikulu, což vede k puknutí jeho stěny. Oocyt se odděluje a následně dochází k jeho zachycení fimbriemi vejcovodu (Křepelka, 2013). Tím pak putuje do dělohy. Pokud v průběhu této cesty nedošlo k oplození oocyty, ten následně zaniká (Pařízek, 2015).

Luteální fázi neboli **sekreční fázi** označujeme období, kdy došlo k puknutí folikulu až do začátku menstruace. Fáze trvá přibližně 14 dnů. Puklý folikul se mění na žluté tělísko (corpus luteum), které tvoří progesteron a dochází tak ke zvyšování jeho hladiny (Seidlová, 1997). Tento hormon je důležitý pro sliznici dělohy, kdy se proliferační buňky mění na sekreční, aby bylo možné dobré uhnízdění oplodněného oocyty. Pokud nedojde k oplodnění oocyty spermií, žluté tělísko zaniká a vznikne bílé tělísko (corpus albicans),

dochází ke snižování hladiny progesteronu, slizniční vrstva dělohy přestává být vyživována hormony, což vede k jejímu oddělování. Luteální fáze tak předchází do fáze menstruace (Křepelka, 2013).

Z popisu jednotlivých fází menstruačního cyklu je patrné, o jak složitý proces se jedná. Je nutné si uvědomit, že jde o funkční strukturu hypotalamo-hypofyzo-ovariální osy a v případě, že bychom do tohoto procesu chtěli zasáhnout a dosáhnout antikoncepčního účinku, je nutné použít antikoncepční účinek steroidních hormonů, které nám zaručí komplexní účinek a uplatní se tak na několika úrovních (Křepelka, 2013).

1.3 Plánované rodičovství

Jako plánované rodičovství označujeme snahu partnerů posunout těhotenství a porod do pro ně nejvhodnější doby, která je pro dítě nejpříznivější jak z ekonomického, tak především ze sociálního hlediska (Pařízek, 2015). Nechtěné těhotenství může způsobit těžké deprese, může vést k nedostatečné péči o dítě, k páchání násilí na těchto dětech, k jejich nedostatečné výchově nebo může vést i k jejich opuštění (Tošner, 2017). Ve všech civilizovaných zemích světa je plánování rodičovství považováno za základní lidské právo. Rozhodnout se, kdy a jestli vůbec mít děti, je právem každého jedince a má svou oporu i v mnoha mezinárodních úmluvách, jmenujme např. Prohlášení teheránské konference OSN o lidských právech (1968), Úmluvu o právech dítěte (1989), nebo Akční program mezinárodní konference Spojených národů o populaci a rozvoji (1994) atp. (Fait, 2018). V posledním desetiletí dynamicky narůstá populace v nejlidnatějších rozvojových oblastech světa, což vede k velkým problémům do budoucna, i proto, že zásoby pitné vody a potravin nejsou neomezené a brzy pro lidstvo nebudou stačit. Možným usměrněním populační exploze je postupné zavádění metody plánovaného rodičovství v zemích s největším přirozeným přírůstkem obyvatel (Pařízek, 2015). Aby bylo možné plánovaného rodičovství dosáhnout, je nutné zajistit dokonalou informovanost o možných způsobech antikoncepce, o jejich výhodách, ale i nevýhodách a také o jejich spolehlivosti (Fait, 2018). V rozvinutých zemích již výrazně stoupla míra informovanosti žen o metodách antikoncepce a plánované rodičovství se stalo součástí životního stylu, kdy si žena sama může rozhodnout a naplánovat kolik dětí a kdy porodí (Pařízek, 2015; Fait, 2018).

1.4 Nehormonální antikoncepce

Nehormonální antikoncepci využívají především ženy, které hormonální antikoncepci používat nemohou anebo z nějakého důvodu nechtějí. Do skupiny nehormonální antikoncepce řadíme podle působení přirozené metody antikoncepce, bariérové metody antikoncepce a chemické metody antikoncepce (Čepický, 2018).

1.4.1 Přirozené metody antikoncepce

Přirozenými metodami nazýváme ty, které nevyžadují žádný mechanický nebo farmakologický nástroj. Mezi tyto metody zařazujeme kojení, periodickou abstinenci, coitus interruptus a podobné techniky. Patří sem samozřejmě také úplná sexuální nebo koitální abstinence (Čepický, 2010). Tyto přirozené metody jsou využívány především ženami, které nemohou využívat hormonální antikoncepci např. ze zdravotních důvodů, nebo proto, že se obávají negativních vlivů a vedlejších účinků hormonální antikoncepce (Brochmann a Dahl, 2019). Dalším důvodem může být i fakt, že tyto přirozené metody patří mezi ty levnější, a tudíž jsou pro ženy dostupnější. Nevýhodou těchto metod je nejen vysoký PI, tudíž jsou velmi nespolehlivé, ale také to, že přirozené metody nechrání před přenosem pohlavních chorob (Pašková, 2020).

Kojení můžeme využít jako antikoncepční metodu pouze za splnění jistých podmínek. Žena, která využívá tuto metodu, musí kojit minimálně 6krát denně, přestávka mezi kojeními nesmí být delší než 4 hodiny a nesmí přesáhnout 6 hodin. Kojící žena při této metodě nesmí menstruat a může tuto metodu využívat maximálně po dobu šesti měsíců od porodu, po této době už velice rychle klesá antikoncepční spolehlivost této metody (Pařízek, 2015). Tuto metodu mohou využívat pouze ženy, které netrpí některou z nemocí, která by jim sama o sobě bránila v kojení, nebo z důvodu užívání léků, které by měly negativní vliv na kojené dítě. Pozitivním aspektem této metody je vliv na snížení rizika karcinomu prsu a v neposlední řadě příznivé účinky pro kojené dítě. Vlivem kojení kojící ženě ubývá kostní hmota, která má za následek osteoporózu (Čepický, 2010).

Periodickou abstinencí označujeme metodu, při které ženy využívají neplodných dnů ve svém menstruačním cyklu. K tomu lze využít několik způsobů, jedním z nich je kalendářová metoda, můžeme se také setkat s pojmenováním Ogino-Knausova metoda, která využívá pro výpočet plodných a neplodných dnů menstruační kalendář dané ženy (Čepický, 2010). Tuto metodu lze využít v případě, že žena zná přesnou délku posledních

12 menstruačních cyklů a její cyklus je pravidelný. Pro výpočet plodných a neplodných dnů musí žena nejprve od nejdelšího cyklu odečíst 11 a získá poslední plodný den, následně od nejkratšího cyklu odečte 18 a dostane se k prvnímu plodnému dni (Čepický a Čepická Líbalová, 2010). Ostatní dny mimo uvedené jsou tedy neplodné. PI je u této metody udáván 14–35, je to tedy velmi nespolehlivá metoda, a proto se nedoporučuje (Fait, 2018; Čepický, 2010). Do periodické abstinence můžeme také zahrnout teplotní metodu, která vychází ze změny tělesné teploty v průběhu menstruačního cyklu. Při ovulaci dochází ke zvýšení tělesné teploty o 0,5 stupně a toto zvýšení teploty pak trvá až do konce cyklu. Od 4. dne, kdy evidujeme zvýšenou teplotu, tak nastává období neplodných dnů (Fait, 2018). Tato metoda ale vyžaduje dodržení určitých pravidel, jako je pravidelné měření teploty. Zároveň je nutné počítat s dalšími vlivy, které mohou tělesnou teplotu zvýšit, např. infekční onemocnění, rozrušení nebo třeba i pití alkoholu (Čepický a Čepická Líbalová, 2010). Spolehlivost této metody podle PI je 1–3, tedy opět nespolehlivá (Fait, 2018). K určení plodných dnů je také možné použít hlenovou metodu, též nazývanou Billingsova metoda. Při této metodě se plodné dny určují podle hustoty a množství hlenu v děložním hrdle. Aby mohla tato metoda fungovat, je nutné kontrolovat výtok pravidelně každý den a sledovat tak jeho změny. Pokud je hlen hustý a mazlavý, jedná se o období před ovulací, při ovulaci je hlen řidší a dá se vytáhnout, po ovulaci se opět stává hustým a mazlavým (Čepický a Čepická Líbalová, 2010). Struktura hlenu se ale opět může lišit vlivem různých nemocí apod. Spolehlivost této metody podle PI se pohybuje od 0,4 do 39,7, tedy velice nespolehlivá (Fait, 2018). Všechny uvedené metody periodické abstinence vyžadují mnoho počítání, pravidelné evidence a zapisování, na tom závisí jejich míra spolehlivosti. Většina žen není schopna tyto podmínky dodržet, a proto tyto metody nemohou dosáhnout vysoké spolehlivosti (Brochmann a Dahl, 2019).

Přerušovaná soulož (coitus interruptus) je nejčastěji využívanou metodou ze všech, a to i přesto, že PI se u této metody pohybuje mezi 8–38 a jedná se tedy o velmi nespolehlivou metodu (Fait, 2018). Tato metoda spočívá ve včasném přerušení soulože ještě před orgasmem. Problém spočívá v tom, že spermie jsou z močové trubice vylučovány již před orgasmem a také v tom, že po případném orgasmu zůstávají přítomny ve žlázkách ústících do močové trubice a může tak dojít k jejich výronu při opakované souloži (Čepický, 2010).

1.4.2 Bariérové metody antikoncepce

Cílem bariérové antikoncepce je zabránit vniknutí spermií do dělohy pomocí chemické nebo mechanické překážky. Někdy se může jednat i o kombinaci obou překážek (Čepický, 2010). Nejsnáze použitelnou bariérovou antikoncepcí a v dnešní době také jedinou antikoncepcí pro muže je **kondom**, nebo také preservativ. Jedná se vlastně o malý sáček vyrobený z latexu, který zabraňuje průniku spermií do dělohy zachycením ejakulátu při mužském vyvrcholení (Brochmann a Dahl, 2019). Jeho původním úkolem, který si ale zachoval dodnes, bylo chránit uživatele před pohlavními nemocemi. Spolehlivost kondomu v zabránění početí dle PI se udává kolem 14. Problém spočívá především v jeho správném používání, které je složitější, než by se nám mohlo zdát. Je potřeba dodržet určitá pravidla, jako je například správná technika nasazení, nebo nepoužívání mastných krémů, které mohou narušit strukturu latexu a také jeho skladování v suchu a chladu je důležité (Čepický a Čepická Líbalová, 2010). Kondom může také v průběhu jeho užívání prasknout nebo sklouznout, a proto mnohé páry využívají kondom jako pojistku v kombinaci s jinou antikoncepční metodou (Brochmann a Dahl, 2019). Důležité je také upozornit na fakt, že někteří uživatelé kondomů nemusejí dosáhnout orgasmu, nebo mohou trpět vzácnou alergií na latex, ze kterého je kondom vyroben (Čepický, 2010).

Mezi ženské bariérové antikoncepce řadíme vaginální pesar, cervikální klobouček, vaginální hubku a ženský kondom, nazývaný femidon. Tento typ antikoncepce byl hojně využíván v 50. letech 20. stol., v dnešní době se využívá jen minimálně, pro nepraktičnost a nespolehlivost, s výjimkou femidonu (Čepický, 2010). **Vaginální pesar** je blána z latexu s kovovou pružinou po obvodu, který se vkládá před děložní čípek (Příloha 3). Je nutné zvolit správnou velikost pesaru, protože v pochvě drží zapřením o sponu stydkou a poševní klenbu. O velikosti rozhoduje lékař na základě provedených měření (Brochmann a Dahl, 2019). Pesar se nesmí vyjmout dříve než za 6 hodin po styku. PI pro pesar je v rozmezí 1–20. Je to způsobeno i velkou mírou selhání a špatným zavedením. U některých žen pak může používání vaginálního pesaru způsobit výtoky, různé vaginální záněty i tělesné abnormality pochvy (Fait, 2018). Pro nespolehlivost této antikoncepce je doporučováno kombinovat ji se spermicidy (Čepický, 2010).

Cervikální klobouček je taktéž vyroben z latexu a jeho velikost opět určuje lékař. Určení velikosti je důležité hlavně z toho důvodu, že latexový klobouček se musí přiložit

k děložnímu hrdlu, kde následně dojde k jeho přísátí, které způsobí překrytí zevního ústí čípku (Fait, 2018; Čepický, 2010). Cervikální klobouček může být ponechán v pochvě po dobu 3 týdnů. Jeho spolehlivost dle PI je 6. Opět můžeme jeho spolehlivost zlepšit, pokud jej použijeme v kombinaci se spermicidním přípravkem (Fait, 2018). Při užívání této antikoncepce se mohou objevit zdravotní problémy v podobě různých infekcí (Čepický, 2010).

Další bariérovou antikoncepcí je **vaginální hubka**. Jde vlastně o polyuretanovou houbičku o velikosti v průměru 6 cm, která je napuštěna spermicidním přípravkem. Ani tato metoda není spolehlivá, opět záleží na jejím správném zavedení (Pařízek, 2015).

V současné době je na trhu dostupný ženský kondom, **Femidon** (Příloha 4), který se svým tvarem trochu podobá tomu mužskému. Jeho tvar je ale uzpůsoben ženskému tělu, kdy jedním koncem dosahuje až k děložnímu čípku a jeho druhá strana vyčuhuje z pochvy. Femidon je nutné používat se spermicidními krémy nebo s lubrikačními gely, aby mohl být spolehlivý. Velkým plusem femidonu je, že stejně jako kondom i on částečně chrání před přenosem pohlavních nemocí (Čepický, 2010).

1.4.3 Chemické metody antikoncepce

Tato metoda je vhodná pro ženy, u kterých hrozí riziko nákazy pohlavně přenosnými infekcemi nebo u nich není pohlavní styk tak častý (Fait, 2018). Chemické metody antikoncepce jsou založeny na znehybnění spermií v pochvě, v podstatě dochází k porušení buněčné membrány spermií (Čepický, 2010). Nejčastěji využívaný byl mnoho let především nonoxynol-9, u kterého je uváděn PI 3–21, ale jeho užívání je spojeno s nebezpečím poškození sliznice pochvy. Lepších výsledků dosahuje nový spermicid, benzalkonium chlorid, který působí stejně, ale jeho spermicidní účinnost se uvádí až 4x vyšší, a navíc má pozitivní vliv i co se týká protiinfekční aktivity. Účinkuje proti streptokokům, stafylokokům a zasahuje taktéž patogeny, které jsou přenášeny pohlavním stykem, jako například chlamydie. Jeho působení je pouze v místě užití, neprostupuje tedy do krevního oběhu. Příkladem takové chemické antikoncepce s vysokou spolehlivostí, PI se uvádí 0,68 – 2,6, je Pharmatex® vyráběný ve variantě globulí nebo jako krém. Pokud se důsledně dodrží návod k užívání, tak jej můžeme označit za jednu z variant vysoce účinné antikoncepce, která má jako bonus ještě antimikrobiální účinky (Fait, 2018).

1.4.4 Nitroděložní antikoncepce

Nitroděložní antikoncepce je metodou zabránění početí zaváděnou gynekologem. Jedná se o intrauterinní tělísko (IUD) různého tvaru (Příloha 5), nejčastěji tvaru T, vyrobené převážně z plastické hmoty. Dnešní tělíška v sobě obsahují měď a v některých případech je přidáno ještě zlato nebo stříbro (Čepický, 2010). Aby bylo možné tělísko v těle vyhledat, je do něj přidáván i síran barnatý, jenž lze dohledat UZ vyšetřením. Obsah mědi se v tělísku liší podle toho, na jak dlouhou dobu je do těla zaváděno, může to být od 3 až na 10 let. Tato metoda antikoncepce funguje na principu vyvolání asymptomatického zánětu v děloze cizím tělesem, který následně brání v otěhotnění. Navíc použití mědi v tělísku způsobuje přirozený spermicidní účinek, neboť měď neumožňuje výkonnost spermií. O to více je tato metoda účinnější (Fait, 2018). PI je uváděn v hodnotě 0,5 (Čepický, 2010). Po zavedení tělíška může žena zaznamenat delší a silnější menstruační krvácení. Je také nutné upozornit uživatelky této metody na vyšší výskyt mimoděložního těhotenství a také na fakt, že tato antikoncepce nechrání před pánevní zánětlivou nemocí. Kontraindikací užívání je alergie na kovy. Výhodou nitroděložního tělíška je pak možnost otěhotnění skoro okamžitě. Fait uvádí, že po odstranění IUD otěhotnělo 72–96 % žen do jednoho roku (Fait, 2018).

1.4.5 Sterilizace

Sterilizace je metodou antikoncepce, která je prováděna operativně a po tomto výkonu již většinou nelze otěhotnět, další těhotenství je pak možné pouze pomocí asistované reprodukce. Proto sterilizaci často využívají partneři, kteří již neplánují další děti, nebo ženy, u kterých by otěhotnění nebylo vhodné z důvodu vážných zdravotních problémů. Dnes můžeme říct, že díky značnému vývoji spolehlivých, a především vratných antikoncepčních metod, není tato metoda sterilizace tak rozšířená (Čepický, 2010). V České republice bylo možné do roku 2012 žádat sterilizační komisi o provedení sterilizace ze zdravotních důvodů (Fait, 2018). Od 01. 04. 2012 vstoupil v platnost nový zákon č. 373/2011 Sb., O specifických zdravotních službách, který zní: „*Sterilizací se rozumí zdravotní výkon zabraňující plodnosti bez odstranění nebo poškození pohlavních žláz. Sterilizaci lze provést ze zdravotních důvodů, nebo z jiných než zdravotních důvodů.*“ Tento zákon dále upřesňuje podmínky pro sterilizaci z jiných než zdravotních důvodů, především svéprávnost a dosažení věku 21 let (Zákon č. 373/2011 Sb., 2011). Sterilizace může být prováděna jak u žen, tak i u mužů. Sterilizace u mužů spočívá

v přerušení chámovodů, nazýváme ji vazektomií (Příloha 6). Kromě tradičních metod jsou dnes využívány bezskalpelové techniky v lokální anestezii, které snižují riziko pooperačních komplikací (Monoski et al., 2006). Mužská vazektomie nemá žádný vliv na dosavadní sexuální život, nemění kvalitu erekce muže, ani hladinu mužských hormonů (Bittner, 2017). Účinek vazektomie je prakticky 100 % (Procházka, 2020). Ženská sterilizace je prováděna operativním přerušením vejcovodů. Techniky a postupy tohoto přerušení jsou různé (Příloha 7). Většina sterilizací je prováděna laparoskopicky (Čepický, 2010). Nejnovější formou ženské sterilizace je systém Essure. Využívá bezskalpelovou techniku a provádí se v lokální anestezii, kdy se do vejcovodu pomocí hysteroskopie zavádí mechanické tělísko, které obsahuje nikl a titan. Po vložení tělíska do vejcovodu se po 3 měsících vytvoří překážka, která brání spermii proniknout k vajíčku (Pilka, 2017). Obecně lze říci, že sterilizace je velmi spolehlivou metodou antikoncepce, což dokládá PI, který je uváděn pro ženy hodnou 0,1 a pro muže hodnotou 0,02 (Fait, 2018).

1.5 Hormonální antikoncepce

Hormonální antikoncepce se díky vývoji v biochemii, endokrinologii a v technologiích stala součástí naší moderní doby. Je schopna nejen poměrně spolehlivě zabránit početí, ale navíc nám umožňuje naplánovat si rodičovství na tu správnou dobu, protože se jedná o metodu dočasnou, nikoliv nevratnou. Současně svým složením ženě pomáhá udržovat pravidelný menstruační cyklus (Nováčková a Nouzová, 2016). HAK je v současné době dostupná v několika aplikačních formách. Ženy ji mohou užívat ve formě tablet, náplastí, nitroděložního tělíska s obsahem hormonů, ale mohou využít například i HAK ve formě injekce, podkožního tělíska nebo v podobě vaginálního kroužku. Jednotlivé formy se pak liší i délkou působení a četností užívání. Zatímco tablety je nutné užívat denně, injekce pak po třech měsících, tak některá hormonální nitroděložní tělíska zajišťují účinnost až po dobu 5 let (Hořejší, 2016). Hlavním cílem hormonální antikoncepce je především zabránění ovulace. Podle složení steroidních hormonů v antikoncepci, ji můžeme rozdělit na gestagenní a kombinovanou, která kromě gestagenní složky, známé též pod názvem progestin, obsahuje i estrogen. Vlivem užívání hormonální antikoncepce s gestagenem dochází ke změně hustoty vaginálního sekretu v hrdle děložním, což má za následek nepropustnost pro spermie a také různé bakterie a viry. Dále také zpomaluje růst děložní sliznice, což znemožňuje uhnízdění vajíčka. Estrogeny, které kombinované antikoncepce

obsahují, jsou navíc schopny omezit výdej gonadotropinu, který ovlivňuje činnost vaječnicků, a nedochází tak k ovulaci (Čepický a Čepická Líbalová, 2010).

1.5.1 Gestagenní antikoncepce

Gestagenní antikoncepce obsahuje pouze hormon žlutého tělíska, který nazýváme progestin (gestagen). Jelikož tato antikoncepce neobsahuje estrogen, je vhodná pro kojící ženy, kuřačky starší 35 let, dále také pro ženy s migrénami, nebo ženy s indikovanou hypertenzí a se zvýšeným rizikem poruchy srážlivosti krve nebo s rizikem kardiovaskulárních komplikací (Křepelka, 2013). Je také doporučována ženám, které trpí nemocí jater, cukrovkou anebo ženám, u kterých je riziko vzniku karcinomu endometria. Naopak kontraindikací je těhotenství nebo prokázání karcinomu prsu (Fait et al., 2019). Účinek gestagenní antikoncepce je založen jednak na blokování ovulace, tak především na účinném zvýšení hustoty cervikálního hlenu, který se tak stává blokádou pro spermie. Zároveň dochází ke zpomalení pohybu vejcovodů a ke změnám na sliznici dělohy, kde nedochází k nárůstu endometria a vajíčko se tak nemá kde uhnízdít (Křepelka, 2013). Při užívání této antikoncepce se mohou uživatelky setkat s úplnou ztrátou menstruace, což je možné využít k úpravě chudokrevnosti, premenstruačního syndromu a také k regulaci endometriózy. S tím také souvisí pozitivní vliv na hyperplazii. PI se udává kolem 0,5, pokud je správně užívána (Čepický, 2010). Tato metoda antikoncepce je dostupná v různých formách, což ženám umožňuje vybrat si ten správný typ přímo podle jejich potřeb. Některé ženy tak preferují každodenní užívání pilulek, jiné upřednostňují formu injekce, která je aplikována v ordinaci lékaře každý 3. měsíc. Některým ženám vyhovují spíše formy s dlouhodobějším účinkem, jako je podkožní implantát působící až tři roky, nebo LNG-IUS, který působí po dobu pěti let (Čepický a Čepická Líbalová, 2010).

Minipilulka je čistě gestagenní perorální antikoncepcí, kterou je nutné užívat kontinuálně jednou denně. Tuto pilulku je nutné užívat od prvního dne menstruace a antikoncepční účinek se dostavuje okamžitě. Pokud se žena rozhodne ukončit užívání této antikoncepce, plodnost se navrátí přirozeně okamžitě. Dříve byly užívány tablety Exluton®, s obsahem 0,5 mg lynestrenolu, dnes představuje čistě gestagenní antikoncepci tableta s obsahem 0,075 mg desogestrelu, můžeme se setkat s tabletami Cerazette®, Azalia®, Daysenette®. Tato nová perorální antikoncepce má vyšší účinnost oproti předchozí, její účinky můžeme srovnat s účinky kombinované hormonální antikoncepce. Desogestrel i lynestrol mají schopnost změnit složení cervikálního hlenu, ale na rozdíl od lynestrenolu, desogestrel

navíc potlačuje ovulaci, a to dokonce v 97–99 % (Fait, 2018). Tato schopnost je zachována i v případě, že si žena zapomene vzít tabletu v pravidelném čase, ale užije ji do 12 hodin od původní doby (Unzeitig et al., 2012). Tato současná minipilulka dosahuje PI 0,14. Tuto pilulku mohou užívat ženy bez věkového omezení. Hojně ji využívají kojící matky, protože neobsahuje estrogen a tím neovlivňuje skladbu mateřského mléka (Fait,2018).

Injekční depotní medroxyprogesteron acetát (DMPA) je pro ženy dostupný ve dvou formách. První formou je intramuskulární injekce v dávce 150 mg a objemu 1ml, tzv. DepoProvera®, která je v současnosti nahrazována druhou formou, subkutánní injekcí s dávkou 104 mg a objemu 0,65ml s názvem Sayana®. Tato novější injekční metoda má výhodu především v podávání, protože aplikace injekce do přední části stehna nebo do břicha je díky praktickému injektoru méně bolestivá a umožňuje aplikaci i uživatelce (Křepelka, 2013; Fait, 2018). Obě varianty injekce obsahují minikrystaly, které se postupně rozpouštějí a tím uvolňují medroxyprogesteron acetát, který zabraňuje ovulaci a zároveň, stejně jako u minipilulek, zvyšuje neprostupnost cervikálního hlenu a změnu v pohyblivosti vejcovodů (Křepelka, 2017). Tato metoda dosahuje vysoké účinnosti a v podstatě můžeme říci, že se jedná o nejspolehlivější antikoncepční metodu vůbec, PI dosahuje hodnoty 0,01 (Čepický, 2010). Oba typy injekcí je nutné poprvé aplikovat v průběhu prvních 5 dnů menstruačního cyklu a poté je potřeba aplikaci opakovat každých 11–13 týdnů, tedy pravidelně po 3 měsících. Nehrozí zde tedy chyba v pravidelném užívání, jak tomu může být u minipilulek. Nevýhodou je dlouhá doba návratu plodnosti, která je udávána v rozmezí 10–18 měsíců (Fait, 2018).

Podkožní implantát je další formou gestagenní antikoncepce. V současné době je v České republice dostupný pouze jediný přípravek této formy, Implanon®. Jedná se o tyčinku velikosti 40 x 2 mm, která obsahuje 68 mg etonogestrelu. Ten způsobuje útlum ovulace, ale nezasahuje do vývoje folikul, takže přirozená produkce estrogenu u ženy není potlačena (Fait, 2018). Tento implantát se zavádí pod kůži v oblasti nadloktí z vnitřní strany a do ruky, kterou méně namáháme. Vyjmutí se pak provádí malým řezem s místním umrtvením (Čepický a Čepická Líbalová, 2010). První zavedení implantátu by mělo být provedeno do 5. dne menstruačního cyklu, v případě opakovaného užívání může být nový implantát zaveden ihned po vyjmutí předchozího (Fait, 2018). Pokud se žena rozhodne otěhotnět, implantát je možné vyjmout kdykoliv a návrat plodnosti je okamžitý (Čepický a Čepická Líbalová, 2010). Implantát, stejně jako všechny gestagenní formy

antikoncepce, zvyšuje viskozitu cervikálního hlenu, čímž zabraňuje prostoupení spermií a zamezuje ovulaci (Fait, 2018). PI je 0,02, tedy opět se jedná o velmi spolehlivou antikoncepční metodu (Čepický, 2010).

1.5.2 Nitroděložní systém s levonorgestrelu (LNG-IUS)

Vznikl přidáním levonorgestrelu do IUD, zástupcem této formy antikoncepce je Mirena®, nebo také Levosert®. (Fait, 2018). LNG-IUS je ve tvaru písmene T a obsahuje 52 mg levonorgestrelu, který se postupně uvolňuje v minimální hladině po dobu 5 let (Čepický, 2010). LNG-IUS v podstatě kombinuje účinek IUD, kdy tělísko způsobuje zánět, který napadá spermie, s gestagenní antikoncepcí, která mění propustnost cervikálního hlenu, ovlivňuje růst děložní sliznice a zpomaluje pohyb vejcovodů (Fait, 2018). Antikoncepční efektivita je tedy velmi vysoká, PI uvádí hodnotu 0,02. LNG-IUS mohou využít všechny ženy, u kterých nebyl indikován karcinom prsu, nebo netrpí vrozenou vadou dělohy, ale u žen, které ještě nerodily může být zavedení trochu obtížnější a pro ženu bolestivější (Čepický, 2010). Nitroděložní systém je lepší zavádět až koncem menstruačního cyklu, protože děložní hrdlo bývá pootevřené (Čepický a Čepická Líbalová, 2011). Po zavedení nitroděložního systému dochází ke krvácení, které má dlouhodobější charakter, průměrně se jedná o 3 až 6 měsíců, ale již v průběhu těchto měsíců dochází k jeho slábnutí (Bachmann a Korner, 2009). Je nutné na tento fakt ženu předem upozornit (Čepický, 2010). Až 5,9 % žen, které se domnívaly, že pro ně bude tato metoda nejvhodnější, ukončuje její užívání z důvodu velkého krvácení (Sivin a Stern, 1994). LNG-IUS je vhodná především pro ženy, které vyžadují dlouhodobou a spolehlivou antikoncepci s návratem plodnosti, který je po vysazení okamžitý. Jak již bylo zmíněno, u žen, které ještě nerodily, může být zavedení IUS bolestivé a problematické. V současné době mohou využít nových, menších LNG-IUS uvedených pod názvem Jaydess®, které obsahují 13,5 mg levonorgestrelu a působí po dobu 3 let, a Kyleena®, která obsahuje 19,5 mg levonorgestrelu a působí 5 let (Fait et al., 2019).

1.5.3 Poskoitální antikoncepce

Poskoitální antikoncepce, též nazývaná intercepce, je antikoncepční metoda, která se využívá až po souloži, v případě že hrozí riziko otěhotnění, tedy v případech, kdy nebylo využito jiných antikoncepčních metod, nebo některá z nich mohla selhat. V podstatě platí, že účinek postkoitální antikoncepce se snižuje délkou doby, která od styku samotného již uplynula. Je tedy důležité užít postkoitální antikoncepci co nejdříve od styku (Křepelka,

2017). U nás je nejčastěji využíván přípravek s názvem Postinor-2®, který obsahuje 0,75 mg levonorgestrelu. Je nutné jej užít dvakrát. Poprvé musí být podán do 72 hodin od samotného styku a podruhé pak za 12 hodin od prvního užití. Nebo je možné využít tabletu Escapelle®, která je složením podobná Postinoru-2®, jen je podávána pouze v jedné tabletě s obsahem 150 mg levonorgestrelu. Díky obsaženému levonorgestrelu dochází ke snížení motility vejcovodů a ke změnám endometria, zároveň také působí na ovulaci, kdy nedochází k prasknutí vajíčka. Pokud je dodržen uvedený postup, udává se účinnost v průměru více jak 85 %, a to bez vedlejších účinků (Fait, 2018). Další možností postkoitální antikoncepce je užití tzv. Yuzpeho metody. Tato metoda spočívá v užití 0,1 mg etinylestradiolu a 0,5 mg levonorgestrelu do 72 hodin od pohlavního styku dvakrát za sebou v rozmezí 12 hodin. Pro tuto metodu lze využít některé přípravky kombinované hormonální antikoncepce, např. Minisiston®, který by bylo možné takto užít v poměru 4 tablety dvakrát za sebou po 12 hodinách (Čepický a Čepická Líbalová, 2010). U této metody je udávána trochu nižší účinnost než u čistě gestagenních přípravků, a to 74 %, a největší nevýhodou jsou vedlejší účinky, jako například nevolnost nebo zvracení (Fait, 2018). V současné době můžeme ještě využít přípravek EllaOne®, s obsahem 30 mg ulipristal acetátu, který zabraňuje nebo oddaluje ovulaci až o 5 dnů. Tato metoda je velmi účinná a ve srovnání s levonorgestrelovými přípravky je v intervalu 72–120 hodin mnohem účinnější, ale může způsobit bolesti hlavy, nevolnost a oddálení menstruačního cyklu (Čepický a Čepická Líbalová, 2010; Křepelka, 2013).

1.5.4 Kombinovaná hormonální antikoncepce

Asi nejznámější a nejužívanější formou hormonální antikoncepce je kombinovaná hormonální antikoncepce, která je nejčastěji podávána v pilulkách, případně v podobě náplasti nebo vaginálního kroužku (Čepický, 2010). Ve všech případech se jedná o chemickou směs estrogenu a progestinu a její účinnost je taktéž kombinovaná. Tato antikoncepční metoda nejen blokuje ovulaci, ale zároveň zabraňuje průniku spermií, protože mění složení cervikálního hlenu a ovlivňuje pohyblivost vejcovodů (Fait, 2018). Nejčastěji užívanou formou kombinované hormonální antikoncepce jsou **pilulky**. V současné době mají ženy možnost vybírat pilulky i podle dalších faktorů působení, například vliv na pleť, nebo vliv na zadržování vody nebo jako prevence před cystami vaječnicků a také podle množství obsažených hormonů v jednotlivých pilulkách. Díky velké možnosti výběru mohou ženy, pokud jsou nespokojené s jedním přípravkem, vyzkoušet jiný a tím i případně odstranit nežádoucí účinky (Čepický a Čepická Líbalová,

2010). Podle toho, kolik pilulka obsahuje estrogeneru a progestinu při jednotlivých fázích cyklu, pak můžeme rozdělit perorální přípravky na monofazické, tedy takové, u kterých mají všechny pilulky stejný obsah hormonů, nebo bifazické, které mají dva typy pilulek, v druhé polovině cyklu je obsah progestinu v pilulkách navýšen. Poslední variantou jsou trifazické pilulky, u kterých postupně narůstá obsah progestinu a v poslední třetině cyklu pak narůstá i obsah estrogeneru. Tyto vícefázové přípravky se snaží přiblížit změny hormonů jako při klasickém menstruačním cyklu (Křepelka, 2017). Pilulky je pak možné užívat v určitém cyklu, nejčastěji je to 21 dnů a 7 dnů pauza, v průběhu pauzy by mělo proběhnout menstruační krvácení, nebo ve zkráceném cyklu 24 dnů a 4 dny pauza. První pilulky je nutné podat první den menstruačního cyklu a poté je nutné užívat je každý den, pokud možno ve stejnou dobu. Některé přípravky obsahují 28 pilulek, přičemž 7 posledních obsahují placebo, ženě tak mají usnadnit počítání a zaručují určitý stereotyp při užívání ve stejnou dobu každý den (Čepický, 2010). Tato antikoncepční metoda je velmi spolehlivá, pokud se užívá pravidelně. PI je udáván mezi 0,0 – 0,4, ale tato hodnota se snižuje právě v závislosti na nepravidelném užívání, pokud uživatelka užije pilulku do 12 hodin od původní doby užívání, účinnost by neměla být snížena, ale pokud se opomenutí opakuje a délka opomenutí prodlužuje, spolehlivost pak klesá a PI je 1,0. Spolehlivost nemusí narušovat pouze opomenutí, ale také například užívání ATB (Fait, 2018). Tuto hormonální antikoncepci nemohou užívat kojící ženy a ženy v šestinedělí, také by ji neměly užívat silné kuřačky nad 35 let anebo ženy s vyšším krevním tlakem. Není vhodná pro ženy, které prodělaly karcinom prsu v době kratší 5 let. Taktéž ženy s nemocí jater nebo léčící se s diabetes mellitus, by neměly tuto antikoncepční metodu využívat. Důležitá je v tomto případě i osobní anamnéza, pokud se v ní vyskytuje riziko hluboké žilní trombózy, není tato antikoncepce vhodná (Čepický, 2018). Kombinovanou hormonální antikoncepci mohou ženy využívat také v podobě **náplastí**. Ty zajišťují plynulé uvolňování malých dávek estrogeneru a progestinu do krevního oběhu pokožkou uživatelky. Náplast je nutné měnit každý týden a po třech týdnech by měla být dodržena týdenní pauza, aby proběhlo menstruační krvácení (Křepelka, 2017). Antikoncepční účinek je podobný jako u uživatelék pilulek, ale je potřeba zohlednit váhu uživatelék, při hmotnosti nad 90 kg účinnost náplastí klesá (Simmons a Edelman, 2016). PI je udáván 0,4. Co se týká kontracepce, ta je totožná jako u perorální hormonální antikoncepce. U náplastí ale mohou ženy pociťovat jistý diskomfort, jako je průnikové krvácení nebo bolesti prsou, týká se to ale většinou jen prvních měsíců (Křepelka, 2017). Poslední možnou formou kombinované hormonální antikoncepce je **kombinovaný vaginální**

system, kroužek – ring. Jedná se o plastový kroužek, který obsahuje kombinovanou dávku hormonů. Užití je celkem snadné, žena si zavede vaginální kroužek do pochvy a po dobu 3. týdnů se z něj postupně uvolňuje malé množství hormonů. Poševní sliznice má možnost vstřebávat tyto uvolňované hormony, a tím je zajištěn antikoncepční účinek. Opět by po 3 týdnech užívání měla nastat týdenní pauza, aby proběhlo menstruační krvácení (Křepelka, 2013). Spolehlivost této metody uvádí PI hodnotou 0,6. Opět se tedy jedná o spolehlivou metodu antikoncepce, za předpokladu dodržení pravidelné výměny kroužku apod. (Čepický, 2010). Ženy se mohou opět setkat s průnikovým krvácením, což je způsobeno především malým obsahem hormonů (Čepický a Čepická Líbalová, 2011). Návrat plodnosti je okamžitý po ukončení užívání (Křepelka, 2017).

1.6 Vliv jednotlivých druhů hormonální antikoncepce na ženský organismus

Každá z forem hormonální antikoncepce, ať se jedná o gestagenní nebo o kombinovanou antikoncepci, má své klady a zápory a každá uživatelka by měla být s těmito faktory seznámena (Havlín, 2017). Je opravdu důležité vždy posoudit všechny vedlejší účinky, které mohou jednotlivé druhy hormonální antikoncepce způsobit, aby riziko spojené s užíváním antikoncepce nepřevýšilo riziko neplánovaného těhotenství (Tošner, 2017).

1.6.1 Gestagenní antikoncepce

Velké pozitivum gestagenní antikoncepce spočívá v minimu kontraindikací. V podstatě existuje pouze jedna absolutní kontraindikace, což je karcinom prsu (Fait, 2018). U žen užívajících minipilulku, můžeme ve větší míře pozorovat nepravidelnosti cyklu, které mohou přejít až k úplnému vynechání cyklu, tzv. amenorea (Čepický, 2010). U některých uživatelék dochází ke zhoršení pleti a výskytu akné a časté jsou i změny nálad. Byly zaznamenány i zprávy, že minipilulka zvyšuje riziko vzniku benigních ovariálních cyst (Křepelka, 2017). Ale na druhé straně, gestagenní antikoncepce snižuje riziko hyperplazie a karcinomu endometria, zároveň byl zjištěn i pokles recidivy mykotické vulvovaginitidy (Čepický, 2010). Pokud se žena rozhodne pro tento typ antikoncepce, měla by se poradit se svým ošetřujícím lékařem, projít s ním svou podrobnou anamnézu a případně by se měla podrobit preventivnímu onkogynekologickému vyšetření. U minipilulky není nutné provádět laboratorní krevní testy (Marešová, 2014). I DMPA způsobují až úplné vymizení menstruace. Zároveň byl prokázán pozitivní vliv na rozvoj karcinomu ovaria a endometria, který je u uživatelék menší. Uplatňuje se ale například i u léčby některých epilepsií a byl prokázán i pozitivní vliv na průběh onemocnění srpkovité anémie. Některé

uživatelky DMPA mohou nepravidelně krvácet, přibývat na váze a může se jim zhoršit akné. Může též docházet ke změně nálad, bolestem hlavy a zvracení (Čepický, 2010). Během dlouhodobé aplikace DMPA dochází k mírné ztrátě kostní hmoty, ale jen přechodně, proto se nedoporučuje dospívajícím dívkám, u kterých se ještě stále tvoří kostní dřev, a ženám s rizikem osteoporózy. Jak již bylo uvedeno, jedná se o přechodné stádium, výzkumy prokázaly návrat hustoty kostní hmoty do normálu v průběhu 1–3 let od vysazení DMPA. Po užívání delším než 2 roky je nutné zvážit, zda je její další aplikace vhodná, právě z důvodu rizik výše uvedených (Fait, 2018). Po zavedení podkožního implantátu může opět dojít k nepravidelnému krvácení, v některých případech pak dochází k úplnému zastavení menstruačního krvácení (Brochmann a Dahl, 2019). Nežádoucí účinky se vyskytují pouze v nepatrné míře a jedná se především o zhoršení pleti s akné, bolesti hlavy, deprese a některé uživatelky uvádějí i změnu libida. Oproti DMPA, implantáty nijak neovlivňují kostní hmotu (Fait, 2018). Pro nízký výskyt zdravotních komplikací je implantát vhodnou formou antikoncepce pro nemocné ženy, výjimku tvoří pouze ženy, u kterých byla indikována rakovina prsu (Čepický a Čepická Líbalová, 2010). V případě LNG-IUS se občas mohou u uživatelek objevit bolesti hlavy, citlivost prsů a také bolesti v podbřišku. Byl zaznamenán i zvýšený výskyt ovariálních cyst (Fait, 2018). Tyto cysty ale nezpůsobují žádné zdravotní potíže a časem samovolně zmizí (Čepický, 2010). Vlivem gestagenní složky pak dochází ke snižování síly krvácení a některé uživatelky LNG-IUS po určité době nekrvácejí vůbec (Čepický a Čepická Líbalová, 2010). Z tohoto důvodu lze LNG-IUS využít pro léčbu polymenorey a dysfunkčního krvácení. Zároveň účinně zabraňuje rozvoji hyperplazie na sliznici dělohy a karcinomu endometria. Díky změně struktury cervikálního hlenu, výrazně snižuje nebezpečí vzniku hlubokého pánevního zánětu (Křepelka, 2013). Bylo také dokázáno, že se užitím LNG-IUS snížilo riziko mimoděložního těhotenství (Fait, 2018).

1.6.2 Kombinovaná hormonální antikoncepce

Tato antikoncepce prošla za dobu svého užívání velkým vývojem. Dnešní antikoncepční přípravky se obsahem dávky hormonů a také svými účinky velmi liší od původních přípravků (Nováčková a Nouzová, 2016). V současné době je snaha snížit obsah ženských hormonů v přípravku tak, aby byly zachovány výhody estrogenu, ale co nejvíce snížena rizika s ním spojená. Většina dnešních přípravků obsahuje 15–20 µg etinylestradiolu v jedné pilulce (Čepický a Čepická Líbalová, 2010). Užívání kombinované hormonální antikoncepce s sebou přináší i mnoho neantikoncepčních

výhod, jako je například úprava menstruačního krvácení, ať už jde o jeho sílu, pravidelnost nebo také intenzitu bolesti spojené s menstruací (Stará, 2015). Všechny preparáty kombinované hormonální antikoncepce mají taktéž příznivý vliv i na vlasy a pleť, s čímž souvisí i fakt, že některé z nich jsou pacientkám ordinovány ne pro antikoncepční účinek, ale právě pro léčbu akné (Tošner, 2017). Některé uživatelky se obávají, že její užívání bude mít vliv na jejich hmotnost, ale žádná z provedených studií nezaznamenala žádný výrazný nárůst hmotnosti uživatelky (Gallo et al., 2011). Mírný nárůst hmotnosti je spíše spojený se zadržováním vody v těle, nejde tedy o přírůstek podkožního tuku (Tošner, 2017). Pokud se ženy obávají tloustnutí při užívání kombinované hormonální antikoncepce, mohou využít přípravky s obsahem drospirenonu. U nich uživatelky zaznamenaly mírný úbytek váhy v prvním roce užívání (Čepický a Čepická Líbalová, 2011). U žen, které užívají kombinovanou hormonální antikoncepci, se zřejmě změnou hustoty cervikálního hlenu snižuje hrozba výskytu pánevních zánětů. Některé studie poukazují i na příznivý vliv této antikoncepce na žaludeční vředy, revmatoidní artritidu, ale zatím nejsou dostatečně potvrzeny (Fait, 2018). Její důležitý význam spočívá i v tom, že při jejím užívání, ale i dlouhou dobu po vysazení, významně klesá riziko rakoviny děložního těla a rakoviny vaječnicků. Zároveň výrazně snižují i riziko rakoviny tlustého střeva a konečníku (Vokurka a Tesařová, 2018). Kromě těchto pozitivních vlivů na organismus má užívání i určitá rizika. Mezi méně závažné vedlejší účinky můžeme zařadit zvětšení prsů a také zvýšení jejich citlivosti až spíše bolestivosti, také se může vyskytnout nevolnost a bolesti hlavy, to vše ale v průběhu několika měsíců odezní (Křepelka, 2017). Některé odborné studie zmiňují vliv této antikoncepce na výskyt karcinomu prsou, kdy se riziko zvyšuje s delší dobou užívání (Mørch et al., 2017). Nejspíše se mírně zvyšuje riziko vzniku nádoru prsu nejen po dobu užívání antikoncepce, ale zřejmě ještě dalších 5–10 let po vysazení (Stará, 2015). Díky pravidelným kontrolám žen, které užívají HAK, jsou však nádory prsu zachyceny v méně rozvinutém stavu (Marešová, 2014). Co se týká rizika vzniku rakoviny děložního hrdla, tak toto riziko narůstá, pokud žena užívá tuto antikoncepci déle než 5 let, ale po vysazení se riziko rychle snižuje. Je to pravděpodobně způsobeno zvýšenou citlivostí buněk k HPV infekci (Pavlišta, 2018). Kombinovaná hormonální antikoncepce může ve vzácných případech zvyšovat riziko vzniku tromboembolické nemoci (TEN), která může mít až smrtící dopad (Fait, 2018). Závažná rizika vzniku trombózy se týkají převážně žen kuřaček, žen, které se léčí s vysokým krevním tlakem a také obézních žen (Brito et al., 2011). Kontraindikací jsou tedy anamnézy trombofilních mutací, kde se vyskytují

vrozené poruchy krevní srážlivosti (Čepický a Čepická Líbalová, 2011). Pokud taková žena užívá kombinovanou hormonální antikoncepci, dochází u ní k celkové změně hemostázy. Enzymy rozpouštějící fibrin jsou méně aktivní, stejně jako inhibitory srážení krve. To vše pak vede k větší možnosti vzniku krevních sraženin (Havlín, 2017). Riziko vzniku trombózy je nejvyšší v průběhu prvních měsíců užívání, poté toto riziko postupně klesá (Čepický a Čepická Líbalová, 2011). Je také nutné se zmínit o možném riziku infarktu myokardu. Toto riziko se týká převážně žen ve věku nad 35 let, a ještě vyšší je u silných kuřáček (Fait, 2015). Proto je doporučováno, aby ženy, které jsou starší 35 let a jsou silné kuřáčky, využily jiný typ antikoncepce, nikoliv kombinovanou (Čepický a Čepická Líbalová, 2010). Další kontraindikací je hypertenze. Syntetické hormony zvyšují krevní tlak, proto by hypertenzní ženy mohly mít závažné následky (Křepelka a Kolařík, 2012). Totéž platí i pro ženy, které trpí migrénami, zejména migrénami s aurou, z důvodu rizika ischemické cévní mozkové příhody by tuto antikoncepci neměly užívat. Současné studie naznačují, že riziko souvisí s dávkou estrogenů v přípravcích (Voedisch a Hindiyeh, 2019). Tato rizika je možné vyloučit v případě, že budou dodrženy doporučené postupy vyšetření, proběhne kontrola anamnézy a uživatelky si budou hlídat váhu v prevenci obezity a nebudou kouřit. Pak by měly být všechny rizikové faktory podchyceny (Dulíček, 2016). V současné době je kladen důraz na výzkum a vývoj nových progestagenních metod antikoncepce, ve kterých jsou vyloučeny vedlejší účinky estrogenů, a proto u nich nehrozí kardiovaskulární riziko. Vyvíjejí se nové metody na bázi nitroděložního hormonálního zásobníku, které umožní uživatelkám využít i jejich neantikoncepční výhody, mezi které bude patřit i prevence nádorů. Je potřeba rozšířit nabídku antikoncepce tak, aby si mohla každá žena vybrat velmi spolehlivou a bezpečnou antikoncepční metodu, která jí zároveň poskytne osobní výhody a zároveň nebude ohrožovat zdraví uživatelky (Křepelka, 2017).

1.7 Edukace žen o antikoncepci porodní asistentkou

Každá žena, která zvažuje užívání antikoncepce, by měla být edukována o vhodném výběru antikoncepce na základě rozhovoru s gynekologem nebo porodní asistentkou. Výběr antikoncepce by se měl odvíjet od aktuálních potřeb dané ženy a měl by zohlednit i případné zkušenosti s předchozím užíváním některé z metod antikoncepce. Porodní asistentka by pak měla informovat ženu, na jakém principu vybraná metoda pracuje, jaké dosahuje účinnosti, a také by měla upozornit na případnou délku návratu plodnosti (Křepelka, 2017). Každá porodní asistentka by proto měla mít nejen teoretické vědomosti

o dostupných metodách antikoncepce, doplněné o praktické zkušenosti, ale také by měla být vnímavá k potřebám každé ženy, která užívání antikoncepce zvažuje (Kuberová, 2010). Vybrat pro ženu správnou antikoncepční metodu je velmi zodpovědná věc, která může ovlivnit zdraví uživatelky a zároveň může způsobit změny v jejím dosavadním životě. Pokud bude uživatelka s vybranou antikoncepcí spokojená, lze předpokládat, že povede spokojený život, a tudíž nebude mít důvod skončit s užíváním antikoncepce, a tak se vystavovat riziku nechtěného těhotenství s jeho následky v podobě interrupce nebo porodu nechtěného dítěte (Novotná, 2011). V rámci edukace a konzultace při volbě vhodné antikoncepční metody, je důležité zvážit všechny požadavky budoucí uživatelky, co od antikoncepce očekává a zda do budoucna plánuje těhotenství. Je také důležité brát v potaz sociálně kulturní činitele, v jakém prostředí žena žije, jaké je její sexuální chování a především, zda je schopná zvolenou metodu správně užívat, např. zda je schopna dodržet pravidelnosti spojené s užíváním pilulek. Svou roli zde hrají i finanční náklady spojené s pořízením antikoncepce (Křepelka, 2017). Na základě zjištěných informací pak může porodní asistentka zvážit, jaká antikoncepční metoda bude pro ženu ta nejvhodnější a případně, jestli vůbec může uvažovat o užívání hormonální antikoncepce. Pokud ženě v užívání antikoncepce nebrání zdravotní důvody, porodní asistentka jí může na základě zjištěných informací navrhnout nejvhodnější metodu, jedná se o tzv. antikoncepci na míru (Novotná, 2011). Součástí správné edukace je také nutnost vysvětlit uživatelce správný způsob aplikace, a především upozornění na všechny vedlejší zdravotní účinky, které se mohou vyskytnout. Je nutné poskytnout kompletní informace, které budou zahrnovat jak ty nejčastější komplikace, tak i ty velmi vzácné. Současně s poučením o možných komplikacích je také potřeba uvést výhody vybrané metody, které nesouvisí s antikoncepčním účinkem (Křepelka, 2017). Podstatnou součástí výběru některé z antikoncepcí je tedy komunikace mezi lékaři, porodními asistentkami a ženami, které buď antikoncepci již užívají, nebo její užití zvažují, jedině tak můžeme odhalit potenciální rizika a ženě nabídnout vhodnou antikoncepci, která bude mít příznivý vliv na její život (Stará, 2015).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1.: Zjistit informovanost žen o pozitivních a negativních účincích hormonální antikoncepce.

Cíl 2.: Zjistit, z kterých zdrojů ženy získávají informace o hormonální antikoncepci.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1.: Jaké mají ženy zkušenosti s užíváním hormonální antikoncepce, případně jak dlouho ji užívají nebo užívaly?

Výzkumná otázka 2.: Z jakých důvodů užívají nebo by užívaly antikoncepci?

Výzkumná otázka 3.: Jaké znalosti mají ženy o tom, jak funguje hormonální antikoncepce?

Výzkumná otázka 4.: Jak hodnotí ženy pocit, že užívání hormonální antikoncepce ovlivnilo jejich psychiku nebo pocítily tělesné změny?

Výzkumná otázka 5.: Z jakého důvodu by ženy přestaly užívat hormonální antikoncepci?

Výzkumná otázka 6.: Měly ženy problémy s otěhotněním po vysazení hormonální antikoncepce?

Výzkumná otázka 7.: Z jakých zdrojů čerpají ženy informace o hormonální antikoncepci?

2.3 Operacionalizace pojmů

Antikoncepce: souhrnný název pro všechny metody, které slouží jako ochrana před neplánovaným těhotenstvím (Fait, 2018).

Psychika: pojem shrnující veškeré duševní obsahy a funkce člověka. Tedy nejen to, co si myslíme a děláme, ale i to jakým způsobem myšlenkové informace zpracováváme, tedy samotný proces tohoto zpracování (Hartl a Hartlová, 2000).

Informovanost: množství informací, kterými daná osoba disponuje a může je aktivně šířit ve svém okolí (Tomek, 2017).

Informace: údaj, poznatek o reálném prostředí, o jeho stavu a procesech v něm probíhajících. Informace snižuje nebo odstraňuje neurčitost systému. Jedná se o sdělení, komunikovatelný poznatek, který má význam pro příjemce, nebo údaj usnadňující volbu mezi různými rozhodovacími možnostmi (Jonák, 2003).

Znalost: porozumění, které je získané zkušeností nebo studiem a musí být použitelné (Truneček, 2004).

Těhotenství: období života ženy, které začíná oplozením vajíčka a končí porodem (Pařízek, 2009).

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodika a technika výzkumu

K vypracování praktické části své bakalářské práce jsem použila kvalitativní výzkum, který mi umožnil provést podrobnou analýzu míry informovanosti o hormonální antikoncepci s malým počtem dotazovaných žen. Sběr dat byl proveden pomocí strukturovaných rozhovorů, aby se informantky neodkláněly od tématu, ale zároveň aby měly dostatečný prostor pro vyjádření svých zkušeností a názorů. Rozhovory obsahují celkem 11 otázek a jejich cílem bylo, aby se informantky zamyslely nad přínosy a riziky užívání hormonální antikoncepce. Rozhovory byly uskutečněny s 12 ženami z Jihočeského a Ústeckého kraje. Pro rozhovor jsem zvolila jak ženy, které mají zkušenosti s užíváním hormonální antikoncepce, tak i ženy, které zatím zkušenosti s užíváním hormonální antikoncepce nemají, ale do budoucna její užívání zvažují. I z tohoto důvodu byly rozhovory prováděny se ženami ve věkové hranici od 16 do 45 let. Rozhovory proběhly v březnu a dubnu 2021 a z důvodu pandemické situace související s nemocí covid-19, kdy nebyl možný osobní kontakt, musely být rozhovory provedeny pomocí počítačové aplikace Skype a platformy Facebook. Všechny rozhovory probíhaly v domácím prostředí informantek, které jim poskytovalo dostatečný klid a soukromí. Všechny informantky byly předem informovány o tématu bakalářské práce a byly ubezpečeny, že rozhovor je anonymní a bude využit pouze pro potřeby bakalářské práce. Všechny rozhovory byly se souhlasem informantek nahrávány na diktafon, poté doslovně přepsány a analyzovány do písemné podoby (Švaříček a Šedřová, 2014). Při analýze dat získaných rozhovory, byly v některých případech použity přímo věty informantek, proto jsou v textu označeny uvozovkami.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 12 informantek, jejichž výběr probíhal na základě předem určených kritérií, aby bylo možné je zařadit do jedné ze tří určených skupin a aby byly ochotné rozhovor uskutečnit ve svém volném čase. Informantky z první skupiny, z důvodu anonymity označené N1 až N4, musely splňovat kritérium, že nikdy neužívaly hormonální antikoncepci. Informantky ve druhé skupině, označené U1 až U4, musely splňovat kritérium, že hormonální antikoncepci užívají a informantky z poslední skupiny, označené J1 až J4, musely splnit kritérium, že hormonální antikoncepci užívaly, ale v současné době z nějakého důvodu již neužívají. Podmínkou výběru žen byla věková

rozmanitost, která umožnila zachytit různorodost zkušeností s hormonální antikoncepcí a znalostí o ní. Věk informantek se tedy pohyboval od 16 let do 45 let. Čtyři informantky uvedly nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské, čtyři informantky středoškolské ukončené maturitní zkouškou, jedna informantka střední odborné s výučním listem. Tři informantky, v současné době studující na střední škole, uvedly nejvyšší dosažené vzdělání základní. Osm informantek uvedlo, že užívají nebo v minulosti užívaly některý z druhů hormonální antikoncepce, čtyři pak uvedly, že hormonální antikoncepci z nějakého důvodu neužívají. Dále pět žen uvedlo, že již alespoň jednou otěhotněly a porodily.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Identifikační údaje informantek

Tabulka 1 Identifikační údaje informantek

Informantky	věk	HAK	vzdělání	těhotenství	Bydliště
N1	19	neužívá	střední odborné s výučním listem	ne	Přestanov
N2	16	neužívá	základní	ne	Stebno
N3	21	neužívá	středoškolské s maturitní zkouškou	ano	Ústí nad Labem
N4	19	neužívá	základní	ne	Chlumec
U1	23	užívá	vysokoškolské	ne	Ústí nad Labem
U2	36	užívá	středoškolské s maturitní zkouškou	ano	Ústí nad Labem
U3	45	užívá	vysokoškolské	ano	Přestanov
U4	17	užívá	základní	ne	České Budějovice
J1	22	užívala	středoškolské s maturitní zkouškou	ne	České Budějovice
J2	23	užívala	vysokoškolské	ne	Ústí nad Labem
J3	45	užívala	vysokoškolské	ano	Všebořice
J4	44	užívala	středoškolské s maturitní zkouškou	ano	Ústí nad Labem

Zdroj: Vlastní

Informantce N1 bylo ke dni provedení rozhovoru 19 let. Bydlí v Přestanově. Její nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborné s výučním listem. Nikdy nebyla těhotná. Hormonální antikoncepci nikdy neužívala.

Informantce N2 bylo ke dni provedení rozhovoru 16 let. Bydlí ve Stebně a v Ústí nad Labem studuje střední školu. Její dosavadní nejvyšší dosažené vzdělání je základní. Nikdy nebyla těhotná. Hormonální antikoncepci nikdy neužívala.

Informantce N3 bylo ke dni provedení rozhovoru 21 let. Bydlí v Ústí nad Labem. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, zakončené maturitní zkouškou. Byla jednou těhotná. Hormonální antikoncepci nikdy neužívala.

Informantce N4 bylo ke dni provedení rozhovoru 19 let. Bydlí v Chlumci a v současné době studuje v Ústí nad Labem střední školu. Její dosavadní nejvyšší dosažené vzdělání je základní. Nikdy nebyla těhotná. Hormonální antikoncepci nikdy neužívala.

Informantce U1 bylo ke dni provedení rozhovoru 23 let. Bydlí v Ústí nad Labem. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Nikdy nebyla těhotná. Hormonální antikoncepci užívá 8 let.

Informantce U2 bylo ke dni provedení rozhovoru 36 let. Bydlí v Ústí nad Labem. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, zakončené maturitní zkouškou. Byla jednou těhotná. Hormonální antikoncepci užívá 15 let.

Informantce U3 bylo ke dni provedení rozhovoru 45 let. Bydlí v Přestanově. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Byla dvakrát těhotná. Hormonální antikoncepci užívá 23 let.

Informantce U4 bylo ke dni provedení rozhovoru 17 let. Bydlí v Českých Budějovicích, kde studuje střední školu. Její dosavadní nejvyšší dosažené vzdělání je základní. Nikdy nebyla těhotná. Hormonální antikoncepci užívá 1 rok.

Informantce J1 bylo ke dni provedení rozhovoru 22 let. Bydlí v Českých Budějovicích, kde studuje na vyšší odborné škole. Její dosavadní nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, zakončené maturitní zkouškou. Nikdy nebyla těhotná. V současné době hormonální antikoncepci neužívá, ale v minulosti ji užívala 4 roky.

Informantce J2 bylo ke dni provedení rozhovoru 23 let. Bydlí v Ústí nad Labem. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Nikdy nebyla těhotná. V současné době hormonální antikoncepci neužívá, ale v minulosti ji užívala 3 roky.

Informantce J3 bylo ke dni provedení rozhovoru 45 let. Bydlí ve Všebořicích. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Byla jednou těhotná. V současné době hormonální antikoncepci neužívá, ale v minulosti ji užívala 13 let.

Informantce J4 bylo ke dni provedení rozhovoru 44 let. Bydlí v Ústí nad Labem. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, zakončené maturitní zkouškou. Byla dvakrát těhotná. V současné době hormonální antikoncepci neužívá, ale v minulosti ji užívala 14 let.

4.2 Kategorizace dat

Po provedeném výzkumném šetření bylo na základě získaných dat stanoveno šest hlavních významových kategorií. První kategorii představuje důvod užívání hormonální antikoncepce. Druhou kategorii pak tvoří druhy hormonální antikoncepce. Třetí kategorie se týká znalosti výhod užívání hormonální antikoncepce. Čtvrtá kategorie se zabývá znalostmi o rizicích hormonální antikoncepce. Pátá kategorie se týká plánovaného rodičovství a šestá kategorie se zabývá zdroji informací o hormonální antikoncepci. U každé kategorie jsou ještě vymezeny 3 podkategorie, které tvoří jednotlivé skupiny žen rozdělené podle kritérií užívání hormonální antikoncepce. Tedy první podkategorii tvoří ženy, které nikdy neužívaly hormonální antikoncepci, druhou podkategorii tvoří ženy, které užívají hormonální antikoncepci a třetí podkategorii tvoří ženy, které hormonální antikoncepci užívaly, ale nyní ji již neužívají.

Kategorie 1 Důvod užívání hormonální antikoncepce

Kategorie Důvod užívání hormonální antikoncepce se zaměřuje především na důvody, které ženy vedly k užívání některé z druhů hormonální antikoncepce. Zároveň u podkategorie 3 zjišťuje důvody, proč ženy ukončily užívání hormonální antikoncepce.

Podkategorie 1 Důvod užívání hormonální antikoncepce u žen, které ji ještě neužívají

Tato podkategorie popisuje důvody, proč informantky N1 až N4 hormonální antikoncepci neužívají a také důvody, které by je přiměly zvážit užívání hormonální antikoncepce. Informantky N1, N2 a N4 uvedly, že neužívají žádnou formu hormonální antikoncepce,

protože v současné době nemají žádného partnera a nežijí pohlavním životem. Informantka N3 hormonální antikoncepci neužívá ze zdravotních důvodů. Bylo jí indikováno autoimunitní onemocnění zvané trombocytopenie, tedy nebezpečná porucha srážlivosti krve, kdy je v krvi zaznamenáno snížené množství trombocytů. N3 uvedla: „*To, že nemám dost destiček by užívání antikoncepce nemělo vadit, ale po poradě s několika lékaři ji radši užívat nebudu, protože by se mi mohly vytvářet tromby i přesto, že mám destiček málo, protože by se mi mohly shlukovat.*“ Raději tedy riziko zdravotních problémů nechce podstupovat. Užívání hormonální antikoncepce tedy do budoucna vůbec nezvažuje, strach ze zdravotních komplikací je větší, než by byl možný přínos užívání některého z druhů hormonální antikoncepce. Zbývající informantky N1, N2 a N4 ale o užívání hormonální antikoncepce někdy v budoucnu uvažují. Hlavním důvodem užívání hormonální antikoncepce, který informantky N1, N2 a N4 uvedly, bylo neplánované otěhotnění. Pro informantku N1 to byl jediný důvod, proč by hormonální antikoncepci užívala, žádné jiné důvody, proč hormonální antikoncepci užívat, nezná. Informantka N2 kromě neplánovaného těhotenství ještě uvedla, že by zvažovala užívání hormonální antikoncepce pro úpravu menstruačního cyklu, aby byl pravidelný. Informantka N3 uvedla, že v případě, že by jí nebránily zdravotní důvody, tak by hormonální antikoncepci užívala pro úpravu menstruačního cyklu a zmírnění menstruačních bolestí. Zabránění neplánovanému otěhotnění za důvod, proč by hormonální antikoncepci začala užívat, nevedla. K tomuto informantka odpověděla: „*S partnerem jsme se rozhodli používat nehormonální antikoncepci, jako je pesar nebo kondom a tyto nám vyhovují.*“ Informantka N4 sdělila, že zvažuje užívání hormonální antikoncepce i z důvodu řešení problému s úpravou pleti, především pro léčbu akné.

Podkategorie 2 Důvod užívání hormonální antikoncepce u žen, které ji užívají

V této podkategorii informantky U1 až U4 uvádějí, proč hormonální antikoncepci užívají a také, jaké důvody je k užívání vedly.

Informantky U1 až U3 shodně uvedly, že hlavním důvodem, proč hormonální antikoncepci užívají, je obava z neplánovaného těhotenství. Informantka U1 dále jako další důvod užívání hormonální antikoncepce udala úpravu menstruačního cyklu, který je nyní pravidelný. Přimo uvedla: „*Hned od začátku, co jsem začala brát antikoncepci, tak se mi cyklus srovnal úplně přesně. Takže vím, kdy to přijde, což je super a je to další důvod proč ji brát.*“ Informantka U4 uvádí, že důvodů, proč hormonální antikoncepci

užívá, je více. Především jsou to její účinky na pleť, kdy se jí při užívání hormonální antikoncepce vyřešily problémy s akné. Dalším důvodem je úprava menstruačního cyklu, který byl před užíváním hormonální antikoncepce nepravidelný a také bolestivý. Až jako poslední důvod uvedla ochranu před otěhotněním, s tím, že to je další pozitivum, které jí užívání hormonální antikoncepce přináší. Všechny informantky U1 až U4 shodně uvedly, že původním důvodem, proč začaly užívat hormonální antikoncepci, byla ochrana před neplánovaným těhotenstvím. Informantky U2 a U3 odpověděly, že nikdy neměly žádné zdravotní problémy, ať už s menstruačním cyklem nebo s pleť, které by bylo potřeba řešit hormonální antikoncepcí. Informantka U1 o možnosti úpravy menstruačního cyklu pomocí hormonální antikoncepce nevěděla, dokud ji nezačala užívat. Informantka U4 uvádí, že dalším důvodem, proč začala hormonální antikoncepci užívat, byla léčba akné. Úprava menstruačního cyklu, které uvádí jako jeden z důvodů, proč ji stále užívá, je jen další předností užívání hormonální antikoncepce, o které se dozvěděla až při jejím užívání.

Podkategorie 3 Důvod užívání hormonální antikoncepce u žen, které ji užívaly, ale nyní ji neužívají

V této podkategorii informantky J1 až J4 udávají důvody, proč užívaly hormonální antikoncepci a dále uvádějí jaký byl důvod, že ji užívat přestaly.

Všechny informantky J1 až J4 uvedly, že důvodem, proč hormonální antikoncepci začaly užívat, bylo zabránění neplánovanému těhotenství. Informantka J2 odpověděla: „*Hormonální antikoncepci jsem začala brát jen kvůli tomu, abych neotěhotněla. Pleť jsem měla v pohodě a menstruaci jsem měla taky pravidelnou, takže jsem ji potřebovala jen kvůli tomu, abych nepřišla do jiného stavu.*“ Podobně odpověděly i informantky J3 a J4. Žádné další důvody, proč hormonální antikoncepci užívat, nevedly. Pouze Informantka J1 uvedla: „*K užívání hormonální antikoncepce mě vedlo to, že jsem nechtěla otěhotnět a jinak takové ty benefity na zlepšení pleti a zmírnění bolestí při menstruaci jsem ani nevěděla do té doby, než jsem ji začala brát.*“ Informantka J1 tedy následně uvedla, že využila i dalších výhod, které jí hormonální antikoncepce poskytla. Tyto výhody byly dalším důvodem, proč ji po určitou dobu užívala. V současné době ani jedna z informantek J1 až J4 hormonální antikoncepci neužívají. Informantka J1 jako důvod, proč hormonální antikoncepci vysadila a již ji neužívá, uvedla, že nechtěla tělo zatěžovat něčím umělým a zamezovat tak přirozeným pochodům ve vlastním těle. Jako další důvod uvedla, že jí při užívání hormonální antikoncepce bývalo občas špatně. Informantka J2

uvedla, že přestala hormonální antikoncepci užívat z obavy, že ji užívá již moc dlouho, ale hlavním důvodem pak byly negativní vlivy, které se u ní při užívání hormonální antikoncepce projevily. Jednalo se především o ztrátu libida a náladovost, projevující se skepsí, depresemi, podrážděním, což neprospívalo ani partnerskému soužití. Informantka J3 byla s užíváním hormonální antikoncepce naopak velmi spokojená, ale ze zdravotních důvodů, které mohly souviset i s dlouhodobým užíváním hormonální antikoncepce, jí bylo lékaři doporučeno hormonální antikoncepci neužívat. J3 uvedla: *„Byla jsem s injekční metodou antikoncepce velmi spokojená, ale asi po 10 letech užívání injekcí mi začal mizet sval na noze v místě, kde mi aplikovali injekci. Když jsem s tím byla u doktora, řekl, že mi musím okamžitě vysadit. Zapsal si to do vedlejších účinků a řekl že už mi tu injekci víckrát nedá. Trvalo asi 2 roky, než se ten sval vrátil do původní podoby.“* Důvodem, který uvedla informantka J4 jako příčinu proč přestala hormonální antikoncepci užívat bylo několik. Nejprve zkusila hormonální antikoncepci, kde bylo nutné užívat pravidelně každý den tablety, což jí nevyhovovalo a často na tabletu zapomněla. Tudíž se nemohla na účinnost antikoncepce spolehnout. Proto zkusila metodu LNG-IUS, kde nebylo nutné cokoli pravidelně užívat, ale po zavedení se dostavily bolesti břicha a stálé špinění, proto se nakonec rozhodla užívání hormonální antikoncepce úplně vysadit.

Kategorie 2 Druhy hormonální antikoncepce

Tato kategorie se zabývá znalostmi jednotlivých informantek o dostupných možnostech hormonální antikoncepce. Které druhy znají, které vyzkoušely a podle jakých kritérií si daný druh hormonální antikoncepce vybraly. Co pro ně bylo tím hlavním důvodem, že se rozhodly právě pro uvedený typ hormonální antikoncepce. Dále také, zda mají představu, na jakém principu HAK účinkuje a zda by funkce HAK měla vliv na jejich výběr. Informantky jsou opět rozděleny do 3 podkategorií, podle stanovených kritérií užívání hormonální antikoncepce.

Podkategorie 1 Druhy hormonální antikoncepce u žen, které ji ještě neužívají

Informantky N1 až N4 dosud ještě žádnou hormonální antikoncepci neužívaly, ale o některých typech hormonální antikoncepce již mají určité povědomí, protože její užívání v budoucnu plánují.

Informantky N1 až N4 shodně uvedly, že znají hormonální antikoncepci ve formě pilulek, náplastí, injekcí a tělíška s obsahem hormonů. Pouze informantka N3 ještě rozdělila

hormonální antikoncepci podle obsahu hormonů na gestagenní a estrogenní. Dále se ale informantky v druhu užívání, který by byl vhodný přímo pro ně, rozcházejí. Informantka N1 uvedla, že zvažuje užívání hormonální antikoncepce ve formě pilulek, ale u této formy se obává, že ji nebude schopna užívat pravidelně. To je důvod, proč se přiklání spíše k užívání hormonální antikoncepce ve formě náplasti. Ačkoliv užívání náplasti taktéž vyžaduje pravidelné užívání, nejedná se o každodenní záležitost. Dále informantka N1 uvedla, že by později, spíše až po porodu, ráda zkusila užívat i tělísko s obsahem hormonů. Informantka N2 uvedla, že ze všech typů hormonální antikoncepce, které zná, by chtěla vyzkoušet injekce. A to především z důvodu, že není potřeba každodenního užívání a je zde minimální šance zapomenout na její aplikaci, která je prováděna v ordinaci lékaře. Informantka N3 zvažovala užívání hormonální antikoncepce ve formě pilulek. Pravidelné užívání by jí nevadilo, protože musí užívat i jiné léky a je tedy na pravidelnost zvyklá. Informantka N4 jako jediná neuvedla typ, který by chtěla v budoucnu užívat. Na dotaz odpověděla: „*Spíš nevím, jakou bych chtěla užívat antikoncepci. Nechala bych to na gynekologovi, který by mi řekl, co je nejlepší a co by pro mě mohlo být vhodné.*“ Zajímavé bylo, že na dotaz, jak vlastně HAK funguje, správně neodpověděla ani jedna z informantek N1 až N4. Informantka N1 přiznala, že princip, na kterém HAK pracuje, vůbec nezná a nikdy se o něj nezajímala. Informantky N2 až N4 pak uvedly, že to souvisí s přísunem hormonů do těla, ale přesně neví jak. Jejich znalosti o účinku HAK v těle byly velmi povrchní.

Podkategorie 2 Druhy hormonální antikoncepce u žen, které ji užívají

Informantky U1 až U4 již hormonální antikoncepci užívají, některé již delší dobu a některé vyzkoušely i více typů.

Informantky U1 až U4 shodně uvedly, že vyzkoušely užívání hormonální antikoncepce v podobě pilulek. Informantkám U1, U2 a U4 pilulky vyhovují a nemají potřebu měnit je za jiný typ hormonální antikoncepce. Informantky U1 a U2 dále uvedly, že v průběhu let, kdy pilulky užívají, několikrát vyměnily původní pilulky za jiný druh pilulek, vždy na novější druh s menším obsahem hormonů. V současné době obě užívají pilulky s placebem. Informantka U1 odpověděla: „*Tím, že mi vyhovuje tato forma antikoncepce, tak ani nepřemýšlím nad žádnou jinou alternativou.*“ Podobně odpověděla i informantka U2: „*U nových tabletek nemusím nic řešit, jsou s placebem, takže je beru pořád, i když já si tyhle věci pamatuji a nemám s tím žádný problém a nemusela jsem to řešit a měnit. Už*

jsem na to zvyklá.“ Taktéž informantka U4 užívá pilulky s placebem, jejich užívání jí vyhovuje a zatím o žádné změně neuvažuje. Informantka U3 pak uvedla, že nejprve vyzkoušela pilulky, ale po porodu chtěla vyzkoušet antikoncepci, kde nebude muset myslet na pravidelné užívání, které jí dělalo problémy, proto se rozhodla pilulky vyměnit za tělísko s obsahem hormonů. Informantka U3 uvedla: „*U tělíška je sice diskomfort toho zavedení, ale pak už na to vůbec nemyslím, a naopak pro mě přináší spíš výhody než nevýhody.*“ V současné době má zavedené již čtvrté tělíško v řadě. Ačkoliv informantky U1 až U4 již některý typ antikoncepce užívají, zajímají se i o jiné dostupné druhy. Všechny uvedly, že kromě pilulek znají hormonální antikoncepci ve formě náplastí. Informantky U3 a U4 pak ještě uvedly LNG-IUS a informantka U4 ještě navíc podotkla, že zná hormonální antikoncepci ve formě injekcí, dokonce jejich užívání zvažovala pro jejich aplikaci po 3 měsících, což by bylo pohodlnější než pravidelné každodenní užívání pilulek. Všechny ženy z této skupiny byly zaskočeny otázkou, na jakém mechanismu HAK v těle pracuje. Informantka U1 sdělila, že opravdu neví, jaké jsou principy účinku HAK. Nikdy o tom neslyšela ani nečetla. Informantky U2 a U4 uvedly jen svou představu, jak by to asi mohlo fungovat na základě hormonů vpravovaných do těla, ale už nedokázaly rozvést, jak dále účinkují. U2 k tomu sdělila: „*Nějak to nevolňuje to vajíčko nebo co a nějak to tam zachycuje, aby nedošlo k oplodnění, ale úplně přesně nevím, netuším. Mě to ale těch pár let funguje, a to je pro mě to hlavní.*“ Pouze informantka U3 dokázala popsat mechanismus fungování HAK správně. Na dotaz, zda jim byl princip fungování HAK vysvětlen u lékaře při rozhodování o užívání HAK, informantky U2 až U4 potvrdily, že ano, dále pak ale informantka U2 a U4 uvedly, že si to už nepamatují.

Podkategorie 3 Druhy hormonální antikoncepce u žen, které ji užívaly, ale nyní ji neužívají

Všechny informantky z této podkategorie, tedy J1 až J4, se setkaly s některým z druhů hormonální antikoncepce v podobě pilulek. Informantce J3 ale nevyhovovalo, že musí užívat pilulky pravidelně, proto se snažila najít jiný typ hormonální antikoncepce, který by nevyžadoval takovou pravidelnost v užívání a byl by cenově dostupnější. Nejprve vyzkoušela LNG-IUS, ale tento typ hormonální antikoncepce pro ni nebyl vhodný, začala trpět záněty. Nakonec zvolila depotní injekce, které jí byly aplikovány přibližně po dobu 10 let. Informantka J4 začala užívat hormonální antikoncepci v podobě LNG-IUS, která splňovala její požadavky, nemusela nic pravidelně užívat a po dobu pěti let, ani nic řešit. Z počátku byla naprosto spokojená, ale po zavedení druhého tělíška se vyskytly zdravotní

problémy v podobě zánětů dělohy, a proto se rozhodla LNG-IUS vyměnit za injekce. Ty jí ale nevyhovovaly, při jejich užívání se necítila dobře, a proto vyzkoušela pilulky. K tomu informantka J4 uvedla: *„Ty mi už vůbec nevyhovovaly, takže jsem je musela během tří měsíců vysadit. Byl u nich diskomfort, že jsem si musela pamatovat, že je musím brát.“* Informantky J1 a J2 pak ještě uvedly, že znají hormonální antikoncepci v podobě injekcí a náplastí, ale tuto možnost nikdy nevyužily. J1 k tomu uvedla: *„Náplasti mě nikdy moc nelákaly, přijdou mi dost nehygienické a bála jsem se, že by nemusely ani pořádně držet.“* Pouze Informantka J1 se ještě jako jediná ze všech informantek zmínila o postkoitální antikoncepci, kterou nouzově využila. I ženy z této podkategorie nedokázaly odpovědět na dotaz, jak funguje HAK, kromě informantky J4, která dokázala popsat proces účinku HAK. Informantka J2 uvedla, že kdysi o působení HAK na organismus věděla od svého gynekologa, se kterým vybírala správný druh HAK, ale že už si to nepamatuje. Informantky J1 a J3 pak doznamenaly, že o fungování HAK nic nevědí a od nikoho to nikdy neslyšely. Informantka J3 odpověděla: *„Na to se mě neptejte, to nevím. Vím jen to, že se do těla vpravují hormony, ale proč, nevím.“*

Kategorie 3 Povědomí o výhodách užívání hormonální antikoncepce

Tato kategorie je zaměřena na výhody, které užívání hormonální antikoncepce uživatelkám přinesly. Také na to, jaké výhody od hormonální antikoncepce ženy očekávaly a jaké výhody se dostavily v průběhu užívání, zda se splnily jejich předpoklady. V případě žen, které dosud hormonální antikoncepci neužívají, jsem se zaměřila na jejich očekávání, jaké výhody by se měly při užívání hormonální antikoncepce dostavit.

Podkategorie 1 Povědomí o výhodách užívání hormonální antikoncepce u žen, které ji ještě neužívají

Jelikož informantky z této podkategorie ještě neužívaly hormonální antikoncepci, zaměřila jsem se na jejich očekávání, tedy co by jim užívání hormonální antikoncepce mohlo přinést za výhody.

Zabránění otěhotnění byla první výhoda, kterou zmínily všechny informantky N1, N2 a N4. Všechny ji jmenovaly jako nejdůležitější výhodu a přínos. N1 odpověděla: *„Určitě do začátku, kdy bych nastoupila do práce, tak abych se mohla věnovat kariéře, nechtěla bych mít hned děti, ty bych si naplánovala na později.“* Všechny informantky, tj. N1 až N4, uvedly jako velkou výhodu možnost naplánovat si těhotenství na dobu, až budou na

dítě připravené a budou mít zázemí pro založení rodiny. Jako další výhodu, kterou by pro informantky N2 a N3 mohlo užívání hormonální antikoncepce mít, je ustálení menstruačního cyklu. Mohly by se spolehnout na pravidelnou menstruaci. Informantka N4 jako výhodu udává možnost posunutí si menstruace. Doslova uvedla: „*Ten cyklus by se dal posunout, pokud třeba někdo jede na dovolenou a ten cyklus mu vyjde na průběh té dovolené, tak se to tím dá krásně posunout.*“ Jako další velkou výhodu uvedla informantka N4 vliv hormonální antikoncepce na akné a na celkové zlepšení pleti.

Podkategorie 2 Povědomí o výhodách užívání hormonální antikoncepce u žen, které ji užívají

Ženy v této podkategorii již hormonální antikoncepci po nějakou dobu užívají, a mohly tedy vyjmenovat výhody hormonální antikoncepce se kterými mají osobní zkušenost. Mohly tedy uvést změny, které předpokládaly a také pojmenovat změny, které se u nich projeví v průběhu užívání hormonální antikoncepce.

Jako jediná z této skupiny uvedla jako výhodu ochranu před otěhotněním informantka U1. Ostatní informantky U2 až U4 se o této výhodě nezmínily, po poukázání na tuto skutečnost jen doplnily, že to vlastně už berou jako samozřejmost, že se jedná o prioritu, proč hormonální antikoncepci užívají a s touto výhodou tak nějak už počítají. Všechny informantky U1 až U4 pak jako velkou výhodu jmenovaly úpravu menstruačního cyklu. Informantky U1, U2 a U4 uvedly, že pocitily zlepšení v pravidelnosti cyklu, které se dostavilo do tří měsíců od počátku užívání. Informantka U3, která využívá LNG-IUS, jako výhodu udává, že nemusí řešit menstruaci vůbec. Uvedla, že to pro ni je velká výhoda, že se nemusí při plánování dovolených a volného času omezovat menstruačním cyklem. Uvedla také finanční výhodu, kterou je úspora za hygienické potřeby. Informantky U2 a U4 jmenovaly jako velkou výhodu zlepšení kvality pleti. U2 odpověděla: „*Od začátku užívání jsem pocítila výrazné zlepšení pleti. Myslím si, že bez užívání tabletek, by to bylo mnohem horší.*“ Podobně se vyjádřila i informantka U4, která taktéž uvedla, že pocítila pozitivní změny v kvalitě pleti. Informantku před užíváním trápilo akné, ale při užívání hormonální antikoncepce tento problém pominul. Informantka U4 navíc udává změny v intenzitě krvácení a intenzitě bolesti při menstruaci, kdy se jak intenzita krvácení, tak bolestivost menstruace zmírnily.

Podkategorie 3 Povědomí o výhodách užívání hormonální antikoncepce u žen, které ji již neužívají

I ženy v této podkategorii již mají jisté zkušenosti s užíváním hormonální antikoncepce a mohly tak pocítit výhody, které se jejím užíváním mohly projevit. A protože již hormonální antikoncepci vysadily, mohou porovnat a uvést i změny, které nastaly po ukončení užívání. Ochranu před neplánovaným těhotenstvím označily informantky J1 a J2 jako nejpodstatnější výhodu, kterou jim hormonální antikoncepce poskytla. Pro informantku J3 bylo největší výhodou, že přestala při užívání injekcí úplně menstruat a nemusela se tak při plánování volného času podřizovat menstruačnímu cyklu. Podobně se vyjádřila i informantka J4, která užívala LNG-IUS a taktéž neměla menstruaci. I pro ni byla tato skutečnost velkou výhodou. Zlepšení pleti uvedla jako výhodu pouze informantka J1, která k tomu odpověděla: „*Velká výhoda souvisela s pletí, že se mi docela dost zlepšila. Bylo na ní prostě znát, jak se ty hormony stabilizují, pak po vysazení antikoncepce to bylo s tou pletí hodně divoký, hodně se mi zhoršila.*“ Informantka J2 uvedla, že pocítila pozitivní změnu i v pravidelnosti a síle menstruačního krvácení, kdy se jí menstruace dostavovala pravidelně, doba krvácení se zkrátila na 3 dny a krvácela jen velmi slabě. Poté, co přestala hormonální antikoncepci užívat, se její menstruační cyklus rozhodil a dodnes je velmi nepravidelný.

Kategorie 4 Povědomí o rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce

Tato kategorie se zaměřuje na povědomí o rizicích, která mohou být spojena s užíváním hormonální antikoncepce. Zda si uživatelky, ale i budoucí uživatelky uvědomují možná rizika a zda pro ně mají nějaký význam. Cílem této kategorie bylo zároveň přimět informantky zamyslet se nejen nad výhodami, které užívání přináší, ale také nad riziky, která se mohou při užívání projevit.

Podkategorie 1 Povědomí o možných rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce u žen, které ji ještě neužívaly

Tato podkategorie Informantek N1 až N4, které ještě nemají zkušenosti s hormonální antikoncepcí, popisuje, jaké mají ženy povědomí o možných rizicích a obtížích spojených s užíváním hormonální antikoncepce a zda se o možné komplikace spojené s užíváním zajímaly.

Informantky N2 až N4 odpověděly, že si uvědomují možné riziko změn nálad a přecitlivělosti, protože se s tímto problémem setkaly i u svého okolí. Informantka N3

uvedla: „*Mám zkušenost, že moje kamarádky během užívání té antikoncepce byly přecitlivělé, plačtivé a více emotivní.*“ Informantka N1 označila za riziko při užívání hormonální antikoncepce, kterého se sama rovněž obává, přibývání na váze. Nežádoucí tělesné změny jmenovala jako problém i informantka N2. Informantka N3 jako jediná z této podkategorie uvedla, že možným rizikem je i ztráta libida, podle ní může toto riziko zkomplikovat i partnerský vztah. Informantka dále jmenovala možnost krvácení mimo menstruační cyklus, které je dle jejích slov dost nepohodlné. Pouze informantky N3 a N4 uvedly, že se obávají i zdravotních rizik, které spočívají v poškození jater nebo souvisí s onemocněním srážlivosti krve. Informantka N3 k tomuto odpověděla: „*Mohou mít třeba něco podobného jako já ty destičky, vůbec se to nemusí zjistit a pak můžou být komplikace. Mělo by se to předepisování více hlídat.*“ Informantka N1 poté ještě poznamenala, že se také obává, že by v budoucnu mohlo dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce ovlivnit její plodnost.

Podkategorie 2 Povědomí o možných rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce u žen, které ji užívají

Tato podkategorie popisuje, jaké mají povědomí o rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce ženy, které se rozhodly ji používat. Zda bylo nějaké riziko, které zvažovaly před tím, než se pro některou z typů HAK rozhodly. A zároveň zjišťuje, zda mají ženy z této podkategorie osobní zkušenost s některými riziky spojovanými s jejím užíváním.

Všechny informantky U1 až U4 uvedly, že než začaly užívat hormonální antikoncepci, měly strach z možného přibývání na váze, které by užívání mohlo způsobovat, ale ani jedna z nich žádné takové změny nezaznamenala. Informantka U1 dále uvedla, že se obávala pouze možných tělesných změn a žádná jiná rizika neznala. Za celou dobu, co hormonální antikoncepci užívá, na sobě nepocítila žádné negativní působení. Informantka U2 odpověděla, že se kromě přibývání na váze ještě obávala působení hormonální antikoncepce na játra, aby nebyla z důvodu působení hormonů poškozena. Ale stejně jako informantka U1 nemá žádné komplikace spojené s užíváním hormonální antikoncepce. Žádná další rizika neuvedla. Informantky U3 a U4 shodně uvedly, že se obávaly jak tělesných změn, tak především změn nálad a přecitlivělosti, protože dle jejich odpovědí, mají dávky hormonů vliv na výkyvy nálad. Obě pak uvádějí, že v prvních měsících užívání, pociťovaly změny nálady, byly hodně plačtivé a přecitlivělé, někdy až hysterické. Tuto změnu pociťovaly i jejich okolí. Informantka U3 odpověděla: „*Zpočátku*

jsem se chovala úplně nemožně. Prostě jsem měla ten práh úplně někde jinde a na všechno jsem reagovala úplně přehnaně. Měla jsem zcela odlišný chování než normálně, byla jsem plaktivá, až předrážděná, až jsem myslela, že s antikoncepcí skončím, ale nakonec se to usadilo. Takže si myslím, že to nějaké vedlejší účinky má, ale není to nic hrozného, že bych si řekla, dost končím, ta pozitiva u mě převažují.“ Zároveň uvedla i obavu z možné ztráty libida, kterou zažily některé z jejich známých, a také z možného krvácení mimo cyklus, které se může objevit. Nicméně nic takového se u ní neprojevovalo.

Podkategorie 3 Povědomí o možných rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce u žen, které ji již neužívají

V této kategorii uvádějí ženy, které již hormonální antikoncepci neužívají, své znalosti o rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce. Zároveň popisují i své osobní zkušenosti s některými negativními vlivy, které v některých případech ovlivnily i rozhodnutí o ukončení užívání hormonální antikoncepce.

Informantka J1 jako jediná z této podkategorie uvedla, že užívání hormonální antikoncepce je velkým rizikem pro ženy, které mají nějaký genetický předpoklad pro vznik trombóz. Dále jmenovala obavu z vlivu užívání hormonální antikoncepce na přibývání na váze, o kterém se dozvěděla od žen ze svého okolí, které již HAK užívaly. Tuto domněnku vyslovila i informantka J3, ale obě shodně uvádějí, že žádné tělesné změny osobně nepostřehly. O možných změnách nálad, které mohou nastat při užívání hormonální antikoncepce, hovořily informantky J2, J3 a J4. Ani jedna z nich ale nepotvrdila, že by se u nich nějaké změny v náladách projevily. Na rozdíl od informantky J1, která naopak uvedla, že při užívání byla hodně přecitlivělá a náladová. K tomuto uvedla: *„Největší změny byly v náladě. Byla jsem hrozně náladová, to si pamatuji dobře. Byla jsem hodně citlivá. Na všechno jsem reagovala až moc emotivně.“* Tato náladovost byla u informantky J1 ještě provázena ztrátou libida, stejně jako u informantky J2. Informantka J4 také označila za riziko při užívání některých forem HAK krvácení mimo cyklus, což dle ní není příliš pohodlné. Proto si zvolila hormonální antikoncepci LNG-IUS, kde po určité době může dojít k úplnému zastavení menstruace. Přibližně po čtyřech letech užívání této antikoncepce se u ní dostavily bolesti v podbříšku a krvácení. LNG-IUS bylo potřeba vyjmout z důvodu zánětu dělohy, který dle svých slov prodělala. Dalším možným rizikem byly obavy z vlivu užívání hormonální antikoncepce na budoucí těhotenství, toto uvedly informantky J2 a J4.

Kategorie 5 Plánované rodičovství

Kategorie Plánované rodičovství popisuje informovanost žen o vlivu hormonální antikoncepce na otěhotnění. Zda se domnívají, že by mohla ovlivnit jejich budoucí těhotenství. Některé informantky již těhotné byly, a mají tedy možnost porovnat své domněnky o působení hormonální antikoncepce na plánování těhotenství s realitou.

Podkategorie 1 Plánované rodičovství u žen, které ji ještě ne užívají

I ženy v této kategorii pomýšlejí na budoucí těhotenství a všechny uvedly, že do budoucna plánují otěhotnět. Proto tato podkategorie popisuje jejich vědomosti a názory na vliv hormonální antikoncepce na plánované početí, tj. zda na něj může mít její užívání nějaký vliv.

Informantky N1 až N4 shodně uvedly, že se obávají vlivu hormonální antikoncepce na početí, ale považují toto riziko za nepatrné, s výjimkou informantky N1. Informantky N1 a N3 se domnívají, že se tyto problémy mohou vyskytnout při dlouhodobém užívání HAK, ale zároveň věří, že nejsou trvalé. N3 odpověděla: *„Věřím tomu, že mohou mít problémy ty ženy, které to berou dlouho a pak chtějí otěhotnět. Nevím přesně, co se při tom stane, ale věřím tomu, že to může ovlivnit plodnost, ne úplně plodnost, ale může to minimálně zpomalit proces toho početí.“* Informantka N1 uvedla, že o problému s početím ví od své známé, která užívala HAK dlouhodobě a pak měla potíže s otěhotněním. Pouze informantka N4 uvedla, že o tomto možném problému nikdy předtím neuvažovala. Nicméně následně připustila, že to nepatrný vliv může mít. Jako příklad uvedla ženy, které HAK začaly užívat velmi brzy a jejich hormonální vývoj nebyl ještě ukončen. Domnívá se, že se může jednat pouze o dočasný problém, že se plodnost po určité době navrátí.

Podkategorie 2 Plánované rodičovství u žen, které ji užívají

Ženy v této podkategorii již hormonální antikoncepci užívají a zároveň, některé z nich již otěhotněly a porodily. Mohly tedy popsat i své zkušenosti s daným problémem plánového početí.

Pouze informantky U1 a U3 potvrdily, že o problému s následným otěhotněním po užívání hormonální antikoncepce slyšely. Informantky U2 a U4 uvedly, že se s problémem početí po užívání HAK nikdy nesetkaly a neznají ani nikoho ve svém okolí, kdo by měl takový problém. Informantka U1 jmenovala jako příčinu možných problémů

s početím užívání HAK v příliš nízkém věku, kdy nejsou ještě vajíčka plně vyvinutá. Podle ní by po delším užívání mohl nastat problém s následným otěhotněním. Informantka U3 uvedla, že o nesnázích s početím slyšela od žen ve svém okolí, kdy některé takový problém měly, ale byl pouze dočasný. A jak dále sdělila, ovlivnilo ji na to natolik, že když plánovala těhotenství, raději hormonální antikoncepci vysadila rok dopředu. Jak ale dále sdělila, problém s následným otěhotněním neměla, otěhotněla do 2 měsíců od vysazení HAK. Stejně to bylo i u informantky U2, která sdělila, že taktéž otěhotněla do 3 měsíců od vysazení HAK. Na dotaz odpověděla: *„Užívání antikoncepce u mě nemělo na otěhotnění vůbec žádný vliv. Čekala jsem, že nám to bude možná chvilku trvat, ale ne z důvodu, že bych si myslela, že na to má vliv moje předchozí užívání antikoncepce, ale spíš celkově jsem tomu dávala čas. Nepočítali jsme žádné plodné dny a tak, nechali jsme tomu volný průběh a ono to bylo za 3 měsíce.“* Ani jedna z informantek z této skupiny, které byly těhotné, tedy informantky U2 a U3, neuvedly, že by užívání hormonální antikoncepce mělo nějaký vliv na jejich plánované těhotenství.

Podkategorie 3 Plánované rodičovství u žen, které ji již neužívají

V této podkategorii je popsáno, zda ženy, které již neužívají hormonální antikoncepci, nezaznamenaly nějaké zkušenosti s potížemi s otěhotněním po vysazení HAK ať už u sebe nebo ve svém okolí.

Všechny informantky připustily, že vnímají určité riziko s budoucím otěhotněním, zároveň udaly, že s tímto nemají žádnou osobní zkušenost. Informantky J3 a J4 již těhotné byly, ale hormonální antikoncepci začaly užívat až po porodu, proto uvedly, že s problémem s početím nemají žádnou osobní zkušenost. Jako dočasný problém jej uvedly informantky J1 a J3. Informantka J1 doslova uvedla: *„No určitě to po nějakou dobu může být problém. Myslím si, že když ženy vysadí ty léky a pak hned chtějí otěhotnět, tak se jim to nepodaří. Ty hormony tam lítají, upravuje se jejich hladina v těle, a to není pro početí ideální.“* Informantka J3 se vyjádřila podobně, také si myslí, že je lepší po vysazení HAK chvíli počkat než se rovnou snažit otěhotnět. Jako důvod jmenovala srovnání přirozené hladiny hormonů, a především pročištění těla od umělých hormonů. Informantky J2 a J4 uvedly problém s početím za vážné riziko, které mají spojené s užíváním hormonální antikoncepce. Informantka J4 zaznamenala několik problematických pokusů o početí i ve svém okolí. Jmenovala i případ, kdy bylo nutné podstoupit umělé oplodnění. Proto k této otázce poznamenala: *„Můj osobní názor, po těch*

zkušenostech v mém okolí, je, že antikoncepce by se měla užívat při nechtěném těhotenství u žen, které mají už alespoň jedno dítě.“

Kategorie 6 Zdroj informací o hormonální antikoncepci

Tato kategorie se zabývá zdrojem informací o hormonální antikoncepci. Odkud je ženy nejčastěji získávají. Kdo je ovlivnil při rozhodování, zda HAK užívat nebo nikoli, nebo kdo jim pomohl vybrat, jaký typ hormonální antikoncepce by byl právě pro ně vhodný.

Podkategorie 1 Zdroj informací o hormonální antikoncepci u žen, které ji ještě neužívají

Jak již bylo uvedeno výše, informantky N1 až N4 zatím žádný typ hormonální antikoncepce neužívají, ale všechny potvrdily, že v budoucnu by ji užívat rozhodně chtěly. Proto tato podkategorie uvádí, odkud informantky čerpají informace a na koho by se obrátily s dotazy ohledně hormonální antikoncepce.

Všechny informantky potvrdily, že první informace o hormonální antikoncepci získaly od svých rodinných příslušníků, převážně od svých matek nebo starších sester. Jako další zdroj informací označily informantky N1 až N3 školu, kde buď probíhaly semináře na dané téma nebo hodiny sexuální výchovy. Informantky N1 a N3 ještě jako další zdroj informací jmenovaly kamarádky, které již HAK užívají. Pouze jednou byl jmenován jako zdroj informací internet, o kterém se zmínila informantka N3. Informantky N1 a N2 uvedly, že by se se svými dotazy obrátily i na porodní asistentky, které jsou většinou přítomny v ambulancích gynekologů, a které by měly mít vědomosti o HAK. Gynekologa pak jmenovaly informantky N1 až N4 jako hlavní zdroj informací. Všechny uvedly, že se rozhodně obrátí na svého gynekologa a budou s ním konzultovat užívání hormonální antikoncepce, až ji budou potřebovat. Uvedly, že od něho očekávají plnohodnotné odpovědi na všechny své dotazy týkající se užívání a rizik spojených s užíváním hormonální antikoncepce. Informantka N3 přímo uvedla: *„Jsou to léky na předpis, tudíž už jen to je důvod, proč by měl lékař informovat uživatelku, jaké můžou nastat komplikace, na co si dát pozor. Kolikrát říknou doktoři jen, jak se to užívá, ale už neřeknou, jaké jsou možné problémy a kdy se na ně v případě obtíží obrátit. Bylo by dobré, kdyby si na mě udělal čas a všechno mi vysvětlil a pomohl mi i vybrat tu správnou antikoncepci.“* Obdobně odpověděly všechny informantky N1 až N4. Všechny uvedly, že spoléhají na gynekologa, že jim pomůže se v hormonální antikoncepci zorientovat a vybrat pro ně tu ideální.

Podkategorie 2 Zdroj informací o hormonální antikoncepci u žen, které ji užívají

V této podkategorii popisují zdroje informací, ze kterých uživatelky hormonální antikoncepce čerpaly před tím, než ji začaly užívat. Kdo byl jejich prvním zdrojem informací a kdo je nejvíce ovlivnil při rozhodování, zda užívat a také jakou hormonální antikoncepci zvolit.

Informantky U1 až U4 označily za prvotní zdroj informací k hormonální antikoncepci matku, informantky U2 a U4 také starší sestru – tedy své nejbližší okolí. Ve všech případech informantky potvrdily, že se jednalo o ženy, které nějaký druh HAK také užívají, nebo užívaly. U žádné z informantek nebyla jako zdroj informací o HAK jmenována škola. Informantka U3 pak naprosto zavrhla jako zdroj internetové stránky, označila je za nevěrohodné a málo erudované. Přímou uvedla: „*Vadí mi, že si tam o antikoncepci může každý napsat, co chce, nikdo to nekontroluje a je to nepostižitelné. Pak si to přečte někdo nezkušený a může mu to úplně zkreslit povědomí o antikoncepci a ovlivnit ho do budoucna.*“ Dvě z informantek, konkrétně informantky U3 a U4, označily jako další zdroj informací lékárníky. Dle nich by měl být lékárník schopen uživatele sdělit základní informace o užívání a upozornit na případná rizika. Informantky U1, U3 a U4 pak uvedly, že další, kdo jim poskytuje informace k užívání HAK jsou porodní asistentky, se kterými se setkávají v ambulancích u gynekologa. Informantka U4 odpověděla: „*Vždycky, když přijdu na kontrolu ke gynekologovi, tak se nejdřív vidím se sestřičkou. Beru ji jako pravou ruku gynekologa. Pokaždé se mě ptá, jestli je všechno v pořádku, jestli jsem s danou antikoncepcí spokojená a vše si to zapisuje. Když mám nějaké dotazy k užívání, tak mi je zodpoví, a ještě upozorní gynekologa, že mě třeba něco trápí, aby mi to ještě vysvětlil a uklidnil mě nebo to se mnou vyřešil.*“ Všechny informantky pak uvedly jako nejdůležitější zdroj informací gynekologa. Od něho očekávají uspokojivé odpovědi na své dotazy a zároveň od něho očekávají rady a pomoc s výběrem HAK.

Podkategorie 3 Zdroj informací o hormonální antikoncepci u žen, které ji již neužívají

Tato podkategorie, týkající se zdroje informací o hormonální antikoncepci, popisuje odkud ženy, které HAK užívaly, ale nyní ji již neužívají, čerpaly důležité informace o HAK, zda se v případě nějakých problémů obrátily na své gynekology, nebo u koho hledaly odpovědi na své dotazy ohledně HAK. Zároveň se zaměřuje i na to, zda ženy

z této podkategorie konzultovaly svá rozhodnutí o ukončení užívání HAK se svými gynekology.

Pouze informantka J2 uvedla jako zdroj prvotních informací o hormonální antikoncepci matku. Uvedla, že matka byla první, kdo ji s HAK seznámil a upozornil ji na tuto možnost ochrany před neplánovaným otěhotněním. Ostatní informantky J1, J3 a J4 potvrdily, že první informace čerpaly ze zkušeností svých kamarádek. Zároveň ale podotkly, že to byly informace neúplné a často hodně zkreslené. Informantky J1 a J4 pak ještě označily jako zdroj informací o HAK porodní asistentky a lékárníky. Tedy profese, které jsou, jak uvádějí, z oboru, a předpokládají, že o HAK mají dostatečné informace. Od porodní asistentky očekávají doplňující informace ke zvolené hormonální antikoncepci a zároveň jsou ochotny se jí svěřit se svými problémy s HAK. Od lékárníků pak spíše očekávají informace týkající se užívání a možných kontraindikací. Informantky J1 až J4 pak shodně označily za hlavní zdroj informací k hormonální antikoncepci gynekologa. Totožně uvedly, že gynekolog byl ten, kdo je informoval o možných výhodách a rizicích spojených s užíváním HAK. Zároveň s nimi ověřil i to, zda neexistuje nějaká kontraindikace, která by bránila v jejím užívání. Informantka J4 odpověděla: *„Informace by měl sdělovat určitě lékař, gynekolog. Lék je na předpis, tudíž by mělo být jeho užívání pod dozorem a lékař je ten prioritní, kdo o užívání rozhoduje. Myslím si, že lékař ví nejlépe o své pacientce, proto má právo určit, co má nebo nemá daná osoba užívat.“* Ale pouze informantky J3 a J4 pak s gynekologem řešily i ukončení užívání hormonální antikoncepce. Obě informantky musely ukončit užívání ze zdravotních důvodů. Informantka J4 uvedla, že díky tomu, že měla informace o možných rizicích spojených s užíváním LNG-IUS, byla schopna okamžitě reagovat na komplikace, které se při užívání ukázaly. Jak uvádí, díky informacím, začala řešit zánět dělohy včas. Ani jedna z informantek J1 až J4 nevedla jako minulý či současný zdroj informací internet nebo školu.

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá hormonální antikoncepcí, jejími pozitivními vlivy i negativními účinky, kterými může ovlivnit zdraví a život žen. Pro tuto bakalářskou práci byly stanoveny dva hlavní cíle. Prvním výzkumným cílem bylo zjistit informovanost žen o pozitivních a negativních účincích hormonální antikoncepce. Druhým výzkumným cílem pak bylo zjistit, z jakých zdrojů ženy získávají informace o hormonální antikoncepci.

Prvním vymezeným cílem bakalářské práce bylo zjistit znalosti žen o možnostech hormonální antikoncepce a také jejich druzích, kterých je v současné době nepřeberné množství. Zaměřila jsem se i na důvody užívání hormonální antikoncepce, zda se u jednotlivých skupin žen nějak odlišují, nebo zda byly pohnutky pro užívání u všech žen totožné. Zajímalo mne též, jaký druh hormonální antikoncepce ženy nejvíce užívají a zda měly možnost vyzkoušet více druhů hormonální antikoncepce. Pod prvním cílem bakalářské práce jsou pak zahrnuty i znalosti žen o možných výhodách hormonální antikoncepce, zda je od jejího užívání pocítily a zda splnily jejich očekávání. Nebo zda naopak byly pozitivními účinky překvapeny. Dále pak shrnuje povědomí žen o možných rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce a případně jejich zkušenostmi s negativními účinky, zda se nějaké projeví. Současně byl zkoumán vliv hormonální antikoncepce na psychiku žen, zda pocítily nějaké změny nálad. Bylo také zkoumáno mínění žen o vlivu hormonální antikoncepce na plodnost. Dílčím cílem pak bylo zjistit, zda se názory jednotlivých skupin žen nějak výrazně odlišují nebo zda jsou naopak shodné. Také mne zajímalo, zda má na odpovědi žen vliv jejich úroveň vzdělání. K tomuto bodu musím dle odpovědí konstatovat, že míra vzdělání neměla vliv na výběr antikoncepce.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že všechny dotazované ženy uvedly jako hlavní důvod užívání hormonální antikoncepce ochranění před neplánovaným otěhotněním. Jako druhý významný důvod ženy nejčastěji uváděly úpravu menstruačního cyklu. Přičemž se vlastně ani nejedná o skutečný cyklus, protože vaječníky jsou vlivem hormonů v klidovém stádiu (Nováková, 2017). Dvě ženy pak uvedly, že dalším důvodem, proč užívat hormonální antikoncepci je výrazné zlepšení pleti, a především zmírnění akné. Pouze jedna z žen pak uvedla jako jeden z dalších důvodů, proč HAK užívat zmírnění menstruačních bolestí, což opět souvisí s již zmiňovanou pseudomenstruací. V důvodech

užívání některého z druhů hormonální antikoncepce tedy panovala napříč jednotlivými skupinami výrazná shoda. Překvapivé pak bylo zjištění, že ženy, které již HAK neužívají, uvedly jako důvod užívání pouze zabránění otěhotnění, ani jedna žena z této skupiny neuvedla žádný jiný důvod, proč ji užívat. Dále pouze dvě informantky uvedly, že až při užívání hormonální antikoncepce zjistily její další výhody, a to v podobě zlepšení pleti, úpravy cyklu a zmírnění menstruačních bolestí, a byly tak mile překvapeny.

Dále bylo zjišťováno, jaké druhy hormonální antikoncepce ženy znají a které z nich by chtěly užívat nebo již užívají. Součástí pak bylo zjistit i znalosti o principu fungování HAK. Zda ženy znají, na jaké bázi HAK funguje. Všechny dotazované ženy uvedly, že znají kombinovanou hormonální antikoncepci ve formě pilulek. Některé pak ještě pilulky rozdělily na pilulky pro 28 dnů s placebem a na pilulky pro 21 dnů a se 7denní pauzou v užívání. Většina však uvedla pouze pilulky s placebem. Zároveň bylo zjištěno, že všechny ženy, které již HAK někdy užívaly, mají osobní zkušenost s tímto typem hormonální antikoncepce. Dalším často zmiňovaným typem hormonální antikoncepce byly náplasti. Většina žen, které se o náplasti zmínily, ale neuvažuje o jejím užívání. Ze všech dotazovaných žen pouze jedna uvedla, že by formu náplasti chtěla využívat. Dalšími druhy antikoncepce, které ženy jmenovaly, byly LNG-IUS a injekce. Zajímavé je, že větší povědomí o těchto dvou jmenovaných druzích měly ženy, které již nějakou zkušenost s užíváním HAK mají, než ty, které užívání některé z HAK zvažují. Důležité pro mne bylo i zjištění, že všechny ženy, které LNG-IUS nebo injekci užívají či někdy užívaly, již byly po porodu a uvedly, že další těhotenství již neplánují. Překvapilo mě, že pouze jedna z dotazovaných žen má zkušenosti s postkoitální antikoncepcí. Žádná jiná žena ji ani jako druh hormonální antikoncepce neuvedla. Je to zajímavé zjištění a ze souhrnu odpovědí všech dotazovaných žen vyplývá, že ženy se v dnešní době zajímají především o předcházení problémům s neplánovaným otěhotněním, než aby řešily následky pohlavního styku dodatečně. Žádné další druhy hormonální antikoncepce, jako je například podkožní implantát, minipilulka nebo kombinovaný vaginální systém (tzv. kroužek), ani jedna z dotazovaných neuvedla. Na dotaz ohledně principu fungování HAK správně odpověděly pouze dvě z dotázaných žen, obě již HAK užívaly. Ženy většinou na tento dotaz odpovídaly chybně a spíše hádaly. Dokonce čtyři uživatelky napříč všemi skupinami přiznaly, že na tuto otázku vůbec nedokáží odpovědět. Některé z žen, které již HAK užívají nebo užívaly, přiznaly, že jim byl princip fungování účinku HAK vysvětlen u lékaře, ale již si to nepamatují. Pro většinu to ale byly nové informace.

Co se týká výhod hormonální antikoncepce, tak všechny informantky, které její užívání zvažují, uvedly jako největší výhodu zabránění otěhotnění. Z ostatních dvou skupin toto jako výhodu uvedly pouze dvě ženy. Zajímavé je, že z žen, které HAK užívají, tuto výhodu zmínila pouze jedna. Po upozornění na tuto skutečnost ženy podotkly, že tuto výhodu už chápou jako samozřejmost. Nejčastější výhodou, kterou ženy uváděly, byl pravidelný menstruačního cyklus, který se užíváním hormonální antikoncepce ustálil a zpravidlnil. Stará uvádí, že užívání kombinované hormonální antikoncepce s sebou přináší i mnoho neantikoncepčních výhod, jako je právě zmiňovaná úprava menstruačního krvácení, ať už jde o jeho sílu, pravidelnost nebo také intenzitu bolesti spojené s menstruací (Stará, 2015). Tuto výhodu uvedly všechny ženy, které hormonální antikoncepci v současnosti užívají. Překvapivé bylo, že tuto výhodu jmenovaly i dvě ženy, které ještě HAK neužívají. S touto výhodou pak souvisí další často zmiňované pozitivum, a to možnost upravovat si menstruační cyklus dle potřeby, s možností úplně jej vynechat. Ženy si tak mohou lépe plánovat svůj čas, včetně dovolené, aniž by je něco omezovalo. Vliv na intenzitu krvácení a míru bolestivosti byl však zmíněn minimálně. Pouze jedna z žen, která již má zkušenosti s HAK, uvedla, že pocítila zmírnění bolesti břicha při menstruaci a pouze dvě ženy se zkušeností s užíváním HAK uvedly sníženou intenzitu krvácení. Vliv na kvalitu pleti bylo další pozitivum, které dotazované ženy často spojovaly s užíváním hormonální antikoncepce. Příznivý vliv na vlasy a pleť uživatelk zmiňuje i Tošner a zároveň poznamenává, že s touto výhodou souvisí i předepisování COC pacientkám právě pro léčbu akné, nikoliv jako antikoncepce (Tošner, 2017). Právě z důvodu zlepšení pleti a léčby akné zvažuje užívání HAK i jedna z dotazovaných žen, která zatím hormonální antikoncepci neužívá. Další ženy, které již mají zkušenosti s užíváním HAK, pak potvrdily, že na sobě zlepšení pleti postrehly. Kromě výhody úpravy pleti byla zmíněna ještě jedna, která však přímo nesouvisela s gynekologickými pozitivy, a to výhoda finanční. Jedna z žen uvedla, že užíváním LNG-IUS výrazně ušetřila za hygienické potřeby i přes počáteční náklady na pořízení HAK. Překvapivé bylo, že ani jedna z žen neuvedla jako výhodu snížení rizika výskytu některých karcinomů (např. endometria nebo ovaria) a snížení výskytu pánevních zánětů apod.

Na základě rozhovorů bylo zmapováno i povědomí žen o rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce. Jako možná rizika spojená s užíváním HAK ženy nejčastěji udávaly změny nálad a přecitlivělost. Tento problém uvedlo celkem devět dotazovaných žen. Většina z těchto žen se se změnami nálad a přecitlivělostí setkala, jen dvě o tomto

riziku slyšely od svých známých. Dvě ženy uvedly, že prožívaly velké výkyvy v náladách a občas se stalo, že byly i hodně popudlivé a agresivní. Na možné změny nálad upozorňuje i Čepický (2010), který též upozorňuje na výskyt bolestí hlavy a zvracení při užívání některých forem HAK. Bolesti hlavy se při užívání hormonální antikoncepce vyskytly pouze u jedné z oslovených žen, která užívá LNG-IUS. Ta potvrdila, že se u ní občas vyskytují nejen bolesti hlavy, ale také migrény. Překvapivě druhým nejčastěji jmenovaným rizikem bylo možné přibývání na váze. Přičemž studie, které se tímto rizikem zabývaly, nic takového nezaznamenaly (Gallo et al., 2011). Pozitivním zjištěním je, že ačkoliv se ženy před užíváním HAK hodně obávaly rizika přibývání na váze, po vyzkoušení HAK všechny potvrdily, že se u nich nic takového neprojevovalo a jejich obavy byly zbytečné. Ztrátu libida zmínily jako možné riziko celkem čtyři ženy, ale pouze dvě se s tímto problémem osobně setkaly, zbylé dvě ženy o tomto riziku slyšely ve svém okolí. Změnu v sexuálním fungování při užívání HAK prokázaly i provedené vědecké studie, ale pouze u malého počtu žen. Mechanismy, které vedou k sexuálním obtížím, jako je např. ztráta libida, zůstávají nejasné (Both et al., 2019). Krvácení mimo pravidelný cyklus, též nazývané krvácení z průniku, uvedly tři ženy, dvě se s tímto problémem osobně setkaly. Obě tuto potíž řešily po domluvě se svým gynekologem výměnou hormonální antikoncepce. Všechna tato rizika však nemají až takový vliv na zdraví žen. Co se týká rizik, která mohou ovlivnit zdravotní stav uživatelky, tak pouze tři ženy ze všech dotazovaných uvedly, že při užívání HAK může dojít k poškození jater. Toto riziko je zmiňováno spíše u starších typů HAK, v současné době je obsah hormonů, především estrogenu, v HAK mnohem nižší. Přesto je patrné, že může být tento problém s užíváním HAK ještě stále spojován. To, že užívání hormonální antikoncepce může u žen způsobovat neplodnost, pak jako velké riziko označily tři ženy, přičemž dvě z nich začaly užívat HAK až po porodu. U některých typů HAK se sice připouští možnost dlouhodobějšího návratu plodnosti, ale nikoliv neplodnost (Fait, 2018). Vážné riziko, které může postihovat ženy užívající HAK, představuje spíše vznik tromboembolické nemoci (TEN), která může končit až smrtí. Z toho důvodu by u každé ženy měl být posouzen rizikový profil před předepsáním HAK (Sitruk-Ware, 2016). Proto bylo celkem zarážející, že riziko vzniku TEN a trombóz uvedly pouze dvě ženy. Přičemž je nutné podotknout, že jedna z uvedených žen se léčí s nemocí ovlivňující srážení krve, tedy se jí toto riziko osobně týká. Možné riziko infarktu myokardu, případně riziko vzniku nádoru prsu nebo riziko ztráty kostní hmoty neuvedla ani jedna z žen. Některé ženy, a to nejen ty, které dosud HAK neužívají, o těchto rizicích slyšely vůbec poprvé.

Během rozhovorů byl sledován i názor žen na plánované těhotenství ve spojení s užíváním hormonální antikoncepce. Jako vážné riziko, které by mohlo ovlivnit budoucí otěhotnění, označily užívání hormonální antikoncepce tři z dotazovaných žen. Žádná z nich v současné chvíli hormonální antikoncepci neužívá. Je zajímavé, že dvě ženy, které uvedly HAK jako velké riziko pro následné otěhotnění, začaly užívat HAK až po porodu, když už žádné další děti neplánovaly, a pouze jedna uvedla, že se s problémem spojeným s početím setkala ve svém okolí. Všechny ostatní dotazované ženy pak připustily možnost, že by užívání hormonální antikoncepce mohlo mít nějaký vliv na jejich následné otěhotnění, ale potvrdily, že toto riziko chápou jako nepatrné. Zajímavé bylo, že o problému s početím věděla jen přibližně polovina z dotazovaných žen. Ty ostatní o něm slyšely poprvé až při našem rozhovoru a nikdy předtím se s tímto rizikem nesetkaly. Následně připustily, že zde jisté riziko existuje. Některé z těchto žen pak ještě upřesnily, že problém s otěhotněním se může vyskytnout u žen, které hormonální antikoncepci užívají dlouhodobě, a že pak tedy trvá delší dobu, než se tělo zbaví nadměrného množství hormonů a navrátí se přirozená hladina hormonů se všemi funkcemi. Další dvě ženy pak označily za možný problém, který by mohl souviset s potížemi spojenými s početím, užívání HAK již od nízkého věku. Přímou uvedly, že si myslí, že nedochází ke správnému vývinu všech vajíček, v důsledku čehož může nastat problém s otěhotněním. Co se týkalo osobních zkušeností s otěhotněním, tak pouze dvě dotazované ženy uvedly, že před těhotenstvím užívaly HAK, další dvě ženy ji začaly užívat až po porodu, jedna žena ji nikdy nezačala užívat a její těhotenství bylo plánované. Ostatní ženy ještě nebyly těhotné, ani se o to nepokoušely. Při rozhovorech pak bylo zjištěno, že obě ženy, které před otěhotněním užívaly hormonální antikoncepci, neměly problém otěhotnět do tří měsíců od plánování těhotenství. Jak obě shodně uvedly, o možných potížích s otěhotněním po vysazení HAK již měly jisté povědomí, a proto neočekávaly okamžitý úspěch.

Z provedených rozhovorů pak vyplynulo, že prvním zdrojem informací o možnosti užívání HAK byla matka nebo starší sestra, tedy osoby jim nejbližší. Dalším celkem často zmiňovaným zdrojem byly kamarádky, především ty, které již HAK užívají. Pouze u tří žen byla jako zdroj informací k HAK zmíněna škola. Všechny tyto ženy patřily do skupiny žen, které ještě HAK neužívají a jsou i z celého okruhu dotazovaných žen nejmladší, většinou ještě studující. Udivující pak bylo zjištění, že internet byl jako zdroj informací o HAK uveden pouze jednou a odborná literatura nebyla zmíněna vůbec. V rozhovorech pak byl zaznamenán názor dotázaných žen na to, od koho očekávají

ucelené informace o hormonální antikoncepci. Všechny shodně uvedly, že nejdůležitějším zdrojem informací o HAK je pro ně gynekolog. Od gynekologa očekávají informace nejen o výhodách, které mohou s užíváním HAK vyplynout, ale především očekávají upozornění na možná rizika a kontraindikace. Gynekolog je ten, komu plně důvěřují při výběru typu HAK a zároveň je pro ně osobou, na kterou se obracejí při vzniklých komplikacích. Ihned za gynekology byly za hodnověrný zdroj informací ženami označeny porodní asistentky. Od nich ženy též očekávají erudované informace a zároveň jsou prvními v ordinaci gynekologa, komu se ženy svěří se svými obtížemi. Od porodní asistentky pak očekávají, že jejich problém profesionálně zhodnotí a upozorní na něj gynekologa. Některé z žen pak ještě označily za zdroj informací lékárníky, se kterými se setkávají při vyzvedávání léku. Od lékárníků očekávají upozornění a rady týkající se kontraindikace, užívání a také možných problémů s užíváním spojených. Opět bylo zarážející, že ani jedna z žen neuvedla, že by pro získání více informací k HAK použila internet nebo odbornou literaturu.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit povědomí žen o hormonální antikoncepci a jejím pozitivním i negativním vlivu na zdraví a plodnost žen a také zjistit, odkud ženy nejvíce čerpají informace o HAK. V teoretické části jsou obsaženy kapitoly shrnující historii antikoncepce, menstruační cyklus, druhy antikoncepce, jejich pozitivní vlivy na ženský organismus a také nežádoucí účinky a rizika s ní spojená. V praktické části bylo na základě využití kvalitativní metody výzkumu provedeno šetření formou strukturovaných rozhovorů. Rozhovory probíhaly přes online komunikační kanály v březnu a dubnu 2021 za ztížených covidových podmínek, kdy nebylo možné osobního setkání.

Prvním cílem bylo zjistit informovanost žen o hormonální antikoncepci, jejich výhodách a negativních účincích. Dílčím záměrem pak bylo zjištění důvodů, pro které by se ženy rozhodly HAK užívat, jaké mají povědomí o dostupných druzích hormonální antikoncepce a také zaznamenání jejich názoru na vliv HAK na plánování rodičovství. Na základě provedeného výzkumu bylo zjištěno, že hlavním důvodem užívání HAK je předcházení nechtěnému těhotenství. Tento důvod byl jednoznačně uveden na prvním místě u všech žen, tedy i u těch, které ještě žádnou antikoncepci neužívají. Vypovídá to o tom, že v současné době se ženy chovají velmi uvědoměle a k těhotenství se stavějí zodpovědně. Jsou schopny naplánovat si rodičovství na dobu, kdy na to budou připraveny po fyzické i psychické stránce. Co se týká jednotlivých druhů hormonální antikoncepce, tak nejčastěji zmiňovanými a zároveň nejvyužívanějšími jsou pilulky. Ty uvedly naprosto všechny ženy a většina žen, které již nějakou hormonální antikoncepci užívaly, potvrdily, že pilulky i vyzkoušely, protože je jejich aplikace velmi jednoduchá. Nicméně pro některé ženy je i pravidelné užívání pilulky náročný úkol, ty pak volí spíše formy HAK méně náročné na pravidelné užívání. Zde ženy uvedly tělíška s obsahem hormonů, depotní injekce a také náplasti. Přesto jejich znalosti týkající se druhů hormonální antikoncepce nebyly ucelené a byly spíše jen obecné. Pouze jedna žena byla schopna rozdělit hormonální antikoncepci podle obsažených hormonů na gestagenní a kombinovanou s estrogenem. Úroveň znalostí o jednotlivých druzích byla u všech žen srovnatelná. Výzkum též poukázal na hluboký nedostatek vědomostí o samotném fungování hormonální antikoncepce. Znalosti žen o principu fungování jsou jen velmi obecné a povrchní. Co se týká povědomí o výhodách hormonální antikoncepce, zde všechny ženy odpovídaly téměř totožně. Za největší přínos hormonální antikoncepce považují ochranu před otěhotněním, dalšími výhodami jsou pak možnost řídit si menstruační cyklus

a zlepšení pleti. Ani jedna z žen neuvedla možné preventivní účinky HAK, jako např. snížení rizika výskytu některých karcinomů. Můžeme tedy konstatovat, že všechny ženy mají obecné povědomí o možných výhodách, které jim HAK může poskytnout, ale hlubší znalosti postrádají, a to i přesto, že samy některý druh HAK užívají. Z šetření též vyplynulo, že informace o možných rizicích spojovaných s užíváním HAK jsou celkem různorodé. Jediné riziko, na kterém se většina žen shodla, byla náladovost provázená přecitlivělostí a někdy až agresí. Zarážející je, že pouze nepatrný zlomek žen měl informace o možných vážných rizicích, například o tromboembolické nemoci (TEN) apod. Informace získané od žen k možným rizikům užívání HAK jsou tedy nedostatečné. Zarážející je skutečnost, že nedostatek informací mají nejen ženy, které HAK neužívají, ale i ty které ji užívají a u kterých bychom tedy mohli hlubší znalosti očekávat. Informace o vlivu HAK na plodnost, které ženy uváděly, byly též různé, ale vesměs všechny ženy si myslí, že nepatrný vliv mít může. Nicméně v průběhu výzkumu nebyl u žádné z žen, které již byly těhotné, prokázán.

Druhým cílem bylo zjistit, které zdroje informací ženy nejčastěji využívají. Z provedeného výzkumu vyplývá, že ačkoliv ženy uvádějí jako důležitý zdroj informací gynekologa, tak je z jejich odpovědí patrné, že je tento zdroj nedostatečný. Další informace čerpají jen ze zkušeností lidí ve svém okolí. Důležité je ale i to, jak moc se ženy snaží porozumět podávaným informacím. Jestli jim pro rozhodování o užívání HAK stačí pouze obecné informace, nebo jestli jsou ochotné výběru věnovat delší čas a informovat se podrobněji. Podrobnější informace ale získají pouze dostatečným množstvím odborných informací – zde se otevírá prostor pro porodní asistentky, které mohou pomoci ucelit ženám informace k HAK v rámci jejich další edukace. Tato edukace pak může být součástí pravidelných kontrol v gynekologické ambulanci, kdy má porodní asistentka prvotní možnost předávat informace. Pokud si ženy budou vědomy rizik, které s užíváním HAK souvisí, ovlivní to i jejich rozhodování, jaký typ antikoncepce si nakonec zvolí.

Výsledky této práce mohou pomoci porodním asistentkám zlepšit edukaci žen při preventivních kontrolách u gynekologa. Výsledky též poukázaly na potřebu edukace žen v době dospívání, proto by se mohly porodní asistentky zapojit i do sexuální výuky ve školách, provádět osvětu o dostupných metodách HAK, aby ženy byly schopny vybrat si vhodnou antikoncepci odpovídající jejich požadavkům a zároveň byly seznámeny s riziky, která jim mohou hrozit.

7 Seznam použité literatury

1. BACHMANN, G., KORNER, P., 2009. Bleeding patterns associated with non-oral hormonal contraceptives: a review of the literature. *Contraception* [online]. 79(4), 247-258 [cit. 2021-05-24]. DOI: 10.1016/j.contraception.2008.10.012. ISSN 00107824. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782408004939>
2. BARTÁK, A., 2006. *Antikoncepce: druhy antikoncepce, hormony, když všechno selže*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1351-9.
3. BITTNER, L., 2017. *Vazektomie*. [online]. Vazektomie bez skalpelu. Praha: Andrologie [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://www.vazektomiebezskalpelu.cz/vazektomie.html>
4. BOTH, S. et al., 2019. Hormonal Contraception and Female Sexuality: Position Statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM). *The Journal of Sexual Medicine* [online]. 16(11), 1681-1695 [cit. 2021-8-7]. DOI: 10.1016/j.jsxm.2019.08.005. ISSN 17436095. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609519313645>
5. BRITO, M.B., NOBRE, F., VIEIRA, C.S., 2011. Contracepção hormonal e sistema cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [online]. 96(4), 81-89 [cit. 2021-05-24]. DOI: 10.1590/S0066-782X2011005000022. ISSN 0066-782X. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011000400021&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
6. BROCHMANN, N., DAHL, E.S., 2019. *Zázrak tam dole: vše, co potřebujete vědět o ženském podbřišku*. Přeložil Šárka STEJSKALOVÁ. Praha: Dobrovský. Knihy Omega. ISBN 978-80-7390-785-3.
7. ČEPICKÝ, P., 2010. Antikoncepce a ostatní metody plánovaného rodičovství. In: WEISS, P. *Sexuologie*. Praha: Grada, s. 275-293. ISBN 978-80-247-2492-8.
8. ČEPICKÝ, P., 2018. Antikoncepce. benefity, rizika, mýty. *Acta medicae*. Praha, 6(5-6), s. 38-40. ISSN 1805-398X.
9. ČEPICKÝ, P., ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, Z., 2010. *Jak odpovídat na otázky o antikoncepci a plánovaném rodičovství*. Praha: Levret. ISBN 978-80-87070-49-9.
10. ČEPICKÝ, P., ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, Z., 2011. *Co by měli vědět o hormonální antikoncepci farmaceuti a farmaceutické laborantky*. Praha: Levret. ISBN 978-80-87070-59-8.

11. DULÍČEK, P., 2016. Hormonální antikoncepce z pohledu hematologa. *Practicus: odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 15(5), 30-31. ISSN 1213-8711.
12. FAIT, T., 2018. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-587-3.
13. FAIT, T., 2015. Hormonální antikoncepce a kardiovaskulární riziko. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. Praha: Medical Tribune CZ, 7(1), 18-22. ISSN 1803-7542.
14. FAIT, T., ZIKÁN, M., MAŠATA, J., 2019. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 3. aktualizované a přepracované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-07-8.
15. GALLO, M.F. et al., 2011. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. (9) [cit. 2021-05-24]. DOI: 10.1002/14651858.CD003987.pub5. ISSN 1465-1858. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003987.pub5>
16. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-x.
17. HAVLÍN, M., 2017. Hormonální antikoncepce a riziko TEN. *Angis revue*. 10(1), 30-34. ISSN 2464-5435.
18. HOŘEJŠÍ, V., 2016. Přehled metod a trendy v antikoncepci. *Practicus*. Praha, 15(5), 29. ISSN 1213-8711.
19. JONÁK, Z., 2003. *Informace: Česká terminologická databáze knihovnictví a informační vědy*. [online]. KTD: Databáze Národní knihovny ČR. Praha: Národní knihovna ČR, 2003 [cit. 2021-06-08]. Dostupné z: https://aleph.nkp.cz/F/?func=direct&doc_number=000000456&local_base=KTD
20. KŘEPELKA, P., 2017. Zásady péče o uživatelku hormonální antikoncepce. *Gynekolog*. Praha: Mladá fronta, 26(2), 68-80. ISSN 1210-1133.
21. KŘEPELKA, P., 2013. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2991-9.
22. KŘEPELKA, P., 2017. Typy hormonální antikoncepce. *Gynekolog*. Praha: Mladá fronta, 26(1), 6-10. ISSN 1210-1133.
23. KŘEPELKA, P., 2017. Co nabízí hormonální antikoncepce. *Gynekolog*. 26(1), 3. ISSN 1210-1133.

24. KŘEPELKA, P., KOLAŘÍK, D., 2012. Hormonální antikoncepce a kardiovaskulární systém. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. Praha: Mladá fronta, 14(3), 255-260. ISSN 1212-4184.
25. KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.
26. MAREŠOVÁ, P., 2014. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3153-0.
27. MONOSKI, M.A., LI, P.S., BAUM, N., GOLDSTEIN, M., 2006. No-scalpel, no-needle vasectomy. *Urology* [online]. 68(1), 9-14 [cit. 2021-05-24]. DOI: 10.1016/j.urology.2006.03.008. ISSN 0090-4295. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0090429506003529>
28. MØRCH, L.S. et al., 2017. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *New England Journal of Medicine* [online]. 377(23), 2228-2239 [cit. 2021-8-7]. DOI: 10.1056/NEJMoa1700732. ISSN 0028-4793. Dostupné z: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1700732>
29. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., 2015. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-206-0.
30. NOVÁČKOVÁ, M., NOUZOVÁ, K., 2016. *Gynekologická péče: Příručka pro ženy, které neměly čas anebo se bojí svého lékaře zeptat*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4236-9.
31. NOVÁKOVÁ, A., 2017. *Život bez hormonální antikoncepce*. Praha: Kořeny - Suchý Radek. ISBN 978-80-906629-4-0.
32. NOVOTNÁ, M., 2011. Moderní trendy v hormonální antikoncepci. *Medicína pro praxi*. 8(12), 544-546. ISSN 1214-8687.
33. PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 2. díl Porod. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-215-2.
34. PAŘÍZEK, A., 2009. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-653-3.
35. PAŠKOVÁ, A., 2020. *Základní metody antikoncepce*. [online]. Gyn Medico. Praha: Care Medico, 2020 [cit. 2021-01-09]. Dostupné z: <https://www.gynmedico.cz/zajimavosti/zakladni-metody-antikoncepce/>

36. PAVLIŠTA, D., 2018. Možnosti prevence onkologických onemocnění. Přínos a rizika hormonální antikoncepce, HRT a IVF. In: VOKURKA, S., TESAŘOVÁ, P. *Onkologie v kostce*. Praha: Current Media, s. 41-42. ISBN 978-80-88129-37-0.
37. PILKA, R., 2017. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-530-9.
38. PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.
39. ROKYTA, R., 2000. Estrogeny, paměť, bolest a ochrana neuronů: Jsou estrogeny zázračné hormony?. *Vesmír* [online]. Praha, 5. 12. 2000, 79(12) [cit. 2021-05-27]. ISSN 0042-4544. Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/2000/cislo-12/estrogeny-pamet-bolest-ochrana-neuronu.html>
40. ROZTOČIL, A., BARTOŠ, P., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.
41. SEIDLOVÁ, D., 1997. *Kontracepce pro praxi: [průvodce metodami zábrany otěhotnění]*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-39-X.
42. SIMMONS, K.B., EDELMAN, A.B., 2016. Hormonal contraception and obesity. *Fertility and Sterility* [online]. 106(6), 1282-1288 [cit. 2021-8-7]. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.07.1094. ISSN 00150282. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015028216625244>
43. SITRUK-WARE, R., 2016. Hormonal contraception and thrombosis. *Fertility and Sterility* [online]. 106(6), 1289-1294 [cit. 2021-7-8]. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.08.039. ISSN 00150282. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015028216627474>
44. SIVIN, I., STERN, J., 1994. Health during prolonged use of levonorgestrel 20µg/d and the Copper TCu 380Ag intrauterine contraceptive devices: a multicenter study. International Committee for Contraception Research (ICCR). *Fertility and Sterility* [online]. 61(1), 70-77 [cit. 2021-05-24]. DOI: 10.1016/S0015-0282(16)56455-3. ISSN 00150282. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015028216564553>
45. SLEZÁKOVÁ, L., ANDRÉSOVÁ, M., KADUCHOVÁ, P., ROUČOVÁ, M., STAROŠTÍKOVÁ, E., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.

46. SMITH, L., © 2004-2021. *What are female condoms and how are they used?*. [online]. Medical News Today. Brighton: Healthline Media, 6 December 2017 [cit. 2021-6-20]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/309483>
47. STARÁ, D., 2015. Rizika kombinované hormonální antikoncepce. *Florence*. 11(9), 15-17. ISSN 1801-464X.
48. SZAREWSKÁ, A., GUILLEBAUD, J., 1996. *Antikoncepce: praktická příručka*. Praha: Victoria Publishing. ISBN 80-85865-55-6.
49. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 377, ISBN 978-80-262-0644-6.
50. TOMEK, I., 2017. *Informovanost*. [online]. Sociologický ústav AV ČR, v.v.i. [cit. 2021-06-08]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Informovanost>
51. TOŠNER, J., 2017. Praktické poznámky k vedlejším účinkům kombinované hormonální antikoncepce. *Gynekolog*. Praha: Mladá fronta, 26(1), 13-18. ISSN 1210-1133.
52. TRUNEČEK, J., 2004. *Management znalostí*. Praha: C.H. Beck. C.H. Beck pro praxi. ISBN 80-7179-884-3.
53. UNZEITIG, V. et al., 2012. Doporučení k předpisu kombinované hormonální antikoncepce. *Česká gynekologie*. Praha, 77(6), 597-601. ISSN 1210-7832.
54. UZEL, R., 2010. Anatomie a fyziologie ženského genitálu. In: WEISS, P. *Sexuologie*. Praha: Grada, s. 64-67. ISBN 978-80-247-2492-8.
55. VOEDISCH, A.J., HINDIYEH, N., 2019. Combined hormonal contraception and migraine: are we being too strict? *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology* [online]. 31(6), 452-458 [cit. 2021-8-7]. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000586. ISSN 1040-872X. Dostupné z: <https://journals.lww.com/10.1097/GCO.0000000000000586>
56. VOKURKA, S., TESAŘOVÁ, P., 2018. *Onkologie v kostce*. Praha: Current Media. Medicus. ISBN 978-80-88129-37-0.
57. Zákon č. 373/2011 Sb.: Zákon o specifických zdravotních službách, 2011. In: *Sbírka zákonů České Republiky*. částka 131, s. 4802-4838. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/zakon-ze-dne-6-listopadu-2011-o-specifickych-zdravotnich-sluzbach-18612.html>

8 Přílohy

Příloha 1 Pearl index – účinnost antikoncepce	67
Příloha 2 Hormonální, ovariální a menstruační cyklus.....	68
Příloha 3 Zavedený poševní pesar	69
Příloha 4 Femidon – ženský kondom	70
Příloha 5 Nitroděložní antikoncepce, IUD – intrauterine device.....	71
Příloha 6 Mužská sterilizace – schéma provedení	72
Příloha 7 Ženská sterilizace – schéma provedení	73

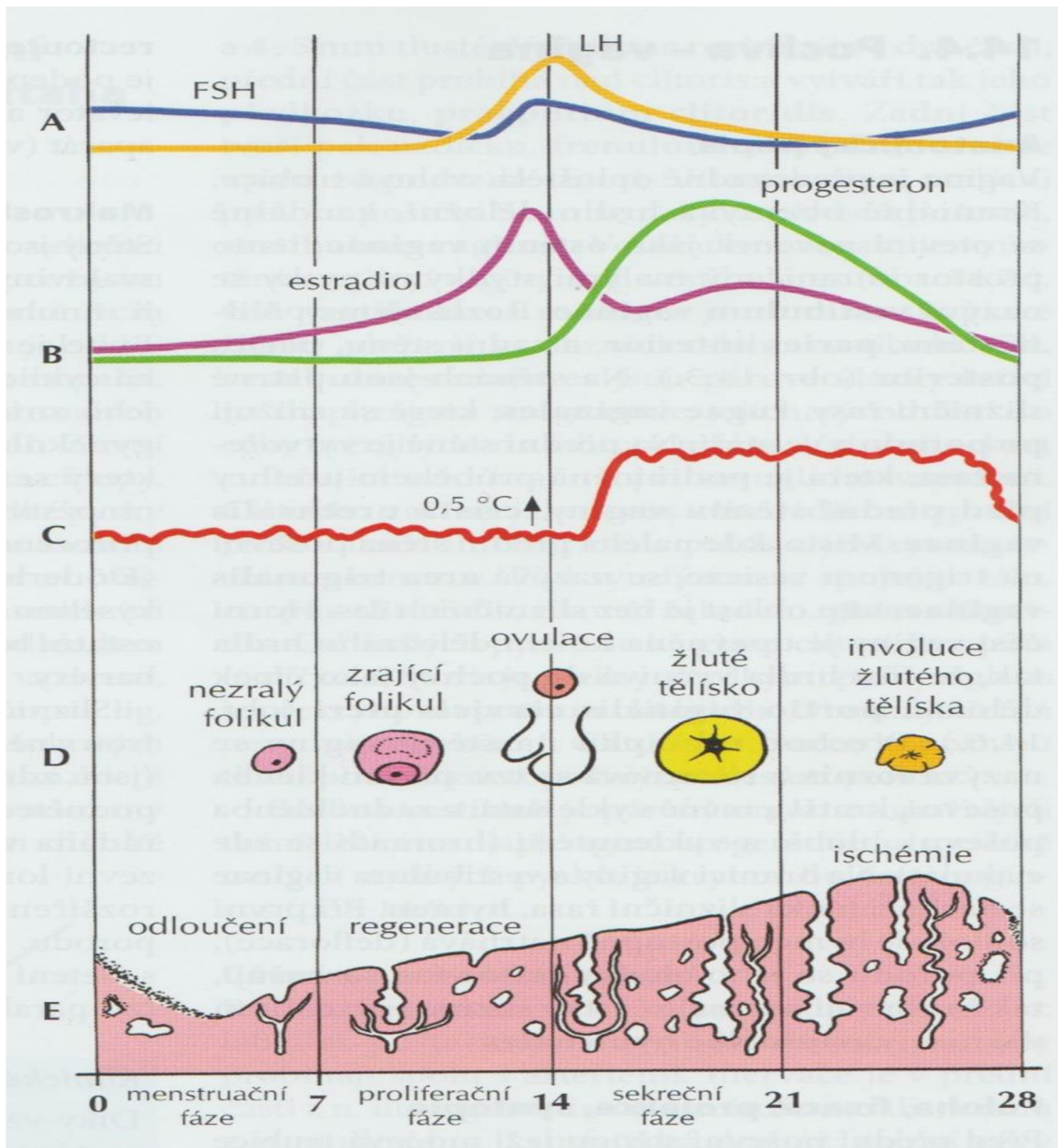
Příloha 1 Pearl index – účinnost antikoncepce

Metoda	Pearl index
<i>Reverzibilní metody</i>	
nechráněný styk	80,00–85,00
spermicidy	0,68–25,00
kondom	14
COC	0,10–0,40
perorální gestageny	0,14–9,60
depotní gestageny	0,00–1,00
Cu-IUD	0,20–0,80
LNG-IUS	0,02–0,20
<i>Ireverzibilní metody</i>	
ženská sterilizace	0,00–0,50
mužská sterilizace	0,00–0,15

COC – perorální hormonální antikoncepce, Cu-IUD – nitroděložní tělísko s mědí, LNG-IUS – nitroděložní systém s levonorgestrem

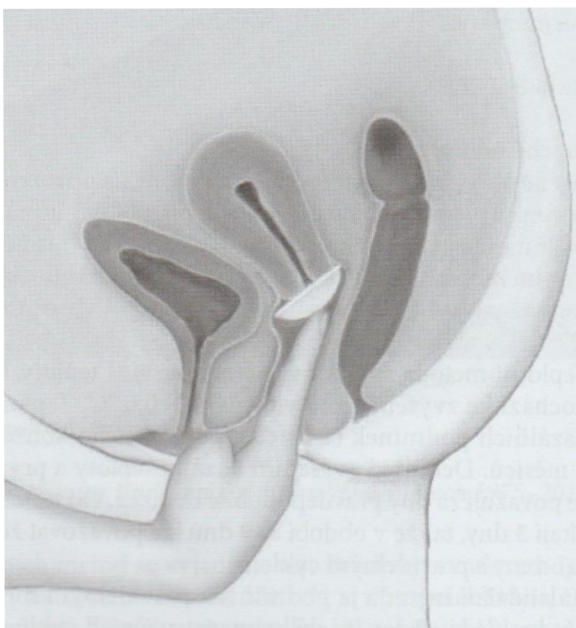
Zdroj: FAIT, T., 2018. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-587-3.

Příloha 2 Hormonální, ovariální a menstruační cyklus



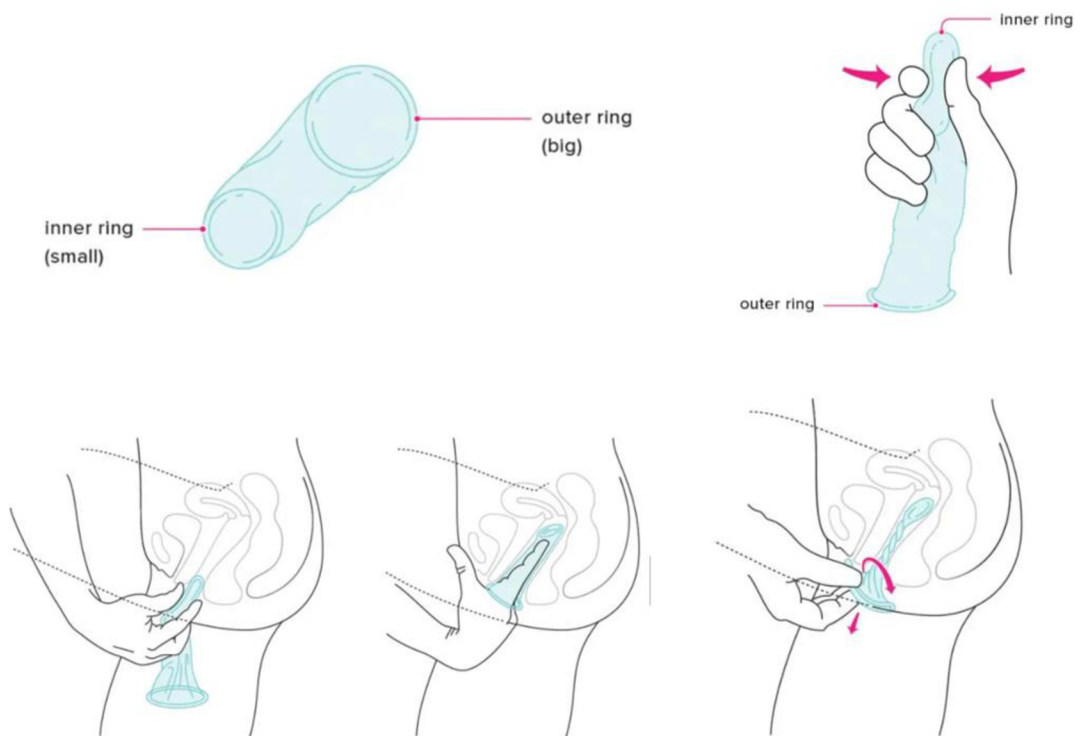
Zdroj: NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., 2015. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-206-0.

Příloha 3 Zavedený poševní pesar



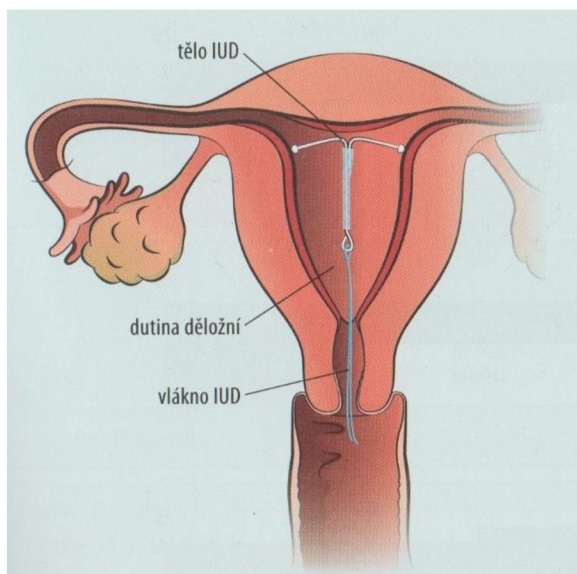
Zdroj: SLEZÁKOVÁ, L., ANDRÉSOVÁ, M., KADUCHOVÁ, P., ROUČOVÁ, M., STAROŠTÍKOVÁ, E., 2017. Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.

Příloha 4 Femidon – ženský kondom



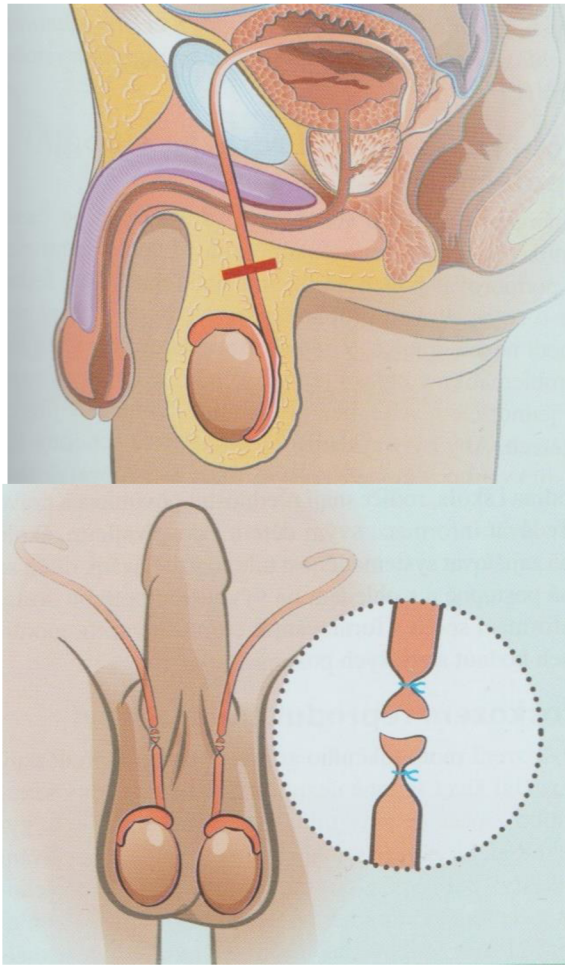
Zdroj: SMITH, L., © 2004-2021. *What are female condoms and how are they used?*. [online]. Medical News Today. Brighton: Healthline Media, 6 December 2017 [cit. 2021-6-20]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/309483>

Příloha 5 Nitroděložní antikoncepce, IUD – intrauterine device



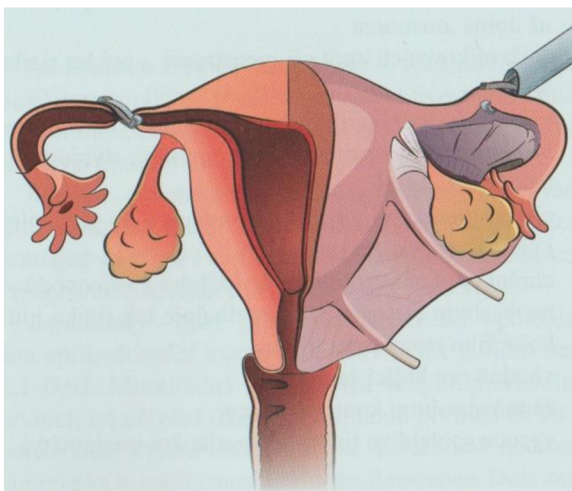
Zdroj: PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

Příloha 6 Mužská sterilizace – schéma



Zdroj: PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

Příloha 7 Ženská sterilizace – schéma provedení



Zdroj: PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

9 Seznam zkratek

apod.	a podobně
ATB	antibiotika
DMPA	depotní medroxyprogesteron acetát
FSH	foliko-stimulační hormon
GnRH	hormon uvolňující gonadotropin
HAK	hormonální antikoncepce
IUD	nitroděložní tělísko
LH	luteinizační hormon
LNG-IUS	nitroděložní systém s levonorgestrelm
např.	například
OSN	Organizace spojených národů
PI	Pearlův index
stol.	století
TEN	tromboembolická nemoc
tzv.	takzvaný
USA	United States, Spojené státy americké
UZ	ultrazvuk