

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Hormonální léčba u žen, předsudky a informovanost
Bakalářská práce

PhDr. Vlasta Koudelková

2009

Eva Budínová

Hormonal treatment in women, prejudice and awareness

Hormonal treatment is an essential component in treatment of a modern woman. But yet it is disputed and perceived negatively in women owing to prejudice and poor awareness of the issue. The lack of information or information obtained from non-professional sources cause prejudice and the negative perception that is difficult to refute.

The data were collected using a quantitative as well as qualitative examination. The quantitative research was made through an anonymous questionnaire in the gynecologist's office of MUDr. Koubková in Tábor. The questionnaire gathered identification data and general knowledge on hormone therapy. 110 questionnaires were handed out and 95 were included in the questionnaire. The qualitative examination was carried out in the form of an interview with the nurses from the gynecologists' offices in Tábor.

The thesis gives a survey of the awareness of treatment and the reasons for its refusing, which was its main target. The five single goals that had been set were accomplished by the research results.

Five hypotheses were stated. The first, second and third hypotheses were to confirm the premise that women tend to have a negative attitude towards hormonal treatment and they refuse hormonal treatment on account of prejudice. These hypotheses were confirmed. The negative attitudes and hormonal treatment refusal stem from the lack of information or the information obtained from wrong sources. Prejudice is caused by inaccurate information obtained from non-professionals. The fourth and fifth hypotheses were to confirm the presumption that highly educated women have a more positive approach to hormonal treatment than those with basic education, and that the education level has an influence on the attitude towards hormonal treatment, and that women of a lower age are more open to hormonal treatment than middle-aged or elderly women. These hypotheses were not confirmed.

Four hypotheses were determined. Questions 1 and 2 examined the women's problem taking hormone therapy. Questions 3 and 4 investigated the way a nurse participates in giving information on hormone therapy in the gynecologist's office and

the way this shortage of information can be made up. All of the questions were answered by the results of the research.

The results of the research show that women, while seeking information, address their questions to physicians, but also to their friends, or check the Internet for information. Those who influence their decision making in the respect of hormonal treatment are their partners, friends, media and others. Women confirmed that they have lack of information and are interested in obtaining more information about hormonal treatment. Prejudice and the negative attitude to hormonal treatment originate from lack of information.

Hormonal treatment is an indispensable part of the care for a modern healthy woman. It is necessary for women to have access to all the information available to prevent them from the influence of incorrect information and prejudice.

The results of the research will be used to make health care personnel familiar with the questions of unawareness and the influence of prejudice on women so that the situation could improve in this respect.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Hormonální léčba u žen, předsudky a informovanost vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 17. 8. 2009

.....

podpis studenta

Poděkování

Ráda bych vyjádřila své poděkování PhDr. Vlastě Koudelkové za odborné vedení, cenné připomínky, rady a čas strávený při psaní mé bakalářské práce. Poděkování patří také celé mojí rodině za pomoc, trpělivost, psychickou podporu a toleranci v průběhu mého studia. Poděkování patří také všem, kteří mi poskytli informace ke zpracování této práce.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Historie hormonální léčby	4
1.1.1 Úvod do historie hormonální antikoncepce	4
1.1.2 Historie hormonální substituční terapie	4
1.2 Vysvětlení pojmů	5
1.2.1 Menstruační cyklus.....	5
1.2.2 Rozdělení období života ženy a vliv hormonů	6
1.3 Indikace hormonální terapie	7
1.3.1 Hormonální léčba u dívek, aplikační formy	8
1.3.2 Hormonální antikoncepce, výhody, nevýhody.....	10
1.3.3 Hormonální léčba v reprodukční medicíně.....	14
1.3.4 Hormonální substituční terapie, výhody, nevýhody	16
1.3.4.1 Vliv na kostní tkáň.....	18
1.3.4.2 Vliv na stav kůže.....	20
1.3.4.3 Vliv na urogenitální systém.....	21
1.3.4.4 Vliv na způsob a kvalitu života ženy.....	22
1.4 Přírodní preparáty, alternativní terapie.....	23
1.5 Ostatní antikoncepční metody.....	23
1.6 Předsudky k hormonální terapii	24
1.7 Úloha a kompetence porodní asistentky u praktického gynekologa a v ambulantní péči	25
1.7.1 Ošetrovatelský proces v ordinaci praktického gynekologa.....	26
1.7.2 Úloha porodní asistentky při podávání hormonální terapie.....	28

1.7.3 Edukace porodních asistentek o hormonální terapii.....	29
1.7.4 Vybrané ošetrovatelské diagnózy v ordinaci praktického gynekologa.....	30
2. Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky	33
2.1 Cíle práce.....	33
2.2 Hypotézy.....	33
2.3 Výzkumné otázky.....	33
3. Metodika	34
3.1 Metoda sběru dat.....	34
3.2 Výzkumný soubor.....	35
4. Výsledky	36
4.1 Výsledky analýzy dotazníků v kvantitativní části výzkumu.....	36
4.2 Výsledky analýzy kvalitativního výzkumu prostřednictvím rozhovoru.....	57
5. Diskuze	68
6. Závěr	78
7. Seznam použitých zdrojů	80
8. Klíčová slova.....	83
9. Přílohy	84

Úvod

Hormonální léčba se v poslední době stává nedílnou součástí spokojeného a vyrovnaného života téměř každé ženy. Aniž bychom si to uvědomovali, provází nás po celý život. I z toho důvodu je překvapující, že slovo „hormony“ děsí mnoho klientek. Obávají se vedlejších účinků, obavy často převýší prospěch hormonální terapie, a to především v období přechodu. U dívek naopak chybí trocha opatrnosti, rizika zlehčují a podceňují. Mělo by to být vyvážené, aby nám „hormony“ pomáhaly. Hormonální léčba řeší množství gynekologických potíží, ale i kožní, urologické, endokrinologické a řadu dalších.

Antikoncepce dříve „pouze“ chránila před otěhotněním, dnes také léčí akné, chrání před pánevními záněty, snižuje intenzitu krvácení, nebo dokonce krvácení zcela potlačuje, což je moderním trendem. Je na výběr z mnoha možností i aplikačních forem. Každá klientka si může vybrat i cenovou relaci, aby jí hormonální antikoncepce vyhovovala ve všech směrech. V neposlední řadě žena, která potřebuje předpis na antikoncepci, přijde alespoň jednou za rok ke svému gynekologovi a je jí udělána preventivní prohlídka, včetně onkologické cytologie. I tím je antikoncepce prospěšná.

Léčba potíží související s přechodem se začíná pomalu stávat běžnou součástí stárnutí ženy. Toto stárnutí je však touto léčbou potlačováno a žena tak může prožívat klidnější, spokojenější, sebevědomější a plnohodnotnější život, než tomu bývalo dříve. Moderní žena se dožívá vyššího věku a svůj život si může vychutnat naplno, bez zbytečných potíží, které jí úbytek hormonů způsobí bez hormonální léčby.

Stále se však v praxi setkáváme s negativním postojem žen k hormonální léčbě a se spoustou předsudků. Většinou tato nejistota bývá způsobena nedostatkem vhodných informací, zatímco informací od kamarádek, kolegyně a jiných laiků mají dostatek.

Pracuji v gynekologicko – porodnické soukromé ordinaci a s předsudky o hormonální léčbě se setkáváme každý den. Moje práce by měla vyvrátit předsudky k této léčbě a zároveň zjistit, co všechno ovlivňuje klientku při rozhodování a proč se hormonální terapie tolik obávají.

1. Současný stav

1.1 Historie hormonální léčby

1.1.1 Úvod do historie hormonální antikoncepce

Hormonální antikoncepce (HAK), neboli kontracepce je termín pro metody ochrany před početím. v naší historii, v době kamenné, byla antikoncepce zcela přirozená, a tou bylo kojení. V této době rodila lidská samička jednou za čtyři roky. Hormonální mechanismus, kdy kojení brání ovulaci, je časté kojení. Pro časté přísátí dítěte bývalo ideálním řešením nošení dítěte ve vaku, kdy s ním takto žena i spala. Takový životní styl byl možný pouze do středověku. Později začaly ženy kojení omezovat.

Po druhé světové válce začali problémy s populační explozí a lidé si uvědomovali, že je nutné objevit a zavést mechanismus, který by dostatečně nahradil přirozený antikoncepční účinek kojení. Kojení v té době bylo neslučitelné s momentálním životním stylem. Po omezení kojení se objevily pravidelné ovulace a pravidelné menstruační cykly. Nutnost antikoncepce byla zjevná také z počtu interrupcí, které byly v této době pro ženy ohrožením na životě (20).

V polovině 19. století byl vynalezen první poševní pesar, který sloužil jako bariérová antikoncepční metoda. Dalším způsobem ochrany před početím byly později výpočty plodných a neplodných dnů, přerušovaný styk, sterilizace ženy, spermicidní přípravky. Všechny tyto metody byly nedostačující, a proto se hledaly jiné možnosti.

První krok k moderní antikoncepci nastal kolem roku 1950, kdy na trh přišli nitroděložní metody a první kombinovaná hormonální antikoncepce, i když vedlejší účinky vzhledem k vysokému obsahu hormonů mnohdy převyšovaly výhody (5).

1.1.2 Historie hormonální substituční terapie

Průměrná délka života ženy se prodlužuje a populace se dožívá vyššího věku. Samotné prodlužování života by nemělo smysl bez zkvalitnění života. Zkvalitněním života nejen žen se zabývá mnoho oborů medicíny, ale kvalitou života žen se zabývá

klimakterická medicína. Je to věda, která se zabývá úbytkem a podáváním hormonů, které ženám ubývají v určitém věku.

První myšlenka náhrady estrogenů po jejich přirozené ztrátě z organismu přinesla první preparáty na trh. Hormonální substituční terapie (HRT) byla zavedena do praxe v roce 1942. Během léčby byly odhalovány kromě ustupujících klimakterických obtíží také další pozitivní účinky. Byl to např. vliv na denzitu kostní tkáně, na dentální zdraví, deprese, atrofie pochvy, a další (9).

1.2 Vysvětlení pojmů

V hypotalamu (část mezimozku) se nachází tzv. sexuální centrum a přijímá informace z ostatních žláz s vnitřní sekrecí a ze všech tkání ženského organismu, které potom převádí přes hypofýzu (podvěsek mozkový) na ovarium. Neurohormony, kterými hypotalamus ovládá hypofýzu, se nazývají gonadotropin – releasing hormone (GnRH). Jsou to tzv. spouštěče. Mají za úkol uvolňovat hormony, které organismus ženy potřebuje. Je to FSH – folikulostimulační hormon, který má vliv na ovarium, LH – luteinizační hormon, který má vliv na ovulaci a po ní udržuje funkci žlutého tělíska, hCG – lidský choriový gonadotropin, který vzniká v těhotenství a PRL - prolaktin, který ovlivňuje laktaci. Hormony ovaria jsou estrogeny, progesteron (gestageny) a androgeny. (2,16).

Estrogeny mají zásadní vliv na průběh celého života ženy od narození, přes období dětství, dospívání, reprodukční fáze, období přechodu, až k období senia (10).

1.2.1 Menstruační cyklus

Reprodukční systém ženy se od mužů liší cyklickými změnami, které jsou opakovanou přípravou k oplodnění a těhotenství. Tento stále se opakující pohlavní cyklus se nazývá *menstruační cyklus*. Jeho hlavním znakem je periodické krvácení, které je způsobeno odlučováním děložní sliznice po neuhnízdění oplozeného vajíčka. Toto krvácení se nazývá menstruace. Délka menstruačního cyklu je 28 dní a počítá se od prvního dne krvácení do začátku dalšího. Délka cyklu není u všech žen stejná a může

se pohybovat v rozmezí 24 – 36 dnů. Toto rozmezí můžeme považovat ještě za fyziologickou mez (3).

Pravidelný 28denní cyklus se dělí do třech jednotlivých fází. Tyto fáze jsou řízeny hormony. Jsou to estrogeny a progesteron. *Proliferační fáze* začíná asi pátý den cyklu. Je to fáze, kdy po předchozím krvácení opět začíná narůstat děložní sliznice (endometrium). *Sekreční fáze* začíná 15. den cyklu a končí 26. den. V této fázi endometrium narůstá a je připraveno na přijetí oplozeného vajíčka. Je – li vajíčko oplodněno, vzniklé žluté tělísko nezaniká, ale jeho hormony dále ovlivňují endometrium. To se zvyšuje, mění se na tzv. deciduu, kam se může uhnízdit oplozené vajíčko. Když vajíčko nebylo oplodněno, žluté tělísko degeneruje. Pokles jeho hormonů vyvolá rozpad endometria, které je odloučeno spolu s krví, jako menstruační krev - *menstruační fáze* (20).

1.2.2 Rozdělení období života ženy a vliv hormonů

Již po narození má novorozenec ženského pohlaví ve svých vaječnicích asi 200 000 - 400 000 folikulů. Za celý život dojde k ovulaci a k uvolnění vajíčka, které je schopné oplození jen kolem 400 z nich. Některé z nich může dát během vývoje oplozeno a umožní tím vznik nového jedince. Ostatní folikuly se na reprodukci nepodílejí, ale jsou pro ženu velmi důležitým zdrojem folikulárních hormonů – estrogenů. Po narození si děvče přináší na svět hormony od matky, a to především estrogeny. Ty způsobují reakci v jejím těle, tzv. estrogenizaci. V této době se mění pH pochvy a to umožní osídlení Döderleinovým laktobacilem, nezbytným pro celý život. Projevy účinků vlivu estrogenů postupně mizí, jejich množství v krvi klesá a až po 21 dnech po narození mizí. Poté nastupuje tzv. funkční klid. Dochází pouze k intelektovému a tělesnému rozvoji (3,10).

Určitým odlišením dívek od chlapců dochází kolem 9. – 10. roku života. Přichází růst sekundárních pohlavních znaků. Tím začíná období dospívání. Na příchodu tohoto období se podílí řada faktorů. Může to být zeměpisná šířka, stav výživy, zevní prostředí, atd. První menstruace přichází u dívek v našich podmínkách mezi 10 – 13 lety.

K plnému rozvinutí sekundárních pohlavních znaků dochází zároveň k plnému rozvinutí ženské osobnosti. Za věkovou hranici plného rozvoje bývá považována hranice 20 let. Z dívky se stává žena a přechází do období reprodukčních funkcí.

V období zralosti a plodnosti, které trvá přibližně 20 – 30 let. Estrogeny – ženské pohlavní hormony ovlivňují celé toto období ženy a všechny mechanismy vývoje.

Po období reprodukce následuje období klimakteria. Je to přechodné období, ve kterém se žena postupně připravuje na funkční klid. V tomto období ustává postupně činnost vaječnicků. Dochází k ukončení menstruačního cyklu. Poslední menstruační krvácení v tomto období se nazývá menopauza. Většinou přichází mezi 40. – 50. rokem života ženy. Hormonální změny v období přechodu často vedou k potížím, které souvisí s příznaky klimakterického syndromu. Ten je způsoben estrogenním deficitem. Dochází také k anatomickým změnám. Pochva ztrácí elasticitu a zkracuje se. Na sliznici dochází ke ztenčení a vymizení laktobacilů. Dochází k atrofizaci dělohy, pochvy, dna pánevního i vaziva a prsů. Dochází ke změně tělesné hmotnosti, osteoporóze, zvýšení pigmentace kůže a jejímu ochabnutí. Také nastává období psychických změn.

Po období klimakteria následuje období senia, kdy dojde k vyhasnutí estrogenní produkce, což má vliv na padání vlasů, stařeckou osteoporózu, kůže se svažuje, mizí podkožní tuk (8,10).

1.3 Indikace hormonální terapie

Terapie hormonální substitucí se stala v poslední době nedílnou součástí léčby. Touto problematikou se zabývá gynekologická endokrinologie. Tento lékařský obor ovlivňuje život moderní ženy jako žádný jiný. Na rozvoj tohoto oboru měla vliv potřeba léčit, řídit, či z jiného důvodu ovlivňovat život žen. Především měl vliv na rozvoji hormonálních antikoncepčních preparátů. Reprodukční endokrinologie udělala pokrok v rozvoji hormonálních preparátů nejen v oblasti zabránění početí, ale i v oblasti léčebné. Práce a výzkum hormonů ovlivňující život ženy pomohli lépe poznat fyziologii reprodukčních orgánů, a proto léčba hormony nám pomáhá léčit stavy spojené s jejich nedostatkem. Hormonální terapie umožňuje léčit určité formy předčasné puberty

a zvýšila úspěchy při mimotělním oplodnění. Gynekologická endokrinologie přinesla nové poznatky při léčbě sterility.

Při léčbě endometriózy snížila nutnost chirurgického zákroku. Hormonální terapie se velice osvědčila i v dalších léčebných směrech. Užívá se při nepravidelném menstruačním cyklu, především pro odstranění menstruačních bolestí. Často se také podává při nedostatku estrogenů v poševním epitelu. Tento stav se vyskytuje u dívek v pubertě, u kojících žen a v klimakteriu. V neposlední řadě se rozvinula léčba klimakterických obtíží, s kterými souvisí jejich prevence spojená s prevencí osteoporózy (2,10,16).

Obor gynekologie je specifickým oborem z toho pohledu, že jej provází hormonální léčba více než jiné obory. Hormonální terapii užívají ženy již od dětského věku a doprovází je celým životem. Přes období dospívání, léčbu poruch menstruačního cyklu i užívání hormonální antikoncepce. Užívají ji ženy v reprodukčním období a chrání ženy před nástupem klimakteria, v období přechodu, i po něm (2).

Hormonální terapie má vliv nejen na léčbu poruch hormonální disbalance, ale ovlivnila i pohled na moderní ženu. V současné době se žena velice výrazně zařazuje do veřejného života a zastává různě důležité a zodpovědné funkce. Žena již nemá ve společnosti pouze biologické poslání a nemá povinnosti spojené pouze s úlohou matky. Pokud skončí období, kdy již žena není schopna plnit svou funkci z biologického hlediska, končí období, plné povinností. V žádném případě tím ale nekončí život ženy. Po úbytku estrogenů se využívá všech dostupných prostředků pro kvalitní a plnohodnotný život ženy (10,15).

1.3.1 Hormonální léčba u dívek, aplikační formy

Léčbou dětí a dospívajících dívek se zabývá obor dětské gynekologie. Věnuje se léčbě vrozených a vývojových vad rodidel, poruchám dospívání a růstu, krvácení z rodidel, nádory vyskytující se v dětském věku, aj. V dětské gynekologii se uplatňují všechny léčebné metody. K dosažení léčebného efektu se používá chirurgická léčba, léčba lázeňská, běžná farmakologická léčba a také hormonální terapie.

Hormonální terapie v dětské gynekologii má své místo v léčbě, ovšem právě u dětí je nutno brát zřetel na to, že během růstu může dojít k vedlejším a také nechtěným účinkům. Endokrinní systém dítěte je soubor složitého a vzájemně se ovlivňujícího působení hormonů. Každý hormon v organismu dítěte neovlivňuje jen svou cílovou tkáň, ale i spoustu dalších orgánů. Vliv má i na jiné hormony a tím zároveň i mění jejich účinky. Vždy je třeba sledovat nejen chtěné účinky, ale zároveň průběžně sledovat laboratorní hodnoty a především růst, změny tělesné hmotnosti, zrání kostí aj.

Nejčastější hormonální léčbou u dětí a dospívajících je léčba estrogeny a gestageny. Vždy je brán důraz na co nejnižší dávky hormonů, ale zároveň takových, aby došlo k očekávanému efektu. V léčbě hormony u dětí je snaha o to, aby se hormonální stav organismu co nejvíce přiblížil fyziologickému stavu a fyziologickým pochodům v těle dítěte. Z tohoto důvodu velmi záleží na aplikační formě léku. Je nutné zvážit aplikační formu léku vzhledem k různé délce účinku a nástupu účinku v organismu. Také z toho důvodu je léčba hormony pro dívku časově náročná. Léčba se musí často upravovat a sledovat. Nejčastěji se podávají hormony ve formě tablet. Při perorálním podávání léku je předností kratší doba účinku v organismu. Další výhodou tablet je také to, že děti se injekcí bojí, ale tablety užívají bez problémů.

Je možné podávat hormony i injekční formou, ale účinek je většinou dlouhodobý a přetrvávání podané dávky v organismu často překračuje dobu, která je žádoucí. Proto se většinou tato aplikační forma často neužívá. V případě, že není možné spolehnout se na dívku, ani její matku, že budou přesně dodržovat dané léčebné schéma, je lepší podat hormony injekční formou, než riskovat zdravotní komplikace z nedodržení dávkování (12).

V klidovém období bez estrogenu, nejčastěji ve věku 2 – 3 let, může dojít u dívek k synechiím, tzv. srůstu malých labií. Dojde k tomu při nedostatečné hygieně, nebo když je matka příliš opatrná při hygieně genitálu dítěte. K léčbě se používá tupé rozrušení, nebo při masivnějším srůstu chirurgická léčba. Kromě těchto možností přichází v úvahu další aplikační forma hormonální terapie. Je to vtírání estrogenové masti, která při méně závažném srůstu labia oddělí. Tato léčba se však příliš

nedoporučuje vzhledem k tomu, že dlouhodobé vtírání estrogenových mastí může způsobit některé známky předčasné puberty. U nás je tato léčba odmítána (3).

Hormonální terapie u dětí a dospívajících je naprosto nezbytná v případech, kdy v organismu pohlavní hormony chybí úplně, nebo je jich nedostatek. Týká se to některých endokrinních onemocnění, ale v některých případech má opožděný nástup puberty neznámou příčinu. V těchto případech je nutné hormonální terapií navodit pohlavní dospívání. Jeho součástí je rozvoj druhotných pohlavních znaků, správný růst a přestavba dělohy a vyvolání menstruace. Nezbytné je podpořit, nebo naopak zastavit růst kostry a ovlivnit její mineralizaci. V období dospívání je mineralizace kostí nezbytná a v pozdějším věku nenahraditelná (13).

1.3.2 Hormonální antikoncepce, výhody, nevýhody

Prvním a nejdůležitějším předpokladem k bezproblémovému užívání antikoncepce je psychologická stránka. Patří sem hlavně motivace ženy k užívání, protože jen správně poučená a motivovaná žena bude spokojenou uživatelkou hormonální antikoncepce (HAK). Hlavním důvodem ženy pro užívání HAK je strach z nechtěného, či jinak nežádoucího těhotenství. Důvodem proti užívání HAK naproti tomu bývá strach z nežádoucích účinků, ve většině případů reálně nepodložených a neexistujících. Rozhodování ženy pro, nebo spíše proti HAK ovlivňují i další faktory. Jsou to například různé fobie. Kancerofobie, farmakofobie, ale může to být i postoj k sexu a těhotenství vůbec. Významnou roli v rozhodování ženy dnes ovlivňuje okolí ženy, sdělovací prostředky a další faktory, které na ženu působí. Vliv na rozhodnutí ženy má také její partner, nebo manžel, někdy i náboženské vyznání, ale v našich podmínkách jsou to vlivy, které stále ustupují do pozadí. Ale v neposlední řadě má zásadní vliv na rozhodování ženy pro užívání HAK její lékař, gynekolog. Lékař, který má sám nevyjasněný názor na reprodukci a antikoncepci vůbec, nebo pokud nemá dostatek zkušeností, či vědomostí v tomto směru, může mít negativní vliv na rozhodnutí ženy (5).

S těmito vlivy úzce souvisí i psychosomatické potíže, které má žena ihned po nasazení HAK. Často po užití již první tablety. Pověry kolující mezi laiky o HAK jsou

velice časté a tak zažité, že je žena ani s lékařem nekonzultuje, protože jsou přeci „všeobecně známé“. Lékař pak ani nemá příležitost je ženě vyvrátit. K těm nejčastějším pověrám patří – po HAK se tloustne, způsobuje nádory, křečové žíly, musí se odebírat krev na jaterní testy, ohrožuje ženy další plodnost, musí se občas přerušit užívání, aby si tělo odpočinulo, před otěhotněním se musí na několik měsíců vysadit, aby se tělo očistilo, menstruace tělo očišťuje, proto je nebezpečné nemenstruovat, atd. Potíže, které žena má, přisuzuje často užívání HAK, dokonce i nechů k sexu. Nezamyslí se nad tím, že to může být způsobeno nespokojeností v partnerském vztahu. S antikoncepcí všeobecně, především s hormonální antikoncepcí jsou spojeny určité výhody a nevýhody. Zde má své nezastupitelné místo edukace pacientky.

HAK z pohledu současnosti a budoucnosti musí splňovat určité podmínky. Mezi ty patří – musí být zdraví neškodná, cenově dostupná, v případě selhání nesmí ohrožovat plod, nesmí mít vliv na pozdější plodnost, nesmí rušit samotný pohlavní styk a samozřejmě musí být jednoduchá v používání, protože HAK užívají i ženy méně inteligentní a minimálně vzdělané a musí mít co nejvyšší spolehlivost. Spolehlivost HAK se určuje tzv. Pearlovým indexem. Je to počet těhotenství na sto žen, které se hodnotí po jednom roce, tedy po 12 měsících. Selhání HAK je však obtížně zjistitelné. Často dojde k selhání uživatelky, tedy k chybě v užívání. I z těchto důvodů, ale také z řad jiných je více možností HAK. Dělí se podle složení a množství hormonů, podle aplikační formy, atd (5,20,29).

Kombinovaná hormonální antikoncepce (Příloha 5) – combined oral contraception (COC) je složena ze dvou hormonů, a to estrogenů a gestagenů. Má několik příznivých účinků. Je to například snížení rizika karcinomu ovaria. Je to z toho důvodu, že COC blokuje ovulaci. Množství prodělaných ovulací právě nejspíš zvyšuje riziko karcinomu ovaria. Dále snižuje tvorbu myomů, snižuje riziko karcinomu endometria, výskyt rakoviny tračníku, plic, fibroadenomů a dysplazií prsu. Ženy často pozitivně hodnotí úpravu menstruačního cyklu, který je pravidelný. Menstruační krvácení je slabé.

COC lze rozdělit na monofázické tablety a trifázické. Monofázické obsahují v každé tabletě stejné množství estrogenů, i gestagenů. U trifázické COC je v druhé

třetině tablet více estrogenů než v první a ve třetí třetině tablet je menší množství estrogenů a více gestagenů. Oblíbenější jsou monofázické. Je to proto, že lze dělat v užívání tzv. dlouhé cykly. Jsou tablety s vyšším, či nižším množstvím hormonů. Nízkodávkovanou COC užívají i ženy v premenopauze a slouží jako prevence dysfunkčního krvácení. Tím, že je blokována ovulace, odstraní se nejčastější potíže při menstruaci, a to bolestivá menstruace. COC má také příznivý vliv na pleť. Výhodou je také to, že si ženy mohou snadno posunovat pseudomenstruační krvácení, nebo užívat dlouhé cykly, kdy krvácení je úplně vynecháno. Pseudomenstruační krvácení proto, že to není přirozená menstruace, ale krvácení ze spádu hormonálních hladin při vybrání celého balení tablet. K léčbě endometriózy je vhodná HAK s obsahem hormonu, který se nazývá dienogest. Pomáhá léčit akné a snižuje krevní ztrátu během menstruace. Mírně i snižuje hmotnost a zvyšuje libido (1,16,20,21).

Tablety mohou být v různém schématu. Buď 21 tablet, pak následuje 7 dní pauza, nebo 28 tablet, kdy se pauza nedělá a pokračuje se dalším balením. V tomto schématu je 7, nebo 4 tablety placebo. Jsou do počtu kvůli minimalizování chyb uživatelů. Formy COC mohou být – tabletky, kdy se užívá každý den jedna. Dále náplasti (Příloha 7), které se nalepují na hýždě, paži, nebo třeba břicho jednou týdně a jsou odolné i vodě a vaginální kroužky (Příloha 8), které si žena zavádí jednou měsíčně hluboko do pochvy (5,16,20,29).

Gestagení hormonální antikoncepce je založena na podávání progestinů. Na našem trhu je ve třech formách. Jsou to tablety, kterým se také říká minipilulky, podkožní implantát a injekce k muskulární aplikaci. K výhodám této HAK patří fakt, že ji lze podávat i kojícím matkám bez nežádoucích účinků na dítě. Dále je vhodná pro ženy, které ze zdravotních důvodů nemohou mít HAK s obsahem estrogenů. Jsou vhodné i pro ženy po čtyřicátém roce věku. K nevýhodám patří zejména pokles denzity kostní hmoty, které ale souvisí s kojením. Další nevýhodou je i určitý dyskomfort pro ženu z důvodu častého špinění, nepravidelného krvácení, zhoršení akné a u tablet hlavně nutnost pravidelného užívání 28 tablet. Užívání je bez pauzy.

Injekční forma se aplikuje do hýžděového svalu jednou za tři měsíce. Je to velice spolehlivá metoda a je jednou z nejlevnějších. K výhodám patří častá amenorea, což je

úplné vymizení menstruačního krvácení. Je vhodná pro ženy, které zapomínají užívat tablety jiné HAK. K nevýhodám patří zejména úbytek kostní hmoty a blokáce ovulace i po vysazení této metody. Ovulace je často zablokována i řadu měsíců po vysazení. Návrat plodnosti je tedy obtížný. Je možný váhový přírůstek v důsledku větší chuti k jídlu. Často dochází k úplnému rozvratu menstruačního cyklu, špinění a nepravidelnému krvácení. Podkožní implantát (Příloha 6) se zavádí pod kůži na vnitřní nadloktí na tři roky. Je vhodný pro ženy, které zapomínají užívat tablety a nechtějí se delší dobu o antikoncepci starat. Může dojít k amenoree, ale také k častému špinění, či nepravidelnému krvácení. Je to metoda finančně nákladná (2,20,21,29).

Mirena (Příloha 3) - hormonální nitroděložní tělísko (IUS-LNG), je tělísko zaváděné do dělohy, které obsahuje syntetický hormon levonorgestrel. Ten se postupně uvolňuje po dobu pět let a působí přímo na děložní sliznici. Organismus jako celek vůbec neovlivňuje. Mirena byla původně navržena jako antikoncepce. Po odstranění je návrat plodnosti okamžitý. Výhodou je možnost výměny při jednom. Vedlejším účinkem Mireny je vliv na intenzitu menstruačního krvácení. Je velmi slabé a většina žen nemenstruuje vůbec. Tím je snížena krevní ztráta a lze tuto metodu aplikovat i z léčebných důvodů. Je vhodná i pro ženy, které dosud nerodily, ale může zde být obtížnější zavedení. Jedinou nevýhodou je, že v průběhu prvních minimálně třech měsících žena nepravidelně krvácí, častěji špiní. Je nutné ženu důkladně poučit. Lze použít i při myomatózní děloze, kde vede ke snížení krvácení a také k zmenšení myomů. Ženy v období perimenopauzy, tedy v období před menopauzou (poslední menstruace), často trpí tzv. dysfunkčním krvácením, které často ženu přivedou na kyretáž. Prevence je možná pomocí hormonů, ale Mirena předchází těmto potížím elegantněji. V období přechodu pak stačí dodávat ženě estrogeny a předchází tak, nebo přímo řeší klimakterické potíže. Nemá vedlejší účinky. Je to metoda relativně nákladná.

Postkoitální antikoncepce se používá jen mimořádně. Je nutné podat ji nejdéle do 36 hod po styku. Spočívá v jednorázovém, nebo po 12 hod se opakující podání dávky hormonu. Záleží na typu preparátu. Postkoitální HAK způsobuje nepravidelnosti cyklu a je nevhodná k pravidelnému užívání (4,17,20).

1.3.3 Hormonální léčba v reprodukční medicíně

Světová zdravotnická organizace – WHO- říká, že všichni muži a ženy zralého věku mají právo bez omezení rasy, náboženství, nebo národnosti uzavřít sňatek a založit rodinu. Bez omezení. Z toho vyplývá, že lékaři v případě potřeby těmto párům musí pomoci léčit neplodné páry. WHO definuje neplodný pár jako ženu a muže, kteří nedosáhli ani po dvou letech nechráněných pohlavních styků koncepce. American Fertility Society AFS- v definici uvádí jeden rok. Podle definice WHO zdraví není jen nepřítomnost nemoci, ale stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Proto je třeba brát nechtěnou neplodnost a bezdětnost jako onemocnění a je třeba proti němu bojovat všemi dostupnými prostředky, jako v případě každé jiné nemoci. Je zde důležitá úzká mezioborová spolupráce gynekologů, urologů a embryologů, genetiků. Psychická zátěž, která dopadá na neplodné páry, je často potřeba korigovat ve spolupráci psychologa, či psychiatra. Proto se obor reprodukční medicíny utváří jako samostatný obor a specializace.

K neschopnosti otěhotnět či zdárně ukončit těhotenství porodem zdravého dítěte přispívá celá řada okolností. V některém páru usilujícím o narození potomka dochází i ke sčítání různých poruch. Nejdůležitějším faktorem je věk ženy. Od 35 let věku výrazně klesá ženská plodnost z biologického hlediska. Asi u 5 % párů se nepodaří příčina zjistit vůbec. Poruchy mohou být jak na straně muže, tak ženy, nebo i u obou. Je třeba rozlišit několik pojmů, které s neplodností souvisejí, a to: *fertilita* – dosažení těhotenství v průběhu dvou let nechráněných pohlavních styků. *Sterilita* je stav, kdy žena není schopna otěhotnět. Sterilita je primární a sekundární. Primární sterilita je u žen, které ve své anamnéze neudávají žádné těhotenství. Sekundární sterilita je u žen, které v anamnéze mají těhotenství ukončené porodem, potratem, nebo mimoděložní těhotenství. Stav, kdy žena bez potíží otěhotní, ale není schopna donosit a porodit životascopný plod, se nazývá *infertilita*.

Samotné příčiny poruch plodnosti u ženy se dají rozdělit do skupiny sterility a infertility. Sterilitu ženy může způsobit faktor ovariální, děložní, tuboperitoneální, cervikální, poševní, imunologický, endometrióza a psychogenní vlivy. Infertilitu ženy může způsobit infertilita ze strany plodu, ze strany matky – gynekologické příčiny,

organismus matky a zevní prostředí. Léčba spočívá dle příčiny, ale obecně lze léčbu dělit na chirurgickou – laparoskopické zprůchodnění tubů, odstranění srůstů, ložisek, atd. a konzervativní. Konzervativní léčba spočívá ve velké míře v hormonální léčbě. Léčba estrogyeny a gonadotropiny má svou nezastupitelnou roli v léčbě neplodnosti. Často ale léčba chirurgická a terapie hormonální spolu úzce souvisí (3).

Vlastní asistovaná reprodukce se dělí na čtyři postupné kroky. První krok spočívá v hormonální přípravě ženy. Zde monitorujeme hladinu estradiolu, luteinizačního hormonu a progesteronu v krvi. Ultrazvukem měříme růst folikulů a tloušťku endometria. Při této kontrolované ovariální hyperstimulaci je třeba včasným podáváním FSH zabránit atrézii folikulů (dutinky, ve kterých zrají oocyty), aby uzrál větší počet vajíček – oocytů. Pak se opakovaně aplikuje hCG, po které za 40 hodin dojde k ovulaci. Těsně před ovulací se provede odběr oocytů. Druhý krok spočívá v odběru oocytů. Provádí se v celkové anestézii punkcí folikulů přes poševní stěnu pod ultrazvukovou kontrolou. Z folikulární tekutiny embryolog vyhledává pod mikroskopem oocyty. Třetím krokem je oplození oocytů in vitro a kultivace embryí. Tento krok následuje minimálně 48, max. 120 hodin po odběru oocytů. Poslední, čtvrtý krok spočívá v embryotransferu jednoho či dvou embryí, výjimečně třech. Zavádí se pomocí jemného katétru přes vnitřní branku děložního hrdla do dutiny děložní. Tento výkon se většinou provádí také pod ultrazvukovou kontrolou.

Rizika asistované reprodukce jsou především vícečetná těhotenství a ovariální hyperstimulační syndrom (OHSS). Je to akutní porucha propustnosti kapilár, kdy může dojít k úniku tekutin do třetího prostoru. Pak následuje ascites, hydrothorax, nebo až anasarka. Míra poškození ženy závisí na míře permeability kapilár. OHSS se dělí na mírný, střední, těžký a kritický. Dalším rizikem je mimoděložní a heterotopické těhotenství. Mimoděložní těhotenství po přirozeném otěhotnění připadá na 0,5% těhotenství, po asistované reprodukci stoupá až na 5-7%. Heterotopická gravidita znamená, že jeden plod je uložen v dutině děložní, druhý plod je uložen mimoděložně. I u heterotopických gravidit stoupá riziko. U asistované reprodukce je 2x zvýšeno riziko samovolného potratu a 5x riziko předčasného porodu. Často jsou těhotenství vícečetná,

takže je i častější ukončení těhotenství císařským řezem, tedy operativním porodem. Není ale prokázán větší výskyt vrozených vývojových vad plodu.

Asistovaná reprodukce prochází jako všechny obory soustavným zdokonalováním, a také rozšířením uplatnění. Proto centra reprodukční medicíny stále častěji spolupracují s onkology, kteří léčí mladé, onkologicky nemocné pacienty, kteří mají dobrou prognózu léčby. U mužů se před zahájením chemoterapie provádí zmrazení spermatu, nebo tako testikulární tkáně. U žen se provádí farmakologická ochrana gonád, mražení embryí, oocytů a také ovariální tkáně.

V neposlední řadě je třeba klást důraz na prevenci, kdy je nutné především u mladých dívek důsledně léčit chronické i akutní záněty, především apendicitidy. Vhodným doplňkem léčby je také lázeňská léčba. Hormonální antikoncepce snižuje rizika pánevních zánětů, proto je prospěšná. Dodržováním vhodného životního stylu, nekouřit, vyhýbat se stresu, nepožívat omamné látky a jiné, které našemu organismu nejsou prospěšné (3,25).

1.3.4 Hormonální substituční terapie, výhody, nevýhody

Život ženy se v průběhu posledního století prodloužil asi o třicet let. Přitom se nezměnil věk, kdy dojde k zástavě ovariálních funkcí. Doba, po kterou žena žije v estrogenním deficitu, se výrazně prodloužila. Obor, který se zabývá léčbou žen v období přechodu a léčbou potíží s tím spjatých se nazývá klimakterická medicína. Tento obor přímo souvisí s gynekologickou endokrinologií. Klimakterická medicína neřeší jen akutní potíže vzniklé přechodem, ale zabývá se také prevencí dlouhodobých, degenerativních a metabolických změn, které ohrožují ženu v souvislosti s úbytkem estrogenů.

Klimakterium neboli přechod, neboli perimenopauza, je období, kdy dochází k poklesu ovariálních funkcí a tím i úbytku estrogenů. Dochází k němu mezi 45. a 60. rokem věku. Je to období, které začíná přibližně jeden rok před menopauzou. *Menopauza* je poslední menstruační krvácení, které bylo řízeno ovariální funkcí. Menopauza u žen bývá kolem 49 – 51 let. *Postmenopauza* začíná rok po posledním krvácení a je typická trvale zvýšenými hladinami FSH a nízkou produkcí estrogenů.

Premenopauza je období, kdy žena má stále ještě zachovalý menstruační cyklus, kdy se již objevují příznaky akutního klimakterického syndromu. Je to období do jednoho roku před menopauzou. *Klimakterický syndrom* je soubor vegetativních symptomů, které snižují kvalitu života ženy, ale neohrožují ji na životě. Jsou to návaly horka, záchvaty pocení, bolesti hlavy, palpitace, změny psychiky.

Období klimakteria je provázeno anatomickými změnami, které přímo souvisí s atrofii ovaria a všechny změny jsou důsledkem snížení hladiny estrogenů. Endometrium atrofuje, pochva ztrácí elasticitu a zkracuje se. Zároveň se ztenčuje sliznice a pH poševního prostředí se začíná měnit na neutrální, nebo až alkalické. Zároveň dojde k vymizení laktobacilů. Atrofie postihuje i dělohu, vulvu, prsy a svalstvo pánevního dna. Celkově je patrná změna tělesné hmotnosti, dochází k redistribuci podkožního tuku, osteoporóze, zvýšení pigmentace a ochabování kůže, aj. Ženy v tomto období postihují i psychické změny, poruchy nálad, deprese, ztrátu libida, energie. Úbytek estrogenů může mít vliv i na rozvoj Alzheimerovy choroby. U žen, které estrogény užívaly, je výskyt této nemoci nižší. Psychický tlak na ženy má více zdrojů. Konec fertilního období přichází v dobu, kdy se děti osamostatňují, opouštějí domov a zakládají vlastní rodiny. Partnerský vztah najednou musí hledat jinou náplň života a žena se cítí nepotřebnou, osamělou. V zaměstnání nastupují ženy mnohem mladší, ale také mnohem lépe odborně vybavené. I z tohoto důvodu jsou častým příznakem klimakterického syndromu deprese (8,15).

K diagnostice a následné léčbě klimakterických obtíží je nutné odebrat důkladnou anamnézu a provede se kompletní gynekologická preventivní prohlídka. To je cytologický stěr, mamografie a změření krevního tlaku. V anamnéze se zaměříme na rizika nádorového onemocnění, především karcinomu prsu a tromboembolické nemoci z důvodu kontraindikace k hormonální substituční terapii – HRT. Důležitý je i rodinný výskyt osteoporózy a jiných onemocnění, které lze ovlivnit hormonální terapií. Z biochemického vyšetření je možné nabrat hladinu FSH, především pokud žena přechází z HAK, na HRT. Farmakoterapii lze dělit na léčbu hormonální a nehormonální. Podávání estrogenů lze různou aplikační formou. Ve formě tablet (Příloha 4), náplastí, přes kůži ve formě gelu, přes nosní sliznici ve formě spreje,

podkožní implantáty, nebo lokálně – vaginálně. Vynikající využití zde má Mirena - nitroděložní hormonální systém. Použit lze také nízkodávkovanou HAK.

Léčba HRT má svoje výhody, i nevýhody. Při užívání se může objevit retence tekutin, krvácení ze spádu hormonálních hladin, křeče dolních končetin, bolesti hlavy, a také zvýšená chuť k jídlu. Hormonální substituční terapie má prokazatelný pozitivní vliv na kostní metabolismus, kardiovaskulární systém, urogenitální orgány a na funkci nervového systému. Studie ukazují významný účinek na snížení rizika kolorektálního karcinomu a snižuje riziko vypadávání zubů. Časný start léčby v rámci prevence metabolických změn z estrogenního deficitu je mnohem účinnější, než snaha o léčbu již vzniklých onemocnění. Trendem k léčbě přípravky HRT jsou tři základní kritéria. Individuální přístup, co nejmenší množství dávky a časný start terapie (2,8,10).

1.3.4.1 Vliv na kostní tkáň

Úbytek kostní hmoty se stává v posledních letech společenským i zdravotním problémem. Dochází k prodlužování věku a s tím souvisí prohlubování tohoto problému. Na zdravou kostní tkáň má vliv spousta faktorů, mezi ně patří pohlaví, etnika, původ, rasa, nízká váha, drobná postava, světlá pleť a samozřejmě genetické faktory. Nejčastějším spouštěčem ke vzniku osteoporózy je období menopauzy a s tím spojený úbytek estrogenů. Nedostatek estrogenů zvyšuje vstřebávání vápníku z kostí a tím se urychluje vznik a rozvoj osteoporózy. Odvápněním kostí se zvyšuje riziko úrazu a zlomenin. Jsou to především zlomeniny krčku stehenní kosti, kompresivní zlomeniny obratlů a jiné. Ke zjištění stavu kostí se provádí vyšetření zvané denzitometrie. Toto vyšetření by se mělo stát běžnou součástí preventivních prohlídek u žen po menopauze (6,14,28).

Osteoporóza se dělí na primární a sekundární. Sekundární je způsobena nemocemi jako diabetes mellitus, malabsorpční syndromy, maligní bujení, revmatoidní arthritida a jiné. Primární osteoporóza se dělí na idiopatickou a involuční. Involuční osteoporóza se dále rozděluje na typ I – postmenopauzální a typ II – senilní. Stav, kdy kostní hmoty již trochu ubylo, není však ještě plně rozvinuta osteoporóza, se nazývá osteopenie. V tuto chvíli je nutné zahájit preventivní opatření. Postmenopauzální

osteoporóza je přímo a prokazatelně spojena s estrogenním deficitem a s tím spojenou přestavbou kostní hmoty a její postupnou ztrátou. Proto i časná menopauza patří k velkým rizikovým faktorům, ovlivňujícím vznik a průběh osteoporózy. Pokud se estrogenní terapie nasadí v průběhu prvních pěti let po menopauze, nedojde k významnému úbytku kostní hmoty, ani k nevratným změnám kostních trámců. Také velmi pozdní start HRT po menopauze zvyšuje kostní denzitu, takže může mít vliv v případech již rozvinuté osteoporózy. Ale vysazení HRT vede k rychlému poklesu hodnot až na hodnoty žen, které HRT neužívaly (8,14,15).

Základní snahou v boji proti osteoporóze je především prevence zlomenin. V primární prevenci je důležité zajištění maximální kostní hmoty v období dětství a dospívání a udržení tohoto stavu v dospělosti dostatečným přívodem vápníku a bílkovin stravou. Dalším preventivním opatřením je dostatečné zásobení organismu vitamínem D, dostatkem pohybu a také vyhýbání se stresu, toxickým vlivům prostředí a dodržováním zdravého životního stylu. V sekundární prevenci je to především vyhledávání rizikových osob a následná léčba. Proto se ženám v období menopauzy indikuje HRT, aby nedocházelo vlivem nedostatku estrogenů k dalšímu odvápnování kostí. Je třeba ale dodržet podmínky, které se v praxi těžko dodržují. K tomu, aby HRT měla vliv na zlomeniny u žen 20-30 let po menopauze, musí se užívat minimálně 10 let. Ženy často sami bez pohovoru s lékařem léčbu přerušují pro vedlejší účinky, kterými může být krvácení, špinění, napětí v prsou, nebo celkově pro strach z hormonální substituce.

Důsledná prevence a léčba osteoporózy nemá vliv pouze na průběh onemocnění, ale především na kvalitu života ženy. Ženy, které utrpěly zlomeninu krčku stehenní kosti, jsou často důsledkem tohoto zranění hůře mobilní, nebo dokonce úplně imobilní. Klesá jejich schopnost sebepěče a klesá především jejich kvalita života a společenské uplatnění. V neposlední řadě je léčba zlomenin a s tím související hospitalizace a léčba velmi finančně nákladná (6,14,28).

1.3.4.2 Vliv na stav kůže

Kůže je největší orgán lidského těla a skládá se z dvou hlavních vrstev. Je to epidermis a dermis. Dermis obsahuje cévy a podpůrné vazivo, které je tvořeno proteiny. Těmi nejdůležitějšími proteiny jsou kolageny a elastin. Ty udržují pevnost tkáně a také její turgor. S rostoucím věkem dochází ke snížení tvorby toho nejdůležitějšího proteinu – kolagenu a to má vliv na kvalitu kůže. Snižuje se prokrvení dermis, schopnost vázat vodu a důsledkem je ztenčení kůže, zvyšuje se riziko porušení kožní integrity a mění se také její barva. Veškeré tyto změny jsou závislé na věku. Po menopauze dochází k urychlení těchto procesů tak, že se během prvních pěti let sníží obsah kolagenu v dermis o 30 %. V průběhu dalších let dochází k úbytku kolagenu o další 2 % ročně.

Chybějící estrogény lze nahradit hormonální substituční léčbou a tím kožní procesy zpomalit, nebo úplně zastavit. Vliv estrogenů dokonce může sílu kůže zvyšovat. HRT má vliv na stimulaci tvorby kolagenu a zvyšuje tím i schopnost vázat vodu a lepší prokrvení kůže. Dále se zlepšují i mechanické vlastnosti kůže, což se projevuje především její lepší elasticitou. Byl dokonce prokázán vliv na snížení počtu vrásek a nárůstu obsahu kyseliny hyaluronové při užívání HRT. Je však nutné užívat estrogény minimálně 6 měsíců, až 2 roky. Množství kolagenu je závislé jak na době užívání, tak na době, kdy byla léčba zahájena a na pokročilosti kožních změn před léčbou. Nový termín *hormonální stárnutí kůže* umožnil vzniku nové oblasti estetické medicíny – estetická endokrinologie. (2,10).

Hormonální terapie lze použít také k léčbě akné, které v období puberty a ve formě postpubertální formy postihuje mnoho žen a dívek. Je to multifaktoriální onemocnění a kromě genetických a zevních vlivů, se uplatňují i vlivy hormonální. Tyto projevy lze dobře léčit vhodně zvolenou hormonální antikoncepcí s progestinem. K dosažení žádaného efektu je však zapotřebí dlouhodobější užívání.

Hormonální terapie má dobrý vliv i na řadu dalších kožních onemocnění. Například alopecie, Rosacea, tzv. růžovka, nebo Seboroická dermatitida. Významný vliv mají estrogény také na hojení ran. Po lokální aplikaci dochází ke zlepšení hojení a u žen užívajících HRT byl zjištěn nižší výskyt bércových vředů, než u žen, které HRT neužívaly (10).

1.3.4.3 Vliv na urogenitální systém

Nedostatek estrogenů způsobuje atrofii kůže, včetně kožních adnex vulvy a poševní sliznice. Tento nedostatek pak způsobuje *atrofickou vulvovaginitidu*, která je spojena s mnoha potížemi, jako dyspareunie, pruritus a chronická vaginitida. Protože dochází ke ztenčení kůže a úbytku podkožního tuku, labia se zmenšují a ustupuje ochlupení genitálu. Dochází ke snížené elasticitě pochvy, ke zkrácení pochvy, snižuje se počet laktobacilů, poklesne pH poševního prostředí a vznikne dysmikrobie, která je spojena se zánětem pochvy a žlutavým výtokem. Snižuje se množství a složení vaginálního sekretu a opožděje se nástup lubrikace po sexuálním dráždění. V důsledku atrofických změn a snížené elasticity a zhoršené lubrikaci snadněji dochází k traumatům poševní stěny. Hojení těchto traumat vede k jizvení a ke vzniku synechií.

Jedinou léčbou atrofické vaginitidy je estrogení substituce. K léčbě atrofické vaginitidy lze vhodně kombinovat celkové podávání HRT s lokální vaginální aplikací estrogenů, nebo jen lokální podávání. Lokální formu lze aplikovat dlouhodobě a to i u žen, které již HRT vysadily po jejím dlouhodobém užívání, nebo u žen s kontraindikacemi k užívání HRT. Lokální estrogení léčbu lze užívat ve formě vaginálního krému, vaginálních tablet, nebo vaginálních globulí. Nejčastější užívání je formou vaginálních tablet, a to 2x týdně. Estrogeny pozitivně ovlivňují epitel pochvy, močového měchýře i uretry. Ztlušťují svalovinu pojivové tkáně této oblasti, a také oblast pánevního dna (2,8).

Dalším problémem souvisejícím s úbytkem estrogenů je stresová a urgentní inkontinence. Degenerace sliznic a nižší prokrvení urogenitálního traktu snižují uzávěrový uretrální tlak a odolnost proti uroinfekci. Pak následuje nykturie, dysurie a urgentní inkontinence. Všechny tyto potíže jsou důsledkem estrogenního deficitu. Urogenitální atrofie je typickým projevem klimakterického syndromu, ale může být přítomna i v jiných obdobích ženy. Například v poporodním období, v období laktace, při užívání antiestrogenů. Způsobit ji také může kouření a nízká sexuální aktivita. *Stresová inkontinence* je způsobena fyzickým stresem, který může způsobit např. kašel, kýchnutí, poskočení, nebo běh. Tím dojde ke zvýšení tlaku v břiše, který převýší tlak v močové trubici a moč unikne. *Urgentní inkontinenci* způsobuje tzv. dráždivý močový

měchýř – bez předchozího nucení na močení dochází ke stahování svaloviny močového měchýře. Léčit lze léky, cvičením, nebo chirurgickým zákrokem. Vždy je nutné ženu důkladně vyšetřit a stanovit příčinu, je k tomu ale zapotřebí, aby se žena lékaři svěřila a neostýchala se. Neudržení moči není žádná ostuda a je třeba problém řešit. Léčba těchto potíží s inkontinencí bývá podávána lokálně, někdy i celkově, stejně jako u atrofické vaginitis. Podpůrnou léčbou zůstává cvičení a posilování pánevního dna a to u obou typů inkontinence. Neopominutelnými podpůrnými prostředky jsou změna životního stylu – dostatek pohybu, pravidelný spánek, vyřazení kávy a kofeinových přípravků ze stravy, vyřazení alkoholu a kouření (2,15,19,23).

S prodlužováním věku populace narůstá mnoho onemocnění, které s tím přímo souvisí. Patří sem inkontinence žen, poruchy urogenitálního traktu a pánevního dna. Proto vznikl obor urogynekologie, který se těmito problémy zabývá. Pacientky pak zůstávají déle aktivní a nemusí tolerovat sníženou kvalitu života, která tyto problémy především v období přechodu doprovází (11).

1.3.4.4 Vliv na způsob a kvalitu života ženy

Menopauza bývá u žen často obávaným obdobím, a to nejen z důvodů zdravotních komplikací, ale toto období se velice projevuje i na sexuálním životě ženy. Představa okolí a často i zdravotníků, že nemocní, nebo starší lidé, či ženy právě v menopauze končí se sexuálním životem je mylná. Tato představa často vede k ostychu a zvyšujícím se problémům ženy, které rozhodně se sexem nehodlají skončit jenom proto, že se to možná očekává od společnosti. Potřeba sexuality je jednou ze základních potřeb člověka a je velmi individuální již v průběhu celého života. S prodlužujícím se věkem ženy a s postupem úspěšné léčby klimakterických potíží, se prodlužuje také doba sexuální aktivity žen. S tím souvisí i spokojenost a kvalita života ženy.

Pokud se žena stydí za svou sexualitu, jen obtížně se svěří lékaři. Problémů, s kterými se žena v období klimakteria setkává, je celá řada. Suchost pochvy úbytkem estrogenů způsobuje svědění, pálení a jiné nepříjemné, až bolestivé pocity nejen po styku. Žena se může cítit méně atraktivní, a to z důvodu ukládání tělesného tuku, který se ukládá především v abdominální oblasti. Důvodem může být také prodělaná

gynekologická či jiná operce, ochabnutí prsů, či psychické potíže, které toto období provází (30).

Prevenčí přibývání na váze a dalším změnám v období přechodu, jako je únava, podrážděnost, psychická nevyrovnanost, může být správná životospráva, zdravý životní styl, dostatek pohybu. Moderní žena se dnes snaží udržet v dobré kondici pokud možno co nejdéle. Souvisí s tím i prevence nemocí, které souvisí s úbytkem estrogenů (15).

1.4 Přírodní preparáty, alternativní terapie

Při potížích klimakteria je na trhu mnoho přípravků. Jsou to ale látky rostlinného původu - fytoestrogeny a účinky se nedají srovnávat s účinky HRT. Jsou ale ženy, které nemohou, nebo nechtějí HRT užívat. *Fytoestrogeny* jsou látky rostlinného původu, které se v zažívacím traktu mění na látky s estrogenními účinky. Další možnou alternativou je *Tibolon*. Je to syntetický steroid, který má estrogení, gestagení a slabě také androgení aktivitu. Účinně potlačuje potíže spojené s přechodem, ale jeho snášenlivost je mnohem vyšší než u HRT. Tyto alternativní metody jsou často jedinou léčbou, které jsou ženy ochotné podstoupit. Další doplňkovou léčbou může být i lázeňská léčba. Žena si odpočine, odpoutá se od každodenního stresu, získá určitý nadhled nad svými psychickými problémy. Tato léčba je velmi opomíjená, jako doplňková léčba však velmi vhodná. V neposlední řadě je alternativní léčbou také zdravý životní styl, vyvarovat se stresu, zdravě se stravovat, myslet na prevenci osteoporózy, sportovat. Pro i proti hormonální léčbě je třeba vždy důkladně probrat se svým gynekologem, endokrinologem, či jiným specialistou (2,15).

1.5 Ostatní antikoncepční metody

Jiná než hormonální léčba při uspokojování potřeb žen v oblasti hormonální antikoncepce je různorodá. Patří sem *nitroděložní tělíška – IUD*. Nelze sem zahrnout Mirenu, IUD hormonální systém. Jiná tělíška se zavádí dilatací děložního hrdla do dělohy, mají různé tvary a doba, po kterou mohou být v děloze je také různá. Je to 5-7 let. IUD jsou s obsahem zlata, mědi, stříbra, aj. Většinou mají vlákna, za která je lze snadno extrahovat v případě potřeby. Výhodou je nízká cena, doba zavedení a

v neposlední řadě i to, že žena se o svou antikoncepci nemusí starat. Nevýhodou je bolestivost výkonu, častější záněty v pánvi, poruchy cyklu, nebo vypadnutí tělíška a selhání metody. Další metodou HAK jsou *bariérové metody*. Sem patří kondom a spermicidní prostředky. Kondom má velkou výhodu v ceně, je snadno použitelný a chrání před pohlavně přenosnými nemocemi. Jeho nevýhodou je stud uživatelů k jeho použití, nebo nesprávné použití a následné selhání metody. Selhání metody v důsledku porušení kondomu, nebo nesprávného použití je vyšší. Spermicidní prostředky jsou na trhu ve formě gelů, čípků a krémů. Použití a míra spolehlivosti je závislá na přesném dodržení návodu, tj. přesná doba zavedení před stykem. Tato metoda není vhodná k ochraně před otěhotněním při pravidelném a častém styku. U některých uživatelů může být vnímána určitým dyskomfortem. Jiná metoda spočívá ve výpočtu plodných a neplodných dnů, nebo přerušovaný pohlavní styk. Tyto metody jsou velice nespolehlivé a proto nevhodné. Chirurgická metoda – uzavření vejcovodů také není příliš vhodná vzhledem k následnému obnovení plodnosti a vzhledem k právní otázce (18).

1.6 Předsudky k hormonální terapii

Mýty a pověry o hormonální léčbě nejsou zvláštností, ale bohužel velkým problémem v ordinacích gynekologů. Obavy jsou nejspíš způsobeny nízkou informovaností žen, ale také předsudky ze stran lékařů. Nejčastější pověry se týkají jak HAK, tak i HRT. Některé jsou ale společné. Příkladem je pověra o tloustnutí po hormonální léčbě. Ženy zvýšení své hmotnosti přisuzují hormonům, přitom na tento fakt má vliv celá řada jiných vlivů, které nemají s užíváním hormonů nic společného. U HAK panuje zase mýtus o spolehlivosti. Ženy si myslí, že je stejně spolehlivá, jako kondom. Dále mají uživatelky obavy z dlouhodobého užívání, myslí si, že se musí vysazovat dlouho před plánovaným těhotenstvím, nebo že má smysl vysazovat léčbu po nějaké době užívání k „očistě těla“. Dalším předsudkem je to, že dodávané umělé hormony jsou škodlivé a mohou způsobovat rakovinu. Přitom opak je pravdou. Podávané hormony jsou stejně, jako přirozené a jsou i prevencí proti některým zánětům, či některým formám rakoviny. Mnoho žen si myslí, že v týdenní pauze, která bývá při užívání jak HAK, tak i některých forem HRT nejsou chráněny. Přitom tabletky jsou

konstruovány tak, aby jejich účinek nebyl narušen. Také často ženy přicházejí, že by chtěli nabrat jaterní testy, když užívají hormonální léčbu. Není však nutné tyto krevní testy nabírat, pokud žena neprodělala nějaké onemocnění, které má vliv na jaterní funkce. Pokud žena nějaké onemocnění s vlivem na jaterní činnost prodělala, jaterní testy je možné nabrat. Pokud budou v normě, není již nutné testy opakovat. Asi největším předsudkem k hormonální léčbě je to, že způsobuje křečové žíly a záněty žil. Léčba hormony nic takového nezpůsobuje. Je ale pravda, že mírně zvyšuje vznik trombózy hlubokých žil. Proto trombóza v anamnéze vylučuje nasazení hormonální léčby (7).

1.7 Úloha a kompetence porodní asistentky u praktického gynekologa a v ambulantní péči

Dle vyhlášky 424/2004 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, upravuje kompetence porodních asistentek, které zajišťují bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví kromě jiných činností asistuje lékaři při gynekologických výkonech.

Z toho vyplývá, že v ordinaci praktického gynekologa by měla pracovat porodní asistentka. Ordinance praktických gynekologů jsou ale převážně soukromé a z vyhlášky je taktéž patrné, že pokud je zaměstnanec pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru, může zde pracovat i všeobecná sestra. Znamená to, že zaměstnanec provádí jen ty úkony, které mu lékař dovolí. Je na lékaři, jaké výkony v soukromé ordinaci bude sestra provádět a jaké bude mít vzdělání. Tím, že porodní asistentka nevykonává práci dle své kompetence, ale dle úsudku lékaře, nejsou kompetence porodní asistentky naplněné (31).

Přímá činnost dle kompetence porodní asistentky je edukační činnost o životosprávě v období těhotenství a v průběhu kojení, poučuje k přípravě k porodu a k ošetření novorozence a také o vhodné antikoncepci po porodu. Také pomáhá s radami

v problémech sociálně právních, nebo přímo tuto pomoc zprostředkovává. Dále navštěvuje těhotné, šestinedělky a gynekologicky nemocné v jejich rodinném prostředí a nadále sleduje jejich zdravotní stav. Zabezpečuje vhodnou edukaci v péči o novorozence a zároveň podporuje kojení a předchází komplikacím, které mohou vzniknout. Z dalších kompetencí porodní asistentky je diagnostika těhotenství, předepisování, doporučování, nebo přímo provádění vyšetření, která jsou nutná ke sledování fyziologického těhotenství. Tyto ženy sleduje a poskytuje veškeré informace o prevenci komplikací, které mohou vzniknout. Pokud zjistí nějaké riziko, předá ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví. Dále všemi vhodnými klinickými i technickými metodami sleduje stav plodu v děloze, zjišťuje u matky, plodu, nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a v případě zásahu mu pomáhá. Pokud není lékař přítomen, provádí neodkladná opatření. Nadále připravuje rodičky k porodu, ve všech dobách porodních o ně pečuje a fyziologické porody vede sama, včetně ev. nástřihu hráze. V neodkladných případech (vyšetřovací, nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví) vede i porody v poloze koncem pánevním. Porodní a poporodní poranění ošetřuje a pečuje o šestinedělky. Zároveň také přejímá, kontroluje a ukládá léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a prádlo. Samozřejmě zajišťuje i jejich sterilizaci a dostatečnou zásobu (31).

1.7.1 Ošetrovatelský proces v ordinaci praktického gynekologa

Ošetrovatelský proces na základě shromáždění a vytřídění všech informací o nemocném umožňuje sestře rozhodovat, jak a kdo může řešit individuální problém nemocného. Zároveň sestra průběžně hodnotí kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, a zda bylo dosaženo očekávaného efektu u pacienta, případně u jeho nejbližší rodiny. Při používání ošetrovatelského procesu má sestra široké možnosti navázat s pacientem užší kontakt a poznat jej nejen v oblasti medicínské, ale také osobnostní a sociální. Pacient má příležitost ptát se na věci, které jej zajímají, doplnit účelně deficit informací a zároveň má jistotu koordinované a kontinuální péče, která je měřítkem pro kvalitu poskytované péče (27).

Ošetrovatelská péče je dle vyhlášky soubor odborných činností, které jsou zaměřeny na udržení, podporu a navrácení zdraví. Dále uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb, které jsou změněné, nebo vznikly v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců, nebo skupin, nebo případně v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Patří sem také rozvoj, zachování a navrácení soběstačnosti. Součástí je i péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti.

Dle této vyhlášky sestra / porodní asistentka hodnotí ošetrovatelským procesem stav individuálních potřeb pacienta, nebo skupiny osob a stanovuje ošetrovatelské problémy. Dále plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči a vyhodnocuje účinnost ošetrovatelské péče a zaznamenává do zdravotnické dokumentace (31).

Ošetrovatelský proces řeší problémy nemocných, které může ovlivnit sestra. Tato metoda poskytování ošetrovatelské péče je založená na pěti částech, které jsou vždy přítomny. Jejich pořadí je pevně stanovené a dané. Pět jednotlivých částí ošetrovatelského procesu je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného. První fáze je zhodnocení nemocného – zjišťování a shromažďování informací o nemocném, všech údajů. Druhá fáze je stanovení ošetrovatelských diagnóz, diagnostika. Zde je vybrán a rozebrán problém nemocného, který se bude nadále plnit. Třetí fáze je plánování ošetrovatelské péče, kdy jsou stanoveny cíle. Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu je realizace ošetrovatelských intervencí a provedení navržených opatření. Poslední pátá fáze ošetrovatelského procesu je hodnocení. Je vyhodnocen efekt poskytnuté péče a reakce nemocného na poskytnutou péči (27).

Koncepce v primární péči o ženu v oboru gynekologie a porodnictví v ambulantních zařízeních a gynekologických ordinacích je zaměřená především na prevenci, včasné vyhledávání, diagnostiku a léčbu zhoubných nádorů prsu a reprodukčních orgánů ženy. Dále je směřována na sexuálně přenosné nemoci, různá zánětlivá onemocnění rodidel. Patří sem také výchova k plánovanému rodičovství a péče o ženu v perimenopauze, menopauze a postmenopauze.

Porodní asistentka péči ženám zajišťuje prostřednictvím zdravotní výchovy a poradenství, poskytuje rady v oblasti podpory zdravého rodinného života, plánovaného rodičovství, zdravých sexuálních návyků a jiné. Zapojuje se do edukačních programů o reprodukčním zdraví žen, poskytuje informace o prevenci, životosprávě v premenopauze, menopauze a postmenopauze. Navrhuje a doporučuje alternativní terapii v léčbě klimakterického syndromu. V ordinaci praktického gynekologa může být porodní asistentkou poskytována péče primární i sekundární, komunitní i rodinná péče (24).

1.7.2 Úloha porodní asistentky při podávání hormonální terapie

Úlohou porodní asistentky je uspokojovat biologické, psychické, sociální i duchovní potřeby žen, jejich rodin a také celých komunit. Znamená to, věnovat se ženám v rámci preventivní péče, i ošetrovatelské péče u již vzniklého onemocnění. Svě místo zde má výchovná péče. Jednou z úloh porodní asistentky je podporovat aktivní zájem žen o podporu zdraví, udržení zdraví, dodržování léčebného režimu a ošetrovatelské péče. Dále zabezpečit a realizovat edukaci žen vhodnými prostředky, zajistit dostatek vhodných informací a materiálů. Další z úloh je zjistit vhodnou metodou ošetrovatelské požadavky žen a zajistit co největší kvalitu ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu. Porodní asistentka má využívat vědecky ověřené pracovní metody, postupy a techniky. Měla by umět rozpoznávat ošetrovatelské problémy, které mohou být předmětem výzkumu, využívat a aplikovat výsledky výzkumu v gynekologické ošetrovatelské praxi.

S užíváním HAK, nebo HRT je nezbytné dodržovat ošetrovatelský proces. Úlohou porodní asistentky je zajistit nejprve kompletní identifikační údaje ženy a zjistit potíže, s kterými přichází na gynekologii. Porodní asistentku zajímá časový sled potíží a jejich charakter, při rozhovoru ženy s lékařem pak z důvodu stresu může dojít k nějakým nepřesnostem. Dále zjišťuje osobní i sociální anamnézu, gynekologickou, porodnickou a urologickou anamnézu. Ověřuje vyšetření, která byla provedena, zajišťuje výsledky. Patří sem především onkologická cytologie, mamografie, denzitometrie, nebo speciální urologické a jiné odborné vyšetření. Změří fyziologické

funkce, především kvůli případné hypertenzi, ptá se na bolesti hlavy, únavu, závratě, bolesti kloubů a stav kůže. Další nesnadnou úlohou porodní asistentky je zjištění denní aktivity - chuť k jídlu, především, zda žena příliš nepřibírá na váze, stravovací návyky, příjem vápníku, příjem tekutin a spánek. S kvalitou spánku souvisí potíže souvisící s klimakterickým syndromem, např. pocení, návaly horka, únava. Dále zjišťuje psychický stav. Tam patří nálada, úzkostné stavy, sebepojetí a sebekoncepce. Úlohou porodní asistentky je aplikovat ošetrovatelský proces v praxi, vyčlenit témata vhodná k edukaci každé ženy a vhodnou formou ženu správně poučit, edukovat (24,26).

1.7.3 Edukace porodních asistentek o hormonální terapii

Porodní asistentka může pro ženu formou edukace udělat mnoho. V praxi nejlépe stanovením ošetrovatelských diagnóz a stanovení si cílů. Když zná problém, je snadnější ženu správnou formou edukovat. Hormonální léčba přináší nejčastější problém, a to je nedostatek informací. Proto je třeba zaměřit se na edukaci v tomto směru a poskytnout ženě prostor k otázkám a zpětnou vazbou si ověřit její znalosti. Dále si ověří znalosti ženy o výživě a správném životním stylu, který úzce souvisí s užíváním především HRT, ale i HAK. Zařadit do stravy vlákninu, ovoce, zeleninu, redukovat příjem cukrů, omezit příjem tuků, nejíst po 17 hodině a před každým jídlem vypít sklenici vody. Strava by měla být pestrá, v malých, ale pravidelných dávkách.

K zvládnutí klimakterického syndromu může žena použít i alternativní metody, s kterými ji porodní asistentky seznámí. Patří sem volné oblečení z přírodních materiálů, vyhýbání se stresovým situacím, nebo jiným, které vyvolávají pocení. Chlazení se chladnými nápoji, sprchování, nebo kousek ledu na zápěstí. Omezit kouření, požívání alkoholických nápojů, perlivé vody, nebo horké nápoje. Do stravy je potřeba zařadit vyšší dávky vitamínu E. V období klimakteria, ale i po porodu, nebo v těhotenství může ženu trápit suchost, či jiné potíže pochvy, způsobující dyskomfort. Zde se edukace zaměří na dostatečný pitný režim, vymočením se před i po styku, opět správný životní styl, volný oděv, vyhýbat se stresovým situacím, nejíst dráždivé potraviny (15, 20, 24).

Při užívání HAK, nebo HRT edukace přináší způsoby užívání, aplikační formy preparátů, finanční dostupnost. Žena bude informována o nutnosti pravidelných návštěv gynekologa, screeningových mamografií a dalších pravidelných vyšetření. Edukace se zaměří na dávkování terapie, aby se zabránilo možným komplikacím z nesprávného užívání. Porodní asistentka vysvětlí vedlejší účinky, jako je špinění, a že je může očekávat po nemoci, stresu, či jiných zátěžových situacích. Poučí, nebo ukáže formou placebo náplasti jak tuto formu léčby aplikovat, na která místa je lze aplikovat a čemu se má vyvarovat. Při krvácení lze edukaci vhodně zaměřit na pitný režim, zvýšení obsahu železa v potravě, nezapomenout vyjmenovat potraviny, které obsahují vyšší obsah železa, především maso. Omezit příjem kávy a černého čaje a naučit ženu relaxovat. Odpočinek, odbourat stres, více času na sebe. K prevenci osteoporózy porodní asistentka ženě vysvětlí, aby měla dostatek pohybu na čerstvém vzduchu, nejvíce v letních měsících, kvůli přirozené saturaci organismu vitamínem D.

U užívání HAK je vhodná edukace velice důležitá. Proto by porodní asistentka neměla opomenout vysvětlit užívání tablet, či jinou aplikační formu aplikovat vždy ve stejnou denní dobu, užívat pravidelně, nevysazovat svévolně bez porady s lékařem. Zároveň dá ženě dostatek informačních materiálů, brožurek, kontaktů, internetových adres, aby měla možnost doplnit si svoje znalosti dle potřeby. Mladé dívky by měly vědět, že není vhodné střídat a měnit tabletky mezi kamarádkami a že nejsou chráněny před pohlavně přenosnými chorobami (24).

1.7.4 Vybrané ošetřovatelské diagnózy v ordinaci praktického gynekologa

V ordinaci praktického gynekologa porodní asistentka provádí ošetřovatelský proces prostřednictvím ošetřovatelských diagnóz, kdy vyhodnocuje a řeší určitý ošetřovatelský problém. Porodní asistentka zjišťuje úroveň znalostí o daném problému u ženy a následně dle stavu stanovuje cíle, výsledná kritéria, ošetřovatelské intervence a následně může vyhodnotit úspěch ošetřovatelského procesu formou ošetřovatelských diagnóz (24).

Nejčastěji stanovenou ošetřovatelskou diagnózou bývá deficit informací, kdy porodní asistentka daný problém svými intervencemi řeší. U žen v klimakteriu je dále

problémem dyskomfort v souvislosti s nepříjemnými pocity v oblasti pochvy, v souvislosti s nadměrným pocením, únavou, atd. Častým problémem je také úzkost v souvislosti s kolísáním hladiny hormonů, nepřijetím své role ženy ve společnosti po vyhasnutí reprodukčních funkcí a v neposlední řadě nepřijetí svého těla v souvislosti se změnou tělesných proporcí. Při již vzniklém onemocnění, které souvisí s klimakteriem, jsou časté ošetřovatelské diagnózy riziko vzniku infekce, či narušená integrita kůže, deficit příjmu tekutin, a další. V souvislosti s postmenopauzální osteoporózou porodní asistentka stanovuje diagnózy – bolest, riziko vzniku úrazu, narušená sebepéče, narušený obraz těla a intolerance aktivity, nebo například strach z dalších následků nemoci (24, 27).

V souvislosti s plánovaným rodičovstvím, či s užíváním některých z antikoncepčních metod porodní asistentka stanovuje ošetřovatelské diagnózy – bolest (premenstruační syndrom), úzkost (užívání HAK, nebo pokud žena nemůže otěhotnět), strach (z otěhotnění), nepřijetí své role, deficit informací, a další (24).

Z první domény - podpory zdraví je třeba zařadit především tyto diagnózy: (00163) *ochota ke zlepšení výživy* v souvislosti s přibýváním na váze v období klimakteria, či při užívání HAK, (00078) *neefektivní léčebný režim* v souvislosti s nedodržením rad lékaře a předepsaného dávkování léků – HAK, HRT.

Druhá doména - výživa: (00003) *riziko nadměrné výživy* v souvislosti se zvýšenou chutí k jídlu při užívání HRT a HAK, (00026) *zvýšený objem tělesných tekutin* v souvislosti se zadržováním tekutin v organismu při užívání HAK, nebo v období klimakteria.

Třetí doména - vylučování a výměna: (00017) *stresová inkontinence moči* v souvislosti s úbytkem funkčnosti pánevních svalů po porodu, nebo v období klimakteria, (00011) *zácpa* v souvislosti se sedavým způsobem života, neaktivitou v období klimakteria.

Čtvrtá doména – aktivita – odpočinek: (00095) *porušený spánek* v souvislosti s hormonální nerovnováhou a pocity návaly horka v noci, (00097) *nedostatek zájmových aktivit* v souvislosti s psychickými obtížemi žen v období po porodu a klimakteria.

Pátá doména – vnímání – poznávání: (00127) *porušená interpretace okolí* v souvislosti s narušenou psychikou v období hormonální nerovnováhy, (00126) *deficitní znalost problematiky hormonální terapie* v souvislosti s nedostatkem informací k dané problematice.

Šestá doména – vnímání sebe sama: (00054) *riziko osamělosti* v souvislosti se ztrátou životního partnera, (00118) *porušený obraz těla* v souvislosti se změnou tělesných proporcí v období klimakteria.

Sedmá doména – vztahy: (00060) *přerušovaný život rodiny* v souvislosti s hospitalizací, (00052) *poškozená sociální interakce* v souvislosti se ztrátou zájmů v období klimakteria, nebo v období nemoci.

Osmá doména – sexualita: (00065) *neefektivní sexuální život* v souvislosti s gynekologickými potížemi, (00059) *sexuální dysfunkce* v souvislosti s poruchou funkce sliznice pochvy.

Devátá doména – zvládání zátěže – odolnost vůči stresu: (00142) *traumatický syndrom po znásilnění* v souvislosti s psychickým stavem po znásilnění, (00148) *strach* v souvislosti s obavami ze zhoršeného zdravotního stavu.

Desátá doména – životní princip: (00079) *nedodržení léčebného režimu* v souvislosti s obavami z hormonů, (00083) *konflikt v rozhodování k operačnímu zákroku* v souvislosti s obavami z operačního zákroku.

Jedenáctá doména – bezpečnost – ochrana: (00004) *riziko infekce* v souvislosti s častými poševními infekty, (00046) *porušená kožní identita* v souvislosti s mykózou pochvy.

Dvanáctá doména – komfort: (00133) *chronická bolest* v souvislosti s nádorovým gynekologickým onemocněním, následující léčbou, (00134) *nauzea* v souvislosti s těhotenstvím.

Třináctá doména – růst / vývoj: (00101) *neprospívání dospělé osoby* v souvislosti s anorexií, bulimií (22).

2. Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit názory žen na hormonální léčbu

Cíl 2 Zjistit informovanost žen o hormonální léčbě

Cíl 3 Zjistit, proč ženy přijímají negativně hormonální léčbu

Cíl 4 Zjistit, zda má vliv dosažené vzdělání žen na přístup k hormonální léčbě

Cíl 5 Zjistit, zda věk žen ovlivňuje jejich názory v oblasti hormonální léčby

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1 Ženy mají negativní názory na hormonální léčbu

Hypotéza 2 Ženy mají nedostatek informací o hormonální léčbě

Hypotéza 3 Ženy přistupují k hormonální léčbě negativně na základě předsudků

Hypotéza 4 Ženy s vyšším vzděláním přistupují k hormonální léčbě pozitivněji, než ženy se základním vzděláním

Hypotéza 5 Ženy s nižším věkem jsou k hormonální léčbě přístupnější, než ženy středního a vyššího věku

2.3 Výzkumné otázky

Otázka 1 Jaké problémy se vyskytují u žen při užívání hormonální antikoncepce?

Otázka 2 Jaké problémy se vyskytují u žen při užívání hormonální substituční terapie?

Otázka 3 Jakým způsobem se podílí porodní asistentka / sestra na podávání informací o hormonální terapii u praktického gynekologa?

Otázka 4 Jakým způsobem je možné doplnit deficit informací o hormonální terapii u žen u praktického gynekologa?

3. Metodika

3.1 Metoda sběru dat

Ke sběru dat byla použita kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření. Pro kvantitativní výzkumné šetření byla použita technika dotazníků a pro kvalitativní výzkumné šetření byl použit rozhovor.

Před zahájením první části výzkumu byla oslovena MUDr. Šárka Koubková a získán její souhlas k provádění výzkumného šetření. Dotazníky byly určeny pacientkám gynekologické ordinace a byly anonymní. Dotazník (Příloha 1) obsahoval 29 otázek. Otázky byly uzavřené a polozavřené i otevřené. V některých otázkách mohly pacientky zaškrtnout více odpovědí. Nejdříve byly otázky identifikační na základní údaje respondentek (věk, dosažené vzdělání), dále to byly otázky na obecnou informovanost a konkrétní osobní zkušenosti s hormonální terapií.

Ve druhé části výzkumného šetření, byl zjišťován přístup porodních asistentek ke klientkám v gynekologických ordinacích. Pro zjištění přístupu porodních asistentek bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Technikou sběru dat byl otevřený rozhovor (Příloha 2). Rozhovor byl proveden se 6 porodními asistentkami na Táborsku, se souhlasem jejich zaměstnavatele – soukromého praktického gynekologa.

3.2 Výzkumný soubor

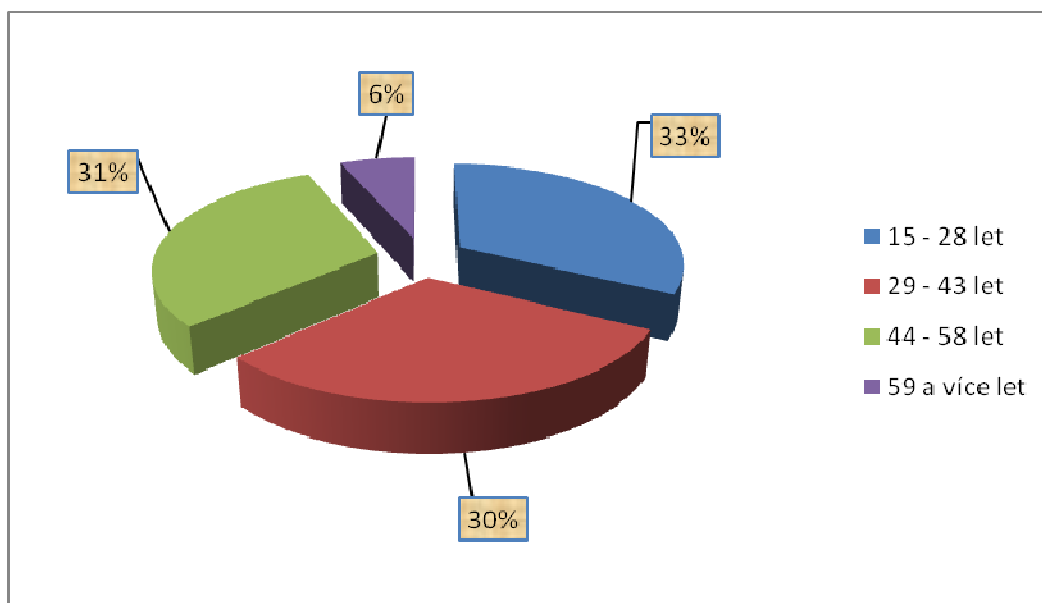
První výzkumný soubor tvořily pacientky gynekologické ordinace MUDr. Šárky Koubkové v Táboře. Výzkumné šetření probíhalo v období od listopadu 2008 do února 2009. Bylo rozdáno 110 dotazníků, z toho 8 pacientek dotazník nevyplnilo. Vrátilo se tedy 102 dotazníků. Vyřazeno pro neúplnost bylo 7 dotazníků. Do výzkumu tedy bylo zařazeno 95 dotazníků, což je 86 % z celkového počtu rozdaných dotazníků. Celkový počet respondentek činil 95 (100 %). Výsledky byly zpracovány pomocí programu Microsoft Office Excel, kam byly všechny vrácené dotazníky s odpověďmi zaznamenány a poté byly zpracovány váženým průměrem do grafů.

Druhým výzkumným vzorkem (kvalitativní část), bylo šest porodních asistentek / sester, pracujících v gynekologických ambulancích soukromých praktických gynekologů na Táborsku. Sběr dat probíhal formou individuálního otevřeného rozhovoru v měsíci červenci 2009. Na základě těchto rozhovorů byly výsledky zpracovány do tabulek.

4. Výsledky

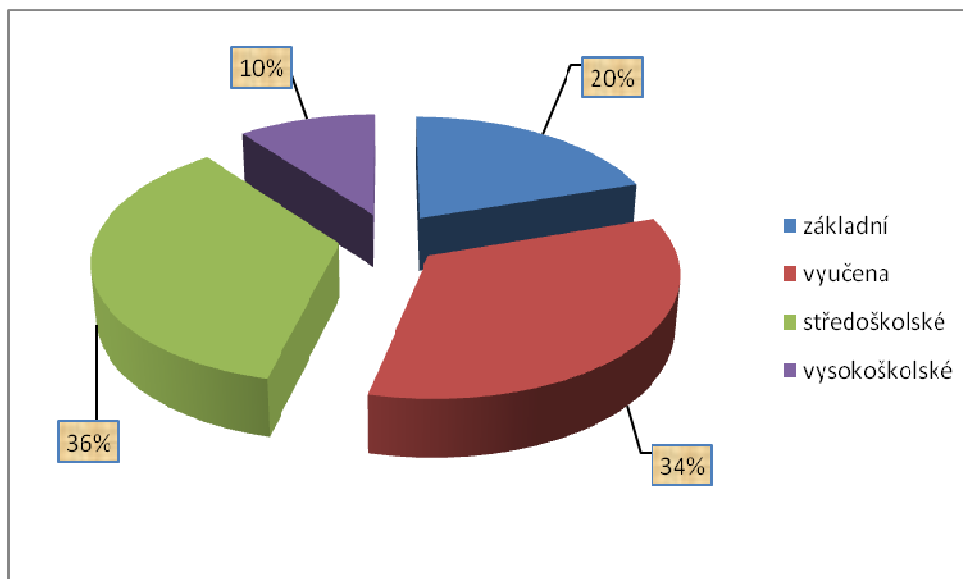
4.1 Výsledky analýzy dotazníků v kvantitativní části výzkumu

Graf 1 Věk respondentek



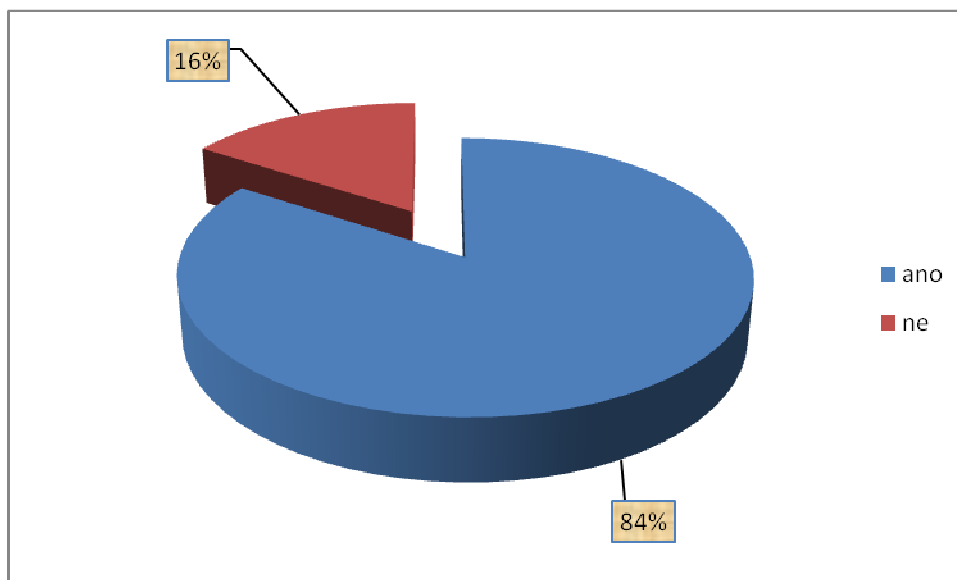
Z celkového počtu 95 žen (100 %), je 31 žen (33 %) ve věku 15 – 28 let, 29 žen (30 %) ve věku 29 – 43 let, 29 žen (31 %) ve věku 44 – 58 let a 6 žen (6 %) ve věku 59 a více.

Graf 2 Vzdělání respondentek



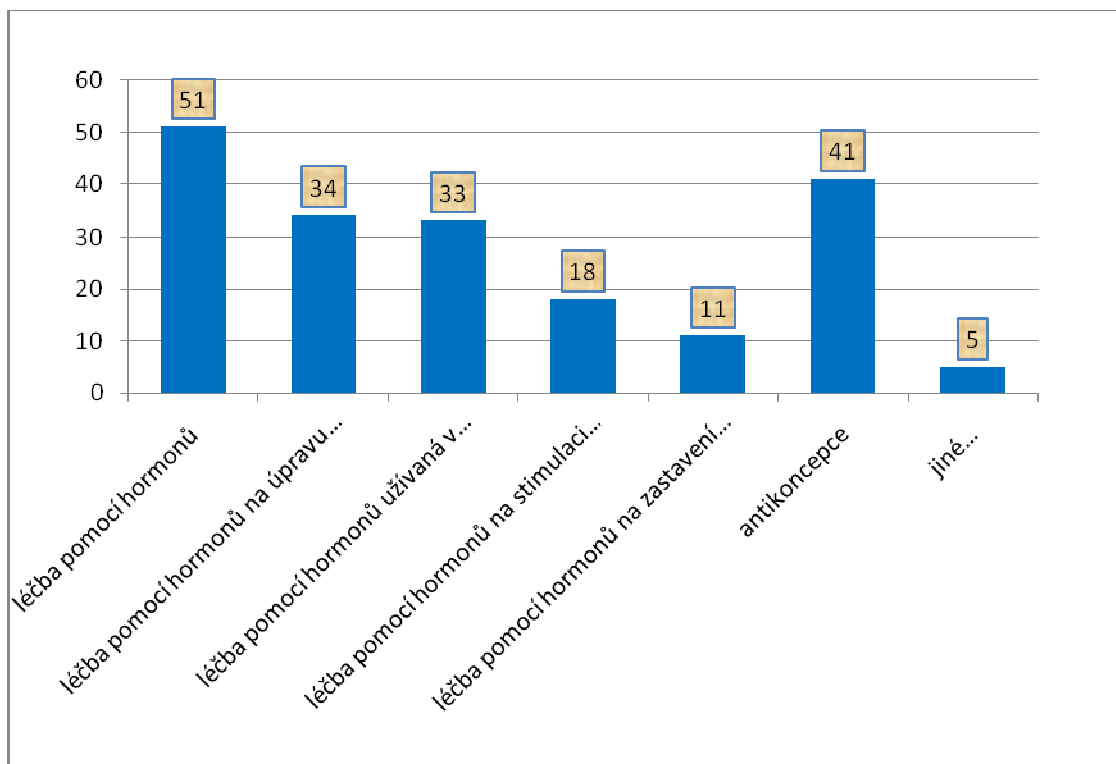
Z celkového počtu 95 žen (100 %), má 19 žen (20 %) základní vzdělání (sem patří i studentky s ještě neukončeným vzděláváním), 32 žen (34 %) je vyučeno, 34 žen (36 %) má středoškolské vzdělání a 10 žen (10 %) je vysokoškolsky vzdělaných.

Graf 3 Znalost pojmu hormonální terapie



Graf 3 ukazuje, že z počtu 95 žen (100 %), 80 žen (84 %) uvedlo, že ví, co je pojem hormonální terapie a 15 žen (16 %) uvedlo neznalost pojmu hormonální terapie.

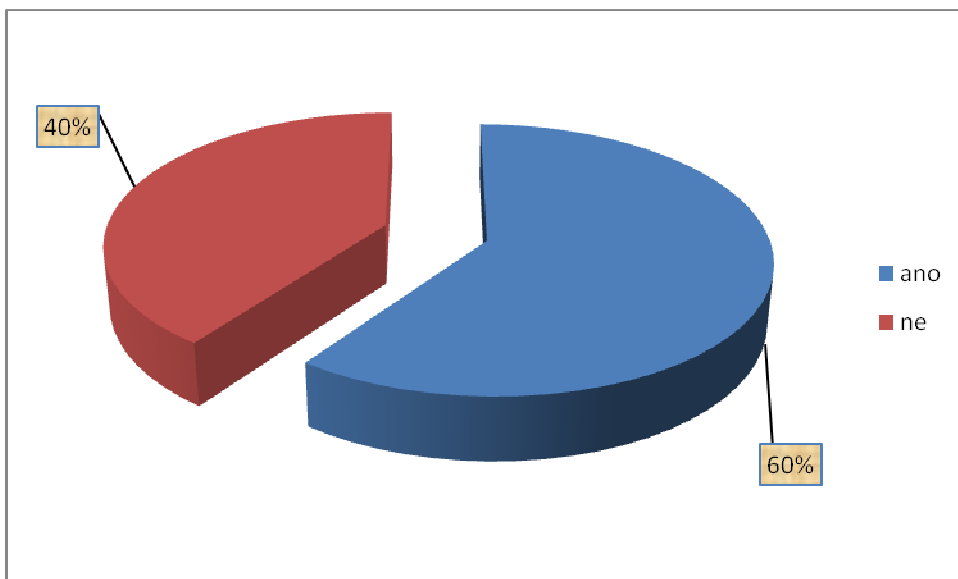
Graf 4 Co je hormonální terapie



Graf 4 znázorňuje odpovědi, kde si respondentky mohly vybrat z více možností. Proto bylo celkem označeno 193 odpovědí. Nejčastější odpověď 51 byla, že je to léčba pomocí hormonů. Další nejčastější odpověď 41 byla, že hormonální léčba je antikoncepce. Poté následuje odpověď 34 žen, že je to léčba pomocí hormonů, na úpravu menstruačního cyklu. 33 žen uvedlo, že je to léčba pomocí hormonů, užívaná v přechodu. Dále 18 žen uvedlo, že je to léčba pomocí hormonů na stimulaci těhotenství a 11 žen, že je to léčba pomocí hormonů, na zastavení krvácení.

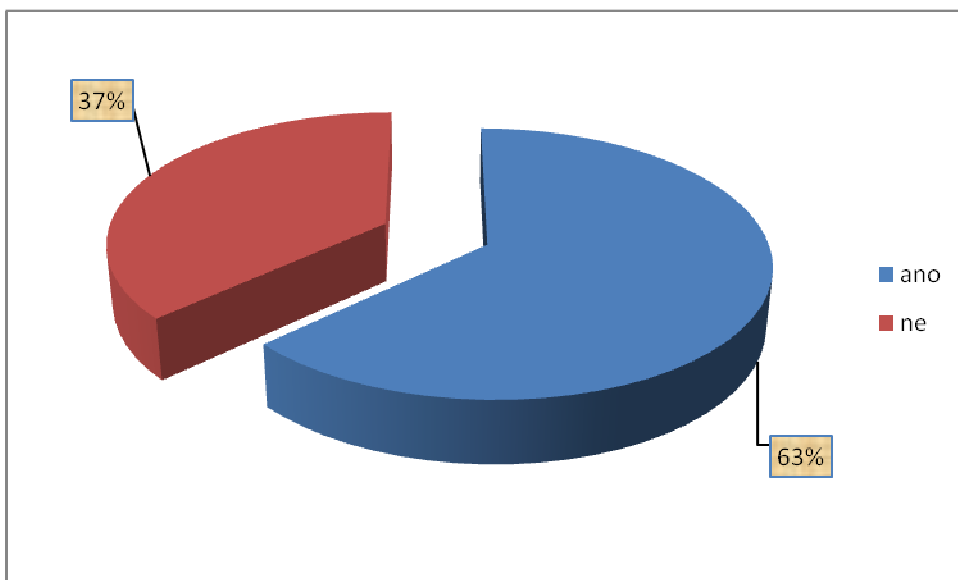
5 žen chtělo doplnit jinou, neuvedenou léčbu. Bylo to: úprava akné, léčba psychických potíží, hormonální injekce na psychiku, léčba štítné žlázy a léčba malého vzrůstu a štítné žlázy.

Graf 5 Užívání hormonální léčby v minulosti



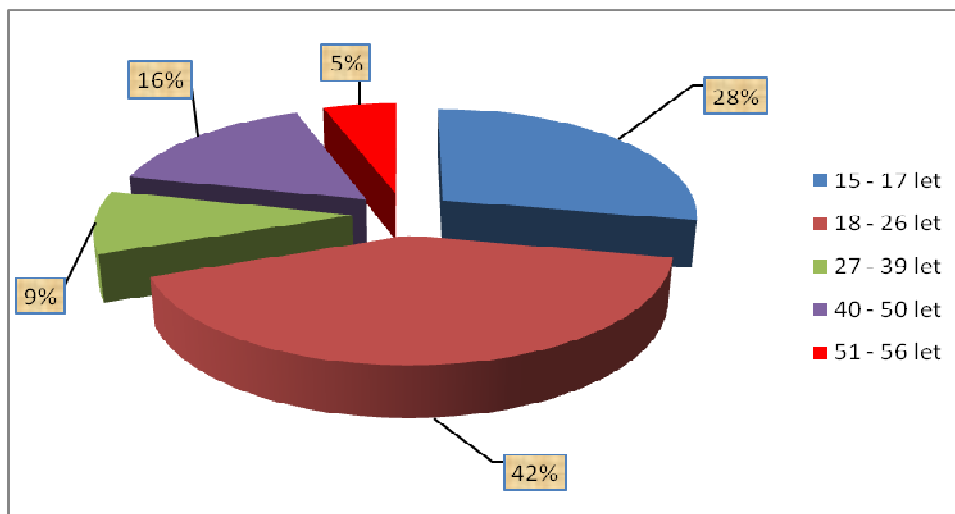
Z celkového počtu 95 žen (100 %) uvedlo 57 respondentek (60 %), že v minulosti užívala hormonální léčbu a 38 (40 %), že tuto léčbu neužívala.

Graf 6 Užívání hormonální léčby nyní



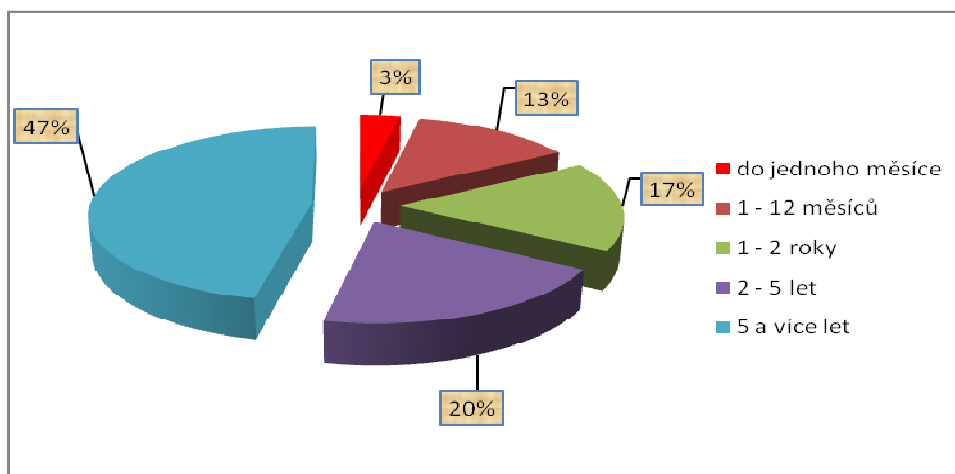
Z celkového počtu 95 žen (100 %) uvedlo 60 respondentek (63 %), že nyní užívá hormonální léčbu a 35 (37 %), že tuto léčbu neužívá.

Graf 7 První aplikace hormonální léčby podle věku



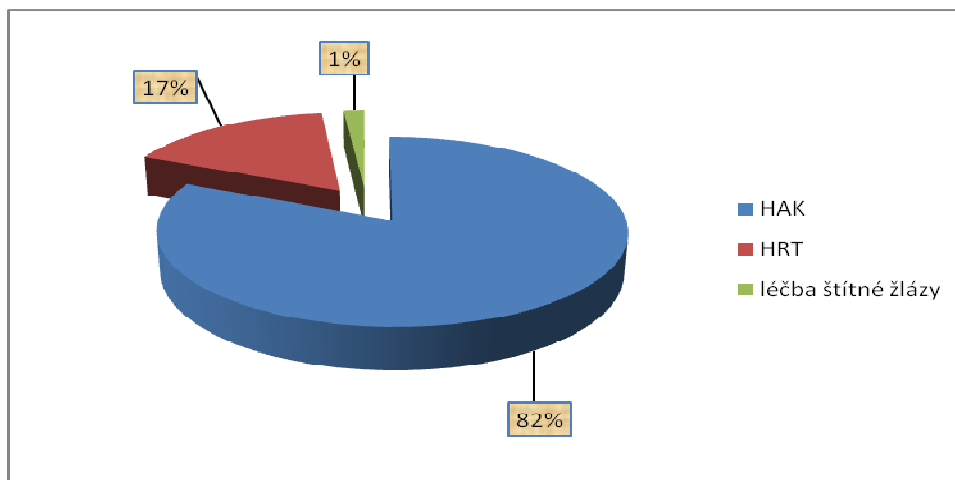
Z celkového počtu 75 (100 %) žen, které uvedly věk první aplikace hormonální léčby, ji mělo poprvé aplikovanou nejvíce žen 31 (42 %) ve věku 18 – 26 let. Poté následuje 21 (28 %) žen ve věku 15 – 17 let, 12 žen ve věku 40 – 50 let (16 %). Nejméně žen 7 (9 %) mělo aplikovanou poprvé hormonální léčbu ve věku 27 – 39 let a 4 (5 %) ženy ve věku 51 – 56 let.

Graf 8 Doba užívání hormonální léčby



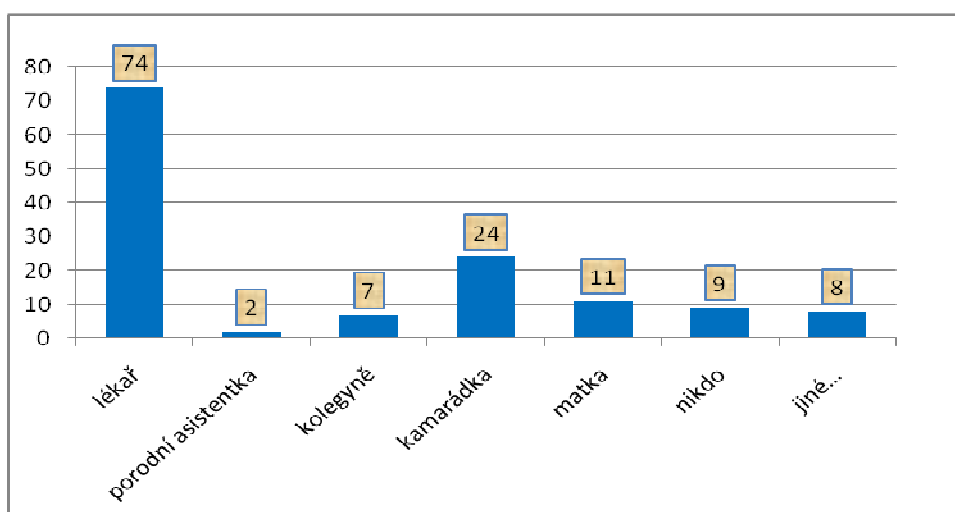
Z celkového počtu žen 60 (100 %), které užívají hormonální léčbu, ji nejvíce užívá 28 žen (47 %) po dobu 5 a více let, poté 12 žen (20 %) po dobu 2 – 5 let, 10 žen (17 %) po dobu 1 – 2 roky a 8 žen (13 %) po dobu 1 – 12 měsíců. 2 ženy (3 %) užívají hormonální léčbu do jednoho měsíce.

Graf 9 Jaká je užívána hormonální léčba



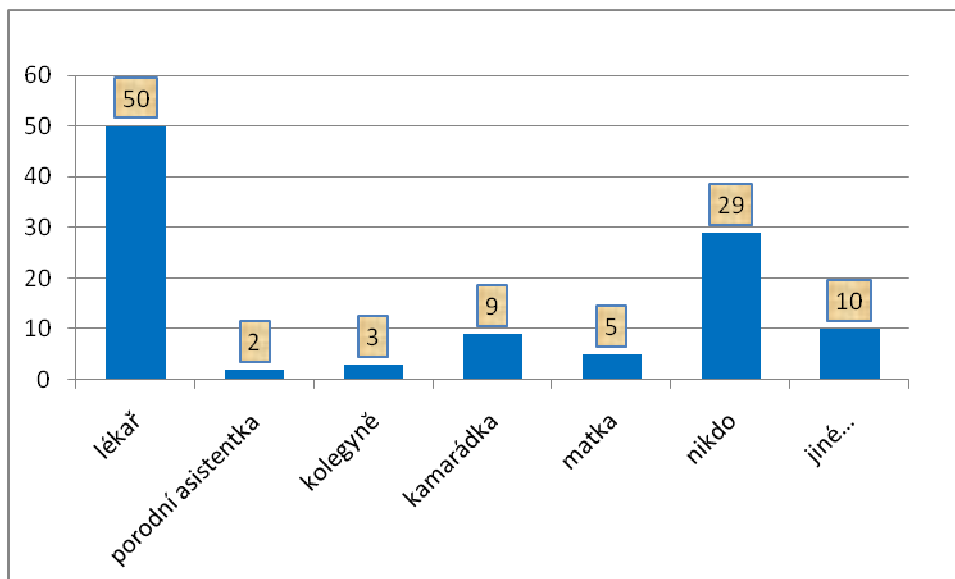
Z celkového počtu 60 žen (100 %), které užívají hormonální léčbu, jich 49 (82 %) užívá hormonální antikoncepci, 10 (17 %) užívá hormonální substituční terapii a 1 žena (1 %) uvedla, že užívá léčbu na štítnou žlázu.

Graf 10 Poskytnutí informací



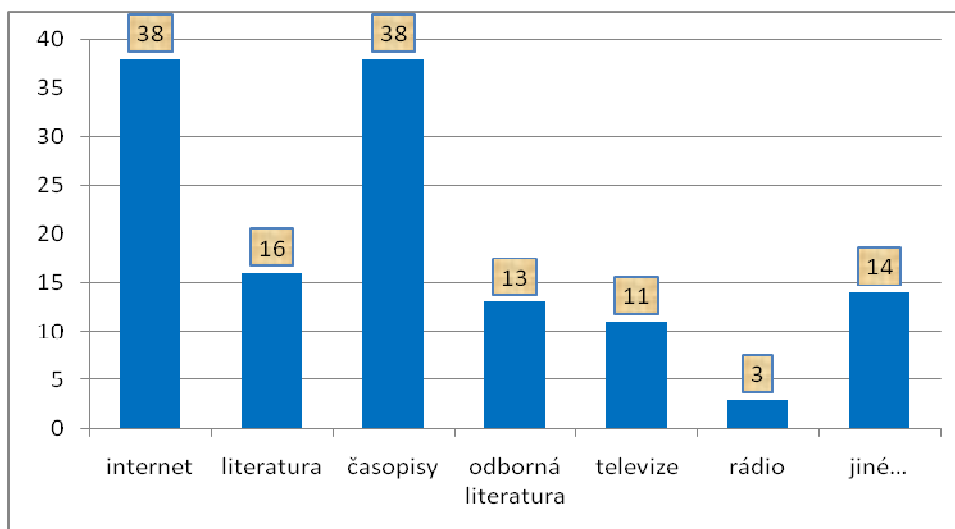
Graf 10 znázorňuje odpovědi, kde si respondentky mohly vybrat z více možností. Z celkového počtu odpovědí 135, 74 žen uvedlo, že informace jim poskytl lékař, 24 ženám informace poskytla kamarádka, 11 ženám informace poskytla matka, 7 ženám informace poskytla kolegyně a 2 ženám porodní asistentka. Nikdo neposkytl informace 9 ženám a 8 žen doplnilo, že jim informace poskytl internet (5 žen), psychiatr (2 ženy) a časopisy poskytly informace 1 ženě.

Graf 11 Ovlivnění při rozhodování o užívání hormonální léčby



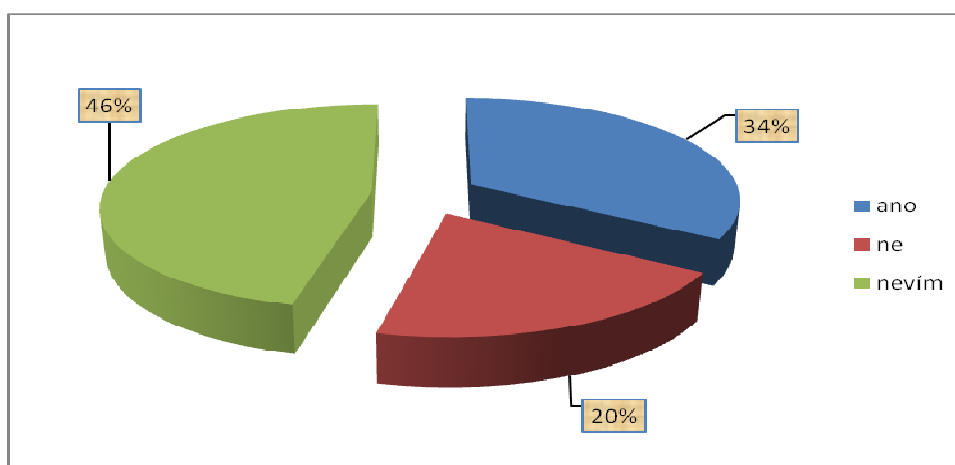
Graf 11 znázorňuje odpovědi, kde si respondentky mohly vybrat z více možností. Z celkového počtu odpovědí 108, 50 žen uvedlo, že je ovlivnil lékař, 29 žen neovlivnil nikdo, 9 žen ovlivnila kamarádka, 5 žen ovlivnila matka, 3 ženy kolegyně a 2 ženy ovlivnila porodní asistentka. 10 žen uvedlo jinou možnost, než byly uvedeny. 5 žen ovlivnil partner, 1 ženu strach z případného těhotenství, 1 ženu ovlivnily při rozhodování zdravotní potíže, 1 ženu menstruační problémy, 1 ženu dcera a 1 žena uvedla, že je to nutnost, protože otěhotněla a musela podstoupit umělé přerušování těhotenství.

Graf 12 Zdroje čerpání informací k hormonální léčbě



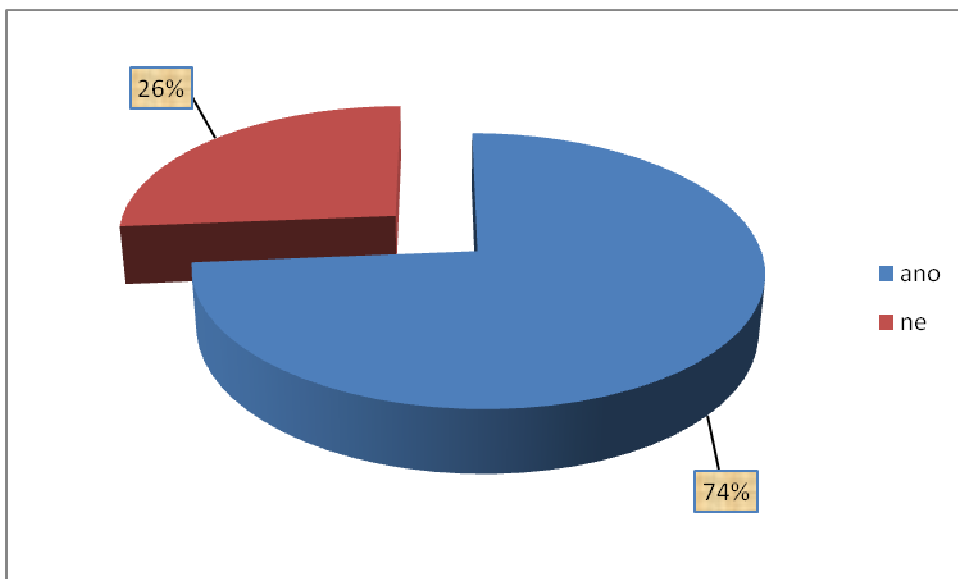
Graf 12 znázorňuje odpovědi, kde si respondentky mohly vybrat z více možností. Z celkového počtu 133 odpovědí, nejvíce žen čerpalo informace z časopisů a internetu – shodně 38, z literatury čerpalo 16 žen, z odborné literatury čerpalo 13 žen, z televize 11 žen a z rádia 3 ženy. Z jiných zdrojů čerpalo 14 žen. K jiným zdrojům zařadily – 1 žena lékaře a porodní asistentka, 8 žen lékaře, 2 ženy lékaře a matku, 1 žena informační letáky v čekárně gynekologa a 2 ženy uvedly, že nečerpaly informace nikde.

Graf 13 Dostatek informací o hormonální léčbě



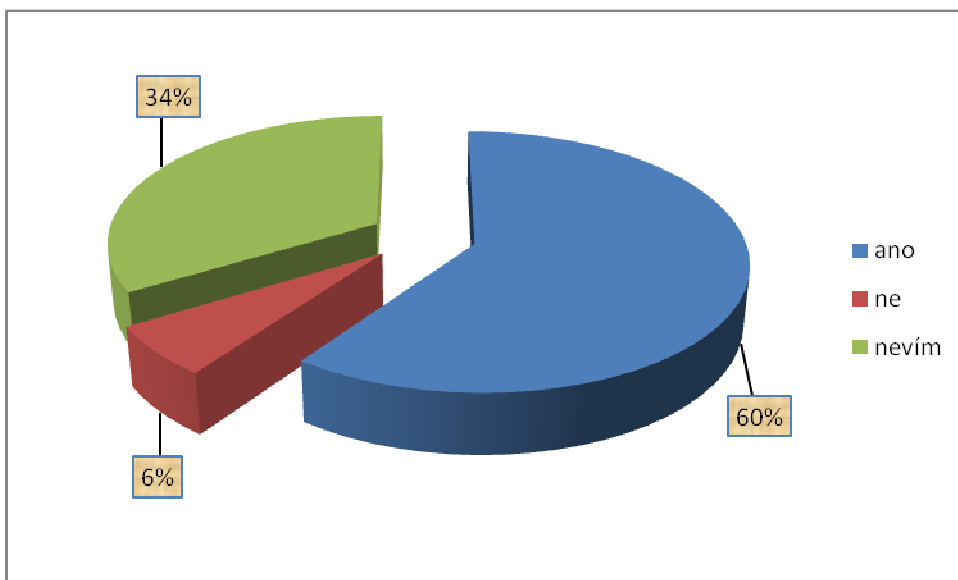
Z celkového počtu 95 (100 %) respondentek 19 žen (20 %) uvedlo, že nemají dostatek informací o hormonální léčbě, 32 žen (34 %) má dostatek informací a 44 žen (46 %) neví, zda mají dostatek informací.

Graf 14 Požadavek na více informací o hormonální terapii



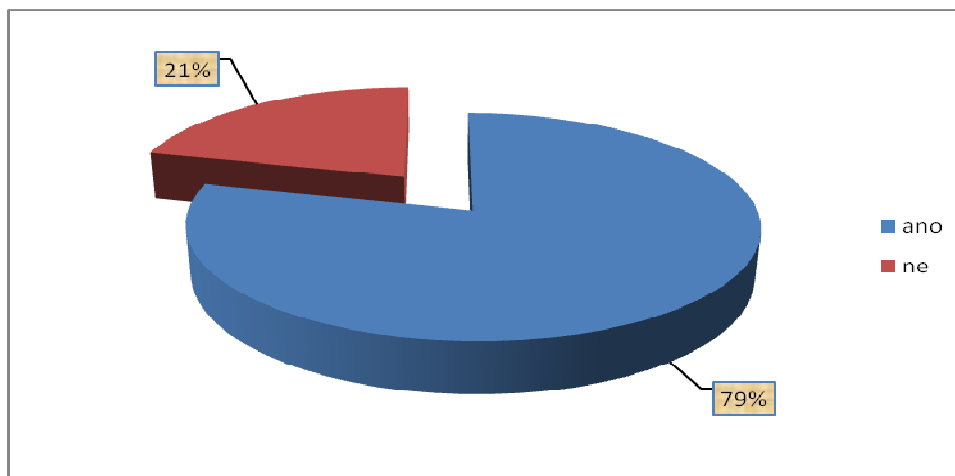
Z celkového počtu 95 (100 %) respondentek 25 žen (26 %) uvedlo, že nechtějí více informací o hormonální léčbě a 70 žen (74 %) by více informací uvítalo.

Graf 15 Důvěra v hormonální léčbu



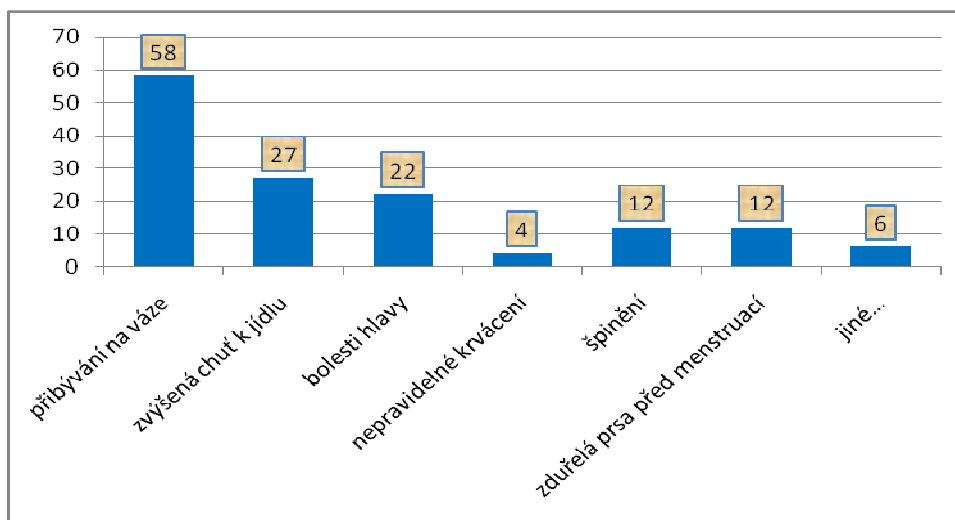
Z celkového počtu 95 (100 %) respondentek 57 žen (60 %) uvedlo, že mají důvěru v hormonální léčbu, pouze 6 žen (6 %) nemá důvěru a 32 žen (34 %) neví.

Graf 16 Názor na přítomnost vedlejších účinků hormonální léčby



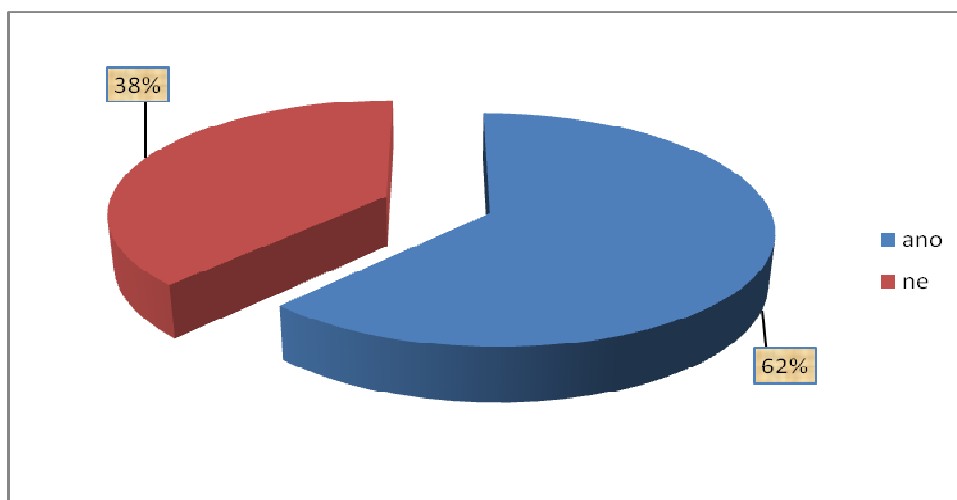
Z celkového počtu 95 žen (100 %) si 75 žen (79 %) myslí, že hormonální léčba má vedlejší účinky a 20 žen (21 %) si myslí, že hormonální léčba vedlejší účinky nemá.

Graf 17 Názor na konkrétní vedlejší účinky hormonální léčby



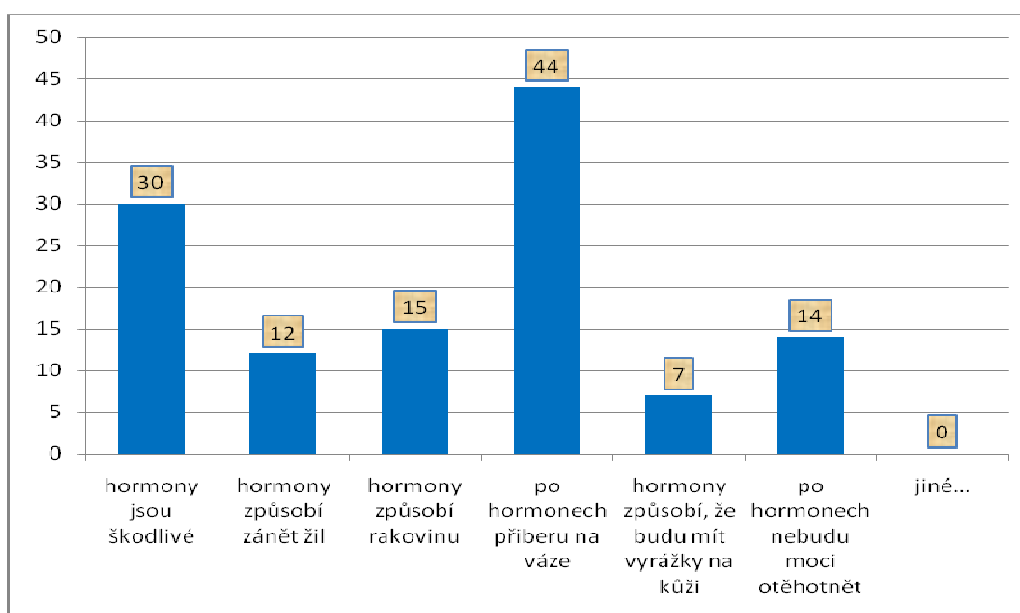
Graf 17 znázorňuje odpovědi, kde si mohly respondentky vybrat z více možností. Z celkového počtu 141 odpovědí byl nejčastější 58 názor, že po hormonální léčbě se přibírá na váze, dále 27 žen uvedlo, že je zvýšená chuť k jídlu, 22 žen uvedlo bolesti hlavy, 12 žen zduřelá prsa před menstruací, 12 žen špinění a 4 ženy nepravidelné krvácení. 6 žen uvedlo jiné, neuvedené vedlejší účinky – vyšší pravděpodobnost onemocnění rakovinou, hypertenze, trombóza a embolie, záněty žil, trombóza žil a všechny vedlejší účinky, které uvádí příbalový leták.

Graf 18 Názor, zda se spojují pověry s užíváním hormonální léčby



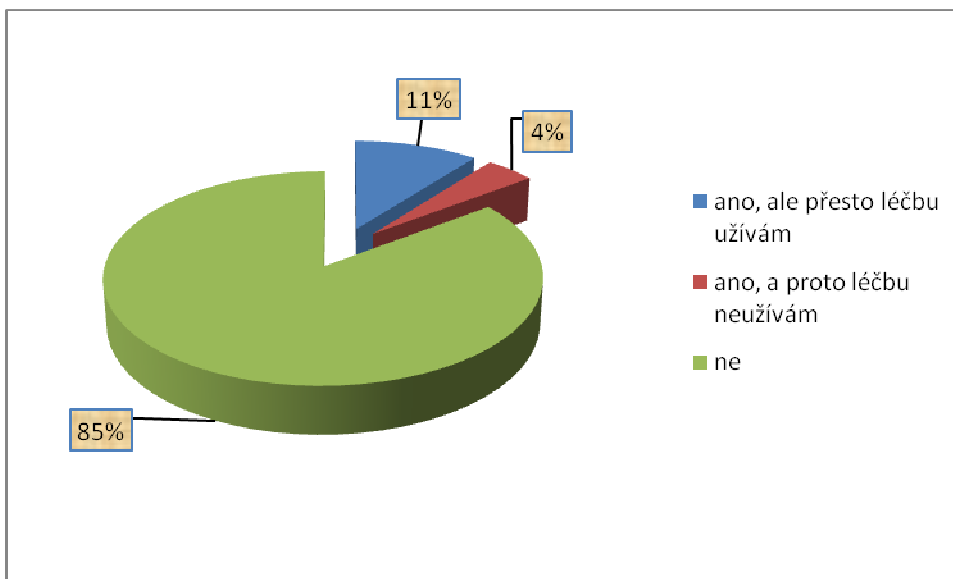
Z celkového počtu 95 (100 %) uvedlo ano 59 žen (62 %) a ne 36 žen (38 %).

Graf 19 Názor na konkrétní pověry



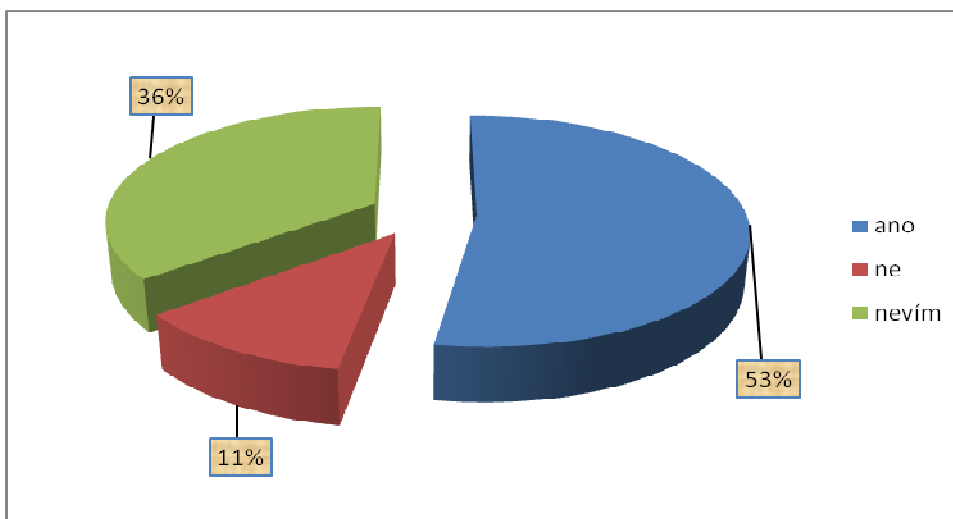
Graf 19 znázorňuje odpovědi, kde si respondentky mohly vybrat z více možností. Z celkového počtu odpovědí 122 bylo nejčastější odpovědí 44 žen, že pověrou je přibývání na váze, 30 žen uvedlo pověru, že hormony jsou škodlivé, 15 žen, že hormony způsobí rakovinu, 14 žen, že po hormonech nebudou moci otěhotnět, 12 žen, že hormony způsobí zánět žil a 7 žen uvedlo, že jim hormony způsobí vyrážky na kůži. Žádná žena nechtěla doplnit jinou, neuvedenou pověru.

Graf 20 Vliv pověr na názor při rozhodování o užívání hormonální léčby



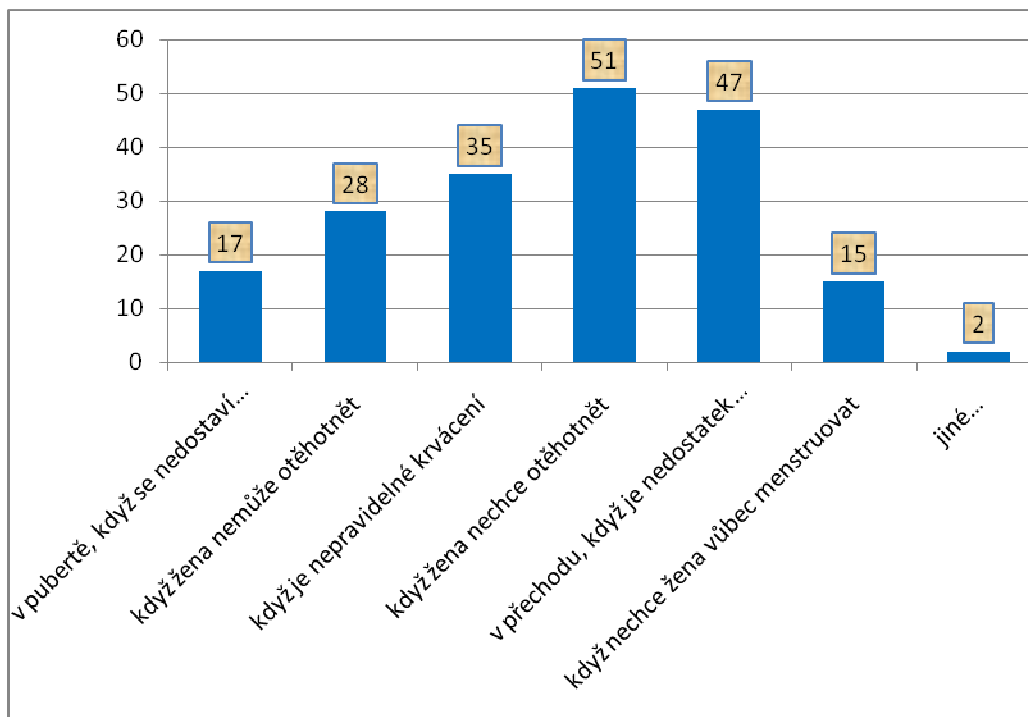
Z celkového počtu 95 respondentek (100 %), 81 žen (85 %) uvedlo, že pověry neměly vliv na rozhodování o užívání hormonální léčby. U 10 žen (11 %) měly pověry vliv na rozhodování, ale léčbu přesto užívají a u 4 žen (4 %) pověry měly vliv na rozhodování, a proto léčbu neužívají.

Graf 21 Názor na nutnost užívání hormonální léčby v dnešní době



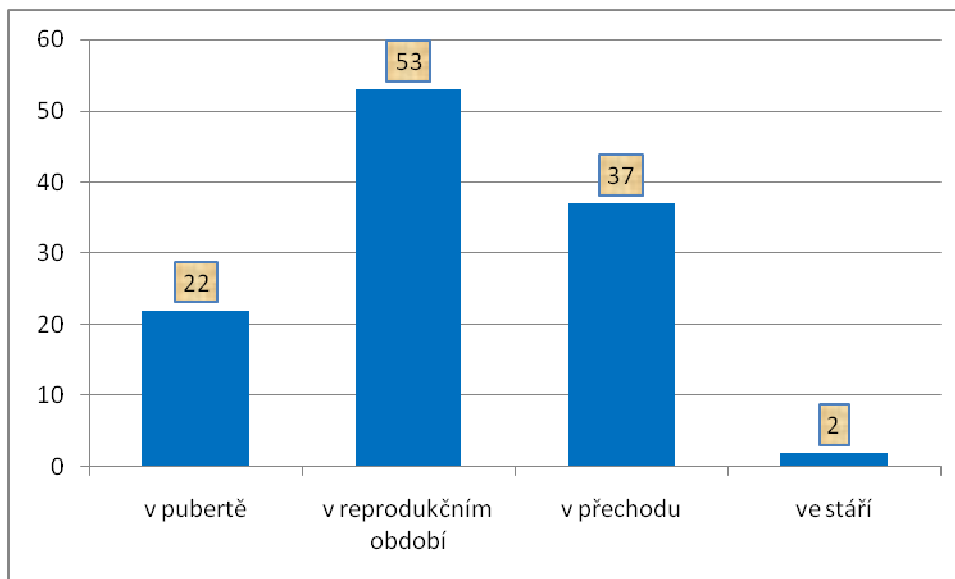
Z celkového počtu 95 respondentek (100 %), 50 žen (53 %) uvedlo, že dle jejich názoru je v dnešní době nezbytné užívání hormonální léčby, 11 žen (11 %) uvedlo, že není tato léčba nutná a 34 žen (36 %) uvedlo, že neví.

Graf 22 Nutnost užívání hormonální léčby



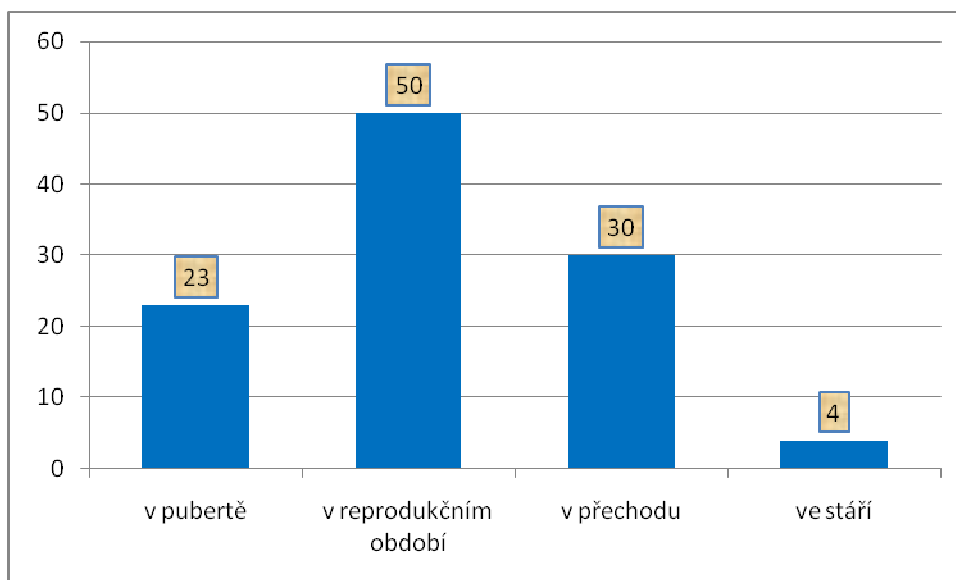
Graf 22 znázorňuje odpovědi, kde si respondentky mohly vybrat z více možností. Z velkého počtu 195 odpovědí, 51 žen uvedlo, že nutné je užívání hormonální léčby, když žena nechce otěhotnět. 47 žen uvedlo v přechodu, když je nedostatek hormonů, 35 žen když je nepravidelné krvácení, 28 žen když žena nemůže otěhotnět, 17 žen v pubertě, když se nedostaví menstruace a 15 žen, když nechce žena vůbec menstruuovat. 2 ženy uvedly jinou, neuvedenou odpověď. 1 žena uvedla, že je nutné hormonální léčbu užívat jako prevenci osteoporózy a 1 žena v těhotenství.

Graf 23 Názor na období života, kdy ženy nejvíce užívají hormonální léčbu



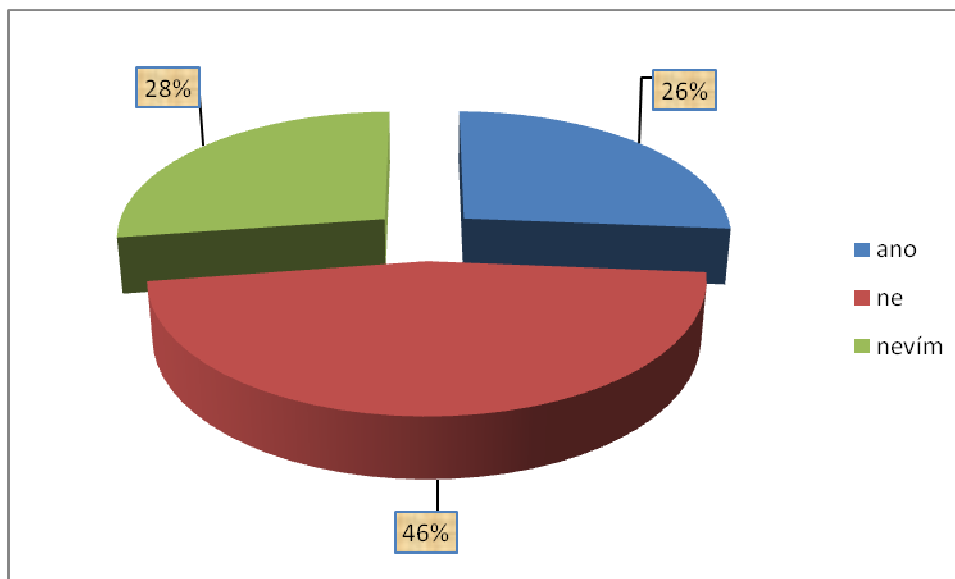
Graf 23 znázorňuje odpovědi, kde si respondentky mohly vybrat z více možností. Z celkového počtu 114 odpovědí uvedlo 53 žen, že nejvíce je užívána dle jejich názoru v reprodukčním období, 37 žen v přechodu, 22 žen v pubertě a 2 ženy ve stáří.

Graf 24 Období života, kdy ženy mají pozitivní názory na hormonální léčbu



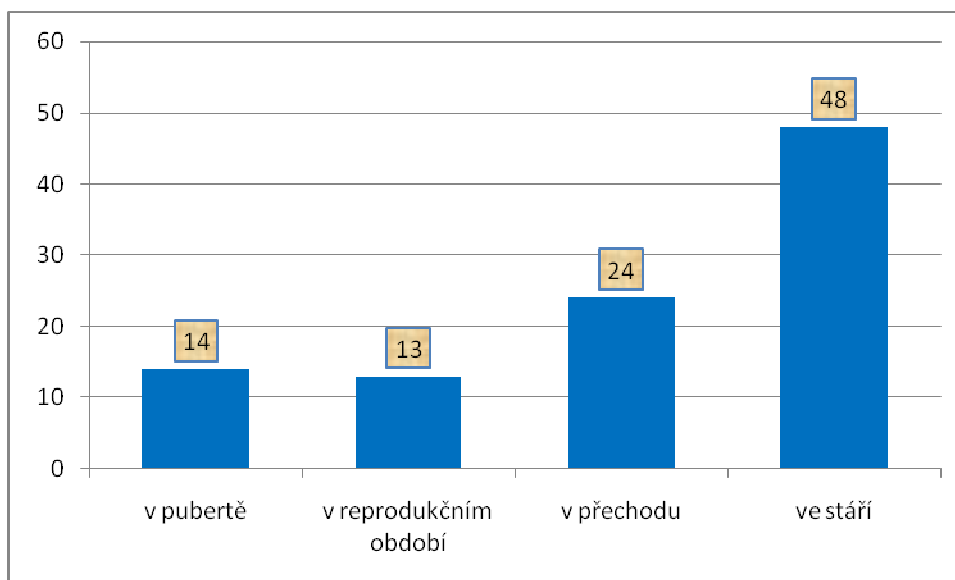
Graf 24 znázorňuje odpovědi, kde si respondentky mohly vybrat z více možností. Z celkového počtu 107 odpovědí mají nejvíce pozitivní názory v reprodukčním období 50, 30 žen v přechodu, 23 žen v pubertě a 4 ženy ve stáří.

Graf 25 Vliv vzdělání na pozitivní názory při užívání hormonální léčby



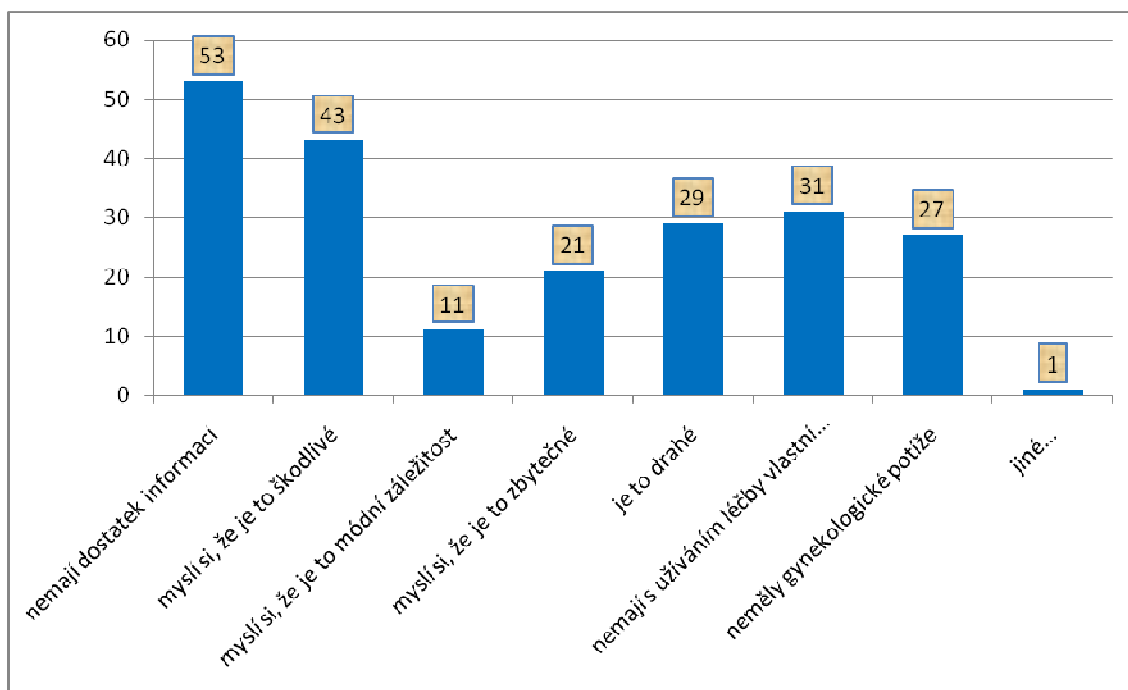
Z celkového počtu respondentek 95 (100 %) si myslí 44 žen (46 %), že výše vzdělání nemá vliv na pozitivní názory, 25 žen (26 %) si myslí, že má vzdělání vliv a 26 žen (28 %) neví.

Graf 26 Období života, kdy ženy mají negativní názory na hormonální léčbu



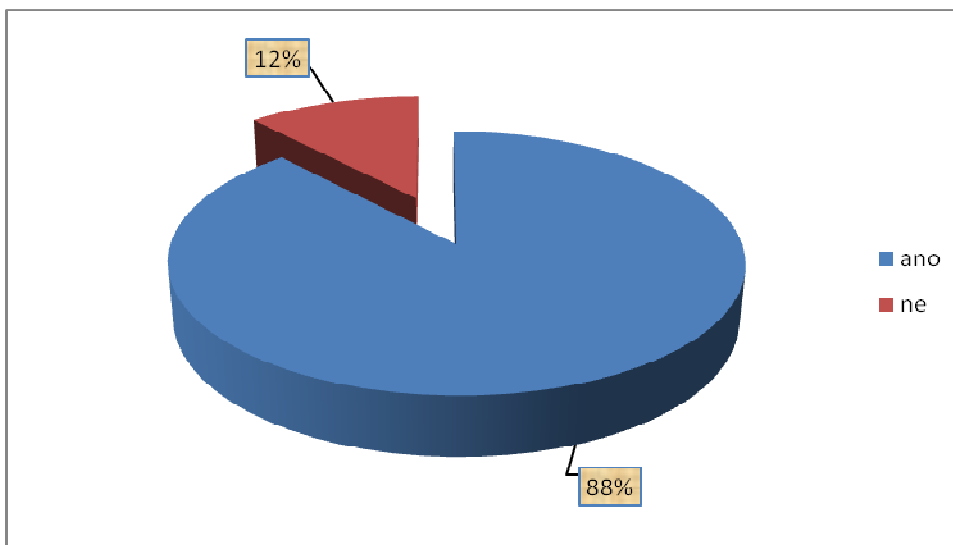
Graf 26 znázorňuje odpovědi, kde si respondentky mohly vybrat z více možností. Z celkového počtu 99 odpovědí mají nejvíce negativní názory ve stáří 48, 24 žen v přechodu, 14 žen v pubertě a 13 žen v reprodukčním období.

Graf 27 Dotaz na důvod žen k negativnímu názoru na hormonální léčbu



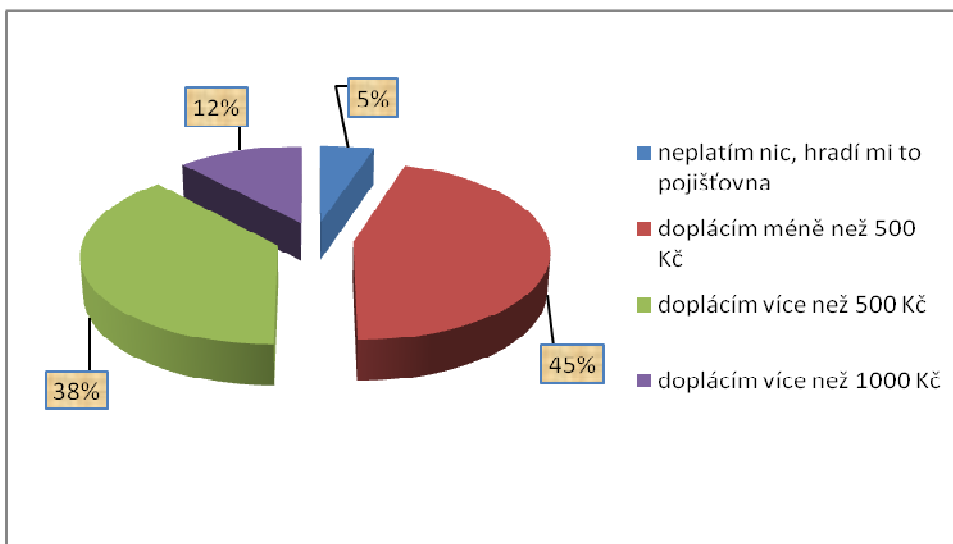
Graf 27 znázorňuje odpovědi, kde si respondentky mohly vybrat z více možností. Z celkového počtu 216 odpovědí má negativní názor na hormonální léčbu 53 žen z toho důvodu, že nemají dostatek informací, 43 žen si myslí, že je to škodlivé, 31 žen si myslí, že důvodem je vlastní nezkušenost s užíváním léčby, 27 žen si myslí, že důvodem je fakt, že neměly gynekologické potíže, 29 žen si myslí, že důvodem je vysoká cena, 21 žen si myslí, že je to zbytečné a 11 žen si myslí, že je to módní záležitost. 1 žena doplnila jiný neuvedený názor, a to že na pojem „hormon“ reagují – „nechci“.

Graf 28 Finanční únosnost hormonální léčby v případě doplatku



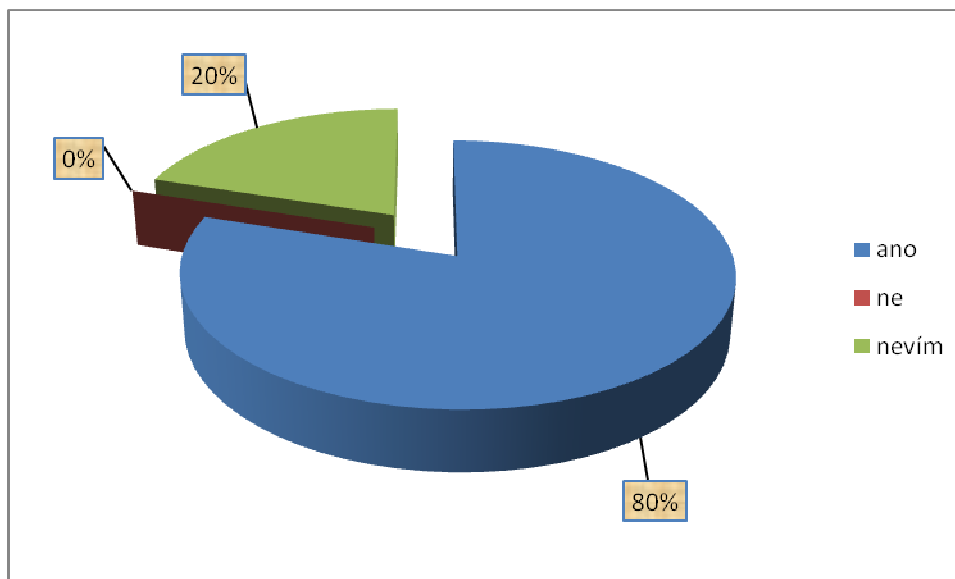
Z celkového počtu žen 60 (100 %), které užívají hormonální léčbu, jich 53 (88 %) uvedlo, že je pro ně léčba finančně únosná a 7 žen (12 %) uvedlo, že léčba pro ně finančně únosná není.

Graf 29 Výše částky v případě doplacení na hormonální léčbu



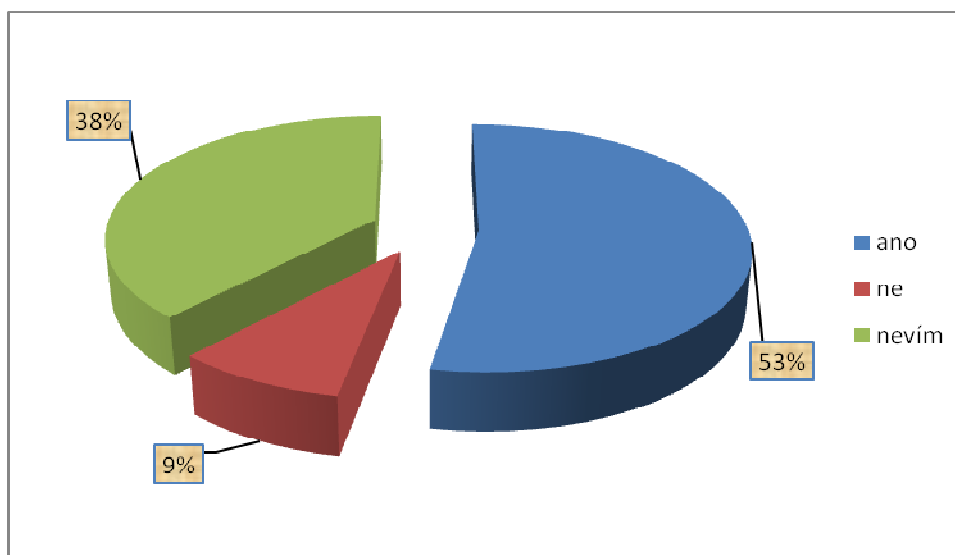
Z celkového počtu žen 60 (100 %), které užívají hormonální léčbu, 3 ženy (5 %) uvedly, že nedoplácí nic a léčbu jim hradí zdravotní pojišťovna. 27 žen (45 %) doplácí méně než 500 Kč, 23 žen (38 %) doplácí více než 500 Kč a 7 žen (12 %) doplácí více než 1000 Kč.

Graf 30 Důvěra v hormonální léčbu u vysokoškolsky vzdělaných žen



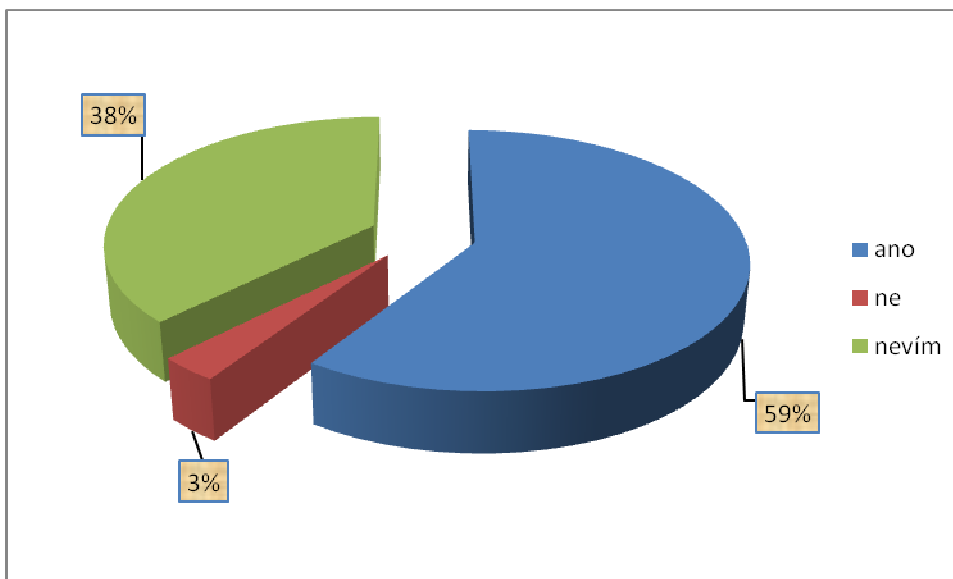
Z celkového počtu 10 žen (100 %) s vysokoškolským vzděláním má důvěru v hormonální léčbu 8 žen (80 %). 2 ženy (20 %) uvedly, že neví a žádná žena (0 %) neuvedla, že by důvěru v hormonální léčbu neměla.

Graf 31 Důvěra v hormonální léčbu u středoškolsky vzdělaných žen



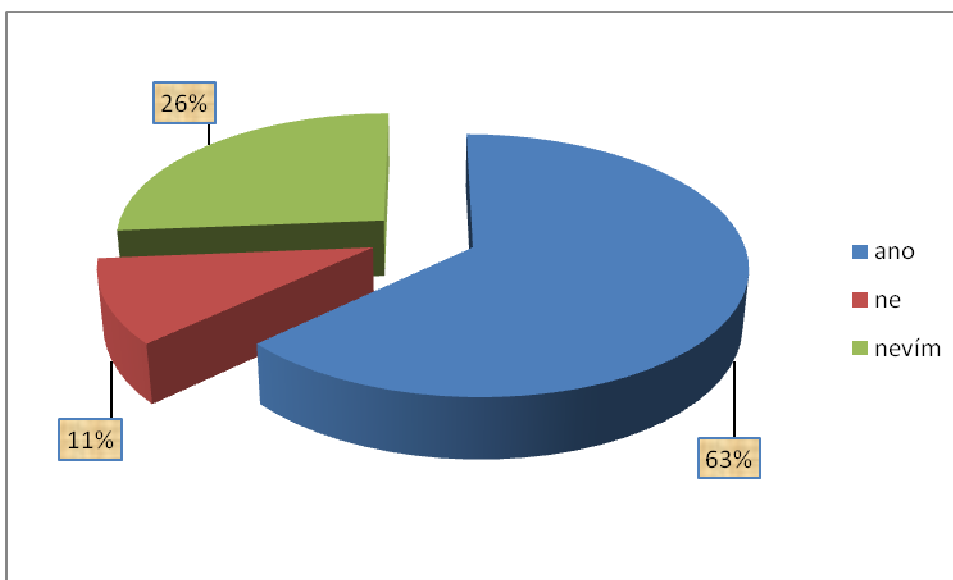
Z celkového počtu 34 (100 %) žen se středoškolským vzděláním má důvěru v hormonální léčbu 18 žen (53 %). 13 žen (38 %) uvedlo, že neví a 3 ženy (9 %) uvedly, že nemají důvěru v hormonální léčbu.

Graf 32 Důvěra v hormonální léčbu u vyučených žen



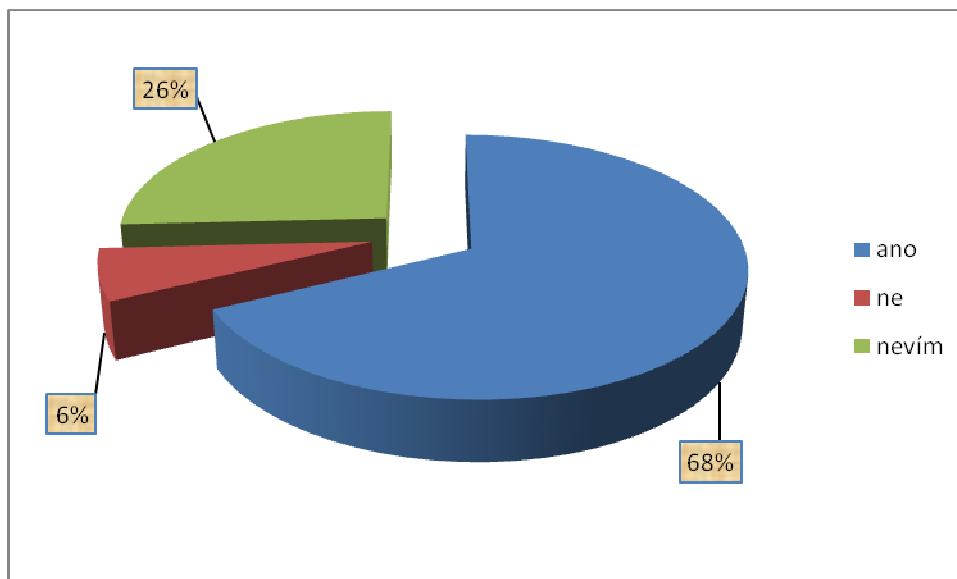
Z celkového počtu 32 (100 %) vyučených žen, má důvěru v hormonální léčbu 19 žen (59 %). 12 žen (38 %) uvedlo, že neví a 1 žena (3 %) uvedla, že nemá důvěru v hormonální léčbu.

Graf 33 Důvěra v hormonální léčbu u žen se základním vzděláním



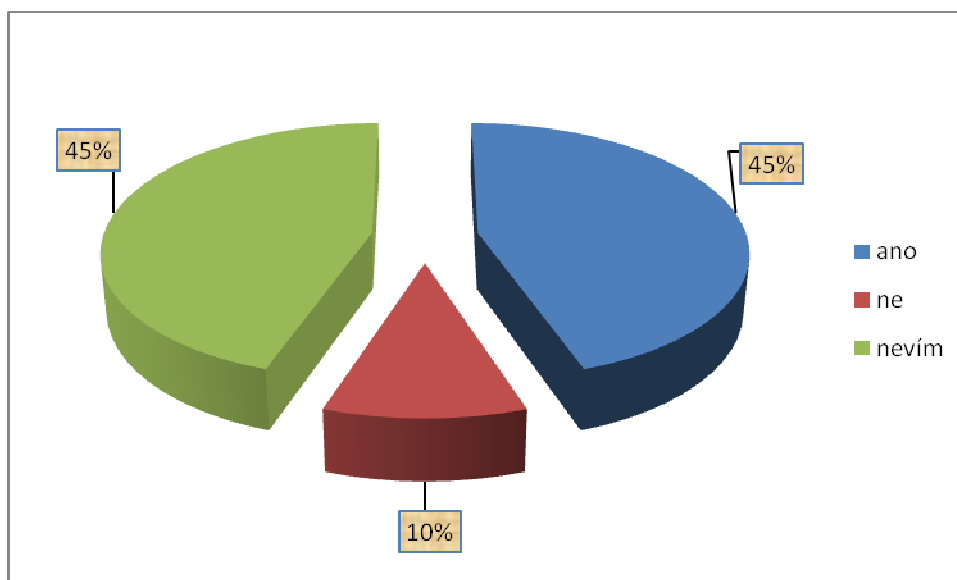
Z celkového počtu 19 žen (100 %) se základním vzděláním, má důvěru v hormonální léčbu 12 žen (63 %). 5 žen (26 %) uvedlo, že neví a 2 ženy (11 %) uvedly, že nemají důvěru v hormonální léčbu.

Graf 34 Důvěra v hormonální léčbu u žen ve věku 15 – 28 let



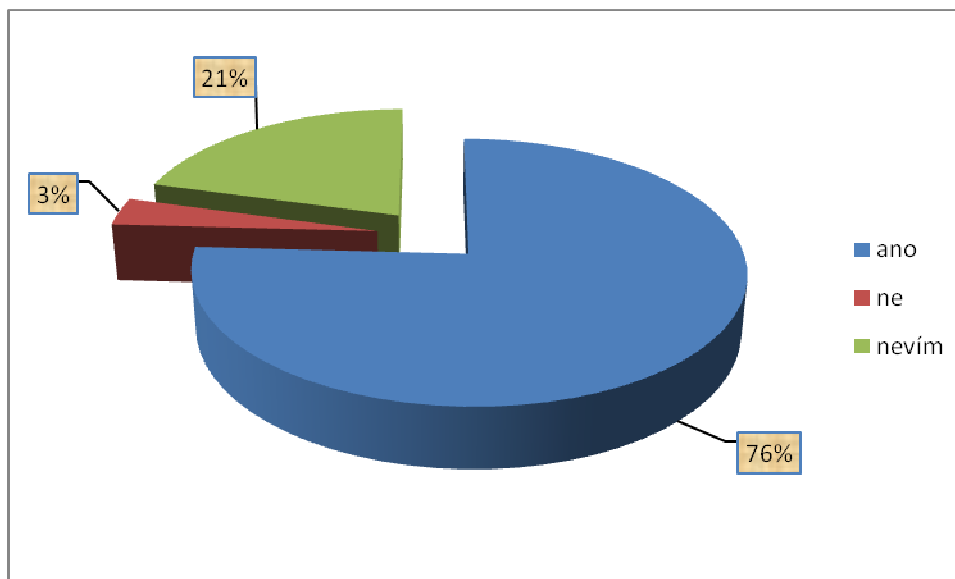
Z celkového počtu 31 žen (100 %) ve věku 15 – 28 let má 21 žen (68 %) důvěru v hormonální léčbu. 8 žen (26 %) neví a 2 ženy (6 %) nemají důvěru v hormonální léčbu.

Graf 35 Důvěra v hormonální léčbu u žen ve věku 29 – 43 let



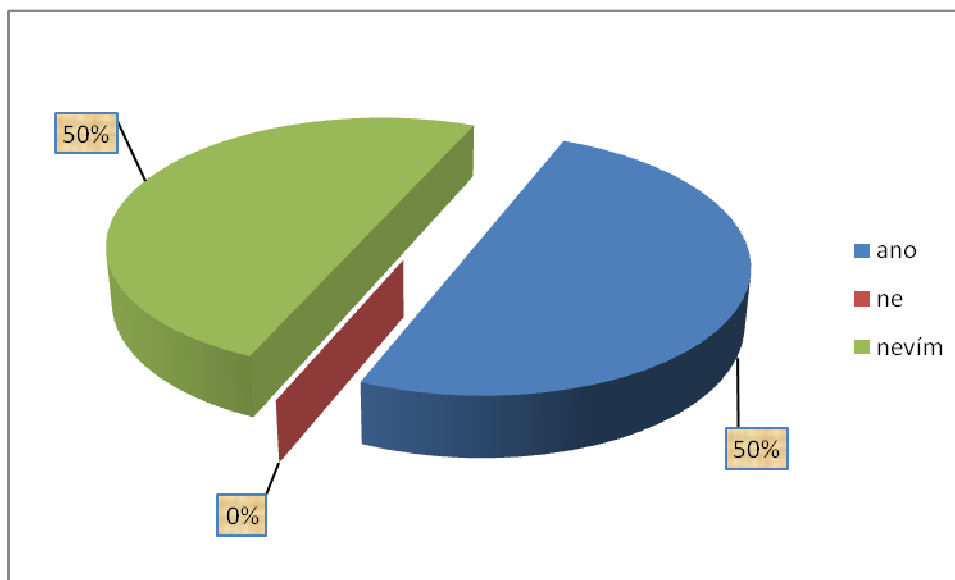
Z celkového počtu 29 žen (100 %) ve věku 29 – 43 let, má 13 žen (45 %) důvěru v hormonální léčbu. 13 žen (45 %) neví a 3 ženy (10 %) nemají důvěru v hormonální léčbu.

Graf 36 Důvěra v hormonální léčbu u žen ve věku 44 – 58 let



Z celkového počtu 29 žen (100 %) ve věku 44 – 58 let má 22 žen (76 %) důvěru v hormonální léčbu. 6 žen (21 %) neví a 1 žena (3 %) nemá důvěru v hormonální léčbu.

Graf 37 Důvěra v hormonální léčbu u žen ve věku 59 a více let



Z celkového počtu 6 žen (100 %) ve věku 59 a více let mají 3 ženy (50 %) důvěru v hormonální léčbu. 3 ženy (50 %) neví a žádná žena (0 %) nevedla, že nemá důvěru v hormonální léčbu.

4.2 Výsledky analýzy kvalitativního výzkumu prostřednictvím rozhovoru

Výzkum probíhal s porodními asistentkami / sestrami se souhlasem jejich zaměstnavatele, praktického gynekologa, a to v ordinaci Mudr. Šárky Koubkové, v ordinaci Mudr. Heleny Dobiášové, v ordinaci Mudr. Tomáše Vychodila, v ordinaci Mudr. Jana Šperla, v ordinaci Mudr. Terezy Šmrhové a v ordinaci Mudr. Martina Koláře.

Tabulka 1 Věk respondentek

Respondentka 1	36 let
Respondentka 2	42 let
Respondentka 3	27 let
Respondentka 4	30 let
Respondentka 5	31 let
Respondentka 6	35 let

Věk respondentek se pohyboval v rozmezí 27 – 42 let. R3 bylo 27 let, R4 30 let, R5 31 let, R6 35 let, R1 36 let a R2 42 let.

Tabulka 2 Vystudovaný obor

Respondentka 1	Porodní asistentka
Respondentka 2	Všeobecná sestra
Respondentka 3	Všeobecná sestra
Respondentka 4	Všeobecná sestra
Respondentka 5	Všeobecná sestra
Respondentka 6	Všeobecná sestra, studují také vš. s.

Vystudovaným oborem R1 je porodní asistentka, u respondentek R2 – R6 je všeobecná sestra.

Tabulka 3 Nejvyšší ukončené vzdělání

Respondentka 1	Vysokoškolské
Respondentka 2	Středoškolské
Respondentka 3	Vysokoškolské
Respondentka 4	Středoškolské
Respondentka 5	Středoškolské
Respondentka 6	Středoškolské, studuji VŠ

R1 a R3 mají vzdělání vysokoškolské, R2, R4, R5 a R6 středoškolské. R6 dále studuje VŠ.

Tabulka 4 Délka praxe u praktického gynekologa

Respondentka 1	2 roky
Respondentka 2	14 let
Respondentka 3	9 let
Respondentka 4	6 let
Respondentka 5	7 let
Respondentka 6	4 roky

Délka praxe u praktického gynekologa je v rozmezí 2 – 14 let. R1 pracuje u praktického gynekologa 2 roky, R6 4 roky, R4 6 let, R5 7 let, R3 9 let a R2 14 let.

Tabulka 5 Absolvování kurzů o hormonální léčbě, uplatnění v praxi

Respondentka 1	Neabsolvovala
Respondentka 2	Neabsolvovala
Respondentka 3	Ano, v ordinaci je nepoužívám
Respondentka 4	Ano, semináře, hovořím s klientkami o jejich problémech, vysvětluji
Respondentka 5	Ano, semináře, snažím se klientkám poradit při dotazování se
Respondentka 6	Neabsolvovala

R1, R2 a R6 kurzy o hormonální léčbě neabsolvovaly. R3 ano, ale v ordinaci je nepoužívá. R4 a R5 kurzy absolvovaly formou seminářů a uplatňují je v praxi k zodpovídání dotazů a při rozhovoru s klientkami.

Tabulka 6 Problémy žen při užívání HAK, jejich řešení

Respondentka 1	Varixy, bolesti hlavy, neřeším, řeší lékař
Respondentka 2	Žádné, řeší lékař
Respondentka 3	Žádné, řeší lékař
Respondentka 4	Přírůstek váhy Vysvětluji, zjišťuji životosprávu
Respondentka 5	Špinění, poučím, co může špinění způsobit
Respondentka 6	Tvoření krevních sraženin, převážně v DK, nebezpečí plicní embolie, řeší lékař

Při užívání HAK jsou nejčastějšími problémy dle R1 varixy a bolesti hlavy, které řeší lékař, dle R4 přírůstek váhy, kdy vysvětluje a zjišťuje životosprávu, dle R5 je to špinění, kdy poučuje, co tento problém může způsobit, dle R6 je to tvoření krevních sraženin, převážně v DK a plicní embolie, které řeší lékař a dle R2 a R3 ženy nemají při užívání HAK žádné problémy.

Tabulka 7 Problémy žen při užívání HRT, jejich řešení

Respondentka 1	Jsou různé, řeší lékař
Respondentka 2	Žádné, řeší lékař
Respondentka 3	Žádné, řeší lékař
Respondentka 4	Obavy z hormonů, vysvětluji pozitivní účinky HRT
Respondentka 5	Zvýšená chuť k jídlu, poradím životosprávu, pohyb
Respondentka 6	Zvyšování váhy, řeší lékař

Při užívání HRT jsou nejčastějšími problémy dle R4 obavy z hormonů, kdy vysvětluje pozitivní účinky HRT, dle R5 zvýšená chuť k jídlu, kdy radí o životosprávě a pohybu, dle R6 je to zvyšování váhy, které řeší lékař, dle R2 a R3 nemají ženy užívající HRT žádné problémy, případně je řeší lékař a dle R1 jsou problémy různé a řeší je lékař.

Tabulka 8 Způsoby podávání informací o hormonální terapii

Respondentka 1	Podávám letáky k dané antikoncepci
Respondentka 2	Nepodílím, pouze lékař
Respondentka 3	Nepodílím, jen lékař
Respondentka 4	Snažím se zjistit, co chtějí klientky vědět a hovořím s nimi
Respondentka 5	Rozhovorem
Respondentka 6	Formou propagačních materiálů, snažím se zodpovědět všechny dotazy

Na podávání informací o hormonální terapii se R1 podílí podáváním letáků k dané antikoncepci, R2 a R3 se nepodílí, informace podává lékař, R4 a R5 s klientkami hovoří a R6 se podílí formou propagačních letáků a zodpovídáním dotazů.

Tabulka 9 Způsoby doplňování deficitu informací o hormonální léčbě

Respondentka 1	Doporučením sledovat informace na internetu
Respondentka 2	Nabízím informační letáky
Respondentka 3	Nabízím informační letáky
Respondentka 4	Ptám se, jaké mají klientky problémy, a hovořím s nimi
Respondentka 5	Rozhovorem
Respondentka 6	Formou propagačních materiálů, v čekárně je umístěna televize, kde může pacient po dobu čekání sledovat reklamní vstupy jednotlivých firem na své přípravky, odkazy na webové stránky

Deficit informací o hormonální léčbě R1 doplňuje doporučením sledovat informace na internetu, R2 a R3 nabízí informační letáky, R4 a R5 rozhovorem a R6 formou propagačních materiálů, v čekárně umístěnou televizi s reklamními vstupy a odkazy na webové stránky.

Tabulka 10 Požadování informací klientkami v gynekologické ordinaci

Respondentka 1	Lékaře
Respondentka 2	Lékaře
Respondentka 3	Lékaře
Respondentka 4	Od obou
Respondentka 5	Od sestry
Respondentka 6	Klientky si myslí, že lékař, porodní asistentka může zodpovědět otázky, říci jaký přípravek by mohla užívat, hlavní slovo má samozřejmě lékař

Dle R1, R2 a R3 žádají klientky informace více od lékaře, než od sestry, dle R4 od obou, dle R5 od sestry a dle R6 si klientky myslí, že lékař, porodní asistentka může zodpovědět otázky, říci, jaký přípravek by mohla užívat, ale hlavní slovo má samozřejmě lékař.

Tabulka 11 Možnosti vykonávání svých kompetencí v gynekologické ordinaci

Respondentka 1	Ano
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ano
Respondentka 6	Ano

Dle všech respondentek mohou plně vykonávat svoje kompetence.

Tabulka 12 Ošetřování klientek dle komplexního ošetřovatelského procesu, důvody

Respondentka 1	Ne Nedostatek času
Respondentka 2	Ano
Respondentka 3	Ano
Respondentka 4	Ano
Respondentka 5	Ne Lékař rozhoduje o průběhu návštěvy
Respondentka 6	Ne Záleží na lékaři, jakým způsobem se bude postupovat při ošetřovatelské péči

R2, R3 a R4 ošetřují klientky dle komplexního ošetřovatelského procesu. R1 ne, pro nedostatek času. R5 a R6 ne, protože záleží na lékaři, jakým způsobem proběhne návštěva klientky.

Tabulka 13 Souhrnná tabulka rozhovorů s respondentkami

R = Respon- dentka	Věk	Vystudova ný obor	Nejv yšší ukon čené vzděl ání	Délka praxe u praktického gynekologa	Absolvování kurzů o hormonální léčbě, uplatnění v praxi	Problémy žen při užívání HAK, jejich řešení
R 1	36	Porodní asistentka	VŠ	2 roky	Ne	Varixy, bolesti hlavy, lékař
R 2	42	Všeobecná sestra	SŠ	14 let	Ne	Žádné, lékař
R 3	27	Všeobecná sestra	VŠ	9 let	Ano, v ordinaci nepoužívám	Žádné, lékař
R 4	30	Všeobecná sestra	SŠ	6 let	Ano, semináře, hovořím s klientkami	Přírůstek váhy, vysvětluji, životospráva
R 5	31	Všeobecná sestra	SŠ	7 let	Ano, semináře, snažím se klientkám poradit	Špinění, poučím, co může špinění způsobit
R 6	35	Všeobecná sestra, studuji VŠ- vš. sestra	SŠ, studu ji VŠ	4 roky	Ne	Tvoření krevních sraženin, převážně v DK, nebezpečí plicní embolie, lékař

R	<i>Problémy žen při užívání HRT, jejich řešení</i>	<i>Způsoby podávání informací o hormonální terapii</i>	<i>Způsoby doplňování deficitu informací o hormonální léčbě</i>
R 1	Různé, lékař	Podávám letáky k dané antikoncepci	Doporučením sledovat informace na internetu
R 2	Žádné, lékař	Nepodílím, pouze lékař	Nabízím informační letáky
R 3	Žádné lékař	Nepodílím, pouze lékař	Nabízím informační letáky
R 4	Obavy z hormonů, vysvětluji pozitivní účinky HRT	Snažím se zjistit, co chtějí klientky vědět a hovořím s nimi	Ptám se, jaké mají klientky problémy, a hovořím s nimi
R 5	Zvýšená chuť k jídlu, poradím pohyb, životosprávu	Rozhovorem	Rozhovorem
R 6	Zvyšování váhy, pohyb	Formou propagačních materiálů, snažím se zodpovědět všechny dotazy	Propagační materiály, TV v čekárně s reklamou, webové stránky

R	Požadování informací klientkami v gyn. ordinaci	Možnost vykonávání svých kompetencí v gyn. ordinaci	Ošetřování klientek dle komplexního oš. procesu
R 1	Lékař	Ano	Ne, nedostatek času
R 2	Lékař	Ano	Ano
R 3	Lékař	Ano	Ano
R 4	Od obou	Ano	Ano
R 5	Od sestry	Ano	Ne, lékař rozhoduje o průběhu návštěvy
R 6	Lékař, ale por. as. může zodpovědět otázky	Ano	Ne, lékař rozhoduje o oš. péči

Věk respondentek se pohyboval v rozmezí 27 – 42 let. R3 bylo 27 let, R4 30 let, R5 31 let, R6 35 let, R1 36 let a R2 42 let. Vystudovaným oborem R1 je porodní asistentka, u respondentek R2 – R6 je všeobecná sestra. R1 a R3 mají vzdělání vysokoškolské, R2, R4, R5 a R6 středoškolské. R6 dále studuje VŠ. Délka praxe u praktického gynekologa je v rozmezí 2 – 14 let. R1 pracuje u praktického gynekologa 2 roky, R6 4 roky, R4 6 let, R5 7 let, R3 9 let a R2 14 let. R1, R2 a R6 kurzy o hormonální léčbě neabsolvovaly. R3 ano, ale v ordinaci je nepoužívá. R4 a R5 kurzy absolvovaly a uplatňují je v praxi k zodpovídání dotazů a při rozhovoru s klientkami. Při užívání HAK jsou nejčastějšími problémy dle R1 varixy a bolesti hlavy, které řeší lékař, dle R4 přírůstek váhy, kdy vysvětluje a zjišťuje životosprávu, dle R5 je to špinění, kdy poučuje, co tento problém může způsobit, dle R6 je to tvoření krevních sraženin, převážně v DK a plicní embolie, které řeší lékař a dle R2 a R3 ženy nemají při užívání HAK žádné problémy. Při užívání HRT jsou nejčastějšími problémy dle R4 obavy z hormonů, kdy vysvětluje pozitivní

účinky HRT, dle R5 zvýšená chuť k jídlu, kdy radí o životosprávě a pohybu, dle R6 je to zvyšování váhy, které řeší lékař, dle R2 a R3 nemají ženy užívající HRT žádné problémy, případně je řeší lékař a dle R1 jsou problémy různé a řeší je lékař. Na podávání informací o hormonální terapii se R1 podílí podáváním letáků k dané antikoncepci, R2 a R3 se nepodílí, informace podává lékař, R4 a R5 s klientkami hovoří a R6 se podílí formou propagačních letáků a zodpovídáním dotazů. Deficit informací o hormonální léčbě R1 doplňuje doporučením sledovat informace na internetu, R2 a R3 nabízí informační letáky, R4 a R5 rozhovorem a R6 formou propagačních materiálů, v čekárně umístěnou televizí s reklamními vstupy a odkazy na webové stránky. Dle R1, R2 a R3 žádají klientky informace více od lékaře, než od sestry, dle R4 od obou, dle R5 od sestry a dle R6 lékař, porodní asistentka může zodpovědět otázky, říci, jaký přípravek by mohla užívat, ale hlavní slovo má lékař. Dle všech respondentek mohou plně vykonávat svoje kompetence. R2, R3 a R4 ošetřují klientky dle komplexního ošetrovatelského procesu. R1 ne, pro nedostatek času. R5 a R6 ne, protože záleží na lékaři, jakým způsobem proběhne návštěva klientky.

5. Diskuze

Bakalářská práce se zabývala hormonální léčbou žen, jejich informovaností a předsudky, které jsou stále s touto léčbou spojovány. První výzkumné šetření probíhalo v gynekologické ordinaci Mudr. Šárky Koubkové. Pacientkám bylo rozdáno 110 dotazníků, do výzkumu jich bylo zařazeno 95. Druhé výzkumné šetření probíhalo formou rozhovoru mezi 6 porodními asistentkami z gynekologických ordinací na Táborsku.

Respondentky kvantitativního výzkumu byly oslovovány až od věku 15 let, protože je to věková hranice, kdy mohou přijít na vyšetření samy, bez rodičů a nechat si napsat například hormonální antikoncepci (12). Ve věkovém rozmezí 15 – 28 let bylo 31 žen (33 %), 29 žen (30 %) ve věku 29 – 43 let, 29 žen (31 %) ve věku 44 – 58 let a 6 žen (6 %) ve věku 59 a více (graf 1). Znamená to, že nejméně bylo žen nad 59 let a ostatní věkové kategorie byly v počtu respondentek téměř vyrovnané. Tak nízký počet žen nad 59 let si můžeme vysvětlit také tím, že starší ženy nechodí na preventivní prohlídky tak často, jako ženy mladší, protože podceňují nutnost preventivního vyšetření (15).

Velmi zajímavé výsledky se týkají vzdělání žen (graf 2). Ženy vysokoškolsky vzdělané zaujímají velmi malou skupinu 10 žen (10 %). Zatím co základní vzdělání má 19 žen (20 %), ale patří sem i studentky s ještě neukončeným vzděláváním. 32 žen (34 %) je vyučeno, 34 žen (36 %) má středoškolské vzdělání. Překvapující byl nízký počet žen vysokoškolsky vzdělaných a vysoký počet žen se základním vzděláním. Největší a téměř vyrovnanou skupinou jsou ženy vyučené a středoškolačky.

Dále byla zjišťována znalost pojmu hormonální terapie (graf 3). 80 žen (84 %) uvedlo, že ví, co je pojem hormonální terapie a 15 žen (16 %) uvedlo neznalost tohoto pojmu. Je zajímavé, že tak vysoké procento žen uvádí znalost pojmu hormonální terapie, když z dalších grafů vyplývá, že každá žena si pod pojmem hormonální léčba představuje něco úplně jiného.

S tím souvisí i následující zjištění. Na otázku co je hormonální terapie (graf 4) bylo nejčastější odpovědí 51, že je to léčba pomocí hormonů. Další nejčastější odpověď 41 byla, že hormonální léčba je antikoncepce. Poté následuje odpověď 34 žen, že je to

léčba pomocí hormonů, na úpravu menstruačního cyklu. 33 žen uvedlo, že je to léčba pomocí hormonů, užívaná v přechodu. Pouze 18 žen uvedlo, že je to léčba pomocí hormonů na stimulaci těhotenství a 11 žen, že je to léčba pomocí hormonů, na zastavení krvácení. Jen 5 žen chtělo doplnit jinou, neuvedenou léčbu. Jedna žena uvedla úpravu akné, jedna žena léčbu psychických potíží, jedna žena hormonální injekce na psychiku. Pouze 2 ženy z celkového počtu 193 odpovědí uvedly léčbu štítné žlázy a léčbu malého vzrůstu. Z toho vyplývá, že pro většinu žen je konkrétní hormonální léčba antikoncepce, nebo hormonální substituční terapie. Jiné možnosti využití ženy příliš neznají. Čepický říká, že: „Motivace a rozhodnutí ženy je základním předpokladem k užívání antikoncepce“ (s. 6, 5) a to zde bylo potvrzeno.

Dalším šetřením bylo zjištěno, že 57 respondentek (60 %) v minulosti užívala hormonální léčbu a 38 (40 %) tuto léčbu dříve neužívala (graf 5). Dále 60 respondentek (63 %) nyní užívá hormonální léčbu a 35 (37 %) léčbu neužívá (graf 6). Z toho vyplývá, že více než polovina respondentek má zkušenosti s užíváním léčby ať již z minulosti, nebo ze současnosti a to není mnoho, když vezmeme v úvahu možnosti hormonální terapie.

Věk první aplikace hormonální léčby (graf 7) je velice zajímavý. Poprvé nasazenou hormonální léčbu mělo nejvíce žen 31 (42 %) ve věku 18 – 26 let. Poté následuje 21 (28 %) žen ve věku 15 – 17 let, 12 žen ve věku 40 – 50 let (16 %). Nejméně žen 7 (9 %) mělo aplikovanou poprvé hormonální léčbu ve věku 27 – 39 let a 4 (5 %) ženy ve věku 51 – 56 let. Čím vyšší věk, tím menší počet žen, které měly léčbu prvně indikovanou. Nejvíce žen se tedy setkalo poprvé s léčbou v nižším věku. Překvapivé je i zjištění, že ve věku 40 – 50 let mělo poprvé nasazenu léčbu 16 %. Je to hodně, vezmeme – li v úvahu, že tyto ženy jsou ve věku, kdy již mají s největší pravděpodobností děti a neužívaly nikdy antikoncepci, ani neřešily poruchy cyklu, či jiné potíže.

Uspokojivé výsledky byly zjištěny u délky léčby hormonální léčby (graf 8). Nejvíce žen 28 (47 %) užívá léčbu po dobu 5 a více let, poté 12 žen (20 %) po dobu 2 – 5 let, 10 žen (17 %) po dobu 1 – 2 roky a 8 žen (13 %) po dobu 1 – 12 měsíců. 2 ženy (3 %) užívají hormonální léčbu do jednoho měsíce. Téměř polovina žen má léčbu déle než

5 let. Jen dlouhodobě užívaná hormonální léčba má ten správný efekt (10), a proto je toto zjištění velice kladné a přínosné.

Hůře však dopadla hormonální léčba v uvedení konkrétní léčby (graf 9) žen. 49 (82 %) žen užívá hormonální antikoncepci, 10 (17 %) užívá hormonální substituční terapii a 1 žena (1 %) uvedla, že užívá léčbu na štítnou žlázu. Více jak 80 % žen užívá antikoncepci. Je to zvláštní zjištění. Znamená to, že převážná většina hormonální léčby je antikoncepce, nebo ženy nemají dostatek informací a ani netuší, co pojem hormonální léčba všechno zahrnuje.

Zajímavé výsledky byly zjištěny při dotazu, kdo ženám informace poskytl (graf 10). 74 žen uvedlo, že informace jim poskytl lékař, 24 ženám informace poskytla kamarádka, 11 ženám matka, 7 ženám kolegyně a 2 ženám porodní asistentka. Nikdo neposkytl informace 9 ženám a 8 žen doplnilo, že jim informace poskytl internet (5 žen), psychiatr (2 ženy) a časopisy poskytly informace 1 ženě. Je vidět, že ženy se obračejí s informacemi na lékaře, ale bohužel je vidět i to, že mnoho žen se obrací s dotazy na své kamarádky a kolegyně. Léčba, která vyhovuje jedné ženě, nemusí vyhovovat jiné a naopak. Ženy pak mají zkreslené informace a hormonální léčbu mohou i odmítat. Fakt, že pouze dvěma ženám podala informace porodní asistentka také není uspokojivý. Role porodní asistentky (21) by měla být i v podávání dostatku vhodných informací. Možná by pak ženy nehledaly informace u laických zdrojů. Podle mých zkušeností vím, že ženy často chtějí porovnat názor lékaře s názorem někoho jiného. Pokud by tuto roli převzala porodní asistentka (23), nedocházelo by k mylným informacím.

Vliv na ženu při rozhodování o užívání hormonální léčby (graf 11) měl u 50 žen lékař, 29 žen neovlivnil nikdo, 9 žen kamarádka, 5 žen matka, 3 ženy kolegyně a 2 ženy ovlivnila porodní asistentka. 10 žen uvedlo jinou možnost, než byly uvedeny. 5 žen ovlivnil partner, 1 ženu strach z případného těhotenství, 1 ženu ovlivnily při rozhodování zdravotní potíže, 1 ženu menstruační problémy, 1 ženu dcera a 1 žena uvedla, že je to nutnost, protože otěhotněla a musela podstoupit umělé přerušování těhotenství. Čepický říká, jak velký vliv má na ženu okolí v rozhodování se o hormonální léčbě. Že vliv mají partneři žen, sdělovací prostředky, a tak dále. To zde

bylo bohužel potvrzeno. Vliv lékaře je potěšující, ovšem stále přetrvává vliv jiných osob, jako je kamarádka, matka, kolegyně, nebo jiných laiků. Je zarážející, jak velký počet žen uvedlo, že je neovlivnil nikdo. Může to znamenat, že ženy odmítají hormonální léčbu, pak zde ani vliv další osoby není, nebo to může znamenat fakt, že se ženy rozhodují samy, bez vlivu ostatních. Ovšem nutno podotknout, že hormonální terapie je tak odborné téma, že laická veřejnost nemůže mít dostatek informací potřebných k rozhodování. Role lékaře je zde nezastupitelná (5).

Zarážející jsou výsledky o zdroji při čerpání informací o hormonální léčbě (graf 12). Nejvíce žen čerpalo informace z časopisů a internetu – shodně 38, z literatury čerpalo 16 žen, z odborné literatury 13 žen, z televize 11 žen a z rádia 3 ženy. Z jiných zdrojů čerpalo 14 žen. K jiným zdrojům zařadily – 1 žena lékaře a porodní asistentku, 8 žen lékaře, 2 ženy lékaře a matku, 1 žena informační letáky v čekárně gynekologa a 2 ženy uvedly, že nečerpaly informace nikde. Lékař tedy má vliv na ženu při rozhodování o léčbě, není ale zdrojem informací. Pouze 11 žen hledá informace u lékaře. Je to alarmující, protože pokud ženy nemají informace od lékaře, informace, které dostanou, nemohou být z časopisů a internetu dostačující a už vůbec ne „užitečné“ na míru konkrétní pacientce, vzhledem k individualitě každé ženy a ženy pak snadno mohou mít nedůvěru k hormonální léčbě z důvodu neinformovanosti (2).

Výsledky potvrzující neinformovanost žen byly zjištěny u dotazu na množství informací a požadavku na další informace. Sice 32 žen (34 %) uvedlo, že má dostatek informací a jen 19 žen (20 %) uvedlo, že nemají dostatek informací o hormonální léčbě, je tedy stále ještě 44 žen (46 %), které neví, jestli mají dostatek informací (graf 13), proto druhá hypotéza: ženy mají nedostatek informací o hormonální léčbě, byla potvrzena. To dokládají i výsledky, že 70 žen (74 %) by uvítalo více informací o hormonální léčbě a jen 25 žen (26 %) více informací nechce (graf 14).

Překvapující výsledky byly zjištěny u důvěry k hormonální léčbě (graf 15). 57 žen (60 %) uvedlo, že mají důvěru v hormonální léčbu, pouze 6 žen (6 %) nemá důvěru a 32 žen (34 %) neví. Znamená to, že více než polovina žen důvěru k této léčbě má. To je kladné zjištění, ale negativní postoj žen k hormonální léčbě byl zjištěn u vedlejších

účinků hormonální léčby (graf 16). 75 žen (79 %) si myslí, že hormonální léčba má vedlejší účinky a 20 žen (21 %) si myslí, že hormonální léčba vedlejší účinky nemá.

Dále byly zjištěny konkrétní vedlejší účinky (graf 17), které hormonální léčba dle názoru žen má. Nejčastější 58 byl názor, že po hormonální léčbě se přibírá na váze. Dále 27 žen uvedlo zvýšenou chuť k jídlu, 22 žen bolesti hlavy, 12 žen zduřelá prsa před menstruací, 12 žen špinění a 4 ženy nepravidelné krvácení. 6 žen uvedlo jiné, neuvedené vedlejší účinky – vyšší pravděpodobnost onemocnění rakovinou, hypertenze, trombóza a embolie, záněty žil, trombóza žil a všechny vedlejší účinky, které uvádí příbalový leták. Znamená to, že nejčastějším vedlejším účinkem dle názoru žen je souvislost se zvyšující se tělesnou hmotností a chutí k jídlu (7).

Zajímavé výsledky byly zjištěny u názoru žen na důvod negativního postoje k hormonální léčbě (graf 27). 53 žen uvedlo, že nemají dostatek informací, 43 žen si myslí, že je to škodlivé, 31 žen si myslí, že důvodem je vlastní ne zkušenost s užíváním léčby, 27 žen si myslí, že důvodem je fakt, že neměly gynekologické potíže, 29 žen si myslí, že důvodem je vysoká cena, 21 žen si myslí, že je to zbytečné a 11 žen si myslí, že je to módní záležitost. 1 žena doplnila jiný neuvedený názor, a to že na pojem „hormon“ reagují – „nechci“. Dle výsledků, které byly zjištěny a zpracovány grafy 16, 17 a 21 byla první hypotéza: ženy mají negativní názory na hormonální léčbu potvrzena (6).

Na dotaz o přítomnosti pověr spojujících se s hormonální léčbou (graf 18) bylo zjištěno, že 59 žen (62 %) si myslí, že se s hormonální léčbou spojují pověry a 36 žen (38 %) si myslí, že ne. Nejčastější zjištěnou odpovědí 44 žen je pověra přibývání na váze (7), 30 žen uvedlo pověru, že hormony jsou škodlivé, 15 žen, že hormony způsobí rakovinu, 14 žen, že po hormonech nebudou moci otěhotnět, 12 žen, že hormony způsobí zánět žil a 7 žen uvedlo, že jim hormony způsobí vyrážky na kůži (graf 19).

Dále bylo výzkumným šetřením zjištěno, zda měly pověry vliv na rozhodování o užívání hormonální léčby (graf 20). 81 žen (85 %) uvedlo, že pověry neměly vliv na rozhodování o užívání hormonální léčby, u 10 žen (11 %) měly pověry vliv na rozhodování a léčbu přesto užívají a u 4 žen (4 %) pověry měly vliv na rozhodování, a proto léčbu neužívají. Přes zjištění, že na rozhodování pověry vliv neměly, bylo

zjištěno, že ženy k hormonální léčbě přistupují negativně na základě předsudků, protože jim věří a mnoho jich potvrdily. Třetí hypotéza: ženy přistupují k hormonální léčbě negativně na základě předsudků, se potvrdila na základě grafů. Čepický říká, že: „Pověry tradované v laické veřejnosti jsou pro odborníka až neuvěřitelné – lékař je obvykle nepředpokládá a proto ani nekoriguje, žena se neptá, protože je to přece všeobecně známo“ (s. 7, 5). Možná proto 85 % žen uvedlo, že pověry neměly na jejich rozhodování vliv, protože to podle nich vlastně ani nejsou pověry, ale fakta.

Bylo zjištěno, že 50 žen (53 %) si myslí, že je v dnešní době nezbytné užívání hormonální léčby a 11 žen (11 %) si myslí, že tato léčba nutná není. 34 žen (36 %) uvedlo, že neví (graf 21). Znamená to, že více jak polovina žen si je vědoma, že hormonální léčba je nezbytným doplňkem v péči o ženu.

Zajímavé výsledky byly zjištěny v souvislosti s otázkou, kdy je nutné hormonální léčbu užívat (graf 22). 51 žen uvedlo, že nutné je užívání hormonální léčby, když žena nechce otěhotnět. 47 žen uvedlo v přechodu, když je nedostatek hormonů, 35 žen když je nepravidelné krvácení, 28 žen když žena nemůže otěhotnět, 17 žen v pubertě, když se nedostaví menstruace a 15 žen, když nechce žena vůbec menstruuovat. 2 ženy uvedly jinou, neuvedenou odpověď. 1 žena uvedla, že je nutné hormonální léčbu užívat jako prevenci osteoporózy a 1 žena v těhotenství. Z těchto výsledků je zřejmé, že tato léčba je v povědomí především jako antikoncepce a léčba v přechodu, ovšem další využití a možnosti léčby nejsou známy. Stále tedy platí, že ženy nemají dostatek informací (2).

Vcelku očekávané výsledky byly zjištěny při dotazu, v jakém období života ženy je dle jejich názoru nejvíce využívána hormonální léčba (graf 23). 53 žen uvedlo, že nejvíce je užívána dle jejich názoru v reprodukčním období, 37 žen v přechodu, 22 žen v pubertě a 2 ženy ve stáří.

Dále bylo zjištěno, v jakém období života ženy mají nejvíce pozitivní názory na hormonální léčbu (graf 24). Nejvíce pozitivní názory dle jejich názoru mají v reprodukčním období 50, 30 žen v přechodu, 23 žen v pubertě a 4 ženy ve stáří.

Zajímavé, ale očekávané výsledky byly zjištěny v šetření, kdy mají ženy nejvíce negativní názory na hormonální léčbu (graf 26). Nejvíce negativní názory mají ve stáří 48, 24 žen v přechodu, 14 žen v pubertě a 13 žen v reprodukčním období.

Dále bylo zjišťováno, jestli má věk vliv na důvěru k hormonální léčbě. Ve věku 15 – 28 let (graf 34) má důvěru v hormonální léčbu 21 žen (68 %). 8 žen (26 %) neví a 2 ženy (6 %) nemají důvěru v hormonální léčbu. Ve věku 29 – 43 let (graf 35), má 13 žen (45 %) důvěru v hormonální léčbu. 13 žen (45 %) neví a 3 ženy (10 %) nemají důvěru v hormonální léčbu. Ve věku 44 – 58 let (graf 36) má 22 žen (76 %) důvěru v hormonální léčbu. 6 žen (21 %) neví a 1 žena (3 %) nemá důvěru v hormonální léčbu. A ve věku 59 a více let (graf 37) mají 3 ženy (50 %) důvěru v hormonální léčbu. 3 ženy (50 %) neví a žádná žena (0 %) nevedla, že nemá důvěru v hormonální léčbu. Z výzkumu názorů žen se pátá hypotéza: ženy s nižším věkem jsou k hormonální léčbě přístupnější, než ženy středního a vyššího věku nepotvrdila. Při dotazu na všeobecný názor se může zdát, že starší ženy nejsou přístupné k hormonální léčbě (15). Ovšem pokud byly odděleny odpovědi konkrétních žen podle věkových skupin, nebylo přímo potvrzeno, že by starší ženy k hormonální léčbě nebyly přístupné. Důvěra starších žen není nižší, než žen mladších. Je to potěšující zjištění.

Výsledky výzkumného šetření potvrdily vliv vzdělání na pozitivní názory žen k hormonální léčbě (graf 25). Výše vzdělání nemá vliv na pozitivní názory podle 44 (46 %), 25 žen (26 %) si myslí, že vzdělání má vliv a 26 žen (28 %) neví.

Bylo zjištěno, že s vysokoškolským vzděláním má důvěru v hormonální léčbu 8 žen (80 %). 2 ženy (20 %) uvedly, že neví a žádná žena (0 %) nevedla, že by důvěru v hormonální léčbu neměla (graf 30). Se středoškolským vzděláním (graf 31) má důvěru v hormonální léčbu 18 žen (53 %). 13 žen (38 %) uvedlo, že neví a 3 ženy (9 %) uvedly, že nemají důvěru v hormonální léčbu. Podle vyučených žen (graf 32) má důvěru v hormonální léčbu 19 žen (59 %). 12 žen (38 %) uvedlo, že neví a 1 žena (3 %) uvedla, že nemá důvěru v hormonální léčbu a podle žen se základním vzděláním (graf 33), má důvěru v hormonální léčbu 12 žen (63 %). 5 žen (26 %) uvedlo, že neví a 2 ženy (11 %) uvedly, že nemají důvěru v hormonální léčbu. Tímto zjištěním se čtvrtá hypotéza: ženy

s vyšším vzděláním přistupují k hormonální léčbě pozitivněji, než ženy se základním vzděláním, nepotvrdila.

Zajímavé výsledky byly zjištěny u finanční únosnosti hormonální léčby (graf 28). Z žen, které užívají hormonální léčbu, jich 53 (88 %) uvedlo, že je pro ně léčba finančně únosná a 7 žen (12 %) uvedlo, že léčba pro ně finančně únosná není (5).

Dále 3 ženy (5 %) uvedly, že nedoplácí nic a léčbu jim hradí zdravotní pojišťovna. 27 žen (45 %) doplácí méně než 500 Kč, 23 žen (38 %) doplácí více než 500 Kč a 7 žen (12 %) doplácí více než 1000 Kč (graf 29).

Prvním cílem bylo zjistit názory žen na hormonální léčbu a byl základním cílem celé práce, takže jeho splnění potvrdily všechny grafy kromě grafu 1, 2. Druhý cíl měl zjistit informovanost žen o hormonální léčbě a byl splněn všemi grafy kromě grafu 1 a 2. Třetí cíl měl zjistit, proč ženy přijímají negativně hormonální léčbu, toto výzkumné šetření se opírá o grafy 16 – 20. Čtvrtý cíl měl zjistit, zda má vliv dosažené vzdělání žen na přístup k hormonální léčbě, cíl byl splněn pomocí grafů 25 a 30 – 33. A pátý cíl měl zjistit, zda věk žen ovlivňuje jejich názory v oblasti hormonální léčby a cíl byl také splněn. Dokládají to grafy 23 – 26 a 34 – 37.

První hypotéza: ženy mají negativní názory na hormonální léčbu, byla potvrzena grafy 16, 17 a 21, ale negativní postoj žen k této léčbě je částečně vidět na celém výzkumném šetření (13). Je to způsobeno nedostatkem informací, proto také byla potvrzena i druhá hypotéza: ženy mají nedostatek informací o hormonální léčbě. Byla potvrzena grafy 13 a 14, ale nedostatečná informovanost se odrážela i v grafech 3, 4, 9 – 12, 15 – 19 a 27. Málo informací, nebo chyby a špatné názory způsobené nedostatkem informací o hormonální léčbě se odrážejí na celé této práci. Třetí hypotéza: ženy přistupují k hormonální léčbě negativně na základě předsudků, byla potvrzena grafy 18 – 20. Předsudky jsou velkou překážkou v léčbě hormonů, ale opět je to způsobeno nejen nedostatečnou informovaností, ale hlavně nedostatkem odborných informací. Čtvrtá hypotéza: ženy s vyšším vzděláním přistupují k hormonální léčbě pozitivněji, než ženy se základním vzděláním grafy 25 a 30 – 33 potvrzena nebyla. Stejně tak grafy 34 – 37 nebyla potvrzena pátá hypotéza: ženy s nižším věkem jsou k hormonální léčbě přístupnější, než ženy středního a vyššího věku.

V kvalitativní části výzkumu byly respondentky (porodní asistentky / sestry), oslovovány z Táborských ordinací praktických gynekologů (Tabulka 13). Věk respondentek se pohyboval v rozmezí 27 – 42 let. Jedné respondentce bylo 27 let, jedné 30 let, jedné 31 let, jedné 35 let, jedné 36 let a jedné 42 let (Tabulka 1).

Zajímavé výsledky byly zjištěny u vystudovaného oboru respondentek (Tabulka 2). Vystudovaným oborem jedné respondentky je porodní asistentka, u dalších pěti respondentek vystudovaným oborem je všeobecná sestra. Pokud vycházíme z vyhlášky 424/2004 Sb. (29), bylo zjištěno, že v ordinacích praktických gynekologů nepracují porodní asistentky, ale všeobecné sestry a jejich kompetence jsou plněny dle pokynů jejich zaměstnavatele a ne dle znění vyhlášky, i když to není v rozporu s touto vyhláškou, je to v rozporu se zjištěním, zda sestry / porodní asistentky mají možnost plně vykonávat svoje kompetence (Tabulka 11). Zde sestry všechny shodně uvedly, že ano. Z těchto výsledků je proto patrné, že sestry / porodní asistentky neznají svoje kompetence. Částečně s tím souvisí i nejvyšší ukončené vzdělání respondentek (Tabulka 3), které je u dvou respondentek vysokoškolské, u čtyř středoškolské, z toho jedna respondentka studuje dále VŠ. Z toho vyplývá, že sestry / porodní asistentky mají snahu zvyšovat si kvalifikaci, ovšem ne přímo v oboru porodní asistentka, ale v oboru všeobecná sestra (Tabulka 2, 3). Je to v rozporu se zjištěním, zda sestry / porodní asistentky mají možnost plně vykonávat svoje kompetence (Tabulka 11). Zde sestry všechny shodně uvedly, že ano. tyto výsledky jsou v rozporu, a proto je z toho patrné, že sestry / porodní asistentky neznají svoje kompetence.

Délka praxe u praktického gynekologa (Tabulka 4) byla zjištěna v rozmezí 2 – 14 let. Respondentky pracují u praktického gynekologa 2, 4, 6, 7, 9 a 14 let. Je tedy patrné, že lékař neupřednostňuje ani vysokoškolské vzdělání, ani vzdělání v oboru porodní asistentka, ale má jiná kritéria.

Překvapující výsledky byly zjištěny o absolvování kurzů o hormonální léčbě a jejich uplatnění v praxi (Tabulka 5). Tři respondentky tyto kurzy nikdy neabsolvovaly, což je zážející, protože při nedostatku informací mohou tyto sestry jen stěží aplikovat komplexní ošetrovatelský proces, jak je uváděno dále a poskytnout dostatek informací, jak klientky samy požadují (graf 14).

Při užívání HAK jsou nejčastějšími problémy (Tabulka 6) varixy a bolesti hlavy, které řeší lékař, přírůstek váhy, který řeší sestra zjišťováním životosprávy a vysvětlováním, dále špinění, u kterého sestra poučuje klientku o důvodech, které mohou špinění způsobovat a tvoření krevních sraženin v DK a nebezpečí plicní embolie, které řeší lékař. Dvě respondentky uvedly, že problémy nejsou žádné, což je plně v rozporu s daty získaných od klientek (graf 17).

Bylo zjištěno, že nejčastějšími problémy u žen při užívání HRT (Tabulka 7) jsou různé, řeší je lékař, obavy z hormonů, které sestry řeší vysvětlováním pozitivních účinků HRT a organismus ženy, dále je to zvyšování váhy zvýšená chuť k jídlu, kterou řeší lékař, nebo je ženám poskytnuto poradenství z oblasti životosprávy. Dvě respondentky uvedly, že problémy nejsou žádné, což je opět v rozporu s daty získanými od klientek (graf 17).

Zajímavé výsledky byly zjištěny o podávání informací sestrou o hormonální léčbě (Tabulka 8). Sestry se podílí na poskytování informací podáváním informačních letáků, propagačními materiály, rozhovorem, ale dvě respondentky se na podávání informací klientkám nepodílí vůbec, informace poskytuje pouze lékař. S tímto zjištěním souvisí i způsob doplnění deficitu informací o hormonální léčbě (Tabulka 9). Je to doporučení sledovat informace na internetu, nabízení informačních letáků, dotazy na klientky a rozhovor o problémech, nebo televize umístěna v čekárně ordinace, kde běží reklamní vstupy firem o svých přípravcích.

Zda ženy žádají informace o hormonální léčbě více od lékaře, nebo od sestry / porodní asistentky (Tabulka 10) bylo zjištěno, že většinou od lékaře. Jedna respondentka ale uvedla, že porodní asistentka může zodpovědět otázky, které se dané problematiky týkají a navrhnout přípravek, který by mohla užívat. Dále bylo uvedeno, že hlavní slovo má samozřejmě lékař.

Bylo zjištěno, že polovina sester neošetřuje klientky dle kompletního ošetrovatelského procesu (Tabulka 12). Jako důvod byl uveden nedostatek času a rozhodování lékaře o průběhu návštěvy klientky. U poloviny respondentek bylo uvedeno, že komplexní ošetrovatelský proces v praxi používá (23).

6. Závěr

Hormonální léčba nachází místo v léčbě žen od dětství až po stáří. Potýká se však stále s negativním postojem a nepřesnými informacemi, či pověrami. Tato bakalářská práce se zabývala zjištěním stavu informovanosti a důvody odmítání hormonální léčby, což bylo také stanoveno v cílech práce, které se výsledky výzkumného šetření splnily.

Stanoveno bylo pět hypotéz. První, druhá a třetí hypotéza měla potvrdit, že ženy mají negativní názory na hormonální léčbu, zauímají negativní postoj k léčbě a přistupují k hormonální léčbě negativně na základě předsudků, bylo potvrzeno. Všechny negativní postoje a odmítání pramení z nedostatku informací, nebo z informací, které získají na nesprávném místě. Předsudky souvisí se špatnými informacemi, které ženy získávají od svého laického okolí. Čtvrtá a pátá hypotéza měla potvrdit, že ženy s vyšším vzděláním přistupují k hormonální léčbě pozitivněji, než ženy se základním vzděláním a výše vzdělání má vliv na přístup k hormonální léčbě, a že ženy s nižším věkem jsou k hormonální léčbě přístupnější, než ženy středního a vyššího věku, nebylo potvrzeno.

Byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. První a druhá, se ptaly na problémy žen u užívání hormonální antikoncepce a hormonální substituční terapie. Třetí a čtvrtá výzkumná otázka se ptaly, jakým způsobem se podílí porodní asistentka / sestra na podávání informací o hormonální terapii v ordinaci praktického gynekologa a jak je možné tento deficit informací doplnit. Všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny výsledky výzkumného šetření a je možné stanovit tyto hypotézy. Hypotéza první zní: Při užívání hormonální antikoncepce mají ženy problémy s bolestmi hlavy. Hypotéza druhá zní: Při užívání substituční terapie mají ženy obavy ze zvyšování hmotnosti. Třetí hypotéza zní: Porodní asistentky / sestry se podílí na podávání informací pacientkám formou rozhovoru. Čtvrtá hypotéza zní: Porodní asistentky / sestry doplňují deficit informací u klientek formou propagačních materiálů.

Hormonální léčba prochází vývojem a i přístup žen se bude měnit. Je důležitý postoj lékaře – gynekologa k této problematice a svůj úkol zde plní i porodní asistentka. Role porodní asistentky byla v hormonální léčbě opomíjena.

Podat ženám dostatečné, srozumitelné a kvalitní informace je doporučení, které zabrání negativním postojům k hormonální léčbě. Dát ženám najevo, aby neměly obavy svěřit se lékaři i porodní asistentce se svými problémy, či obavami z léčby. Zde by měla porodní asistentka zaujmout svou nezastupitelnou roli. Získané poznatky budou předány i jiným gynekologickým ordinacím v Táboře, aby se zlepšila informovanost žen. K tomu je třeba o problému neinformovanosti žen a shánění informací u pochybných zdrojů vědět. Bude třeba mít tyto výsledky stále na paměti a aktivně se zajímat o to, zda ženy ví, co potřebují a chtějí vědět. Bylo by vhodné uspořádat přednášky či semináře pro zdravotníky a besedy pro laickou veřejnost. Dospívajícím by bylo vhodné nabízet letáčky s informacemi o antikoncepci pro zlepšení informovanosti, aby v pozdějším věku nebylo nutné vyvracet pověry a negativní postoje k hormonální léčbě. Myslím, že tato práce bude přínosem nejen pro mě, ale také pro ostatní sestry a lékaře pracující v gynekologických ordinacích, ale především pro naše klientky. Myslím, že by bylo přínosem na našich internetových stránkách dát prostor k dotazům klientek a aktivně s nimi spolupracovat.

7. Seznam použitých zdrojů

- 1 BARTÁK, A., *Dienogest – zajímavý a perspektivní progestin pro orální kontracepci*. *Gynekolog*. 2007, ročník 16, č.5 – Reprint, str. 185. ISSN 1210-1133.
- 2 CIBULA, D., HENZL, M. R., ŽIVNÝ, J., et al. *Základy gynekologické endokrinologie*. Praha: Grada Publishing, 2002. 344s. ISBN 80-247-0236-3.
- 3 CITTERBART, K., et al. *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
- 4 ČEPICKÝ, P., *Moderní babictví 4. Nitroděložní tělísko s levonorgestrem Mirena-nejen antikoncepce*. Praha: Levret, 2004. str. 22. ISSN 1214-5572.
- 5 ČEPICKÝ, P. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. Praha: Levret, 2002. Dostupné z www:
<http://www.levret.cz/publikace/knihy/2002/uvod-do-antikoncepce>. [2008 – 11 – 7].
- 6 ČEPICKÝ, P., KURZOVÁ, H., *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 2003. 174s. ISBN 80-246-0677-1.
- 7 ČEPICKÝ, P., LÍBALOVÁ, Z. *Moderní gynekologie a porodnictví. Postoje žen ke kombinované orální kontracepci*. Volum 12, č. 1, supplementum B, 2003. Praha. Dostupné z www:
<http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol12c1sb/cepicky.php>. [2009 – 3 – 3].
- 8 FAIT, T. *Farmakoterapie pro praxi., Klimakterická medicína*. 1.vyd. Praha: MAXDORF, 2006. sv. 15, 103s. ISBN 80-7345-001-8.
- 9 FAIT, T. *Současné postavení hormonální terapie v klimakterické medicíně*. Praha. Dostupné z www:
<http://www.farmakoterapie.cz/document/pdf/257.pdf>. [2008 – 11 - 7].
- 10 FAIT, T., ŠNAJDEROVÁ, M., et al. *Estrogenní deficit*. 1.vyd. Praha: MAXDORF, 2007. 276s. ISBN 978-80-7345-128-8.
- 11 HALAŠKA, M., et al. *Urogynekologie*. 1. vydání. Praha: Galén. 2004. 256s. ISBN 80-7262-272-2.

- 12 HOŘEJŠÍ, J. *Dětská gynekologie*. 1.vyd. Praha: AVICENUM, 1990. 284s. ISBN 80-201-0075-x.
- 13 HOŘEJŠÍ, J. *Moderní gynekologie a porodnictví. Zvláštnosti farmakoterapie v gynekologii dětí a dospívajících*. č.1. Praha: Levret, 2007. ISSN 1211 – 1058. Dostupné z www:
<http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol12c3/horejsi.php>. [2008 – 11 – 9].
- 14 JENÍČEK, J., *Moderní gynekologie a porodnictví. Hormonální terapie osteoporózy*. Volum 9, č. 3, 2000. Praha. Dostupné z www:
<http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol9c3/jenicek.php>. [2009 – 2 - 19].
- 15 JENÍČEK, J. *Žena v přechodu*. 2. přepracované vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 104s. ISBN 80-247-0679-2.
- 16 KOBILKOVÁ, J., et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 368s. ISBN 80-7262-315-X.
- 17 KOPECKÝ, P., KALOUSEK, I., *Gynekolog*. 2008, ročník 17, č. 4 – Reprint. str. 3. ISSN 1210-1133.
- 18 KOUKALOVÁ, S., KOCOURKOVÁ, L. 2006 – 2007. *Gynekologie – antikoncepce, plánované rodičovství*. Dostupné z www:
<http://vnl.xf.cz/gyn/gyn-antikoncepce.php>. [2009 – 3 - 2].
- 19 KRHUT, J. *Hyperaktivní močový měchýř*. 1. vydání. Praha: MAXDORF. 2007. 148s. ISBN 978-80-7345-125-7.
- 20 KUŽELOVÁ, M. *Co by měla sestra vědět o antikoncepci*. 1.vyd. Praha: Levret, 2005. 59s. ISBN 80-903183-7-1.
- 21 KUŽELOVÁ, M., *Moderní babičtví 4. Nové trendy v hormonální antikoncepci*. Praha: Levret, 2004. str. 18. ISSN 1214-5572.
- 22 MAREČKOVÁ, J., *Ošetřovatelské diagnózy v Nanda doménách*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 264s. ISBN 80-247-1399-3.

- 23 MARTAN, A., et al. *Farmakoterapie pro praxi. Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. 2.vyd. Praha: MAXDORF, 2006. sv. 14, 83s. ISBN 80-7345-094-1.
- 24 REPKOVÁ, A., et al. *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. 1. vydání. Martin: Osveta. 138s. ISBN 80-8063-236-7.
- 25 ŘEZÁČOVÁ, J., *Asistovaná reprodukce v léčbě neplodnosti*. Moderní babictví 8, 2005. Praha. Dostupné z www:
<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-8/clanek.php?c=4>. [2009 – 2 - 17].
- 26 STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatel'ství 4. Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 66s. ISBN 80-7013-283-3.
- 27 STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatel'ství 4. Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49s. ISBN 80-7013-282-5.
- 28 STRNAD, P., *Postmenopauzální osteoporóza*. Iatrike Techné. 2002, č. 7, s. 47-51. Praha. Dostupné z www:
http://www.levret.cz/texty/casopisy/it/files/7_02strnad.php. [2009 – 2 - 18].
- 29 UNZEITIG, V., *Moderní gynekologie a porodnictví. Aktivita hormonů a jejich vliv na organismus uživatelky COC*. Praha: Levret, 2005. vol. 14, č. 1, suppl, str. 3. ISSN 1211-1058.
- 30 VRUBLOVÁ, Y. *Sexuální zdraví žen v menopauze*. Praktická gynekologie, Praha. 2005, č. 1. Dostupné z www:
http://www.levret.cz/texty/casopisy/pg/files/2005/1_vrublova.php. [2009 – 3 - 2].
- 31 Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

8. Klíčová slova

Hormonální léčba

Edukace

Informovanost

Antikoncepce

Hormonální substituční terapie

Ošetřovatelský proces

9. Přílohy

Příloha 1 Dotazník pro pacientky

Příloha 2 Otázky pro sestry / porodní asistentky

Příloha 3 Mirena – IUD s levonorgestrellem

Příloha 4 Angeliq – moderní preparát k léčbě klimakterických obtíží

Příloha 5 Yaz – moderní antikoncepční tablety

Příloha 6 Implanon – antikoncepční tyčinka zaváděná pod kůži paže

Příloha 7 Evra – antikoncepční náplasti

Příloha 8 Nuvaring – antikoncepční kroužek

Příloha 1 Dotazník pro pacientky

Dotazník pro pacientky gynekologické ordinace

Vážené pacientky,

jmenuji se Eva Budínová a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia Ošetřovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské university v Českých Budějovicích. Přípravuji bakalářskou práci na téma:

Hormonální léčba u žen, předsudky a informovanost.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré získané informace budou použity ke zpracování mé bakalářské práce. U každé otázky zakroužkujte prosím jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji za spolupráci a čas strávený s vyplněním dotazníku.

Eva Budínová

1. Kolik je Vám let?

- a) 15 – 28 let
- b) 29 – 43 let
- c) 44 – 58 let
- d) 59 a více let

2. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) základní
- b) vyučena
- c) střední s maturitou
- d) vysokoškolské

3. Víte, co znamená pojem hormonální terapie?

- a) ano
- b) ne

4. Pokud ano, co je hormonální terapie? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) léčba pomocí hormonů
- b) léčba pomocí hormonů na úpravu menstruačního cyklu
- c) léčba pomocí hormonů užívaná v přechodu
- d) léčba pomocí hormonů na stimulaci těhotenství
- e) léčba pomocí hormonů, na zastavení krvácení
- f) antikoncepce
- g) jiné: doplňte:.....

5. Užívala jste dříve hormonální léčbu?

- a) ano
- b) ne

6. Užíváte nyní hormonální léčbu?

- a) ano
- b) ne

7. V kolika letech jste poprvé začala užívat hormonální léčbu?

Prosím doplňte:.....

8. Jak dlouho nyní užíváte hormonální léčbu?

- a) do jednoho měsíce
- b) 1 – 12 měsíce
- c) 1 – 2 roky
- d) 2 – 5 let
- e) 5 a více let

9. Jakou užíváte hormonální léčbu?

Prosím doplňte:.....

10. Kdo Vám poskytl informace o hormonální léčbě?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) lékař
- b) porodní asistentka
- c) kolegyně
- d) kamarádka
- e) matka
- f) nikdo
- g) jiné: (prosím doplňte):.....

11. Kdo Vás nejvíce ovlivnil při rozhodování o užívání hormonální léčby?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) lékař
- b) porodní asistentka
- c) kolegyně
- d) kamarádka
- e) matka
- f) nikdo
- g) jiné: (prosím doplňte):.....

12. Z jakých zdrojů jste čerpala informace o hormonální léčbě?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) internet
- b) literatura
- c) časopisy
- d) odborná literatura

- e) televize
- f) rádio
- g) jiné: doplňte:.....

13. Máte dostatek informací o hormonální léčbě?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Uvítala byste více informací o hormonální terapii?

- a) ano
- b) ne

15. Máte důvěru v hormonální léčbu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16. Myslíte si, že má hormonální léčba vedlejší účinky?

- a) ano
- b) ne

17. Pokud ano, jaké má hormonální léčba vedlejší účinky?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) přibývání na váze
- b) zvýšená chuť k jídlu
- c) bolesti hlavy
- d) nepravidelné krvácení
- e) špinění
- f) zduřelá prsa před menstruací

g) jiné: doplňte:.....

18. Myslíte si, že se s užíváním hormonální léčby spojují pověry?

- a) ano
- b) ne

19. Pokud ano, jaké jsou to pověry?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) hormony jsou škodlivé
- b) hormony způsobí zánět žil
- c) hormony způsobí rakovinu
- d) po hormonech přiberu na váze
- e) hormony způsobí, že budu mít vyrážky na kůži
- f) po hormonech nebudu moci otěhotnět
- g) jiné: doplňte:.....

20. Měly pověry vliv na Váš názor při rozhodování se o užívání hormonální léčby?

- a) ano, ale přesto léčbu užívám
- b) ano, a proto léčbu neužívám
- c) ne

21. Myslíte si, že je v dnešní době nutné užívání hormonální léčby?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

22. Pokud ano, kdy je nutné užívat hormonální léčbu?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) v pubertě, když se nedostaví menstruace
- b) když žena nemůže otěhotnět
- c) když je nepravidelné krvácení
- d) když žena nechce otěhotnět
- e) v přechodu, když je nedostatek hormonů
- f) když nechce žena vůbec menstruuovat
- g) jiné: doplňte:.....

23. V jakém období života podle Vašeho názoru ženy nejvíce užívají

hormonální léčbu? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) v pubertě
- b) v reprodukčním období
- c) v přechodu
- d) ve stáří

24. V jakém období života podle Vašeho názoru mají ženy pozitivní názory na

hormonální léčbu? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) v pubertě
- b) v reprodukčním období
- c) v přechodu
- d) ve stáří

25. Myslíte si, že výše vzdělání má vliv na pozitivní názory při užívání

hormonální léčby?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

26. V jakém období života podle Vašeho názoru mají ženy negativní názory na hormonální léčbu? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) v pubertě
- b) v reprodukčním období
- c) v přechodu
- d) ve stáří

27. Proč mají ženy podle Vašeho mínění negativní názory na hormonální léčbu? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) nemají dostatek informací
- b) myslí si, že je to škodlivé
- c) myslí si, že je to módní záležitost
- d) myslí si, že je to zbytečné
- e) je to drahé
- f) nemají s užíváním léčby vlastní zkušenosti
- g) neměly gynekologické potíže
- h) jiné: doplňte:.....

28. V případě, že si doplácíte na hormonální léčbu, je to pro Vás finančně únosné?

- a) ano
- b) ne

29. V případě, že ano, jakou částku přibližně doplácíte?

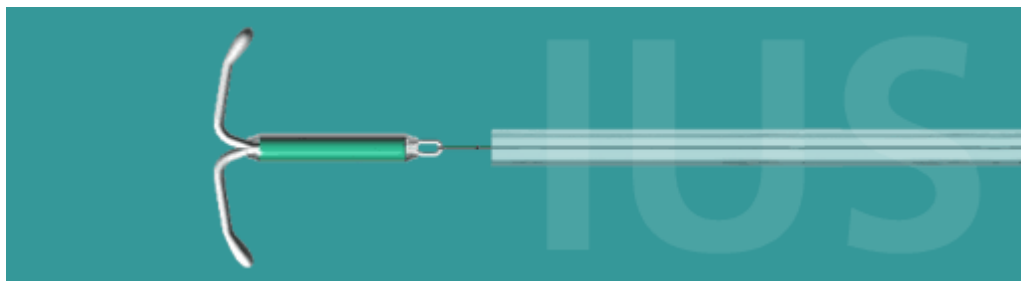
- a) neplatím nic, platí mi to pojišťovna
- b) doplácím méně než 500 Kč
- c) doplácím více než 500 Kč
- d) doplácím více než 1000 Kč

Příloha 2 Otázky k rozhovoru pro sestry / porodní asistentky

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaký jste vystudovala obor?
3. Jaká je výše Vašeho ukončeného vzdělání?
4. Jak dlouho pracujete u praktického gynekologa nebo v ambulantní péči?
5. Absolvovala jste kurzy o hormonální léčbě? Pokud ano, jak jste znalosti z kurzů uplatnila v praxi?
6. Jaké problémy se vyskytují u žen při užívání hormonální antikoncepce? Pokud ano, jakým způsobem je řešíte?
7. Jaké problémy se vyskytují u žen při užívání substituční terapie? Pokud ano, jakým způsobem je řešíte?
8. Jakým způsobem se podílíte na podávání informací o hormonální terapii u praktického gynekologa?
9. Jakým způsobem doplňujete deficit informací u pacientek o hormonální terapii u praktického gynekologa?
10. Žádají klientky podávání informací spojené s touto léčbou více lékaře než porodní asistentku/sestru?
11. Máte možnost plně vykonávat svoje kompetence v ordinaci praktického lékaře nebo v ambulantní péči? Pokud ne, proč?
12. Ošetřujete svoje klientky v ordinaci praktického lékaře nebo v ambulantní péči podle komplexního ošetrovatelského procesu? Pokud ne, proč?

Příloha 3 Mirena – IUD s levonorgestrelém

 Mirena®



Zdroj: <http://mirena.cz/pub/> [19 – 3 - 2009].

Příloha 4 Angeliq – moderní preparát k léčbě klimakterických obtíží



Zdroj:

http://www.docsimon.cz/article_images.php?action=sendtype&type=9&id=15066

[19 – 3 - 2009].

Příloha 5 Yaz – moderní antikoncepční tablety



Zdroj: <http://lekarnaexpres.cz/eshop/produkt/yaz-0-02mg3mg-potahovane-tablety-por-tbl-flm-3x28> [19 – 3 - 2009].

Příloha 6 Implanon – antikoncepční tyčinka zaváděná pod kůži paže



Zdroj: <http://www.lekarna-pro-zdravi.cz/index.php?detail=8595145700363> [19 – 3 - 2009].

Příloha 7 Evra – antikoncepční náplasti



Zdroj: <http://www.evra.cz/> [19 – 3 - 2009].

Příloha 8 Nuvaring – antikoncepční kroužek



Zdroj: <http://lekarnaexpres.cz/eshop/produkt/nuvaring-0-120mg0-015mg-vaginalni-inzert-3> [19 – 3 - 2009].