Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Znalosti žen o výhodách a rizicích hormonální antikoncepce

bakalářská práce

Autor práce: Lucie Nováková, DiS.
Studijní program: Porodní asistence
Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra FILAUSOVÁ

Datum odevzdání práce: 6.5.2013

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá zjištěním znalostí dívek a žen o hormonální antikoncepci, jejích výhodách a rizicích. Kontracepce je nejčastější formou plánovaného rodičovství v jeho negativním smyslu. Jednou z nejspolehlivějších metod je hormonální antikoncepce, která má v současné době mnoho forem a je distribuována velkým množstvím výrobců. Jednotlivé typy se liší způsobem užívání, obsahem hormonů nebo účinky. Proto je velice důležité, aby dívky a ženy užívající hormonální antikoncepci byly poučeny o její spolehlivosti, výhodách a rizicích.

Úvodní, teoretická část je rozdělena do několika kapitol, kdy první je věnována historii antikoncepce od starověku po současnost a tomu, jak se postupně vyvíjely a zdokonalovaly její metody. Zmíněny jsou zde důležité mezníky rozvoje, ale také krize, které v něm byly nejpodstatnější. Popsány jsou předpoklady pro výběr antikoncepční metody a jedna z částí je věnována hodnocení jejich spolehlivosti tzv. Pearlovým indexem. Formy antikoncepce jsou prvotně rozděleny na nehormonální a hormonální. V nehormonálních metodách jsou pouze stručně popsány její jednotlivé formy, a to přirozené, bariérové, IUD a sterilizace. Nechybí ani zmínka o nespecifických metodách, které si čas od času najdou své přívržence. Hormonální metody antikoncepce jsou popsány podrobněji. Gestagenní antikoncepce je rozdělena na kapitoly o minipilulkách, depotních injekcích, podkožních implantátech, dále pak o příznivých účincích těchto forem a také o jejich možných rizicích. Další části jsou věnovány nitroděložnímu systému a postkoitální antikoncepci, opět včetně jejich výhod a rizik. Kombinovaná hormonální antikoncepce, která je v podstatě nejvyužívanější metodou ochrany proti otěhotnění, je rozdělena dle způsobu aplikace. Jsou jimi perorální forma, transdermální náplasti a vaginální kroužek Nuvaring. Popsány jsou také její výhody i rizika. Závěr teoretické části je věnován edukaci, která je zaměřenana poučení dívek a žen o kontracepci porodní asistentkou.

V praktické časti bakalářské práce byl pomocí rozhovorů proveden kvalitativní výzkum. Před jeho zahájením byly stanoveny tři cíle (Cíl 1: Zjistit znalosti dívek 2. ročníku Střední zdravotnické školy o výhodách a rizicích hormonální antikoncepce.

Cíl 2: Zjistit znalosti o výhodách a rizicích hormonální antikoncepce u žen ve fertilním věku, které již rodily. Cíl 3: Porovnat úroveň znalostí o hormonální antikoncepci u dívek 2. ročníku Střední zdravotnické školy a u žen ve fertilním věku, které již rodily.).

Pro zhodnocení cílů bylo použito kvalitativní šetření. Sběr dat byl proveden pomocí strukturovaných rozhovorů, které byly vedeny s osmi respondentkami. Z toho byly čtyři studentky druhého ročníku SZŠ a čtyři ženy ve fertilním věku, které již rodily. Výsledky výzkumu byly zpracovány do tabulky a schémat.

V další části práce byla vedena diskuze nad získanými výsledky. Dívky měly obecné znalosti jak o hormonální antikoncepci, tak o jejích výhodách a rizicích. U žen ve fertilním věku byly tyto vědomosti o něco podrobnější, ale i tak bylo zaznamenáno v odpovědích několik nedostatků. Při porovnání obou skupin navzájem byly v mnoha směrech více informované respondentky ze skupiny žen po porodu, ale tyto rozdíly nejsou nikterak významně markantní.

V závěru bakalářské práce byly vyhodnoceny stanovené cíle. Jelikož znalosti dívek a žen o hormonální antikoncepci, včetně jejích výhod a rizik, byly zhodnoceny jako neucelené, bylo by zapotřebí zintenzivnit edukaci o tomto tématu. A to především formou sexuální výchovy na druhém stupni základní školy nebo porodní asistentkou v ordinaci gynekologa. Tímto se nabídlo téma vhodné pro některý z dalších výzkumů, kdy navazujícím zkoumáním by mohlo být například zmapování edukace o formách ochrany před otěhotněním porodní asistentkou.

Klíčová slova: znalost, kontracepce, hormonální antikoncepce, výhoda, riziko, metoda

Abstract

This thesis deals with finding the knowledge of girls and women on hormonal contraception, its benefits and risks. Contraception is the most common form of family planning in its negative sense. One of the most reliable methods of hormonal contraception, which currently has many forms and is distributed to a large number of manufacturers. Various types differ in the method of use, or the effects of hormones. It is therefore very important that girls and women taking hormonal contraception were briefed on its reliability, the benefits and risks of.

Introductory, theoretical part is divided into several subsections, where the first is devoted to the history of contraception from antiquity to the present, and how gradually developed and perfected its methods. Here are mentioned important milestones in the development, but also critical moments of them which were the most important. There are described the prerequisites for the selection of contraceptive methods, and one of the sections is focused to the evaluation of their reliability with Pearl index. Forms of contraception are initially divided into hormonal and non-hormonal. The non-hormonal methods are only briefly described its various forms, like natural, barrier, IUD and sterilization. There are mentioned some non-specific methods which have time to time found their followers. Hormonal contraception methods are deeply described. Progestogen contraception is divided for chapters about mini pills, depot injections, subcutaneous implants, as well as the beneficial effects of these forms and their potential risks. Another chapters are devoted to intrauterine system and postcoital contraception, again including their benefits and risks. Combined hormonal contraceptives, which is essentially the most frequently used method for protection against pregnancy is divided into individual subsections by the application method. These are the oral form, a transdermal patch and vaginal ring NuvaRing. Custom chapter is also devoted to the benefits and risks. At the end of the theoretical part describes the education that focuses on the lessons for girls and women about contraception from midwife.

In the second part of the thesis was conducted by using qualitative research interviews. Prior to its launch were given three objectives (Objective 1: To determine the knowledge of girls 2nd year of Secondary Medical School about the benefits and risks of hormonal contraception. Objective 2: To determine knowledge about the benefits and risks of hormonal contraception in women of childbearing age who have already given birth. Objective 3: Compare the level of knowledge of hormonal contraception in girls 2nd year secondary nursing schools and in women of childbearing age who have already given birth.).

To verify the research, qualitative questions were used, and data collection was carried out by using structured interviews. Interviews were conducted with eight female respondents, of which four were students of secondary medical school and four women in fertile age who have already given birth. The results were presented to chart and diagrams.

In the next part, the discussion was led above the obtained results. The girls from the first group had a generally knowledge of both hormonal contraception and about its benefits and risks. Women in fertile age had a little more knowledge, but even so, there were several shortcomings in the responses, especially when taking into account of their experience. When comparing the two groups with each other in many ways are more informed respondents from the group of women after childbirth, but these differences are not so significant.

In the end of the thesis the targets are evaluated. Since knowledge of girls and women on hormonal contraception, including its benefits and risks have been evaluated on generally only, there is need to intensify education on this topic. Particulary in sex education in secondary school or in gynaecological surgery by midwife. This will offer topics appropriate for some of the other surveys, such as mapping content of education girls and women about contraception from midwife.

Key words: knowledge, contraception, hormonal contraception, benefit, risik, method

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6.5.2013 .....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat PhDr. Drahomíře Filausové za vedení mé práce. Dále Bc. Romaně Belešové za konzultace a cenné rady. Ráda bych také poděkovala mé rodině za trpělivost a podporu po celou dobu mého studia.

Obsah

Úvod ... 11
1 Současný stav ... 12
1.1 Historie antikoncepce ... 12
1.1.1 Starověk ... 12
1.1.2 Středověk ... 13
1.1.3 Období od zavedení pesaru ... 14
1.1.4 Období od počátku vývoje hormonální antikoncepce ... 14
1.2 Výběr antikoncepce ... 15
1.3 Spolehlivost antikoncepčních metod ... 16
1.4 Nehormonální metody antikoncepce ... 17
1.4.1 Přirozené metody antikoncepce ... 18
1.4.2 Bariérové metody antikoncepce ... 18
1.4.3 Nitroděložní antikoncepce ... 19
1.4.4 Sterilizace ... 20
1.5 Hormonální metody antikoncepce ... 20
1.5.1 Gestagenní antikoncepce ... 21
1.5.1.1 Minipilulky ... 22
1.5.1.2 Depotní injekce ... 23
1.5.1.3 Podkožní implantáty ... 23
1.5.1.4 Příznivé zdravotní účinky gestagenní antikoncepce ... 24
1.5.1.5 Zdravotní rizika a možné komplikace gestagenní antikoncepce ... 26
1.5.2 Nitroděložní antikoncepční systém ... 26
1.5.3 Postkoitální antikoncepce ... 28
1.5.4 Kombinovaná hormonální antikoncepce ... 29
1.5.4.1 Perorální forma COC ... 30
1.5.4.2 Transdermální forma ... 30
1.5.4.3 Vaginální kroužek NuvaRing ... 31
1.5.4.4 Příznivé účinky kombinované hormonální antikoncepce ... 31
1.5.4.5 Zdravotní rizika a možné komplikace kombinované hormonální antikoncepce ... 33

1.6 Edukace 34
1.6.1 Edukační plán a edukační standard 35
1.6.2 Edukace v práci porodní asistentky 36
1.6.3 Edukace dívek a žen o antikoncepci 37
2 Cíle práce a výzkumné otázky 39
2.1 Cíle práce 39
2.2 Výzkumné otázky 39
3 Metodika 40
3.1 Metodika výzkumu 40
3.2 Charakteristika výzkumného souboru 40
4 Výsledky výzkumu 42
5 Diskuze 53
Závěr 59
Seznam informačních zdrojů 61
Seznam příloh 64

Seznam použitých zkratek

COC	Kombinovaná hormonální antikoncepce
DMPA	Depotní medroxyprogesteronacetát
HAK	Hormonální antikoncepce
HDL	Lipoprotein s vysokou hodnotou (vysokodenzitní)
HIV	Human immunodeficieny virus
IUD	Nitroděložní tělísko
LDL	Lipoprotein s nízkou hodnotou
LNG-IUS	Nitroděložní systém uvolňující levonorgestrel
MPA	Medroxyprogesteronacetát
PI	Pearlův index
STD	Pohlavně přenosné choroby
SZŠ	Střední zdravotnická škola
TEN	Tromboembolická nemoc
UPA	Ulipristal acetát

Úvod

Antikoncepce, nebo-li kontracepce je nejčastější formou plánovaného rodičovství v jeho negativním smyslu. Jedná se o metodu, jejímž cílem je zabránění otěhotnění a právě nechtěná gravidita je zároveň nejčastějším důvodem ženy pro její užívání. Jednou z nejspolehlivějších metod je hormonální antikoncepce, která má v současné době více podob a je distribuována velkým množstvím výrobců. Ať zatracována katolickou církví, nachází si stále více klientek různých věkových skupin. Jednotlivé typy se liší svými účinky, snášenlivostí i způsobem užívání. Pro jakou hormonální antikoncepci se žena nakonec rozhodne, záleží především na ní a na jejím gynekologovi. Je nutné si také uvědomit, že dívky i ženy získávají informace o antikoncepčních preparátech ze všelijakých zdrojů. Jedná se o reklamy, internet, kamarádky a jiné. Důležité je, aby byly uživatelky srozumitelně poučeny jak o výhodách, tak o možných rizicích užívání kontracepce. Jednání a doporučení lékaře by mělo být vždy s ohledem na bio-psycho-socio-spirituální složku osobnosti ženy a mělo by být lege artis, tzn. dle poznatků současné lékařské vědy.

Důležité v plánování rodičovství je pro pár nejen termín prvního porodu a celkový počet dětí. Interval mezi jejich narozením hraje také podstatnou roli, neboť brzy po sobě následující porody jsou velice vyčerpávající nejen pro matku. Současně nesou vyšší riziko pro novorozence a v neposlední řadě zatěžují ekonomickou situaci rodiny. Z tohoto důvodu je kontracepce v jakékoli formě velkým přínosem.

Téma, které jsem si zvolila pro mou bakalářskou práci se týká antikoncepce se zaměřením na její hormonální formu. Cílem je popsat metody hormonální antikoncepce, její výhody a rizika. Pomocí kvalitativního výzkumu poté porovnat znalosti dívek na střední škole s vědomostmi žen, které již rodily. Jsem si vědoma, že některé dívky a ženy berou antikoncepci v perorální formě jako samozřejmost, aniž by si uvědomovaly, že pro ně může být také škodlivá. Současně bych si tedy ráda ověřila, zda mají obě skupiny povědomí o možných rizicích souvisejících s užíváním antikoncepce či o jejích výhodách.

1 Současný stav

1.1 Historie antikoncepce

Historie antikoncepce je velice bohatá a je až neuvěřitelné, co vše lidé vynalezli, aby zabránili nechtěnému otěhotnění. Čepický (2004) rozdělil dějiny kontracepce do třech období, a to na období předvědecké, období od objevení pesaru a poslední, které je vyhrazeno od počátků hormonální a intrauterinní antikoncepce.

O prevenci početí se lidé pokoušeli již od dob, kdy si spojili, že pohlavní styk a těhotenství spolu nedílně souvisí. „V každém pojednání o historii plánovaného rodičovství se uvádí legendární biblický Onán, který „kdykoliv vcházel k ženě, vypouštěl semeno na zem, aby nezplodil potomka.“ „Jeho počínání bylo v očích Hospodinových zlé,“ pokračuje kniha Genesis, „proto jej usmrtil (1. Mojž. 38, 9)“ (Barták, 2006, s. 12).“

1.1.1 Starověk

Postupujeme-li dle uvedených období, můžeme období předvědecké datovat od starověku, ze kterého jsou dochovány písemné záznamy. Mnoho metod ochrany před otěhotněním měli na výběr ve starověkém Egyptě. Zavést do pochvy pastu z krokodýlího trusu bylo doporučováno na tzv. Petrieho papyrusu. Krokodýlí trus mohl být nahrazen trusem sloním, popřípadě volskou žlučí, zelím nebo kůrou ze stromu. Mezi další možnosti, jak zabránit otěhotnění patřilo vykuřování pochvy nebo požití nápoje, který se skládal ze sladkého piva, sádla a dalších možných přísad. Ve starověké Mezopotámii, kněžky sloužící bohyni Ištar a poskytující sexuální služby, doporučovaly jako jednu z možných metod zavést do pochvy kuličku z medu a mandlí. Arabští učenci uváděli jako spolehlivou metodu použití pravého varlete býka, to obalit bavlnou nasáklou olivovým olejem a zavést před pohlavním stykem do pochvy. V Číně bylo

doporučováno, aby žena spolkla 24 živých pulců, chycených v předjaří, což zajistilo ochranu proti početí po dobu 5ti let (Uzel, 2003; Vondruška, 2007).

Za zmínku z období starověku stojí i metody antického Řecka, které se inspirovalo postupy z Egypta. Vyráběli zde nitroděložní tělíska ve tvaru spirály a dle příkladu Egypťanek si i Řekyně zaváděly tampony, které byly ovšem napuštěné olivovým olejem, citronovou šťávou, medem nebo cedrem. Tyto látky udržovaly v pochvě agresivní kyselé prostředí (Vondruška, 2007).

1.1.2 Středověk

Ve středověku byla kontracepce považována za jeden z hříchů, tudíž toto období přineslo minimum nových metod. Proti vzniku nechtěného těhotenství ženy nosily všelijaké amulety a škapulíře naplněné bylinkami. Předávaly si mezi sebou všemožné rady, kdy za spolehlivou ochranu proti graviditě bylo považováno pití kravské moči nebo vody, ve které chladil kovář kleště. Za zmínku stojí i plivnutí ženy, která nechtěla otěhotnět, do pusy žáby, a to jí před tím mělo ochránit. Ve středověku byl kladen velký důraz na sexuální čistotu a byly používány mechanické překážky, snad nejznámější pás cudnosti (Seidlová, 1997).

Z tohoto období se dochovala modlitba, která měla ženu před nechtěným otěhotněním chránit. V ní se ženy obrací k Panně Marii s přáním, aby je ona, která počala bez hříchu ochránila před početím při jejich zhřešení.

V období středověku a renesance došlo také k rozšíření mnoha pohlavních chorob, především pak k epidemii syfilis. Jako ochrana před tímto onemocněním se začal používat návlek na penis, nebo-li kondom. Ten později začal sloužit také jako forma antikoncepce, ale pro vysokou cenu byl až do konce 19. století používán téměř výhradně zámožnějšími lidmi (Vondruška, 2007).

1.1.3 Období od zavedení pesaru

Druhé období historie kontracepce dle Čepického (2004) začíná objevením pesaru a jeho zavedením do praxe. Na konci 18. století poukázal kněz Malthus na nutnost regulace počtu obyvatel a doporučil sexuální abstinenci. Tu páry samozřejmě nedodržovaly, a tak lékaři vynalezli pesar, přičemž o první se zasloužil Američan Wilde. Německému lékaři Mesingovi je přisuzována zásluha za jeho šíření do povědomí lidí.

Ve 20. letech 20. století vznikaly první konzultační poradny zabývající se regulací porodnosti. Úplně první poradna byla otevřena v Anglii, zasloužila se o ní Marie Stophesová. O několik let později byly otevřeny další poradny v Itálii, Německu a Americe. Roku 1932 uvedl německý lékař Fraenkel myšlenku, že antikoncepce by měla být vydávána pouze na lékařský předpis. Ve 30. letech byla také u nás otevřena první obdobná poradna při II. gynekologicko-porodnické klinice v Praze. Zasloužil se o to přednosta prof. Ostrčil a Dr. Slámová (Čepický, 2004).

Ve stejných letech, jako byly zakládány poradny pro regulaci porodnosti, učinil rakouský lékař Haberlant pozoruhodný objev, že výtažky z vaječníků těhotných zvířat blokují uvolnění zárodečných buněk z vaječníků. Tento objev je považován za počátky moderní antikoncepce. Výtažky musely být aplikovány injekčně a kontracepce tohoto typu by byla velice drahá. Pro jednu uživatelku bylo zapotřebí 12 mg estrogenů, což znamenalo vaječníky z 80 000 prasnic. Mezi formy antikoncepce v té době kromě přirozených a bariérových metod patřila také chirurgická sterilizace ženy a dočasná sterilizace zářením. Poslední zmiňovaná však nesla riziko poškození plodu, proto se k ní téměř nepřistupovalo (Barták, 2006).

1.1.4 Období od počátku vývoje hormonální antikoncepce

Jako třetí období vývoje kontracepce označuje Čepický (2004) počátky hormonální a nitroděložní antikoncepce. Na přelomu 50. a 60. let byly položeny základy všem třem

skupinám dnešní antikoncepce, kterými jsou gestagenní, kombinovaná hormonální a intrauterinní. Vyžádaly si to jak sociální změny a poválečná populační exploze, tak i liberálnější přístup k sexualitě.

Americký chemik Russel Marker vnesl novou naději umělou syntézou ženského hormonu progesteronu z mexické květiny, popínavého Jamu z čeledi smldnicovitých, nesoucí název Dioscoreaceae. Jedná se o tropickou popínavou rostlinu s jedlými hlízami, tzv. batátami, které jsou bohaté na škrob a obsahují podobné látky jako brambory. Proběhly první pokusy na dobrovolnících prováděné v Portoriku a v roce 1960 schválil americký úřad pro potraviny 1. antikoncepční tabletu Enavid-10. V Evropě byla o dva roky později schválena antikoncepce s názvem Anovlar, dříve používána jako lék na dysmenoreu (bolestivá menstruace). První kontracepce u nás nesla název Antigest a na trh byla uvedena roku 1965 (Uzel, 2003).

Gestagenní antikoncepce se začala vyvíjet v 60. letech. Jako první roku 1963 injekční forma Depo-Provera a o pět let později první pilulka Nacenyl.

Za dobu vývoje kontracepčních metod nastaly také dvě krize, ve kterých výrazně poklesl počet uživatelek hormonální a nitroděložní antikoncepce. První krize nastala v 80. letech 20. století, kdy se rozšířily informace o vyšším výskytu zánětlivých pánevních onemocnění u žen s tělískem. Zároveň bylo uváděno vyšší riziko infarktu myokardu a vzniku nádorových onemocnění při užívání pilulek. Ke druhé krizi došlo v 90. letech 20. století kvůli pandemii HIV (Human Immunodeficiency Virus). Ve stejné době se také začaly šířit poplašné zprávy o souvislosti užívání hormonální antikoncepce a vzniku tromboembolické nemoci (TEN). V obou případech se zvýšilo užívání bariérových metod, ale zároveň vzrostl počet interrupcí (Čepický, 2004).

1.2 Výběr antikoncepce

Výběr formy ochrany před otěhotněním závisí na volbě ženy a zároveň na lékaři. Ten by měl posoudit více faktorů, na základě kterých se rozhodne, jaký typ kontracepce

je pro ženu nejvhodnější. Obzvláště důležité je to v případě přání ženy, která si zvolí právě hormonální formu.

Bezpečnost antikoncepce, která se posuzuje dle výskytu nežádoucích účinků, hraje nemalou roli při jejím výběru. Důležité také je vybrat metodu, která pro ženu ponese co nejméně rizik. Podstatný je způsob užívání antikoncepce, tzn. čím jednodušší užívání, tím je výhodnější. Jako další důležité faktory se posuzují pozitivní vedlejší účinky antikoncepce, věk ženy a četnost pohlavních styků. Dále pak plánování dalšího těhotenství, náboženské a etické postoje, promiskuita, nutnost lékařských prohlídek při užívání a v neposlední řadě hraje významnou roli i cenová dostupnost (Roztočil, 2001).

1.3 Spolehlivost antikoncepčních metod

Spolehlivost antikoncepčních metod lze v praxi hodnotit dvěma technikami, tzv. Paerlovým indexem (PI) nebo metodou life-table.

„Pearlův index udává počet nechtěných otěhotnění vyjádřených na 100 žen, užívajících danou metodu po dobu jednoho roku, tedy na tzv. 100 ženských let (Cibula, 2002, s. 212).“ (Příloha 1)

Čím nižší PI je, tím vyšší je účinnost dané antikoncepce. Spolehlivá a tedy použitelná metoda by neměla mít číslo vyšší než 5. U této formy hodnocení je nutné brát ukazatel pouze jako přibližný. S věkem obecně klesá plodnost ženy i počet pohlavních styků, čímž klesá také PI. Spolehlivost lze posoudit teoreticky, jsou-li dodrženy všechny podmínky a způsoby dané metody antikoncepce. Spolehlivost praktická vyjadřuje účinnost metody v běžné chybující populaci. Pro hodnocení spolehlivosti kontracepce je tato metoda využívána nejčastěji (Roztočil, 2001).

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

1.4 Nehormonální metody antikoncepce

Kontracepci lze v širokém smyslu rozdělit na hormonální a nehormonální. Do nehormonálních metod řadíme metody přirozené, bariérové, nitroděložní tělíska a chirurgickou sterilizaci.

Existují také nespecifické formy, které jsou na hranici vědecké medicíny, avšak i tak čas od času najdou své přívržence. Popisována je hypnoantikoncepce, lunární metoda podle Jonáše a bioenergetická antikoncepce, ale všechny jsou charakteristické téměř nulovou spolehlivostí (Čepický, 2010).

Hypnoantikoncepce je metoda, kterou vyvinul v 70. letech 20. století v Miláně psycholog Marchesan. Spočívá v sugesci neplodnosti během 6 až 8 hypnotických sezení, přičemž kontracepční účinek by měl vydržet po dobu šesti měsíců. Po dané době je ho možno jednorázově prodloužit. Metoda se prokázala vysokou mírou nespolehlivosti.

Lunární metoda dle Jonáše byla poprvé popsaná v 60. letech. Jejím autorem je slovenský psychiatr Jonáš. Specifické u této metody je, že spočítá plodné a neplodné dny a současně určí nejvhodnější den pro početí dívky či chlapce. Výpočet je dle data, hodiny a minuty narození ženy a princip spočívá v předpokladu, že je u ženy plodnost nejvyšší vždy v den, kdy je úhel mezi sluncem a měsícem stejný jako v okamžiku jejího narození. Plodné období je tedy 3,5 dne před a 12 hodin po tomto okamžiku. Metoda je opět vysoce nespolehlivá.

Bioenergetická metoda byla nabízena formou inzerátů v 90. letech 20. století. Indukuje ji senzibil působením své psychické energie. Kontracepční účinek by měl být u stálých párů až na dobu jednoho roku a u žen, střídajících partnery na půl roku. Metodu nelze použít u alkoholiků, narkomanů, neurotiků, asteniků, šestinedělek a u členů totalitních a zvrácených organizací. Oproti autorovu tvrzení, že jde o formu 100% účinnou, je považována opět za vysoce nespolehlivou (Čepický, 2010).

1.4.1 Přirozené metody antikoncepce

Přirozené metody antikoncepce jsou založeny na poznání přirozeně probíhajících fyziologických pochodů v organismu a jejich respektování. Jakožto jedinou formu kontracepce ji akceptuje i katolická církev, která jiné metody nepovoluje. Není finančně náročná a nevyžaduje žádné pomůcky či medikaci. Její spolehlivost je ovšem nízká.

Přirozené antikoncepční metody dále zahrnují přerušovanou soulož, nebo-li coitus interruptus, periodickou abstinenci od koitálního styku, počítání plodných a neplodných dnů a kojení (Slezáková, 2011).

Mezi nejznámější metody počítání plodných dnů patří kalendářová metoda dle Ogino-Knause, která vychází z menstruačního kalendáře za posledních dvanáct měsíců. Odečtením osmnácti dnů z nejkratšího cyklu vypočteme první plodný den a odečtením jedenácti dnů od nejdelšího cyklu vypočteme poslední plodný den. Jedná se o metodu velice nespolehlivou a dnes je od ní upuštěno. Další metodou je měření bazální teploty v pochvě, která se zvýší během ovulace v důsledku termogenního působení progesteronu. Billingsova, nebo-li hlenová metoda, spočívá v hodnocení změn vlastností cervikálního sekretu v rodidlech, především jeho konzistence, vazkosti a tažnosti, během menstruačního cyklu (Roztočil, 2001).

Jako další pomocné metody pro určení plodných a neplodných dnů může být použita detekce změn na děložním čípku při každodenním samovyšetření, diagnostika krystalizace slin a symptotermální metoda, kdy žena sleduje symptomy při ovulaci (Slezáková, 2011).

1.4.2 Bariérové metody antikoncepce

Bariérové metody jsou nejstarší kontracepcí a to již od dob, kdy si lidé spojili souvislost mezi pohlavním stykem a těhotenstvím. Rozlišujeme mechanickou a chemickou formu bariér.

Princip první zmiňované spočívá v postavení mechanické zábrany do cesty spermiím. Tato forma je kombinovatelná se všemi ostatními, ať již s chemickou či hormonální antikoncepcí. Mezi mechanické bariérové metody antikoncepce patří kondom, který je současně ochranou před pohlavně přenosnými chorobami (STD, z anglického sexually transmitted diseases). Dále se mezi ně řadí poševní pesar, nebo-li diafragma a femidon, což je dámský kondom (Rob, 2008).

Chemické bariérové metody antikoncepce jsou málo oblíbené a používají se spíše v kombinaci s mechanickými metodami. Spermicid se zavádí před pohlavním stykem hluboko do pochvy a nechá se působit. Látky v něm obsažené působí různým způsobem na spermie proti zabránění vzniku gravidity. Známé jsou ve formě krémů, globulí, šumivých tablet, pěn a vaginálních hubek (Kobilková, 2005).

1.4.3 Nitroděložní antikoncepce

Nitroděložní antikoncepce má také svůj původ v dávné minulosti, kdy panoval názor, že zavede-li se něco do dělohy, zabrání to otěhotnění. Dělíme ji na 4 základní typy, a to inertní, s mědí (či jiným kovem), medikované a netradiční, které jsou na trhu prezentovány tělískem Gynefix. To je tvořeno svislým vláknem, na kterém jsou navlečeny měděné kroužky a je zakotveno v myometriu v děložním fundu (Čepický, 2010; Fait, 2012).

U této formy antikoncepce se jedná o zavedení nitroděložního tělíska (IUD, z anglického názvu intra uterine device) do dutiny děložní. Organismus reaguje na cizí předmět vznikem sterilního zánětu a začne zde koncentrovat vyšší množství leukocytů, které likvidují spermie v děloze. Toxicky na spermie působí také případné ionty mědi (Cittebart, 2001).

Výhoda IUD spočívá především v cenové dostupnosti a aplikačním komfortu. IUD se zavadí na dobu 5 let i více, to záleží jejím na typu.

„IUD užívá ve světě 85-100 milionů žen. Je prokazatelně nejvýhodnější metodou kontracepce ve srovnání cena-spolehlivost-zdravotní bezpečnost (Fait, 2012, s. 79).“

1.4.4 Sterilizace

Sterilizace je metoda chirurgické antikoncepce, která je trvalá a nevratná. Sterilizací ženy se rozumí operační zneprůchodnění obou vejcovodů, nejčastěji prováděné laparoskopickou cestou.

„Od 1.dubna 2012 platí nový zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Ten s výjimkou osob s omezenou způsobilostí k právním úkonům a nezletilých ruší sterilizační komise (Fait, 2012, s 94).“ (Příloha 2 a 3)

Zákon zrušil dřívější povinné sterilizační komise, kam museli zájemci své žádosti podávat a čekat na jejich rozhodnutí. Nyní žena, která má o zákrok zájem, podává žádost o sterilizaci svému lékaři a podepisuje ji před svědkem, kterým bývá zdravotník. Tato je součástí její zdravotní dokumentace. Lékař je povinen podat ženě informace o výkonu, jeho nevratnosti a případných rizicích. Při zdravotnické indikaci může být sterilizace provedena nejdříve za 7 dní, při sterilizaci na přání je tomu nejdříve za 14 dní. Písemný souhlas se sterilizací podepisuje žadatel ještě bezprostředně před jejím zahájením (Fait, 2012).

V praxi je možná také mužská sterilizace, která je prováděna podvázáním chámovodů, čímž je znemožněn transport spermií.

1.5 Hormonální metody antikoncepce

Hormonální antikoncepce (HAK) je celosvětově nejpoužívanější forma ochrany proti otěhotnění. Její problematikou se zabývá gynekologická endokrinologie, protože HAK ovlivňuje funkci hypothalamo-hypofyzo-ovariální osy a další hormonálně závislé procesy (Barták, 2006).

Přípravky HAK jsou složeny ze steroidních hormonů, podávané různými aplikačními cestami. Její užívání výrazně snížilo počet umělých ukončení těhotenství. Kromě kontracepčních, má HAK i několik pozitivních účinků, které se využívají jak v prevenci, tak v terapii různých gynekologických onemocnění. Dělíme ji na

kombinovanou hormonální antikoncepci, která obsahuje složku gestagenní a estrogenní. Tato forma zahrnuje antikoncepční tablety a náplasti. Druhá, gestagenní metoda HAK, obsahující pouze gestagen, se prezentuje ve formě minipilulek, podkožních implantátů a injekcí. Tzv. nitroděložní antikoncepční systém je též formou gestagennní antikoncepce (Cibula, 2002; Wollmer, 1999).

Nitroděložní antikoncepční systém je kombinací dvou antikoncepčních metod, proto bude popsán v samostatné kapitole.

1.5.1 Gestagenní antikoncepce

„Dnes už je málo známo, že gestagenní antikoncepce je starší než podstatně obvyklejší kombinovaná hormonální antikoncepce (Čepický, 2010, s 56).“

Jedná se o metodu vhodnou pro ženy, u kterých je kontraindikováno podávání estrogenu, což je například u systémových autoimunitních onemocnění, zvýšeného rizika tromboembolické nemoci, u nemocí jater nebo u kardiovaskulárních onemocnění. Absence negativních účinků estrogenu je hlavní výhodou gestagenní kontracepce (Cibula, 2002).

Dále je tato forma antikoncepce vhodná pro ženy, u kterých je zvýšené riziko vzniku karcinomu endometria a pro ženy s recidivujícími mykotickými vulvovaginitidami. Absolutní kontraindikací pro gestagenní kontracepci je karcinom prsu. V některých doporučeních je jako kontraindikace uveden také stav akutní žilní trombózy a cévní mozková příhoda (Fait, 2012).

Princip gestagenní antikoncepce spočívá v nepřetržité aplikaci progestinu, což má za následek několik antikoncepčních účinků. Hlavním mechanismem je účinek na cervikální hlen, což je způsobeno vlivem na mukopolysacharidy v něm obsažené. Hlen v děložním hrdle, který je vazký a má strukturu připomínající hlen na vrcholu luteální fáze, se již 24 hodin po užití jedné tablety stává nepropustným pro spermie (Cibula, 2002; Čepický, 2010).

Dalším účinkem této metody je blokáda ovulace způsobena negativní zpětnou vazbou, čímž dochází k poklesu produkce gonadotropinů. Anovulace je závislá na typu preparátu, který je použit. U minipilulek a podkožních implantátů k občasným ovulacím dochází, zatímco u depotního medroxyprogesteron acetátu je blokace stoprocentní (Rob, 2008).

Progestin rovněž působí změnu struktury endometria, které není připraveno pro nidaci vajíčka a změnu motility vejcovodů. Tyto účinky jsou spíše podpůrné (Cibula, 2002).

1.5.1.1 Minipilulky

Termín *minipilulka*, který se používá pro perorální formu gestagenní kontracepce, neoznačuje velikost přípravku, ale užitou nižší dávku hormonů. Minipilulky se užívají kontinuálně, každý den 1 tableta bez ohledu na menstruační krvácení. Balení obsahuje 28 tablet, které nijak nesouvisí s menstruačním cyklem, ani ho neupravují. Důležitá je pravidelnost užívání, kdy by maximální odchylka neměla přesáhnout 12 hodin. S užíváním se začíná 1. den menstruace a nástup antikoncepčního účinku je okamžitý. Hladina progestinu dosáhne vrcholu přibližně 2 hodiny po aplikaci a během následujících 24 hodin dochází k jeho distribuci a eliminaci, což vede k návratu původní hladiny. Stejně rychlý je také návrat plodnosti, který nastupuje ihned po vysazení kontracepce (Kuželová, 2004).

V současné době jsou na našem trhu k dostání přípravky Cerazette a Azalia, obsahující 0,075 mg desogestrelu v jedné pilulce. Ten je řazen do progestinů třetí generace, které mají minimální androgenní aktivitu (Fait, 2012).

Výhodou minipilulek je možnost jejich užívání během kojení a kojící ženy jsou také hlavní skupinou žen užívajících gestagenní perorální antikoncepci. Nevýhodou naopak bývá krvácení mimo cyklus, nepravidelná menstruace, nemožnost posunování menses a nižší spolehlivost metody (Košťál, 2005).

1.5.1.2 Depotní injekce

Injekční přípravky obsahují účinnou látku medroxyprogesteronacetát (MPA) v krystalických suspenzích, které se v těle postupně rozpouštějí. Koncentrace gestagenu je u této formy kontracepce dostačující pro inhibici ovulace. Zároveň dochází také k vlivu na hlen v děložním hrdle a na děložní sliznici (Cibula, 2002).

Depo-Provera (DMPA, depotní medroxyprogesteronacetát) byla donedávna jediným preparátem dostupným u nás. Jedná se o čistý progesteron bez androgenních či extrogenních účinků. Aplikace se provádí jednou za 3 měsíce intramuskulární cestou a první dávku je možno podat kdykoliv během menstruace, nejlépe ale do 5. dne cyklu pro okamžitý antikoncepční účinek. V současné době je Depo-Provera nahrazována preparátem s názvem Sayana, která obsahuje nižší dávku účinné látky MPA a aplikuje se subkutánně dle stejného schématu (Fait, 2012).

Jednou z hlavních výhod injekční formy antikoncepce je vysoká spolehlivost, která je srovnatelná se spolehlivostí sterilizace. Je zde udržována stále stejná hladina, která není ohrožena ani sníženým vstřebáváním z gastrointestinálního traktu. Dalším pozitivem je zmírněná intenzita menstruačního krvácení až amenorea (vynechání menstruace).

Mezi nevýhody patří pozdní návrat fertility, který je udáván v průměru za 10-18 měsíců. Může docházet k nepravidelnému špinění, k váhovému přírůstku a negativnímu ovlivnění hodnot kostní denzity. U depotních forem je také vyšší výskyt negativních účinků, kterými jsou cephalea, nauzea a změny nálad (Čepický In Roztočil, 2011).

1.5.1.3 Podkožní implantáty

V současnosti je jedinou metodou extrahovatelné gestagenní depotní antikoncepce preparát s názvem Implanon, který nahradil dříve používaný přípravek Norplant. Jedná se o flexibilní tyčinku obsahující etonogestrel, aktivní metabolit desogestrelu. Spolehlivě chrání ženu před otěhotněním po dobu 3 let od zavedení. Hlavním

kontracepčním účinkem preparátu je blokáda ovulace, ale podílí se na něm také změna morfologie endometria a zvýšená viskozita cervikálního hlenu. Implantát se zavádí těsně pod kůži na vnitřní stranu nadloktí nedominantní ruky ženy a aplikaci je doporučováno provádět do 5. dne menstruace (Cibula, 2003).

Hlaváčková (2003) řadí do cílové skupiny žen, pro které je preparát určen, ženy, které netolerují estrogeny, ženy, které chtějí spolehlivou antikoncepci a nemuset na ni myslet, ženy budující svou kariéru nebo již neplánující další dítě. Dále je vhodná pro ženy kojící, ženy v premenopauze s relativním hyperestrogenismem a pro ženy, jenž netolerují IUD a přesto si přejí gestagenní kontracepci s depotním účinkem.

Nejčastějším nežádoucím účinkem, který provází inzerci Implanonu, je nepravidelné krvácení. Ve srovnání s Norplantem je častější výskyt amenorey. Počet dnů krvácení nebo špinění, stejně jako počet epizod krvácení, je srovnatelný u obou systémů. Pro akceptování změny charakteru krvácení je zásadní vhodné poučení ženy před zavedením implantátu. „Výskyt dalších nežádoucích účinků je srovnatelný s jinými gestagenními kontracepčními metodami. Nejčastěji se objevuje akné, napětí prsů, bolesti hlavy a přírůstek hmotnosti. Současně však dochází u většiny žen s neexistujícím akné ke zlepšení klinické manifestace. Inzerce implantátu výrazně snižuje intenzitu dysmenorey (Cibula, 2003, s.370).“

1.5.1.4 Příznivé zdravotní účinky gestagenní antikoncepce

Příznivé účinky perorální gestagenní antikoncepce nebyly doposud podrobněji zkoumány, ale jsou patrně menší než u ostatních metod. Všeobecně platí, že pozitivní neantikoncepční účinky jsou nejvýraznější u DMPA, méně potom u implantátů. (Čepický, 2010).

Gestagenní metody kontracepce mají vliv na sílu menstruačního krvácení, kdy způsobují jeho sníženou intenzitu a někdy může nastat při užívání až úplná amenorea. V menší míře implantáty, ve větší injekční formy, mohou být použity pro řešení poruch menstruačního cyklu ve smyslu polymenorey (častější výskyt menstruace), menoragie

(prodloužené silné menstruační krvácení), dysfunkčního děložního krvácení a s nimi související sideropenické anemie. Nasazení gestagenní antikoncepce a blokáda cyklu pomocí nepřetržitého podávání progestinů, jé také možnou terapií při premenstruačním syndromu nebo menstruační migréně. Gestagenní kontracepce je též vhodná u žen trpících endometriózou (endometrium mimo tělo děložní), neboť má pozitivní vliv na bolesti s ní spojené. Příznivý účinek na pánevní bolesti nejasného původu s normálním anatomickým nálezem je především u injekční a implantační formy. Díky blokádě ovulace a menstruace může gestagenní antikoncepce pomoci při dysmenorei a algomenorei (bolestivá menstruace). Veliký význam se gestagenní kontracepci přisuzuje v prevenci onkologických onemocnění. Je uváděno, že již po jednom roce užívání gestagenních preparátů, je sníženo riziko karcinomu endometria až o 80 %. Vliv na vznik karcinomu ovarií není zcela známý. Čepický (2004) předpokládá, že pokud je nejvýznamnějším rizikovým faktorem celoživotní počet ovulací, budou mít metody gestagenní kontracepce vliv i na tento druh nádorů. Karcinom prsu je dle Světové zdravotnické organizace (WHO, z anglického World health organisation) absolutní kontraindikací pro gestagenní antikoncepci, ale pět let po skončení léčby se mění v kontraindikaci relativní. Na druhou stranu se DMPA používá v rámci terapie karcinomu tohoto onemocnění. Snížené je také riziko vzniku zánětlivé pánevní nemoci vlivem účinku progestinu na cervikální hlen. Uvádí se taktéž příznivý vliv na výskyt mykotické vulvovaginity, který je výrazně snížen. Injekční forma gestagenní antikoncepce je vhodná pro epileptičky, neboť DMPA se může uplatnit právě při léčbe určitých forem epilepsie. Příznivý účinek je i na průběh onemocnění u srpkovité anemie. Nutno zmínit, že gestagenní antikoncepce je doporučovaná metoda ochrany proti početí u kojících žen a vhodné je její nasazení po skončení šestinedělí. Při užívání DMPA je dokonce prokázán vliv na vyšší tvorbu mateřského mléka (Čepický, 2010; Fait, 2010).

1.5.1.5 Zdravotní rizika a možné komplikace gestagenní antikoncepce

Ženami negativně vnímanou komplikací při užívání gestagenní antikoncepce bývá nepravidelnost menstruačního cyklu, kdy dochází k intermenstruačnímu špinění nebo k epizodám metrorrhagie (krvácení mimo menstruační cyklus).

Vliv progestinu na zvýšenou chuť k jídlu může zapříčinit nárůst hmotnosti při užívání gestační kontracepce. Dochází ke zhoršení projevů akné, ovšem po ukončení užívání dochází k návratu do původního stavu. Příčinou je reziduální androgenní účinek progestinu. U DMPA dochází k reverzibilnímu mírnému úbytku kostní hmoty. V případech, kdy není zcela blokována ovulace, může dojít ke zvýšenému výskytu ovariálních cyst, které většinou spontánně vymizí. Specifickou negativní vlastností DPMA je postupná návratnost plodnosti. Její krajní hranice jsou 14 týdnů a 18 měsíců od poslední injekce (Kobílková, 2005).

„Mezi zdravotní rizika se dají zařadit také lékové interakce. Největší význam má pokles spolehlivosti minipilulek a implantátů při užívání přípravků, které urychlují odbourávání hormonů v játrech. Klinický význam má rifampicin a některé léky užívané při epilepsii (Čepický In Roztočil, 2011, s. 107).“

1.5.2 Nitroděložní antikoncepční systém

Již podle názvu intrauterinní tělísko s levonorgestrelem (LNG-IUS, intrauterinní systém uvolňující levonorgestrel, Mirena) obsahuje dvě antikoncepční metody – nitroděložní a gestagenní. Má tedy dvojí mechanismus účinku, což zvyšuje jeho spolehlivost. V děloze LNG-IUS působí jako cizí těleso a indukuje sterilní zánět, čímž vede ke vzniku degradačních produktů bílých krvinek. Ty jsou toxické pro spermie, které překonají bariéru v hrdle děložním. Takových spermií je ovšem minimum, neboť progestinová složka způsobuje změnu ve viskozitě cervikálního hlenu. Dále narušuje motilitu vejcovodů a působí na růst děložní sliznice, která se stává nepříznivou pro nidaci vajíčka (Čepický, 2010; Fait, 2012).

LNG-IUS má tvar písmene T a jeho vertikální rameno obsahuje rezervoár s levonorgestrelem, který se postupně uvolňuje a je vstřebáván do systémové cirkulace v bazální vrstvě endometria. Účinná látka se dá v krvi prokázat již za 15 minut po zavedení systému. LNG-IUS se doporučuje zavádět během prvních 7 dnů menstruačního cyklu a doporučená doba zavedení je 5 let. Po uplynutí intervalu by mělo být tělísko vyměněno nebo odstraněno (Cibula, 2002).

Mezi příznivé účinky metody patří navozená hypomenorea (slabá menstruace) až amenorea, což lze v praxi využít v léčbě hypermenorey (silná menstruace), polymenorey, dysmenorey a dysfunkčního krvácení. „Přítomný progestin působí taktéž protektivně proti hyperplazii endometria, děložním myomům a karcinomu endometria. Velmi pozitivní je také vliv přítomného hormonu na strukturu hlenu v děložním hrdle, což má za následek snížení až vymizení pánevní zánětlivé nemoci. LNG-IUS má také využití v hormonální substituci postmenopauzálních žen (Čepický In Roztočil, 2011, s. 109).“

Nežádoucím účinkem hormonálního tělíska je postupně slábnoucí krvácení či špinění, které trvá v průměru první tři měsíce od jeho zavedení. Poté mizí a žena menstruuje ve svých obvyklých intervalech, ale kratší dobu. Mírně zvýšen je stejně jako u jiných metod gestagenní kontracepce výskyt tzv. funkčních cyst vaječníku. Jejich význam je ale také pouze kosmetický, nezpůsobují obvykle žádné potíže a samy bez další léčby mizí. Mezi rizika je nutné zařadit vzácnou možnost poranění dělohy při zavádění tělíska a jeho samovolné vypadnutí (Barták, 2006).

Výjimečně může dojít k bolestem hlavy, otokům, bolestem v podbřišku a citlivosti prsů. LNG-IUS má obdobné indikace jako čistě gestagenní kontracepce. Kontraindikace lze rozdělit na absolutní a relativní. Fait (2012) mezi absolutní kontraindikace uvádí puerperální sepsi, aktuální pánevní zánětlivou nemoc, nevysvětlitelné krvácení z rodidel, karcinom prsu do 5 let po léčbě, karcinom čípku nebo endometria, choriokarcinom, pánevní tuberkulózu a vrozené vady dělohy nebo submukózní myomy, bránící uložení tělíska. V relativních kontraindikacích poté uvádí zavedení systému do 4 týdnů po porodu, aktuální TEN, vysoké riziko PID, nemožnost zavedení tělíska, aktivní jaterní poruchu nebo karcinom prsu v anamnéze.

1.5.3 Postkoitální antikoncepce

Postkoitální antikoncepce, nebo-li intercepce není určena k plánovanému použití. Indikace je na místě až při rozpoznání selhání jiné metody antikoncepce nebo při neplánovaném nechráněném pohlavním styku (Barták, 2006).

Mechanismus účinku metody závisí na fázi menstruačního cyklu, je-li podán před ovulací nebo po ovulaci. V prvním případě může dojít k jejímu zabránění. Při aplikaci metody po ovulaci dochází k narušení funkce žlutého tělíska a k ovlivnění struktury endometria, ve kterém následně nedojde k nidaci vajíčka. Nutno uvést, že pokud je vejce již nidované, intercepce ho nepoškodí (Čepický, In Roztočil, 2011).

V současné době máme k dispozici několik možností postkoitální kontracepce. První z nich je nouzová antikoncepce s levonorgestrelem, kterou lze užít nejpozději do 72 hodin po nechráněném sexuálním styku nezávisle na menstruačním cyklu. U této metody nejsou známy žádné absolutní kontraindikace, protože hormonální hladiny jsou změněny po krátkou dobu. Na trhu jsou k dostání ve formě tabletek. Postinor-2 má v balení 2 tablety, kdy první tabletu se doporučuje užít co nejdříve po nechráněném styku, nejpozději do 72 hodin a druhou tabletu do 12 hodin (nejpozději 16 hodin) od první. Druhým, novějším přípravkem je Escapelle. Balení obsahuje jednu tabletu, která by se měla užít do 12 hodin , nejpozději však do 72 hodin od nechráněného pohlavního styku. V současnosti jsou oba preparáty volně prodejné v lékárnách. (Příloha 4)

Druhou možností jsou preparáty, obsahující ulipristal acetát (UPA). Ten je určen pro užití do 120 hodin po nechráněném pohlavním styku nezávisle na menstruačním cyklu. Na trhu je reprezentován preparátem s názvem EllaOne. UPA je aktivní syntetický modulátor progesteronového receptoru, který se s vysokou afinitou váže na lidský progesteronový receptor a blokuje nebo oddaluje ovulaci (Fait, 2012).

Dříve se využívala tzv. YUZPE metoda, kdy se podávaly 4 tablety běžné kombinované hormonální antikoncepce do 12 hodin po styku a za 12 hodin dalších 4 tablety. Účinku jde dle zdrojů touto metodou dosáhnout i po užití první dávky do 72 hodin po styku. Jako formu intercepce lze zavést do 120 hodin po souloži IUD, které též zabrání případné nidaci vajíčka (Kuželová, 2006).

Nevýhodou postkoitální kontracepce jsou její negativní účinky. Často bývá nausea a zvracení, pocit napětí v prsou a pocit únavy. Dále se vyskytuje bolest hlavy a břicha, pocit závrati, poruchy menstruace a metroragie (Rob, 2008).

1.5.4 Kombinovaná hormonální antikoncepce

„Kombinovaná hormonální antikoncepce spočívá v užívání estrogestagenní kombinace, téměř výhradně v podobě tablet („pilulek“) - odtud zkratka COC (combined oral contraception) (Čepický, 2004, s. 585).“

Kombinace hormonů se užívá většinou v cyklickém režimu, což způsobuje pravidelné pseudomenstruační krvácení. Preparáty jsou především v perorální formě, ale k dostání jsou taktéž ve formě transdermální a v podobě vaginálních kroužků (Slezáková, 2011).

Mechanismus účinku této metody je kombinovaný, kdy dominantní je inhibice ovulace ovlivněním zpětných vazeb v hypothalamo-hypofyzo-ovariální ose. K tomuto účinku se přidává progestin ovlivňující motilitu vejcovodů, růst endometria a hlen v hrdle děložním. Jak spolehlivá je blokáda ovulace závisí na dávce estrogenů v preparátu. COC patří k nejspolehlivějším formám antikoncepce (Cibula, 2002).

Kontraindikace COC se dělí na absolutní a relativní. Fait (2012) uvádí mezi absolutní kontraindikace kouření u ženy nad 35 let, tromboembolickou nemoc, ischemickou chorobu srdeční nebo cévní mozkovou příhodu v anamnéze, tumory jater nebo jejich akutní onemocnění. Dále také primární plicní hypertenzi, diabetes mellitus s orgánovými komplikacemi, karcinom prsu, endometria či ovárií, bolesti hlavy s neurologickými symptomy, kojení do 6 měsíců věku dítěte a dlouhodobou imobilizaci.

Relativními kontraindikacemi u COC jsou plánované rozsáhlé operace, vysoké riziko tromboembolie, závažná dislipidemie, vaskulární migréna, ischemické choroby srdeční a komplikovaný diabetes mellitus (Jeníček, 2009).

1.5.4.1 Perorální forma COC

COC dělíme dle různých kritérií - podle druhu estrogenu, typu progestinu, dávky estrogenu a podle cyklicity. Poslední zmiňované rozděluje přípravky na monofázické, kdy dávka estrogenu a progestinu je stejná v každé účinné tabletce a v průběhu cyklu se nemění. Bifazické přípravky, pro které je charakteristické zvýšení dávky progestinu v druhé polovině cyklu a trifazické přípravky, ve kterých se mění dávka gestagenu a dávka estrogenu, případně zůstává dávka estrogenu stejná. U kombifázických přípravků je v první polovině vyšší dávka estrogenu a nižší dávka progestinu a v druhé polovině cyklu naopak. V dnešní době je na výběr mnoho forem perorální COC, aby se mohla její preskripce přizpůsobit potřebám ženy (Barták, 2006).

Před nasazením COC by žena měla podstoupit vyšetření, která potvrdí, zda je vhodnou uživatelkou. Patří mezi ně řádná anamnéza, preventivní onkogynekologická prohlídka, měření krevního tlaku před nasazením antikoncepce, po třech měsících a poté jednou ročně. U rizikových žen by měly být kontrolovány jaterní testy a trombofilní mutace. Důležitá je také edukace ženy lékařem nebo porodní asistentkou (Fait, 2012).

1.5.4.2 Transdermální forma

Antikoncepční náplasti obsahují taktéž dva druhy hormonů – estrogen a progestin. Tyto hormony jsou ve své podstatě tukové povahy, tudíž se vstřebávají pokožkou a je možné je podávat transdermální cestou. Aplikují se cyklicky v předepsaných intervalech, tzn., že se užívají po dobu třech týdnů, každý týden jedna náplast. Poté se týden vynechá a v té době se dostavuje pseudomenstruace (Kobílková, 2005).

Hlavní výhodou transdermální kontracepce je zajištění přísunu trvalé plynulé dávky hormonů do organismu ženy. Ty neprochází přes játra, jako je tomu u COC a tím je zabráněno tzv. „first-pass“ efektu, což má za následek menší vliv na srážení krve. Náplasti jsou výhodnější také například při užívání antibiotik, neboť antikoncepční

hormony neprochází přes trávicí ústrojí, tudíž není ovlivňováno jejich vstřebávání poškozením střevních bakterií (Kuželová, 2004).

Nevýhodou kontracepčních náplastí je jejich viditelnost a po určité době nejsou zcela estetické, což není každé uživatelce zcela příjemné. Existuje riziko odloupnutí, které se zvyšuje například pobytem v teplé vaně. Mírnou nevýhodou je také cena, která není zcela nejnižší (Barták, 2006).

1.5.4.3 Vaginální kroužek NuvaRing

Antikoncepční kroužek NuvaRing je nízkodávkový antikoncepční přípravek, obsahující etonogestrel a athinylestradiol, které jsou pomalu uvolňovány do krevního oběhu. Aplikuje se vaginálně na dobu tří týdnů, kdy je zajištěn plynulý přísun hormonů. Spolehlivost je plně srovnatelná s perorální formou.

Výhody kombinovaného vaginálního kroužku jsou stejné jako u transdermální formy. Jsou jimi vyrovnané hladiny účinných látek, vynechání first-pass efektu, absence vlivu zažívacích potíží a antibiotické komedikace. V porovnání s náplastmi je uživatelkami kladně hodnocena neviditelnost preparátu (Barták, 2006).

Mezi nevýhody kontracepčního kroužku se řadí riziko náhodného vypuzení z pochvy, především při nesprávném zavedení, během pohlavního styku nebo v souvislosti se zácpou. Z tohoto důvodu je třeba pravidelně kontrolovat, zda je kroužek správně zaveden, což může být někdy také vnímáno jako nevýhoda této metody (Kuželová, 2004; Fait 2012).

1.5.4.4 Příznivé účinky kombinované hormonální antikoncepce

COC je nejen prostředkem pro zabránění vzniku nechtěné gravidity, ale má také řadu pozitivních účinků dokonce i terapeutické indikace.

Je dokázáno, že COC má vliv na snížení výskytu karcinomu endometria, ovaria a v oblasti tračníku. Ochranný efekt u karcinomu dělohy spočívá v progestinové dominanci, jenž potlačuje mitotickou aktivitu endometriálních buněk. U vaječníků způsobuje užívání COC blokaci ovulace, čímž výrazně snižuje riziko vzniku karcinomu. Ochrana je zajištěna celoživotně, proto je konzumace COC doporučována ženám se zvýšeným rizikem těchto onemocnění. U kolorektálního karcinomu spočívá projektivní účinek ve vlivu estrogenů na syntézu žluči a ve snížení koncentrace žlučových kyselin.

Příznivý účinek má COC na vznik funkčních ovariálních cyst. Je ale ovlivněn dávkou estrogenů a fázicitou preparátu, kdy vyšší ochranný efekt mají monofazické přípravky s vyšší dávkou estrogenu. COC je základní terapií při léčbě syndromu polycystických ovarií. Vliv progestinu na hustotu cervikálního hlenu ovlivňuje vznik zánětů vnitřních rodidel, neboť zamezuje vstupu do děložního hrdla spermiím a zároveň také mikrobům (Cibula, 2002; Fait, 2012).

Přípravky COC s neandrogenními nebo antiandrogenními progestiny mají terapeutický účinek při akné. Vysoká spolehlivost COC zase způsobuje vysokou ochranu proti vzniku mimoděložního těhotenství. Příznivým účinkem je také možnost regulace při nepravidelnostech menstruačního cyklu. Může se jednat o polymenoreu, hypermenoreu (silné menstruační krvácení), oligomerou (porucha rytmu menstruačního krvácení, při níž krvácení přichází v intervalech delších než 31 dnů) či amenoreu. Požívá se též jako terapie při dysmenoree a při premenstruačním syndromu, kdy žena pociťuje únavu, tlak v podbřišku a křeče, otoky dolních končetin, bolesti hlavy, změny sexuálních nálad a mohou být až lehké deprese (Kuželová, 2004).

Kladný vliv má COC také na osteoporózu, sideropenickou anemii či na některé formy koagulopatií. Uvádí se též zlepšení alergií a možná ochrana před peptickým vředem a před onemocněním štítné žlázy (Čepický, 2010).

1.5.4.5 Zdravotní rizika a možné komplikace kombinované hormonální antikoncepce

Z praktického hlediska se dají nežádoucí komplikace COC rozdělit na závažné, které se týkají cévního systému a nezávažné, což jsou spíše nepříjemnosti, které mohou užívání antikoncepce doprovázet.

Při užívání COC dochází k vysoké koncentraci estrogenu v krvi procházející játry, kde se tvoří většina koagulačních faktorů. Estrogen jejich produkci ještě zvyšuje, což má za následek, že organismus uživatelek tvoří více koagulačních faktorů a jejich krev má větší schopnost se srážet. Za obvyklých situací si s tím tělo poradí pomocí antikoagulačního systému. Komplikace mohou nastat, pokud žena užívající COC trpí onemocněním, které může zvýšená srážlivost zkomplikovat. Typickým příkladem jsou varixy, nebo-li křečové žíly dolních končetin. Zde se začnou tvořit tromby, které žílu ucpávají. Přidá-li se k nim zánět, dochází ke vzniku tromboflebitidy (Barták, 2006; Dulíček, 2010).

Obezřetnější musíme být u uživatelek nad 35 let věku, u kuřaček a u žen trpících hyperlipidémií, které by měly volit preparáty s nízce androgenním nebo neandrogenním progestinem. Progestin obsažený v kombinované hormonální antikoncepci je totiž vytvořen z testosteronu, na který se může v těle z části opět přeměňovat. Ten poté mění poměry dvou cholesterolů- lipoproteinu s nízkou hodnotou (LDL, z anglického low density lipoprotein) a vysokodenzitního lipoproteinu (HDL, z anglického high density lipoprotein), které se vyskytují v lidském organismu. Tento poměr se mění ve prospěch LDL cholesterolu, který způsobuje sklerotické změny na cévních stěnách. Dochází tak ke zvýšenému riziku vzniku infarktu myokardu a cévní mozkové příhody (Cibula, 2002).

U vaskulárních migrén dochází při užívání k častějším atakám nebo k jejich zhoršenému průběhu. Závažnější vaskulární migréna je dokonce kontraindikací pro užívání COC. Při jejím užívání může docházet ke změnám nálady, k depresím a poklesu libida. To jsou také časté důvody, proč ho ženy odmítají. Psychické změny jsou

přisuzovány spíše progestinům, neboť ty mohou ovlivňovat tvorbu neurotransmiterů (Cibula, 2002).

Při užívání přípravků COC by měla mít žena naprosto pravidelný cyklus, kdy by se pseudomenstruace měla dostavit vždy po dvou až třech dnech po užití poslední tabletky. Někdy se tak ovšem neděje a dochází k tzv. krvácení z průniku. Často to bývá pouze špinění nebo slabé krvácení, objevující se během užívání a vyřešit tento problém pomůže výměna preparátu.

Nejčastější obavou především mladých dívek je nárůst hmotnosti při užívání COC. Zbytkový androgenní efekt gestagenů se může projevovat anabolicky, estrogeny zase navozují cyklickou retenci tekutin, která má za následek kolísání hmotnosti (Uzel, 2003; Barták, 2006).

1.6 Edukace

Edukace je pojem pocházející z latinského slova educo, educare, což znamená vychovávat, vypěstovat. Jejím hlavním cílem je získávání určitých poznatků a vědomostí. Snahou edukace je také dosažení změny v chování klienta, přeměna jeho vztahových a hodnotových postojů a citových a volních struktur osobnosti

V edukačním procesu jde o to, aby klient získal nové informace, pochopil je a uměl využít ve svém životě. Měl by si osvojit dovednosti v teoretických i praktických činnostech a získávat nové návyky. Je to činnost lidí, při které dochází k učení. Edukační proces probíhá v tzv. edukačním prostředí, které je ovlivňováno mnoha faktory, jak fyzikálními, tak psychosociálními vztahy a celkovou atmosférou edukace. Osobami zúčastňujícími se procesu vzdělávání jsou edukátor, který edukuje a edukant, který se něčemu novému učí. Charakteristiky obou účastníků mají nemalý vliv na úspěšnost edukace. Edukátor proces ovlivňuje svými osobními charakteristikami, jako jsou temperament nebo celkový zdravotní stav a profesní charakteristika, která zahrnuje odborné vědomosti, pedagogické schopnosti a zkušenosti. U edukanta jsou důležité charakteristiky fyzické, které představují věk,

pohlaví, či zdravotní stav, dále pak kognitivní, zahrnující styl učení, schopnosti, inteligenci či názory. Afektivní charakteristiky vyjadřují postoje, potřeby a motivace edukanta. A v neposlední řadě jsou to charakteristiky sociální a sociokulturní, jako je rodinné prostředí či profesní úroveň (Jirkovský, 2004).

Juřeníková (2010) ve své publikaci rozděluje proces edukace do pěti fází. V první fázi *počáteční pedagogické diagnostiky* využívá edukátor pozorování nebo rozhovoru k posouzení edukanta, úrovně jeho vědomostí, dovedností, postojů a návyků a zjištění jeho edukační potřeby. Táto fáze je velice důležitá pro stanovení cílů edukace. Druhá fáze je *projektování,* kdy edukátor volí metodu, formu, obsah a časový rámec edukace a snaží se naplánovat cíle. Ve třetí fázi *realizace* je zahrnuto pět kroků. Motivace edukanta, po které nastává expozice, ve které poskytujeme klientovy nové poznatky. Následuje fixace, ve které se procvičují a opakují nové poznatky v návaznosti na ty předchozí. V průběžné diagnostice vyučující testuje pochopení daného učiva a zájem edukanta. Po pěti krocích třetí fáze edukace nastává fáze *upevnění a prohlubování učiva,* která je nezbytná pro uchování poznatků v dlouhodobé paměti. Ve fázi *zpětné vazby* hodnotí edukátor nejen výsledky edukanta, ale i jeho samotného.

V poslední době je v porodní asistenci stále častěji kladen důraz na edukační proces v ošetřovatelství, který představuje nedílnou součást kvalifikované péče.

1.6.1 Edukační plán a edukační standard

Edukační plán si porodní asistentka vytvoří ve fázi plánování, nebo-li ve třetí fázi ošetřovatelského procesu. Musí vycházet z cíle, který si edukátorka stanoví a měl by odpovídat nejnovějším poznatkům v dané oblasti. Edukační plán by měl dodržovat několik zásad, jako jsou zásady názornosti, aktuálnosti, spojení teorie s praxí, vědeckosti, zásady zpětné vazby a individuálního přístupu. Ty ovlivňují kvalitu edukace ženy.

Plány edukace jsou jedním z prostředků, sloužících k hodnocení poskytované péče a jsou součástí ošetřovatelské dokumentace.

Standardy jsou soubory pravidel pro výkony odborných činností. Edukační standardy jsou tudíž takové soubory, které mají zajistit efektivní a účinnou edukaci. Obsahují téma edukace a míru závaznosti, která vyjadřuje pro koho je určený a kdo se jím musí řídit. V edukačním standardu musí být uvedeny cíle edukace a kritéria, která jsou zapotřebí pro jejich splnění. Dále obsahuje způsob hodnocení a metodiku kontroly, kde se uvádí kdo a jak často je oprávněn kontrolu provádět. Edukační audit, který je také součástí, hodnotí míru úspěšnosti edukace (Magurová, 2009).

1.6.2 Edukace v práci porodní asistentky

Cílem edukace v ošetřovatelské péči je klientka, ve smyslu pomoci jí umět se rozhodnout v situacích, které ovlivňují její zdraví. Aby si utvářela životní hodnoty, osvojovala správné dovednosti a získávala nové vědomosti. Jedná se o proces, ve kterém dochází k učení a je při něm potřeba brát ohled na bio-psycho-sociálně-spirituální složku osobnosti ženy, s ohledem na etické normy. Edukační proces je využíván v diagnostickém, ošetřovatelském a léčebném procesu (Magurová, 2009; Kuberová, 2010).

Edukace je brána jako jedna z funkcí moderního ošetřovatelství. Výrazně napomáhá naplňovat cíle ve všech částech prevence, v primární, sekundární i terciární. V primární prevenci je edukace zaměřena na zdravé osoby. Jejím cílem je prevence chorob a zlepšování kvality zdraví a života. Do ní je zahrnuta kromě oblasti výživy, hygieny také edukace o antikoncepci. V sekundární prevence je vyučování zaměřeno na ženy a dívky, u kterých došlo k narušení zdraví. V terciární prevenci se pak edukace soustředí na ženy, které trpí nevyléčitelným onemocněním.

V porodní asistenci je edukace rozdělena na *edukaci základní, komplexní* a *reedukaci.* V případě, že klientka nemá o dané problematice žádné informace, provádí porodní asistentka edukaci základní. Učí ženu novým dovednostem a předává jí nové vědomosti, aby byla s tématem ztotožněna. Komplexní edukace je edukací rozšiřující. V edukačních kursech, v nichž bývá realizována, porodní asistentka předává své

vědomosti, vysvětluje a mimo to ženu zapojuje do edukačních aktivit. Reedukací se rozumí prohlubování předchozích vědomostí, které jsou podány porodní asistentkou klientce (Jirkovský, 2004; Magurová, 2009).

Porodní asistentka by pro činnost edukátorky měla mít nejen teoretické vědomosti, ale také praktické zkušenosti a dostatek empatie. Neméně důležitá je schopnost komunikace a ovládaní její verbální i nonverbální složky. Příkladem edukačního prostředí porodní asistentky může být oddělení v nemocničním zařízení, ordinace praktického gynekologa nebo prostory určené k předporodním či jiným kurzům. Edukátorem je sama porodní asistentka a edukantem žena přicházející na preventivní prohlídku nebo žena gynekologicky nemocná, dále těhotná nebo žena po porodu. Faktory, které pozitivně ovlivní edukační proces jsou motivace a ochota k edukaci a připravenost edukátora, což jsou edukační materiály i prostory zvolené pro předávání informací. Negativní vliv na průběh může naopak mít psychický a fyzický stav klientky a kulturní bariéry (Kuberová, 2010).

1.6.3 Edukace dívek a žen o antikoncepci

Edukace dívek a žen o antikoncepci bývá v praxi často podceňovaná, ač je velice důležitá. Klientka by měla být informována natolik, aby byla schopna učinit správné rozhodnutí o volbě antikoncepce. Poskytovat taková poučení patří do kompetencí porodní asistentky. (Příloha 5)

Dívky se o antikoncepci dozvídají v rámci sexuální výchovy, která by měla být součástí výuky již na základní škole. Potřebu vyučovat tento předmět dokazují i různé výzkumy, které poukazují na to, že nepoučené děti zahajují sexuální život dříve než děti, které měly sexuální výchovu (Uzel, 2006).

Rozdělení sexuální výchovy je dle ročníků, přičemž problematika plánovaného rodičovství a antikoncepce náleží do osmé třídy. Dívky se dozví o možných metodách ochrany proti otěhotnění. Sexuální výchovu by měl přednášet pedagog nemající zábrany tuto tématiku vyučovat a studentům vhodnou formou otevřeně přednese její

problematiku (Janiš, 2005). „Stejně jako u ostatních témat sexuální výchovy je u antikoncepce nutné, abychom nezůstali v hladině vědomostí, ale dosáhli i hladiny postojů a dovedností, t.j. žáky o důležitosti antikoncepce přesvědčili a vybudovali některé dovednosti – např. komunikovat o antikoncepci s partnerem, partnerkou, odmítnout nechráněný sex, správně zacházet s kondomem apod. Právě hladina dovedností a postojů je klíčová a bude pro nás mnohem větším pedagogickým oříškem než naučit žáky a žákyně vyjmenovat jednotlivé antikoncepční metody (Fait, 2010).“

Dále jsou dívky o antikoncepci poučeny v ordinaci svého gynekologa, přímo lékařem nebo porodní asistentkou. Při edukaci klientky vychází porodní asistentka z jejích dosavadních vědomostí a zkušeností s kontracepcí. Důležité je si uvědomit, že dívky a ženy se k informacím dostávají prostřednictvím různých zdrojů. Těmi mohou být reklamy, tisk, internet nebo kamarádky. Z tohoto důvodu by informace podávané porodní asistentkou měly být kvalitní a pro dívku či ženu srozumitelné, aby se v nich dokázala orientovat a využít jich při rozhodování. Rady ohledně vhodného výběru antikoncepce by měly být individuální na základě ženiných specifických požadavků a v závislosti na věku a stavu. Tím je myšleno, zda žena kojí nebo nekojí nebo jestli není přítomno onemocnění, které by ženě bránilo v užívání některé kontracepce. Porodní asistentka by měla klientku edukovat o vhodných metodách antikoncepce, mechanismech účinků určitých metod, způsobu užívání a možnostech vedlejších účinků. Ohled by měl být brán také na finanční možnosti klientek nebo jejich psychické zábrany, které je důležité respektovat. Ne každá metoda zabránění otěhotnění je vhodná pro každou ženu, čímž je opět zmíněna bio-psycho-sociálně-spirituální složka osobnosti (Jirkovský, 2004; Pařízek, 2009).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit znalosti dívek druhého ročníku střední zdravotnické školy o výhodách a rizicích hormonální antikoncepce.
Cíl 2: Zjistit znalosti o výhodách a rizicích hormonální antikoncepce u žen ve fertilním věku, které již rodily.
Cíl 3: Porovnat úroveň znalostí o hormonální antikoncepci u dívek druhého. ročníku střední zdravotnické školy a u žen ve fertilním věku, které již rodily.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaké znalosti mají dívky druhého ročníku střední zdravotnické školy o hormonální antikoncepci?
VO 2: Jaké znalosti o hormonální antikoncepci mají ženy ve fertilním věku, které již rodily?
VO 3: Jaké jsou rozdíly ve vědomostech o hormonální antikoncepci mezi zkoumanými skupinami?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Pro bakalářskou práci a ověření výzkumných otázek bylo použito kvalitativní šetření, které pracuje s malým počtem respondentů bez nároku na statistickou reprezentativnost. Sběr dat byl proveden pomocí strukturovaných rozhovorů. (Příloha 6) Tato forma byla zvolena záměrně, neboť strukturované rozhovory pomáhají udržet zaměření k tématu a současně dávají respondentům prostor pro uplatnění vlastních zkušeností a názorů. Další výhodou je ulehčené srovnávání odpovědí, které je zajištěno předem danými otázkami. Dále byly rozhovory zpracovány metodou obsahové analýzy (Švaříček, 2007; Hendl, 2008).

Oslovené respondentky byly informovány o tom, že rozhovor je anonymní a jeho výsledky budou využity pouze pro účely bakalářské práce. Rozhovory byly pořízeny v měsíci březnu roku 2013 na veřejných místech, která poskytovala dostatek soukromí pro vedení rozhovoru nebo v domácím prostředí respondentek. Se souhlasem respondentek byly nahrávány na diktafon a z audiozáznamu následně interpretovány do písemné formy. Respondentky byly z důvodu anonymity označeny D1 až D4, se ženami ve fertilním věku Z1 až Z4. Pro snadnější přehlednost a následné porovnání byly v odpovědích na jednotlivé otázky barevně označeny stěžejní myšlenky a výsledky výzkumu byly zpracovány do tabulky a schémat. Při porovnávání získaných dat byly použity vlastní věty respondentek ze zaznamenaných rozhovorů, které jsou v textu v uvozovkách a označeny kurzívou.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem osm respondentek, z toho byly čtyři studentky druhého ročníku Střední zdravotnické školy (SZŠ) a čtyři ženy ve fertilním věku.

Respondentky první skupiny musely splňovat daná kritéria, kterými byl věk 16 až 18 let, studium druhého ročníku SZŠ, osobní zkušenost s HAK a ochota spolupracovat. U žen ve fertilním věku byla kritéria věk 25 až 35 let, alespoň jeden porod v anamnéze, osobní zkušenost s HAK a ochota spolupracovat.

4 Výsledky výzkumu

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek

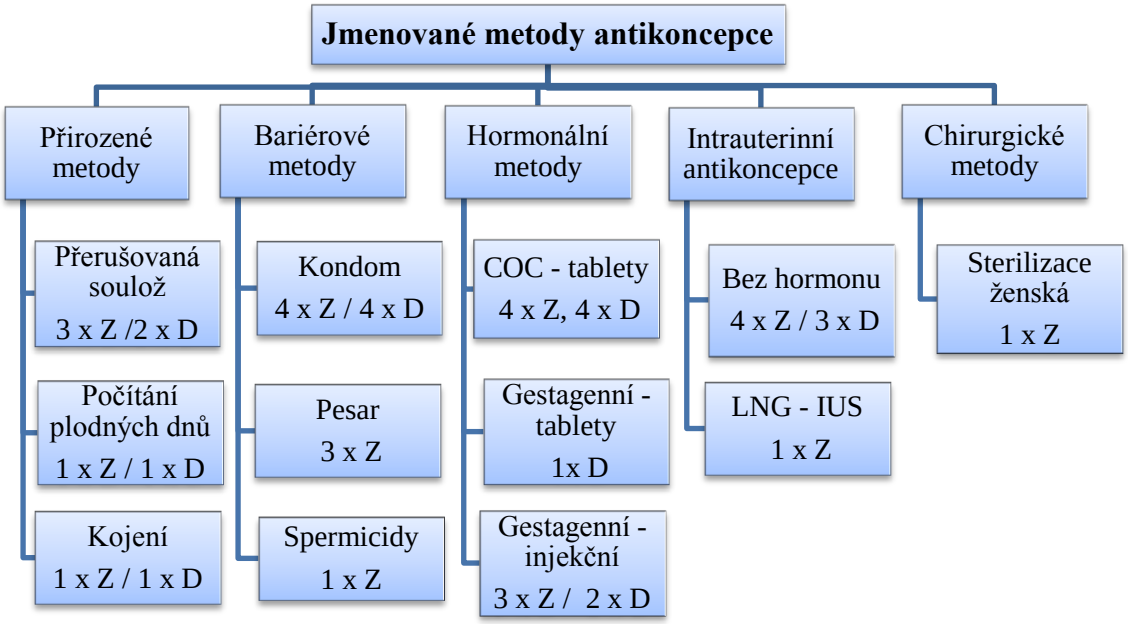
	D1	**D2**	**D3**	**D4**	**Z1**	**Z2**	**Z3**	**Z4**
Věk	17	17	16	17	33	28	27	27
Nejvyšší dosažené vzdělání	ZŠ	ZŠ	ZŠ	ZŠ	SŠ s m.	VŠ-Bc.	VOŠ	VŠ – Ing.

(ZŠ- základní škola, SŠ s m.- střední škola s maturitou, VŠ- vysoká škola, VOŠ- vyšší odborná škola)

Tři dívky měly ke dni, kdy se uskutečnil rozhovor dovršen věk 17 let, jedné bylo 16. Všechny studovaly druhým rokem střední zdravotnickou školu a současně všechny uvedly, že by rády pokračovaly v dalším studiu se zdravotnickým zaměřením. D1 odpověděla: *„Teď jsem ve druháku na střední škole, takže ze mě bude jen asistent. Práce sestry mě baví, ale se střední toho moc nedokážu, takže bych se chtěla dostat na vysokou a pracovat pak jako dětská sestra.“*

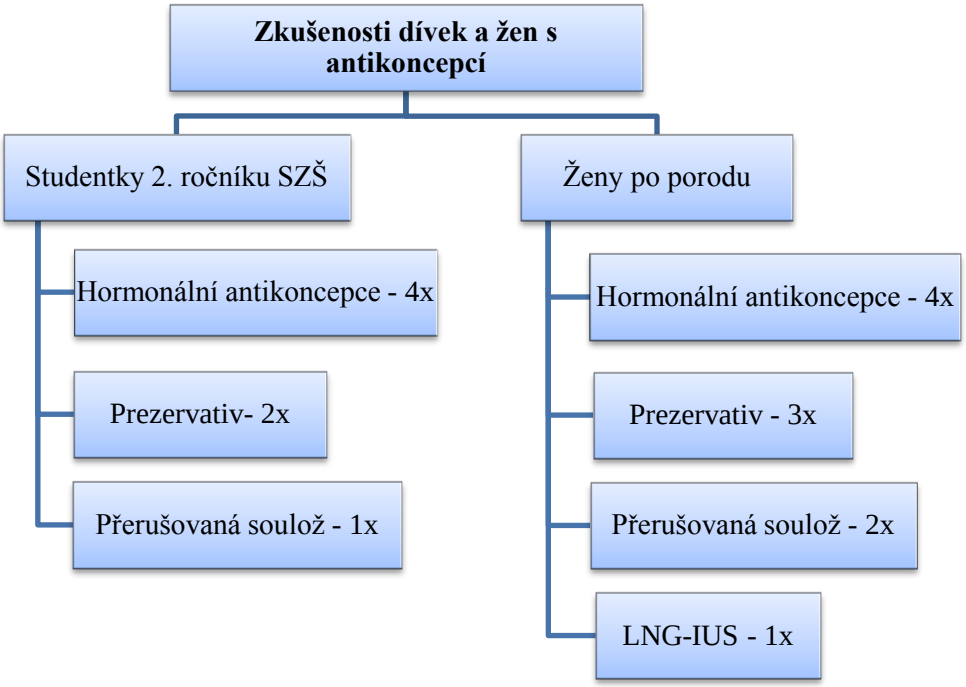
Ženám Z3 a Z4 bylo ke dni, kdy byl uskutečňován rozhovor 27 let, Z1 bylo 33 a Z2 28 let. Nejvyšší dosažené vzdělání z dívek i žen měla respondentka Z4, která měla vystudovanou vysokou školu s ekonomickým zaměřením, zakončenou titulem Ing. Respondentka Z2 měla dokončené tříleté vysokoškolské vzdělání, Z1 střední školu s maturitou a Z3 vystudovala Vyšší odbornou školu.

Schéma 1 Jmenované metody antikoncepce



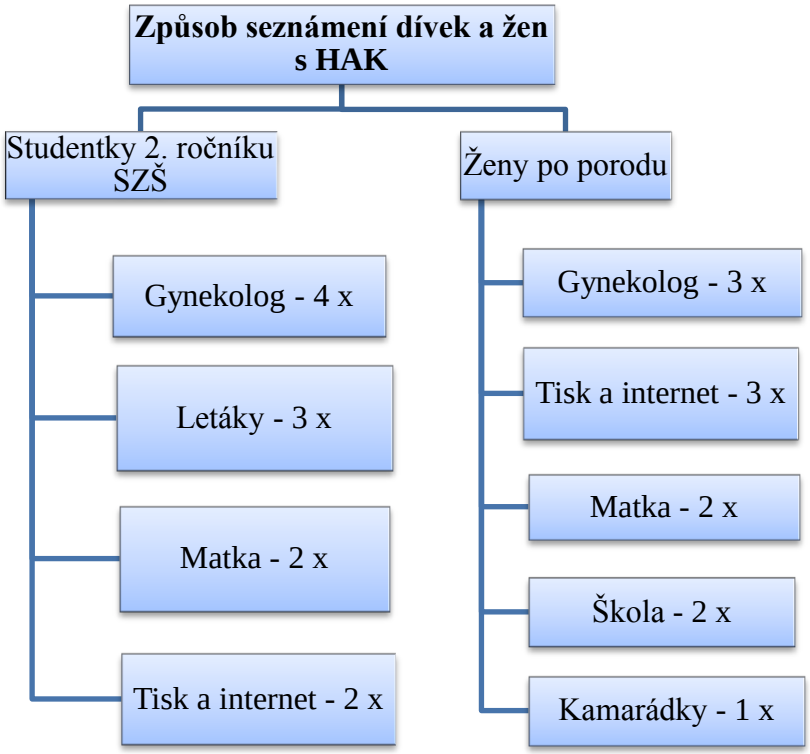
Všechny dotazované dívky a ženy jako metodu antikoncepce znaly pánský kondom a hormonální antikoncepci ve formě tablet. Pouze respondentka D1 nepřímo rozdělila perorální formu na COC a na gestagenní: *„Hormonální tabletky jsou buď kombinované, kde je víc hormonů a pak jsou i takové, ve kterých není estrogen*.“ Respondentky Z1, Z2, Z3, D1 a D4 uvedly z hormonálních metod injekční kontracepci. Přerušovaná soulož byla známa třem ženám a dvěma dívkám, a to Z1, Z2, Z4, D1 a D4. Z přirozených metod dále pak Z2 uvedla počítání plodných dnů, stejně jako D2, která ovšem popřela znalost metody a pojmenovala ji: „*sexuální abstinencí v plodných dnech*.“ Kojení jako ochranu před početím označily Z2 a D4. Respondentky Z1, Z2 a Z3 vyjmenovaly dámský Pesar. Z dotazovaných dívek nebyla žádné tato forma antikoncepce známa. Jediná Z3 uvedla spermicidní přípravky a chirurgickou formu antikoncepce, sterilizaci. Z výzkumného šetření vyplynulo, že respondentky Z1, Z2, Z3, Z4, D1, D3 a D4 měly znalost o IUD. LNG-IUS uvedla pouze respondentka Z4: *„Tělíska jsou buďto normální nebo s obsahem hormonu. Jen nevím, kterého hormonu.“*

Schéma 2 Zkušenosti dívek a žen s antikoncepcí



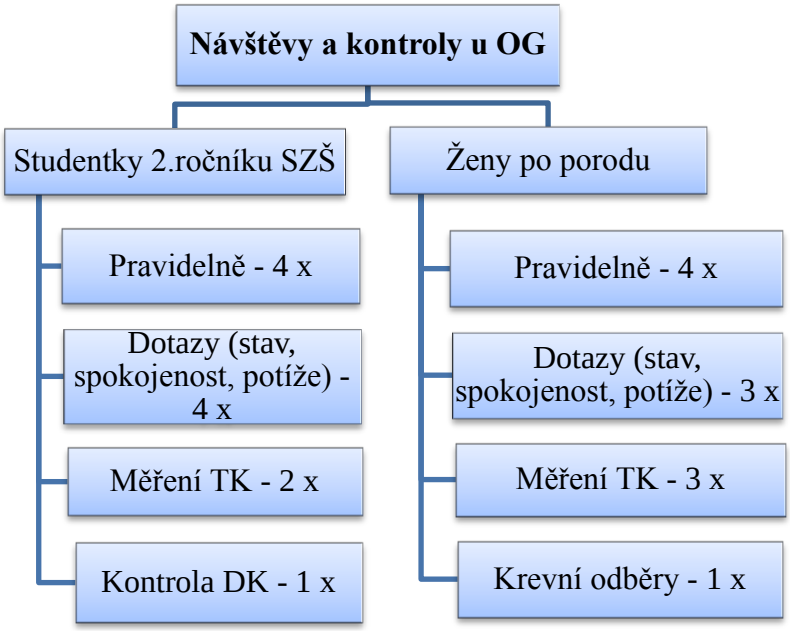
Všechny dotazované dívky i ženy měly zkušenosti s HAK v perorální formě. V době výzkumného šetření ji užívaly všechny respondentky ze skupiny studentek. U žen se po porodu k této kontracepci vrátily Z2 a Z3. Respondentka Z4 měla zaveden LNG-IUS a Z1 využívala přerušovanou soulož: *„Spoléháme s manželem na přerušovanou soulož a zatím máme stoprocentní účinnost.“* S přerušovanou souloží měly zkušenost ještě D4 a Z2. Respondentka D4 uvedla: *„Já mám osobní zkušenost s prezervativem a když jsme na něj s přítelem zapomněli, spolehli jsme se na přerušovanou soulož. Ale byly to pro mě takové nervy, že jsem hned běžela pro recept na prášky.“* Použití kondomu potvrdily D1, D4, Z1, Z2 a Z3. Jediná respondentka Z4 měla zkušenost s LNG-IUS, který měla v době rozhovoru zaveden: *„Teď mám zavedené hormonální tělísko, které mi doporučila moje gynekoložka. Než dostavíme barák, rozhodně neplánujeme další dítě a tohle je pro mě nejpohodlnější metoda.“*

Schéma 3 Způsob seznámení dívek a žen s hormonální antikoncepcí



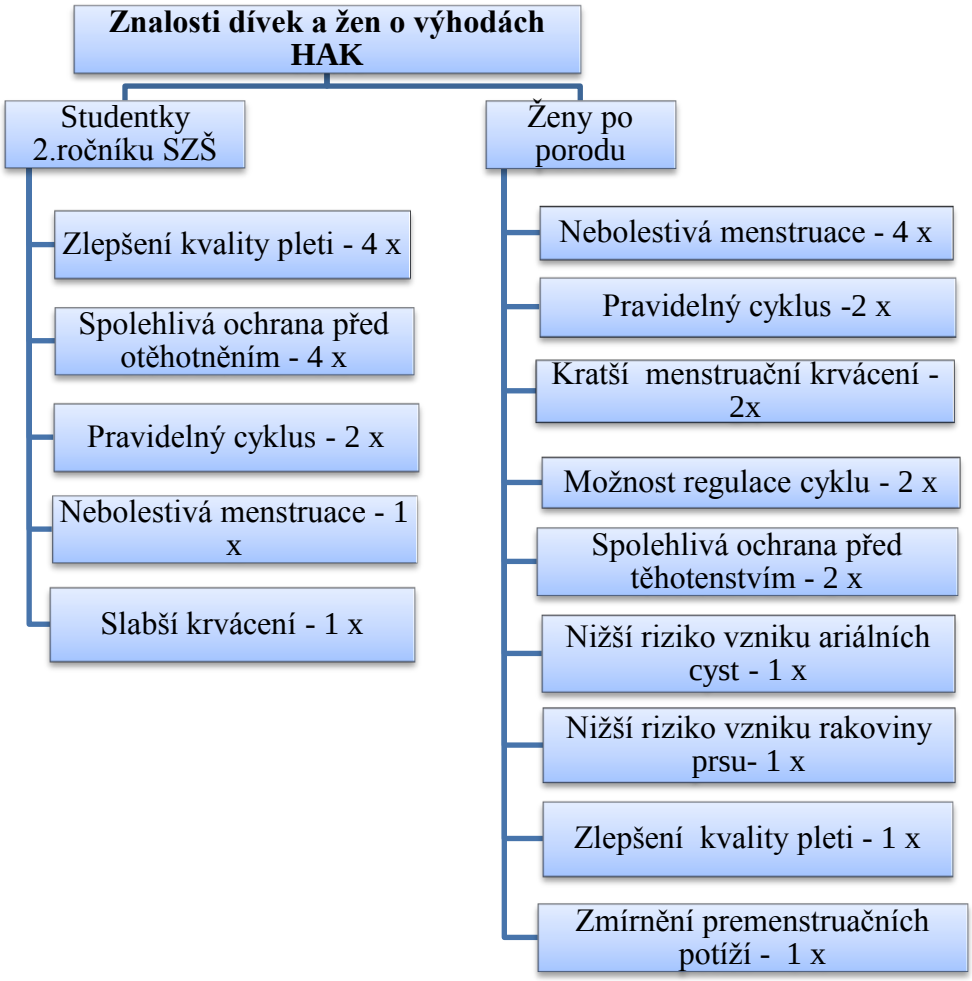
Respondentky D3, D4 a Z4 uvedly, že první informace o HAK získaly od své matky. Bližší poučení o HAK a jejích výhodách a rizicích obdržely všechny respondentky kromě Z3 od svého gynekologa. D2 odpověděla: *„Byla jsem o všem poučena, i o rizicích, svým gynekologem a měla jsem na výběr, zda ji chci či nikoliv. Vše mi bylo dobře vysvětleno.“* Školu jako zdroj informací o HAK a jejích pozitivních i negativních stránkách jmenovaly ženy Z2 a Z3. Všechny dívky ze skupiny studentek vyvrátily získání poznatků o antikoncepci během dosavadního studia. Kamarádky jako zdroj informací o HAK uvedla Z2. Tisk a internet označily respondentky Z1, Z2, Z3, D3 a D4. Studentky D1, D2 a D3 získávaly informace o HAK z letáků, se kterými se setkaly v čekárnách nebo během praktické výuky na odděleních. D1 sdělila: *„To co mě zajímá dále si dohledám na internetu a nebo v letáčkách, buď v těch příbalových a nebo co jsou volně k dispozici na poličkách v čekárně.“*

Schéma 4 Návštěvy a kontroly u obvodního gynekologa



Všechny respondentky uvedly, že na kontroly ke svému gynekologovi dochází pravidelně. Všechny dívky a ženy Z2 a Z3 upřesnily, že jednou za rok probíhá preventivní kontrola a jednou za půl roku dochází pro recept na HAK. Žena Z1 v době výzkumného šetření žádnou antikoncepci neužívala a žena Z4 měla zaveden LNG-IUS. Všechny respondentky ze skupiny studentek udaly, že součástí vyšetření v souvislosti s HAK jsou dotazy lékaře na jejich zdravotní stav, spokojenost s preparátem a případné potíže. Stejně tomu bylo také u Z2, Z3 a Z4. Respondentka D2 byla také pravidelně tázána na stav akné, hmotnost, kouření a na pravidelnost krvácení: *„Doktor se mě vždycky ptá, jak jsem na tom s akné, jestli nepřibírám, nekouřím a nemám potíže s krvácením. Jestli není nepravidelné.“* Měření krevního tlaku jako součást prohlídky uvedly respondentky D1, D4, Z1, Z2 a Z4. Dívka D4 jmenovala jako součást vyšetření kontrolu dolních končetin, kterou u ní gynekolog pravidelně provádí. Žena Z1 odpověděla: *„V současné době antikoncepci neužívám, ale před prvním těhotenstvím, kdy jsem ji užívala, mi porodní asistentka odebírala také krev na jaterní testy. Jak často si ale už nepamatuju.“*

Schéma 5 Znalosti dívek a žen o výhodách hormonální antikoncepce



Všechny ženy označily jako jedno z pozitiv HAK nebolestivou menstruaci, kterou současně jmenovala respondentka D3, jako jediná ze skupiny studentek. Oproti tomu výhodu v podobě zlepšení kvality pleti uvedly všechny dívky a z žen pouze Z3. Všechny dívky také jako výhodu HAK jmenovaly spolehlivou ochranu před otěhotněním. D4 udala: *„Výhoda je určitě, že nedojde k nechtěnému otěhotnění. Kvůli tomu jsem si ji také nechala předepsat.“* Ze skupiny žen stejně odpověděly Z3 a Z4. Respondentky D2, D4, Z2 a Z4 považovaly za výhodu HAK pravidelný menstruační cyklus. D1 jako jediná z dívek a žen odpověděla, že výhodou HAK je také slabší krvácení.

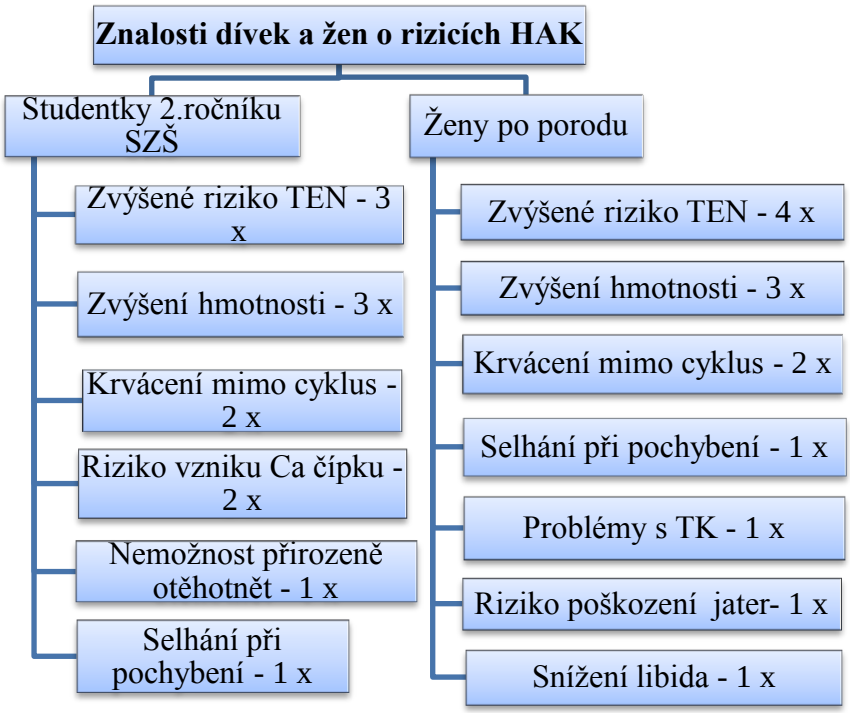
Další pozitiva související s užíváním HAK jmenovaly pouze ženy po porodu. Z1 a Z2 spatřovaly výhody této metody kontracepce v menstruačním krvácení trvajícím méně dní a v možnosti regulace cyklu. Jediná respondentka Z1 sdělila: *„Taky jsem četla, že může antikoncepce zmenšit riziko rakoviny prsu, ale to nevím, jestli je správně.“* Dotazovaná žena Z3 dále odpověděla, že výhodou HAK je nižší riziko vzniku ovariálních cyst. Respondentka Z4 uvedla kladný vliv antikoncepce na premenstruační potíže: *„Mám vyjmenovat nějaké známky potíží před menstruací? Tak může se jednat o nepříjemné bolesti v podbřišku, bolesti hlavy a nebo celkové otékání Určitě tam patří víc věcí, ale tyto jsou asi nejčastější a vím, že dost žen tím trpí.“*

Schéma 6 Zkušenosti dívek a žen s výhodami hormonální antikoncepce

Dívka D3 odpověděla, že zatím nezaznamenala žádné výhody HAK vzhledem k délce jejího užívání: *„S menstruací jsem nikdy problémy neměla. Vlastně ani s pletí a antikoncepci beru tak krátce, že jsem ještě žádné výhody na sobě nezaznamenala.“*

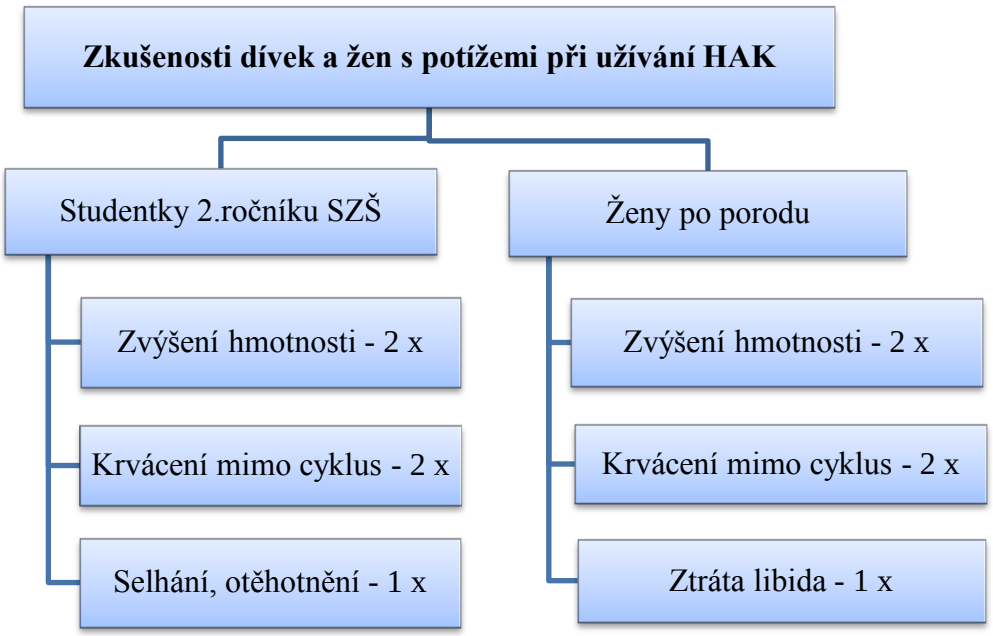
Respondentky D2, D4 a Z3 jmenovaly zlepšení kvality pleti. Dívka D1 uvedla menstruační krvácení menší intenzity při užívání HAK: *„Než jsem začala brát prášky, měla jsem silný měsíčky. S nima je to o hodně slabší.“* Oproti tomu ženy Z1 a Z2 zaznamenaly během užívání HAK kratší menstruační krvácení. Sníženou bolestivost břicha během užívání HAK uvedly pouze ženy po porodu. Respondentky Z2, Z3 a D4 odpověděly, že výhodou HAK byl pravidelný menstruační cyklus. Z2 jako jediná využila možnost regulovat si menstruační cyklus ve smyslu oddálení krvácení: *„Zrovna když jsme měli být na dovolené, mi měla přijít menstruace. Tak jsem užívala dvě platíčka v kuse za sebou, jak mi poradil doktor a bylo to fajn. To je určitě veliká výhoda nemenstruovat, když se Vám to nehodí.“* Zvětšení prsů zařadila mezi příznivé účinky HAK respondentka Z1.

Schéma 7 Znalosti dívek a žen o rizicích hormonální antikoncepce



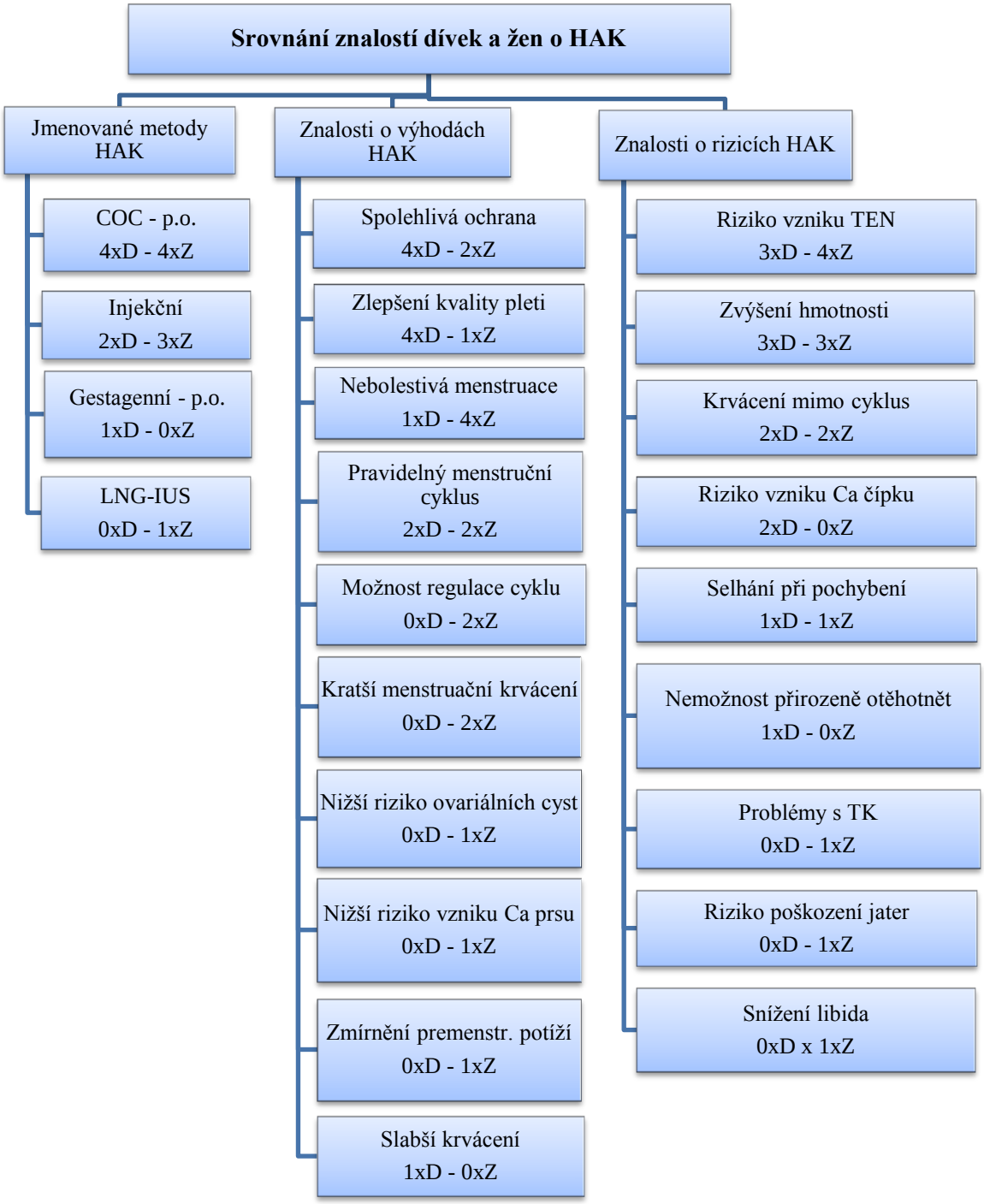
Dívky D1, D2, D4 a všechny ženy ve fertilním věku zařadily mezi rizika HAK vznik TEN. Respondentka Z4 zkonkretizovala svou odpověď: *„hlavně u křečových žil je riziko trombózy aktuální, to by se antikoncepce neměla brát.“* D1, D2, D3, Z1, Z2 a Z3 jmenovaly jako jednu z nevýhod nárůst hmotnosti. Respondentka Z2 odpověděla: *„Antikoncepce zvyšuje chuť k jídlu, hlavně na sladké a pokud se nehlídáte, tak nabíráte, je to tak, že?“* Krvácení mimo menstruační cyklus uvedly D2, D4, Z1 a Z3. Respondentky D3 a Z4 udaly za jedno z rizik selhání při pochybení v užívání HAK. Jediná Z4 dále označila za riziko při užívání HAK snížení libida. Respondentka D1 odpověděla na otázku, jaká zná rizika HAK: *„Nemožnost přirozeně otěhotnět.“* Na požádání upřesnila svou odpověď: „*Myslím to tak, že po vysazení prášků může mít žena potíže přirozeně otěhotnět, než se srovnají hormony.“* Respondentka Z2 jako jediná mezi rizika zařadila potíže s krevním tlakem a poškození jater. Studentky D2 a D4 poukázaly na zvýšené riziko vzniku rakoviny děložního čípku při současném užívání antikoncepce a kouření.

Schéma 8 Zkušenosti dívek a žen s potížemi při užívání hormonální antikoncepce



Respondentky D1 a Z2 nezaznamenaly žádné zkušenosti s potížemi či negativními účinky HAK u sebe ani ve svém okolí. D2, D3, Z1 a Z3 udaly osobní zkušenost s přibíráním na váze, z toho Z3 věděla o stejném problému i od své známé. Respondentky D2 a D4 popsaly slabé špinění mimo cyklus. D4 odpověděla: *„Slabě jsem krvácela v podstatě celý měsíc, ale jen u prvního platíčka, pak už ne.“* Ženy Z1 a Z3 uvedly stejné potíže s tím rozdílem, že jim je sdělily ženy z jejich okolí užívající HAK. Respondentka Z4 věděla o ženě, která při užívání HAK trpěla výrazně sníženým libidem a dívka D3 odpověděla, že zná dívku, která při užívání HAK otěhotněla: *„Moje kamarádka, která je o necelé dva roky starší než já, brala antikoncepci a otěhotněla. Říkala, že ji brala normálně, jak měla.“*

Schéma 9 Srovnání znalostí dívek a žen o hormonální antikoncepci



f

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá získáním základních znalostí dívek a žen o hormonální antikoncepci, jejích výhodách a rizicích. Kontracepce, především v hormonální formě, je dnes rozšířená mezi dívkami a ženami všech věkových skupin, aniž by si kolikrát všechny uvědomovaly, že pro ně může přinášet také určitá rizika nebo naopak pozitiva. Je nutné si uvědomit, že uživatelky často získávají informace o HAK od svých známých, z neodborného tisku či z internetu a ty nejsou vždy zcela přesné. Důležité je, aby o této problematice byly dívky i ženy podrobně poučeny od porodní asistentky nebo gynekologa a dokázaly si uvědomit, co pozitivního jim užívání antikoncepce přináší, jaká rizika jsou s ní spjatá a před čím je chrání nebo naopak nechrání.

Žádná z respondentek své odpovědi příliš nerozváděla. To může být přisouzeno faktu, že se jednalo spíše o rozhovory o jejich vědomostech než o pocitech, o kterých se člověk lépe rozpovídá.

V rámci výzkumného šetření byla zjišťována informovanost dívek a žen o metodách antikoncepce všeobecně. Ani jedna z dotazovaných neznala rozdělení antikoncepce na jednotlivé metody (přirozené, bariérové, IUD, chirurgické a hormonální), jak ji rozděluje Kobilková (2005). Respondentky jmenovaly pouze konkrétní zástupce. Většina z nich zahajovala svou odpověď formami bariérových metod, kdy všechny uvedly kondom, tři ženy po porodu také dámský pesar a pouze jedna žena dodala chemickou bariérovou antikoncepci, a to ve formě spermicidních krémů. Slezáková (2011) oproti tomu uvádí mezi druhy chemických bariér také šumivé tablety, globule a pěny. Další metodu bariéry, kterou uvádí Slezáková (2011) je dámský kondom (Femidon). Ten neuvedla ve své odpovědi ani jedna z dotazovaných dívek a žen. Z přirozených metod antikoncepce jmenovaly respondentky nejčastěji přerušovanou soulož, z toho dvakrát dívky a třikrát ženy. Dvakrát byla v rozhovorech také zmíněna metoda počítání plodných dnů a ve stejném počtu také kojení. Další metody, jako Billingsova nebo měření bazální teploty (Roztočil, 2001) nebyly dívkám ani ženám známé. IUD uvedlo sedm dotazovaných dívek a žen. Tuto metodu neznala

pouze jedna ze studentek. Z HAK byla všem respondentkám známá její perorální forma, ale pouze jedna z dívek ji nepřímo rozdělila na kombinovanou hormonální (COC) a na gestagenní antikoncepci. „Přípravky hormonální kontracepce lze rozdělit na dvě základní skupiny: a) kombinované přípravky - obsahující estrogenní i gestagenní složku, b) přípravky obsahující pouze gestagen (Cibula*, 2012, s. 201).“* Tři ženy a dvě dívky dále jmenovaly injekční metodu HAK. Čepický (2010) píše o LNG-IUS, které ve své odpovědi uvedla pouze jedna žena po porodu. Žádná z respondentek neoznačila za metodu HAK podkožní implantáty, hormonální náplasti a především postkoitální antikoncepci, u které je z praxe známo, že je poměrně často žádanou metodou. Barták (2006) oproti tomu uvádí, že by neměla být určena k plánovanému užití, ale pouze při neplánovaném pohlavním styku nebo při selhání jiné kontracepční metody. Fait (2012) ve své publikaci o antikoncepci píše o sterilizaci a o veliké změně týkající se sterilizačního zákona, který podstatně usnadnil podmínky pro její provedení. Přesto jí jako metodu ochrany před početím uvedla pouze jedna žena po porodu a o novém zákonu nevěděla žádná z respondentek. Z výzkumného šetření je zřejmé, že znalosti o metodách antikoncepce jsou větší u žen ve fertilním věku, které již rodily, než u studentek.

Z rozhovorů vyplynulo, že všechny respondentky měly osobní zkušenost s HAK, z toho všechny přímo s její nejznámější perorální formou. Dle jmenovaných přípravků užívaly všechny COC, ani jedna neužívala antikoncepci gestagenní. Také vzhledem k rozšířenosti pohlavně přenosných chorob (STD) v současné době je překvapující, že pouze dvě z dotazovaných dívek uvedly zkušenost s kondomem. Jedna dodala, že kondom používala pouze před tím, než začala užívat HAK. Jak uvádí Rob (2008), kondom je metoda antikoncepce a současně jediná ochrana před STD. Z žen po porodu měly zkušenosti s prezervativem tři respondentky. Jedna dívka a dvě ženy dále uvedly, že se alespoň jednou spolehly na přerušovanou soulož, z toho respondentka ze skupiny žen se dokonce v době konání rozhovoru již druhým rokem chránila před početím pouze touto metodou a chválila si její spolehlivost. Oproti tomu Slezáková (2011) uvádí PI u přerušované soulože 20-25, jedná se tedy o nízkou spolehlivost metody. Jedna z dotazovaných žen po porodu měla zavedený LNG-IUS, ale neznala u něj hormon,

který tělísko obsahuje. „Nitroděložní hormonální systém (LNG-IUS) je nitroděložní „tělísko“ obsahující syntetický progestin levonorgestrel (Čepický In Roztočil, 2011, s. 109).“

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že dvě ženy po porodu a dvě studentky byly poprvé s HAK seznámeny svou matkou. Jirkovský (2009) popisuje jako edukátorku ženy o antikoncepci porodní asistentku, ale v odpovědích všechny respondentky, s výjimkou jedné ženy po porodu, uvedly svého gynekologa. Pravděpodobně z důvodu, že vydávání HAK je pouze na lékařský předpis, obrací ženy své dotazy právě na lékaře a to i přesto, že informovanost o antikoncepci a schopnost poučit ženy jsou v kompetencích porodních asistentek. Dívky i ženy, které uvedly svého gynekologa, zároveň potvrdily, že byly seznámeny s možnými výhodami, které jsou s užíváním určitých preparátů HAK spojené. Rizika byla dle respondentek v poučení zmiňována méně. Dvě ženy označily za zdroj poznatků o HAK školu, oproti tomu z dívek tuto metodu získání informací neuvedla ani jedna. Janiš (2005) píše o sexuální výchově na základních školách. Z uskutečněných rozhovorů je zřejmé, že sexuální výchova ale není všude podporována, protože ji všechny respondentky popřely. Potřebu vyučovat tento předmět uvádí ve své knize Uzel (2003) a dodává, že na ni poukazují různé výzkumy, které potvrzují, že nepoučené děti zahajují sexuální život dříve než děti poučené. Jako častý zdroj poznatků o HAK byly uváděny letáky a internet. Zároveň dívky i ženy odpovídaly, že ne všem informacím získaným na internetu věří, protože se zde v mnoha případech neobjevují zcela přesná fakta.

Další otázka zjišťovala, zda dívky a ženy užívající HAK navštěvovaly gynekologa a co bylo součástí vyšetření v souvislosti s jejím užíváním. Všechny respondentky shodně odpověděly, že na gynekologii dochází pravidelně a zároveň, že součástí kontrol jsou dotazy lékaře směřované na jejich spokojenost s přípravkem či naopak potíže s ním spojené. Dvě ženy po porodu a dvě studentky uvedly, že jim je také pravidelně přeměřován krevní tlak, naopak všechny dotazované respondentky vyvrátily odběr krve na jaterní testy, které se dříve prováděly. Fait (2012) skutečně uvádí jaterní testy jako součást vyšetření pouze u rizikových žen užívajících HAK.

V následující otázce byly respondentky vyzvány, aby uvedly výhody HAK. Nejčastěji byl zmiňován vysoký spolehlivý antikoncepční účinek, a to především dívkami. Barták (2006) uvádí PI u COC 0,5 až 1, kdy ale spolehlivost přípravků je výrazně ovlivněna lidským faktorem. Všem tázaným studentkám byl také znám pozitivní vliv HAK na kvalitu pleti, zatímco u žen tuto výhodu uvedla pouze jedna respondentka. To potvrzuje Cibula (2002), který píše, že přípravky COC s neandrogenními nebo antiandrogenními progestiny mají terapeutický účinek při akné. Toto byl také jediný „negynekologický" příznivý účinek HAK sdělovaný v průběhu rozhovorů s respondentkami. Zatímco Čepický (2010) se zmiňuje o pozitivních účincích jednotlivých antikoncepčních metod v prevenci vzniku kolorektálního karcinomu, při léčbě anemie nebo epilepsie. Překvapující bylo, že vzhledem ke zkušenostem všech respondentek s perorální formou COC, uvedly pouze dvě dívky a dvě ženy pravidelný cyklus jako výhodu jejího užívání. Oproti Cibulovi (2002), který popisuje regulaci menstruačního krvácení ve smyslu řešení jeho výchylek, např. při polymenoree, hypermenoree, uvádí ženy po porodu výhodu v regulaci cyklu, kdy si mohou oddálit menstruační krvácení dle potřeby. Jedna z dívek zároveň uvedla pozitivum v podobě slabšího krvácení, dvě ženy po porodu v podobě kratšího krvácení. V tomto názoru se tedy shodují s Cibulou (2002), který také popisuje stejné výhody během užívání HAK. Kuželová (2005) popisuje také kladný vliv HAK na dysmenoreu, se kterým se ztotožnily všechny ženy po porodu a jedna dívka. Pouze jedna z dotazovaných žen ve fertilním věku se zmínila o pozitivním vlivu HAK na potíže při premenstruačním syndromu, který uvádí ve své publikaci také Roztočil (2001).

Z výzkumného šetření byly patrné i názory respondentek na pozitivní účinky HAK, které na sobě ženy pociťovaly. Jedna z dívek odpověděla, že HAK užívá krátkou dobu a zatím u sebe nezaznamenala žádné kladné účinky. Všechny ženy a jedna dívka uvedly menší bolesti břicha při menstruaci. Příznivý účinek HAK na dysmenoreu popisuje také v kapitole o antikoncepci Čepický (2010). Dvě dívky a jedna žena sledovaly během užívání HAK výrazné zlepšení kvality pleti. Také obě dotazované skupiny respondentek u sebe pozorovaly vliv na pravidelnost cyklu a zeslabení menstruačního krvácení.

V žádné odborné literatuře nepíší autoři o vlivu HAK na růst prsů, který ale během jejího užívání zaznamenala a v rozhovoru uvedla jedna z žen po porodu.

Během rozhovorů bylo zmapováno, zda měly dívky a ženy znalosti také o možných rizicích, která obnáší užívaní HAK. Čepický (2010) potvrzuje možné kolísání hmotnosti při jejím užívání vlivem jednotlivých hormonů. A právě nárůst hmotnosti byl nejčastější odpovědí v obou skupinách, což je překvapující vzhledem k tomu, že se jedná o riziko, které nemá až takový vliv na zdravotní stav. Z komplikací HAK, vážně ohrožujících ženu pak čtyři ženy a tři dívky udaly riziko vzniku TEN, které uvádí také Barták (2006). Krvácení z průniku, jak je odborně nazýváno krvácení mimo pravidelnou pseudomenstruaci při užívání HAK (Fait, 2012), uvedly ve svých odpovědích čtyři respondentky, z každé skupiny dvě. Jedna z žen odpověděla, že užívání HAK může poškozovat jaterní funkce, které ale přesněji nedokázala specifikovat. Ani jeden z autorů toto tvrzení ve své knize nijak nepotvrdil, ale ani přímo nevyvrátil, neboť jak píše Barták (2006), že játry prochází krev z vyšší koncentrací estrogenu. To však uvádí v souvislosti s tvorbou koagulačních faktorů, které se tvoří většinou v játrech, tudíž se to týká spíše rizika TEN, ne však poškození jater. Tento problém byl spojován s HAK v dřívějších dobách, kdy preparáty obsahovaly vyšší množství hormonů a v laické společnosti tato myšlenka může přetrvávat. Cibula (2002) popisuje, že při užívání HAK může kromě změn nálad a vzniku deprese, docházet také k poklesu libida. To, že antikoncepce může ovlivňovat *sexuální apetenci* (libido), uvedla jedna z žen po porodu. Odpověď, že rizikem při užívání HAK je selhání kontracepčního účinku při pochybení v užívání, udaly dvě dívky a dvě ženy. Čepický In Roztočil (2011) specifikuje selhání antikoncepčních metod v souvislosti s lékovými interakcemi, kdy některé látky obsažené v lécích urychlují odbourávání tuků v játrech a tím ovlivňují spolehlivost antikoncepce.

Z rozhovorů vyplynulo, že tři respondentky neměly žádné potíže v souvislosti s užíváním HAK, z toho dvě neslyšely ani o žádných případech ze svého okolí. Jedna z žen věděla o zkušenosti své přítelkyně, která pocítila při užívání HAK pokles libida. Dvě dívky a dvě ženy dále uvedly, že u nich nebo u jejich blízkých došlo k váhovému

přírůstku během užívání HAK. Krvácení mimo cyklus zaznamenaly dvě dívky. Dvě z žen věděly o stejném problému od známých žen užívajících HAK.

První výzkumná otázka zněla: Jaké znalosti mají dívky druhého ročníku střední zdravotnické školy o hormonální antikoncepci? Z uskutečněných rozhovorů vyplynulo, že dívky mají pouze obecné znalosti jak o metodách HAK, tak o jejích výhodách a rizicích. Vzhledem k věku dotazovaných dívek se znalosti takového rozsahu daly předpokládat, ale vzhledem ke skutečnosti, že všechny tuto formu kontracepce užívaly a byly studentkami zdravotnické školy, mohly být jejich vědomosti podrobnější.

Druhá výzkumná otázka byla položena takto: Jaké znalosti o hormonální antikoncepci mají ženy ve fertilním věku, které již rodily? Z rozhovorů bylo patrné, že ženy ve fertilním věku měly znalosti o základních formách HAK. Všechny uváděly téměř stejné výhody a také některá rizika této formy. Tyto vědomosti byly obecnějšího charakteru. Dalo by se předpokládat, že znalosti o HAK u této věkové skupiny budou ucelenější.

Třetí výzkumná otázka měla za úkol vzájemně porovnat znalosti dívek studujících druhý ročník SZŠ a žen ve fertilním věku, které již rodily. Dle našeho názoru by se vědomosti u obou dotazovaných skupin daly prohloubit. Po provedených rozhovorech a následném schématickém znázornění bylo patrné, že ženy ve fertilním věku měly o metodách HAK úroveň znalostí srovnatelnou se studentkami druhého ročníku SZŠ. Oproti tomu si ženy byly vědomy více výhod a rizik spojených s užíváním HAK. Tyto rozdíly nebyly ale nijak markantní. Vzhledem k tomu, že z výzkumného šetření je patrné, že dívky i ženy mají ve svých znalostech nedostatky, bylo by vhodné zaměřit více pozornosti na edukaci o této problematice.

Závěr

Úkolem bakalářské práce bylo zmapovat znalosti dívek a žen o hormonální antikoncepci, o jejích výhodách a rizicích.

Prvním cílem bylo zjistit znalosti dívek druhého ročníku SZŠ o výhodách a rizicích hormonální antikoncepce. Z uvedených odpovědí vyplynulo, že dívky měly pouze obecné znalosti jak o metodách hormonální antikoncepce, tak o jejích výhodách a rizicích.

Druhým cílem bylo zjištění znalostí o výhodách a rizicích HAK u žen ve fertilním věku, které již rodily. Ženy uvedly formy antikoncepce, které jsou jim známy a až na pár výjimek, všechny vyjmenovaly v podstatě stejné výhody a také některá rizika této kontracepce. V odpovědích o výhodách a rizicích, respondentky ze skupiny žen po porodu, většinou vycházely ze svých osobních poznatků o HAK.

Ve třetím cíli bylo stanoveno porovnat úroveň znalostí o HAK u dívek druhého ročníku SZŠ a u žen ve fertilním věku, které již rodily. Ze získaných dat bylo zřejmé, že obě věkové skupiny měly spíše obecné znalosti o HAK. Ženy po porodu si byly oproti dívkám vědomy více kladů a možných rizik s ní spojených. I přesto, že mnoho dívek a žen HAK užívá, z výzkumného šetření vyplynulo, že ne všechny mají dostatek informací o jejích výhodách a rizicích. V dnešní době se lidé stále více zajímají o své zdraví, o prevenci mnoha chorob a v případě žen také o předcházení nechtěné gravidity. Otázkou zůstává, jak moc se snaží proniknout do údajů týkajících se dané problematiky. Stačí nám pouze základní fakta, ze kterých si sami odvodíme, zda je pro nás určitá metoda vhodná? A nebo je pro nás výhodnější, i když časově náročnější, pokusit se získat co nejdetailnější informace? Domníváme se, že je potřeba zintenzivnit edukaci o jednotlivých metodách antikoncepce a jejich vhodnosti pro určité skupiny žen. Především pak zdůraznit pozitiva, která mohou mít kladný dopad na životní standard a oproti tomu poukázat na možná rizika a nežádoucí účinky, které mohou jednotlivé metody s sebou přinášet. Bylo by vhodné zavést povinnou sexuální výchovu na druhém stupni základních škol, kde by se žáci dověděli mimo jiné o metodách HAK. Ta by

mohla být přednášena porodními asistentkami, které mají ve svých kompetencích edukaci dívek a žen o antikoncepci.

Navazujícím výzkumem na dané téma by mohlo být například zmapování edukace o formách ochrany před otěhotněním porodní asistentkou.

Seznam informačních zdrojů

1. BARTÁK, Alexandr, 2006. *Antikoncepce: druhy antikoncepce, hormony, když všechno selže*. 1. vyd. Praha: Grada, 130 s. ISBN 80-247-1351-9.
2. CIBULA, David, 2003. *Implanon-antikoncepční tyčinka.* Moderní gynekologie a porodnictví. Praha: Levret, ročník 12, č. 2, ISSN 1214-2093.
3. CIBULA, David, HENZL, Milan R. a Jaroslav ŽIVNÝ, 2002. *Základy gynekologické endokrinologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 340 s. ISBN 80-247-0236-3.
4. CITTERBART, Karel, 2001. *Gynekologie.* 1. vyd. Praha: Galén, 278 s. ISBN 80-246-0318-7.
5. ČEPICKÝ, Pavel, 2004. *Historie antikoncepce,* Moderní babictví 3. Praha: Levret, s. 48-50. ISSN 1214-5572.
6. ČEPICKÝ, Pavel, 2004. *Hormonální antikoncepce, perimenopauza a postmenopauza.* Moderní gynekologie a porodnictví. Praha: Levret, ročník 13, č. 4. ISSN 1211-1058.
7. ČEPICKÝ, Pavel a Michael FANTA, 2010. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. Praha: Levret, 136 s. ISBN 978-80-87070-51-2.
8. DULÍČEK, Petr, 2010. *Riziko venózního trombembolismu u žen s trombofilním stavem užívající hormonální antikoncepci*, 1. vyd. Praha: Levret, ISBN 978-80-87070-40-6.
9. FAIT, Tomáš, 2012. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 125 s. ISBN 978-80-7345-280-3.
10. FAIT, Tomáš a Zuzana PROUZOVÁ, 2010. *Jak učit o antikoncepci.* 1. vyd. Praha: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, 16 s. ISBN 978-80-254-6428-1.
11. FANTA, Michael, 2010. *Současné a budoucí trendy v hormonální antikoncepci*, 1. vyd. Praha: Levret, ISBN 978-80-87070-41-3.
12. HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
13. HLAVÁČKOVÁ, O., 2003. *Implanon-antikoncepční tyčinka.* Moderní gynekologie a porodnictví. Praha: Levret, ročník 12, č. 2, ISSN 1214-2093.
14. JANIŠ, Kamil, 2005. *Úvod do sexuální výchovy*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita, ISBN 80-7248-305-6.
15. JENÍČEK, Jaroslav, 2009. *Hormonální antikoncepce a rizikové faktory civilizačních chorob.* Diagnóza v ošetřovatelství. Praha: Promediamotion, ročník 5, č. 10, s. 18. ISSN 1801-134.

16. JIRKOVSKÝ, Daniel, 2004. Edukační a ošetřovatelský proces v programu rozšířené primární preventivní péče. [online]. *Vojenské zdravotnické listy.* Praha, ročník LXXIII, č. 2, [cit. 2013-04-13] Dostupné z: http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%202_2004/jirkovsky.pdf
17. JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2009. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
18. KOBILKOVÁ, Jitka, 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 368 s. ISBN 80-246-1112-0.
19. KUŽELOVÁ, Monika, 2005. *Co by měla sestra vědět o antikoncepci.* 1. vyd. Praha: Levret, 2005. 59 s. ISBN 80-903183-7-1.
20. KUŽELOVÁ, Monika, 2006. *Intercepce (postkoitální antikoncepce).* [online]. Moderní babictví 11, Praha: Levret, [cit. 2013-04-22] Dostupné z: http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-11/?pdf=48
21. KUŽELOVÁ, Monika, 2004. *Nové trendy v hormonální antikoncepci*. [online] Moderní babictví 4. Praha: Levret, [cit. 2013-04-19]. Dostupné z: http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-4/?pdf=131
22. LÍBALOVÁ, Zuzana, 2003. *Farmakoterapie v gynekologii.* Moderní gynekologie a porodnictví. Praha: Levret, ročník 12, č. 3 ISSN 1214-2093.
23. MAGUROVÁ, Dagmar a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ, 2009. *Edukácia a edukační proces v ošetrovateľstve.* 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
24. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Vyhláška ze dne 1. října 2012 o zrušení směrnice Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 1/1972 Věstník MZ ČSR, o provádění sterilizace, a směrnice Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 4/1985Věstník MZ ČSR, pro činnost zdravotnických pracovišť při ověřování nových poznatků na těle živého člověka použitím metod dosud nezavedených v klinické praxi.* [online]. [cit. 2013-04-30]. Dostupné z : http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c340/2012-sb-o-zruseni-smernice-ministerstva-zdravotnictvi-ceske-so_6904_2439_11.html
25. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Vyhláška 55/2011 Sb. ze dne 1. března 2011, která stanoví činnosti zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_949_3.html
26. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.* [online]. [cit.2013-04-30]. Dostupné z:

http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75507&nr=373~2F2011&rpp=15#local-content

27. ROB, Lukáš, MARTAN, Alois a Karel CITTERBART, 2008. *Gynekologie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
28. ROZTOČIL, Aleš, 2001. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
29. ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ, 2011. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
30. SEIDLOVÁ, Dana a Jan HUGO, 1997. *Kontracepce pro praxi: průvodce metodami zábrany otěhotnění*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 148, s. ISBN 80-85800-39-x.
31. SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
32. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
33. UZEL, Radim, 2006. *Sexuální výchova*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 28 s. ISBN 80-86991-69-5.
34. UZEL, Radim, 2003. *4000 let antikoncepce.* 1. vyd. Praha: Nová tiskárna Pelhřimov, 65 s. ISBN 80-239-0671-2.
35. VOLLMER, Helga, 1999. *Hormony a co o nich musí vědět ženy*. 1. vyd. Praha: Pragma, 152 s. ISBN 80-720-5680-8.
36. VONDRUŠKA, Vlastimil, 2007. *Intimní historie: od antiky po baroko*. 1. vyd. Brno: MoBa, 238 s. ISBN 978-80-243-2672-6.

Seznam příloh

Příloha 1 Tabulka – Pearlův index

Příloha 2 Sterilizace – Sbírka zákonů č. 340 / 2012, vyhláška ze dne 1. října 2012

Příloha 3 Paragrafy ze zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, týkající se sterilizace

Příloha 4 Anonymní dotazník pro pacientku požadující postkoitální antikoncepci

Příloha 5 Kompetence porodních asistentek

Příloha 6 Otázky do rozhovoru s respondentkami

Příloha 7 Seznam tabulek a schémat

Příloha 1 Tabulka – Pearlův index

Spolehlivost antikoncepčních metod	
Metoda	**Pearlův index**
REVERZIBILNÍ METODY	
Nechráněný styk	80,00-85,00
Spermicidy	0,68-25,00
Kondom	14
COC	0,10-0,40
Perorální gestageny	0,14-9,60
Depotní gestageny	0,00-1,00
IUD s mědí	0,20-0,80
LNG-IUS	0,02-0,20
IREVERZIBILNÍ METODY	
Ženská sterilizace	0,00-0,50
Mužská sterilizace	0,4

Zdroj: BARTÁK, Alexandr, 2006. *Antikoncepce: druhy antikoncepce, hormony, když všechno selže*. 1. vyd. Praha: Grada, 130 s. ISBN 80-247-1351-9.

Příloha 2 Sterilizace – Sbírka zákonů č. 340 / 2012 , vyhláška ze dne 1. října 2012

340

VYHLÁŠKA

ze dne 1. října 2012

o zrušení směrnice Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 1/1972 Věstník MZ ČSR,

o provádění sterilizace, a směrnice Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 4/1985

Věstník MZ ČSR, pro činnost zdravotnických pracovišť při ověřování nových poznatků na těle živého člověka použitím metod dosud nezavedených v klinické praxi

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 10 odst. 1 a § 24 zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky, ve znění zákona č. 60/1988 Sb., zákona č. 203/1990 Sb., zákona č. 474/1992 Sb., zákona č. 272/1996 Sb., zákona č. 362/2004 Sb. a zákona č. 297/2008 Sb.:

§ 1

Zrušuje se:

1. Směrnice Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 1/1972 Věstník MZ ČSR, o provádění sterilizace, oznámená v částce 5/1972 Sb.
2. Směrnice Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 4/1985 Věstník MZ ČSR, pro činnost zdravotnických pracovišť při ověřování nových poznatků na těle živého člověka použitím metod dosud nezavedených v klinické praxi, oznámená v částce 24/1985 Sb.

§ 2

Tato vyhláška nabývá účinnosti patnáctým dnem
ode dne jejího vyhlášení.
Ministr:
doc. MUDr. Heger, CSc., v. r.

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Vyhláška ze dne 1. října 2012 o zrušení směrnice Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 1/1972 Věstník MZ ČSR, o provádění sterilizace, a směrnice Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 4/1985Věstník MZ ČSR, pro činnost zdravotnických pracovišť při ověřování nových poznatků na těle živého člověka použitím metod dosud nezavedených v klinické praxi.* [online]. [cit. 2013-04-30]. Dostupné z : http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c340/2012-sb-o-zruseni-smernice-ministerstva-zdravotnictvi-ceske-so_6904_2439_11.html

Příloha 3 Paragrafy ze zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, týkající se sterilizace

§ 12

Sterilizací se rozumí zdravotní výkon zabraňující plodnosti bez odstranění nebo poškození pohlavních žláz. Sterilizaci lze provést ze zdravotních důvodů nebo z jiných než zdravotních důvodů. Zdravotními důvody se rozumí takové nemoci nebo vady, u nichž existuje vysoká míra pravděpodobnosti vážného ohrožení zdraví nebo života v důsledku těhotenství nebo porodu nebo zdravého vývoje plodu nebo zdraví nebo života budoucího dítěte.

§ 13

(1) Sterilizace ze zdravotních důvodů se provede pacientovi, který dovršil věk 18 let, pokud k provedení sterilizace udělí písemný souhlas.

(2) Pacientovi zbavenému způsobilosti k právním úkonům, pacientovi s omezenou způsobilostí k právním úkonům tak, že není způsobilý posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí (dále jen „pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům“), nebo nezletilému pacientovi lze provést pouze sterilizaci ze zdravotních důvodů, a to na základě

a) písemného souhlasu jeho zákonného zástupce (dále jen „zákonný zástupce pacienta“); tím není dotčeno ustanovení § 35 zákona o zdravotních službách,

b) kladného stanoviska odborné komise a

c) souhlasu soudu, který je místně příslušný poskytovateli.

(3) Odbornou komisi ustavuje poskytovatel. Členy odborné komise jsou

a) 3 lékaři se způsobilostí v oboru chirurgie nebo urologie, jde-li o sterilizaci u muže,

b) 3 lékaři se způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví, jde-li o sterilizaci u ženy,

c) klinický psycholog a

d) osoba určená poskytovatelem, která získala vysokoškolské vzdělání v magisterském studijním programu v oblasti právo (dále jen „právník“).

(4) Nejméně 4 členové odborné komise nesmí být v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli, členem kontrolního orgánu poskytovatele nebo statutárním orgánem, členem statutárního orgánu nebo společníkem poskytovatele.

(5) K jednání odborné komise může být přizván ošetřující lékař pacienta, který provedení zdravotního výkonu doporučil, avšak během rozhovoru členů komise s pacientem nesmí být ošetřující lékař přítomen.

(6) Pacient a zákonný zástupce pacienta je vždy přizván k jednání odborné komise; jednání odborné komise musí být započato tak, aby nedošlo k ohrožení života nebo zdraví pacienta. Odborná komise podá pacientovi a jeho zákonnému zástupci informaci o povaze zdravotního výkonu, jeho trvalých následcích a možných rizicích a ověří, zda pacient a zákonný zástupce pacienta této informaci plně porozuměli. U pacienta přihlédne k jeho rozumové vyspělosti. Záznam o podání informace podepíší členové odborné komise, pacient a zákonný zástupce pacienta. Součástí záznamu je názor pacienta. Není-li pacient s ohledem na svou rozumovou vyspělost schopen informaci pochopit nebo záznam podepsat, uvede se tato skutečnost v záznamu. Záznam je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

(7) Odborná komise po projednání žádosti vypracuje písemné odborné stanovisko, ve kterém zhodnotí, zda jsou splněny veškeré podmínky k provedení sterilizace; zároveň uvede dobu platnosti stanoviska a přitom zohlední naléhavost provedení zdravotního výkonu. Ke kladnému stanovisku s provedením sterilizace je zapotřebí souhlasu všech členů odborné komise. V případě, že se souhlasu všech členů nepodaří dosáhnout, odborná komise ve svém stanovisku popíše důvody, které k tomu vedly. Poskytovatel předá kopii stanoviska odborné komise zákonnému zástupci pacienta.

(8) Návrh na udělení souhlasu s provedením sterilizace podává soudu poskytovatel). Poskytovatel k návrhu připojí písemný souhlas zákonného zástupce pacienta, vyjádření pacienta a stanovisko odborné komise. Není-li pacient s ohledem na svou rozumovou vyspělost schopen vyjádření učinit, poskytovatel uvede tuto skutečnost s jejím odůvodněním v návrhu.

4) § 179 občanského soudního řádu.

§ 14

Sterilizaci z jiných než zdravotních důvodů lze provést pacientovi, který dovršil věk 21 let, nebrání-li jejímu provedení závažné zdravotní důvody, a to na základě jeho písemné žádosti. Žádost je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

§ 15

(1) Před provedením sterilizace ze zdravotních nebo jiných než zdravotních důvodů je ošetřující lékař povinen podat pacientovi informaci o povaze zdravotního výkonu, jeho trvalých následcích a možných rizicích. Informace musí být podána před svědkem, kterým je zdravotnický pracovník. Jestliže pacient požaduje přítomnost dalšího svědka podle vlastního výběru, poskytovatel to umožní. Záznam o podání informace podepíše ošetřující lékař, pacient, svědek, popřípadě svědci; záznam je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Mezi podáním informace a udělením souhlasu musí být přiměřená lhůta; jde-li o sterilizaci ze zdravotních důvodů, lhůta musí být nejméně 7 dnů; jde-li o sterilizaci z jiných než zdravotních důvodů, lhůta musí být nejméně 14 dnů.

(2) Provádění sterilizace lze započít, jestliže k tomu pacient nebo zákonný zástupce pacienta bezprostředně před jejím započetím udělili písemný souhlas.

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.* [online]. [cit.2013-04-30]. Dostupné z: http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75507&nr=373~2F2011&rpp=15#local-content

Příloha 4 Anonymní dotazník pro pacientku požadující postkoitální antikoncepci

Tento dotazník lze také stáhnout na **www.lekarnici.cz** nebo na **www.richtergedeon.cz**.

ESCAPELLE®
Levonorgestrelum

POSTINOR®2
Levonorgestrelum

Anonymní dotazník pro pacientku požadující prodej OTC Levonorgestrelu.
Vyplňte prosím následující dotazník zaškrtnutím odpovídajících odpovědí. V případě, že otázce nerozumíte, požádejte lékárníka o vysvětlení či spolupráci.

1/ Je vám 16 let či více? ☐ ANO ☐ NE
Pokud jste odpověděla NE, pak nepokračujte ve vyplňování, ale obraťte se ihned na lékárníka, jak dále postupovat.

2/ Je Escapelle/Postinor-2 pro Vaše vlastní použití? ☐ ANO ☐ NE

3/ Měla jste nechráněný pohlavní styk během posledních 72 hodin (3 dní)? ☐ ANO ☐ NE

4/ Měla jste nechráněný pohlavní styk od poslední menstruace? ☐ ANO ☐ NE

5/ Byla Vaše poslední menstruace jiná než obvykle? Slabší, kratší nebo jakkoliv odlišná? ☐ ANO ☐ NE

6/ Užila jste již Escapelle/Postinor-2 v době od poslední menstruace? ☐ ANO ☐ NE

7/ Užíváte nyní nějaké léky, doplňky stravy či bylinky (např. třezalku tečkovanou)? ☐ ANO ☐ NE

Napište prosím jaké .....

8/ Máte onemocnění tenkého střeva (jako je Crohnova choroba), které ovlivňuje způsob, kterým potravu trávíte? ☐ ANO ☐ NE

9/ Prodělala jste v minulosti zánět vejcovodu nebo mimoděložní těhotenství? ☐ ANO ☐ NE

10/ Měla jste někdy alergii na levonorgestrel (hormon často používaný v kombinované antikoncepci)? ☐ ANO ☐ NE

11/ Máte alergii na laktózu? ☐ ANO ☐ NE

Escapelle/Postinor-2 obsahuje Levonorgestrel. Na jakékoliv nejasnosti ohledně jeho užití se zeptejte lékárníka a přečtěte si pečlivě příbalový leták.

Zde odstřihněte .....

Informace požadované Státním ústavem pro kontrolu léčiv:

Užila jste již v období od 28. 11. 2011 dodnes Escapelle/Postinor-2 ☐ ANO ☐ NE

Pokud ano, kolikrát? .....

Měla jste po užití Escapelle/Postinor-2 potíže, se kterými jste musela navštívit gynekologa? ☐ ANO ☐ NE

Pokud ano, jaké? .....

Berete pravidelnou hormonální antikoncepci (tabletky)? ☐ ANO ☐ NE

Rozumíte návodu k použití přípravku? ☐ ANO ☐ NE ☐ ještě jsem nečetla

Chodíte na pravidelné preventivní gynekologické prohlídky? ☐ ANO ☐ NE

Datum: Razítko a podpis lékárny:

Zdroj: Lékárna, Nemocnice Jihlava

Příloha 5 Kompetence porodních asistentek

Vyhláška č. 55/2011 Sb. ze dne 14. 03. 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

§ 5
Porodní asistentka

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

a) poskytovat informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytovat rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkovat,

b) provádět návštěvy v rodině těhotné ženy, ženy do šestého týdne po porodu a gynekologicky nemocné, sledovat její zdravotní stav,

c) podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházet jeho komplikacím,

d) diagnostikovat těhotenství, předepisovat, doporučovat nebo provádět vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím, poskytovat jí informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předávat ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,

e) sledovat stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky, rozpoznávat u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhat mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádět neodkladná opatření,

f) připravovat rodičku k porodu, pečovat o ni ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vést

i porod v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,

g) ošetřovat porodní a poporodní poranění a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu,

h) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky10) a manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

i) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky11) a prádlo, manipulovat s nimi, a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

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

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

a) asistovat při komplikovaném porodu,

b) asistovat při gynekologických výkonech,

c) instrumentovat na operačním sále při porodu.

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

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

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Vyhláška 55/2011 Sb. ze dne 1. března 2011, která stanoví činnosti zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-

stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_949_3.html

Příloha 6 Otázky do rozhovoru s respondentkami

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?
3. Jaké znáte druhy antikoncepce? Dokázala by jste nějaké vyjmenovat?
4. S jakými druhy antikoncepce máte osobní zkušenost?
5. Užíváte v současné době antikoncepci? Jakou?
6. Jak jste byla seznámena s hormonální antikoncepcí (včetně jejích výhod a rizik)?
7. Docházíte na pravidelné kontroly k vašemu gynekologovi v souvislosti s užíváním HAK? Co je jejich součástí?
8. Jaké znáte výhody, které může mít užívání hormonální antikoncepce?
9. Jaké výhody z užívání HA jste pozorovala u sebe?
10. Jaká znáte rizika související s užíváním hormonální antikoncepce?
11. Jaké jste pozorovala potíže při užívání HA Vy nebo někdo z Vašeho okolí?

Zdroj: autor

Příloha 7 Seznam tabulek a schémat

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek 42
Schéma 1 Jmenované metody antikoncepce 43
Schéma 2 Zkušenosti dívek a žen s antikoncepcí 44
Schéma 3 Způsob seznámení dívek a žen s hormonální antikoncepcí 45
Schéma 4 Návštěvy a kontroly u obvodního gynekologa 46
Schéma 5 Znalosti dívek a žen o výhodách hormonální antikoncepce 47
Schéma 6 Zkušenosti dívek a žen s výhodami hormonální antikoncepce 48
Schéma 7 Znalosti dívek a žen o rizicích hormonální antikoncepce 49
Schéma 8 Zkušenosti dívek a žen s potížemi při užívání hormonální antikoncepce 50
Schéma 9 Srovnání znalostí dívek a žen o hormonální antikoncepci 52

Zdroj: autor