

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Problematika antikoncepce u žen v období nad 35 let věku

Simona Braunová

Bakalářská práce

2008

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra porodní asistence
Akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení. **Simona BRAUNOVÁ**
Studijní program. **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Porodní asistentka**

Název tématu. **Problematika antikoncepce u žen v období nad 35 let věku**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis problematiky týkající se fyziologie ženy, historie antikoncepce, psychologie ženy
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a hypotéz práce
3. Prozkoumání výběru metod výzkumu a respondentek s vedoucím práce
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníku
5. Výběr vhodných respondentek a rozdání dotazníků
6. Analýza a interpretace získaných dat
7. Kritické zhodnocení a doporučení

Rozsah grafických prací.

Rozsah pracovní zprávy:

30 stran

Forma zpracování bakalářské práce:

tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

CITTERBART, K. Gynekologie. 1. vyd. Praha: Galen, 2004. ISBN 80-7262-094-0.

ČEPICKÝ, P. Psychologie ženy. Praha, 1992

PLUTA, M. Nízkodávková hormonální perorální antikoncepce. Gynekologie po promoci. 2007, roč. 7, č. 1, s. 51-61.

TROJAN, S.; LANGMEIER, M. a kol. Lékařská fyziologie. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-036-8.

UHROVÁ, E. Kontracepce především hormonální včera, dnes a zítra. Sestra, 2002, č. 3, s. 6-16.

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

Vedoucí bakalářské práce:

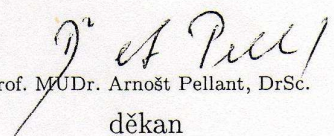
PhDr. Magdalena Řeřuchová
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2007

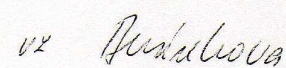
Termín odevzdání bakalářské práce:

24. června 2008


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.

děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová

vedoucí katedry

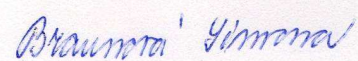
V Pardubicích dne 15. ledna 2008

Poděkování

Tímto bych chtěla vyjádřit poděkování paní PhDr. Magdaleně Řeřuchové, vedoucí práce, za odborné vedení, trpělivost a cenné rady, které mi dala.

Zároveň mé poděkování patří všem nejmenovaným ženám, které se podílely na vyplňování dotazníku.

V Červených Pečkách 03. 06. 2008



Braunová Simona

SOUHRN

Práce je věnovaná problematice antikoncepce se zaměřením na ženy starší 35 let. Obsahuje stručnou historii a principy použití antikoncepčních metod, druhy antikoncepce a charakteristiku psychické stránky ženy a její postavení ve společnosti. Zabývá se i vlivem hormonální antikoncepce na zdravotní stav žen v daném věku.

KLÍČOVÁ SLOVA

antikoncepce, premenopauza, 35 let, psychologie

TITLE

Problems of contraception by women aged 35 and over

ABSTRACT

The work is devoted to problems of contraception with focus on women aged 35 and over. It contains brief history and principles of application of contraceptive methods, kinds of contraception and characteristics of psychological side of a woman and her position in society. The work deals also with the influence of hormonal contraception on health of women in a given age.

KEYWORDS

contraception, premenopause, age of 35, psychology

Obsah

Úvod

1 Teoretická část	7
1.1 Historie antikoncepce obecně	7
1.2 Historie hormonální antikoncepce	8- 9
1.3 Antikoncepce	10
1.4 Rozdělení antikoncepce	10- 12
1.4.1 Metoda chemické antikoncepce	12
1.4.2 Hormonální antikoncepce	13
1.4.3 Gestagenní antikoncepční metody	13- 14
1.4.4 Nitroděložní tělíška s mědí	14- 15
1.4.5 Nitroděložní tělíška s progestinem	15
1.4.6 Kombinovaná antikoncepce	15- 16
1.5 Klinický význam dávky estrogenů	16- 17
1.6 Indikace a kontraindikace	17
1.7 Zdravotní rizika	17- 18
1.8 Účinky antikoncepce	18
1.9 Menstruační cyklus	18- 20
1.9.1 Období premenopauzy	20
1.9.2 Fyziologické změny	20
1.9.3 Otázka antikoncepce	20- 21
1.9.4 Metody volby	21
1.9.5 Příznivé vedlejší účinky	21
1.9.6 Užití antikoncepce	21- 22
1.9.7 Výběr antikoncepce	22
1.10 Psychologie ženy v období života nad 35 let věku	23
2 Praktická část	24
2.1 Hypotézy	24
2.2 Metodika výzkumu	25
2.3 Prezentace výsledků	25- 37
2.4 Diskuze	37- 38
3 Závěr	39

Úvod

Tématem mé bakalářské práce byla problematika antikoncepce u žen v období života nad 35 let věku. Zajímalo mě, zda v dnešní moderní době užívají antikoncepci nejen ženy mladší tohoto věku, ale i ženy starší. Zda je vede k tomuto rozhodnutí společenský trend či jiný důvod. Zabývala jsem se rovněž problematikou možných fyziologických změn v tomto období, eventuálními zdravotními potížemi a postavením ženy ve společnosti.

Teoretická část obsahuje fakta týkající se problematiky antikoncepce od její historie, druhů, možností až po možné kontraindikace. Zmiňuji se také o psychické stránce ženy. Pomocí dostupné literatury jsem se snažila shrnout poznatky, které s antikoncepcí souvisejí.

V praktické části jsem uplatnila znalosti vypracování dotazníku a zpracování získaných dat. Mou cílovou skupinou se staly respondenty, ženy nad 35 let věku. Pro větší objektivitu jsem využila skupinu druhou, tedy ženy mladší 35 let. Druhá skupina respondentek sloužila jen pro porovnání. Výsledky jsem zpracovala pomocí tabulek a grafů. Praktická část je tvořena vyhodnocením dotazníků a hypotéz.

1 Teoretická část

1.1 Historie antikoncepce obecně

Již od pradávných dob se lidé snažili vymyslet techniky, které by měly antikoncepční účinek. Není přesně stanovený rok, ale uvádí se, že rozhodujícím mezníkem bylo poznání, že pohlavní styk vede k oplodnění. Metody se lišily podle oblastí. Například v Indii se pokoušeli o zařkávání. V Egyptě se jednalo o vykuřování pochvy, nebo vaginální pesary z krokodýlího trusu. Kromě těchto sporných metod existovala ještě přerušovaná soulož, která se stala nejspolehlivější.

V období středověku se objevil návlek na penis, zprvu sloužil jako ochrana před francouzskou nemocí syfilis. Velmi účinná antikoncepční metoda v té době byl pás cudnosti. Dalším pokrokům a novým technikám doba nepřála.

V 18. století bylo zřejmé, že se lidstvo rozrůstá rychleji, než se stačí obnovovat zdroje obživy. Bylo tedy nutné regulovat stoupající počet populace. Preferovala se sexuální zdrženlivost a pozdní sňatky. Devatenácté století s sebou přineslo používání antikoncepčního pesaru. O přerušovaném styku vzniklo přesvědčení, že je škodlivý, že může způsobit zdravotní komplikace, infarkt dělohy až neplodnost. Již v roce 1938 se objevil první popis pesaru od Wildeho. Později německý lékař Mensinga propagoval pesar a jeho používání navzdory nesouhlasu církve. Jeho stoupenci si říkali neomthuziánci.

Dvacátá léta minulého století představovala vznik antikoncepčních poraden, tedy určitý zlom ve vývoji. Například v Anglii roku 1921 působila Marie Stopesová a ve Spojených státech roku 1913 to byla Margaret Saugerová. U nás vznikla první poradna ve 30. letech na tehdejší II. gynekologicko - porodnické klinice v Praze v Apolinářské ulici. Metody se rozšířily o pěnotvorné vaginální prostředky, vaginální houby a tampóny. Možností byla i dočasná sterilizace zářením.

Stále byl koitus interruptus označován za nebezpečný a za metodu neuspokojivou se považoval i výpočet plodných a neplodných dní dle Ogina a Knause. Další pokrok zaznamenal rok 1920, kdy německý gynekolog Grofenberg vynalezl nitroděložní tělísko ze slitiny mědi, niklu a zinku. Riziko zánětlivých komplikací bylo však vysoké.

V 50.- 60. letech 20. století se začala rozvíjet moderní antikoncepce.

1.2 Historie hormonální antikoncepce

Jako nejrozšířenější druh antikoncepce se jeví hormonální antikoncepce. Proto stojí za zmínku její historie, která sahá do počátku dvacátého století. Jako první formuloval teoretické úvahy o použití pohlavních hormonů profesor fyziologie Ludwig Haberlandt, který působil na univerzitě v Innsbrucku. Prováděl experimenty, spolu s vídeňským gynekologem Otfriedem Fellnerem, na myších a jiných savcích. Jednalo se o perorální podávání ovariálních extraktů k inhibici plodnosti. První preparát, Infecudin, který by eventuelně mohl sloužit k antikoncepčnímu užití, představil Haberlandt v roce 1931. Jeho smrt však přinesla konec v experimentování a ve výzkumu. Jeho teorie upadly v zapomnění. V té době však ještě nebyl pokrok v chemickém ani farmaceutickém průmyslu na takové úrovni. Dalším badatelem v této oblasti byl například Edward Doisy, který ke svým výzkumům potřeboval 80 000 prasečích ovarii za účelem výroby 12 mg estradiolu. První izolace ovariálních hormonů se uskutečnila až v roce 1929, kdy byl izolován estron, a v roce 1934, kdy se jednalo o progesteron. Další syntéza se uskutečnila v roce 1938 a týkala se ethynilestradiolu. Ten je v perorální hormonální antikoncepci používán dodnes. Už ve 30. letech byla zjištěna antiovulační funkce progesteronu. Zatím jen ve výzkumu se zvířaty. Jeho vysoká cena byla však překážkou v běžném použití. Progesteron byl využit v léčbě hrozícího potratu. Dále 40. léta přinesla hlavně ve Spojených státech výzkum v možnostech výroby steroidních hormonů.

Postupně byly syntetizovány progesteron, ethisteron, norethinron a norethinodrel. První byl progesteron z kořenů liliové rostliny Trilium rostoucí v Severní Karolíně. Ethisteron, norethindron a norethinodrel byly testovány na zvířatech díky grantu IPPF (International Planned Parenthood Federation) v letech 1953 - 1954. Pokusy na lidech se uskutečnily v roce 1956 v Portoriku Gregorym Pincusem, Johnem Rockem a Edrisem Rice Wrayem. Doba druhé světové války zapůsobila na rozvoj a výzkum spolehlivé antikoncepce.

Následkem aplikace progestinů docházelo ke krvácení z průniku a tak se estrogeny používaly pro kontrolu cyklu. Tímto se ustanovily principy kombinované estrogen-progestinové antikoncepce. První antikoncepční tableta se objevila v roce 1960 v USA pod názvem Enovid (Searle). Obsahovala 150 ug mestranolu a 9, 85 mg norethynodrelu. V roce 1961 uvedla i Evropa svůj preparát pod názvem Anovlar od firmy Schering. Ten obsahoval 50 ug ethynilestradiolu a 40 mg norethisteronacetátu.

V roce 1965 byl uveden na československý trh přípravek Antigest A od firmy Spofa, který obsahoval 100 ug mestranolu a 5 mg methenmadinonacetátu.

Vynálezy a používání antikoncepce po počáteční euforii přinesly později některé nežádoucí účinky, zejména kardiovaskulární. Bylo třeba specializovat výzkum hormonální antikoncepce a zaměřit ho na snižování dávky složky estrogenní a na syntézu nových progestinů i s androgenními účinky. Jediné, co zůstalo po celou dobu vývoje stejné, je schéma podání. Měsíční cyklus s užíváním tabletek po dobu tří týdnů a s týdenní pauzou bez tabletek, kdy proběhne pseudomenstruace. Může však také nastat situace náhodné ovulace v případě, že si žena opomene vzít tabletku na konci či začátku nového cyklu. Je to způsobeno folikulárním vývojem v tzv. pill free týdnu, který zvyšuje pravděpodobnost náhodné ovulace. U nízkodávkových preparátů s obsahem EE (ethinylestradiolu) pod 20 ug se doporučuje podávání tablet po dobu 24 dní a tudíž nastane zkrácení doby bez tablet na pouhé čtyři dny. Ve Francii je populární řešit tyto změny nepřetržitým užíváním tablet po dobu devíti týdnů s následující týdenní pauzou. Ovšem nejrozšířenějším modelem užívání antikoncepce je klasické užívání s pravidelným měsíčním krvácením. (5)

1.3 Antikoncepce

Jedná se o opatření k zabránění oplodnění. Má zabránit setkání a spojení vajíčka a spermie vnikající do pohlavního ústrojí ženy při souloži. Existuje několik antikoncepčních metod s různou spolehlivostí, výhodami a nevýhodami. Tzv. přirozená antikoncepce vychází ze sledování plodných a neplodných dnů, například sledováním cervikálního hlenu či bazální teploty. K mechanickým prostředkům patří například prezervativ, bariérová antikoncepce (pesar), nitroděložní tělísko (IUD). Další metodou je hormonální antikoncepce zabraňující zejména ovulaci. V některých případech je možné chirurgické provedení, sterilizace (u mužů vasktomie, u žen ligace a přetětí vejcovodů).

Požadavky na ideální kontracepci

100% účinnost, 100% bezpečnost, 100% reverzibilitnost účinku, jednoduchá nebolestivá procedura, nezávislost na pohlavním styku, levná, technologicky nenáročná výroba, snadná dostupnost a snadná distribuce, nezávislost na lékaři, akceptovatelnost pro všechny typy kultur a náboženství, maximum pozitivních účinků a minimum negativních.

Spolehlivost antikoncepce udávaná PI

Pearlův index= počet těhotenství u 100 žen užívajících danou antikoncepci v průběhu jednoho roku.

1.4 Rozdělení antikoncepce

Úplně nejzákladnější rozdělení antikoncepce je na mužskou a ženskou, dále je možné dělení na přirozenou a hormonální antikoncepci. A v neposlední řadě lze zaměřit dělení podle mechanismu účinku antikoncepce. Jedná se o blokádu ovulace, zabránění fertilizaci, zabránění implantace či přerušení embryonálního vývoje.

Mezi přirozené metody antikoncepce patří koitus interruptus, periodická abstinence, kalendářová metoda, měření bazální teploty, hlenová metoda, změny na děložním čípku, symptotermální metoda, krystalizace slin, rychlé stanovení luteinizačního hormonu (LH).

Coitus intrruptus

Přerušovaná soulož jejíž výhodou je použitelnost kdykoli a kdekoli. Ale vyžaduje ukázněnost partnera a je považována za nespolehlivou metodu díky vysokému Pearllovu indexu (PI 18).

Periodická abstinence

Výpočet souvisí se stanovením životnosti spermie v ženském genitálním traktu, která je okolo dvou až sedmi dní a se schopností oplození vajíčka, což je přibližně 72 hodin po ovulaci. Abstinence se potom doporučuje v období sedm dní před až tři dny po ovulaci. Díky možnému nepravidelnému cyklu ženy je PI 0, 4- 39, 7. Tedy asi 20% selhání.

Kalendářová metoda

Tato metoda je vázána na předchozí sledování menstruačního cyklu. Doporučuje se alespoň šest až osm měsíců sledovat jeho délku a pravidelnost. Pak od nejdelšího cyklu odečíst jedenáct a od nejkratšího odečíst osmnáct dní. Ovulace nastupuje čtrnáct dní před prvním dnem následující menstruace plus minus dva dny. Spermie zůstávají schopny oplodnit vajíčko dva až tři dny.

Měření bazální teploty

Doporučuje se sledování hodnot bazální teploty v průběhu tří až čtyř cyklů. Působí zde termogenetický efekt progesteronu. Bazální teplota klesá 12- 24 hodin před ovulací a potom stoupá zpravidla o 0, 2- 0, 4 st. Celsia.

Hlenová metoda

Označovaná jako metoda manželů Billingsových z Austrálie. Jedná se o přítomnost hlenu se zvýšenou tažností z poševního introitu tři dny před ovulací a dva dny po ovulací. Přítomnost hlenu naznačuje plodnost.

Krystalizace slin

V perioovulačním období tvoří sliny podobně jako cervikální hlen krystalky.

Rychlé stanovení LH

Odběr a vyhodnocení hladiny je nutné provádět po dvanácti hodinách. Stanovení LH z moči, kdy vrchol hodnot probíhá současně s ovulací.

Přirozené metody antikoncepce s sebou přináší své výhody i nevýhody. Výhodou je dostupnost metody, nepřítomnost zdravotních kontraindikací, akceptovatelnost římsko-katolickou církví. Mezi nevýhody se řadí nízká spolehlivost a použitelnost tam, kde nevádí případné početí.

Další velkou skupinu tvoří metody bariérové, kam se řadí cervikální pesar, pesar diafragma, ženský prezervativ, mužský prezervativ.

Cervikální pesar

Vyrábí se z gumy či latexu. Nasazuje se na portio vaginalis cervicis uteri. Nejdelší doba, na kterou lze pesar aplikovat jsou tři dny, ale délka užívání jsou maximálně dva roky. U nás v České republice se nepoužívá. Těhotenské číslo je 12- 20. Mezi kontraindikace patří chronická cervicitida, lacerace čípku, anatomické změny čípku po operaci, kdy klobouček nedrží, jak by měl.

Pesar diafragma

Jedná se o kruhový klobouček s pružinou v obvodu, vyrobený z latexu. U nás se tento druh antikoncepce nepoužívá. Existují průměry od 50 mm do 105 mm. Způsob zavádění je digitální, kdy se rozpnou poševní stěny a možná délka zavedení je maximálně 24 hodin. Doporučuje se kombinace se spermicidy. Tento druh bariérové antikoncepce se spíše hodí pro ženy s nižší frekvencí koitu. Těhotenské číslo se uvádí 3. Ke kontraindikacím patří prolaps dělohy, cystokéla, rectokéla, alergie na latex či klobouček a spermicidy.

Ženský prezervativ

Neboli femidon. Pro představu se jedná o větší mužský kondom s kloboučky na obou koncích. Vnitřní kroužek nalehne na čípek a zevní zůstane před rodidly. Tato metoda je účinná proti otěhotnění i proti pohlavně přenosným chorobám. (1)

1.4.1 Metoda chemické antikoncepce

Působí destrukci buněčné membrány spermií nebo enzymatickou inhibicí. Vyskytují se ve formě pěn, krémů, želé, čípků, tablet. Při používání je třeba se přesně řídit pokyny výrobce. Nevýhodou může být opakovaná aplikace. Naopak mezi výhody patří dostupnost, jednoduchost a lokální účinek. Těhotenské číslo 12- 18.

Vaginální houba

Skládá se z polyuretanu a 1 gramu monoxynolu. Principem je absorpce ejakulátu, spermicidní účinek, zábrana průniku spermií do cervikálního kanálu. Existuje jedna velikost. Maximální délka ponechání je 24 hodin. Mezi nevýhody se řadí obtížné zavedení a extrakce a lokální iritace při dlouhodobém ponechání.

1.4.2 Hormonální antikoncepce

Patří mezi moderní antikoncepční metody a její používání se stalo naprosto běžným v životě ženy. Lze ji rozdělit do tří velkých skupin. Nejznámější a nejpoužívanější se stala kombinovaná hormonální antikoncepce, kdy jde o kombinaci estrogenu a progestinu ve formě tablet. Méně oblíbenou je nitroděložní antikoncepce, kdy jde o zavádění antikoncepčního tělíška do dělohy. Třetí skupinu tvoří nejméně rozšířená metoda gestagenní antikoncepce. Využívá kontinuální aplikaci progestinů, což jsou syntetické hormony a účinkem odpovídají přirozeným progesteronům.

1.4.3 Gestagenní antikoncepční metody

Princip této metody spočívá v kontinuálním užívání progestinu. Dnes jsou dostupné na našem trhu tři formy. Jedná se o tablety, tzv. minipilulky, injekce a podkožní implantáty. Společný mají mechanismus účinku, který ovlivňuje v první řadě hlen v kanálku hrdla děložního. Vlivem progestinu se hlen stává vazkým a naprosto neprostupným pro spermie. Konzistence hlenu je podobná jako u předmenstruační fáze cyklu. Dále společným rysem je fakt, že nemají nežádoucí účinky jako kombinované pilulky, tedy nezvyšují riziko hluboké žilní trombózy.

Gestagenní metody nemají žádnou absolutní kontraindikaci. Mohou je užívat i ženy s kontraindikacemi estrogenů. Jako nevýhoda se uvádí nepravidelné krvácení, které může přejít až v amenoreu.

Minipilulky

Tablety, které obsahují jen progestin, tedy hormon žlutého tělíška. Užívají se každý den, bez ohledu na krvácení, které je více méně pravidelné, zpravidla v intervalu 3- 5 týdnů. Výhodou jsou zejména pro ženy po porodu. Pro kojící ženu představují minipilulky výbornou antikoncepci v prvních šesti měsících po porodu. Vzhledem k laktační amenoree nevedí nevýhoda minipilulek porucha cyklu. Spolehlivost antikoncepce zvyšuje spoluúčast kojení. Avšak po šesti měsících musí žena přejít na kombinovanou formu antikoncepce. Ve většině případů se vrací k preparátu užívaného před těhotenstvím.

K dostání je přípravek pod názvem Exulon.

Depotní injekce

Zástupcem této skupiny je Depo - Provera. Jedná se o injekci podávanou jednou za tři měsíce. Je to extrémně spolehlivá antikoncepce, kdy je PI 0, 01. Z výše uvedeného vyplývá, že jde o vyšší spolehlivost než u kombinované pilulky. Mezi další výhody kromě spolehlivosti patří jednoduchost, cena, nepřítomnost závažných kontraindikací. Lze ji také dost dobře utajit, pokud si žena nepřeje, aby se o ní dozvěděli ostatní. V 30% ženy nemenstruují již od počátku užívání a po roce stoupá procento amenorey na 80%, což ženy také oceňují. Ovšem vedle výhod se zde nacházejí i nevýhody, mezi které se řadí nepravidelné krvácení v prvních měsících a tzv. doběh antikoncepce. Zcela se liší od ostatních antikoncepčních metod. Nástup plodnosti je pozvolný a úplná úprava může nastat v rozmezí 14 týdnů až 18 měsíců od poslední dávky injekce.

Podkožní implantáty

Nový typ dlouhodobě působící antikoncepce ve formě implantátu, který se v místní anestezii zavádí těsně pod kůži na vnitřní stranu nadloktí. Dříve byl znám jen Norplant, což byl pětityčinkový implantát s účinností pět let. Dnes známe i Implanon. Tento implantát je jednotyčinkový a funguje na principu inhibice ovulace. Je účinný po dobu tří let, neovlivňuje minerální denzitu kostí a je bezpečný pro kojící matky. Atraktivní volbou antikoncepce může být i pro ženy se zvýšeným rizikem tromboembolie a pro ženy s kontraindikací kombinované hormonální antikoncepce. Nevýhodou a hlavním důvodem nespokojenosti žen s touto metodou je nepravidelné krvácení a vysoká cena. Nehodí se pro ženy, které plánují v nejbližší době otěhotnět a ženy, které se obávají zhoršení pleti. Kontraindikace jsou potvrzené těhotenství nebo podezření na ně, aktivní žilní tromboembolická porucha, těžké onemocnění jater, progesteron- dependentní nádorová onemocnění, neobjasněné vaginální krvácení, přecitlivělost na kteroukoli složku tyčinkového implantátu.

1.4.4 Nitroděložní tělíska s mědí

Kdysi existovala nemedikovaná tělíska značky DANA, která byla tvořena pouze plastovou hmotou. Dnes se nepoužívají. Místo nich jsou dnes moderní tělíska omotaná měděným drátkem. Díky tomu mohou být tělíska menší a zvyšuje se i jejich spolehlivost a snášenlivost. Obvykle se zavádějí na pět let. Účinek je zajištěn tak, že tělísko k sobě v dutině děložní láká bílé krvinky a ty pak ničí spermie, které putují dělohou k vajíčku.

Hlavní výhoda je spatřována v dobré snášenlivosti, jednoduchosti a nepřítomnosti hormonálního vlivu, dále ve vysoké spolehlivosti, kdy je PI pod 1. Další výhodou je samozřejmě i cena. Mezi uváděné nevýhody se řadí obtížnost zavedení u nulipar a absence příznivých neantikoncepčních účinků hormonální antikoncepce a to zejména náchylnost k pánevní nemoci, zánětu dělohy a vejcovodů. Ostatní metody hormonální či bariérové antikoncepce chrání ženu před infekcí šířící se ascendentně, to znamená z hrdla děložního do horních částí pohlavního ústrojí. Nehodí se proto pro ženy s více partnery.

1.4.5 Nitroděložní tělíska s progestinem

Jedná se kombinaci gestagenní antikoncepce a nitroděložního tělíska, kdy je hormon umístěn přímo v tělísku. To umožňuje maximální účinek na hlen v kanálku hrdla děložního a současně minimální vliv na celý organismus, tedy hladina hormonů v krvi je velmi nízká a tak není ovulace blokována. Známý je preparát Mirena. Obsahuje syntetický hormon levonorgestrel a zavádí se na dobu pěti let. Hlavním kladem této metody je vysoká spolehlivost srovnatelná a preparátem Depo- Provera a převyšující spolehlivost kombinovaných pilulek. Výhodou je pokles intenzity menstruačního krvácení či úplná amenorea. Doporučuje se volba této antikoncepce u žen s hypermenoreou nebo silným nepravidelným krvácením, dále jsou zaznamenány výhody pro ženy v období perimenopauzy, které mají problémy s nepravidelností menstruačního cyklu. Mirena chrání před pánevní zánětlivou nemocí, před karcinomem endometria, může se objevit nepravidelné krvácení a zhoršení akné. Jedinou kontraindikací jsou některé vrozené vývojové vady dělohy, jako je například uterus duplex. Nevýhodou u nulipar může být obtížnější zavedení.

1.4.6 Kombinovaná antikoncepce

Jejich součástí jsou vždy dva hormony estrogen a progestin. Dělíme je podle několika hledisek.

Podle užitého estrogeneru

Dnes používaná orální kombinovaná antikoncepce obsahuje etinylestradiol (EE). Také náplast'ová forma obsahuje etinylestradiol.

V rámci klinických studií je užití mikronizovaného estradiolu.

Podle použitého progestinu

Použití gestagenní složky je variabilní. Dělení se uskutečňuje podle androgenní aktivity. Obecně platí čím menší androgenní efekt, tím menší vliv na metabolismus sacharidů a tím samozřejmě příznivější účinky na poměr HDL: LDL cholesterolu. Další vliv lze zaznamenat u progestinu s antimineralkortikoidním účinkem na pokles krevního tlaku a vliv na retenci vody. Z toho může vyplývat i mírný pokles hmotnosti.

Podle dávky hormonů

Ukazatelem je dávka estrogenů, která se od minulosti značně snížila. Dříve jedna tableta obsahovala 150 ug estrogenů a dnes činí nejvyšší hodnota 50 ug estrogenů. Rozlišují se tedy preparáty s vysokou dávkou estrogenů (50 ug), nízkou dávkou (30-35 ug) a s velmi nízkou dávkou estrogenů (15-20 ug). (3)

1.5 Klinický význam dávky estrogenů

Při vyšší dávce estrogenů v jedné tabletě lze říci, že je lepší kontrola cyklů, tedy nižší výskyt tzv. krvácení z průniku a nižší výskyt amenorey. Vyšší dávky totiž souvisí s pozitivními vedlejšími účinky pilulek, jako je například pokles výskytu akné, hirsutismu, ovariálních cyst. Naopak se projevují příznaky spojené s estrogeny. Sem patří citlivost prsu, nauzea, možné bolesti hlavy a nepříjemná souvislost mezi dávkou estrogenů a rizikem vzniku hluboké žilní trombózy.

Podle sekvenčnosti lze přípravky rozdělit na monofázické, bifázické, trifázické, kombifázické a sekvenční formy. Dnes se spíše přikláníme k monofázickým přípravkům, kdy během jednoho cyklu podáváme stále stejnou dávku estrogenů a progesteronu. Lze jimi prodlužovat cyklus a odsunovat pseudomnstruační krvácení. Patrný je také ochranný vliv na vznik ovariálních cyst.

Mezi parenterální přípravky patří transdermální kombinovaná hormonální antikoncepce. Zastupitelem je Evra, která je srovnatelná s přípravky s nízkým dávkováním etinylestradiolu, s progestiny a minimální androgenní aktivitou. Obsahuje etinylestradiol 600 ug a norelgestromin 6000 ug v jedné týdenní náplasti. Její výhodou je stabilní hladina steroidů, minimální léková interakce. Vyměňuje se jednou týdně a čtvrtý týden se vynechá.

Na našem trhu mezi nedostupné metody kombinované hormonální antikoncepce patří vaginální a injekční kombinovaná hormonální antikoncepce.

1.6 Indikace a kontraindikace

Věk žen není omezen, ale ženám starším 35 let se doporučují přípravky s velmi nízkým dávkováním a s progestiny s minimální reziduální androgenní aktivitou.

Dále je vhodná pro ženy s více partnery v kombinaci s použitím kondomu, nekuřačkám, nulliparám.

U žen starších 35 let, kuřaček je to relativní kontraindikace pro mírný vzestup výskytu infarktů myokardu.

Absolutní kontraindikací jsou hormonálně dependentní nádory, zvýšené riziko hluboké žilní trombózy nebo tromboembolie, akutní onemocnění jater, neléčená hypertenze a primární plicní hypertenze.

Mezi relativní kontraindikace patří: plánovaná operace většího rozsahu a operace na dolních končetinách, přítomnost více faktorů zvyšujících riziko hluboké žilní trombózy, závažná dyslipidemie, diabetes mellitus s cévními komplikacemi, vaskulární migréna, závažný prolaps mitrální chlopně a starší kuřačky, kouřící více než 15 cigaret denně.

1.7 Zdravotní rizika

Estrogenní a gestagenní složka má vliv na metabolismus glycidů. Estrogen zvyšuje hladinu glukózy a dochází ke snížení glukózové tolerance. Progesteron stimuluje nadprodukcii inzulínu. Dále je vliv patrný na produkci HDL cholesterolu, kdy estrogeny zvyšují hladinu HDL cholesterolu a snižují koncentraci LDL cholesterolu. Názory na možné zhoršení stavů migrény se různí, ale nebyly zaznamenány přímé souvislosti mezi užíváním antikoncepce a zhoršením stavu. Snad jen pokud migréna bez aury vznikla při užívání kombinované hormonální antikoncepce u žen nad 35 let věku. Může docházet k reverzibilnímu vzestupu krevního tlaku. Příčinou je aktivace renin-angiotenzin-aldosteron.

Zvýšené riziko ischemické choroby srdeční souvisí s trombózou, rizikové faktory jsou vyšší věk, kouření, hypertenze, dlouhodobé užívání kombinované hormonální antikoncepce.

U neléčených hypertoniček se riziko ICHS zvyšuje trojnásobně, u těžkých kuřaček až desetinásobně. U žen s trombofilní mutací je riziko TEN 22x vyšší, ale jedná se například o leidenskou mutaci faktoru V, deficit faktoru C, S a mutaci protrombinu.

Absolutní kontraindikací dle WHO je anamnéza hluboké žilní tromboembolické choroby, známá trombofilní mutace. Kontraindikací naopak není rodinná anamnéza TEN, povrchové varixy, povrchová troboflebitis. (5)

1.8 Účinky antikoncepce

Účinky antikoncepce se mohou objevovat v určitém stupni fertilizačního procesu. Může jít o blokádu tvorby oocytů a spermií, o zabránění splnutí gamet (oplodnění), o zabránění nidace fertilizovaného oocytu, nebo o poruchu transportu oocytu tubou a přerušení embryonálního vývoje.

Ženská fertilita je na rozdíl od mužské cyklická. Ovulace se objevuje zpravidla každý měsíc a je regulována hormonálním systémem. Tento systém představuje hypotalamo-hypofyzární osu a ovarium. Proto pro pochopení fungování antikoncepčních metod je uvedena zmínka o fyziologických změnách ženy v průběhu menstruačního cyklu.

1.9 Menstruační cyklus

Průměrná délka se u většiny žen pohybuje mezi 25- 30 dny a jeho čtyři fáze jsou pojmenovány podle změn, které se odehrávají v ovariu, nebo podle změn týkajících se endometria. Jako první den menstruačního cyklu se označuje první den cyklického krvácení.

Ovulační fáze

Folikulární fáze v ováriu začíná 1. den menstruačního cyklu. Zároveň začíná menstruační fáze endometria. Dochází k odlučování pars functionalis od pars basalis následkem poklesu hladin estrogenu a progesteronu a tím i k menstruačnímu krvácení. Ve folikulární fázi dochází ke zrání folikulu a oocytu již připraveného k fertilizaci. Tento děj je závislý na hypofyzárním FSH. Vyšší počet folikul vede k syntéze estrogenů, což trvá zhruba do 5. – 7. dne. V této době se vytvořil dominantní folikul a ostatní podléhají atrezii. V endometriu dochází k obnově odloučené vrstvy jako odpověď na produkci ovariálních estrogenů.

Dochází k proliferaci endometriálních buněk, tedy k růstu endometria a hromadění glykogenu. Vysoká hladina estrogenů je patrná na hypotalamo-hypofyzární ose díky negativní zpětné vazbě poklesu produkce FSH. V polovině cyklu je folikul téměř zralý a zvyšující se hladina estrogenů způsobuje náhlý vzestup LH. K ovulaci dochází za 34 – 36 hodin po začátku vzestupu LH.

Ovulace

V této fázi je typický vzestup LH, dále maturace oocytů (1. mitotické dělení) a ruptura folikulu a vypuzení oocytu, za což jsou zodpovědné prostaglandiny a proteolytické enzymy. LH dosáhne vrcholu a hladina estrogenů výrazně klesá před ovulací, následkem čehož je krátké zakrvácení uprostřed cyklu. LH stimuluje vzestup androgenů, který může mít za následek zvýšenou sexuální apetenci u žen s normálním ovulačním cyklem.

Luteální fáze

Z folikulu se stává žluté tělísko (corpus luteum), které produkuje estrogeny, progestiny, androgeny. Vlivem produkce progesteronu se z proliferujícího endometria stává sekreční a je připraveno na nidaci blastocytu. V endometriu jsou maximální zásoby glykogenu, odstatek žláz a cévního zásobení. Vlivem vysokých hodnot ovariálních steroidů klesá hladina hypofyzárních gonadotropinů. Pokud nedojde k oplodnění, tedy nevznikne těhotenství, začne odlučování endometria s klesající hladinou steroidů a pokračuje další menstruační cyklus. Dojde-li k oplodnění nastane produkce HCG (lidského choriálního gonadotropinu), již detekovatelný od 7. dne po početí. HCG stimuluje hormonální funkci žlutého tělíska, optimální hladiny progesteronu a tím zabrání odloučení pars functionalis. Později má tuto funkci placenta.

Řízení menstruačního cyklu

Počátek je v hypotalamu, který je lokalizován na spodině 3. komory mozkové. Nacházejí se zde buňky strukturálně podobné neuronům, které mají schopnost neurosekrece, tj. syntéza neurohormonů a neurotransmiterů. V řízení menstruačního cyklu jsou důležité GnRH (gonadotropin, releasing hormone), buňky syntetizující gonadoliberin. GnRH je uvolňován pro hypofýzu a transportován do ní hypotalamo-hypofyzárním portálním systémem. Výdej gonadoliberinu je ovlivněn neurotransmitery (dopamin, noropinefrin a betaendorfin), které jsou pod vlivem ovariálních steroidů.

Dále menstruační cyklus mohou ovlivňovat vnější faktory jako je stres, délka denního úsvitu a hladovění. Část hypotalamu reguluje sexuální chování, příjem tekutin a potravy a tělesnou teplotu.

Další hormony, které působí v regulaci menstruačního cyklu jsou prozatím zkoumány, zda by mohly být využity v antikoncepčních metodách. Jedná se o inhibin (folikulostatim) a OMI (oocyt, naturation, inhibitor).

V předním laloku hypofýzy se nacházejí specializované buňky produkující gonadotropiny – LH (luteinizační hormon) a FSH (folikulostimulační hormon). Mají vliv na cyklické změny v ovariu. Syntéza a uvolňování gonadotropinu se děje pod vlivem GnRH. (4)

1.9.1 Období premenopauzy

Jedná se o období před menopauzou a lze jej definovat jako období prvních hormonálních změn. Obvykle se tyto změny objevují kolem 40. roku života, ale v širším pohledu může být hranice posunutá na věk 35 let. Pro ženu je toto období života velmi složité, neboť dochází k prudkému poklesu fertility a objevují se první změny cykličnosti produkce progesteronu, gonadotropinu a estradiolu. Zároveň ale není vyloučena možnost gravidity. Je třeba proto věnovat dostatečnou pozornost tomuto období života.

1.9.2 Fyziologické změny

Kromě výše zmíněných počínajících změn dochází k insuficienci žlutého tělíska po ovulaci a později k poklesu hladin progesteronu, v cyklu chybí sekreční fáze. Premenopauza může být provázena relativním hyperestrogenismem a nepravidelným krvácením. Toto krvácení bývá silnější – hypermenorea, nebo častější – polymenorea. Nepravidelnost krvácení může být důvodem kyretáží, které v tomto věku nejsou výjimkou. (2)

1.9.3 Otázka antikoncepce

Nejprve, než přistoupí lékař k nalezení vhodného druhu antikoncepce pro ženu, je třeba odstranit nepravidelnosti menstruačního cyklu a vyléčit první příznaky klimakterického

syndromu. Otázka antikoncepce je aktuální až do období menopauzy. Nelze se spolehnout ani na snižující se fertilitu. K nečekané graviditě může dojít pokud má žena pravidelný menstruační cyklus.

1.9.4 Metody volby

Volíme obvykle mezi metodami hormonální a mechanické antikoncepce, pokud pomineme bariérové metody, které lze použít vždy a všude. Hormonální antikoncepce je nejrozšířenější u mladých žen pro svou všeobecnou dostupnost. Ovšem jiná situace nastane u žen starších 35 let, kde mohou přibývat stavy a situace, které jsou kontraindikovány.

Obecně lze rozdělit kontraindikace na absolutní a relativní. Mezi absolutní kontraindikace řadíme tromboflebitis, hlubokou žilní trombózu a stavy po trombózách v průběhu užívání hormonální antikoncepce nebo v těhotenství. Dále karcinom prsu a akutní onemocnění jater. Relativní kontraindikace je nutné posoudit individuálně. Jedná se zejména o hypertenzi, obezitu, diabetes mellitus, epilepsii, migrény, alergické stavy, krvácení z dělohy nejasného původu a kouření více jak 15 cigaret denně u žen starších 35 let.

Dříve byl uváděn jako absolutní kontraindikace věk žen nad 35 let, ale s dnešními moderními nízkodávkovými kontraceptivy se může hranice užívání antikoncepce posunout k období menopauzy a tak plynule přejít na hormonální substituční terapii.

1.9.5 Příznivé vedlejší účinky

Je třeba zdůraznit některé příznivé vedlejší účinky hormonální antikoncepce, které se zviditelňují právě v tomto věku, před menopauzou. Řadí se sem prevence osteoporózy, navození pravidelného menstruačního cyklu u menstruačních dysfunkcí a prevence veškerých krevních ztrát při menstruaci, příznivý vliv na metabolismus tuků a léčebný vliv na první příznaky klimakterického syndromu.

1.9.6 Užití antikoncepce

Obecně lze říci, že zdravá žena nekuřačka může užívat moderní antikoncepční preparáty s nízkými dávkami etynilestradiolu (pod 30 mikrogramů v jedné tabletě) až do menopauzy.

V současné době se do popředí dostává pilulka s vyšší progesteronovou aktivitou a nízkým androgenním a estrogenním profilem. Takové preparáty snižují riziko rakoviny endometria a vaječnicků, výskyt mimoděložního těhotenství a zánětlivých pánevních nemocí, upravují menstruační cyklus a určitým způsobem zlepšují tukový mechanismus. Kouření je nejvýznamnějším rizikovým faktorem užívání orální antikoncepce, snižuje její účinek, zvyšuje dispoziční k tromboembolismu, což může vést ve výjimečných případech ke smrtelným komplikacím.

1.9.7 Výběr antikoncepce

Dnešní doba nabízí mnoho možností hormonálních antikoncepčních preparátů. Jsou rozděleny pro přehlednost na jednofázové, dvoufázové, třífázové. Nejvhodnější volbou pro ženy nad 35 let je přípravek se stabilní nízkou dávkou estradiolu a s převažující dávkou progesteronu. Ideálními přípravky jsou monofázické antikoncepční preparáty např. Logest, Femoden, Minisiston, Microgynon, Minulet, Mercilon, Marvelon.

Druhou metodou přijatelnou pro ženy v tomto věku je antikoncepce samotným progesteronem. Například perorální preparát Monogest a injekční Depo-Provera 150 s aplikací intramuskulární.

Třetí druh antikoncepce je hormonální antikoncepce po pohlavním styku určená zejména ženám, které nemají pravidelný pohlavní život a které mají pohlavní styk víceméně příležitostně. Zástupcem této skupiny je lék Postinor, který je třeba užít do jedné hodiny po styku a měl by se užívat maximálně 1x týdně.

Kromě hormonální antikoncepce je ve světě velmi rozšířená mechanická antikoncepce – nitroděložní tělíčko. Jde o metodu poměrně spolehlivou. Má však i svá omezení. Jsou to stavy nepravidelného a silnějšího krvácení z dělohy a zánětlivá onemocnění dělohy a adnex. Předpokladem pro zavedení je normální mikrobiální prostředí v pochvě. K pravidlům mechanické antikoncepce patří správná pohlavní hygiena, správný způsob pohlavního života, pravidelné gynekologické kontroly a včasná léčba zánětu.

1.10 Psychologie ženy v období života nad 35 let věku

Z psychologického hlediska se jedná o období celkové zralosti, vrcholu životních sil a maximální produktivity v práci. Znaky osobní zralosti představují člověka schopného vykonávat přiměřené množství práce, ze které má pocit užitečnosti. Člověka s dlouho trvajícím přátelstvím k nejbližším lidem, dostatečně sebevědomého, spolehlivého a odpovědného. Zároveň je nedílnou součástí schopnost uspokojivého sexuálního styku se stálým partnerem, ve většině případů se jedná o manželství. Nevím, zda populární, ale rozšířené se stává soužití mladších lidí ve volném vztahu. Počet uzavřených manželství klesá a počet narozených dětí nesezdaných rodičů stoupá. U žen se v dnešní době stále prodlužuje věk plánovaného těhotenství. Důvody, které je k tomu vedou, mohou být značně ovlivněny moderním trendem úspěšné emancipované ženy. Na rozdíl od minulosti dávají dnešní ženy přednost budování kariéry před početím a výchovou dětí. Těhotenství se tedy přesouvá na vyšší průměrný věk, zhruba okolo 25- 30 let. Výjimku netvoří i starší nastávající matky.

V období života ženy nad 35 let se tedy nabízí dvě možnosti. Vyplynají z faktu, zda děti již mají nebo je plánují. Pokud si děti pořídily dříve, než začaly budovat kariéru, jsou jejich potomci již odrostlí a ženy se mohou věnovat zaměstnání. Ženy, které těhotenství odsunuly na později, se mohou v některých případech setkat s možnými překážkami otěhotnění. Již od pradávna je žena citově a fyzicky předurčená k založení rodiny a výchově dětí.

U žen je 35 let na jedné straně krásným obdobím, ale na straně druhé se mohou objevovat první známky poukazující na nadcházející období premenopauzy. Pro ženu je důležitá rodina, zdraví a úspěch všech jejích členů a vztahy mezi nimi. Samozřejmě ale také potřebuje úctu sama k sobě, pocit, že dokázala uspět nejen v soukromém životě ale i v profesionálním. Pomocnou ruku v této situaci může představovat užívání vhodně vybrané antikoncepce, která ji chrání před početím, působí jako prevence některých onemocnění a zmírňuje možné příznaky nadcházející premenopauzy. Výhodu mohou spatřovat v pohodlném řešení úpravy menstruačního cyklu a dysmenorey. Užívání antikoncepce je dnes označováno jako jakýsi standard, se kterým se pojí pocit kontroly, jistoty a bezpečí. (6)

2 Praktická část

Výzkum, který jsem provedla, byl zaměřen na dvě věkové kategorie žen. Preferovanou skupinou se staly ženy ve věku nad 35 let. Druhou dotazovanou skupinu respondentek tvořily ženy pod touto věkovou hranicí, tedy ženy ve věku pod 35 let.

Nejprve jsem provedla pilotážní výzkum, který odhalil skryté nedostatky v dotazníku. Bylo třeba přehodnotit některé otázky a odpovědi a následně sestavit nový dotazník. Definitivní podoba dotazníku, která byla použita pro výzkum se nachází v příloze A. Obsahuje třináct otázek různého typu. Jsou zde otázky uzavřené, otevřené a otázky polouzavřené. Výběr respondentek byl zcela náhodný, podstatným se stal pouze věk žen. Z celkového počtu rozdaných dotazníků, který činil 65 na každou skupinu, jich k hodnocení mohlo být vzato od každé skupiny 60. Některé se nevrátily včas a jiné nebyly hodnotitelné. Jinak jsem s návratem dotazníků neměla žádné větší potíže. Osvědčil se mi osobní kontakt při jejich rozdávání a sběru. Tedy základem mého vyhodnocování bylo 60 dotazníků od žen starších 35 let a 60 dotazníků od žen mladších 35 let.

Výzkum probíhal v období od prosince 2007 do února 2008.

2.1 Hypotézy

Hypotéza č. 1:

Domnívám se, že ženy ve věku nad 35 let užívají hormonální antikoncepci.

Hypotéza č. 2:

Předpokládám, že důvody, které vedou ženu k užívání antikoncepce, jsou zejména společenské.

2.2 Metodika výzkumu

Jak jsem již výše popsala, výzkum jsem provedla u dvou skupin žen, přičemž rozhodoval pouze jejich věk. Rozhodujícím mezníkem u žen byl 35. rok života. Z celkového počtu 65 dotazníků pro každou cílovou skupinu bylo hodnotitelných nakonec jen 60, opět od obou skupin.

Pro přehlednost výsledků jsem zvolila grafy sloupcového typu, abych mohla snáze porovnat výsledné hodnoty obou skupin najednou. Každá otázka je podrobně zpracována pomocí tabulky a grafu a doplněna komentářem. V tabulkách jsou uvedeny výsledky v procentech a samozřejmě také počty žen, které zvolily stejné odpovědi.

2.3 Prezentace výsledků výzkumu

Znění otázky:

1. Jste žena ve věku:

- a) mladší 35 let
- b) starší 35 let

Odpovědi žen:

Odpovídaly ženy ve věku nad 35 let věku a ženy mladší. Mou cílovou zkoumanou skupinou byly ženy starší 35 let.

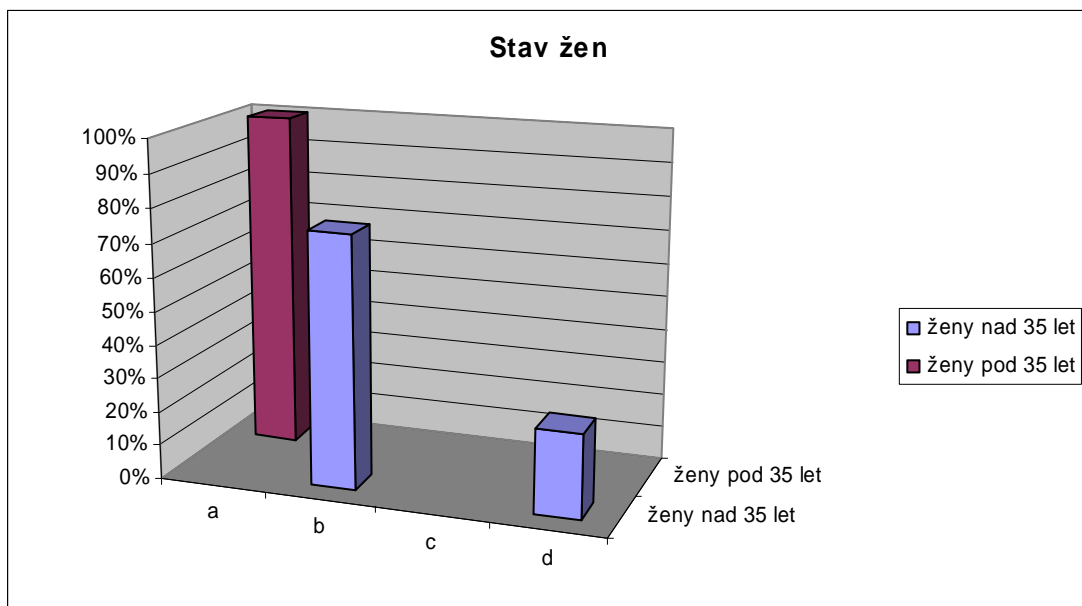
Znění otázky:

2. Váš nynější stav je:

- a) svobodná (rozvedená) bezdětná
- b) vdaná s dětmi
- c) vdaná bezdětná
- d) rozvedená s dětmi

Tabulka č. 1 Stav žen

	nad 35 let		pod 35let	
a			100%	60
b	75%	45		
c				
d	25%	15		



Graf č. 1 Stav žen

Odpovědi žen nad 35 let věku:

40 žen ze 60ti označilo, že jsou vdané a mají děti

20 žen je rozvedených s dětmi

Odpovědi žen pod 35 let věku:

Všech 60 dotazovaných bylo svobodných bezdětných

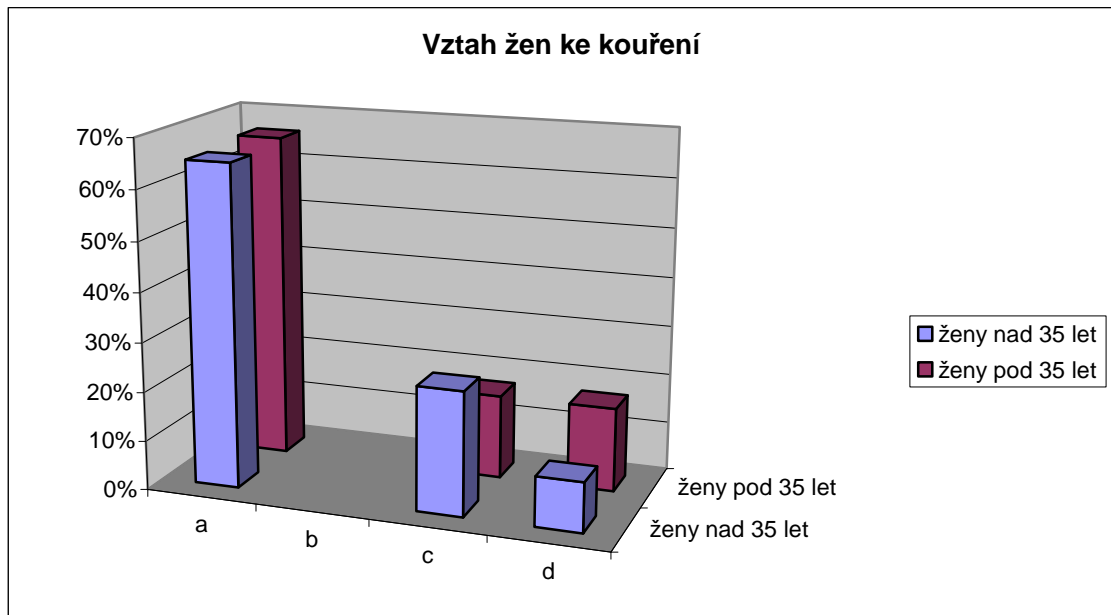
Znění otázky:

3. Jaký je Váš vztah ke kouření?

- a) jsem nekuřačka
- b) dříve jsem kouřila, dnes již ale nekouřím
- c) občas si cigaretu zapálím, ale ne pravidelně
- d) jsem kuřačka

Tabulka č. 2 Vztah žen ke kouření

	nad 35 let		pod 35 let	
a	65%	39	66%	40
b				
c	25%	15	17%	10
d	10%	6	17%	10



Graf č. 2 Vztah žen ke kouření

Hodnocení odpovědí žen nad 35 let věku:

39 žen z celkového počtu nekouří, 15 žen si občas cigaretu zapálí, ale ne pravidelně, 6 žen jsou kuřačky.

Hodnocení odpovědí žen pod 35 let věku:

40 žen z celkového počtu 60ti nekouří, 10 žen kouří občas, 10 žen přiznalo, že jsou kuřačky.

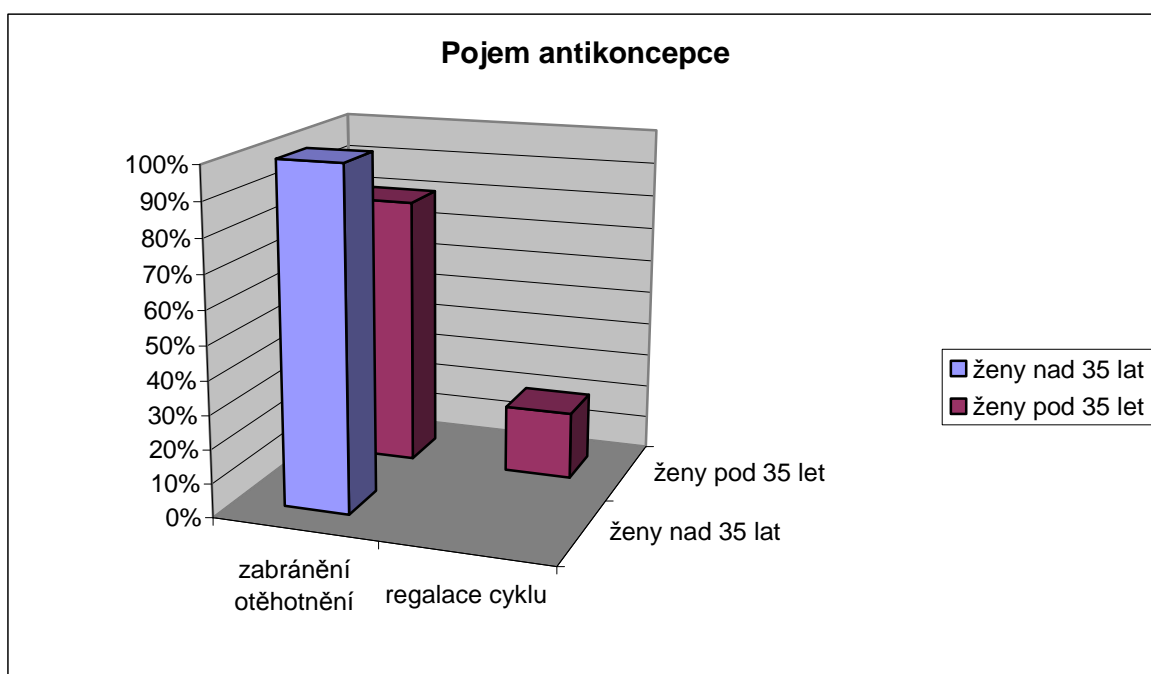
Znění otázky:

4. Víte, co znamená pojem „antikoncepce“?

Tato otázka byla položena tak, aby se žena mohla vlastními slovy vyjádřit.

Tabulka č. 3 Pojem antikoncepce

	nad 35 let		pod 35 let	
zabránění otěhotnění	100%	60	80%	48
regulace cyklu			20%	12



Graf č. 3 Pojem antikoncepce

Odpovědi žen:

Pro většinu žen znamená tento pojem možnost zabránění otěhotnění, v čemž se obě dotazované skupiny shodly. Rozdíl nastal u skupiny žen pod 35 let, pro které znamená antikoncepce navíc regulaci menstruačního cyklu.

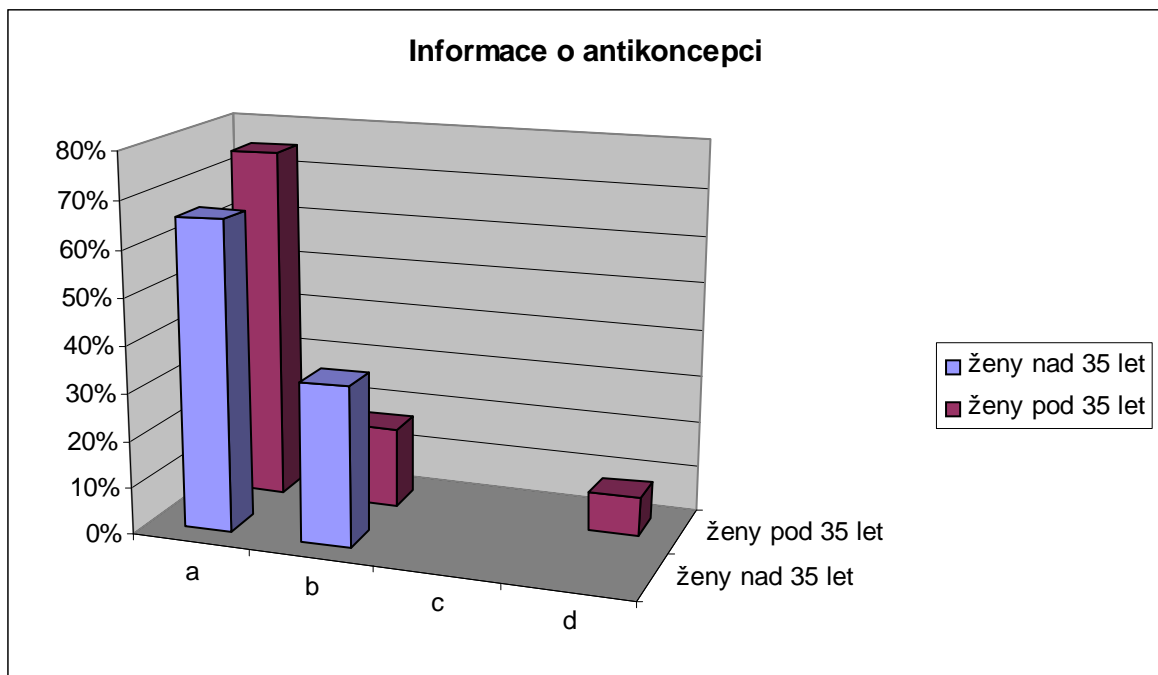
Znění otázky:

5. Myslíte si, že Vaše informace o antikoncepci jsou:

- a) dostačující
- b) chtěla bych vědět více
- c) nic nevím a ani nechci vědět (nezajímám se o tuto problematiku)
- c) jiná odpověď

Tabulka č. 4 Informace o antikoncepci

	nad 35 let		pod 35 let	
a	66%	40	75%	45
b	34%	20	17%	10
c				
d			8%	5



Graf č. 4 Informace o antikoncepci

Odpovědi žen:

Z odpovědí žen starších 35 let vyplývá, že ve velké většině jim informace o antikoncepci stačí. 20 žen by se chtělo dozvědět více.

Ženy mladší 35 let jsou také spokojeny s informacemi, dokonce pět žen uvedlo více než dostačující míru informací. 10 žen v tomto věku by se chtělo dozvědět více.

Znění otázky:

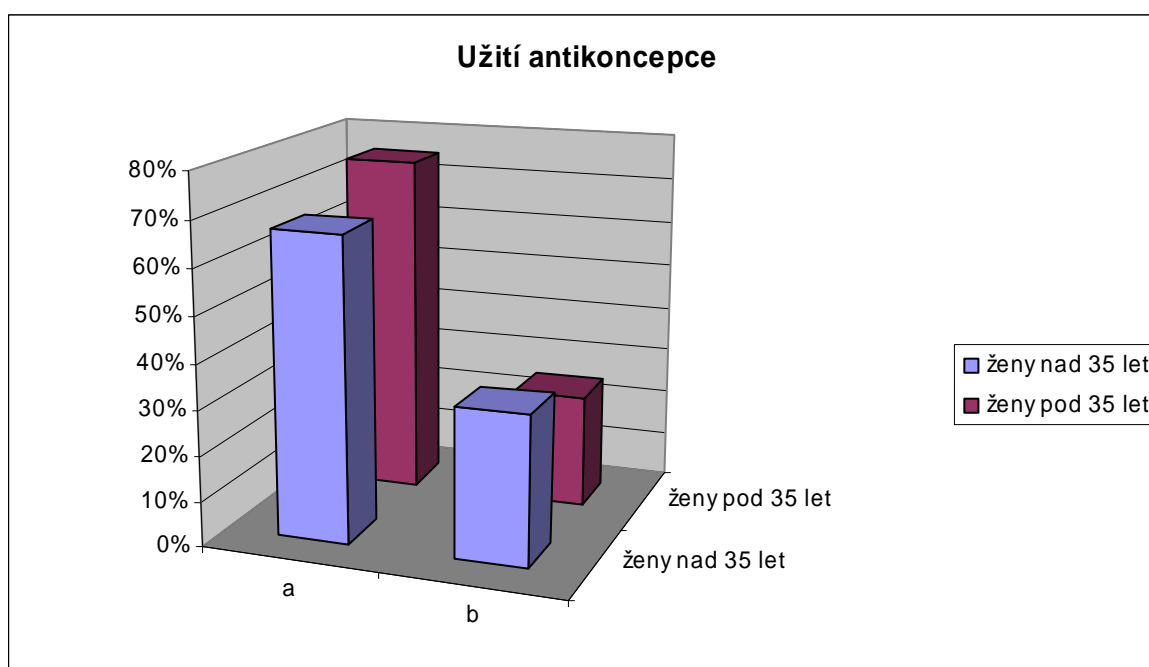
6. Užíváte Vy sama antikoncepci?

a) ano

b) ne

Tabulka č. 5 Užití antikoncepce

	nad 35 let	pod 35 let
a	67%	40/75%
b	33%	20/25%



Graf č. 5 Užití antikoncepce

Odpovědi žen:

Z odpovědí lze zjistit rozšířenost užívání antikoncepce u žen starších 35 let.

Z těchto výsledků vyplývá, že problematika antikoncepce je pro ženy starší 35 let stejně důležitá jako pro ženy mladšího věku. Jen 20 žen ze 60 dotazovaných v tomto věku neužívá antikoncepci. Jednalo se zejména o ženy starší 45 let, které svůj věk uvedly ve většině případů.

Není tedy velký rozdíl mezi oběma skupinami, neboť ženy mladší 35 let zaznamenaly 45 žen, které antikoncepci užívají a jen 15, které neužívají.

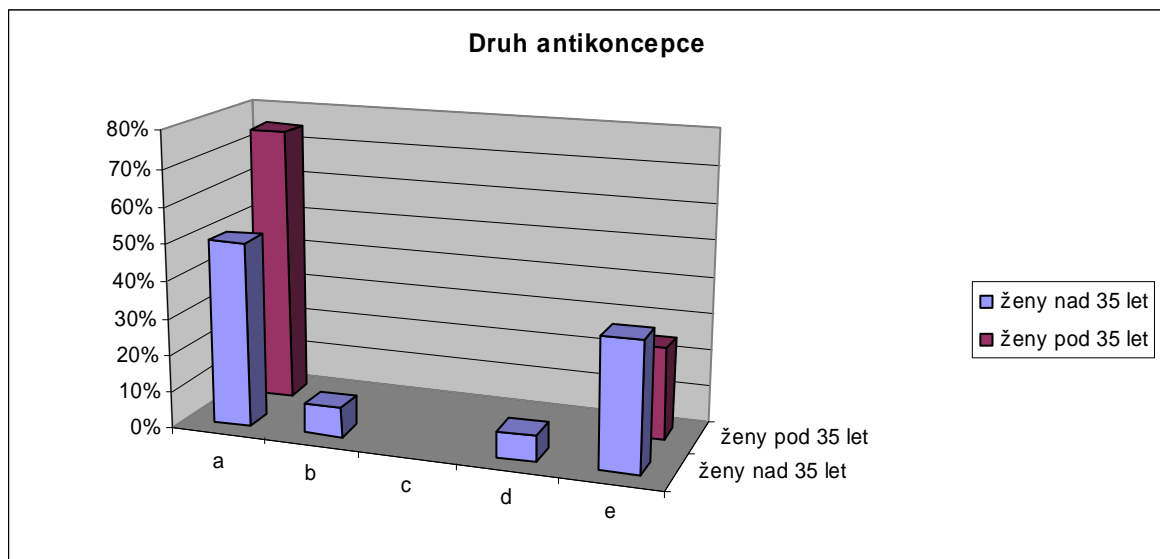
Znění otázky:

7. Jaký druh antikoncepce?

- a) hormonální antikoncepci- pilulky
- b) náplast
- c) injekce
- d) nitroděložní tělíska
- e) bariérové
- f) jiné

Tabulka č. 6 Druh antikoncepce

	nad 35 let	pod 35 let	
a	50%	30/75%	40
b	8%	5	
c			
d	7%	5	
e	35%	20/25%	20



Graf č. 6 Druh antikoncepce

Odpovědi žen:

Nevíce preferovaný druh antikoncepce mezi oběma skupinami je hormonální perorální antikoncepce- pilulka. Avšak ještě další preparáty jsou zastoupené v odpovědích žen starších 35 let. 5 žen zvolilo náplast, 3 ženy nitroděložní tělíska a 12 žen tohoto věku způsob bariérové antikoncepce.

Mezi ženami mladší 35 let je kromě pilulky zastoupen také způsob bariérové antikoncepce.

Znění otázky:

8. Proč jste zvolila právě tento druh antikoncepce, co Vás k tomuto rozhodnutí vedlo?

V této otázce mohla respondentka opět otevřeně odpovědět, obsah sdělení záležel zcela na ní.

Odpovědi žen:

Zde se názory žen rozcházejí, patrný je tento fakt z hodnocení výsledků.

Pro ženy starší 35 let byl důvodem volby zdravotní stav (převážně u nitroděložního tělíška), zvyk z minulosti (zejména u pilulek) a v neposlední řadě to byla pohodlnost (v případě náplastí).

Ženy mladší 35 let uvedly nejčastěji jako důvod výběru antikoncepce důvěru v preparát, úpravu menstruačního cyklu, spolehlivost a ojediněle u dvou respondentek jim lékař jinou možnost nenabídl, tedy kromě pilulek.

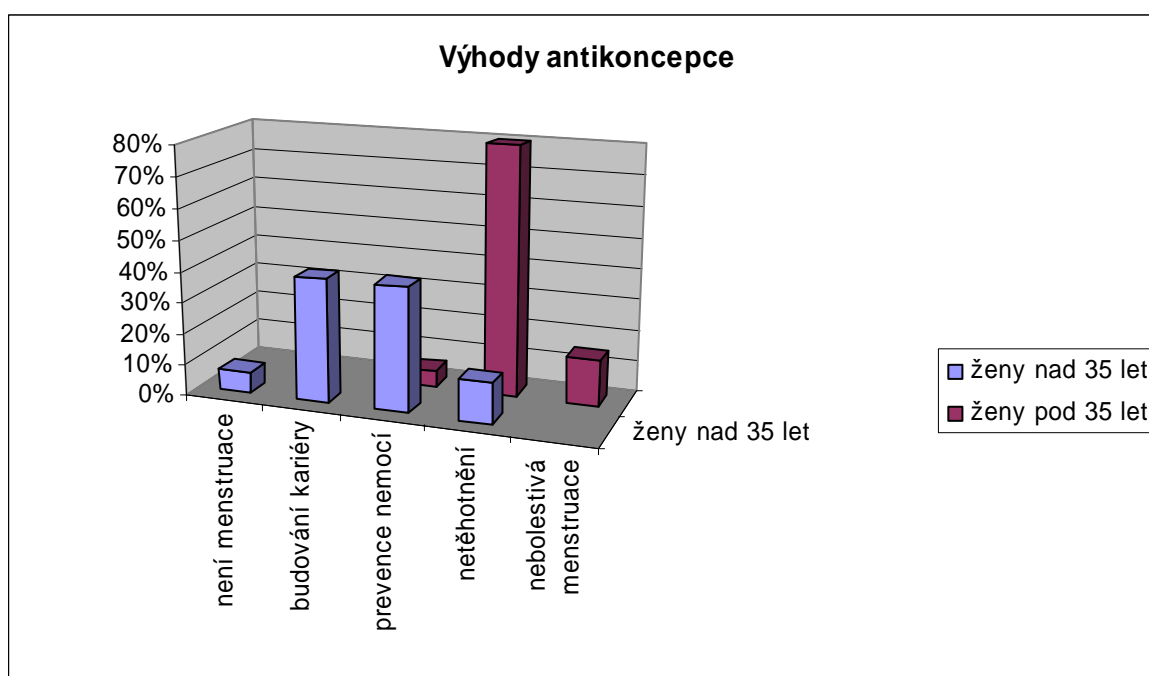
Znění otázky:

9. Jaké výhody Vám užívání antikoncepce přináší?

Opět se jednalo o otevřenou otázku.

Tabulka č. 7 Výhody antikoncepce

	nad 35 let	pod 35 let	
není menstruace	7%	5	
budování kariéry	40%	24	
prevence nemocí	40%	24	5%
netěhotnění	13%	7	80%
nebolestivá menstruace			15%



Graf č. 7 Výhody antikoncepce

Odpovědi žen:

Ženy starší 35 let uvedly jako hlavní výhodu antikoncepce prevence nemocí, možnost vybudování kariéry, neboť již další děti mít nechtějí, naopak si přejí pro sebe uplatnění. Další výhodu spatřují v abstinenci menstruace a to v případě nitroděložního tělíska.

Ženy mladší 35 let uvádí jako velký klad antikoncepce nebolestivou menstruaci, však nejvíce si cení jistoty, že neotěhotní. Jen malé procento vidí výhodu antikoncepce v prevenci některých onemocnění.

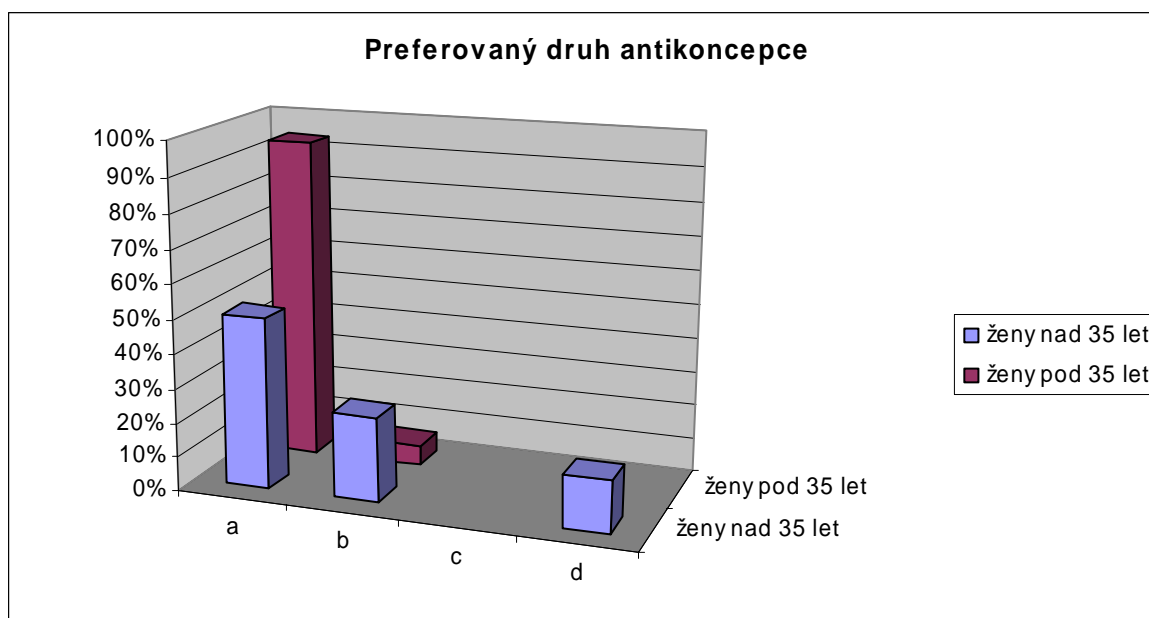
Znění otázky:

10. Který druh antikoncepce dle Vašeho názoru preferují ženy stejné věkové kategorie jako jste Vy?

- a) hormonální
- b) bariérová
- c) jiná
- d) nevím, nedokážu si představit

Tabulka č. 8 Preferovaný druh antikoncepce

	nad 35 let	pod 35 let
a	50%	94%
b	35%	6%
c		
d	15%	



Graf č. 8 Preferovaný druh antikoncepce

Odpovědi žen:

U žen starších 35 let: 30 žen si myslí, že ostatní dávají přednost hormonální antikoncepci. 15 žen je pro bariérovou antikoncepci. Jen nepatrné množství si nedokáže představit, jaký druh užívají ostatní.

U žen mladších 35 let: téměř všechny se domnívají, že ostatní ženy preferují hormonální antikoncepci.

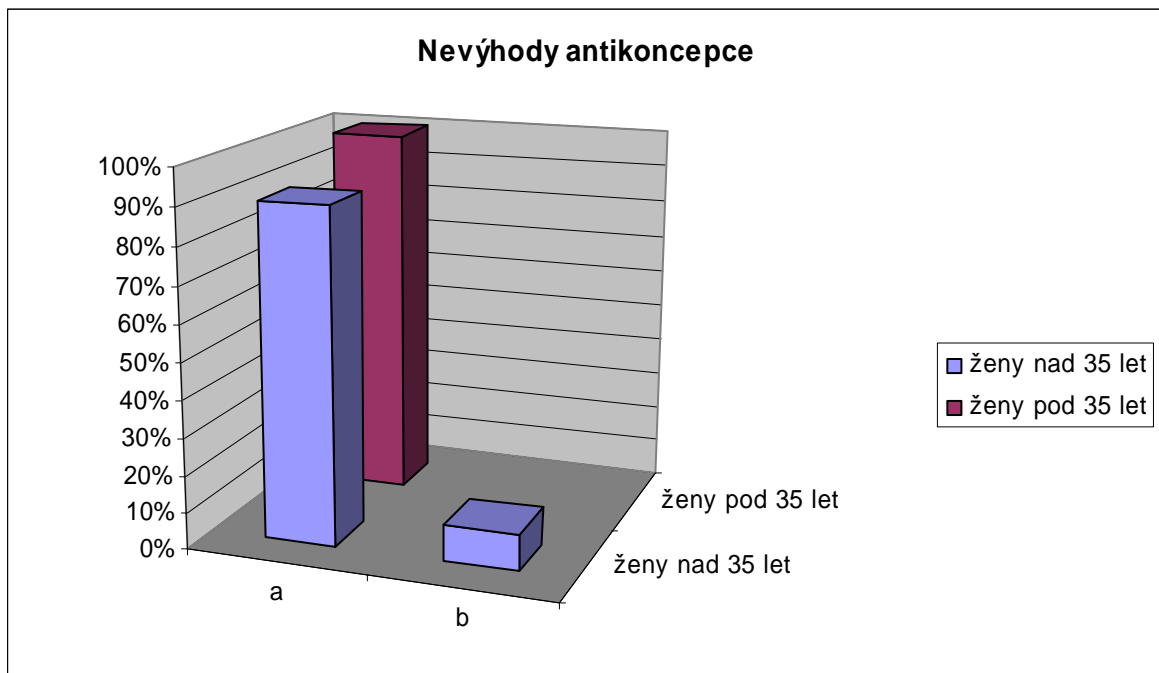
Znění otázky:

11. Myslíte si, že existují nějaké nevýhody užívání antikoncepce?

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 9 Nevýhody antikoncepce

	nad 35 let	pod 35 let
a	90%	54/100%
b	10%	6



Graf č. 9 Nevýhody antikoncepce

Odpovědi žen:

Ženy starší 35 let uvedly ve větší míře, že si myslí, že jsou možné nevýhody užívání antikoncepce, ale bohužel neuvedly jaké.

Ženy mladší 35 let uvedly jako nevýhody možnost tromboembolie, obezity, ztráty libida, podrážděnost.

Znění otázky:

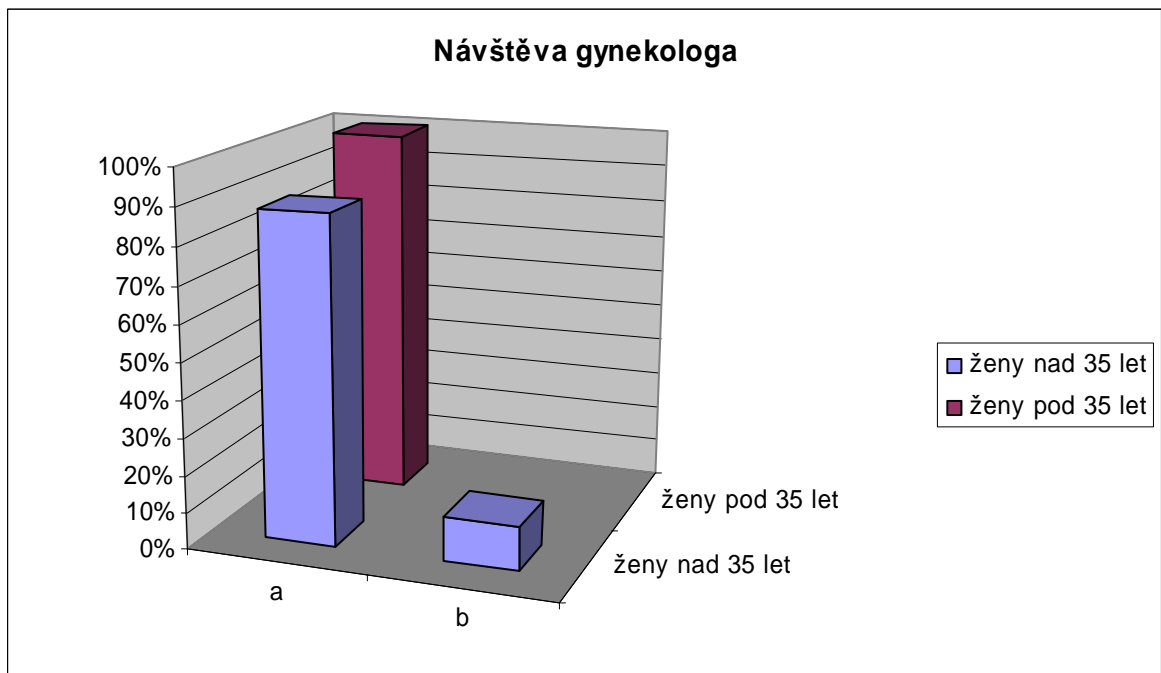
12. Chodíte k Vašemu gynekologovi na pravidelná vyšetření?

a) ano

b) ne

Tabulka č. 10 Návštěva gynekologa

	nad 35 let	pod 35 let		
a	88%	53	100%	60
b	12%	7		



Graf č. 10 Návštěva gynekologa

Odpovědi žen:

V období života nad 35 let chodí v převážné většině ženy pravidelně na gynekologické kontroly. Však 7 žen ze 60 nechodí pravidelně.

Ženy mladší chodí na pravidelné kontroly všechny.

Znění otázky:

13. Cítíte se:

zdravá, spokojená, šťastná, vyrovnaná, plná energie, normálně, něco Vás trápí, máte pocit, že by mohlo být lépe, unavená, na pokraji sil, v poslední době Vás nic netěší

Hodnocení odpovědí žen:

Obě skupiny vybraly spíše pozitivní charakteristiku jejich pocitů. Ačkoli velmi záleží na situaci, ve které se každá žena v dané chvíli nacházela, lze říci, že byly vesměs všechny pozitivně naladěné a cítily se dobře.

2.4 Diskuze

Hypotéza č. 1

Domnívám se, že ženy ve věku nad 35 let užívají hormonální antikoncepci.

Z vyhodnocených odpovědí respondentek vyplývá pro mou preferovanou skupinu, že užívání antikoncepce je zastoupené ve větší míře, konkrétně je to v 67% případů. Jednalo se tedy o 40 žen ze 60 a dále bylo rozhodující, jaký druh antikoncepce používají. Opět dle výsledků lze zaznamenat 50% případů, kdy ženy nad 35 let uvedly jako svou preferovanou antikoncepci tzv. pilulky, tedy hormonální perorální antikoncepci. Zanedbatelné není ani procento užití bariérových antikoncepčních metod, které činí 35%, tedy 20 žen z celkového počtu. Jen malé množství žen zvolilo jako svou odpověď další nabídnuté možnosti, jednalo se o náplast a nitroděložní tělísko. Dále hodnocení poukazuje na všeobecné přesvědčení žen, že hormonální antikoncepci užívají i jejich vrstevnice. Výsledky přímo korespondují s odpověďmi, které ženy uvedly samy o sobě. Tedy užívá-li žena hormonální antikoncepci, domnívá se, že je tomu tak i u jejích vrstevnic. Totéž platí u odpovědí týkajících se antikoncepčních metod bariérových. Pro srovnání se skupinou žen mladších 35let lze podotknout, že jsem dospěla k podobným výsledkům. Poukazuje to tedy na skutečnost, že ženám po 35. roce života je nutno věnovat nadále příslušnou péči v oblasti problematiky antikoncepce.

Cílem bylo zjistit nejen které antikoncepční metodě dávají ženy ve věku nad 35 let přednost, ale také zda jsou informovány o možných rizicích s ní spojených. Záměrně jsem tuto otázku zařadila do svého dotazníku, neboť mě zajímalo, zda informovanost žen nad 35 let věku je alespoň taková, jako u žen mladších. Výsledky ukazují na 67% žen, kterým informace stačí, tedy 40 ženám. 34% by se chtělo dozvědět více, tedy 20 žen. Hodnoty jsou srovnatelné s hodnotami u žen mladších.

Otázky, které sloužily k získání těchto poznatků, jsou označeny v dotazníku, v příloze A, jako otázky č. 4., 5., 6., 7., 10. Pro přehlednost pak grafy č. 3., 4., 5., 7.

Hypotéza se mi tedy potvrdila.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že důvody, které vedou ženu k užívání antikoncepce, jsou zejména společenské.

Nedílnou součástí dotazníku byly otázky zaměřené na důvod užívání antikoncepce. Ze svých zkušeností jsem vyvodila závěr, že většina žen bude antikoncepci užívat ze společenských důvodů. Jedná se o několik možných situací, které se mohou v období života ženy nad 35 let objevit. Společnost si žádá schopné, emancipované a spolehlivé ženy, pokud možno s co nejméně závazky. Ženy již nechtějí otěhotnět, pokud děti mají. Ani si nepřejí žádné zdravotní komplikace nebo dyskomfort, který se může objevit v právě nastávajícím období života. Ženy odpovídaly na otázku vlastními slovy. Vyjádřily, co pro ně antikoncepce znamená a proč si vybraly právě tuto variantu. V porovnání se skupinou mladších žen se odpovědi žen starších 35 let lišily. Z velké většiny spatřují výhody antikoncepce v prevenci zdravotních potíží spojených se svým zdravotním stavem a věkem. Jednalo se o 40% odpovědí, tedy o 24 žen. Stejný počet získala varianta budování kariéry. A to zejména u žen, kterým se děti narodily dříve, než stačily profesně růst. Lze říci, že velmi záleželo na době, kdy na svět přišly děti, na věku ženy a na její touze seberealizace.

Pro ženy starší 35 let je nejdůležitější zdraví, což může být dále předpokladem úspěchu v profesním životě. Otázky, které se vztahují k této hypotéze jsou zahrnuty v dotazníku v příloze A. Jedná se o otázky č. 9., 11. Grafy znázorňující hodnoty jsou: graf č. 7., 9.

Hypotéza se mi částečně potvrdila, ne však přímo.

3 Závěr

Ve své práci na téma: Problematika antikoncepce u žen v období života nad 35 let věku jsem se věnovala historii antikoncepce, jejímu působení a druhům, které byly dostupné dříve a které jsou na trhu dnes. Problematika antikoncepce zahrnuje však i možná zdravotní rizika či komplikace. Z dostupných zdrojů jsem se snažila vytvořit přehledný souhrn témat spojených s antikoncepcí a obdobím života ženy nad 35 let věku. Jednalo se mi o vyzdvihnutí nutnosti zájmu o tuto problematiku v daném věku. Dnešní osvěta týkající se antikoncepce, která působí na ženy od útlého věku, mi byla inspirací pro hlubší zamyšlení, zda se klade stejný důraz na péči v oblasti antikoncepce i u žen starších a zda jejich zájem o informace neklesá.

Přínos své práce vidím zejména v poznatku, že ač se jedná o ženy starší 35 let, neznamena to úpadek zájmu o své zdraví, kariéru a o pokles cílevědomosti. Ženy v tomto věku jsou zralé, moudré a protože je v pozdějších letech mohou provázet fyziologické změny, preferují komfort a zvýšenou péči o své zdraví. Důležitý je pečlivý výběr metody antikoncepce, která ženě vyhovuje a která ji pomůže později zvládnout právě změny, které mohou být pociťovány jako nepříjemné.

Pro shrnutí bych jen ráda zmínila, že ženy, které se rozhodly užívat antikoncepci, uvádějí větší spokojenost, jistotu a pocit kontroly svého zdravotního stavu, než když neužívaly antikoncepci. Vše je individuální a proto si žena sama musí rozhodnout, co je pro ni tím nejlepším řešením.

Soupis bibliografických citací

1. CITTERBART, K. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galen, 2004. ISBN 80-7262-094-0.
2. ČEPICKÝ, P. *Psychologie ženy*. Praha, 1992.
3. PLUTA, M. Nízkodávková hormonální perorální antikoncepce. *Gynekologie po promoci*. 2007, roč. 7, č. 1. 51-61.
4. TROJAN, S.; LANGMEIER, M. a kol. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-036-8.
5. UHROVÁ, E. Kontracepce především hormonální včera, dnes a zítra. *Sestra*, 2002, č. 3, s. 6-16.
6. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

Příloha A

Dotazník k bakalářské práci

Vážená paní, slečno,

jmenuji se Braunová Simona a studuji na Fakultě zdravotnických studií, obor porodní asistentka. Dovolila jsem si Vás oslovit a požádat o spolupráci ve vyplnění dotazníku, který je součástí mé teoreticko- výzkumné bakalářské práce. Jedná se o důvěrné informace, které budou statisticky zpracovány a brány jako věrohodné údaje ve výzkumu. Vaše anonymita bude striktně dodržena. Prosím tedy o pravdivé odpovědi. Správné odpovědi zakroužkujte. Za Váš čas a spolupráci předem děkuji a přeji hezký den.

1. Jste žena ve věku:

- a) mladší 35 let
- b) starší 35 let

2. Váš nynější stav je:

- a) svobodná (rozvedená) bezdětná
- b) vdaná s dětmi
- c) vdaná bezdětná
- d) rozvedená s dětmi

3. Jaký je Váš vztah ke kouření:

- a) jsem nekuřačka
- b) dříve jsem kouřila, dnes již ale nekouřím
- c) občas si cigaretu zapálím, ale ne pravidelně
- d) jsem kuřačka

4. Víte co znamená pojem „antikoncepce“?

.....
.....

(vlastními slovy prosím napište vysvětlení pojmu)

5. Myslíte si, že Vaše informace o antikoncepci jsou:

- a) dostačující
- b) chtěla bych vědět více
- c) nic nevím a ani nechci vědět (nezajímám se o tuto problematiku)
- d) jiná odpověď- blíže specifikujte

6. Užíváte Vy sama antikoncepci?
- a) ano
 - b) ne
7. Pokud ano: Jaký druh antikoncepce?
- a) hormonální antikoncepci- pilulky
 - b) náplast
 - c) injekce
 - d) nitroděložní tělíška
 - e) bariérové (prezervativ, pesar)
 - f) jiné- prosím uveďte jaké
8. Proč jste zvolila právě tento druh antikoncepce, co Vás k tomuto rozhodnutí vedlo?

9. Jaké výhody Vám užívání antikoncepce přináší?

10. Který druh antikoncepce dle Vašeho názoru preferují ženy stejné věkové kategorie jako jste Vy?
- a) hormonální
 - b) bariérová
 - c) jiná
 - d) nevím, nedokážu si představit
11. Myslíte si, že existují nějaké nevýhody užívání antikoncepce? Pokud ano, uveďte jaké:
- a) ano

 - b) ne
12. Chodíte k Vašemu gynekologovi na pravidelná vyšetření?
- a) ano
 - b) ne
13. Cítíte se:
 (nehodící se škrtněte)
- zdravá, spokojená, šťastná, vyrovnaná, plná energie, něco Vás trápí, máte pocit, že by mohlo být lépe, unavená, na pokraji sil, smutná, ve stresu, v poslední době Vás nic netěší