

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Kamila Jelínková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Postoje studentů zdravotnických nelékařských oborů VŠ k užívání hormonální  
antikoncepce

Kamila Jelínková

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kamila Jelínková**  
Osobní číslo: **Z14077**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Postoje studentů zdravotnických nelékařských oborů VŠ  
k užívání hormonální antikoncepce**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Zásady pro vypracování:

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

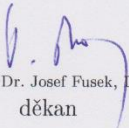
Seznam odborné literatury:

1. BARTÁK, Alexandr. Anti-koncepce. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 130 s. ISBN 80-247-1351-9.
2. FAIT, Tomáš. Antikoncepce: Průvodce ošetřujícího lékaře. Praha: Maxdorf, c2008. 103 s. ISBN 978-80-7345-172-1 (brož.).
3. FAIT, Tomáš, Vladimír DVOŘÁK a Aleš SKŘIVÁNEK. Almanach ambulantní gynekologie. Praha: Maxdorf, c2009. Jessenius. 284 s. ISBN 978-80-7345-191-2.
4. ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ . Moderní gynekologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
5. WEISS, Petr a kolektiv. Sexuologie. Praha: Grada, 2010. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.


Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Sabina Slavíčková  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 21. července 2017

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2017

## Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně

V Pardubicích 21. července 2017

.....

Jelínková Kamila

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych tímto poděkovat především PhDr. Sabině Slavičkové, jakožto vedoucí mé bakalářské práce, za odborné vedení, cenné rady a ochotu při tvorbě mé bakalářské práce. Další díky patří mé rodině, která mě po dobu mého studia podporovala. Děkuji také studentkám, které se zúčastnily dotazníkového šetření, za jejich ochotu a věnovaný čas.

V Pardubicích 2017

.....

Jelínková Kamila

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce se zabývá tématem hormonální antikoncepce. Teoretická část zobrazuje informace o anatomii a základní fyziologii pohlavních orgánů. Popisuje hormonální antikoncepci, její druhy, pozitivní účinky i negativní dopady na organismus a psychiku ženy. Praktická část je věnovaná výzkumu o užívání hormonální antikoncepce v kolektivu studentů, kteří studují nelékařský zdravotnický obor na vysoké škole, porovnání a vyobrazení získaných výsledků.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

pohlavní orgány, hormonální antikoncepce, postoj, vlivy

## **TITLE**

Attitudes of nonmedical college students to use hormonal contraceptives

## **ANNOTATION**

This bachelor's work is dealing with the topic of hormonal anticonception. The teoretical part shows the information about the anatomy and basic physiology of genitals. It describes the hormonal anticonception, its types, positive effects and also negative impacts on woman's organism and psychics. The practical part is dedicated to the research of using hormonal anticonception in the group of students, who study non-medical sanitary field at the university, comparsion and the illustration of recieved results.

## **KEYWORDS**

genitals, hormonal anticonception, attitude, influences

# OBSAH

Úvod.....	13
I. Teoretická část.....	15
1 Anatomie ženského pohlavního ústrojí.....	15
1.1 Zevní pohlavní orgány .....	15
1.2 Vnitřní pohlavní orgány .....	15
1.2.1 Pochva (vagina) .....	15
1.2.2 Děloha (uterus) .....	15
1.2.3 Vejcovody (tubae uterinae).....	16
1.2.4 Vaječníky (ovaria) .....	16
1.3 Prs (mamma, mastos).....	16
2 Fyziologie pohlavních orgánů .....	17
2.1 Menstruační cyklus .....	17
2.1.1 Fyziologie menstruačního cyklu.....	17
2.1.2 Délka menstruačního cyklu .....	17
2.1.3 Vývoj folikulů.....	18
2.1.4 Ovariální (ovulační) cyklus .....	19
2.1.5 Děložní cyklus .....	20
2.2 Endokrinologie menstruačního cyklu .....	21
2.2.1 Gonadotropin Releasing Hormon (GnRH).....	21
2.2.2 Folikulostimulační hormon (FSH).....	21
2.2.3 Luteinizační hormon (LH) .....	22
2.2.4 Hormony ovaria .....	22
2.2.5 Zpětnovazebný mechanismus .....	23
2.3 Tělesné změny během menstruačního cyklu.....	23
3 Hormonální antikoncepce .....	24
3.1 Spolehlivost antikoncepce.....	24

3.2	Přehled antikoncepčních metod .....	24
3.2.1	Přirozené metody antikoncepce .....	24
3.2.2	Bariérové antikoncepční metody .....	25
3.2.3	Chemické antikoncepční metody .....	25
3.2.4	Nitroděložní antikoncepce (IUD, nehormonální nitroděložní tělísko) .....	25
3.2.5	Nitroděložní hormonální systém (LNG-IUS) .....	26
3.2.6	Gestagenní antikoncepce .....	26
3.2.7	Postkoitální antikoncepce .....	26
3.2.8	Sterilizace.....	27
3.3	Kombinovaná hormonální antikoncepce.....	27
3.3.1	Užívání HAK .....	27
3.3.2	Pozitivní vedlejší účinky.....	28
3.3.3	Nežádoucí vedlejší účinky .....	29
3.3.4	Vliv antikoncepce na sexualitu ženy .....	30
3.3.5	Kontraindikace HAK .....	31
3.3.6	Současné trendy v antikoncepci.....	31
3.3.7	Cena antikoncepce .....	32
4	Postoje.....	33
4.1	Změna postojů.....	33
II.	praktická část.....	34
1	Metodika výzkumu a sběr dat .....	34
2	Soubor respondentů .....	35
3	Prezentace výsledků.....	36
4	Diskuze .....	52
5	Závěr .....	57
	Seznam literatury.....	59
	Seznam příloh.....	63

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Otázka užívání antikoncepce .....	37
Obrázek 2 - Důvody neužívání HAK .....	38
Obrázek 3 - Proč přestaly HAK užívat .....	39
Obrázek 4 - Důvody pro užívání HAK .....	40
Obrázek 5 - První užití HAK .....	41
Obrázek 6 - Doba užívání HAK .....	42
Obrázek 7 - Změna HAK .....	43
Obrázek 8 - Důvody změny antikoncepce .....	44
Obrázek 9 - Užívaná forma hormonální antikoncepce .....	45
Obrázek 10 - Spokojenost s HAK .....	46
Obrázek 11 - Informace o VÚ HAK .....	47
Obrázek 12 - Hlavní zdroj informací o HAK .....	48
Obrázek 13 - Jiná antikoncepce .....	49
Obrázek 14 - Možnost početí při užívání HAK .....	50
Obrázek 15 - Pearl index .....	51

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Respondentky .....	36
--------------------------------	----

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

aj. – a jiné

ATB – antibiotika

cm – centimetr

COC – kombinovaná orální kontracepce

ČR – Česká republika

DM – Diabetes mellitus

HAK – hormonální antikoncepce

min – minimálně

ml – mililitr

mm – milimetr

mmHg – milimetrů rtuti

např. – na příklad

PA – porodní asistentka

tj. – to je

tzv. – tak zvaný

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

VS – všeobecná sestra

VŠ – vysoká škola

VÚ – vedlejší účinky

WHO – Světová zdravotnická organizace

μg – mikrogram

°C – stupeň Celsia

% - procento

1. LF UK – 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

## ÚVOD

Název této práce zní „*Postoje studentů zdravotnických nelékařských oborů k užívání hormonální antikoncepce*“. To bylo v podstatě i cílem této práce. Zjistit celkový postoj dívek k antikoncepci.

V současnosti je hormonální antikoncepce užívaná spoustou žen a dívek kolem mě. Toto často diskutované téma je studováno z mnoha úhlů laické i odborné společnosti. Každé ženě by mělo být umožněno rozhodnout se, zda antikoncepci užívat nebo ne. K tomu je však potřebné mít dostatečné informace, neboť je na trhu nabízen nespočet preparátů, které zabraňují otěhotnění. Bohužel každý je vyroben trochu jinak, a proto nemusí být tolerován jednotlivými uživatelkami stejně. Je tedy nutné k výběru vhodné antikoncepce přistupovat individuálně a vše dostatečně probrat s odborníkem.

Pro pochopení principu, na jehož podkladě jsou hormonální antikoncepcí ovlivňovány jednotlivé děje v organismu ženy, je potřeba znát fyziologii celého menstruačního cyklu, především jeho hormonální ovlivnění. Jen díky tomu je pak umožněno si vytvořit svůj vlastní názor na užívání antikoncepce.

Teoretická část je zaměřena na ženský reprodukční systém, jeho anatomické uspořádání i základní fyziologii. V další kapitole jsou shrnuty jednotlivé druhy antikoncepce. Podrobněji je pak rozebrána hormonální antikoncepce a přehled dosavadních poznatků o jejím celkovém působení na organismus ženy. Krátce je popsána i problematika postojů, především to, co souvisí s jejich změnou.

Praktická část je orientovaná na vlastní hodnocení odpovědí respondentek. K získání všech dat bylo použito dotazníkové šetření mířené pouze na studentky, neboť jsou to právě ony, koho se tato problematika týká nejvíce. Na základě získaných informací bylo zkoumáno, jaký postoj zaujímají studentky k užívání hormonální antikoncepce, do jaké míry věří jejímu antikoncepčnímu účinku a případně se snaží naleznout důvody, proč studentky HAK užívat nechtějí.

## CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl práce: Popsat problematiku hormonální antikoncepce a vytvořit praktický výstup se zaměřením na postoj studentek zdravotnických nelékařských oborů VŠ k hormonální antikoncepci

Cíle teoretické části:

- Popsat anatomii a fyziologii ženského pohlavního ústrojí
- Vymezit jednotlivé druhy antikoncepce
- Blíže popsat kombinovanou hormonální antikoncepci

Cíle praktické části:

- Zjištění, jaké procento studentek začalo užívat hormonální antikoncepci především z důvodu zabránění otěhotnění
- Zjištění, zda studentky věří účinnosti HAK v zabránění těhotenství
- Zjistit, jaká forma hormonální antikoncepce je mezi studentkami nejužívanější
- Zjistit, jaké procento studentek změnilo formu HAK v průběhu studia
- Zjistit, jaké procento studentek HAK neuzívá

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ANATOMIE ŽENSKÉHO POHLAVNÍHO ÚSTROJÍ

Tato kapitola stručně popisuje základní části ženského pohlavního ústrojí.

K ženské reprodukční soustavě patří zevní rodidla, vnitřní rodidla a prsy. (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 1)

### 1.1 Zevní pohlavní orgány

Zevní pohlavní orgány neboli vulva, jsou umístěny na kostěném oblouku stydkých kostí. (Weiss, 2010, s. 57)

Poševní vchod obklopují velké stydké pysky (labia majora pudendi) a malé stydké pysky (labia minora pudendi). (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s.11)

Pošťeváček (clitoris) je orgán stavbou podobný mužskému penisu, proto je také při dráždění schopen erekce. (Pilka, Procházka, 2012, s.5)

Kolem poševního vchodu je slizniční řasa (hymen) – panenská blána. (Weiss, 2010, s. 57-59)

### 1.2 Vnitřní pohlavní orgány

K vnitřním pohlavním orgánům se řadí následující.

#### 1.2.1 Pochva (vagina)

Pochva je trubicovitý orgán, který se upíná na děložní hrdlo. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 21)

Poševní dutina je osídlena bacily mléčného kvašení, které zajišťují kyselé prostředí s pH kolem 4, čímž je zajištěno „samočištění“ poševní dutiny. (Weiss, 2010, s. 60)

#### 1.2.2 Děloha (uterus)

Tento dutý orgán se dělí na dvě hlavní části, děložní tělo (corpus uteri) a děložní hrdlo (cervix uteri), které odděluje úžina (isthmus). Z děložních rohů odstupují vejcovody. Do pochvy pokračuje jako děložní cípek, uzavřený hlenovou zátkou. (Weiss, 2010, s. 60)

### **1.2.3 Vejcovody (tubae uterinae)**

Hlavní funkcí vejcovodů je spojení dělohy s dutinou malé pánve a v případě ovulace zachycení uvolněného vajíčka pomocí pohyblivých fimbrií. (Weiss, 2010, s. 61)

### **1.2.4 Vaječníky (ovaria)**

Vaječník je párový orgán, v průběhu vývoje se mění. Slouží hlavně jako rezervoár ženských pohlavních buněk – oocytů, současně produkuje i pohlavní hormony. (Weiss, 2010, s. 61)

Vlastní ovariální stroma se dělí na kůru a cévnatou vazivovou dřev – medulla. V kůře (cortex ovarii) se nalézá několik druhů folikulů. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 33).

## **1.3 Prs (mamma, mastos)**

Tvoří jej mléčná žláza (glandula mammae) složená z mléčných žlázek a mlékovodů, která je obklopená tukovou a vazivovou tkání. Mléčné vývody se spojují a ústí do rezervoáru před prsní bradavkou (mammlae). Kolem bradavky se rozléhá kruhovitý dvorec (areola mammae), zde je kůže, stejně jako na bradavce, více pigmentovaná. (Weiss, 2010, s. 62)

## **2 FYZIOLOGIE POHLAVNÍCH ORGÁNŮ**

Tato kapitola je věnovaná oblasti fyziologie. Vysvětluje, jak ženské pohlavní orgány fungují.

### **2.1 Menstruační cyklus**

Menstruační cyklus lze popsat jako cyklické změny, které se týkají především sliznice dělohy. Funguje na základě stimulace a inhibice hormonů na ose hypotalamus-hypofýza-ovarium. Projevuje se cyklickým děložním krvácením, které je přítomno u žen v reprodukčním věku. (Křepelka, 2015, s. 35)

#### **2.1.1 Fyziologie menstruačního cyklu**

Účelem menstruačního cyklu je připravit organismus ženy na reprodukci. Nejdůležitější podmínkou tohoto procesu je přítomnost a vývoj zárodečných buněk, které jsou přítomny ve vaječníku – oocytů. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 176)

V rámci menstruačního cyklu dochází každý měsíc k pravidelné ovulaci. V závislosti na hormonálních změnách se v průběhu periody střídají dvě hlavní fáze – folikulární (proliferací) a luteální (sekreční). (Pilka, Procházka, 2012, s. 20)

První den menstruačního cyklu začíná menstruačním krvácením, které nastává na začátku folikulární fáze. Cyklus pak přechází v ovulaci, kterou následuje luteální fáze. (Pilka, Procházka, 2012, s. 22)

Krevní ztráta při menstruaci je u různých žen rozdílná. Fyziologicky se jedná o množství menší než 80 ml krve, což množství krevních elementů v periferní krvi neovlivní. (Weiss, 2010, s.64)

V období pohlavní zralosti ženy proběhne asi 400–500 ovulací, ale pouze z minima žena otěhotní. Maximální schopnost otěhotnět má žena mezi 20.-30. rokem života. (Slezáková, 2011, s. 23)

#### **2.1.2 Délka menstruačního cyklu**

První menstruaci (menarche) dostávají dle celosvětového průměru dívky již v 13,5 roku a průměrný věk poslední menstruace je 49,24 let. Období mezi těmito důležitými ději se nazývá fertilitní věk, kdy je žena schopna otěhotnět. (Křepelka, 2015, s. 35)

Délka menstruačního cyklu je velmi rozmanitá u každé ženy. Většina žen má však periodu v rozmezí 24-35 (obvykle 28-35) dnů. Záleží na věku menstrující ženy. Největší pravidelnost cyklu mají ženy mezi 25.-30. rokem života. (Křepelka, 2015, s. 35)

### **2.1.3 Vývoj folikulů**

Množství folikulů a stupeň jejich zralosti určují průběh a časovou návaznost jednotlivých fází menstruačního cyklu. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 183)

Na začátku reprodukčního života má žena v ovariích přibližně 300 000 primordiálních folikulů, z nichž většina (270 000) podléhá atrezii. V průběhu reprodukčního věku se dominantními folikuly stane pouze 450-500. (Kittnar, 2011, s. 557)

#### **Primordiální folikul**

Primordiální folikul je přítomen již ve fetální gonádě, od 16. týdnu těhotenství. Obsahuje primitivní pohlavní buňky, tzv. gonocyty a pregranulózové buňky. Při porodu je ve vaječnicích kolem 1-2 milionů těchto folikulů, v období puberty už jen 300-500 tisíc. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 183-184)

#### **Primární folikul**

V této fázi vývoje folikulu je oocyt větší než u primordiálního. Je zde také patrná organizovaná vrstva kuboidních buněk, které jsou spolu v těsném spojení. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 184)

Zrání primárního folikulu je zahajováno pravděpodobně estrogény. (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 24)

#### **Sekundární folikul**

Dalším stupněm zrání je sekundární folikul. V tomto stadiu se poprvé objevují FSH receptory, které mají schopnost aromatizace androgenů i tvorby estrogenního mikroprostředí, jež je důležité pro zrání folikulu. Estrogény podporují růst a množení buněk. Nejdůležitější změny probíhající ve folikulu jsou zmnožení Golgiho aparátu, mitochondrií a kortikálních granul. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 184-185)

#### **Terciální folikul**

Neboli antrální folikul dosahuje velikosti až 2 mm. Zde se prvně tvoří LH receptory na thékálních buňkách. Až doposud byl vývoj autonomní – tj. probíhal cyklicky nezávisle na koncentraci gonadotropinů (probíhá tedy i v těhotenství, při laktaci, při podávání kombinované antikoncepci). Zda bude folikul dále růst nebo dojde k jeho atrezii (zániku) závisí na koncentraci FSH v kritickém bodě vývoje. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s.186)

## **Graafův folikul**

Dosahuje průměru 2-5 mm, před ovulací až 15-22 mm. Vlivem LH dochází k bloádě účinku faktorů, které brání dozrávání oocyty, což umožňuje dokončení 1. meiotického dělení. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 186)

### **2.1.4 Ovariální (ovulační) cyklus**

V rámci ovariálního cyklu se rozlišují 3 fáze. (Kittnar, 2011, s. 559)

#### **Folikulární fáze**

Folikulární fáze začíná v první den menstruace a končí prasknutím Graafova folikulu – ovulací. Hlavním úkolem v této fázi je vytvoření folikulů schopných ovulace. Na začátku je zvýšená hladina FSH, která stimuluje růst 15-20 folikulů, z nichž je pouze jeden určený k ovulaci – dominantní folikul. (Pilka, Procházka, 2012, s. 24)

Jak dochází k výběru tzv. dominantního folikulu, není známo. (Weiss, 2010, s. 63)

Zbytek folikulů vlivem snižující se hladiny FSH a zvýšenou sekrecí estradiolu podléhá atrezii. Tvorbou velkého množství estradiolu dochází k přeměně negativní zpětné vazby na pozitivní, vyplaví se velké množství gonadotropinů a dominantní (Graafův) folikul praskne. (Čepický, 2011a, s. 72-73)

#### **Ovulace**

Oba gonadotropní hormony způsobují bobtnání vnějších vrstev folikulu, které se na jedné straně vyklenou a působením proteolytických hormonů prasknou. Následuje vypuzení vajíčka spolu do dutiny břišní. (Kittnar, 2011, s. 559)

Po uvolnění z folikulu žije vajíčko ještě asi 70 hodin, schopnost oplodnění však většinou po několika hodinách ztrácí. (Kittnar, 2011, s. 557)

#### **Luteální fáze**

Po proběhnutí ovulace se prasklý Graafův folikul přemění na žluté tělísko, které produkuje mimo estrogeny navíc progesteron. Ten způsobuje zvýšení bazální teploty v průměru o 0,5°C. (Urbanová, 2010, s. 100)

Corpus luteum neboli žluté tělísko získalo své pojmenování díky žlutému zabarvení tuku, který se v něm ukládá. (Kittnar, 2011, s. 559)

Pokud proběhlo oplodnění vajíčka, stává se žluté tělíčko zdrojem hormonů, a to až do chvíle, než se vyvine placenta. Pokud k oplodnění nedošlo, buňky degenerují a jsou nahrazeny vazivem. Asi 12. den po ovulaci vzniká corpus albicans – bílé tělíčko. (Kittnar, 2011, s. 559)

### **2.1.5 Děložní cyklus**

K menstruaci dochází v případě, že nebylo oplodněno vajíčko. V průběhu menstruace se odlučuje sliznice dělohy. (Pilka, Procházka, 2012, s. 25)

Změny děložní sliznice jsou navozeny působením estrogenů a progesteronu, které se uvolňují v rámci ovulačního cyklu a krví jsou transportovány do dělohy, kde vyvolávají biologické účinky. (Kittnar, 2011, s. 561)

#### **Proliferační fáze**

Probíhá 5.-14. den od prvního dne menstruace. Působením estrogenů dochází k obnově sliznice po proběhlé menstruaci. (Kittnar, 2011, s. 561)

#### **Sekreční fáze**

Znamená komplex změn, které vznikají jako příprava na uhnízdění oocitu. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 197)

Pod vlivem gestagenů již nedochází k růstu děložní sliznice, ale k její přeměně. (Weiss, 2010, s. 64)

Sekreční fáze trvá 14 dnů a její vrchol nastává týden po ovulaci. Žlázkami produkován sekret („děložní mléko“) slouží jako výživa pro ještě nezahnízděné vajíčko. (Kittnar, 2011, s. 561)

#### **Ischemická fáze**

Trvá asi 24 hodin. V této fázi jde především o ischemii (nedokrvení) a nekrózu (odúmrtí) buněk, jako reakci na spasmus cév v důsledku snížené produkce hormonů a lokálně zvýšeného uvolňování prostaglandinů. (Kittnar, 2011, s. 561)

#### **Menstruační fáze**

Asi od 26 dne cyklus se začíná nekrotická sliznice odlučovat a odplavovat z děložní dutiny. Sliznice se vylučuje společně s krví bohatou na fibrinolyzin, díky kterému se za normálních okolností nesráží. (Urbanová, 2010, s. 100)

Uvolnění nekrotické části napomáhají svalové kontrakce, které jsou navozeny působením prostaglandinů. Menstruační krvácení trvá většinou 3-5 dnů. (Kittnar, 2011, s. 561)

## **2.2 Endokrinologie menstruačního cyklu**

Menstruační cyklus řídí komplexní souhra hormonů z hypotalamu, předního laloku hypofýzy a vaječnicků. Nejdůležitější roli hrají hypotalamem produkováný gonadotropin releasing hormon (GnRH), folikulostimulační hormon (FSH) a luteinizační hormon (LH) z adenohipofýzy a estrogeny a progesteron, které se tvoří na úrovni ovarií. (Lipka, Procházka, 2012, s. 20)

Ovariální folikuly obsahují specifické thekální a granulozové buňky. Thekální buňky jsou stimulovány LH k syntéze testosteronu a androstendionu, zatímco granulozové buňky ovlivňuje FSH k produkci estradiolu a aromatizaci androgenních prekurzorů. Toto se děje podle teorie dvou buněk v průběhu každého cyklu. Oba buněčné typy jsou na sobě závislé. Pouze sehraná produkce hormonů může zajistit fyziologický vývoj folikulů a ovulaci. (Křepelka, 2015, s. 38)

### **2.2.1 Gonadotropin Releasing Hormon (GnRH)**

GnRH neboli gonadoliberin se tvoří v oblasti předního hypotalamu. (Křepelka, 2015, s. 35)

Do předního laloku hypofýzy je transportován hypofyzárním portálním systémem. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 49)

V adenohipofýze se váže na receptory v membráně gonadotropních buněk, které tvoří LH a FSH – gonadotropní hormony. (Kittnar a kol., 2011, s. 558)

Rozhodující pro to, zda hypofýza vyplaví LH nebo FSH, je frekvence pulzů GnRH. Nízká frekvence upřednostňuje produkci FSH, vysoká produkci LH. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 54)

Hypotalamus je sám pod vlivem ostatních částí mozku, což vysvětluje, proč emoce, rozrušení a různé vlivy z vnějšího prostředí mohou mít vliv na menstruační cyklus a funkci pohlavních orgánů ženy. (Weiss, 2010, s. 63)

### **2.2.2 Folikulostimulační hormon (FSH)**

FSH je v rámci reprodukce velmi důležitým hormonem. Zajišťuje růst folikulů, a to až do antrálního stadia. Produkce tohoto hormonu se mění v průběhu celého menstruačního cyklu. Nejvyšší a zároveň nejdůležitější je sekrece FSH během prvního týdne folikulární fáze. (Pilka, Procházka, 2012, s.20)

### **2.2.3 Luteinizační hormon (LH)**

LH je stejně jako FSH produkován předním lalokem hypofýzy. Je však důležitý nejen pro růst folikulů, ale i pro ovulaci dominantního folikulu a jeho následnou přeměnu ve žluté tělísko – luteinizaci. (Pilka, Procházka, 2012, s.20)

Celkové množství vyplaveného LH je v podstatě v průběhu celého cyklu stálé. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 54)

Způsobuje ovulaci a první meiotické dělení oocytu. (Pilka, Procházka, 2012, s. 20, 22)

### **2.2.4 Hormony ovaria**

#### **Estrogeny**

Estrogeny se tvoří v ovariích a jsou základní podmínkou pro vývoj antra a dozrání konečné fáze folikulu – Graafův. Jejich nejvyšší koncentrace je na konci folikulární fáze a předchází ovulaci. (Pilka, Procházka, 2012, s. 20)

Tvorbu estrogenů zajišťují i nadledviny a placenta. Mimo jiné se podílejí na vývoji rodidel, v průběhu puberty na vývoji sekundárních pohlavních znaků. Mají vliv na ukládání glykogenu v buňkách a podporují růst a větvení mlékovodů. Ovlivňují i psychiku ženy. (Křepelka, 2015, s. 39-40)

Hlavním zástupcem je estradiol, jehož množství v krvi se mění v průběhu cyklu. V průběhu folikulární fáze se jeho početnost zvyšuje a nejvyšší koncentrace dosahuje těsně před ovulací. (Kršek, 2011, s. 71)

Mezi estrogeny se řadí i estron, který je hlavní estrogeně aktivní látkou v menopauze a etriol vznikající hydroxylací v periférii. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 59)

#### **Gestageny**

Hlavním představitelem je progesteron, který je tvořen výlučně žlutým tělískem. Nejvyšší koncentrace dosahuje ve střední luteální fázi. (Kršek, 2011, s. 71)

Za zmínku stojí i gestagen 17hydroxyprogesteron secernovaný navíc trofoblastem a placentou. Progesteron způsobuje metabolické změny v organismu ženy připravující se na těhotenství. Zpomaluje transport plodového vejce ve vejcovodu, snižuje kontraktilitu (stažlivost) myometria a zvyšuje vazkost cervikálního hlenu. (Křepelka, 2015, s. 41)

## **Androgeny**

Třetí skupinou vaječnickových hormonů jsou androgeny. Nejefektivnější jsou testosteron a dehydroepiandrosteron (DHEA) produkovaný hlavně nadledvinami, řadí se k nim ale i androstendion a androsteron. V ženském těle jsou prekurzory estrogenů, zvyšují libido a způsobují růst pubického a axilárního ochlupení. (Křepelka, 2015, s. 41)

### **2.2.5 Zpětnovazebný mechanismus**

Na úrovni hypotalamo-hypofýzo-ovariální osy má hlavní funkci vaječník, jehož nejdůležitější vazby se konají ve spojení s podvěskem mozkovým. (Čepický, 2011a, s. 77)

Základem je negativní zpětná vazba estradiolu, prostřednictvím které se snižuje tvorba gonadotropinů (více FSH). Pokud je koncentrace estradiolu postačující a trvá dostatečně dlouho (min 36 hodin), dojde k přesmyku negativní zpětné vazby na pozitivní. Tím dochází k prudkému vzestupu gonadotropinů (více LH), který spouští ovulaci. Po ovulaci klesne hladina estradiolu a vzájemný vztah se opět vrací k negativní zpětné vazbě. Zde se na negativní zpětné vazbě podílí i vysoká koncentrace progesteronu. Po zániku žlutého tělíska rychle klesá hladina estradiolu i progesteronu, čímž dochází k odblokování negativní zpětné vazby a produkci gonadotropních hormonů. (Čepický, 2011a, s. 77)

Na zpětnovazebné regulaci se podílí i inhibin, který snižuje sekreci FSH bez ovlivnění LH a aktivin produkci FSH naopak zvyšuje. (Čepický, 2011a, s. 77)

## **2.3 Tělesné změny během menstruačního cyklu**

Vlivem progesteronu mohou ženy ve druhé polovině periody pozorovat zvýšení teploty. Průměrně se jedná pouze o hodnoty o 0,5 stupně vyšší než normální teplota. Tento jev je připisován proběhlé ovulaci a vytvoření žlutého tělíska. (Weiss, 2010, s. 66)

Asi třetina žen pozoruje před menstruací zvýšení tělesné hmotnosti, což je způsobeno zvýšenou retencí vody a solí. Velmi nápadné jsou i změny velikosti prsů, kdy se prs před menstruací zvětšuje průměrně o 100 ml. (Weiss, 2010, s. 66)

Důležitá je změna fyzické výkonnosti. Nižší výkonnost mohou ženy pozorovat před menstruací, nejvyšší naopak po ní. (Weiss, 2010, s.66)

## 3 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Antikoncepce je termín, který zahrnuje metody používané k reverzibilní zábraně početí. (Weiss, 2010, s. 275)

Ženské hormony jsou, stejně jako ty mužské, rovněž používány při léčbě celé řady nemocí a poruch. Aplikují se např. u nádorů pohlavních orgánů, klimakterických potíží nebo při léčbě sterility. (Zehentbauer, 2012, s. 182)

### 3.1 Spolehlivost antikoncepce

Žádná z antikoncepčních metod není stoprocentní. Do značné míry však může spolehlivost antikoncepční metody ovlivnit compliance (správné užívání) uživatelky. Bezpečnost jednotlivých technik se nejčastěji hodnotí tzv. *Pearlovým indexem*, který je definován jako počet nežádoucích otěhotnění vzniklých za jeden rok u 100 žen, které pravidelně užívali danou metodu antikoncepce. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 380)

Díky širokému spektru metod antikoncepce, zejména hormonální, došlo v ČR ke snížení počtu provedených umělých ukončení těhotenství. (Šrámková, 2015, s. 204)

### 3.2 Přehled antikoncepčních metod

#### 3.2.1 Přírozené metody antikoncepce

Přírozené techniky antikoncepce jsou definovány jako takové metody zabraňující početí, ke kterým není potřeba žádná mechanická nebo farmakologická pomůcka. (Weiss, 2010, s. 278)

#### Kojení jako antikoncepce

Zde je důležitá frekvence kojení, nikoli množství vypitého mléka. Aby bylo možné spoléhat na kojení jako na antikoncepci je nutné, aby byly splněny určité podmínky:

- Doba od porodu nesmí přesáhnout šest měsíců.
- Dítě musí být plně kojeno (pouze občasné dokrmování je povoleno) a to minimálně jednou za čtyři hodiny, v noci se interval prodlužuje na maximálně šest hodin.
- Žena dosud neměla po porodu žádnou menstruaci.

Při dodržení těchto podmínek je index spolehlivosti asi 3. (Čepický, 2011b, s. 107)

#### Periodická abstinence

Metoda vychází z faktu, že během menstruačního cyklu nastává pouze jedna jediná ovulace. Vajíčko je schopno oplodnění pouze 48 hodin, spermie žijí v pohlavním ústrojí ženy 7 dní. Oplodňující soulož je tedy uskutečnitelná pouze v některých dnech cyklu. Technika periodické

abstinence se snaží určit ty dny, ve kterých není možné, aby došlo k oplodnění vajíčka. Patří sem metoda kalendářová, teplotní, hlenová, cervikální, krystalizace slin a kombinace uvedených (Čepický, 2011b, s. 107)

### **Coitus interruptus**

Přerušovaná soulož je nejčastější používanou přirozenou metodou, která však nechrání před přenosem pohlavních chorob. Princip spočívá v přerušení soulože před orgasmem a mužovou ejakulací mimo rodidla ženy. Účinnost je i přes správnou techniku nízká. (Fait, 2008, s. 77)

### **Koitalní abstinence**

Na rozdíl od úplné sexuální abstinence pár provozuje sexuální praktiky, pouze při nich nedojde ke koitu. (Čepický, 2011b, s. 108)

## **3.2.2 Bariérové antikoncepční metody**

### **Mužský kondom**

Prezervativ je nejjednodušší antikoncepční pomůckou. Nasazuje se na ztopořený penis před koitem a po ejakulaci se snímá. Nejúčinnější je v zabránění přenosu pohlavních chorob. Pearl index se udává kolem 14. (Fait, 2008, s. 74)

### **Ženský kondom**

Femidom se zavádí do pochvy tak, aby překrýval okraje poševního vchodu. Nevýhodou je nesnadná manipulace. (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 119)

### **Diafragma a cervikální pesar**

Přikládají se do pochvy tak, aby kryly děložní hrdlo. Žena si je zavede před pohlavním stykem a odstraňuje se minimálně šest hodin po ukončení soulože. Pro lepší účinnost se kombinuje s chemickými technikami. (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 119)

## **3.2.3 Chemické antikoncepční metody**

Chemickými antikoncepčními metodami jsou spermicidy dostupné v mnoha formách, používané většinou v kombinaci s ostatními bariérovými metodami. Narušením membrány spermií zapříčiňují jejich smrt. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 418)

## **3.2.4 Nitroděložní antikoncepce (IUD, nehormonální nitroděložní tělísko)**

Tato antikoncepční metoda spočívá v zavedení tělíska do dutiny děložní. V ČR se bez výjimky používají tělíska z plastické hmoty, které je navíc obtočeno tenkým kovovým drátkem z mědi

případně jiného kovu (stříbro, zlato, slitina mědi a zinku). Většina připomíná tvar písmena T a jsou opatřena vláknem, které vyčnívá z dělohy do pochvy pro jeho snadnější extrakci. Obvykle se zavádí na pět let, lze jej však extrahovat kdykoli. (Weiss, 2010, s. 283)

Mechanismus účinku spočívá ve vzniku sterilního zánětu. Organismus reaguje na přítomnost IUD jako na cizí těleso, přičemž makrofágy přítomné v děloze likvidují spermie. Toxický vliv na spermie mají i ionty mědi uvolňující se z drátku. Pearlův index je přibližně 0,5. (Čepický, 2011b, s. 108)

Nitroděložní tělísko s sebou nese i jistá rizika, z nichž je nutno uvést zvýšené riziko mimoděložního těhotenství. Hlavním negativním účinkem je zesílení a prodloužení menstruačního krvácení, dále pak zvýšení rizika pánevního zánětu. Při samotném zavádění může dojít vzácně k zanesení infekce či k perforaci děložní stěny. Proto je nutné, aby lékař zaváděl tělísko podle přesného postupu a za přísných pravidel asepse. (Fait, 2008, s. 64)

### **3.2.5 Nitroděložní hormonální systém (LNG-IUS)**

Je v podstatě nitroděložní „tělísko“, které kombinuje účinek nemedikamentózních tělísek se syntetickým progestinem – levonorgestrel. Má také tvar písmene T a vlákno pro lepší vytažení. Na trhu je pod obchodním názvem Mirena. Zavádí se na pět let. Pearlův index se udává 0,02. (Čepický, 2011b, s. 109)

Ženu je nutno před zavedením upozornit na nepravidelné krvácení či špinění. Mohou se dále objevit bolesti hlavy, citlivost prsů nebo bolest v podbřišku. Za dominantní mechanismus působení je považována změna cervikálního hlenu, který brání v průniku spermií. Tato metoda je nejvhodnější pro ženy, které již rodily. (Fait, 2008, s. 69)

### **3.2.6 Gestagení antikoncepce**

Metoda této antikoncepce spočívá v kontinuálním podávání gestagenů v různé formě podávání. Na trhu existují jako tablety (tzv. minipilulky), intramuskulární (do svalu) nebo subkutánní (pod kůži) injekce či v provedení podkožních implantátů. (Čepický, 2011b, s.109)

Gestageny mají vliv na uspořádání molekul v cervikálním hlenu. Ten ztrácí svou tažnost a stává se více vazký a pro spermie neprostupný. Jeho účinek má vliv i na ovulaci, kterou blokuje. (Weiss, 2010, s. 285)

### **3.2.7 Postkoitální antikoncepce**

Postkoitální, emergentní či záchranná antikoncepce. Takto označovaná forma antikoncepce je určena pro páry s nízkou frekvencí styku, či spíše pro případy náhodného pohlavního styku

nebo při selhání jiné metody. Mechanismus účinku spočívá v narušení ovulace, růstu děložní sliznice a pohybů vejcovodů. Pro zajištění správného účinku je však nutné užití do 72 hodin od pohlavního styku. (Slíva, Fait, 2012, s. 86-87)

### **3.2.8 Sterilizace**

Je nevratnou formou trvalé antikoncepce, kdy další otěhotnění není možné bez lékařské asistence (asistovaná reprodukce). Pokud není sterilizace provedena z léčebných důvodů, např. hysterektomie pro karcinom, musí žena nebo její gynekolog podat žádost sterilizační komisi ústavu, ve kterém bude výkon proveden. Jedná se o chirurgický výkon. (Čepický, 2011b, s. 114-115)

## **3.3 Kombinovaná hormonální antikoncepce**

V současné době celosvětově nejrozšířenější antikoncepční metodou je kombinovaná hormonální antikoncepce. Spočívá převážně v cyklickém užívání kombinace estrogeneru a progestinu. Méně často je možné kontinuální podávání těchto přípravků. (Weiss, 2010, s. 286)

Základem antikoncepčního efektu je podávání estrogeneru v dostatečné míře (15-50 $\mu$ g). Jelikož ale způsobuje růst dělohy, je nutné podávat, stejně jako v přirozeném cyklu i druhý hormon, progesteron. Ten je potřebný k tomu, aby růst děložní sliznice brzdil a jedině on zajistí pravidelné děložní krvácení. Kdyby se podávaly tablety pouze s estrogenem, znamenalo by to pro ženu nepravidelné krvácení z dělohy a zvýšené riziko její rakoviny. (Barták, 2006, s. 56)

Spektrum progestinů, které jsou v tabletkách použity je velmi pestré. Nejdéle se používají preparáty s reziduálním androgenním účinkem, norethisteron acetát a levonogestrel. Dále jsou to preparáty s tzv. přidanou hodnotou, které obsahují navíc progestiny s antiandrogenním a antimineralkortikoidním účinkem. Kromě antikoncepčního účinku poskytují ženě navíc např. zlepšení mastné pleti, akné a jiných kožních vad v případě antiandrogenního progestinu. U tabletek s antimineralkortikoidním účinkem nedochází k přibývání na váze v důsledku retence vody. (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 121)

Pearl index kombinované hormonální antikoncepce se udává mezi 0,0-0,4. Její spolehlivost může být narušena mnoha faktory, jako např. užíváním ATB. (Fait, 2008, s. 13)

### **3.3.1 Užívání HAK**

Obvyklé užívání tablet hormonální antikoncepce je jedna tableta každý den ve stejnou dobu (tolerance chyby je 12 hodin) po dobu tří týdnů. Poté následuje týdenní přestávka, kdy žena nebere nic. Tím hladina hormon v těle klesne prudce k nule, podobně jako je tomu při zániku

žlutého tělíska a žena dostane menstruaci. Obvykle k tomu dochází 3 dny po užití poslední tablety. (Barták, 2006, s. 56)

Některé přípravky obsahují na konci balení placebové tablety, které se užívají místo vynechaných dnů. (Weiss, 2010, s. 286)

### **3.3.2 Pozitivní vedlejší účinky**

#### **Rakovina dělohy a vaječníků**

Hormonální antikoncepce jako prevence rakoviny je skutečná, neboť s jejím užíváním je ženský organismus mnohem podobnější přirozenému stavu. Vytváří v organismu stav velmi podobný těhotenství, které chrání tělo ženy před mnohými onemocněními. Hypofýza netvoří gonadotropiny, vaječníky jsou utlumené a buňky děložní sliznice se množí méně než v přirozených cyklech. Žena, která alespoň rok pravidelně užívá antikoncepci má riziko maligních nádorů dělohy a vaječníku o polovinu menší. Ochranný účinek stoupá s dobou užívání. (Barták, 2006, s. 79-81)

#### **Gynekologické záněty**

Jejich výskyt je s užíváním HAK snížen v souvislosti se změnou struktury cervikálního hlenu. Jeho větší vazkost je nepropustná nejen pro spermie, ale i pro bakterie způsobující zánětlivá onemocnění. (Čepický, 2011b, s.112)

#### **Poruchy menstruačního cyklu**

Kombinovaná hormonální antikoncepce je léčbou první volby u žen trpících dysmenoreou a jiných poruch menstruačního krvácení. (Weiss, 2010, s. 287)

Při užívání správné hormonální antikoncepce, která ženě vyhovuje, dochází k úpravě cyklu, který se stane naprosto pravidelným, bez ohledu na to, jaký byl předtím. Sníží se i intenzita krvácení a množství krevních ztrát. (Barták, 2006, s. 83)

#### **Bolestivá menstruace a předmenstruační potíže**

Menstruační bolesti jsou způsobeny zvýšenou tvorbou prostaglandinů v děložní sliznici. Předmenstruační potíže (bolesti hlavy, změny nálady, otoky aj.) neboli premenstruační syndrom (PMS) souvisí s kolísáním hladiny hormonů během cyklu. Oba tyto stavy lze upravit pravidelným užíváním právě hormonální antikoncepce, která snižuje výšku dělohy a upravuje hladinu hormonů. (Barták, 2006, s. 82)

Na rozdíl od nitroděložních tělísek chrání kombinovaná perorální antikoncepce i před vznikem mimoděložního těhotenství (Barták, 2006, s.83)

### **3.3.3 Nežádoucí vedlejší účinky**

Nežádoucí účinky antikoncepčních tablet se mohou dělit do dvou skupin: závažné, které se týkají cévního systému a možné poškození jater a nezávažné, ale nepříjemné. (Barák, 2006, s. 68)

#### **Riziko vzniku tromboembolické nemoci (TEN)**

Riziko vzniku tohoto onemocnění je nejzávažnějším a nejobávanějším vedlejším účinkem pro uživatelky kombinované hormonální antikoncepce. Riziko TEN stoupá také u kuřaček a žen staršího věku. Příčinou vzniku je trombogenní účinek estrogenů, které zvyšují srážlivost krve, přilnavost destiček a rozšíření žil. Důležitá je prevence, kdy se striktně dodržují absolutní kontraindikace, zjišťují se a minimalizují poruchy koagulace. Při větších operacích je nutné antikoncepci předem vysadit. S novým podáváním je možné začít až měsíc po operaci. V urgentních stavech se zajišťuje miniheparinizace. (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 123)

Farmakovigilanční (hlídá bezpečnost léčiv) výbor pro posuzování rizik (PRAC) Evropské lékové agentury (EMA) přehodnotil rizika venózního tromboembolismu. Ukázalo se, že riziko vzniku žilní sraženiny je nejvyšší během prvního roku užívání hormonální antikoncepce nebo pokud žena přestane hormonální antikoncepci užívat a znovu s užíváním začne po intervalu delším než 1 měsíc. Při dlouhodobém užívání kombinované hormonální antikoncepce delším než 1 rok se riziko TEN snižuje a dále je již stálý. (Němcová, 2013)

#### **Onemocnění srdce a tepen**

Estrogeny jsou významným faktorem rozvoje sekundární hypertenze, neboť u většiny žen užívajících HAK byl pozorován vzestup tlaku krve, systolického i diastolického. Výše vzestupu závisí na dávce estrogenu. Hodnoty vzestupu tlaku však nejsou nijak radikální, jak ukázala studie The Walnut Creek Contraceptive Drug Study, která zahrnovala 11 672 žen. Průměrné hodnoty systolického tlaku byly o 5-6 mmHg a diastolický o 1-2 mmHg vyšší. Riziko hypertenze u žen užívajících HAK je 2-3krát vyšší než u žen stejného věku, které HAK neužívají. Závisí na tom však další faktory jako věk, doba užívání antikoncepce nebo tělesná váha. (Manovec, 2008, s. 28)

Onemocnění tepen při užívání antikoncepce jsou sice ojedinělá, avšak velmi závažná. Některé studie, např. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone

Contraception, ukazují, že v populaci uživatelky antikoncepce je relativní riziko vzniku akutního infarktu myokardu 2-3x vyšší než u žen neužívajících. Absolutní riziko je udáváno kolem 5 na 100 000 uživatelky HAK. Velký vliv na to mají i další faktory, např. kouření cigaret, hypertenze, DM a další. Zvyšuje se i riziko cévní mozkové příhody. U současných i nedávných uživatelky je zvýšeno 1,9x. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 388-389)

### **Karcinom prsu a děložního hrdla**

U uživatelky hormonální antikoncepce je relativní riziko vzniku karcinomu prsu nízké (1,15-1,33), avšak drtivá většina studií neprokázala vztah mezi užíváním antikoncepce a karcinomem prsu. Vyšší riziko vzniku karcinomu prsu vykazují ženy, které začaly užívat antikoncepci před 20. rokem. Současná hormonální antikoncepce není schopna ovlivnit benigní léze prsu, jak bylo uváděno u starších preparátů (Fait, 2008, s. 29)

U žen s dysplaziemi děložního čípku může užívání hormonální antikoncepce urychlit rozvoj v karcinom. (Čepický, 2011b, s. 113)

### **Jaterní poškození**

Zhoubný vliv na játra měla antikoncepce v dřívějších dobách, kdy obsahovala vysoké dávky hormonů. U zdravých lidí poškození jater nehrozí. Dalo by se předpokládat u žen se chorobně změněnými játry. Podle doporučení odborníků by se měly jaterní funkce kontrolovat po 3-12 měsících užívání, jsou-li výsledky v normě, není nutné testy opakovat. (Barták, 2006, s. 72)

### **Další vedlejší účinky**

Látky podávané v hormonální antikoncepci jsou metabolizovány v játrech, mohou tedy ovlivňovat všechny systémy v těle. Uživatelky se mohou setkat s přibýváním na váze a retencí tekutin, zvětšením prsů. Možné jsou i bolesti hlavy, změny nálady, poruchy libida, mastnější kůže nebo nauzea a zvracení. Mnohé z těchto příznaků se zlepšují v průběhu 3-6 měsíců od začátku užívání. Pokud po tomto čase neustoupí, je vhodná změna preparátu. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 391)

### **3.3.4 Vliv antikoncepce na sexualitu ženy**

Některé ženy mohou pociťovat pokles libida při užívání antikoncepce, v tomto problému však hraje roli jejich psychika než samotná antikoncepce. Ta má totiž minimální vliv na sexualitu. (Weiss, 2010, s. 288)

Ani plodnost není po ukončení aplikace ovlivněna, bez ohledu na to, jak dlouho byla hormonální antikoncepce užívána. (Driák, 2017, s. 15)

První cyklus po vysazení hormonální antikoncepce bývá zpravidla anovulační (bez ovulace), ale s dalšími periodami je již ovulace přítomná. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 387)

### **3.3.5 Kontraindikace HAK**

Tím rozumíme stavy, kdy se nesmí hormonální antikoncepce užívat. (Barták, 2006, s. 76)

Můžeme je rozdělit do dvou skupin – absolutní a relativní. Mezi absolutní kontraindikace patří karcinom prsu o 5 let od skončení léčby, závažná onemocnění jater nebo komplikovaný DM. Antikoncepci by neměla užívat ani žena, která trpí nějakou srdeční vadou, migrénami, vysokou hypertenzí nebo má v osobní anamnéze hlubokou žilní trombózu nebo jinou poruchu srážení krve. Samozřejmě ani v šestinedělí a při kojení do šesti měsíců po porodu je HAK zakázána. (Weiss, 2010, s. 288)

Mezi relativní kontraindikace patří méně závažná onemocnění systémů zmíněných v absolutní kontraindikaci a kojení po půl roce od porodu. (Čepický, 2011b, s. 113)

### **3.3.6 Současné trendy v antikoncepci**

Moderní antikoncepce je v současné době chápána jako součást životního stylu ženy. Hlavním důvodem k užívání je strach z nechtěného otěhotnění, případně doplňující účinky (příznivý vliv na akné). (Weiss, 2010, s. 277)

Ačkoli rozvoj farmaceutického průmyslu umožnil velké rozšíření hormonální antikoncepce, v některých státech jako např. v Kongu, Etiopii nebo Indii jsou antikoncepční opatření nedostatečná nebo úplně chybí. Na následky ilegálních potratů zemře ročně 60-80 000 žen z celého světa. V souvislosti s těhotenstvím je počet zemřelých žen více než 500 000, tj. průměrně jedna žena každou minutu. Podle odhadů postrádá 200 milionů lidí účinnou antikoncepci, většina právě z rozvojových zemí, kde by mohla zachránit nejvíce životů. (Driák, 2017, s. 14)

V současnosti používá antikoncepční pilulky 100 milionů žen z celého světa. V ČR užívá COC 51 % žen ve fertilním věku, ve skupině dívek ve věku 15-19 let je to dokonce 80 %. (Driák, 2017, 14)

Posledním trendem při tvorbě hormonální antikoncepce je snaha nahradit ethinylestradiol přirozeným „netoxickým“ estrogenem. Některé studie totiž ukazují poruchy pohlavní

diferenciace u rybích populací v úsecích řek kontaminovaných splašky z odpadních vod, ve kterých se nachází zbytky syntetických hormonů vylučovaných močí nebo stolicí, které čističky nedokáží zcela odstranit. (Driák, 2017, s. 16,19)

Jak ukazuje výzkum, jehož garantem byl Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, česká populace se stále více chrání před nežádoucím otěhotněním i vůči event. infekci pohlavně přenosnými chorobami. V roce 1993 užívalo HAK pravidelně 22 % žen, v průběhu let se procento zvyšovalo a v roce 2003 ji aplikovalo již 52 % respondentek. (Šulová, 2011, s. 148-153)

Více než polovina žen ve fertilním věku užívala v roce 2013 hormonální nebo nitroděložní antikoncepci (52 % žen). Ovšem počet žen, které užívají hormonální antikoncepci, se od roku 2007 kontinuálně snižuje. V roce 2013 ji užívalo 444,3 z tisíce žen ve fertilním věku. Počet žen, které aplikují nitroděložní antikoncepci, oproti tomu od roku 2007 stoupá. Zatímco v roce 2007 byl počet uživatelky 65,5 žen z tisíce žen ve fertilním věku, v roce 2013 jich bylo již 75,5. Mezi uživatelkami nitroděložní antikoncepce převládala hormonální nitroděložní antikoncepce (55%), nitroděložní nehormonální antikoncepce se na celkovém počtu podílela 45,0 %. (Jirová, 2014)

V současné společnosti považuje 77 % žen antikoncepci za nutnou. (Šrámková, 2015, s. 202)

### **3.3.7 Cena antikoncepce**

Cena perorální antikoncepce je velice různorodá. Záleží zejména na složení u jednotlivých značek. Jak ukazuje internetová stránka lékárny Mediexpert, je možné ji pořídit od 150 do necelých 1000 korun. Cena nitroděložní antikoncepce se na stejném portále pohybuje od 4050 do 4100 korun. (Lékárna Mediexpert, ©2017)

Internetová stránka lékárny Dr. Max a Pilulka.cz nabízí chemickou antikoncepci ve formě vaginálních globulí a krému, jejichž cena se pohybuje kolem 230–250 korun. (Dr.Max lékárna, ©2015; Vyhledávání, 2017)

Velký výběr nabízí lékárny především u mužských kondomů. Ceny jsou velice odlišné, pohybují se od 20 až do 500 korun, v závislosti na značce, tvarování, množství kusů v balení a dalších faktorech. (Prezervativy, 2017)

Ženský pesar je na rozdíl od mužské bariérové antikoncepce několikanásobně dražší, jeho cena je v rozmezí 1200–1600 korun. (Vyhledávání, 2017)

## 4 POSTOJE

Pojem postoj je charakterizován jako psychologická tendence, která se projevuje v hodnocení konkrétní entity. Není neutrální, vyjadřuje proto náš hodnotící vztah k různým objektům v našem okolí, tedy to, co upřednostňujeme nebo co nemáme rádi. Část postojů je vrozených, ale většina je získaná až v průběhu života prostřednictvím zkušeností nebo sociálním učením. (Výrost, Slaměnik, 2008, s. 127)

Nejobecnější postoje, které určují životní styl a celkovou orientaci člověka se nazývají hodnoty nebo hodnotové orientace. (Řičan, 2010, s. 109)

### 4.1 Změna postojů

Za hlavní prostředek k navození změny postojů se považuje přesvědčování. (Výrost, Slaměnik, 2008, s. 138)

Změna postoje závisí na několika faktorech. Prvním z nich je zdroj informací. Zda je zdroj důvěryhodný, jaká je odbornost mluvčího nebo jak je atraktivní. Většina reklam využívá těchto rysů, aby zaujala diváky. Dále záleží na obsahu sdělení. To, jaké informace budeme sdělovat, záleží na tom, komu jsou určeny. Je možné si vybrat ze dvou cest: centrální cesta zpracovává fakta (změna je stálější), naopak periferní jde přes emoce (krátkodobý charakter). Změnu postoje ovlivňuje i způsob podání informací, který se mění dle složitosti informace. Konečným bodem je příjemce informace. Zde hraje roli především inteligence publika. Čím vyšší intelekt, tím těžší přesvědčení je. (Dundelová, 2015, s. 55-56)

V sociální psychologii se zkoumal především vliv komunikace na změnu postoje. Významné postoje se většinou nemění, ale pokud se mění, pak vlivem silné zkušenosti. Tou může být např. životní krize, otřes, vliv psychického traumatu nebo přímé osobní zkušenosti. (Nakonečný, 2009, s. 267, 270)

Velký význam má pro každého také jeho sociální skupina. Soudružnost se skupinou hraje významnou roli. „*Vezměme si příklad adolescenta, který kouří jen proto, že kouří i zbytek skupiny, do níž patří.*“ (Gálik, 2012, s. 36-37)

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 1 METODIKA VÝZKUMU A SBĚR DAT

Výzkumná část této teoreticko-výzkumné práce vznikla na základě anonymního dotazníkového šetření kvantitativního charakteru.

Dotazník vlastní tvorby (viz příloha č. 1), byl sestaven tak, aby odpovídal na výzkumné cíle, které byly předem určeny. Skládá se ze 17 jednoduchých otázek, kde respondentky mohly označit pouze jednu správnou odpověď, v případě uzavřených a polouzavřených otázek. V dotazníku byly použity také otázky otevřené, kde měly možnost uvést svou vlastní odpověď.

Respondentky byly rozděleny do tří skupin, na současné uživatelky, minulé uživatelky a ty, které HAK nikdy neužívaly. Otázky pro všechny byly stejné, ale dle jejich odpovědi a rozřazení vyplňovaly různý počet otázek. Ty, které zvolily možnost, že nikdy neužívaly ve 3. otázce, odpovídaly až od otázky č. 13.

Před výzkumem byl rozdán 3 studentkám oboru Všeobecná sestra pro zjištění, zda budou respondentky plně chápat otázky. Po vrácení proběhly ještě malé úpravy. Tyto 3 dotazníky nebyly zahrnuty do dat použitých pro zpracování.

Šetření probíhalo na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice od konce března do dubna 2017. O vyplnění byly osobně požádány studentky 3. ročníků oboru Všeobecná sestra v době hodinové přestávky ihned po skončení výuky. Z důvodu konání praxe v nemocnici byly studentky oboru Porodní asistentka požádány prostřednictvím jedné z nich, která zajistila předání a navrácení dotazníků. Respondentky z 1. ročníku VS byly požádány o vyplnění osobně v průběhu konání praxe v nemocnici.

Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků. Z nich se jich vrátilo 45, tedy návratnost byla 90 %. Avšak 8 dotazníků bylo vyřazeno pro nesprávnost vyplnění a neúplnost odpovědí. Celkový počet dotazníků, které byly využity pro zpracování, byl 37 dotazníků. Všechny získané informace byly zpracovány pomocí popisné statistiky.

Ke zpracování informací byly použity programy Microsoft Word a Excel. Každá otázka má své odpovědi vyobrazené formou tabulky nebo sloupcového grafu, pro jejich přehlednost.

## **2 SOUBOR RESPONDENTŮ**

Tato práce je zaměřena na studenty zdravotnických nelékařských oborů, kteří studují VŠ. Proto byly k vyplnění dotazníku požádány studentky oboru Všeobecná sestra a Porodní asistentka. Záměrně byly vybrány tyto dva obory, neboť se touto problematikou zabývají nejvíce.

Z celkového počtu respondentek, jejichž dotazníky byly použity při analýze, bylo 32 studentek 3. ročníků (86,5 %). Z prvních ročníků se zúčastnily 4 studentky (10,8 %) a pouze jedna studentka z ročníku 2. (2,7 %).

### 3 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole jsou vedeny všechny výsledky dotazníkového šetření. V tabulkách je vždy uvedena číselná odpověď (absolutní četnost) a její procentuální zastoupení (relativní četnost)

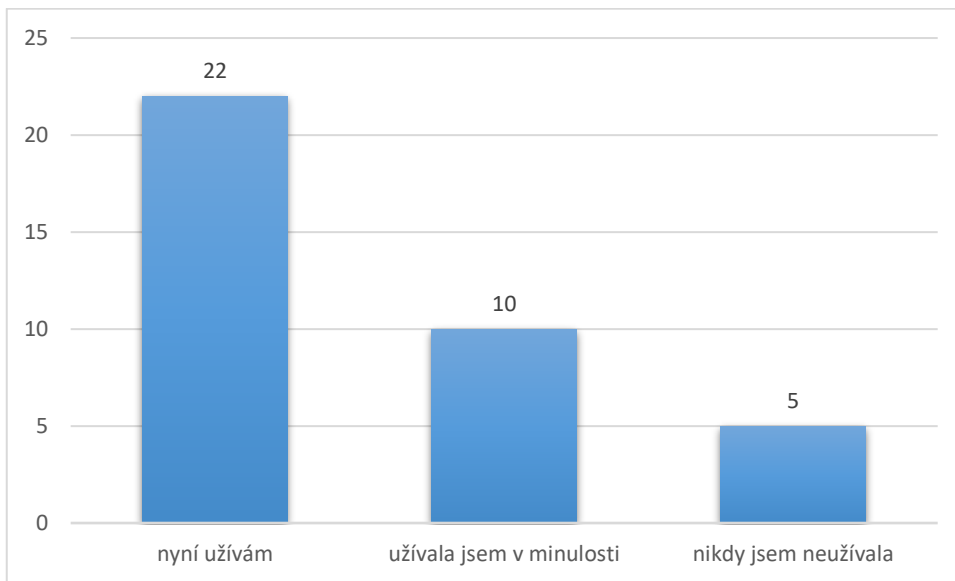
Otázka č. 1 – Jaký obor studujete? a otázka č. 2–V kolikátém ročníku jste?

**Tabulka 1 - Respondentky**

<b>Obor a ročník</b>	<b>Počet respondentek</b>	<b>Relativní četnost %</b>
1. VS	3	8,1
2.VS	0	0,0
3.VS	25	67,6
1.PA	1	2,7
2.PA	1	2,7
3.PA	7	18,9
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

V tabulce č. 1 je zobrazeno zastoupení studentek jednotlivých oborů a ročníků, které se zúčastnily dotazníkového šetření. Je viditelné, že největší zastoupení mají studentky 3. ročníků oboru Všeobecná sestra. Z oboru Porodní asistentka vyplnilo dotazník pouze 18,9 % z celkového počtu respondentek, což může být způsobeno celkově menším počtem studujících nebo tím, že plnily praxi v různých nemocnicích.

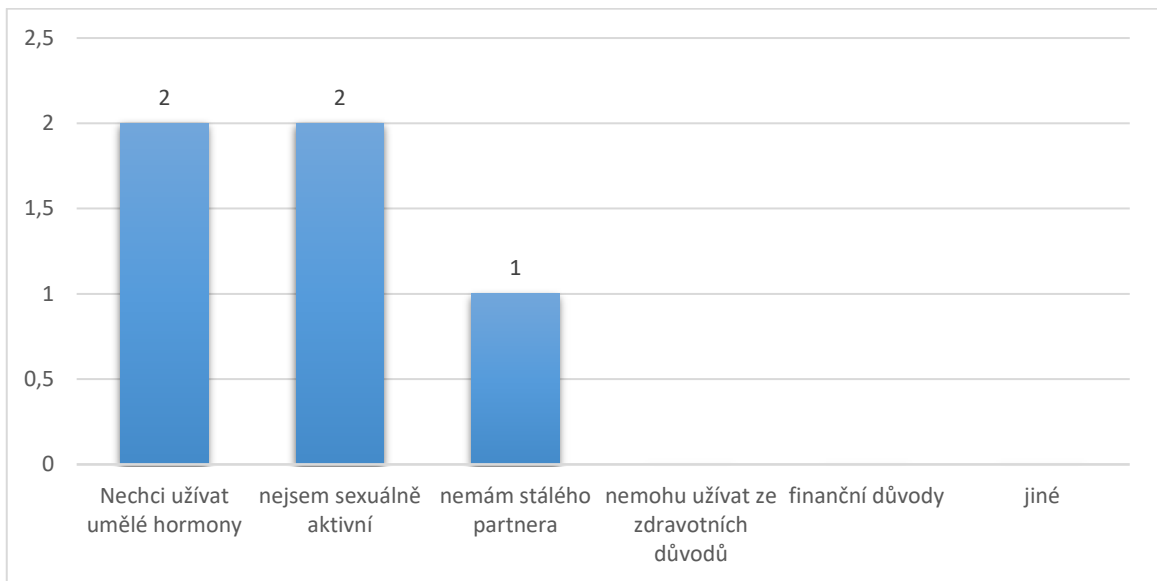
### Otázka č. 3 – Hormonální antikoncepci:



**Obrázek 1 - Otázka užívání antikoncepce**

Tato otázka byla zaměřená na to, zda dívky, které dotazník vyplňovaly, užívají hormonální antikoncepci. Překvapivé je, že téměř 41 % z respondentek hormonální antikoncepci v současné době vůbec neužívá, přičemž 5 studentek z celého souboru neužívalo nikdy. 27 % dívek přestalo hormonální antikoncepci užívat, což může souviset i s faktem, že se celkový počet žen, které hormonální antikoncepci užívají, od roku 2007 kontinuálně snižuje, jak uvedla ve svém článku Jirová (2014).

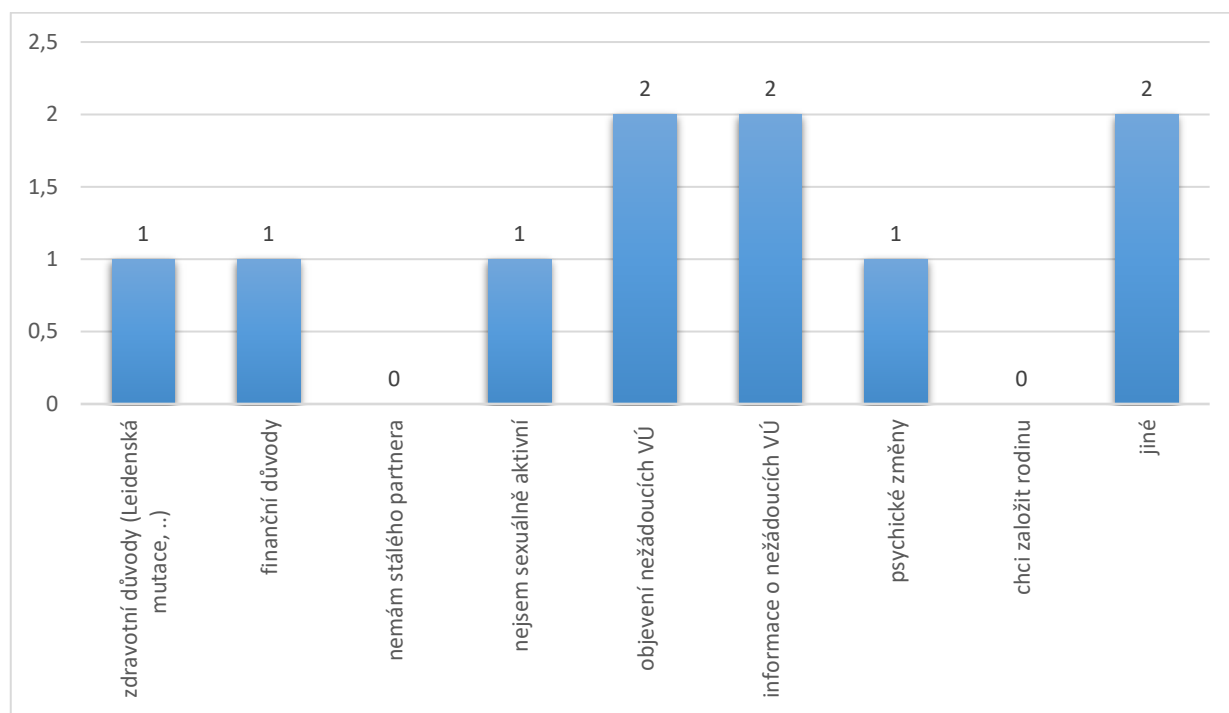
Otázka č. 4 – Co bylo hlavním důvodem k tomu, že jste nezačala užívat HAK?



**Obrázek 2 - Důvody neužívání HAK**

Na tuto otázku odpovídaly pouze dívky, které v předchozí otázce odpověděly, že hormonální antikoncepci nikdy neužívaly. Jak můžeme vidět v grafu, důvody k neužívání antikoncepce nejsou nijak závažné. Jsou založeny pouze na osobním přesvědčení nebo na sexuální aktivitě.

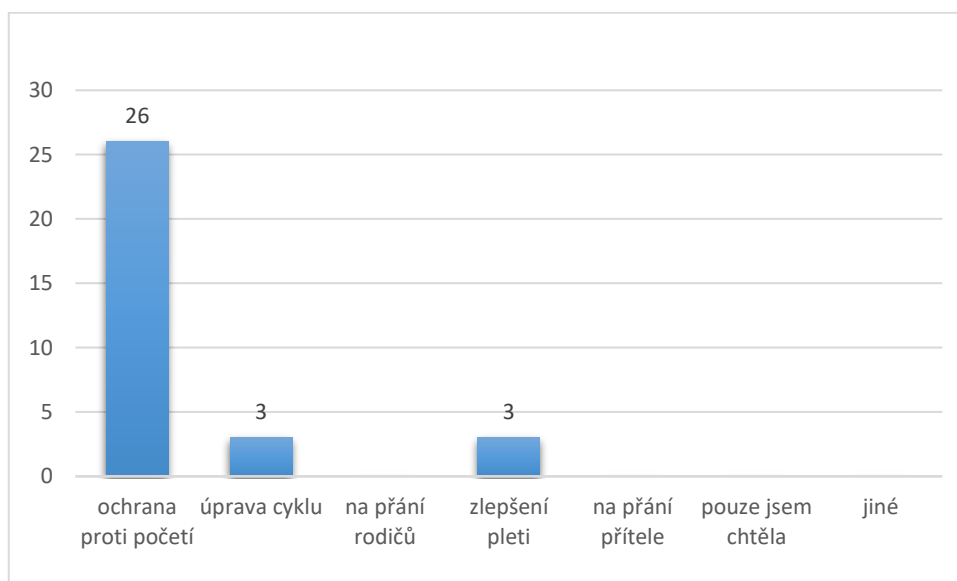
### Otázka č. 5 – Jaký byl hlavní důvod k tomu, že jste přestala HAK užívat?



**Obrázek 3 - Proč přestaly HAK užívat**

Na tuto otázku odpovídaly pouze respondentky, které v otázce č.3 zvolily možnost „užívala jsem v minulosti“. Celkem tak odpovědělo deset dívek. Zajímavé je, že žádná z nich neudala jako důvod k vysazení antikoncepce možnost založení rodiny. Možná je to tím, že se v dnešní době uplatňuje spíše tzv. model pozdní plodnosti, jak uvádí Šulová a kol. (2011, s. 155). Dvě z dotazovaných v dotazníku zaškrtnuly možnost jiné, kde mohly vyjádřit důvod svými slovy. První z nich uvedla: „již jsem sama nechtěla užívat, došlo ke zhoršení migrén.“. Pro druhou byly největším problémem nepříjemné pocity, které zažívala během soulože. To může být spojeno se změnou libida, kterou někteří autoři uvádí v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce.

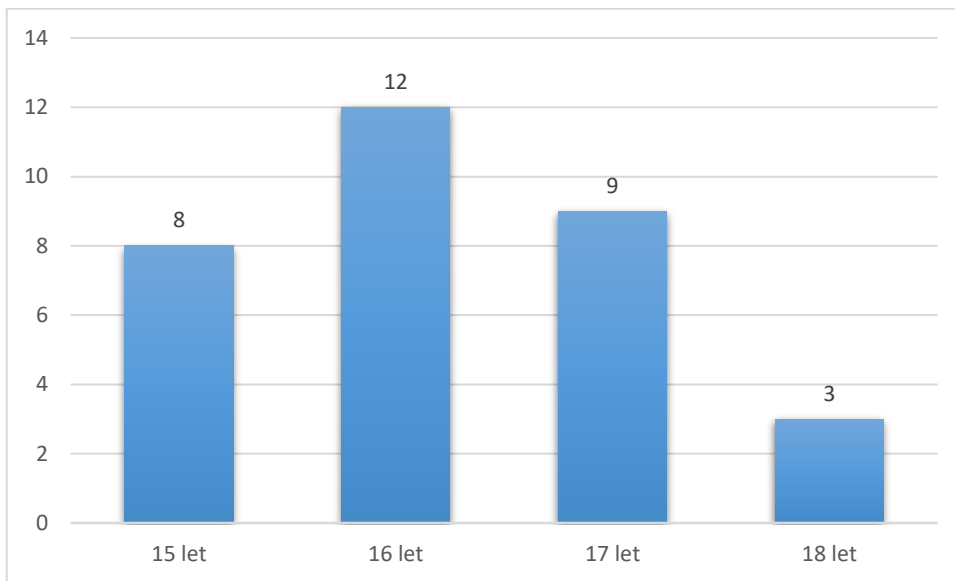
Otázka č. 6 – Co bylo hlavním důvodem k tomu, že jste začala užívat HAK?



**Obrázek 4 - Důvody pro užívání HAK**

V této otázce respondentky volily důvod, proč chtěly HAK užívat, nikoli důvod, pro který jim antikoncepci předepsal jejich gynekolog. Na toto kritérium byly upozorněny i v dotazníku. Většina studentek, 81 %, uvedla jako hlavní důvod užívání hormonů ochranu početí, což může souviset s věkem, kdy poprvé antikoncepci nasadily. V těch letech mohly navštěvovat Střední školu nebo se chystaly na VŠ, a proto pro ně mohlo být nejdůležitější, aby v průběhu započatého studia neotěhotněly. Naopak žádná neoznačila odpověď „*pouze jsem chtěla*“, což je pro většinu lidí pochopitelné.

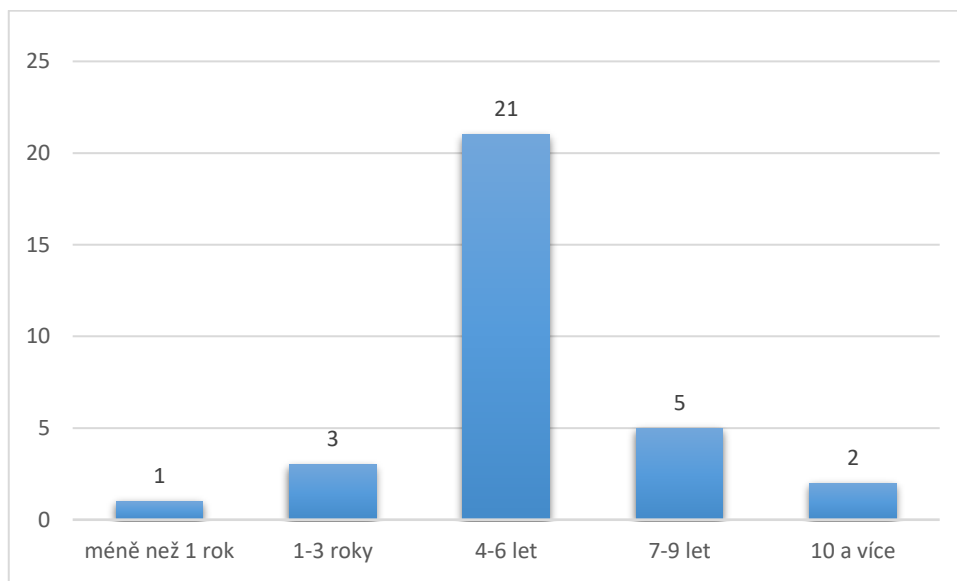
Otázka č. 7–V kolika letech jste poprvé začala užívat HAK?



**Obrázek 5 - První užití HAK**

Průměrný věk, kdy dotazované dívky začaly aplikovat HAK, je 16,21 let. Přesně třetina respondentek, které někdy užily hormonální antikoncepci, ji poprvé okusila kolem 15. roku života. Může se to zdát poměrně brzo, avšak jak uvádí doc. Koliba ve svém článku o antikoncepci „*dnes nejsou výjimkou v gynekologické ambulanci dívky, které ve věku 15 let již mají sexuální zkušenosti.*“

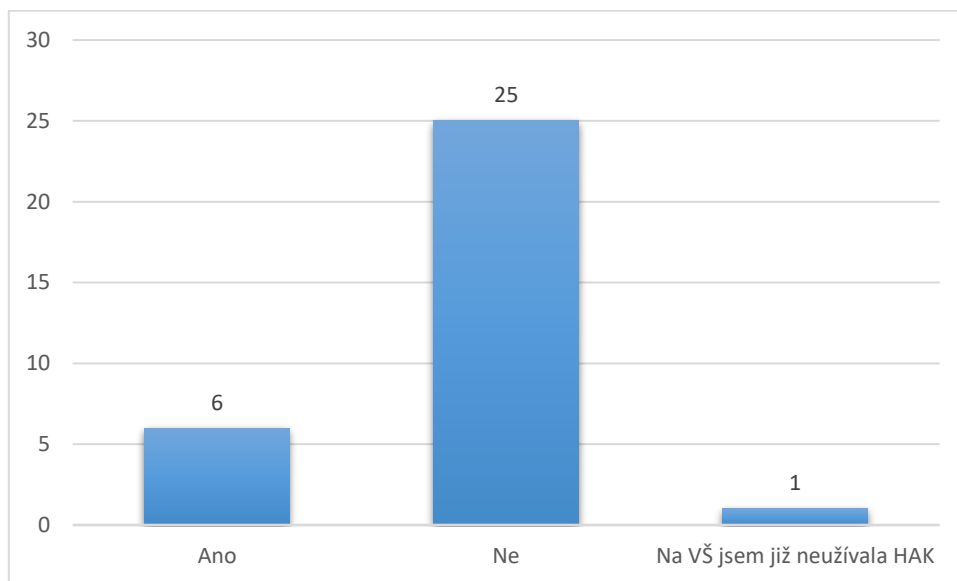
Otázka č. 8 – Jak dlouho užíváte/jste celkem užívala HAK?



**Obrázek 6 - Doba užívání HAK**

Na tuto otázku odpovídaly všechny studentky, kromě těch, které HAK nikdy neužívaly. Pouze jedna respondentka v této otázce uvedla, že užívala hormonální antikoncepci méně než jeden rok. Důvodem k tomu byl výskyt nežádoucích vedlejších účinků, jak označila v dotazníku v otázce č. 5. Průměrná doba užívání je 5,3 let. Nejčteněji uváděné číslo tohoto souboru bylo 6 let, které ve svých odpovědích označilo celkem deset dívek.

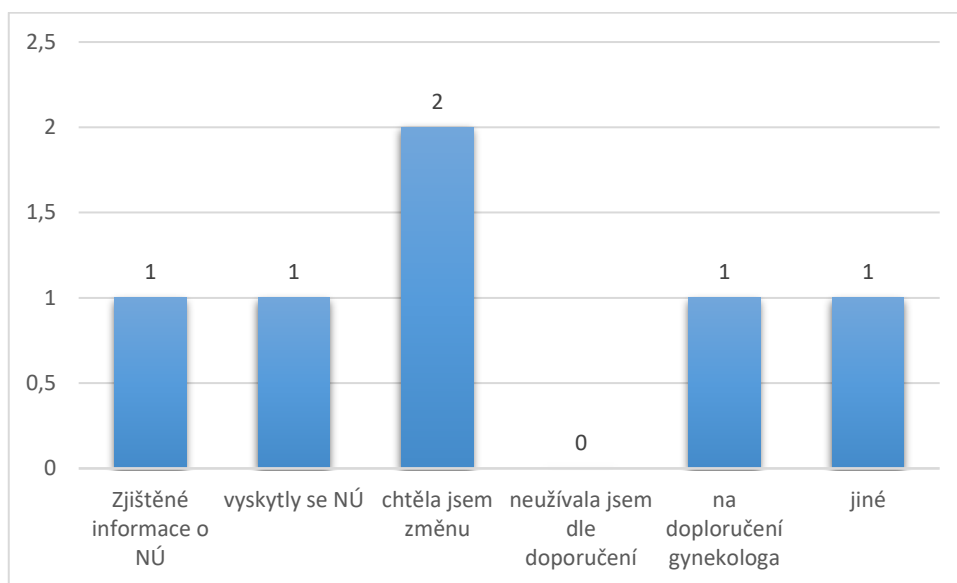
### Otázka č. 9 – Měnila jste HAK po dobu Vašeho studia na VŠ?



**Obrázek 7 - Změna HAK**

Tato otázka je zaměřena na změnu antikoncepce během studia na VŠ, které mohlo studentky ovlivnit v užívání antikoncepce. Avšak 78 % studentek přiznalo, že hormonální antikoncepci na Vysoké škole neměnilo. Pouze jedna z respondentek, které tuto otázku vyplňovaly, uvedla, že přestala hormonální antikoncepci aplikovat již před nástupem na VŠ. Lze tedy usuzovat, že zbylých devět studentek, které v otázce č. 3 označily, že HAK braly v minulosti, nikoli v současné době, přestaly HAK užívat až na VŠ.

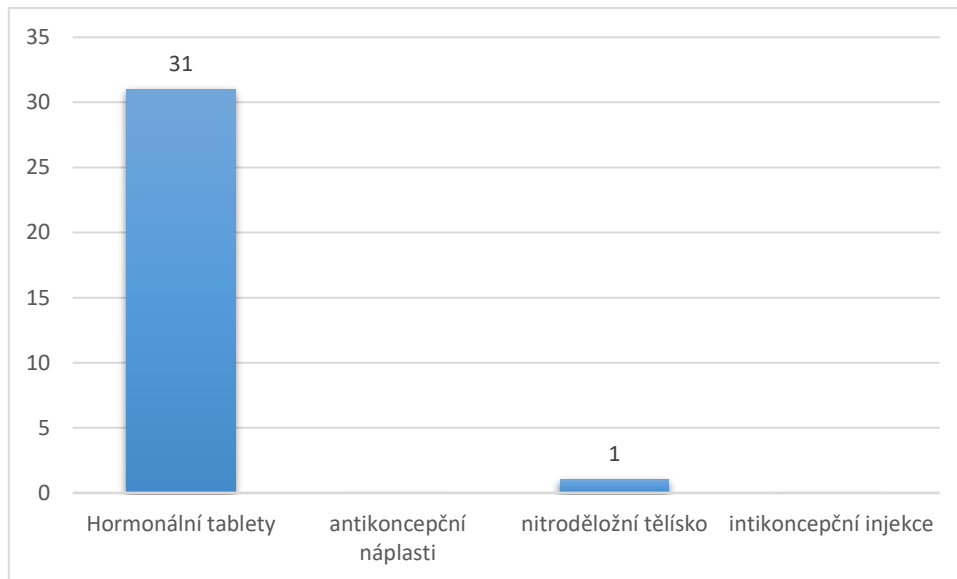
Otázka č. 10 – Co bylo hlavním důvodem změny antikoncepce?



**Obrázek 8 - Důvody změny antikoncepce**

Tato otázka navazuje na předchozí, kdy bylo zjištěno, kolik studentek se rozhodlo pro změnu antikoncepce. Studentka, která nevybrala žádnou z nabízených možností, uvedla v odpovědi jiné, že měnila antikoncepci, protože „*HAK na zlepšení pleti se nemůže užívat dlouhodobě*“.

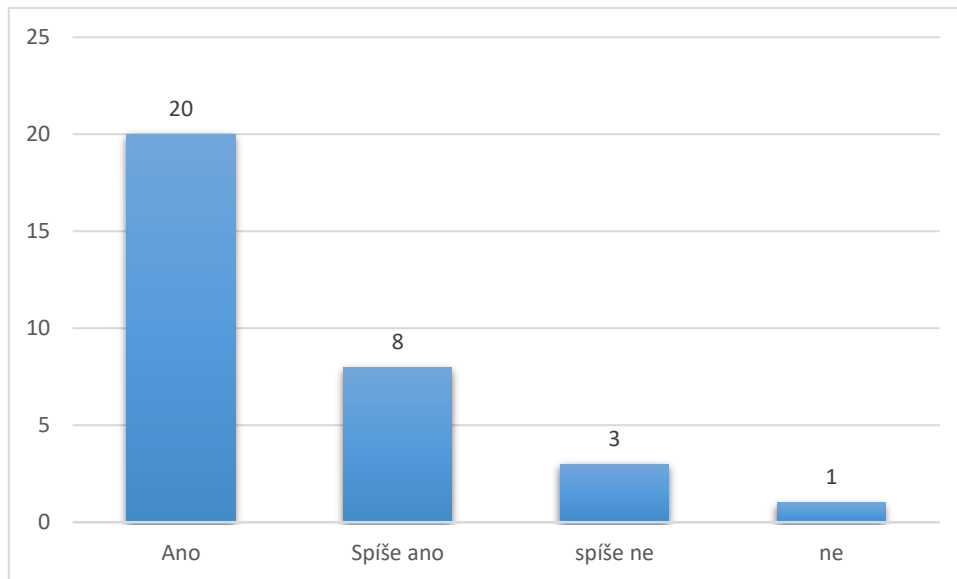
Otázka č. 11 – Jakou formu hormonální antikoncepce užíváte nebo jste užívala? (v případě, že již ne užíváte žádnou)



**Obrázek 9 - Užívaná forma hormonální antikoncepce**

Mezi oslovenými studentkami je nejčastěji aplikována antikoncepce formou hormonálních tablet. Tuto možnost zvolilo téměř 97 % respondentek. I ty, které v předchozích otázkách zaznamenaly (otázka č.9), že měnily antikoncepci z kteréhokoli uvedeného důvodu, zůstaly věrné užívání tabletek. Je zajímavé, že pouze jedna z dotazovaných vystřídala svou předchozí antikoncepci za nitroděložní tělísko. K tomu ji mohlo vést např. jednoduchost jeho užívání.

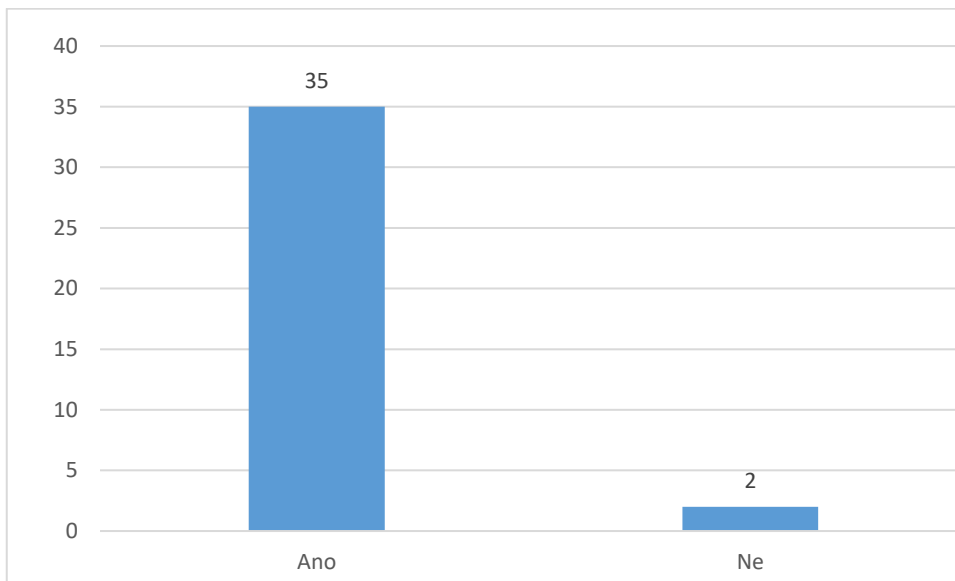
Otázka č. 12 - Jste/byla jste spokojená se svou hormonální antikoncepcí? (Co se týče toho, proč jste začala HAK užívat a nežádoucích vedlejších účinků)



**Obrázek 10 - Spokojenost s HAK**

Se svou hormonální antikoncepcí je spíše nespokojeno 9,4 % dotazovaných dívek. Není překvapující, že dvě z těchto respondentek ji přestaly užívat. Ovšem co je zajímavé, je fakt, že jedna z nich, která taktéž zvolila tuto možnost, zmiňovanou antikoncepci stále užívá. Zbýlých sedm studentek, které s aplikací antikoncepce přestaly, však byly se svou HAK spokojeny nebo spíše spokojeny.

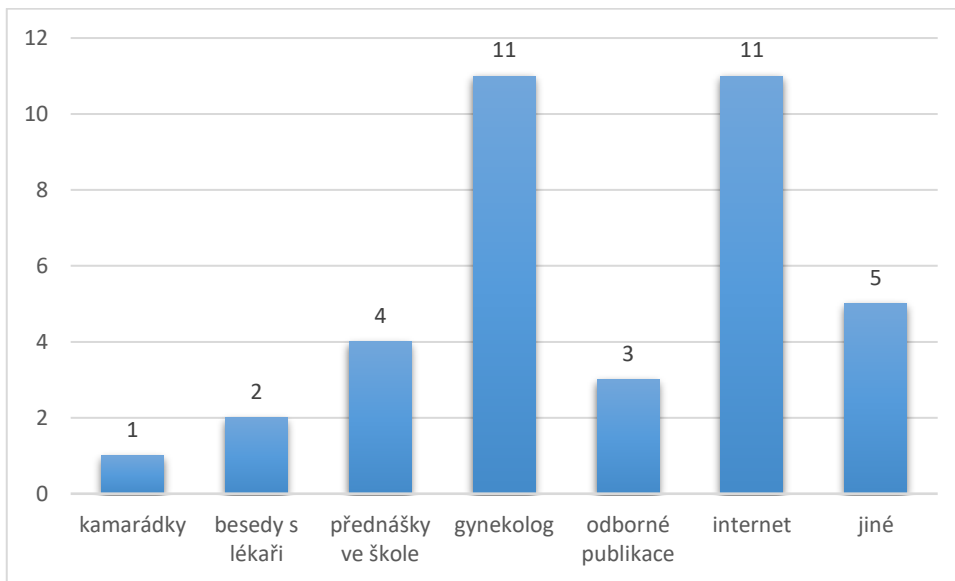
Otázka č. 13 – Myslíte si, že máte dostatečné informace o vedlejších účincích HAK?



**Obrázek 11 - Informace o VÚ HAK**

Na tuto otázku již odpovídalo všech 37 respondentek. Je pozoruhodné, že pouze dvě z nich si myslí, že neznají svou hormonální antikoncepci tak, jak by chtěli. To se samozřejmě může odvíjet i od zdrojů, kde všechny informace získávají.

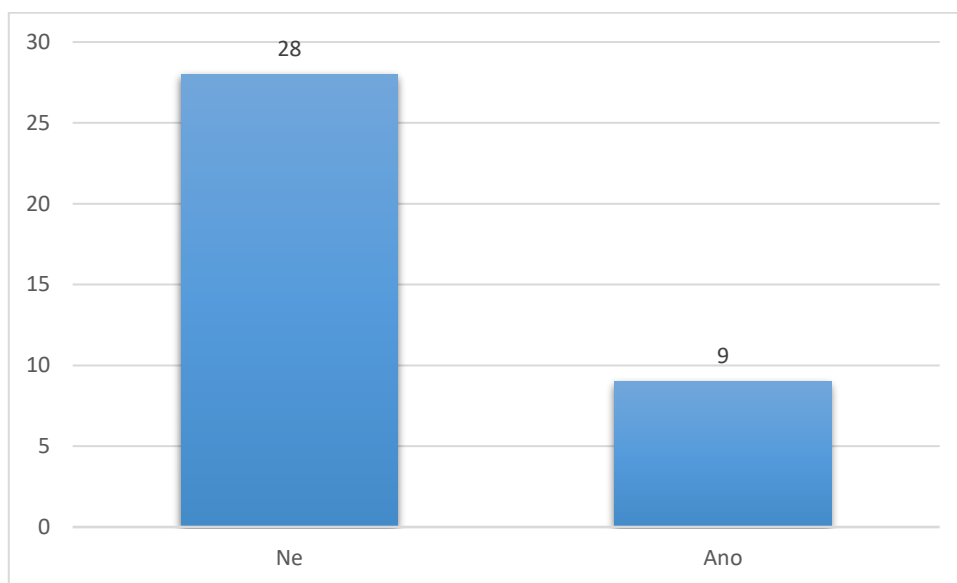
Otázka č. 14 – Uveďte jeden hlavní zdroj, kde získáváte většinu informací o HAK



**Obrázek 12 - Hlavní zdroj informací o HAK**

V předchozí otázce řekly dvě dívky, že nemají dostatečné informace o vedlejších účincích HAK. Jedna z nich v této otázce uvedla, že většinu údajů získává prostřednictvím svých kamarádek, což jí samozřejmě může přijít nedostačující. Ovšem druhá označila jako hlavní informační pramen svého gynekologa. Všem ostatním jejich zdroje informací připadají dostačující. V dnešní moderní době může být trochu překvapivé, že převážnou část dat zjišťuje z internetu pouze necelých 30 % respondentek. Pod možnost jiné napsalo všech pět dívek četbu informačního letáku, který náleží ke každému balení antikoncepce.

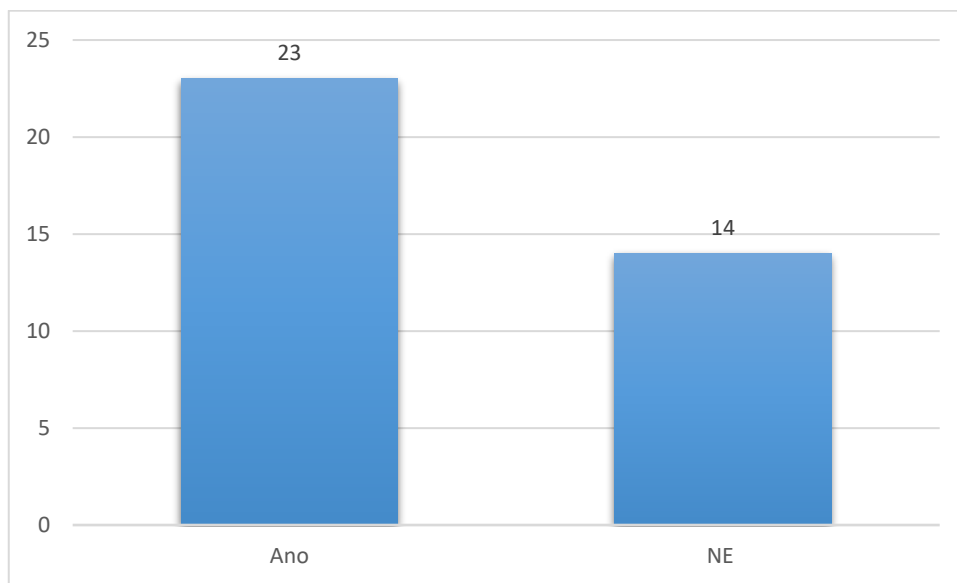
Otázka č. 15 – Užíváte nějakou formu antikoncepce (mimo HAK)? Uved'te prosím jakou.



**Obrázek 13 - Jiná antikoncepce**

Na tuto otázku odpovídaly všechny respondentky bez ohledu na to, zda hormonální antikoncepci berou nebo nikoli. Výsledky ukazují, že necelých 76 % respondentek, neužívají jinou antikoncepci mimo HAK. Překvapivé je ale složení této skupiny. Mezi dívkami se totiž vyskytly i ty, které v otázce č. 3, že antikoncepci již neužívají nebo ji nebraly nikdy. Lze tedy říci, že se celkem osm dívek z oslovených nechrání žádnou antikoncepcí. Zbytek dotazovaných, které neaplikují hormonální antikoncepci udávají, že při pohlavním styku používají prezervativ. Pouze dvě studentky se chrání vedle HAK navíc ještě kondomem. Navíc jedna přesně specifikovala, kdy jej aplikuje. V dotazníku sdělila, že využívá kondom „*v případě užívání ATB nebo když zapomenu užít tabletku*“.

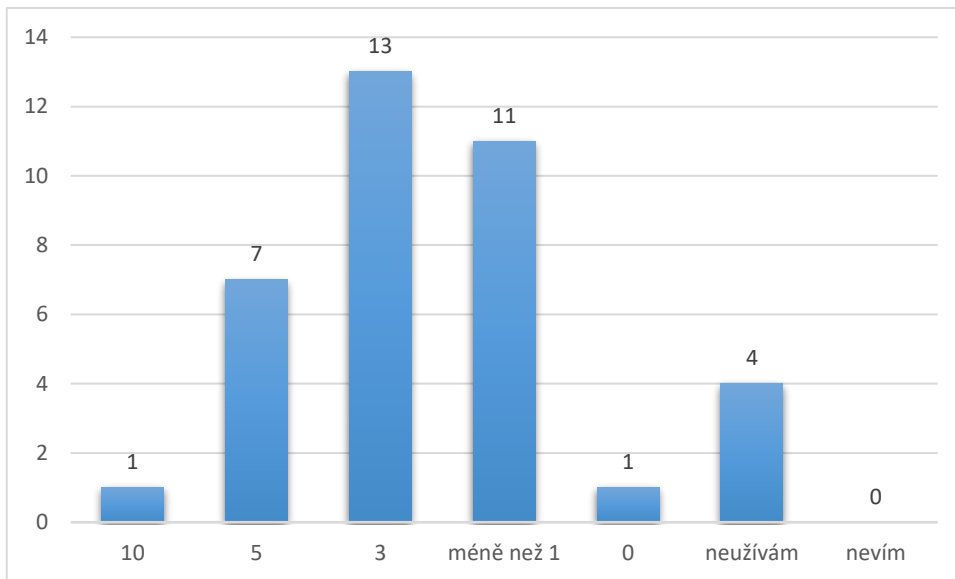
Otázka č. 16 – Myslíte si, že je možné, aby při správném užívání HAK došlo k početí?



**Obrázek 14 - Možnost početí při užívání HAK**

Více než třetina, 37,8 %, respondentek si myslí, že není možné přes HAK otěhotnět. Zbytek oslovených již takovou důvěru v antikoncepci nemá. I to může být důvodem, proč se sedm z nich chrání kondomem.

Otázka č. 17 – Jaký Pearl index má podle Vašeho názoru antikoncepce, kterou užíváte?  
(množství žen, které otěhotní i přes to, že užívají pravidelně antikoncepci)



**Obrázek 15 - Pearl index**

V této otázce se také určitým způsobem zkoumala důvěra k antikoncepci. Pouze jedna dívka myslí, že s její antikoncepcí otěhotní až 10 žen ze 100 (Pearl index). Přičemž používá jako ochranu pouze kondom. Nejčteněji zvoleným indexem bylo číslo 3, které zvolilo 35 % uživatelék.

## 4 DISKUZE

Před zahájením dotazníkového šetření bylo stanoveno pět výzkumných cílů a stejný počet výzkumných otázek. Pomocí zjištěných výsledků bude na tyto otázky nalezena odpověď.

Některé výsledky této práce byly porovnávány s informacemi z Diplomové práce Karolíny Javůrkové (2013), jejíž dílo se zabývalo problematikou informovanosti žen v souvislosti s hormonální antikoncepcí.

První výzkumná otázka: „*Začala užívat většina studentek HAK především jako ochranu před otěhotněním?*“ Na toto téma byla přesně směřovaná pouze jediná otázka v dotazníku (viz obrázek 4, s. 35). Odpovědi na otázku, z jakého důvodu začaly HAK užívat, byly různé. Z 32 dívek, které někdy hormonální antikoncepci užívaly, se jich 81 % (tedy 26 studentek) přiznalo, že antikoncepce byla jimi poprvé aplikována právě v případě ochrany proti početí. K tomu je mohlo vést např. probíhající studium, neboť věk prvního nasazení antikoncepce byl od 15-18 let. S jistotou by mohlo být odpovězeno ano, opravdu „*začala většina studentek užívat HAK především jako ochranu před otěhotněním*“. Stejná otázka byla řešena i Javůrkovou (2013), a i její výsledek byl stanoven podobně. Z jejího dotazníkového šetření totiž bylo zjištěno, že 74,2 % žen začalo užívat hormonální antikoncepci jako ochranu proti početí.

Dále bylo zkoumáno, do jaké míry studentky nimi používané antikoncepci věří. Na tomto podkladě byla stanovena výzkumná otázka: „*Mají studentky důvěru v účinnost HAK jako ochranou před otěhotněním?*“ K tomu byly použity celkem 3 otázky. Nejdříve bylo zjišťováno, zda studentky užívají mimo HAK ještě jinou metodu antikoncepce. Z 22 studentek užívajících hormonální antikoncepci jsou pouze 2 chráněny další metodou kontracepce, a to prezervativem. Ten je používán při pohlavním styku dalšími 7 respondentkami, které HAK neaplikují. Z toho bylo usuzováno, že studentky nepotřebují používat jiné metody, protože věří, že je HAK spolehlivě ochrání. Přitom jimi není používána ani bariérová antikoncepce, která by mohla být upotřebená jako prevence přenosu pohlavních chorob. Což může být následkem dlouhodobého partnerského vztahu, ve kterém by byly obavy z těchto nemocí eliminovány. Odpověďmi v následující otázce by mohla být teorie o důvěře vyvrácena. Odpovídalo se na jednoduchý dotaz. „*Myslíte si, že je možné, aby při správném užívání hormonální antikoncepce došlo k početí?*“ Více než polovinou oslovených, 62,2 %, byla zvolena možnost, že se to může i při pravidelném a správném užívání stát. V tomto případě musí být brána v úvahu hlavně správnost užívání tabletek. Ačkoli je z této otázky patrné, že mají studentky v hlavě takové malé „*může se mi to stát, i když беру prášky*“, překvapující by mohlo být, že není aplikován ještě jiný

způsob. Mohla by jimi být provozována např. přerušovaná soulož. Je možné, že se této alternativě věnují, jen jimi nebyla uvedena jako jiná metoda antikoncepce, třeba právě proto, že nemusí být někým považována za antikoncepční techniku. Poslední fakt, kterým mohlo být rozhodnuto o tom, jak je dívkami spoléháno na antikoncepci, byl Pearlův index. V dotazníku byla napsána stručná definice tohoto termínu, neboť nebylo známo, do jaké míry se mezi lidmi používá. Následně byly dívky dotazovány na jejich názor, jaký Pearl index má jimi používaná antikoncepce. Dle získaných odpovědí je viditelné, že nikdy tento pojem neslyšely nebo alespoň netuší jaké hodnoty jednotlivé druhy antikoncepce mají. Faitem (2008) je udáván index HAK 0,0-0,4. Domněnky studentek vyjádření spolehlivosti antikoncepce jsou zobrazeny v grafu (viz obrázek 15, s. 49). Z reakcí na tuto otázku je zřejmé, že nelze usuzovat o velkém vlivu na jejich celkový dojem z antikoncepce, neboť studentkami byl psán pouze osobní názor. Je pravděpodobné, že jim nebyl jasný význam každého čísla. V podstatě lze říci, že určitá důvěra v antikoncepční účinek byla ve studentkách vyvolána. Může se tak usuzovat hlavně proto, neboť, až na dvě respondentky, není užívána jiná metoda ochrany proti početí.

Tato problematika byla řešena i Havlovou (2012). V její práci s názvem „*Problematika antikoncepce u adolescentů (sociální aspekty)*“ byl soubor respondentů rozdělen podle toho, kde dotazovaní bydleli. Nezávisle na tomto kritériu jsou však výsledky zobrazeny velmi podobně. V jejím šetření je ukazována plná důvěra k antikoncepci od více než 50 % respondentek. Z toho je 71 % dívek z města a 66 % dívek z vesnice. Zbýlými oslovenými je upřednostňována kombinace více druhů antikoncepce.

Třetí výzkumná otázka byla stanovena takto: „*Užívá většina studentek hormonální antikoncepci ve formě perorálních tablet?*“ Tato otázka byla zaměřena na celkově nejužívanější formu. Proto na tento dotaz byly dotazovány i respondentky, kterými není v současné době antikoncepce užívána. Drtivou většinou dívek bylo přiznáno současné nebo minulé užívání hormonálních tablet. Pouze jednou byla uvedena aplikace nitroděložního tělíska. Může se tedy říci, že za nejužívanější formu antikoncepce jsou udávány perorální tablety. Může být pravdou, že je na aplikaci nejjednodušší a není spojena s žádnými zdravotními riziky, kterými by mohla být provázená samotná aplikace. Jediné, co může nastat, je případné zapomenutí tabletky, což může vést ke snížení celkové účinnosti. O tom, co dělat v případě vynechání, by měla být každá žena užívající hormonální antikoncepci poučena lékařem, případně jsou tyto instrukce obsaženy v každém informačním letáku, který je součástí balení.

Čtvrtá výzkumná otázka byla zaměřena na změnu antikoncepce. „*Jaké procento studentek změnilo svou HAK během studia na VŠ?*“ Z 32 studentek, pro které byla tato otázka určena, byla změna antikoncepce uvedena pouze 19 %. Byly zkoumány i důvody pro změnu antikoncepce. Odpovědi byly vcelku vyrovnané, jak můžeme vidět v obrázku č. 8 (s. 42). Nejzávažnějším důvodem byl vypsán výskyt nežádoucích účinků. Jednou z respondentek byla uvedena úprava antikoncepce na základě toho, že na zlepšení pleti se nemůže antikoncepce užívat dlouhodobě. Není dokázáno, že by výukou na Vysoké škole mohlo být ovlivněno užívání antikoncepce. Informacemi o ní jsou provázeny ženy na každém kroku skoro denně. V různých médiích, televizních reklamách, odkazech na internetových stránkách, letácích, všude je možnost se setkat se zprávami o antikoncepci. Veškeré oznámení o špatných i dobrých účincích na organismus se nemění. Je zřejmé, že přednáškami se nikterak neobohatilo povědomí studentek v problematice antikoncepce.

Poslední výzkumná otázka byla zvolena: „*Jaké procento studentek HAK neužívá?*“ Výsledek této otázky byl velice překvapující, neboť bylo očekáváno početnější zastoupení dívek užívajících HAK. Dotazníkovým šetřením bylo ukázáno, že ze 37 studentek je současně užívána hormonální antikoncepce pouze 22 z nich, což je slabých 60 %. Deseti respondentkami bylo přiznáno minulé užívání HAK a pěti z dotazovaných nebyla užívána nikdy. Důvody pro vysazení antikoncepce byly spojené především s jejími vedlejšími účinky. Ať už pouze informace o nich nebo jejich objevení. Podrobné zobrazení viz obrázek 3 s. 37. Studentky, kterými nebyla hormonální antikoncepci nikdy používána, se tak rozhodly, protože nechtěly nebo protože nejsou sexuálně aktivní či nemají stálého partnera.

Jak je ukazováno informačním portálem ÚZIS, počet žen používajících v zabránění otěhotnění hormonální antikoncepci je stále zmenšován. V roce 2010 byl počet žen s předepsanou hormonální antikoncepcí více než 1 175 000. V roce 2015 je však toto číslo počítáno jen necelých 900 000 uživatelék. (NZIS, 2015)

V rámci dotazníkového šetření byla zkoumána také věková hranice počátku užívání HAK. Z mnou oslovených respondentek byla nejčastěji zvolenou odpovědí aplikace v 16 letech, která byla zvolena téměř 38 % dívek. Průměrný věk prvního užití byl spočítán na 16,21 let. Tyto výsledky byly porovnávány s daty získanými z výzkumu vedeného Havlovou (2012). Průměrný věk prvního užívání antikoncepce byl u ní spočítán velmi podobně na 15,7 u dívek z města a 16,1 u dívek z vesnice.

V teoretické části bylo popsáno, co všechno ovlivňuje lidské názory a postoje k určitým věcem. Důvodem pro neužívání antikoncepce, její změnu, začátek užívání, formu antikoncepce a další záležitosti řešené v této práci může být právě sociální skupina, kterou jsou dotazované dívky obklopeny. Velký vliv může být přidělen také masovým médiím, kterými jsme denně ovlivňováni.

Ve většině otázek v dotazníku se vyskytovala jako možnost odpovědi objevení nebo informace o nežádoucích vedlejších účincích. Proto byly respondentky dotazovány na zdroj, kde všechny údaje s tím spojené získávají a zda je jimi myšleno, že jsou pro ně dostatečné. Pouze dvěmi ze všech dotazovaných jsou informace o vedlejších účincích pocíťovány za nedostatečné. Ovšem pro jednu z nich je nejhlavnějším zdrojem informací její kamarádka, která samozřejmě může podávat nedostačující instrukce. Proč se dívka neinformuje ještě někde jinde, už zjišťováno nebylo. Nejčastějšími odpověďmi, kde jsou data studentkami zjišťována, byly internet a gynekolog. Obě tyto možnosti byly zvoleny stejně 11 dívkami. Ostatní odpovědi byly vybrány z dalších možností. Někomu se může zdát zvláštní, že se se svým gynekologem radí pouze 11 slečen ze 37. Překvapující je, že stejný počet zjišťuje informace na internetu. Protože v dnešní době se všechno dá najít na internetových stránkách, případně se zeptat v internetových poradnách. Očekávalo se u této odpovědi početnější zastoupení. Každopádně je dobře, že se alespoň některé respondentky nebojí zeptat a vše probrat osobně se svým gynekologem, protože on by měl vědět, co je pro jeho pacientku nejlepší.

Byla zjišťována také otázka spokojenosti s antikoncepcí. Byla zaměřena na to, jaká spokojenost byla studentkami udávána s účinností antikoncepce a jak jsou vnímány vedlejší účinky. S ohledem na tyto dva fakty byly se svou hormonální antikoncepcí nespokojené a spíše nespokojené 4 studentky. Překvapující je, že jednou z nich je antikoncepce stále užívaná, ačkoli podle její odpovědi jí nevyhovuje. Vysokým procentem dívek, 63 %, byla uvedena spokojenost a 25 % spíše spokojenost s antikoncepcí. Jsou mezi nimi přítomny i respondentky, kterými již antikoncepce aplikována není, ačkoli jimi byla udávaná spokojenost. Tato problematika byla sledována i Javůrkovou (2013), u které bylo téměř 86 % oslovených se svou antikoncepcí spokojených a 14 % nespokojených. Všemi jejími respondentkami je kontracepce stále užívaná.

Další výzkumy by se mohly zabývat podrobněji spokojeností s antikoncepcí. Rozebrat, jaké vedlejší účinky jsou vyskytovány nejčastěji. Zajímavé by také bylo, zaměřit se na jednotlivé druhy antikoncepce. Přesněji na situace, kdy jsou dívkami užívány, např. pokud mají stálý vztah, nebo pokud nemají stálého partnera, tak jakou antikoncepci upřednostňují. Mohlo by se

zjišťovat jaké výhody jsou přinášeny perorální aplikací antikoncepce. V rámci výzkumu na téma antikoncepce by se měla více zkoumat míra edukace lékařem gynekologem, popřípadě sestrou. Nebo důvody, proč se informace získávají jinak než prostřednictvím vlastního gynekologa. Nejdůležitější pro každou ženu je právě informovanost o dané problematice, aby mohla lépe porozumět svému tělu a působení antikoncepce.

V současné době, kdy každý myslí na svou budoucnost a snaží se vybudovat kariéru, než založí rodinu, užívají studentky antikoncepci, aby zabránily otěhotnění. Což je pochopitelné, neboť k tomu jsou částečně nuceni i současnou společností a potřebou mít sociální zázemí. Proto se k užívání antikoncepce přiklání většina mladých žen. Dále by se mohlo pracovat na eliminaci vedlejších účinků, které se projeví u některých uživatelék. Možné by bylo vypracovat informační letáčky, kterých je podle mě nedostatek k tomuto tématu. Tím by se ještě více přiblížily ženy své antikoncepci.

## 5 ZÁVĚR

Již od roku 1960, kdy přišla na trh první hormonální tableta Enovid 10, se svět zabývá hormonální antikoncepcí. (Sfetcu, 2014)

Od té doby se na trhu objevil nespočet nových a šetrnějších preparátů. Pokrok v produkci HAK posunul sexualitu populace na úroveň maximálního prožitku s minimálním rizikem otěhotnění. A vývoj nejen hormonální antikoncepce, ale i jiných léčiv se stále posouvá kupředu.

V dnešní době je problematika antikoncepce velice rozšířeným fenoménem po celém světě. Je to spolehlivý způsob plánování rodičovství, které má za následek snižování počtu umělého ukončení těhotenství. „*V současné době je zaznamenáno jen 20 interrupcí (umělé ukončení těhotenství) na 100 živě narozených dětí*“ uvádí Šulová (2011, s. 165). Jeho dostupnost je ukazatelem vyspělosti společnosti. Sama antikoncepce se stala součástí životního stylu žen.

Charakteristickými rysy dnešní české společnosti je snaha o dosažení co nejvyššího vzdělání a odložení rodičovství a sňatku do delšího časového období. Mladí lidé začali poznávat, že výhodnější je se nejprve ekonomicky zajistit a vybudovat si určitou pozici v zaměstnání a teprve potom zakládat rodinu. (Šulová, 2011, s. 159)

Stále se však lékaři i celá společnost zabývají žádoucími i nežádoucími účinky hormonů, které mohou zatěžovat organismus ženy a určitým způsobem ovlivňují i její budoucí život. Proto je nutné, aby byly uživatelky dostatečně informovány o jejich dopadech, jenom tak se mohou samostatně rozhodnout, zda je pro ně žádoucí antikoncepci užívat.

Všechny cíle, které byly stanoveny, se podařilo splnit. V teoretické části byla stručně zmapována anatomie a fyziologie ženského pohlavního ústrojí, které by měla znát každá žena, která užívá nebo uvažuje o užívání hormonální antikoncepce, aby mohla pochopit způsob jejího účinku. Byly rozebrány jednotlivé formy antikoncepce a následně podrobně popsána kombinovaná hormonální antikoncepce a její vlivy na organismus ženy.

Praktická část přinesla souhrn poznatků o postojích k hormonální antikoncepci. Byl zjištěn hlavní důvod, proč studentky začaly užívat hormonální antikoncepci. Potvrdilo se, že je většina dívek přesvědčena o ochraně před nechtěným otěhotněním při užívání perorální kontracepce. Podle výsledků jsou nejužívanější metodou antikoncepce hormonální tabletky. Jak ukazují výsledky před otěhotněním se hormonálními metodami nechrání 15 z 37 respondentek. Bylo shledáno, že ani studium na Vysoké škole nevedlo ke změně antikoncepce, neboť z 32

studentek chtělo změnu pouze 6 z nich. Pro lepší orientaci ve výsledcích jsou všechna data vyobrazena pomocí grafů.

Podle výsledků, které jsou ukázány v otázce o pramenech informací k antikoncepci, je možné se domnívat, že poučení od gynekologů je nedostatečné nebo v některých případech vůbec žádné. Proto byla uvedena většinou dívek jiná možnost jako hlavní zdroj informací. Pokud není gynekologem podáváno dostatečné množství informací, měl by být dívkami ukázán větší zájem a potřeba mít o této problematice povědomí.

## SEZNAM LITERATURY

- BARTÁK, Alexandr. *Anti-koncepce*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 130 s. ISBN 80-247-1351-9.
- ČEPICKÝ, Pavel, 2011a. Gynekologická endokrinologie. In: Roztočil Aleš. *Moderní gynekologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, s. 65-93. ISBN 978-80-247-2832-2.
- ČEPICKÝ, Pavel, 2011b. Antikoncepce, intercepce, sterilizace. In: Roztočil Aleš. *Moderní gynekologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, s. 105-115. ISBN 978-80-247-2832-2.
- DRIÁK, Daniel. Aktuální trendy v hormonální antikoncepci. *Practicus*. Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. [online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2/2017, 14-19 [cit. 2017-03-19]. ISSN 1213-8711. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2017-02/14-Aktualni-trendy-v-hormonalni-antikoncepci.pdf>
- DUNDELOVÁ, Jana. *Úvod do sociální psychologie*. [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2015 [cit. 2017-04-22]. ISBN 978-80-210-7932-8. Dostupné z: [http://www.phil.muni.cz/wups/home/Downloads/inpsy/06\\_skripta2.pdf](http://www.phil.muni.cz/wups/home/Downloads/inpsy/06_skripta2.pdf)
- FAIT, Tomáš. *Antikoncepce: Průvodce ošetřujícího lékaře*. Vyd. 2. Praha: Maxdorf, c2008. 103 s. ISBN 978-80-7345-172-1 (brož.).
- GÁLIK, Stanislav. *Psychologie přesvědčování*. Praha: Grada, 2012. 108 s. ISBN 978-80-247-4247-2
- HAVLOVÁ, Jana. *Problematika antikoncepce u adolescentů (sociální aspekty)*. Pardubice, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
- JAVŮRKOVÁ, Karolína. *Hormonální antikoncepce, informovanost žen*. Pardubice, 2013. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
- JIROVÁ, Jitka. Činnost oboru gynekologie a péče o ženy v roce 2013. In: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz) [online]. 16.6.2014 [cit. 2017-03-26]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-gynekologie-pece-zeny-roce-2013>
- KITTNAR, Otomar a kol. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 800 s. ISBN 978-80-247-3068-4.

KOLAŘÍK, Dušan a M. HALAŠKA a J. FEYEREISL. *Repetitorium gynekologie*. Praha: Maxdorf, c2008. Jessenius. ISBN 978-80-7345-138-7.

KOLIBA, Peter, 2014. Antikoncepce u mladistvých – aktuální pohled, rizika a právní aspekty. In: *pediatriepropraxi.cz* [online]. 15(6) [cit. 2017-05-29]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/06.pdf>

KRŠEK, Michal, *Endokrinologie*. Praha: Galén, 2011. 97 s. ISBN 978-80-7262-687-8.

KŘEPELKA, Petr. *Poruchy menstruačního cyklu*. První vydání. Praha: Mladá fronta, 2015. 238 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3520-0.

MANDOVEC, Antonín. *Kardiovaskulární choroby u žen*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 128 s. ISBN 978-80-247-2807-0.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2009. 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9

NZIS, 2015. *Zdravotnictví ČR: Stručný přehled činnosti oboru gynekologie a porodnictví za období 2007-2015*. In: *uzis.cz* [online]. NZIS Report č. K/8 (9/2016). [cit 2017-06-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-strucny-prehled-cinnosti-oboru-gynekologie-porodnictvi-za-obdobi-2007-2015>

NĚMCOVÁ, Kristýna, 2013. *Kombinovaná hormonální kontraceptiva – přínosy nadále převažují nad riziky*. In: *SUKL.cz* [online]. 21.10. [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/kombinovana-hormonalni-kontraceptiva-prinosy-nadale?highlightWords=antikoncepce>

PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA. *Gynekologie*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 218 s. ISBN 978-80-2443-019-5.

ROB, Lukáš a. MARTAN a K. CITTERBART. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2008, 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6., rev. a dopl. vyd.. Praha: Grada, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9.

SFETCU, Nicolae. *Health & Drugs: Disease, Prescription & Medication*. [online]. February 2014 [cit. 2017-06-17]. ISBN 9781312039995. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=8jF->

AwAAQBAJ&pg=PT1052&lpg=PT1052&dq=enovid+10+mg&source=bl&ots=BhHM\_KcH  
aj&sig=BmGp2GFKXJgpb0qRJO1PKFHR6O8&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwj7i76\_2MTU  
AhUFsxQKHW\_tB8oQ6AEIbTAO#v=onepage&q=enovid%2010%20mg&f=false

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol.. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9.

SLÍVA, Jiří a Tomáš FAIT. *Samoléčba v gynekologii, aneb, Sama sobě gynekologem*. Praha: Maxdorf, 2012. 181 s. ISBN 978-80-7345-282-7.

ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén, 2015. 237 s. ISBN 978-80-7492-162-9.

ŠULOVÁ, Lenka, et al. *Výchova k sexuální a reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. 439 s. ISBN 978-80-7345-238-4.

URBANOVÁ, Eva a kol. *Reprodukčné a sexuálne zdravie v dimenziách ošetrovatelstva a pôrodnej asistencie*. Prvé vydanie. Osveta, 2010. 256 s. ISBN 978-80-8063-343-1.

VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2. dopl. a přeprac. Vyd.. Praha: Grada, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8

WEISS, Petr a kolektiv. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

ZEHENTBAUER, Josef. *Drogy lidského těla: bez vedlejších účinků*. Přeložila Lucie Simonová. Praha: Portál, 2012. 215 s. ISBN 978-80-262-0159-5.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

DR. MAX LÉKÁRNA. Antikoncepce. *Dr.Max: E-shop* [online]. c2015 [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: <https://www.drmax.cz/leky-a-zdravotnicke-prostredky/gynekologicke-obtize-antikoncepce/antikoncepce?gclid=CLb48MmrltQCFRdmGwodSEQF7Q>

LÉKÁRNA MEDIEXPERT. Antikoncepce. *Mediexpert lékárna: Léky na předpis* [online]. c2017 [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: [https://www.mediexpert.cz/c/leky-na-predpis/antikoncepce/#pF=148;pT=4099;p=1;sort=price\\_asc](https://www.mediexpert.cz/c/leky-na-predpis/antikoncepce/#pF=148;pT=4099;p=1;sort=price_asc);

Prezervativy. *Lékárna.cz: Sex a sport* [online]. [2017] [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: <https://www.lekarna.cz/prezervativy/>

Vyhledávání: kondom. *Pilulka.cz* [online]. [2017] [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: <https://www.pilulka.cz/hledat?q=kondom>

Vyhledávání: pesar. *Mujkalisek.cz* [online]. [2017] [cit. 2017-04-21]. Dostupné z: [http://www.mujkalisek.cz/cs/vyhledavani?controller=search&orderby=position&orderway=desc&selectedcategory=2&search\\_query=pesar&submit\\_search=Vyhled%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD](http://www.mujkalisek.cz/cs/vyhledavani?controller=search&orderby=position&orderway=desc&selectedcategory=2&search_query=pesar&submit_search=Vyhled%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD)

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník.....64

# PŘÍLOHA Č. 1: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Kamila Jelínková a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění krátkého dotazníku, který bude podkladem k výzkumné části mé Bakalářské práce, která se zabývá užíváním hormonální antikoncepce. Vyplnění dotazníku je zcela anonymní a dobrovolné.

Pokud byste měli nějaké otázky k dotazníku nebo byste chtěli znát výsledky mého šetření, ozvěte se na e-mailovou adresu st45151@student.upce.cz.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci

1. Jaký obor studujete?

.....

2. V kolikátém ročníku jste?

.....

3. Hormonální antikoncepci

- a. Nyní užívám (pokračujte otázkou č. 6)
- b. Užívala jsem v minulosti (pokračujte otázkou č. 5)
- c. Nikdy jsem neužívala (pokračujte otázkou č. 4)

4. Co bylo hlavním důvodem k tomu, že jste nezačala užívat HAK? (Odpovězte, pokud jste v otázce č. 3 zvolila možnost C)

- a. Nechci užívat umělé hormony
- b. Nejsem sexuálně aktivní
- c. Nemám stálého partnera
- d. Nemohu užívat ze zdravotních důvodů
- e. Finanční důvody
- f. Jiný (uved'te).....  
(pokračujte otázkou č. 13)

5. Jaký byl hlavní důvod k tomu, že jste přestala HAK užívat? (Odpovězte, pokud jste v otázce č. 3 zvolila možnost B)

- a. Zdravotní důvody (trombóza, leidenská mutace, aj.)
- b. Finanční důvody
- c. Nemám stálého partnera
- d. Nejsem sexuálně aktivní
- e. Objevení nežádoucích vedlejších účinků (přibývání na váze, zhoršení pleti, aj.)
- f. Informace o nežádoucích účincích (přibývání na váze, riziko trombózy, aj.)
- g. Psychické změny (celkové psychické ladění, změna libida, aj.)
- h. Chci založit rodinu

- i. Jiný (uved'te).....
6. Co bylo HLAVNÍM důvodem k tomu, že jste začala užívat HAK? (Uved'te Váš důvod, nikoli důvod, proč Vám HAK předepsal gynekolog)
- a. Ochrana proti početí (byla jsem sexuálně aktivní)
  - b. Úprava cyklu (pravidelnost, zmírnění menstruačních bolestí, aj.)
  - c. Na přání rodičů
  - d. Zlepšení pleti
  - e. Na přání přítele
  - f. Pouze jsem chtěla
  - g. Jiné (uved'te).....
7. V kolika letech jste poprvé začala užívat HAK?
- .....
8. Jak dlouho užíváte/jste celkem užívala HAK?
- .....
9. Měnila jste HAK po dobu Vašeho studia na VŠ?
- a. Ano
  - b. Ne (pokračujte otázkou č. 11)
  - c. Na VŠ jsem HAK již neužívala (pokračujte otázkou č.11)
10. Co bylo hlavním důvodem změny antikoncepce?
- a. Zjištěné informace o nežádoucích účincích
  - b. Vyskytly se nežádoucí účinky
  - c. Chtěla jsem změnu
  - d. Neužívala jsem podle doporučení (př. zapomenutí tabletky)
  - e. Na doporučení gynekologa
  - f. Jiné.....
11. Jakou formu hormonální antikoncepce užíváte nebo jste užívala (v případě, že již neužíváte žádnou)?
- a. Hormonální tablety
  - b. Antikoncepční náplasti
  - c. Nitroděložní tělísko
  - d. Antikoncepční injekce
12. Jste/byla jste spokojená se svou hormonální antikoncepcí? (Co se týče toho, proč jste začala HAK užívat a nežádoucích vedlejších účinků)
- a. Ano
  - b. Spíše ano
  - c. Spíše ne
  - d. Ne

13. Myslíte si, že máte dostatečné informace o vedlejších účincích HAK?
- ANO
  - NE
14. Uveďte jeden hlavní zdroj, kde získáváte většinu informací o HAK?
- Kamarádky
  - Besedy s lékaři
  - Přednášky ve škole
  - Gynekolog
  - Odborné publikace
  - Internet
  - Jiné (uveďte).....
15. Užíváte nějakou formu antikoncepce (mimo HAK)? Uveďte prosím jakou. (Odpovídejte i v případě, že HAK neužíváte vůbec)
- .....
16. Myslíte si, že je možné, aby při správném užívání HAK došlo k početí?
- ANO
  - NE
17. Jaký Pearl index má podle Vašeho názoru antikoncepce, kterou užíváte? (množství žen ze 100, které otěhotní i přes to, že užívají pravidelně antikoncepci)
- 10
  - 5
  - 3
  - Méně než 1
  - 0
  - Neužívám
  - Nevím