

# Postoje dospívajících a mladých žen k hormonální antikoncepci

Tereza Večeřová

---

Bakalářská práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd  
akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza Řeháčková**  
Osobní číslo: **H12641**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Postoje dospívajících a mladých žen k hormonální antikoncepci**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a nastudování odborné literatury.  
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti hormonální antikoncepce, jejích druhů, pozitivních a negativních účinků a psychologie lidské sexuality a partnerství.  
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému, výběr vhodných respondentek.  
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.  
Zpracování a vyhodnocení dat včetně jejich interpretace.  
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**FAIT, Tomáš. Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře. Praha: Maxdorf, 2008. 103 s. ISBN 978-80-7345-172-1.**

**Family planning: a global handbook for providers. Baltimore: John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication programs, Knowledge for Health Project, 2011. 372 p. ISBN 978-0-9788563-7-3.**

**CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.**

**KŘEPELKA, Petr. Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 284 s. ISBN 978-80-204-2991-9.**

**UZEL, Radim a Miroslav MITLÖHNER. Vybrané otázky lidské sexuality. 1.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. 93 s. ISBN 978-80-7041-609-9.**

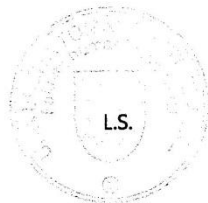
Vedoucí bakalářské práce: **doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **13. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně .....24.2.2016

.....  
Kecérová

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

*(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

*2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

*(3) Do práva autorského také nezasažuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené zájemcem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

*3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

*3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

*(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

*(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k vyšší výdělku dosaženému školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Hormonální antikoncepce je velmi diskutované téma. Má své stoupence i odpůrce jak mezi širokou veřejností, tak i mezi odborníky. Cílem této práce je zmapovat dosavadní informace o hormonální antikoncepci (její pozitiva i negativa) a poskytnout tak komplexní pohled na tuto problematiku. Teoretická část se zabývá hormonální antikoncepcí a tématy s touto problematikou spojenými. Praktická část se orientuje na samotný průzkum mezi ženami ve věkovém rozmezí 15 – 35 let týkající se jejich názorů a zkušeností s užíváním i neužíváním této formy kontracepce.

Klíčová slova: antikoncepce, pozitiva, negativa, hormony, účinky, postoje

## **ABSTRACT**

Hormonal contraception is a hotly debated topic. It has its supporters and opponents among both the general public and experts. The aim of this work is to monitor current information about hormonal contraception (positives and negatives) and provide a comprehensive view on this issue. A theoretical part deals with hormonal contraceptives and related topics. A practical part is focused on the research and evaluation findings among 15 – 35 years old women.

Keywords: contraception, positives, negatives, hormones, effects, attitudes

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že odevzdaná bakalářská práce je mým autorským dílem a že veškerá literatura a další zdroje jsou v práci řádně citovány a uvedeny v seznamu použité literatury.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 PŘIROZENÝ HORMONÁLNÍ CYKLUS</b> .....	<b>11</b>
1.1 ŘÍZENÍ MENSTRUAČNÍHO CYKLU .....	11
1.1.1 Doprovodné fyziologické změny u menstruace .....	12
<b>2 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE</b> .....	<b>14</b>
2.1 HISTORIE ANTIKONCEPCE .....	15
2.2 FORMY HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE .....	16
2.2.1 Pilulky .....	16
2.2.2 Nitroděložní tělísko .....	17
2.2.3 Další formy hormonální antikoncepce .....	17
2.3 SPOLEHLIVOST HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE .....	19
2.4 CHYBY V UŽÍVÁNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE .....	21
2.4.1 Kontraindikace v užívání .....	21
2.5 ÚČINKY HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE .....	22
2.5.1 Žádoucí účinky hormonální antikoncepce .....	22
2.5.2 Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce .....	24
2.5.2.1 Méně závažné nežádoucí účinky .....	25
2.5.2.2 Závažné nežádoucí účinky .....	27
<b>3 PSYCHOLOGICKÁ STRÁNKA ANTIKONCEPCE</b> .....	<b>30</b>
3.1 POSTOJE .....	30
3.1.1 Sexuální postoje .....	31
3.1.2 Sexuální chování a osobnost .....	31
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>33</b>
<b>4 METODOLOGIE PRŮZKUMU</b> .....	<b>34</b>
4.1 FORMULACE PROBLÉMU .....	34
4.2 CÍLE PRŮZKUMU .....	34
4.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU .....	34
4.4 METODA SBĚRU DAT .....	34
<b>5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU</b> .....	<b>36</b>
5.1 ZPRACOVÁNÍ A GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ ZÍSKANÝCH DAT .....	36
<b>6 DISKUZE</b> .....	<b>63</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>67</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>68</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>72</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>73</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>74</b>



## ÚVOD

Hormonální antikoncepce je velmi diskutované téma, a to zejména mezi jejími uživatelkami. I mě přivedla k výběru tohoto tématu vlastní zkušenost (v mém případě hlavně s negativními účinky antikoncepce), ale i katastrofální stav informovanosti mých kamarádek či neznámých dívek a žen, které jsou na sociální síti přidány ve skupinách, týkajících se kontracepce (zde se mimo jiné také rozmohl „černý obchod“ s perorálními přípravky, které žena, jež je nepotřebuje, nabízí široké veřejnosti k odprodeji). Dalším důvodem, který mě vede k zájmu o tuto problematiku je zvyšující se počet mladých dívek, hospitalizovaných z důvodu hluboké žilní trombózy, plicní embolie či jiných život ohrožujících komplikací, které ne vždy skončily dobře, a na které mělo bez pochyby vliv, spolu s jiným zdravotním onemocněním, právě užívání hormonální antikoncepce.

V neposlední řadě potom nezanedbatelné psychosomatické souvislosti, které danou problematiku doprovázejí.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 PŘIROZENÝ HORMONÁLNÍ CYKLUS

Vývoj reprodukčních orgánů člověka a jejich funkci kontroluje genetická výbava. V lidské reprodukci je klíčovým orgánem hypotalamus, jenž ovládá gonadotropní funkci hypofýzy pomocí neurohormonu gonadoliberinu<sup>1</sup>. Cílem hypotalamických hormonů je přední lalok hypofýzy, který produkuje gonadotropní hormony, folikulostimulační a luteinizační hormon (FSH a LH), jenž řídí funkci gonád, ale také hormon, stimulující růst mléčné žlázy a udržování laktace - prolaktin (PRL). Během normálního cyklu není jeho funkce přesně definována. Centrem reprodukce jsou gonády, ovaria a testes, ve kterých probíhá steroidogeneze. Rostoucí folikul v ovariu je zdrojem inhibinu, aktivinu a folistanu, což jsou peptidové faktory, podílející se spolu s gonadálními steroidy na zpětné vazbě, která je důležitá při řízení komunikace mezi gonadotropními hormony a gonádami. Také nadledviny tvoří steroidní hormony a některé z nich, především estradiol, jsou syntetizovány extraglandulárně (mimožlázně) v tukové tkáni. Kromě všeobecných mnohočetných funkcí, jako jsou růst organismu, distribuce tuku nebo metabolismus kosti, řídí ze specifických reprodukčních pochodů gonadální hormony např. vývoj a cyklické změny sliznice dělohy, pochvy a vejcovodů, a také přípravu dělohy na těhotenství (Henzl in Cibula a kol., 2002, s. 19-20).

### 1.1 ŘÍZENÍ MENSTUAČNÍHO CYKLU

Menstruační cyklus je nutnou součástí reprodukčního cyklu každé ženy. Toto cyklické krvácení má podle Michela Ferina (1997) tři stádia: a) *folikulární fázi*, což je období folikulárního růstu, b) *období ovulace*, ve kterém dozrávají oocyty, které se následně uvolňují a c) *luteální fáze*, kdy vytvořené corpus luteum secernuje hormony, které umožňují implantaci. Pokud nedojde k oplození a usazení vajíčka, začíná nový cyklus, ale pokud v děloze dojde k usazení oplozeného vajíčka, luteální fáze se prodlužuje a následuje těhotenství. Cibula a kol. (2002) uvádí samotnou menstruaci jako čtvrtou fázi cyklu, ve které se odloučí sekrečně funkční vrstva endometria.

Délka menstruačního cyklu se pohybuje mezi 25-30 dny, ojediněle ale může docházet i k delším intervalům až okolo 34 dní.

---

<sup>1</sup> V mezinárodní literatuře se používá název gonadotropin-releasing hormone, GnRH. nebo též LR – RH.

Cyklus je ovlivňován čtyřmi hlavními hormonálními markery: hypofyzárními hormony (luteinizačním (LH) a folikulostimulačním (FSH)) a hormony ovariálního původu (estrogen a progesteron) (Ferin, 1997, s. 15-16).

*„Menstruační cyklus je výsledkem přesné koordinace událostí, na které se podílí anatomicky odlišné orgány jako mozek, hypofýza, ovaria a reprodukční systém. Pro ucelený přehled mechanismů řídící menstruační cyklus je nezbytné pochopit sekvenci těchto událostí v každém orgánu.“* (Ferin, Jewelewicz, Warren, 1997, s. 18).

Ferin ve své knize rozebírá úlohu ovarií a genitálního traktu v průběhu menstruačního cyklu, hypotalamo-hypofyzární jednotky (neuroendokrinní složky), dále hypofýzo-ovariální interakce a mechanismů zpětných vazeb, které koordinují hormonální a morfologické změny v různých orgánech. Všechny tyto sekvence hrají v proniknutí do endokrinologie reprodukčního cyklu ženy velkou roli. V naší práci se z této problematiky zaměříme na souvislosti s hormonální antikoncepcí.

### 1.1.1 Doprovodné fyziologické změny u menstruace

Menstruační krvácení může být doprovázeno křečemi (bolestmi způsobenými kontrakcí dělohy při zvýšeném prokrvení. Kromě bolesti při menstruaci (dysmenorea) pacientky často trpí prodlouženým krvácením (menoragie) nebo potížemi spojenými s premenstruačním syndromem, případně kombinací uvedeného (Kačinetzová a kol., 2003).

Potíže způsobuje rovněž nepravidelnost periody a nemožnost plánování aktivit. Existuje mnoho stavů, při kterých se menstruační cyklus stává abnormálním (nepravidelný, prodloužený, zkrácený, anovulační, chybějící). Negativní vliv na reprodukční cyklus ženy má také usilovné cvičení a vytrvalostní trénink, např. intenzivní běh, plavání, balet (Ferin, 1997, s. 133). Na snížení reprodukčních schopností se podílí také nedostatečná výživa a následný úbytek tělesné hmotnosti a stres. Menstruační dysfunkce je často také důsledkem obezity (Ferin, 1997, s.133-181).

**Bolestivá menstruace** (dysmenorea) je příznak způsobený kontrakcemi dělohy (křečemi); nejčastěji se projevuje bolestí v podbříšku, která vystřeluje do zad, bolestmi hlavy, nauzeou, zvracením, problémy s vyprazdňováním, otoky či depresemi (Kačinetzová a kol., 2003, s. 87). Někdy tyto obtíže po prvním porodu vymizí.

Soubor příznaků, jako jsou bolesti hlavy, výkyvy nálad, podráždění, deprese a nespavost, které jsou způsobeny nerovnoměrným množstvím hormonů estrogenu a progesteronu

v organismu a s nástupem menstruačního krvácení ustupují, vytváří **premenstruační syndrom** /PMS/ (Kačínzová a kol., 2003, s. 88).

## 2 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

*Antikoncepce (kontracepce) je každá metoda zabraňující početí (Fait, 2008, s. 8)*

Postavení člověka v rámci potravinového řetězce je výjimečné. Skrze industrializaci se dostal do pozice, kdy bez přirozeného predátora nekontrolovatelně využívá, až zneužívá články pod sebou, což mu v konečném důsledku umožňuje zaplavit planetu vlastním druhem.

Uzel (1922, s. 13-14) srovnává dnešního moderního člověka s příslušníky afrického kmenu „Kungů“ z jižní části afrického kontinentu, z území pouště Kalahari, u kterých nedochází i přes „předrevoluční“ způsob života k přelidňování (skrze dokonalou harmonii s přírodou v oblasti rozmnožování, tj. bez umělého zásahu). Jelikož člověk narušil svým chováním přírodní mechanismus samočinné regulace přírůstku všech biologických druhů (organizovaným chováním dobytka a pěstováním rostlin ke své obživě), odpadl tak způsob obživy pouhým lovem a sběrem a započal život v automatickém dostatku, čemuž se následně logicky vymyká regulace počtu potomstva. A protože žijeme tímto nepřirozeným způsobem života, musíme kvůli přežití dalších generací a záchraně člověka jako takového sahat po podobně nepřirozených prostředcích jako je hormonální antikoncepce.<sup>2</sup> (Uzel, 1992)

Princip fungování hormonální antikoncepce spočívá v potlačení přirozeného řízení menstruačního cyklu (Křenková, 2012); regulace je dosaženo uměle prostřednictvím hormonů dodaných tělu zvenčí. Nejčastěji se používají látky obsahující gestagen a estrogen (hormonální antikoncepce), alternativně (v případě, kdy je estrogenní komponenta kontraindikována či je její individuální snášenlivost snížena – u kojících žen, kuřáček nad 35 let, žen s migrénou) se podávají pouze progestiny (Křepelka, 2013).

Přípravky obsahující estrogen i gestagení složku označujeme jako kombinované. Suverénním estrogenem kombinovaných přípravků je ethinylestradiol (EE). V dnešní době jsou používány dávky odpovídající třetině až desetině dávky Enovidu. Specifické vlastnosti

---

<sup>2</sup>Podle mezinárodního týmu vývojářů a výzkumných pracovníků Worldometers nezávislé společnosti Dadax je k datu 26. března 2016 počet obyvatel planety Země 7 411 124 738. (Worldometers, online) Pro srovnání - Uzel (1992) k datu 22. července 1992 udává dle Světové zdravotnické organizace (WHO) číslo 5 483 918 409 (Uzel, 1992).

přípravků na kombinované bázi jsou způsobeny především rozdílnými gestageny (Cibula, 2002, s. 203).

Antikoncepční účinek těchto hormonů je velmi komplexní a uplatňuje se na několika úrovních (Cibula, 2002; Křepelka, 2013). Nejvýznamnějším účinkem hormonální antikoncepce je potlačení ovulace, které je zprostředkováno jak složkou gestagenní, tak složkou estrogení, jež se podílí na potlačení ovulace zásahem do metabolismu prostaglandinů. Dalším velmi účinným mechanismem progestinu je změna charakteru cervikálního hlenu (zvýšení viskozity), který se tak stává hůře prostupným pro spermie. Progestiny a estrogény mají vliv na strukturu endometria. Jak uvádí Křepelka (2013), progestiny způsobují endometriální atrofii, estrogény zasahují do buněčné struktury žlázových buněk. Výsledkem je vytvoření hostilního prostředí pro transport spermií.

Progestiny mají přímý vliv na vývoj folikulu (Cibula, 2002, s. 208) a motilitu vejcovodů a tím potencují účinek v inhibici transportu spermií k oocytu (Křepelka, 2013, s. 31).

*„Doba trvání antikoncepčního účinku je u většiny přípravků hormonální antikoncepce vázána pouze na období jeho užívání“* (Křepelka, 2013, s. 31). Stejný autor dále popisuje významnou roli hormonální antikoncepce při prekoncepční přípravě (2013, s. 188).

Fait (2008, s. 84) zmiňuje, že užívání kombinované hormonální antikoncepce v raném těhotenství není důvodem k přerušování těhotenství z indikace plodu.

## 2.1 Historie antikoncepce

*„Dostupnost spolehlivé antikoncepce je ukazatelem vyspělé společnosti a její užívání otázkou životního stylu každého jedince“* (Fait, 2008, s. 8). Cílem sexuality není (na rozdíl od většiny zvířat) pouze reprodukce. Sexualita je součástí partnerských vztahů, zábavy či obchodu (tamtéž). Antikoncepce zasahuje mj. do oblasti estetiky (dermatologie) a zvyšuje kvalitu života zajištěním větší pohodlnosti při menstruaci.

Barták (2006, s. 12-13) uvádí příklady starověkých metod, které měly ženám zajistit ochranu před otěhotněním, např. zavádění různých substancí do pochvy (krokodýlího nebo sloního trusu, volské žluči, stromové smůly, zeli), navlékání obalu ze želvoviny na pohlavní úd (prastarý japonský název „kabutogata“) či polykání pulců nebo živých včel. Nic z toho se na základě své efektivity neudrželo, a tak se historie moderní antikoncepce odvíjí až od roku 1921, kdy si Rakušan Haberlandt povšiml, že výtažky z vaječnicků březích zvířat mohou být použity jako antikoncepce, protože blokují uvolnění zárodečných buněk z va-

ječníků. Prakticky to ovšem bylo z finančního i aplikačního hlediska nepoužitelné. Naději přinesla až umělá syntéza progesteronu z výtazku yamu mexického, rostliny, kterou domorodci používali k přípravě mýdla a jako jedu k lovu ryb (Křepelka, 2013). Američtí vědci z něj vytvořili norethisteron, progestin, který se v gynekologii využívá dodnes. První anti-koncepční tabletka schválil do výroby Americký úřad pro potraviny a léčiva v roce 1960 pod názvem Enavid-10 (Barták, 2006)<sup>3</sup>.

## 2.2 Formy hormonální antikoncepce

Nejrozšířenější formou kombinované antikoncepce je orální podání tablet. Další varianty jako nitroděložní tělíška, vaginální kroužek, náplasti, injekce aj. jsou ženami využívány v menším měřítku.

### 2.2.1 Pilulky

Pilulek, které jsou nejpoužívanější formou antikoncepce, je na trhu celá řada. Některé z nich působí jednofázově (tj. obsahují stejnou dávku hormonů po celou dobu cyklu), jiné působí ve dvou nebo třech fázích (s různými hladinami hormonů). Podle Faita (2008, s. 15) jde u dvoufázových přípravků o zvýšení dávky progestinu ve druhé polovině cyklu<sup>4</sup>, u třífázových dochází ke změně dávky dvakrát, případně ke změně dávky ethinylestradiolu. Třífázové přípravky napodobují fyziologický menstruační cyklus a obsahují o něco nižší celkovou měsíční dávku gestagenu (Cibula, 2002, s. 210).

Nejčastější režim pracuje s podáváním 21 tablet (jednou denně), po kterém následuje sedmidenní pauza. V této době žena buďto neužívá tablety žádné nebo je balení doplněno o placebo<sup>5</sup>, aby nebyl narušen stereotyp v užívání.<sup>6</sup> Tablety by měly být užívány ve stejnou denní dobu, zejména ty s velmi nízkým obsahem estrogenu /15-20 µg/ (Cibula, 2002, s. 209). Pokles hladiny hormonů během užívání (ve dnech pauzy) vede k děložnímu krvácení

---

<sup>3</sup>Křepelka (2013) i Cibula (2002) uvádí název Enovid pro první přípravek kombinované hormonální antikoncepce

<sup>4</sup>Cibula (2002, s. 211) zmiňuje novou alternativu dvoufázové konstrukce hormonální antikoncepce – kombinovaný přípravek (po 7 dnech užívání se zvyšuje dávka gestagenu a dávka estrogenu se snižuje).

<sup>5</sup>Obsahující obvykle laktosu, někdy obsahují i železo, které je dodáváno profylakticky kvůli ztrátám u krvácení (Fendrich, 1995, s. 29)

<sup>6</sup>Nejnovější preparáty s drospirenonem mají 24 účinných tablet a 4 tablety placeba, jiné 22 účinných tablet a 6denní pauzu.



- pseudomenstruaci (Fait, 2008, s. 15). Nižší intenzita krvácení nebo jeho úplná absence často výrazně ovlivňuje spokojenost uživatelky s antikoncepcí.

### 2.2.2 Nitroděložní tělísko

Používání nitroděložního tělíska má dlouhou a poměrně zajímavou historii, co se týče používaných materiálů i způsobů zavádění (Szarewská, 1994; Uzel, 1999).

Nitroděložní tělísko (IUD – *Intrauterine device*) je potřeba považovat za antikonceptivum, protože působí před implantací, tj. uhnížděním vajíčka. Na jeho účinku se podílí více vzájemně se ovlivňujících faktorů. Už přítomnost cizího tělesa v děloze v ní vyvolává zánětlivé změny a způsobuje shlukování bílých krvinek, čímž vyvolává ničení spermií, případně i příchodího vajíčka, včetně poškození endometria (Szarewská, 1994, s. 118). Pokud je v tělísku ještě obsažen hormon levonorgestrel, je cesta spermií ztížena zahuštěním cervikálního hlenu (Uzel, 1999, s. 109). To také zabraňuje postupu patogenních organismů a snižuje riziko rozvoje hlubokého pánevního zánětu (Křepelka, 2013, s. 38). Nitroděložní tělísko tvaru T, rozměrů 32x32 mm, uvolňuje denně 20 µg levonorgestrelu po dobu 5 let; dávka uvolňovaného progestinu se postupně snižuje na hodnoty 10-14 µg. Kromě vysokého kontracepčního efektu přináší systém další pozitiva jako je omezení krevních ztrát v průběhu pseudomenstruačního krvácení, účinně chrání endometrium před rozvojem hyperplazie a v případě recidivujících menoragií omezuje krevní ztrátu až o 80 % (tamtéž).

Nitroděložní tělísko patří mezi velmi bezpečné antikoncepční metody. Uzel (1999) uvádí selhání pod 1 %. Po 3-4 letech po zavedení klesá Pearl index<sup>7</sup> k hodnotám 0-0,3. Nejčastějším problémem, který doprovází zavedení tělíska, jsou záněty vejcovodů, které mohou významně ovlivnit plodnost ženy (Szarewská, 1994, s. 125).

Nuliparita, ani stav po císařském řezu, nejsou kontraindikacemi pro zavedení IUD.

### 2.2.3 Další formy hormonální antikoncepce

#### Injekce

U této formy je účinná látka ve formě roztoku mikrokryсталů aplikována intramuskulárně. Mechanismus účinku spočívá v inhibici ovulace (preovulačního vzestupu koncentrace lute-

---

<sup>7</sup> Viz kapitola 2.1.3. Spolehlivost hormonální antikoncepce

inizačního hormonu) díky dostatečné koncentraci gestagenu, který současně působí na cervikální hlen a stavbu endometria. V současné době je v ČR dostupný jediný injekční přípravek Depo-Provera (aplikuje se po cca 12 týdnech). Po vysazení přípravku je úspěšné otěhotnění opožděno o více než 9 měsíců od poslední aplikace (Cibula, 2002, s. 230).

Křepelka (2013) popisuje účinnost kombinovaného přípravku s obsahem 5 mg estrogenu estradiolu cypionátu a 25 mg progestinu medroxyprogesteronacetátu (aplikace jedenkrát měsíčně). Ve srovnání s progestagenní injekční kontracepcí je žena schopná otěhotnět ihned po ukončení aplikace injekcí. Tento přípravek ale není v současné době v České republice dostupný (Křepelka, 2013, s. 34).

V současnosti je vyvíjena taková forma intramuskulární injekce, která skrze 50 mg levonorgestrel-butanoátupotlačí ovulaci na 5-6 měsíců a následných 12,5 mg ji suprimuje ještě na další 2-3 měsíce. Oproti medroxyprogesteronacetátu by měla tato forma mít méně nežádoucích účinků (Fraser et al., 2007, in Křepelka, 2013, s. 221).

### **Vaginální kroužek**

Tuto metodu dobře tolerují oba partneři. Jedná se o nízkohormonální přípravek. Poševní sliznice dokáže efektivně vstřebávat pohlavní hormony, které jsou průběžně uvolňovány z plastového vaginálního kroužku, jež si uživatelka snadno sama zavede do pochvy. Po dobu 3 týdnů se uvolňuje minimální množství hormonů (15 $\mu$ g estrogenu ethynilestradiolu a 120  $\mu$ g progestinu etonogestrelu), potřebných k zajištění antikoncepčního účinku. Po jeho vyjmutí přichází na řadu pseudomenstruační krvácení, a to během 4. týdne. Dalším týdnem začíná nový proces s novým kroužkem. U této formy můžeme vyzdvihnout menší zátěž pro játra díky vstřebávání hormonů přímo do sliznice v pochvě (Křepelka, 2013, s. 35).

V příbalovém letáku přípravku NuvaRing se mimo jiné dočteme, že *„Bezpečnost a účinnost přípravku NuvaRing u dospívajících ve věku do 18 let nebyla studována.“* (Státní ústav pro kontrolu léčiv, online, 2010)

### **Depotní implantát**

Nositelem účinné látky je v případě depotního implantátu tyčinka z nevstřebatelného materiálu, která díky prostupnosti pro steroidní molekuly uvolňuje během několika let stále množství účinné látky. V současnosti je v ČR dostupný systém šesti tyčinek *Norplant*, kte-

ré se zavádí podkožně nejčastěji na paži. Účinnou látkou je levonorgestrel, jehož stálé koncentrace jsou uvolňovány nejméně po dobu pěti let. Dalším depotním systémem je *Implanon*, jehož jediná podkožně zavedená tyčinka uvolňuje dostatečnou koncentraci účinné látky (3-ketodesogestrelu) po dobu tří let. Oproti *Norplantu* je zavedení i vyjmutí implantátu jednodušší (Cibula, 2002, s. 233).

### Postkoitální antikoncepce

Tuto formu emergentní antikoncepce volí uživatelka v případě náhodného nechráněného pohlavního styku či při selhání jiné metody (např. prasknutí prezervativu). Na trhu je nově k dostání přípravek *Escapelle* s obsahem 1,5 mg levonorgestrelu, který je aplikován jednorázově a je variantou *Postinoru*<sup>8</sup> s obsahem 0,75 mg levonorgestrelu, který po delším odstupu od pohlavního styku vyžadoval aplikaci druhé dávky. (Fait a kol., 2009, s. 121)

## 2.3 Spolehlivost hormonální antikoncepce

Spolehlivost antikoncepční metody se obvykle vyjadřuje číslem (nebo procentem), kterému se říká Pearlův index. Ten se stanoví počtem nechtěných těhotenství na 100 žen, které během jednoho roku antikoncepční metodu používají. Čím nižší je index, tím spolehlivější je daná antikoncepční metoda.<sup>9</sup> Pearlův index uvádí procento selhání při optimálním (teoretickém) užívání, tj. podle doporučení bez jakékoliv chyby či opomenutí ze strany uživatele. V reálném životě samozřejmě dochází v důsledku různých vlivů ke snížení spolehlivosti, což je třeba brát na vědomí. Rozdíl mezi spolehlivostí při teoretickém a praktickém užívání může být značný (Cibula, 2002). Uzel (1999) odkazuje na výsledky amerických výzkumů, které uvádějí teoretickou spolehlivost antikoncepční pilulky 0,1 %, v praxi u americké populace 3 %, což je 30násobný nárůst.<sup>10</sup>

Metoda „life table“, která je přesnější než Pearlův index, ale v praxi se používá méně, „zohledňuje klesající počet selhání s délkou užívání kontracepce. Vyjadřuje kumulativní počet

---

<sup>8</sup> Výdej obou těchto přípravků již není vázán na lékařský předpis (s účinností od 19.5. 2015) (Státní ústav pro kontrolu léčiv, online, 2015)

<sup>9</sup> Hodnota Pearlova indexu pro ideální uživatelku kombinované hormonální antikoncepce se téměř rovná nule, pro pár, neužívající žádnou metodu antikoncepce, se pohybuje okolo čísla 80 (Cibula, 2002, s. 212).

<sup>10</sup> Hopkins (2011) uvádí teoretickou spolehlivost tablet 0,3 % a praktickou 9 %, což jsou mírně odlišná data, ale rozdíl mezi optimálním a typickým užitím je stejný (Hopkins, 2011, s. 40)

*selhání v každém sledovaném intervalu a vedle počtu nechtěných otěhotnění vyjadřuje i počet přerušení užívání kontracepce“ (Hrachovec, 2005, s. 222).*

Ze srovnání antikoncepčních metod vyplývá, že nejspolehlivější jsou ty dlouhodobé, u kterých je téměř vyloučena možnost chyby uživatelky (podkožní implantáty, injekce či nitroděložní tělísko). Spolehlivost není ovlivněna jen nedodržením v užívání ze strany uživatelky, ale také vlivy, které si uživatelka nemusí zcela uvědomovat. Szarewská (1994) například uvádí, že po vysazení dlouhodobě užívaných vysokých denních dávek (přes 400 mg) vitamínu C<sup>11</sup> může organismus reagovat, jakoby žena zapoměla užít antikoncepční tabletu (vlivem dočasného snížení vstřebávání estrogenu ze žaludku). Porucha vstřebávání nastává i při různých chorobách žaludku nebo tehdy, užívá-li žena širokospektrá antibiotika penicilinového nebo tetracyklinového typu<sup>12</sup> (Szarewská, 1994, s. 53). Cibula (2002, s. 214) v tomto smyslu zmiňuje tetracyklinová a širokospektrá cefalosporinová antibiotika, penicilin v menší míře.

Dále uvádí, že na snížení spolehlivosti se podílí další lékové interakce, které mohou vstřebávání a metabolismus steroidů urychlit nebo zpomalit. Snížená účinnost antikoncepce se nemusí nutně projevit špiněním nebo nepravidelným krvácením z průniku, jak je chybně uvedeno v některých publikacích. Žena tak může otěhotnět bez jakéhokoliv předcházejícího varování.

Druhým významným mechanismem je zvýšení aktivity mikrozomálního enzymatického systému v játrech. Mezi látky, které mají významnou schopnost indukce jaterního enzymatického systému, patří Rifampicin, Griseofulvin, barbituráty, Phenytoin, Carbamazepin, Topiramát a Modafinil. U žen s dlouhodobou medikací je třeba v užívání nastavit vyšší dávky estrogenu. (Cibula, 2002, s. 214)

---

<sup>11</sup>Vitamin C zvyšuje vstřebávání estrogenu.

<sup>12</sup>Tato antibiotika usmrcují i střevní bakterie organismu prospěšné. Je zajímavé, že i u vegetariánů je počet těchto střevních bakterií nižší, takže k dosažení účinných hormonálních hladin je třeba silnějších antikoncepčních tablet (Szarewská, 1994, s. 53).

## 2.4 Chyby v užívání hormonální antikoncepce

Při užívání antikoncepce se patrně chybuje úplně stejně jako při kterékoliv jiné léčbě perorálními tabletami. Nejčastější chybou je bezesporu nepravidelnost v užívání.

Fait (2008, s. 84) udává, že tabletku někdy zapomene užít až 30 % žen. Při opomenutí u perorální kombinované hormonální antikoncepce s režimem podávání 21+7 je tolerance pro dodatečné podání tablety maximálně 12 h (užití vynechané tablety ihned po uvědomění si opomenutí a další užití již v obvyklou dobu). Pokud dojde v prvních 7 dnech užívání k překročení 12hodinové tolerance, je nutné použít ještě nějakou další formu ochrany (např. kondom), dle situace eventuálně postkoitální antikoncepci. Při vynechání více tablet se doporučuje pokračovat v užívání, očekávat nepravidelné špinění a po celý cyklus se nespolehat na účinnost podávaných tablet.

Dalším problémem může být zvracení do dvou hodin od podání tablety či extrémní průjem, který může ovlivnit účinnost antikoncepce skrze snížené vstřebávání účinné látky (Fait, 2008, s. 84).

Problémy mohou nastat také u transdermálních forem, které se mohou částečně či úplně odlepovat. Podobně u vaginálního kroužku, který může být náhodně vypuzen /pokud byl přípravek vypuzen na dobu menší než 3 hodiny, není antikoncepční účinek ovlivněn a stačí kroužek opláchnout studenou vodou a zavést zpět na své místo/ (Křepelka, 2013, s. 184-185).

### 2.4.1 Kontraindikace v užívání

Mezi relativní kontraindikace (kdy je třeba zvážit míru rizika) patří věk nad 35 let, kouření (poškozuje cévy a v kombinaci s hormonálními přípravky může spustit kaskádu změn končících tragicky; po 35 roku věku by tedy měla žena buďto přestat kouřit nebo vysadit antikoncepci), vrozené koagulopatie, rodinná anamnéza tromboembolické nemoci či ischemické choroby srdeční, cholecystolithiáza, bolesti hlavy s neurologickými symptomy, diabetes mellitus bez orgánových komplikací aj. K absolutním kontraindikacím (kdy by ženě neměla být hormonální antikoncepce vůbec doporučována a měla by užívat jiné než hormonální metody) řadíme anamnézu hluboké žilní trombózy nebo plicní embolie, těhotenství, kojení, virové onemocnění jater, ischemickou chorobu srdeční, dlouhodobou imobilizaci a další (Cibula, 2002, s. 226; Barták, 2006, s. 98).

## 2.5 Účinky hormonální antikoncepce

Vedlejší příznaky, které se u žen objevují v začátku užívání hormonální antikoncepce, se velmi podobají příznakům počínající gravidity, protože hormonální tablety v organismu navodí právě stav podobný těhotenství. Tyto problémy se obvykle do 2-3 měsíců samovolně upraví, a stejně je tomu i při užívání antikoncepčních tabletek.

### 2.5.1 Žádoucí účinky hormonální antikoncepce

Hlavním žádoucím účinkem hormonální antikoncepce je samozřejmě zabránění nechtěného těhotenství. Její užívání s sebou však přináší spoustu dalších příznivých účinků, které ocení mnohá uživatelka; neantikoncepční účinky antikoncepčních tablet jsou patrně jedním z důvodů pro volbu právě tohoto typu ochrany a jeho upřednostňování, např. před kondomem. Díky příznivým vedlejším účinkům je v dnešní době často dívkám předepisována hormonální antikoncepce jako farmakoterapie kožních androgenních obtíží, u nichž hraje hladina hormonů velkou roli.

Mladé a bezdětné ženy prožívají menstruaci často nepříjemně kvůli její bolestivosti (dysmenorhea), předmenstruačním potížím a dalším doprovodným projevům cyklu. Díky tomu, že hormonální antikoncepce snižuje výšku děložní sliznice a zabraňuje kolísání hladin hormonů, dochází při jejím užívání ke zmírnění až úplnému vymizení těchto problémů. Pokud je ženě nasazen přípravek, který jí zcela vyhovuje, je menstruační cyklus naprosto pravidelný, bez ohledu na to, jak probíhal před užíváním.

Můžeme také mluvit o až blahodárném účinku na organismus ženy, a to v podobě **menších krevních ztrát**, díky kterým tělo, vyjma krevních derivátů jako takových, přichází o menší množství železa, obsaženého v krevním barvivu. Železo je pro organismus poměrně vzácný prvek a v potravě ho ve zvláštní využitelné podobě není mnoho. Bilance tohoto prvku je v ženském těle velice napjatá a každé vylepšení je pro organismus přínosem, krokem k lepšímu (Barták, 2006, s. 82-83). Podle Cibuly (2002, s. 215) je tento účinek srovnatelný s účinky látek tlumícími fibrinolýzu, tzv. antifibrinolytiky. Také udává, že u přípravků s vysokým obsahem (50 $\mu$ g) ethinylestradiolu je krevní ztráta během menstruace snížena až o 50 %.

Uživatelky kombinované hormonální antikoncepce mají asi 500x **nižší riziko mimoděložního těhotenství** oproti ženám, které žádnou kontracepční metodu neužívají. Incidence této komplikace se za posledních 10 let výrazně zvýšila, pravděpodobně za to může častěj-

ší výskyt zánětu v pánevní oblasti, intenzivní léčba neplodnosti a také přesnější diagnostika. Pokud je v anamnéze ženy mimoděložní těhotenství, je z důvodu několikanásobně zvýšeného rizika recidivy ve druhém vejcovodu dlouhodobé užívání hormonální kontracepce velmi doporučeno (Cibula, 2002, s. 215).

Užívání antikoncepčních tablet také **snižuje riziko onemocnění rakovinou děložní sliznice a vaječnicků** (Barták, 2006, s. 79), přičemž široká veřejnost spíše žije v domněnce, že je tomu právě naopak.

Průměrná moderní žena obvykle začíná menstruovat okolo 13. roku života. První těhotenství ji čeká kolem 25. roku, často i později. Kojí málokdy déle než doporučených 6 měsíců; pak porodí ještě jedno dítě, čímž její rozmnožování končí a až do přechodu ji čekají už jen samé menstruace. V životě ženy to znamená asi 400 menstruačních cyklů, při kterých vznikne folikul, praskne, přetvoří se ve žluté tělísko, které pak zanikne. Čtyřistakrát naroste děložní sliznice do desetinásobku, aby následně odumřela a z těla se vyloučila. Rozmnožovací orgány tak zažívají dramatické změny, na které nejsou až tak stavěny a to, jak jsou málo využívány jim ani trochu nesvědčí. Ženy z primitivních národů v rozvojových zemích stráví v jiném stavu mnohem větší část života než je běžné u nás a tak prakticky neznají důsledky toho, že jsou jejich rozmnožovací orgány málo využívány: vysoký výskyt rakoviny vaječnicků, rakoviny děložní sliznice, děložních myomů, endometriózy, různých menstruačních a předmenstruačních problémů atd. Z tohoto pohledu platí, že čím více prodělaných těhotenství, tím lépe pro ženské tělo. Jaké je tedy ideální řešení pro moderní ženu, která si nechce pořídit desetičlennou rodinu? Východisko nabízí právě hormonální antikoncepce. V organismu vytváří stav velice podobný těhotenství, tedy co se režimu pro pohlavní orgány týče. Hypofýza netvoří gonadotropiny, funkce vaječnicků je utlumena a oproti přirozeným cyklům se buňky děložní sliznice množí mnohem méně. Stejně jako těhotenství mají i antikoncepční tablety ochranný účinek proti zmíněným nemocem, včetně zhoubných nádorů. Pokud žena bere hormonální antikoncepci alespoň rok, je u ní riziko vzniku rakoviny dělohy a vaječnicku sníženo až na polovinu. Ochranný účinek stoupá s dobou užívání a přetrvává až do konce života (Barták, 2006, s. 79-81). Podle Cibuly (2002, s. 216), který čerpal ze studie WHO, byl snížený výskyt karcinomu endometria potvrzen u všech hlavních histologických typů (např. adenokarcinomu). Trvání snížení rizika povysazení je podle dostupných studií jen 10-20 let. Ochranný účinek je nejvýraznější u nulipar (žen, které ještě nerodily). Ke snížení rizika vzniku karcinomu ovaria je minimální doba užívání udávána od 3 měsíců až po 3 roky. U karcinomu endometria už ale minimální

doba nutná k zajištění protektivního účinku není zcela zřejmá. Přípravky hormonální antikoncepce jsou tak jedinou doposud známou účinnou prevencí karcinomu ovaria (Cibula, 2002, s. 216).

**Snížení frekvence záchvatů u některých pacientek s katameniální epilepsií** (záchvaty se objevují v určité fázi menstruačního cyklu), jejíž vznik je podmíněn změnou hladiny progesteronu a/nebo estrogenu. V literatuře jsou pro epileptičky doporučovány přípravky s vyšším obsahem ethynilestradiolu. Dávka estrogenu okolo 50 µg je odůvodněna rychlejším odbouráváním steroidů při aktivaci jaterního enzymatického systému antiepileptiky (Cibula, 2002, s. 217).

Mezi nejčastější důvody využití kombinovaných hormonálních přípravků patří léčba tzv. **hyperandrogenního syndromu (HAS; syndrom polycystických vaječnicků)**<sup>13</sup>, protože kombinace hormonů, obsažených v antikoncepci, zasahují do metabolismu androgenů (Cibula, 2002, s. 173, 189). Cibula problematiku léčby HAS detailně rozebírá na s. 189-196.

Mezi hyperandrogenní stavy patří **akné**, u jehož léčby se využívá nekontracepčního antiandrogenního účinku kombinované hormonální kontracepce také. Její účinnost v léčbě kožních androgenních obtíží lze vysvětlit předpokládanými etiopatogenetickými faktory, kterými jsou androgeny řízená stimulace sebaceózní žlázové aktivity, abnormální keratinizace vedoucí k folikulárnímu uzávěru, pomnožení bakterie *Propiobacteriumacnes* a zánět<sup>14</sup> (Křepelka, 2013, s. 138-139).

### 2.5.2 Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce

Nelze nezmínit, že užívání antikoncepčních tablet s sebou přináší určitá rizika, která s sebou přináší každý medikament, jehož účinnost je potvrzena; nemá-li vedlejší nežádoucí účinky, pak nemá takový medikament účinky žádné. Pokud jde o opravdu závažné negativní účinky, Barták udává, že jsou poměrně vzácné a ročně na ně zemře asi 1 žena

---

<sup>13</sup> Tato endokrinopatie u žen ve fertilním věku je nejčastější příčinou anovulační sterility, poruch menstruačního cyklu či zvýšeného ochlupení. Onemocnění provází endokrinní a metabolické poruchy, které s sebou přináší rozvoj kardiovaskulárních poruch a diabetu 2. typu.

<sup>14</sup> Podle tzv. Herschbergerova testu (na zvířecím modelu) je nejučinnějším antiandrogenním progestinem cyproteronacetát. Ostatní progestiny dosahují nižšího efektu, dienogest 40%, drospirenon 30 % a chlormadinon 20 % účinnosti cyproteronacetátu (Sitruk-Ware 2006 in Křepelka, 2013, s. 138-139) Kombinace cyproteronacetátu s ethynilestradiolem je primárně registrována k léčbě akné. Při půlroční aplikaci ženám s papulopustulózní akné redukuje celkový počet lézí o 53,6 % (placebo 39,4 %) a počet zánětlivých lézí o 64,6 % (placebo 49,4 %). Celkové zlepšení onemocnění uvádí 90,2 % uživatelék (placebo 76,2 %). Rozdíl ve výsledcích léčby je ve srovnání s placebem statisticky významný ( $p < 0,05$ ).



z milionu. To srovnává s tzv. mateřskou úmrtností, což je pravděpodobnost, že žena zemře v souvislosti s těhotenstvím, porodem nebo šestinedělím (ve velmi vyspělých zemích kolem 0,01 %, tedy 1 z 10 tisíc). Z již zmíněného milionu jich tedy zemře rovná stovka (v Africe by byl výsledek asi 10x větší). Jak Barták dále zmiňuje, nikoho ještě nenapadlo varovat ženy a protestovat proti mateřství a případným komplikacím, které s sebou nechtěné těhotenství přináší (2006, s. 78).

U moderních antikoncepčních přípravků se vedlejší účinky již nevyskytují tak často jako dříve, ale přesto by se žena, která užívá hormonální antikoncepci, měla poradit se svým gynekologem vždy, když si u sebe všimne nepříjemných změn jako například neobvyklých bolestí hlavy, změn nálady, změny struktury nebo bolesti prsou, zvyšování hmotnosti, výtoků z pochvy, krvácení mimo cyklus nebo dokonce neobvyklé bolesti lýtek. Uživatelky kombinované hormonální antikoncepce se musí pravidelně (dvakrát ročně) podrobovat kontrolám u gynekologa, na kterých se provádí stěry z děložního krčku, vyšetření krve na jaterní testy a vyšetření prsů. Kvůli zvýšenému riziku cévních onemocnění a vzniku krevních sraženin je užívání kontraindikací pro silné kuřačky nad 35 let a ženy s vysokou nadváhou (Křenková, 2000, s. 15).

#### **2.5.2.1 Méně závažné nežádoucí účinky**

Výskyt méně závažných nežádoucích účinků je významně ovlivněn individuální snášenlivostí organismu uživatelky. Dají se charakterizovat spíše jako nepříjemné než závažné. V jejich etiologii hraje důležitou roli psychosomatická složka. Mohou se objevovat obtíže jako nevolnost, zvracení, nepravidelné krvácení, napětí v prsech, přírůstek hmotnosti, bolesti hlavy, změny nálad, deprese nebo snížení libida. Nežádoucí problémy se objevují převážně na začátku užívání přípravku a po dvou až třech cyklech většinou vymizí. Kvůli těmto komplikacím přestane v průběhu prvního roku užívat hormonální antikoncepci 30-50 % nových uživatelék. Dalších 10-30 % hledá se svým lékařem jiný přípravek, což zpravidla není díky jejich dostupnému množství problém a uživatelce je tak předepsána antikoncepce, která obsahuje takové kombinace dávek estrogenu, dávek a typu gestagenu, že se nežádoucí účinky neobjeví vůbec nebo jen ve velmi slabé míře (Cibula, 2002).

**Abnormální děložní krvácení**, které se velmi často objevuje během prvních dvou cyklů užívání nového přípravku a po přibližně třetím cyklu se významně snižuje, je podle Cibuly (2002, s. 219) nejčastějším nežádoucím účinkem, jež způsobuje nedostatečná přestavba endometria či jeho atrofie. Než lékař přistoupí k výměně přípravku (s odlišnou konstrukcí

event. s vyšší dávkou estrogenu), měl by vyloučit celou řadu jiných poruch krvácení (chyby v užívání, lékové interakce, cervikální zánět či karcinom, komplikace počínajícího těhotenství), které mohou být příčinou tohoto problému.

U malého procenta uživatelky se objevují stavy, se kterými se můžeme setkat v těhotenství. Konkrétně jde o kožní změny v **pigmentaci kůže** na čele, okolí očí a na tváři, tzv. chloasma, které se mohou objevit během užívání antikoncepce (reziduální pigmentace může přetrvávat i po vysazení). Jak chloasma, tak zvýšená fotosenzitivita kůže jsou důvodem k vysazení antikoncepce. V dřívější době, kdy přípravky obsahovaly vysoké dávky gestagenů s androgenní aktivitou, bylo důvodem k jejímu vysazení i zhoršení či manifestace akné. Kombinace s gestageny s nízkou androgenní aktivitou se dnes naopak využívají k jeho léčbě; přesto se velmi zřídka (asi u 1 % uživatelky) objevuje při užívání hormonální antikoncepce zhoršení těchto obtíží (Cibula, 2002, s. 220).

Další nepříjemností je **váhový přírůstek**, který ale některé ženy mohou vnímat jako nesmírně závažný a rozhodnou se tak pro ukončení užívání a případně jinou, nehormonální formu ochrany. Oba druhy hormonů (estrogen a progestin), přítomné v antikoncepčních tabletách, mohou způsobit přírůstek váhy, každý ovšem jiným způsobem; ani v jednom případě se nejedná o anabolický děj, jak tomu bývalo kdysi, kdy se v tabletách užívaly progestiny, které měly skutečně pravý anabolický účinek.<sup>15</sup> Estrogen funguje na principu depolymerizace tkáňových mukopolysacharidů, což se projevuje tak, že mezibuněčná hmota osmoticky „nasaje“ více vody. Jedná se tedy o zadržování vody s rychlým váhovým přírůstkem nejvýše však 2-3 kg. Nejedná se o tukovou tkáň, ale pouze o vodu, která by se pravděpodobně do několika týdnů zase vytratila. Pokud je v kombinaci hormonů v přípravku obsažen jako progestin drospirenon (hormon, který má částečně diuretický účinek) je účinek estrogenu vyvážen a přípravek (např. *Yadine*) pak zadržování nezpůsobuje (je tedy vhodný pro ženy, které by předchozím způsobem výrazně přibraly). Progestin zase způsobuje vyšší chuť k jídlu. Jak už bylo zmíněno, hormonální antikoncepce navodí organismus ženy tak, jako by byla těhotná. Těhotné ženy mají chuť a antikoncepční tablety bohužel nemají skrytý účinek ve formě silnější vůle. Barták (2006, s. 74) zmiňuje známého britského popularizátora antikoncepce J. Guillebauda, který uvádí, že ze 100 uživate-

---

<sup>15</sup> „anabolický“ znamená, že podporuje lepší využití potravy a ukládání zásob ve formě tuku nebo svalové hmoty; anabolické hormony užívají jako nedovolený doping těžcí atleti a kulturisté

lek jich asi 15 ztloustne, 15 naopak zhubne a 70 váhu nezmění, což opět potvrzuje, do jaké míry je tento problém individuální (Barták, 2006, s. 73-74).

Říká se, že nejlepší formou antikoncepce je abstinence. Dalším z nežádoucích účinků je **pokles libida a emoční labilita**, což může u někoho způsobit právě onen snížený apetit. Lidská nálada je v mozku ovlivňována chemickými látkami, tzv. neurotransmitery. Každý progestin ovlivňuje neurotransmitery různou měrou, nejméně však dienogest (např. *Jeani-ne*). Pokles sexuální chuti je u uživatelk hormonální antikoncepce mnohem častější než třeba žilní problémy a zpochybňuje tak samotný smysl antikoncepce. Svou roli zde hraje i placebo efekt, po přečtení příbalového letáku. Silou sugesce má tak malá část uživatelk efemérní, objektivně hůře hodnotitelné obtíže vlastní vinou (Barták, 2006, s. 75).

Ve chvíli, kdy si žena vybírá svého životního partnera, využívá ze smyslů kromě zraku či hmatu i čich. Ten je ve výběru velmi důležitý. Když nám partner voní (i jeho pižmo), znamená to, že se k nám biologicky (geneticky) hodí a spárování se s ním nám zvyšuje pravděpodobnost zdravého potomstva. Hormonální antikoncepce ale **ovlivňuje čich**, a tak se může stát, že žena až po vysazení antikoncepce zjistí, že si vybrala špatně, protože svého partnera nemůže „cítit“ (Müllerová, 2016).

Dalšími nepříjemnými doprovázejícími jevy jsou **bolesti hlavy** či **nauzea až zvracení**. Vysvětlení je obtížné. Můžeme ale opět připomenout podobnost se začátkem těhotenství, kdy zpravidla v prvních třech měsících těhotná žena prožívá ranní nevolnosti a zvrací. Předpokládá se, že za to mohou opět progestiny a jejich vliv na cévy. Proto ženy trpící migrénami mají vyšší výskyt záchvatů a je jim doporučeno vysazení z důvodu migrény jako kontraindikace užívání hormonální antikoncepce (Barták, 2006, s. 76). U některých žen se migréna dokonce projevila poprvé až po nasazení hormonálních přípravků a tato nepříjemná zdravotní komplikace u nich přetrvává i po vysazení antikoncepce.

### 2.5.2.2 *Závažné nežádoucí účinky*

Této skupině komplikací je třeba při užívání hormonální antikoncepce věnovat velkou pozornost. Jedná se totiž o komplikace, které mohou uživatelku hormonální antikoncepce ohrozit nejen na zdraví, ale dokonce i na životě. V některých případech je na místě otázka, zda to za to riziko vůbec stojí. Patří sem komplikace týkající se cévního systému, poškození jaterní tkáně a jiné závažné komplikace.

Oba typy hormonů, které hormonální kontracepce obsahuje, zasahují svým receptorovým účinkem do hemokoagulace, což spolu s vrozenými žilními problémy či onemocněními může vyvolávat vznik **TEN**, tzv. **trombembolické nemoci**<sup>16</sup> (komplikace jako **hluboká žilní trombóza**<sup>17</sup> nebo **plicní embolie**), i do endoteliální funkce.

Ve zdravém organismu je kromě koagulačního systému, který krev sráží, systém tzv. anti-koagulační, který má v organismu opačný úkol, a to krev ředit. Když tyto dva systémy pracují správně, je obecně zvýšené riziko vzniku žilní trombózy u užívání hormonální antikoncepce jen asi 2,5-3,5x, a protože antikoagulační systém vyrovnává zvýšenou tvorbu koagulačních faktorů vyvolanou přítomností estrogenu v jaterních buňkách, je to u zdravých jedinců opravdu riziko velmi malé. Nejčastěji dochází k trombóze v cévním řečišti dolních končetin, může dojít i k ucpaní žíly v ledvinách, játrech či mozku (vzácně vrátnicová či dolní dutá žíla nebo horní končetiny). Pokud antikoagulační systém nepracuje jak má a v anamnéze uživatelky jsou přítomny např. křečové žíly dolních končetin či jiné poškození žilního systému, je trojnásobné zvýšení už alarmujícím problémem.<sup>18</sup> Zvláště pak u žen, které trpí geneticky podmíněnými poruchami srážení krve. Takovýchto onemocnění je celá řada, v poslední době však nejvíce slyšíme o tzv. *Leydenské mutaci*<sup>19</sup> (Křepelka, 2013; Barták, 2006).

Odborníci navrhovali, aby se všem budoucím uživatelkám dělaly testy na tyto vrozené poruchy, což ale není skrze finanční náročnost možné. Zodpovědnost tak nesou lékaři předepisující recept na hormonální antikoncepci, kdy před začátkem užívání pacientku podro-

---

<sup>16</sup> K rizikům trombembolie můžeme zařadit také asistovanou reprodukci, u níž vzniká tzv. ovariální hypers-timulace, což vede u 2-6 % umělých oplodnění k hyperkoagulačnímu stavu ženy (Stewart, 1997; Baumann, 2000 in Widimský, 2005).

<sup>17</sup> První případ žilní trombózy spojené s užíváním hormonální antikoncepce byl zaznamenán už v roce 1961 Jordanem, který popisoval případ ženy, u které se projevila plicní embolie v krátké návaznosti na začátek užívání perorální kontracepce (Jordan, 1961 in Widimský, 2005).

<sup>18</sup> „Incidence TEN u žen neužívajících hormonální antikoncepci je velmi malá a zvyšuje se s věkem. Skupina žen ve věku 15-44 let má incidenci hluboké žilní trombózy 5-10 případů na 100 000 žen za rok. Užívání nízkodávkované hormonální antikoncepce zvyšuje relativní riziko trombembolické nemoci (TEN) asi 3-4x a dosahuje incidence 15/100 000 při užívání přípravků s progestiny druhé generace a 25/100 000 u třetí generace (Weiberg, 2002 in Křepelka, 2013, s. 102) V těhotenství je incidence hluboké žilní trombózy 60 případů na 100 000 gravidit“ (Rosing et al., 1997 in Křepelka, 2013, s. 102).

<sup>19</sup> „Mutace faktoru V Leiden, patří k vrozeným trombofilním stavům, který v heterozygotní formě zvyšuje relativní riziko trombembolické nemoci přibližně sedminásobně na incidenci 25/100 000 jedinců, u uživatelek hormonální antikoncepce dochází ke zvýšení rizika 35x; incidence je pak 57/100 000“ (Bauer, 2008 in Křepelka, 2013, s. 111).

bí detailní rodinné a osobní anamnéze, pro detekci těchto onemocnění a odhalení tak možného rizika vzniku závažných komplikací spojených s užíváním hormonální antikoncepce.

Tak jako estrogen poškozují žíly, progestiny zase způsobují problémy s tepnami. Jedná se o **sklerotické změny**, kdy se do stěn tepen ukládají stále tlustší pláty cholesterolu, což pak způsobuje neprůchodnost cévy. Tkáň, kterou céva zásobuje, následně odumírá. Dochází tak například k **infarktu myokardu** nebo **cévní mozkové příhodě**. Na procesu sklerotizace tepen se podílí hladina cholesterolu v krvi. Estrogen zvyšuje HDL cholesterol a mužský pohlavní hormon testosteron (z něhož se vyrábí umělý progestin, a na který se zase může proměnit v těle zpět) zvyšuje LDL cholesterol, čímž ovlivňuje vyšší výskyt infarktu myokardu u mužů a jejich statisticky kratší život. Proto se farmaceutický výzkum snaží vyvinout hormony, které nebudou obsahovat ani stopu mužského hormonu. Zvýšené riziko těchto komplikací hrozí ženám nad 35 let, kterým by měl být předepsán přípravek s nízkou androgenním nebo neandrogenním progestinem, dále kuřačkám každého věku nebo ženám se zvýšenou hladinou cholesterolu. Také je třeba opět vycházet z rodinné anamnézy, konkrétně výskytu infarktů, mozkových příhod a zvýšeného cholesterolu, kdy se dá předpokládat dědičnost tohoto problému a komplikace spojené s užíváním hormonálních přípravků.

Co se týká vlivu hormonů na **poškození jaterní tkáně**, byl podle Bartáka (2006) aktuální spíše v minulosti, kdy tablety obsahovaly 5x více estrogenu a až 20x více progestinu než v dnešní době, kdy už díky nízkým dávkám hormonů jaterní poškození u zdravých jedinců nehrozí. Podle odborníků by měl oficiálně lékař předepisující hormonální antikoncepci u každé pacientky udělat po 3-12 měsících vyšetření jaterních funkcí a pokud jsou výsledky v pořádku, není už třeba testy opakovat. Specialisté na jaterní problematiku oproti tomu zastávají názor, že skrze nulovou výpovědní hodnotu testů se u uživatelů hormonální antikoncepce nemusí jaterní testy dělat vůbec (Barták, 2006, s. 72).

### 3 PSYCHOLOGICKÁ STRÁNKA ANTIKONCEPCE

#### 3.1 Postoje

Důležitým aspektem vztahu člověka ke světu je hodnocení, které doplňuje proces poznávání a prožívání. Je vyjádřením subjektivního vnímání významu objektů, tj. osob, věcí, jevů, idejí i jejich dílčích vlastností a vztahů mezi nimi. **Hodnotou** je člověku to, co pro něj má osobní (nejčastěji pozitivní) význam. V tomto smyslu můžeme rozlišit hodnoty biologické (např. zdraví, pohodlí), kulturní (např. zábava), duchovní (např. morálka), sociální (např. manželství, láska) a další (Nakonečný, 1997).

Vztah k hodnotám tvoří vlastní obsah **postoje**, a tak lze tento pojem vymezit jako hodnotící vztah; postoj vůči něčemu (předmětem postoje může být cokoli) vyjadřuje hodnocení objektu subjektem, které se pohybuje v kontinuu, jehož krajní póly tvoří naprosto pozitivní a naprosto negativní vztah, tj. např. naprostý souhlas či nesouhlas s určitým výrokiem, krajní přitažlivost nebo odpudivost apod. Z hlediska subjektivní významnosti se rozlišují postoje centrální, např. k rodičům, zaměstnání, a okrajové, např. k politice v Turecku (tamtéž).

Postoje mohou upevňovat sebevědomí, přispívat k sebevyjádření, sebeospravedlňování, mohou překonávat nejistotu a úzkost. Postoje, které mají takový osobní význam, jsou odolné vůči změnám (Nakonečný, 1997).

Na postoje lze podle Hayes (2000) nahlížet z pohledu tří dimenzí:

- *kognitivní* (obsahující názory a znalosti o předmětu postoje)
- *emocionální* (obsahující emoce, prožívané v souvislosti s předmětem postoje)
- *behaviorální* (obsahující sklony k chování - pohotovost k reakci ve vztahu k předmětu postoje)

Pro vývoj postoje je důležitá každá tato složka; definice postojů se následně odlišují podle toho, na kterou je kladen větší důraz.

Co se týče vztahu postojů a chování, můžeme se setkat se dvěma krajními variantami: jak chováním, které je s danými postoji v souladu (konsistentní), tak chováním, které je posto-

jům osoby v dané věci v nepoměru či rozporu (diskrepanční<sup>20</sup>). Zde záleží ve velké míře na tom, jak zásadový člověk je, jak určující je pro něj jeho svědomí, jak citlivě reaguje na rozpory mezi vlastními postoji a jednáním, jak je vnímavý na vnější zpevnění (odměny či tresty). Chování je také mj. určováno situací a očekávanými důsledky (Nakonečný, 1997).

Je dobré si uvědomit rozdíl mezi postojem a názorem. Můžeme říct, že názor (výrok, který považujeme za pravdivý) je jako takový součástí kognitivní složky postoje. V tomto smyslu je na místě uvědomit si, že chování jedince ne vždy odpovídá jeho osobním názorům (Hayes, 2000).

### 3.1.1 Sexuální postoje

Postupná liberalizace postojů obyvatelstva k antikoncepci, interrupcím, předmanželským pohlavním stykům je předmětem zkoumání většiny reprezentativních výzkumů sexuálního chování populace. I přes to, že se v posledních desetiletích postoje žen a mužů stále více přibližují, jsou postoje mužů liberálnější. V České republice jsou v této oblasti muži i ženy nejliberálnější právě v otázkách antikoncepce, kterou ve většině případů považují za nutnou (Weiss, Zvěřina, 1999, s. 34, 54).

### 3.1.2 Sexuální chování a osobnost

Člověk je v prvních letech svého života velmi tvárný, na rozvoj jeho osobnosti a postojů má okolní prostředí zásadní formující vliv<sup>21</sup>. Během vývoje se některé zážitky a postoje vtisknou do osobnosti dítěte velmi hluboko.<sup>22</sup> Příslušnost k svému pohlaví je přitom plně vyhraněna v pátém roce života. Každá osobnost je charakterizována mj. i svou sexuální vzrušivostí, přičemž nejvíce se sexuální vzrušení rozvíjí v období puberty (u dívek pozvolněji; u chlapců náhle). Sexuální chování lze chápat jako pudové dění, nicméně lidská sexu-

---

<sup>20</sup> Hayes (2000) zmiňuje výzkum Lapiéra (1934), týkající se rasových předsudků vůči Číňanům, ve kterém bylo potvrzeno, že postoje vyjádřené verbálně se mohou značně lišit od postojů, o nichž svědčí naše chování (Hayes, 2000, s. 95-96).

<sup>21</sup> Např. při formování hygienických návyků u děvčat klademe důraz na intimní hygienu, která se s příchodem menstruace pouze prohloubí. Pokud tento návyk chybí, dochází následně (skrz anatomickou stavbu zevních rodidel a blízký kontakt s konečníkem) k neustálým gynekologickým obtížím.

<sup>22</sup> Ve výchově má svou roli i sexuální výchova, která, aby měla dobrý výsledek, musí splňovat základní principy – spontánnost, přiměřenost, aktivní imunizaci, důvěru, pravdivost, návaznost a otevřenost. Cílem sexuální výchovy je vybudování v mladých lidech správné postoje, díky kterým se pak přiblíží ideálu ženy a muže ve vztahu, v manželství, v rodině či ve společnosti.

alita je ovlivněna dalšími faktory, díky kterým se odlišuje od pouhého instinktivního chování zvířat (Pondělíčková-Mašlová, 1990).



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE PRŮZKUMU

### 4.1 Formulace problému

Hormonální antikoncepce je v dnešní době hodně diskutované téma. Ženám je stále častěji nasazována a věk začínajících uživatelky se také snižuje. Právě v době dospívání, kdy se utváří určité hodnoty, spousta dívek a žen sahá po hormonální antikoncepci jako prevenci otěhotnění a tzv. všeléku na ženské problémy. Mnohdy se stává, že je hormonální antikoncepce dívkám či ženám nasazena bez jakéhokoliv doprovodného vyšetření krve. Spousta z nich si ale neuvědomuje nebo ani nechce uvědomovat komplikace, které s sebou užívání hormonální antikoncepce může přinášet.

### 4.2 Cíle průzkumu

Hlavní cílem této práce bylo zjistit postoje dospívajících a mladých žen k hormonální antikoncepci.

Dále byly stanoveny dílčí cíle a to: zjistit rozdíly mezi dospívajícími a mladými ženami v jejich postojích, zjistit informovanost respondentek v oblasti negativních dopadů užívání hormonální antikoncepce na jejich fyzické i psychické zdraví, zjistit, která forma hormonální antikoncepce je mezi uživatelkami nejrozšířenější, zjistit, které pozitivní a negativní účinky se v průzkumném vzorku objeví nejvíce a zjistit kvalitu edukace pacientek ošetřujícím gynekologem.

### 4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Na průzkumném šetření se podílelo 327 žen ve věku od 15 do 35 let, které se samy rozhodly, na základě mého návrhu na sociální síti, on-line dotazník vyplnit. Dotazník vyplňovaly ženy, které hormonální antikoncepci užívají či užívaly, ale byl přístupný také pro dobrovolnice, které antikoncepci nikdy neužívaly, ale měly chuť nebo potřebu se k dané problematice vyjádřit.

### 4.4 Metoda sběru dat

K získání dat a zpracování praktické části byla zvolena kvantitativní metoda průzkumu.

Kvantitativní průzkum byl prováděn pomocí nestandardizovaného dotazníkového šetření elektronickou formou. Tato forma byla zvolena z důvodu snadného přístupu k vhodným ženám skrze sociální síť či internetové stránky a diskuze.

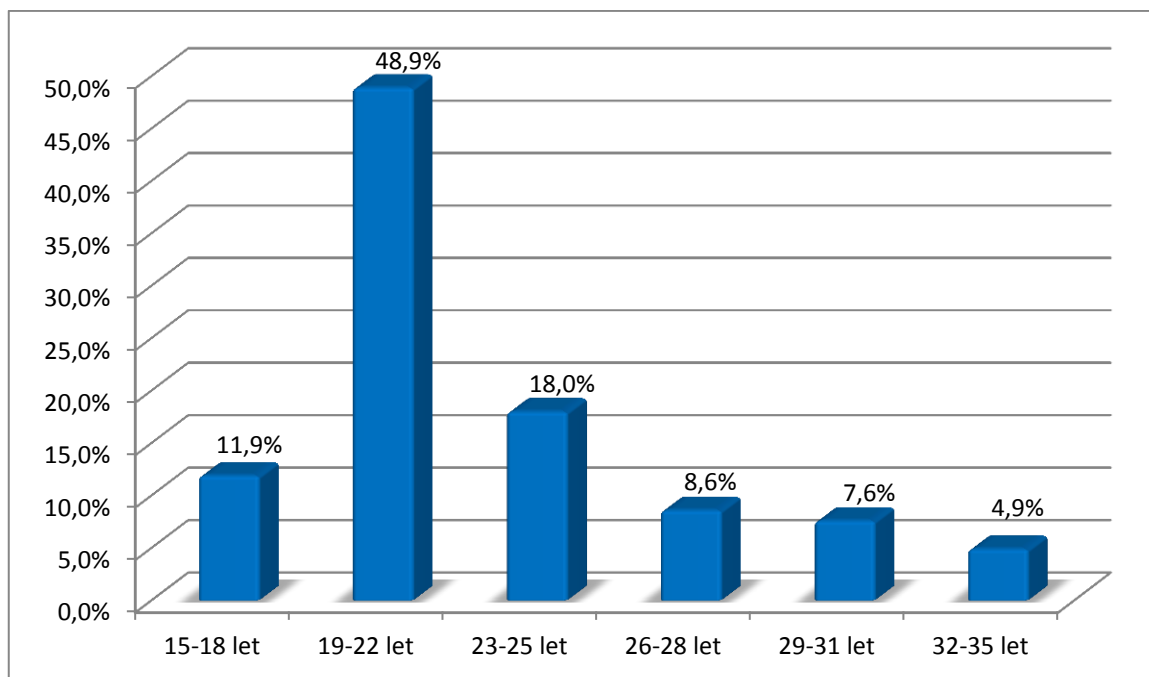
Dotazník je součástí této práce jako příloha č. 1

Průzkum probíhal na internetové stránce *www.mojeanketa.cz*.

## 5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

### 5.1 Zpracování a grafické znázornění získaných dat

#### Otázka č. 1: *Váš věk?*

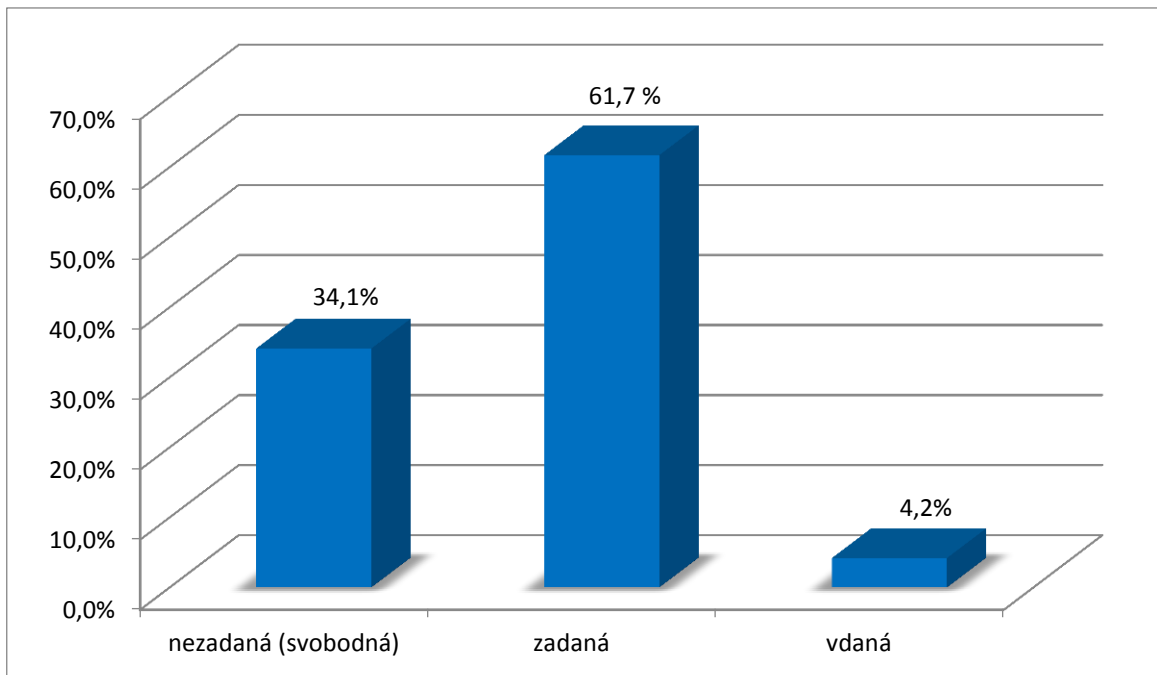


Graf č. 1: *Váš věk?*

#### **Komentář:**

Otázka č. 1 zjišťovala věk respondentek. Tabulka a graf č. 1 ukazují odpovědi na tuto otázku. Největší skupina respondentek (160, tedy téměř polovina celkového počtu) byla ve věku 19-22 let, 59 respondentek (18 %) bylo ve věkové kategorii 23-25 let, dalších 39 respondentek (11,9 %) mělo 15-18 let, věkovou kategorii 26-28 let uvedlo 28 respondentek (8,6 %), podobně tomu bylo ve věkové kategorii 29-31 let, která čítala 25 respondentek (7,6 %) a pouze 16 respondentkám (4,9 %) bylo 32-35 let.

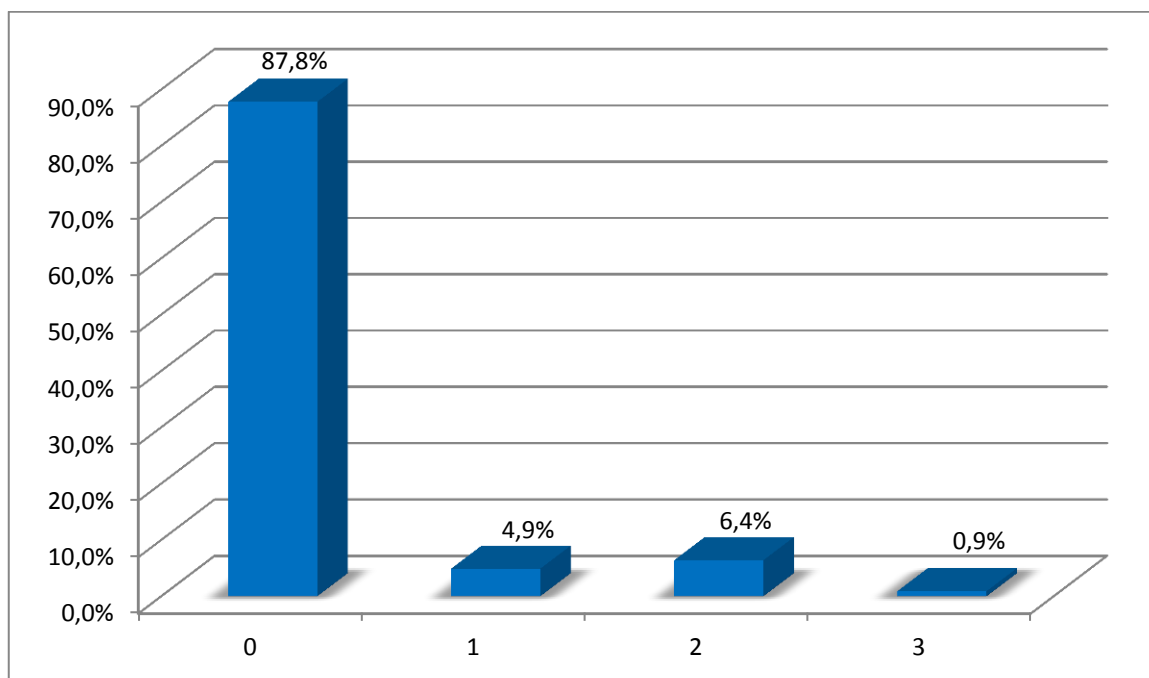
**Otázka č. 2: Stav v době užívání hormonální antikoncepce (např. svobodná {zadaná} 3 roky, vdaná 2 roky, nyní už rok rozvedená, ale hormonální antikoncepci stále užívám)**



Graf č. 2: Stav v době užívání hormonální antikoncepce

**Komentář:**

U této otázky bylo cílem zjistit, zda ženy, které antikoncepci užívají, ji užívají v pevném partnerském vztahu nebo jako prevenci otěhotnění u příležitostných známostí. Většina žen (61,7 %) užívá nebo dříve užívalo hormonální antikoncepci v krátkodobém či dlouhodobém vztahu. Ve 34,1 % ženy užívaly či užívají hormonální antikoncepci jako svobodné – nezadané (toto uvedlo 122 respondentek). 15 žen (4,2 %) uvedlo, že v době užívání hormonální antikoncepce byly nebo jsou vdané.

**Otázka č. 3: Počet dětí**

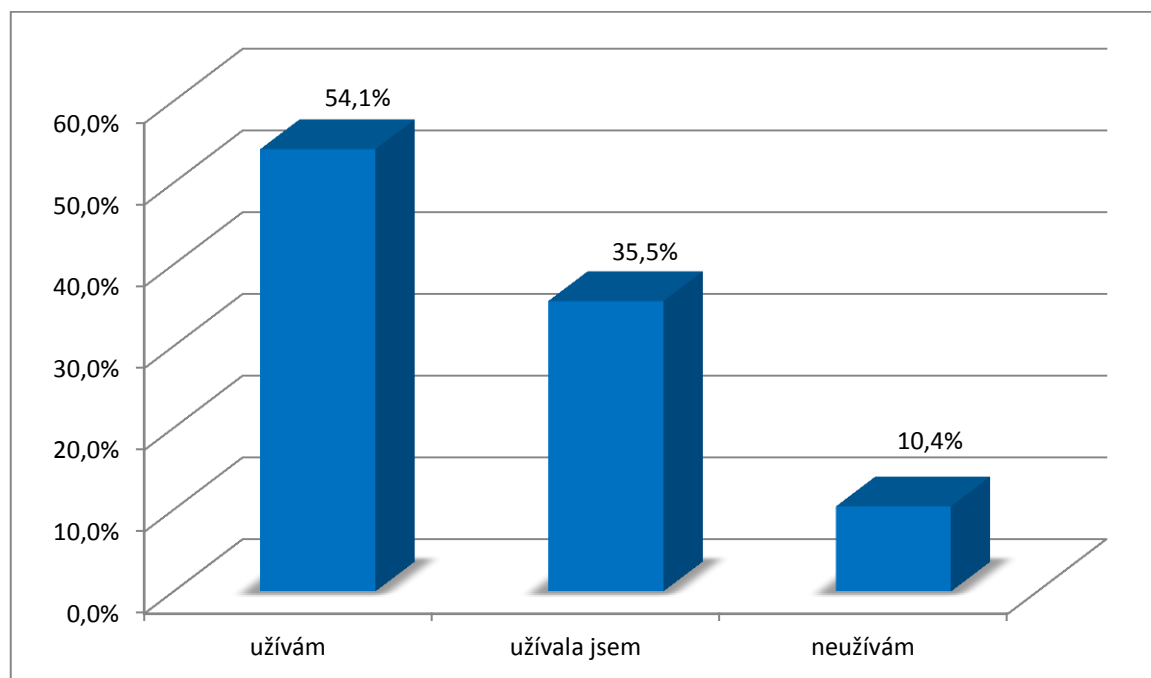
Graf č. 3: Počet dětí

**Komentář:**

Otázka č. 3 zjišťovala počet dětí zkoumaných žen. Graf č. 3 zobrazuje výsledky této otázky. Většina respondentek, téměř 88 % (tj. 287) je bezdětných, 1 dítě má 16 respondentek (4,9 %), 2 děti 21 respondentek (6,4 %) a 3 potomky mají pouze 3 respondentky (0,9 %).

**Otázka č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání a č. 5: Pracuji jako**

Otázky č. 4 a 5 byly zaměřeny na vztah mezi postoji k hormonální antikoncepci, vzděláním respondentek a jejich zaměstnáním. Výsledky neodhalily žádnou souvislost. Ve zkoumaném soboru vzdělání ani oblast zaměstnání nehraje při formování postojů k hormonální antikoncepci roli.

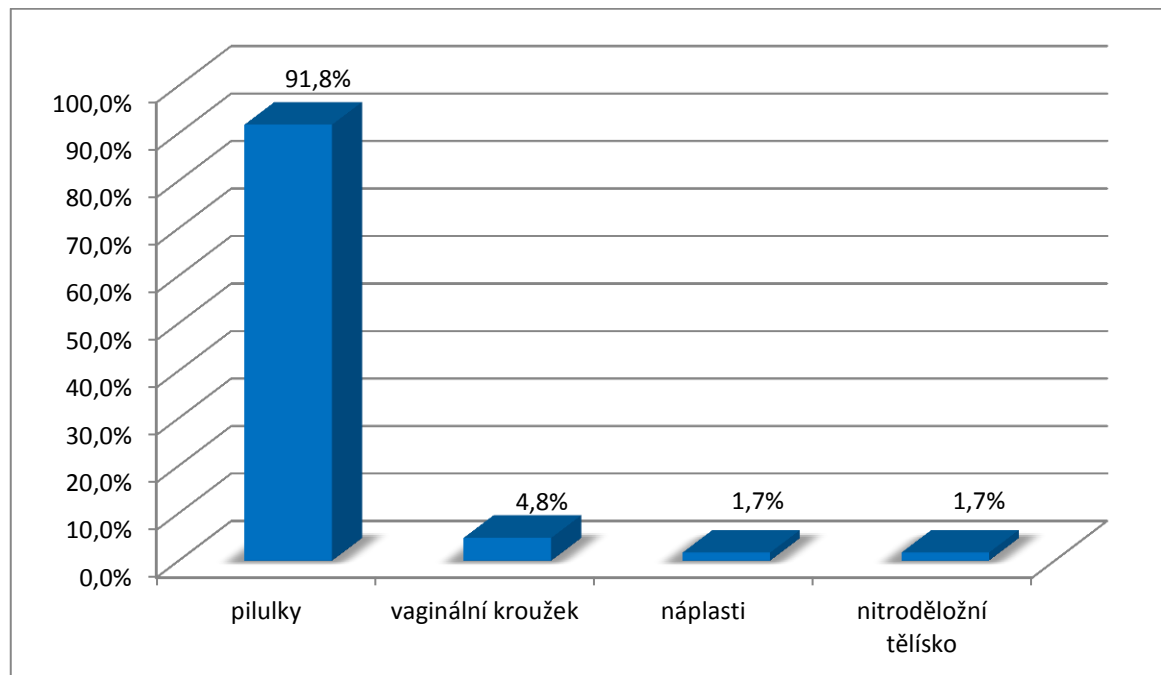
**Otázka č. 6: Užívala jste nebo užíváte hormonální antikoncepci?**

Graf č. 4: Užívala jste nebo užíváte hormonální antikoncepci?

**Komentář:**

Mezi účastnicemi průzkumu bylo 177 (54,1 %) aktivních uživatelék hormonální antikoncepce, 116 respondentek (35,5 %) hormonální antikoncepci užívalo dříve a 34 respondentek (10,4 %) neužívalo hormonální antikoncepci nikdy.

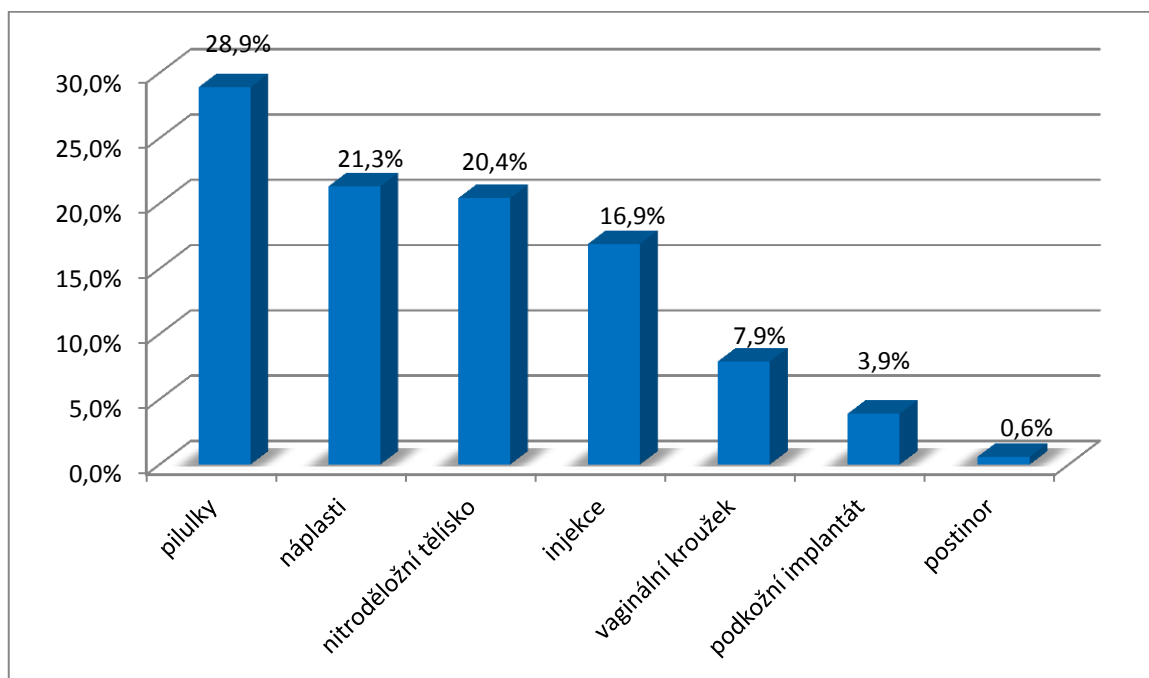


**Otázka č. 7: O jakou formu hormonální antikoncepce šlo/jde?**

Graf č. 5: O jakou formu hormonální antikoncepce šlo/jde?

**Komentář:**

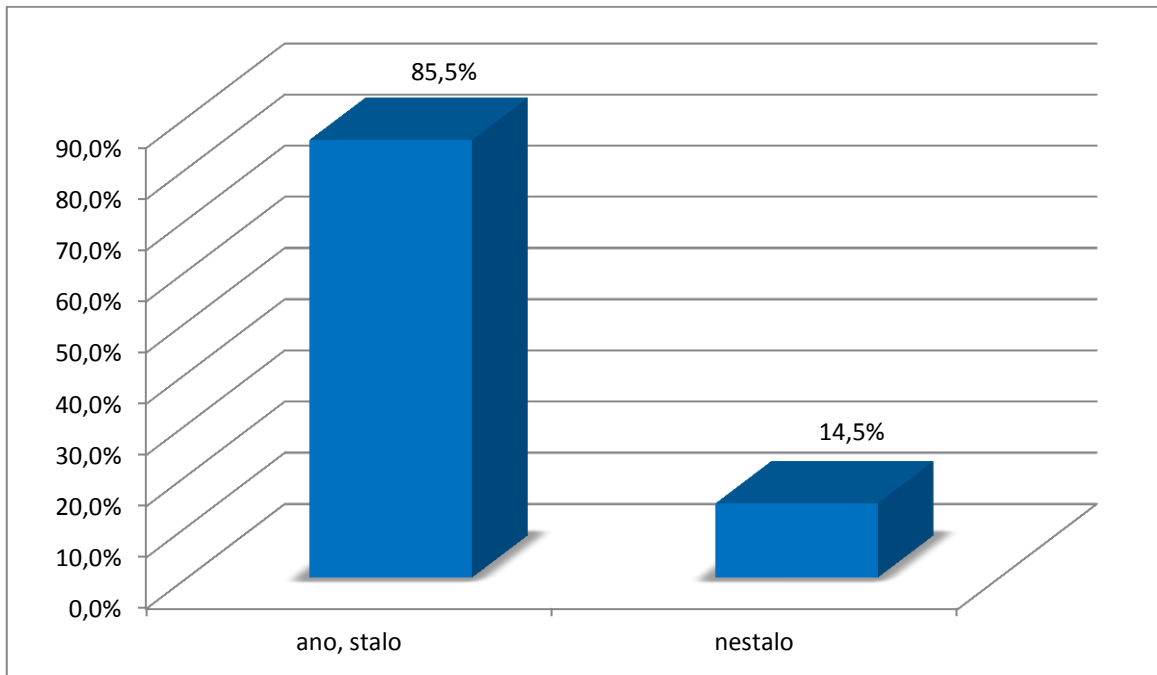
Zde odpovídaly jen uživatelky hormonální antikoncepce. Většina (91,8 %) jich užívá či užívalo perorální formu – tedy pilulky. Druhou nejčastější metodou je vaginální kroužek a to v 4,8 %. V pozadí zůstávají náplasti (1,7 %) a nitroděložní tělísko (1,7 %).

Otázka č. 8: *Jaké metody hormonální antikoncepce znáte?*Graf č. 6: *Jaké metody hormonální antikoncepce znáte?***Komentář:**

Nejčastěji zmiňovanou metodou hormonální antikoncepce jsou *pilulky* ( uvedlo ji 274, tj. 28,9 % žen z celkového počtu 327). Druhou nejčastější metodou v povědomí respondentek byly *náplasti*, které zmínilo 202 žen (21,3 %). Podobně je na tom *nitroděložní tělísko*, které zná 193 dotazovaných žen (20,4 %). *Injekce* se ve výčtu metod objevily 160 krát, tedy v 16,9 %. *Vaginální kroužek* zná už jen 75 žen (7,9 %), ještě méně, konkrétně 37 (3,9 %) respondentek uvedlo *podkožní implantát* a pouze 6 žen (0,6 %) ví, že k hormonální antikoncepci patří i *postinor*.

7 žen (2,1 %) napsalo, že zná pouze prášky. 5 z nich užívání právě perorální formu a 2 neužívají hormonální antikoncepci vůbec.

36 respondentek (11 %) ve svých odpovědích uvedlo kromě výčtu hormonálních metod i metody nehormonální (bariérové, chemické). V těchto případech jsem do výsledků započítávala pouze vypsanou hormonální antikoncepci.

**Otázka č. 9: Už se Vám někdy stalo, že jste vynechala pilulku?**

Graf č. 7: Už se Vám někdy stalo, že jste vynechala pilulku?

**Komentář:**

Zdá se, že opomenutí užití pilulky není žádnou výjimkou, protože z 327 dotazovaných už někdy pilulku vynechalo 280 žen (85,5 %) a pouhých 47 žen (14,5 %) je plně důsledných v užívání hormonální antikoncepce a pilulku ještě nikdy nevynechaly.

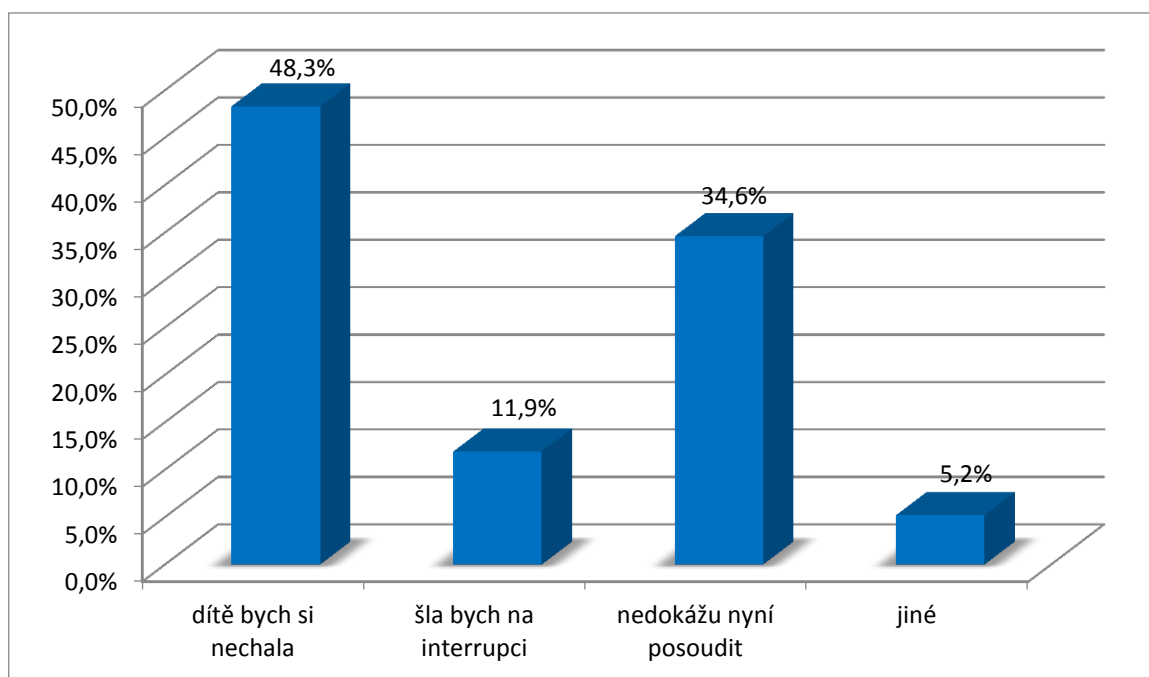
**Otázka č. 10:** *Pokud jste byla nucena změnit formu antikoncepce, napište, prosím, z čeho na co jste přešla a proč?*

**Komentář:**

77 žen (26,3 %) uvedlo, že změnily pouze druh pilulek, protože jim neseseděly (z nichž 3 ženy „jen tak“). 13 žen (4,4 %) vyměnilo pilulky za něco jiného (9 žen přešlo z pilulek na nuva ring), 4 po porodu na tělísko. Zbýlých 203 žen (69,3 %) svou hormonální antikoncepci nezměnilo, užívají stále stejnou.

Zajímavostí je, že z jiné než perorální antikoncepce na pilulky nepřešel nikdo.

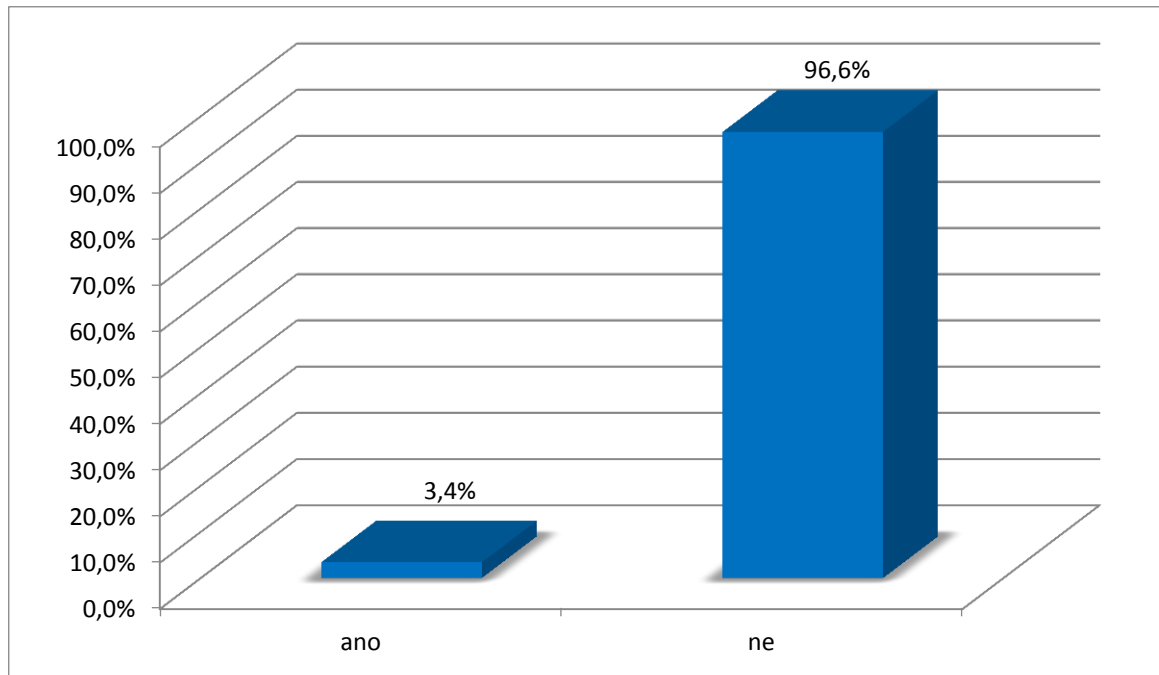
**Otázka č. 11: Když byste i přes užívání hormonální antikoncepce otěhotněla, jak byste dále postupovala?**



Graf č. 8: Když byste i přes užívání hormonální antikoncepce otěhotněla, jak byste dále postupovala?

**Komentář:**

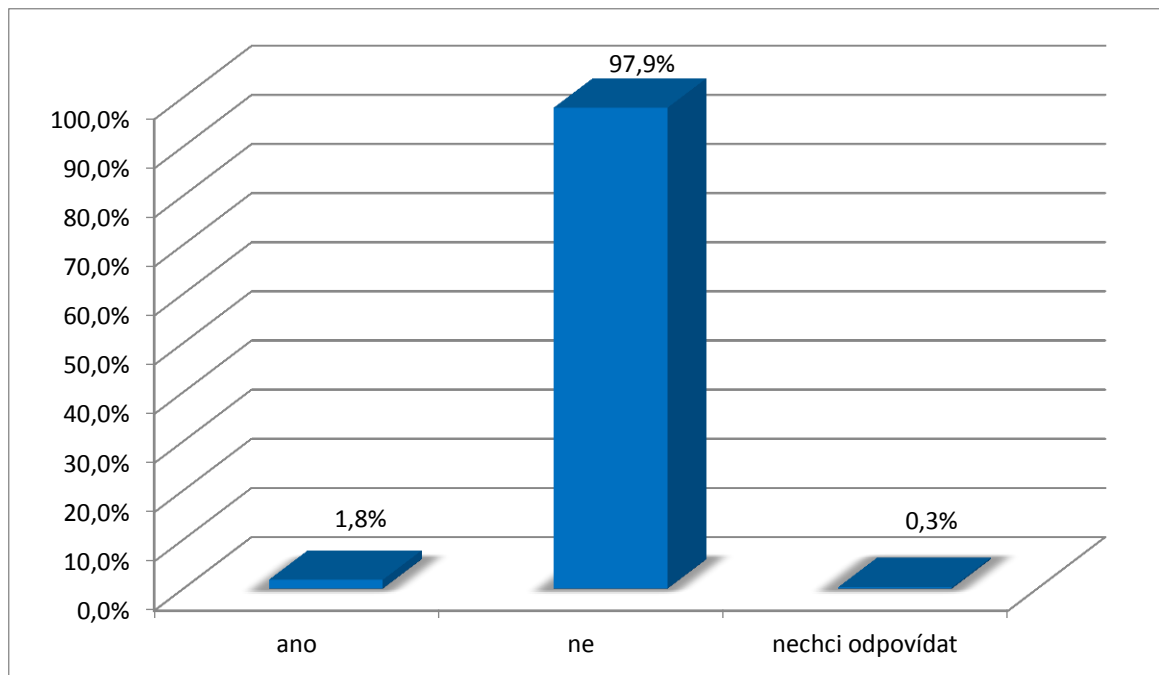
U této otázky měly ženy zvolit, jak by se rozhodly, kdyby i přes užívání hormonální antikoncepce otěhotněly. 158 žen (48,3 %) uvedlo, že by si neplánované dítě nechala, na interrupci by šlo 39 žen (11,9 %). Těch, které to nedokáží posoudit, bylo 113 (34,6 %). 17 respondentek (5,2 %) uvedlo v možnosti „jiné“ různé okolnosti, podle kterých by se následně rozhodly („záleželo by na zdravotním stavu mém a dítěte“, „ráda bych si dítě nechala, pokud by se neprokázalo jeho poškození vlivem antikoncepce“) či odpovědi z již prožitých vlastních zkušeností. Jedna respondentka uvedla: „přes užívání hormonální antikoncepce v podstatě není možné otěhotnět, pokud uživatelka bere prášky pravidelně a správně a informuje se o tom, zda jiné léky účinnost hormonální antikoncepce nesnižují. Pokud toto nedodrží, tak pak neotěhotní i přes užívání HA, ale díky vlastní blbosti a tomu, že neumí číst příbalový leták :) :)“, s čímž úplně nesouhlasím, jelikož si uživatelka nemůže ověřit momentální stav jejího imunitního systému a tak si nemusí uvědomit možnost snížení spolehlivosti.

**Otázka č. 12: Už jste takovou situaci řešila?**

Graf č. 9: Už jste takovou situaci řešila?

**Komentář:**

V této situaci se už octlo 11 žen (3,4 %) a 6 z nich těhotenství ukončilo interrupcí (viz analýza následující otázky). Zbýlých 316 respondentek (96,6 %) nikdy během užívání hormonální antikoncepce neotěhotnělo a neřešily tak „problémy“ s tím spojené.

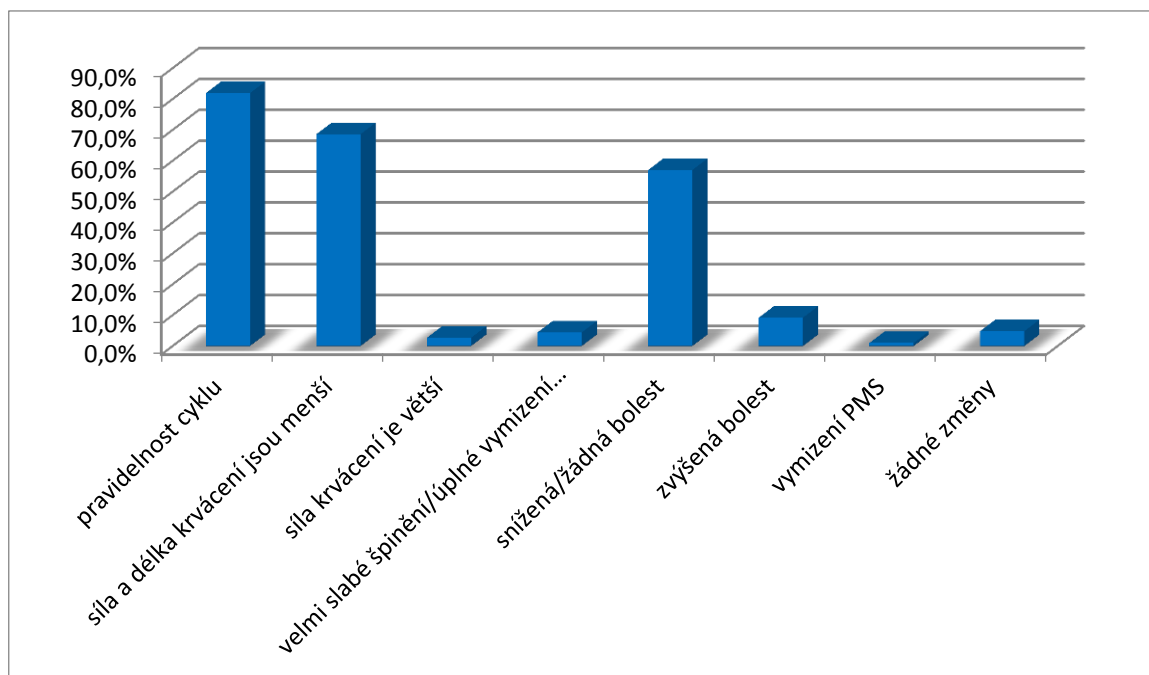
**Otázka č. 13: Už jste byla na interrupci?**

Graf č. 10: Už jste byla na interrupci?

**Komentář:**

Z grafu lze vyčíst, že valná většina (320 respondentek, což je 97,9 %) na interrupci nikdy nebyla. V 1,8 % (6 žen) již umělé přerušení těhotenství absolvovaly a 1 respondentka (0,3 %) uvedla, že nechce na tuto otázku odpovídat.

**Otázka č. 14: Jak se odráží užívání hormonální antikoncepce na vaši menstruaci (pravidelnost a síla krvácení, přítomnost a intenzita bolesti, vaše postřehy)?**

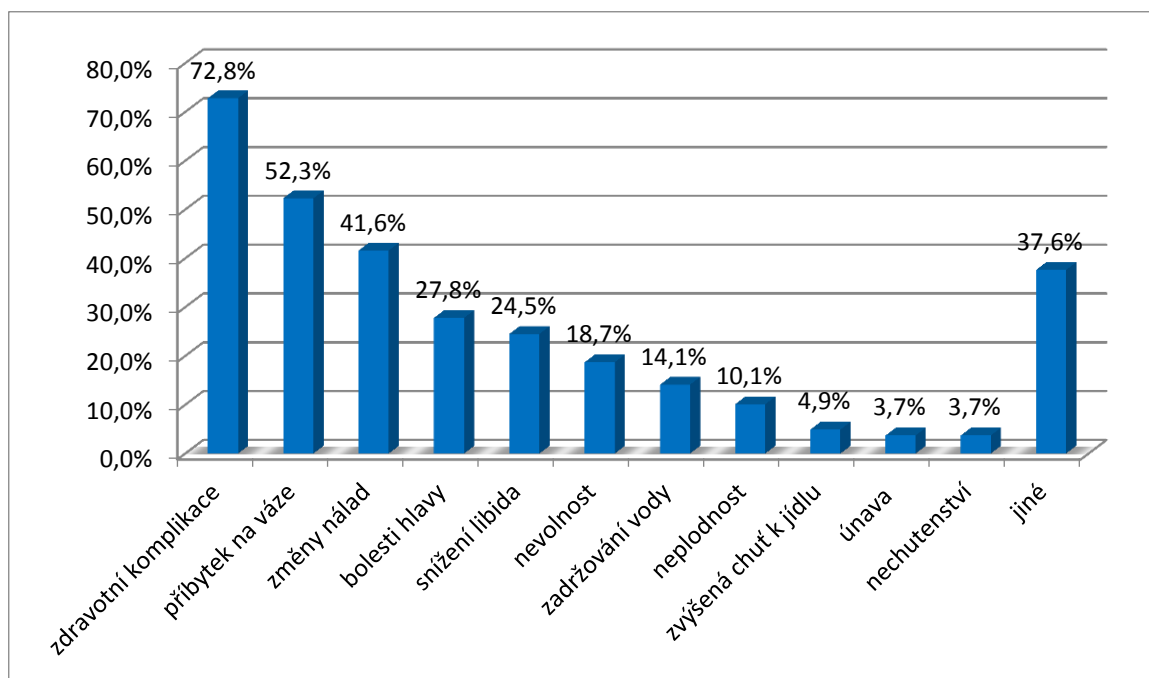


Graf č. 11: Jak se odráží užívání hormonální antikoncepce na vaši menstruaci (pravidelnost a síla krvácení, přítomnost a intenzita bolesti, vaše postřehy)

### **Komentář:**

U této otázky měly ženy, které mají zkušenost s užíváním hormonální antikoncepce, vypsát své postřehy o průběhu krvácení mezi cykly. Pravidelnost, kterou všechny ženy hodnotí jako největší pozitivum, uvedlo 240 krát (81,9 % respondentek). Kratší dobu a snížené krvácení napsalo 201 krát 68,6 % respondentek. Opačně na tom bylo už jen 8 žen (2,7 %), kterým krvácení při užívání hormonální antikoncepce zesílilo. 13 žen (4,4 %) dokonce uvedlo pouze velmi slabé špinění v době krvácení nebo dokonce jeho úplné vymizení.



Otázka č. 15: *Jaké vedlejší (nežádoucí) účinky hormonální antikoncepci znáte?*Graf č. 12: *Jaké vedlejší (nežádoucí) účinky hormonální antikoncepci znáte?***Komentář:**

Na tuto otázku odpovědělo 97,6 % respondentek. Nejvíce (72,8 %) uváděly zdravotní komplikace, z toho v 61,8 % zvýšenou srážlivost krve, vznik tromboembolické nemoci, problémy se žilami a embolií. 11 žen (4,6 %) uvedlo hormonální dysbalanci („*splašené hormony*“). Zbýlých 58,0 % ještě navíc zmiňovalo např. hypertenzi, vznik cyst, rakovinu prsu, cévní mozkovou příhodu nebo poškození jater a gastrointestinálního traktu. 61 respondentek (18,7 %) napsalo nevolnost či zvracení. Bolesti hlavy či migrény zná jako nežádoucí účinek užívání 91 žen (27,8 %) a napětí a bolest v prsou 20 respondentek (6,1 %). Příbytek na váze napsalo 171 respondentek (52,3 %), zvýšenou chuť k jídlu 16 (4,9 %), nechutenství jen 12 (3,7 %) a zadržování vody v těle 46 žen (14,1 %). Únava se ve výčtu objevila 12krát, za to změny nálad (podrážděnost, deprese, náladovost, výkyvy) zmínilo 136 žen (41,6 %). Sníženou chuť na sex či snížení libida uvedlo 80 žen (24,5 %), oproti tomu zvýšenou chuť na sex už jen 3 ženy. V souvislosti s užíváním zmínilo 33 žen (10,1 %) poruchy s početím až úplnou neplodnost (3 ženy uvedly neplodnost mužů) 37,6 % respondentek zmínilo ještě několik dalších nežádoucích účinků jako např. „*zesílení PMS*“, „*umělá ovulace*“, „*ztráta menstruace*“, „*padání vlasů*“, „*zhoršení akné*“, „*zvýšenou tep-*

lotu“ či „dopad na životní prostředí“. Z otevřených odpovědí bych zmínila tuto odpověď: „Dochází k estrogenizaci planety – někteří živočichové již ztrácí schopnost reprodukce, ze samců se stávají hybridní neschopní rozmnožování. Estrogeny se nedají filtrovat z pitné vody, tudíž je pijeme jak my ženy, tak muži, pro které jsou estrogeny cizorodé hormony“.

**Otázka č. 16: Jaké vedlejší (nežádoucí) účinky hormonální antikoncepci se objevily u Vás?**

**Komentář:**

Na tuto otázku odpovědělo 100 % žen, které hormonální antikoncepci užívají či užívaly. 102 (34,8 %) z nich uvedlo, že na sobě žádné negativní účinky v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce nepozorovaly.

Z nežádoucích účinků na sobě ženy nejvíce zpozorovaly *změny nálad* či deprese (51,3 %). *Nárůst váhy* zaznamenalo v této souvislosti 46,6 % žen. Oteklé nohy a zadržování vody vyzpozorovalo 16,2 % žen. 73 uživatelky (38,2 %) si stěžovalo na *snížený sexuální apetit*, což považují za velké mínus. U 32,0 % žen probíhala během doby užívání intenzivní bolest hlavy, zhruba polovina ji označila jako migrénu. Minimum žen uvádělo návaly horka, zhoršení pleti a špinění mezi cykly.

Tři ženy mají zkušenost s embolií, za jejímž vznikem patrně stojí právě užívání hormonální antikoncepce.

Dvě dočasné uživatelky perorální hormonální antikoncepce uvedly problémy s početím dalšího dítěte po pauze, ve které ji užívaly.

**Otázka č. 17: Hormonální antikoncepce má kromě zamezení otěhotnění i jiné žádoucí účinky, jaké znáte?**

**Komentář:**

Z kladných účinků hormonální antikoncepce se v odpovědích respondentek nejčastěji objevovalo zlepšení kvality pleti - úprava akné, a to v 86,9 % (3 respondentky podotkly, že pouze u některých léků, které obsahují potřebnou složku). Úpravu cyklu (pravidelnost, sílu

krvácení) uvedlo 158 žen (48,3 %). Další výhody jako „zmírnění či úplné vymizení PMS“, „hormonální léčbu „ženských“ problémů“ či „zvětšení prsou“ znamenalo 12,5 % respondentek.

**Otázka č. 18: *Jaké (žádoucí účinky) se objevily u Vás?***

**Komentář:**

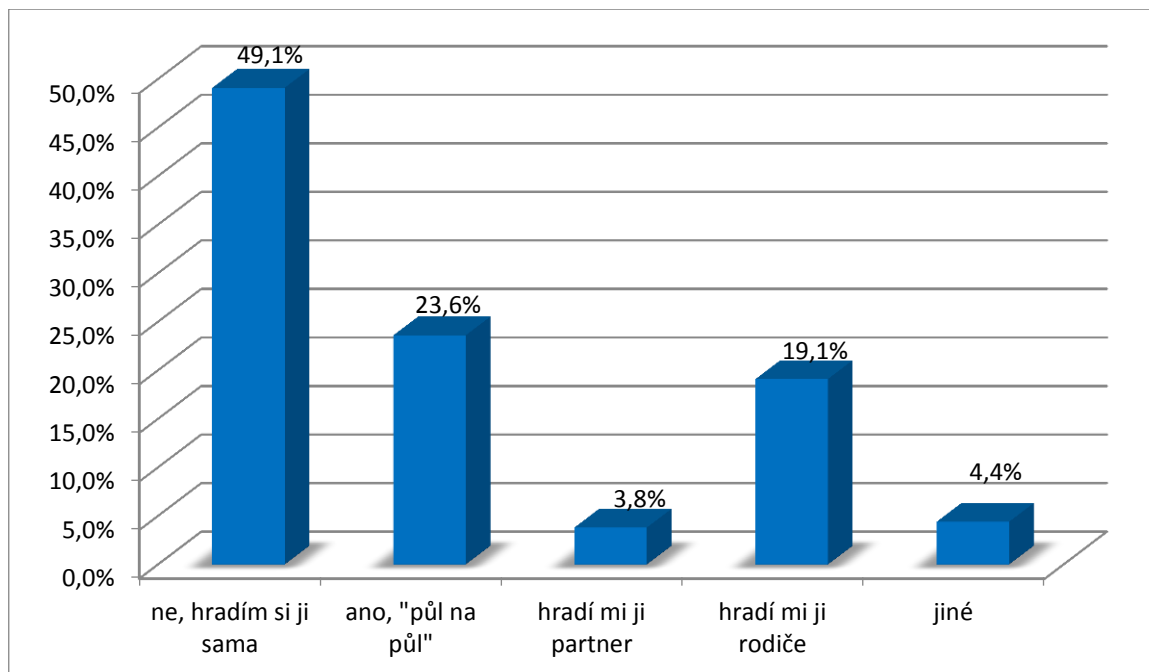
231 žen (78,9 %) uvedlo úpravu cyklu (pravidelnost, sílu krvácení, odeznění bolesti doprovázející menstruaci), zlepšení pleti a vymizení akné ocenilo 212 žen (72,4 %). Zvětšení či ustálení velikosti prsou uvádělo 15 (5,1 %). 35 uživatelék (11,9 %) nepocíťovalo s užíváním antikoncepce žádné pozitivní změny.

**Otázka č. 19: *Přibrala jste nebo zhubla na základě užívání hormonální antikoncepce?***

**Komentář:**

V souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce zaregistrovalo nárůst váhy 95 respondentek (32,4 %); 7 z nich doplnilo tuto skutečnost komentářem, že si nejsou jisté, jestli přibraly opravdu kvůli užívání antikoncepce. 8,9 % žen uvedlo, že během užívání nenastala žádná změna, přibraly na váze až po vysazení antikoncepce. Žen, které uvedly, že zhubly, bylo 13 (4,4 %), ale také téměř všechny uvedly, že to bylo patrně z jiného důvodu.

**Otázka č. 20: Podílí se váš partner finančně na hrazení hormonální antikoncepce, kterou užíváte? Pokud ano, jakou měrou? (pokud antikoncepci již neberete, uveďte údaj z období, kdy jste ji užívala)**



Graf č. 13: Podílí se váš partner finančně na hrazení hormonální antikoncepce, kterou užíváte? Pokud ano, jakou měrou? (pokud antikoncepci již neberete, uveďte údaj z období, kdy jste ji užívala)

### **Komentář:**

V 49,1 % si ženy hormonální antikoncepci, kterou užívají, financují samy. U ostatních žen se na úhradě podílí někdo další. 69 respondentek (23,6 %) si hormonální antikoncepci hradí jen z poloviny, druhou polovinu hradí partner. Pouze partner financuje užívání hormonální antikoncepce 11 ženám (3,8 %). 56 studujícím dívkám a ženám hradí antikoncepci rodiče (19,1 %). V otevřených odpovědích se opakovaly kombinace s rodinnými příslušníky a partnerem. 7 žen uvedlo, že vždy záleží na jejich finanční situaci.

**Otázka č. 21:** *Myslíte, že má antikoncepce nějaký vliv na vztahy (sex, promiskuita, nevěra, lepší/horší prožitky při sexu, větší/menší zodpovědnost vůči početí, odkládání rodičovství, atd.)*

**Komentář:**

Odpovědi na tuto otázku byly naprosto vyvážené, u každé odpovědi v souboru respondentek se našla i opačná odpověď, ale vždy maximálně 4x. 17 žen (5,2%) si myslí, že antikoncepce nemá na tyto záležitosti žádný vliv.

Ženy zmiňovaly promiskuitu, nevěru, odkládání rodičovství, přenášení odpovědnosti pouze na ženy, stejně jako nesení rizik vedlejších účinků. Jako výhodu uváděly lepší prožitky v sexu („můžeme si to rozdat kdykoliv, kdekoliv bez zbytečného řešení ochrany a nemusím mít strach, že otěhotním“) Několik respondentek zdůraznilo mezeru v ochraně před pohlavními chorobami.

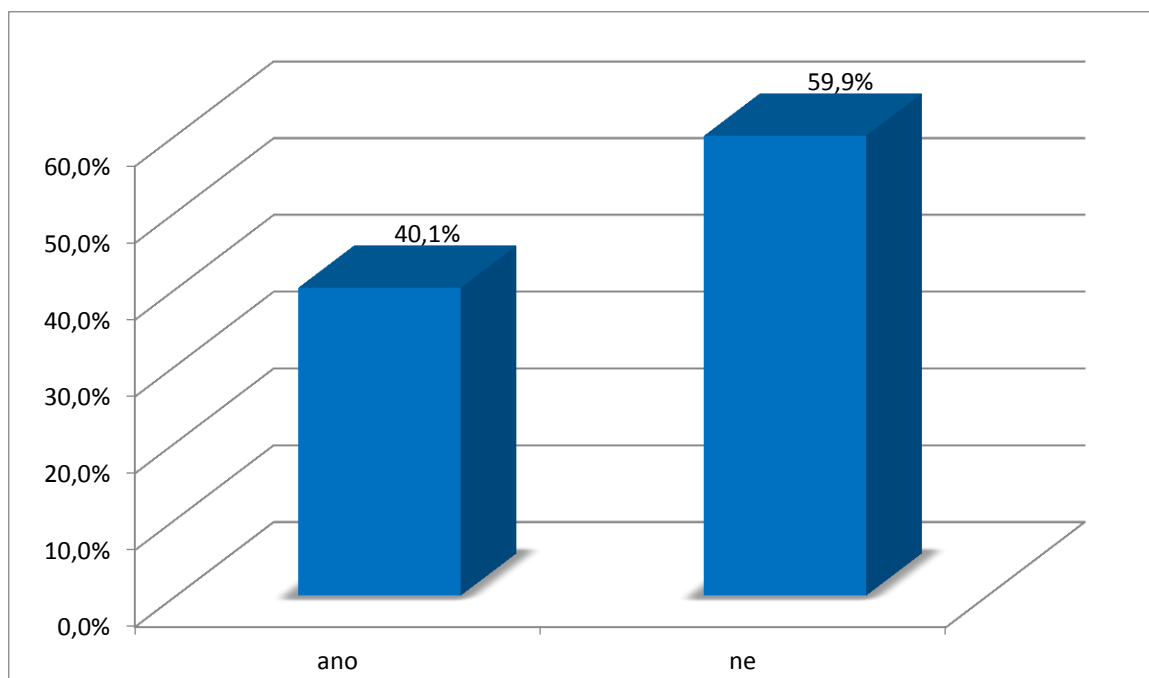
Zajímavé odpovědi: „*Odkládání rodičovství je trend, na základě kterého antikoncepce vznikla, takže HA podle mě nemá vliv na odklad rodičovství, ale trend odkladu rodičovství má vliv na opatření antikoncepce.*“ „*zcela jistě; poté, co jsem přestala užívat HA se u mě projevilo: zvýšení sexuálního libida a zlepšení prožitků při sexu poté, prohloubení prožívání pozitivních i negativních pocitů, citlivější změny nálad -> podle mě pokud je žena v dlouhodobém vztahu a bere HA, pak se partneři rozhodnou počít dítě a žena vysadí HA, může se z ní stát po citové stránce odlišná žena a to může mít samozřejmě vliv i na partnerský vztah - partner ji takovouto "nezná", vlastně nezná její pravé ženství se vším, co k tomu patří, byť by to byly i výkyvy nálad, které je třeba se naučit ovládat/korigovat, dokonce jsem slyšela, že po vysazení HA díky celkové změně fungování hormonálního systému začne žena vylučovat jiné feromony, může tedy partnerovi přestat "vonět" (nebo naopak); HA dívkám/ženám usnadňuje "přístup k sexu" (nemusí se bát, že otěhotní) a mužům zvyšuje prožitek oproti např. používání kondomu a mohou brát sex lehkovážněji než dříve (např. před 100 lety), ale myslím si, že to souvisí s celkovou změnou ve vnímání společnosti v otázkách sexu během posledních desítek let/půlstoletí (větší otevřenost, erotické filmy, porno...) a HA tuto společenskou změnu pouze doplňuje“*

**Otázka č. 22: *Od jakého věku si myslíte, že je vhodné začít se sexuálním životem?*****Komentář:**

Drtivá většina respondentek uvedla, že se na tuto otázku nedá jednoznačně odpovědět, protože je to záležitost velmi individuální. Velice zřídka se objevovala zákonem daná věková hranice 15 let (1,8 %) o něco více už 16 let (6,7 %). Nejvíce zastoupený věk byl 17 let (56,0 %), dále se počet směrem nahoru razantně snižoval, respondentky uváděly 18+ v 26,3 %.

Respondentky z vyšších věkových kategorií se přikláněly k vyšším věkovým hranicím pro začátek sexuálního života („není kam spěchat“, „já začala ve 21 a o nic jsem nepřišla“, „myslím si, že si to 15-ti letá holka nemůže ani užít“).

**Zajímavé odpovědi:** „se sexuálním životem by měl člověk začít, až když je schopný nést, skrze svou připravenost a vyspělost, odpovědnost za svého potencionálního potomka“, „jsem asexuál mě se to netýká“, „věková hranice 15 let se mi zdá velmi nízká“.

**Otázka č. 23: Myslíte si, že je užívání hormonální antikoncepce zdravotně bezpečné?**

Graf č. 141: Myslíte si, že je užívání hormonální antikoncepce zdravotně bezpečné?

**Komentář:**

V otázce týkající se zdravotní bezpečnosti respondentky odpověděly kladně a záporně v poměru 2:3. Že je užívání hormonální antikoncepce zdravotně bezpečné udává 131 žen (40,1 %) a 196 (59,9 %) respondentek se domnívá, že užívání bezpečné není. Ze 131 „kladných“ žen je 93 % aktivních uživatelék, 5 % bývalých uživatelék a 2 % žen, které hormonální antikoncepci neužívají. Ze 196 „záporných“ žen je 28 % aktivních uživatelék, 56 % bývalých uživatelék a zbylých 16 % naplňují ženy, které s hormonální antikoncepcí nemají osobní zkušenost.

**Otázka č. 24: Představte si, že máte dceru. Od kolika let věku byste jí „dovolila“ začít s užíváním hormonální antikoncepce?**

**Komentář:**

Tato otázka následovala po té, co měly respondentky zhodnotit, jestli je podle nich užívání hormonální antikoncepce zdravotně bezpečné. Hodně žen uvádělo kromě věku několik okolností, které tuto věkovou hranici mohou měnit nebo neuvedly věk vůbec a napsaly pouze situaci, která by byla spouštěcím mechanismem pro začátek užívání hormonální antikoncepce. Mezi tyto okolnosti nejčastěji patřil první sex a stálý partner, což uvedlo 43 žen. Dále úprava menstruace či pleti (15 žen). 5 žen (1,5 %) by se snažilo užívání hormonální antikoncepce jejich potencionální dcery co nejvíce oddálit. Některé ženy (45, což je 13,8 %) se vyslovily úplně proti („nedovolila“, „dělala bych všechno pro to, aby HA neuzívala“) a téměř polovina z nich uvedla, že by se tak snažily alespoň do osmnáctého roku, „od kterého je pak dcera už nemusí poslouchat“.

Pouze 220 respondentek (67,3 % z celkového počtu odpovědí) uvedlo ve svých odpovědích číslo (ať už samotné nebo s doplňujícím komentářem), kde nejčastější věková kategorie byla 15-16 let, kterou zvolilo 134 respondentek (61,0 %), kategorii 17-18 zmínilo 73 žen (33,2 %) a 18+ napsalo 35 z nich (15,9 %).

6 potencionálních matek uvedlo věkovou hranici nižší než 15 let (2 dokonce napsaly číslo 12). 4 proto, aby se vyvarovaly jejímu otěhotnění a dvě by po hormonální antikoncepci sáhly z důvodu menstruačních bolestí či léčby akné jejich dcery.



**Otázky č. 25: Konzultovala jste problematiku antikoncepce se svým gynekologem?  
a č. 26: Odpověděl Vám na veškeré otázky?**

**Komentář:**

Se svým gynekologem problematiku hormonální antikoncepce konzultovalo 255 žen (75 %). Zbýlých 22 %, tedy 72 žen, tuto debatu s gynekologem nevedlo. Na všechny otázky odpověděli gynekologové svým pacientkám jen v 86,3 %. 12 ženám (4,7 %) nebylo zodpovězeno vše, co potřebovaly vědět, a 23 žen (9,0 %) ve svých otevřených odpovědích uvedlo, že to nedokáží posoudit, protože jim lékař sice odpovídal na jejich otázky, ale byl zaujatý propagací dané antikoncepce. Uváděly také, že málokterý lékař mluví i o záporech, negativních účincích či komplikacích spojených s užíváním hormonální antikoncepce.

**Otázka č. 27: Jaké život ohrožující stavy, související s užíváním hormonální antikoncepce, znáte?**

**Komentář:**

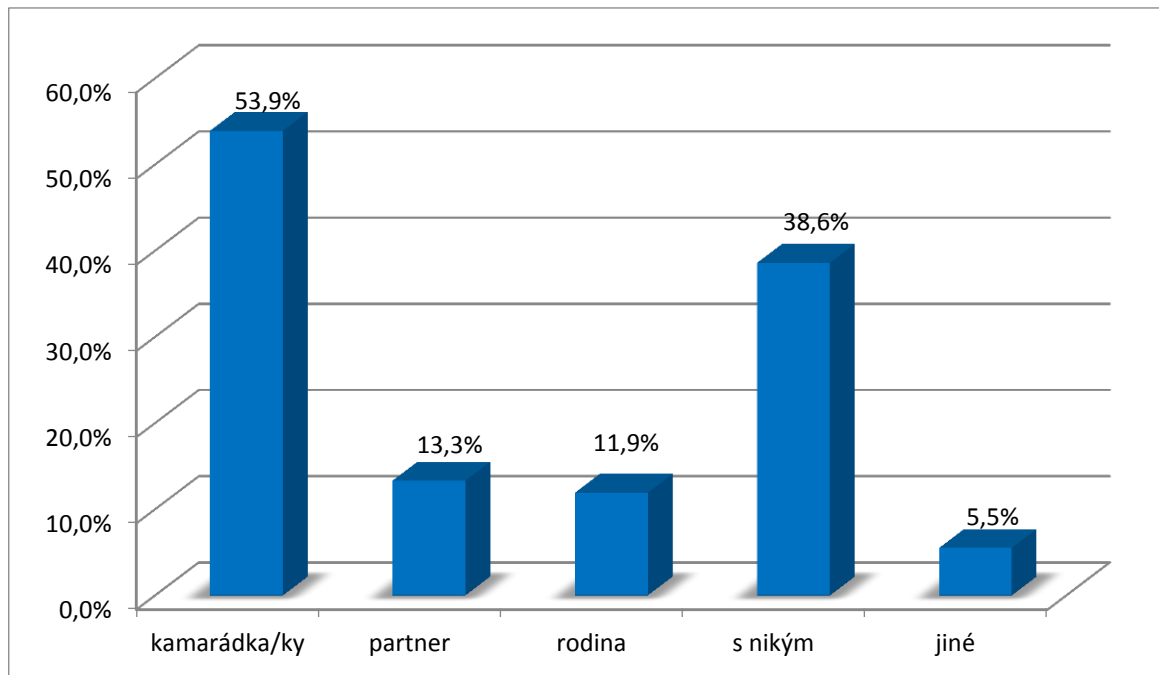
Na otázku, jaké život ohrožující stavy znáte, nedokázalo odpovědět 78 respondentek (23,9 %). Nejčastěji se v odpovědích objevovaly odpovědi související se srážlivostí krve („zvýšená srážlivost krve“, „trombofilní stavy“, „trombóza“), a to v 90,8 % (uvedlo 226 žen). Embolie byla v povědomí respondentek 193 krát (v 77,5 %). Další odpovědi už nebyly tak četné. 37 žen uvedlo cévní mozkovou příhodu, 24 rakovinu prsu a 17 hypertenzi vedoucí k infarktu. 2 ženy se nad touto otázkou zamyslely v jiném duchu a mluvily o život ohrožujícím stavu pro embryo v těle matky, která zatím neví, že je gravidní. Že kouření přispívá ke vzniku komplikací souvisejících s užíváním hormonální antikoncepce, uvedlo 17 žen (6,8 %).

**Otázka č. 28: Hledala jste si informace ohledně hormonální antikoncepce na internetu či v literatuře (proč)?**

**Komentář:**

Doplňující informace ohledně užívání antikoncepce nehledalo 25,4 %. Z těch, které si informace sháněly, si 32 % uživatelék pilulek hledalo na internetu postup po jejím vynechání a 68 % si hledalo z vlastního zájmu doplňující informace, „zkušenosti zkušenějších“, recenze na přípravky, články odborníků či informace o ostatních metodách hormonální antikoncepce.

**Otázka č. 29: S kým rozebíráte své problémy související s užíváním hormonální antikoncepce?**

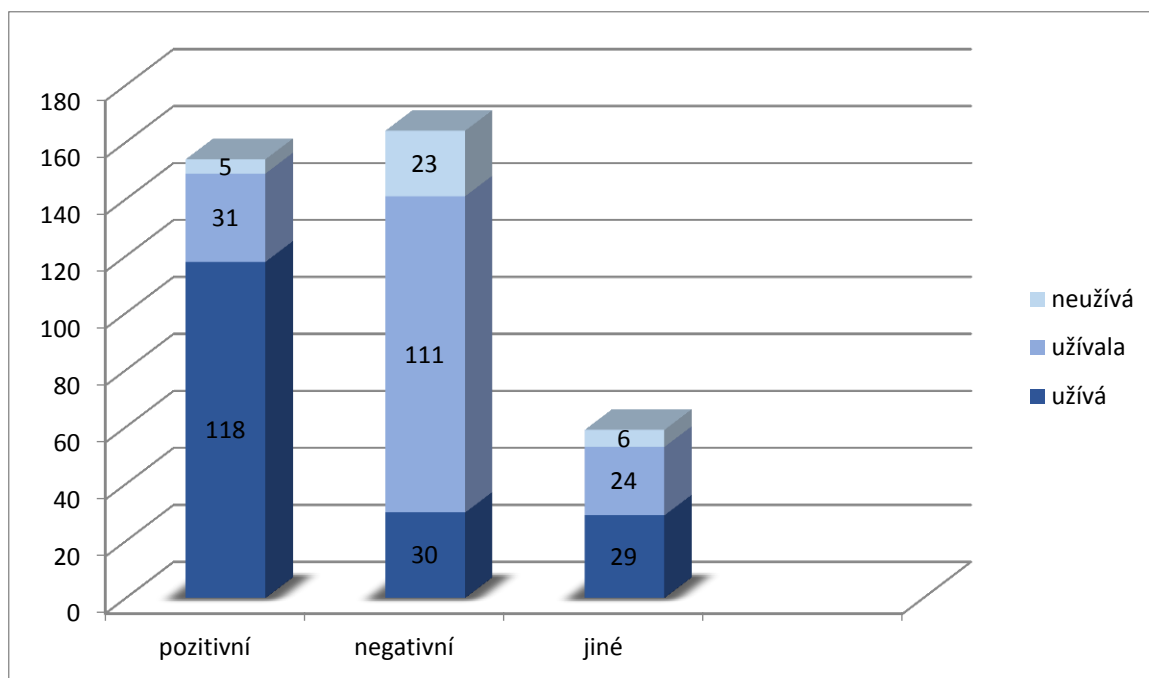


Graf č. 15: S kým rozebíráte své problémy související s užíváním hormonální antikoncepce?

### **Komentář:**

53,9 % žen rozebírá antikoncepci se svými kamarádkami, s partnerem už však jen 13,3 % (nutno vzít v potaz, že tuto možnost nemohly zvolit ženy, které partnera nemají (v otevřené možnosti se 3 ženy vyjádřily, že až budou mít partnera, budou to s ním rozebírat). Se svými příbuznými ženského pohlaví se na toto téma baví 11,9 % žen. 38,6 % uživatelék se o své problémy nedělí s nikým. 28 žen uvedlo, že se aktivně zapojují do diskuzí na internetu.

## Otázka č. 30: Jaký je Váš celkový postoj k hormonální antikoncepci?



Graf č. 16: Jaký je Váš celkový postoj k hormonální antikoncepci?

**Komentář:**

Z výzkumu vychází, že ze 177 uživatelek hormonální antikoncepce k ní zaujímá negativní postoj 30 (16,9 %), 16,4 % není schopno se rozhodnout mezi těmito dvěma možnostmi a přiklání se k neutrálnímu názoru. Zbylých 118 uživatelek (66,7 %) má k hormonální antikoncepci pozitivní postoj.

Ze 166 bývalých uživatelek hormonální antikoncepce se k ní negativně staví 111 (66,9 %). 14,5 % (24 žen) není schopno jednoznačně uvést a 31 žen (18,7 %) je celkový postoj pozitivní.

Z těch, které hormonální antikoncepci nikdy neužívaly (34 žen) se 23 (67,6 %) přiklání k negativnímu postoji.

**Otázka č. 31: Co je podle Vás termín „postoj“?****Komentář:**

Na tuto otázku odpovídaly respondentky takřka stejně, a to variantami odpovědi: „osobní názor“, „názor na základě zkušeností“, „stanovisko“, „úhel pohledu“, „pohled na věc“ nebo „co si o tom myslím“. Osm žen odpověď neuvedlo/neznalo.

**Otázka č. 32: Máte nějaký názor, který jste nemohla vyjádřit v předchozích otázkách nebo jakoukoliv připomínku k tomuto tématu, uveďte je prosím zde.****Komentář:**

Téměř 67 % respondentek využilo možnosti volně vyjádřit své názory související s touto problematikou. Ženy ve svých odpovědích často zmiňovaly ztrátu ženství, již si uvědomily až po vysazení hormonální antikoncepce, negativní dopady na prostředí, komerční prodej antikoncepčních přípravků (některým ženám se nelíbilo, že jim jejich gynekolog hormonální antikoncepci skoro až vnucuje, když ony dávají najevo, že o ni nemají zájem.

Zde jsou vybrány zajímavé odpovědi v původním znění:

*„celkově jsem naprosto PROTI užívání HA. Brala jsem tabletky 5 let, po té jsem je na rok vysadila. Za celý rok jsem ani jednou nemenstruovala. Z tohoto faktu, že se tělo nedokáže ani za rok vzpamatovat z užívání nějakého prášku vyvozují, že HA je opravdu svinstvo. Nic méně žijeme v pohodlné době a stejně jsem se k HA kvůli partnerovi zase vrátila, je to začarovaný kruh“*

*„nelíbí se mi, že gynekologové získávají z prodeje hormonální antikoncepce od farmaceutických firem provize, a proto ji mladým dívkám hromadně předepisují, aniž by si předem zkontrolovali zdravotní stav dívky, sdělili jí rizika antikoncepce a prokonzultovali i jiné metody antikoncepce (omlouvám se gynekologům, kteří se takto nechovají), moje gynekoložka se mi při každé kontrole snaží hormonální antikoncepci vnutit...“*

*„Mám za to, že používání HA v míře jak je tomu doposud, je naprosto katastrofální. Zvláště přístup gynekologů k "lěčení" nepravidelné menstruace u dívek, kterým je méně než 20 let prostřednictvím HA, umělé vyvolávání menstruace prostřednictvím syntetických hormonů atd. Alarmující jsou také analýzy vlivu syntetických hormonů na náš ekosystém.“*

„Neinformovanost o negativěch užívání HA je alarmující, dívky a ženy slepě užívají HA pod dozorem lékařů a stejně tak později pod dozorem lékařů řeší pozdější nemožnost otěhotnět.... Proč lékaři ženám neřeknou, že není fyziologické mít první dítě ve věku 35 let?“

„Antikoncepci bych holkám, které se rozhodují o jejím užívání, nedoporučovala. Jedinou výhodou, kterou nabízí je zamezení těhotenství (a to ještě není stoprocentní). Jinak má samé nevýhody. Gynekologové dají antikoncepci snad každé holce, která si o ni řekne. Bez testů na srážlivost krve atd. Antikoncepcí jsem vystřídala hodně. Žádná mi neseseděla. Z toho důvodu ji budu po 5 letech vysazovat. Bojím se, co to se mnou udělá s mým tělem, ale pokračovat v braní nemíním.“

„S HA jsem naprosto spokojená a za žádnou cenu bych ji neměnila. Využívám ji i k posouvání menses (zvláště v dovolenkových měsících) apod. Antikoncepce je stejně jen na lékařský předpis, takže pokud má dívka zodpovědného lékaře, není problém tento druh antikoncepce zvolit.“

„Souhlasím s názory MUDr. Máslové. Dočtete se je na internetu“

„Můj osobní zážitek s nejmenovanou paní doktorkou je odstrašující případ. Nejprve mi nechtěla sdělit informace o jiném druhu antikoncepce (zajímala jsem se o pesar) a byla velice nepříjemná. Rozhodla jsem se tedy užívání přerušit. Na každé prohlídce se mě ptala zda radši nechci recept, ale mé rozhodnutí bylo jednoznačné ne!!! Řekla mi, že mi radši napíše dva recepty na postinor :-O což mě absolutně šokovalo!! Recept jsem si tedy vzala, ale nevyzvedla. Po pěti letech jejího nechápání, že odmítám HA, jsem si udělala test a ukázal dvě čárky. Objednala jsem se tedy k lékařce, aby mi těhotenství potvrdila. Její reakce opět "nezklamala"...Koukala na mě se slovy - CO TO JAKO BYLO ZA AKCI ? PODÍVÁM SE NA PÁTEK ZDA MAJÍ MÍSTO A UDĚLÁME MINIINTERUPCI.POTOM BYCHOM PŘEDEPSALI ANTIKONCEPCI . Měla jsem takový šok z její reakce, že jsem nic nenamítla a opustila její ordinaci. Vůbec ji nezajímala skutečnost, že mám stálého partnera a dobrou práci a vlastně ideální věk pro otěhotnění. K paní doktorce jsem se už nikdy nedostavila. Nyní jsem v 15tém týdnu těhotenství a docházím k jinému lékaři. Šokovala mě její reakce a nedokáži si ji rozumně vysvětlit. Mladé matky jsou společností velmi špatně vnímání. (můj věk 21 let)“

„Já osobně si myslím, že antikoncepcia by sa mala užívať LEN zo zdravotných dôvodov. Nemyslím, že je zdravé užívať HA dlhodobo. Ak žena užíva antikoncepciu len z dôvodu, že

*nechce počat' dieťa, je to podľa mňa nezodpovedné voči jej vlastnému telu. Aj keď sa presadzuje názor, že antikoncepcia organizmu neškodí, niesom o tom presvedčená, už len z dôvodu dlhého zoznamu nežiadúcich účinkov (z ktorých je mimochodom pár smrteľných)“*

*„Jako ekotoxikolog ešte musím zmíniť vliv hormonů, které se vyskytují ve vodě (nelze je odstranit v ČOV) na všechny organismy i lidi. Vlivem plošného užívání HA se koncentrace hormonů ve vodě zvyšuje, což má negativní vliv nejen např. na ryby, ale také teoreticky na ženy a muže vodu pijící (snížení plodnosti)...“*

*„Hormonální antikoncepce byla původně vymyšlena jako prostředek snížení americké populace - to myslím mluví za vše. Kdybych věděla jaké komplikace, zdravotní problémy a stres kvůli neplodnosti mi užívání hormonální antikoncepce přinese do budoucna, nikdy bych si ji nenechala předepsat a hledala bych jiné alternativy na zabránění otěhotnění (kondom, gel, silikonový klobouček.....)“*

*„Děkuji, že se zabýváte tímto tématem :)“*

Z odpovědí je patrné, že se ve výzkumném vzorku objevily i respondentky, které se v dané problematice orientují nebo mají takové zkušenosti, o které se velmi rády podělily v otevřených odpovědích

## 6 DISKUZE

Na základě zpracování výsledků dotazníkového šetření byly naplněny všechny předem stanovené cíle.

**Hlavní cíl:** *Zjistit postoje dospívajících a mladých žen k hormonální antikoncepci.*

Ženy, které v tomto šetření vykazují pozitivní postoj k hormonální antikoncepci, jsou všechny jejími aktivními uživatelkami. Ty ženy, které se řadí spíše k odpůrcům hormonální antikoncepce, jsou převážně bývalé uživatelky, negativní postoj zastávají ale i ženy, které hormonální antikoncepci aktuálně užívají. Z toho lze vyvodit, že ženy užívají hormonální antikoncepci i s vědomím, jaká rizika s sebou přináší. Pro část respondentek byly obavy z negativních vedlejších účinků tak velké, že se kvůli nim rozhodly užívání ukončit.

Mnohokrát se v odpovědích objevovalo jméno MUDr. Heleny Máslové, která založila Centrum psychosomatické péče, ve kterém se zabývá ženskými problémy (gynekologického rázu), a která je známá svou kritikou vůči hormonální antikoncepci (nelíbí se jí například plošné předepisování hormonální antikoncepce mladým dívkám nebo zneužívání pacientů farmaceutickými firmami).

Z výzkumu Weisse a Zvěřiny (2001) z roku 1998 je patrné, že 79 % dotazovaných žen považuje antikoncepci za nutnou a pouhé 4 % jsou zásadně proti jakékoliv antikoncepci. (V našem výzkumu zaujímá pozitivní postoj k hormonální antikoncepci 66,7 % uživatelek a 18,7 % bývalých uživatelek a negativní postoj má 16,9 % uživatelek a 66,9 % bývalých uživatelek). Dle tohoto výzkumu používá hormonální antikoncepci se stálým partnerem 46 % žen (ve stejném výzkumu v roce 1993 to bylo 22 %). Hormonální antikoncepci užívalo již při první souloži 7 % žen /52 % nepoužilo žádnou ochranu, 22 % kondom a 7 % přerušovanou soulož/ (Weiss, Zvěřina, 2001, s. 41, 77, 109).

**Dílčí cíl:** *Zjistit rozdíly mezi dospívajícími a mladými ženami v jejich postojích.*

Analýzou odpovědí na otázky vztahující se k tomuto cíli, bylo zjištěno, že věk nehraje v problematice užívání hormonální antikoncepce až tak velkou roli. Je tomu tak i u vzdělání či počtu dětí. Jediný rozdíl, který je z analýzy patrný, je ten, že dospívající dívky užívají antikoncepci primárně z kontracepčních důvodů, ženy starší (25-35 let) dávají důraz na nekontracepční účinky (úprava cyklu, zlepšení pleti) a snaží se hledat spíše jiné alternativy ochrany.

Tyto výsledky se shodují s výsledky bakalářské práce autorky Levické (2012), v jejíž práci nebyl zjištěn žádný významný rozdíl v postojích k antikoncepci s ohledem na rasu, věk,

rodinný stav, roky vysokoškolského vzdělání a příjmů. Výsledků její práce dále vyplývá, že ženy volí hormonální antikoncepci nejen pro její hlavní (antikoncepční) účinek, ale i pro zlepšení pleti nebo potlačení premenstruačních a menstruačních obtíží. Další cíle se s touto prací nedají porovnávat z důvodu rozdílného průzkumného vzorku.

K obdobným výsledkům došla i autorka Králová (2013).

**Dílčí cíl:** *Zjistit, která forma hormonální antikoncepce je mezi uživatelkami nejrozšířenější.*

Analýza získaných dat vztahujících se k tomuto cíli prokázala, že nejčastější formou hormonální antikoncepce užívané ženami ve věku od 15 do 35 let je perorální forma. S tím jde ruku v ruce chybování v užívání, při čemž 85,5 % respondentek v šetření udalo, že jednou či vícekrát opomenuly požití pilulky, což spolehlivost této formy antikoncepce snižuje. Pro srovnání Fait (2008, s. 84) udává, že tabletku někdy zapomene užít až 30 % žen.

4,4 % respondentek zmínilo přechod z perorální formy na vaginální kroužek nebo tělísko (tělísko volily ženy jako ochranu zpravidla až po porodu).

**Dílčí cíl:** *Zjistit informovanost respondentek v oblasti negativních dopadů užívání hormonální antikoncepce na jejich fyzické i psychické zdraví.*

Mezi 177 aktivními uživatelkami se objevilo 55 respondentek, které (i přes aktivní užívání) nepovažují hormonální antikoncepci za zdravotně zcela bezpečnou. Z bývalých uživatelek (celkem 116 žen) se jich většina (109 žen) v různých otevřených odpovědích vyjádřila tak, že právě stávající nebo potenciální zdravotní či psychické obtíže byly důvodem k ukončení užívání hormonální antikoncepce.

Zajímavé je srovnání odpovědí na otázku vztahující se k nežádoucím vedlejším účinkům hormonální antikoncepce s odpověďmi v diplomové práci autorky Kekové (2014), v jejímž průzkumu nechalo tuto otázku bez odpovědi 48 respondentek (42 % respondentek užívajících hormonální antikoncepci, 13 % vysadivších respondentek a 47 % respondentek neužívajících hormonální antikoncepci). V případě pozitivních vedlejších účinků tomu bylo podobně. Bez odpovědi tuto položku nechalo 37 respondentek (27 % aktivních uživatelek hormonální antikoncepce, 17 % bývalých uživatelek a 40 % žen, které hormonální antikoncepci nikdy neužívaly). V našem průzkumu vždy odpovědělo všech 327 respondentek. O



příčinách tohoto rozdílu se můžeme jen dohadovat; vzhledem k odstupu pouhých dvou let to ale s největší pravděpodobností nebude vlivem větší osvěty.

**Dílčí cíl:** *Zjistit, které pozitivní a negativní účinky se u průzkumného vzorku objeví nejvíce.*

U aktivních či bývalých uživatelů se z pozitivních vedlejších účinků nejvíce objevila úprava menstruačního cyklu a pleti (uvádělo tak 70-80 % respondentek). Ženy tyto vedlejší účinky velice vyzdvihují, někdy i nad kontracepční efekt.

Negativní dopad užívání antikoncepce si uvědomují všechny respondentky, u třetiny (102) z nich se doprovodné nežádoucí účinky nevyskytly vůbec. Přibližně šest žen z deseti tedy u sebe zaregistrovalo nějaký nežádoucí účinek hormonální léčby. Nejvíce se objevovaly problémy jako změny nálad až deprese, nárůst váhy, snížený sexuální apetit či bolesti hlavy až migrény.

Dle průzkumu autorky Matouškové (2008) se vedlejší účinky vyskytly u 29,07 % dotazovaných žen, v našem výzkumu se výskyt vyšplhal až na 65,2 % (bolesti hlavy či snížený sexuální apetit uvedla například vždy jen jedna žena; u nás tak udalo vždy přes 30 % dotazovaných žen).

V souvislosti se sexuálním apетitem během užívání antikoncepce jsem se pokusila vyhledat případný výzkum věnující se vlivu užívání hormonální antikoncepce ženou na jejího muže (zda muž vnímá po sexuální stránce svou partnerku odlišně či na něj její hormonální léčba nějak působí). Kontaktovala jsem Doc. MUDr. Zvěřinu, CSc. (v rámci jeho internetového diskusního fóra) a dostala následující odpověď: *„Výzkumy jsou v tomto směru jen málo přesvědčivé. Spekuluje se o tom, že žena na kombinovaných antikoncepčních tabletách má nižší hladiny estrogenů, což by mohlo ovlivňovat stav poševní sliznice a sekreci některých mazových a pohlavních žlázek. Na rozdíl od žen muži bývají k jemným odstínům hmatových a čichových vjemů méně vnímaví, než ženy. Takže nic přesvědčivého zde vybadáno zatím není“* (Zvěřina, online, 2016).

Dalším zmiňovaným negativním účinkem byly problémy s početím dítěte (u 2 žen z 327), které nastaly po pauze v užívání hormonální antikoncepce. Při tak malém výskytu lze o příčinách pouze spekulovat. Hormonální antikoncepce může být v některých případech využita právě k usnadnění početí (je nasazena a vysazena právě pro svůj účinek po vysazení).

Další tři ženy mají zkušenost s embolií, za jejímž vznikem podle nich nebo jejich lékařů stojí pravděpodobně užívání hormonální antikoncepce. Například ve Francii problematika úmrtí ve spojitosti s hormonální antikoncepcí rozpoutala několik soudních procesů.

Podle VZP má desetina českých žen poruchu srážlivosti krve, která může mít v kombinaci s hormonální antikoncepcí smrtelné následky. Lékaři chtějí o povinném testování rizika trombóz, které je finančně dost nákladné, údajně jednat již v září tohoto roku.

**Dílčí cíl:** *Zjistit kvalitu edukace pacientek ošetřujícím gynekologem.*

Analýzou odpovědí na otázky vztahující se k tomuto cíli bylo zjištěno, že tři čtvrtiny respondentek se o hormonální přípravky zajímaly hlouběji a kladly svému ošetřujícímu gynekologovi otázky nebo jim gynekolog poskytl informace automaticky. Stávalo se také, že lékař zmiňoval pouze pozitiva nebo zaujatě propagoval konkrétní přípravky jisté značky. Můžeme tedy říci, že edukace byla spolu s příbalovým letákem ve většině případů dostačující.

Během zpracovávání výsledků jsem si uvědomila, že by bylo bývalo vhodné do dotazníku zařadit i otázky vztahující se k délce užívání hormonální antikoncepce a také udat začátek užívání. Vyhledala jsem také podobně sestavené průzkumy svých kolegů, ale nenašla jsem žádná srovnatelná data, která by mi umožnila více konfrontovat vlastní závěry (jiné cíle, příliš malý vzorek respondentek, jiné věkové skupiny atd.)<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Jedná se o práce např. Pavly Przybylové z Masarykovy univerzity v roce 2010 (40 respondentek, rozdílný hlavní cíl); Lucie Novákové, DiS. z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v roce 2013 (8 respondentek); Táni Knotkové z Univerzity Palackého v Olomouci v roce 2010 (rozdílný vzorek - hospitalizované ženy)

## ZÁVĚR

Skrze stále narůstající počet aktivních uživatelék hormonální antikoncepce přináší tato práce, obzvláště průzkumnou částí, zajímavá zjištění a náměty k zamyšlení. Všechny stanovené cíle byly splněny. Z tohoto průzkumu nelze vyvodit závěr, ve kterém by se dalo popsat, že se ženy přiklání spíše na tu nebo onu stranu, jelikož názory respondentek průzkumu na problematiku hormonální antikoncepce nebyly jednotné. A to ani uvnitř stejné věkové kategorie. Stejně tak se nepodařilo prokázat souvislost s dalšími sledovanými kategoriemi, tj. vzděláním, počtem dětí atd. Vědomosti žen o negativních účincích hormonální antikoncepce byly poměrně rozsáhlé a v konečném důsledku neměly vliv na to, zda se žena pro antikoncepci rozhodla či nikoliv. Pozitiva antikoncepce jako jsou zlepšení vzhledu (zejména pleti), větší komfort (zvýšení pohodlí i možnost lépe plánovat aktivity) byla respondentkami zohledněna více. Průzkum potvrdil předpoklad, že ženy užívají hormonální antikoncepci často z jiných než kontracepčních důvodů. Překvapivé bylo množství žen, které jednou nebo vícekrát zapoměly užít antikoncepční tabletu; toto číslo několikanásobně převýšilo původní očekávání.

Téměř všechny ženy, které užívání hormonální antikoncepce z nějakého důvodu ukončily, jsou s tímto rozhodnutím velmi spokojené a tvrdí, že by se k němu, skrze jejich zkušenosti, už nikdy nechtěly vrátit. Třebaže neměly žádné vedlejší nežádoucí účinky, zaregistrovaly, že se z nich v období užívání vytratila ženská přirozenost. To si dle mého názoru spousta aktivních uživatelék v mnoha případech vůbec neuvědomuje a přichází tak o přirozené prožívání hormonálního cyklu.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BARTÁK, Alexandr, 2006. *Antikoncepce: druhy antikoncepce, hormony, když všechno selže*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1351-9.
- [2] CIBULA, David, Milan R HENZL a Jaroslav ŽIVNÝ, 2002. *Základy gynekologické endokrinologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0236-3.
- [3] FAIT, Tomáš, 2008. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi, sv. 34. ISBN 978-80-7345-172-1.
- [4] FAIT, Tomáš, Vladimír DVOŘÁK a Aleš SKŘIVÁNEK, 2009. *Almanach ambulantní gynekologie*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-191-2.
- [5] FAIT, Tomáš a Marta ŠNAJDEROVÁ, 2007. *Estrogenní deficit*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-128-8.
- [6] FENDRICH, Zdeněk, 1995. *Moderní metody plánovaného rodičovství*. Praha: PRINTOP. ISBN 80-901933-0-7.
- [7] FERIN, Michel, Raphael JEWELEWICZ a Michelle P WARREN, 1997. *Menstruační cyklus*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-350-2.
- [8] HAYES, Nicky, 2000. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-415-X.
- [9] HOPKINS, John, 2011. *Familyplanning: a global handbook for providers : evidence-based guidance developed through worldwide collaboration*. Baltimore: Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, Knowledge for Health Project. ISBN 0978856376. [online]. [cit. 2016-03-26] Dostupné z: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/1/9780978856373\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/1/9780978856373_eng.pdf)

- [10] HRACHOVEC, Petr, BELEJOVÁ, Marie, KILIÁN, Tomáš, OBORNÁ, Ivana, 2005. *Hormonální kontracepce*. Klinická farmakologie a farmacie, roč. 19, č. 4, s. 221-224. ISSN: 1212-7973. [online]. [cit. 2016-03-28] Dostupné z: [http://www.ordinace-hornilan.cz/Doc/hormonalni\\_antikoncepce.pdf](http://www.ordinace-hornilan.cz/Doc/hormonalni_antikoncepce.pdf)
- [11] KAČINETZOVÁ, Alena a kol., 2003. *Bolestivá menstruace II*. Praha: Triton. Nekonvenční postupy v moderní medicíně. ISBN 80-7254-316-4.
- [12] KEKOVÁ, Tamara, Bc., 2014. *Informovanost žen o rizicích v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce*. Olomouc, Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci
- [13] KNOTKOVÁ, Táňa, 2010. *Hormonální antikoncepce a tromboembolická nemoc u fertálních žen*. Olomouc, Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci.
- [14] KRÁLOVÁ, Ivana, 2013. *Současné trendy v užívání hormonální antikoncepce*. Zlín, Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
- [15] KŘENKOVÁ, Kateřina, 2000. *Antikoncepce: [druhy antikoncepce, jak ji používat, jaká jsou rizika, vhodnost s ohledem na věk]*. Praha: Jan Vašut. Radí vám lékař. ISBN 80-7236-173-2.
- [16] KŘEPELKA, Petr, 2013. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2991-9.
- [17] LEVICKÁ, Lenka, 2012. *Užívání hormonální antikoncepce u dospívajících dívek*. Olomouc, Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci.
- [18] MATOUŠKOVÁ, Linda, 2008. *Tromboembolická nemoc a její možná souvislost s hormonální antikoncepcí*. České Budějovice, Bakalářská práce. Přírodovědecká fakulta jihočeské univerzity v českých Budějovicích

- [19] MÜLLEROVÁ, Barbora, 2016. *8 důvodů proč neužívat hormonální antikoncepci* [online]. [cit. 2016-03-26]  
Dostupné z: <http://www.barboramullerova.cz/2016/03/18/8-duvodu-proc-neuzivat-hormonalni-antikoncepci/>
- [20] NAKONEČNÝ, Milan, 1997. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0628-1.
- [21] NOVÁKOVÁ, Lucie, DiS., 2013. *Znalosti žen o výhodách a rizicích hormonální antikoncepce*. České Budějovice, Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- [22] PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, Jaroslava, 1990. *Nezralá sexualita: o sexuální výchově a sexuálních projevech dětí a mládeže*. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0008-3.
- [23] PRZYBYLOVÁ, Pavla, 2010. *Metody antikoncepce – od historie po současnost*. Brno, Bakalářská práce. Masarykova univerzita.
- [24] STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV, *Změna výdeje léčivých přípravků Postinor-2 a Escapelle v lékárnách*, SÚKL, [online]. [cit. 2016-05-17] Dostupné z: <http://www.sukl.cz/lekarny/zmena-vydeje-lecivych-pripravku-postinor-2-a-escapelle-v>
- [25] STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV, *NUVARING 0,120 MG/0,015 MG za 24 hodin*, SÚKL, [online]. [cit. 2016-03-26] Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0132656&tab=texts>
- [26] SZAREWSKÁ, Anne a John GUILLEBAUD, 1996. *Antikoncepce: praktická příručka*. Praha: Victoria Publishing, ISBN 80-85865-55-6.
- [27] UZEL, Radim, 1999. *Antikoncepční kuchařka aneb Cesty k sexuálnímu zdraví*. Praha: Grada. Strom života. ISBN 80-7169-767-2.

- [28] WEISS, Petr a Jaroslav ZVĚŘINA, 1999. *Sexuální chování obyvatel České republiky: výsledky národního průzkumu*. Praha: Alberta Plus. ISBN 80-85792-13-3.
- [29] WIDIMSKÝ, Jiří a Jaroslav MALÝ a kol., 2005. *Akutní plicní embolie a žilní trombóza: patogeneze, diagnostika, léčba a prevence*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-639-2.
- [30] ZVĚŘINA, Jaroslav, 2016. Diskuzní fórum. In: *Doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc. Sexuolog a psychiatr, soudní znalec a politik*. [online]. Doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc. [cit. 2016-05-17] Dostupné z: <http://www.zverina.cz/cs/diskusni-forum/13/>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

EE	ethinylestradiol
FSH	folikulostimulační hormon
HAS	hyperandrogenní syndrom
HDL	high density lipoproteins (lipoproteiny s vysokou hustotou)
IUD	intrauterine device (nitroděložní tělísko)
LDL	low density lipoproteins (lipoproteiny s nízkou hustotou)
LH	luteinizační hormon
PMS	premenstruační syndrom
PRL	prolaktin
TEN	trombembolická nemoc



**SEZNAM GRAFŮ**

Graf č. 1: Váš věk?.....	36
Graf č. 2: Stav v době užívání hormonální antikoncepce (např. svobodná {zadaná} 3 roky, vdaná 2 roky, nyní už rok rozvedená, ale hormonální antikoncepci stále užívám).....	37
Graf č. 3: Počet dětí.....	38
Graf č. 4: Užívala jste nebo užíváte hormonální antikoncepci? Jak dlouho?.....	40
Graf č. 5: O jakou formu hormonální antikoncepce šlo/jde?.....	41
Graf č. 6: Jaké metody hormonální antikoncepci znáte?.....	42
Graf č. 7: Už se vám někdy stalo, že jste vynechala pilulku? Jak jste postupovala, řekla jste to partnerovi? Jak reagoval?.....	43
Graf č. 8: Když byste i přes užívání hormonální antikoncepci otěhotněla, jak byste dále postupovala?.....	45
Graf č. 9: Už jste takovou situaci řešila?.....	46
Graf č. 10: Už jste byla na interrupci?.....	47
Graf č. 11: Jak se odráží užívání hormonální antikoncepce na vaši menstruaci (pravidelnost a síla krvácení, přítomnost a intenzita bolesti, vaše postřehy) .....	48
Graf č. 12: Jaké vedlejší (nežádoucí) účinky hormonální antikoncepci znáte?.....	49
Graf č. 13: Podílí se váš partner finančně na hrazení hormonální antikoncepce, kterou užíváte? Pokud ano, jakou měrou? (pokud antikoncepci již neberete, uveďte údaj z období, kdy jste ji užívala).....	52
Graf č. 14: Myslíte si, že je užívání hormonální antikoncepce zdravotně bezpečné?.....	55
Graf č. 15: S kým rozebíráte své problémy související s užíváním hormonální antikoncepce? .....	58
Graf č. 16: Jaký je váš celkový postoj k hormonální antikoncepci?.....	59

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

### **Postoje dospívajících a mladých žen k hormonální antikoncepci**

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Řeháčková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který tvoří důležitou součást mé bakalářské práce nazývající se: **Postoje dospívajících a mladých žen k hormonální antikoncepci**. Vaše odpovědi budou zcela anonymní a nebudou využity k žádnému jinému účelu.

Děkuji Vám za Váš čas.

Pokyny pro vyplnění: **Dotazník je určen především pro dívky a ženy ve věku 15-35 let, které užívaly či užívají hormonální antikoncepci** (vyplňte prosím celý dotazník, kromě otázky č. 12, která je nepovinná)

Pokud jste hormonální antikoncepci **nikdy neužívala**, ale jste ve věku 15-35 let a chcete vyjádřit svůj názor k tomuto tématu, dotazník též vyplňte (vyplňte pouze povinné otázky – označené takto (\*)).

Pokud není uvedeno jinak, označte jednu odpověď a to tu, se kterou se nejvíce ztotožňujete. Otázky s volnou odpovědí, prosím, doplňte dle svého názoru.

#### 1. Váš věk (\*)

- a) 15 – 18 let
- b) 19 – 22 let
- c) 23 – 25 let
- d) 26 – 28 let
- e) 29 – 31 let
- f) 32 – 35 let

#### 2. Stav v době užívání hormonální antikoncepce (např. svobodná {zadaná} 3 roky, vdaná 2 roky, nyní už rok rozvedená, ale hormonální antikoncepci stále užívám)

.....

#### 3. Počet dětí (\*)

- a) 0
- b) 1

- c) 2
- d) 3
- e) jiné:

**4. Nejvyšší dosažené vzdělání (\*)**

- a) základní škola
- b) vyučena v oboru
- c) střední škola bez maturity
- d) střední škola s maturitou
- e) gymnázium
- f) vyšší odborná škola
- g) vysoká škola

**5. Pracuji jako (\*)**

- a) studuji (uved'te jaký obor):.....
- b) pracuji jako:.....
- c) jiné.....

**6. Užívala jste nebo užíváte hormonální antikoncepci? Jak dlouho? (\*)**

- a) užívám již.....let
- b) užívala jsem ji .....let
- c) neužívám

**7. O jakou formu hormonální antikoncepce šlo/jde?**

.....

**8. Jaké metody hormonální antikoncepci znáte? (\*)**

.....  
.....

**9. Už se vám někdy stalo, že jste vynechala pilulku? Jak jste postupovala, řekla jste to partnerovi? Jak reagoval?**

- a) nestalo
- b) ano, stalo

.....  
.....

- c) antikoncepci neužívám

**10. Pokud jste byla nucena změnit formu antikoncepce, napište, prosím, z čeho na co jste přešla a proč.**

- a) zatím jsem formu nezměnila
- b) změnila jsem

.....  
.....

- c) antikoncepci neužívám

**11. Když byste i přes užívání hormonální antikoncepci otěhotněla, jak byste dále postupovala? (\*)**

- a) dítě bych si nechala
- b) šla bych na interrupci
- c) nedokážu nyní posoudit
- d) jiné:.....

**12. Už jste takovou situaci řešila?**

- a) ano
- b) ne

**13. Už jste byla na interrupci? (\*)**

- a) ano
- b) ne

**14. Jak se odráží užívání hormonální antikoncepce na vaší menstruaci (pravidelnost a síla krvácení, přítomnost a intenzita bolesti, vaše postřehy)**

.....  
.....

**15. Jaké vedlejší (nežádoucí) účinky hormonální antikoncepci znáte? (\*)**

.....  
.....

**16. Jaké vedlejší (nežádoucí) účinky hormonální antikoncepci se objevily u Vás?**

.....  
.....

**17. Hormonální antikoncepce má kromě zamezení otěhotnění i jiné žádoucí účinky, jaké znáte? (\*)**

.....  
.....

**18. Jaké se objevily u Vás?**

.....  
.....

**19. Přibrala jste nebo zhubla na základě užívání hormonální antikoncepce?**

.....  
.....

**20. Podílí se váš partner finančně na hrazení hormonální antikoncepce, kterou užíváte? Pokud ano, jakou měrou? (pokud antikoncepci již neberete, uveďte údaj z období, kdy jste ji užívala)**

- a) ne, hradím si ji sama
- b) ano, „půl na půl“
- c) hradí mi ji partner
- d) hradí mi ji rodiče
- e) jiné.....

**21. Myslíte, že má antikoncepce nějaký vliv na vztahy (sex, promiskuita, nevěra, lepší/horší prožitky při sexu, větší/menší zodpovědnost vůči početí, odkládání rodičovství, atd.) (\*)**

.....  
.....  
.....

.....  
**22. Od jakého věku si myslíte, že je vhodné začít se sexuálním životem? (\*)**

od .....let

**23. Myslíte si, že je užívání hormonální antikoncepce zdravotně bezpečné? (\*)**

a) ano

b) ne

**24. Představte si, že máte dceru. Od kolika let věku byste jí „dovolila“ začít s užíváním hormonální antikoncepce? (\*)**

od .....let

**25. Konzultovala jste problematiku antikoncepce se svým gynekologem? (\*)**

a) ano

b) ne

**26. Odpověděl Vám na veškeré otázky? (\*)**

a) ano

b) ne

c) jiné.....

**27. Jaké život ohrožující stavy, související s užíváním hormonální antikoncepce, znáte? (\*)**

.....

**28. Hledala jste si informace ohledně hormonální antikoncepce na internetu či v literatuře (proč)? (\*)**

a) ne

b) ano, protože.....

**29. S kým rozebíráte své problémy související s užíváním hormonální antikoncepce? (zde můžete uvést více možností)**

a) kamarádka/ky

- b) partner
- c) s nikým
- d) matka
- e) jiné.....

**30. Jaký je váš celkový postoj k hormonální antikoncepci? (\*)**

- a) pozitivní
- b) negativní
- c) jiné.....

**31. Co je podle Vás termín „postoj“? (\*)**

.....  
.....

**32. Máte nějaký názor, který jste nemohla vyjádřit v předchozích otázkách nebo jakoukoliv připomínku k tomuto tématu, uveďte je prosím zde. (\*)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Děkuji za Váš čas  
Tereza Řeháčková



