

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Sarah Nováková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Sarah Nováková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**KONTRACEPČNÍ METODY A JEJICH ZNALOST U ŽEN
VE FERTILNÍM VĚKU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Silvie Felixová

Plzeň 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2023

.....
vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Nováková Sarah

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kontracepční metody a jejich znalost u žen ve fertilním věku

Vedoucí práce: MUDr. Silvie Felixová

Počet stran – číslované: 61

Počet stran – nečíslované: 26

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova: antikoncepce, pearl index, hormonální antikoncepce, bariérová antikoncepce, neplodnost, IUD, hormony ovaria, menstruační cyklus.

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na kontracepční metody a povědomí o nich mezi ženami ve fertilním věku. Součástí práce je stručný popis vnitřních pohlavních orgánů a jejich funkcí. Dále se práce zabývá ovariálním a menstruačním cyklem, jejich fungováním a hormony jež je ovlivňují. Hlavní část se věnuje antikoncepčním metodám a jejich zařazení do skupin dle mechanismu účinku. Každá metoda je stručně popsána včetně jejich výhod, nevýhod, případně vedlejších účinků, a to jak negativních, tak naopak i těch pozitivních. Především u hormonální antikoncepce jsou pak vyjmenovány indikace a kontraindikace pro jejich předepsání. Ke každé metodě je také uveden Pearlův index, jež udává jejich spolehlivost. Výzkum zaměřený na vědomosti o kontracepčních metodách prokázal, že ačkoliv má skoro každá žena zkušenost s používáním některé z dostupných kontracepčních metod, pouze polovina žen si myslí, že disponuje dostatečnými informacemi o nich.

Abstract

Surname and name: Nováková Sarah

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Contraceptive methods and awareness of them among women in fertile age

Consultant: MUDr. Silvie Felixová

Number of pages – numbered: 61

Number of pages – unnumbered: 26

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 34

Keywords: contraception, birthcontrol, pearl index, HA, barrier contraceptive methods, post-coital contraception, infertility, anatomy of female's internal reproductive organs

Summary:

The bachelor thesis is focused on contraceptive methods and awareness of them among women in childbearing age. The work contains a brief description of the internal genital organs and their functions. In the next part, the work deals with the ovarian and menstrual cycle, their functioning and hormones that affect them. The main part of the thesis concentrates on contraceptive methods and their classification into groups according to their mechanism of functioning. Each method is briefly described, including its advantages, disadvantages and potential side effects, negative as well as positive ones. Especially in the case of hormonal contraception, the indications and contraindications for their prescription are listed. For each method, a Pearl index is also introduced, which indicates their reliability. Research on awareness of contraceptive methods has shown that although almost every woman has an experience using some of the available contraceptive methods, only half of women think they have sufficient information about them.

Předmluva

Užívání antikoncepce je rozšířeno napříč populací ať jde o jakoukoliv z metod. Dnešní doba jich nabízí nepřehledné množství, a proto se orientace v nich stává obtížnější, stejně tak dostupnost relevantních zdrojů. Především u hormonální antikoncepce je vždy nutné zvážit benefity a rizika jejího užívání. Základní znalosti by však ženy měly mít o všech metodách, jelikož často je na vině snížení spolehlivosti antikoncepční metody sama uživatelka. Proto je cílem této práce zjistit do jaké míry jsou ženy ve fertilním věku o možnostech kontracepčních metod informovány, jestli znají jak přínosy, tak negativa antikoncepce, ale také vyvrátit některé mýty, které se s antikoncepcí pojí.

Poděkování

Ráda bych poděkovala MUDr. Silvii Felixové za odborné vedení práce a za poskytování rad a podkladů. Dále děkuji MUDr. Daniele Filipové a MUDr. Patricii Novákové. Rovněž děkuji respondentkám za ochotu při vyplňování dotazníků. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za podporu a trpělivost.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	9
SEZNAM ZKRATEK	10
ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE VNITŘNÍCH ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	
12	
1.1 Ovarium (vaječník).....	12
1.2 Tuba uterina (vejcovod).....	13
1.3 Uterus (děloha)	13
1.4 Hormony přímo ovlivňující menstruační cyklus	14
1.4.1 Estrogeny	14
1.4.2 Gestageny	15
1.5 Cyklické změny ovaria a endometria	15
1.5.1 Ovariální cyklus.....	15
1.5.2 Menstruační cyklus.....	16
2 ANTIKONCEPCE A JEJÍ HISTORIE.....	18
2.1 Historie antikoncepce	18
2.2 Spolehlivost antikoncepce – Pearl index.....	20
3 ANTIKONCEPČNÍ METODY	22
3.1 Přirozená antikoncepce.....	22
3.1.1 Přerušovaná soulož.....	23
3.1.2 Periodická sexuální abstinence.....	23
3.1.3 Měření bazální teploty	23
3.1.4 Metoda kontroly cervikálního sekretu.....	24
3.1.5 Symptotermální metoda.....	24
3.1.6 Laktační amenorea.....	24
3.2 Bariérové metody	25
3.2.1 Prezervativ	25
3.2.2 Femidon	25
3.2.3 Diafragma	26
3.2.4 Vaginální hubka.....	26
3.3 Chemické metody	27
3.4 Nitroděložní tělísko	28
3.4.1 Nitroděložní tělísko bez hormonální složky (IUD) 91	28
3.5 Hormonální antikoncepce (HA)	29
3.6 Kombinovaná hormonální antikoncepce (CC).....	30

3.6.1	Tabletky (COC)	32
3.6.2	Transdermální aplikační systém	33
3.6.3	Vaginální inzert	34
3.7	Hormonální antikoncepce s pouze gestagenní složkou	34
3.7.1	Tabletky (POP)	35
3.7.2	Podkožní implantáty	35
3.7.3	Injekce	35
3.7.4	Nitroděložní tělísko (LNG-IUS).....	36
3.8	Emergentní antikoncepce (EC).....	36
3.9	Sterilizace	37
4	EDUKACE	39
4.1	Edukační role sestry.....	39
4.2	Edukační bariéry.....	40
4.3	Edukace žen v oblasti antikoncepce	40
	PRAKTICKÁ ČÁST	42
5	FORMULACE PROBLÉMU	42
6	CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY	43
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	44
8	METODIKA PRÁCE	45
9	ORGANIZACE VÝZKUMU	46
10	ANALÝZA ÚDAJŮ	47
11	ZHODNOCENÍ CÍLŮ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	66
12	DISKUZE	67
	ZÁVĚR.....	71
	SEZNAM LITERATURY	72
	SEZNAM PŘÍLOH	75
	PŘÍLOHY	76
	Příloha A – Rešerše	76
	Příloha B – DOTAZNÍK	78
	PŘÍLOHA C – PŘÍBALOVÝ LETÁK	85
	PŘÍLOHA D – HNUTÍ PRO ŽIVOT ČR	87

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Graf k otázce číslo 2.....	47
Graf 2: Graf k otázce číslo 3.....	48
Graf 3: Graf k otázce číslo 5.....	49
Graf 4 Graf k otázce číslo 4.....	50
Graf 5: Graf k otázce číslo 6.....	51
Graf 6: Graf k otázce číslo 7.....	52
Graf 7: Graf k otázce číslo 8.....	53
Graf 8: Graf k otázce číslo 9.....	54
Graf 9: Graf k otázce číslo 10.....	55
Graf 10: Graf k otázce č. 11	56
Graf 11: Graf k otázce číslo 12.....	57
Graf 12: Graf k otázce číslo 13.....	58
Graf 13:Graf k otázce číslo 14.....	59
Graf 14: Graf k otázce číslo 15.....	60
Graf 15: Graf k otázce číslo 18.....	61
Graf 16: Graf k otázce číslo 19.....	62
Graf 17: Graf k otázce číslo 16.....	63
Graf 18: Graf k otázce číslo 17.....	64
Graf 19: Graf k otázce číslo 1.....	65

SEZNAM ZKRATEK

CC	Combinated Contraceptive = kombinována hormonální antikoncepce
CMP	Cévní mozková příhoda
COC	Combined Oral Contraceptive = kombinovaná orální antikoncepce
DANA	Dobrá a Neškodná Antikoncepce
DB	Dutina břišní
DM	Diabetes Mellitus
DMPA	Depomedroxyprogesterone acetate = depotní medroxyprogesteronacetát
DRSP	Drospirenon
EC	Emergency Contraception
EE	Ethynilestradiol
FSH	Folikulostimulační hormon
GEU	Graviditas Extrauterina = mimoděložní těhotenství
GnRH	Gonadotropin releasing hormon
HA	Hormonální antikoncepce
hCG	Human Chorionic Gonadotropin = lidský choriogonadotropní hormon
HPV	Human Papilomavirus = lidský papilomavirus
HŽT	Hluboká žilní trombóza
ICHS	Ischemická choroba srdeční
IM	Infarkt myokardu
IPPF	International Planned Parenthood Federation = mezinárodní federace plánovaného rodičovství
IUD	Intrauterine Device = nitroděložní tělíčko
LH	Luteinizační hormon
LNG	Levonogestrel
LNG-IUS	Levonorgestrel-releasing Intrauterine system = nitroděložní systém uvolňující levonorgestrel
PID	Pelvic Inflammatory disease = pánevní zánětlivá nemoc
POP	Progestin Only Pills = progestinová orální antikoncepce
STD	Sexual Transmitted diseases = sexuálně přenosné choroby
TEN	Tromboembolická nemoc
WHO	World Healthcare Organisation = světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Antikoncepcí je myšlena každá reverzibilní metoda zabraňující nechtěnému početí. Kontracepčních metod je v současné době velké množství, různit se mnohou mechanismem účinku, aplikační formou i cenou. Orientace v takovém množství začíná být obtížnou a dostupnost relevantních zdrojů je omezena.

Otázkou zabránění početí se lidstvo zabývá již od dob starověku. Právě možnost plánování rodičovství je symbolem vyspělosti společnosti, avšak měla by s tím korespondovat i úroveň informovanosti o dostupných kontracepčních metodách. Vzhledem k tomu, že zkušenosti s užíváním některé kontracepční metody má skoro každá žena ve fertilním věku, by měla být každá z nich i důsledně informována o veškerých dostupných metodách a jejich kladech a záporech, stejně tak o správnosti jejich aplikace či užívání.

Informovanost je nezbytná především u kontracepčních metod, které obsahují hormonální složku. Tyto metody mají totiž kromě ochrany před nechtěnou graviditou množství vedlejších účinků, které mohou být jak pozitivní, tak ale i negativní. Právě znalost rizik, a naopak možných benefitů by měla být nezbytnou součástí rozhodovacího procesu pro danou kontracepční metodu.

Nedílnou součástí téma antikoncepce je i pochopení funkce ženských vnitřních orgánů a změn, kterým podléhají v jednotlivých fázích cyklu. Nejenom, že tyto vědomosti prohlubují pochopení, co se s námi děje a čím je to způsobeno, ale mohou být také zúročeny při plánovaném těhotenství. Pokud žena rozumí svému cyklu, je na základě těchto znalostí schopna pozorovat symptomy určující plodné a neplodné dny, odhalit nepravidelnost ovulace a jiné anomálie cyklu, které mohou odhalit příčinu zhoršené schopnosti otěhotnět.

Vzhledem k výše uvedenému se tato práce zabývá cyklickými změnami ovaria a endometria, ale také hormony, které tyto změny způsobují. Signifikantní část práce se pak věnuje kontracepčními metodám, kde je u každé stručně uveden mechanismus účinku, indikace a kontraindikace, ale i výhody a nevýhody každé z nich. Cílem je zvýšit povědomí o kontracepčních metodách mezi ženami ve fertilním věku validními informacemi a vyvrátit tak i některé z mýtu, jež jsou o antikoncepci rozšířeny

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE VNITŘNÍCH ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

Mezi vnitřní ženské pohlavní orgány (*organa genitalia feminina interna*) řadíme vaječník (*ovarium*), vejcovod (*tuba uterina*) a dělohu (*uterus*).

1.1 Ovarium (vaječník)

Ovarium je párový orgán vejčitého tvaru, jehož uložení, tvar a vzhled je zcela individuální, velikost závisí na věku. Mezi 20. a 30. rokem dosahuje velikosti největší, s přibývajícím věkem atrofuje na 1/3 až 1/4 původní velikosti. Hladký vzhled si vaječník zachovává do období puberty, přesněji do první menstruace (*menarche*), po níž se kvůli zjizvením pro proběhlých ovulacích mění na hrbolatý. Uloženo je ovarium intraperitoneálně v dutině břišní (DB) při boční stěně malé pánve. Uložení závisí také na tom, zdali žena již rodila. U nullipar (nerodiček) leží ovarium v ovariální jamce (*fossa ovarica*) mezi rozvětvením společných kyčelních cév (*vasa iliaca communis*). U multipar klesá ovarium až do tzv. *Claudiovy* jamky. Fixace je zajištěna závěsným aparátem tvořeným duplikaturou peritonea (*mesovarium*). Výživu krevními (tepenné zásobení obstarává *arteria ovarica* a *ramus ovaricus arteriae uterinae*) a mízními cévami a inervaci zajišťuje *ligamentum suspensorium ovarii* (vaječnickový závěsný vaz) probíhající do *hilum ovarii*. Vaječník lze nahmatat *per vaginam* (10, str.18).

Na ovariu rozlišujeme tři vrstvy. Na povrchu se nachází jednovrstevný epitel, mediálně pak korová vrstva (*cortex ovarii*) a vrstva dřevná (*medulla ovarii*). Dřevná vrstva je tvořena vlákny hladké svaloviny, cévami a autonomními nervovými vlákny. Korová vrstva je z funkčního hlediska nejpodstatnější, jelikož se zde nacházejí vaječnickové váčky (*folliculi ovarii*), ohraničené útvary obklopující zárodečné buňky-oocyty, společně s nimiž dozrávají. Prvotní vaječný váček (*folliculi ovarii primarii*) obsahuje centricky uložený oocyt až do období hormonálního zrání, jež nastává v pubertě. Zráním dochází k zvětšování jedné vrstvy folikulů a přeměně na kubické buňky schopné se dělit tak, aby vytvořily vícevrstevný obal oocytu. Zároveň dochází k vzniku dutiny (*antrum folliculi*) vyplněné tekutinou (*liquor folliculi*) s excentricky uloženým oocytem. Zralý folikul, jež se účastní ovulace (viz kapitola

ovariální cyklus), se označuje jako tzv. Gráfovův folikul. Zralý folikul vyklenuje stěnu vaječníku, následně praská a společně s liquorem folliculi je vyplaven k laterálnímu ústí vejcovodu a následně vejcovodem transportován. (10, str. 21; 22)

1.2 Tuba uterina (vejcovod)

Taktéž se jedná o párový orgán, dutou trubici o délce 10-15 cm, jejíž laterální konec ústí do pobřišnicové (peritoneální) dutiny (ostium abdominale tubae uterinae) a mediální do dutiny děložní (ostium uterinum tubae uterinae).

Na vejcovodu můžeme rozlišit čtyři základní vrstvy. Povrch vejcovodu (tunica serosa) je kryt peritoneem, jež přechází v závěsný aparát mesosalfix. Následuje svalovina (tunica muscularis) probíhající ve dvou vrstvách. Zevní longitudinální vrstva zprostředkovává peristaltický pohyb směrem k děloze (uteru) a vnitřní cirkulární. Posun sliznice zajišťuje řídké podslizniční vazivo (tunica submucosa). Následuje vnitřní výstelka – slizniční vrstva (tunica mucosa) tvořící podélné řasy kryté řasinkovým epitelem s obsahem sekrečních buněk produkující řídký hlen. Častou komplikací této oblasti po proběhlém zánětlivém procesu bývá srůst řasinek, čímž dochází k narušení transportu oocyty do dělohy. Pokud by zde nidovalo (zahnízdlilo) již oplodněné vajíčko, dochází k tzv. extrauterinní graviditě končící zpravidla náhlou příhodou břišní (dolor abdominalis acutus). (10, str. 21-22; 22)

1.3 Uterus (děloha)

Děloha je nepárový dutý orgán tvaru oploštělého kužele a je největším ze skupiny organa genitalia feminina interna. Poloha uteru je označována čtyřmi pojmy. Jedná se o tzv. polohu v anteverzi (sklon v před) a anteflexi (ohnutí vpřed v místě děložního hrdla s laterálním posunem) a mírnou dextrorotací (pootočení vpravo). Na děloze pak dále popisujeme děložní dno (fundus uteri), děložní dutinu (cavitas uteri), tělo (corpus uteri), hrany (margo uteri), rohy (cornua uteri) a děložní hrdlo (cervix uteri) s čípkem (portio vaginalis cervicis).

Povrch dělohy je kryt serózním perimetriem (tunica mucosa), kdy se jedná o neúplný peritoneální obal. Mediálně následuje subserózní vrstva (tela subserosa) přecházející v parametrium (subperitoneální vaziva) jež tvoří systém závěsných (ligamentum teres uteri, ligamenta vesicouterina, ligamenta cardinalia uteri, lgg. rectouterina a lgg. sacrouterina) a podpůrných (svaly pánevního dna – diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale) aparátů.

Nejsilnější vrstvou dělohy je svalovina myometriu, jehož podstatou je funkční systém vypuzení uterinního obsahu. Myometrium je možné rozlišit na tři vrstvy, a to vnitřní cirkulární vrstvu (stratum submucosum), jež má za úkol zaškrcení cév při konečné fázi menses či po porodu, střední spirálovitě uspořádaná vrstva (stratum vasculosum), jež umožňuje rozpínání dělohy a zevní vrstvu (stratum supravasculosum) s longitudiálně uspořádanými vlákny. Vnitřní slizniční výstelka endometrium je tvořena jednovrstevným cylindrickým epitelem s řasinkami. Tato vrstva prochází mnohými trofickými změnami v důsledku menstruačního cyklu (viz kapitola menstruační cyklus). Výživu dělohy zajišťuje arteria uterina, větve arteria iliaca interna, arteria ovarica a aorta abdominalis. Autonomní inervace zajišťuje jak zesílení intenzity kontrakcí (sympaticus), tak jejich útlum (parasympaticus). Senzitivní inervace pak způsobuje bolestivé vjemy při menses či porodu. (10, str. 21-22; 22)

1.4 Hormony přímo ovlivňující menstruační cyklus

Menstruační cyklus je ovlivněn působením hormonů endokrinní (přenášené krevním řečištěm do místa působení) a parakrinní (působení v místě vzniku, či jeho bezprostředním okolí) povahy. Jedná se o hormony ovaria (estrogeny, gestageny), hypofýzy (gonadotropiny-folikulostimulační hormon, luteinizační hormon) a jejich interakci s hypothalamem (sekrece GnRH – gonadotropiny uvolňující hormon, který podporuje sekreci FSH a LH).

1.4.1 Estrogeny

Primárním zdrojem produkce estrogenu je ovarium. Během gravidity se tvoří i v placentě, malé množství se pak tvoří v heparu, nadledvinách, prsech, či tukové tkáni (tento fakt hraje roli v etiogenezi nádorů mammy a především uteru), kde vzniká ve folikulárních (granulačních) buňkách, za jejichž tvorbu zodpovídá folikulostimulační hormon hypofýzy. Prekurzorem vzniku je vždy androgen, jež vzniká vlivem luteinizačního hormonu a následně se aromatázou přeměňuje v estrogen. Hlavními zástupci přirozených estrogenů jsou estradiol (tvořen Graafovým folikulem) a estriol.

Estrogeny disponují širokým spektrem periferních účinků. Hrají důležitou roli například při vývoji sekundárních pohlavních znaků (růst prsů a stydkých pysků), urychlují růst, utvářejí ženám typickou stavbu kostry, rozložení tuku na predilekčních místech a snížené množství svalové hmoty. Dále ovlivňují rychlejší obnovu kostí a zpomalují jejich stárnutí (vznik osteoporózy), podporují retenci solí a vody a zrychlují metabolismus. (10, str. 66; 9, str. 334-336)

Z hlediska menstruačního cyklu je důležité jeho působení v endometriu, kde navozuje proliferaci fázi (zmnožování buněk). „*V pochvě vyvolávají proliferaci sliznice, zvýšení tvorby glykogenu a kyselost poševního prostředí, v myometriu hyperemii a buněčný růst, v děložním hrdle tvorbu řídkého hojného hlenu s vysokou tažností a krystalizací, ve vejcovodu růst svaloviny a její motilitu*“. (10, str. 66)

1.4.2 Gestageny

Stejně jako estrogény jsou i gestageny produkovány ovarii (konkrétně v corpus luteum - žluté tělísko) a placentě. Malé množství se pak tvoří v předovulačních folikulech a kůře nadledvin. Vznikají syntézou cholesterolu a mezi některé jejich vlastnosti patří ukládání tuku a ovlivnění metabolismu cukrů. Hlavním přirozeným zástupcem je progesteron.

Nejvýznamnějším vlivem gestagenů je maturace endometria, kdy dochází k přechodu z proliferaci fáze do fáze sekreční (progestační), a tím přípravy děložní sliznice pro akceptaci vajíčka. Dále pak způsobují změnu cervikálního sekretu na hustý a viskózní a vzestup bazální teploty v období ovulace. (9, str. 334-336; 10, str. 70)

1.5 Cyklické změny ovaria a endometria

Během menstruačního cyklu dochází cyklicky k morfologickým i funkčním změnám v oblasti ovarii (vaječnicků) a endometria (děložní sliznice). Dle lokalizace změn se jedná buď o vlastní menstruační cyklus (změna endometria), anebo ovariální cyklus (změny na ováriích). Jedná se o proces přípravy na potenciální graviditu (těhotenství), který započiná v období puberty a končí menopauzou. Tento cyklus trvá 28 dní (ideálně, norma 21-35 dní) a periodicky se opakuje. (20; 29)

1.5.1 Ovariální cyklus

Vajíčka ve vaječnicích vznikají během intrauterinního vývoje a jejich počet se odhaduje na přibližně 350 000 až 450 000, je neměnný do období puberty a tím spuštění jejich hormonálního zrání. K ovariálnímu cyklu dochází přibližně od 12. až do 28. dne menstruačního cyklu.

První, folikulární fáze, nastává 12. den menstruačního cyklu. Folikuly v ovariu dozrávají paralelně což způsobuje přítomnost folikulů v různém stádiu vývoje. Působením folikulostimulačního hormonu dochází k vývoji a růstu folikulů (pokud by plně došlo více

folikulů, při oplodnění by mohlo dojít k vícečetnému těhotenství) a tvorbě estrogenu což stimuluje růst oocyty. Se stoupající koncentrací estrogenu se tlumí produkce folikulostimulačního hormonu (FSH), a naopak zvyšuje produkce luteinizačního hormonu (LH) a tím tvorby androgenů. Právě poměr mezi FSH a LH je rozhodující pro zánik (atrézii) folikulu či dozrání v Graafův folikul (folliculus ovaricus vesiculosus). Mechanismus selekce folikulu, který dozraje, zatím není znám.

Druhá, ovulační fáze neboli ovulace, nastává 14. den menstruačního cyklu (tedy v jeho polovině). V této fázi dochází hormonálními (vysoká koncentrace luteinizačního hormonu) a enzymatickými vlivy k ruptuře Graafova (zralého) folikulu a tím vyplavení oocyty spolu s liquor folliculi k abdominálnímu ústí vejcovodu, kde je pomocí fimbrií vejcovodu (fimbriae tubae uterinae) zachycen a následně dále transportován do dělohy.

Třetí fáze, luteální, probíhá od 15. do 28. dne cyklu. Dochází k zániku Graafova folikulu (pokles estradiolu) a kolapsu zbývajících buněk tvořících jeho stěnu (membrana granulosa, thékalní buňky). Mnohonásobným zřasením a vyplněním dutiny vzniká žluté tělísko – corpus luteum. Původně vzniká corpus hemorrhagicum s centrální sraženinou krvácením kapilár theca interna. Poté dochází k morfologickým změnám granulosity a zvětšování luteinických buněk s následným vyplněním kapénkami tuku (žlutá barva = žluté tělísko). Corpus luteum pak pokračuje v produkci estradiolu a současně začne tvořit progesteron, jež stimuluje růst a sekreční aktivitu endometria (příprava k implantaci fertilizovaného oocyty) a připravují i ostatní pohlavní orgány na graviditu (děložní hrdlo, pochva, prsní žlázy).

V závislosti na oplození dále vzniká corpus luteum menstruationis (zaniká během 12. až 14. dne, tedy 28. den cyklu) nebo corpus luteum graviditatis (corpus luteum stimulováno lidským choriovým gonadotropinem hCG), které je aktivní do 4-6 měsíce intrauterinního vývoje, poté jeho funkci přebírá placenta a tělísko postupně zaniká. K úplnému zániku dochází post partum. Zánikem corpus lutea se na ovariu tvoří jizva z kolagenního vaziva corpus albicans, jež zapřičiňuje vznik hrbolatého vzhledu vaječníku v závislosti na proběhlých ovulacích. (10, str. 19, 73; 29)

1.5.2 Menstruační cyklus

První fáze cyklu – menstruační fáze začíná prvním dnem krvácení, a nastává, pokud nedošlo k oplození vajíčka vlivem zániku corpus lutea a tím snížení hladiny progesteronu. Tato fáze trvá přibližně čtyři dny, při čemž k nejsilnějšímu krvácení dochází druhý a třetí

den. Krvácení je způsobeno odlučováním nekrotické povrchové vrstvy sliznice endometria (stratum functionale) a jejím vylučováním kontrakcemi dělohy. Při působení hormonální antikoncepce (zabraňuje zrání folikulů a tím ovulaci), může být tato fáze označována také jako pseudomenstruace, „krvácení z výpadku“. Čtvrtý den pak pomalu dochází k pozvolné regeneraci a reepitelizaci obnaženého povrchu (obnova stratum functionale).

Proliferační fáze začíná pátý den menstruačního cyklu působením estrogenů produkovaných zrajícím folikulem. Je specifická proliferací cév, stromatu, epitelových a vazivových buněk, které produkují kolagen, čím dochází k zmnožení mezibuněčné hmoty a vaziva. Na konci této fáze dosahuje endometrium tloušťky přibližně tři mm, obsahuje bazální části žlázek s úzkým lumen a část spirálních arterií.

Sekreční fáze probíhá kontinuálně s luteální fází ovariálního cyklu (15. - 27. den cyklu) a přímo spolu souvisí. Je vyvolána působením hormonů corpus lutea progesteronem, který stimuluje žlázy k sekreci glykoproteinů a tím vede k rozšíření jejich lumen. Epitelové buňky kumulují glykogen, endometrium dosahuje tloušťky 5-6 mm a je připraveno pro nidaci (uhníždění) oplozeného oocyty.

Ischemická fáze nastává v případě, nedojde-li k oplození vajíčka. Při zániku corpus lutea a tím pozastavení tvorby progesteronu dochází ke kontrakci hladké svaloviny endometrických arterií, čímž vzniká ischemie až nekróza stratum functionale. Tato fáze trvá pouze pár hodin až jeden den. Při povolání kontrakce dochází k náhlému překrvení sliznice, prosakování krve z poškozených arterií až odloučení nekrotické vrstvy spolu s menstruačním krvácením. (10, str. 74; 29)

2 ANTIKONCEPCE A JEJÍ HISTORIE

Antikoncepce (méně používaným slovem kontracepcí) se označují metody zabraňující reverzibilně početí, a to buď mechanicky, chemicky nebo hormonálně. Hormonální kontracepční metody mají kromě zabránění nechtěnému početí širokospektré využití například při léčbě nepravidelného cyklu, akné, hirsutismu (nadměrné ochlupení těla), zmírnění premenstruačního syndromu a menstruačních bolestí, snížení výskytu určitých typů karcinomů, ovariálních cyst či endometriózy. Na druhou stranu je velmi důležité zhodnocení nutnosti jejího užívání vzhledem k možným nežádoucím účinkům. Pokud lékař uzná za vhodné (vzhledem k zdravotnímu stavu a ostatním faktorům) užívání hormonální antikoncepce (dále HA) je důležitý výběr poměru působících hormonů, kde je nutno brát ohled na zdravotní stav pacientky, věk, životní styl (kouření, nadváha), rodinnou anamnézu (TEN v rodinně, zvýšené riziko výskytu u pacientky) ale také již prodělané nemoci. (1, str. 8; 19, str. 1)

2.1 Historie antikoncepce

V dobách starověku, kdy byla antikoncepce na svém vývojovém počátku, se šířily různé fámy o její rizikovosti. Zejména kvůli společenskému postoji tehdejší doby (potřeba pracovní síly) a rovnováze natality (porodnosti) a mortality (úmrtnosti) byla snaha o zabránění početí nepochopena. O nelibosti pojednává i legendární biblický příběh o Ónanovi, který říká: *„Ale Ónan věděl, že to potomstvo nebude patřit jemu; proto kdykoliv vcházel k ženě svého bratra, vypouštěl semeno na zem, aby svému bratrovi nezplodil potomka. Jeho počínání bylo v očích Hospodinových zlé, proto usmrtil i jeho.“* (6, str. 38) Dalo by se tedy říci, že Ónan jakožto první uvedl v povědomí nejprostší antikoncepční metodu coitus interruptus neboli přerušovanou soulož.

V Indii se jako antikoncepce využívalo zařikávání proti plodnosti. V Egyptě využívali čípku z rozdrcených jader granátového jablka spojených voskem (vzhledem k estrogenu obsaženém v jádrech mohla být tato metoda velmi účinnou) či zavádění krokodýlího či slovního trusu do pochvy před stykem (bariérová překážka), či vykuřování pochvy. Dalším převratným vynálezem byl čípek z vlčího varlete obaleného bavlnou louhovanou v olivovém oleji. Ačkoliv se tyto metody mohou zdát neúčinné, některé jsou postavené na racionálním základu tím, že obsahují látky hubící spermie (dnes využívány ve formě spermicidních gelů) a tím nelze jejich účinnost zcela vyloučit. Další pro nás bizarní užívanou metodou v Číně bylo polykání živých pulců či živých včel (Francie). Kromě návleku na pennis ze zvířecích

střívek, rybí kůže, či plátýnka, který sloužil především proti přenosu syfilis (*Treponema pallidum*) a pokus o sexuální zdrženlivost v podobě pozdních sňatků a pásů cudnosti ani středověk mnohé nepřinesl.

Na konci 18. století si kněz Malthus začal uvědomovat problém v podobě příliš rychle rostoucí populace v souvislosti s klesajícími zdroji obživy. Toto prozření vedlo k vynálezu prvního pesaru vytvořeného německým gynekologem Friedrichem Wildem roku 1838. Do povědomí ho ale dostal až o několik let později doktor Mensing vydanou publikací (pod pseudonymem pro ne příliš pozitivní přijetí společnosti). Modifikace Mensingova pesaru jsou užívány dodnes. „*Ještě v roce 1878 tvrdil Dr. Routh ve svém projevu před Britskou lékařskou společností, že „sexuální fradulance“ (jak byla antikoncepce nazývána), zejména pak užívání kondomu, působí řadu vážných chorob, jako je rakovina, poruchy srdeční činnosti, úpadek duševních schopností, ztráta paměti, a nakonec všeobecný nervový rozpad s šílenstvím vedoucí k sebevraždě*“ (1, str. 12) Tento zpátečnický postoj tak kromě pesaru nepřinesl žádný další vývoj v oblasti antikoncepce.

Historie dnešní antikoncepce začala až v roce 1921, kdy došlo jednak k založení první poradny v Anglii (tzv. „pesarové kliniky“), kde bylo ženám poskytováno poradenství, zjišťovaly se důvody, proč by početí nebylo chtěné. Dalším zlomovým bodem téhož roku bylo objevení účinnosti výtažků z vaječnicků březích samic zvířat, které zabraňují uvolňování zárodečných buněk z vaječnicků doktorem Haberlandem. Tento postup se však vzhledem k náročnosti získávání i finanční neuchytil a jeho potenciál byl velmi podceňován. Známé bylo již i první kovové (slitina měď/stříbro/zlato) nitroděložní tělísko vytvořené německým gynekologem Gräfenbergem. Avšak kvůli zvýšení výskytu zánětů nebylo doporučováno. Roku 1929 se povedlo Adolfu Butenandovi jako prvnímu izolovat ženský pohlavní hormon estron a následně roku 1934 izolace progesteronu (inhibitor ovulace). V tomtéž roce se povedla chemikům firmy Schering syntéza estradiolu a o čtyři roky později pak ethinylestradiolu (první estrogen účinkující při per orálním podání). Po II. světové válce nastal boom antikoncepce, a proto se začaly vkládat peníze do jejího výzkumu a zdokonalování. V roce 1956 proběhly klinické testy v Portoriku a v roce 1963 se objevila na trhu první pouze gestagenní antikoncepce ve formě injekcí (Depo-Provera, která se pod tímto názvem prodává do dnes) a v roce 1968 ve formě tzv. „minipilulek“ (označení pro tabletky s pouze gestagenní složkou, užíváno i dnes). V roce 1967 přišlo na trh také české vylepšené nitroděložní tělísko DANA (Dobrá a Neškodná Antikocepce), na jehož vývoji se podílel primář Šimáček.

Koncem 70. let a v letech 80. se začaly objevovat studie o zvýšeném počtu pánevních zánětů u žen se zavedeným nitroděložním tělískem a o zvýšeném počtu žen s infarktem myokardu a rozvoji rakoviny prsu a jater. V tomto období zájem o revoluční hormonální antikoncepci opět klesá a populace se vrací k metodám bariérovým.

V 90. letech opět stoupá potřeba spolehlivé kontracepční metody, a tak opět stoupá užívání hormonální antikoncepce. Tento vzestup trval po dobu deseti let a zarazila ho až pandemie HIV. V tomto období se začal propagovat chráněný pohlavní styk. Výskyt pohlavních onemocnění sice opravdu pokles, avšak na úkor zvýšeného počtu interrupcí. Proto byla později doporučována kombinace obou zmíněných metod. Dalším zásahem do úspěchu hormonální antikoncepce byl nárůst žen s tromboembolickou nemocí. Studie uskutečněna roku 1995 poukazovala na souvislost mezi tabletami obsahujícími různé progestiny s rozdílným rizikem hluboké žilní trombózy. S tímto objevem užívání opět pokleslo. Zdrojem problému byl pouze příliš vysoký obsah hormonů (v tehdejší tabletě byla obsažena dávka estrogenu jako v pěti dnes užívaných a progestinu dokonce jako ve dvaceti dnešních tabletách) a tak po korekci koncentrací hormonů byla antikoncepce hojně užívána.

V dnešní době je výzkum zaměřen na snižování dávek hormonů a tím umožnění co největší šetrnosti k organismu a také na zmírnění vedlejších účinků. Od roku 2003 je na trhu například pilulka s drospirenonem (gestagen) u kterého nedochází k zadržování vody v těle a tím obávanému přibývání na váze. K nejšetrnějším pilulkám tak patří například Mirelle s minimálním množstvím hormonů, avšak s nesníženou účinností vhodnou kombinací jejich poměrů. Z nitroděložních tělísek kromě Mireny (na bázi levonorgestrelu s postupným uvolňováním 0,02 miligramů/den po dobu pěti let) přibyly na trhu novinka Jaydess, jež funguje na stejném principu, pouze v menším provedení, s menší dávkou levonorgestrelu a tím vhodností i pro nerodivší ženy. (1, str. 13; 18, str. 275-277; 19; 33)

2.2 Spolehlivost antikoncepce – Pearl index

Veškeré kontracepční metody jsou spojeny s určitým rizikem selhání. Spolehlivost antikoncepce se udává tzv. Pearl indexem, což je její matematické vyjádření. Určuje pravděpodobnost toho, kolik žen ze 100 otěhotní během jednoho roku užívání dané kontracepční

metody. Čím nižší je hodnota indexu, tím spolehlivější metoda je. Pro větší přesnost je třeba rozlišovat běžnou uživatelku, jež se může dopouštět chyb (vynechání pilulky, špatné zavedení bariérové metody, nedodržení stanoveného času mezi aplikací a počátkem styku u chemických kontracepčních metod). (2, str. 16; 18, str. 277)

Vzorec pro výpočet:

$$\text{Pearl index} = \frac{\text{Celkový počet neplánovaných těhotenství}}{\text{Celkový počet měsíců užívání kontracepční metody}} \times 12 \times 100$$

KONTRACEPČNÍ METODA	POČET SELHÁNÍ / PEARL INDEX
Prezervativ	4-10
Diafragma	4-22
Femidon	5-15
Spermicidy	3-10
Periodická sexuální abstinence	3-30
Měření bazální teploty	3-20
Kontrola cervikálního sekretu	0,4-39,7
Kombinace měření bazální teploty a kontroly cervikálního sekretu	0,2 – 39,7
Přerušovaná soulož	4-20
Tablety (hormonální, kombinované)	0,1-3
Tablety (hormonální, gestagenní)	0,2-6 (0,14)
Vaginální kroužek	0,24-1,41
Hormonální náplast	0,9
Podkožní implantát	0-0,07
Hormonální injekce	0,03-1
IUD (bez hormonální složky)	0,2-0,8
IUD (s hormonální složkou)	0,11
Sterilizace muže	0-0,05
Sterilizace ženy	0-0,5

Zdroj: 2, str. 16; 18, str. 277

3 ANTIKONCEPČNÍ METODY

Výběr vhodné kontracepční metody je velmi náročný a nelze jasně určit, která by měla být univerzálně ta nejlepší. Při výběru antikoncepce musí být vždy zvolen individuální přístup dle potřeb klientky. Ohled musí být brán komplexně na všechny aspekty od komfortu aplikace/užívání, přes finanční náročnost, zhodnocení profitu dané metody proti možným nežádoucím účinkům, ale především zdravotní stav, rodinnou anamnézou a rizikovou skupinu pacientek (kouření, věk, etc., týká se především metod obsahující hormony) a pacientek s onemocněními, kde těhotenství musí být plánované, a proto je nutné zvolit co nejspolehlivější kontracepční metodu (diabetes mellitus, epilepsie – teratogenita antikonvulziv, autoimunitními choroby či revmatoidními onemocnění – při užívání Metotrexátu).

3.1 Přirozená antikoncepce

Pod přirozenou antikoncepci spadají všechny metody, které se řídí signalizací plodných a neplodných dní ženy (měření bazální teploty, kontrola cervikálního sekretu), přerušovaná soulož (coitus interruptus), ale i laktační amenorrhoea. Samostatně není většina těchto metod vysoce spolehlivá, avšak jejich kombinací (symptotermální metoda) ji lze docílit.

Výhodou těchto metod je, že jsou dostupné, bez nutnosti užívání farmak a bez nutnosti manipulace před stykem. U symptotermálních metod je značnou výhodou pro ženu porozumění cyklu, zjištění, jak reaguje její tělo na jeho jednotlivé fáze a v případě plánování těhotenství možnost využití rozeznání plodných dní nebo třeba anovulačního cyklu. Výraznou nevýhodou je nutnost nácviku rozeznávání všech symptomů, které může trvat až rok. Právě kvůli nesprávnému rozlišování symptomů, špatnému zápisu do grafů, či nedodržování striktních postupů se Pearl index pohybuje v širokém rozmezí. Pokud se tedy rozhodujeme pro výběr této kontracepční metody na základě Pearl indexu, je nezbytné brát v potaz běžnou uživatelku (která se těchto chyb dopouští) a ideální uživatelku, která postupuje u všech úkonů správně a má veškeré potřebné znalosti. Vzhledem k těmto skutečnostem není metoda doporučována u žen, u kterých je s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu nutné těhotenství předem plánovat.

3.1.1 Přerušovaná soulož

Přerušovaná soulož neboli coitus interruptus je metoda, kdy při koitu dojde k jeho přerušování těsně před ejakulací muže, který ejakuluje mimo rodidla ženy. Spolehlivost přerušované soulože je omezena především tím, že při vzrušení muže dochází ke vzniku preejakulátu (čirá, lepkavá tekutina) jinak také přezdívané „kapce touhy“ jež obsahuje nízkou koncentraci spermií tudíž může dojít k oplození již před samotnou ejakulací. Dalším aspektem snížené účinnosti je náročnost na sebeovládání muže, kdy nemusí dojít k včasnému přerušování styku. Jedinou výhodou je možnost jejího využití bez předchozího plánování soulože.

3.1.2 Periodická sexuální abstinence

Metoda periodické sexuální abstinence pracuje s tím, že ovulace probíhá periodicky obvykle 12. až 16. den před koncem menstruačního cyklu. Dny ovulace jsou nazývány dny plodnými, a proto se v tomto rozmezí doporučuje sexuální zdrženlivost. Naopak dny neplodné jsou přibližně týden před menstruací. Metoda není příliš spolehlivá vzhledem k tomu, že menstruační cyklus každé ženy je individuální (může se lišit každý cyklus téže ženy) a proto není hojně užívanou. (2, str. 110; 18, str. 280)

3.1.3 Měření bazální teploty

V podstatě je tato metoda také založena na stanovení ovulace, a to díky termogennímu efektu progesteronu jehož sekrece v luteinizační fázi zvyšuje bazální teplotu přibližně o 0,2 až 0,4°C. Měření by mělo probíhat přibližně ve stejnou dobu, vždy ráno hned po probuzení v pochvě, ústech či konečníku (každé měření pak probíhá vždy ve stejném místě) teploměrem k tomu určeným (ideálně teploměr s přesností na dvě desetinná místa). Každý den se naměřená teplota zapisuje do grafu, který je dostupný online nebo lze vytisknout šablonu. Důležitým pojmem je tzv. základní linie, což jsou teploty naměřené šest dní po sobě před vzestupem teploty. V den ovulace dochází ke zvýšení bazální teploty. Za signifikantní zvýšení teploty se považuje zvýšení teploty tři dny po sobě jdoucí, kdy teplota třetího dne je aspoň o 0,2°C vyšší oproti nejvyšší teplotě ze základní linie. Pokud třetí den tohoto zvýšení nedosahuje, je nutno vyčkat do čtvrtého dne, kdy postačuje jakékoliv zvýšení teploty. Neplodné období nastává třetí až čtvrtý den vzestupu bazální teploty. (2, str. 110; 3, str. 82; 4, str. 34)

3.1.4 Metoda kontroly cervikálního sekretu

Opět metoda založena na stanovení plodných dnů, a to na základě vzhledu a struktury cervikálního sekretu. Pozorování sekretu začíná první den po ukončení menstruace a provádí se aspoň třikrát denně (lze vždy, když jdeme na toaletu). Tvorba sekrece a její formování začíná přibližně sedm až deset dní před ovulací. Hodnotícími faktory jsou pocit při poševním vchodu, kvalita a kvantita sekretu. Nejprve se zaměříme na poševní vchod, který se pocitově může zdát suchý, lepkavý, či vlhký kluzký. Poté hodnotíme kvalitu (vzhled a strukturu) sekretu tak, že umytými prsty přejeďeme po poševním vchodu, sekret ulpělý na prstech mírně promneme a pozorujeme jeho charakteristiku. Při plodných dnech je sekrece vyšší, sekret je čirý, sklovitý (může vzhledem připomínat vaječný bílek) a tažný, způsobuje silně lubrikační pocit při poševním vchodu. Tento typ sekrece je nazýván jako vrchol (PK z anglického peak) po němž nastává ovulace do 24 hodin. Po ovulaci sekrece ustává a mění se v hustou a netažnou až ustane úplně, což je označováno jako dny suché, které přetrvávají do následující menstruace. Obecně tedy neplodné dny nastávají čtvrtý den po vrcholu (tedy třetí den po ovulaci) až do konce cyklu. (17, str. 52-56)

3.1.5 Symptotermální metoda

Tato metoda se zakládá na sledování symptomů plodnosti, kdy se kombinují minimálně dvě metody, a to většinou metoda měření bazální teploty a kontrola cervikální sekrece, někdy i změny děložního čípku (Po menstruaci je čípek tuhý a branka uzavřená, sedm až deset dní před ovulací začne čípek měknout, posouvat se směrem nahoru a tím se začne branka otevírat s čímž souvisí i výtok cervikálního sekretu. Po ovulaci čípek rychle sesedá a opět tvrdne).

3.1.6 Laktační amenorea

Laktační amenorea je fyziologické vymizení menstruace v poporodním období kojení. Aby měla tato metoda antikoncepční účinky, musí splňovat jistá pravidla. Žena musí plně kojit, při čemž je důležitá i frekvence kojení, kde by pauza mezi epizodami kojení neměla přesáhnout dobu šesti hodin. Dalším kritériem je absence menstruačního krvácení. Posledním kritériem je doba uběhlá od porodu. Většina literatur uvádí účinnost laktační amenorey do 6 měsíců od porodu, někteří posouvají hranici až na 9 měsíců. (2, str. 113; 30)

3.2 Bariérové metody

Bariérové metody jsou takové, které mechanicky znemožňují průnik spermatu do dutiny děložní. Nejčastější kontraindikací je možná alergie na latex. Tyto metody samostatně nejsou proslulé vysokou spolehlivostí, avšak oproti ostatním metodám většina z nich chrání před pohlavně přenosnými chorobami (částečně, ani bariérové metody nejsou 100 % ochranou) a snižuje riziko HPV infekce (human papilloma virus, způsobující dysplazii a karcinom děložního čípku).

3.2.1 Prezervativ

Prezervativ neboli kondom je kontracepční prostředek pro muže nasazující se na falus (penis) těsně před pohlavním stykem a mechanicky zabraňuje průniku spermatu.

Mezi výhody patří snadná dostupnost prezervativu, lze jej pořídit bez lékařského předpisu a vyšetření v každé drogerii, lékárně i větším obchodním řetězci s potravinami, a také příznivá cena. Kromě nechtěného těhotenství chrání také před sexuálně přenosnými chorobami (STD). K nevýhodám patří nutnost manipulace před koitem a zhoršení prožitku z něj (snížená taktilní citlivost). Kontraindikací je pouze možná alergie na latex či psychicky vyvolaná erektilní dysfunkce.

Spolehlivost závisí na více faktorech, od kvality zakoupeného prezervativu přes volbu správné velikosti (možnost nepozorovaného sklouznutí během styku) po správnou manipulaci a správné nasazení. Mezi nejspolehlivější však rozhodně nepatří, a tak je vhodná jeho kombinace s chemickými kontracepčními metodami (viz. kapitola 3.3 Chemické metody) ačkoliv v dnešní době jsou již některé prezervativy prodávány s obsahem spermicidních přípravků. Jeho spolehlivost může narušit také užívání dohromady s mastnými krémy, které zapříčiňují narušení povrchu prezervativu a tím zvýšení rizika propustnosti. Z důvodu nespolehlivosti se nedoporučuje jakožto jediná metoda bez kombinace se spermicidy u žen se závažnějšími onemocněními, kde je těhotenství nutné plánovat. (10, str. 107; 13, str. 270)

3.2.2 Femidon

Jedná se o dámský kondom, který vzhledem nápadně připomíná kondom mužský, avšak femidon má na rozdíl od prezervativu flexibilní kroužky na obou koncích. Jeden se zavádí k děložnímu čípku (slepě ukončený), druhý zůstává na vnější straně rodidel. Tímto principem je krytá celá pochva, a proto stejně jako prezervativ chrání před pohlavně přenosnými chorobami.

Jeho výhody a nevýhody jsou srovnatelné s kondomem mužským až na komfort užívání, který je poněkud krkolomnější ať už se jedná o zavedení femidonu, nebo komfortu při samotném styku. Z tohoto důvodu se také nejedná o příliš užívanou kontracepční metodu a v České Republice je jen obtížně sehnatelná. Kontraindikací je užívání femidonu současně s mužským prezervativem kvůli vzniklému vysokému tření a alergii na použitý materiál či anatomické anomálie, které neumožňují zavedení. (10, str. 108; 4, str. 35)

3.2.3 Diafragma

Diafragmou je nazýván poševní pesar, což je jemná latexová membrána upevněná na kovovém prstenci (dříve kruhového tvaru, dnes již inovována do anatomichtějšího tvaru oválu). Zavádí se do pochvy před pohlavním stykem (lze i s předstihem a tím eliminace nepříjemné manipulace těsně před stykem) mezi zadní stěnu poševní (před děložní čípek) a sponu stydkou (symphysis pubica). Po styku je možné pesar nechat zavedený dalších 24 hodin.

Pesar je k dostání především v lékárně, možností je i objednání přes internet (doporučeno spíše pro ženy mající s užíváním pesaru zkušenost a které již přesně vědí, který je pro ně ten vhodný). Ke koupi je sice stejně jako prezervativ bez lékařského předpisu, avšak gynekologická prohlídka je zásadní ve volbě velikosti diafragmy. Taktéž první zavedení by mělo proběhnout v gynekologické ambulanci pro kontrolu správnosti zavedení (nesprávné zavedení i zde snižuje spolehlivost). Kontraindikací k zvolení pesaru jakožto vhodné kontracepční metody jsou časté urogenitální a vaginální záněty, anomálie pochvy, které zavedení neumožňují, pooperační stavy (výkony v urogenitální oblasti), či alergie na materiál. Jako u všech bariérových metod je i u diafragmy doporučeno současné použití chemické metody (spermicidní látky). (4, str. 34-35; 10, str. 108)

3.2.4 Vaginální hubka

Jedná se o polyuretanovou houbičku, zabraňující průniku spermatu mechanicky (nasáváním ejakulátu) a zároveň chemicky pomocí spermicidů. Po ukončení koitu musí zůstat zavedena po dobu šesti hodin.

V dnešní době se nejedná o příliš používanou kontracepční metodu. Nechrání před pohlavně přenosnými chorobami, a kromě nekomfortnosti zavádění klesla obliba především spojováním se vznikem toxického šoku (TSS = toxic shock syndome), což je velice závažná,

život ohrožující komplikace. Při nevhodném vyjmutí taktéž dochází k zapáchajícím výtokům. (2, str.114; 4, str. 35; 10, str. 107; 13, str. 270)

3.3 Chemické metody

Metody využívající spermicidní látky, jež enzymaticky inhibují spermie (znehýbnění) nebo způsobují destrukci jejich buněčné membrány. Nejčastěji užívanou látkou je nonoxylon 9.

Dostupné jsou ve formě gelů, krémů, pěny či čípků. Zavádí se hluboko do pochvy (zavaděč je často součástí balení) od čehož se odvíjí lehký dyskomfort nutné manipulace před stykem. Pro správnou funkčnost musí být kladen důraz na dodržení doby mezi aplikací a pohlavním stykem, která bývá pět až deset minut v závislosti na zvolené formě (u pěny či krému se vyčkávat nemusí). Doba působení je 2 hodiny, poté je nutné opakované použití, stejně tak při opakované souloži.

Jedním z největších pozitiv této metody je, že chrání proti infekcím způsobených grampozitivními koky (*Staphylococcus*, *Streptococcus*), gramnegativními tyčinkami (*Escherichia coli*) i proti některým grampozitivním tyčinkám (*Corynebacterium*). Postihují také patogeny přenášené koitem, a to zejména *Chlamydia trachomatis*, *Gardnerella vaginalis*, *Neisseria gonorrhoea* (kapavka), *Treponema pallidum* (syfilis) a *Trichomonas vaginalis*. Působení je pouze lokální, tudíž neprostupuje do krevního řečiště ani mateřského mléka.

Spolehlivost závisí na uživateli, proto má zde Pearlův index výrazné rozpětí. Nejvhodnější je chemické metody kombinovat s metodami bariérovými pro dosažení co nejvyšší spolehlivosti. Samostatně se tedy nedoporučují ženám, u kterých je ze zdravotních důvodů gravidita nežádoucí nebo je nutné ji přesně plánovat. Kontraindikací může být alergie na daný přípravek, či výskyt iritace genitálu jak ženy, tak muže. Některým párům nevyhovuje pach a chuť spermicidních přípravků (zejména při orogenitálním styku. (2, str. 114; 10, str. 107; 13, str. 270)

3.4 Nitroděložní tělísko

Jedná se o tělísko zavádějící se do dutiny děložní, čemuž je uzpůsoben tvar připomínající písmeno T (doposud nejčastěji užívaný tvar). Tento tvar kopíruje dutinu děložní, čímž zabraňuje samovolnému pohybu tělíska a udržuje ho na svém místě. Zavádění je rychlé, probíhá ambulantně bez nutnosti analgezie u gynekologa a může být trochu nepříjemné (pokud to pacientka vyžaduje, je možné u některých gynekologů využít inhalační analgezie). Obvykle se tělísko zavádí na dobu pěti let, pokud není doba extrakce stanovena jinak. Poté je třeba jej nahradit novým (v případě změny kontracepční metody pouze vyjmout). Pokud je žena s tělískem spokojena a rozhodne se pro se pro znovuzavedení, je doporučeno proběhnout minimálně jednoho menstruačního cyklu. Vzhledem k zavádění tělíska přes děložní čípek je tato metoda doporučována spíše ženám, které již prodělaly porod. V současnosti jsou ale na trhu již inovativní tělíška menší velikosti, která jsou vhodná i pro nerodivší dívky (nulipary), což na druhou stranu koresponduje se zkrácenou dobou zavedení (tři roky). Dle mechanismu účinku rozlišujeme nitroděložní tělíška bez hormonální složky (součástí této kapitoly) a nitroděložní systém uvolňující levonorgestrel (součást kapitoly 3.7 Hormonální antikoncepce s pouze gestagenní složkou. (2, str. 91)

3.4.1 Nitroděložní tělísko bez hormonální složky (IUD) 91

Nitroděložní tělísko, zkráceně nazýváno IUD, bylo hlavně dříve velmi rozšířenou kontracepční metodou (známe pod názvem DANA), ale i dnes je stále častou volbou vzhledem k vysoké spolehlivosti a minimálním zdravotním rizikům. Pro absenci hormonální složky jsou vhodnou alternativou pro ženy, které nechtějí nebo nemohou užívat metody hormonální. Mechanismus účinku je dvojí (v případě tělísek se slitinami). Jedním z nich je vytvoření aseptického chronického zánětu cizím tělesem a druhým spermicidní účinky obsažených slitin. V příbalovém letáku IUD Goldlily/Silverlily je mechanismus účinku popsán takto: „*Slitiny zlato/měď a stříbro/měď použité u IUD Goldlily/Silverlily tvoří na svém povrchu při kontaktu se sekretem dělohy velký počet lokálních galvanických článků. Měď plní úlohu anody, drahý kov úlohu katody. Díky přítomnosti galvanických článků se snižuje pohyblivost, schopnost oplodnění a schopnost přežítí spermií.*“ (viz příloha C) Dle celkové plochy/obsahu slitin jsou tělíška zaváděna na dobu od tří do pěti let (není-li uvedeno jinak). Od doby uvedení na trh prošel vývojem jak tvar tělíska, tak materiál, ze kterého je tělísko vyrobeno. Původní tvar spirály z inertního plastu nahradil dnes typický tvar T ze sloučenin ethylenu a vinylacetátu s přidáním síranu barnatého pro možnost ultrazvukové lokalizace a

obsahem mědi, slitinami mědi a zlata (tělísko Goldlilly), nebo mědi a stříbra (tělísko Silverlilly). Dnes dostupnými tělísky jsou i tělíska s vícero raménky, nebo nitroděložní kulička, jež je tělísko ze slitiny nitanolu s tvarovou pamětí (po zavedení se tělísko stáčí do kuličky) potažené polymerem obsahující měděné kuličky. Problém zavedení těchto tělísek u žen s menší dělohou či užším kanálem děložního hrdla do značné míry eliminoval inovativní typ IUD bez pevného těla. Jedná se o nylonové vlákno s měděnými kroužky, jež se uchycuje do myometria při fundu uzlíkem na konci vlákna.

Nehormonální tělísko je vhodné pro ženy vyžadující dlouhodobou, spolehlivou kontracepční metodu a u žen s kontraindikací antikoncepce hormonální, nebo u žen po porodu (kojení není kontraindikací). Výhodou je absolutní eliminace chyb ze strany uživatelky a lokální působení pouze v místě určení. Metoda není ovlivněna zažívacími obtížemi ani užíváním léčiv. Vzhledem k tomu, že neobsahuje hormonální složku nedisponuje žádnými pozitivními vedlejšími účinky. Tělísko nemá vliv na fertilitu u žen a studie prokazují, že 72-96 % žen otěhotní do jednoho roku po vyjmutí tělíska.

Kontraindikacemi k zavedení tělíska jsou anomálie dělohy, hrdla děložního, uzavřené hrdlo děložní, malá děloha nullipar či náchylnost k tvorbě myomů a nediodagnostikované krvácení z dělohy. Dále se také nedoporučuje u žen s recidivujícími záněty pochvy a pelipatiemi (chronická pánevní bolest). Překážkou může být i alergie na měď v případě, že ji tělísko obsahuje a Wilsonova nemoc.

V souvislosti se zavedením tělíska bývá diskutován vznik akutního pánevního zánětu, jehož incidence za aseptických podmínek není vyšší než 1,6 na 1000 žen. IUD je též přisuzované zvýšené riziko mimoděložního těhotenství (GEU), avšak ve smyslu, že při selhání této metody jakožto antikoncepční je více pravděpodobné, že toto těhotenství bude mimoděložní. Nejčastějším důvodem vyjmutí (kromě plánovaného těhotenství) pak bývá zesílení menstruačního krvácení a bolesti v podbřišku. (2, str. 91-97; 13, str. 271-272)

3.5 Hormonální antikoncepce (HA)

Metoda podávání hormonů ženskému tělu vlastních je nejužívanější kontracepční metodou současnosti dosahující také nejvyšší spolehlivosti. Jedná se o běžně dostupnou

antikoncepční metodu, avšak je vázána lékařským předpisem. Dostupná je v různém cenovém rozpětí, složení i poměrech a koncentracích účinných látek. Na trhu je i velké množství aplikačních forem. Právě vhodnou formu a poměr účinných látek je nutné konzultovat s lékařem.

Každá účinná látka sebou může nést i jisté neantikoncepční jak pozitivní, tak negativní vedlejší účinky, díky čemuž je gynekolog schopný vybrat vhodný preparát dle individuálních potřeb klientky. Pravidlem k předepsání určité hormonální antikoncepce dle WHO (World healthcare organisation) je pomyslný průnik klientčinych přání, jejího zdravotního stavu (rodinné anamnézy) a dostupné kontracepční metody tak, aby byl maximálně využit veškerý potenciál daných účinných látek s co nejnižšími případnými riziky. Tato rizika jsou v dnešní době minimalizována optimalizováním dávky hormonů i jejich inovací. Hlavní dělení hormonální antikoncepce je na kombinovanou hormonální antikoncepci a hormonální antikoncepci s pouze gestagenní složkou. (2, str. 13,123)

3.6 Kombinovaná hormonální antikoncepce (CC)

Kombinovaná hormonální antikoncepce, někdy nazývána estrogen-gestagenní antikoncepce, kombinuje funkci estrogenů jakožto inhibitorů ovulace (potlačení dozrávání vajíčka a tím následně ovulace) a gestagenů, které zajišťují změnu cervikálního sekretu na hustý viskózní a tím méně prostupný pro spermie (vliv na snížení výskytu pánevních zánětů) a snížení růstu děložní sliznice.

Právě cílená kombinace vhodného poměru estrogení a gestagenní složky umožňuje maximální využití antikoncepčního i neantikoncepčního potenciálu této metody dané dle individuálních potřeb uživatelky, stejně tak jako možnost volby formy preparátu. V současnosti je sice stále nejčastěji užívaný ethinylestradiol jakožto estrogení složka, avšak v dnešní době se již objevují i preparáty obsahující místo EE estradiolvalerát nebo estradiol, což bylo umožněno kombinací s novými gestageny čtvrté generace (vyřešení problému se špiněním či nepravidelností cyklu). Oproti estrogenům je spektrum užívaných gestagenů poněkud širší. Pro uživatelku nejdůležitější klasifikací je rozdělení gestagenů na základě androgenní nebo naopak antiandrogenní aktivity (čím vyšší antiandrogenní aktivita, tím větší vliv na zlepšení problematické pleti či ochlupení mužského typu). Reziduálně androgenní

jsou levonorgestrel, norethisteron, lynestrenol a vykazují minimální neantikoncepční účinky. Slabě androgenní až s téměř nulovou reziduální androgenní aktivitou jsou nejběžněji předepisovanými a patří mezi ně desogestrel, gestoden a norgestimat. Další skupinou jsou antiandrogenní progestiny a to cyproteronacetát, chlormadinonacetát a dienogest. Samostatnou skupinu tvoří drospirenon, který má kromě antiandrogenní aktivity také antimineralkortikoidní účinek. Jež se podílí na zabraňování retence tekutin a elevace krevního tlaku. (2, str. 23,56-59; 5. str. 10)

Indikace

Kombinovaná hormonální antikoncepce je vhodná u žen s hyperandrogenním syndromem (syndrom polycystických ovárií), kongestivní pelipatií (chronická pánevní bolest) ale i u žen s anamnézou extrauterinní gravidity a s rodinou anamnézou karcinomu ovaria. Nasazována je též k úpravě menstruačního cyklu při amenoree (absence menstruačního krvácení), polymenoree (častá menstruace, cyklus kratší než 21 dní), hypermenoree (silné menstruační krvácení), menorhagiemi (krvácení delší, než 7 dní) a oligomenoree (méně častá menstruace, cyklus delší než 35 dní). Dále je využívána k zmírnění premenstruačního syndromu či dysmenorei (bolestivá menstruace) a doporučována je též u idiopatického hirsutismu (nadměrný růst ochlupení) a akné. Preparáty s vysokou dávkou estrogenu jsou vhodné i pro ženy kontinuálně užívající medikaci zvyšující funkci jaterních enzymů. (2, str. 47)

Kontraindikace

Absolutní kontraindikace užívání kombinované HA je anamnéza hormonálně dependentních nádorů (karcinom prsu, karcinom endometria), ale i podezření na ně (nediagnostikovaná rezistence v prsu a krvácení z dělohy). Dále je absolutní kontraindikací anamnéza hluboké žilní trombózy, či tromboembolie, ischemické choroby srdeční, cévní mozkové příhody a u žen se závažnými vrozenými hyperkoagulačními stavy (Leidenská mutace, mutace genu pro srážlivý faktor II). Mezi další absolutní kontraindikace spadá také onemocnění jater (akutní i chronické onemocnění s porušenou funkcí jater – akutní i chronická hepatitida, cirhóza jater, benigní i maligní nádory jater a Wilsonova nemoc), neléčená hypertenze (zvýšený krevní tlak), primární plicní hypertenze (zvýšený tlak v plicnici), bolesti hlavy s neurologickými symptomy (vaskulární migrény s auroou), ale i kouření v kombinaci s věkem nad 35 let. Doporučována není ani pro kojící ženy do 6 měsíců od porodu.

Relativní kontraindikací je závažná dyslipidémie (porucha metabolismu tuků), komplikovaný diabetes mellitus a závažný prolaps mitrální chlopně (poškození cípů dvojčipé chlopně). Mezi relativní kontraindikace patří také dlouhodobá imobilizace a plánovaná

operace, kdy je vhodné antikoncepci vysadit přibližně čtyři až šest týdnů před jejím konáním. (2, str. 21; 4, str. 97)

Pozitivní vedlejší účinky

Kombinovaná HA má i pozitivní neantikoncepční účinky. Prokázán je vliv na snížení rizika mimoděložní gravidity, vzniku pánevních zánětů a ovariálních cyst. Pozitivní působení je potvrzeno též ve spojitosti s problematou pletí a zmírněním premenstruačního syndromu. Studie připisují kombinované HA ochranné účinky v souvislosti s prevencí kolo-rektálního karcinomu, a karcinomu endometria a ovaria. Uváděn je také protektivní vliv na kostní hmotu. Výhodou je také možnost kontroly pravidelnosti menstruačního krvácení (možnost tzv. amenorey na přání – dovolená. (2, str. 33, 44)

Negativní vedlejší účinky

Ačkoli se nevyskytují hojně, je třeba uvést i nežádoucí účinky, které se ve spojení s užíváním hormonální kombinované antikoncepce mohou projevit a je důležité je sledovat. Častější nežádoucí účinky nejsou zdraví ohrožující, ale jsou vnímány spíše jako dyskomfort a většinou je lze odstranit či korigovat změnou preparátu. Jedná se převážně o bolesti hlavy, podrážděnost, napětí v prsou, poruchy libida (snížený sexuální apetit), depresivní či emoční změny nálad, kožní změny (chloasma=pigmentové skvrny) a změny tělesné hmotnosti (retence tekutin). Mezi méně časté patří také závratě, nauzea (pocit na zvracení) či migrény. Mezi vzácné, avšak nejzávažnější možné vedlejší účinky patří poruchy krevní srážlivosti, které mohou vést k tromboembolickým komplikacím (IM, CMP), zvýšení krevního tlaku (hypertenze), zhoršení funkce jater a jejich tumory. Možné zvýšení rizika se diskutuje v souvislosti s karcinomem děložního hrdla a prsu. (2, str. 33)

3.6.1 Tabletky (COC)

Tabletky s kombinací hormonů jsou nejužívanější formou antikoncepce. Užívají se perorálně jednou denně nejlépe vždy v přibližně stejnou dobu, a to buď po dobu tří týdnů a týdenní pauzou na odkrvácení (u některých preparátů schéma 24+ čtyřdenní pauza), nebo kontinuálně bez sedmi denní pauzy pro pseudomenstruaci. Pro zachování vysoké spolehlivosti je potřeba tabletky brát pravidelně, proto tato metoda není vhodná pro zapomnětlivé uživatelky. Nevýhodou je také vstřebávání přes trávicí trakt, kdy může být účinnost ovlivněna střevními potížemi nebo užíváním léků interagujícími s látkami hormonální antikoncepce.

Dle poměru hormonů v jednotlivých tabletkách v blistru je můžeme dělit na monofazické, bifazické, trifazické a kombifazické. Monofazické preparáty obsahují konstantní poměr a dávkování obou složek. Bifazické preparáty jsou typické zvýšením gestagenní složky v druhé polovině cyklu. U trifazických přípravků dochází ke zvyšování dávky gestagenů během cyklu dvakrát, někdy za současného zvýšení dávky estrogenu (EE) a u kombifazických ke zvyšování současně estrogenní i gestagenní složky v polovině cyklu.

Další dělení COC vychází z obsažené dávky estrogenu na přípravky vysoko dávkované (40-50 $\mu\text{g}/\text{den}$), nízko dávkované preparáty (30-37,5 $\mu\text{g}/\text{den}$) a preparáty velmi nízko dávkované (15-20 $\mu\text{g}/\text{den}$). Možnost redukce dávky estrogenu na jednu tabletu o až 20 μg přineslo snížení rizik potencovaných právě estrogenní složkou. Naopak velmi nízko dávkované preparáty navzdory očekávání nevykazují snížení rizika tromboembolických komplikací. Vysoko dávkované preparáty jsou indikovány zejména u žen při neúspěšné korekci cyklu nízko dávkovanými preparáty, hypermenoree a u žen užívajících léky, jež prokazatelně snižují účinnost COC. (2, str. 22-23)

3.6.2 Transdermální aplikační systém

Transdermální aplikační systém neboli hormonální náplasti fungují principiálně stejně jako perorální CC. V dnešní době jsou na trhu dva přípravky, a to náplast čtvercového tvaru 4,5 cm x 4,5 cm tělové barvy nebo kruhového tvaru o průměru 11 cm², která je průhledná. Přípravky se také liší obsahem a dávkováním hormonů.

Aplikace probíhá v pravidelných intervalech jednou za sedm dní po dobu tří týdnů, poté následuje týdenní pauza, během které dochází k pseudomenstruačnímu krvácení. Účinnost náplasti přetrvává ještě dva dny po jejím odstranění. Náplast se aplikuje na holou, odmaštěnou kůži, ideálně v oblast břicha, hýždí, či zevní části paže.

Vzhledem k tomu, že je při této metodě využita parenterální cesta vstřebávání, není účinnost ovlivněna zažívacími obtížemi, užíváním antibiotik ani jiných léčiv zvyšujících funkci jater. Výhodou je také aplikace jednou týdně. Ačkoliv je náplast velice přilnavá, 4,6 % žen uvádí, že se jim náplast odlepuje. Tato metoda není doporučena u žen s hmotností nad 90 kg, jelikož byla zjištěna nižší účinnost. Jinak jsou jak indikace, tak kontraindikace, vedlejší účinky a účinnost totožná s ostatními aplikačními formami.

3.6.3 Vaginální inzert

Vaginální inzert v povědomí spíše jako vaginální kroužek je pružný gumový kroužek, který se zavádí do pochvy jednou za tři týdny a maximální doba přesáhnutí činí sedm dní pro zachování účinnosti. Poté následuje týdenní pauza, během které dochází k pseudo-menstruaci. Kroužek stejně jako náplast využívá parenterální cestu vstřebávání, a tak také není ovlivněn zažívacími potížemi a užívanými léčivými při zachování výhod a nevýhod COC. Kroužek by neměl rušit při koitu a partner ani žena sama by jej neměla registrovat. (2, str. 50-51)

3.7 Hormonální antikoncepce s pouze gestagenní složkou

Při užívání hormonální antikoncepce s pouze gestagenní složkou jsou tělu podávány pouze gestageny (progestiny), což jsou syntetické hormony zajišťující funkci corpus lutea. Gestageny zahušťují cervikální sekret a tím znemožňují vstup spermií, ovlivňují růst endometria a motilitu ovárií. Preparáty gestagenní antikoncepce se od sebe liší aplikační formou a užitým progestinem.

Indikace

Tato metoda je indikována u žen s absolutní kontraindikací preparátů obsahujících estrogenery, což obecně znamená u žen s diagnostikovaným zvýšeným rizikem HŽT a karcinomu endometria. U žen s plicní hypertenzí a srdečními vadami i u žen ve věku nad 35 let a kuřaček. Dále je pak doporučována u žen s recidivujícími mykotickými vulvovaginitidami (kvasinkové záněty pochvy a zevní části genitálu), ženám s onemocněním jater i diabetu mellitu s vaskulárními komplikacemi. Gestagenní kontracepci je možné užívat i během kojení.

Kontraindikace

Gestagenní preparáty jsou kontraindikované u žen s karcinomem prsu a u žen, které prodělaly mimoděložní těhotenství (GEU). Mezi relativní kontraindikace spadá ischemická choroba srdeční, CMP, akutní tromboembolická nemoc, těžší poruchy funkce jater a deprese. Dalšími kontraindikacemi jsou recidivující ovariální cysty, zvýšené riziko osteoporózy a snížené libido.

Pozitivní vedlejší účinky

Pozitivním neantikoncepčním vlivem je snížení rizika vzniku zánětů dělohy a vejcovodů, dále pak snížení rizika vzniku rakoviny těla děložního a ovárií. Prokázáno je i snížení rizika rakoviny endometria o 80 %.

Negativní vedlejší účinky

Užívání může způsobovat nepravidelnost cyklu, hnědý výtok mimo období menstruaci (špinění) a někdy až úplné zastavení menstruace (někdy bráno jako pozitivní). Tyto nepravidelnosti se však můžou při delším užívání zkorigovat. Možnými negativními účinky můžou být zvýšené riziko vzniku ovariálních cyst, zhoršení akné, nebo zvýšená chuť k jídlu spojená s nárůstem hmotnosti. (2, str. 65)

3.7.1 Tabletky (POP)

Tabletky s pouze gestagenní složkou jsou také nazývány minipilulky. Na rozdíl od perorální kombinované antikoncepce se neužívají s obvyklou pauzou, ale užívají se kontinuálně 28 dní, což odpovídá plné délce jednoho menstruačního cyklu. V současnosti je u nás dostupný jediný preparát POP s obsahem 75 µg desogestrelu, který má nejen vliv na změnu cervikálního sekretu, ale současně inhibuje ovulaci v 97-99 %, což zaručuje vysokou spolehlivost srovnatelnou s CC. K návratu fertility dochází téměř ihned po vysazení.

3.7.2 Podkožní implantáty

V současné době je u nás dostupný pouze jediný přípravek v této formě díky dovozu ze zahraničí. Jedná se o implantaci drobné tyčinky z ethylenvinylacetátu přísně subkutánně na nedominantní paži asi 6-8 cm nad kubitální jamkou za užití lokální anestezie (aplikace není bolestivá). Doba účinnosti činí tři roky, poté se implantát vyjímá z krátké incize.

Nežádoucí účinky této metody jsou málo časté, ale může dojít ke zhoršení akné, bolesti hlavy, prsou, depresím a změn libida. Spolehlivost podkožního implantátu je vysoká, ovlivněna však může být objemem tukové tkáně, proto není vhodná pro ženy s nadváhou. Výhodou je, že spolehlivost není závislá na uživatelce a aplikace jednou za tři roky. (2, str. 70-71)

3.7.3 Injekce

Látkou užívanou v injekčních preparátech je depotní medroxyprogesteroniacetát (DMPA). Aplikuje se buď preparát s vyšší dávkou (150 mg) intramuskulárně (do svalu), nebo v současnosti více upřednostňovaný preparát s nižší dávkou (104 mg) a subkutánní aplikací v oblasti břicha či přední části stehna. Aplikace je doporučena v prvních pěti dnech cyklu, pokud probíhá v jiné fázi cyklu, může dojít k snížené účinnosti v prvním měsíci či nepravidelnosti krvácení.

Tato metoda je velice spolehlivá, a proto je doporučena u všech pacientek, u kterých je spolehlivost důležitá vzhledem ke zdravotním rizikům spojeným s nežádoucí graviditou. Doporučená je také u žen s předpokládanou nižší compliance (např. mentálně postižené ženy). Efekt injekční kontracepce přetrvává ještě 10 až 18 měsíců po ukončení aplikace, a proto není vhodná pro ženy plánující těhotenství brzy po vysazení antikoncepce. Dále není vhodná pro dívky s vyšším rizikem osteoporózy vzhledem k mírnému snížení kostní denzity při užívání DMPA (bývá přechodné). (2, str. 62)

3.7.4 Nitroděložní tělísko (LNG-IUS)

U tělíška s hormonální složkou se ustoupilo od souhrnného názvu IUD a označuje se zkratkou LNG-IUS, což je označení pro intrauterinní systém uvolňující levonorgestrel. Z názvu je tedy patrná hormonální složka, díky které tento systém nespadá do celku nitroděložních tělíšek, ale dle mechanismu účinku do kontracepčních metod s pouze gestagenní složkou. MUDr. PhDr. Pavel Čepický CSc. vystihuje definici takto: „*Nitroděložní hormonální tělíško kombinuje výhody nitroděložních tělíšek a tzv. gestagenní antikoncepce a současně odstraňuje jejich nevýhody.*“ (19) Vzhledem ke kombinaci i samostatně velmi účinných metod, je spolehlivost téměř 100 %. V dnešní době jsou na trhu dva typy tělíšek oba tvaru T, kdy rozměry větší tělíško obsahující vyšší obsah levonorgestrelu 52 mg se zavádí na dobu pět let a tělíško menších rozměrů s nižším obsahem hormonu na dobu tří let. Menší varianta tělíška je vhodná i pro nullipary.

Tato metoda má pozitivní vliv na snížení intenzity i délky menstruačního krvácení, někdy dochází i k úplnému vymizení. Nutno je však ženu informovat, že během prvních tří měsíců po zavedení dochází ke slabému krvácení z průniku. Další výhodou je ochrana před pánevními zánětlivými onemocněními (PID) což nehormonální IUD neposkytuje, ba naopak tento výskyt potencuje. Vlivem lokálního působení pouze v děložní dutině jsou eliminovány vedlejší účinky na organismus (2, str. 98; 4, str. 48-50). Se zavedením LNG-IUS je spojován zvýšený výskyt ovariálních cyst, což sice dokládá i studie z roku 2002 avšak také uvádí, že u 94 % došlo k jejich spontánnímu zániku (25).

3.8 Emergentní antikoncepce (EC)

Emergentní antikoncepce známější pod pojmem postkoitální, neboli pilulka „po“. Jedná se o metodu užívající se nárazově po proběhlém nechráněném pohlavním styku či při selhání bariérové antikoncepční metody (protržení kondomu etc.).

Od dříve užívané kombinované hormonální emergentní antikoncepce (Escapelle) se dnes upouští vzhledem k lepší snášenlivosti a spolehlivosti preparátu s levonorgestrem (Postinor). Na trhu je preparát s 0,75 mg levonorgestrelu s užitím dvou tablet (jedné co nejdříve po proběhlém pohlavním styku nejdéle však do 72 hodin a druhé tablety 12,

maximálně 16, hodin po užití první) a preparát s vyšší dávkou 1,5 mg levonorgestrelu, kde se užívá jen jedna tableta nejdéle 72 hodin po proběhlém styku. Další možností je ulipristalacetát 30 mg jednorázově až do 120 hodin po styku.

Nežádoucí účinky jsou mírné obdobné u všech těchto přípravků, jedná se ze jména o gastrointestinální obtíže, narušení menstruačního cyklu (nepravidelné krvácení) či bolesti břicha a hlavy. Dříve byla emergentní perorální antikoncepce vydávána pouze na lékařský předpis, což znesnadňovalo jeho dostupnost a tím i možnost co nejzazšího užití. Od května 2015 jsou tyto přípravky volně prodejné u dívek od 16. roku věku.

Možností je také zavedení nitroděložního tělíska do pěti dní od proběhlého nechráněného styku. Zavádění bez předchozího plánování však neprobíhá v optimální fázi cyklu, a proto může být více bolestivé a je vyšší riziko zánětu. (2, str. 87-89; 32)

3.9 Sterilizace

Ačkoliv se kontracepčními metodami rozumí především reverzibilní metody zabránění početí, sterilizace, jež je ireverzibilní formou ochrany před nechtěnou graviditou, má zde také své místo. Ačkoli je tato metoda označována jakožto ireverzibilní, asistovaná reprodukce je stále možností. Jde tedy o metodu ochrany před těhotenstvím s trvalým účinkem, kde gravidita není možná bez lékařské asistence.

Vzhledem k invazivnosti metody bylo dříve k jejímu dosažení potřeba splnění několika pravidel, na která dohlížela sterilizační komise. Od roku 2012 je nutnost sterilizační komise zrušena kromě případů nezletilosti či u osob s omezenou způsobilostí. Ze zdravotních důvodů dnes tedy může o sterilizaci požádat každý občan starší 18 let a z jiných než zdravotních důvodů občan starší 21 let. Ke sterilizaci musí být podána žádost lékaři, podepsaná před svědkem (zdravotnický personál). Následně musí proběhnout edukace ze strany lékaře o povaze výkonu, jeho následcích a možných rizicích. Výkon je možno provést nejdříve sedm dní po podání žádosti ze zdravotní indikace a 14 dní při výkonu na žádost pacienta. Bezprostředně před výkonem musí být podepsán informovaný souhlas s provedením výkonu.

U žen se provádí laparoskopicky sterilizace tubulární v povědomí spíše jako podvázání vejcovodů, či transcervikální obturace vejcovodů bez nutnosti celkové anestezie čímž se výkon stává šetrnějším. Jedná se o zavedení spirálek do ústí vejcovodu, kde působí jako cizí těleso a tím vyvolávají chronický zánět (zarůstání vlastní tkáně).

U mužů probíhá zákrok (vasektomie) chirurgickým přerušením chámovodů, a to buď jejich přetnutím a následnou suturou pahýlů, nebo jejich podvázáním. (10, str. 115; 13, str. 278)

4 EDUKACE

Pojem edukace vychází z latinského *educō, educare*, což lze přeložit jako vést vpřed, vychovávat, vypěstovat. Hlavním cílem edukace je nejen získání nových informací ale i zlepšení a prohloubení vědomostí stávajících, osvojení určitých dovedností či změna postojů, návyků i hodnot. Edukace tedy zahrnuje oblasti kognitivní, psychomotorické i afektivní.

Proces edukace je velice komplexní, a proto je ovlivněn mnoha faktory. Jedním z nich je faktor prostředí, které by mělo působit příjemným dojmem, poskytovat dostatek soukromí a klidu bez okolních rušivých elementů. Mezi další patří faktory psychosociální a fyzikální. Úspěšnost edukačního procesu pak závisí zejména na charakteristice, osobnostních rysech, temperamentu a hodnotách zúčastněných, a to jak edukátora (osoba edukující, předávající informace) a edukanta (příjemce, který se učí novému). Dále pak úspěšnost závisí také na vážnosti předmětu edukace (závažnost onemocnění apod.), komunikačních dovednostech, odborných znalostech a zkušenostech edukátora ale také již existujících znalostech, zájmu a postoji edukanta k dané problematice.

4.1 Edukační role sestry

Důležitou rolí sestry je i role edukátorky. Jejím úkolem je edukace jedince či skupiny v rozsahu stanoveném zákonem a dosaženým vzděláním.

Před samotnou edukací musí sestra sestavit edukační plán, který zohledňuje jednotlivé aspekty související s jedincem, jenž bude edukován. Sestra si tedy musí uvědomit koho edukuje (psychický a fyzický stav pacienta, věk, pohlaví, intelekt, dosažené vzdělání, národnost, nebo kulturní zvyklosti apod.), dále pak předmět edukace a čeho chce edukací docílit. S ohledem na individualitu pacienta je také důležité zvolit vhodné prostředí, denní dobu, ale i edukační metodu. Aby sestra mohla plnit roli edukátorky, musí sama disponovat znalostmi souvisejícími s předmětem edukace a potřebnými komunikačními dovednostmi.

Sestra by také měla dodržovat zásady správné edukace pro co nejvyšší efektivitu. Měla by umět motivovat, předávat informace srozumitelnou formou (použití jednoduchého jazyka s ohledem na vzdělání, intelekt či věk pacienta) aktivně zapojovat pacienta a opakovaně kontrolovat pochopení stěžejních informací. Důležitou dovedností sestry edukátorky

by měla být také správná komunikace, a to jak verbální, tak i neverbální složka, vlídný, empatický, přesto autoritativní přístup a viditelný zájem o pacienta. (8, str. 94; 26)

4.2 Edukační bariéry

Úspěšnost edukačního procesu může být negativně ovlivněna takzvanými edukačními bariérami, čímž rozumíme překážky, znesnadňující edukaci jako takovou. Překážkou může být nevhodně zvolené prostředí, nedostatek času, či nedostatečné soukromí. Dále pak může nastat překážka ze strany sestry, pokud nedisponuje potřebnými komunikačními dovednostmi, odbornými znalostmi, nebo dostatkem času či zájmu. Ze strany edukanta může být překážkou zpravidla nedostatečná motivace či negativní postoj k předmětu edukace. (8, str. 56-57; 26)

4.3 Edukace žen v oblasti antikoncepce

Edukace v oblasti kontracepčních metod bývá často podceňována i přes svou důležitost. Zejména pak u mladších dívek, kde včasná edukace předchází nechtěnému těhotenství nezletilých. Kladný vliv edukace dětí v oblasti antikoncepce a sexuální výchovy potvrzují i studie prokazující pozdější zahájení sexuálního života u mladistvých jež sexuální výchovu absolvovali a snížený výskyt sexuálně přenosných nemocí u mladistvých. (14, str. 22)

První edukace na téma antikoncepce probíhá často již na základní škole. Zde je třeba uzpůsobit edukační metodu tak, aby děti zaujala a bavila. Edukátor by měl být ideálně pedagog, kterému probírání takového tématu nezpůsobuje žádný diskomfort. Atmosféra je především u mladších dětí velmi důležitá k získání si jejich pozornosti a spolupráce. Pedagog by měl být schopný děti motivovat nejen k pozornému poslouchání, ale také ke zpětné vazbě a nácvičce některých dovedností spojených s antikoncepcí.

V určitém věku jsou pak dívky edukovány v rámci preventivních gynekologických prohlídek. Zde může být edukátorem jak doktor, tak sestra s patřičným vzděláním, zkušenostmi a znalostmi. Hlavním úkolem by mělo být vnímání klientčinych přání, podání všeobecných, avšak komplexních informací a dále se dle ženinych požadavků a očekávání, která vůči antikoncepci má, dostat k metodě, která bude jakýmsi průsečíkem přání a získání maximálních benefitů zvolené antikoncepce. Vzhledem k množství existujících preparátů je

výběr dostačující pro uspokojení požadavků ženy. Dle jejích preferencí se tedy soustředíme na zdravotní stav, pohodlnost aplikační formy, nutnost jejího opakování, ale třeba také finanční náročnost dané metody. (8; 26; 30)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Nadužívání antikoncepce, či volba nevhodné kontracepční metody může mít nedozírné následky. Ačkoliv pokrokovost přinesla široké spektrum nejrůznějších inovativním kontracepčních metod, orientace v tak velkém množství se stala obtížnější. Problémem může být i nadužívání hormonální antikoncepce dívkami v mladém věku kvůli neantikoncepčním účinkům hormonální kontracepce pro zmírnění projevů akné a celkově mastící se pleti i vlasů. Užívání hormonální antikoncepce sebou nese nejen pozitivní účinky, ale je spojena také s množstvím rizik, která nemusí být ženám ve fertilním věku známa. Na druhou stranu mohou být v povědomí žen zakořeněny různé mýty, které ve většině případů nemají s realitou mnoho společného a mohou v ženách naopak vyvolávat zbytečné obavy. Nejčastějším je spojování užívání hormonální antikoncepce s infertilitou, kde na vině z pravidla nebývá hormonální antikoncepce, ale spíše odsouvání rodičovství, kdy se s přibývajícím věkem plodnost přirozeně snižuje.

Důležitou roli ve výběru vhodné antikoncepce hraje i relevantnost zdroje získávání informací. Internetové zdroje se mohou v názorech často lišit, nemusí být psané odborníky a jejich validita je z laického hlediska obtížně posuzovatelná. U lékaře zase nebývá dostatek času na prodiskutování problematiky do hloubky, kterou by si zasloužila. Z tohoto důvodu je vhodné mít dané metody aspoň přibližně nastudované a řešit s lékařem již užší výběr konkrétního preparátu. Je informovanost žen o dostupných kontracepčních metodách dostatečná? Jsou obeznámeny s možnými riziky a komplikacemi jejich užívání?

6 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit informovanost a validitu těchto informací o antikoncepčních metodách u žen ve fertilním věku.

CÍL 1. Zjistit rozšířenost užívání kontracepčních metod ženami ve fertilním věku.

Výzkumný problém: Mají ženy ve fertilním věku zkušenost s užíváním některé z kontracepčních metod?

Otázky č. 2, 3, 5

Výzkumný problém: Z jakého důvodu ženy s antikoncepcí nejčastěji začínají a proč se jí naopak vyhýbají?

Otázky č. 4, 6, 7

CÍL 2: Zjistit kvalitu zdrojů, ze kterých ženy ve fertilním věku čerpají informace o dostupných kontracepčních metodách.

Výzkumný problém: Dávají ženy ve fertilním věku při získávání informací přednost názoru odborníků?

Otázky č. 8,9,10,11

CÍL 3: Zjistit, zda ženy ve fertilním věku disponují informacemi dostatečnými k rozhodnutí výběru dané kontracepční metody.

Výzkumný problém: Hodnotí ženy ve fertilním věku informace, kterými již disponují jako dostatečné?

Otázky č. 12, 13

Výzkumný problém: Dokáží ženy zodpovědět vybrané důležité otázky týkající se HA?

Otázky č. 14, 15, 18, 19

Výzkumný problém: Jsou stále v povědomí žen mýty spojené s HA?

Otázky č. 16, 17

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr respondentů pro výzkumné šetření této bakalářské práce byl záměrný. Cílovou skupinou byly dívky a ženy ve fertilním věku (individuální), které již někdy užívaly, užívají, či se chystají začít užívat některé z kontracepčních metod. Tato kritéria byla zvolena pro možnost zmapování znalosti žen právě v tomto věku o dostupných kontracepčních metodách, možných rizicích a výhodách i nevýhodách jejich užívání. Všechny respondentky se dotazníkového šetření zúčastnily dobrovolně.

8 METODIKA PRÁCE

Ke sběru dat byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu, při kterém je oslovován větší počet respondentů, což zaručuje vysokou reliabilitu. Naopak validita je u této metody nižší. Výhodou kvantitativního šetření je rychlý sběr dat, jejich snadná analýza a možnost zobecnění na populaci (7, str.42-43)

Konkrétně byl použit strukturovaný dotazník obsahující 19 otázek z toho 16 uzavřených, 1 polouzavřenou, 2 otevřené, kde měly respondentky možnost se vyjádřit svými slovy, U dvou otázek se respondentky musely vyjádřit ke všem položkám a u čtyř otázek byla možnost více odpovědí

První otázka se zajišťuje věk respondentek. Zbylé otázky pak zkoumají nejhojněji užívanou kontracepční metodu, důvod její volby, znalost pozitivních vedlejších neantikoncepčních účinků hormonální antikoncepce, ale i jejích rizikových faktorů. Dále je zkoumán pohled na dostupnost relevantních zdrojů informací a zájem samotných respondentek tyto informace získávat.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Po schválení žádosti o toto téma byla vytvořena pracovní forma kvantitativního výzkumu a to dotazníku (google formulář). V průběhu práce se složení otázek a jejich třídění do kategorií měnilo na základě nově získaných poznatků. Před distribucí byl dotazník rozdán zkušební skupině pro zajištění srozumitelnosti otázek. Na základě připomínek byl dotazník poupraven. Dotazníky kontrolní skupiny nebyly započítány do výzkumu.

Výzkumná část probíhala od 1. listopadu 2020 do 1. ledna 2021. Pro získání co nejrozmanitějšího vzorku respondentek byl dotazník distribuován před sociální sítí Facebook a to v rámci kontaktů autorky, ale také skupin s názvem Ženy ženám a Dotazníky k vyplnění (k získání žen v mladším věku) a tzv. pověšením na zed'.

Návratnost elektronicky distribuovaných dotazníků nelze zjistit. Vyplněno však bylo 104 dotazníků z toho z nichž 21 nebylo vyplněno správně, a proto musely být vyloučeny. Průzkum tedy vychází z 83 řádně vyplněných dotazníků.

10 ANALÝZA ÚDAJŮ

Tato kapitola se bude zabývat grafickému a slovnímu vyhodnocení a analýze získaných údajů z řádně vyplněných dotazníků.

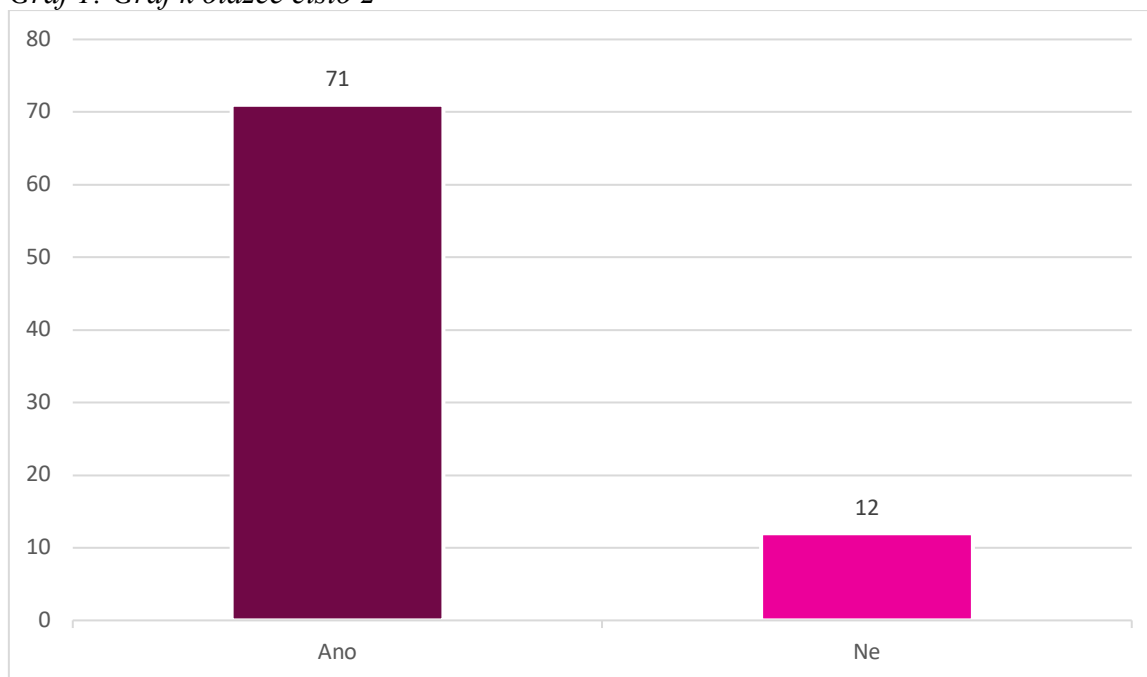
CÍL 1: Zjistit rozšířenost užívání kontracepčních metod u žen ve fertilním věku.

Výzkumný problém: Mají ženy ve fertilním věku zkušenost s užíváním některé z kontracepčních metod?

Otázky č.: 2, 3, 5

Otázka číslo 2: Máte zkušenost s některou z kontracepčních metod?

Graf 1: Graf k otázce číslo 2

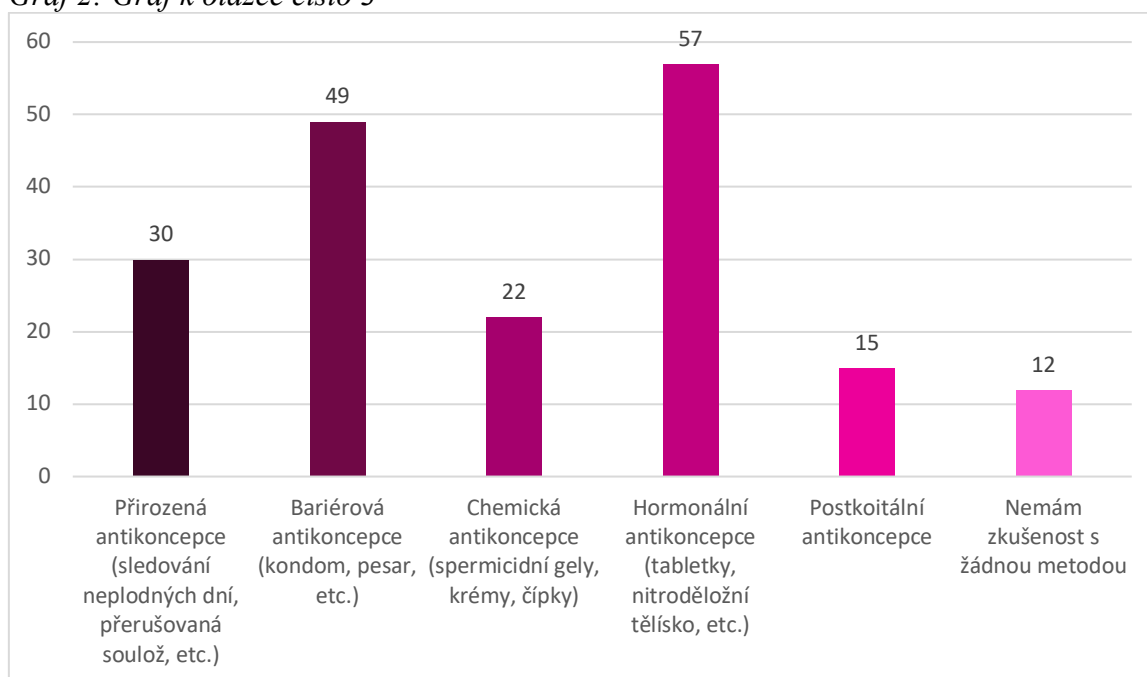


Zdroj: Vlastní výzkum

Cílem této otázky bylo zjistit, kolik žen z dotazovaných někdy užilo jakoukoliv kontracepční metodu. Z 83 tázaných respondentek má zkušenost s některou z dostupných kontracepčních metod 71 respondentek čili většina. Pouze 12 respondentek nikdy žádnou metodu nezkusilo.

Otázka číslo 3: Pokud Ano, se kterou? (možnost více odpovědí)

Graf 2: Graf k otázce číslo 3



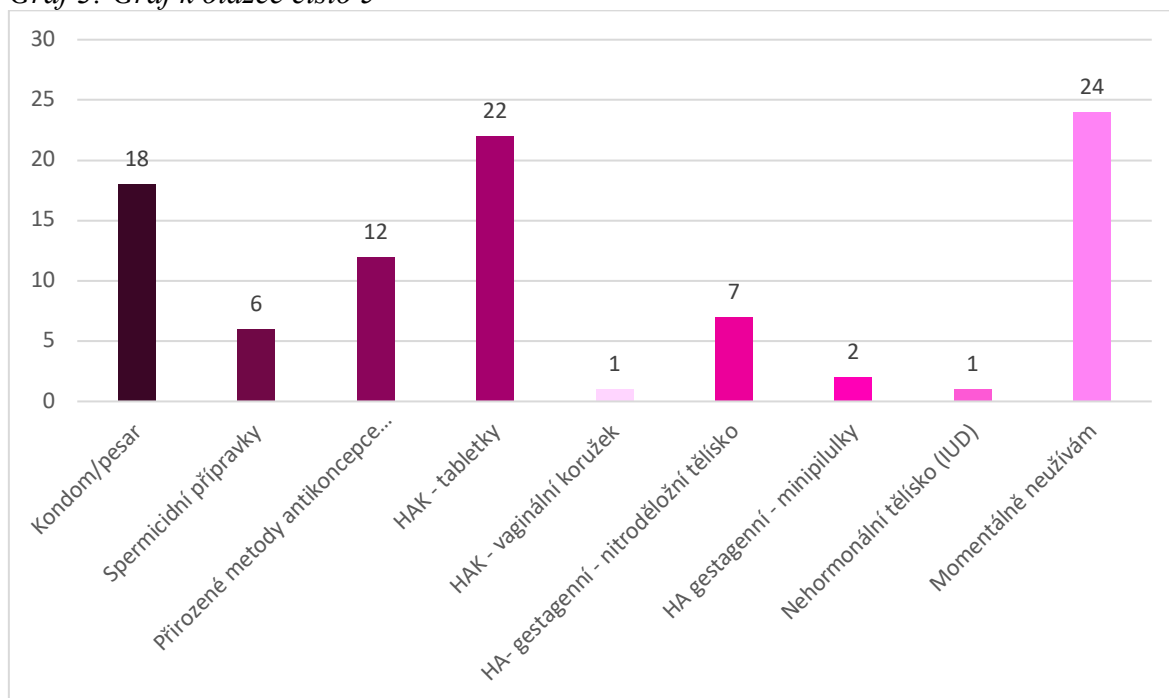
Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce číslo 3 se výzkum zaměřil na konkrétní metody, se kterými mají ženy zkušenosti. Tato otázka měla možnost více odpovědí, jelikož většina žen během svého plodného období vyzkouší více metod, než najde tu nejvíce vyhovující. Požadavky na to, co od dané metody očekáváme se také mění v průběhu dospívání a životní situace.

Z grafu je patrné, že nejvíce žen má zkušenost s hormonálními a bariérovými metodami, což je očekávaným výsledkem vzhledem k tomu, že bariérové metody jsou snadno dostupné a často bývají první volbou mladistvých. Navíc kombinují další výhody v podobě ochrany před pohlavně přenosnými chorobami a nehrozí téměř žádná rizika při jejich užívání. Překvapivé není ani umístění hormonální antikoncepce díky své vysoké spolehlivosti, která dosahuje téměř 100 % a také některým terapeutickým a pozitivním vedlejším účinkům. Překvapením pro nás bylo vysoké zastoupení přirozených antikoncepčních metod, a naopak nižší zastoupení žen, které vyzkoušely některou z forem spermicidních přípravků. Uspokojivým výsledkem pak shledáváme, že pouhých 15 žen má zkušenost s užitím emergentní antikoncepce. Pouhých 12 respondentek nemá zkušenost s žádnou kontracepční metodou, což může být ovlivněno tím, že se jsou mezi respondentkami hojně zastoupeny mladší slečny.

Otázka číslo 5: Kterou kontracepční metodu užíváte nyní? (možnost více odpovědí)

Graf 3: Graf k otázce číslo 5



Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce bylo záměrem zmapovat, kolik žen užívá některou z kontracepčních metod aktuálně a kolik žen ji v současné době neužívá. Dle očekávání převládá užívání hormonální antikoncepce v různých formách s výsledkem 32 respondentek z 83, kde dominantní formou preparátu byla hormonální antikoncepce kombinovaná ve formě pilulek, kterou uvedlo 22 z nich.

Naopak překvapivým zjištěním bylo, že 24 žen ve fertilním věku neužívá žádnou kontracepční metodu a 12 respondentek užívá metod přírozených při čemž 6 z nich spoléhá na účinek pouze přírozených metod. Překvapivá v pozitivním smyslu slova je i hojnost užívání bariérových metod.

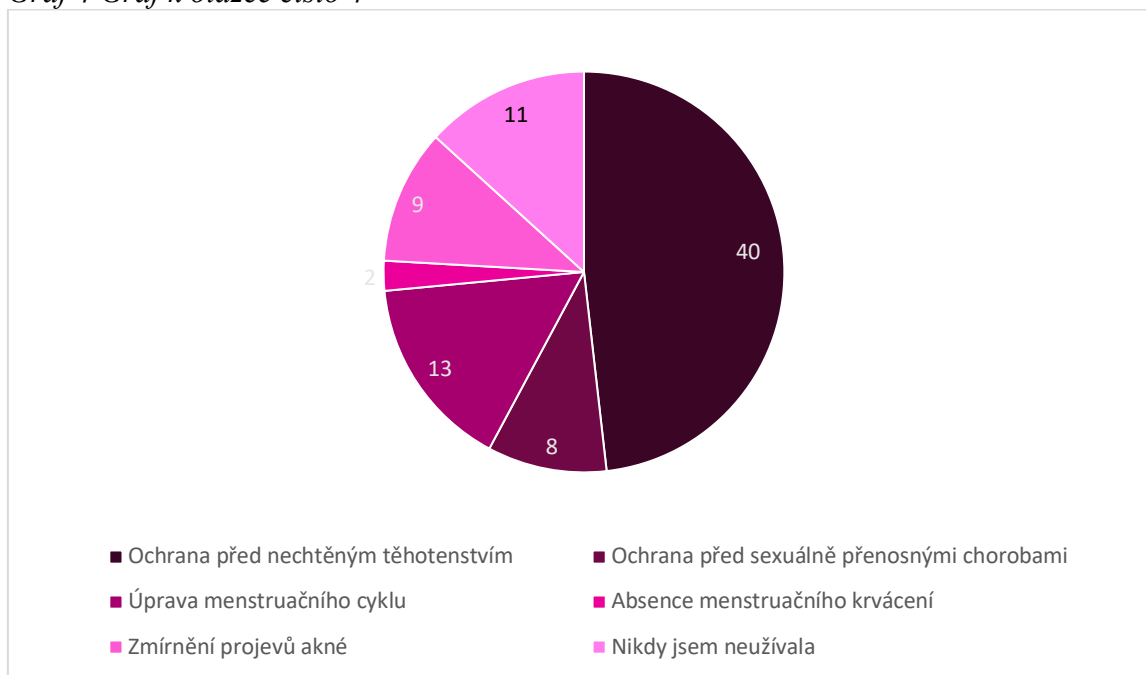
Dřívější studie poukazovali na to, že až $\frac{3}{4}$ žen užívá hormonální antikoncepci, z analýzy této otázky by mohlo být vyvozeno, že tento trend upadá, což podporuje i výzkumná část bakalářské práce Jany Křiklánové z roku 2016. (27)

Výzkumný problém: Z jakého důvodu ženy s antikoncepcí primárně začínají a proč se jí naopak vyhýbají?

Otázky č.: 4, 6, 7

Otázka číslo 4: Z jakého důvodu jste primárně začala antikoncepci užívat?

Graf 4 Graf k otázce číslo 4



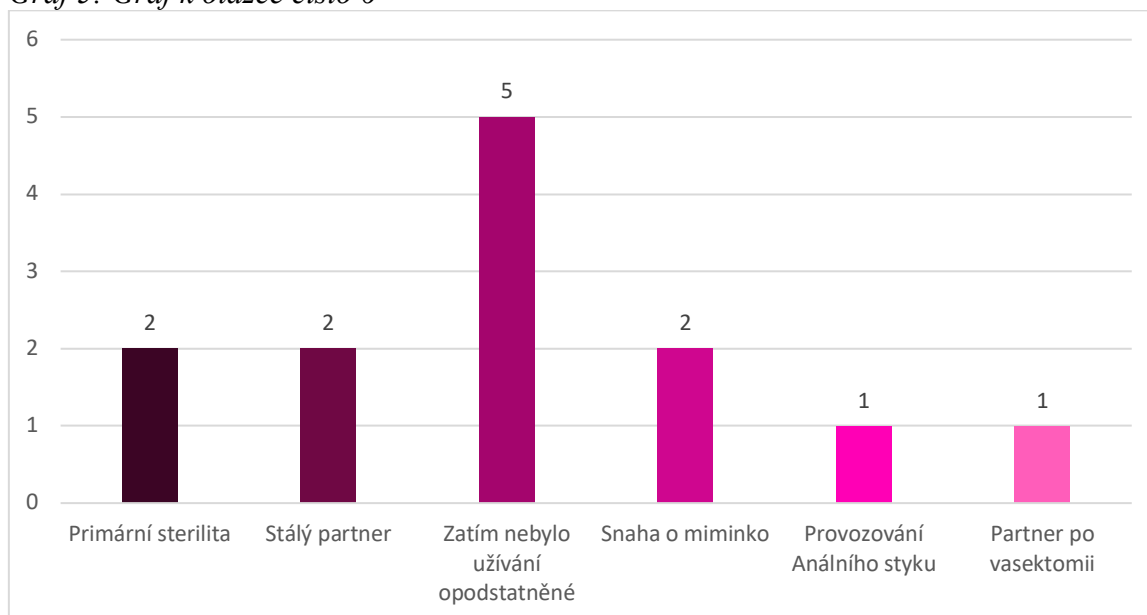
Zdroj: Vlastní výzkum

Cílem otázky číslo 4 bylo zjistit, co ženy primárně vede k tomu, aby začaly antikoncepci užívat. Předpoklad ochrany před nežádoucí graviditou se potvrdil jakožto primární důvod zahrnující 48,2 % z celkového počtu 83 respondentek. Ochranu proti pohlavně přenosným chorobám jakožto primární důvod užívání kontracepce pouhých necelých 10 %

Zbylé respondentky pak začaly antikoncepci užívat na základě jejich pozitivních vedlejších účinků (HA). 15,7 % kvůli úpravě menstruačního cyklu (nepravidelné krvácení, vysoká intenzita menstruačního krvácení etc) a 2,4 % kvůli jeho absenci. Poměrně zajímavým zjištěním byla volba začít užívat hormonální antikoncepci kvůli zlepšení stavu akné a pleť. Tyto respondentky jsou zastoupeny téměř 11 %.

Otázka číslo 6: Pokud jste nikdy žádnou kontracepční metodu neužila/ momentálně neužíváte, z jakého důvodu? (pokud nechcete odpovědět, můžete tuto otázku přeskočit)

Graf 5: Graf k otázce číslo 6



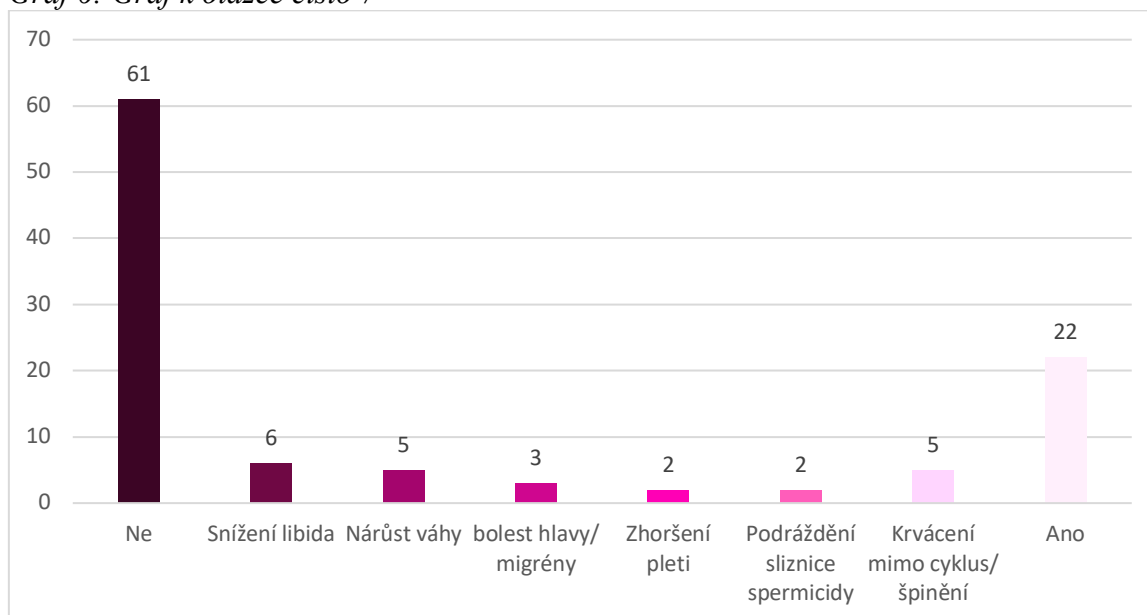
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 6 byla otevřená a nepovinná. Ženy, které nikdy neužívaly antikoncepci, nebo jí neužívají nyní byly vyzvány, aby uvedly důvod, proč tomu tak je. Vzhledem k tomu, že otázka nebyla povinnou, odpovědělo na ní pouhých 13 respondentek. S ohledem na možnost vlastní odpovědi jsem pro přehlednost v grafu odpovědi zobecnili.

Stejným dílem tedy dvěma respondentkami jsou zastoupeny důvody primární sterility, stálý partner a snaha o miminko. Možnosti provozování análního styku a partner po vasektomii jsou zastoupeny stejným počtem, a to jednou respondentkou. Nejvíce je ženami zastoupen důvod neužívání vzhledem k tomu, že užíváním zatím nemělo opodstatnění. Pro doplnění si zde uvedeme některé formulace, které do této kategorie spadají: „zatím jsem nepotřebovala“, „ještě jsem neměla sex“.

Otázka číslo 7: Vyskytly se u Vás některé z nežádoucích vedlejších účinků užívání antikoncepce?

Graf 6: Graf k otázce číslo 7



Zdroj: Vlastní výzkum

Cílem této otázky bylo zjistit, zdali se ženy užívající antikoncepci někdy setkaly s nežádoucími účinky dané antikoncepce. Stejně jako předchozí otázka byla i tato otevřená, a proto je počet odpovědí nižší. Odpovědi jsou pro přehlednost opět zobecněny.

Celkově se nežádoucí účinky projevily u 22 tázaných z nichž 17 uvedlo které konkrétně. Nejvyšším počtem je zastoupeno snížení libida a nárůst váhy a krvácení či špinění mimo cyklus. U 2 respondentek se objevilo podráždění sliznice po užití spermicidních přípravků a u stejného počtu respondentek se objevilo zhoršení pleti. S bolestmi hlavy po nasazení antikoncepce se setkaly 3 respondentky.

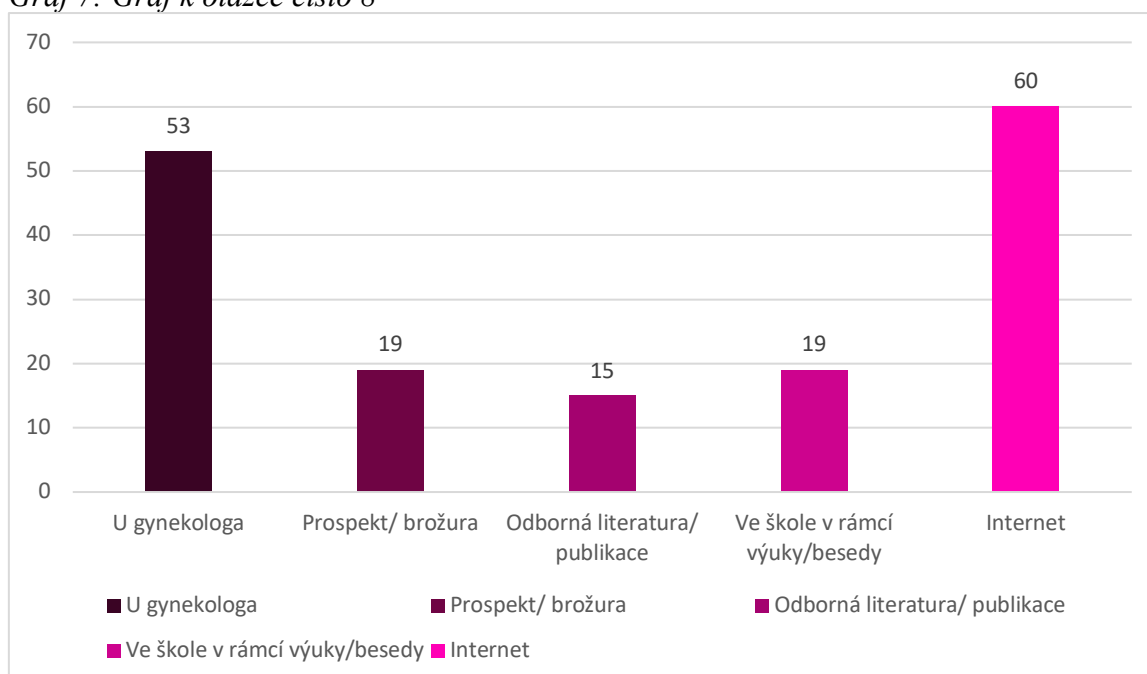
CÍL 2: Zjistit kvalitu zdrojů, ze který ženy čerpají informace o dostupných kontracepčních metodách.

Výzkumný problém: Dávají ženy při získávání informací přednost názorům lékařů/ odborníků?

Otázky č.: 8, 9, 10, 11

Otázka číslo 8: Kde jste čerpala informace o dostupných kontracepčních metodách? (možnost více odpovědí)

Graf 7: Graf k otázce číslo 8



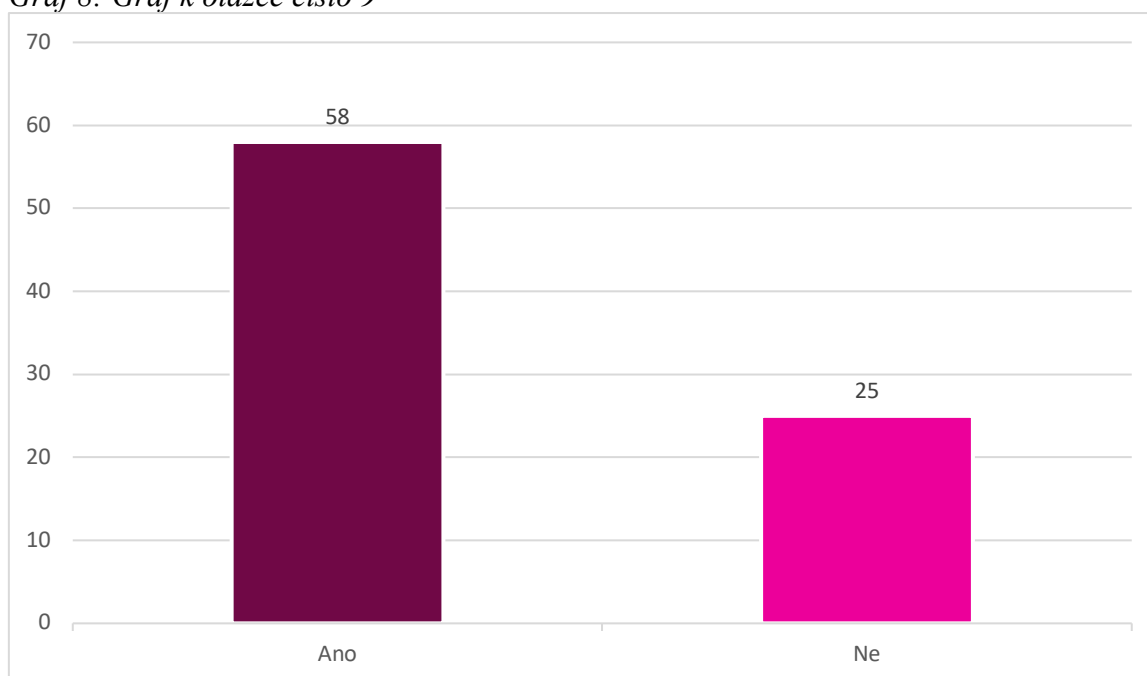
Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce jsme se snažili zjistit, kde respondentky informace získaly, a tím pádem, jak validní tyto informace jsou. Překvapivým výsledkem není, že nejčastějším zdrojem informací byl označen internet, kde získalo informace 72,3 % z 83 tázaných. Pozitivně vnímáme výsledek 63,9 % respondentek z 83 bylo informováno u svého gynekologa, ale také relativně vysoká míra informovanosti vyjádřena 22,9 % v rámci školy, stejným dílem přispěly k informovanosti prospekty, či brožury. Odborná literatura, kde je míra validity jednou z nejvyšších, avšak využívána je pouze 18,1 %.

Výsledky ukazují výraznou dominanci internetových zdrojů, které jsou sice nedostupnější, ale validita těchto informací je diskutabilní. Valná většina publikovaných článků neobsahuje jméno autora ani rok vydání, proto není dohledatelné, kdo článek napsal a jak fundovaný tento autor vzhledem k tématu je. Velmi pozitivně vnímáno je získávání informací u gynekologa, které internetovým zdrojům konkuruje ve slušné míře vzhledem k horší dostupnosti těchto informací.

Otázka číslo 9: Radila jste se o vhodnosti/ výběru dané antikoncepce s gynekologem?

Graf 8: Graf k otázce číslo 9

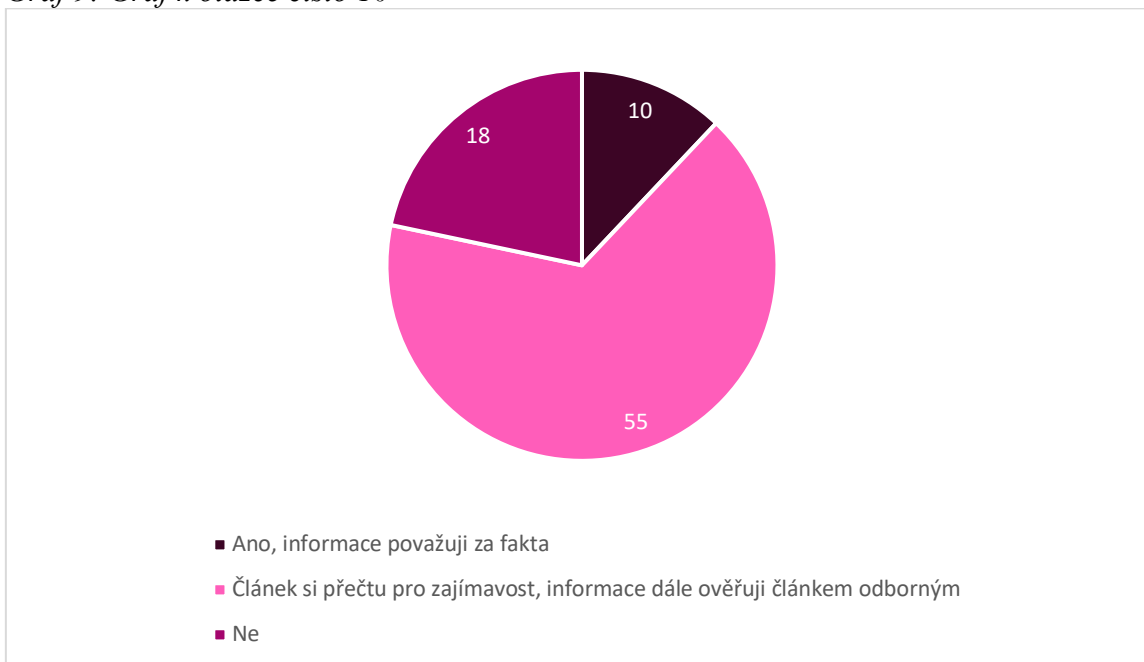


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že značně nadpoloviční většina konzultovala výběr vhodné kontracepční metody se svým gynekologem, což je velmi uspokojivý výsledek. Pouhých 25 respondentek nekonzultovalo, což ale odpovídá počtu dívek, které doposud žádnou antikoncepci neužívaly, nebo užívají některou z metod, kde není lékařská konzultace nutnou.

Otázka číslo 10: Věříte informacím obsaženým v člancích serverů typu idnes, novinky.cz, etc.?

Graf 9: Graf k otázce číslo 10

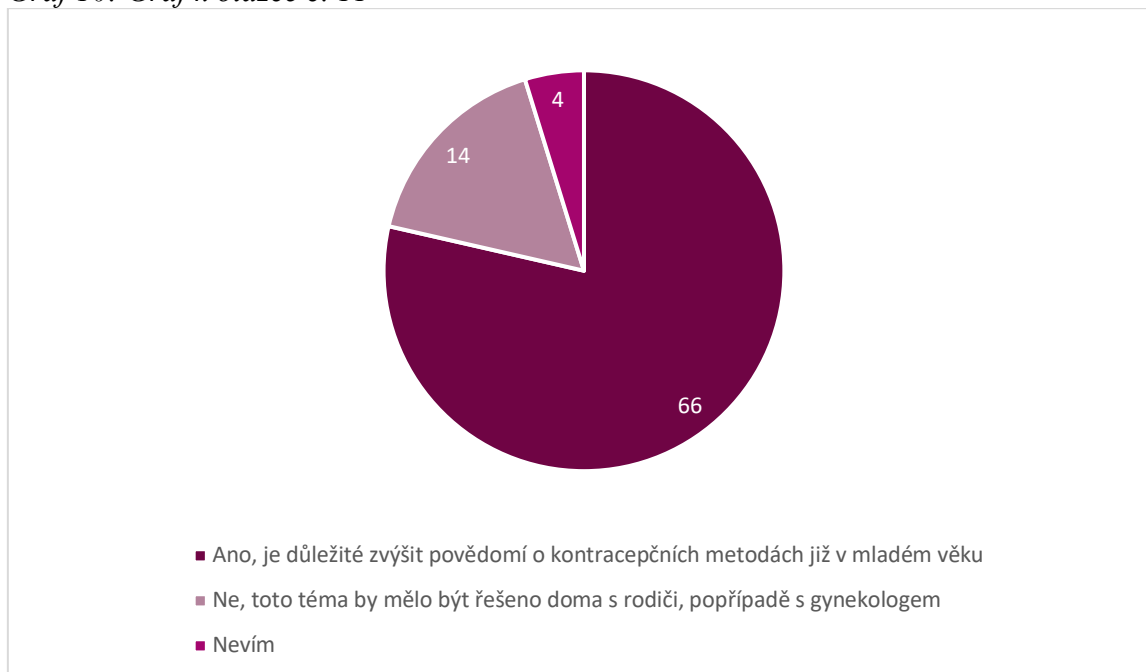


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu otázky číslo 10 vyplývá, že ženy převážně nespolehnají na informace ne odborných článků. Z dotazovaných 83 žen jim 21,7 % nepřikládá žádnou váhu a 66,3 % si článek přečtou pouze pro zajímavost, ale nově získané informace dále ověřují odbornějšími zdroji. Zbýlých 12 % respondentek informace neověřuje a považuje je za fakta. Tento počet respondentek by odpovídal počtu dívek z nejmladší a mladší věkové kategorie.

Otázka číslo 11: Myslíte si, že by edukace ohledně antikoncepčních metod měla být integrována do školní výuky?

Graf 10: Graf k otázce č. 11



Zdroj: Vlastní výzkum

Cílem otázky číslo 16 bylo zjistit, co si respondentky myslí o snaze rozšířit povědomí o dostupných kontracepčních metodách mezi mladšími dívkami v rámci školní výuky. Výsledkem je, že 79,5 % žen si myslí, že by bylo vhodné zařadit téma antikoncepce do školní výuky, 16,9 % respondentek si ale myslí, že by toto téma měli řešit s dětmi rodiče, či gynekolog. Zbýlých 3,6 % tvoří ženy, které se názorově nevymezují.

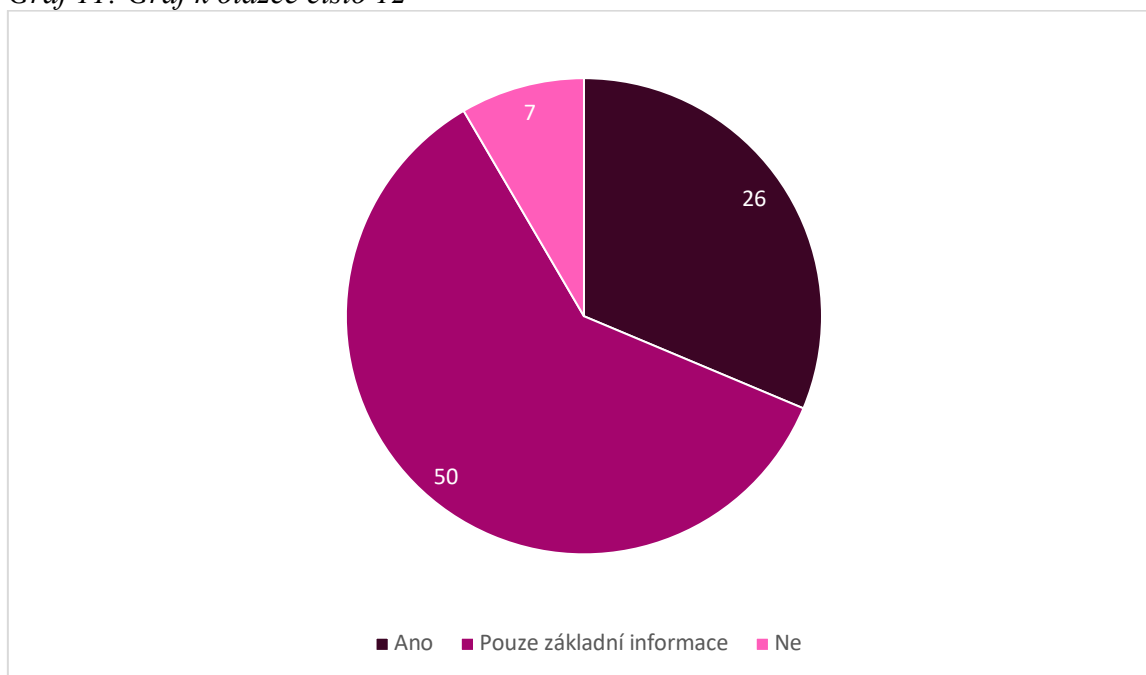
CÍL 2: Zjistit, zda ženy ve fertilním věku disponují informacemi o kontracepčních metodách, především pak HA.

Výzkumný problém: Hodnotí ženy informace, kterými již disponují jako dostatečné?

Otázky č.: 12, 13

Otázka číslo 12: Máte pocit, že máte dostatečné znalosti o dostupných kontracepčních metodách?

Graf 11: Graf k otázce číslo 12

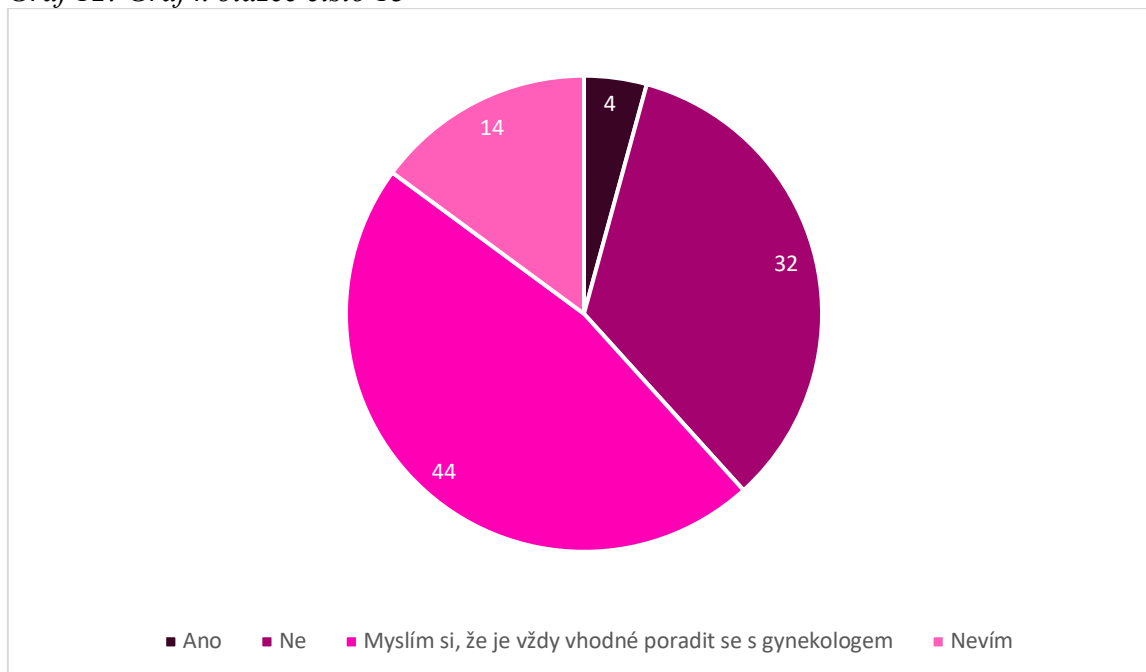


Zdroj: Vlastní výzkum

Cílem otázky 12 bylo zjistit, zdali jsou ženy v tématu kontracepčních metod dostatečně informovány. Z 83 tázaných žen se 31,3 % domnívá, že dostatečnými informacemi disponuje. Naopak 60,2 % respondentek kvituje, že sice informovány jsou, ale pouze na základní úrovni. Neinformovanost uvádí pouhých 8,4 %.

Otázka číslo 13: Domníváte se, že byste na základě těchto znalostí byla schopna vybrat nejvhodnější kontracepční metodu pro Vás?

Graf 12: Graf k otázce číslo 13



Zdroj: Vlastní výzkum

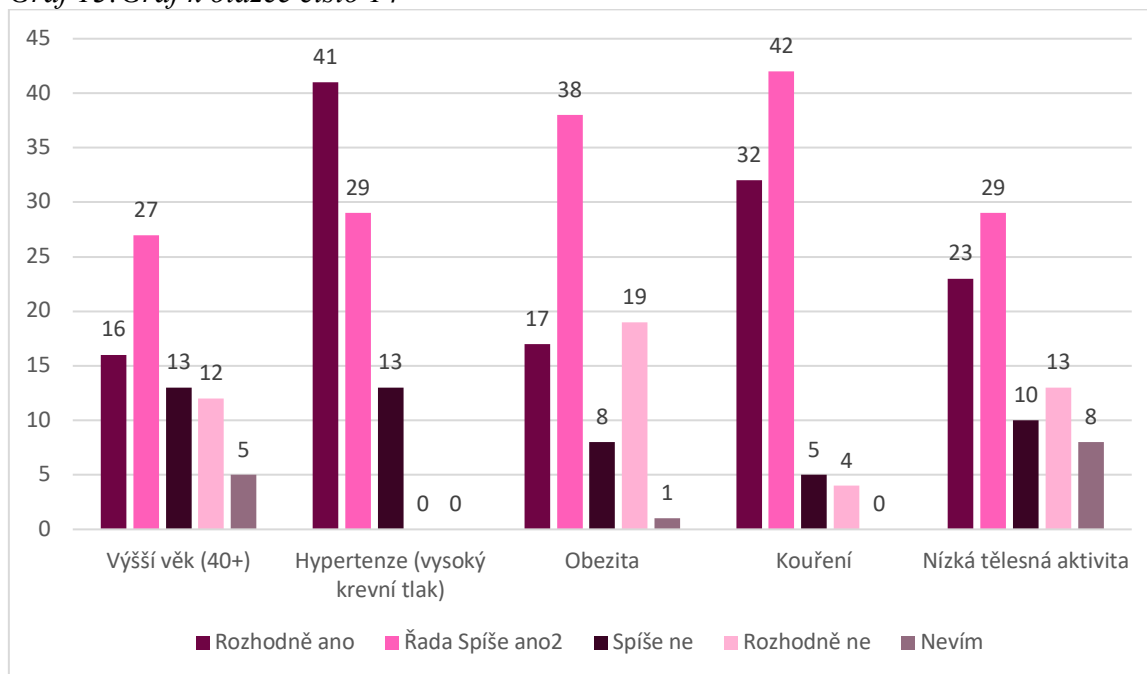
Graf k otázce číslo 14 vypovídá o tom, jak dobré informace se ženy domnívají že mají. Možnost „Ano“ vybraly pouhé 4 %. Tyto respondentky si tedy myslí, že jsou natolik dobře informovány, že by byly schopné vybrat si nejvhodnější kontracepci právě pro ně. Vysoký počet respondentek činící 53 % označilo možnost, že je vždy důležité poradit se s gynekologem, což dokazuje že nadpoloviční většina žen si uvědomuje rozsah tématu a důležitost jeho znalosti před tím, než některou metodu začnou užívat. Překvapilo nás, že 38,6 % respondentek by vůbec nebylo schopno si vhodnou kontracepční metodu zvolit pouze na základě své informovanosti a 3,6 % zvolilo variantu „nevím“.

Výzkumný problém: Dokáží ženy ve fertilním věku zodpovědět vybrané otázky týkající se HA?

Otázky č. 14, 15, 18, 19

Otázka číslo 14: Jsou podle Vás níže uvedené možnosti rizikovými faktory pro vznik hluboké žilní trombózy u žen v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce? (vyjádřete se prosím ke každé položce)

Graf 13: Graf k otázce číslo 14



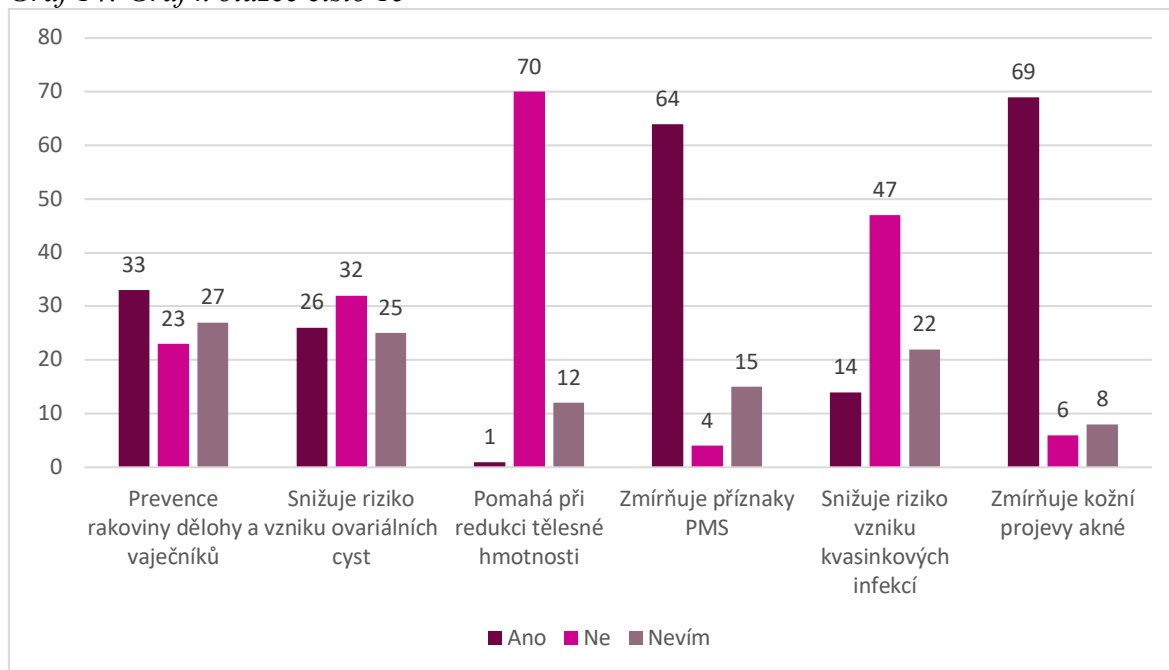
Zdroj: Vlastní výzkum

Tato otázka byla zaměřena na prověření znalostí ohledně hormonální antikoncepce, jejíž užívání sebou může nést určitá rizika. Otázka byla koncipovaná tak, že v podstatě každá z možností je i samostatně do určité míry rizikovým faktorem a v kombinaci dokonce kontraindikací k prescripci.

Vyšší věk (ženy 40+) uvedlo správně jakožto rizikový faktor 43 respondentek. Vysoký tlak správně označila většina respondentek a to 70 z dotazovaných. Obezita by se dala přiřadit spíše k relativním rizikovým faktorům, avšak většinou se obezita přímo pojí s některými z dalších vyjmenovaných možností (hypertenze, nízká pohybová aktivita). Správně ji tedy k rizikovým faktorům řadí 55 dotazovaných, 27 ji jako rizikový faktor nevnímá. Kouření shledává rizikovým „rozhodně ano“ 32, a „spíše ano“ 42 tudíž správně odpovědělo 74 respondentek. Nízkou tělesnou aktivitu vnímá jako rizikový faktor 52 dotázaných.

Otázka číslo 15: Jaké pozitivní vedlejší účinky podle Vás může mít užívání hormonální antikoncepce? (vyjádřete se prosím ke každé položce)

Graf 14: Graf k otázce číslo 15



Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce číslo 15 bylo záměrem zjistit znalost žen o pozitivních vedlejších účincích užívání hormonální antikoncepce.

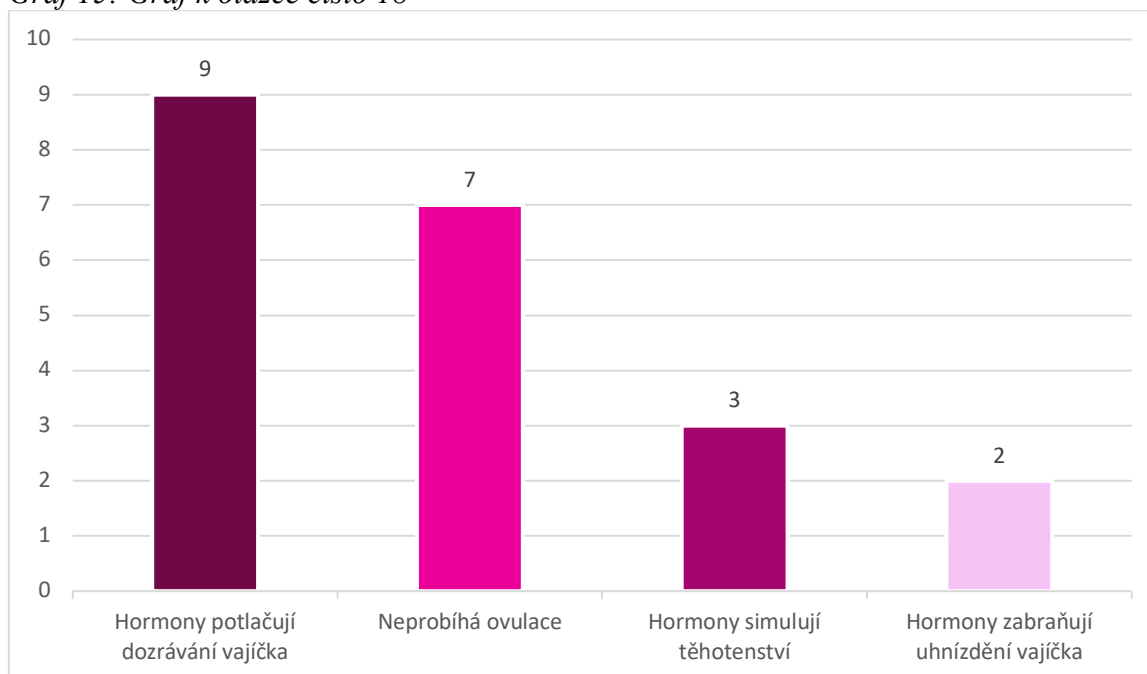
Prvním ze sledovaných položek byl vliv na snížení rizika rakoviny dělohy a vaječnicků (udáváno snížení rizika mezi 30-80 % při užívání aspoň 3 roky), kde se znalost pohybovala okolo 40 % a 32,5 % si myslí, že tento vedlejší pozitivní účinek HA nemá, zbylých 27,7 % se názorově nevymezuje.

Dalším sledovaným parametrem bylo snížení rizika vzniku ovariálních cyst, kde „ano“ odpovědělo 31,3 % respondentek (tato možnost se dá paušálně brát jako správná odpověď i přes to, že pouze gestagenní antikoncepce naopak vznik ovariálních cyst může potencovat, avšak není příliš často užívanou, a proto pod souhrnným názvem HA mají ženy zakořeněnou obecně kombinovanou formu), 38,6 % respondentek tento pozitivní vliv HA nepřipisuje a 30,1 % nemá vymezený názor.

U redukce hmotnosti se shodlo více než $\frac{3}{4}$ respondentek tedy 84,3 %, že tímto účinkem HA nedisponuje. Znalosti příznivého vlivu na premenstruační syndrom jsou rozšířeny mezi 77,1 % žen ve fertilním věku, naopak o pozitivním vlivu HA na snížení rizika kvasinkových infekcí ví pouhých 16,9 % respondentek. Poslední zkoumanou položkou byl pozitivní vliv na problematickou pleť, kde 83,1 % touto znalostí disponuje.

Otázka číslo 18: Uměla byste stručně vysvětlit, jak funguje hormonální antikoncepce? (Pokud neznáte odpověď, otázku přeskočte)

Graf 15: Graf k otázce číslo 18



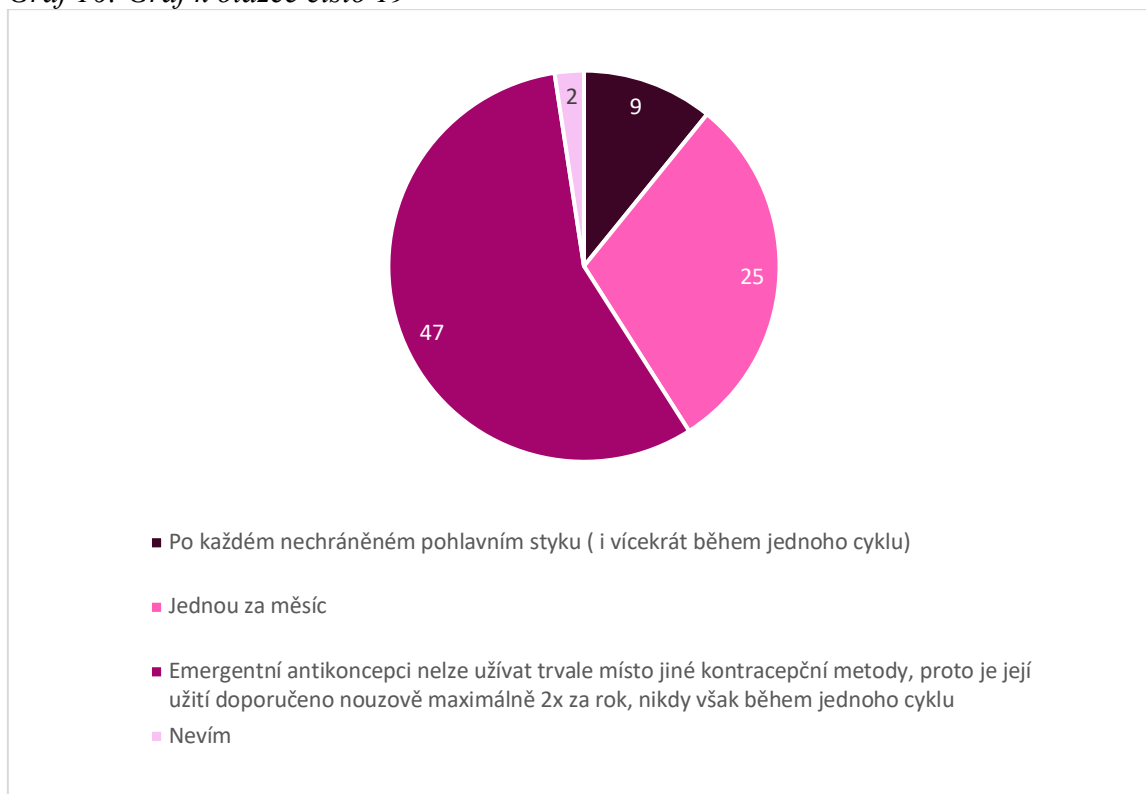
Zdroj: Vlastní výzkum

Vzhledem k tomu, že většina žen má zkušenost s některou z hormonálních metod antikoncepce nás zajímalo, zdali jsou schopny stručně vysvětlit její mechanismus účinku. Otázka nebyla povinná a odpovědělo na ni pouhých 21 respondentek, z čehož lze usoudit, že většina tázaných činicích 62 otázku vynechala z důvodu nevědomosti, či nejistoty správnosti jejich odpovědi.

Tato otázka byla otevřená, a proto byly odpovědi pro přehlednost zobecněny. Nejčastější odpovědí bylo, že tělu dodávané hormony zabraňují dozrávání vajíčka, což správně zodpovědělo 9 respondentek. Jakožto správnou považujeme také odpověď, že díky dodaným hormonům nedochází k ovulaci, což je přímo spojeno s nedozráváním vajíčka a odpovědělo takto 7 respondentek. Další odpovědi, která se dá považovat za správnou je i odpověď, že hormony simulují těhotenství a tím oklamávají tělo. Nesprávně pak odpověděly 2 respondentky, které uvedly, že hormony zabraňují uhníždění vajíčka, toto tvrzení je nesprávné, protože v první řadě nedojde ke zrání vajíčka a jeho uvolnění. Jediná respondentka pak správně uvedla, že hormony nejen, že zabraňují ovulaci, ale také zapříčiňují změnu cervikálního hlenu, který se stává spermiím neprostopný.

Otázka číslo 19: Jak často je možné užití emergentní antikoncepce (pilulce "po")?

Graf 16: Graf k otázce číslo 19



Zdroj: Vlastní výzkum

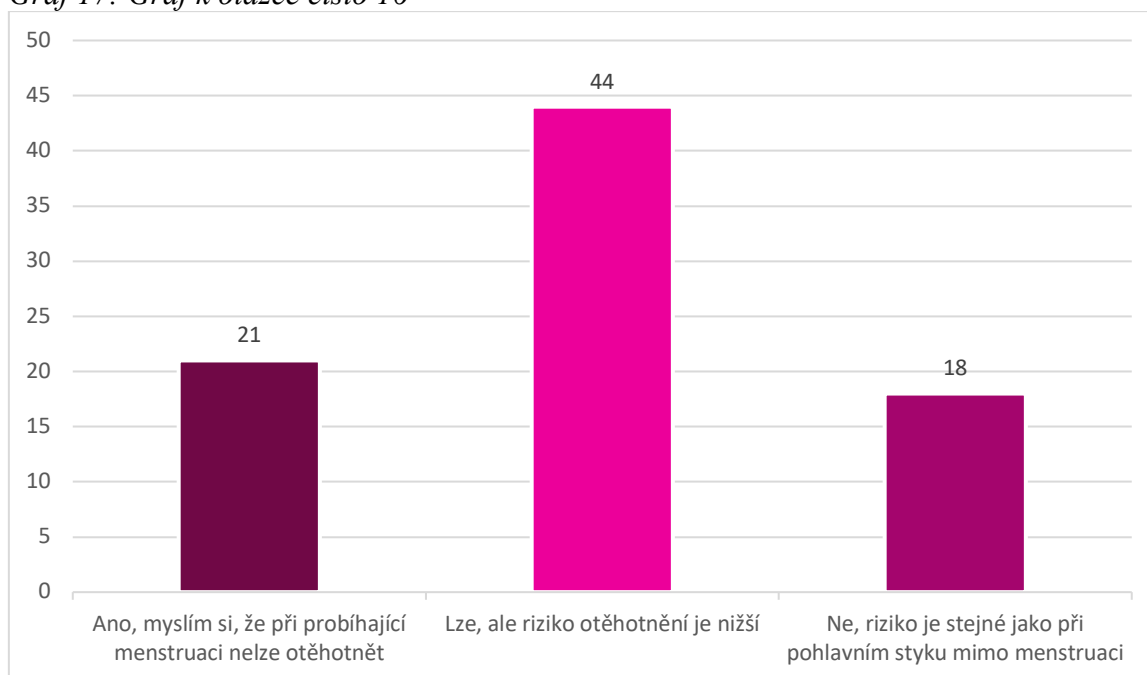
V otázce číslo 19 jsme zjišťovaly, jak často je dle našich respondentek možné užití emergentní antikoncepce. Správně odpovědělo 57 % respondentek, že emergentní antikoncepci nelze užívat trvale místo jiné kontracepční metody, a proto je její užití doporučeno pouze nouzově maximálně 2x ročně, nikdy však během jednoho cyklu. Překvapivým zjištěním bylo, že se 30 % respondentek domnívá, že je možno emergentní antikoncepci užívat jednou měsíčně. Dále si pak 11 % respondentek myslí, že je možné pilulku po užití po každém nechráněném pohlavním styku a 2 % uvedly možnost „nevím“.

Výzkumný problém: Jsou stále v povědomí žen mýty spojené s HA?

Otázky č.: 16, 17

Otázka číslo 16: Myslíte si, že při pohlavním styku během menstruace nelze otěhotnět?

Graf 17: Graf k otázce číslo 16

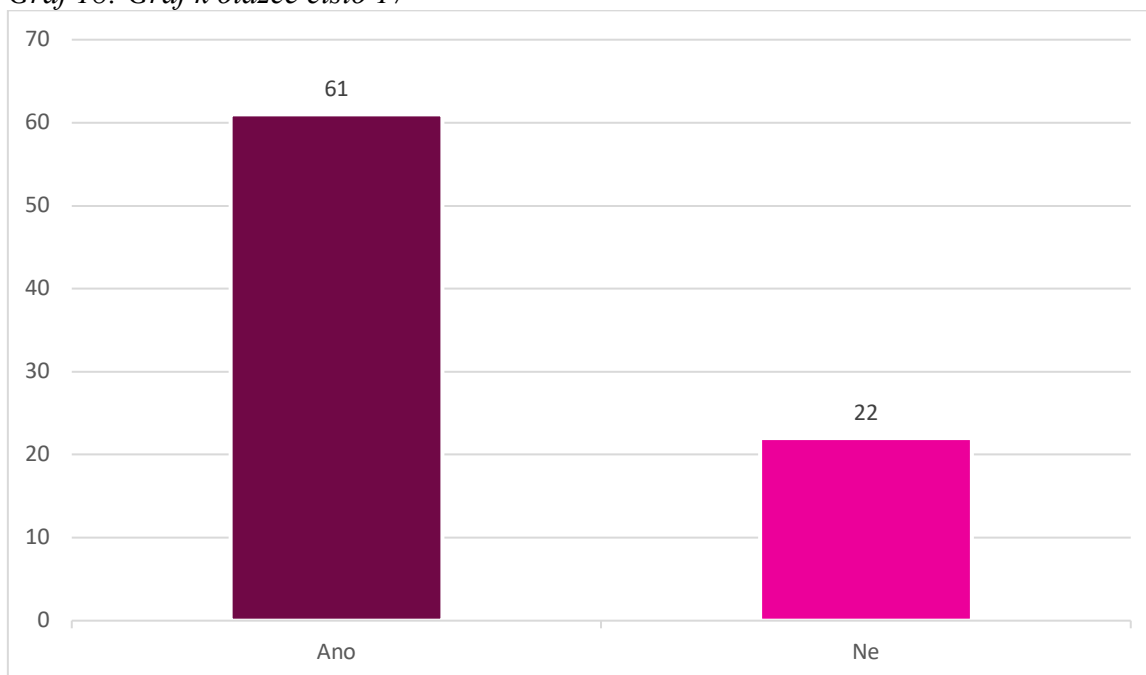


Zdroj: Vlastní výzkum

Cílem otázky 16 bylo zjistit, kolik z dotazovaných respondentek věří tomu, že nechráněný styk během menstruace nemůže vést k otěhotnění. Nadpoloviční většina vyjádřena 53 % správně označila možnost, že otěhotnění možné je, avšak pravděpodobnost je nižší než při styku mimo menstruaci. Možnost, že pravděpodobnost otěhotnění při styku během menstruace je stejná jako mimo ni, označilo 21,7 % respondentek. I tato odpověď je uspokojivá vzhledem k tomu, že ani tyto dívky nespolehnou na menstruaci jakožto ochranu před nechtěnou graviditou. Naopak 25,3 % dívek, se mylně domnívá, že menzes může být ochranou před nechtěným otěhotněním.

Otázka číslo 17: Setkala jste se někdy s tvrzením, že má hormonální antikoncepce negativní vliv na fertilitu (plodnost) ženy?

Graf 18: Graf k otázce číslo 17

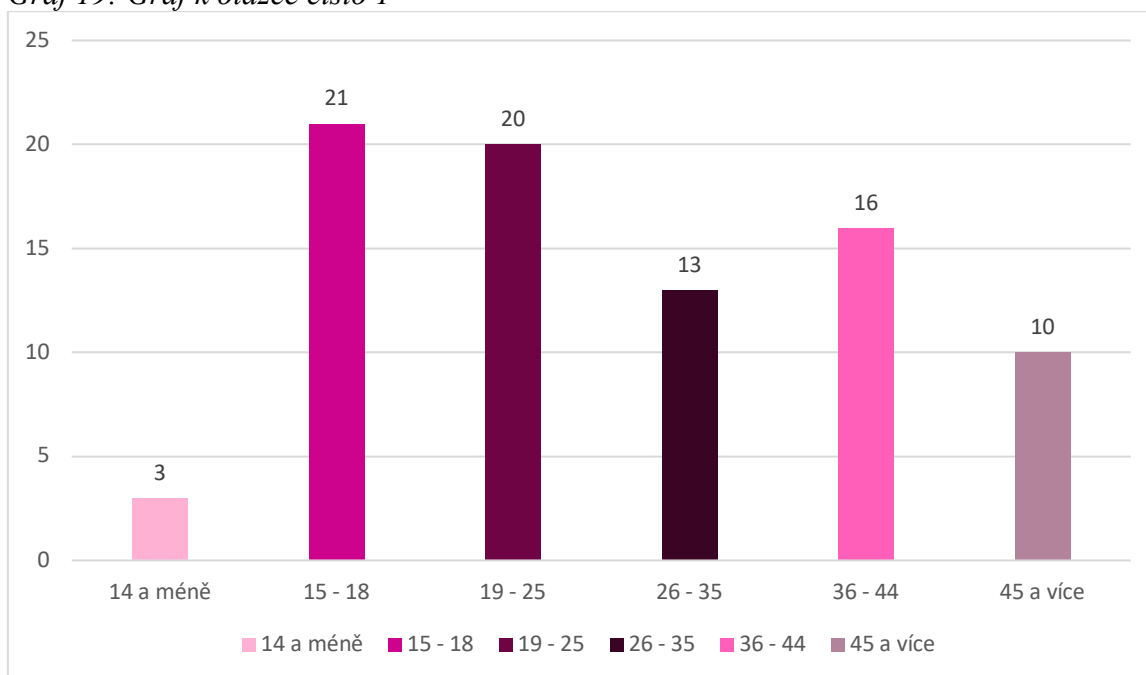


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo 18 se zaměřuje na rozšířenost mýtu o negativním vlivu užívání HA na plodnost ženy. Z výzkumu vyplývá, že se s tímto nepravdivým tvrzením setkala většina žen, čínicí 73,5 %, pouhých 26,5 % o tomto mýtu neslyšela.

Sociodemografická otázka číslo 1: Kolik je Vám let?

Graf 19: Graf k otázce číslo 1



Zdroj: Vlastní výzkum

Tato otázka byla zakomponována pro přibližné zmapování věku respondentek, které se na výzkumu podílely. Z grafu je patrné, že hlavní věkovou kategorií byly dívky ve věku od 15 do 44 let, kde nejvíce respondentek bylo z věkové skupiny od 15 do 18 let, zastoupeny 26,3 % a téměř ve stejném počtu pak dívky ve věku od 19 do 25. Hojně zastoupeny jsou i ženy ve věkové kategorii 36 – 44 let s téměř 20 %. Ostatní kategorie pod 14 let a nad 45 let byly zastoupeny nižším počtem.

11 ZHODNOCENÍ CÍLŮ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

CÍL 1 „Zjistit rozšířenost užívání kontracepčních metod“ **byl splněn.**

Při dotazníkovém šetření byly položeny otázky ohledně kontracepčních metod, kde bylo cílem zjistit, se kterými kontracepčními metodami mají respondentky zkušenost a z jakého důvodu ji primárně začaly užívat. Dále nás zajímalo také to, kolik žen stále antikoncepci užívá a kterou metodu konkrétně. U žen, které žádnou kontracepční metodu neužívají nás zajímalo, jaký k tomu mají důvod.

CÍL 2 „Zjistit kvalitu zdrojů ze kterých ženy informace o kontracepčních metodách čerpají“ **byl splněn.**

Aby bylo možné přibližně posoudit kvalitu zdrojů, zjišťovali jsme, kde se ženy informují nejčastěji. Zajímalo nás také, zdali výběr vhodné kontracepční metody konzultovaly se svým gynekologem, či zda věří informacím pocházejícím ze serverů jako je idnes a jim podobným. V rámci šetření ohledně kvalitních zdrojů jsem se také ptali, zdali si respondentky myslí, že by edukace na téma antikoncepce měla být poskytována v rámci školní výuky.

CÍL 3 „Zjistit, zda ženy ve fertilním věku disponují dostatečnými informacemi k rozhodnutí výběru dané kontracepční metody“ **byl splněn.**

Aby bylo možné přibližně posoudit informovanost žen, zjišťovali jsme se, jak svou informovanost subjektivně ženy hodnotí. Pro posouzení, zdali subjektivní pocit dostatečné informovanosti koresponduje s reálnými znalostmi, jsme zařadily otázky týkající se označení správných rizikových faktorů, a naopak benefitů užívání hormonální antikoncepce, ale také zdali jsou ženy schopny stručně popsat mechanismu účinku hormonální antikoncepce. V rámci tohoto šetření nás také zajímalo, zda respondentky věří některým nejvíce rozšířených mýtů.

12 DISKUZE

V praktické části bakalářské práce byl výzkum zaměřen na znalosti a informovanost žen ve fertlím věku ohledně kontracepčních metod. Zajímalo nás tedy, zdali mají tyto ženy v poměru s hojností užívání dostatečné také validní informace o dostupných kontracepčních metodách. Dále nás zajímal původ těchto informací, aby bylo možné validitu posoudit. Validitu informací jsme se současně snažili zjistit tím, že respondentky měly za úkol vybrat z nabídky rizikové faktory při užívání hormonální antikoncepce, nebo také její pozitivní vedlejší neantikoncepční účinky. Zajímalo nás také, jak jsou rozšířeny nejčastější mýty o antikoncepci. Současně se tento výzkum zabýval rozšířeností kontracepčních metod, a to konkrétně zjišťováním, kolik žen má zkušenost s některou z kontracepčních metod, jaké procento žen antikoncepci užívá nyní a co bylo primárním důvodem s antikoncepcí začít.

Z výsledků šetření vyplývá že téměř 31,3 % žen je toho názoru, že disponují dostatečnými informacemi v souvislosti s kontracepčními metodami. Naopak 60,2 % respondentek si myslí, že disponují informacemi pouze základními a 8,4 % si myslí, že informovány nejsou. Vzhledem k výsledku otázky číslo 2, kde 85,5 % respondentek uvádí zkušenost s některou kontracepční metodou, jsou tato čísla překvapující. V dnešní době je antikoncepce hojně užívána ať už se jedná o jakoukoliv formu, což graf k otázce číslo 2 potvrzuje. Tato skutečnost je vnímána velice kladně, protože z ní vyplývá, že ženy dbají na ochranu před nechtěným těhotenstvím a sexuálně přenosnými chorobami. Důsledné užívání kterékoliv kontracepční metody vede ke snížení nechtěné gravidity a tím i poklesu počtu umělého ukončení těhotenství. Mezinárodní organizace IPPF, jež se zasazuje o práva žen na plánované rodičovství a tím i na potrat jakožto poslední možnost při nechtěném těhotenství, bojují i za možnost bezpečného potratu a dostupné antikoncepce pro všechny. (viz příloha D)

Při zjišťování, kde tyto informace naše respondentky získaly (možno více odpovědí) byl dle očekávání hlavním zdrojem internet, který uvedlo 72,3 % respondentek. Uspokojivým výsledkem bylo umístění lékaře – gynekologa jakožto druhého nejčastějšího zdroje informací s 63,9 % a překvapením pak byla relativně vysoká míra informovanosti v rámci školní výuky zastoupena 22,9 %. Naopak odborná literatura zaujímala předposlední příčku s pouhými 18,1 %. Zde můžeme naše výsledky šetření porovnat s výsledky rigorózní práce magistry Martiny Stibůrkové jež pro své šetření měla k dispozici dvě skupiny respondentek, a to studentky oboru farmaceutický asistent a oboru farmaceut. První zmíněná skupina dle

výsledků šetření využívá internet v 50 %, gynekologa pak 71 % a odbornou literaturu využívá pro získání informací 21 %. Ze skupiny studentek farmacie jsou výsledky obdobné. Jako zdroj informací vybralo internet 76 %, 79 % je informováno svým gynekologem a 29 % vyhledává informace v odborné literatuře. (31) Ačkoliv je i z rigorózní práce magistry Stibůrkové patrný vliv internetu, většinou jsou zastoupeny informace od gynekologa, a i odborná literatura si vede podstatně lépe než u našich respondentek. Rozdílnost výsledků přikládáme především vysokoškolskému vzdělání respondentek rigorózní práce v porovnání s naším vzorkem, který nebyl limitován vzděláním. Jak bylo již uvedeno výše, informace získalo v rámci školní výuky 22,9 % respondentek. V jedné z následujících otázek jsme také zjišťovaly, zdali si respondentky myslí, že by edukace ohledně kontracepčních metod měla být integrována do školní výuky, kde kladně odpovědělo 79,5 % což podporuje i publikace MUDr. Uzla, která uvádí přínos sexuální výchovy mladistvých. (14, str. 22)

Pro potvrzení informovanosti byly respondentkám položeny otázky, vyžadující znalosti rizikových faktorů, a naopak pozitivních neantikoncepčních vedlejších účinků užívání hormonální antikoncepce. V otázce týkající se rizik označilo správně (počítáme dohromady odpovědi „rozhodně ano“ a „spíše ano“) vyšší věk ženy (40+) 51,8 % a hypertenzi dokonce 84,3 % respondentek. Obezitu vnímá jakožto rizikový faktor 66,2 % dotazovaných a kouření 89,1 % respondentek. Poslední položkou byla nízká tělesná aktivita, tu vnímá jakožto lehké riziko 62,6 % dotazovaných. I tento výsledek lze částečně porovnat, tentokrát s diplomovou prací Jany Kříklánové z roku 2016. Z analýzy výsledků této práce vyplývá že jakožto rizikové vnímá kouření 20,3 % a hypertenzi pouhých 10,1 %. Tyto výsledky jsou zarážející vzhledem k tomu, že se diplomová práce zabývá znalostmi uživatelů hormonální antikoncepce, a tudíž bylo předpokladem, že analýza výsledků respondentek, které užívají hormonální antikoncepci, prokáže také větší informovanost o rizicích v porovnání s našimi respondentkami, kde pouhých 38,6 % z nich užívá hormonální antikoncepci, a přesto má procentuálně vyšší znalosti. (27)

Další otázky zkoumající informovanost žen se zabývaly mýty, které jsou o antikoncepci rozšířeny a zdali jim ženy, které kontracepci užívají věří.

Dnešní doba se ve vysoké míře zaměřuje na zdraví, a proto se začíná věnovat více pozornosti včasné edukaci a tím i zvyšování zdravotní gramotnosti. Edukace ohledně kontracepčních metod a zodpovědného sexuálního chování by měla být integrována do školní

výuky již na vyšším stupni základních škol. Již v tomto věku vykazuje edukace na toto téma značný přínos, kde edukovaní mladiství začínají se sexuálním životem později a chovají se zodpovědněji ve smyslu užívání bariérových metod a tím snížení rizika přenosu pohlavně přenosných chorob oproti mladistvým, kteří edukovaní nebyli. Zvýšit zájem mladistvých o znalosti potřebné před zahájením sexuálního života a jejich vedení k odpovědnosti za své sexuální chování by mělo být i v zájmu škol samotných, a to nejen základních, ale i středních a vysokých, kde musí být zvolena správná forma předávání těchto informací na základě věku edukantů.

Nezastupitelnou roli v edukaci mladých dívek mají také lékaři a sestry, kde probíhá edukace vždy v rámci první preventivní gynekologické prohlídky a dále pak při pravidelných prohlídkách, například pokud dívka, či žena není s danou kontracepcí spokojena a uvažuje o její změně. Cílem edukace na gynekologické prohlídce je předat informace o pro ženu vhodných kontracepčních metodách srozumitelnou formou, úměrnou jejímu věku, vzdělání, intelektu etc., popřípadě vysvětlení a nácvik praktických dovedností například u forem kontracepce, jež se musí zavádět do pochvy. Tato edukace je velmi důležitá, jelikož správné užívání HA ve formě pilulek, či správné zavedení spermicidních i bariérových metod je základní pro jejich správnou funkci a tím i předcházení nechtěné gravidity. Informace o možných nežádoucích účincích zase může předejít fatálním následkům hluboké žilní trombózy, ale i diskomfortu ženy, jelikož především u HA stačí úprava poměru hormonů pro odstranění většiny těchto nežádoucích účinků.

Doporučení pro praxi

- Apelovat na rodiče, aby nejen nepodceňovali přínos informovanosti svých dětí o zodpovědném sexuálním chování, ačkoliv jim tato konverzace nemusí být příjemná, ale také aby informace, které jim předávají byly pro děti srozumitelné a rodiči ověřené z odborných zdrojů.

- Apelovat na školy, aby integrovaly do výuky sexuální výuku ať už ve formě samostatného předmětu, či besed, nebo přednášek specializovaným pracovníkem, který umí informace předat zajímavou formou a vzbudit zájem v závislosti na věku mladistvých.

- Apelovat na lékaře a sestry gynekologických ambulancí, aby věnovali edukaci dostatek času ve vhodném prostředí, aby měli připravené edukační materiály a brožury a ověřovali, zda dívky rozumí informacím, které dostávají. První gynekologická prohlídka hraje

značnou roli v tom, jaký vztah si dívka vybuduje k prohlídkám následujícím, a proto se musí jak lékař, tak sestra zasadit o to, aby tato zkušenost byla pozitivní

ZÁVĚR

V teoretické části se tato bakalářská práce věnovala kontracepčním metodám, jejich rozdělení dle mechanismu účinku, aplikačním formám, účinností (Pearl index), indikacím a kontraindikacím ale také výhodám a nevýhodám každé z nich. Okrajové pak byla také zmíněna historie vývoje od samého počátku, kde o jedné z nich (přerušovaná soulož) pojednává biblický příběh Ónanovi, přes primitivní (především mechanické) metody starověku až po vyspělé metody současnosti. Dále se práce zabývala fyziologií ženského rozmnožovacího ústrojí, cyklickými změnami ovaria a endometria a hormony, jež tyto změny způsobují. Dále jsme se snažili přiblížit princip fungování menstruačního cyklu, jehož pochopení je nezbytné jak při využívání přirozených kontracepčních metod, tak pro plánování těhotenství.

V praktické části bylo úkolem bakalářské práce zjistit znalost dostupných kontracepčních metod u žen ve fertilním věku, jaké zdroje byly k získání informací použity a zda ženy vnímají informace jakožto dostatečné pro správnou volbu vhodné antikoncepce právě pro ně. Dále nás zajímalo, jak se ženy k používání kontracepčních metod staví a jaký byl primární důvod začátku užívání (zejména u hormonální antikoncepce, která je využívána i terapeuticky), se kterými metodami se setkaly, eventuálně co je vedlo k vysazení dané antikoncepce. V neposlední řadě nás najímalo, zda jsou ženy schopny zodpovědět vybrané otázky týkající se HA vzhledem k tomu, že většina žen má s touto metodou zkušenost.

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje:

1. BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce: Druhy antikoncepce, hormony, když všechno selže*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1351.
2. FAIT, Tomáš. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2018. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-587-3.
3. ČEPICKÝ, Pavel. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-247-5604-2.
4. ČEPICKÝ, Pavel. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. Praha: Levret, 2002. ISBN 80-903-1830-4.
5. ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana ČEPICKÁ LÍBALOVÁ. *Co by měli vědět o hormonální antikoncepci farmaceuti a farmaceutické laborantky*. Praha: Levret, c2011. ISBN 978-80-87070-59-8.
6. Ekumenická rada církví v ČSSR. *Bible: Písmo Svaté Starého a Nového zákona*. Český Těšín: Ústřední církevní nakladatelství, 1989.
7. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 9788026209829.
8. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 9788024721712
9. ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.
10. ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024728322.
11. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-213-8.
12. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, 2012. ISBN 9788072628452.
13. ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví: Druhy antikoncepce, hormony, když všechno selže*. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 978-807-3452-384
14. UZEL, Radim. *Sexuální výchova*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-69-5

15. UZEL, Radim. *4000 let antikoncepce*. 1. vyd. Praha: Nová tiskárna, 2003 Pelhřimov, ISBN 80-239-0671-2.
16. VONDRUŠKA, Vlastimil. *Intimní historie: od antiky po baroko*. 1. vyd. Brno: MoBa, 2007. ISBN 978-80-243-2672-6.
17. WESCHLER, Toni. *Taking charge of your fertility: the definitive guide to natural birth control, pregnancy achievement, and reproductive health*. New York: William Morrow, 2015. ISBN 978-006-2326-034.
18. WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

Internetové zdroje:

19. ČEPICKÝ, Pavel. *Nitroděložní tělísko s levonorgestrelom Mirena* [online]. 2004, (4) [cit. 2020-04-29]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-4/?pdf=132>
20. DAVIS, Patrick Charles. *Menstruation (menstrual cycle, period)* [online]. 2004-2019 [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: <https://www.medicinenet.com/menstruation/article.htm>
21. FANTA, Michael. *Farmakoterapie v gynekologii a porodnictví: Kontraceptiva v gynekologické praxi* [online]. 2008, 3 [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://www.klinicka-farmakologie.cz/pdfs/far/2008/04/07.pdf>
22. GREY, Jennifer. *Reproductive health: What is the menstrual cycle* [online]. 2019 [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: <https://www.naturalcycles.com/cyclematters/what-is-the-menstrual-cycle>
23. HAILES, Jean. *About the menstrual cycle* [online]. 2019 [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: <https://www.jeanhailes.org.au/health-a-z/periods/about-the-menstrual-cycle>
24. HANZALOVÁ, Jitka a Jan HEMZA. *Ženské pohlavní orgány: Žlázy s vnitřní sekrecí* [online]. 2013 [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/zaklady_anatomie/zakl_anatomie_II/pages/zlazy.html
25. INKI, Pijor. *Comparison of ovarian cyst formation in women using the levonorgestrel-releasing intrauterine system vs. hysterectomy* [online]. 2002 [cit. 2020-04-29]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12383322>
26. JIRKOVSKÝ, Daniel, 2004. *Edukační a ošetrovatelský proces v programu rozšířené primární preventivní péče*. [online]. *Vojenské zdravotnické listy*. Praha, ročník LXXIII, č. 2, [cit. 2020-04-13] Dostupné z: http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%202_2004/jirkovsky.pdf

27. KŘIKLÁNOVÁ, Jana. *Hormonální antikoncepce – informovanost uživatelů* [online]. 2016 [cit. 2020-04-22]. Dostupné z: Diplomová práce. Univerzita Karlova, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce PharmDr. Helena Marešová
28. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Vyhláška ze dne 1. října 2012 o zrušení směrnice Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 1/1972 Věstník MZ ČSR, o provádění sterilizace, a směrnice Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 4/1985 Věstník MZ ČSR, pro činnost zdravotnických pracovišť při ověřování nových poznatků na těle živého člověka použitím metod dosud nezavedených v klinické praxi*. [online]. [cit. 2020-04-30]. Dostupné z : http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c340/2012-sb-o-zruseni-smernice-ministerstva-zdravotnictvi-ceske-so_6904_2439_11.html
29. NOVÁKOVÁ, Lucie. Multimediální skripta: *Funkce buněk lidského těla* [online]. 2015 [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: <http://fbt.cz/skripta/viii-rozmnozovaci-soustavy/1-zen-ske-pohlavni-organy-tehotenstvi-a-porod/>
30. PAŘÍZEK, Antonín a Ivana AŠENBRENEROVÁ. *Laktace jako antikoncepce* [online]. [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/clanky/laktace-jako-antikoncepce>
31. STIBŮRKOVÁ, Martina. *Současné možnosti antikoncepce* [online]. Hradec Králové, 2009 [cit. 2020-04-22]. Dostupné z: Rigorózní práce. Univerzita Karlova, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce PharmDr. Marie Vopršálová, CSc.
32. Státní ústav pro kontrolu léčiv: *Změna výdeje léčivých přípravků POSTINOR-2 a ESCAPELLE v lékárnách* [online]. 2015 [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/lekarny/zmena-vydeje-lecivych-pripravku-postinor-2-a-escapelle-v>
33. ŠIMŮNKOVÁ, Marta. *Historie antikoncepce* [online]. 2002 [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: <http://medicina.cz/clanky/4112/34/Historie-antikoncepce/>
34. VICTORIA, State Government. Better health channel. *Menstrual cycle* [online]. 2018 [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/menstrual-cycle>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Rešerše
- Příloha B – Dotazník
- Příloha C – Příbalový leták IUD
- Příloha D – Hnutí pro život ČR

PŘÍLOHY

Příloha A – Rešerše



Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

Vinařská 6, PSČ 603 00 Brno
IČ: 00023850, DIČ: CZ00023850
ID datové schránky NCONZO: a55vw2c
www.nconzo.cz



Rešerše Antikoncepce

Z databází: katalog knihovny NCO NZO Brno

Bibliographia medica Čechoslovaca

MEDLINE

ProQuest

EBSCO

CINAHL

CASLIN

Google Scholar

Google Knihy

Časový rozsah: 2010-2019

Počet záznamů: 146

5.11.2019
lová

Zpracovala: Michaela Musi-

Telefon:
543559111

Fax:
543211177

ID datové schránky:
a55vw2c

ANATOMIE

1.

TI: Somatologie : pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka, 3., přepracované a doplněné vydání

AU: Dylevský, Ivan, 1940- – Laub, Tomáš, 1963-

PU: 1. elektronické vydání. Praha : Grada, 2019. 1 online zdroj (312 stran).

LA: cze RT: monografie, knihy, e-knihy

DE: anatomie ; fyziologie

AB: Základní učebnice předmětu Základy anatomie a fyziologie člověka od renomovaného autora učebnic a skript a přednášejícího somatologie, anatomie a kineziologie. Publikace je doplněna téměř dvěma sty obrázky, které doplňují a ilustrují text.

IN: ISBN: 978-80-271-2111-3; 978-80-271-2673-6

SG: NLK: ebook

LI: <https://www.bookport.cz/kniha/somatologie-5002/> - plný text - pouze pro uživatele NLK

AN: bpt10500 DT: 190326

2.

TI: Atlas of human anatomy

AU: Netter, Frank H. (Frank Henry), 1906-1991

PU: Seventh edition. Philadelphia : Elsevier, [2019]. 535 stran, 9 nečíslovaných stran, I-42 stran : barevné ilustrace ; 29 cm.

LA: eng RT: monografie, knihy

PT: atlasy

DE: anatomie

IN: ISBN: 978-0-323-39322-5; 978-0-323-55428-2; 978-0-323-39321-8

SG: IKEM: K 10501

AN: MED00196434 DT: 181101

3.

TI: Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory

AU: Kachlík, David, 1974-

PU: Vydání první. Praha : Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. 153 stran ; 21 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: učebnice vysokých škol

DE: anatomie

AB: Tento výukový text předkládá informace o stavbě lidského těla v objemu a na úrovni vhodné pro bakalářské studium nelékařských medicínských oborů - všeobecná sestra, dětská sestra, porodní asistence a ošetřovatelství. Nakladatelská anotace. Kráceno

IN: ISBN: 978-80-246-4058-7

SG: NLK: K 93178

AN: MED00197126 DT: 190117

4.

TI: Problematika dysfunkce pánevního dna pro nelékaře

AU: Kott, Otto, 1955- – Stašková, Šárka – Ryba, Lukáš, 1983- – Krocová, Jitka

PU: 1. vydání. Plzeň : Západočeská univerzita v Plzni, 2017. 77 stran : ilustrace ; 30 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: učebnice vysokých škol

Příloha B – DOTAZNÍK

Kontracepční metody a jejich znalost u žen ve fertilem věku

Vážené respondentky,

tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, týkajícího se antikocepčních metod. Jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni a tento dotazník je součástí praktické části mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní, proto se prosím nebojte uvádět pravdivé odpovědi.

Předem děkuji za Vaši spolupráci.

Sarah Nováková

Pokyny k vyplnění dotazníku: Vždy označte jednu správnou odpověď, není-li uvedeno jinak.
Pokud tomu tak je, nebojte se zaškrtnout odpověď "nevím".
Všechny otázky, kromě otázek číslo 6 a 18 jsou povinné.

...

1. Kolik je Vám let? *

- 14 a méně
- 15-18
- 19-25
- 26-35
- 36-44
- 45 a více

2. Máte zkušenost s některou kontracepční metodou? *

- Ano
- Ne

3. Pokud ANO, se kterou? (možnost více odpovědí)

*

- Přirozená antikoncepce (metoda neplodných dnů, přerušovaná soulož, etc.)
- Bariérová antikoncepce (kondom, pesar, etc.)
- Chemické metody antikoncepce (spermicidní gely, krémy, čípky)
- Hormonální antikoncepce (tabletky, nitroděložní tělísko s hormonální složkou, vaginální kroužek, etc.)
- Postkoitální antikoncepce (pilulka "po")
- Nemám zkušenost s žádnou kontracepční metodou
- Jiná...

4. Z jakého důvodu jste primárně začala antikocepci užívat?

*

- Ochrana před nežádoucím těhotenstvím
- Ochrana před sexuálně přenosnými chorobami
- Úprava menstruačního cyklu
- Absence menstruačního krvácení
- Zmírnění projevů akné
- Nikdy jsem neužívala
- Jiná...

5. Kterou kontracepční metodu užíváte nyní? (možnost více odpovědí) *

- Kondom/pesar
- Spermicidní přípravky
- Přirozené metody antikoncepce (přerušovaná soulož, metody neplodných dnů)
- Hormonální antikoncepce - kombinovaná TABLETKY
- Hormonální antikoncepce - kombinovaná VAGINÁLNÍ KROUŽEK
- Hormonální antikoncepce - NITRODĚLOŽNÍ TĚLÍSKO
- Hormonální antikoncepce - MINIPILULKY (pouze gestagenní složka)
- Nehormonální nitroděložní tělísko
- Momentálně neužívám
- Jiná...

6. Pokud jste nikdy žádnou kontracepční metodu neužila/ momentálně neužíváte - z jakého důvodu?
(pokud nechcete odpovědět, můžete tuto otázku přeskočit)

Text stručné odpovědi

7. Vyskytly se u Vás některé z nežádoucích vedlejších účinků užívání antikoncepce? (Pokud ano, *
zaškrtněte políčko "Ano" + "Jiná", zde prosím uveďte jaké - pokud Vám tato otázka není
nepříjemná, uveďte pouze "Ano")

- Ano
- Ne
- Jiná...

⋮

8. Kde jste čerpala informace o dostupných kontracepčních metodách? (možnost více odpovědí) *

- U gynekologa
- Brožura/ prospekt
- Odborná literatura/ publikace
- Ve škole v rámci výuky/ besedy
- Internet
- Jiná...

9. Radila jste se o vhodnosti/ výběru dané antikoncepce s gynekologem? *

- Ano
- Ne

10. Věříte informacím obsaženým v článkách serverů typu idnes, novinky.cz, etc.? *

- Ano, informace považuji za fakta
- Článek si přečtu pro zajímavost, informace dále ověřuji článkem odborným
- Ne

11. Myslíte si, že by edukace ohledně antikocepčních metod měla být integrována do školní výuky? *

- Ano, je potřeba zvýšit povědomí o antikoncepčních metodách již v mladém věku a tím předcházet nechtěn...
- Ne, toto téma by mělo být řešeno doma s rodiči až uznají za vhodné, případně s gynekologem
- Nevím

⋮

12. Máte pocit, že máte dostatečné znalosti o dostupných kontracepčních metodách? *

- Ano
- Pouze základní znalosti
- Ne

13. Domníváte se, že byste na základě těchto znalostí byla schopna vybrat nejvhodnější kontrapční metodu pro Vás. *

- Rozhodně ano
- Ano, ale i přesto je dle mého názoru vždy vhodné poradit se s gynekologem
- Ne
- Nevím

14. Jsou podle Vás níže uvedené možnosti rizikovými faktory pro vznik hluboké žilní trombózy u žen v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce? (vyjádřete se prosím ke každé položce) *

	Rozhodně ANO	Spíše ANO	Nevím	Spíše NE	Rozhodně NE
Vyšší věk (40+)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypertenze (vysoký krevní tlak)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obezita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kouření	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nízká tělesná aktivita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Jaké pozitivní vedlejší účinky podle Vás může mít užívání hormonální antikoncepce?(vyjádřete se prosím ke každé položce) *

	ANO	Nevím	NE
Prevence rakoviny dělohy a vaječníků	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snižuje riziko vzniku ovariálních cyst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pomáhá při redukci tělesné hmotnosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zmírňuje příznaky PMS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snižuje riziko vzniku kvasinkových infekcí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zmírňuje kožní projevy akné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Myslíte si, že při pohlavním styku během menstruace nelze otěhotnět? *

- Ano, myslím si, že při probíhající menstruaci nelze otěhotnět
- Lze, ale riziko otěhotnění je nižší
- Ne, riziko je stejné jako při pohlavním styku mimo menstruaci

17. Setkala jste se někdy s tvrzením, že má hormonální antikoncepce negativní vliv na fertilitu (plodnost) ženy? *

- Ano
- Ne

18. Uměla by jste stručně vysvětlit, jak funguje hormonální antikoncepce? (Pokud neznáte odpověď, otázku přeskočte)

Text dlouhé odpovědi

19. Jak často je možné užití emergentní antikoncepce (pilulce "po")? *

- Po každém nechráněném pohlavním styku (i vícekrát během jednoho cyklu)
- Jednou za měsíc
- Emergentní antikoncepci nelze užívat trvale místo jiné kontracepční metody, proto je její užití doporučeno ...
- Jiná...

PŘÍLOHA C – PŘÍBALOVÝ LETÁK

GOLDLILY SILVERLILY

NITRODĚLOŽNÍ KONTRACEPČNÍ TĚLÍSKO

INFORMACE PRO LÉKAŘE/LÉKAŘKY

SLOŽENÍ

Goldlily/Silverlily jsou nitroděložní kontracepční tělíska (IUD – intrauterine contraceptive device), která kromě známého účinku cizího tělesa nabízejí také elektrochemickou ochranu iontů mědi před nežádoucím otěhotněním. Jejich nejcharakterističtější znak, procento otěhotnění, je prakticky shodné s hormonálními antikoncepčními prostředky (Pearl-index: 1,0/1,0). Procento vypuzení je také velmi nízké (0,6/1,8). IUD **Goldlily/Goldlily-Exclusive/Silverlily** patří k nejspolehlivějším IUD. Jejich životnost po zavedení je velice dlouhá (sedm let).

Tělo IUD **Goldlily/Silverlily** je z polyetylénu, který má v místě překřížení tvar lilie. Tělo tělíska je, kromě tělíska **Goldlily-Sensitive**, které neobsahuje žádnou kovovou součást, spirálovitě obtočeno kovovým drátem různého provedení. Tento kovový drát u je **Goldlily** ze slitiny zlata a mědi, u **Silverlily** ze slitiny stříbra a mědi. Slitiny jsou z ultračistých materiálů, množství všech nečistot je nižší než 0,01%.

Existují následující typy:

Goldlily/Goldlily-Exclusive (slitina zlata a mědi) a **Silverlily** (slitina stříbra a mědi). U těchto typů je kovový drát ovinut v jedné vrstvě okolo těla tělíska.

Goldlily-Sensitive. Tento typ je jen z plastu. (Jeho Pearl index se liší.)

VELIKOSTI

Tělíska **Goldlily/Goldlily-Exclusive/Goldlily-Sensitive** a **Silverlily** se vyrábějí ve třech různých velikostech: standardní (délka těla/délka ramene je 33mm/32mm), krátké (26mm/32mm) a mini (26mm/24mm). Standardní velikost se doporučuje u délky sondy nad 60 mm, provedení krátké u délky sondy 50-60 mm, provedení mini u délky sondy 40-50 mm (Viz kapitola „Jak IUD zavést“).

Povrch kovového drátu činí u standardních velikostí **Goldlily/Goldlily-Exclusive/Silverlily** $240 \pm 15 \text{ mm}^2$.

MECHANIZMUS ÚČINKU

Kovový drát ze slitiny mědi a zlata, resp. mědi a stříbra, emituje pomocí svého elektrochemického uvolňovacího mechanismu při povrchu 240 mm^2 stejné množství iontů mědi jako homogenní měděný drát s podstatně vyšším povrchem ($380\text{-}390 \text{ mm}^2$).

Slitiny zlato/měď a stříbro/měď použité u IUD **Goldlily/Silverlily** tvoří na svém povrchu při kontaktu se sekretem dělohy velký počet lokálních galvanických článků. Měď plní úlohu anody, drahý kov úlohu katody. Díky přítomnosti galvanických článků se snižuje pohyblivost, schopnost oplodnění a schopnost přežití spermií.

Dále se uvolňují z drahých kovů nepatrná množství iontů zlata a stříbra, které „in situ“ působí baktericidně a fungicidně. Tím se dá vysvětlit to, že při použití IUD s obsahem slitin se snižuje výskyt zánětlivých onemocnění.

Složky drahých kovů zlata a stříbra u tělísek **Goldlily/Silverlily** drží skupiny atomů mědi pohromadě stejným způsobem jako malta cihly ve zdivu budovy. Kovový drát se proto ani při delší době „in situ“, kdy se ionty mědi uvolňují ze slitiny, nezačne lámat na kousky (fragmentovat), jako se to stává u tradičních IUD s čistě měděným drátem.

Při použití tradičních IUD, obsahujících jako kovovou složku jen homogenní měď, může nastat fragmentace na malé kousky v podobě tvrdých a ostrých šupinek vznikajících korozi měděného povrchu. Naopak, povrch slitiny drahého kovu a mědi tělísek **Goldlily/Silverlily**, se v průběhu užívání potáhne tenkou jakoby sametovou vrstvou.

PŘÍLOHA D – HNUTÍ PRO ŽIVOT ČR

Kdo jsme



Hnutí Pro život ČR usiluje o obnovu společenského respektu ke každému nenarozenému dítěti. Cestu vidí v pomoci těhotným a v obnově společenské zodpovědnosti muže za ženu a dítě. Nevnučujeme zákazy. Nabízíme řešení.

- Pomáháme nečekaně těhotným. Připomínáme mužům jejich zodpovědnost. Obnovujeme společenský respekt k nenarozeným dětem.
- Snažíme se předcházet potratům, pomáhat ženám, které se cítí být k potratům nuceny, a těm, které mají po potratu psychické potíže.
- Podílíme se na osvětě a spolupracujeme na legislativních změnách.
- Vážíme si podpory 19229 spolupracovníků, dobrovolníků, **dárců**, zcela obyčejných lidí, občanů České republiky. Díky jejich pomoci jsme finančně nezávislí. Nepřijímáme žádné granty a dotace od státu, církve či zahraničních subjektů.



Mgr. Radim Ucháč

předseda Hnutí Pro život ČR

Radim miluje krizové řízení. Naivně věří, že pravda a láska zvítězí, jen se jim musí trochu pomoci.

Zdroj: hnutiprozivot.cz