

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



**Kristýna Švihnosová**

**Povědomí mužů o hormonální antikoncepci**

*Men's knowledge of hormonal contraception*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2024

Autor práce: Kristýna Švihnosová

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: **Mgr. Monika Rusová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací.

V Praze dne 7.5. 2024

Kristýna Švihnosová

## **Poděkování**

Ráda bych na tomto místě poděkovala paní Mgr. Monice Rusové za její neocenitelné rady, ochotu a trpělivost, kterou mi věnovala. Dále bych chtěla vyjádřit vděk všem účastníkům mého průzkumu, kteří přispěli k vytvoření praktické části mé bakalářské práce. Bez jejich zapojení by napsání práce nebylo možné.

## OBSAH

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST .....	8
1 Fyziologie ovariálního a menstruačního cyklu .....	8
1.1 Ovariální cyklus.....	8
1.2 Menstruační (děložní) cyklus .....	8
2 Mechanismus hormonální antikoncepce .....	9
3 Spolehlivost hormonální antikoncepce .....	10
4 Historie hormonální antikoncepce.....	10
5 Kombinovaná hormonální antikoncepce (CC).....	11
5.1 Kombinovaná perorální antikoncepce (COC) .....	11
5.2 Antikoncepční náplast .....	13
5.3 Injekční antikoncepce .....	14
5.4 Kombinovaný vaginální systém .....	14
6 Gestagenní hormonální antikoncepce .....	14
6.1 Gestagenní orální antikoncepce.....	15
6.2 Depotní injekce.....	16
6.3 Antikoncepční implantát.....	16
6.4 Nitroděložní systém s levonorgestrem.....	17
7 Postkoitální antikoncepce.....	18
8 Kontraindikace .....	19
8.1 Kontraindikace kombinované hormonální antikoncepce .....	19
8.2 Kontraindikace gestagenní antikoncepce .....	20
9 Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce .....	20
9.1 Nezávažné nežádoucí účinky.....	20
9.2 Závažné nežádoucí účinky.....	21
9.2.1 Tromboembolická nemoc (TEN).....	21
9.2.2 Infarkt myokardu (IM).....	22

9.2.3	Cévní mozková příhoda (CMP) .....	22
9.2.4	Arteriální hypertenze .....	23
9.2.5	Jaterní poškození.....	23
9.2.6	Karcinogeneze .....	24
10	Příznivé účinky hormonální antikoncepce .....	25
10.1	Hyperandrogenní stavy.....	25
10.2	Karcinogeneze .....	26
10.3	Pánevní zánětlivá nemoc .....	26
10.4	Endometrióza.....	26
10.5	Děložní myom .....	27
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	28
11	Cíl výzkumu.....	28
12	Metodika výzkumu .....	28
12.1	Použité metody .....	28
12.2	Výzkumný vzorek .....	29
12.3	Sběr dat.....	29
12.4	Analýza dat.....	30
13	Výsledky výzkumného šetření.....	30
13.1	Vyhodnocení demografických údajů.....	30
13.2	Vyhodnocení otázek zaměřených na zvolené cíle .....	34
14	Diskuse.....	49
	Závěr .....	54
	Seznam použité literatury .....	55
	Přílohy.....	57

## Úvod

V moderní společnosti je antikoncepce neoddělitelnou součástí života mnoha žen. Jejich právo na kontrolu vlastního reprodukčního zdraví je klíčové pro jejich osobní a profesionální rozvoj. Nicméně, tato problematika by neměla být omezena pouze na ženy. Muži by měli být informováni a zapojeni do diskusí o antikoncepci, zejména v rámci partnerských vztahů. Vztahy jsou založeny na důvěře a vzájemném respektu, a proto je důležité, aby obě strany měly dostatečné znalosti o antikoncepci a jejích možnostech. Informování muži mohou aktivně přispět k rozhodování o používání antikoncepce a převzít svůj díl odpovědnosti za prevenci nechtěných těhotenství.

Bohužel, v dnešní době je mnoho informačních zdrojů, které nemusí vždy poskytovat přesné a pravdivé informace o antikoncepci. Proto je důležité, aby se muži obraceli na důvěryhodné zdroje informací, jako jsou odborné články či zdravotničtí pracovníci, kteří mohou poskytnout objektivní rady. Získání správných informací o antikoncepci je klíčové pro zajištění zdraví a bezpečí jak žen, tak i mužů. Otevřená komunikace a spolupráce mezi partnery jsou klíčové pro dosažení společného porozumění a rozhodování ohledně reprodukčních záležitostí.

Z důvodu velké obsáhlosti tématu je bakalářská práce zaměřena pouze na hormonální antikoncepci. Cílem této práce je přiblížit problematiku hormonální antikoncepce a zmapovat povědomí mužů ohledně tohoto tématu.

Teoretická část se zabývá fyziologií ovariálního a menstruačního cyklu, historií a jednotlivými druhy hormonální antikoncepce. Nastihuje, jaké pozitivní a negativní účinky užívání hormonální antikoncepce může přinášet, a jaké jsou její kontraindikace.

Praktická část je provedena pomocí kvantitativního výzkumu ve formě dotazníkového šetření. Zahrnuje popis metodiky a charakteristiku výzkumného vzorku. Jsou zde zhodnoceny výsledky dotazníkového šetření s ohledem na stanovené cíle.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Fyziologie ovariálního a menstruačního cyklu

### 1.1 Ovariální cyklus

Ovariální cyklus, prolínající se s cyklem menstruačním, se dělí na dvě přibližně stejně dlouhé fáze, mezi nimiž nastává ovulace. (Čepický, 2021)

Folikulární fáze začíná autonomní zrání několika folikulů s oocyty. Později se folikuly dostávají pod vliv gonadotropinů, konkrétně folikulostimulačního hormonu (FSH), a produkují hormon estrogen. Čím více estrogenu vyprodukují, tím méně vzniká FSH. Tento děj se nazývá negativní zpětná vazba. Díky nízké koncentraci FSH se část folikulů začne v růstu opožďovat a pouze jediný folikul je schopný dospět do konečného stádia, kterým je Graafův folikul. (Roztočil et al., 2011)

Graafův folikul produkuje ohromné množství estrogenu, čímž dochází k přeměně negativní zpětné vazby na pozitivní a následkem toho dojde k zvýšené produkci luteinizačního hormonu (LH) a FSH. Zvýšená koncentrace těchto hormonů zapříčiní prasknutí Graafova folikulu a uvolnění vajíčka do dutiny břišní. Nastává ovulace. (Kittnar, 2020)

V luteální fázi se z prasklého Graafova vytváří corpus luteum, žluté tělísko, které produkuje estrogen a progesteron. (Kittnar, 2020) Pokud nedojde k oplození oocyty, zaniká tělísko po 14 dnech a celý cyklus se opakuje. (Roztočil et al., 2011)

### 1.2 Menstruační (děložní) cyklus

Menstruační (děložní) cyklus je průvodním jevem cyklu ovariálního. (Čepický, 2021) Definujeme ho jako cyklické změny endometria projevující se děložním krvácením. (Křepelka, 2023) Změny vyvolávají hormony estrogen a progesteron, které vznikají v průběhu ovulačního cyklu. (Kittnar, 2020)

Délka menstruačního cyklu se pohybuje v rozmezí 24-35 dnů, přičemž doba menstruačního krvácení je 4-6 dnů. Krevní ztráty nejsou nijak vysoké a obvykle nepřevyšují 80 ml. (Křepelka, 2023) Cyklus se začíná počítat od prvního dne menstruace a má čtyři fáze (Driák, 2020)

První z nich je fáze menstruační, která trvá v průměru čtyři dny. V průběhu fáze dochází k odlučování nekrotické děložní sliznice a spolu s krví odtéká pochvou



ven. Přítomné prostaglandiny navozují svalové kontrakce, jenž napomáhají uvolnění sliznice. (Kittnar, 2020)

Na menstruační fázi navazuje fáze proliferační, jenž obvykle začíná pátý den cyklu a končí dnem čtrnáctým. (Roztočil et al., 2011) Grafův folikul produkuje estrogény, díky nimž dochází k regeneraci a růstu nové děložní sliznic. Sliznice nabývá na tloušťce a obnovuje se její vaskularizace. (Kittnar, 2020)

Třetí je fáze sekreční, začínající po ovulaci, tedy přibližně patnáctý den cyklu s trváním 14 dnů. Pod vlivem progesteronu, hormonu žlutého tělíska, pokračuje růst děložní sliznice. (Roztočil et al., 2011) Rozšiřující se žlázy začínají produkovat tzv. děložní mléko, jehož úlohou je výživa vajíčka. (Kittnar, 2020)

Fáze ischemická je poslední a nejkratší fáze menstruačního cyklu s délkou 24 hodin. Se zánikem žlutého tělíska klesá produkce hormonů, což způsobí stah a ischémii děložních arterií. (Kittnar, 2020)

## **2 Mechanismus hormonální antikoncepce**

Mechanismus účinku jednotlivých typů hormonální antikoncepce je obdobný, avšak dílčí účinky jsou v jiném poměru. (Driák, 2020)

Hlavním mechanismem kombinované hormonální antikoncepce je blokáda ovulace zásahem do hypotalamo-hypofýzo-ovariální osy. Negativní zpětnou vazbou zabraňuje tvorbě gonadoliberinů v hypotalamu, které ovlivňují uvolnění gonadotropinů (FSH a LH) z hypofýzy. Díky nedostatku gonadotropinů nedochází ke zrání a uvolnění vajíčka z vaječníku. Doplňujícími mechanismy jsou ovlivnění struktury cervikálního hlenu, snížení pohyblivosti vejcovodů a změna děložní sliznice znemožňující nidaci vajíčka. (Driák, 2020)

Klíčovým mechanismem gestagení hormonální antikoncepce je změna struktury cervikálního hlenu. Dochází ke snížení množství hlenu a zvýšení viskozity, což brání prostupu spermií do vnitřních rodidel ženy. (Driák, 2020) Přídatným účinkem je snížení motility vejcovodů a inhibice ovulace. (Fait, 2018)

### **3 Spolehlivost hormonální antikoncepce**

Spolehlivost antikoncepčních metod se vyjadřuje tzv. Pearlovým indexem (těhotenské číslo), který udává počet nechtěných těhotenství u 100 žen v průběhu jednoho roku užívání určité antikoncepce. Je důležité rozlišit Pearlův index ideální uživatelky, která se nedopouští žádné chyby a běžné uživatelky, díky jejíž chybě může dojít ke snížení spolehlivosti antikoncepční metody. (Roztočil et al., 2011) Právě kvůli pochybení uživatelky dochází k nejčastějšímu selhání antikoncepce. (Fait, 2018)

### **4 Historie hormonální antikoncepce**

Historie hormonální antikoncepce sahá na počátek 20. století, kdy rakouský profesor fyziologie Ludwig Haberlandt objevil metodu hormonální sterilizace, při které došlo k inhibici ovulace myši následkem podaného výtažku z ovarií. V důsledku tohoto objevu navrhl Haberlandt v roce 1931 použití výtažku ze steroidních hormonů s názvem Infecundin k řízení plodnosti člověka. Látka však nikdy nebyla prakticky využita. (Křepelka, 2013) Můžeme tak říct, že Haberlandt vyvinul první perorální hormonální antikoncepci, avšak bez odezvy. (Driák, 2020)

V roce 1933 se americkému biochemikovi Willardu Myronu Allenovi podařilo identifikovat progesteron, který je jednou ze základních složek novodobé hormonální antikoncepce. Jelikož extrakce progesteronu ze zvířecích tkání byla v té době velmi složitá a nákladná, snažil se americký chemik Russel Marker najít jiný zdroj progesteronu. V roce 1942 při cestě po Mexiku našel v hlíze rostliny látku, ze které bylo možné progesteron vyrobit. (Křepelka, 2013)

V roce 1951 se podařilo Carlu Djerassimu syntézou vytvořit novou stabilnější skupinu látek, s názvem 19-norsteroidy, která se následně prosadila v antikoncepci. (Křepelka, 2013) Filantrop a neurofyziolog Gregory Pincus spolu s Min Chueh Chang pokračovali ve výzkumu hormonálních pilulek a ve své studii testovali účinek vytvořených progestinů na potlačení ovulace. V roce 1954 byl uskutečněn první klinický experiment gynekologem Johnem Rockem, ve kterém testoval nové progestiny. O rok později byly výsledky experimentu představeny v Tokiu, kde se konal Mezinárodní kongres plánovaného rodičovství. (Driák, 2020)

Důležitým se stal rok 1956, během kterého byl v Portoriku zahájen výzkum, jehož výsledky byly téhož roku publikovány v Science. (Křepelka, 2013) Uvedené sloučeniny byly schváleny k léčbě poruch menstruace a regulaci cyklu pod názvy Nilevar, Enovid a Norlutin. Významným datem je 23.6. 1960, kdy byl Enovid zaregistrován jako vůbec první přípravek hormonální antikoncepce. (Driák, 2020)

První hormonální nitroděložní tělísko s progesteronem bylo vynalezeno roku 1970 doktorem Antoniem Scommegnou. (Křepelka, 2013) Na začátku 21. století došlo k vývoji první transdermální antikoncepční náplasti s názvem Evra. (Driák, 2020)

## **5 Kombinovaná hormonální antikoncepce (CC)**

Kombinovaná hormonální antikoncepce (CC) je založena na principu užívání estrogen-progestinové kombinace. (Driák, 2020) Zatímco z estrogenů se používají především dva, a to ethinylestradiol a estradiol, spektrum progestinů je velmi pestré. (Procházka a Procházková, 2010) Pearlův index ideální uživatelky je přibližně 0,2. (Čepický, 2021)

Na trhu je k dispozici hned několik forem CC. Mezi nejoblíbenější patří tablety. (Křepelka, 2013) Existují i neorální formy, které nepotřebují každodenní aplikaci. Mezi ně řadíme injekční formu, antikoncepční náplast a vaginální systém. (Rob; Martan a Ventruba, 2019)

### **5.1 Kombinovaná perorální antikoncepce (COC)**

Kombinovaná perorální antikoncepce (COC) je založena na orálním podání pilulky, která obsahuje kombinaci estrogenu a progestinu. (Křepelka, 2013) Velká část perorálních tablet používá ve své estrogení složce ethinylestradiol, podle jehož dávky můžeme orální antikoncepci dělit na vysoko dávkovanou (50 µg), nízko dávkovanou (30-35 µg) a velmi nízko dávkovanou (15-20 µg). (Čepický, 2021) U přípravků, které obsahují vysokou dávku ethinylestradiolu, je vyšší riziko kardiovaskulárního onemocnění. S nižší dávkou ethinylestradiolu se zároveň snížil výskyt dalších nežádoucích účinků. (Fanta, 2008) Dávka užitého ethinylestradiolu však nemá dopad na spolehlivost antikoncepčního efektu. (Křepelka, 2013)

COC můžeme dělit podle její konstrukce, tedy podle rozložení estrogenu a progestinu během jednoho cyklu, na monofázovou, dvoufázovou, třífázovou a kombifázovou. (Fait, 2018) Monofázová konstrukce je charakteristická stejným složením všech tablet. (Vlček a Vytřískalová, 2014) Při této variantě tedy nezáleží na pořadí užívání pilulek, jelikož dávka obou hormonů je konstantní. (Driák, 2020) Patří mezi celosvětově nejrozšířenější typ a je indikována k dlouhým cyklům. (Vlček a Vytřískalová, 2014) Ve dvoufázové konstrukci jsou přítomny dva druhy tablet, ve kterých se mění hladina progestinu. Ta se zvýší v druhé polovině užívání. Množství estrogenu v jednotlivých tabletách je neměnné. Třetím typem je konstrukce třífázová, ve které jsou tři druhy tablet s rozdílným složením. U této varianty je nutné dodržovat pořadí pilulek. Třífázových přípravků je hned několik. (Vlček a Vytřískalová, 2014) První varianta je charakteristická postupným zvyšováním dávky progestinu, přičemž dávka estrogenu je konstantní. Druhá varianta má estrogenní složku také stálou, ale množství progestinu se mění. Na začátku a na konci cyklu je dávka progestinu stejná, zvyšuje se však ve prostřed. Ve třetím případě se mění obě složky. Zatímco množství estrogenu se zvyšuje pouze ve prostřed a v poslední fázi je stejné jako v první, progestin narůstá kontinuálně. (Driák, 2020) Pan MUDr. Daniel Driák říká, že: „*Tato varianta nejlépe kopíruje kolísání hormonálních koncentrací v neregulovaném cyklu a je z trifázických přípravků nejrozšířenější.*“ (Driák, 2020, s. 238) Při kombifázické konstrukci dochází v druhé fázi ke snižování množství estrogenu a naopak zvyšování množství progestinu. (Vlček a Vytřískalová, 2014)

Pilulka COC se začíná obvykle užívat první den menstruačního cyklu. Velký důraz je kladen na pravidelnost užívání, zejména pak u přípravků s nízkou hormonální dávkou. Přípustná hranice neuzití tablety je 12 hodin. Pokud je interval od obvyklé doby užívání vyšší než 12 hodin, může dojít k tzv. escape ovulation a pacientka tak při pohlavním styku může otěhotnět. (Driák, 2020) Nevýhodou perorálního podání je snížená účinnost během zvracení a průjmu. (Briggs a Kersey, 2023)

Obvyklým způsobem aplikace COC je cyklický režim, který může být různě dlouhý. Tablety obsahující hormony se užívají 21-24 dní, poté přichází čtyř až

sedmidenní pauza, během které dojde k pseudomenstruačnímu krvácení.<sup>1</sup> (Roztočil et al., 2011) Dalším typem aplikace je tzv. dlouhý režim. Tabletky se užívají nepřetržitě po dobu 42, 63 nebo 84 dní, následuje sedmidenní přestávka s pseudomenstruačním krvácením. (Driák, 2020) U perorální hormonální antikoncepce lze užít i režim kontinuální, při kterém žena nekrváčí vůbec. Pro kontinuální či dlouhý režim je však nutné používat výhradně monofázové přípravky. (Roztočil et al., 2011) Je-li antikoncepce užívána správně, její účinek je ve všech režimech zachován po celou dobu užívání. (Driák, 2020)

## 5.2 Antikoncepční náplast

Kombinovaná antikoncepční náplast je založena na principu uvolňování hormonů do krevního oběhu skrze pokožku. Náplast se na kůži ponechává na dobu tří týdnů, poté následuje sedmidenní pauza, během které dochází k pseudomenstruačnímu krvácení. (Briggs a Kersey, 2023) Pokožka by měla být před nalepením čistá, suchá a bez chlupů, aby došlo k co nejlepšímu přilnutí náplasti. Obvyklá aplikační místa jsou záda, hýždě, zevní strany paží a oblast břicha. Riziková je oblast pasu, kde by mohlo dojít k snadnému odloupení náplasti. Pro aplikaci se musí vynechat oblast ňader a místa s dermatologickou lézí. Fyzická aktivita či zvýšené pocení nesnižují přilnavost a spolehlivost antikoncepční metody. (Driák, 2020)

Výhodou náplastí je snadná aplikace, která probíhá pouze jednou za týden. (Briggs a Kersey, 2023) Jelikož je účinnost antikoncepce zachována ještě dva dny po doporučené době výměny, není kladena tak velká časová přesnost na aplikaci, jako u kombinované orální antikoncepce. (Driák, 2020) Narozdíl od tablet je funkce náplasti zachována i během zvracení a průjmu. (Briggs a Kersey, 2023) Účinnost, kontraindikace a vedlejší účinky jsou obdobné jako při užívání COC. (Křepelka, 2013) Problém však může nastat u obézních žen, u kterých byla zjištěna snížená efektivita. (Bobek; Šíma a Slanař, 2022)

Na českém trhu je dostupná náplast Evra, která má čtvercový tvar. Obsahuje 6 mg ethinylestradiolu a 0,6 mg norelgestrominu, jež se postupně uvolňují do krevního oběhu. (Fait, 2018)

---

<sup>1</sup> Pseudomenstruační krvácení neboli krvácení ze spádu se dostaví při přerušení užívání hormonální antikoncepce. Oproti normální menstruaci je slabší a může dojít k jeho vymizení. (Čepický 2018)

### 5.3 Injekční antikoncepce

Injekční forma kombinované antikoncepce se aplikuje intramuskulárně, nejčastěji do svalu ruky, hýždě či stehna. (Driák, 2020) Látka vpravená do těla je složena z 25 mg medroxyprogesteronacetátu a 5 mg estradiol cypionátu. Ve svalu dojde k vytvoření hormonálního depa, z něhož se postupně uvolňují dávky estrogenu a progesteronu potřebné k zajištění antikoncepčního efektu. Aby byl antikoncepční efekt spolehlivý, je nutné opakovat aplikaci jedenkrát měsíčně. Plodnost se obnovuje ihned po skončení injekční aplikace. (Křepelka, 2013)

V současné době nejsou v České republice kombinované injekce dostupné. (Driák, 2020)

### 5.4 Kombinovaný vaginální systém

Kombinovaný vaginální systém je typ antikoncepce v podobě plastového vaginálního kroužku, který ze svého nitra postupně uvolňuje hormony, jež se vstřebávají poševní sliznicí. (Křepelka, 2013) Uživatelky si samy zavádí vaginální kroužek do pochvy na dobu tří týdnů. Po vyjmutí kroužku ve čtvrtém týdnu dochází k pseudomenstruačnímu krvácení. (Rob; Martan a Ventruba, 2019) Pokud dojde k nechtěnému vyjmutí, lze jej po omytí vodou zavést zpět. (Driák, 2020)

Vaginální kroužek NuvaRing obsahuje kombinaci hormonů estrogenu a progestinu. (Fait, 2018) Každý den po dobu tří týdnů uvolňuje 15 µg ethinylestradiolu a 120 µg etonogestrelu, což je vůbec nejnižší hladina hormonů v kombinované hormonální antikoncepci. (Hrušková, 2009) Plodnost se obnovuje ihned po ukončení užívání vaginálního kroužku. (Fait, 2018)

*„Mezi výhody patří nižší fluktuace hormonálních hladin než u perorální formy, dobrá kontrola cyklu, mezi nevýhody patří u přibližně 8 % uživatelék popisované snížení libida, pouze 2,5 % žen si stěžovalo na vaginální diskomfort; ke spontánní expulzi dochází v 2,6 % případů.“* (Fanta, 2008, s. 150)

## 6 Gestagenní hormonální antikoncepce

Gestagenní hormonální antikoncepce obsahuje na rozdíl od kombinované pouze jeden hormon, kterým je progestin. Je vhodnou metodou volby pro ženy s kontraindikací kombinované hormonální antikoncepce, špatnou tolerancí nebo

pro ženy v období kojení. (Fanta, 2008) Při užívání čistě gestagenních preparátů může dojít k narušení menstruačního cyklu, což se může projevit nepravidelným krvácením, špiněním nebo až amenoreou. (Procházka a Procházková, 2010) Redukce krvácení je výhodná pro ženy, které trpí silným menstruačním krvácením. (Briggs a Kersey, 2023)

Na trhu je dostupná ve formě tablet a také v metodě dlouhodobé reverzibilní kontracepce, do které patří injekce, implantáty a hormonální nitroděložní tělíska. (Racková, 2022)

## **6.1 Gestagenní orální antikoncepce**

Gestagenní orální antikoncepce (POP = progesteron-only pill) se skládá pouze z jedné složky, kterou je progestin. Díky absenci estrogenu nepřináší tak široké spektrum rizik a kontraindikací, jako kombinovaná hormonální antikoncepce. Zároveň však postrádá velkou část výhod estrogen obsahující antikoncepce, zejména pozitivní vliv na pleť a menstruační cyklus. (Čepický, 2021) Perlův index ideální uživatelky je asi 0,2. (Rotočil, 2011)

Starší perorální přípravky obsahují etynodiol diacetát, levonorgestrel, noretisteron nebo desogestrel. Užívají se kontinuálně každý den bez přestávky a je zde kladen velký důraz na přesnost užití. (Křepelka, 2013) Zatímco u tablet s desogestrem je přípustná doba neuzití 12 hodin, u ostatních přípravků může dojít k narušení kontracepčního afektu u opoždění delší než 3 hodiny. (Fait, 2018)

Nová gestagenní orální antikoncepce obsahuje ve své progestinové složce drospirenon v denní dávce 4 mg. Užívá se po dobu 24 dní po kterých následuje čtyřdenní interval bez hormonů. (Křepelka, 2020) Drospirenon prodlužuje možnost odchylky v pravidelnosti aplikace na 24 hodin. (Briggs a Kersey, 2023)

Optimální začátek užívání perorální gestagenní antikoncepce u menstruuujících žen je první den menstruačního cyklu, po porodu se aplikace zahajuje obvykle 21. den. Po spontánním potratu či umělém přerušení těhotenství se antikoncepce může nasadit okamžitě. (Křepelka, 2013) Aby bylo dosaženo kontracepčního afektu, je nutné počkat 48 hodin od prvního užití pilulky. (Briggs a Kersey, 2023)

## 6.2 Depotní injekce

Depotní injekce zajišťují kontracepční efekt pomocí depotního medroxyprogesteronacetátu, který se aplikuje do svalu nebo podkoží každé 3 měsíce. (Křepelka, 2013) Perlův index u ideální uživatelky je 0,01. (Roztočil et al., 2011) Ideální aplikace u menstrujících žen je v prvních 5 dnech menstruačního cyklu. U kojících žen se s aplikací doporučuje vyčkat do ukončeného šestinedělí. Nekojícím ženám může být injekce vpíchnuta do 5 dní po porodu. (Fait, 2018)

Depotní injekce se doporučují ženám, kterým záleží na důvěryhodnosti antikoncepce a mentálně postiženým, u kterých hrozí selhání antikoncepce z důvodu nedodržování aplikační doby. (Fait, 2018) Obnovení plodnosti je v průměru mezi 6 až 12 měsíci, proto není vhodnou volbou pro ženy plánující těhotenství ihned po vysazení antikoncepce. (Briggs a Kersey, 2023)

Na světě jsou k dispozici dva přípravky. Prvním z nich je preparát Depo-Provera, který obsahuje 150 mg medroxyprogesteronacetátu v 1 ml. Aplikuje se intramuskulárně do deltového nebo gluteálního svalu. Druhým z přípravků je Sayana s obsahem 104 mg medroxyprogesteronacetátu v 0,65 ml. Aplikační cesta je subkutánní do přední strany břich či stehna. (Driák, 2020)

## 6.3 Antikoncepční implantát

Antikoncepční implantáty mají vzhled dutých nevstřebatelných tyčinek obsahující progestin, které se aplikují do podkoží. (Barták, 2006) Podle obsaženého progestinu dělíme implantáty na levonorgestrelové a etonogestrelové. (Křepelka, 2013)

Norplant, složený ze 6 tyčinek, je zástupce levonorgestrelových implantátů. Každá z tyčinek obsahuje 36 mg levonorgestrelu, který se po dobu 5 let uvolňuje do organismu a tím zajišťuje antikoncepční afekt. Aplikace probíhá v lokální anestezii. Speciálním trokarem se tyčinky umístí do podkoží v oblasti vnitřní strany nedominantní horní končetiny. Zpravidla se zavádí v průběhu prvních sedmi dnů menstruačního cyklu. (Driák, 2020)

Zástupcem etonogestrelových implantátů je Implanon. Jedná se o metodu obsahující pouze jedinou tyčinku o délce 40 mm a tloušťce 2 mm. Účinnou látkou je etonogestrel v množství 68 mg, který zajišťuje antikoncepční efekt po dobu tří let. K implantaci tyčinky dochází, stejně jako u Norplantu, ambulantně v lokální



anestezii. Umisťuje se do podkoží na vnitřní stranu nedominantní paže. Obvyklá implantační doba je v průběhu prvních pěti dní menstruačního cyklu. (Driák, 2020)

Implantáty jsou nejspolehlivější antikoncepční metodou, která je ve světě dostupná. (Briggs a Kersey, 2023) Jsou vhodné pro ženy po porodu a pro ženy kojící. Jejich vyndání probíhá v místním znecitlivění a dochází k rychlému návratu plodnosti. V ČR však není žádný z preparátů registrován. (Driák, 2020)

#### **6.4 Nitroděložní systém s levonorgestrelm**

Nitroděložní systém s levonorgestrelm (LNG-IUS) spadá mezi dlouhodobou reverzibilní čistě gestagenní hormonální antikoncepci a u nás jej najdeme pod názvem Mirena. Jedná se o nitroděložní tělísko ve tvaru písmene T. (Driák, 2020) V rezervoáru má uloženo 52 mg syntetického pregestinu levonorgestrelu (LNG), který se uvolňuje v denní dávce 20 µg po dobu až 5 let. (Vlček a Vytrískalová, 2014) LNG působí prakticky pouze jen v děloze, tudíž je jeho systémová hladina minimální. (Roztočil et al., 2011) Mechanismus účinku je všestranný. Nejenomže mění konzistenci cervikálního hlenu, který se stává pro spermie hůře prostupný, ale také dochází k ovlivnění motility vejcovodů. (Fait, 2018) K potlačení ovulace dochází jen u 20 % uživatelk. (Hrušková, 2009) Díky všestrannému účinku zajišťuje nitroděložní systém vysokou míru účinnosti s Pearlovým indexem 0,02 %. (Roztočil et al., 2011)

Zavedení tělíška se provádí zpravidla bez anestezie během prvních 7 dnů menstruačního cyklu, popřípadě během ovulace, kdy je hrdlo mírně otevřené. (Vlček a Vytrískalová, 2014) Lze jej zavést i těsně po interrupci, abortu či po ukončeném šestinedělí. Zavádění nitroděložního tělíška musí probíhat za aseptických podmínek a s následnou kontrolou umístění pomocí vaginálního ultrazvuku. (Driák, 2020) Výjimečně může dojít k poranění dělohy při jeho inzerci či extrakci. (Roztočil et al., 2011)

U nás je hormonální nitroděložní tělísko nejčastěji indikováno ke kontracepci, ochraně endometria při substituci hormonů a léčbě hypermenorey. (Hrušková, 2009) Mezi výhody nitroděložního tělíška patří dlouhodobá kontracepční ochrana bez nutnosti denního užívání a velmi rychlý návrat plodnosti po jeho odstranění. (Driák, 2020) Je vhodnou metodou volby pro ženy s kontraindikací kombinované

hormonální antikoncepce. (Fait, 2018) Díky progestinu dochází k zeslabení menstruačního krvácení nebo až k amenoree. (Roztočil et al., 2011)

## 7 Postkoitální antikoncepce

Postkoitální či pohotovostní antikoncepce je metoda, která brání otěhotnění po nechráněném pohlavním styku nebo po selhání jiného druhu antikoncepce. (Rob; Martan a Ventruba, 2019) Její tendence užívání je vzrůstající. Použití postkoitální antikoncepce může zvyšovat riziko mimoděložního těhotenství. (Racková, 2022)

Mechanismus účinku je komplexní. Dochází k zablokování ovulace, změně endometria bránící implantaci blastuly a k regresi žlutého tělíska. (Fanta, 2002) Spolehlivost závisí na použité metodě. (Rob; Martan a Ventruba, 2019) Obecně však platí, že čím delší doba od pohlavního styku uplynula, tím nižší je spolehlivost. (Fanta, 2002)

Z čistě gestagenních přípravků je u nás dostupný přípravek Postinor 2, který obsahuje 0,75 mg levonorgestrelu v každé ze dvou tablet. První tabletu je potřeba užít do 72 hodin od koitu, druhou za 12 hodin po první. (Driák, 2020) Průměrná účinnost je 85 %. Stejně účinný je přípravek Escapelle s jednou aplikační dávkou o obsahu 1,5 mg levonorgestrelu a podáním do 72 hodin od pohlavního styku. (Fait, 2018) Nejčastěji vyskytovaným nežádoucím účinkem je nauzea. (Driák, 2020) Oba přípravky jsou v ČR od roku 2011 dostupné bez lékařského předpisu. (Vlček a Vytrískalová, 2014)

Horší snášenlivost a nižší účinek má Yuzpeho metoda. (Fait, 2018) Jedná se o kombinovanou orální antikoncepci obsahující 0,1 mg ethinylestradiolu a 0,5 mg levonorgestrelu. (Rob; Martan a Ventruba, 2019) Podává se ve dvou dávkách po 12 hodinách s prvním užitím do 72 hodin po koitu. (Barták, 2006) V dnešní době se využívá velmi výjimečně. (Čepický, 2021)

Další alternativou postkoitální antikoncepce je přípravek EllaOne s jednorázovou dávkou 30 mg ulipristalacetátu, jenž blokuje ovulaci. (Vlček a Vytrískalová, 2014) Tabletou je potřeba užít do 120 hodin od pohlavního styku. (Fait, 2018) Do 120 hodin po nechráněném pohlavním styku lze zavést nitroděložní tělísko, které zabrání případné nidaci. (Fanta, 2002)

## 8 Kontraindikace

Znalost kontraindikací a důkladné vyšetření lékařem jsou podstatným faktorem pro bezpečnou preskripci. Pokud se lékař setká s onemocněním nepříznivým pro užívání antikoncepce, zařadí jej do jedné ze čtyř kategorií. V kategorii 1 a 2 jsou zařazeny situace, u kterých lze danou antikoncepční metodou doporučit, zatímco v kategorii 3 a 4 se nacházejí situace, při kterých je metoda kontraindikována. Kontraindikace se rozdělují na relativní, kategorie 3, a absolutní, kategorie 4. (Křepelka, 2013)

### 8.1 Kontraindikace kombinované hormonální antikoncepce

Kombinovaná hormonální antikoncepce má kvůli obsahu estrogenů větší počet absolutních i relativních kontraindikací než antikoncepce gestagenní. (Driák, 2020)

Mezi absolutní kontraindikace kombinované hormonální antikoncepce patří aktuální karcinom prsu nebo období 5 let od skončení jeho léčby, diabetes mellitus s vaskulárními komplikacemi, nefropatií, neuropatií, osobní anamnéza hluboké žilní trombózy, plicní embolie, hypertenze s hodnotami nad 160/100 mm Hg nebo hypertenze s přítomností arteriálních komplikací. (Čepický, 2021) Dále je absolutně kontraindikována v případě závažných trombofilií, kam patří leidská mutace, deficit antitrombinu III, deficit proteinu C, S, (Procházka a Procházková, 2010) u srdečních vad komplikovaných plicní hypertenzí, u vážných nemocí jater, mezi které spadá hepatitis acuta, dekompenzovaná cirhóza, Wilsonova nemoc a benigní či maligní nádory jater. (Roztočil et al., 2011) Ischemická choroba srdeční či cévní mozková příhoda jsou další důvody pro nepředepsání kombinované hormonální antikoncepce. (Čepický, 2021) Mezi specifické stavy, u kterých je absolutní kontraindikace, patří těhotenství, šestinedělí u kojících žen, kouření více než 15 cigaret denně souběžně s věkem nad 35 let, migréna s auroou či migréna bez aury vzniklá při užívání antikoncepce a dlouhodobá imobilizace. (Roztočil et al., 2011)

Kombinovaná hormonální antikoncepce je relativně kontraindikována v období plného kojení do 6 měsíců po porodu, při kouření méně než 15 cigaret denně u žen mladších 35 let a u karcinomu prsu, jenž je déle než 5 let po léčbě. Dále

sem řadíme kontrolovanou hypertenzi, onemocnění jater bez absolutní kontraindikace, cholelitiázu, lehčí trombofilní mutace a faktory stupňující riziko kardiovaskulárních příhod. (Driák, 2020) V neposlední řadě by neměla být hormonální kombinovaná antikoncepce doporučena při užívání léků snižující její účinnost. K takovým lékům řadíme rifampicin a některá antiepileptika. (Čepický, 2021)

## **8.2 Kontraindikace gestagenní antikoncepce**

Gestagenní antikoncepce má pouze jedinou absolutní kontraindikaci, kterou je aktuální karcinomu prsu. (Driák, 2020) Z tohoto důvodu je vhodnou metodou volby pro ženy s kontraindikací estrogenů a tím pádem i kombinované hormonální antikoncepce, pro ženy se zvýšeným rizikem karcinomu endometria a obnovujícími se mykotickými vulvovaginitidy. (Fait, 2018)

Gestagenní antikoncepce je relativně kontraindikována v případě karcinomu prsu po 5 letech od léčby bez známek recidivy, dále při výskytu nejednoznačného vaginálního krvácení, u závažného kardiovaskulárního či jaterního onemocnění (dekompenzovaná cirhóza, nádory jater) a při výskytu systémového lupus erythematoses. Depotní injekce je navíc kontraindikována z důvodu ischemické choroby srdeční nebo cévní mozkové příhody, špatně korigované hypertenze a diabetu mellitu s komplikacemi. (Driák, 2020)

## **9 Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce**

Stejně jako každý farmakologický přípravek, tak i hormonální antikoncepce má své nežádoucí účinky, které vyplývají z typu užívaného progestinu a dávky estrogeneru. (Hrušková, 2009)

Nežádoucí účinky můžeme dělit na závažné, které mohou potencionálně ohrozit zdraví uživatelky a nezávažné, jenž vyvolávají jakýsi diskomfort bez ohrožení zdraví. (Barták, 2006)

### **9.1 Nezávažné nežádoucí účinky**

Mezi nezávažné nežádoucí účinky se řadí bolesti hlavy a migrény, které mohou být způsobeny obsaženými progestiny a jsou jedním z nejčastějších důvodů vysazení antikoncepce ze strany uživatelky. Dalším důvodem opuštění od

antikoncepce jsou deprese, změny nálady a pokles libida. (Barták, 2006) Ačkoliv studie zkoumající změny libida během užívání hormonální antikoncepce se ve svých výsledcích jednoznačně neshodují, je prokázán fakt, že při užívání hormonální antikoncepce dochází k snížené lubrikaci, což má negativní vliv na průběh sexuálního aktu. (Bobek; Šíma a Slanař 2022) Nepravidelné menstruační krvácení provází užívání všech typů hormonální antikoncepce a je nejčastějším důvodem ukončení antikoncepční metody. (Fait, 2018) Obecně platí, že s délkou užívání antikoncepční metody klesá nepravidelnost krvácení, tudíž je vhodné počkat alespoň tři cykly, jestli se krvácení neupraví. (Křepelka, 2013) V průběhu užívání hormonální antikoncepce se mohou objevit potíže jako napětí prsou či pocit nafouknutého břicha. (Hrušková, 2009) Velmi debatovaným nezávažným nežádoucím účinkem je váhový přírůstek. (Bobek; Šíma a Slanař 2022) Estrogen způsobuje nárůst hmotnosti zvýšeným zadržováním vody v těle, zatímco progesterin má pozitivní vliv na apetit uživatelky, díky čemuž může dojít k přírůstu hmotnosti v podobě tuků. (Barták, 2006) Přibližně 73 % žen vnímá možný váhový přírůstek jako nevýhodu. Při užívání depotního medroxyprogesteronacetátu bylo popsáno mírné snížení kostní denzity, jež se po ukončení aplikace vrátilo k původním hodnotám. (Fait, 2018)

## **9.2 Závažné nežádoucí účinky**

Závažné nežádoucí účinky patří mezi velmi vzácné, avšak potencionálně smrtící komplikace hormonální antikoncepce. (Fait, 2018) Mezi vaskulární komplikace řadíme tromboembolickou nemoc, infarkt myokardu a cévní mozkovou příhodu. Varovnými příznaky těchto stavů jsou bolesti hlavy, poruchy vidění, bolesti na hrudi provázené dušností, bolesti břicha a bolesti končetin. (Křepelka, 2013) Dalšími důležitými závažnými nežádoucími účinky jsou jaterní poškození, karcinogeneze či hypertenze. (Barták, 2006)

### **9.2.1 Tromboembolická nemoc (TEN)**

Tromboembolická nemoc (TEN) je nezávažnější cévní komplikace spojená s užíváním kombinované hormonální antikoncepce. Při tomto onemocnění dochází ke vzniku krevních sraženin v hlubokých žilách. Krevní sraženiny se následně

mohou utrhnout a být zanášeny krevním proudem až do plic, kde způsobí plicní embolii. (Driák, 2020)

Relativní riziko (RR) TEN u uživatelky CC je poměrně vysoké, pohybuje se v rozmezí 2–4 a svého maxima dosahuje v průběhu prvního roku užívání. Komplikujícím faktorem nasazení CC je přítomnost ostatních rizikových faktorů, jež přispívají ke zvýšení rizika TEN. Mezi ně patří věk nad 40 let, obezita, kouření, těhotenství, dlouhodobá imobilizace, malignita a výskyt vrozených trombofilií. (Hrušková, 2009)

Riziko TEN je závislé nejen na dávce podaného estrogenu, ale také na druhu použitého progestinu. Obecně tak platí, že riziko TEN stoupá se zvyšující se dávkou podaného estrogenu a s obsahem progestinů 3. a 4. generace, avšak čistě gestagenní antikoncepce nemá na vznik TEN vliv. (Procházka a Procházková, 2010)

### **9.2.2 Infarkt myokardu (IM)**

Infarkt myokardu (IM) je vážné onemocnění, jenž nejčastěji vzniká na podkladě aterosklerózy, tedy ukládání cholesterolu ve stěně cév. (Barták, 2006) Ateroskleróza souvisí s porušenou funkcí metabolismu lipidů. Estrogeny zapříčiňují snížení hladiny LDL cholesterolu a zvýšení hladiny HDL cholesterolu. Progestiny působí naopak, zvyšují hladinu špatného LDL cholesterolu. V kombinované hormonální antikoncepci se účinek estrogenu a progestinu vyrovnává a je tak neutrální k lipidovému metabolismu. (Fait, 2018)

Uživatelky CC mají RR infarktu myokardu 2-3,2. Riziko výrazně stoupá u kuřáček, žen starších 35 let, u žen s cukrovkou a žen trpících hypertenzí. (Burkman, 2001)

Vznik infarktu myokardu závisí na dávce estrogenu i na druhu použitého progestinu. Jsou upřednostňovány přípravky s nižší dávkou estrogenu a s obsahem progestinů 3. generace. (Hrušková, 2009)

### **9.2.3 Cévní mozková příhoda (CMP)**

Užívání kombinované hormonální antikoncepce zvyšuje riziko ischemické cévní mozkové příhody (CMP) s relativním rizikem v rozmezí 0,89–2,99. (Fait, 2018) Riskantní je její užívání v kombinaci s kouřením, hypertenzí a s výskytem

migrenózních bolestí hlavy. Všechny tyto faktory zvyšují riziko CMP. (Driák, 2020)

CMP je spjata především s estrogenní složkou hormonální antikoncepce. Se snižující se denní dávkou estrogenu klesl počet úmrtí na CMP. (Hrušková, 2009)

#### **9.2.4 Arteriální hypertenze**

Arteriální hypertenze je definována jako opakované zvýšení krevního tlaku nad hodnotu 140/90 mmHg, přičemž tyto hodnoty jsou prokazatelné nejméně ve dvou ze tří měřeních. (Mandlovec, 2008)

Hned několik mechanismů se podílí na vzniku hypertenze při užívání kombinované hormonální antikoncepce. Estrogeny zapříčiňují zvýšenou produkci angiotenzinu v játrech, který se následně zapojuje do systému renin-angiotenzin-aldosteron a zvyšuje tak krevní tlak. (Mandlovec, 2008) Dalšími mechanismy jsou zvýšená retence tekutin a natria v organismu a působení progesterinů na cévní stěnu. (Fait, 2018)

Protektivním faktorem je užívání antikoncepce s obsahem drospirenonu, což je progesterin s antimineralkortikoidními vlastnostmi. Při jeho užívání byl pozorován pokles krevního tlaku o 1 až 4 mmHg. (Mandlovec, 2008)

Přibližně u poloviny žen užívajících CC dojde k reverzibilnímu a lehkému zvýšení systolického i diastolického krevního tlaku. V průměru je toto zvýšení o 3 až 5 mmHg. (Driák, 2020) Alarmujícího zvýšení dosáhne maximálně 2,5 % žen, kde hodnoty tlaku překročí normu. Z tohoto důvodu jsou důležité pravidelné kontroly krevního tlaku, přičemž odhalení nově vzniklé hypertenze v průběhu užívání hormonální antikoncepce je indikací k jejímu vysazení. (Hrušková, 2009)

#### **9.2.5 Jaterní poškození**

Užívání kombinované orální antikoncepce nezpůsobuje žádné problémy u žen s normální jaterní funkcí. Avšak jsou-li játra předem vážněji porušena, může pod vlivem COC dojít ke zhoršení jejich činnosti. (Driák, 2020)

Jaterní poškození má na svědomí zejména kombinovaná perorální antikoncepce. Hormony v ní obsažené snižují tok žluči a zároveň zvyšují nasycení žluči cholesterolem. Zvětšující se žlučník se pod vlivem progesterinů nedokonale vyprazdňuje a tímto mechanismem může dojít k urychlení cholelithiázy, nikoliv

k jejímu vyvolání. Riziko cholelithiázy bylo mnohonásobně větší při užívání starších přípravků s vyšším obsahem ethinylestradiolu. Novodobé nízkodávkové přípravky představují nižší riziko. (Driák, 2020)

Adenom je benigní jaterní nádor, jež se dává do souvislosti s užíváním COC. Riziko se zvyšuje s délkou užívání COC a je připisováno především přípravkům s obsahem mestranolu. Mezi vzácné benigní nádory patří fokální nodulární hyperplazie (FNH). U uživatelů COC je relativní riziko vzniku FNH 2,8 a je závislé na délce užívání, po 3 letech se zvýší na 4,5. Užívání COC se nespojuje s výskytem maligních nádorů jater. (Driák, 2020)

### 9.2.6 Karcinogeneze

Karcinomu prsu je nejčastější ženskou malignitou vyskytující se na území ČR. Malý, ale přesto znatelný podíl na výskytu má i užívání kombinované hormonální antikoncepce. Relativní riziko karcinomu prsu u nynějších uživatelů CC se pohybuje v rozmezí 1,2– 1,4 a roste s délkou užívání. Po vysazení CC dochází ke snížení relativního rizika, které v průběhu 10 let klesá na 1,07. (Driák, 2020) Kromě užívání CC existují i jiné rizikové faktory, které samotné riziko karcinomu prsu zvyšují. Mezi hlavní patří rodinná anamnéza karcinomu prsu, pokročilý věk, pozdní věk prvního porodu, časná menarché, pozdní menopauza, bezdětnost a užívání alkoholu ve vyšším množství. (Racková, 2022) Ženy, jež začaly užívat antikoncepci v náctiletém věku, jsou prokazatelně vystaveny vyššímu riziku vzniku karcinomu prsu, naopak těhotenství významně napomáhá ke snížení tohoto rizika. Současná nízkodávková CC nezvyšuje riziko karcinomu prsu a ani neovlivňuje vznik benigních lézí prsu či mastodynii. (Fait, 2018)

Užívání CC je spojováno s vyšším rizikem vzniku karcinomu hrdla děložního, avšak tato problematika je velmi složitá, neboť vznik ovlivňují i jiné rizikové faktory. (Driák, 2020) Relativní riziko karcinomu hrdla děložního u uživatelů CC se pohybuje v rozmezí 1,2 až 3,5 a po ukončení užívání CC se po 10 letech vrací k normě. (Fait, 2018) „*Nicméně po očištění od dalších rizikových faktorů (kouření, koitarche, počet sexuálních partnerů) není toto riziko výrazné.*“ (Fait, 2018, s. 42)



## 10 Příznivé účinky hormonální antikoncepce

Kromě ochrany před těhotenstvím má hormonální antikoncepce i jiné, neantikoncepční příznivé účinky, jež převyšují zdravotní rizika. Většinu pozitivních účinků mají na svědomí obsažené estrogény, proto čistě gestagenní antikoncepce postrádá většinu výhod kombinované hormonální antikoncepce. (Čepický, 2021)

Pozitivních účinků hormonální antikoncepce na ženské tělo je celá řada, proto jsem se snažila vypíchnout ty nejdůležitější. Mimo níže zmíněné působí hormonální antikoncepce příznivě na premenstruační syndrom, snižuje ztráty krve v průběhu menstruace a je u ní prokázán pokles výskytu revmatoidní artritidy. (Křepelka, 2013)

### 10.1 Hyperandrogenní stavy

Hyperandrogenní syndrom je endokrinní onemocnění, jež se u žen vyznačuje nadbytkem androgenů. Nejčastěji je způsoben syndromem polycystických ovarií (PCOS), vzácněji jej mohou způsobovat jiné choroby s nadprodukcí androgenů. (Koliba; Dibonová a Bortelová, 2021)

Obvyklým projevem přebytku androgenů je akné. Toto onemocnění je charakterizované vznikem komedonů a papul v oblasti obličeje, krku a hrudníku. K léčbě mírného až středně závažného akné se používá COC, běžně v kombinaci s antibiotiky či spironolaktonem. (Koliba; Dibonová a Bortelová, 2021) Vhodné je užívat monofázické přípravky s nízkou dávkou estrogenů a obsahem antiandrogenů. Absolutně nevyhovující jsou čistě gestagenní přípravky, jež mohou akné ještě zhoršit. (Driák, 2020)

PCOS je chronické onemocnění projevující se dysfunkcí menstruačního cyklu, sterilitou, metabolickými poruchami a hyperandrogenismem zahrnující hirsutismus a akné. (Driák, 2020) Nejčastěji využívaným lékem je COC, která napomáhá k úpravě menstruačního cyklu a inhibuje produkci androgenů ovarií. Stejně jako u léčby akné, i zde jsou preferovány přípravky s nízkou dávkou estrogenů obsahující progestiny bez androgenní aktivity. (Křepelka, 2013)

## 10.2 Karcinogeneze

Užívání kombinované hormonální antikoncepce prokazatelně snižuje riziko vzniku karcinomu endometria (RR 0,58) a ovaria (RR 0,5). (Hrušková, 2009) S délkou aplikace roste i ochrana, která přetrvává ještě několik let po vysazení antikoncepce. (Burkman, 2001) Velkou výhodnou CC je její protektivní vliv na kolorektální karcinom. Po několikaletém užívání klesá relativní riziko mezi hodnoty 0,6-0,8. (Driák 2020)

Ani čistě gestagenní antikoncepce nezůstává pozadu. Byla u ní pozorována redukce rizika karcinomu endometria, zejména pak aplikace DMPA snižuje toto riziko až o 80 % a má tak větší stupeň ochrany než CC. (Křepelka, 2013) O protektivním efektu proti karcinomu ovaria při užívání čistě gestagenní antikoncepce nejsou zatím důkazy. (Driák, 2020)

## 10.3 Pánevní zánětlivá nemoc

Pánevní zánětlivá nemoc vzniká na podkladě bakteriální infekce a je nejčastější příčinou sterility mladých žen. Užívání kombinované hormonální antikoncepce a čistě gestagenní antikoncepce má protektivní vlastnosti na vznik pánevních zánětů. Oba druhy antikoncepce zvyšují viskozitu cervikální hlenu, což brání vniknutí infekce do oblasti vnitřních rodidel. Naopak riziko chlamydiové infekce je zvýšeno, pravděpodobně z důvodu liberalizace sexuálního života. (Driák, 2020; Křepelka, 2013)

## 10.4 Endometrióza

Endometrióza je chronické multifaktoriální onemocnění charakterizované ektopickým výskytem endometria s četností 10-15 %. Projevuje se chronickou pánevní bolestí, poruchami menstruačního cyklu a sníženou fertilitou. (Driák, 2020)

K léčbě jsou vhodné přípravky kombinované i čistě gestagenní antikoncepce, během jejichž aplikace dochází k regresi, supresi či dokonce nekróze jednotlivých ložisek. Jsou účinné i u léčby pánevní bolesti, kterou výrazně snižují. Z přípravků COC se preferují nízkodávkové přípravky s kontinuální aplikací. (Driák, 2020)

## **10.5 Děložní myom**

Děložní myom je nejčastější ženský benigní nádor vznikající z buněk hladké svaloviny dělohy. Přibližně u poloviny žen jsou rozpoznatelné symptomy jako nadměrné děložní krvácení, porucha plodnosti, pánevní bolest a tlak na okolní orgány. (Křepelka, 2013)

Kombinovaná hormonální antikoncepce i čistě gestagenní antikoncepce má pozitivní vliv především na redukci menstruačních obtíží spojených s výskytem myomu. Při podávání hormonální antikoncepce může dojít k zastavení či regresi děložních myomů. (Driák, 2020) Velmi účinný je DMPA. (Křepelka, 2013)

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **11 Cíl výzkumu**

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat rozsah povědomí mužů týkající se hormonální antikoncepce. Tento cíl je dále rozpracován na čtyři dílčí cíle, které jsem si stanovila hned na počátku tvorby bakalářské práce. Otázky použité v dotazníkovém šetření jsou zvoleny tak, abych mohla dosáhnout zodpovězení předem určených dílčích cílů.

#### Dílčí cíl č. 1

Zjistit, kde dotazovaní muži získali prvotní informace o hormonální antikoncepci.

Verifikace v dotazníku: otázka 6

#### Dílčí cíl č. 2.

Analyzovat postoj dotazovaných mužů k antikoncepci.

Verifikace v dotazníku: otázky 7, 8

#### Dílčí cíl č. 3

Zjistit míru informovanosti dotazovaných mužů o možných nežádoucích účincích hormonální antikoncepce.

Verifikace v dotazníku: otázky 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22

#### Dílčí cíl č. 4

Zjistit míru informovanosti dotazovaných mužů o možných pozitivních neantikoncepčních účincích hormonální antikoncepce.

Verifikace v dotazníku: otázky 17, 18, 19, 20

### **12 Metodika výzkumu**

#### **12.1 Použité metody**

Jako nástroj sběru dat pro praktickou část bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní výzkum ve formě dotazníkového šetření.

Vytvořený nestandardizovaný dotazník se skládá z 22 otázek. Většina dotazníku je tvořena uzavřenými otázkami, kde mají respondenti na výběr z předem připravených možností. Pouze jedna otázka je polouzavřená a respondenti tak mají možnost mimo předem připravených odpovědí napsat i odpověď vlastní. Ve dvou případech jsem použila otevřené otázky, aby respondenti měli možnost vlastního vyjádření.

Otázky 1-5 jsou zaměřeny na demografické údaje respondentů. Otázka 6 zjišťuje prvotní zdroj informací o hormonální antikoncepci. Otázky 7-9 zjišťují postoj respondentů k antikoncepci a znalost forem hormonální antikoncepce. Otázky 10-16 a 21-22 zkoumají informovanost o možných nežádoucích účincích. Otázky 17-20 se zabývají povědomím o možných příznivých neantikoncepčních účincích.

Plné znění dotazníku naleznete v příloze 1.

## **12.2 Výzkumný vzorek**

Za cílovou skupinu jsem zvolila pouze mužskou část populace. Myslím si, že i mužská populace by měla být řádně informována o této problematice, jelikož mnohdy může docházet k mylným představám o účincích hormonální antikoncepce z jejich strany. Druhým kritériem je věk. Spodní hranici jsem vytyčila na 15 let, jelikož v tomto věku je v ČR zákonně povolený pohlavní styk. Za horní hranici jsem stanovila věk 45 let, což je meze střední dospělosti.

Respondenty dotazníkového šetření tvoří laická veřejnost.

## **12.3 Sběr dat**

Před samotným rozesláním dotazníku jsem provedla předvýzkum pomocí pěti elektronických dotazníků. Z důvodu špatného pochopení zadaných otázek jsem zadání přeformulovala, abych tak dosáhla co možná nejrelevantnějších odpovědí. Finální verzi dotazníku jsem šířila v elektronické podobě přes různé sociální sítě. Kvůli zachování soukromí respondentů byl dotazník zcela anonymní.

Sběr dat probíhal od poloviny února do poloviny března roku 2024. Na zodpovězení otázek bylo potřeba přibližně 10 minut vloženého času respondentů. Bylo vyplněno 123 dotazníků, z kterých jsem musela 3 dotazníky vyřadit z důvodu

nesplnění kritérií. Celkem jsme nasbírala 120 validních odpovědí, vhodných pro další analýzu.

## 12.4 Analýza dat

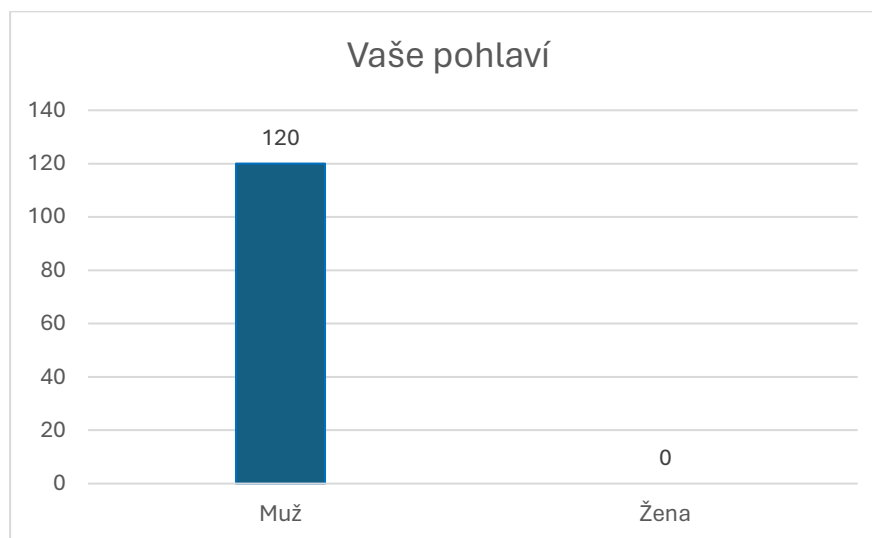
Získaná data jsem vyhodnotila pomocí stránky survio a v počítačovém programu Microsoft Office Excel. Pro názorné zobrazení jsem výsledky průzkumu převedla do sloupcových grafů. Procenta jsou zaokrouhlena na jedno desetinné místo.

## 13 Výsledky výzkumného šetření

### 13.1 Vyhodnocení demografických údajů

#### Otázka č. 1: Vaše pohlaví:

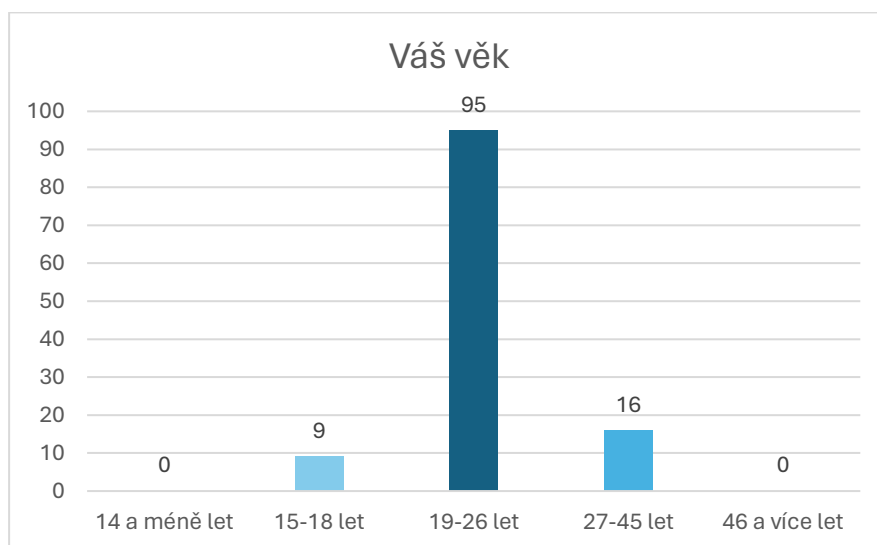
*Graf 1 Vaše pohlaví*



V otázce č. 1 jsem se ptala na pohlaví respondentů. Jelikož byl dotazník určen pouze pro muže, kategorie „žena“ nebyla zastoupena ani jednou, 0 (0%) respondentů. Kategorie „muž“ byla zastoupena 120 (100 %) respondenty, což byl plný počet respondentů.

## Otázka č. 2: Váš věk:

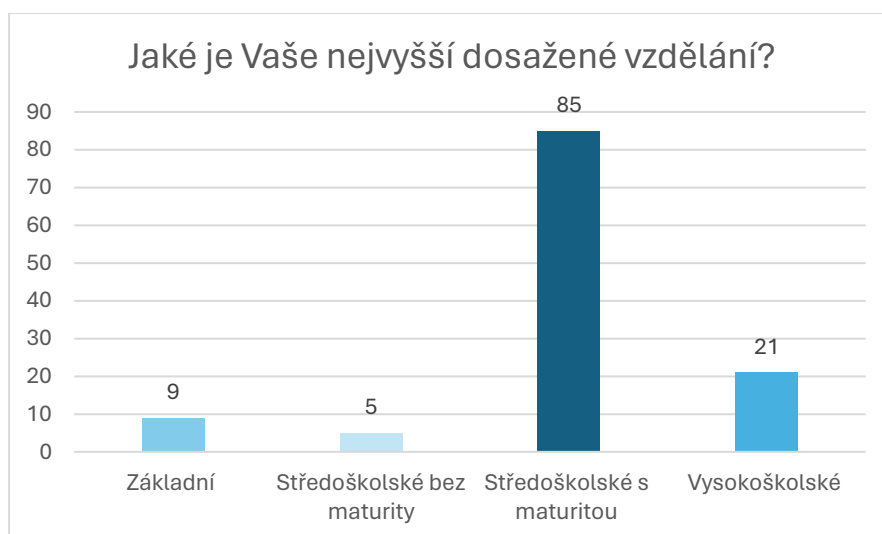
Graf 2 Váš věk



V otázce č. 2 jsem se ptala na věk respondentů. Kritérium pro zařazení do dotazníku bylo od 15 do 45 let, proto kategorie „14 a méně let“ a „46 a více let“ jsou zastoupeny 0 (0 %) respondenty. Z celkového počtu 120 (100 %) respondentů bylo v kategorii „15-18 let“ 9 (7,5 %) respondentů, v kategorii „19-26 let“ bylo 95 (79,2 %) respondentů a v nejstarší kategorii, tedy „27-45 let“, bylo 16 (13,3 %) respondentů.

## Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

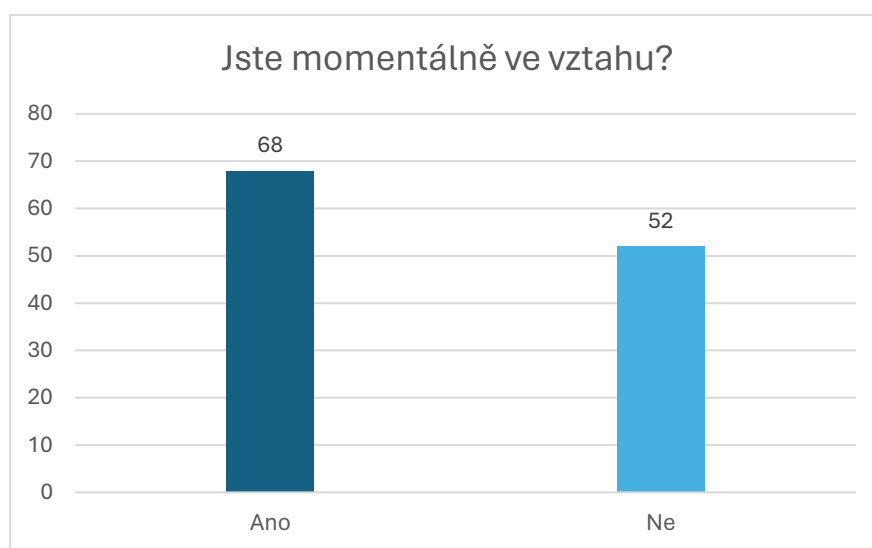
Graf 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Otázkou č. 3 jsem zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání zúčastněných respondentů. Z celkového počtu 120 (100 %) respondentů, dosáhlo 85 (70,8 %) respondentů středoškolského vzdělání s maturitou, 21 (17,5 %) zúčastněných mělo vysokoškolské vzdělání a k základnímu vzdělání se hlásilo 9 (7,5 %) respondentů. Respondentů se středoškolským vzděláním bez maturity se zúčastnilo nejméně, a to pouze 5 (4,2 %).

#### Otázka č. 4: Jste momentálně ve vztahu?

Graf 4 Jste momentálně ve vztahu?



Otázka č. 4 zjišťovala, zda jsou respondenti aktuálně ve vztahu. Z grafu vyplývá, že více respondentů označilo možnost „ano“, tedy že v době vyplňování dotazníku byli ve vztahu, konkrétně 68 (56,7 %). Respondentů, kteří v době vyplňování dotazníku nebyli ve vztahu a označili možnost „ne“ bylo 52 (43,3 %). Přestože je to poněkud osobní otázka, zahrnuji ji do svého dotazníku z důvodu orientačního přehledu o počtu zadaných a nezadaných účastníků výzkumu.



## Otázka č. 5: Jaké je Vaše zaměstnání?

Graf 5 Jaké je Vaše zaměstnání?

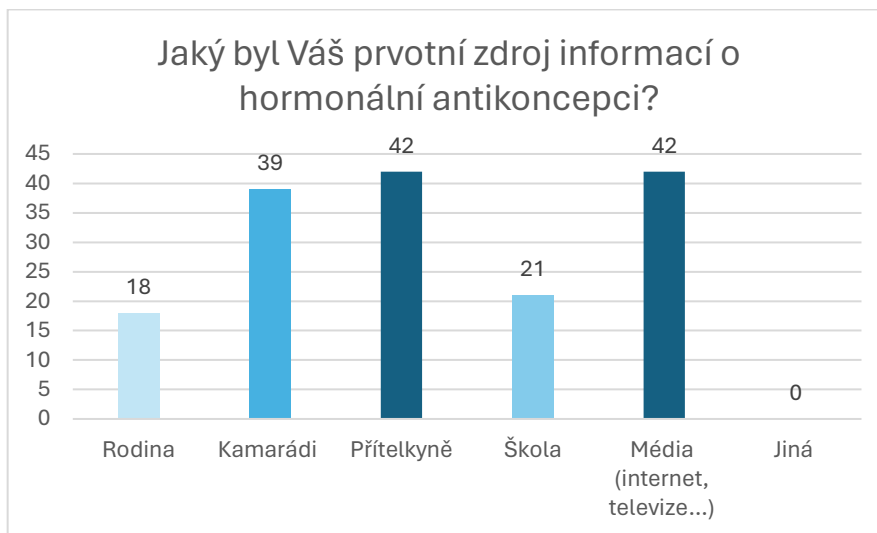


V otázce č. 5 jsem se chtěla dozvědět, jaké je zaměstnání dotazovaných respondentů. Tuto otázku jsem zvolila z vlastní zvědavosti, abych měla přehled o pracovním rozvrstvení dotazovaných mužů. Jelikož byla otázka otevřená, sestavila jsem přehledný graf, který znázorňuje pět nejčastějších odpovědí a odpověď „jiné“. K odpovědi „student“ se hlásilo nejvíce respondentů, přesněji 41 (34,2 %). „Profesionálních sportovců“ se zúčastnilo 26 (21,7 %), „policistů“ se zúčastnilo 10 (8,3 %) a zaměstnání „IT specialista“ bylo zastoupeno 6 (5 %) respondenty. Pouhých 5 (4,2 %) respondentů vykonávalo povolání „trenér“. Povolání, která byla zastoupena pouze jednou, či dvakrát, jsou zahrnuta do odpovědi „jiné“ 32 (26,6 %). Z mého pohledu nejzajímavějšími zaměstnáními byly „urbanista, hydrolog, voják“.

## 13.2 Vyhodnocení otázek zaměřených na zvolené cíle

### Otázka č. 6: Jaký byl Váš prvotní zdroj informací o hormonální antikoncepci (antikoncepce určená pro ženy s obsahem hormonů)?

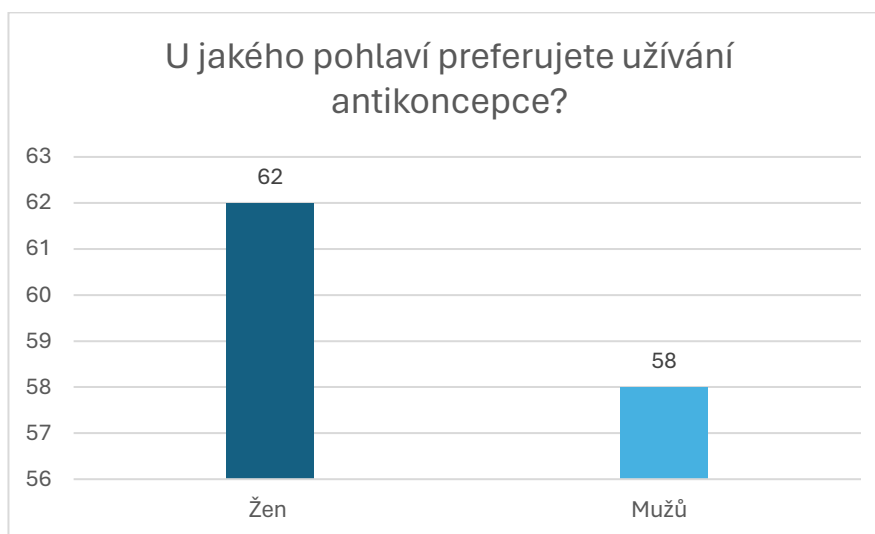
Graf 6 Jaký byl Váš prvotní zdroj informací o hormonální antikoncepci?



Otázkou č. 6 jsem zjišťovala, kde respondenti získali prvotní informace o hormonální antikoncepci. Počet nutných odpovědí nebyl určen. Každý z respondentů mohl označit jednu nebo více z připravených odpovědí. Pokud nebyla vhodná ani jedna z nabízených možností, respondenti mohli napsat vlastní odpověď do kolonky „jiná“. Z celkového počtu 120 (100 %) respondentů vybralo možnost „přítelkyně“ 42 (35 %) a možnost „média“ 42 (35 %) stejný počet respondentů. Hned v závěsu se umístila možnost „kamarádi“, kterou zvolilo 39 (32,5 %) respondentů. Odpověď „škola“ vybralo 21 (17,5 %) respondentů. S velkým překvapením zvolilo nejméně 18 (15 %) respondentů možnost „rodina“, u které jsem naopak předpokládala největší zastoupení. Žádný z respondentů nenapsal vlastní odpověď do kolonky „jiná“.

### Otázka č. 7: U jakého pohlaví preferujete užívání antikoncepce?

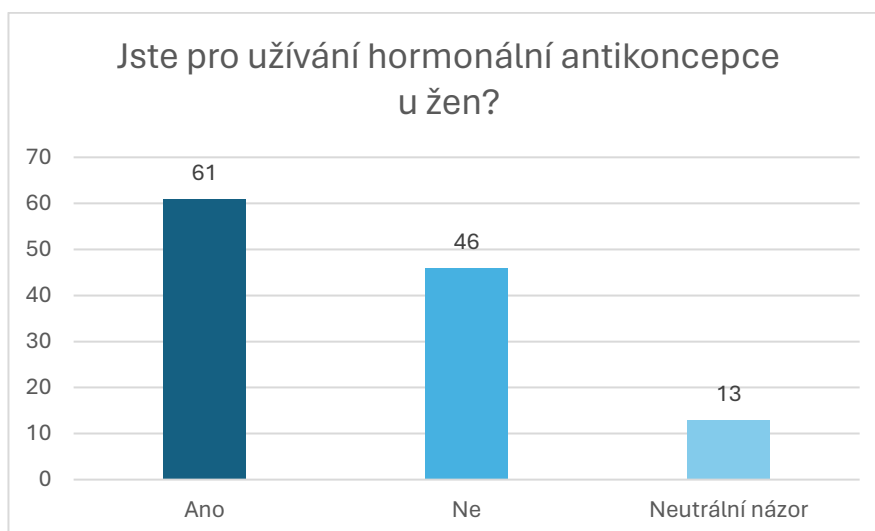
Graf 7 U jakého pohlaví preferujete užívání antikoncepce?



V otázce č. 7 jsem se zajímala, u jakého pohlaví respondenti preferují užívání antikoncepce. Z grafu je zřetelná vyrovnanost odpovědí. Méně jak polovina dotazovaných, přesněji 58 (48,3 %), preferuje užívání antikoncepce u sebe samých, tedy u „mužů“. O 4 respondenty více, přesněji 62 (51,7 %) respondentů dává přednost užívání antikoncepce u svých protějšků, „žen“.

### Otázka č. 8: Jste pro užívání hormonální antikoncepce u žen?

Graf 8 Jste pro užívání hormonální antikoncepce u žen?

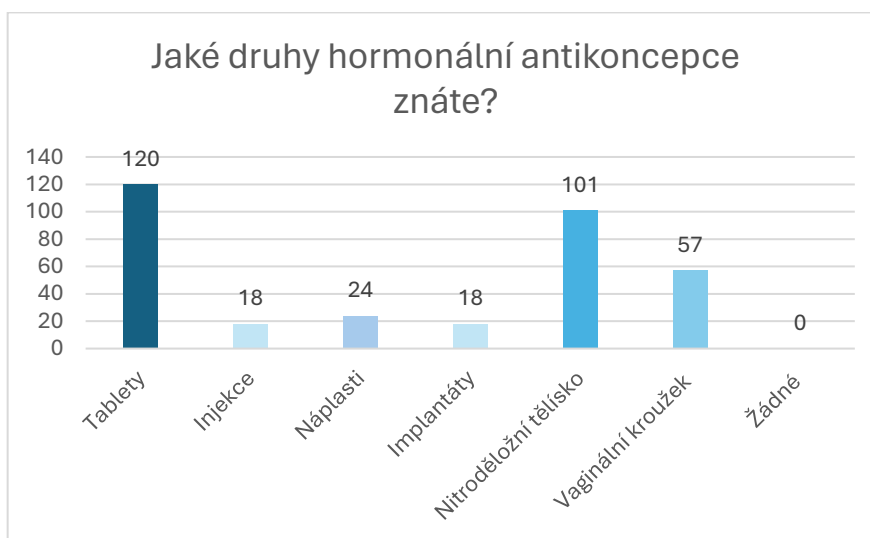


V otázce č. 8 jsem zjišťovala názor respondentů na užívání hormonální antikoncepce u žen. Jelikož byla otázka otevřená, respondenti měli možnost se

rozepsat o svém postoji k hormonální antikoncepci. Odpovědi jsem pro přehlednost rozdělila do tří kategorií. Nejvíce zastoupená byla kategorie „ano“, která značila souhlas s užíváním hormonální antikoncepce. K této kategorii se hlásila více jak polovina respondentů, přesněji 61 (50,8 %). Mezi nejčastěji uváděné důvody pro užívání hormonální antikoncepce patřily „pohodlí a ochrana před početím“. Mnoho respondentů uvedlo, že jsou pro užívání hormonální antikoncepce, pokud je žena řádně vyšetřena svým gynekologem a je seznámena s možnými nežádoucími účinky. Respondentů, kteří nesouhlasili s užíváním hormonální antikoncepce a jsou tak zařazeni do kategorie „ne“, bylo 46 (38,4 %). Mezi nejčastěji udávané důvody u kategorie „ne“ patřily „zásah do organismu, mnoho nežádoucích účinků a negativní vliv na zdraví“. Pouhých 13 (10,8 %) respondentů mělo neutrální názor. Nejčastěji uváděnými důvody byly „záleží na rozhodnutí ženy, záleží na domluvě partnerů ve vztahu“.

### Otázka č. 9: Jaké druhy hormonální antikoncepce znáte?

Graf 9 Jaké druhy hormonální antikoncepce znáte?

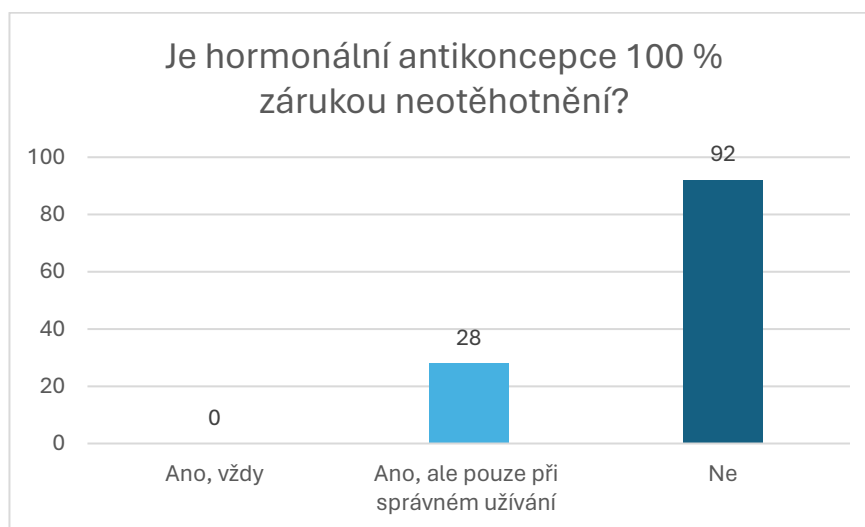


Otázkou č. 9 jsem zkoumala znalost respondentů ohledně druhů hormonální antikoncepce. Otázka byla vědomostní. Stejně jako u otázky č. 6 nebyl určen počet nutných odpovědí. Každý respondent vybral druh nebo druhy, které pro něj byly známé. Pokud respondent neznal žádný z druhů hormonální antikoncepce, zaškrtl možnost „žádné“. Z celkového počtu 120 (100 %) respondentů znal plný počet 120 (100 %) zúčastněných „tablety“. „Nitroděložní tělísko“ znalo 101 (84,2 %)

respondentů a „vaginální kroužek“ znalo 57 (47,5 %) respondentů. Nižší znalost byla u druhu „náplasti“, který označilo pouze 24 (20 %) respondentů. Na děleném posledním místě se nacházely dvě položky. „Injekce“ znalo 18 (15 %) respondentů, stejně jako „náplasti“, 18 (15 %) respondentů. Nikdo z respondentů nevyužil možnost „žádné“.

#### Otázka č. 10: Je hormonální antikoncepce 100 % zárukou neotěhotnění?

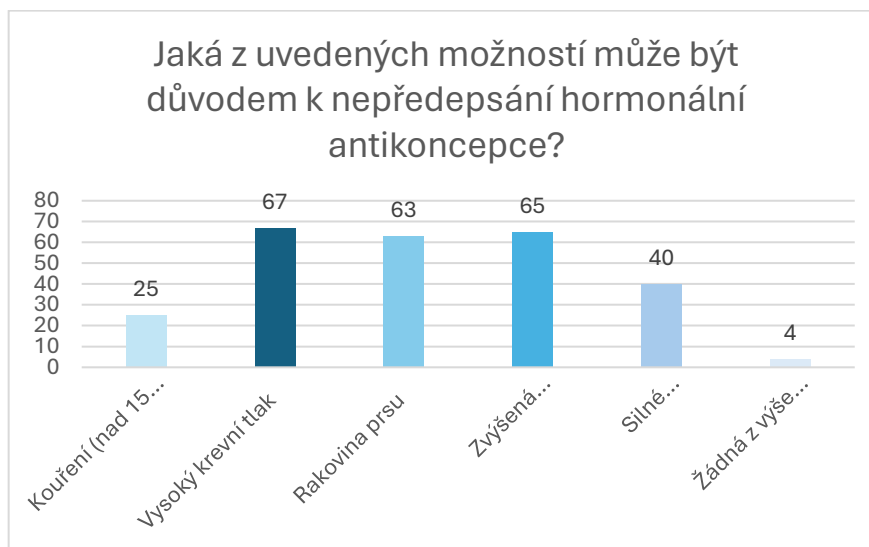
Graf 10 Je hormonální antikoncepce 100 % zárukou neotěhotnění?



V otázce č. 10, jenž byla vědomostní otázkou, jsem zjišťovala znalost respondentů ohledně ochrany hormonální antikoncepce před otěhotněním. Z grafu je zřejmá poměrně vysoká informovanost. Drtivá většina dotazovaných, konkrétně 92 (76,7 %) respondentů, se domnívala, že hormonální antikoncepce není 100 % zárukou otěhotnění, a označili tak odpověď „ne“. Tato odpověď byla správná. Mylnou představu o ochraně před otěhotněním mělo 28 (23,3 %) respondentů, kteří si mysleli, že hormonální antikoncepce zaručuje 100 % ochranu před otěhotněním při jejím správném užívání, a označili tak odpověď „ano, ale pouze při správném užívání“. Žádný z respondentů ne zvolil variantu „ano, vždy“.

### Otázka č. 11: Jaká z uvedených možností může být důvodem k nepředepsání hormonální antikoncepce tzv. kontraindikace?

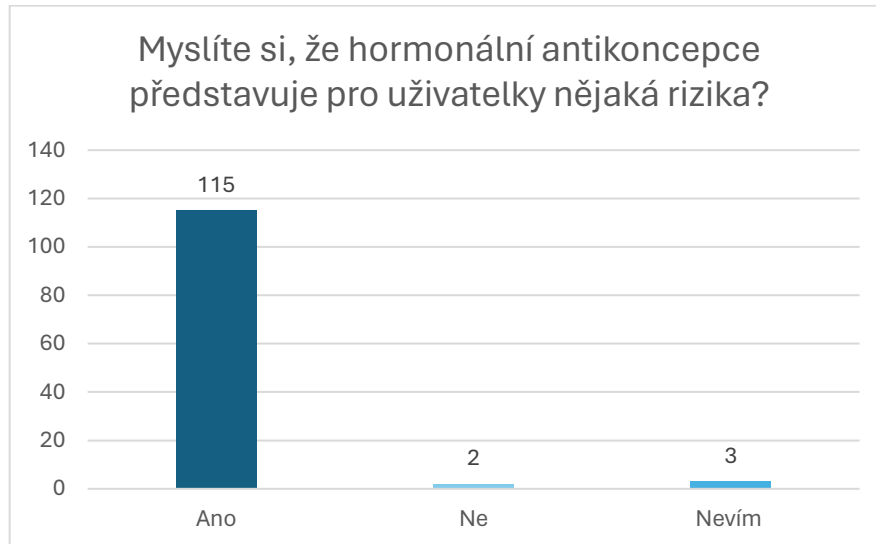
Graf 11 Jaká z uvedených možností může být důvodem k nepředepsání hormonální antikoncepce?



Otázkou č. 11 jsem zjišťovala znalost respondentů ohledně kontraindikací hormonální antikoncepce. Otázka byla vědomostní. Počet nutných odpovědí nebyl určen. Každý z respondentů mohl vybrat jednu nebo více z připravených odpovědí. Z celkového počtu 120 (100 %) respondentů, vybralo 67 (55,8 %) respondentů „vysoký krevní tlak“, 65 (54,2 %) respondentů označilo „zvýšená srážlivost krve“ a 63 (52,5 %) respondentů zvolilo odpověď „rakovina prsu“. Tyto tři odpovědi byly vyrovnané. Pouze 25 (20,8 %) respondentů se domnívalo, že „kouření (nad 15 cigaret denně)“ je důvodem k nepředepsání hormonální antikoncepce. Do možností jsem zahrнула i jednu chybnou odpověď, a to „silné menstruační krvácení“, kterou označilo 40 (33,3 %) respondentů. Právě silné menstruační krvácení není kontraindikací hormonální antikoncepce, naopak je mnohdy předepisována, jelikož snižuje ztráty krve v průběhu menstruace. 4 (3,3 %) respondenti vybrali možnost „žádná z výše uvedených“. Přisuzuji to k neznalosti kontraindikací hormonální antikoncepce.

**Otázka č. 12: Myslíte si, že hormonální antikoncepce představuje pro uživatelky nějaká rizika?**

*Graf 12 Myslíte si, že hormonální antikoncepce představuje pro uživatelky nějaká rizika?*

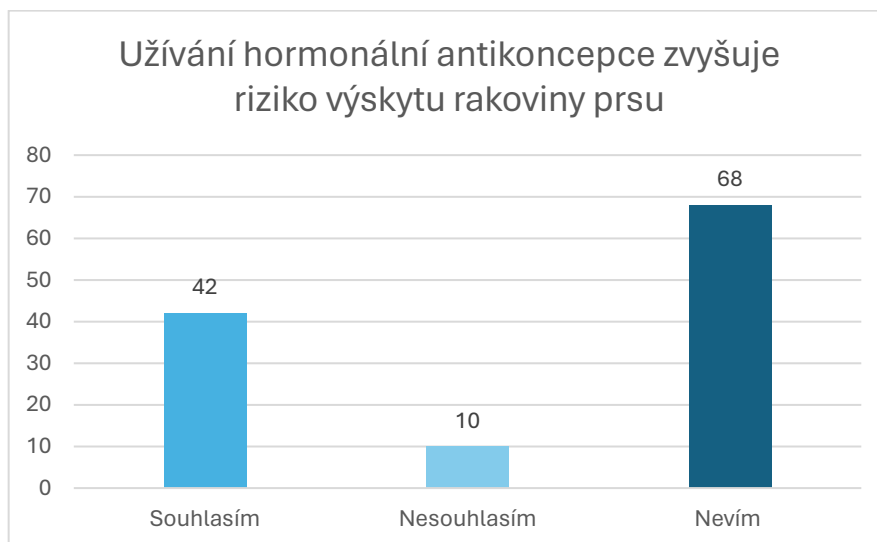


Otázkou č. 12 jsem zkoumala, zda si respondenti myslí, že hormonální antikoncepce představuje pro uživatelky nějaká rizika. Otázka byla vědomostí. Z grafu vyplývá velmi vysoká míra informovanosti dotazovaných respondentů. Z celkového počtu 120 (100 %) respondentů jich 115 (95,8 %) odpovědělo „ano“, tedy že hormonální antikoncepce představuje rizika. Tato odpověď byla správná. Pouze 5 respondentů odpovědělo jinak. 3 (2,5 %) respondenti označili možnost „nevím“ a 2 (1,7 %) zaškrtnuli možnost „ne“, tedy že hormonální antikoncepce nepředstavuje rizika.

Nadcházející otázky (13-16; 21-22) budou zjišťovat vědomosti respondentů o konkrétních nežádoucích účincích hormonální antikoncepce.

**Otázka č. 13: Užívání hormonální antikoncepce zvyšuje riziko výskytu nádoru prsu:**

*Graf 13 Užívání hormonální antikoncepce zvyšuje riziko výskytu nádoru prsu*

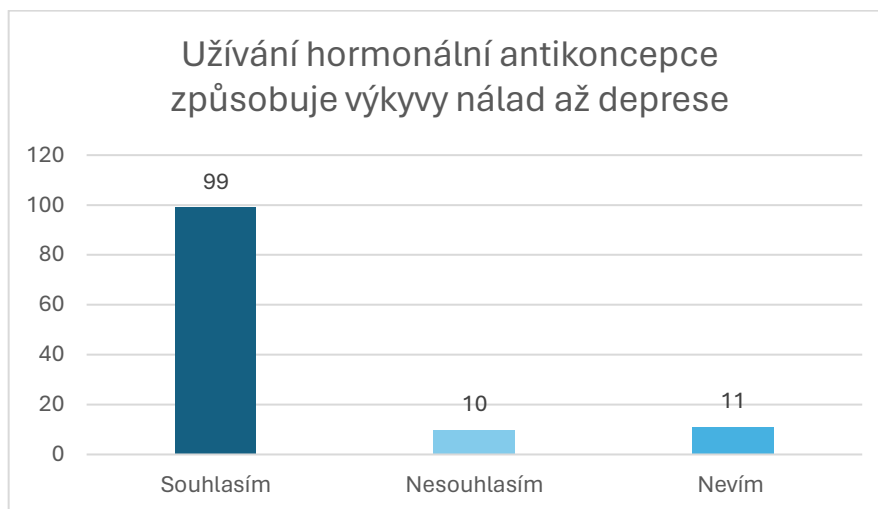


V otázce č. 13 jsem se ptala, jestli užívání hormonální antikoncepce zvyšuje riziko výskytu rakoviny prsu. Z grafu vyplývá neznalost respondentů ohledně této problematiky. Z celkového počtu 120 (100 %) respondentů si 10 (8, 3 %) respondentů myslí, že hormonální antikoncepce toto riziko nezvyšuje a označili odpověď „nesouhlasím“. 68 (56,7 %) respondentů označilo možnost „nevím“ a správnou odpověď, tedy „souhlasím“, že hormonální antikoncepce zvyšuje riziko rakoviny prsu, zvolilo 42 (35 %) respondentů.



**Otázka č. 14: Užívání hormonální antikoncepce způsobuje výkyvy nálad až deprese:**

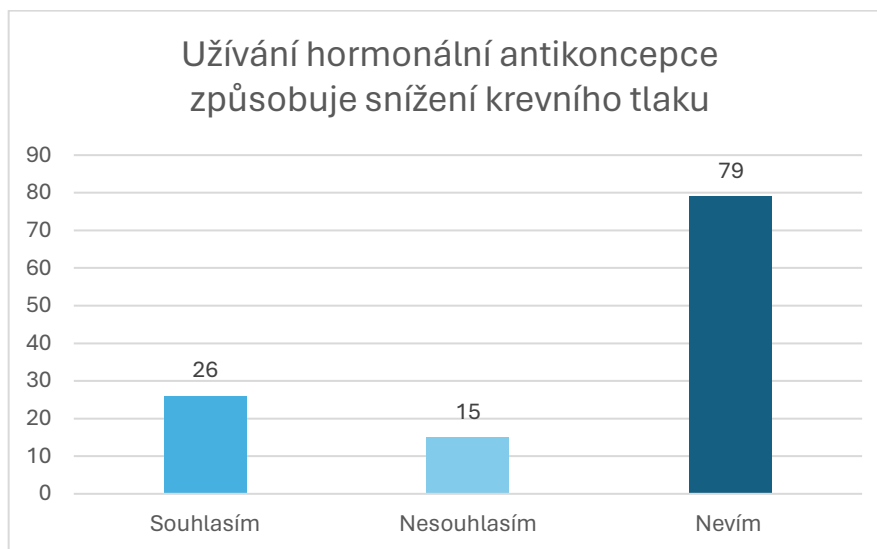
*Graf 14 Užívání hormonální antikoncepce způsobuje výkyvy nálad až deprese*



V otázce č. 14 jsem zkoumala postoj respondentů k tvrzení, že hormonální antikoncepce může způsobit výkyvy nálad až deprese. Otázka byla vědomostní. Informovanost o této problematice je u dotazovaných mužů velmi dobrá. Z celkového počtu 120 (100 %) respondentů jich 99 (82,5 %) odpovědělo správně a označili tak možnost „souhlasím“. 10 (8,3 %) respondentů si myslelo, že hormonální antikoncepce nezpůsobuje výkyvy nálad až deprese, a označili odpověď „nesouhlasím“. 11 (9,2 %) respondentů zvolilo odpověď „nevím“.

**Otázka č. 15: Užívání hormonální antikoncepce způsobuje snížení krevního tlaku:**

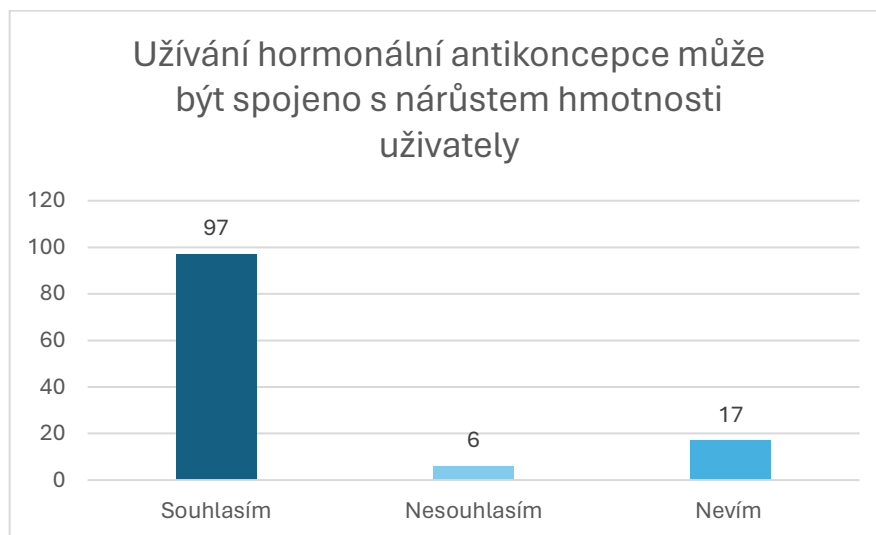
*Graf 15 Užívání hormonální antikoncepce způsobuje snížení krevního tlaku*



Otázka č. 15 patří mezi vědomostní otázky. V této otázce jsem se ptala, zda hormonální antikoncepce způsobuje snížení krevního. Odpovědi respondentů se neshodovali s převažujícím odborným názorem, který říká, že hormonální antikoncepce naopak může způsobit zvýšení krevního tlaku. Z celkového počtu 120 (100%) respondentů jich pouze 15 (12,5 %) odpovědělo správně, tedy že „nesouhlasí“. 26 (21,7 %) respondentů si myslelo, že hormonální antikoncepce snižuje krevní tlak a označili možnost „souhlasím“. Více jak polovina respondentů, konkrétně 79 (65,8 %), nedokázala zaujmout konkrétnější postoj a označila tak možnost „nevím“.

**Otázka č. 16: Užívání hormonální antikoncepce může být spojeno s nárůstem hmotnosti uživatelky:**

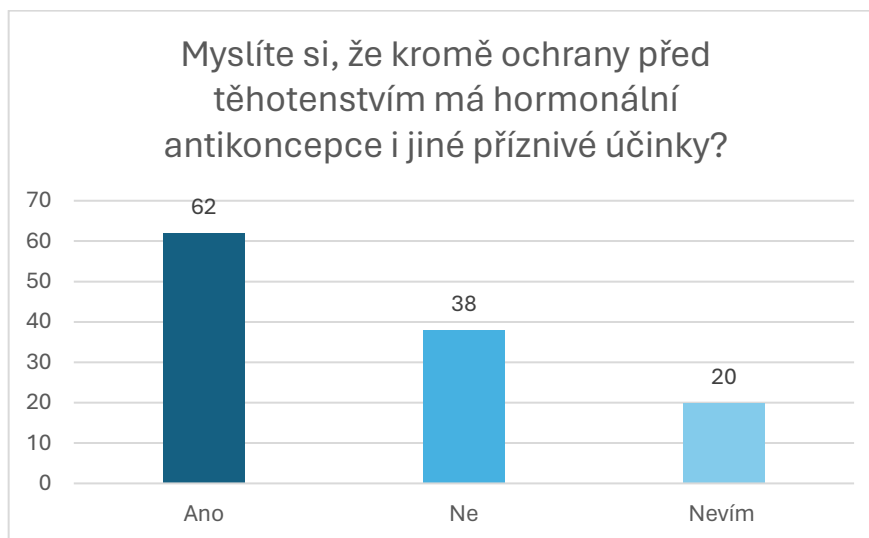
*Graf 16 Užívání hormonální antikoncepce může být spojeno s nárůstem hmotnosti uživatelky*



Otázka č. 16, patřící mezi vědomostní otázky, zkoumala znalost respondentů ohledně vlivu hormonální antikoncepce na hmotnost uživatelky. Z grafu je patrná vysoká jednoznačnost odpovědí. Valná většina 97 (80,8 %) respondentů se správně domnívala, že hormonální antikoncepce může způsobit nárůst hmotnosti uživatelky a označila tak možnost „souhlasím“. Pouze 6 (5 %) respondentů mělo opačný názor a zvolilo možnost nesouhlasím. Zbytek, 17 (14, 2 %) dotazovaných, zvolilo možnost „nevím“.

**Otázka č. 17: Myslíte si, že kromě ochrany před těhotenstvím má hormonální antikoncepce i jiné příznivé účinky?**

*Graf 17 Myslíte si, že kromě ochrany před těhotenstvím má hormonální antikoncepce i jiné, příznivé účinky?*

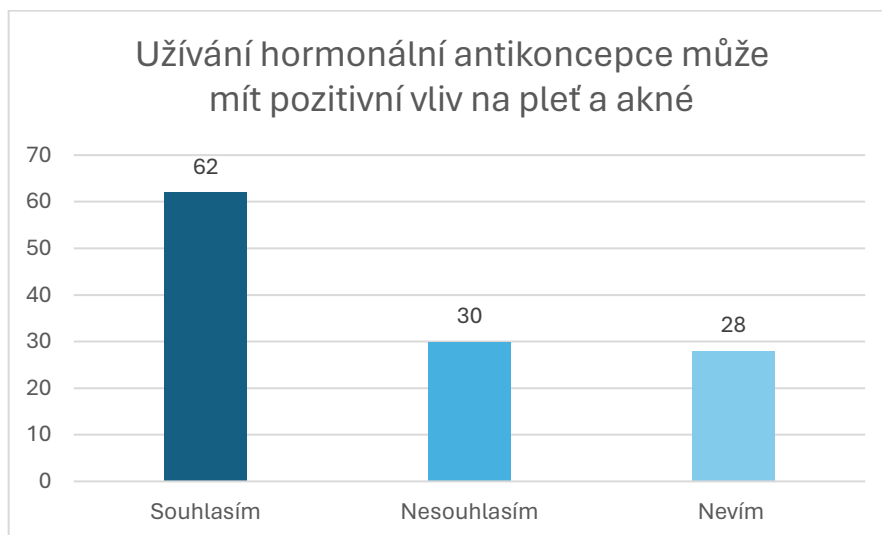


V otázce č. 17 jsem se ptala, zda si respondenti myslí, že kromě ochrany před těhotenstvím má hormonální antikoncepce i jiné příznivé účinky. Otázkou jsem chtěla zjistit, jestli si respondenti uvědomují i výhody užívání hormonální antikoncepce. Tuto otázku považuji za vědomostní. Z celkového počtu 120 (100 %) respondentů, zvolilo 62 (51,7 %) respondentů možnost „ano“ a dali tak najevo povědomí o příznivých účincích. 38 (31,7 %) respondentů si myslí, že hormonální antikoncepce nemá příznivé účinky a označili možnost „ne“. Nejmenší část, 20 (16,7 %) respondentů, zvolila možnost „nevím“.

Otázky 18-20 jsou zaměřeny na vědomosti respondentů v souvislosti s konkrétními příznivými účinky hormonální antikoncepce.

**Otázka č. 18: Užívání hormonální antikoncepce může mít pozitivní vliv na pleť a akné:**

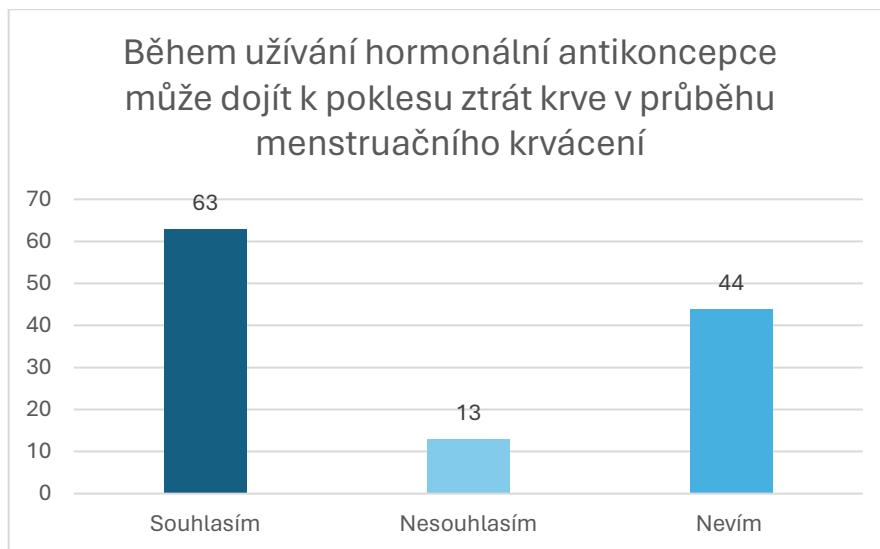
*Graf 18 Užívání hormonální antikoncepce může mít pozitivní vliv na pleť a akné*



V otázce č. 18 jsem zkoumala znalost respondentů ohledně vlivu hormonální antikoncepce na pleť a akné uživatelék. Tato otázka byla vědomostní. Z celkového počtu 120 (100 %) respondentů se 30 (25 %) respondentů domnívalo, že hormonální antikoncepce nemá pozitivní vliv na pleť a akné uživatelék a označili možnost „nesouhlasím“. 28 (23,3 %) respondentů zvolilo možnost „nevím“ a správnou odpověď, tedy „souhlasím“, označila více jak polovina respondentů, přesněji 62 (51,7 %). Je vhodné zdůraznit, že hormonální antikoncepce se mnohdy předepisuje pro léčbu akné, avšak některé preparáty mohou kvalitu pleti zhoršit. (Driák, 2020)

**Otázka č. 19: Během užívání hormonální antikoncepce může dojít k poklesu ztrát krve v průběhu menstruačního krvácení:**

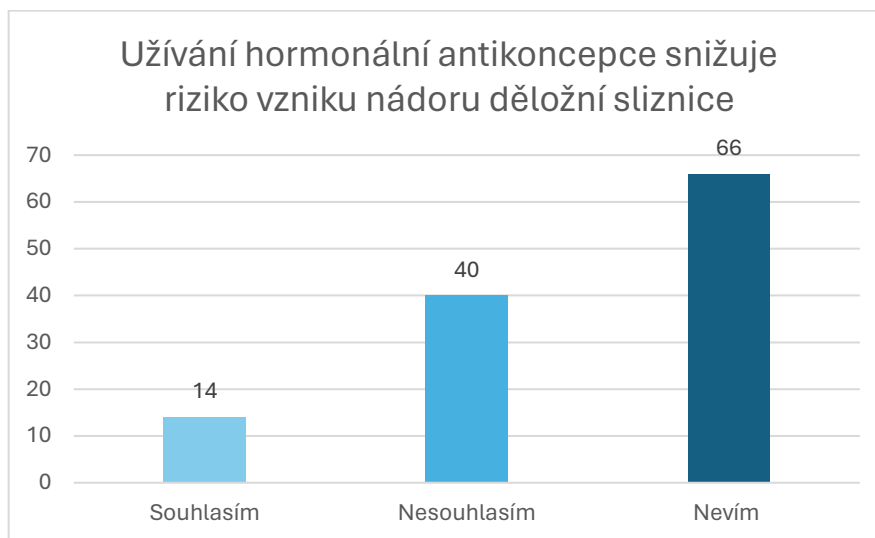
*Graf 19 Během užívání hormonální antikoncepce může dojít k poklesu ztrát krve v průběhu menstruačního krvácení*



Otázka č. 19 byla vědomostní otázkou, ve které jsem se ptala, zda hormonální antikoncepce snižuje ztráty krve v průběhu menstruačního krvácení. Více jak polovina 63 (52,5 %) respondentů se domnívala, že hormonální antikoncepce má příznivý vliv na krevní ztráty při menstruaci a označila možnost „souhlasím“. Touto odpovědí se shodují s názorem odborníků. Pouze 13 (10,8 %) respondentů se s tímto tvrzením neztotožňovalo a označilo možnost „nesouhlasím“. Nedostatek vědomostí na zodpovězení otázky mělo 44 (36,7 %) respondentů, kteří označili možnost „nevím“.

**Otázka č. 20: Užívání hormonální antikoncepce snižuje riziko vzniku nádoru děložní sliznice:**

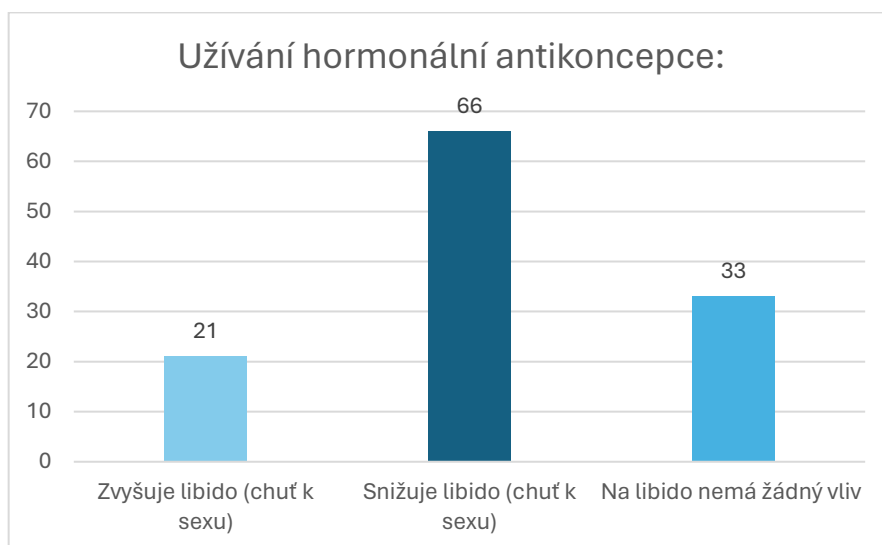
*Graf 20 Užívání hormonální antikoncepce snižuje riziko vzniku nádoru děložní sliznice*



V otázce č. 20, jenž je vědomostní otázkou, vyjadřovali respondenti postoj k tvrzení, že hormonální antikoncepce snižuje riziko vzniku nádoru děložní sliznice. Dle odborníků má hormonální antikoncepce opravdu protektivní vliv na nádor děložní sliznice, a tak z grafu vyplývá nízká informovanost o tomto pozitivním účinku. Z celkového počtu 120 (100 %) respondentů jich více jak polovina, přesněji 66 (55 %), zvolila možnost „nevím“. Možnost „nesouhlasím“ zaškrtnulo 40 (33,3 %) respondentů. Pouze 14 (11,7 %) respondentů si myslelo, že hormonální antikoncepce snižuje riziko vzniku nádoru děložní sliznice a označili možnost „souhlasím“.

## Otázka č. 21: Užívání hormonální antikoncepce:

Graf 21 Užívání hormonální antikoncepce:

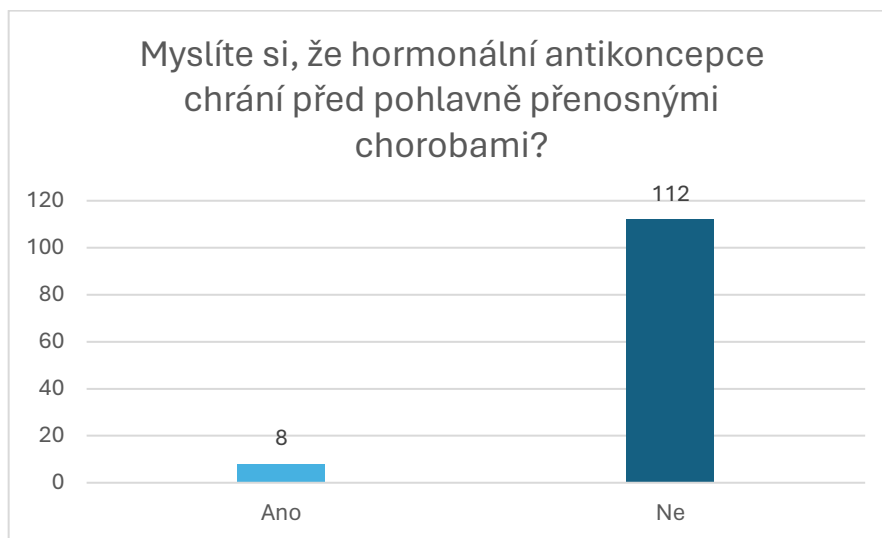


V otázce č. 21 jsem se respondentů ptala, jaký vliv má užívání hormonální antikoncepce na libido uživatelů. Ačkoliv se odborníci ve svých názorech jednoznačně neshodují, chtěla jsem zjistit postoj mužů k této problematice a udělat si přehled o mínění ve společnosti. Z grafu je patrná převaha názoru, že užívání hormonální antikoncepce „snižuje libido (chuť na sex)“. Tento názor zastávala více jak polovina dotazovaných, konkrétně 66 (55 %) mužů. Opačný názor, tedy že hormonální antikoncepce „zvyšuje libido (chuť na sex)“, mělo 21 (17,5 %) respondentů. 33 (27,5 %) respondentů zvolilo možnost „na libido nemá žádný vliv“.



## Otázka č. 22: Myslíte si, že hormonální antikoncepce chrání před pohlavně přenosnými chorobami (např. syfilis)?

Graf 22 Myslíte si, že hormonální antikoncepce chrání před pohlavně přenosnými chorobami?



Poslední otázka, v pořadí č. 22, byla mířena na základní a z mého pohledu i nejdůležitější znalost ohledně hormonální antikoncepce. Respondentů jsem se ptala, zda hormonální antikoncepce chrání před pohlavně přenosnými chorobami. Z grafu vyplývá velmi vysoká informovanost odpovídacích mužů. Z celkového počtu 120 (100 %) respondentů jich 112 (93,3 %) vědělo, že hormonální antikoncepce nezaručuje ochranu před pohlavně přenosnými chorobami a označili možnost „ne“. Bohužel 8 (6,7 %) respondentů se domnívalo, že hormonální antikoncepce je ochranou před pohlavně přenosnými chorobami a označili možnost „ano“. Přestože vyšla velmi dobrá informovanost o této problematice, doufala jsem v 100 % zastoupení v možnosti „ne“.

## 14 Diskuse

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zhodnotit povědomí mužů o hormonální antikoncepci. K získání potřebných dat byl použit kvantitativní výzkum ve formě dotazníkového šetření. Celkem jsem nasbírala 120 validních dotazníků, kde výzkumný vzorek činil 100 % mužů ve věkové hranici od 15 do 45 let. Nejvíce zastoupená byla věková kategorie 19-26 let, která činila 79,2 % respondentů. V oblasti vzdělávání dominovala skupina se středoškolským vzděláním

s maturitou, ke které se hlásilo 70,8 % respondentů. Kategorie zaměstnání byla velmi různorodá, vévodil status studenta zastoupený 34, 2 % zúčastněných.

Na počátku tvorby bakalářské práce jsem si stanovila čtyři dílčí cíle, které v následujícím textu vyhodnotím. Některé výsledky výzkumu porovnám s výsledky jiných prací na podobné téma. Jedná se o bakalářskou práci studentky Nikoly Kubátové na téma „*Rizika užívání hormonální antikoncepce a jejich povědomí mezi středoškolskou mládeží*“ a bakalářskou práci studentky Lindy Gvozdkové na téma „*Informovanost dívek a žen o hormonální antikoncepci*“. (Kubátová, 2021; Gvozdková, 2018)

*Dílčí cíl č. 1: Zjistit, kde dotazovaní muži získali prvotní informace o hormonální antikoncepci.*

Dílčím cílem č. 1 se zabývala otázka 6 dotazníkového šetření. Z průzkumu vyplynulo, že respondenti prvotní informaci o hormonální antikoncepci nejčastěji získali od přítelkyně a z médií. Obě položky byly zastoupeny stejným počtem respondentů, přesněji 35 %. Od kamarádů získalo informace 32,5 % respondentů a ze školy pouze 17,5 % mužů. Naopak nejméně respondentů se dozvědělo informace od rodiny, kterou vybralo pouze 15 % zúčastněných.

Zde bych chtěla své výsledky porovnat s bakalářskou prací Kubátové, konkrétně s dotazníkem určeným pro chlapce. U chlapců ze SZŠ obsadila nejvyšší příčku škola s 60 %, a nejnižší příčku přítelkyně s 3 %. U chlapců z OA a SPŠS dominovala odpověď média s 44 % a nejméně respondentů zvolilo rodiče s 10 %. (Kubátová, 2021) Přijde mi důležité, aby partneři ve vztahu o hormonální antikoncepci mluvili, proto jsem byla ráda, že informovanost od přítelkyně byla v mém šetření vyšší a dokonce se usadila na prvním místě.

*Dílčí cíl č. 2: Analyzovat postoj dotazovaných mužů k antikoncepci.*

Dílčím cílem č. 2 se zabývaly otázky 7 a 8 v dotazníkovém šetření. Z průzkumu je patrné, že u dotazovaných mužů nepřevládá výrazná pohlavní preference užívání antikoncepce. Tento fakt je podložen otázkou č. 7, ve které 48,3 % dotazovaných dalo přednost užívání antikoncepce u mužů a pouze o 4 respondenty více, přesněji 51,7 % respondentů, upřednostňovalo užívání

antikoncepce u žen. Postoj k užívání hormonální antikoncepce u žen je již poněkud více vyhraněný, avšak i zde je patrná vyrovnanost názorů. Soudím tak z výsledků v otázce č. 8, kde 50,8 % respondentů souhlasilo s užíváním hormonální antikoncepce u žen a 38,4 % bylo proti užívání.

Postoj dotazovaných mužů mě velmi mile překvapil, jelikož jsem předpokládala vyšší jednoznačnost názoru směrem pro užívání antikoncepce u žen. Dle mého názoru vyšly výsledky vyrovnaně, poněvadž si muži uvědomují možný negativní dopad hormonální antikoncepce na ženské tělo. Nejčastějšími důvody proti užívání hormonální antikoncepce byly právě „*mnoho nežádoucích účinků a negativní vliv na zdraví*“.

*Dílčí cíl č. 3: Zjistit míru informovanosti dotazovaných mužů o možných nežádoucích účincích hormonální antikoncepce.*

Dílčím cílem č. 3 se zabývaly otázky 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 22 v dotazníkovém šetření. Nejdříve rozeberu výsledky jednotlivých otázek a následně vyhodnotím celý cíl.

V otázce č. 10, jež se zabývala ochranou hormonální antikoncepce před otěhotněním, odpověděla více jak polovina, konkrétně 76,7 % respondentů správně, a to že hormonální antikoncepce není 100 % spolehlivá. Ve srovnání s výsledkem bakalářské práce Gvozdkové mířené na ženy, kde správně odpovědělo 82 % uživatelék hormonální antikoncepce a 69 % neuvivatelék hormonální antikoncepce, si muži v mém šetření vedli **srovnatelně** s ženami z této bakalářské práce. (Gvozdková, 2018)

V otázce č. 11, jež se zabývala kontraindikacemi hormonální antikoncepce, byly 3 položky, konkrétně „vysoký krevní tlak“; „rakovina prsu“ a „zvýšená srážlivost krve“, označeny více jak polovinou respondentů. Díky tomu soudím, že informovanost o kontraindikacích je **dobrá**.

V otázce č. 12 odpověděla drtivá většina 95,8 % respondentů správně, a to že hormonální antikoncepce představuje pro uživatelky rizika. V porovnání s výsledky dotazníku pro chlapce z bakalářské práce Kubátové, kde správnou odpověď uvedlo 89 % dotazovaných je patrné, že znalost mužů v mém průzkumu byla **vyšší**. (Kubátová, 2021)

V otázce č. 13 zvolilo správnou odpověď 35 % respondentů. Více jak polovina 56,7 % respondentů neznala na tuto otázku odpověď, a proto si myslím, že informovanost dotazovaných mužů ohledně rizikovosti antikoncepce na nádor prsu je **nízká**.

V otázce č. 14 označila drtivá většina 82,5 % resespondentů správnou odpověď, a to že hormonální antikoncepce může způsobit výkyvy nálad až deprese. Informovanost dotazovaných mužů v této problematice je na **vysoké úrovni**.

V otázce č. 15 více jak polovina 65,8 % respondentů neznala na otázku odpověď a pouze 12,5 % dotazovaných odpovědělo správně. Informovanost respondentů ohledně vlivu hormonální antikoncepce na tlak je **nízká**.

V otázce č. 16 označilo 80,8 % respondentů správnou odpověď, a to že hormonální antikoncepce může být spojena s nárůstem hmotnosti uživatelky. Informovanost ohledně této problematiky je na **vysoké úrovni**.

V otázce č. 22 věděla drtivá většina 93,3 % respondentů, že hormonální antikoncepce nechrání před pohlavně přenosnými chorobami. Díky tomu soudím, že informovanost je na **vysoké úrovni**.

Z výsledků vyplývá velmi dobrá informovanost dotazovaných mužů o nežádoucích účincích hormonální antikoncepce. K tomuto cíli se vztahovalo celkem osm otázek, šest otázek zodpověděla správně více jak polovina respondentů a pouze u dvou otázek byla informovanost nízká. Z mého pohledu je důležité, aby muži měli přehled o účincích hormonální antikoncepce, a tak mě míra informovanosti mile překvapila.

*Dílčí cíl č. 4: Zjistit míru informovanosti dotazovaných mužů o možných pozitivních neantikoncepčních účincích hormonální antikoncepce.*

K dílčímu cíli č. 4 se vztahovaly otázky 17, 18, 19 a 20. Nejprve rozeberu jednotlivé otázky a následně vyhodnotím celý dílčí cíl č. 4.

V otázce č. 17 zvolilo správnou odpověď 51,7 % respondentů, a to že hormonální antikoncepce má i jiné neantikoncepční příznivé účinky. Respondentů s opačným názorem bylo 31,7 %. I když více jak polovina respondentů zvolila správnou odpověď, myslím si, že povědomí o příznivých účincích by **mělo být vyšší**.

V otázce č. 18 se 51,7 % respondentů správně domnívalo, že hormonální antikoncepce může mít pozitivní vliv na pleť. V porovnání s výsledkem bakalářské práce Gvozdkové mířené na ženy, kde správně odpovědělo 83 % uživatelék hormonální antikoncepce a 50 % žen, které hormonální antikoncepci neužívají, je znalost mužů v mém šetření oproti uživatelkám hormonální antikoncepce **nižší**. (Gvozdková, 2018)

V otázce č. 19 se 52,5 % respondentů správně domnívalo, že užívání hormonální antikoncepce může způsobit nižší krevní ztráty při menstruaci. Ve velké míře byla zastoupena i možnost „nevím“, přesněji 36,7 % respondenty. V porovnání s výsledkem bakalářské práce Gvozdkové mířené na ženy, kde správně odpovědělo 58 % uživatelék hormonální antikoncepce a 43 % žen, které neužívají hormonální antikoncepci, si muži v mém šetření vedli **srovnatelně** s ženami z této bakalářské práce. (Gvozdková, 2018)

V otázce č. 20 odpovědělo správně pouze 11,7 % respondentů a více jak polovina 55 % respondentů naznala na otázku odpověď. Z těchto výsledků jednoznačně vyplývá **nízká informovanost** respondentů ohledně vlivu hormonální antikoncepce na nádor děložní sliznice.

K dílčímu cíli č. 4 se vztahovaly celkem čtyři otázky, u jedné z otázek byla informovanost velmi nízká a u třech přesáhla informovanost 50 %, avšak ve vysoké míře se objevovaly i špatné odpovědi nebo odpověď nevím. Z tohoto důvodu se domnívám, že by měl být kladen větší důraz na informovanost mužů ohledně pozitivních účincích hormonální antikoncepce.

Z důvodu velkého zájmu ze strany respondentů jsem po ukončení a vyhodnocení dotazníku zpětně rozeslala správné výsledky. Snažila jsem se respondenty edukovat, že každý farmakologický přípravek s sebou přináší určitá rizika, se kterými je potřeba být seznámen. Na druhou stranu správná vyšetření lékařem a vhodná indikace hormonální antikoncepce by měla tato rizika minimalizovat. Doufám, že alespoň jeden respondent se z dotazníku dozvěděl nové informace, které může využít v budoucnu při otázkách svého a partnerčina reprodukčního zdraví.

## Závěr

Bakalářská práce se zabývá povědomím mužů o hormonální antikoncepci. Na začátku průzkumného šetření jsem si stanovila čtyři dílčí cíle, abych naplnila záměr bakalářské práce.

Z výzkumného šetření vyplývá, že větší část respondentů má vysoké povědomí o hormonální antikoncepci a jejích účincích na ženské tělo. Zejména informovanost o negativních účincích je u mužů na velmi dobré úrovni. Znalosti o pozitivních účincích hormonální antikoncepce jsou poněkud nižší, ale i tak na obstojném stupni. Nejvíce mužů získalo informace o hormonální antikoncepci od svých přítelkyň. Toto zjištění považuji za pozitivní, jelikož je důležité, aby ve vztahu partneri komunikovali o antikoncepci a jejích možnostech a muži mohli převzít svůj díl zodpovědnosti v prevenci před otěhotněním. Na druhou stranu informovanost ze škol se umístila na předposledním místě, a proto si myslím, že by měl být kladen větší důraz na poskytování informací o ochraně před otěhotněním ve školních institucích, zejména na druhém stupni základní školy. Z výsledků je patrná vyrovnanost pohlavních preferencí u užívání antikoncepce. Muži si uvědomují možný škodlivý dopad hormonální antikoncepce na ženské tělo, a proto mnohdy preferují antikoncepční ochranu ze strany jich samých. Respondenti znají základní kontraindikace hormonální antikoncepce. Informovanost o jednotlivých druzích hormonální antikoncepce je slabší.

Všechny dílčí cíle mé bakalářské práce byly splněny. Přestože výsledky výzkumného šetření dopadly nad moje očekávání, tak je dle mého názoru nutné muže ohledně této problematiky neustále edukovat a poskytovat jim důvěryhodné informace. Díky vysokému podílu informované populace můžeme snadněji zajistit reprodukční zdraví mužů i žen a můžeme předcházet nechtěným těhotenstvím. Informovanost mužů o tom, jak hormonální antikoncepce ovlivňuje ženské tělo, je důležitá pro pochopení svého protějšku a může pomoci při rozhodování o užívání či neužívání hormonální antikoncepce.

## Seznam použité literatury

1. BARTÁK, Alexandr. *Antikoncepce*. Grada, 2006. ISBN 978-80-247-6022-3.
2. BOBEK, Daniel; ŠÍMA, Martin a SLANAŘ, Ondřej. *Mýty a fakta o hormonální antikoncepci*. Praktické lékařství. 2022, **18**(2), s. 79-81. ISSN 1801-2434. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2022/02/03.pdf>
3. BURKMAN, Ronald T. *Oral Contraceptives: Current Status*. Clinical obstetrics and gynecology. 2001, 44(1), s. 62-72. ISSN 1532-5520. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/00003081-200103000-00010>.
4. BRIGGS, Paula a KERSEY, Nicola. *Contraception: the answers you've been looking for*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2023. ISBN 1-009-37646-2.
5. ČEPIČKÝ, Pavel. *Gynekologické minimum pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-3027-6.
6. ČEPIČKÝ, Pavel. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-5604-2.
7. DRIÁK, Daniel. *Antikoncepce*. Praha: Galén, 2020. ISBN 978-80-7492-488-0.
8. FAIT, Tomáš. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-587-3.
9. FANTA, Michael. *Kontraseptiva v gynekologické praxi*. Klinická farmakologie a farmacie. 2008, **22**(4), s. 149-152. ISSN 1803-5353. Dostupné z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2008/04/07.pdf>
10. FANTA, Michael. *Postkoitální antikoncepce*. Interní medicína pro praxi. 2002, **4**(Suppl. 8), s. 20-21. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/08/17.pdf>
11. GVOZDKOVÁ, Linda. *Informovanost dívek a žen o hormonální antikoncepci*. Praha, 2018. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Vedoucí práce PhDr. Ivana Jahodová, PhD.
12. HRUŠKOVÁ, Hana. *Hormonální antikoncepce – novinky, přínosy, rizika, nové preparáty*. Interní medicína pro praxi. 2009, **11**(12), s. 569-572. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/12/09.pdf>
13. KITTNAR, Otomar. *Lékařská fyziologie 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1431-3.

14. KOLIBA, Peter; DIBONOVÁ, Markéta a BORTELOVÁ, Karolína. *Léčba akné z pohledu gynekologa*. Dermatologie pro praxi. 2021, **15**(4), 186-190. ISSN 1803-5337. Dostupné z:  
<https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2021/04/02.pdf>
15. KUBÁTOVÁ, Nikola. *Rizika užívání hormonální antikoncepce a jejich povědomí mezi středoškolskou mládeží*. Hradec Králové, 2021. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Ústav nelékařských studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
16. KŘEPELKA, Petr. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2991-9.
17. KŘEPELKA, Petr. Nový, estrogeny neobsahující přípravek perorální hormonální antikoncepce (Estrogene free pill-EFP). *Česká gynekologie*. 2020, **85**(3), 226-228. ISSN 1805-4455. Dostupné z:  
<https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2020-3-28/novy-estrogeny-neobsahujici-pripravek-peroralni-hormonalni-antikoncepce-estrogene-free-pill-efp-125803>
18. KŘEPELKA, Petr. *Poruchy menstruačního cyklu. 2. vydání*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2023. ISBN 978-80-244-6259-2.
19. MANDLOVEC, Antonín. *Kardiovaskulární choroby u žen*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2807-0.
20. PROCHÁZKA, Martin a PROCHÁZKOVÁ, Jana. *Hormonální antikoncepce a trombofilní stavy*. *Interní medicína pro praxi*. 2010, **12**(7-8), 369-371. ISSN 1803-5256. Dostupné z:  
<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/07/07.pdf>
21. RACKOVÁ, Jana. *Antikoncepce ve 21. století*. Florence. 2022, **18**(2), 16-21. ISSN 2570-4915. Dostupné také z:  
<https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2022/2/antikoncepce-ve-21-stoleti/>
22. ROB, Lukáš; MARTAN, Alois a VENTRUBA, Pavel. *Gynekologie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2019. ISBN 978-80-7492-426-2.
23. ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
24. VLČEK, Jiří a VYTRÍŠALOVÁ, Magda. *Klinická farmacie II*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4532-9.



## Seznam grafů

Graf 1 Vaše pohlaví .....	30
Graf 2 Váš věk .....	31
Graf 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? .....	31
Graf 4 Jste momentálně ve vztahu? .....	32
Graf 5 Jaké je Vaše zaměstnání?.....	33
Graf 6 Jaký byl Váš prvotní zdroj informací o hormonální antikoncepci?.....	34
Graf 7 U jakého pohlaví preferujete užívání antikoncepce? .....	35
Graf 8 Jste pro užívání hormonální antikoncepce u žen? .....	35
Graf 9 Jaké druhy hormonální antikoncepce znáte? .....	36
Graf 10 Je hormonální antikoncepce 100 % zárukou neotěhotnění?.....	37
Graf 11 Jaká z uvedených možností může být důvodem k nepředepsání hormonální antikoncepce? .....	38
Graf 12 Myslíte si, že hormonální antikoncepce představuje pro uživatelky nějaká rizika?.....	39
Graf 13 Užívání hormonální antikoncepce zvyšuje riziko výskytu nádoru prsu..	40
Graf 14 Užívání hormonální antikoncepce způsobuje výkyvy nálad až deprese..	41
Graf 15 Užívání hormonální antikoncepce způsobuje snížení krevního tlaku .....	42
Graf 16 Užívání hormonální antikoncepce může být spojeno s nárůstem hmotnosti uživatelky .....	43
Graf 17 Myslíte si, že kromě ochrany před těhotenstvím má hormonální antikoncepce i jiné, příznivé účinky?.....	44
Graf 18 Užívání hormonální antikoncepce může mít pozitivní vliv na pleť a akné .....	45
Graf 19 Během užívání hormonální antikoncepce může dojít k poklesu ztrát krve v průběhu menstruačního krvácení .....	46
Graf 20 Užívání hormonální antikoncepce snižuje riziko vzniku nádoru děložní sliznice.....	47
Graf 21 Užívání hormonální antikoncepce: .....	48
Graf 22 Myslíte si, že hormonální antikoncepce chrání před pohlavně přenosnými chorobami?.....	49

## **Přílohy**

### **Příloha č. 1: Dotazník k bakalářské práci**

Dobrý den,

jmenuji se Kristýna Švihnosová a jsem studentkou 3. ročníku Všeobecného ošetřovatelství na 3. LF Univerzity Karlovy. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma "Povědomí mužů o hormonální antikoncepci". O vyplnění žádám pouze muže. Dotazník je zcela anonymní a jeho vyplnění nezabere déle než 10 minut.

1. Vaše pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

2. Váš věk:

- a) 14 a méně let
- b) 15-18 let
- c) 19-26 let
- d) 27-45 let
- e) 46 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Střední škola bez maturity
- c) Střední škola s maturitou
- d) Vysokoškolské

4. Jste momentálně ve vztahu?

- a) Ano
- b) Ne

5. Jaké je Vaše zaměstnání

6. Jaký byl Váš prvotní zdroj informací o hormonální antikoncepci (antikoncepce určená pro ženy s obsahem hormonů)?

- a) Rodina
- b) Kamarádi
- c) Přítelkyně
- d) Škola
- e) Média (internet, televize...)
- f) Jiná

7. U jakého pohlaví preferujete užívání antikoncepce?

- a) Žen
- b) Mužů

8. Jste pro užívání hormonální antikoncepce u žen?

9. jaké druhy hormonální antikoncepce znáte?

- a) Tablety
- b) Injekce
- c) Náplasti
- d) Implantáty
- e) Nitroděložní tělísko
- f) Vaginální kroužek
- g) Žádné

10. Je hormonální antikoncepce 100 % zárukou neotěhotnění?

- a) Ano, vždy
- b) Ano, ale pouze při správném užívání
- c) Ne

11. Jaká z uvedených možností může být důvodem k nepředepsání hormonální antikoncepce tzv. kontraindikace?

- a) Kouření (nad 15 cigaret denně)

- b) vysoký krevní tlak
- c) Rakovina prsu
- d) Zvýšená srážlivost krve
- e) Silné menstruační krvácení
- f) Žádná z výše uvedených

12. Myslíte si, že hormonální antikoncepce představuje pro uživatelky nějaká rizika?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

13. Užívání hormonální antikoncepce zvyšuje riziko výskytu nádoru prsu:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

14. Užívání hormonální antikoncepce způsobuje výkyvy nálad až deprese:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15. Užívání hormonální antikoncepce způsobuje snížení krevního tlaku:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

16. Užívání hormonální antikoncepce může být spojeno s nárůstem hmotnosti uživatelky:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

17. Myslíte si, že kromě ochrany před těhotenstvím má hormonální antikoncepce i jiné příznivé účinky?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

18. Užívání hormonální antikoncepce může mít pozitivní vliv na pleť a akné:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

19. Během užívání hormonální antikoncepce může dojít k poklesu ztrát krve v průběhu menstruačního krvácení:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

20. Užívání hormonální antikoncepce snižuje riziko vzniku nádoru děložní sliznice:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

21. Užívání hormonální antikoncepce:

- a) Zvyšuje libido (chuť k sexu)
- b) Snižuje libido (chuť k sexu)
- c) Na libido nemá žádný vliv

22. Myslíte si, že hormonální antikoncepce chrání před pohlavně přenosnými chorobami (např. syfilis)?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím