

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2015**

**Jana Koželuhová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

**Jana Koželuhová**

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

**ANTIKONCEPCE**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

PLZEŇ 2015

Prohlášení:

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

V Plzni dne 31.3.2015

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji PhDr. Janě Horové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů, ale také za trpělivost a ochotu. Dále bych chtěla poděkovat rodině a svému příteli za podporu a pomoc. V neposlední řadě bych ráda poděkovala všem ženám, které byly ochotné zúčastnit se mého výzkumného šetření.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Koželuhová Jana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Antikoncepce

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

Počet stran: číslované - 58, nečíslované - 30

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 35

Klíčová slova: antikoncepce, menstruační cyklus, potratová pilulka, Mifegyne, Misopregol, farmakologické ukončení těhotenství, RU 486

### **Souhrn:**

Tato bakalářská práce „Antikoncepce“ pojednává o antikoncepci a s ní souvisejícími tématy. V teoretické části je shrnut menstruační cyklus, antikoncepce, její metody a popis. Dále se zde nachází téma farmakologické ukončení těhotenství a v neposlední řadě s tímto související práce porodní asistentky.

Praktická část obsahuje kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření, který zjišťuje názor a informovanost žen na farmakologické ukončení těhotenství.

Poslední část bakalářské práce rozebírá jednotlivé výsledky zjištěných informací a doporučení pro praxi, která z průzkumu vyplývají.

## **Annotation**

Surname and name: Koželuhová Jana

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Contraception

Consultant: PhDr. Jana Horová

Number of pages: numbered – 58, non numbered - 30

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 35

Key words:contraception, menstrual cycle, abortion pill, Mifegyne, Mispregnol, pharmacological termination of pregnancy, RU 486

### Summary:

This dissertation “Contraception” covers the issue of contraception as well as the related topics. The theoretical portion summarizes the menstrual cycle, contraception, different types of contraception as well their descriptions. It also deals with the issue of the pharmacological termination of pregnancy and the last but not least about the job as a midwifery assistance.

The practical portion contains quantitative research by means of a questionnaire form, which discovers women’s opinion about pharmacological termination of pregnancy as well as women’s knowledge about this issue.

The last part analyses each result of ascertained information, the recommendations for the medical practice is also presented at this part of the dissertation.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	9
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	10
<b>1 Menstruační cyklus</b> .....	11
1.1 Fyziologie menstruačního a ovariálního cyklu .....	11
1.2 Fáze menstruačního cyklu .....	11
1.2.1 Ovariální cyklus.....	11
1.2.2 Děložní endometriální cyklus.....	12
1.2.3 Cervikální a vaginální cyklus .....	13
<b>2 Antikoncepce</b> .....	14
2.1 Historie antikoncepce.....	14
2.2 Metody antikoncepce.....	15
2.2.1 Přirozená antikoncepce .....	16
2.2.2 Bariérové antikoncepční metody.....	18
2.2.3 Nitroděložní antikoncepce.....	19
2.2.4 Hormonální antikoncepce .....	20
2.2.5 Postkoitální antikoncepce .....	22
2.2.6 Sterilizace .....	23
2.3 Spolehlivost antikoncepce.....	23
2.4 Etický problém v souvislosti s užíváním antikoncepce s abortivním účinkem .....	24
2.5 Antikoncepce a náboženství.....	25
2.6 Chyby a omyly v antikoncepci .....	26
2.7 Specifika antikoncepce v různých obdobích života ženy .....	27
2.7.1 Antikoncepce u mladistvých .....	27
2.7.2 Antikoncepce po porodu .....	27
2.7.3 Antikoncepce v perimenopauze .....	28
2.7.4 Antikoncepce po potratu, interrupci a ektopické graviditě .....	28
2.8 Rizika a kontraindikace antikoncepce.....	29
<b>3 Novinky</b> .....	31
3.1 Potratová pilulka .....	31
3.2 Cyclotest.....	32

<b>4 Práce porodní asistentky .....</b>	<b>33</b>
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>35</b>
<b>5 Formulace problému .....</b>	<b>36</b>
<b>6 Cíl výzkumu .....</b>	<b>37</b>
6.1 Hlavní cíl .....	37
6.2 Dílčí cíle a předpoklady.....	37
<b>7 Charakteristika souboru .....</b>	<b>39</b>
<b>8 Metoda sběru dat .....</b>	<b>40</b>
<b>9 Organizace výzkumu .....</b>	<b>41</b>
<b>10 Prezentace a interpretace získaných údajů .....</b>	<b>42</b>
<b>11 Analýza údajů .....</b>	<b>47</b>
<b>12 Diskuse .....</b>	<b>64</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>68</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>69</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>73</b>
<b>Seznam grafů.....</b>	<b>74</b>
<b>Seznam použitých zkratk .....</b>	<b>75</b>
<b>Seznam příloh .....</b>	<b>76</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>77</b>



# ÚVOD

Antikoncepce je stále řešeným tématem dnešní společnosti, která se pravděpodobně vždy bude dělit na část, která ji uznává a část, která je proti ní. V současné době existuje již celá řada metod a stále se objevují různé novinky. Jde o snahu regulovat množství početí, případně těhotenství ukončit, což může být z etického hlediska velmi sporné.

V teoretické části jsem se zaměřila na menstruační cyklus, který úzce souvisí s užíváním antikoncepce a s pochopením jejího působení. Další kapitola se zabývá tématem antikoncepce. Její součástí je pohled na historii antikoncepce, rozdělení a vysvětlení jednotlivých metod a doporučení k jejich užívání. Nechybí také etický pohled a problematika náboženství.

Ve třetí kapitole v teoretické části se zabývám nově registrovanými preparáty v ČR - Mifegyne a Mispregnol, které jsou podávány postkoitálně. Nejde o antikoncepci v pravém slova smyslu, jelikož dochází k usmrcení a vypuzení embrya a je prodloužena možnost podání až do 49.dne od poslední menstruace. Ovšem může být veřejností vnímána jako určitá, snadno dostupná forma antikoncepce, která může zabránit nechtěnému těhotenství. Jak uvádí Barták: *„Žena by si tak mohla sama bezpečně a snadno vyvolat samovolný potrat počínajícího těhotenství a dokonce by nemusela vůbec užívat antikoncepci. Stačilo by jen vždy v období naplánované menstruace vzít tabletku a těhotenství netěhotenství, měsíčky by se dostavily... Celkem lákavá představa.“* (Barták, 2006, s. 125, 126)

Nechybí také zmínka o novince - cyclotestech (minipočítačích).

Poslední kapitola mé teoretické části se dívá na práci porodní asistentky, která v péči o ženy tvoří nezastupitelný článek.

Pro praktickou část jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu pomocí anonymního dotazníku. Cílem mé práce je zjistit názor a informovanost žen týkající se farmakologického ukončení těhotenství. Jde o právě zmíněné preparáty Mifegyne a Mispregnol.

Toto téma mě velmi zajímá. Mám dojem, že v české společnosti není o něm moc informací, zejména pro laickou veřejnost. Zaměřila jsem se na ženy v reprodukčním věku, kterých se tato novinka týká především

## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 Menstruační cyklus

Menstruační cyklus je pojmenováním cyklického děložního krvácení, které je typickým ukazatelem reprodukčního věku ženy. Ke správnému pochopení účinků antikoncepce je nejprve nutné pochopit fyziologické mechanismy reprodukční soustavy ženy. Například hormonální antikoncepce ovlivňuje folikulární růst a ovulaci, tedy mechanismy, jež jsou důležité pro reprodukci. (Křepelka, 2013, s. 18)

## 1.1 Fyziologie menstruačního a ovariálního cyklu

Menstruační cyklus probíhá na základě změn hormonálních hladin. Dělíme ho na dvě fáze. První fází je fáze folikulární neboli proliferační a druhou je fáze luteální neboli sekreční. Hormony ovlivňující tento cyklus jsou zejména estrogeny a progesteron, které jsou produkovány ovariem, folikulostimulační hormon (FSH) a luteinizační hormon (LH) tvořící se v předním laloku hypofýzy a gonadotropin releasing hormon (GnRH), který se uvolňuje z hypotalamu. (Pilka, 2012, s. 20)

**Délka menstruačního cyklu** je průměrně 29,5 dne a počítá se od prvního dne předešlé menstruace do prvního dne té následující. Za normální se považuje délka cyklu v rozmezí 21 až 35 dnů. Menstruační krvácení nejčastěji trvá 5 dnů a za fyziologické rozmezí se většinou považuje 2 až 8 dní. Průměrná krevní ztráta při menstruačním krvácení se udává 35 ml, nad 80 ml je již patologická. V praxi se ovšem krevní ztráta dá jen těžko změřit. (Roztočil, 2011, s. 75)

## 1.2 Fáze menstruačního cyklu

### 1.2.1 Ovariální cyklus

**Folikulární fáze** začíná v prvním dnu menstruace a končí ovulací. Na počátku této fáze dochází k vzestupu hypofyzárního hormonu FSH, který stimuluje vývoj 15 až 20 folikulů. Ovšem jen jeden z nich se za normálních okolností stává dominantním folikulem, který se může účastnit ovulace. Ostatní zanikají. Na konci folikulární fáze stoupá hladina estrogenů, které dominantní folikul vylučuje, což způsobuje vzestup hormonu LH. (Pilka, 2012, s.24)

Dominantní folikul se postupně dostává meiotickým dělením do stadia Graafova folikulu, ten v polovině cyklu praskne a vzniká tzv. corpus luteum (žluté tělísko). Vajíčko se poté vyplaví a nastane ovulace. (Kuželová, 2005, s. 9)

**Ovulace** nejčastěji probíhá okolo 14. až 16. dne. Vysoká hladina LH umožňuje ovulaci, aby nastala. Vajíčko je postupně vytlačováno do peritoneální dutiny. Dochází ke svalovým kontrakcím vejcovodu a vlivem toho k migraci oocytu vejcovodem. (Pilka, 2012, s. 24)

Jestliže nedojde k oplodnění, žluté tělísko zhruba po 14 dnech zanikne, ovšem během té doby vyzrává další kohorta folikulů a cyklus se poté opakuje. (Roztočil, 2011, s. 73)

V **luteální fázi** je hlavním zdrojem ženských pohlavních hormonů corpus luteum. Pokud nedojde k oplození, corpus luteum degeneruje asi 4 dny před menstruací a mění se na corpus albicans. V případě, že by k oplození došlo, změní se corpus luteum na corpus luteum graviditatis. (Sák, 2010, s. 14)

### 1.2.2 Děložní endometriální cyklus

Endometrium je tvořeno dvěma vrstvami. První je pars basalis, která se během cyklu nemění. Druhá, pars functionalis, se během menstruačního cyklu mění a odlučuje se během menstruace. Poté dochází k regeneraci této vrstvy. To se děje v případě, že nedojde k oplození.

Endometriální cyklus začíná **proliferační fází**, která nastává kolem 5.dne, tedy koncem menstruace, a končí začátkem ovulace. Přítomné spirální arterie v endometriu se prodlouží jako samotné endometrium a je vyvolána proliferace žlázek a stromatu. 15.den, to znamená při ovulaci, začíná **sekreční fáze** končící 26.dnem. Proliferované endometrium se mění na sekreční a opět se ztlušťuje. Jestliže nedojde k oplození, začne corpus luteum od 23.dne menstruačního cyklu zanikat. Tím klesají hladiny hormonů ovaria, což způsobí involuci endometria. Spirální arterie jsou přítomny v povrchové vrstvě endometria a na konci sekreční fáze dojde k jejich vazokonstrikci. 26.den se začíná projevovat ischemická nekróza a to ve funkční části endometria. Způsobí praskání spirálních arterií a vyplavování krve. Tak začíná **menstruační fáze**. Postižena je celá část pars functionalis, která se odlučuje a odchází v podobě menstruačního krvácení. V krvi je obsažena arteriální i venózní krev, erytrocyty, leukocyty, žlázy endometria, části stromatu a fibrinolysin tvořený v endometriu, který zabraňuje srážení menstruační krve. (Pilka, 2012, s. 25)

### 1.2.3 Cervikální a vaginální cyklus

Vlivem změn produkce gestagenů a estrogenů se mění tvar zevní branky. Změnami prochází také cervikální hlen. Mění se jeho kvalita, ale také množství. Během folikulární fáze je hrdlo uzavřeno hustým hlenem. Při ovulaci dochází k pootevření zevní branky a množství hlenu je v tuto dobu maximální. Hlen je během ovulace řídký, tažný, prostupný. V sekreční fázi se hrdlo opět uzavírá a hlen je zahuštěný. (Turková, 2004, s. 22)

Hustý a kyselý hlen je tzv. neplodný hlen a brání spermii v průniku. Naopak tzv. plodný hlen je méně kyselý a obsahuje více vody. (Pilka, 2012, s. 25)

**Vaginální cyklus** je shodný s ovariálním cyklem a je ovlivňován změnami hladin pohlavních hormonů. (Sák, 2010, s. 15)

Pochvu vystýlá dlaždicový epitel, který mění během cyklu svou výšku. V proliferační fázi působí estrogeny na epitel, který se ztlušťuje a stává se vícevrstevným. Sekreční fáze je v pochvě typická zhuštěním intermediární vrstvy a akumulace glykogenu, který je rozkládán pomocí poševních laktobacilů, které jsou přirozeně přítomny. Poševní pH se stává kyselým a brání infekci způsobené kvasinkami, plísněmi nebo bakteriemi. (Pilka, 2012, s. 26, 27)

## 2 Antikoncepce

Antikoncepce neboli kontracepce je každá metoda, která zabraňuje početí. Působí preventivně proti nechtěnému těhotenství, ale také porodu nechtěného dítěte. Dostupnost opravdu spolehlivé antikoncepce ukazuje na vyspělost společnosti. (Fait, 2012, s. 10)

Před začátkem užívání antikoncepce by měla každá žena zvážit několik hledisek. Především na jakou dobu antikoncepci potřebuje, zda plánuje děti, jak zná svého partnera, co od antikoncepce očekává a kolik může do antikoncepce investovat. Vždy je nejlepší poradit se s lékařem. (Šulová, 2011, s. 276)

Antikoncepce **zabraňuje ovulaci**, ruší funkci žlutého tělíska, dále zabraňuje implantaci oplozeného vajíčka a působí na zahuštění cervikálního hlenu. (Vránová, 2010, s. 26)

### 2.1 Historie antikoncepce

Nejstarší používanou metodou je **přerušovaná soulož**. První zmínku můžeme najít v Bibli v První knize Mojžíšově. Využíval ji jistý Onan, který se takto chránil před oplodněním své ovdovělé švagrové. (Uzel, 2010, s. 41)

Ve starověku používali také vykuřování pochvy, ovšem s nulovým efektem. Další historickou kuriozitou jsou mechanické překážky soulože. Patřily sem pásy cudnosti a infibulace penisu, což představovalo propíchnutí předkožky na protilehlých místech pomocí železného kruhu, který byl nakonec svařen. Dále lze zařadit dnes ještě stále prováděné i nejtěžší stupně ženské obřízky, kdy je prováděno sešití rodidel. (Čepický, 2004, s. 52)

Nutno ovšem podotknout, že například ve starověkém Řecku bylo v první řadě povinností ženy přivádět na svět děti. Průměrná délka života byla velmi nízká. (Jütte, 2008, s. 12)

Ve starém Egyptě byl okolo roku 1850 před naším letopočtem sepsán Petriho papyrus, ve kterém bylo doporučováno těsně před souloží zavést do pochvy pastu z krokodýlího trusu. Jiné prameny uváděly sloní trus, volskou žluč, zelí nebo stromovou smůlu.

V arabských zemích se vyráběly antikoncepční čípky, které se zaváděly do pochvy před pohlavním stykem. Byly vyráběny z pravého varlete vlka obaleného v bavlně, nasáklé olivovým olejem.

Ve starověké Číně byla používána metoda, která měla účinkovat až 5 let. Šlo o spolknutí 24 živých pulců. Pařížský filozof Albert považoval jako spolehlivější polykání živých včel.

Počátky moderní antikoncepce začínají okolo roku 1921. Doktor Haberlandt z Rakouska zjistil, že výtažky z vaječníků těhotných zvířat se dají použít jako antikoncepce, protože způsobují blokaci uvolňování folikulů z vaječniku.

Ve 20.století byl zase získán progesteron z určité mexické rostliny a postupně se začalo s podáváním ve formě pilulek. V roce 1960 již užívala antikoncepční tablety většina žen ze Spojených států. (Barták, 2006, s. 12,13,14)

Bariérové metody nejsou historicky tak staré. První zmínky o plátěném **kondomu** jsou známy už okolo roku 1350 před naším letopočtem ze staroegyptských textů. Novodobým vynálezem prezervativu byl italský anatom Gabrielle Fallopius, žijící v 16.století. Vymyslel plátěné pouzdro na penis, které mělo sloužit nikoli jako antikoncepce, ale jako ochrana před pohlavními nemocemi. Kondomy dnešní podoby se začaly vyrábět roku 1844. Světová produkce je nyní až 8,5 bilionu kusů ročně.

Hipokrates používal metodu na principu **nitroděložního tělíska**, kdy ženám do dělohy zaváděl malé předměty ze slonoviny. O něco později byly využívány drahé kovy, v některých případech dokonce i zdobené diamanty. V novověku pak byly ženám zaváděny různě tvarované drátky z drahých kovů. Až s vynálezem kvalitních plastů ovšem slavila tělíska opravdový úspěch, protože nezpůsobovaly rozsáhlé zánětlivé komplikace. (Barták, 2006, s. 34, 41)

## 2.2 Metody antikoncepce

Pro každého je vyhovující a vhodná jiná metoda. Závisí to také na věku, počtu partnerů a počtu pohlavních styků, zdravotním stavu, ale také na názorech společnosti. (Vránová, 2010, s. 27)

Dnešní doba nenutí nikoho, aby měl dítě a nemusí se kvůli tomu ani zříkat sexuálního života. Existuje mnoho antikoncepčních metod. Některé jsou tak účinné, že se těhotenství dá téměř vyloučit. Záleží samozřejmě na správné aplikaci metody. Informovaností a větší dostupností antikoncepce se společnost snaží předejít nebo alespoň snížit počet interrupcí. Existují však ženy, které ze strachu z nežádoucích nebo vedlejších účinků raději hormonální antikoncepci neužívají. U některé mladé dívky může odmítání antikoncepce znamenat touhu po odpoutání se od rodiny a přimknutí se k partnerovi. Další

skupinou žen, které většinou antikoncepci odmítají, jsou ženy vyznávající nějaké náboženství. Samozřejmě mohou existovat i další důvody k odmítání antikoncepce. (Bahounek, 2007, s. 53, 54)

### 2.2.1 Přirozená antikoncepce

Přirozená antikoncepce je výhodná z důvodu nepřítomnosti vedlejších účinků, ovšem na druhou stranu má malou míru spolehlivosti a vyžaduje vysoké nároky na provedení a sebekontrolu. (Fait, 2012, s. 96)

Do přirozené antikoncepce můžeme zařadit kojení, periodickou abstinenci, přerušovanou soulož, úplnou koitální abstinenci a další různé metody jako je hypnoantikoncepce, nekoitální techniky, coitus analis a také lunární metoda. (Čepický, 2004, s. 28, 31, 36, 38, 40)

**Kojení** lze použít jako antikoncepční metodu, zejména v rozvojových zemích, ale také v moderní západní společnosti. Metoda závisí na laktační amenoree, která souvisí s laktační hyperprolaktinemií. Prolaktin je vyplavován jako odpověď na sání z bradavky prsu. Laktační amenorea může u kojící ženy trvat 2 měsíce až 4 roky, ovšem záleží na frekvenci kojení. Celková doba kojení není důležitá. Nutné je však splnění určitých podmínek. Podmínkami je myšleno to, že ještě neuběhlo více než půl roku od porodu, žena neměla ještě ani jednu menstruaci a dítě musí být plně kojeno, tedy během dne nejméně každé 4 hodiny. V noci by neměl překročit interval 6 hodin. Metoda může být kombinována s metodami periodické abstinence. Výhodou této metody je dostupnost, finanční nenáročnost, rychlejší úprava hmotnosti a pokles rizika karcinomu prsu. Nevýhoda je zejména nutnost často kojit a nutnost vysokého příjmu vápníku. Tato metoda je tedy jen příležitostnou antikoncepční metodou pro poporodní období. (Čepický, 2004, s. 28, 29, 30)

Další přirozenou metodou je **periodická abstinence**. Je to metoda plodných a neplodných dnů. Vychází z předpokladu, že během každého menstruačního cyklu lze dosáhnout gravidity nejvýše pět až sedm dní. Zbývající dny jsou neplodné. Ochranu před otěhotněním tak zajistí sexuální abstinence během plodných dnů. K rozpoznání plodných dnů máme několik metod k sledování různých fyziologických změn v organismu ženy. Periodickou abstinenci lze kombinovat s bariérovou antikoncepcí a přerušovanou souloží. Jiné způsoby jsou nevhodné, jelikož zkreslují ukazatele neplodných a plodných dnů.



Existuje osm ukazatelů periodické abstinence. Prvním je **metoda kalendářová**. Ta hodnotí všechny menstruační cykly během posledního roku. Od nejkratšího odečteme číslo 18 a výsledek, který nám vyjde, je prvním plodným dnem. Poté se od nejdelšího cyklu odečte číslo 11 a tento výsledek je posledním plodným dnem. Tato metoda je velmi nespolehlivá a nedoporučuje se.

Druhou metodou je **metoda teplotní**, která vychází z předpokladu, že v období po ovulaci stoupá bazální teplota vlivem progesteronu. Bazální teplotu zjišťuje žena měřením po dobu 5 minut v konečníku či pochvě vždy ve stejnou dobu ráno, nejlépe mezi 3. až 6. hodinou ranní a ještě před vstáváním z postele nebo případně před souloží. Za vzestup bazální teploty považujeme chvíli, kdy jsou teploty ve třech po sobě jdoucích dnech vyšší než nejvyšší teplota naměřená v šesti předchozích dnech. Teplota musí třetí den přesahovat linii o 0.2 °C. Teplotu ovlivňují i negativní vlivy jako je infekce, alkohol, únava a rozrušení.

Třetí je **metoda hlenová**, kdy si žena vyšetřuje denně kvalitu hlenu buď subjektivně, kdy cítí pocit vlhkosti nebo pak palpačně či zrakem. Hodnotí tažnost, vlhkost, kluzkost. První plodný den je takový, kdy žena prvně cítí pocit vlhkosti nebo přítomný hlen. Neplodné dny začínají asi tři dny po hlenovém vrcholu. Toto neplodné období trvá do konce cyklu.

Čtvrtá je metoda **cervikální**. Hodnotí se změny děložního čípku. Po menstruaci je čípek děložní tvrdý a branka je uzavřená. Plodné dny značí měknutí čípku a pootevření branky. Dále se čípek posouvá vzhůru. Po ovulaci se vrací do tvrdého a uzavřeného stavu.

Pátou metodou je **krystalizace slin**. Vychází z odběru slin na sklíčko, na kterém po zaschnutí vznikají obrazce. Hodnocení je prováděno pod malým (kapesním) mikroskopem. V periovulačním období můžeme vidět stromové struktury nebo listy kapradí. Jinak je beztvářá struktura. Antikoncepční účinnost nebyla ověřena.

Šestou metodou je **laboratorní stanovení plodných dnů**. Vyšetřují se hladiny hormonů, zejména LH, estrogenů, případně progesteronu v séru, moči nebo slinách. Tato metoda se využívá spíše pro stanovení neoptimálnějšího dne k početí.

Sedmá metoda je **lunacepce**. Metoda doporučuje spaní v přísně zatemněné místnosti v době neplodné fáze cyklu a během plodné fáze naopak při světle. Metoda se neujala a je velmi nespolehlivá.

Poslední existující metoda je **metoda symptotermální**. (Čepický, 2004, s 31-34)

Symptotermální metoda zahrnuje pozorování, zaznamenávání a vyhodnocení změn symptomů plodnosti. Pomáhá buď těhotenství předcházet nebo jej docílit. Důležitá je vzájemná kontrola změn bazální teploty, hlenu a děložního hrdla. (Predáčovi, 2006, s. 15)

V této metodě se musí kombinovat vždy alespoň dvě z předchozích. Může se doplnit sledováním dalších ukazatelů jako jsou psychické změny, napětí prsou, nucení na moč, ovulační bolest nebo krvácení. (Čepický, 2004, s. 34)

**Coitus interruptus** neboli přerušovaná soulož je další přirozenou antikoncepční metodou. Jedná se o přerušení soulože těsně před ejakulací. Je to velmi nespolehlivá metoda, může totiž dojít k úniku spermií ještě před ejakulací. (Uzel, 2010, s. 43, 44)

Další možností je **úplná koitální abstinence**, tedy buď úplná sexuální abstinence, která je samozřejmě nejspolehlivější metoda vůbec, ovšem může narušovat kvalitu života, nebo **nekoitální techniky** či **coitus analis**, kdy nedochází k vaginální souloži.

Raritní metodou zabránění těhotenství je **hypnoantikoncepce**, kdy se provede šest až osm hypnotických sezení, kterými se vytvoří neplodnost. Metoda je velmi nespolehlivá. **Lunární metoda** také nemá význam. Jde o určení plodného období podle postavení Slunce a Měsíce. (Čepický, 2004, s. 36-40)

## 2.2.2 Bariérové antikoncepční metody

Popularita těchto metod v dnešní době opět narůstá, přikládá se jim zejména hygienický význam a použití jako doplňkové antikoncepce. Principem je postavení mechanické bariéry pro spermie. Účinkují také jako ochrana před pohlavně přenosnými infekcemi. Bariérové metody lze rozdělit na mechanické a chemické. Kombinování obou metod se považuje za vhodné.

Mechanickou metodou pro muže je kondom. **Kondom** je známý a dostupný prostředek, obvykle vyráběný z latexu. Některé obsahují spermicidy. Důležité je uchovávat kondomy v suchu a chladnu, vyvarovat se kontaktu kondomu s mastí, krémem nebo pleťovým mlékem, které by latexovou stěnu poškodily. Kondom se nasazuje před pohlavním stykem, na konci by měl být ponechán rezervoár neobsahující vzduch. Také je třeba dát pozor na protržení kondomu. Doporučuje se použití lubrikačního gelu nebo antikoncepční vaginální gel bez oleje a samozřejmě kontrola kondomu před i po použití.

Mezi **mechanické** ženské bariérové metody patří poševní pesar, femidom, cervikální klobouček a vaginální hubka.

**Poševní pesar** je gumový klobouček s kovovou pružinkou po obvodu. Zavádí se před pohlavním stykem před děložní čípek. Zavádění není snadné, je nutné se jej naučit, poprvé nejlépe v gynekologické ambulanci za kontroly lékaře nebo porodní asistentky. Vpředu je opřen o sponu stydkou a vzadu se opírá o poševní klenbu. Ponechává se několik hodin po styku. Lze ho použít opakovaně. Vyrábí se v několika velikostech, vhodnou velikost určí gynekolog.

**Femidom** (ženský kondom) připomíná kondom a zavádí se podobně jako pesar. Vnitřní kroužek je přiložen k čípku, zevní kroužek se nechává venku před rodidly. Uvnitř je vybaven lubrikantem, ovšem i přesto se doporučuje kombinace s antikoncepčním krémem. Užití kondomu i femidomu současně je kontraindikováno z důvodu velkého tření.

**Cervikální klobouček** nebo také cervikální pesar se vyrábí z latexu, umělých hmot, výjimečně z gumy nebo kovu. Je různě velký. Správnou velikost opět určuje lékař. Důležité je, aby klobouček přilnul přísátím na čípek. Nesmí se ponechávat déle než 3 dny.

**Vaginální hubka** je kombinací mechanické a chemické bariérové antikoncepce a je vyrobena z polyuretanu. Zavede se vysoko do pochvy, čípek se ocitá v jejím vyhloubení. Může se nechat po dobu trvání antikoncepčního účinku, což je 24 hodin. Doporučuje se odstranit 6 hodin po souloži.

Chemickou bariérovou metodou jsou spermicidy. **Spermicidy** se samostatně příliš nepoužívají, spíše v kombinaci s mechanickými bariérami. Působí na spermie v ejakulátu a způsobují jejich imobilizaci. Existují ve formě čípku, krému, želé, pěny, tablety a papírového filmu. Formy se odlišují dobou, kdy se musí zavést. Spermicidy jsou zaváděny hluboce do pochvy, poté je nutné vyčkat se stykem po předepsanou dobu. Účinek přetrvává nejčastěji 2 hodiny.

**Výplachy pochvy** lidé ještě stále občas používají, ačkoliv nemají žádný efekt. Jedním z roztoků, který je takto používán, je Coca-cola, která má údajně spermicidní účinek. Bohužel spermie se do dělohy dostávají za několik vteřin po ejakulaci. Prokázat se dají už za 90 sekund ve vejcovodu. Tudíž je jasné, že se takto rychle výplach stihnout nedá. (Čepický, 2004, s. 43-52)

### 2.2.3 Nitroděložní antikoncepce

Nitroděložní tělíška, většinou s velikostí tyčinek 3 centimetry, se zavádí do dělohy nejlépe za menstruace, kdy je hrdlo pootevřeno, ale není to podmínkou. Zavádění i vyjmutí provádí vždy lékař a dostupnost je možná pouze na lékařský předpis. Žena by neměla

tělisko při pohlavním styku vůbec cítit a ani její partner. Je to velice spolehlivá metoda. Tělisko se nechává zavedené pět let. Nástup účinku je ihned po zavedení a k nástupu plodnosti dochází hned po vyjmutí tělíska. (Uzel, 2010, s. 122)

Mechanismus účinku není zcela jasný. Předpokládá se podíl hned několika mechanismů. Jeden mechanismus říká, že tělisko působí v děložní dutině zánětlivé změny, kdy se zde množí leukocyty, které pak spermie pohlcují. Další teorie předpokládá, že dochází ke zrychlení transportu tekutiny dutinou děložní a oplodněné vajíčko tak nemá čas usadit se v děloze. Pro tělíska je užívána zkratka IUD neboli intrauterine device, což v překladu znamená nitroděložní zařízení. Tělíska jsou vyráběna z kvalitních plastů a mají tvar písmene T. Mají také vlákno, které vyčnívá do pochvy a díky tomu se dá tělisko snadno podle potřeby vytáhnout.

Dva hlavní typy nitroděložních tělísek jsou **inertní**, které působí jako cizí těleso a lze je zavádět prakticky na neomezenou dobu a dalším typem jsou **medikovaná** tělíska, která obsahují určitou látku uvolňující se do organismu a zvyšující tak jejich účinnost. Jde o tělíska s mědí či jiným kovem a tělíska s hormonem. Měď se pomalu rozpouští a snižuje pohyblivost spermií. Nevýhodou těchto tělísek je to, že obsažená látka se časem vyčerpá a účinnost se snižuje.

**Pozitivem** všech nitroděložních tělísek je jejich cena, která se vyplatí více než u antikoncepčních tablet, a dostupnost. Další výhodou je to, že žena nemusí kontrolovat, zda antikoncepci užila. Existují tři hlavní **negativa** tělísek. Jsou méně spolehlivá než tablety, nechrání ženu před mimoděložním těhotenstvím, nezabraňuje totiž usazení vajíčka ve vejcovodu a jejich uživatelky jsou častěji postiženy zánětem ve vnitřních rodidlech, což může komplikovat pozdější plodnost ženy. Poslední nevýhodou je silnější nebo delší menstruační krvácení, které se objevuje až u pětiny nositelek. (Barták, 2006, s. 42-46)

Fait uvádí v případě nitroděložního tělíska, že: „*Nulliparita není kontraindikací zavedení nitroděložního tělíska, stav po císařském řezu není kontraindikací zavedení IUD.*“ (Fait, 2012, s. 106)

#### **2.2.4 Hormonální antikoncepce**

Hormonální antikoncepci můžeme rozdělit na kombinovanou hormonální antikoncepci, progestagenní hormonální antikoncepci, nitroděložní kontracepční systém s levonorgestrem, což jsou nitroděložní tělíska, a postkoitální antikoncepci.

Existuje několik forem podání kombinované hormonální antikoncepce. Jedním z nich je **kombinovaná hormonální orální antikoncepce**. Je to nejrozšířenější forma kombinované hormonální antikoncepce. V perorální tabletě je obsažena kombinace progestinu a estrogeneru v různých denních dávkách. Stavba kombinované hormonální antikoncepce je charakterizována rozložením podávaných hormonů v průběhu jednoho cyklu. Podle tohoto ji dělíme na monofázové, které mají stejné složení, dále dvoufázové, které mají dávku progestinu v druhé polovině cyklu vyšší, a nakonec třífázové, u kterých dávka progestinu postupně stoupá a dávka estrogeneru se zvyšuje ve druhé třetině.

Je možné podat i specifický typ dvoufázové antikoncepce. Nazývá se **kombifázická antikoncepce**. Estrogen je u ní vyšší v první polovině cyklu a progestin naopak nižší než ve druhé polovině. Kombinovaná hormonální antikoncepce je podávána obvykle první den menstruačního cyklu buď v kontinuálním režimu nebo s rozšířeným cyklem. Režim kontinuální je založen na nepřetržitém podávání. Rozšířený je založen na aplikaci po dobu třech měsíců., která je následována sedmidenní pauzou. (Křepelka, 2013, s. 33, 34)

Další formou je **kombinovaná injekční antikoncepce**. Aplikace tohoto typu je prováděna intramuskulárně. Estrogen a progestin tvoří hormonální depo, dochází k uvolňování účinné látky do krevního oběhu a tím je zajištěn hormonální účinek. Aplikuje se jednou za měsíc. V současné době je u nás nedostupná. (Křepelka, 2013, s. 34)

Také existuje **kombinovaná antikoncepční náplast**. Ta zajišťuje pravidelné denní uvolňování hormonů přes kůži ve stejném množství po dobu jednoho týdne. Náplasti se dávají celkem tři týdny a poté následuje týdenní pauza, kdy proběhne cyklické krvácení. (Křepelka, 2013, s. 34, 35)

Jednou z možností je také **kombinovaný vaginální systém**, kdy je aplikována antikoncepce ve formě plastového vaginálního kroužku obsahujícímu hormony. Vaginální kroužek si může žena zavést sama. Zavádí se na tři týdny. Po vyjmutí nastává čtvrtý týden pseudomenstruační krvácení. (Křepelka, 2013, s. 35)

**Progestagenní hormonální antikoncepce** je dělena na **progestinovou orální antikoncepci**, která se podává zejména v případech, kdy je podání estrogeneru kontraindikováno nebo je snížena jeho snášenlivost jako je tomu u kojících žen, žen s migrénou a dalších. Účinek spočívá v blokaci ovulace tím, že se zamezí tvorbě LH. Tablety se užívají kontinuálně ve stejnou dobu. Opožděné podání by mohlo způsobit selhání antikoncepčního efektu. Menstruující ženy zahajují užívání prvním dnem cyklu,

ženy po porodu 21.den od porodu a po umělém ukončení těhotenství je možno začít užívat progestagenní hormonální antikoncepci ihned. Pokud by žena přecházela z kombinované orální antikoncepce, klasicky ji dobere a hned bez pauzy nasadí progestinovou antikoncepci. (Křepelka, 2013, s. 35, 36)

Druhou progestagenní hormonální antikoncepcí je **depotní medroxyprogesteronacetát**, který je dostupný ve formě pro intramuskulární nebo subkutánní aplikaci. Působí na zvýšení viskozity cervikálního hlenu, atrofii endometria, změny motility vejcovodů a zabraňuje sekreci FSH a LH. (Křepelka, 2013, s. 36)

Další z forem je **syntetický progestin**, který se aplikuje intramuskulárně. Působí podobně jako ostatní progestagenní kontraceptiva. Ovšem není v současné době u nás dostupný. Antikoncepční efekt je zajištěn na dobu pěti let.

Nitroděložní kontracepční systém a postkoitální antikoncepce jsou rozebrány v samostatných oddílech. (Křepelka, 2013, s. 36-38)

### 2.2.5 Postkoitální antikoncepce

Postkoitální antikoncepce neboli také intercepce či takzvaná záchranná antikoncepce, která má zabránit těhotenství, není užívána pravidelně, ale pouze ve výjimečných případech, kdy došlo například k nechráněnému pohlavnímu styku, selhání jiné antikoncepční metody nebo pro ženy znásilněné, pro které tato metoda byla původně vymyšlena. Postkoitální antikoncepce není antikoncepcí doslova a měla by být nahrazena jinými metodami. V rozvinutých zemích se snaží o co největší dostupnost této metody ve snaze snížit počet interrupcí a nežádoucích porodů. (Čepický, 2004, s. 131)

Mechanismus účinku této metody je odlišný oproti ostatním antikoncepčním metodám. Při včasném podání postkoitální antikoncepce je blokováno uvolnění vajíčka a zahušťuje se hlen v hrdle děložním, čímž je ztěženo průnik spermií. Při pozdějším podání může tato metoda zabránit uhnízdění již oplozeného vajíčka. Některé přípravky lze použít do 72 hodin od styku, některé i později. (Uzel, 2010, s. 146, 147)

Nejznámější přípravek je Postinor-2, který složením patří ke gestagenní antikoncepci, protože obsahuje levonorgestrel. První tableta se dává 72 hodin po styku, následně druhá 12 hodin po první. Účinnost se udává v průměru až 85%. Účinným přípravkem jsou tablety Escapelle, které obsahují větší množství levonorgestrelu. V některých zemích stejně jako u nás jsou Postinor-2 i Escapelle volně prodejně.

Mechanismus spočívá v narušení endometria, ovulace a motility vejcovodů. Jinou možností je látka ulipristalacetát. Přípravek obsahující tuto látku se nazývá EllaOne. Tyto tablety se podávají do 120 hodin po styku. Působí na oddálení nebo blokaci ovulace. Jednou z metod postkoitální antikoncepce je také podání 10 mg Mifepristonu do 120 hodin od koitu a také zavedení nitroděložního tělíska, které , pokud je zavedeno do pěti dnů od styku, zabrání případné nidaci. (Fait, 2012, s. 75-78)

### 2.2.6 Sterilizace

Sterilizace u ženy představuje zneprůchodnění vejcovodů, u muže podvaz chámovodů. Jde o nevratnou metodu, která je vhodná především u partnerů, kteří dosáhli plánovaného počtu dětí. Je to vysoce spolehlivá metoda. Ze zdravotních důvodů lze o sterilizaci žádat po dovršení 18.roku, na přání až po dosažení 21.roku. Žádost se podává ošetřujícímu lékaři a stává se součástí zdravotnické dokumentace. Žádost musí být podepsána před svědkem a žadatel musí být od lékaře poučen o výkonu, jeho povaze, možných rizicích a trvalých následcích.

Ze zdravotní indikace se k zákroku přistupuje nejdříve za 7 dní od podání žádosti, při sterilizaci na vlastní žádost až za 14 dní. Bezprostředně před výkonem musí ještě pacientka podepsat souhlas s výkonem. Výkon lze provést v celkové anestezii přes břišní stěnu nebo bez anestezie transcervikálně, tedy skrz hrdlo děložní. Za kontroly hysteroskopem se zavádí tělísko Essure, které uzavře průsvit vejcovodů. Zavádí se nejlépe mezi 7. a 14.dnem cyklu. Ověření správného provedení se dělá 3 měsíce po výkonu transvaginálním ultrazvukem nebo hysterosalpingografií. Po tuto dobu je nutné ženě poskytnout účinnou antikoncepci. (Fait, 2012, s. 94, 95)

Sterilizací se funkce vaječníků nemění, dochází tedy nadále k menstruaci až do příslušného věku, kdy dojde k menopauze. (Čepický, 2010, s. 63)

## 2.3 Spolehlivost antikoncepce

Spolehlivost antikoncepčních metod je udávána **Pearlovým indexem**. Pearlův index neboli také těhotenské číslo je číslo, které udává počet žen ze sta uživatelek, které při užívání určité metody otěhotněly v průběhu jednoho roku. Tedy čím nižší je číslo, tím je metoda spolehlivější. Během jednoho měsíce je pravděpodobnost otěhotnění u ženy neužívající antikoncepci asi 16%, to znamená, že ze sta žen bude na konci měsíce

těhotných 16 a na konci prvního roku okolo 88. Samozřejmě to platí při přiměřeném (pravidelném) pohlavním životě, koitu, kdy mají spermie schopnost oplodnit vajíčko asi polovinu týdne. Dá se tak říci, že při žádné antikoncepci je těhotenské číslo na hodnotě 88. Při užívání antikoncepce se index pohybuje v rozmezí dle metody od 0,1 do 20. Spolehlivá a použitelná metoda by neměla překročit hodnotu 5. Rozmezí hodnot je u některých metod v různé literatuře různě široké. Záleží, zda se hodnotí selhání samotné metody, nebo zda hodnota zahrnuje i lidský faktor, kdy kupříkladu žena zapomene vzít tabletu nebo je při použití kondomu muž nezkušený a nezručný. (Barták, 2006, s. 30)

Hodnotu indexu také ovlivňuje přirozená plodnost ženy, která klesá například s věkem, dále plodnost partnera, počet pohlavních styků a také používání více metod současně. Mezi nejspolehlivější metody patří chirurgická sterilizace s indexem 0,02 a depotní medroxyprogesteron acetát s hodnotou 0,05 stejně jako hormonální nitroděložní systém. Nehormonální nitroděložní tělísko má hodnotu 0,3 a kombinovaná hormonální antikoncepce 0,5. Minipilulky se pohybují v rozmezí 0,5 až 2 Pearlova indexu. Femidom je přibližně 2 a kojení 5. Další metody jsou méně spolehlivé. Kondom a vaginální spermicidy se pohybují okolo hodnoty 10. Ženský pesar má těhotenské číslo 15. Nejméně spolehlivé metody jsou coitus interruptus s hodnotou 20 a periodická abstinence s hodnotou 30. Všechny uvedené hodnoty jsou z běžné praxe a jsou pouze orientační a přibližné. (Čepický, 2004, s. 19, 20)

## **2.4 Etický problém v souvislosti s užíváním antikoncepce s abortivním účinkem**

Etika je určitá úvaha morálky, kdy se přemýšlí nad tím, co je svoboda, svědomí a jiné. Při setkání s určitým problémem je nutné nejdříve definovat pojmy a určit, o co se jedná, tedy vědět vše o daném tématu. (Vácha, 2012, s. 20, 21)

Díky sexuální revoluci, která se rozvíjela od konce první světové války, se oddělilo sexuální chování od jeho původního významu, což je reprodukce. Tím se rozvinul také průmysl antikoncepce, což přináší velké etické problémy, jež všechny ani nelze charakterizovat. (Černý et al., 2011, s. 3, 4)

Největším problémem je bezpochyby stále určení mezníku, kdy se v prenatálním vývoji člověk stává člověkem. Existují různé názory. Některé se snaží dokázat, že během nitroděložního období lidský život existuje, ovšem nejde mu přisoudit status lidské osoby,



člověka. To by znamenalo, že do určitého okamžiku každý z nás vlastně člověkem nebyl. Jiné tvrzení zase tvrdí, že jsme lidmi byli, ale nebyli jsme osobou. To je však rozpor, protože být člověkem zároveň znamená být také osobou. Mezníkem naší existence je bezpochyby naše početí. Před početím nikdo z nás neexistoval. Kdybychom mezník posunuli na pozdější stadium, je nutné dokázat, že vznikající bytost není člověkem. V takovém rozhodování je nutná jistota, nestačí pravděpodobnost. Každé oplozené vajíčko, zygota, je geneticky výjimečná a geneticky odlišná. Je už tak předem určeno o geneticky podmíněných vlastnostech daného jedince, které se projeví v pozdějším období. V moderní medicíně se za objekt péče považuje také nenarozený pacient. (Donum vitae, 2006, s. 14, 20-22, 26)

*„Jediný způsob, jak být opravdu spravedlivý k životu, je respektovat ty nejmenší z žijících. Vypuzení embrya se rovná vyloučení, zřeknutí se něčeho nebo někoho.“* (Pascal, 2012, s. 44)

Názory na lidskost zygoty se rozcházejí a nelze potvrdit ani vyvrátit pravdivost jednoho ani druhého názoru. Je nutné se tedy dívat na věc nestranně. Nikdo není schopen zhodnotit, zda je zygota lidskou osobou nebo není. (Pascal, 2012, s. 148, 157)

## **2.5 Antikoncepce a náboženství**

V **křesťanství** se často posuzuje zabránění početí stejně jako jeho ukončení. Používání antikoncepce je církví odmítáno. Papež Pavel VI však už roku 1968 doporučoval, aby se lidé věnovali přirozené metodě zabránění početí, tedy výpočtem plodných a neplodných dnů. (Bellinger, 1998, s. 284, 285)

Vědomé užívání antikoncepce je krok proti křesťanské náboženské tradici. Pohlavní styk by měl být spojen s rozmnožováním nebo by se s rizikem koncepce mělo alespoň počítat. (Bahounek, 2007, s. 54)

Papež Jan Pavel II. zdůrazňoval existenci lidské osoby už od jejího početí. Jen pravděpodobnost lidské existence zcela zakazuje činnosti směřující k usmrcení zárodku. Církev učí, že lidský plod musí být od okamžiku početí chráněn, mělo by být s ním jednáno jako s osobou a měla by být uznávána také jeho práva, zejména právo na život. (Donum vitae, 2006, s. 23)

V **islámu** je antikoncepce doporučována po porodu, po dobu kojení, nejčastěji na dobu dvou let. Poté plánují ženy další dítě. To je tedy dočasná antikoncepce. Co se týče trvalé antikoncepce, je povolena pouze v případech, že by těhotenství ohrozilo život ženy,

pokud rodina má už více dětí a nebyla by schopna další dítě finančně zabezpečit a také v případě, že by již měli jedno postižené dítě nebo by se v rodině vyskytovalo genetické onemocnění či postižení. Povoleny jsou formy antikoncepce, které zabraňují průniku spermie k vajíčku. Zakázaná je postkoitální antikoncepce a přerušovaná soulož. (www.muslimka.estranky.cz, 2007)

V jednotlivých **judaistických proudech** se názory na antikoncepci liší. Převažuje ovšem pohled, který užívání hormonální antikoncepce povoluje. Použití kondomu je považováno za vytvoření fyzické bariéry. Negativně se judaismus dívá, stejně jako ostatní náboženství, na interrupci.

**Hinduismus** je vyznáván hlavně v Indii. Nezakazuje žádný typ antikoncepce. V okamžiku zrození je podle tohoto náboženství dána člověku duše. Interrupce je proto nepřijatelná. Výjimka je pouze v případě, že by šlo o záchranu života ženy.

V **buddhismu** jsou prostředky antikoncepce povolené, ale jen do té míry, kdy neusmrcují začínající život v těle ženy. Takové prostředky jsou zcela zakázané jako interrupce. Buddhismus klade důraz na celibát, což se ale týká hlavně mnichů. (www.marinka.cz, 2010)

## 2.6 Chyby a omyly v antikoncepci

V souvislosti se začátkem užívání hormonální antikoncepce se doporučuje u žen se zatíženou anamnézou vyšetření jaterních testů jak před začátkem užívání, tak za tři měsíce od prvního užití.

Pokud žena v časném těhotenství užívá antikoncepci, není to důvod k ukončení těhotenství, hormonální antikoncepce totiž nemá v tuto dobu vliv na vývoj plodu. Dalším omylem je vysazování hormonální antikoncepce vždy na jeden měsíc v roce. Může pouze způsobit nechtěné těhotenství. Pokud žena odletí na dovolenou do jiného časového pásma, může použít tabulky (týkající se převodu času a užitím tabletek) doporučené některými leteckými společnostmi nebo užít tabletku dříve.

Třetina žen občas zapomene vzít tabletku, tomu se snaží farmaceutické firmy zabránit různými signalizačními zařízeními. Pokud by žena do dvou hodin po užití tabletky zvracela, je to jakoby ji vůbec neužila. Jednorázový průjem by účinnost ovlivňovat neměl.

Kdyby žena zapomněla užít tabletku, pokračuje dle předpisu a doporučení gynekologa. Co se týče nejvhodnějšího užívání, měla by začít užívat první den menstruačního cyklu. Pokud by ji začala užívat od druhého nebo pátého dne, zachová tak

sice kontrolu cyklu, ale není během prvního týdne zaručena antikoncepční účinnost. Vhodné je tak doplnit užívání bariérovou antikoncepcí nebo spermicidy. (Fait, 2012, s. 103-106)

Často se také lidé domnívají, že antikoncepce zvyšuje riziko vzniku rakoviny prsu. To se momentálně vyvrací. Více je přikláněno k názoru, že má hormonální antikoncepce na prs spíše příznivý vliv a že právě snižuje riziko vzniku nezhoubných onemocnění prsu. (Barták, 2006, s. 73)

## **2.7 Specifika antikoncepce v různých obdobích života ženy**

### **2.7.1 Antikoncepce u mladistvých**

České zákony dovolují pohlavní styk od 15 let. Mladistvým se doporučuje požívat zejména kondom, který se dá pořídit bez lékařského předpisu, je levný a také dostupný a především chrání před přenosem pohlavních chorob. Ovšem mladým může vadit manipulace s kondomem a také pro ně nemusí být jednoduché pořídit si ho kvůli studu.

Někdy se doporučují také spermicidní čípky a krémy. Nitroděložní antikoncepce se nedoporučuje, protože zvyšuje riziko zánětu, který může zkomplikovat pozdější pokusy o otěhotnění a také se u dívek hůře zavádějí. Neoptimálnější tedy jsou kombinované hormonální tablety, které by se však neměly podávat před pravidelným nástupem menstruačního cyklu vzhledem k tomu, že by mohly brzdit růst postavy. (Barták, 2006, s. 114-117)

### **2.7.2 Antikoncepce po porodu**

Po porodu bývá problém se zvlhčením pohlavních orgánů a trvá většinou po celou dobu kojení. Nejlepším prostředkem je z tohoto důvodu lubrikovaný prezervativ, který splňuje také požadavky mikrobiální ochrany pohlavních orgánů. Dále je vhodné nehormonální nitroděložní tělíčko, které je možno zavádět už bezprostředně po porodu dle daných zásad. Hormonální nitroděložní tělíčko lze zavádět za stejných podmínek jako tělíčko nehormonální a je zde vyšší antikoncepční účinnost. Někdy je tato metoda nazývána reverzibilní sterilizací.

Hormonální antikoncepční tablety lze také užívat, zejména gestagenní tablety, které obsahují jen hormon žlutého tělíska. Mohou se začít užívat po porodu nebo po šestinedělí a užívají se stále. Tablety neškodí novorozenci a neovlivňují laktaci. Někdy mohou

způsobit nepravidelné špinění. Další možností jsou antikoncepční injekce, které se nejčastěji aplikují v tříměsíčních intervalech, ovšem mohou mít vliv na hmotnost a ovlivňují pozdější návrat plodnosti po skončení užívání. K první ovulaci dojde přibližně za 10 měsíců.

V nouzové situaci lze využít také postkoitální antikoncepci. Vhodné je těsně před užitím dítě nakojit a před následujícím kojením vytvořit co nejdélší pauzu. Tuto metodu lze užít nejlépe do 12 hodin, výjimečně až do 72 hodin od pohlavního styku. Krajnou variantou je užití metody do 120 hodin. Zde je nutná pauza mezi užitím a kojením více než 36 hodin. Dále přicházejí v úvahu spermicidy, pesar a nebo třeba metody sexuální abstinence. Definitivním řešením je ženská sterilizace. (Uzel, 2010, s. 144, 145)

Antikoncepční účinek kojení je závislý na intenzitě kojení a stupni výživy kojící ženy. Při laktaci otěhotní až deset procent žen v prvních šesti měsících po porodu. Laktační amenorea je účinná pouze při splnění nutných kritérií. (Křepelka, 2013, s. 80)

### 2.7.3 Antikoncepce v perimenopauze

**Perimenopauza** je období, kdy klesají ovariální rezervy. Její začátek je určován prvními klimakterickými obtížemi. (Křepelka, 2013, s. 85)

Věk není kontraindikací žádné z metod antikoncepce. Neplánované těhotenství ve vyšším věku přináší mnoho problému, především je spojeno s výskytem větších rizik těhotenských komplikací. **Kombinovaná hormonální antikoncepce** pomáhá ženám kontrolovat cyklus, odstranit začínající příznaky akutního klimakterického syndromu a navíc ochraňuje kostní hmotu. Doporučují se nízké dávky. Podávání hormonální antikoncepce jako postmenopauzální substitute se nedoporučuje vzhledem k vysokým kardiovaskulárním rizikům, zejména riziku tromboembolické nemoci, jejíž riziko s vyšším věkem roste. Světovou zdravotnickou organizací je doporučena ochrana před otěhotněním ještě jeden až dva roky po menopauze. (Fait, 2012, s. 97, 98)

### 2.7.4 Antikoncepce po potratu, interrupci a ektopické graviditě

Všechna těhotenství s následným abortivním průběhem mohou komplikovat následná těhotenství nebo ovlivnit negativně ženskou plodnost. Z toho důvodu je důležité znát rizikové faktory a prevenci těchto těhotenství. Proto zde hraje antikoncepce

nezastupitelnou roli. Nejideálnější je aplikace některé antikoncepční metody ihned po ukončení těhotenství.

Nasazení antikoncepce by nemělo proběhnout déle než dva týdny po potratu. Bezprostředně po potratu může být nasazena kupříkladu kombinovaná hormonální antikoncepce stejně jako perorální progestagenní antikoncepce. Dojde-li k pozdější aplikaci kombinované orální antikoncepce, je vhodné použít ještě doplňkovou metodu antikoncepce po dobu jednoho týdne, u progestagenní antikoncepce po dobu dvou týdnů. (Křepelka, 2013, s. 91, 99)

## 2.8 Rizika a kontraindikace antikoncepce

Užívání hormonální antikoncepce má svá rizika a vedlejší účinky. Můžeme je rozdělit na závažné a nezávažné. Mezi závažné patří komplikace v souvislosti s cévním systémem nebo poškozením jaterní tkáně. Ostatní jsou méně závažné, ovšem nepříjemné. Antikoncepce může zkomplikovat **žilní onemocnění**. Užíváním se tvoří více koagulačních faktorů zejména vlivem estrogenu. Může vzniknout až tromboflebitida. Je tedy zvýšené riziko žilní trombózy, hlavně u žen po operacích cévního systému, s umělou srdeční chlopní nebo jiným cévním poškozením. Větším problémem jsou ženy, které mají vrozenou poruchu ochranného antikoagulačního systému. Patří sem kupříkladu Leidenská mutace. Mnoho žen o své zatížené rodinné anamnéze ani neví. (Barták, 2006, s. 68-70)

Progestiny způsobují **problémy s tepnami**. Progestin zvyšuje riziko vzniku aterosklerózy, vzniku infarktů a cévních mozkových příhod z důvodu, že chemický progestin je vyráběn z mužského hormonu, testosteronu, na který se progestiny mohou v těle měnit. Vyšší hladinu testosteronu lze předpokládat u starších žen a žen s vyšší hladinou cholesterolu. (Barták, 2006, s.71, 72)

Často zmiňovaným problémem je **váhový přírůstek**. Je to jedna z nejčastějších příčin, proč ženy přestanou hormonální antikoncepci užívat. Estrogen obsažený v tabletách způsobuje zadržování vody v těle, naopak progestin zvyšuje chuť k jídlu, což může mít za následek zvyšování tuků v těle. U většiny žen ovšem k žádnému přírůstku váhy nedojde. (Barták, 2006, s. 73, 74)

Dalším důvodem, proč ženy přestanou antikoncepci užívat je často **pokles libida a psychické změny**. Progestinové hormony ovlivňují neurotransmitery, což jsou chemické látky obsažené v mozku, které mají za následek výkyvy nálad. (Barták, 2006, s. 75)

Úplně nejčastější příčinou proč antikoncepci nebrat je pro ženy **bolest hlavy**. Je předpokládáno, že za to mohou progestiny. U žen s migrénami se objevují záchvaty bolesti častěji. Celkově ovšem tato oblast není prozatím prozkoumána. **Nausea** bývá jen dočasným problémem, rychle odeznívá. (Barták, 2006, s 76)

Absolutní kontraindikace **kombinované hormonální antikoncepce** je šestinedělí, věk nad 35 let a kouření 15 a více cigaret za den, aktuální hluboká žilní trombóza, aktuální ischemická choroba srdeční nebo jen přítomnost v anamnéze, komplikované srdeční vady, migrény, karcinom prsu do 5 let po léčbě, akutní virová hepatitida a dekompenzovaná cirhóza jater. **Relativními kontraindikacemi** jsou kojení do 6 měsíců po porodu, trombofilní mutace, věk nad 35 let a vykouření méně než 15 cigaret, migrény, hypertenze, kompenzovaná cirhóza, komplikovaný diabetes mellitus, karcinom prsu po 5 letech po léčbě, přítomnost několika faktorů, které zvyšují riziko arteriálních a kardiovaskulárních onemocnění. (Čepický, 2004, s. 121, 122)

Příznakem **nevyhovující antikoncepce** může být **nepravidelné krvácení**. V takovém případě je lepší nasadit jiný přípravek. Někdy se může objevit pigmentace v obličeji, chloasma. Další potíže jsou spíše vzácné. (Barták, 2006, s. 76-78)

Mezi **absolutní kontraindikace** zavedení **nitroděložního tělíska** můžeme zařadit nevysvětlitelné krvácení z dělohy, uzavřené hrdlo a malá děloha, vrozené vady dělohy a případně alergie na měď. **Relativními kontraindikacemi** jsou chronické a recidivující infekce dělohy a adnex, velká myomatózní děloha, chronická pánevní bolest a cervikální dysplazie. U tělísek s mědí je to menoragie, metroragie, poruchy krevní srážlivosti, dysmenorea a anamnéza mimoděložního těhotenství. U tělísek s levonorgestrem jsou to karcinomy prsu, závažná onemocnění jater a nespokojenost s amenoreou. Dále se může objevit vazovagální kolaps, poranění dělohy, endometritida, poruchy menstruačního cyklu, vaginitida, mimoděložní těhotenství a také hluboký pánevní zánět. (Čepický, 2004, s. 60-64, 67, 68)

**Gestagení antikoncepce** má spíše relativní kontraindikace. Patří sem karcinom prsu, ischemická choroba srdeční, anamnéza mimoděložního těhotenství, vysoká tělesná hmotnost, závažné nemoci jater, deprese, epilepsie, hypolibidie, osteoporóza, sklon k tvorbě akné a ještě například zvýšené riziko hluboké žilní trombózy. (Čepický, 2004, s. 81, 82, 83)

U **kondomu** se občas vyskytuje alergie. U chemické antikoncepce to může být podráždění kůže vulvy nebo penisu. (Čepický, 2004, s. 47, 50)

## 3 Novinky

### 3.1 Potratová pilulka

Potratová pilulka nebo také RU 486 byla v ČR **registrována** v červnu roku 2013. Najdeme ji také pod různými obchodními názvy jako je Mifegyne, Mispregmol, Medabon nebo již zmiňovaný název RU 486. Jde o farmakologické ukončení těhotenství, nejde o antikoncepční metodu. (www.sukl.cz, 2013)

Ovšem Mifegyne (Mifepristone) je v množství 10 mg lze podat do 120 hodin od styku jako postkoitální antikoncepci. (Fait, 2012, s. 78)

RU 486 je francouzským objevem z dubna roku 1980. Po pár letech se vědci věnovali dalšímu rozvoji přípravku, cíleně na ukončení těhotenství. Kolem roku 1990 se přípravek rozšířil do zemí třetího světa, kde došlo k velkému snížení počtu nelegálních potratů. (Klein, et al., 2013, s. 9, 21)

Přípravky mohou být podávány pouze v souladu s konkrétními zákony daných zemí. (www.mifegyne.cz, 2014)

Podáním přípravku se **zabraňuje produkci progesteronu**, který je důležitý k udržení těhotenství. Tudíž ukončí těhotenství nebo zabráni oplodněnému vajíčku se uhnízdit. (Klein, et al., 2013, s. 55)

Následně by mělo dojít k vypuzení embrya z dělohy, proto se přípravek kombinuje s prostaglandiny. **Indikace** je u nás možná do 49. dne od poslední menses. Ovšem existují země, kde se hovoří o podávání přípravku až do dokončeného 6 měsíce těhotenství. (Šipr, 2013, s. 12)

Medabon, jež u nás zatím není dostupný, lze podat do 63. od poslední menstruace. (www.edukafarm.cz, 2014)

V ČR lze Mifegyne podat pouze do 49. dne od poslední menstruace. Podání mezi 50. až 63. dnem od poslední menstruace u nás není možné z důvodu chybění gemeprostu na českém trhu. Jedná se o derivát prostaglandinů. (www.mifegyne.cz, 2014)

K medikamentóznímu ukončení těhotenství jsou nutné celkem **tři návštěvy** ženy u gynekologa. (www.bioetika-v-lekarenstvi.webnode.cz, 2013)

Ženy mohou dostat přípravky v Čechách pouze **ve zdravotnickém zařízení** během hospitalizace. Taková žena musí být řádně poučena o svých možnostech a s riziky. Nejprve se podají 3 tablety Mifegyne nebo v zahraničí kombinovaný přípravek Medabon. Poté je

nutná hospitalizace minimálně 1 hodinu po podání, případnou delší hospitalizaci určuje vždy lékař. Po 36 až 48 hodinách by měla žena užít 1 tabletu Misopregolu. Za 14 až 21 dnů od prvního užití následuje kontrolní vyšetření, zda opravdu došlo k úplnému vypuzení embrya a zárodečných obalů. (www.edukafarm.cz, 2014)

Co se týče **ceny**, ta bývá vyšší než cena chirurgického zákroku. **Závažné nežádoucí účinky** se vyskytují častěji u medikamentózního potratu. (Šipr, 2013, s. 12)

Mezi častější **komplikace** oproti chirurgickému ukončení těhotenství patří krvácení, dále nekompletní potrat, nutnost chirurgické evakuace dělohy nebo poškození vyžadující operační léčbu. Dále se může vyskytnou infekce, úmrtí, tromboembolická nemoc, psychiatrické nemoci a další komplikace, které vyžadují hospitalizaci., přičemž výskyt je stejný jako po chirurgickém potratu. Medikamentózní možnost vyvolání potratu přenáší větší psychickou zátěž na ženu a snižuje zátěž lékaře. (www.bioetika-v-lekarenstvi.webnode.cz, 2013)

Mezi **kontraindikace** podání přípravku Mifegyne patří například těžké astma, chronické selhání nadledvin, jaterní selhávání, malnutrice, hypersenzitivita na látky, které přípravek obsahuje, podezření na mimoděložní těhotenství, těhotenství po 63.dni od poslední menstruace, nepotvrzené těhotenství a kontraindikace podání prostaglandinu. (www.mifegyne.cz, 2014)

**Riziko selhání metody** se udává jako 1,3 až 7,8 procent. V takovém případě se nedá vyloučit poškození plodu. (www.edukafarm.cz, 2014)

V ČR proti registraci potratové pilulky bojovalo **Hnutí pro život**, které dalo dohromady také petici, jíž podepsalo okolo 70 tisíc občanů.. Hnutí je přesvědčeno, že jde o další způsob zabití dítěte před narozením a přesouvá se psychické břemeno na ženu. (www.hnutiprozivot.cz, 2013)

### 3.2 Cyclotest

Jde o minipočítač s inteligentním systémem, který určuje plodné dny ženy. Je to vysoce bezpečná přirozená antikoncepční metoda. Pearl index je udáván hodnotou 1,0 až 3,0. Závisí to na svědomitosti užívání. Funguje na principu měření tělesné teploty ráno, dříve než žena vstane. Poté se na displeji zobrazí míra plodnosti ženy od neplodné, přes plodnou až velmi plodnou. (www.cyclotest.com, 2015)



## 4 Práce porodní asistentky

Porodní asistentka je často první, s kým se žena setká při návštěvě gynekologické ambulance nebo zdravotnického zařízení. Velkou roli hraje první dojem. Zároveň by porodní asistentka měla dělat dobré jméno své profesi. (Líbalová, 2005, s. 36)

**Osobnost porodní asistentky** je tedy velmi důležitá. Nesmí jí chybět zodpovědnost za vše, co dělá a musí umět dělat samostatná rozhodnutí. Schopnost naslouchat je další vlastnost, která by porodní asistentce neměla chybět. Při samostatné práci porodní asistentky je nutná odvaha a znalosti nejen k zahájení komunitní činnosti, ale také k jejímu provozování. (Štromerová, et al., 2010, s. 9, 11, 14, 17)

Primárně by porodní asistentka měla pomáhat novému životu na svět a ochraňovat ho, ale musí si uvědomit, že ve všech situacích to nelze. (Štromerová, et al., 2010, s. 18)

Porodní asistentka by měla přistupovat ke každé ženě jako k významné osobnosti a individuálně. Nutný je zároveň profesionální odstup. (Štromerová, et al., 2010, s. 20)

Mezi **kompetence** porodní asistentky patří péče o ženy v různých životních etapách. Důležitá je edukace. Ve zdravotním poradenství a vzdělávání je porodní asistentka zaměřena nejen na ženy a jejich rodiny, ale také na celé komunity. Porodní asistentka by měla umět edukovat v oblasti sexuální výchovy, v oblasti antikoncepce, zejména ve výběru vhodné metody, které by měla sama velmi dobře znát. Dále v oblasti plánování rodičovství a přípravě na rodičovství a o reprodukčním zdraví. Činnostmi porodní asistentky je také péče o těhotné, o ženy při porodu, vedení porodu, kontrola plodu za porodu, péče v šestinedělí a návštěva nedělek v domácím prostředí, edukace o kojení a vhodné antikoncepci pro toto období, péči o novorozence, ale také péče v gynekologické sféře. Spolu s lékařem se porodní asistentka podílí na preventivní, léčebné, rehabilitační, diagnostické a neodkladné péči. Profese porodní asistentky může být vykonávána v domácím prostředí, ambulanci, nemocnici, klinik a jiných zdravotnických zařízeních. (www.mzcr.cz, 2014)

Co se týče **farmakologického ukončení těhotenství**, měla by porodní asistentka znát podmínky použití metody, možnost selhání metody, nutnost třech kontrolních návštěv atd. Ženu poučuje lékař, ale porodní asistentka by mu měla asistovat.

Velmi důležité je ženu poučit o **kojení**, které je v případě podání preparátu kontraindikováno.

Pokud žena přijde do zdravotnického zařízení za účelem farmakologického ukončení těhotenství, musí porodní asistentka sepsat podrobnou **anamnézu** ženy. Zejména se musí zeptat na poruchy hemostázy, hypokoagulaci a anémii, kdy o případném podání preparátu rozhoduje lékař podle stupně a závažnosti poruchy. Dále se ptá na případné známky infekce, které by mohly průběh ukončení těhotenství komplikovat. Ženě se musí odebrat krev na určení krevní skupiny a Rh faktoru, čímž se předchází Rh aloimunizaci a samozřejmě další běžná opatření, která se provádí u každého ukončování těhotenství.

Po farmakologickém ukončení těhotenství, kdy bylo potvrzeno lékařem, že došlo k úplnému vypuzení plodu, by měla porodní asistentka umět ženě doporučit **spolehlivou antikoncepční metodu**, aby se vyhnula dalšímu nechtěnému těhotenství.

Během podávání preparátu a tři hodiny poté je žena ve zdravotnickém zařízení **monitorována**. Porodní asistentka ženu pravidelně kontroluje. Nesmí přehlédnout žádné akutní účinky preparátu.

Pokud je žena bez komplikací, je propuštěna domů a není již pod dohledem zdravotnického zařízení, s výjimkou druhé a třetí kontroly, na které má povinnost se dostavit. (www.edukafarm.cz, 2014)

Postavení porodní asistentky se nedá zastoupit. Je důležitým prostředníkem mezi lékařem a ženou. Tudíž by měla mít také dobré komunikační schopnosti a psychologické znalosti a být ženě oporou. (Líbalová, 2005, s. 41)

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 Formulace problému

V poslední době došlo k rozvoji antikoncepčních metod, ale nejaktuálnějším tématem je bezpochyby registrace chemického abortivního preparátu Mifegyne a Misopregmol (RU 486). Chtěla jsem se zaměřit na tuto novinku, protože v ČR není příliš známa. Mifegyne se v menších dávkách již dříve podával jako postkoitální antikoncepce. V tomto případě jde však o vyšší dávky a tak nejde o antikoncepci v pravém slova smyslu. Ovšem mohlo by jít mezi ženami o snadno dostupnou metodu, která by antikoncepci nahrazovala a tak by mohla být jako antikoncepce také vnímána.

Ve společnosti se vedou nekonečné diskuze, jestli jde pro ženy o přínos nebo naopak. S touto problematikou je spojena také etická otázka lidského plodu a částečné předání odpovědnosti z lékaře na ženu. Nastává tedy otázka, zda je preparát pro ženy přijatelný, eventuálně za jakých okolností ?

## 6 Cíl výzkumu

### 6.1 Hlavní cíl

Zjistit názor a informovanost žen týkající se farmakologického ukončení těhotenství

### 6.2 Dílčí cíle a předpoklady

**Cíl 1:** Zjistit, zda mají ženy základní informace o preparátu (RU 486).

**Předpoklad 1:** Předpokládám, že většina žen již o preparátu slyšela.

**Kritérium:** většina = 50% a více

**Předpoklad 2:** Předpokládám, že většina dotázaných žen, které preparát znají, ho znají pod názvem potratová pilulka.

**Kritérium:** většina = 50% a více

**Předpoklad 3:** Předpokládám, že většina dotázaných žen zná nejzazší termín, do kdy je v České republice možné podat tento preparát.

**Kritérium:** většina = 50% a více

**Otázky č. 5, 6, 7, 8, 9**

**Cíl 2:** Zjistit, jaké jsou názory žen na použití preparátu z etického hlediska.

**Předpoklad 4:** Předpokládám, že ženy bez vyznání shledávají preparát z etického hlediska jako přijatelný.

**Předpoklad 5:** Předpokládám, že většina žen nevidí mezi farmakologickým ukončením těhotenství a interrupcí z morálního hlediska žádný rozdíl.

**Kritérium:** většina = 50% a více

**Otázky č. 10, 11, 12, 13**

**Cíl 3:** Zjistit názory žen na dostupnost preparátu.

**Předpoklad 6:** Předpokládám, že by ženy uvítaly, aby byl preparát volně prodejný.

**Předpoklad 7:** Předpokládám, že většina žen shledává cenu preparátu jako přijatelnou.

**Kritérium:** většina = 50% a více

**Předpoklad 8:** Předpokládám, že většina žen by preferovala podání preparátu do 12.týdne těhotenství.

**Kritérium:** většina = 50% a více

**Otázky č.** 14, 15, 16

**Cíl 4:** Zjistit názory žen na domácí péči porodní asistentky po užití preparátu.

**Předpoklad 9:** Domnívám se, že by většina žen uvítala porodní asistentku jako oporu u chemického abortu v domácím prostředí.

**Kritérium:** většina = 50% a více

**Otázky č.** 17, 18, 19, 20

## **7 Charakteristika souboru**

Vzorek respondentů tvořilo 120 žen. Zvolila jsem záměrný výběr žen z Klatovska. Kritérium mého výběru tvořily ženy v reprodukčním věku zhruba ve věkovém rozmezí 18 až 45 let bez rozdílu parity. Šlo převážně o laickou veřejnost, ale mezi respondenty se objevily také studentky porodní asistence a porodní asistentky.

Dotazník jsem rozdala mezi známými a zveřejnila jsem jej na internetu, kde jsem našla diskusní skupinu s názvem Maminky z Klatovska, kde jsem oslovila ženy, kterých se mé výzkumné šetření týká.

## **8 Metoda sběru dat**

Pro výzkumné šetření a získání potřebných informací do mé bakalářské práce jsem zvolila metodu kvantitativního šetření pomocí strukturovaného dotazníku, který se skládal z 21 otázek. Dotazník byl zcela anonymní. Zvolila jsem třináct uzavřených otázek, sedm polozavřených otázek a v závěru jednu otevřenou otázku, kde se respondentky mohly volně k dané problematice vyjádřit. Otázky se týkaly informovanosti žen v reprodukčním věku o farmakologickém ukončení těhotenství a jejich názoru na něj.

Z důvodu výběru laické veřejnosti, jsem v dotazníku použila také neodborný název preparátu - potratová pilulka.



## 9 Organizace výzkumu

Výzkum jsem uskutečnila mezi známými z mého okolí a větší část výzkumu proběhla elektronickou podobou oslovením žen z Klatovska pomocí internetu. K výzkumnému šetření došlo v době od 9.února do 8.března 2015. Rozdáno a rozesláno bylo celkem 120 dotazníků. Návratnost byla 93,33%.. Do výzkumného šetření tedy bylo použito 112 dotazníků. Žádný z dotazníků nemusel být pro neúplnost vyřazen.

Před samotným výzkumem jsem provedla pilotní studii na 20 ženách z mého okolí, abych si ověřila správnost položených otázek.

## 10 Prezentace a interpretace získaných údajů

V této části práce se zabývám výsledky a zhodnocením svých stanovených cílů a předpokladů.

### **Cíl 1: Zjistit, zda mají ženy základní informace o preparátu (RU 486).**

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 5, 6, 7, 8 a 9. Těmito otázkami jsem se snažila zjistit, jak jsou ženy o farmakologickém ukončení těhotenství (preparátu) informovány, jestli o něm slyšely a kde, pod jakým názvem jej znají, zda by uvítaly více informací a jestli jsou obeznámeny s tím, do kdy je možné podat preparát.

Otázky č. 7 a 8 byly doplňující.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad 1**: Předpokládám, že většina žen už o preparátu slyšela.

*(Kritérium pro většinu = 50% a více)*

Předpoklad 1 jsem si ověřila otázkou č. 5, kde jsem se dotazovala, zda již o preparátu dotazované ženy slyšely. Celkem 82,14 % (92) žen odpovědělo na tuto otázku kladně, což ukazuje, že je preparát mezi ženami ve velké míře znám. Pouze 17,86% (20) žen odpovědělo, že o preparátu neslyšelo.

### **Předpoklad 1 se mi potvrdil.**

**Předpoklad 2**: Předpokládám, že většina dotázaných žen, které preparát znají, ho znají pod názvem potratová pilulka.

*(Kritérium pro většinu = 50% a více)*

Předpoklad 2 jsem si ověřila otázkou č. 6, kde jsem zjišťovala, pod jakým názvem preparát znají. Zde se mohly vyjádřit pouze ženy, které v otázce č. 5 odpověděly kladně. V této otázce měly respondentky možnost označit více variant. Z této otázky vyplynulo, že nejrozšířenějším názvem mezi ženami je název potratová pilulka, jež byl označen 63,33% (76) žen. Na druhém místě odpovědělo 18,33% (22) žen RU 486, Mifegyne 10% (12) žen a Misopregol 6,67% (8) žen. Dvě respondentky zvolily jinou možnost, kde napsaly název Postinor.

### **Předpoklad 2 se mi potvrdil.**

**Předpoklad 3**: Předpokládám, že většina dotázaných žen zná nejzazší termín, do kdy je v České republice možné podat tento preparát.

*(Kritérium pro většinu = 50% a více)*

Předpoklad 3 jsem si ověřila otázkou č. 9, kde jsem se žen dotazovala, do kdy si myslí, že je v ČR možné podat preparát. Žádná respondentka neodpověděla možnost neomezeně v celém těhotenství. Pouze 1,79% (2) dotazovaných žen zvolilo odpověď do dokončeného 6.měsíce těhotenství. Nejvíce žen označilo do 12.týdne těhotenství a to 46,43% (52) žen. Jen 33,93% (38) žen odpovědělo správně do 49.dne od poslední menstruace. Možnost nevím byla zaškrtnuta v případě 17,86% (20) žen.

### **Předpoklad 3 se mi nepotvrdil.**

Doplňující otázka č. 7 zjišťovala, kde se ženy o potratové pilulce poprvé dozvěděly. Samozřejmě ženy, které v otázce č. 5 odpověděly negativně, zde v odpovídajícím počtu 17,86% (20) žen uvedly, že se poprvé o ní dozvěděly právě z tohoto dotazníku. Nejčtenější odpovědí byla možnost internet, TV. Tu označilo 46,43% (52) žen. Z odborné literatury se o pilulce dočetlo 5,36% (6) žen. Z časopisu, novin 7,14% (8) žen. Gynekologem bylo informováno 1,79% (2) žen. Od porodní asistentky se o preparátu nedoslechla žádná z dotazovaných žen. Další celkem čtenou odpovědí byla kamarádka, známý, což zvolilo 16,07% (18) respondentek. Jiná možnost v počtu 5,36% (6) žen obsahovala odpověď škola, při studiu na Vysoké škole, kostel a také dvě respondentky uvedly, že jsou porodními asistentkami.

Doplňující otázka č. 8 měla zjistit, zda by ženy uvítaly více informací o farmakologickém ukončení těhotenství. 60,71% (68) z dotázaných žen by více informací uvítalo. 25% (28) žen více informací nechce a 14,29% (16) žen se nedokázalo rozhodnout.

### **Cíl 2: zjistit, jaké jsou názory žen na použití preparátu z etického hlediska.**

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 10, 11, 12 a 13, kterými jsem se snažila zjistit, jestli je farmakologické ukončení těhotenství pro ženy z morálního hlediska přijatelné, vliv náboženství na postoj k němu, dále srovnání s interrupcí a doplňující otázka č.13, která se ptala na to, zda by ženy farmakologického ukončení těhotenství využily.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad 4:** Předpokládám, že ženy bez vyznání shledávají preparát z etického hlediska jako přijatelný.

Předpoklad 4 jsem si ověřila otázkami č. 10 a 11. V otázce č. 10 jsem se dotazovala žen, zda vyznávají nějaké náboženství. Celkem 30,36% (34) žen odpovědělo, že ano.

Dalších 67,86% (76) žen žádné náboženství nevyznává. Třetí možnost, nechci odpovědět zvolilo 1,79% (2) žen.

Na otázku č. 11, kde jsem se ptala, zda považují farmakologické ukončení těhotenství z morálního hlediska jako přijatelné, odpovídaly všechny respondentky, ovšem k tomuto předpokladu se vztahují pouze odpovědi žen bez vyznání. Nejvíce těchto žen v počtu 55,26% (42) odpovědělo, že jej za přijatelné shledávají. 23,68% (18) žen bez vyznání jej považují za nepřijatelné a 21,05% (16) žen zvolilo možnost nevím.

#### **Předpoklad 4 se mi potvrdil.**

**Předpoklad 5:** Předpokládám, že většina žen nevidí mezi farmakologickým ukončením těhotenství a interrupcí z morálního hlediska žádný rozdíl.

*(Kritérium pro většinu = 50% a více)*

K tomuto předpokladu se vztahovala otázka č. 12, neměly ženy odpovědět, zda je pro ně farmakologické ukončení těhotenství přijatelnější než klasická interrupce. 30,36 % (34) žen považuje za přijatelnější farmakologické ukončení těhotenství, 10,71% (12) žen jej naopak za přijatelnější nepovažuje. Nejvíce žen a to v počtu 53,57% (60), označilo, že nevidí mezi interrupcí a farmakologickým ukončením těhotenství rozdíl a 5,36% (6) žen vybralo možnost nevím.

#### **Předpoklad 5 se mi potvrdil.**

V doplňující otázce č. 13 jsem zjišťovala, zda by ženy vůbec využily možnost farmakologického ukončení těhotenství. Pouze 10,71% (12) žen by tuto možnost využilo. Dalších 55,36% (62) dotázaných žen by ji nevyužilo a 33,93% (38) respondentek se nedokázalo rozhodnout.

#### **Cíl 3: Zjistit názory žen na dostupnost preparátu.**

K tomuto cíly se vztahovaly otázky č. 14, 15, 16. V těchto otázkách jsem zjišťovala, kde by ženy preferovaly možnost preparát dostat, zda jim vyhovuje cena, která je přibližně 3500 Kč a do kdy by chtěly, aby bylo možné preparát podat.

K tomuto cíly se vztahoval **předpoklad 6:** Předpokládám, že by ženy uvítaly, aby byl preparát volně prodejný.

Předpoklad 6 jsem si ověřila otázkou č. 14. Zde 8,93% (10) dotazovaných žen by dalo přednost tomu, aby byl preparát v lékárně volně prodejný. V lékárně na recept by

preferovalo 16,07% (18) z dotázaných žen. Nejvíce respondentek v počtu 67,86% (76) souhlasí s nynějším podáváním pouze ve zdravotnickém zařízení. Jinou možnost zvolilo 7,14% (8) žen, které odpověděly, že by neměl být preparát dostupný nikde.

**Předpoklad 6 se mi nepotvrdil.**

**Předpoklad 7:** Předpokládám, že většina žen shledává cenu preparátu jako přijatelnou.

*(Kritérium pro většinu = 50% a více)*

Předpoklad 7 jsem si ověřila otázkou č. 15, kde jsem se žen tázala, zda si myslí, že je cena, která se pohybuje okolo 3500 Kč přiměřená. Více než polovina žen, tedy 57,14% (64) z dotázaných. 14,29% (16) žen si myslí, že by cena měla být vyšší. Dalších 17,86% (20) respondentek by naopak uvítalo nižší cenu. 1,79% (2) žen má názor, že by měl být preparát zcela zdarma. Jinou možnost označilo 8,93% (10) žen. Odpovídaly zde, že neví nebo že by podání pilulky mělo být zdarma v případě zdravotní indikace podání a také že nelze cenu života vyčíslit.

**Předpoklad 7 se mi potvrdil.**

**Předpoklad 8:** Předpokládám, že většina žen by preferovala podání preparátu do 12.týdne těhotenství.

*(Kritérium pro většinu = 50% a více)*

K tomuto předpokladu se vztahovala otázka č. 16. V této otázce jsem zjišťovala, do kdy by ženy preferovaly, aby bylo umožněno podání preparátu. Žádná z dotazovaných žen neoznačila možnost neomezeně v celém těhotenství. 1,79% (2) žen by uvítalo možnost podání do dokončeného 6.měsíce těhotenství. Přesně 50% (56) z dotázaných žen by preferovalo podání do 12.týdne těhotenství, jako je tomu u interrupce. Celkem 33,93% (38) žen vyhovuje povolená hranice do 49.dne od poslední menstruace. Jinou možnost zvolilo 14,29% (16) žen. Dvě z nich napsaly, že neví a ostatní, že by se preparát neměl podávat vůbec.

**Předpoklad 8 se mi potvrdil.**

**Cíl 4: Zjistit názory žen na domácí péči porodní asistentky po užití preparátu.**

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 17, 18, 19 a 20, kterými jsem se snažila zjistit názor žen na domácí péči porodní asistentky, zejména, zda by této péče využily. Otázky č. 17 a 20 byly doplňující.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad 9**: Domnívám se, že by většina žen uvítala porodní asistentku jako oporu u chemického abortu v domácím prostředí.

*(Kritérium pro většinu = 50% a více)*

K předpokladu 9 se vztahovaly otázky č. 18 a 19. V otázce č. 18 jsem se žen ptala, jestli by v případě farmakologického ukončení těhotenství využily služeb porodní asistentky v domácím prostředí. 53,57% (60) žen by těchto služeb využilo. Pouze 17,86% (14) žen odpovědělo negativně a 26,79% (30) z dotazovaných žen se nedokázalo rozhodnout.

V otázce č. 19 odpovídaly pouze ženy, které v otázce č. 18 odpověděly kladně. V této otázce jsem se žen dotazovala, zda by těchto služeb využily i v případě, že by nebyly hrazeny pojišťovnou. Z počtu 60 respondentek, by tuto službu využilo 66,67% (20) žen. 10% (3) ženy by v tomto případě služeb nevyužilo a 23,33% (7) žen odpovědělo možnost nevím.

Výsledky značí, že by o domácí péči porodní asistentky byl mezi ženami velký zájem.

#### **Předpoklad 9 se mi potvrdil.**

Doplňující otázka č. 17 u žen zjišťovala, zda si myslí, že by ženy uvítaly návštěvu porodní asistentkou po farmakologickém ukončení těhotenství po propuštění do domácího prostředí. 60,71% (68) žen uvedlo, že ano. 12,5% (14) z dotázaných žen, že ne a 26,79% (30) žen zvolilo odpověď nevím.

Doplňující otázka č. 20 měla zjistit, zda by respondentky místo porodní asistentky preferovaly po farmakologickém ukončení těhotenství v domácím prostředí někoho jiného v případě odpovědi ano, koho by tedy preferovaly. 16,07% (18) žen by dalo před porodní asistentkou přednost gynekologovi, léčiteli, psychologovi psychiatrovi, knězi či obecně zdravotnickým personálem. Několik žen napsalo rodinné příslušníky. 42,86% (48) respondentek by nikoho před porodní asistentkou neupřednostnily a 41,07% (46) z dotázaných žen vybraly možnost nevím.

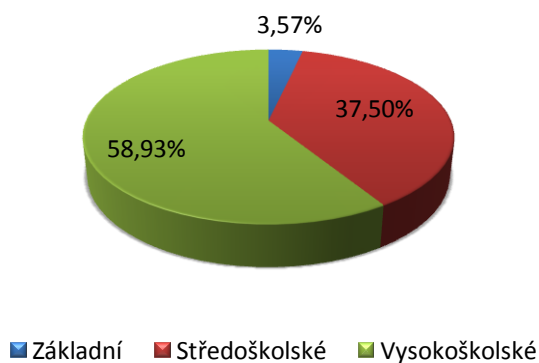
## 11 Analýza údajů

V této části práce jsem se zabývala zpracováním získaných dat a údajů z dotazníků, které jsem upravila do grafů a tabulek.

**Otázka č. 1:** Jaké je Vaše vzdělání ?

**Graf č. 1**

### Jaké je Vaše vzdělání ?



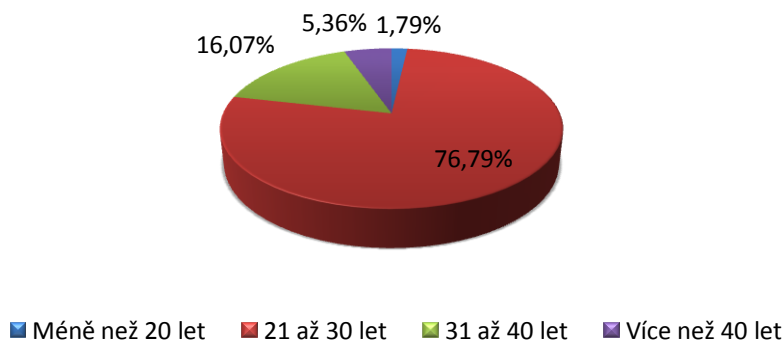
**Zdroj:** vlastní

**Shrnutí:** Výzkumu se zúčastnily v nejmenší míře ženy se základním vzděláním v počtu 4 respondentek (3,57%). Dalších 42 žen (37,50%) bylo vzdělání středoškolského a nejvíce respondentek s vysokoškolským vzděláním v počtu 66 (58,93%).

**Otázka č. 2:** Prosím, uveďte Váš věk.

**Graf č. 2**

### Prosím, uveďte Váš věk:



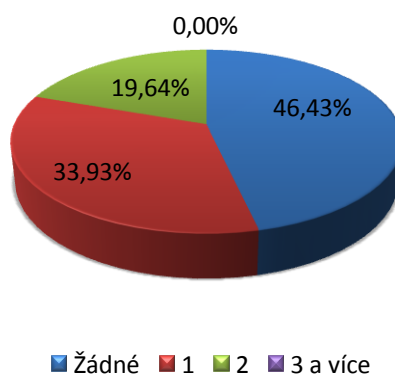
**Zdroj:** vlastní

**Shrnutí:** V otázce číslo 2 jsem ženy požádala o označení věkové skupiny, do které patří. Zúčastnily se 2 ženy ve věku méně než 20 let (1,79%). Největší věkovou kategorií byly ženy 21 až 30 let v počtu 86 (76,79%). Další 18 respondentek (16,07%) 31 až 40 let. Žen starších 40 let bylo 6 (5,36%).

**Otázka č. 3:** Máte nějaké děti ?

**Graf č. 3**

### Máte nějaké děti ?



**Zdroj: vlastní**

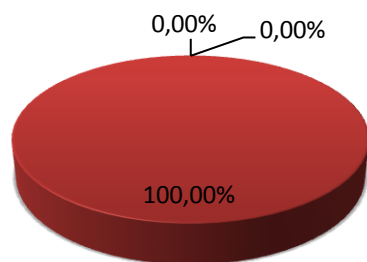
**Shrnutí:** V otázce číslo 3 jsem pro zajímavost zjišťovala počet dětí zúčastněných respondentek. Celkem 52 žen (46,43%) odpovědělo, že nemají žádné dítě. Odpověď jedno dítě označilo 38 žen (33,93%). Dvě děti má 22 žen (19,64%). Odpověď 3 a více nezaškrtnla žádná respondentka.



**Otázka č. 4:** Podstoupila jste někdy ukončení těhotenství – interrupci ?

**Graf č. 4**

### Podstoupila jste někdy ukončení těhotenství - interrupci ?



■ Ano ■ Ne ■ Nechci odpovědět

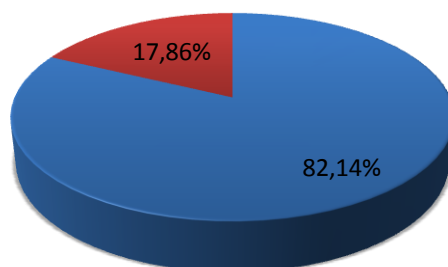
**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí:** V otázce číslo 4 mě zajímalo, zda některá z respondentek již někdy podstoupila interrupci. Překvapivě všech 112 žen (100%) označilo odpověď ne.

**Otázka č. 5:** Slyšela jste již někdy o tomto preparátu ?

**Graf č. 5**

### Slyšela jste již někdy o tomto preparátu ?



■ Ano ■ Ne

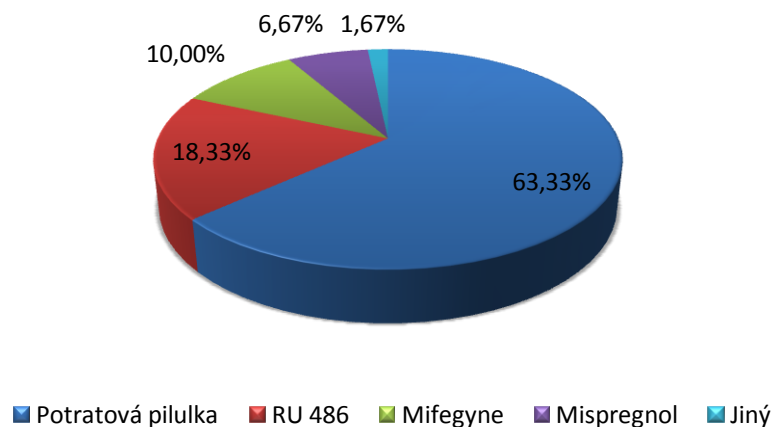
**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí:** Z celkového počtu dotázaných žen celkem 92 (82,14%) o preparátu již slyšelo. Odpověď ne zvolilo 20 žen (17,86%).

**Otázka č. 6:** Pod jakým názvem jej znáte ?

**Graf č. 6**

### Pod jakým názvem jej znáte ?



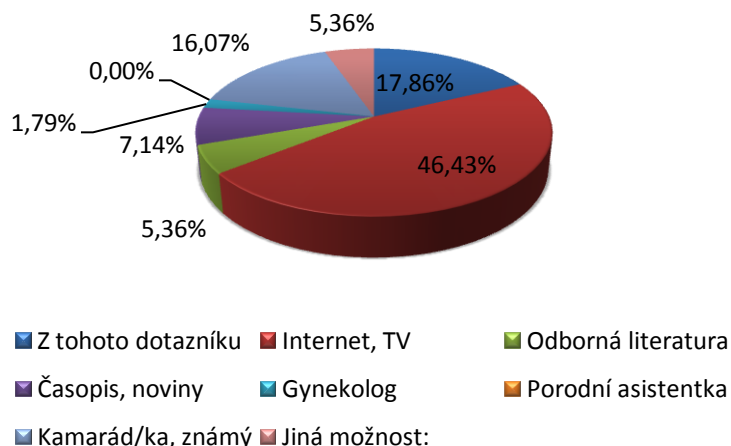
**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí:** V této otázce odpovídaly pouze ženy, které již o preparátu slyšely. Zároveň měly možnost označit více možností. Odpověď potratová pilulka byla označena v počtu 76 (63,33%). RU 486 zaškrtnuly ženy v počtu 22 (18,33%), Mifegyne 12 (10%), Mispregnol byl označen 8 krát (6,67%) a jiná možnost byla zvolena ve 2 případech (1,67%), kde respondentky napsaly odpověď Postinor.

**Otázka č. 7:** Kde jste se o potratové pilulce poprvé dozvěděla ?

**Graf č. 7**

### Kde jste se o potratové pilulce poprvé dozvěděla ?



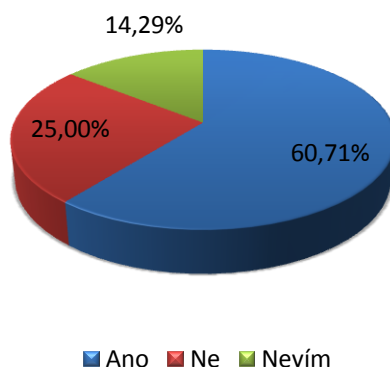
**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí:** V otázce číslo 7 jsem zjišťovala, kde se poprvé ženy o potratové pilulce dozvěděly. Odpověď z tohoto dotazníku označilo 20 žen (17,86%), což odpovídá počtu žen, které v otázce číslo 5 odpověděly, že o preparátu neslyšely. Nejvíce žen odpovědělo, že se o potratové pilulce poprvé dozvěděly na internetu, TV. Bylo to v počtu 52 (46,43%). Z odborné literatury to činilo 6 žen (5,36%). Z časopisu nebo novin 8 žen (7,14%). Možnost gynekolog zvolily 2 ženy (1,79%). Porodní asistentku neoznačila žádná žena (0%). Celkem 18 žen (16,07%) zvolilo odpověď kamarádka, známý a jinou možnost označilo 6 žen (5,36%). Zde se objevila odpověď ve škole, dále při studiu na Vysoké škole, dvě napsaly odpověď v kostele a další dvě odpověděly, že jsou porodní asistentky.

**Otázka č. 8:** Uvítala byste více informací o farmakologickém ukončení těhotenství např. ve formě stručného letáku ?

**Graf č. 8**

### Uvítala byste více informací o farmakologickém ukončení těhotenství např. ve formě stručného letáku ?



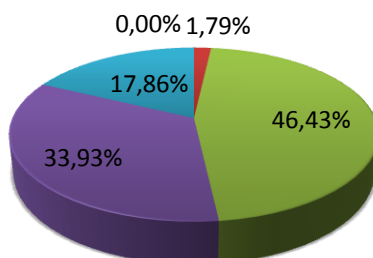
**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí:** Z grafu je patrné, že nejvíce respondentek označilo odpověď ano. V počtu 68 (60,71%) by tedy uvítaly více informací. 28 žen (25%) o více informací zájem nemá, 16 žen (14,29%) dalo odpověď nevím a možnost v jiné formě, kde se mohly ženy volně vyjádřit, nezvolila žádná respondentka.

**Otázka č. 9:** Do kdy je podle Vás možné v České republice podat preparát ?

**Graf č. 9**

### Do kdy je podle Vás možné v České republice podat preparát ?



- Neomezeně v celém těhotenství
- Do dokončeného 6.měsíce těhotenství, kdy je již plod životaschopný
- Do 12.týdne těhotenství jako je tomu u interrupce
- Do 49.dne od poslední menstruace
- Nevím

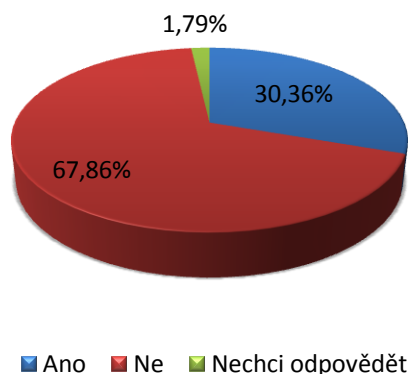
**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí:** Otázka číslo 9 zjišťovala, zda ženy ví, do kdy je v České republice možné preparát podat. Žádná žena neodpověděla možnost neomezeně v celém těhotenství. Do dokončeného 6.měsíce těhotenství odpověděly 2 ženy (1,79%). Do 12.týdne těhotenství dala většina žen, v počtu 52 (46,43%). Správnou odpověď do 49.dne od poslední menstruace označilo 38 žen (33,93%) a možnost nevím zvolilo 20 respondentek (17,86%).

**Otázka č. 10:** Vyznáváte nějaké náboženství ?

**Graf č. 10**

### Vyznáváte nějaké náboženství ?



**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí:** V této otázce jsem zjišťovala, zda ženy vyznávají nějaké náboženství. 34 žen (30,36%) označilo odpověď ano. Odpověď ne zvolilo 76 žen (67,86%) a možnost nechci odpovědět zakroužkovaly 2 ženy (1,79%).

**Otázka č. 11:** Považujete farmakologické ukončení těhotenství z morálního hlediska jako přijatelné ?

**Tabulka č.1 (všechny respondentky)**

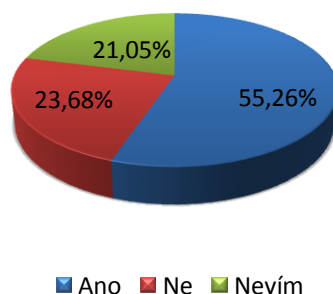
Odpovědi	Počet odpovědí	Počet odpovědí v procentech
Ano	34	46,43%
Ne	76	33,93%
Nevím	2	19,64%
<b>Celkem</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>

**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí:** V tabulce jsou zobrazeny odpovědi všech respondentek na otázku č. 11 bez ohledu na vyznání. Farmakologické ukončení těhotenství považuje za přijatelné 34 dotazovaných žen (46,43%), za nepřijatelné 76 žen (33,93%) a odpověď nevím označily 2 ženy (19,64%).

Graf č.11

### Považujete farmakologické ukončení těhotenství z morálního hlediska jako přijatelné ? ( pouze nevěřící)



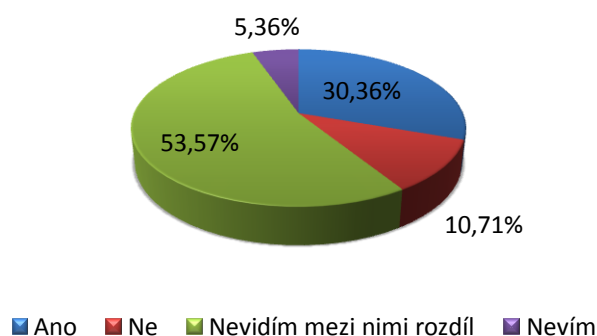
Zdroj: vlastní

**Shrnutí:** V grafu č. 11 jsou zobrazena data z odpovědí žen bez vyznání. 42 žen bez vyznání (55,26%) shledává farmakologické ukončení těhotenství z morálního hlediska jako přijatelné, 18 nevěřících žen (23,68%) odpovědělo ne a 16 žen bez vyznání (21,05%) označilo možnost nevím.

**Otázka č. 12:** Je pro Vás farmakologické ukončení těhotenství přijatelnější než klasická interrupce ?

Graf č. 12

### Je pro Vás farmakologické ukončení těhotenství přijatelnější než klasická interrupce ?



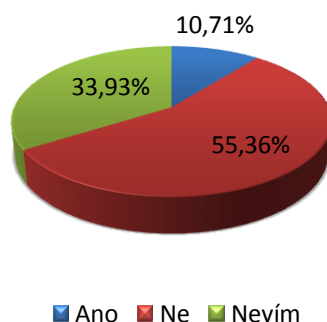
Zdroj: vlastní

**Shrnutí:** Z uvedeného grafu vyplývá, že 34 dotazovaných žen (30,36%) považuje farmakologické ukončení těhotenství za přijatelnější než interrupci. 12 žen (10,71%) jej za přijatelnější nepovažuje. Celkem 60 žen (53,57%) nevidí rozdíl mezi interrupcí a farmakologickým ukončením těhotenství a 6 žen (5,36%) zvolilo možnost nevím.

**Otázka č. 13:** Využila byste možnost užití tohoto preparátu ?

**Graf č. 13**

### Využila byste možnost užití tohoto preparátu ?



**Zdroj:** vlastní

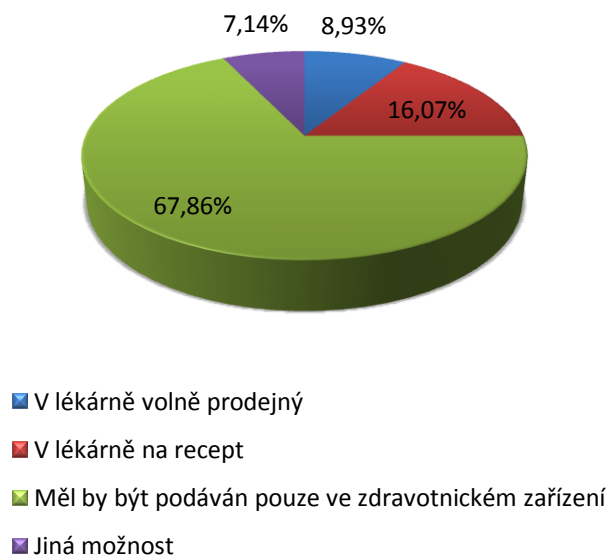
**Shrnutí:** Z uvedeného grafu je patrné, že by možnost užití preparátu využilo pouze 12 žen (10,71%). 62 respondentek (55,36%) by tuto možnost nevyužilo a 38 dotázaných žen (33,93%) zvolilo odpověď nevím.



**Otázka č. 14:** Kde by podle Vás měl být preparát dostupný ?

**Graf č. 14**

### Kde by podle Vás měl být preparát dostupný ?



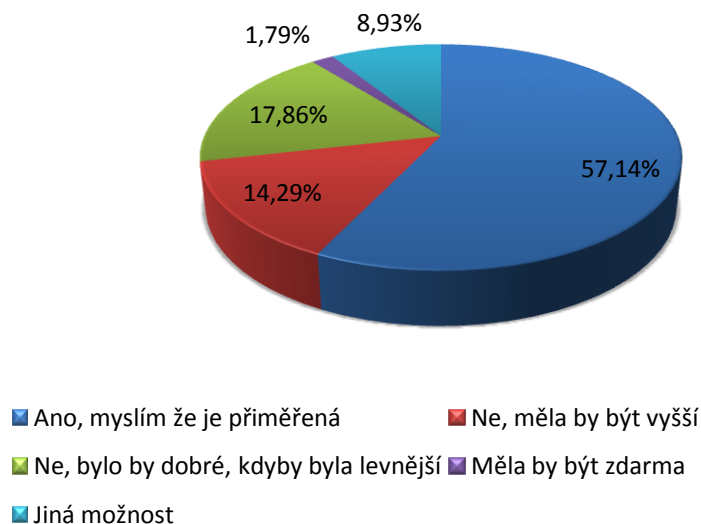
**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí:** Celkem 10 respondentek (8,93%) by uvítalo, aby byl preparát v lékárně volně prodejný, 18 žen (16,07%) odpovědělo možnost v lékárně na recept. Až 76 dotazovaných žen (67,86%) souhlasí s podáním preparátu pouze ve zdravotnickém zařízení a jinou možnost zvolilo 8 žen (7,14%), kde ženy psaly, že by preparát neměl být dostupný nikde.

**Otázka č. 15:** Myslíte si, že je cena podání pilulky, která je přibližně 3500 Kč, přiměřená ?

**Graf č. 15**

### Myslíte si, že je cena podání pilulky, která je přibližně 3500 Kč, přiměřená ?



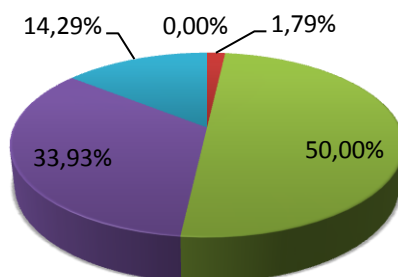
**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí:** Z uvedeného grafu vyplývá, že více než polovina dotazovaných žen, tedy 64 (57,14%) s cenou pilulky souhlasí, dalších 16 žen (14,29%) si myslí, že by cena měla být vyšší. Levnější cenu by uvítalo 20 žen (17,86%) a zcela zdarma by ji chtěly 2 dotazované ženy (1,79%). Jinou možnost zvolilo 10 respondentek (8,93%). Zde ženy psaly odpověď nevím. Další se vyjádřily, že by mělo být podání pilulky zdarma pouze ze zdravotní indikace a odpovědi, že nelze vyčíslit cenu života.

**Otázka č. 16:** Do kdy byste preferovala, aby v ČR bylo umožněno podání preparátu ?

**Graf č. 16**

### Do kdy byste preferovala aby v ČR bylo umožněno podání preparátu?



- Neomezeně v celém těhotenství
- Do dokončeného 6.měsíce těhotenství (kdy jde o životaschopný plod)
- Do 12.týdne těhotenství (jako u interrupce)
- Do 49. dne od poslední menstruace
- Jiné

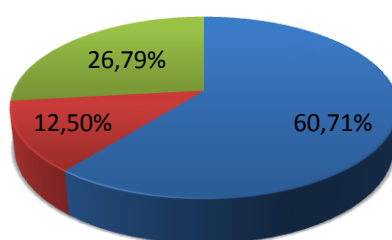
**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí:** Žádná respondentka (0%) by nepreferovala možnost podání preparátu neomezeně v celém těhotenství. Do dokončeného 6.měsíce těhotenství by podání preferovaly 2 respondentky (1,79%). Polovina dotazovaných žen, tedy 56 (50%) by uvítala možnost podání preparátu do 12.týdne těhotenství, jako je tomu u interrupce. 38 žen (33,93%) vyhovuje nynější možnost podání do 49.dne od poslední menstruace. Variantu jiné zvolilo 16 žen (14,29%). Zde se vyjádřily, že by preferovaly, aby se preparát nepodával vůbec a dvě ženy napsaly, že neví.

**Otázka č. 17:** Myslíte si, že by ženy uvítaly návštěvu porodní asistentkou po farmakologickém ukončení těhotenství po propuštění do domácího prostředí ?

**Graf č. 17**

**Myslíte si, že by ženy uvítaly návštěvu  
porodní asistentkou po  
farmakologickém ukončení těhotenství  
po propuštění do domácího prostředí  
?**



■ Ano ■ Ne ■ Nevím

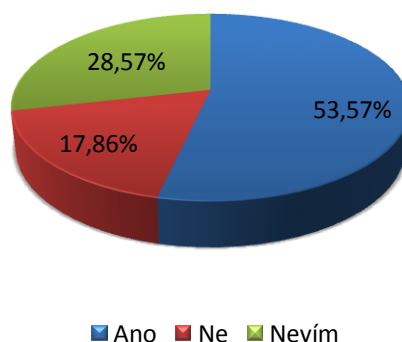
**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí:** Z uvedeného grafu vyplývá, že 68 žen (60,71%) si myslí, že by ženy uvítaly návštěvu porodní asistentkou po farmakologickém ukončení těhotenství po propuštění do domácího prostředí. Celkem 14 žen (12,50%) se domnívá, že by ženy o návštěvu zájem neměly a 30 žen (26,79%) zvolilo odpověď nevím.

**Otázka č. 18:** Využila byste služeb porodní asistentky (během prvních několika hodin) v případě, že byste farmakologické ukončení těhotenství sama podstoupila ?

**Graf č. 18**

**Využila byste služeb porodní asistentky  
(během prvních několika hodin)  
v případě, že byste farmakologické  
ukončení těhotenství sama  
podstoupila ?**



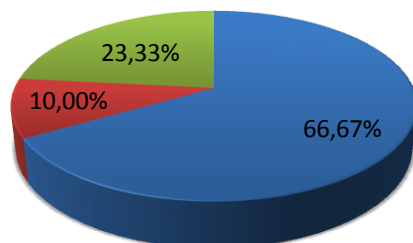
**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí:** V případě farmakologického ukončení těhotenství by služeb porodní asistentky využilo 60 žen (53,57%). 20 žen (17,86%) by možnost nevyužilo a 32 respondentek (28,57%) odpovědělo, že neví.

**Otázka č. 19:** Využila byste této služby i v případě, že by nebyla hrazena pojišťovnou ?

**Graf č. 19**

### Využila byste této služby i v případě, že by nebyla hrazena pojišťovnou ?



■ Ano ■ Ne ■ Nevím

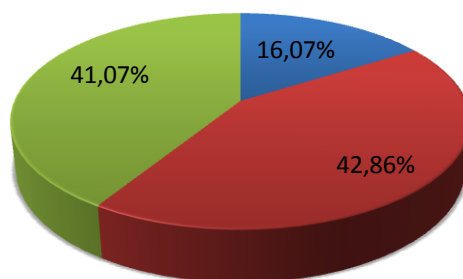
**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí:** Na tuto otázku odpovídaly pouze ženy, které v předchozí otázce zvolily odpověď ano. V případě, že by služby porodní asistentky nehradila pojišťovna, by jich z počtu 60 respondentek využilo 20 žen (66,67%). Celkem 3 ženy (10%) by nehrazené služby nevyužily a 7 žen (23,33%) nevědělo.

**Otázka č. 20:** Preferovala byste někoho jiného ? Pokud ano, koho ?

**Graf č. 20**

### Preferovala byste někoho jiného ?



■ Ano ■ Ne ■ Nevím

**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí:** Z dotazovaných žen by celkem 18 žen (16,07%) preferovalo místo porodní asistentky někoho jiného. Šlo kupříkladu o gynekologa, lékaře, psychologa, psychiatra, kněze nebo obecně zdravotnický personál. Některé ženy zde psaly rodinné příslušníky. 48 respondentek (42,86%) zvolilo odpověď ne a 46 dotázaných žen (41,07%) odpověď nevím.

**V závěru mého dotazníku jsem dala možnost dotazovaným ženám se k danému tématu volně vyjádřit. Několik žen této možnosti využilo. Jejich názory jsou rozebrány v diskusní části této bakalářské práce a samotné odpovědi jsou přesně ocitovány v příloze č. 4.**

## 12 Diskuse

V této bakalářské práci jsem se zabývala tématem antikoncepce. V praktické části jsem se zaměřila na novinku v ČR Mifegyne a Mispregnol. Jsem si vědoma, že nejde o antikoncepční metodu, ale vybrala jsem si tuto problematiku do svého výzkumného šetření z toho důvodu, že by na ni mohlo být tak pohlíženo nebo by mohla být pro ženy snadnou, dostupnější a pohodlnější náhradou antikoncepce. Přesto s antikoncepcí úzce souvisí, protože při jejím selhání a rozhodnutí ženy těhotenství ukončit, je tato metoda jedna z nabízených možností. Navíc je Mifegyne v nižších dávkách podáván jako postkoitální antikoncepce, což uvádím v teoretické části.

Vzhledem k tomu, že dotazník, který jsem vytvořila, byl zaměřen pro laickou veřejnost, použila jsem v něm také neoborný název potratová pilulka. K průzkumu problematiky jsem zvolila metodu dotazníkového šetření se záměrným výběrem žen v reprodukčním věku z Klatov a nejbližšího okolí- Celkem jsem rozdala a zaslala 120 dotazníků a vrátilo se mi 112 dotazníků, tedy 93,33%. Ke kvalitativnímu průzkumu jsem nenašla ženu, která by farmakologické ukončení těhotenství podstoupila.

Dotazník jsem začínala demografickými otázkami, díky kterým jsem si ženy mohla rozdělit podle vzdělání, věku a počtu dětí. Ukázalo se, že tyto faktory nemají na další odpovědi a názory vliv. V otázce č. 4 jsem zjišťovala, zda některá z respondentek někdy podstoupila interrupci. Zajímavé je, že všechny dotázané ženy odpověděly, že ne, i když zde bylo možné zvolit také variantu nechci odpovědět. Dá se tedy předpokládat, že se možná některé z nich nechtěly přiznat nebo šlo o vzorek respondentek, kde se opravdu žádná taková žena nevyskytovala.

V prvním dílčím cíli jsem se snažila zjistit, zda mají ženy základní informace o preparátu. Vztahovaly se k němu otázky č. 5, 6, 7, 8 a 9. Vysoké procento kladných odpovědí na otázku č. 5 ukazuje na informovanost žen o alespoň existenci preparátu Mifegyne a Mispregnol.

V otázce č. 6 se ukázalo, že nejznámějším názvem preparátu mezi laickou veřejností je název potratová pilulka. Toto jsem také předpokládala v předpokladu č. 2 a z tohoto důvodu jsem i tento název použila v dotazníku. Ostatní názvy nejsou příliš známy. Dvě respondentky si dokonce preparát zaměnily s Postinorem, což ukazuje, že se pravděpodobně domnívají, že jde také o postkoitální antikoncepční metodu.



Mylně jsem předpokládala, že většina žen, kde bylo kritérium pro většinu 50% a více, ví, do kdy je možné Mifegyne podat. Nejvíce žen se domnívalo, že je hranice podání do 12.týdne těhotenství, jako je tomu u interrupce. Velmi mne překvapily odpovědi od 2 žen, které označily možnost do dokončeného 6.měsíce těhotenství, i přes to, že jsem zde zdůraznila, že jde již o životaschopný plod.

Z otázky č. 7 vyplývá, že jsou ženy nejvíce informovány o preparátu hlavně z internetu a TV a od známých a kamarádek. Zdá se, že gynekologové nebo porodní asistentky ženy téměř neinformují. Bylo by zajímavé zjistit, zda mají sami dostatek informací.

Dílčí cíl 2 byl zaměřen na názor žen z etického hlediska. Zde jsem si ženy otázkou na vyznávání nějakého náboženství rozdělila na věřící a nevěřící. Zajímalo mě to z toho důvodu, že většina náboženství se na ukončení těhotenství dívá negativně. I přes to 8 z věřících žen odpovědělo, že z morálního hlediska farmakologické ukončení těhotenství shledávají jako přijatelné, což bylo pro mne nečekané. Mezi nevěřícími se mi potvrdilo, že je pro většinu (kritérium bylo 50% a více) tato metoda přijatelná, ale celkově se ukázalo, že by o využití této metody byl mezi respondentkami velmi malý zájem. Soudím, že je to z důvodu, že mají ženy pocit malé informovanosti, což se také potvrdilo, když vysoké procento žen odpovědělo v otázce č. 8, že by uvítaly více informací o farmakologickém ukončení těhotenství. Zároveň může být důvodem strach z neznámého. Podle výsledků se dívají ženy na farmakologické ukončení těhotenství převážně stejně jako na interrupci. Tudiž není pro ně z morálního hlediska jedna z metod horší.

Dílčí cíl 3 měl zjistit, názory žen na dostupnost preparátu. Z dotazníku vyplynulo, že jsou ženy zodpovědné a vyhovuje jim nynější podávání preparátu pouze ve zdravotnickém zařízení. Je vidět, že si uvědomují, že podstoupit tuto metodu má svá rizika, ačkoliv jim nejsou pravděpodobně příliš známa. Některé věřící ženy odpověděly, že by preparát neměl být podáván vůbec, což mne nepřekvapilo z důvodu postoje většiny věřících na antikoncepci a interrupci. Přibližná cena 3500 Kč se zdá také jako vyhovující. Objevily se ovšem také odpovědi, že cena života nelze vyčíslit nebo také, že by farmakologické ukončení těhotenství mělo být umožněno pouze v případě zdravotní indikace, což nenapsaly jen věřící ženy. Takže etický rozpor ukončení těhotenství si uvědomují ženy bez ohledu na vyznání. V otázce č. 16 se ukázalo, že polovina dotazovaných žen by uvítala možnost podání do 12.týdne, jako u interrupce. Nižšímu procentu žen vyhovuje nynější hranice 49.dne od poslední menstruace. To by mohlo

souviset s výsledky z otázky č. 12. Pro dotazované ženy bylo farmakologické ukončení těhotenství na stejné úrovni jako interrupce.

Opět se objevily dvě ženy, které by uvítaly možnost podání do 6.měsíce těhotenství, což v některých zahraničních zemích bohužel bylo umožněno. (Šipr, 2013, s. 12)

Dílčí cíl 4 byl zaměřen na domácí péči porodní asistentky po užití preparátu, zejména na názor žen na ni. Ze vztahujících se otázek je patrné, že by ženy porodní asistentku v domácí péči během farmakologického ukončení těhotenství, ke kterému může dojít právě v domácím prostředí, uvítaly a to i za předpokladu, že by tuto péči nehradila pojišťovna a musely by si ji samy zaplatit. Obecně si dotazované ženy myslí, že by o tuto službu byl zájem. Pokud by nepreferovaly porodní asistentku, chtěly by při farmakologickém ukončení těhotenství v domácím prostředí gynekologa, lékaře, psychologa, psychiatra, kněze nebo nějaký zdravotnický personál. Některé ženy by chtěly mít jako oporu jen rodinné příslušníky. Je potěšující, že by ženy měly takový velký zájem o péči porodní asistentky a že by byly ochotny si za tuto péči i připlatit. Bohužel v ČR není dán porodním asistentkám takový prostor, aby tuto činnost mohly vykonávat. I přesto to některé dělají, ale pohybují se na hraně legality. Porodní asistentka by mohla být ženě oporou nejen v situaci farmakologického ukončení těhotenství, ale i v jiných životních etapách, pokud ženu znala delší dobu, jako tomu bylo v historii, kdy měla každá vesnice svou porodní asistentku.

Poslední otázka dala ženám prostor pro volné vyjádření k danému tématu. Přesné odpovědi, názory jsou ocitovány v příloze č. 4. Objevily se různé názory jako kupříkladu, že ženy nejsou dostatečně informovány jak o farmakologickém ukončení těhotenství, tak i o důsledcích vyvolaného potratu. Souhlasím s názorem žen, které napsaly, že by měla být ženám nabízena podpora v těhotenství, kdy jsou v tíživé situaci, která je nutí k ukončení těhotenství, které by za normálních okolností nepodstoupily. Další žena napsala, že si myslí, že je nebezpečné ukončit těhotenství farmakologicky z důvodu, že žena může potratit mimo dohled gynekologa nebo porodní asistentky, v domácím prostředí. Jiná respondentka by zase uvítala samostatně působící porodní asistentky, kdy by se o ženu staraly v celém rozsahu, tedy během těhotenství, porodu, potratu a dalších životních etap legálně a ne jak je tomu v ČR nyní, s tímto názorem se zcela ztotožňuji, jak jsem již psala výše.. Zajímavým názorem bylo také vyjádření o předepisování antikoncepce již dívkám v 15 letech doslova „jako na běžícím pásu“. Myslím si, že by dívky měly být hlavně více

edukovány v oblasti sexuální výchovy a antikoncepce. Momentální povědomí mezi dívkami se nezdá dostatečné.

### **Doporučení pro praxi:**

Mým doporučením pro praxi by bylo zejména zvýšit informovanost mezi laickou veřejností. Vyplývalo to z mého výzkumného šetření, kde v otázce č. 8 projevila zájem o více informací značná část respondentek. Z tohoto důvodu jsem se také pokusila udělat stručný informační leták, kde by ženy našly potřebné informace a odpovědi na své otázky. Návrh tohoto letáku je součástí příloh.

Důležité je, aby měl dostatek informací gynekologický personál. Bylo by vhodné prezentovat tuto novinku (Mifegyne, Mispregmol) např. na nějaké konferenci pro lékaře a porodní asistentky. Zvláště porodní asistentky by měly být informovány a myslím, že by jim mělo být usnadněno vykonávat terénní domácí péči. Tato péče by měla být alespoň z části hrazena pojišťovnou.

Myslím, že by bylo velmi zajímavé udělat průzkum informovanosti také mezi gynekology a porodními asistentkami nebo shromáždit zkušenosti od žen, které metodu farmakologického ukončení těhotenství podstoupily.

Svou práci jsem nemohla srovnat s žádnou jinou, protože jde v ČR o novinku a nikdo na toto téma práci ještě nepsal. Ovšem musím podotknout, že chybí také dostatek literatury, která by byla v ČR k dispozici.

Mám dojem, že by mělo být mezi laickou veřejností také zdůrazněno, že farmakologické ukončení těhotenství není antikoncepční metoda, ačkoliv některé ženy se na něj takto dívají. Mohou si jej plést s postkoitální antikoncepcí. To potvrzuje také fakt, že v otázce, kde jsem zjišťovala, pod jakým názvem preparát znají, napsaly dvě ženy Postinor. Z tohoto důvodu jsem se na tuto problematiku zaměřila. Jde o mizivé procento, ale je třeba jej brát na vědomí. Metoda může také působit jako méně závažná než interrupce.

Jak se píše v jednom z článků, umělých přerušení těhotenství stále ubývá. Zavedením farmakologické metody ke zvýšení nedošlo. Počet žen, které metodu farmakologického ukončení těhotenství nelze prozatím nikde dohledat. (Válková, 2015)

Měl by se změnit postoj společnosti na zodpovědnější, aby tak ubývalo nechtěných těhotenství a měla by být společnost více otevřená pomoci ženám v tíživé situaci, aby ukončovaných těhotenství klesalo mnohem více.

## Závěr

Tato bakalářská práce je zaměřena na téma antikoncepce a je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je v samostatné kapitole stručně popsán menstruační cyklus. Další kapitola se podrobněji zabývá antikoncepcí. Popsána je zde také historie antikoncepce a poté jsou rozebrány jednotlivé metody a jejich spolehlivost, rizika a kontraindikace a její specifika podávání. Není vynechán ani etický pohled a souvislost s nejdominantnějšími náboženstvími světa. Dále jsem se zaměřila na novinky v ČR, zejména Mifegyne a Misopregol (farmakologické ukončení těhotenství). Nejde o antikoncepci jako takovou, ale mohlo by být na tuto metodu pohlíženo jako na metodu antikoncepce, jelikož jde vcelku na první pohled o pohodlnou metodu, jak těhotenství zabránit, ukončit. Nakonec jsem se zaměřila na práci porodní asistentky, která je v péči o ženy velmi důležitá.

Praktická část byla tvořena informacemi, které jsem získala pomocí dotazníkového šetření. Hlavním cílem bylo zjistit názor a informovanost žen, týkající se farmakologického ukončení těhotenství.

Po zhodnocení všech výsledků jsem usoudila, že by ženy chtěly více informací o farmakologickém ukončení těhotenství. Zároveň se podle těchto výsledků zdá, že by o něho nebyl velký zájem.

Je potěšující, že ženy mají zájem o služby porodní asistentky ve formě domácí péče. Věřím, že časem bude dán porodním asistentkám větší prostor věnovat se ženám i mimo zdravotnická zařízení.

## Seznam použité literatury

### Literatura

BARTÁK, Alexandr. *Anti-koncepce: druhy antikoncepce, hormony, když všechno selže*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 130 s. ISBN 80-247-1351-9.

BELLINGER, Gerhard J. *Sexualita v náboženstvích světa*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998. 390 s. ISBN 80-200-0642-7.

BAHOUNEK, Tomáš Jiří et al. *Čtyři pohledy na interrupci*. 1. vyd. Ostrava: Key Publishing, 2007. 105 s. ISBN 978-80-87071-09-0.

ČEPICKÝ, Pavel a Michael FANTA. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. 2. vyd. Praha: Levret, 2004. 138 s. ISBN 978-80-87070-51-2.

ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana ČEPICKÁ LÍBALOVÁ. *Jak odpovídat na otázky o antikoncepci a plánovaném rodičovství*. 1. vyd. Praha: Levret, 2010. 70 s. ISBN 978-80-87070-49-9.

ČERNÝ, David et al. *Lidské embryo v perspektivě bioetiky*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. 192 s. ISBN 978-80-7357-648-6.

*Donum vitae: Sborník studií o etických aspektech začátku individuálního lidského života a instrukce Kongregace pro nauku víry O respektování počínajícího lidského života a o důstojnosti plození. Odpovědi na některé aktuální otázky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, Cyrilometodějská fakulta, 2006. 73 s. ISBN 80-244-1554-2.

FAIT, Tomáš. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2012. 125 s. ISBN 978-80-7345-280-3.

JÜTTE, Robert. *Contraception a history*. 1. vyd. Cambridge: Polity, 2008. 255 s. ISBN 978-80-87070-49-9.

KLEIN, Renate, Janice G. RAYMOND a Lynette J. DUMBLE. *RU 486: Misconception, myths and morals*. 2. vyd. Australia: Spinifex Press, 2013. 149 s. ISBN 97817-4219-8408.

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

KUŽELOVÁ, Monika. *Co by měla sestra vědět o antikoncepci*. 1. vyd. Praha. Levret s.r.o., 2005. 57 s. ISBN 80-903183-7-1.

LÍBALOVÁ, Zuzana. *Moderní babičtví 7*. Vychází 3x ročně. Praha: Levret s.r.o., 2005. 52 s. ISSN 1214-5572.

PASCAL, Ide. *Je zygota lidskou osobou ?*. 1. vyd. Praha: Triton, 2012. 215 s. ISBN 978-80-7387-526-8.

PILKA, Radovan, Martin, PROCHÁZKA. et al. *Gynekologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. 217 s. ISBN 978-80-244-3019-5.

PREDÁČOVI, Jozef a Simona. *Stručná učebnice symptotermální metody přirozeného plánování rodičovství*. 2. vyd. Olomouc: Matice cyrilometodějská, 2006. 125 s. ISBN 80-7266-244-9.

ROZTOČIL, Aleš. et al. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

SÁK, Petr. *Vybrané kapitoly z gynekologie pro porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2010. 82 s. ISBN 978-80-7394-235-9.

ŠIPR, Květoslav. Méně závažný potrat neexistuje. *Lidové noviny*. Praha: Mafra, 9.2.2013, s. 12.

ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. 1. vyd. Praha: Argo, 2010. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3

ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš, FAIT, Petr, WEISS. et al. *Výchova k sexuální reprodukčnímu zdraví*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 439 s. ISBN 978-80-7345-238-4.

TURKOVÁ, Zuzana. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia s.r.o., 2004, 116 s. ISBN 80-86432-74-2.

UZEL, Radim a Petr KOVÁŘ. *Antikoncepční otazníky: o antikoncepci převážně vážně*. 1. vyd. Ostrava: CAT Publishing, 2010. 162 s. ISBN 978-80-904290-0-0.

VÁCHA, Marek, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o, 2012. 312 s. ISBN 978-80-7367-780-0.

VRÁNOVÁ, Věra. *Výchova k reprodukčnímu zdraví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 107 s. ISBN 978-80-244-2629-7.

### **Internetové zdroje**

*Cyclotest: Přirozená cesta* [online]. [cit. 2015-03-25]. Dostupné z: [www. http://www.cyclotest.com/www-cyclotest-de.153+M52087573ab0.0.html](http://www.cyclotest.com/www-cyclotest-de.153+M52087573ab0.0.html)

DUDOVÁ, Vladěna a Jaroslav DUDA. Mifepriston - RU 486. *Bioetika v lékárenství* [online]. 2013 [cit. 2014-12-05]. Dostupné z [www: http://bioetika-v-lekarenstvi.webnode.cz/mifepriston-ru-486/](http://bioetika-v-lekarenstvi.webnode.cz/mifepriston-ru-486/)

*Hnutí pro život ČR* [online]. 2013 [cit. 2014-12-05]. Dostupné z [www: http://hnutiprozivot.cz/](http://hnutiprozivot.cz/)

Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2015-03-25]. Dostupné

z: www. [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-\\_9078\\_3076\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html)

Medikamentózní ukončení gravidity - abortiva registrovaná v ČR. *Edukafarm: Vzdělávání v oblasti OTC a Rx léčiv* [online]. 3.7.2014 [cit. 2014-12-08]. Dostupné z  
www: <http://www.edukafarm.cz/c1356-medikamentozni-ukonceni-gravidity-abortiva-registrovana-v-cr>

*Mifegyne: mifepristone, mifepristonum* [online]. 2014 [cit. 2015-02-28]. Dostupné  
z: www: <http://www.mifegyne.cz/home/cz/>

Plánované rodičovství: Antikoncepce - ano nebo ne ?. *Muslimka* [online]. 2007 [cit. 2014-02-12]. Dostupné z www: [http://www.muslimka.estranky.cz/clanky/planovane-rodicovstvi-/antikoncepce---ano-nebo-ne\\_.html](http://www.muslimka.estranky.cz/clanky/planovane-rodicovstvi-/antikoncepce---ano-nebo-ne_.html)

*Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 2013 [cit. 2014-12-05]. Dostupné  
z www: <http://www.sukl.cz/sukl/sukl-zaregistroval-pripravky-urcene-k-umelemu-ukonceni?highlightWords=mifepriston>

VÁLKOVÁ, Hana. Potratová pilulka nezvýšila počet interrupcí, potvrzují statistiky. *Idnes* [online]. 24.3.2015 [cit. 2015-03-26]. Dostupné z:www.  
[http://zpravy.idnes.cz/potrat-pilulka-statistika-d0a-/domaci.aspx?c=A150323\\_164801\\_domaci\\_hv#utm\\_source=rss&utm\\_medium=feed&utm\\_campaign=zpravodaj&utm\\_content=main](http://zpravy.idnes.cz/potrat-pilulka-statistika-d0a-/domaci.aspx?c=A150323_164801_domaci_hv#utm_source=rss&utm_medium=feed&utm_campaign=zpravodaj&utm_content=main)

Žena a náboženství IV. - Náboženství a sexualita. *Mařinka* [online]. 2010 [cit. 2014-02-12]. Dostupné z www: <http://www.marinka.cz/vas-literarni-koutek/zena-a-nabozenstvi-iv-nabozentvi-a-sexualita>



## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 – vyhodnocení otázky č. 11 .....	54
--	----

## Seznam grafů

Graf 1 – vyhodnocení otázky č. 1 .....	47
Graf 2 – vyhodnocení otázky č. 2 .....	47
Graf 3 – vyhodnocení otázky č. 3 .....	48
Graf 4 – vyhodnocení otázky č. 4 .....	49
Graf 5 – vyhodnocení otázky č. 5 .....	49
Graf 6 – vyhodnocení otázky č. 6 .....	50
Graf 7 – vyhodnocení otázky č. 7 .....	51
Graf 8 – vyhodnocení otázky č. 8 .....	52
Graf 9 – vyhodnocení otázky č. 9 .....	53
Graf 10 – vyhodnocení otázky č. 10 .....	54
Graf 11 – vyhodnocení otázky č. 11 .....	55
Graf 12 – vyhodnocení otázky č. 12 .....	55
Graf 13 – vyhodnocení otázky č. 13 .....	56
Graf 14 – vyhodnocení otázky č. 14 .....	57
Graf 15 – vyhodnocení otázky č. 15 .....	58
Graf 16 – vyhodnocení otázky č. 16 .....	59
Graf 17 – vyhodnocení otázky č. 17 .....	60
Graf 18 – vyhodnocení otázky č. 18 .....	61
Graf 19 – vyhodnocení otázky č. 19 .....	62
Graf 20 – vyhodnocení otázky č. 20 .....	62

## Seznam použitých zkratk

LH – luteinizační hormon

FSH – folikulostimulační hormon

GnRH – gonadotropiny uvolňující hormon, gonadoliberin

tzv. – takzvaný

IUD – nitroděložní tělísko

ml – mililitry

pH – vodíkový exponent

°C – stupně celsia

s – strana

ČR – Česká republika

č – číslo

např. – například

TV - televize

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Informovaný souhlas pacientky s výkonem

Příloha č. 3 Informační leták

Příloha č. 4 Odpovědi na otázku č. 21

## Přílohy

### Příloha č. 1

## Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Jana Koželuhová a studuji bakalářský obor Porodní asistentka na Západočeské univerzitě v Plzni. Chtěla bych Vás touto formou poprosit o vyplnění krátkého dotazníku, díky kterému bych chtěla zjistit Váš názor a informovanost o nedávno registrované „potratové pilulce“, známé také pod názvy Mifegyne a Mispregnol (RU 486) Prosím o kompletní vyplnění dotazníku, aby bylo možné jej použít do výzkumného šetření.

Dotazník je zcela anonymní a zjištěné informace použiji pouze ve své bakalářské práci „Antikoncepce“. Velmi děkuji za Vaši ochotu a za Váš čas.

V případě jakéhokoliv dotazu se na mě můžete obrátit na níže uvedené emailové adrese.

Moje emailová adresa je jaina91@seznam.cz.

- 1) Jaké je Vaše vzdělání ?
  - a) Základní
  - b) Středoškolské
  - c) Vysokoškolské
  
- 2) Prosím, uveďte Váš věk:
  - a) Méně než 20 let
  - b) 21 až 30 let
  - c) 31 až 40 let
  - d) Více než 40 let
  
- 3) Máte nějaké děti ?
  - a) Žádné
  - b) 1
  - c) 2
  - d) 3 a více
  
- 4) Podstoupila jste někdy ukončení těhotenství - interrupci ?
  - a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nechci odpovědět
  
- 5) Slyšela jste již někdy o tomto preparátu ?
  - a) Ano

- b) Ne (na otázku č.6, prosím, neodpovídejte)
- 6) Pod jakým názvem jej znáte ? (zde můžete zaškrtnout více odpovědí)
- a) Potratová pilulka
  - b) RU 486
  - c) Mifegyne
  - d) Mispregmol
  - e) Jiný, vyplňte prosím jaký:.....
- 7) Kde jste se o potratové pilulce poprvé dozvěděla ?
- a) Z tohoto dotazníku
  - b) Internet, TV
  - c) Odborná literatura
  - d) Časopis, noviny
  - e) Gynekolog
  - f) Porodní asistentka
  - g) Kamarád/ka, známý
  - h) Jiná možnost:.....
- 8) Uvítala byste více informací o farmakologickém ukončení těhotenství např. ve formě stručného letáku ?
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím
  - d) V jiné formě, prosím uveďte:.....
- 9) Do kdy je podle Vás možné v České republice podat preparát ?
- a) Neomezeně v celém těhotenství
  - b) Do dokončeného 6.měsíce těhotenství, kdy je již plod životaschopný
  - c) Do 12.týdne těhotenství jako je tomu u interrupce
  - d) Do 49.dne od poslední menstruace
  - e) Nevím
- 10) Vyznáváte nějaké náboženství ?
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nechci odpovědět
- 11) Považujete farmakologické ukončení těhotenství z morálního hlediska jako přijatelné ?
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím
- 12) Je pro Vás farmakologické ukončení těhotenství přijatelnější než klasická interrupce ?
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevidím mezi nimi rozdíl

d) Nevím

13) Využila byste možnost užití tohoto preparátu ?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

14) Kde by podle Vás měl být preparát dostupný ?

- a) V lékárně volně prodejný
- b) V lékárně na recept
- c) Měl by být podáván pouze ve zdravotnickém zařízení
- d) Jiná možnost:.....

15) Myslíte si, že je cena podání pilulky, která je přibližně 3500 Kč, přiměřená ?

- a) Ano, myslím že je přiměřená.
- b) Ne, měla by být vyšší.
- c) Ne, bylo by dobré, kdyby byla levnější
- d) Měla by být zdarma
- e) Jiná možnost:.....

16) Do kdy byste preferovala aby v ČR bylo umožněno podání preparátu?

- a) Neomezeně v celém těhotenství
- b) Do dokončeného 6. měsíce těhotenství (kdy jde o životaschopný plod)
- c) Do 12. týdne těhotenství (jako u interrupce)
- d) Do 49. dne od poslední menstruace
- e) Jiné:.....

17) Myslíte si, že by ženy uvítaly návštěvu porodní asistentkou po farmakologickém ukončení těhotenství po propuštění do domácího prostředí ?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

18) Využila byste služeb porodní asistentky (během prvních několika hodin) v případě, že byste farmakologické ukončení těhotenství sama podstoupila ?

- a) Ano
- b) Ne (na otázku č.19 neodpovídejte)
- c) Nevím (na otázku č.19 neodpovídejte)

19) Využila byste této služby i v případě, že by nebyla hrazena pojišťovnou ?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

20) Preferovala byste někoho jiného ? Pokud ano, koho ?

- a) Ano (prosím, rozepište konkrétně, koho byste preferovala):  
.....
- b) Ne
- c) Nevím

21) Zde se můžete k danému tématu volně vyjádřit, případně napsat svůj názor, zkušenosti, připomínky atd.:



## **Příloha č. 2**

### **Informovaný souhlas pacientky s výkonem Medikamentózní umělé přerušování těhotenství**

Vážená paní,

Na základě Vaší žádosti podstoupíte medikamentózní umělé přerušování těhotenství (dále jen MUPT). Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o následující proceduře.

Poplatek za MUPT je stanoven dle aktuálního ceníku

#### **Před výkonem:**

MUPT je možno podstoupit pouze **do 49. dne** od posledních měsíčků.

Je nutné mít cestou registrujícího gynekologa sepsanou Žádost o umělé přerušování těhotenství

**Vlastní postup MUPT** se skládá ze 3 fází:

- 1) Během 1. návštěvy Vám bude perorálně podáno 600mg mifepristonu (Přípravek Mifegyne<sup>®</sup> – 3 tbl.). Již po užití tohoto přípravku může začít vaginální krvácení. Je nutné setrvat ve zdravotnickém zařízení minimálně 1 hodinu po aplikaci tablet z důvodu možných nežádoucích účinnů (zvracení, alergické reakce). Nutnost delšího pobytu posoudí lékař.
- 2) V následujících 36-48 hodinách Vám bude perorálně podáno 400µg misoprostolu (přípravek Mispregnol<sup>®</sup> - 1 tableta). Po užití tohoto přípravku musíte být alespoň 3 hodiny v klidu. Embryo může být vypuzeno do několika hodin po užití přípravku Mispregnol<sup>®</sup> nebo během několika následujících dnů. Dostaví se vaginální krvácení, které může trvat až 12 dnů, může být různé intenzity a s postupem času bude slábnout.

3) Za 14-21 dnů od 1. návštěvy se povinně podrobíte kontrolnímu vyšetření, během kterého lékař zkontroluje, že ukončení těhotenství proběhlo úspěšně.

Během MUPT dochází k děložním kontrakcím. Můžete pocítit bolest, únavu, nevolnost, zvracení a průjem, takže je vhodné být v pohodlí a být pod dohledem blízké osoby. Je možno užít léky k úlevě od bolesti, které Vám předepsal nebo doporučil lékař.

Při MUPT se dostaví krvácení, které může být často silnější než menstruační krvácení, obsahuje krevní sraženiny a někdy lze vidět bílý váček s gelovitým obsahem. Krvácení se může dostavit velmi rychle po užití přípravku Mispregno<sup>®</sup>, někdy však bývá opožděno.

MUPT následně neovlivňuje Vaší plodnost.

**Kdy je nutné se neprodleně dostavit do nemocnice k vyšetření:**

- a) Jestliže zvracíte do 30 minut po užití přípravku Mispregno<sup>®</sup>. Váš lékař určí, zda je nutné podat další dávku přípravku.
- b) Jestliže máte abnormální krvácení pokud jde o délku jeho trvání nebo intenzity. Vyhledejte lékařskou pomoc, jestliže krvácíte více než 12 dní a/nebo potřebujete více než 2 hygienické vložky za hodinu po dobu delší než 2 hodiny.
- c) Jestliže máte pocit na omdlení (mdloba)
- d) Jestliže máte silné bolesti břicha, které přetrvávají i přes užívání léků k úlevě od bolesti.
- e) Jestliže máte horečku nebo jestliže máte zimnici a třesavku.

**Je nutné Vás upozornit, že při medikamentózním ukončení těhotenství výše uvedeným postupem může dojít k selhání této metody. Děje se tak ve 1,3 – 7,5% případů. Jestliže k tomuto dojde, bude Vám nabídnuto provedení umělého přerušování těhotenství chirurgickou cestou. Pokud se rozhodnete v těhotenství pokračovat, je nezbytné počítat s vyšším rizikem vzniku malformací u novorozence z důvodu expozice lékům. Během gravidity by pak bylo nutné zvláštní sledování pomocí ultrazvukového monitorování ve specializovaném centru.**

**Souhlas nemocného s výkonem:**

Prohlašuji, že jsem byla lékařem úplně a srozumitelně poučena o povaze svého onemocnění a plánovaném výkonu. Byla jsem poučena i o alternativách léčby a možných důsledcích v případě neprovedení tohoto výkonu. Během poučení jsem měla možnost klást lékaři doplňující otázky, a pokud tomu tak bylo, byly mi úplně a srozumitelně zodpovězeny. Jsem si vědoma všech rizik i komplikací spojených s tímto výkonem. Byla jsem poučena o tom, že mohu svůj souhlas s výkonem odvolat a také o tom, že odvolání

souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života. Poučení jsem rozuměla a s výkonem souhlasím.

**Jméno a příjmení pacientky:**.....

**Rodné číslo pacientky:**.....

**V Jihlavě dne:**..... **Podpis pacienta:**.....

**Podpis lékaře:**.....

Zdroj: <http://www.nemji.cz/farmakologicke-umele-preruseni-tehotenstvi-potratova-pilulka/d-6450/p1=1425>

## Potratová pilulka – informační leták

### (Mifegyne, Mispregnol)



Zdroj: <http://www.mifegyne.cz/home/cz/>

Jedná se o medikamentózní (*nechirurgické*) ukončení těhotenství.

**Do kdy:** Tuto metodu lze použít do 49.dne od poslední menstruace

**Kde:** Pouze ve zdravotnickém zařízení (gynekologickém oddělení), které je oprávněné předepisovat tento preparát

**Cena:** V České Republice se cena pohybuje okolo 3500 Kč

**Průběh:** Nutné jsou celkem 3 návštěvy

- 1. Návštěva** – Podají se perorálně 3 tablety Mifegyne. Poté alespoň 1 hodinu po užití nutno setrvat ve zdravotnickém zařízení pro kontrolu možných nežádoucích účinků jako je alergická reakce nebo zvracení.

O delším pobytu rozhoduje lékař.

Po užití se může objevit vaginální krvácení.



Zdroj: <http://www.mifegyne.cz/home/cz/>

- 2. Návštěva** – 36 až 48 hodin od prvního podání se ve stejném zdravotnickém zařízení podá 1 tableta Mispregnolu. Po tomto přípravku je nutné být alespoň 3 hodiny v klidu. K vypuzení embrya může dojít v řádu několika hodin až několika dnů. Vaginální krvácení různé intenzity může trvat až 12 dnů a postupně by mělo slábnout.

Zdroj: <http://www.mifegyne.cz/home/cz/>

- 3. Návštěva** – Za 14 až 21 dnů od podání prvního preparátu je nutná povinná návštěva lékaře, který provede kontrolu ukončení těhotenství.

**Co se děje po podání:** začnou slabší děložní kontrakce a dostaví se krvácení často silnějšího charakteru než krvácení menstruační

Může dojít ke zvracení, nevolnosti, únavě, bolesti a průjmu

**Doporučení:** Být pod dohledem blízké osoby

Po ukončení těhotenství se chránit vhodnou antikoncepční metodou, po konzultaci s lékařem

**Kdy vyhledat lékaře dříve než je povinné:** při abnormálním krvácení (*krvácení déle než 12 dní, silné krvácení – spotřeba 2 a více vložek za 1 hodinu po dobu delší než 2 hodiny*)

pocit na omdlení

silné bolesti břicha (*i po užití léku proti bolesti*)

horečka, zimnice, třesavka, zvracení

**Pokud metoda selže:** hrozí riziko poškození plodu (*nutné rozhodnutí, zda v těhotenství pokračovat nebo jej ukončit*)

Pokračování v těhotenství – sledování na specializovaném pracovišti s pečlivými kontrolami

Ukončení těhotenství – ukončení těhotenství tentokrát chirurgicky

**Možné nežádoucí účinky:** *O všech nežádoucích účincích nutno informovat lékaře*

Velmi časté: kontrakce nebo křeče dělohy během několika hodin po užití, nevolnost, zvracení, průjem

Časté: silné krvácení, infekce po interrupci, křeče trávicího ústrojí

Méně časté: kožní vyrážky, pokles krevního tlaku

Vzácné: bolesti hlavy, malátnost, návaly horka, závrať, třesavka, horečka, kopřivka a kožní poruchy

Velmi vzácné: lokální otok obličeje, hrtanu, toxický šok, riziko ruptury děložní (*po předchozích operacích dělohy nebo porodu císařským řezem*)

**Kdy není vhodné podat:**

Při alergii na některou složku přípravku Mifegyne nebo Mifepriston

Při selhání nadledvin

U těžkého astmatu

Při srdečních potížích

Při vysokém krevním tlaku, vysoké hladině cholesterolu

Při onemocnění ovlivňujícím srážlivost krve

Při porušené funkci jater nebo ledvin

Při podvýživě

**Další důležité informace**

- *Vždy informujte lékaře o všech užívaných lécích.*
- *Při kojení je nutné jej zastavit před podáním přípravku Mifegyne.*

- *Pokud dojde k těhotenství při zavedeném nitroděložním tělísku, je nutné jej vyjmout před podáním přípravku Mifegyne.*
- *Během farmakologického ukončení těhotenství, mezi jednotlivými kontrolními návštěvami, se příliš nevzdalujte od zařízení, kde vám byl přípravek podán*

**V případě jakýchkoliv pochybností, problémů a obav se obraťte na dané zdravotnické zařízení.**

Zdroj: <http://www.mifegyne.cz/home/cz/>

## **Příloha č. 4**

### **Odpovědi na otázku č. 21**

#### **Názor č. 1**

*„Myslím si, že rozhodnutí, zda vůbec podstoupit interrupci, je na ženě. Zda je lepší pilulka či chirurg. zákrok je na odbornících, co je pro ženu šetrnější. Psychické následky si myslím, že budou stejné. Obě varianty jsou zásah do biologie ženy a psychická opora od rodiny i odborníků je vítána. Ve společnosti, kde se dívkám od 15 let automaticky předepíše antikoncepce, jak na běžícím pásu a nikdo (kolikrát ani odborníci) toto neřeší, mi přijde nelogické pozastavovat se nad otázkou, zda ukončení těh. do 12.týdne je humánní, či ne. Vždyť i tímto jednáním se sami připravujeme o míru plodnosti. Přesto raději budu fandit matce, která nechce/nemůže donosit plod z jakýkoli důvodů (sociálních, životních, atd.) a rozhodne se pro interrupci v časném stádiu, než ženě, která odloží novorozeně do popelnice či po celý jeho život se k němu bude chovat jako k nechtěnému, ale jen kvůli humánní společnosti (varianta, že jí bude zakázána interrupce) si jej musela ponechat.“*

#### **Názor č. 2**

*„Podporuji myšlenku samostatně působících porodních asistentek tak, jak je tomu ve většině "západních" zemí. Měly by mít autonomní postavení a jasné vymezení pro samostatný výkon své profese v rámci poskytování péče o ženu a dítě jako celek v průběhu celého těhotenství i po porodu, popř. potratu. Bohužel v současnosti toto postavení v ČR nemají, pohlíží se na ně jako na "pomocnice" lékaře, těch několik málo "soukromých" samostatně působících porodních asistentek pracuje na hraně legality. Vnímám to jako velký problém a nedostatečnost ČR, která vede např. i k tomu, že spousta žen (většinou VŠ vzdělané) jezdí rodit do Německa, Rakouska, kde je systém péče poskytovaný porodní asistentkou standardem.“*

#### **Názor č. 3**

*„Nechápu proč se dělá taková to pilule, že by další možnost jak prát peníze. Když teda dítě nechci, tak si mam dávat pozor a nebejt najiti, že to za mě udělá ten druhý. Tomu se říká nezodpovědnost a každý by si za to měl nést odpovědnost. To nemyslim v té variantě, že by žena byla znásilněna a čekala násilníkovu dítě. To by mělo být povoleno z morálních důvodů kdykoliv. Otázka je, zda by to některé vyčurané maminky nechtěli nějak*

*obcházet, žijem přece jen v ČR. Je pravda že na druhou stranu než aby po světě lítalo další nešťastný dítě je lepší to takhle ukončit. Takže muj názor je 50 na 50, nikdy nevíte jestli je to správné. Každopádně by mě zajímali rizika tohoto preparátu jen pro zajímavost.“*

#### **Názor č. 4**

*„Nejsem zastáncem ukončení těhotenství interupcí, ani jinou metodou. Pokud se ale provádí z důvodů malformací u plodu a nějakých postižení, přijde mi potratová pilulka jako přijatelnější způsob ukončení těhotenství, než operativní zákrok. Myslím si, že je ovšem nebezpečné ukončit těhotenství pilulkou, aniž by nenásledovaly nějaké kontroly porodní asistentkou nebo gynekologem. Můžou nastat různé komplikace. Kromě morálního hlediska nesouhlasím s dostupností preparátu z důvodů zdravotních, psychických a duchovních. Myslím si, že jsou ženy o důsledcích potratu v současné době velmi povrchně informovány, nejsou jim nabízené jiné možnosti/ popř. podpora v jejich situaci, která vede k rozhodnutí pro potrat. Ráda bych, aby ženy měly možnost rozhodnout se pro lásku, kterou jim dítě s sebou na svět přinese.“*

#### **Názor č. 5**

*„Na otázky ohledně potratové pilulky odpovídám nejčastěji možností nevím, nikdy jsem v takové situaci nebyla, ale jsou určitě ženy nebo dospívající dívky, které by měly být informovány, popř. tato služba jim poskytnuta kvůli faktorům osobním, finančních apod Zkušenosti nemám a nevím o nikom, kdo by tuto metodu podstoupil, nicméně si myslím, že by o této metodě ukončení těhotenství měly vědět... myslím si, že o tom spousta žen neví.“*

#### **Názor č. 6**

*„Neslyšela jsem o tomto přípravku, proto nemohu podat asi úplně vypovídající odpovědi a hlavně jsem vdaná a ve věku, kdy bych tuto cestu určitě nevolila, miminko si přejeme.s potraty nemám zkušenost ( a ani nechci mít), nejsem jejich zastánce - pokud ovšem nejsou ze zdravotních důvodů a nebo po násilném styku“*

#### **Názor č. 7**

*„Neznám detaily (třeba to už je), ale určitě by měla být povinná prohlídka u gynekologa po užití této pilulky, zda vše proběhlo v pořádku.“*