Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Bakalářská práce

Hormonální antikoncepce, její důsledky a pozitivní či negativní účinky na zdraví žen

Ilona Čapková

Plzeň 2015

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Bakalářská práce

Hormonální antikoncepce, její důsledky a pozitivní či negativní účinky na zdraví žen

Ilona Čapková

Vedoucí práce:

Mgr. Ema Hrešanová, PhD.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2015 ……

Poděkování

Za odborné vedení práce a trpělivost bych chtěla velmi poděkovat Mgr. Emě Hrešanové, PhD.
A všem těm, kteří mně po dobu zpracování bakalářské práce podporovali.

Obsah

1 Úvod 1

2 Reprodukční zdraví 3

3 Reprodukční systém žen 6

3.1 Menstruace 6

3.2 Těhotenství a porod 8

3.3 Neplodnost 9

4 Interrupce a zavedení antikoncepce v českém kontextu 10

5 Varianty ochran před početím 15

5.1 Pánské možnosti ochrany 15

5.2 Dámské možnosti ochrany 16

5.2.1 Přírodní ochrana 16

5.2.2 Hormonální Antikoncepce 17

6 Nejužívanější a nejznámější druhy antikoncepce 18

6.1 Perorální antikoncepce 18

6.2 Nouzová Antikoncepce 19

6.2.1 Nouzová antikoncepce v USA 19

6.2.2 Nouzová antikoncepce a její zpřístupnění ve Velké Británii 20

6.2.3 Nouzová antikoncepce v Afrických zemích 21

6.4 Injekční Antikoncepce 22

6.5 Nitroděložní tělísko 22

7 Vedlejší efekty v užívání antikoncepce 23

8 Pozitiva v užívání antikoncepce 23

8.1 Dysmenorrhea 24

8.2 Menorrhagia 25
8.3 Premestruační syndrom 25
8.4 Akné 26
8.5 Rakovina 26
8.6 Sexualita a antikoncepce 26
8.7 Čichový práh a užití antikoncepce 27
9 Rizika spojená s užíváním antikoncepce 28
9.1 Kardiovaskulární onemocnění 28
9.2 Tromboembolie 29
9.3 Riziko nákazy pohlavními chorobami 30
9.3.1 Riziko nákazy HIV skrze injekční hormonální antikoncepci .. 31
9.4 Riziko autismu pro budoucí potomky 32
9.5 Rakovina děložního čípku 33
9.6 Pilulka dokonce mění ženino vnímání muže… 34
9.7 Depresivní nálady a antikoncepce 34
14 Ženy nad 40 let a antikoncepce 35
15 Závěr 37
16 Seznam použité literatury a zdrojů 38
17 Resumé 41

1 Úvod

Hormonální antikoncepce byla objevena ve 20. letech minulého století a stala se tak nejpoužívanější ochranou žen před početím. Nicméně tento „převratný objev“ měl a má na své uživatelky i jisté nežádoucí účinky. Mnoho z nich není veřejně známo, o mnohých z nich se stále více a více diskutuje, ale jedno je jasné: Ovlivňuje ženu a její zdraví a to se netýká pouze reprodukce. Feministka Margaret Sanger (1999, cit. dle Layne et al. 2012: 56) poukázala ale na nesporný fakt: *„Žádná žena není zcela svobodná, pokud si nemůže sama kontrolovat svůj reprodukční systém“.* Proto je na uvážení každé z nás jakou ochranu před nežádoucím početím si zvolíme a jestli vůbec nějakou.

Ve své práci tak nastíním, zda ženu hormonální antikoncepce ovlivňuje spíše pozitivně, nebo negativně a z jakých hledisek či důvodů. Budu se zajímat zejména o to, jaké existují dopady na ženské zdraví a jak antikoncepce ovlivňuje ženinu životní dráhu a reprodukční zdraví. Je totiž, myslím si, velmi důležité vědět, zda tomuto výnosnému „byznysu“ zvanému *antikoncepce* spíše neplatíme především za poškozené zdraví.

Ve své bakalářské práci se, jak jsem již výše zmínila, zabývám fenoménem hormonální antikoncepce. Práce je koncipována jako přehledová studie z oboru medicínské sociologie, respektive ze sociologie zdraví a nemoci. Všechny zdroje pro svou práci jsem pak hledala zejména skrze odborné publikace a odborné časopisy, jako Science Direct, JSTOR, Oxford Journal apod.

Celou práci započínám pohledem na reprodukční zdraví žen i mužů. Poté se dostávám již přímo k reprodukčnímu systému žen a aspektům s ním spojených, jako jsou nástup menstruace, těhotenství, porod, ale bohužel i neplodnost. V následující části již pomalu diskutuji téma hormonální antikoncepci a to skrze dílo Radky Dudové, která se

zabývá interrupčními procesy v Československu a pomalým rozvojem hormonální antikoncepci mezi místními ženami. Plynule tak přecházím k ženským variantám ochrany před početím (opět i s menším přihlédnutím k mužům). Poté již kladu důraz na klíčovou a zásadní hormonální antikoncepci, kde poukazuji na její druhy a na její pozitivní i negativní dopady na ženské zdraví. Hormonální antikoncepce ovlivňuje totiž nejen reprodukční proces, ale i fyzické a psychické zdraví. Samotné téma ukončuji užíváním antikoncepce po čtyřicátém roku věku, kdy mezi ženami pomalu ustupuje a nastupuje období menopauzy.

2 Reprodukční zdraví

Na úplný počátek práce by bylo vhodné nejdříve vysvětlit reprodukční zdraví žen i mužů, které co se poté týká žen, je významně ovlivňováno i skrze hormonální antikoncepci.

U zdraví žen i mužů hraje svou roli mnoho faktorů. Mezi ně patří socioekonomický status, etnicita či sexualita. Všechny tyto faktory potom hrají určitou úlohu v rámci individuálního zdraví (Payne 2006: 2).

V letech 1970-1980 proběhla rozsáhlá analýza od feministek, která poukázala na jasné genderové odlišnosti ve zdraví (Graham 1984, 2000, cit. dle Payne 2006: 11). Studie se zaměřila i na vliv rodičovství, na zdraví u žen a na jejich sociální a pečovatelské možnosti. Obecně lze tedy říci, že ženy se více zaměřují spíše na rodinu a starost o potomky a muži spíše na budování maskulinity a patriarchátu (Bird and Rieker 1999 et al., cit. dle Payne 2006: 11).

Ženské i mužské zdraví je ovlivněno i hormonálními faktory. Obě pohlaví disponují mužským pohlavním hormonem - testosteronem. Ten je ve větší míře samozřejmě u mužů, ale i ženám může být nápomocný a to například při léčbě rakoviny prsou či k zvýšení ženina libida. Estrogen se také vyskytuje u obou pohlaví, kde ale za „normálních“ okolností je u mužů v nižší koncentraci (Payne 2006: 24). Ženské hormony se objevují také proto, aby chránily ženy před určitými nemocemi či úmrtím, kdy v největší koncentraci jsou v reproduktivním věku. Ženy mají například nižší riziko kardiovaskulárního onemocnění (Legato 1997 et al., cit. dle Payne 2006: 24).

I když se globálně poukazuje na to, že ženy se dožívají vyššího věku nežli muži, pravda bude zřejmě někde na půli cesty. V rozvinutých zemích se totiž mortalita měří v brzké dospělosti, muži podléhají častěji úmrtí násilnou cestou a nenáhodným zraněním (Waldron 1995; Watson

2000, cit. dle Payne 2006: 8). Zatímco v méně rozvinutých zemí umírají mlády spíše ženy a to kvůli zdravotním problémům týkajících se reprodukce (Murphy 2003; Pearson 2005, cit. dle Payne 2006: 8).

Zajímavostí je, že co se týče například prahu bolesti, vypadá to, že ženy jsou senzitivnější nežli muži a to za stejných okolností či podmínek. U některých žen se dokonce práh mění v rámci menstruačního cyklu. Zapříčiněné je to odlišnými genetickými, či hormonálními faktory, kdy u žen je to ovlivněno zejména již zmíněným estrogenem (Wizeman and Pardue 2000; Fillingim 1999, cit. dle Payne 2006: 26).

Co se týče mentálního stavu, u žen se nejvíce objevují změny nálad či depresivní stavy v období před menstruací. Lékařská věda tyto symptomy konceptualizovala jako premenstruační syndrom. Jeho příznakem je měnící se hladina estrogenů, podobná období po narození potomka a období, které vede k menopauze (J. Payne 2003, cit. dle S. Payne 2006: 113).

Nejvýraznější odlišností mezi oběma pohlavími, co se zdraví týče, můžeme vidět zejména v rámci reprodukčního systému. Hlavně ženy pak v rámci reprodukce jsou spojovány s vyšší mortalitou a celkovými těžkostmi s tím spojenými. V roce 1994 byla formulována dokonce reprodukční práva pro ženy na celém světě, kdy zejména WHO[1] poukázala na to, že mnoho žen nemá plný přístup k všemožným servisům v této oblasti (Locke 2002, cit. dle Payne 2006: 125).

V rámci odlišností obou pohlaví je důležitá zejména biologická struktura vzhledem k tomu, že některé choroby souvisí s reprodukčními orgány. Muži samozřejmě nemohou dostat rakovinu děložního čípku a ženy tak logicky například třeba rakovinu prostaty. Rakovina děložního

[1] WHO je zkratka pro World Health Organization

hrdla byla v minulosti u žen spojena zejména se sexuální aktivitou, hlavně s promiskuitou (Foster 1995, cit. dle Payne 2006: 126). Rakovina prostaty zase v minulosti nebyla tak rozšířená. Eunuchové rakovinou prostaty netrpěli. Jejich kastrace měla na výskyt rakoviny určitý efekt. Nicméně riziko onemocnění rakovinou prostaty nevymizelo ani tenkrát, objevovalo se hlavně, když muž měl svůj první pohlavní styk v brzkém věku (Mant and Silagy 1998, cit. dle Payne 2006: 127).

Sexuální zdraví tak obecně souvisí s kontrolovanou sexuální aktivitou a se sexuálními partnery (Payne 2006: 127). Jsou zde i významné odlišnosti, co se týká sexuálně přenosných chorob. Muži i ženy disponují jiným rizikem nákazy. Nejvíce se můžeme setkat s chorobami, které ovlivňují zejména plodnost - chlamydie, syphilis či herpes (James et al. 2004, cit. dle Payne 2006: 128).

Nejvíce vyskytující chorobou z výše uvedených, je jednoznačně nákaza chlamydiemi. Ta souvisí logicky s nechráněným pohlavním stykem, ale také se střídáním sexuálních partnerů. Jejich neléčení může u žen vést až k neplodnosti, či „neběžnému“ těhotenství, které se týká vývoje plodu (Payne 2006: 128). V dnešní době se můžeme setkat dokonce i s názorem, že chlamydie postihují až 90% populace. U mnoho lidí jsou příznaky nejasné, či dokonce žádné.

V další části práce bych ráda poukázala na reprodukční systém už pouze u žen, s kterým souvisí i menstruace, těhotenství, porod i neplodnost. Všechny tyto události se do určité míry pojí i s užíváním hormonální antikoncepce a mohou být skrze ni i oddalovány, či zcela potlačovány.

3 Reprodukční systém žen

3.1 Menstruace

S ženským tělem, potažmo zdravím, bezesporu souvisí i menstruační krvácení. V dnešní době avšak roste počet žen, které tuto měsíční „událost“ zcela vynechává. Menstruace u nich potom probíhá maximálně dvakrát/třikrát do roka. Za vším můžeme hledat samozřejmě především antikoncepční přípravky, které nám tuto možnost nabízejí.

Můžeme se ale setkat i s negativními názory na vynechávání menstruace například i od Christine Hitchcock, která se nechala slyšet, že: *„Každá žena, která takto zasahuje do svého menstruačního a ovulačního cyklu, si může přivodit dlouhotrvající zdravotní problémy. A nelíbí se jí ani idea, aby ženy vypínaly a zapínaly své tělo, jako vodovodní kohoutek“* (Saul 2007: A1;C4, cit dle Layne et al. 2010: 57).

Kontrolované vynechávání menstruace je doménou ale už i velmi mladých dívek, teenagerek, které často kvůli hygieně, obecnému nepohodlí a ohlasům ostatních lidí z okolí menstruovat nechtějí. To však může být zbytečný risk, a to zejména kvůli případné budoucí snaze o početí a celkové kontrole těhotenství (Johnston-Robledo et al. 2006: 354).

Můžeme se setkat i s názorem, že toto chování je zcela proti přírodě Coutinho a Segal (1999: 138). Reagují ale na příznivce těch lidí, kteří tvrdí, že menstruace je přirozený proces a tudíž dobrý pro naše zdraví. Takto: „*Bolest (ať už psychická či fyzická) je přirozená, ale to neznamená, že se s ní musíme vyrovnat“.*

Můžeme se setkat i s názory, že tyto nové technologie odvádějí pozornost od normální hormonálního ženského cyklu, který je avšak zodpovědný za to, co primárně dělá ženu ženou. (Cox and Feig 2003, cit.

dle Layne et al. 2010: 67) Dokonce v jedné studii 36letá žena uvedla, že se nikdy nechce vzdát svých period, že dokonce zbožňuje, když cítí křeče, které jí navozují právě měsíční periody. K tomuto prožitku vede i své dcery a říká jim, že menstruační bolesti nám ukazují naši ženskou sílu. Další žena ze Zambie se nechala slyšet, že menstruace je přece to, co nás odlišuje od mužů, a že je to něco, co nás dělá neobyčejnými a bere to jako dar. Poslední z žen cítí na základě své periody propojenost s ostatními ženami po celém světě a skrze všechny doby (Layne et al. 2010: 67).

Pár století zpátky byly ženy dokonce ctěny a respektovány za to, že krvácejí, ale nemají žádnou viditelnou ránu. Můžeme se ale setkat i s názory, že ženy a jejich krev je skrze jejich menstruaci dávána matce přírodě, aby ji živila. Nebo byla krev dokonce užita pro hnojení rostlinstva, kde se jedna žena nechala slyšet, že její rostliny její krev přímo milují. (Layne et al. 2010: 68).

Co se týče dalších zajímavostí tak např. gynekolog Andrew Kaunitz uvedl, že menstruace bývá nejčastějším důvodem pro absenci v práci (Chesler 2006, cit. dle Layne et al. 2010: 61). Jedna kanadská studie zase upozornila na to, že ženy, které trápí silná menstruace, se ročně vzdají až 1,692 dolarů na ušlých mzdách (Saul 2007: C4, cit. dle Layne et al. 2010: 61).

Nicméně je na každé z nás, jak moc chceme být, řekněme, ve spojení s přírodou a se svým tělem. Jak moc chceme pociťovat bolesti a jiné (ne)pohodlí. Nebo jestli se raději rozhodneme pro produkty moderní doby a rozhodneme se být, s trochou nadsázky, s přírodou spojeny skrze technologie.

S oddalováním či vynecháváním menstruace bohužel ale souvisí i fakt, že mnoho žen paralelně s tím oddaluje i svoje početí. Důvodů může

být hned několik. Ať už je to snaha nabýt prestiže skrze kariéru, finanční potíže či jednoduše absence plnohodnotného partnera. Dle Lane (2006, cit. dle Layne et al. 2010: 63) ženám tato možnost dává na výběr, zda a jak chce naložit se svým tělem nebo životem. Naše dítě tak nepřijde v nevhodný čas, ale v přesně naplánovaný.

3.2 Těhotenství a porod

Jednou z nejdůležitějších událostí v životě ženy je těhotenství a následný porod. Průběh těhotenství a samotný porod zažívá fyzicky pouze žena. Nicméně porod a ani těhotenství není pro ženu úplně lehkou událostí. I dnes v 21. století, se setkáváme bohužel s mateřskou úmrtností. Celosvětově 8 miliónů žen se každý rok potýká s těhotenskými komplikacemi a více jak půl miliónu z nich ročně na ně umírá. Toto nebezpečí pak hrozí zejména ženám z chudších oblastí světa a z rozvíjejících se zemí (WHO 2004b, cit. dle Payne 2006: 135). V roce 2000 čísla dokonce ukazovala na dva tisíce úmrtí ze sta tisíc v Sierra Leone a v Malawi pak například na úmrtí 1800 rodiček (WHO 2004b, cit. dle Payne 2006: 135).

Světová zdravotnická organizace poukázala na pět nejčastějších příčin mateřské úmrtnosti. Jednou z nich přitom je poporodní krvácení, které vyžaduje okamžitou pomoc, nežli dojde k fatálním následkům. Avšak tyto možnosti okamžité pomoci nemají zejména ty ženy z chudších oblastí, které jsou buď daleko od zdravotnických zařízení, anebo jednoduše nemají finance na zaplacení této zdravotní pomoci (WHO 2004b, cit. dle Payne 2006: 135).

Celosvětově mají kupodivu dívky/ženy pod 20. rokem věku až dvojnásobně vyšší pravděpodobnost úmrtí v důsledku porodu, nežli ženy nad dvacet let. Dívky pod patnáct let mají pak až pětinásobný risk úmrtí (WHO 2004b; Save the Children 2004, cit. dle Payne 2006: 136).

Globálně je podle Costello et al.(2004, cit. dle Payne 2006: 136) více než polovina těhotenství neplánovaná a čtvrtina nechtěná.

3.3 Neplodnost

V dnešní době se bohužel stále častěji setkáváme i s neplodností, přičemž neplodností je myšleno neschopnost páru dosáhnout těhotenství a pozdější přežití plodu v průběhu jak těhotenství, tak pozdějšího porodu (Tingen et al. 2004, cit. dle Caserta et al. 2011).

Klinická neplodnost je většinou definována po 12. měsících nechráněného pohlavního styku, kdy nedojde k oplodnění (Gnoth et al. 2005, cit. dle Caserta et al. 2011). Neplodnost postihuje až 15% populace v průmyslově rozvinutých zemích (Evers 2002, cit. dle Caserta et al 2011), tento vzrůstající fenomén a zvyšující se risk pro mnoho žen, můžeme tedy vidět zejména v zemích západního světa. Faktory, které pak neplodnost provázejí, souvisí zejména s životním stylem, kdy na vině může být kouření, obezita, či již pokročilý věk matky. Ten bohužel v mnoha případech hraje klíčovou roli (Kelly-Weeder and Cox 2006, cit. dle Caserta et al. 2011).

Nicméně svou úlohu zde hraje i životní prostředí. Jedna studie se zaměřovala na to, jak souvisí zemědělské prostředí s případným reprodukčním systémem žen a mužů, kde brala v potaz například potratovost v dané oblasti či nízkou porodní váhu dítěte. Svou roli sehrály zejména v oblasti přítomné pesticidy. Nicméně přímý risk to na reprodukční systém až tak neukázalo (Hanke and Jurewitz 2004, cit. dle Caserta et al. 2011).

Nicméně můžeme se setkat s mnoha názory, že sprejování pesticidů má značný vliv na plodnost, kdy ji může snížit o 20 - 30%. Avšak jsou zde i jiné faktory, jako například kadmium obsažené v rybách z baltského moře. Nicméně jako největší problém se ukázal být

cigaretový kouř, a to zejména pro vývoj placenty (Parazziny et al. 2005, cit. dle Caserta et al. 2011).

4 Interrupce a zavedení antikoncepce v českém kontextu

Snad každému člověku, a to kdekoliv na světě, je více než jasné, že antikoncepce je převratný objev, který pomáhá ženám na celé planetě Zemi a do značné míry reguluje i celosvětovou reprodukci. Avšak byly doby, a to zejména v České republice, kdy tento objev nebyl dostupný, kvalitní či cenově příznivý všem ženám, žijícím na tomto území. I proto tak docházelo ve velké míře k nechtěným otěhotněním a potažmo k interrupcím. Nicméně tento proces nebyl vůbec jednoduchý a rozhodně schválený pro každou ženu.

O primární diskuzi, týkající se umělého přerušení těhotenství neboli interrupce, můžeme v Československu mluvit již od první poloviny 20. století. Nicméně tento model nebyl stejně konstruován jako v zemích Severní Ameriky či západní Evropy. Interrupce jako taková ale nebyla zcela jednoduchým „procesem“ pro všechny zájemkyně o tento chirurgický zákrok. Ty v mnoha případech musely za provedení potratu platit nemalé částky, či dokonce za interrupcí cestovat do sousedních zemí, kde byla povolena (Dudová 2012: 9, 10).

Zákon, který i u nás dovoloval ženám podstoupit interrupci, byl ustanoven roku 1957. I tak ale o samotném provedení interrupce rozhodovala komise (Dudová 2012: 11 - 15).

Společenská kontrola nad lidmi se tak razantně změnila od trestání odhalených případů, přes sankce a kontrolovanou prevenci, která se nesla v duchu „komplexu drobných sankcí a preventivně disciplinárních opatření, v nichž hrál ústřední roli permanentní, anonymní a

mnohonásobný dozor“ (Tínková 2004: 335). Nicméně na rozdíl od západní Evropy u nás nebyla legalizace interrupce závislá na občanském nátlaku, ale na byrokracii s politickým vlivem (Dudová 2012: 37).

50. léta provázel ekonomický úpadek, který v sobě nesl i nedostatek primárního zboží pro spotřebitele (Dudová 2012: 37). *„V tomto kontextu vláda nahlížela na nemožnost ovlivnit velikost své rodiny jako na jeden ze sociálních problémů – a legalizace interrupce by představovala jeho řešení“* (Kučera 2009, cit. dle Dudová 2012: 37).

Tato doba se mimo jiné vyznačovala menší možností ovlivnění reprodukce. A tak nejužívanější ochranou byl *coitus interruptus* a kondom, který ovšem nenabýval a nenabývá možnosti kvalitní ochrany. Spolehlivost, ale i důvěra v tyto prostředky tak nebyla zdaleka nejlepší (Srb, Kučera, Vysušilová 1961: 209-222).

Velkým propagátorem antikoncepce byl v této době lékař Ladislav Hnátek, který se dokonce zasloužil o otevření první antikoncepční poradny, ale ta byla určena pouze ženám, které byly v ohrožení jejich vlastního zdraví (Hnátek 1957,cit. dle Dudová 2012: 38). Velmi úsměvně pak působí fakt, že samotné ženy byly nařčeny z neužívání antikoncepcí, nicméně ony samy měly obrovský problém vůbec tyto přípravky získat (Dudová 2012: 38).

Zákon o interrupci byl přijat 19. prosince 1957. Nicméně nesl v sobě i jisté podmínky. Příkladem bylo, že povolení k interrupci musí být schváleno na základě zdravotních problémů ženy a musí být provedeno v nemocnici nebo v jiném lůžkovém zařízení. V potaz byly brány zdravotní důvody, ale i jiné - vážnější. Za ty byly považovány zejména věk ženy nad 44 let, více jak 3 žijící děti v domácnosti, nebo hrůznější důvody, jako je znásilnění, či ztráta manžela (Dudová 2012: 46, 47).

Samotná komise, která rozhodovala o osudu ženy a jejího případného potomka, čítala tři členy - dva ze zdravotního prostředí a jednoho tzv. laika, což byla většinou žena, která nesla dobré jméno a pověst. Co se týká omezení toho, do kdy může být interrupce provedena, tak ženy, které byly těhotné více než 3 měsíce, těm již nemohl být proveden legální potrat (Dudová 2012: 47).

Poté, co zákon o interrupci vzešel v platnost, razantně stoupl počet žen, mající zájem o interrupci. Nicméně některé nemocnice, potažmo lékaři, tyto zákroky nechtěly provádět, nebo jednoduše neměly dostatek lůžek pro pacientky. Na některých pracovištích docházelo k 10-15 interrupcím denně (Šráček 2009, cit. dle Dudová 2012: 57).

Pár let po legalizaci interrupcí, a to v 60. a 70. letech, bylo na toto opatření nahlíženo stále skeptičtěji. Důvodem bylo zejména to, že v průběhu prováděných interrupcí docházelo ke komplikacím, potažmo k ženině pozdější nemožnosti otěhotnění (Heitlinger 1984: 158, cit. dle Dudová 2012: 65). Počátkem 60. let tak komise musela zvažovat, zda je vhodné provést zákrok ženě, která ještě nemá děti, aby byla případně v budoucnu stále plodná. Dalším bodem byla dostupnost. Za zákrok se od roku 1962 platilo 200-500 Kčs. V určitých případech to ale bylo až 800 Kčs (Vládní nařízení č. 95/1964, cit. dle Dudová 2012: 66). Tyto a jiné opatření vedly k tomu, že počet odborně provedených interrupcí klesl a prováděny byly ve větší míře neodborně navozené potraty (David, McIntyre 1981: 235, cit. dle Dudová 2012: 67).

Docházelo ale také k pozitivnímu jevu. V 70. letech se zvýšila dostupnost antikoncepce. V roce 1970 čítalo žen užívajících antikoncepci až 20%. Tyto ženy byly ve věku 15-44 let. Užívána byla tak zejména nitroděložní tělíska a hormonální antikoncepce první generace, což byl zejména Antigest (Havránek 1982, cit. dle Dudová 2012: 68).

Mezníkem ale také bylo provádění miniinterrupcí, ke kterým docházelo do 6. týdnů indikovaného těhotenství u prvorodiček a 7-8. týdnů u žen, které již těhotné v minulosti byly. U tohoto procesu tak byly veškeré negativní prvky značně eliminovány. Nicméně čeští gynekologové i přesto zastávali názor, že by měla být na trhu dostupná i spolehlivá antikoncepce, a když i ta selže, přichází na řadu právě již zmíněná miniinterrupce. Ta představuje pro ženy minimum problémů a navíc je prováděna legálně (Dudová 2012: 69-72).

Jedním z těch, kdo chtěl zrušit interrupční komise, byl primář porodnického oddělení ostravské nemocnice a krajský gynekolog pro Severomoravský kraj - Jiří Šráček. Měl také zájem o prosazení a používání antikoncepce v České republice a byl nápomocný jejímu zkvalitnění a zpřístupnění. Tento lékař se dokonce zasloužil o výrobu české verze nitroděložního tělíska. Tento druh antikoncepce nesl jméno jeho ženy: DANA. Jiří Šráček, mimo jiné i člen komunistické strany, dokonce uvedl, že podstoupit interrupci je pouze a jen volba samotné ženy a nikoho druhého, či třetího (Dudová 2012: 77-80).

Po převratu v listopadu roku 1989 nejen komunistická strana ustoupila se svými ideologiemi, ale razantně se změnil i názor na interrupci. To však ještě neznamenalo úplnou výhru. Objevila se feministická hnutí na jedné straně a církevní na straně druhé. Ty interrupci nepodporovaly a chtěly ji potlačit. Po převratu se snažili odborníci, včetně gynekologa Jiřího Šráčka, pozměnit zastaralý zákon o interrupci. To by podle všeho i roku 1993 možná prošlo, kdyby se do toho však nevložil Václav Klaus, ten dal pokyn ministru zdravotnictví návrh nepředkládat. Jediné, co vzešlo v platnost, byl návrh, který říká, že samotná zařízení si určují ceny interrupcí. To ovšem znepřístupnilo tuto možnost pro ženy chudších poměrů (Dudová 2012: 85, 86).

Vznikala tak ženská hnutí. Jedno z nich založila počátkem 90. let i sociložka Jiřina Šiklová ve svém bytě. Byla to nevládní organizace Gender Studies o.s.p., kde hlavním bodem bylo zavést genderová studia a feministické ideje na vysoké školy. Tato organizace, i jiná, pak začala být brána jako společnost odborníků či poradců a dokonce měla možnost zasahovat do politického dění. Tím vším se mohla dostat na světlo světa více genderová problematika (Dudová 2012: 90-92).

Roku 2003 chtěli konzervativní členové KDU-ČSL dokonce zákon o interrupci zcela vyjmout a navrhnout, aby ten, kdo ženě interrupci provede, byl trestán pěti lety odnětí svobody. Proti tomu se ale zvedla velká debatní vlna a zasáhla i zmíněné Gender Studies. Tento návrh ovšem neprošel a bylo zamítnuto předkládat cokoliv, co se týkalo interrupce až do roku 2006. Nicméně je jasné, že v KDU-ČSL je skupina lidí, která je zásadně proti provádění interrupcí v České republice. Nic, co se událo mezi lety 2003-2004 v parlamentu, ale nezůstalo bez odezvy. Nejen členům z Gender Studies značně vadil fakt, že by provádění interrupcí bylo nazýváno kriminálním činem. A tak roku 2006 Gender Studies započal projekt s názvem: *„Za právo volby – reprodukční práva žen a mužů“* (Dudová 2012: 97-106).

Z těchto všech poznatků vyplývá jediné: My,(nejen) ženy, můžeme být rády, že žijeme v době jako je tato a hlavně, že je v dnešní době o 100% větší výběr, dostupnost a kvalita antikoncepčních přípravků, a nemusíme tak předstupovat před interrupční komisi, která rozhodne o našem, a nejen našem, osudu…

5 Varianty ochran před početím

5.1 Pánské možnosti ochrany

Jedna z ochranných metod před početím, která je však známa dodnes, byl kondom. Již staří Egypťané používali různé formy ochrany penisu, ať už před hmyzem či nemocemi. Avšak v Itálii, vynálezkyní Gabriele Fallopia (cca 1523-1562), byl kondom použit jako ochrana před pohlavně přenosnými nemocemi. V té době se to týkalo zejména přenosné choroby - syfilis, která byla bohužel široce rozšířena. První kondom měl být vyroben z jakéhosi plátna či tkaniva, nicméně přesné složení není známo. Po použití také mohl být vyprán a zřejmě využit znovu (Jutte 2008: 96).

Nicméně od 18. století byly kondomy vyráběny ze zvířecích střev a první polyuretanový kondom spatřil světlo světa v roce 1997 ve Velké Británii. Byl silnější a méně citlivý na teplo (The sexual health charity 2010).

Kondomy slouží jakožto vnější překážka, která blokuje oplodnění ženy. V dnešní době existuje tato ochrana v mnoha tvarech, velikostech či dokonce vůních. A oproti letům nedávno minulým je můžeme zakoupit jak drogériích, tak i v lékárnách (Murdoch, Goldberg 2014).

Další mužskou ochranou metodou je vasektomie. Je to invazivní ochrana, používána odhadem každým šestým párem v USA. Tato metoda je účinná a komplikace s ní spojené jsou poměrně vzácné. Vasektomie rozvíjí u mužů protilátky vůči spermiím, což vede k neplodnosti. Proto tato metoda ale není vhodná pro muže, kteří v budoucnu plánují založit rodinu (Murdoch, Goldberg 2014).

5.2 Dámské možnosti ochrany

5.2.1 Přírodní ochrana

Od té doby, co se zjistilo, že pohlavní styk vede k těhotenství, byla periodická abstinence použita při kontrolovaném početí. Nicméně až v polovině 19. století se Von Baer zaměřil na ženská vajíčka a na ovulaci a oplodnění. Toto poznání pak pomohlo v roce 1934 k výpočtu plodných a neplodných dnů v rámci ženského menstruačního cyklu. Poté se vyvinula teorie Origino-Knaus známá jako metoda kalendáře, ta byla podporována i římskokatolickou církví, jelikož ta odmítala jakékoliv antikoncepční prostředky (FPA - The sexual health charity 2010).

V roce 1940 jsme se pak mohli setkat s metodou výpočtu teploty. Jednou z dalších převratnějších metod byla metoda symptom-tepelná, která je daleko efektivnější a sleduje změny v ženském menstruačním cyklu na základě změny teplot (FPA - The sexual health charity 2010).

Za jednu z dalších „přírodních“ metod ochrany může být považována tzv. situační antikoncepce. Ta spočívá v dodržování abstinence, přerušované souloži a „douchingu“. Poslední termín souvisí s dokonalým vymytím ženského pohlavního orgánu po sexuálním styku no. Abstinence je jasná, ta má 100% účinnost před nechtěným těhotenstvím, ale i ochranu před pohlavně přenosnými chorobami. Velmi diskutovaná je ale přerušovaná soulož, ta je brána jako jedna z nejstarších ale i nejméně spolehlivých ochran. Zde záleží hodně na šikovnosti partnera, který musí ihned stáhnout penis z partnerky, když cítí, že nastane jeho ejakulace (London Draper 2006).

5.2.2 Hormonální Antikoncepce

Antikoncepční pilulky, ne v dnešním slova smyslu, byly známé již 2000 let zpět. Pojídaly se vrbové výhonky či včely. V roce 1945 byla ale založena instituce SYNTEX SA za tím účelem, aby hledala sloučeniny, které by mohly být podávány orálně. Daleko převratnější pak byl rok 1950, kdy John Rock a jiní, započali vývoj perorální antikoncepce (FPA - The sexual health charity 2010).

Antikoncepce funguje buď na základě hormonů estrogenu či progesteronu, nebo na základě kombinace těchto hormonů. Tyto hormony mohou být přijaty ústně, či mohou být implantované do tělesné tkáně injekčně pod kůži. Mohou být vstřebávány náplastí na kůži, anebo umístěny do pochvy (Stoppler 2015).

Klinické zkoušky perorální antikoncepce tak počaly rokem 1956 a v roce 1960 každá pilulka odpovídala zhruba sedmi dnešním pilulkám. Roku 1980 jsme se již mohli setkat s pilulkami tzv. „třetí generace“, obsahující nové progestogeny. První kombinovaná pilulka pak byla na trhu roku 2002. Byla jím Yasmin. Nejvíce známý je ale režim 21. pilulek se sedmi denní pauzou s nástupem menstruace pro podporu měsíčního krvácení (FPA - The sexual health charity 2010).

Existují ale i páry, kde jeden z partnerů je nakažen HIV. Nicméně i takové páry touží po dětech. Pokud jde ale o plánování rodiny, když jeden z partnerů je HIV pozitivní, potenciální riziko přenosu HIV na neinfikovaného partnera, jakož i možnost infekce jinými pohlavně přenosnými chorobami, je třeba brát v úvahu. Pokud jde ale o zabránění těhotenství, ženy užívají hormonální antikoncepci a muži pak kondom, ten je brán u těchto lidí jako opravdu klíčová forma ochrany nejen před těhotenstvím (Delvaux 2007: 46).

Obecně tak platí, že jsou stejné možnosti ochrany pro páry bez nákazy danou chorobou jako s ní. Neexistují žádná omezení týkající se používání HIV pozitivních žen u hormonální antikoncepce, a to ať už pilulek, implantátů, náplastí nebo kroužků (Delvaux 2007: 46,47).

Je ale zapotřebí dalšího výzkumu všech druhů hormonální antikoncepce u žen žijící s HIV. Pokud jde o vedlejší účinky, nemoc, či interakce s [2]antiretrovirální terapií. Dostupnost antikoncepčních služeb, lepší přístup k asistované koncepci služeb a ukončení nežádoucího těhotenství, prováděné s ohledem na reprodukční práva všech jednotlivců tak představuje velkou výzvou pro péči lidí s HIV (Delvaux 2007: 60).

6 Nejužívanější a nejznámější druhy antikoncepce

6.1 Perorální antikoncepce

Antikoncepční pilulky jsou bezesporu globálně nejužívanějším druhem ženské ochrany. Orální kontraceptiva jsou hormonální přípravky, které mohou obsahovat kombinace hormonů estrogenu a progestinu, nebo progestinu samotného. Kombinace estrogenu a progestinu zabrání početí inhibicí uvolňování hormonů luteinizačního hormonu (LH) a folikuly stimulujícího hormonu (FSH) z hypofýzy v mozku (Stoppler, Marks 2015).

Samotné užívání je poté jedno, dvou či třífázové. Monofázické antikoncepční pilulky dodávají stejné množství estrogenu a progestinu každý den. Bifázické antikoncepční pilulky dodávají stejné množství estrogenu každý den po dobu prvních 21. dnů cyklu. V dalších sedmi dnech tedy dochází k menstruačnímu krvácení. A konečně třífázové antikoncepční pilulky mají konstantní nebo měnící se koncentrace

[2] Antiretrovirální terapie, je léčebný postup, který zmírňuje příznaky pro nakažené HIV/AIDS.

estrogenu a progestinu v celém cyklu. Nicméně neexistuje pádný důkaz, který by dokazoval, která z těchto tří variant je vhodnější. Vše spíše záleží na volbě a pohodlí ženy (Stoppler, Marks 2015).

6.2 Nouzová Antikoncepce

Nouzová antikoncepce, také často známá pod pojmem *„Emergency Contraception“,* se užívá nejčastěji v případě nechráněného pohlavního styku, ale také pokud samotná ochrana selže či v případě sexuálního napadení.

6.2.1 Nouzová antikoncepce v USA

Roku 1964 se antikoncepční pilulky staly komerčně dostupné ve Spojených Státech, a někteří uváděli, že se změnil běh dějin. Pokračováním roku 1980, se malý počet progresivních lékařů ve Spojených státech amerických snažilo provést antikoncepční prostředky dostupnější. Tito průkopníci se ale setkali s obrovskými překážkami. Mezi nimi byly: Legalita, odpovědnost, a otázky efektivnosti. Zejména pak co se týče pilulky po nechráněném pohlavním styku. Mnozí z nich měli obavy, že to není vysoce efektivní a byly obavy, které se týkaly skutečnosti, zda by je ženy používaly správně (Coeytaux, Pillsbury 2001: 80).

Některé o nich v USA ani nevěděly, což byl další problém. Nicméně v Evropě byla situace poněkud jiná, evropské farmaceutické společnosti uvedly na trh specializované produkty pro nouzové použití nebo postkoitální antikoncepce, a ty byly široce dostupné v Anglii, Holandsku, Německu, Švýcarsku, Finsku, Švédsku a Maďarsku (Coeytaux, Pillsbury 2001: 81).

Mnoho z organizací, jako plánované rodičovství a mezinárodní plánování rodiny nebo organizace reprodukčního zdraví se zapojily do

zvýšení reprodukční volby a odvrácení nechtěného těhotenství, či snížení potřeby potratu (Coeytaux, Pillsbury 2001: 81).

Roku 1996 se dokonce rozjela linka, které informovala ženy o nouzové antikoncepci. Dokonce i média se zapojila do propagace této linky. Měla až 1000 hovorů týdně. Avšak stále bylo mnoho zdravotníků a gynekologů, kteří se k propagaci této pilulky moc neměli (Coeytaux, Pillsbury 2001: 82)

Významné farmaceutické organizace v USA věděly, že pilulky půjdou na odbyt. Nicméně se báli, že některé organizace budou šířit zvěsti o pilulce jako o potratu a i samotné ženy se budou více spoléhat na pilulku, nežli na svou odpovědnost. Řešením by bylo, kdyby ženy všechny potřebné informace dostávaly od svých lékařů, ale také i rady, jak se zachovat v určitých situacích a nespoléhat se pouze na pilulku, která nám zabrání otěhotnět (Coeytaux, Pillsbury 2001: 83).

6.2.2 Nouzová antikoncepce a její zpřístupnění ve Velké Británii

Roku 1999 byla pohotovostní antikoncepce dostupná v šestnácti městech po celé Velké Británii. Jedna ze studií provedla rozhovory s lékárnicemi i s ženami, přičemž se zamýšlela nad veřejným prodejem pohotovostní, neboli nouzové antikoncepce (Bissell 2003: 2368).

Existuje celá řada výhod této antikoncepce, jako je účinnost a minimum nežádoucích účinků. Nicméně je k dostání v celé řadě případů v lékárnách, což znamená, že ženy ustupují od předepsání lékařem. Politika dané země ale chtěla předejít nechtěným porodům a potratům, takže tuto alternativu zpřístupnila v lékárnách po celé zemi. Jenomže tím nastávaly i etické problémy, například že daná politika omlouvá nechráněný sex a potažmo otěhotnění. Řešením by tak bylo rozšířit úlohu lékárníka a obeznámit ho více s těmito prostředky (Bissell 2003: 2368).

Rozhovorů se tak zúčastnilo na 55 lékárníků, respondenti byly ve věku mezi 20 - 50 roky. Rozhovory se konaly mezi říjnem roku 2000 a lednem 2001. Všechny rozhovory byly se souhlasem nahrávány. Další částí pak byly ženy, které užívají daný servis, s těmi byl proveden Focus Group (Bissell 2003: 2370).

Výsledkem byly rozmanité názory ohledně programu na podporu nouzové antikoncepce, to znamená obeznámenější lékárnický servis a jejich větší pravomoc. Mnoho lékárníků uvedlo, že systém sníží počet nechtěných těhotenství. Další naopak uváděli, že značně podporuje promiskuitu. Tento program se ale i v určité míře dost znehodnocoval, a to tím, že některé ženy neváhaly projet celé město, aby se dostaly do lékárny, kde je ještě nikdo nezná a antikoncepci si zakoupit (Bissell 2003: 2371 – 2374).

Mnoho respondentů dokonce pociťovalo zodpovědnost za soukromé až detailní situace žen, které jim o nich sami vypovídaly. Co se pak týká žen, užívající tento servis, tak ty jím byly potěšeny a říkaly, že je to lepší nežli si zdlouhavě domlouvat schůzku s lékařem. Celkově ze studie vzešlo, že je to více pozitivní jev, nežli naopak, ale nesou se s ním i značné obavy řekněme z velkého břemena, hozeného na pracovníky v lékárnách (Bissell 2003: 2376).

6.2.3 Nouzová antikoncepce v Afrických zemích

Ohledně nouzové antikoncepce byla provedena i studie v Africe, které e zúčastnilo celkem 149 žen a 77 mužů ve věku mezi 18. a 40. lety. Byli požádáni o účast v anonymním průzkumu zahrnující i jejich rodiny a sexuální život. Analýza byla založena na údajích shromážděných v letech 2005 a 2007 během výzkumného projektu *"Nouzová antikoncepci v Africe“*, konkrétně v Senegalu, Burkině Faso a Ghaně (Teixera et al. 2012: 149).

Rozhovory byly prováděny s lidmi s různou mírou vzdělání, přičemž bylo důležité, aby ženy byly ve sňatku, jinak jim nebyl dovolen jejich sexuální život. Ve skutečnosti bylo pak paradoxně zjištěno, že nouzovou antikoncepci používají hlavně svobodní lidé. Kromě toho byl ale vyjádřen i názor, že tato alternativa může vést k nespoutané sexualitě především skrze vyjádření žen a mužů v Senegalu, kde předmanželský sex je sociální stigmatizace (Teixera et al. 2012: 153).

6.4 Injekční Antikoncepce

Dalším druhem hormonální antikoncepce je i injekční metoda, přičemž počátek injekční antikoncepce se datuje k roku 1950. Avšak tato metoda není vhodná k dlouhodobému použití, i když to bylo roku 1984 schváleno. Avšak to pouze jen pokud jiné metody nebyly vhodné. Krátkodobé injekce jsou k použití zejména v USA, ale i ty jsou stále předmětem výzkumu (FPA - The sexual health charity 2010).

6.5 Nitroděložní tělísko

Nitroděložní tělísko je ve své podstatě předmět, který je zaváděn do dělohy. Tyto tělíska mají více tvarů, ale vyrábějí se z plastické hmoty a jsou doplněny různo druhovým, ale nejčastěji měděným drátkem. Obvykle jsou také zaváděna i s jakýmsi vláknem, který vyčnívá do pochvy. Celý tento proces se provádí na specializovaných pracovištích a zcela bez anestézie (Antikoncepce.cz).

Základní mechanismus účinku nitroděložních tělísek pak spočívá v tom, že v děloze působí jako cizí těleso, přitahuje množství bílých krvinek a ty se vrhají na spermie, které postupují dělohou vzhůru. Tento efekt je ještě zvýšen měděným drátkem; uvolňovaná měď má toxický vliv na spermie a rovněž jim brání v cestě pohlavním ústrojím. Nitroděložní tělíska tedy nevyvolávají časný potrat, pouze brání spermiím, aby se dostaly k vajíčku. Nitroděložní tělíska se obvykle zavádějí na nejvýše 5

let, pak se doporučuje jejich výměna, což lze provést v jediném sezení (Antikoncepce.cz).

7 Vedlejší efekty v užívání antikoncepce

Antikoncepční přípravky mají bohužel ale i své vedlejší efekty. V rámci užívání antikoncepce tak může dojít k:

- Špinění, či lehké krvácení z pochvy
- Nevolnost v průběhu prvního roku užívání antikoncepce
- Negativní změny nálad; deprese
- Pigmentové skvrny na kůži
- Ztráta menstruace
- Krevní sraženiny v nohách

Dále se také nedoporučuje užívání antikoncepčních přípravků ženám, které trpí ischemickou chorobou srdeční, majících vaginální krvácení, či ženám, které prodělaly mrtvici nebo rakovinu prsu. Samozřejmost pro neužívání pak plyne pro ženy nad 35 let, které jsou kuřačky (Stoppler 2015).

8 Pozitiva v užívání antikoncepce

Existuje celá řada výhod v užívání antikoncepčních přípravků. Uživatelé perorální antikoncepce zaznamenali například výrazné snížení menstruačního krvácení či menstruačních křečí. Dále se můžeme setkat s:

- Snížení vzniku akné
- Snížené riziko mimoděložního těhotenství
- Redukce cyst na vaječnících
- Ochrana před rakovinou dělohy
- Menší pravděpodobnost vzniku osteoporózy (Stoppler 2015)

Orální antikoncepce je tak velmi efektivní metoda, která má zdravotní výhody v prevenci těhotenství, ale také pozoruhodné účinky na reprodukční systém žen. Na celosvětové úrovni pak antikoncepce je nápomocná při snížení přeplněnosti věznic, znečištění a globálním oteplování, či možnosti výběru množství potomstva jednotlivých párů (ESHRE 2005: 513).

8.1 Dysmenorrhea

Dysmenorrhea je nejčastější forma menstruační poruchy s výskytem 50 - 90%, u mladých žen (Andersch a Milsom, 1982; Sundell a kol., 1990, cit. dle ESHRE 2005: 514). Ve Švédsku pak 15% mladých žen trpí dysmenorrheou, což má ve většině případů za následek absenci ve škole, či práci každý měsíc (ESHRE 2005: 514).

Nedávné zprávy z USA uvedly, že dysmenorrhoea představovala až 600x106 ztracených hodin a 2 miliardy dolarů ze ztracené produktivity ročně. Ve Velké Británii pak měli 26 hospitalizací pro dysmenoreu ročně a na 100 000 žen, které uvedly, že jí trpí (Vessey a kol., 1996, cit. dle ESHRE 2005: 514).

Důležitým mezníkem je kombinovaná hormonální antikoncepce, ta poskytuje až z 80% úlevu od bolesti pro ženy trpící Dysmereou. Menstruační křeče pak bývají významně sníženy (ESHRE 2005: 514).

8.2 Menorrhagia

Menorrhea je definována jako *„menstruační ztráta krve, kterou trpí přibližně až 10% žen v reprodukčním věku. Ta se pak zvyšuje s přibývajícím věkem. Nadměrná ztráta krve poté vede k nedostatku železa, anémii či hysterektomii*“ (Hallberg a kol. 1966, cit. dle ESHRE 2005).

Avšak bylo prokázáno, že menstruační krvácení se snížilo přibližně až z 50% uživatelkám hormonální antikoncepce. Při jejím užívání pak dochází k vymizení menstruace, či snížení její frekvence (ESHRE 2005: 515).

A ačkoliv měsíční menstruace je přirozená a normální, není nezbytně výhodná pro všechny ženy. Pokud trpí touto ztrátou krve, menstruaci lze minimalizovat bezpečnými a široce dostupnými formami hormonální antikoncepce (ESHRE 2005: 515).

8.3 Premestruační syndrom

V průběhu reprodukčního období trpí až 90% žen premenstruačními příznaky. Ty zahrnují zejména bolest prsou, nadýmání, akné, či zácpu. Více než 60% žen pak uvádí otok či nadýmání a 70% se vážně potýká s bolestmi prsou. Všechny tyto ženy hledají úlevu, protože tento stav ovlivňuje i ve velké míře mezilidské vztahy. Ženy jsou přecitlivělé a náladové (ESHRE 2005: 516).

Premenstruační potíže bývají vyřešeny hormonální antikoncepcí, nicméně u některých žen tyto obtíže přetrvávají, či se dokonce zhoršují v rámci užívání HA. Při léčbě žen s lehkými či středně těžkými příznaky je užívání HA výhodné, avšak při těžších příznacích PMS je zapotřebí specifické léčby (ESHRE 2005: 517).

8.4 Akné

Akné je nejčastější kožní onemocnění léčené lékaři. Vyskytuje se až u 40% dospívajících a 10% dospělých žen (Redmond a kol. 1997;. Thiboutot et al. 2001, cit. dle ESHRE 2005). Pro léčbu akné je pak u žen více než žádoucí užívat hormonální antikoncepci, která obsahuje antiandrogeny (ESHRE 2005: 517).

8.5 Rakovina

Antikoncepční pilulky zprostředkovávají ochranu uživatelek před kolorektálním karcinomem. U mladých žen se ukázal značný pokles úmrtnosti na rakovinu v posledních několika desetiletích. Analýza trendů v úmrtnosti na rakovinu vaječníků ukázala, že u žen narozených po roce 1920, tj. z generace, která používá orální kontraceptiva, se snížil výskyt rakoviny vaječníků, a to v zemích, kde perorální antikoncepce byla ve větší míře využívána (La Vecchia et al. 1998; IARC 1999, cit. dle ESHRE 2005).

V rámci endometriální rakoviny je výhoda užívaní HA nejistá a to více než u rakoviny vaječníků. Nicméně v rámci užívání se může zabránit až odhadem 3000 úmrtím za rok (ESHRE 2005: 520).

8.6 Sexualita a antikoncepce

„Lidská sexualita je závislá na složité interakce mezi kognitivními procesy, psychickými a biochemickými mechanismy či nálady“ (Bancroft 1988, Basson 2000, cit. dle Guida et al. 2005). Některé orgány hrají však ústřední roli v rámci sexuální odezvy, důležitý je tak zejména mozek a smysly (čich, zrak, zvuk, chuť, dotek), ty odesílají veškeré myšlenky či obrazy do mozku. Mozek pak tyto odezvy formuje pro tělo. Všechny tyto odezvy pak uvolňují pohlavní hormony - estrogen a testosteron (Walton, Trashawn 2003).

Je vysoce pravděpodobné, že hormonální antikoncepce ovlivňuje u žen i sexualitu. Některé studie ukazují, že ženy používající hormonální antikoncepci mohou mít lepší sexuální život, intenzitu orgasmu apod. Tento pozitivní vliv byl pozorován až u 44% uživatelek hormonální antikoncepce, oproti 36% žen využívající jiné ochranné prostředky (Oddens 1999, cit. dle Guida et al. 2005).

Tuto pozitivní situaci a celkové potěšení ze sexuálního styku obou partnerů může vyvolat zejména pocit uvolnění. Antikoncepce může snižovat strach z nechtěného otěhotnění, čímž se může logicky zvýšit touha a sexuální uspokojení (Masters, Johnson 1987, cit. dle Giuda et al. 2005).

8.7 Čichový práh a užití antikoncepce

Schopnost detekovat chemické podněty je důležitá nejen pro zvířata, ale i pro lidi. Je více než jasné, že lidské chování je silně ovlivněno čichovým vnímáním, ale ovlivňující faktory tohoto vnímání jsou jen ve velmi malé míře podrobeny bližšímu zkoumání. Nicméně předchozí studie jasně dokázaly, že existují rozdíly vnímání mezi pohlavími, přičemž lepší vnímání pak poukazuje právě na ženy (Larsson a kol. 2004, cit. dle Derntl 2013).

Přímé porovnání mezi ženami užívajícími HA a neužívajícími HA, ukázalo na fakt, že ženy, které jsou uživatelkami, mají lepší čichové vnímání. A to zejména pachů v oblasti životního prostředí (Lundström et al. 2006, cit. dle Derntl 2013). Pach je tedy silně ovlivněn nejen užitím HA, ale i fází menstruačního cyklu, či hormonálními změnami, kde ženy silně vedou nad muži (Derntl 2013: 73).

9 Rizika spojená s užíváním antikoncepce

9.1 Kardiovaskulární onemocnění

Antikoncepční hormony, nejčastěji předepsané jako perorální antikoncepce (OCs), jsou široce využívány k zabránění těhotenství. Novější generace OC ale zdůraznila, že existuje zvýšené riziko myokardu pro aktuálního uživatele a přetrvávající zvýšené riziko žilní tromboembolie. Týká se to tak zřejmě všech hormonálních antikoncepčních přípravků včetně těch, které obsahují novější progestiny, které snižují krevní tlak (Shufelt, Merz 2009).

Aktuálně je tak naznačováno, že jako u všech léků, by se i u antikoncepčních přípravků měly zvážit rizika a zároveň přínosy pro individuálního pacienta. U žen starších 35let by se měly v rámci užití těchto hormonů i posuzovat rizikové faktory, včetně hypertenze, kouření, diabetu, cévních onemocnění a migrény, a to před samotným použitím (Shufelt, Merz 2009).

Pozorovací studie ukazují, že mladé ženy mají relativně nižší riziko kardiovaskulárních onemocnění ve srovnání s muži. Kardiovaskulární riziko stoupá po menopauze. Dokonce bylo zjištěno, že od roku 2000 vzrostla úmrtnost žen na kardiovaskulární onemocnění, a to u žen mezi 35 - 44 rokem. Mělo by tak dojít k zásadnímu přezkoumání, zda je vhodné užívat hormonální antikoncepci u žen s rizikem tohoto onemocnění. Jedná se zejména o to, že ovulační dysfunkce a relativně nízké hladiny estrogenů, mohou zvýšit kardiovaskulární riziko. Což zahrnuje až 33% žen před menopauzou a také to vede bohužel k riziku osteoporózy (Shufelt, Merz 2009).

Je tedy jasné, že ženy nad 35 let by si měly nejen sledovat krevní tlak, aby regulace krevního tlaku nebyla ohrožena, ale mělo by být u nich před použitím hormonální antikoncepce posouzeno riziko

kardiovaskulárního onemocnění, hypertenze a diabetu. U těchto žen jsou tak zapotřebí vyšší dávky estrogenu k potlačení ovulace (Shufelt, Merz 2009).

V dnešní době jsou na trhu takové antikoncepční přípravky, které dokonce snižují tělesnou hmotnost. Nicméně i když by se dalo očekávat, že tyto novější prostředky mají celkově nižší jakékoliv riziko, je zapotřebí zvláštní studie. Ze současných směrnic vyplývá, že stejně jako u všech léků, antikoncepční hormony by měly být vybrány na základě zvážení rizik a přínosů pro konkrétního pacienta (Shufelt, Merz 2009).

9.2 Tromboembolie

Další z problémů, který může vzniknout v důsledku užívání hormonální antikoncepce, je žilní tromboembolie (VTE). Což je spojení hluboké žilní trombózy a plicní embolie. Tento jev vzniká zejména kvůli dlouhému sezení, nebo ležení. Zkrátka pokud jsou dolní končetiny dlouho nepohyblivé a to ať už kvůli sedavému zaměstnání pacientky, nebo dlouhému letu, či nemoci, která pacientku upoutá dlouhodobě na lůžko. Důležitý je tak nejen zdravý životní styl, zdržení se kouření, či červeného masa, ale je důležité obzvlášť být na pozoru u žen užívajících hormonální antikoncepci (Goldhaber 2010).

S těmito problémy se potýkají zejména ženy, které používají transdermální náplasti, vaginální kroužky, či podkožní implantáty a mají přibližně šestkrát až sedmkrát zvýšené riziko žilní tromboembolie (VTE) ve srovnání s ženami, které nepoužívají hormonální antikoncepci. Za období užívání po dobu deseti let se zvyšuje riziko VTE o více než 1%. Proto by ženy měly používat kombinovanou perorální antikoncepci s levonorgestrelem nebo norgestimátem spíše než používat transdermální náplasti nebo vaginální kroužky (Lidegaard 2012).

„Nejméně 10 milionů žen v USA a 100 milionů žen na celém světě užívá kombinovanou perorální antikoncepci. Nicméně, tím se i bohužel zvyšuje riziko VTE o faktor 3-4 u běžných uživatelů. Kromě toho se riziko zdvojnásobuje u přípravků obsahujících desogestrel nebo gestoden, známé jako třetí generace progestinů. Proto tedy ženy s vysokým rizikem VTE by měly být podrobeny testování na trombofilii, nežli se rozhodnou vzít perorální antikoncepci. Nicméně je pro mnohé tato situace stále velmi sporná“ (Goldhaber 2010).

9.3 Riziko nákazy pohlavními chorobami

V USA bylo zjištěno, že s tímto problémem se potýkají zejména dívky tmavší pleti, a to mezi 15 – 17 rokem, a ty, které měly za poslední tři měsíce více partnerů a nepoužívaly při pohlavním styku kondom (MacLean 2005).

Obecně co se ale týká pohlavně přenosných chorob, je více než jasné, že jejich riziko je zvýšené v případě užití v rámci pohlavního styku pouze antikoncepčních přípravků. Ty logicky ženu před těmito nemocemi neochrání, tak jako například pánská ochrana.

Vysoká míra sexuální aktivity, HIV a další pohlavně přenosné choroby u dospívajících představují obrovské riziko na jejich zdraví. AIDS je dokonce nyní hlavní příčinou úmrtí mezi mladými lidmi mezi 25 a 44 rokem věku. Mladé ženy tvoří největší kategorii nových AIDS případů a mezi mladými ženami je heterosexuální sex primární formou přenosu. Menšinové ženy jsou pak nejvíce ohroženy. Na mezinárodní úrovni, v průměru je nakažena 1 na každých 100 afro-amerických žen ve věku 27 – 39 let, a 1 z každých 200 hispánských žen v tomto věku může být infikována. Zvýšení případů AIDS u mladých žen je přisuzována z velké části počtu dívek a žen infikovaných v teenagerovském období. To vše se

samozřejmě pak pojí s jinými pohlavně přenosnými chorobami (Roye 1998: 205).

Většina dospívajících tak nevidí důvod použití kondomu, když jsou chráněny hormonální antikoncepcí. Nevidí tak riziko nákazy pohlavně přenosných chorob. Jejich hlavní prioritou je tak zabránit početí. Ve studii dospívajících *Norplant,* dokonce až třetina uvedla, že není nutné použít kondom, když jejich implantáty jsou tak účinné (Roye 1998: 206).

Až 616 dospívajících dívek ve věku 12 – 21 let, s průměrem 18 let, se zúčastnilo poraden v severním Manhattanu. Přičemž bylo 79% hyspánek, 16% afroa-američanek, 1% bílých žen a 1% jiné. Dotazovány byly skrze dotazníkové šetření a otázky se týkaly sexuálního chování, antikoncepčního využití, historie těhotenství a pohlavně přenosných chorob a komunikace o sexualitě. Výsledky například poukázaly na to, že 54% dívek má sexuální styk alespoň jednou týdně a 12% každý den. Dalším zajímavým výsledkem bylo i to, že častější uživatelé kondomu jsou afro-američanky, nežli hispánské teenagerky. Faktem ale je, že při vyplňování dotazníků nemusely respondentky odpovídat pravdivě a tak je otázkou, zda se více před pohlavně přenosnými chorobami chrání ženy ze zemí, kde je větší výskyt nákazy AIDS, či nikoliv (Roye 1998: 206, 207).

9.3.1 Riziko nákazy HIV skrze injekční hormonální antikoncepci

S tímto problémem se setkávají zejména ženy, u kterých je riziko získání HIV časté. Jsou to ženy, které provozují pohlavní styk s mužem, jež HIV onemocnění pravděpodobně má. Tyto ženy by se tak měly vyvarovat používání injekčních antikoncepčních přípravků a v rámci pohlavního styku zajistit i pánskou ochranu, kterou jsou kondomy. „*Odhaduje se, že v případě, injekční antikoncepce se zvyšuje riziko HIV*

o 20%, což by přispělo k 27000 dalších infekcí za rok, z nichž k drtivé většině by došlo v jižní a východní Africe“ (Polis a spol. 2014).

Ženy tak s výběrem progestinu v rámci injekční antikoncepce by měly být informovány o tom, že panuje v současné době nejistota ohledně použití této metody a to kvůli zvýšenému riziku HIV. Podobně by tak všechny ženy s rizikem HIV měly mít přístup k používání kondomů a další HIV preventivních opatření (Polis a spol. 2014).

„Celosvětově se také odhaduje na 17300000 nakažených heterosexuálních žen, tyto ženy jsou pak většinou reprodukčního věku, a ač mají hormonální antikoncepce mnohé pozitivní důsledky pro ženy, v případě HIV to neplatí“ (Baeten et al. 2007: 360). A tak v rámci posledních několika let řada biologických a epidemiologických studií poukazuje na to, že hormonální antikoncepce může mít vliv na citlivost nakažení virem HIV-1 (Baeten et al. 2007: 360).

Nicméně Světová zdravotnická organizace (WHO) dospěla k prohlášení, že pro většinu žen výhody hormonální antikoncepce k zabránění nechtěného těhotenství převažují jakékoliv potenciálně zvýšené riziko HIV-1 akvizice (Baeten et al. 2007: 366).

9.4 Riziko autismu pro budoucí potomky

Toto téma je velmi sporné a hojně diskutující, nicméně na základě toho, že v posledních šedesáti letech vzrostl počet autistů, je možné, že i na vině je stále hojnější používání hormonálních přípravků. Roku 1960 bylo zjištěno, že perorální antikoncepci užívalo zhruba jeden milion žen v USA, dnes je to dokonce až 11 milionů (Strifert 2014).

Dle Strifert (2014) „*Existuje tedy jistá hypotéza, že sloučeniny estrogenu a progesteronu, který se používá v orálních antikoncepčních přípravkách mění stav vajíčka a antikoncepce se tak stávají silným*

rizikovým faktorem, který pomáhá vysvětlit nedávné zvýšení výskytu autismu.“ Nicméně pokud se vezme v potaz, že je značný nedostatek studií, zabývajících se účinky perorální antikoncepce na budoucí potomky, není v zásadě žádoucí s jistotou určit nebezpečí autismu v rámci užívání antikoncepce (Strifert 2014).

Nicméně bylo také zjištěno, že existuje mnoho vedlejších účinků jiných, jako srdeční choroby, neurologické a kognitivní poruchy, obezita, neplodnosti či sexuální dysfunkce. A konečně, nově se ukazuje, že orální užívání antikoncepce přímo a nepříznivě ovlivňuje jak vaječníky, tak i vajíčka (Strifert 2014).

Mohou změnit nebo degenerovat stav zárodečné buňky nebo vajíčka, produkující rizikový faktor, který vysvětluje výrazný nárůst výskytu autismu. Vzhledem k tomu, že se perorální antikoncepce se používá tak široce, škodlivé následky mohou mít významné důsledky pro veřejné zdraví. Přesto existuje velmi malé množství současných studií, provedených na účinky perorální antikoncepce na potomstvo. Je jasné, že studie je třeba udělat, aby se potvrdily či vyvrátily spojitosti mezi užívání orálních kontraceptiv a zvýšeným výskytem autismu (Strifert 2014).

9.5 Rakovina děložního čípku

Bylo zjištěno, že dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce by mohlo přispět k riziku vzniku rakoviny děložního čípku. Uvádí se, že hormonální antikoncepce může být rozvojovým faktorem ve vzniku tohoto typu rakoviny. Ve Velké Británii se dokonce s tímto zhoubným onemocněním potýká každý rok až 3 200 žen (BBC 2003).

V Anglii dokonce bylo provedeno šetření a zjistilo se, že ženy, které berou pilulky méně než 5 let, mají zvýšené riziko rakoviny až o 10%.

Nicméně ty, které berou antikoncepci v horizontu 5 – 9 let, mají riziko až 60% (BBC 2003).

Dr. Amy Berrington z epidemiologické jednotky Cancer Research UK v Radcliffe nemocnici v Oxfordu, říká: *„Tato studie ukazuje, že užívání hormonální antikoncepce po dlouhou dobu, může zvýšit riziko vzniku rakoviny děložního čípku“* (BBC 2003).

9.6 Pilulka dokonce mění ženino vnímání muže…

Psychologové zjistili, že ženy, které užívají pilulky, mají tendenci vybírat si muže „macho“ typ se silnými čelistmi a výraznými lícními kostmi. Naopak ženy, které neužívají, antikoncepci si vybírají spíše citlivější typy mužů, ne s typickými mužskými vlastnostmi (BBC 2003).

Vědci ze St. Andrews a Stirling Universities dokonce věří, že pilulky vybuzují ženy k vztahům s nevhodnými typy mužů. Těmto ženám ukázali obrázky s několika muži a ony si s přehledem vybrali spíše „macho“ typy, na rozdíl od žen, které antikoncepci nepoužívají. Ty mají tak zřejmě větší potenciál si najít věrného a vhodného manžela (BBC 2003).

Klíčem prý může být to, že pilulka blokuje přirozený proces ovulace. Pilulka prý tlumí všechny hormonální změny, které se konají v průběhu normálního menstruačního cyklu, a to může mít na výběr partnera vliv. Je tedy celkem zarážející, že žena, která vysadí antikoncepci a otěhotní, poté zjistí, že si vybrala špatného partnera (BBC 2003).

9.7 Depresivní nálady a antikoncepce

Ukazuje se, že existuje riziko výskytu depresivních nálad u psychicky či emocionálně zranitelnějších žen, používající antikoncepci. Jedná se tak o jasný nežádoucí efekt perorální antikoncepce. Mechanismy, které ovlivňují náladu, jsou zejména neuroaktivní steroidy,

které se tedy v přítomnosti antikoncepce utlumují (Oinonen, Mazmanian 2002).

Nicméně některé studie i poukazují na to, že hormonální antikoncepce může mít na náladu naopak pozitivní účinky, anebo v průběhu let používání antikoncepce depresivní nálady vymizejí. Nežádoucí účinky se tak mohou vyskytovat zejména u přípravků starší generace, obsahující vyšší dávkování a jiné složení estrogenu a progestinu. V konečném důsledku může tak i na náladu mít vliv menstruace, zda je pravidelná apod., či menstruační symptomy. To vše může naopak i hormonální antikoncepce potlačit (Oinonen, Mazmanian 2002).

14 Ženy nad 40 let a antikoncepce

Téma by bylo dobré zakončit samotnou fází, kdy hormonální antikoncepce se dostává pomalu do pozadí a přibližuje se další fáze ženského systému, a to menopauza. Je zde tedy poslední desetiletí v užívání antikoncepce.

Celkový počet žen ve věku 40-49 let výrazně vzrostl v desetiletí mezi roky 1950 a 2000 ve vyspělých zemích, a to o 58% a 32% v Evropě. Tento nárůst byl obzvláště vysoký ve východní a jižní Evropě. Tento růst se však zastavil a brzy skončí ve většině částí Evropy: pětiprocentní pokles počtu žen v této věkové skupině v Evropě se očekává v letech 2000 až 2020. Budoucnost poklesu žen tohoto věku má za následek konec baby boomu (United Nations Population division 2007, cit. dle ESHRE 2009).

Snížení možnosti otěhotnění ale neznamenají konec výskytu těhotenství, tomu se pravděpodobně nezabrání ani po 40. roku žen.

Nicméně klinické a sociální důsledky nečekaného těhotenství jsou pro ně méně žádoucí (Dutch Central Bureau of Statistics CBS, UK Central Health Statistics 2006, cit. dle ESHRE 2009).

Většina žen se nebrání otěhotnění nad 40. rokem jejich věku. Nicméně pokud se snaží v těchto letech otěhotnět, může to trvat déle. Je jasné, že s věkem plodnost úměrně klesá. Podle Van Noord-Zaadstra (1991, cit. dle ESHRE 2009) měsíční šance na početí klesá o 20% ve věku 25-30 let a o dost nižší je ve věku nad 40 let, a to ještě o dalších 8%.

Z průzkumu, týkajícího se australských žen bylo zjištěno, že: „ z *žen mezi 44 a 49 rokem, 32% žen má pohlavní styk jednou týdně, 25% několikrát týdně a 22% jednou měsíčně. 12% pak má styk 1x až 6x ročně, a pouhých 6% nemá vůbec pohlavní styk, 3% párů má mít pohlavní styk denně*“ (Deeks, McCabe 2001, cit. dle ESHRE 2009).

Je ale bohužel jasné, že čekat dítě po 40. roce ženy je rizikové. Proto je třeba počítat s ochrannými metodami. Možná právě proto poptávka po antikoncepčních přípravcích u těchto žen se zvyšuje. U žen v tomto věku je tak kontraindikována estrogenová a progestogenová kombinace (ESHRE 2009: 606).

Avšak existují rizikové faktory pro arteriální nebo žilní tromboembolické onemocnění a mnoho z těchto rizikových faktorů se zvyšuje s věkem. Je tedy zásadní dávat v ohled například vysokou hmotnost, kouření, hypertenze, diabetes či migrénu. Nicméně také většina nádorových onemocnění je razantně vyšší nad 40 let, než u žen dvacetiletých (ESHRE 2009: 606).

Metoda antikoncepce by měla být v zásadě u žen nad 40 let řešena velmi individuálně a zabývat se všemi možnými riziky či přínosy. U těchto žen je také riziko antikoncepčního selhání minimální, a to zejména proto,

že v tomto věku jsou svědomitějšími uživatelkami, ale také méně plodné (Trussell 2004, cit. dle ESHRE 2009).

15 Závěr

Je jasné, že ženám dává hormonální antikoncepce pomyslnou volnost a svobodu výběru. Také, a to jsem i ve své práci uvedla, má i mnoho pozitiv. Jedno z největších je samozřejmě ochrana před nechtěným početím, ty další pak jsou pro mnoho žen velmi výhodné.

Avšak uvedla jsem i spoustu negativních bodů, na které by se měli vědci v budoucnu více soustředit, jelikož se stále mluví o antikoncepci spíše v pozitivech a ty negativa jsou stavěna spíše do pozadí. Tak právě na ta by nebylo na škodu se více soustředit a objasnit některé nejasnosti. Myslím si, že my ženy, bychom měly vědět, jak to doopravdy s těmito přípravky je a zda se nemusíme bát je bez obav i nadále užívat.

Já jsem ve své práci uvedla mnoho aspektů souvisejících s hormonální antikoncepcí, některé jsou pozitivnější, některé jsou negativnější, ale pravdou zůstává, že ovlivňují reprodukční systém žen. Avšak je na každé z nás, zda si tuto variantu ochrany vybere, či jaký si k ní zvolí postoj.

16 Seznam použité literatury a zdrojů

Antikoncepce. 2015. „Nitroděložní tělísko bez hormonu“ [*online*]. [cit. 6. 3. 2015]. Dostupné z: http://www.antikoncepce.cz/antikoncepce/dlouhodoba-antikoncepce/nitrodelozni-telisko-bez-hormonu/

Baeten M. Jared, Lavreys, Ludo, Overbaugh, Julie. 2007. „The Influence of Hormonal Contraceptive Use on HIV-1Transmission and Disease Progression. Clinical Infectious Diseases“. Pages 360-9. *Oxford Journals*

BBC News World Edition. 2003*. „*Pill changes women's taste in men*“* [*online*]. [cit. 5. 2. 2015]. Dostupné z: http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/2675813.stm

BBC New World Edition. 2003. „Pill linked to cervical cancer risk*“* [*online*]. [cit. 5. 2. 2015]. Dostupné z: http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/2913465.stm

Bissell, Paul, Anderson, Claire. 2003. „Supplying emergency contraception via community pharmacies in the UK: reflections on the experiences of users and providers“. Social Science & Medicine 57: 2367–2378. Science Direct

Caserta, D, et al. 2011. „Environment and Women´s Reproductive Health“. Human Reproduction Update, Vol. 17, No.3 pp. 418–433. *Oxford Journals*

Coeytaux, Francine, MPH, Pillsbury, Barbara, PhD. 2001. „Bringing Emergency Contraception to American Women: The History and Remaining Challenges“. WOMEN’S HEALTH ISSUES VOL. 11, NO. 2 MARCH/APRIL 2001. Elsevier Science Inc.

Coutinho, M., Elsimar, Segal, J., Sheldon. 1999. *Is Menstruation obsolete?.* Oxford University Press; 1 edition.

Delvaux, Thérése, Nostlinger, Christiana. 2007. „Reproductive Choice for Women and Men Living with HIV: Contraception, Abortion and Fertility“. Reproductive Health Matters15 (29 Supplement):46–66.

Derntl, Birgit et al. 2013. „Menstrual Cycle Phase and Duration of Oral Contraception Intake Affect Olfactory Perception“. Chemical Sense 38: 67-75. *Oxford Journals*

Dudová, Radka. 2012. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Sociologický ústav Akademie věd České republiky, Praha.

The ESHRE Capri Workshop Group. 2005. „Noncontraceptive health benefits of combined oral contraception*".* Human Reproduction Update, Vol. 11, No. 5. Pages 513–525. *Oxford Journals*

The ESHRE Capri Workshop Group. 2009. „The Female Contraception over 40". Human Reproduction Update, Vol. 15, No. 6. Pages 599–612. *Oxford Journals*

FPA - The sexual health charity. 2010. „Contraception: past, present and future factshee" [*online*]. [cit. 20. 11. 2014]. Dostupné z: http://www.fpa.org.uk/factsheets/contraception-past-present-future

Goldhaber, Z. Samuel. 2010. „Risk Factors for Venous Thromboembolism". Journal of the American College of Cardiology. Volume 56. Issue 1. Pages 1–7. *Science Direct*

Guida, Maurizio et al. 2005. „Effects of two types of hormonal contraception - oral versus intravaginal - on the sexual life of women and their partners*".* Human Reproduction Vol. 20, No. 4 pages 1100–1106. *Oxford Journals*

Jütte, Robert. 2008. *Contraception; a history*. Cambridge UK: Polity Press

Layne, Linda, L., Boyer, Kate, et al. 2010. *Feminist Technology*. University of Illinois Press Urbana, Chicago and Springfield

Lidegaard, O. a spol. 2012. „Venous Thrombosis in Users of Non-Oral Hormonal Contraception: Follow-Up Study, Denmark 2001-10". Journal of Vascular Surgery. Volume 56, Issue 4. Pages 1181. *Oxford Journals*

London Draper. 2006. „Working Women and Contraception; History, Health, and Choices*"*. vol. 54, no. 7. *Sage*

MacLean, R. 2005. „Injectable Use May Increase Women's Odds of Getting Chlamydia or Gonorrhea*".* International Family Planning Perspectives, Vol. 31, No. 1. Pages 45-46. *JSTOR*

MD Stöppler, C., Melissa and MD Jay W. Marks. 2015. „Birth Control Pills (Oral Contraceptives)" [*online*]. [cit. 10. 3. 2015]. Dostupné z: http://www.medicinenet.com/oral_contraceptives_birth_control_pills/article.htm

MD Stöppler, C., Melissa. 2015. „Hormonal Methods of Birth Control*“ [*online*]*. [cit. 10. 3. 2015]. Dostupné z: http://www.medicinenet.com/hormonal_methods_of_birth_control/page3.htm#what_are_the_side_effects_of_the_pill

MD Stöppler, C., Melissa. 2015. „Hormonal Methods of Birth Control“ [*online*]. [cit. 6. 2. 2015]. Dostupné z: http://www.medicinenet.com/hormonal_methods_of_birth_control/article.htm

Murdoch, E. Fern, Ervin Goldberg. 2014. „Male contraception: Another holy grai“. Bioorganic & Medicinal Chemistry Letters. Volume 24, Issue 2. Pages 419–424. *Science Direct*

Oinonen KA, Mazmanian D. 2002. „To what extent do oral contraceptives influence mood and affect?“. J Affect Disord ;70:229–240. *Oxford Journals*

Payne, Sarah. 2006. *The Health of Men and Women.* Polity Press; Cambridge, Malden

Polis, B. Chelsea a spol. 2014. „Hormonal contraceptive methods and risk of HIV acquisition in women: a systematic review of epidemiological evidence“. Contraception. Volume 90. Issue 4. Pages 360–390. *Science Direct*

Johnston-Robledo, I., et al. (2006). “Kiss your period good-bye”: Menstrual suppression in the popular press. *Sex Roles, 54*, 353-360.

Roye, F., Carol. 1998. „Condom Use by Hispanic and African-American Adolescent Girls Who Use Hormonal Contraception“. JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH 23:205–211.

Shufelt, L. Chrisandra et al. 2009. „Contraceptive Hormone Use and Cardiovascular Disease“. Journal of the American College of Cardiology. Volume 53. Issue 10. *Science Direct*

Strifert, Kim. 2014. „The link between oral contraceptive use and prevalence in autism spectrum disorder. Medical Hypotheses“. Volume 83, Issue 6. Pages 718–725. *Science Direct*

Srb, V., Kučera, M., Vysušilová, D. 1961. „Průzkum manželství, antikoncepce a potratů (1959), 4. část.“ Demografie 3 (4): 311 - 330

Teixeira, Maria, et al. 2012. „Representations and uses of emergency contraception in West Africa a social anthropological reading of a northern medicinal product“. Social Science & Medicine 75: 148 - 155.

Tínková, D. 2004. *Hřích, zločin, šílenství v čase okouzlování světa*. Praha: Argo.

Walton B., Trashawn T., (2003). „Femal sexual dysfunction*“*. Curr Women's Health Reports 3. Pages 319–326. *Oxford Journals*

17 Resumé

The aim of my bachelor work was to find out what positive or negative side effects has hormonal contraception on women. Hormonal contraception not only prevents woman to get pregnant, but it also has some effects which affects our reproductive health and life. However, my conclusion is that contraception is for women from half good and from half bad. It can help us for example alleviate acne, or alleviate premenstrual syndrome. But it has also some risks, especially the risk of cardiovascular disease for women. However, in today's era of modern technology, contraception is necessary, really important and many women can not imagine to not use contraception in her reproductive life.