

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Daniela Drobíková

**Informovanost studentek středních a vysokých škol
v Moravskoslezském kraji o hormonální antikoncepci**

Olomouc 2015

Vedoucí práce: MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Informovanost studentek středních a vysokých škol v Moravskoslezském kraji o hormonální antikoncepci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury pod vedením MUDr. Kateřiny Kikalové, PhD.

V Olomouci dne 16. 4. 2015

.....

Daniela Drobíková

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé diplomové práce MUDr. Kateřině Kikalové, PhD., za její ochotu, vstřícný přístup a za poskytnutí cenných rad a připomínek. Také bych chtěla poděkovat rodině, přátelům a známým za nepopsatelnou podporu.

Obsah

Úvod.....	6
1 Cíl práce.....	7
2 Přehled teoretických poznatků.....	8
2.1 Princip antikoncepčního účinku.....	8
2.2 Typy hormonální antikoncepce.....	9
2.2.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce	9
2.2.2 Progestagenní hormonální antikoncepce	13
2.2.3 Postkoitální antikoncepce	14
2.2.4 Nitroděložní systém	15
2.3 Efektivita antikoncepčních metod.....	17
2.4 Kontraindikace, rizika a vedlejší účinky hormonální antikoncepce	18
2.4.1 Kontraindikace a rizika	18
2.4.2 Kardiovaskulární a trombofilní riziko	20
2.4.3 Maligní a benigní onemocnění v souvislosti s hormonální antikoncepcí.....	21
2.4.4 Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce.....	23
2.4.5 Interakce jater s hormonální antikoncepcí	23
2.4.6 Diabetes mellitus.....	24
2.4.7 Obézní ženy a hormonální antikoncepce	24
2.4.8 Ovlivnění kostní denzity	25
2.5 Hormonální antikoncepce u mladých žen	26
2.5.1 Vyšetření před předpisem hormonální antikoncepce.....	26
2.5.2 Doporučení při výběru antikoncepce	26
2.5.3 Péče o uživatelku s hormonální antikoncepcí.....	27
2.6 Neantikoncepční přínosy hormonální antikoncepce	29
2.6.1 Kontinuální podávání.....	29
2.6.2 Dysmenorea a hypermenorea.....	30

2.6.3	Akné.....	30
2.6.4	Menstruační migréna a epilepsie	31
2.7	Cesty vývoje hormonální antikoncepce	32
2.7.1	Mužská antikoncepce.....	33
2.8	Právní postavení hormonální antikoncepce	33
2.9	Náboženské názory	34
2.10	Mýty a pověry o hormonální antikoncepci.....	35
3	Metodika práce	36
3.1	Realizace výzkumu	36
3.2	Charakteristika respondentů.....	36
4	Výsledky	39
4.1	Partnerský život.....	39
4.2	Antikoncepční metody	41
4.3	Povědomí dívek o hormonální antikoncepci.....	43
4.4	Užívání hormonální antikoncepce.....	48
5	Diskuze	60
	Závěr	66
	Souhrn.....	67
	Referenční seznam.....	68
	Přehled použitých zkratk.....	74
	Seznam tabulek a grafů.....	76
	Seznam příloh	77
	Anotace	

Úvod

Dostupná a spolehlivá antikoncepce je v dnešní společnosti ukazatelem vyspělosti a je také součástí životního stylu téměř každého jedince. Hlavními důvody užívání antikoncepce je hlavně plánování rodičovství, aby byly děti chtěné a plánované, neschopnost si momentálně dítě dovolit a nepřipravenost na něj. S její pomocí si člověk může dokončit vzdělání, udržet nebo získat zaměstnání či mít lepší dohled nad sebou a svou rodinou.

Téma informovanosti o hormonální antikoncepci nebylo vybráno náhodou, zajímalo mne již při studiu porodní asistence na Univerzitě Palackého v Olomouci a doposud s tím spojené otázky z okolí, se kterými se u dívek, nejenom ze školního prostředí, stále setkávám.

Tato diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část zahrnuje přehled antikoncepčních hormonálních metod, jejich typy, rizika, kontraindikace, nežádoucí a pozitivní účinky vzhledem k mladým ženám. Z důvodu větší specifikace cílené skupiny jsme se nezaměřovali na perimenopauzální a postmenopauzální ženy. Dále se práce zabývá prvním předepsáním a nasazením hormonální antikoncepce u mladých žen, právním postavením hormonální antikoncepce a v závěru se objasňují mylné představy dívek vyplývající z dotazníkového šetření.

Empirická část byla zaměřena na dívky ze středních a vysokých škol a jejich povědomí o hormonální antikoncepci. Tyto dva soubory dívek byly následně porovnávány tak, aby se zjistilo, zda se budou vyskytovat rozdíly v jejich odpovědích. Výběr respondentek byl záměrný. Chtěla jsem porovnat úroveň znalostí dívek, které budou mít v budoucnu zdravotnickou profesi. Jako respondenty jsem si zvolila dívky ze středních zdravotnických škol a z Lékařské fakulty Ostravské univerzity v Moravskoslezském kraji. Tento kraj jsem si vybrala záměrně z toho důvodu, že jsem zde vystudovala základní a střední školu, a poté jsem zde také vykonávala praxi na jedné ze zdravotnických škol.

Věřím, že tato práce bude pro mne velkým přínosem, že si i já sama rozšířím zdravotnické a laické povědomí o hormonální antikoncepci, která je a stále bude čím dál více aktuálním a diskutovaným tématem.

1 Cíl práce

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jaká je informovanost studentek středních zdravotnických škol a vysokých škol v Moravskoslezském kraji o hormonální antikoncepci.

Dílčí cíle

- Popsat ucelený přehled o jednotlivých typech hormonální antikoncepce.
- Zjistit především informace, které se týkají hormonální antikoncepce a mladých žen.
- Zjistit, jaké vyšetření dívky absolvovaly u svého gynekologa před preskripcí hormonální antikoncepce.
- Zjistit, co nejčastěji vedlo dívky k ukončení užívání hormonální antikoncepce.

Deskriptivní problémy

- Kolik dívek, které měly první pohlavní styk ještě před dovršením 15 let, se bude vyskytovat v dotazníkovém šetření?
- Jakou antikoncepční metodu nejčastěji dívky použily nebo použijí při prvním pohlavním styku?

Relační problémy

- Jaká metoda antikoncepce je u studentek ze SZŠ a z VŠ nyní nejčastější?
- Existuje rozdíl v povědomí dívek ze SZŠ a VŠ ohledně toho, že jsou chráněny i během sedmidenní pauzy před nežádoucím otěhotněním?

Věcné hypotézy

- Nejčastější antikoncepční metodou u dívek ze SZŠ i z VŠ bude kombinovaná hormonální antikoncepce a až po té, na druhém místě, bude mužský kondom.
- Informaci o tom, že jsou dívky chráněny i během sedmidenní pauzy před nežádoucím otěhotněním, bude mít v povědomí méně než 80 % dívek z VŠ a 70 % dívek ze SZŠ.

2 Přehled teoretických poznatků

První pohlavní styk s partnerem uvádí dívky a ženy v České republice okolo 17. roku s individuálními extrémy pod i nad tímto věkem. Dnešní mládež má již určité ale jistě ne ucelené povědomí o antikoncepčních metodách bránících nechtěnému otěhotnění či přenosu pohlavních nemocí. Při prvním pohlavním styku je použit nejčastěji kondom, který se jeví jako nejideálnější řešení, avšak realita a zkušenost je jiná. Teprve opakovaným cvičením je kondom správně nasazen a nehrozí jeho protržení či stažení během styku.

Mezinárodní společnost pro antikoncepci doporučuje v sexuálních začátcích metodu „dvojitého jištění“, tedy nejlépe použít kondom a kombinovanou hormonální antikoncepci. Do výčtu ženské hormonální antikoncepce tedy patří kombinované estrogen – gestagenní pilulky, náplasti, z nichž se steroidy uvolňují přes kůži, vaginální hormonální kroužek, podkožní implantát ve formě tyčinky, gestagenní antikoncepce v podobě nitrosvalové a podkožní injekce, nehormonální antikoncepční tělísko i hormonální tělísko s levonorgestrelem. Mezi mechanické prostředky antikoncepce se dále řadí ženský kondom a pesar. Chemickou antikoncepci představují pěny, čípky a krémy, které jsou určeny k vaginálnímu použití. Tyto formy antikoncepce obsahují látky se spermicidním účinkem, které utlumují a zastavují pohyb spermií v ženském reprodukčním traktu daleko od potenciálního místa splnutí s vajíčkem. Z nevratných metod antikoncepce pro obě pohlaví patří sterilizace provádějící se operační technikou (Nouzová, 2010).

2.1 Princip antikoncepčního účinku

Hormonální antikoncepce zahrnuje kombinaci ženského *hormonu žlutého tělíska* (progesterinu) a *pohlavního hormonu* (estrogenu), takzvaně kombinovaná hormonální antikoncepce (COC) nebo obsahuje jen hormon žlutého tělíska pod názvem gestagenní antikoncepce. Estrogeny potlačují hypofyzární vylučování folikulostimulačního a luteinizačního hormonu, narušují strukturu buněk endometria a podstatně zasahují do procesu ovulace. Gestageny tlumí preovulační vyplavení luteinizačního a folikulostimulačního hormonu, díky nim se hustota cervikálního hlenu zvyšuje a je více nepropustná pro spermie, snižuje se motilita vejcovodů, endometrium atrofuje, a tím se stává neschopné pro implantaci zárodku. Samotné trvání antikoncepčního účinku

ve většině případů závisí na období a typu její aplikace (Křepelka, 2013 a Čepický a Čepická Líbalová, 2011).

2.2 Typy hormonální antikoncepce

Do seznamu hormonální antikoncepce se řadí kombinovaná hormonální antikoncepce, která může být ženou užívána pomocí perorálních pilulek, injekčně, díky antikoncepční náplasti, a taktéž pomocí vaginálního systému. Progestagenní hormonální antikoncepce obsahuje pouze hormon progestin, který je užíván ve formě perorální pilulky, pomocí nitrosvalové a podkožní aplikace a implantátů. Postkoitální antikoncepce se zpravidla využívá po nechráněném pohlavním styku či po styku, při kterém došlo k selhání jiné antikoncepční metody, např. prasknutí kondomu. Zvláštní systém hormonální antikoncepce tvoří nitroděložní tělíska, která jsou vyráběna bez hormonu pomocí mědi nebo s hormonem levonorgestrelem.

2.2.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce

Kombinovaná orální antikoncepce

Nejrozšířenější a nejznámější forma kombinované hormonální antikoncepce (COC) je antikoncepce perorální. Tabletů zde tvoří kombinace progestinu a estrogeneru, kde se množství estrogenní složky může měnit v závislosti na denní dávce s obvyklým začátkem podávání antikoncepce v prvním dni menstruačního cyklu (Křepelka, 2013).

Estrogenní část se liší pouze množstvím v jednotlivých preparátech a tvoří ho ethinylestradiol (EE), část gestagenní tvoří levonorgestrel či norethisteron mající *reziduální androgenní aktivitu* a desogestrel, gestoden i norgestimát jsou gestageny s *velmi malou androgenní aktivitou*, která je klinicky nevýznamná. *Antiandrogenní aktivitu* mají pilulky s progestiny jako je cyproteron a chlormadinon acetát, gestoden a drospirenon (Kuželová, 2004).

Počátek distribuce COC nastal v roce 1960, kdy byla estrogenní složka velmi vysoká a to 150 µg mestranolu a v roce 2010 byla již tato dávka u ethinylestradiolu jen 10 µg. Perorální antikoncepci můžeme také dále dělit dle dávky použitého ethinylestradiolu a to do *střední dávky* (37,5 – 50 µg EE), *nízké dávky* (30 – 37,5 µg EE) a do *velmi nízké dávky* (méně než 20 µg EE). Přípravky, které obsahují více než 50 µg EE

jsou často spojovány s vyšším rizikem výskytu kardiovaskulární morbidity. Antikoncepce se dále dělí, v závislosti na estrogenní dávce podávané během jednoho cyklu, na *monofázickou*, kde veškeré tablety mají identické složení, dále na *dvoufázovou* neboli *bifázickou* měnící se pouze progestinem, který má vyšší hodnoty v druhé fázi cyklu. *Třífázová* antikoncepce se vyznačuje postupným zvyšováním hladiny progestinu a také estrogeneru, který se může zvyšovat ve druhé třetině cyklu. Vícefázová antikoncepce se snaží, v závislosti na užívání různě vysokých hodnot hormonů během cyklu, přizpůsobit se hladině hormonů, které jsou obvyklé během menstruačního cyklu. Dnes však nemůžeme nalézt spolehlivé důkazy, které by ukazovaly odlišnosti v monofázické či třífázové kontracepci v rámci spolehlivosti či bezpečnosti. Za zmínku zde stojí čtyřfázový preparát obsahující estradiol – valerát a dienogest, který má za cíl dosažení optimálního profilu krvácení (Křepelka, 2013).

Nejčastěji užívanou formou je podávání 21 účinných tablet se sedmidenní pauzou nebo místo pauzy je užíváno 7 placebo tablet. Na trhu jsou již k dostání i velmi nízko dávkované preparáty a preparáty s drospirenonem, např. Mirelle či Yaz, které obsahují 24 účinných tablet a 4 placebo tablety. Přípravek Gracial má 22 účinných tablet s šestidenní pauzou, kde vlivem spádu hormonů během pauzy dochází k děložnímu krvácení, neboli pseudomenstruaci (Fait, 2012).

Čepický a Líbalová (2008) dále potvrzují, že čím je delší přestávka mezi dvěma cykly, tím je následně vyšší výskyt nežádoucích účinků, které se vyskytují během pauzy. Jsou to například migrény, premenstruační syndrom i výskyt psychických problémů. Dále se uvádí, že čím déle žena kontinuálně užívá hormonální antikoncepci, tím se zvyšuje výskyt krvácení z průniku (tj. krvácení mimo očekávanou menstruaci neboli špinění). Na druhou stranu je výhodné užívat COC kontinuálně z důvodu snížení výskytu syndromu polycystických ovaríí a endometriózy.

Ženám, které mají minimálně jednu z relativních kontraindikací, je vhodné nabídnout jinou metodu antikoncepce. Patří zde kouření méně než 15 cigaret u žen nad 35 let, rodinná anamnéza tromboembolické nemoci (TEN), ischemické choroby srdeční (ICHS) do 45 let, vrozené koagulopatie, plánované rozsáhlé operace a diabetes mellitus (DM) bez komplikací. Dále zde můžeme zařadit hypertenzi do 160/100 mmHg, migrénu bez aury u žen starších 35 let, karcinom prsu po pěti letech po ukončení léčby, chronické nemoci jater bez poruchy jaterních funkcí, imobilizace, dlouhý let letadlem aj. (Čepický a Čepická Líbalová, 2011 a Marešová, 2014).

Absolutní kontraindikace pro COC, kde se přípravky nesmí podávat, je anamnéza TEN, centrální mozkové příhody (CMP), ICHS, vrozené trombofilie, akutní a chronické hepatopatie, benigní a maligní tumory jater, srdeční vady, neléčené hypertenze, dlouhodobé imobilizace, karcinomy prsu, endometria a ovaria, DM s orgánovými komplikacemi i migrény s aurou. Mezi další absolutní kontraindikace patří šestinedělí a kojení (u nekojících žen 3 týdny po porodu a u kojících žen 6 měsíců po porodu), kouření u žen starších 35 let, které kouří více než 15 cigaret denně, hypertenze vyšší než 160/100 mmHg (Marešová, 2014 a Čepický a Čepická Líbalová, 2011).

Kombinovaná injekční antikoncepce

Injekční kombinovaná antikoncepce se aplikuje jednou měsíčně a obsahuje 25 mg medroxyprogesteronacetátu a 5 mg estradiol cypionátu. Intramuskulární podání estrogenu a progestinu vytvoří hormonální depo, z kterého se následně rovnoměrně a kontinuálně uvolňují oba hormony do krevního oběhu k zajištění antikoncepčního účinku. Injekční antikoncepce má podobný mechanismus účinku, kontraindikace, vedlejší účinky i bezpečnost jako užívání COC (Křepelka, 2013).

Kombinovaná antikoncepční náplast

Kombinovaná antikoncepční náplast se aplikuje po dobu tří týdnů nejčastěji na hýždě, břicho či vnější část paže s týdenní pauzou, během níž nastává cyklické krvácení. Jedna týdenní náplast obsahuje 20 µg ethinylestradiolu a 150 µg norelgestrominu. Velikost náplasti je zpravidla 4,5 × 4,5 cm a compliance (správné použití metody, viz kapitola Efektivita) je zde vyšší než u uživatelék perorální antikoncepce. U 4,6 % žen však dochází k odlepování náplasti. Náplast se nedoporučuje uživatelkám s hmotností vyšší než 90 kg a má opět podobnou efektivitu, bezpečnost, vedlejší účinky a kontraindikace jako kombinovaná perorální antikoncepce. Výskyt krvácení z průniku je u náplasti častější jen v prvních dvou měsících (Křepelka, 2013, Zieman, 2002 a Fait, 2012).

Raine (2007) také píše, že jedna z nevýhod této antikoncepce je výskyt kožních reakcí v místě aplikace. Toto zjištění uvádí přibližně 20 % žen, které tuto antikoncepci využily.

Kombinovaný vaginální systém

Tento kombinovaný vaginální systém má podobu plastového kroužku obsahující hormony v dávce 15 µg EE a 120 µg etonogestrelu, které snadno vstřebává poševní sliznice. Kroužek se zavádí na tři týdny, kde po vyjmutí kroužku nastává čtvrtý týden krvácení ze spádu neboli pseudomenstruace (Křepelka, 2013). U nás je tento vaginální kroužek distribuován pod názvem NuvaRing. Jeho výhodami jsou vyrovnané hodnoty účinných látek během dne, patrně již po pátém dni zavedení (Fait, 2012).

Havlín (2010a) uvádí studii, zkoumající změnu množství vaginálních laktobacilů při zavedeném vaginálním kroužku NuvaRing. Této studii se zúčastnilo 98 žen ve věku 15 – 47 let s průměrem 24,4 roky. Výskyt laktobacilů v závislosti na jejich množství se před začátkem užívání a po 2 – 3 cyklech u 82,6 % žen nezměnil, u 8,2 % přibýlo laktobacilů a u 9,2 % uživatelů došlo ke snížení jejich počtu. Ze závěru studie vyplynulo, že vaginální kroužek NuvaRing neovlivňuje množství vaginálních laktobacilů.

Studie v počtu 2 134 českých žen, které užívaly nově vaginální kroužek NuvaRing, zkoumala snášenlivost, oblibu, nežádoucí účinky apod. Průměrný věk žen byl 29,5 let. V této studii hodnotilo 95 % žen aplikaci jako snadnou a vyndávání kroužku jako lehké. Nepravidelné krvácení, většinou ve formě špinění, udávalo na konci třetího měsíce 19,7 % žen. Po půlroce to bylo jen 7,8 % žen. Během pohlavního styku ho necítilo nebo cítilo jen zřídka 87 % žen a 78 % mužů. Dále uvedlo 90 % všech žen, že si kroužek oblíbily. Jen 3 % žen si tuto kontracepci neoblíbilo z důvodu pocitu cizího tělesa. U 2,5 % žen kroužek narušoval pohlavní styk a ve 2 % ženy neakceptovaly nepravidelné krvácení (Fait, 2009).

Novinkou u vaginálního kroužku, který obsahuje EE a nestoron, je jeho doba použití na 13 cyklů bez nutnosti jeho výměny. Nemusí se tedy používat 13 vaginálních kroužků jednotlivě. Šetří se tím nejen úspory, ale i životní prostředí (Blitheová, 2013).

2.2.2 Progestagenní hormonální antikoncepce

Progestagenní orální antikoncepce

Alternativou COC se nabízí kontinuální podávání progestinu. Tato možnost podávání je vhodná především v případech, kdy žena nemůže užívat estrogení komponentu z důvodu její kontraindikace nebo ze snížené snášenlivosti jako je to například u kojících žen, u kuřáček nad 35 let či u žen s migrénou (Křepelka, 2013).

Fait (2012) doporučuje užívání progestagenní antikoncepce u žen, které mají zvýšené riziko tromboembolické nemoci, nemoci jater, diabetes mellitus, hypertenzi, srdeční vady či mají zvýšené riziko karcinomu endometria. Udávaný Pearl index je u této metody 0,3.

Progestinová orální antikoncepce může obsahovat etynodiol diacetát, levonorgestrel, noretisteron nebo desogestrel. Riziko selhání se zvyšuje při špatném užívání a to již u prodlevy tří hodin od běžné doby užívání. Jestliže přechází žena z COC na progestagenní perorální antikoncepci, začíná ji užívat ihned po dobrání celého balení COC a to bez týdenní pauzy. Z vedlejších účinků se nejčastěji vyskytuje vynechání menstruačního krvácení, krvácení z průniku, bolesti a napětí prsou, změny nálad a akné (Křepelka, 2013). Marešová (2014) dále doplňuje relativní kontraindikace, kterými jsou karcinom prsu, akutní tromboembolická nemoc, akutní virová hepatitida, karcinom jater i vysoké riziko osteoporózy.

Depotní medroxyprogesteronacetát

Tato suspenze progestinu je dostupná ve dvou formách, a to pro intramuskulární (nitrosvalovou) aplikaci 1 ml a pro subkutánní (podkožní) aplikaci 0,65 ml (Sayana). Obě formy jsou účinné po dobu 3 měsíců, poté se aplikace opakuje. Při nitrosvalovém užívání antikoncepce nastává selhání účinku v 0 – 0,3 % případů. Intramuskulární i subkutánní forma má tytéž indikace, nekontracepční výhody i vedlejší účinky jako perorální progestagenní antikoncepce. Mezi pozitivní účinky se řadí především omezení krevních ztrát z důvodu dlouhodobého užívání tohoto typu antikoncepce, a naopak se uvádí nepravidelné krvácení, deprese, přírůstek hmotnosti, špinění i výskyt rizika snížení kostní denzity při dlouhodobém užívání (Křepelka, 2013). Velkou nevýhodou pro ženy, jak uvádí Marešová (2014), je navrácení fertility za 10 až 18 měsíců.

Absolutními kontraindikacemi k podání depotního medroxyprogesteronacetátu (DMPA) jsou hormonálně závislé maligní tumory, gravidita, těžké onemocnění jater a alergie na samotný přípravek. Z relativních kontraindikací je to nejčastěji ICHS, TEN, CMP, obezita, gynekologické krvácení nejasné etiologie, epilepsie, migréna, riziko osteoporózy i recidivující ovariální cysty. Samotná progestagenní antikoncepce má ale méně kontraindikací než COC (Havlín, 2011). Čepický a Čepická Líbalová (2011) doplňují, že mastná pleť a akné má nejvýraznější zhoršení u depotních injekcí.

Implantáty

Spolehlivou a bezpečnou metodu proti početí na dobu několika let po jediné aplikaci slibují gestagenní implantáty s levonorgestrem a etonogestrem. Implantáty jsou užívány v podobě jedné (Implanon), dvou nebo šesti (Norplant) silastikových implantátů neboli tyčinek. Aplikují se při lokální anestezii zpravidla pod kůži do levé paže na její vnitřní stranu s účinností 3 (Implanon) nebo 5 let (Norplant) (Darney, 1994 a Křepelka, 2013). Hlavním antikoncepčním účinkem implantátů je blokáda ovulace a z nejvíce diskutovaných nežádoucích účinků se uvádí nepravidelná a někdy i dlouho trvající pseudomenstruace (Cibula, 2003). Fait (2012) dále předkládá studii s Implanonem, které se zúčastnilo 1 716 žen užívajících tento přípravek po dobu 2 až 5 let. Žádná z uživatelů během této doby neotěhotněla a do 3 měsíců od ukončení této antikoncepce došlo k návratu ovulace u 94 % z nich.

2.2.3 Postkoitální antikoncepce

Tato antikoncepce je pohotovostní po nechráněném pohlavním styku a to i v případě, kdy došlo k ejakulaci na zevní rodidla. Užívá se většinou po možném selhání antikoncepčních metod, po znásilnění či po pohlavním zneužití. Zde se nejčastěji užívá samotný progestin, komplex progestinu a estrogeneru či látky s antiprogestagenním účinkem. Doba účinku od podání pilulky však klesá s uplynulou dobou po styku (Křepelka, 2013). Princip účinku postkoitální antikoncepce spočívá v ovlivnění a narušení ovulace, porušení motility vejcovodů a v desynchronizaci endometria. Tato metoda pohotovostní antikoncepce má však četné absolutní kontraindikace. Dle WHO (Světové zdravotnické organizace) je to kojení do 6 týdnů po porodu, hypertenze větší než 160/100 mmHg, kouření více než 15 cigaret denně u kuřáček s více jak 35 lety. Hypertenze s cévními změnami, anamnestická či aktuální ICHS, CMP a TEN,

ženy s kombinovanou srdeční chlopenní vadou, tumory jater, jaterní cirhóza, virová hepatitida, migréna s aurou, dále diabetes mellitus spolu s nefropatií, retinopatií a neuropatií a rozsáhlé operace spojené s imobilizací (Fait, 2012b).

Progestagenní perorální tablety v podobě levonorgestrelu se podávají do 72 hodin od koitu a to buď jednorázově (Escapelle) nebo v odstupu 12 hodin od užití první tablety (Postinor – 2). Účinnost přípravku je 83%, pocity na zvracení se u žen objeví v 23 % a samotné zvracení u 6 % žen. (Fait, 2012). Marešová (2014) doporučuje užívání maximálně 4 × měsíčně.

Kombinovaná postkoitální antikoncepce užívá komplexu ethinylestradiolu a levonorgestrelu, které jsou užity ve dvou dávkách s odstupem 12 – 72 hodin od styku. U 50 % žen, které tuto metodu použily, se objevila nauzea a ve 20 % nastalo zvracení. Další z řady postkoitální antikoncepce je ulipristalacetát, který má antiprogestagenní aktivitu, kde principem účinku je oddálení ovulace o nejméně pět dnů (EllaOne). Užití tohoto preparátu musí být nejpozději do 120 hodin po nechráněném styku. Z nežádoucích účinků můžeme jmenovat bolesti hlavy (18 %), oddálení následující menstruace (19 %) a nauzeu (12 %). Stejně užití až do 120 hodin po styku má i mifepriston, který účinně brání nežádoucímu otěhotnění až v 80 % (Křepelka, 2013).

Glasier (2010) zkoumal ve skupině 1 696 žen rozdíly ve výskytu gravidit mezi ulipristalacetátem a levonorgestrelem. Ve skupině s ulipristalacetátem byl výskyt gravidních 1,2 % žen a ve skupině s levonorgestrelem to bylo 2,3 % žen. U 97 žen, kde byl aplikován ulipristalacetát v intervalu 72 – 120 hodin po nechráněném styku, nebyla žádná z nich gravidní. Oproti tomu u 106 žen, které užily levonorgestrel taktéž v tomto intervalu, došlo u 3 žen k otěhotnění.

2.2.4 Nitroděložní systém

Do výčtu metod antikoncepce patří i nitroděložní tělíska (IUD), která jsou buď nehormonální obsahující nejčastěji měď nebo hormonální s levonorgestrelem. Měď má spermicidní efekt, což zvyšuje účinnost metody spolu s cizím tělesem (IUD), který vyvolává chronický aseptický zánět v děložní dutině. IUD se zavádí v době menstruace či během ovulace, kdy je hrdlo více pootevřené. Samotné zavádění však nevyžaduje anestezii. Tělísko je metodou volby především pro ženy, které si přejí dlouhodobou, reverzibilní a cenově dostupnou kontracepci, dále pro ty, které již IUD užívaly, pro stavy po porodu a pro kojící matky. Absolutními kontraindikacemi k užívání

IUD jsou například nevysvětlitelné krvácení z dělohy, uzavřené děložní hrdlo, vrozená vada dělohy či malá děloha u žen, které ještě těhotné nebyly. Relativní kontraindikace se vztahují především na chronické infekce pochvy, pánevní bolesti či na alergii na měď. Tělíska jsou snadno lokalizovatelná ultrazvukem a doba inzerce se pohybuje od 3 do 10 let. Po odstranění tělíska otěhotní 72 – 96 % žen do jednoho roku (Fait, 2012). Ogburn (2007) dodává informaci, že pokud je ženě aplikováno IUD s mědí po nechráněném pohlavním styku do 7 dnů, je účinnost tělíska 99% v porovnání s 88 % u aplikace vysoké dávky progestinů.

Nitroděložní tělísko s levonorgestrem

Nitroděložní tělísko s levonorgestrem (IUD – LNG) funguje na principu obranného mechanismu těla na cizí předmět v dutině děložní, samotný levonorgestrel pak ovlivňuje kvalitu endometria i cervikálního hlenu, dále potlačuje hybnost a funkci spermií a snižuje hybnost vejcovodů (Janků, 2001). Křepelka (2013) dále specifikuje toto nitroděložní tělísko, známé pod názvem Mirena, které má tvar písmene T s rozměry 32 × 32 mm uvolňující levonorgestrel po dobu pěti let. Nedochází zde k pseudomentruaci, tudíž omezuje krevní ztráty a snižuje riziko vzniku pánevního zánětu. V současnosti se připravuje preparát, který má rozměry menší (28 × 30 mm), nižší dávku progestinu a chrání ženu před nežádoucím otěhotněním po dobu tří let.

Samozřejmě má tento nitroděložní systém kontraindikace i nežádoucí účinky. Z absolutních kontraindikací se uvádí karcinom prsu do 5 let po léčbě, karcinom čípku a endometria, pánevní zánětlivá nemoc, krvácení z rodidel a vrozené vady dělohy. Mezi relativní kontraindikace patří nemožnost zavedení IUD, karcinom prsu v anamnéze, vysoké riziko pánevního zánětu, aktuální tromboembolická nemoc i doba do 4 týdnů po porodu. Objevují se zde taktéž nežádoucí účinky užívání. Jedná se o nepravidelné a přechodné krvácení, vzácně otoky, bolesti hlavy, citlivost prsů i bolesti v podbříšku (Fait, 2012).

Tento intrauterinní systém je doporučován převážně skupinám žen, které rodily per vaginam a neplánují otěhotnět do dalších 5 let, nemohou z nějakých důvodů užívat estrogeny nebo COC či mají špatnou compliance. Dále jsou to ženy kojící a v perimenopauze, i ženy, kterým vysoce záleží na spolehlivosti antikoncepce. U žen, které doposud nerodily nebo rodily císařským řezem, je možné tělísko zavést jen v případě

dobré prostupnosti hrdla. Pearl index se u této metody nachází pod 0,2. Pokud přesto žena otěhotní s tělískem v děloze, je nutné myslet na možnost mimoděložního těhotenství (Čepický, 2007).

Před 25 lety v roce 1990 uvedla farmaceutická firma ve Finsku IUD – LNG pod již zmiňovaným názvem Mirena. Po vyjmutí tohoto tělíska otěhotnělo do jednoho roku ve skupině do 30 let 89 ze 100 žen. Ženy si stěžovaly na nepravidelné krvácení, které však ustalo nejpozději do 6 měsíců od zavedení Mireny. Závěr studie byl překvapující z důvodu snášenlivosti tělíska, protože pouze jedna žena absolvovala extrakci tělíska z důvodu bolestivosti v podbřišku, ostatní ženy nadále pokračovaly v užívání Mireny (Mašková, 2011). Čepický a Janáč (2007) doporučují ženám po interrupci bezprostřední zavedení Mireny, která je pro ně v tu chvíli nejvhodnější volbou. Někteří gynekologové upřednostňují i antibiotickou clonu pomocí deoxymykoinu. Spolehlivost sterilizace a Mireny je totožná a až 80 % žen si nechá po pěti letech opět Mirenu zavést. Pokud má žena příliš neprostupný čípek, je vhodné zavést v předvečer aplikace do děložního hrdla nebo do zadní klenby poševní tabletu Cytotecu. Z dalších doporučení se uvádí zastříhnutí vláken na méně než 2 cm z důvodu nechtěného vyjmutí Mireny při odstraňování tamponu.

2.3 Efektivita antikoncepčních metod

Efektivita neboli spolehlivost antikoncepčních metod vyjadřuje podíl žen, které neplánovaně otěhotní v závislosti na určitém časovém období při užívání dané antikoncepční metody. Samotné selhání se následně dělí do dvou skupin a to objektivní selhání, kdy se jedná o chybu metody jako takové nebo selhání subjektivní, které nastává chybou uživatelky. Na ovlivnění efektivit antikoncepčních metod se podílí především schopnost ženy otěhotnět, frekvence pohlavních styků, účinnost užívané antikoncepční metody i správné použití metody neboli compliance. Compliance se definuje jako správné použití určité antikoncepční metody v souladu s podrobným návodem lékaře, tedy jako shoda praxe s klinickým doporučením. Nižší míra compliance proto znamená menší spolehlivost antikoncepce.

Je zajímavé a dobré vědět, že nitroděložní antikoncepce i subkutánní implantáty s levonorgestrem mají velmi nízkou míru compliance a proto jsou antikoncepční účinky

při typickém i optimálním užívání velmi nízké a blíží se tedy k výsledkům tubární sterilizace (Stoddard et al., 2011).

Mezi efektivitu se řadí i Pearl index, který je dobře matematicky určitelný a vyjadřuje účinnost jednotlivých antikoncepčních metod. Jedná se tedy o počet žen ze 100, které by po dobu jednoho roku otěhotněly při užívání sledované metody (Křepelka, 2013). Mansour et al. (2010) uvádí, že antikoncepční metody mají vyšší účinnost u dlouhodobých uživatelék antikoncepce a také u metod, které nevyžadují každodenní užívání.

Tabulka 1. Antikoncepční účinnost vybraných metod hormonální antikoncepce vyjádřená rizikem selhání (WHO 2011), Křepelka (2013, str. 62)

Kontracepční metoda	Typické užití %	Optimální užití %
Kombinovaná orální kontracepce (COC) a progestinová orální kontracepce	8	0,3
Kombinovaná kontracepční náplast	8	0,3
Kombinovaný vaginální systém	8	0,3
Depotní medroxyprogesteronacetát	3	0,3
Etonogestrelové implantáty	0,05	0,05
Nitroděložní kontracepční systém s levonorgestrelem	0,2	0,2

2.4 Kontraindikace, rizika a vedlejší účinky hormonální antikoncepce

2.4.1 Kontraindikace a rizika

Znalost kontraindikací je klíčovým faktorem při doporučování antikoncepčních metod. Jestliže je antikoncepce podávána u zdravé a mladé ženy, jsou rizika minimální a pozitivní účinky zde převyšují potenciální rizika. Nejznámější jsou doporučení založené na důkazech, které vydává Světová zdravotnická organizace. Tato doporučení jsou pravidelně aktualizována a jsou také volně přístupná i v elektronické podobě.

Potenciální uživatelky antikoncepce by měl lékař zařadit do skupin 1 – 4 v závislosti na jejich zdravotním stavu. První skupina zahrnuje stavy a onemocnění, kdy ženy mohou kontracepci užívat bez jakéhokoli zdravotního zatížení. Skupina druhá

popisuje stavy, kdy teoretická i prokázaná rizika nepřevyšují výhody podávání antikoncepčních metod. Naopak to je ve skupině třetí, kde rizika převyšují výhody užívání antikoncepce, skupina čtvrtá pak obsahuje výčet stavů, kdy metoda antikoncepce nesmí být vůbec doporučena (Křepelka, 2013).

Tabulka 2. Kontraindikace u vybraných metod hormonální antikoncepce (WHO 2010), Křepelka (2013, str. 64)

	COC/P/R	POP	ETG	LNG-IUD
Anamnestická hluboká žilní trombóza, plicní embolie	4	2	2	2
Akutní hluboká žilní trombóza, plicní embolie	4	3	3	3
Hluboká žilní trombóza, plicní embolie na antikoagulační léčbě	4	2	2	2
Stav po operaci s prolongovanou imobilizací	4	2	2	2
Systémový lupus erythematoses s pozitivními nebo neznámými protilátkami	4	3	3	3
Trombofilní mutace	4	2	2	2
Kouření > 35 let, > 15 cigaret denně	4	1	1	1
Kouření < 35 let, < 15 cigaret denně	3	1	1	1
Akutní nebo anamnestická ischemická choroba srdeční	4	I2/C3	I2/C3	I2/C3
Ischemická náhlá mozková příhoda	4	I2/C3	I2/C3	I2/C3
Mnohočetné rizikové faktory pro arteriální trombózu (věk, kouření, DM, hypertenze)	3/4	2	2	2
Migréna s aurou	4	I2/C3	I2/C3	I2/C3
Migréna bez aury > 35 let	I3/C4	I1/C2	I2/C2	I2/C2
Léčená hypertenze > 160/100 mmHg	4	2	2	2
Léčená hypertenze 140 – 159/90 – 99 mmHg	3	1	1	1

Vysvětlivky: COC – kombinovaná orální kontracepce, P – kombinovaná kontracepční náplast, R – kombinovaný vaginální systém (ring), POP – progestinová orální kontracepce, ETG – Etonogestrelové implantáty, LNG – IUD – nitroděložní kontracepční systém s levonorgestrem

Kategorie:

1. Stav, pro který neexistuje žádné omezení pro použití metody. Metoda je použitelná za všech okolností.
 2. Stav, kdy výhody používané metody všeobecně převyšují teoretická nebo prokázaná rizika. Metoda je všeobecně použitelná.
 3. Stav, kdy teoretická nebo prokázaná rizika převyšují výhody použité metody. Metodu nelze doporučit s výjimkou stavů, kdy nelze použít jinou, vhodnější metodu.
 4. Stav, který představuje neúměrné riziko pro použití metody. Metoda nemůže být použita v žádném případě.
- I. Zahájení metody
C. Pokračování v metodě

2.4.2 Kardiovaskulární a trombofilní riziko

Kardiovaskulární forma se dělí na venózní a arteriální, kde je u venózní formy s nízkými dávkami estrogenů mírně zvýšeno absolutní riziko plicní embolie a žilní trombózy. Ethinylestradiol v takovémto přípravku by neměl přesahovat dávku 35 µg. Pokud má žena ve své nebo rodinné anamnéze výskyt TEN či poruchu koagulace, je vhodné používat alternativní metody antikoncepce. U kardiovaskulární arteriální formy se riziko nezvyšuje při užívání antikoncepčních přípravků s estrogeny. Samozřejmě, pokud uživatelka není ohrožena jinými kardiovaskulárními riziky (kouření apod.) (Unzeitig, 2012). Marešová (2014) doporučuje ženám jiný typ antikoncepce, pokud mají kombinaci dvou a více rizikových faktorů (kouření, obezitu, hypertenzi, diabetes mellitus či dyslipidemii), kde nejvhodnější alternativou je DPMA. U ischemické choroby srdeční je výslovně doporučováno vyhnout se užívání COC z důvodu zvýšeného rizika embolie. Alternativou u těchto stavů je antikoncepce čistě gestagenní.

Infarkt myokardu (IM) postihuje více především ty uživatelky COC, které mají hypertenzi a jsou kuřáčky. Skoro u poloviny žen dochází ke zvýšení krevního tlaku po podání COC s průměrem o 1 – 2 mmHg, ale jen u 2,5 % žen krevní tlak překročí normu (Fait, 2012). Zajímavé také je, jak uvádí Cullins (2009), že z kardiovaskulárních příčin u uživatelky antikoncepce je riziko smrti ve věku 15 – 34 let u nekuřáček 1 : 1 667 000 a u kuřáček (taktéž 15 – 34 let) je zde incidence vyšší 1 : 5 200 než riziko smrti, které je spojeno s těhotenstvím a porodem.

Zdravá žena s normální hmotností a zároveň nekuřáčka ve věku do 35 let má riziko postižení trombózou, tedy akutním uzávěrem cévy v žilním řečišti, neboli ucpání některé malé tepny v plicním oběhu krevní sraženinou, asi jednaprocentní. Někteří lidé však trpí přítomností vrozených mutací, které krevní srážlivost ovlivňují, ti jsou pak řazeni do rizikové kategorie z pohledu zvýšeného rizika TEN. Hlavní podíl na srážlivosti a vzniku TEN mají exogenně podávané estrogény, které ovlivňují krevní destičky

i plazmatické koagulační faktory. Mezi nejčastější příznaky se řadí ztížené dýchání, náhlá bolest na hrudi, nesouměrný otok dolní končetiny s bolestivým zduřením a změnou barvy. Dobrou léčebnou alternativou pro ženy, které jsou náchylnější ke vzniku trombóz, je transdermální podávání estrogenů (Nouzová, 2010 a Nachtigal, 2009).

Riziko samotného vzniku žilní trombózy je především ovlivněno dávkou a typem estrogenu, typem progestinu a cestou jeho aplikace. EE je daleko méně bezpečný než estradiolvalerát a estradiol a dávka 20 µg EE udává nižší riziko než dávka 30 µg EE (Schindler, 2013). Fait (2012) taktéž píše, že jestliže se bude snižovat dávka EE, je riziko vzniku TEN nižší. Příčina vzniku TEN je vždy multifaktoriální a je nutné myslet na potenciální riziko u žen, které jsou z nějakého důvodu neschopné mobility, např. po chirurgické operaci či u imobilizace pro zlomeniny. U těchto žen je výskyt TEN 17 × vyšší než u těch, které nemají patrné riziko vzniku. Fatální konec pak postihuje jen 1 – 2 % žen, u kterých došlo ke vzniku TEN. Cullins (2009) zde dodává, že povrchová flebotrombóza nebo žilní varixy nejsou kontraindikacemi pro COC. A také, že mnoho žen je překvapeno při zjištění, že riziko TEN je v graviditě vyšší než během užívání antikoncepce. U obézních žen, které mají BMI (Body Mass Index) větší než 30, se toto riziko rapidně zvyšuje až dvacetinásobně v porovnání s uživatelkami bez rizikových faktorů.

2.4.3 Maligní a benigní onemocnění v souvislosti s hormonální antikoncepcí

Maligní onemocnění

Výsledky ze studie vlivu užívání COC na výskyt **karcinomu ovarií** prováděné ve Velké Británii jsou velmi pozoruhodné. U žen, které někdy užívaly COC, je absolutní riziko výskytu karcinomu ovarií 12,57 případů na 100 000 žen za 1 rok. Naopak u žen, které nikdy COC neužívaly je absolutní riziko výskytu karcinomu 26,54 na 100 000 žen za 1 rok. Z těchto údajů lze spočítat, že incidence karcinomu ovaria se sníží o 14 případů na 100 000 žen za 1 rok díky antikoncepci. Tento ochranný faktor antikoncepce trvá i 30 let po jejím vysazení a samotný výskyt karcinomu prsu, v závislosti na užívání COC, je různý v odlišných obdobích života ženy (Cullins, 2009). Beral (2008) taktéž píše, že při užívání COC více jak 4,5 let je ochranný vliv po vysazení 30 let. Nejsilnější vliv na vznik karcinomu je pak v prvních 10 ti letech po vysazení antikoncepce.

Rakovina prsu je provázena při svém vzniku mnoha faktory, které se dle hormonálního původu dělí na vnitřní a vnější. Velký vliv však mají estrogeny i dědičné faktory. Hormonální a vrozené nastavení ženy patří do rizik vnitřních faktorů, kde brzká menstruace i pozdní menopauza zvyšují riziko karcinomu prsu. Na druhou stranu předčasná menopauza, která je zapříčiněna odstraněním vaječníků, podstatně toto riziko snižuje. Mezi vnitřní faktory dále patří těhotenství, přičemž ženy rodící do 30 let svého věku mají menší riziko vzniku rakoviny, a délka kojení. Ve výčtu vnějších rizik se hovoří nejčastěji o obezitě, konzumaci velkého množství tuků v potravě, nadměrném užívání alkoholu i o zanedbané tělesné aktivitě, avšak nejvýznamnější rizikový faktor je samotné užívání hormonů (Tesařová, 2013).

U žen užívajících injekční progestiny v závislosti na výskytu karcinomu prsu, je nejdůležitějším rizikovým faktorem věk, ve kterém uživatelky aplikaci přeruší. Čím vyšší je věk ženy, tím více karcinomů je diagnostikováno. Riziko vzniku karcinomu klesá s postupem času do deseti let od ukončení aplikace, nicméně délka užívání zde nehraje velkou roli. Taktéž se nezvyšuje, pokud je hormonální antikoncepce nízko dávková, a to ani u nositelek mutací BRCA 1 a 2 (zkratka z anglického BReast CAncer) (Fait, 2012).

Užívání antikoncepce však velkou měrou snižuje riziko vzniku **děložního karcinomu**. Přestože dojde k vysazení antikoncepce, tento efekt stále mnoho let přetrvává (Tesařová, 2013). Fait (2012) dále udává, že pomocí gestagenní antikoncepce lze snížit riziko výskytu karcinomu endometria až o 80 %.

Benigní onemocnění

Děložní myomy jsou benigními nádory děložní svaloviny s výskytem 35 – 60 %. Pokud žena užívá nízko dávkovou kombinovanou hormonální antikoncepci a má děložní myomy, pak je vhodné uvést, že vlivem užívání COC dochází k úbytku myomů co 15 let o 17 % (Fait, 2012).

Ovariální cysty se daří úspěšně eliminovat pomocí COC, a to především u jednofázových přípravků z důvodu nízké dávky estrogenu. Výraznou úlevu pocítují také ženy s **endometriózou** (Čepický a Čepická Líbalová, 2011).

2.4.4 Nežádoucí účinky hormonální antikoncepce

Bolesti hlavy, zvětšení a napětí prsou, nervozita, zvýšení hmotnosti i podrážděnost jsou časté nežádoucí účinky hormonální antikoncepce, ale neohrožují zdraví ženy. Mezi vzácnější komplikace se uvádějí migrény, kožní změny, změny libida, zvracení, emoční labilita či nesnášenlivost kontaktních čoček. Z dalších nežádoucích účinků lze uvést špinění po dobu užívání COC. V takovém případě někteří lékaři doporučují po třech cyklech podávat nesteroidní antirevmatika, ale v praxi se nejčastěji uživatelky setkávají s výměnou COC se zvýšenou dávkou EE. Pokud ženy uvádí za nežádoucí účinek přírůstek hmotnosti, jedná se zpravidla jen o zadržování tekutin v organismu díky hormonální antikoncepci, který se pohybuje v rozmezí 0,5 – 2 kg za 6 – 12 měsíců. U větších hmotnostních změn hraje většinou roli změna životního stylu, která je spojena s nasazením antikoncepce (Fait, 2012).

Cullins (2009) přidává zajímavost, že odhadnuté riziko smrti při užívání COC u nekuřáčky do 35 let vlivem nežádoucích účinků je 1 : 1 667 000 v porovnání s rizikem smrti v závislosti na pádu letadla, které je 1 : 250 000.

2.4.5 Interakce jater s hormonální antikoncepcí

Játra představují první metabolickou fázi neboli „first – pass effect“ a tím umožňují detoxikaci nejrozličnějších látek, které vstupují přes trávicí trakt do organismu. Většina léčiv je v játrech značně metabolizována a proto je potřebné podávat vysoké dávky estrogenů, které jsou přijímány perorálně, aby bylo dosaženo požadovaného terapeutického účinku a sérových koncentrací. Transdermální podávání estrogenů vyžaduje tedy dávky nižší (Altman, 2009). Fait (2012) dále doplňuje, že perorální antikoncepce zvyšuje nasycení cholesterolu v žluči a také její tok snižují. Cholestáza neboli porucha tvorby a odtoku žluče se vyvíjí během prvních měsíců užívání perorální antikoncepce a ustupuje do 8 týdnů po vysazení antikoncepce. Pozornost při komunikaci s pacientkou by měla být zaměřena především na to, zda měla v dětství prodělanou hepatitidu A, zda netrpí únavovým syndromem nebo subfebriliemi (zvýšená tělesná teplota mezi 37 – 38 °C). Takováto skrytá jaterní onemocnění ve většině případů odhalí jaterní testy, které se provádějí zpravidla po třech měsících od začátku léčby.

2.4.6 Diabetes mellitus

U žen diabetiček je velmi důležité těhotenství plánovat z důvodu možného poškození plodu perorálními antidiabetiky. U žen postižené formou DM 2 typu je nutné přejít z perorálních antidiabetik na dietu nebo inzulinoterapii a ženy s formou DM 1 typu je vhodné převést na inzulinovou pumpu z důvodu stabilizace glykémie. Diabetes však nijak neovlivňuje účinnost antikoncepce, ale zvyšuje riziko kardiovaskulárního onemocnění (Fait, 2012). Cullins (2009) doporučuje pro ženy mající diabetickou retinopatii nitroděložní systém s levonorgestrem. Taktéž radí Tošer (2011), že u zdravé diabetičky za standardních kontrol glykémie je možné užívat COC, ale nízko dávkovou.

2.4.7 Obézní ženy a hormonální antikoncepce

V současnosti je výskyt obezity čím dál větší a její negativa samozřejmě dopadají i na obézní ženy, které mají své BMI nad 30. V České republice je obézních 21 % mužů a 31 % žen, čímž daleko převyšujeme evropský průměr. Z gynekologického hlediska je v těchto případech větší výskyt polycystických ovarií, nepravidelnosti krvácení i neschopnost otěhotnět. Primární léčba těchto příznaků spočívá ve snížení hmotnosti. Nasazení hormonů sice vyřeší následek, ale neřeší příčinu problémů. Pokud chtějí takovéto ženy otěhotnět, v první řadě se jim doporučuje redukce váhy. Pravděpodobnost gravidity se tak zvýší již při 5 % snížení hmotnosti. Ve studii u neplodných žen se zjistilo, že pouhé snížení váhy o 6 % během 36 měsíců vedlo u 29 z 37 účastnic k otěhotnění (Polotsky, 2010).

Ženy, které jsou obézní a mají nadváhu, častěji neplánovaně otěhotní. Potvrzují to data ze studie 24 000 žen, která zkoumala užívání antikoncepce, plánování gravidity, BMI a hmotnost vzhledem k výskytu neplánované gravidity. Přesně se neví, co způsobuje pokles účinnosti HA, ale data momentálně naznačují, že za tím stojí zvýšení metabolismu hormonálních kontraceptiv v tukové hmotě. WHO uvedlo významný nezávislý faktor pro TEN během užívání COC u žen, které mají své BMI větší než 25. Pokud jsou ženy obézní, hrozí jim selhání i antikoncepční náplasti. Cowett (2007) uvádí studii, kde antikoncepční náplast selhala u 15 žen, tedy v 0,8 %. Zajímavé však je, že mezi těmi 15 těhotnými ženami představovaly ženy nad 90 kg 33 % a to jich v celkovém souboru bylo jen 3 %. Data o vaginálním kroužku, podkožních implantátech, IUD a gestagenních metodách (gestagenní pilulky a DPMA) vzhledem k hmotnosti uživatelky nejsou zatím známa nebo neexistují (Cowett, 2007).

2.4.8 Ovlivnění kostní denzity

Osteoporóza je charakterizována úbytkem minerální a organické kostní hmoty, která je spojována s poruchou architektury kosti a tím může vést ke vzniku zlomenin. Měří se a hodnotí pomocí rentgenu nebo ultrazvukovou denzitometrií. Z výčtu můžeme uvést, že COC má větší protektivní vliv na kostní hmotu než gestagenní antikoncepce. Oproti tomu depotní medroxyprogesteronacetát vykazuje mírné až přechodné snížení kostní denzity, a proto je nevhodné ho doporučovat dívkám, které mají riziko osteoporózy. Ve studii, která zkoumala tuto antikoncepci u adolescentních dívek, byl zjištěn významný pokles hustoty kostních minerálů, kde k normálním hodnotám se uživatelky dostaly až po 1 – 3 letech od ukončení užívání.

Nitroděložní tělísko s levonorgestrellem zavedené po dobu 7 let u 53 žen ve věku 25 – 51 let neprokázala žádný vliv na kostní denzitu. V současné době není věk do 20 – 25 let dostatečně prozkoumaný. Jedná se totiž o období, kdy kost ještě nedosáhla fyziologického denzitního maxima. Přesto je zpracován pozoruhodný výzkum o nevhodnosti podávání COC s 20 µg EE u adolescentek na růst kostní hmoty. Této randomizované studie se zúčastnily dvě skupiny dívek. V první skupině bylo 100 adolescentkám ve věku 19 – 22 let po dobu 5 let podávána COC (20 µg EE + 150 µg desogestrel). Druhou skupinu tvořilo 100 dívek bez žádných preparátů COC. Druhá skupina po pěti letech zaznamenala významný vzestup denzity o 7,8 % a na druhou stranu nedošlo v první skupině k žádnému fyziologickému nárůstu kostní hmoty (Fait, 2012).

Bužga (2009) předkládá průřezovou observační studii, která ověřovala vliv gestagenní antikoncepce na kostní hmotu s přihlédnutím k výši BMI pomocí rentgenové osteodenzitometrie. Studie se účastnilo 116 žen, 58 mělo normální kostní denzitu a 58 ji mělo sníženou pod věkovou normu. Z výzkumu dále vyplynul vztah mezi denzitou kostí a délkou užívání gestagenů, který nebyl statisticky signifikantní. Důležitým poznatkem bylo zjištění závislosti nízké BMI na snížení kostní denzity.

2.5 Hormonální antikoncepce u mladých žen

2.5.1 Vyšetření před předpisem hormonální antikoncepce

Před nasazením hormonální antikoncepce je potřebné zjistit dostatek informací od budoucí uživatelky, které se týkají především odběru rodinné anamnézy (IM, TEN, CMP do 50 let, hypercholesterolemie), osobní anamnézy (kouření, TEN, poruchy jater, vysoký krevní tlak, diabetes mellitus, migréna, zhoubné tumory), provedení preventivní gynekologického vyšetření, které by mělo zahrnovat i palpační vyšetření prsů (Marešová, 2014). Čepický a Čepická Líbalová (2011) upřesňují jednotlivá vyšetření. Před prvním předpisem doporučují jen změřit krevní tlak a po předpisu provést kontrolu tlaku po třech měsících užívání a následně jen jednou ročně. Provádění vyšetření tzv. jaterních testů je zcela zbytečné a není nijak zdůvodněno. Jediná uváděná výjimka zahrnuje ženy, které prodělaly těhotenskou cholestatickou hepatopatii. Těm je doporučováno vyšetření jaterních testů po třech měsících užívání. Dále je vhodné vyšetření trombofilních mutací u žen s výrazně zatíženou anamnézou a opakovanými výskyty TEN.

2.5.2 Doporučení při výběru antikoncepce

Důležitost informovanosti žen a dívek o možnostech antikoncepce je nesporná. O to důležitější je, jestliže se týká hormonální antikoncepce. Informace by měly být komplexní. Měly by tedy informovat o účincích, výhodách, rizicích, kontraindikacích, metodě správného užívání a mechanismu účinku u jednotlivých metod. Vnímání rizika antikoncepce je neměřitelné, osobní a je ovlivněno subjektivním pojetím každé ženy. Lékař zde zaujímá velmi významnou roli. Jeho úkolem je kvalitně předat všechny patřičné informace (Cullins, 2009).

Samotný výběr antikoncepce je pro budoucí potenciální uživatelku velmi složitý. Je nutné zvážení mnoha faktorů, které se týkají bezpečnosti a účinnosti, psychosociálních a osobních aspektů, kontraindikací apod. Lékaři by měli brát v úvahu osobní preference ženy a zvážit, zda je schopná správného užívání antikoncepce. Měli by posoudit stav kognitivních schopností, charakteristiku partnerských vztahů a v neposlední řadě také zjistit případnou podporu rodičů a názor okolí k užívání antikoncepčních metod (Raine, 2007).

Jestliže si budoucí uživatelka výslovně přeje COC, má možnost výběru z cca 50 přípravků (viz příloha 1), v nichž jsou však zahrnuty i přípravky obsahující stejné

složení lišící se pouze názvem. Přání budoucí uživatelky ovlivňuje mnoho dalších faktorů. Například úroveň vzdělání, informovanost, inteligence, osobní očekávání, náboženské smýšlení, sociální prostředí, názory rodičů, kamarádek, partnera i finance. Nejdůležitějším faktorem je názor a doporučení od gynekologa (Tošer, 2011).

Fait (2011) předkládá studii, která zjišťovala kritéria při výběru COC u českých a slovenských žen. Zapojilo se 183 pracovišť s 1 944 ženami. Nejvíce žen hodnotilo COC během aplikace jako snadnou, účinnou s dobrou kontrolou nad menstruačním cyklem. Zjistilo se také, že volba užívání náplasti a vaginálního kroužku roste s věkem ženy.

Jestliže má žena problémy s pletí nebo je kuřačka, je vhodné ji předepsat přípravky, které mají dávkování nízké nebo velmi nízké s progestinem, který má antiandrogenní aktivitu. Taktéž je účinné zvolit nízké dávkování u monofázické antikoncepce u žen, které trpí ovariálními cystami a chtějí mít kontrolu nad svým menstruačním cyklem. Budoucím uživatelkám antikoncepce, které trpí na chronické průjmy či nemají možnost nebo jsou neschopné pravidelného užívání tablet, se doporučuje nabídnout parenterální přípravky antikoncepce. Jsou i takové ženy, které si myslí, že se jim při užívání antikoncepce zvětší poprsí. Ač je to častý požadavek, nedá se mu vyhovět. Jsou zde i obavy ohledně nárůstu hmotnosti. V takovém případě se doporučují přípravky s drospirenonem (Čepický, 2011).

Důležité je také sdělit budoucí uživatelce perorální antikoncepce postup při vynechání tablety. Jestliže se jedná jen o jednu tabletu, vynechanou do 12 hodin od obvyklého užívání, je nutné ji užít okamžitě a následující tabletu pak užít v obvyklou dobu. Pokud uplyne více jak 12 hodin od obvyklého času užívání v 1. týdnu, je nutné okamžitě užití vynechané tablety. Další tablety užívat v obvyklou dobu a v průběhu následujícího týdne použít jinou kontracepční metodu. Jestliže si uživatelka zapomene vzít tabletu v 2. nebo 3. týdnu o více než 12 hodin později, tabletu si vezme co nejdříve. Další pak užije v obvyklou dobu, přičemž účinnost tablet je zachována. V případě, kdyby uživatelka vynechala více tablet, je vhodné pokračovat v užívání avšak bez spolehnutí se jen na COC během cyklu (Fait, 2012).

2.5.3 Péče o uživatelku s hormonální antikoncepcí

Pokud žena užívá hormonální antikoncepci, měla by pravidelně docházet na preventivní prohlídky ke svému gynekologovi. Gynekolog tak získává zpětnou vazbu a zjišťuje reakci antikoncepčních metod, které žena užívá.

Doporučenou dobou na začátek užívání antikoncepce je 1. den menstruačního cyklu. Pokud by žena chtěla přecházet od jedné COC k druhé, provede pouze výměnu v čase, tj. užije první tabletu nové antikoncepce v obvyklém čase předešlé antikoncepce (Fait, 2012). Tošer (2011) upozorňuje na důležitost informovat pacientku o tom, že pokud nastanou snesitelné potíže (např. špinění), ať setrvá u zvolené hormonální antikoncepce nadále, neboť se nežádoucí účinky vyskytují nejčastěji v prvních třech měsících a poté odeznívají. Čepický a Čepická Líbalová (2011) dále pokračují, ohledně již zmiňovaného krvácení z průniku, kterému lze předejít ve většině případů nasazením preparátu s dienogestem. Je-li tato léčba stále neúspěšná, doporučuje se užívat přípravky s vyšší dávkou estrogenů. Má-li uživatelka problémy s napětím a bolestmi prsou, je naopak vhodné zvolit antikoncepci s nižší dávkou estrogenů a s antiandrogenním progestinem, tento postup se volí taktéž i u žen s migrénou. Za zmínku stojí, že oblast psychologie se zabývá otázkou poklesu libida. Zde změna přípravku obvykle nepomůže, ale lékař se může pokusit nasadit kontracepci s velmi nízkým dávkováním EE a s progestinem s antiandrogenním účinkem.

Důležité je také věnovat pozornost užívání antikoncepce v interakci s ostatními léky protože antibiotika (erytromycin, penicilin, tetracyklin) i projímadla mohou postihnout střevní flóru, přičemž se následně sníží účinnost vstřebávání hormonální antikoncepce. Dále je vhodné zaměřit se a posoudit antikoncepci v kombinaci s antikonvulzivy, antiepileptiky, antimykotiky, antivirotiky, kyselinou acetylsalicylovou (např. Acylpyrin či Aspirin) (Fait, 2012).

Mnoho dotazů žen směřuje k možnosti oddálení menstruace. V tomto případě je vhodné před předepsáním antikoncepce pacientkám říct a vysvětlit, že pokud si chtějí oddálit menstruaci nebo menstruaci vůbec nemít a jen užívat kontracepci kontinuálně, je vhodné užívat kontracepci monofázickou. U bifázické a trifázické je možnost oddálení menstruace jen při užívání tablet z poslední fáze. Zbytek se musí vyhodit. Pokud uživatelka přehodila pořadí pilulek, nic se nestalo, jestliže však přehodila bifázický nebo trifázický přípravek, může očekávat maximálně špinění. Spolehlivost je však zachována. Zde je nutné dávat ovšem pozor na přípravky, které obsahují placebo pilulky, pokud by je omylem přehodila a užívala tyto, bylo by to jako by zapomněla tabletu užít. V případě, kdy uživatelka zvracela do 3 – 4 hodin po požití tablety, je potřeba vzít tabletu náhradní. Podobně to platí u silného a déletrvajícího průjmu, který narušuje spolehlivost

antikoncepce. Alkohol, marihuana ani jiné drogy neovlivňují spolehlivost pilulek, žena však nesmí zvracet nebo si pilulku zapomenout vzít (Čepický, 2011).

Jedna z nejčastějších otázek žen se týká návratu plodnosti. Touto otázkou se zabývala studie ve Velké Británii, které se zúčastnilo 2 841 těhotných žen. Tyto ženy vyplňovaly dotazník ohledně užívání COC versus použití kondomu ve vztahu k následné plodnosti po ukončení užívání těchto metod. Při krátkodobém užívání COC (méně než 2 roky) byla plodnost podobná jako u kondomu (4,2 měsíce ku 4,8 měsíce). Po vysazení COC, která trvala více než 2 roky, bylo dosažení těhotenství v 8,2 měsíci. Dosud nebyla publikována studie, která by se týkala návratu plodnosti u žen užívající transdermální antikoncepční náplast nebo vaginální kroužek. Obě jsou však kombinované hormonální antikoncepce, tudíž je pravděpodobné, že výsledky budou podobné jako u COC. To nelze říci u depotní formy antikoncepce, která není vhodná pro ženy přející si rychle obnovit plodnost, protože doba otěhotnění je po vysazení 15 – 49 měsíců v závislosti na délce užívání. Pokud ženy užívaly nitroděložní systém, byla průměrná doba otěhotnění u IUD s mědí 3 měsíce a u IUD s levonorgestrem 4 až 5 měsíců od jejího vysazení (Ressler, 2010).

2.6 Neantikoncepční přínosy hormonální antikoncepce

Hormonální antikoncepce (HA) se předepisuje nejen pro svůj antikoncepční účinek, ale i pro svůj účinek neantikoncepční, kam především řadíme zlepšení stavu při poruchách menstruačního cyklu a kontroly nad ním, kvůli úpravám pleti, při snižování rizika mimoděložního těhotenství i rizik spojených s karcinomy aj. Dále eliminují výskyt ovariálních cyst a některé výzkumy vykazují pozitivní efekt u žen užívající HA na revmatoidní artritidu, tyreopatii i na žaludeční vředy (Fait, 2012).

2.6.1 Kontinuální podávání

Dlouhodobé podávání HA je jednou z četných výhod antikoncepce, a to především z důvodu kontroly pravidelnosti děložního krvácení. Uživatelky se zde dělí na skupiny. Jedna skupina nechce mít děložní krvácení a další skupina trvá na pravidelném měsíčním krvácení. Jiná skupina uživatelky si přeje absenci děložního krvácení na přání, například kvůli zaměstnání, dovolené, životního stylu aj. Na druhou stranu jsou i ty uživatelky, které

kontinuální užívání vítají z důvodu zdravotních indikací. Jedná se o endometriózu, premenstruační syndrom, dysfunkční krvácení, migrénu i mentální postižení (Fait, 2012).

2.6.2 Dysmenorea a hypermenorea

Pánevní bolest během menstruace se nazývá dysmenorea, kterou trpí 40 až 60 % žen. Může se projevovat doprovodnými symptomy jako např. změnami psychiky, nauzeou, zvracením i bolestmi zad. Samotná dysmenorea začíná několik hodin před menstruací nebo zároveň s ní a trvá v průměru 48 až 72 hodin (Fanta, 2000). Čepický a Čepická Líbalová (2011) popisují, že u bolestivé menstruace neboli dysmenoree je HA lékem první volby, která má účinnost až 90 %. Taktéž se postupuje, je-li krvácení příliš silné (hypermenorea) a časté.

Hypermenoreu je vhodné léčit nasazením IUD – LNG, kde z výsledků Jensenovy studie vyplynulo zlepšení a pokles menstruační ztráty po dvou letech u 98 % žen, které trpěly nadměrným krvácením. Toto zlepšení stavu nastalo v naprosté většině do šesti měsíců od zavedení tělíska (Jensen, 2007).

2.6.3 Akné

Akné je známé jako nejčastější kožní choroba, která se vyskytuje hlavně u adolescentů (v 90 až 100 %) trpícími chronickými zánětlivými androgen – dependentními onemocněními. Vznik akné podporuje nejvíc zvýšená tvorba kožního mazu, která se vyskytuje především na obličeji, ramenou, hrudníku a na zádech. HA zvládá léčit mírnou a střední formu akné, případně v kombinaci s antibiotiky, které jsou samostatně nevýhodné z důvodu krátkodobého užívání na rozdíl od HA. Doporučuje se kontinuální podávání monofázické COC s velmi nízkou nebo nízkou dávkou ethinylestradiolu, která působí především na akné obličejové (Driák, 2011).

Jako vhodné preparáty při léčbě akné se nabízejí ty s antiandrogenním progestinem (nejvyšší účinek má cyproteronacetát – 100 %, dienogest – 40 % i drospirenon – 30 %), které jsou speciálně registrované pro tuto léčbu, protože mimo jiné ovlivňují nadledvinovou a ovariální produkci androgenů (Fait, 2012). Čepický (2011) upozorňuje, že je také potřeba počítat s tříměsíčním nástupem účinku. Nástup plného účinku je nejméně půl roku a dále během užívání antikoncepce.

2.6.4 Menstruační migréna a epilepsie

Menstruační migréna (MM) se dělí na dva typy. Je to migréna s aurou (je častější) a migréna bez aury. Migréna s aurou se vyznačuje poruchami vizu u obou očí, jednostrannými znehybněními, jehličkami v končetinách, jednostrannou slabostí i poruchami řeči. MM se většinou vyskytuje u žen užívajících HA v době menstruačního krvácení. Žena totiž přestane HA užívat, což má za následek snížení dávky estrogenů, které pak ústí v MM. Česká gynekologická a porodnická společnost spolu se Světovou zdravotnickou organizací nedoporučuje užívat HA a jiné kombinované antikoncepce těm ženám, které trpí MM s aurou. Obě společnosti doporučují užívat čistě progestinové přípravky nebo zvolit nehormonální antikoncepci. Pravou MM můžeme zjistit u 10 % žen, ze všech pacientek, které jí trpí. Objevuje se první den menstruace plus mínus dva dny, která se následně vyskytuje až tři cykly za sebou. Nepravá MM postihuje ženy i mimo menstruačního krvácení a trpí jí více jak 50 % žen ze všech trpících migrénou. Ženám, které na migrény trpí, se doporučuje, aby užívaly HA kontinuálně nebo používaly antikoncepci čistě progestinovou. Další alternativou je aplikace náplasti s 0,1 mg EE, aby nedocházelo k prudkému poklesu estrogenů během menstruačního krvácení. Také je možné nabídnout ženě monofázické preparáty 24/4, kdy pokles estrogenů je jen 4 dny. Preparáty na 21 dní mají dále 2 placebo tablety a zbylých 5 tablet užívá žena čistě EE s dávkou 10 µg (Niedermayerová, 2012 a Marešová, 2014). V závislosti na tomto onemocnění uvádí Čepický a Čepická Líbalová (2011), že je vhodné užívat monofázické přípravky kontinuálně.

Epileptičkám užívajícím antikonvulziva se doporučuje vysoko dávkovaná antikoncepce. Na toto doporučení však není momentálně dostatek studií, proto se doporučuje používat antikoncepci bariérovou, nitroděložní tělísko Mirena, která nemá vliv na účinnost antiepileptik či depotní medroxyprogesteron acetát (Fait, 2012 a Marešová, 2014). WHO pak doporučuje ženám užívajícím antiepileptika nepředepisování COC, která obsahuje méně než 30 µg estrogenů, protože některá antikonvulziva snižují účinnost COC (Department of Reproductive Health and WHO, 2009).

2.7 Cesty vývoje hormonální antikoncepce

V průběhu 50 let se COC výrazně změnila ve svém složení a to hlavně u snížení estrogenní dávky a používání nových progestinů. Dnes nejpoužívanější ethinylestradiol je pomalu nahrazován estradiolem a estradiolvalerátem. Nově se zlepšuje vývoj COC v podobě jiných aplikačních forem (Fait, 2012a).

Fait (2013) zde předkládá informaci, že na snížení potratovosti je nejlepší a nejúspěšnější prostředek poskytovat ženám hormonální antikoncepci. Tuto informaci obhájí argumentem, že v letech 1990 – 2008 kleslo umělé přerušování těhotenství o 76 % a současně vzrostl počet uživatelů hormonální antikoncepce o 825 %. V krátkém výčtu dále sděluje historii hormonální antikoncepce, která poprvé přišla na trh v USA roku 1959 jako Enovid. O dva roky později následovala firma Schering s Anovlarem. Česká republika se představila s Antigestem v roce 1965. Náplast Evra se vyrábí od roku 2002 a vaginální kroužek přišel na trh o pět let později. Čistě gestagenní antikoncepce v injekční formě Depo – Provera je na trhu od roku 1963, ale tyto implantáty se od roku 2012 pomalu ztrácí z trhu. IUD je k dispozici od roku 1962, nicméně v České republice nemá dosud tak velké využití jako v jiných zemích. Její dostupnost vyhledává stále více žen, které ještě nerodily. Za pozornost také stojí, že od roku 2012 si ženy v ČR mohou zažádat o sterilizaci bez nutnosti komisionálního přezkoumání.

V dnešní době se stále diskutuje o volně prodejné COC, tato možnost má však své výhody a samozřejmě i rizika. Rozhodnutí o volném prodeji závisí hlavně na FDA (Food and Drug Administration). Tato organizace se zabývá otázkami, je-li lék toxický, hrozí-li předávkování léku, jestli je návykový, zda si ženy umí samy zjistit stav, kdy je lék nejvhodněji použít či zda mohou ženy užívat takovýto lék bez dohledu a rady lékaře. Jedna skupina lidí, která zastává názor k volnému prodeji, argumentuje tím, že COC je bezpečná a může dále snižovat podíl nechtěných těhotenství, druhá skupina podotýká, že pohodlí ženy by nemělo převážet bezpečnost, kterou zajišťuje lékařský dohled (Grossman, 2008).

Stále se hledají další bezpečné, spolehlivější, ekonomicky dostupné a vysoce tolerované metody antikoncepce. Mezi hormonálními metodami se stále hledají ty s nejmenším množstvím hormonů a také ty s co nejmenšími vedlejšími účinky. Lze dále čekat nové typy estrogenů a progestinů a také nové aplikační formy látek, které mají za cíl ovlivnit proces oplození. Velká pozornost je zaměřena i na nové metody a vývoj hormonální antikoncepce pro muže (Křepelka, 2010).

2.7.1 Mužská antikoncepce

Mužská antikoncepce představuje 30 % všech antikoncepčních metod, které zabraňují nechtěnému početí. Nejrozšířenější forma je přerušovaná soulož, poté kondom a třetí forma je vasektomie. Stále se však hledá “ta” pilulka pro muže. Ve výzkumech stále převažují nevýhody nad výhodami při hormonálním potlačení spermiogeneze. Při užívání exogenních androgenů hrozí vzestup hmotnosti, snížení HDL, akné, psychické problémy, obezita, změny v koncentraci hemoglobinu i jaterní zátěž. V dnešní především čínské medicíně je v povědomí mnoho sloučenin získaných z rostlin, které se užívají za účelem mužské antikoncepce. Velká pozornost zaujímá vědce při řešení mechanismu antikoncepčního působení, které může vést k jejich užívání v podobě tablet. Cílem soustředění je blokáda kalciových kanálů na membráně spermie vedoucí k zábraně spermiogeneze. V současnosti však není na trhu dostupná, bezpečná, plně reverzibilní, spolehlivá a snadno aplikovatelná farmakologická forma antikoncepce pro muže (Driák, Švandová, 2013a). Avšak se momentálně testuje gel obsahující testosteron a nestoron, který má za cíl hormonální inhibici spermiogeneze. Pokud muž ukončí aplikaci tohoto gelu je normalizace po vysazení 4 týdny (Blitheová, 2013).

Je však možné předpokládat první mužskou antikoncepci v horizontu deseti let v podobě implantátu nebo injekcí, ale očekávané “pilulky” pro muže se pravděpodobně realitou nestanou (Driák, 2013).

2.8 Právní postavení hormonální antikoncepce

Je vhodné a důležité vědět, že z gynekologického hlediska může antikoncepci užívat i dívka mladší 15 let, pokud to však není za účelem pohlavního styku. V České republice je totiž pohlavní styk s osobou, která ještě nedovršila 15 let, trestným činem a takového činu se dopouští i člověk, který o tom ví a nezabrání mu. Gynekolog většinou předepisuje antikoncepci mladým dívkám, které trápí nepravidelná a bolestivá menstruace, akné aj. tedy za účelem léčby. Pokud je dívka 15 – 18 let, nemá povinnost oznámit ona ani lékař rodičům, že užívá antikoncepci (Čepický, 2011).

V české legislativě lze najít o hormonální antikoncepci jen zmínku v zákoně o umělém přerušení těhotenství 66/1986 Sb., který má oficiální název: Zákon České národní rady ze dne 20. října 1968 o umělém přerušení těhotenství. Kde podle §2 se nežádoucímú těhotenství předchází především výchovou k plánovanému

a odpovědnému rodičovství v rodině, ve škole a zdravotnických zařízeních, výchovným působením v oblasti sociální a kulturní a využíváním prostředků k zabránění těhotenství.

„Dle §367 trestního zákoníku je každý, kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiná osoba připravuje nebo páchá trestný čin pohlavního zneužití, povinen spáchání nebo dokončení tohoto trestného činu překazit, jinak se sám vystavuje postihu za spáchání trestného činu nepřekazení trestného činu a je ohrožen trestní sazbou odnětí svobody až v trvání tří let.“ (Prudil, 2011, str. 135, 148 a 151).

V žádném dalším zákoně však nikde výslovně nenalezneme, zda si matka nezletilé dcery může vyžádat od lékaře informace o tom, jestli si její dcera žádá či již užívá antikoncepční prostředky. Nezletilá dcera však může souhlasit se sdělováním informací pro určité členy rodiny. Na druhou stranu zákon o rodině stanovuje, že rodiče mají své nezletilé děti zastupovat a tudíž by o svých dětech měli být informováni (Stolínová, 2001).

Pokud dívka mladší 15 let žádá o předepsání hormonální antikoncepce, pomineme-li předepsání např. na úpravu menstruačního cyklu či z jiných lékařských důvodů, je vhodné zjistit, zda neplánuje začít pohlavní život. V tomto případě má lékař povinnost informovat dívku o možných právních důsledcích, které vyplývají pro jejího partnera, kterému by hrozil, má-li více než 15 let, trestní postih pro zločin pohlavního zneužití dle §187 trestního zákoníku (Prudil, 2011).

2.9 Náboženské názory

Náboženské a kulturní postoje se vyvíjejí daleko pomaleji vzhledem ke kontrole početí než technické možnosti antikoncepce, které jsou v souladu s vědeckým poznáním a pokrokem. Každé náboženství má k antikoncepci odlišné postoje. Ať už se jedná o římskokatolickou církev, židovské i protestanské náboženství, buddhismus či islám. O významu reprodukce se nejvíce pojednává u židovského a římskokatolického náboženství, které uvádí, že smyslem manželství je reprodukce a právě antikoncepce ničí potenciální život, což je hříchem proti přírodě. Římskokatolická církev odsouhlasila pouze metodu abstinence a výpočet plodných a neplodných dnů. Všechny ostatní metody antikoncepce odmítá. Islám má v paměti, že děti jsou Alláhovým darem a velká část muslimů věří, že mají za povinnost se rozmnožovat a osidlovat zemi (Calda, 2002).

2.10 Mýty a pověry o hormonální antikoncepci

Hormonální antikoncepce je dnes známým pojmem a hojně využívanou antikoncepční metodou, přesto kolem ní stále koluje spousta mýtů a pověr. Dle výsledků z dotazníkového šetření byl zaznamenán stálý výskyt těchto mýtů a pověr, které mají dívky stále v povědomí. V následujícím přehledu jsou uvedeny ty nejčastější z nich:

- Je nesmyslem, aby žena jednou za rok na měsíc (či jinak) vysadila hormonální antikoncepci z důvodu ochrany organismu a zachování ovulačních cyklů.
- Po hormonální antikoncepci se netloustne. Dnes toto tvrzení vyvracuje mnoho studií. Příčiny potenciálního nárůstu hmotnosti je nutné hledat jinde.
- Pokud žena otěhotní, neví o tom a stále užívá v časném stadiu těhotenství hormonální antikoncepci, nemá důvod k ukončení těhotenství z indikace plodu.
- Pokles sexuálního zájmu neboli hypolibidie během užívání hormonální antikoncepce je relativně ojedinělou stížností a také českou zvláštností. Pokles libida je ve většině případů psychosomatické povahy jako například postoje k sexu, k partnerovi, k rodičovství, k rodičům aj. Většinou jsou ovšem nevědomé.
- Hormonální antikoncepce představuje až třicetkrát větší ochranu před nechtěným těhotenstvím než kondom.
- Hormonální antikoncepce riziko neplodnosti dokonce snižuje, protože chrání průchodnost vejcovodů a také snižuje výskyt zánětů.
- Hormonální antikoncepce vůbec neovlivňuje vznik, vývoj a jiné komplikace u křečových žil.
- Hormonální antikoncepci lze užívat dlouhodobě, dnes již není doba užívání omezena.
- Hormony v pilulce odpovídají přirozeným hormonům vaječníků, a proto vzájemný poměr hormonů je výhodnější než v cyklu přirozeném, protože užívání HA chrání do jisté míry i před rakovinou vaječníku a dělohy.
- Kontraindikacemi hormonální antikoncepce není myom, rodinná anamnéza s karcinomem prsu, varixy, povrchová tromboflebitida ani Gilbertova nemoc.
- Nitroděložní tělísko lze zavést i ženám, které dosud nerodily, avšak samotné zavádění může být problematické (Čepický a Čepická Líbalová, 2011 a Fait, 2011).

3 Metodika práce

Pro sběr dat ve výzkumném šetření bylo použito dotazníkové šetření. Otázky byly sestaveny tak, aby jim respondenti porozuměli a dokázali je zodpovědět. Dotazník obsahuje především uzavřené otázky, u nichž si respondenti měli vybrat jednu z nabízených možností odpovědí (č. 4, 7, 11 – 18, 13 – 14 a 26 – 27) nebo měli možnost výběru více odpovědí, kde nezáleželo na jejich důležitosti (č. 9 – 10, 20 – 22, 25 a 28). Respondenti taktéž odpovídali na otázky otevřené, u nichž mohli odpovídat vlastními slovy (č. 1 – 3, 5 – 6, 8, 19 a 29). Dotazník se skládá ze dvou částí, a to z první části, ve které odpovídaly respondentky všechny (č. 1 – 18 a 29), a z druhé části, která obsahovala otázky jen pro ty respondentky, které někdy užívaly nebo stále užívají hormonální antikoncepci (č. 19 – 29). Výsledky byly vyhodnocovány v počítačovém programu Microsoft Office Word 2010 a Microsoft Office Excel 2010 pomocí tabulek a grafů, jež jsou výborným prostředkem pro zobrazení získaných dat. V tabulkách a grafech byly použity hodnoty absolutní (n_i) a relativní četnosti (f_i) se vzorcem výpočtu relativní četnosti ($f_i = n_i / n \times 100$) a hodnoty souhrnné (Σ).

3.1 Realizace výzkumu

Dotazník byl od počátku konstruován tak, aby jej bylo možné vyplňovat elektronickou cestou z důvodu úspory času, financí a též z důvodu vyzkoušení si nové cesty ke sběru dat. Na začátku, dříve než byly dotazníky oficiálně odesílány, byl proveden předvýzkum u 15 osob, díky nimž byly vyloučeny dvě nevhodné otázky a čtyři otázky byly upraveny. Posléze byl dotazník distribuován.

3.2 Charakteristika respondentů

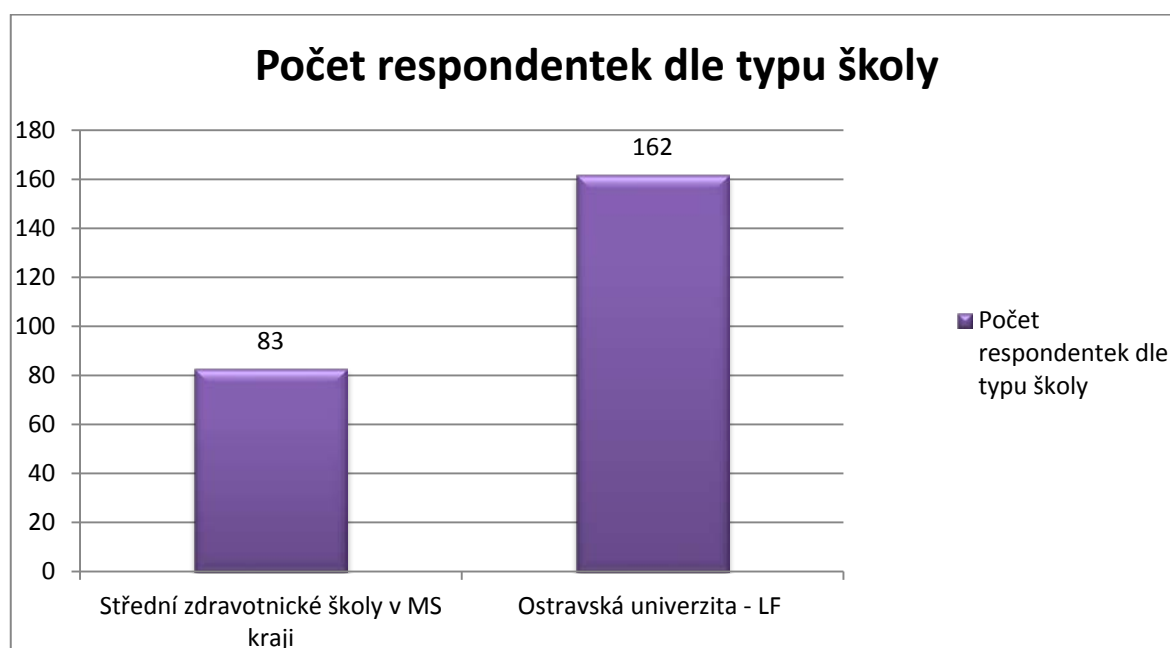
Vzhledem k zaměření práce na informovanost studentek středních a vysokých škol v Moravskoslezském kraji, byly z tohoto kraje vybrány všechny střední zdravotnické školy, a to SZŠ a VOŠZ v Ostravě se 7 respondentkami, SPgŠ a SZŠ Krnov s 8 respondentkami, SZŠ Opava se 33 respondentkami, SZŠ Frýdek – Místek s 19 respondentkami, SPgŠ a SZŠ Odry s 10 respondentkami, SZŠ Karviná s 6 respondentkami a SZŠ Nový Jičín, který ukončuje výčet středních zdravotnických škol v Moravskoslezském kraji, kde nebyla respondentka žádná. Do každé školy byla napsána

oficiální žádost, zda by mohly studentky vyplnit dotazníky v ICT hodinách nebo zda by byla možnost dotazníky zaslat na třídní email. Bohužel odpovědi nepřišly žádné kromě SZŠ v Opavě, která uvedla, že vedení nepovolilo předání dotazníků studentkám z důvodu velkého množství žádostí o šetření na této škole. Z tohoto důvodu byly využity sociální sítě, díky kterým nebyl velký problém nalézt respondentky z těchto škol. Ze středních zdravotnických škol bylo vyplněno celkem **83** dotazníků a z Lékařské fakulty Ostravské univerzity, která je jedinou zdravotnickou fakultou v Moravskoslezském kraji, bylo dotazníků **162**. Celkový počet dotazníků tedy činil **245**, v zastoupení SZŠ (zaokrouhleno na celá čísla) **34 %** a Ostravské univerzity – LF **66 %**.

Tabulka 3. Počet respondentek v závislosti na konkrétní škole

Odpověď	Všechny respondentky		
	n_i	f_i (%)	f_i (%)
SZŠ a VOŠZ v Ostravě	7	2,9	33,9
SPgŠ a SZŠ Krnov	8	3,3	
SZŠ Opava	33	13,4	
SZŠ Frýdek – Místek	19	7,8	
SPgŠ a SZŠ Odry	10	4,1	
SZŠ Karviná	6	2,4	
SZŠ Nový Jičín	0	0	
Ostravská univerzita – Lékařská fakulta	162	66,1	66,1
Σ	245	100	100

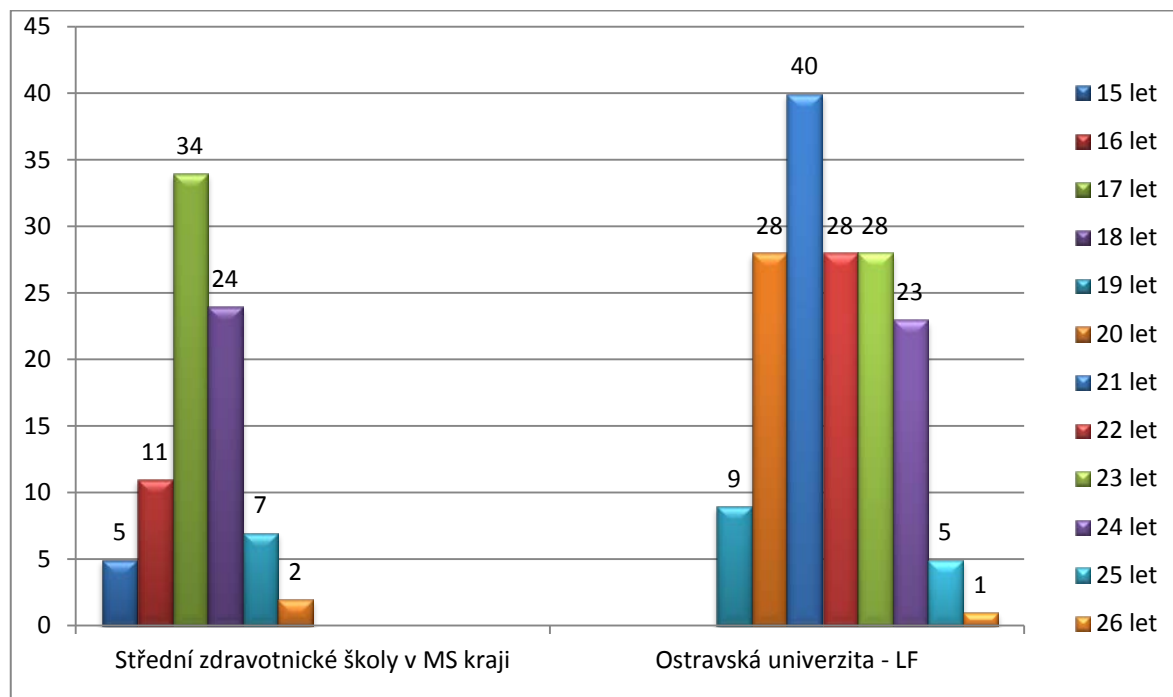
Graf 1. Počet respondentek dle typu školy



Věk respondentek

Nejpočetnější skupinu ze SZŠ tvořily **17 leté** dívky (34) a **21 leté dívky** (40) z Ostravské univerzity. Průměrný věk respondentek ze SZŠ byl **17,3 let** a na Lékařské fakultě Ostravské univerzity se pohyboval věk okolo **21,8 let**, z celého souboru byl tedy průměrný věk **19,6 let**.

Graf 2. Věk respondentek



4 Výsledky

Pro lepší orientaci ve výsledcích výzkumu, byly otázky rozděleny do několika kategorií dle typu a zaměření jednotlivých otázek v dotazníku. Některé výsledky jsou zpracovány souhrnně pro SZŠ i VŠ a jiné umožňují komparaci výsledků zvlášť pro SZŠ a VŠ. **První část** dotazníku (18 otázek) byla pro všechny respondentky, na část druhou (11 otázek) odpovídaly jen ty respondentky, které užívají nebo užívaly hormonální antikoncepci.

Studentky odpovídaly taktéž na otázku, zda **kouří** popř. **kolik cigaret denně** (otázka č. 4 a 5). Předem byla stanovena hranice 15 a více vykouřených cigaret za den. Žádná z dívek takové množství cigaret nevykouří, tudíž se tato otázka neobjevila ve zpracování. Respondentky také odpovídaly, ve stejném duchu, na výskyt BMI nad 30. Tento limit také nebyl splněn, proto otázky, které zjišťovaly **výšku** a **váhu** (č. 2 a 3), nebyly zahrnuty do zpracování. Otázka č. 1, která se ptala na **věk dívek**, a také otázka č. 6, která zjišťovala, **jakou školu** dívky navštěvují, je zařazena v kapitole *charakteristika respondentů*.

4.1 Partnerský život

Otázka č. 7 – Máte stálého partnera?

Celkově 183 (74,7 %) respondentek **má** stálého partnera, 61 (24,9 %) **nemá** stálého partnera a jedna (0,4 %) respondentka uvedla v rámci kolonky „jiné“, že má **kamaráda s výhodami**. V porovnání SZŠ a VŠ je vidět větší počet dívek z VŠ, které partnera **mají**, a to 123 respondentek (75,9%), oproti SZŠ s 58 respondentkami (69,9 %). Partnera **nemá** 24 (28,9 %) dívek ze SZŠ a 39 (24,1 %) dívek z VŠ.

Tabulka 4. Vztah s partnerem

Odpověď	Všechny respondentky		SZŠ		VŠ	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Mám stálého partnera	183	74,7	58	69,9	123	75,9
Nemám stálého partnera	61	24,9	24	28,9	39	24,1
Jiné:						
Kamarád s výhodami	1	0,4	1	1,2	0	0
Σ	245	100	83	100	162	100

Otázka č. 8 - V kolika letech jste měla první pohlavní styk?

Tato tabulka odpovídá na první deskriptivní problém, který se zabýval možností výskytu dívek, které měly první pohlavní styk ještě před dovršením 15 let v dotazníkovém šetření. Výsledky udávají zajímavé hodnoty s **průměrným věkem** dívek, ve kterém proběhl první pohlavní styk, a to 16,5 let. 13 (5,3 %) dívek doposud první pohlavní styk **nemělo**. **Nejvíce**, tedy 71 dívek (29 %), mělo svůj první pohlavní styk v 17 letech. Pozoruhodným zjištěním také bylo, že první pohlavní styk pod hranicí 15 let měla 1 dívka (0,4 %) ve 12 letech, ve 13 letech taktéž 1 dívka (0,4 %), věk 14 let už uvedlo 14 dívek (5,7 %) a u povolené hranice 15 let počet strmě stoupá na 51 (20,8 %) dívek.

Tabulka 5. První pohlavní styk dle věku

Odpověď	n_i	f_i (%)
12 let	1	0,4
13 let	1	0,4
14 let	14	5,7
15 let	51	20,8
16 let	71	29,0
17 let	35	14,3
18 let	34	13,9
19 let	12	4,9
20 let	6	2,5
21 let	5	2,0
22 let	1	0,4
23 let	0	0
24 let	1	0,4
Ještě jsem neměla pohlavní styk	13	5,3
Σ	245	100

4.2 Antikoncepční metody

Otázka č. 9 - Jakou antikoncepci jste použila nebo použijete při prvním pohlavním styku?

Druhý deskriptivní problém se týkal toho, jakou antikoncepční metodu nejčastěji dívky použily nebo použijí při prvním pohlavním styku. Tato otázka bude dále podrobně zodpovězena. Tento typ otázky umožňoval, aby dívky mohly odpovídat vícero možnostmi bez ohledu na důležitost jejich pořadí. Nejčastější antikoncepční metodou při prvním pohlavním styku byl **mužský kondom**, který použilo nebo použije 142 respondentek (45,8 %). Na druhém místě se 108 respondentkami (34,8 %) stojí **hormonální antikoncepce** a třetí místo v dotazníku pro SZŠ a VŠ má **přerušovaná soulož** s počtem 23 respondentek (7,4 %). Čtvrtou nejčastější odpovědí bylo použití **žádné** antikoncepce – 21 studentek (6,8 %) a **pilulku „po“** užilo či užije jen 10 (3,2 %) dívek, **kalendářní metodu**, která se spoléhá na neplodné a plodné dny použilo či použije jen 2 (0,7 %) dívky, stejný počet dívek je u použití **spermicidů**. **Nitroděložní tělísko** uvedla jen 1 (0,3 %) dívka a 1 (0,3 %) dívka odpověděla, že **neví**. **Vaginální kroužek, vaginální pesar, ženský kondom, injekční antikoncepci, implantáty a antikoncepční náplast** neuvedla žádná z dotazovaných.

Tabulka 6. Typ antikoncepce, která byla nebo bude použita prvním pohlavním styku

Odpověď	n_i	f_i (%)
Žádnou	21	6,8
Mužský kondom	142	45,8
Přerušovaná soulož	23	7,4
Kalendářní metoda	2	0,7
Vaginální kroužek	0	0
Spermicity	2	0,7
Vaginální pesar	0	0
Ženský kondom	0	0
Hormonální antikoncepce	108	34,8
Nitroděložní tělísko	1	0,3
Injekční antikoncepce	0	0
Implantáty	0	0
Pilulka "po"	10	3,2
Antikoncepční náplast	0	0
Nevím	1	0,3
Σ	310	100

Otázka č. 10 – Současné používání antikoncepčních metod.

U této otázky bylo možné odpovídat více možnostmi, tudíž se odpovědi daly kombinovat. Nejvyšší počet uživatelů užívá **hormonální antikoncepci** – 134 studentek (44,5 %), kde je vidět rozdíl mezi SZŠ – 49 studentek (50 %) a VŠ – 85 studentek (41,9 %) procentuálně ve prospěch SZŠ. Tímto zjištěním byl vyřešen první relační problém, který porovnával, kterou antikoncepční metodu nyní nejčastěji užívají dívky z různých typů škol. Druhou pozici zaujímá **mužský kondom**, který zvolilo téměř o polovinu méně dívek – 68 (22,6 %). Zde je jen 3,7% rozdíl mezi dívkami ze SZŠ a VŠ ve prospěch VŠ. **Žádnou** antikoncepci uvedlo 47 (15,6 %) dívek, kde byl jen 1% rozdíl mezi SZŠ – 16 dívek (16,3 %) a VŠ – 31 dívek (15,3 %). Čtvrté místo zastupuje **přerušovaná soulož** s 28 respondentkami (9,3 %), kterou o 1,7 % více zastupují dívky z VŠ než ze SZŠ. Jen 7 (2,3 %) dívek, všechny z VŠ, využívají **spermicidy** a **kalendářní metodu** užívá 5 dívek (1,7 %) s 0,5% rozdílem ve prospěch SZŠ. 3 (1 %) dívky zaznačily užívání **vaginálního kroužku**, z toho všechny z VŠ, 3 odpovědi (1 %) také získalo **nitroděložní tělíčko**, které užívá 1 dívka ze SZŠ a 2 dívky z VŠ. **Pilulku „po“** momentálně užívají také 3 dívky, a to 2 (2 %) ze SZŠ a 1 (0,5 %) z VŠ, **ženský kondom** uvedly jen 2 (0,7 %) studentky z VŠ (1 %). 1 studentka z VŠ (0,5 %) používá **vaginální pesar**. Na **injekční antikoncepci**, **implantáty** a **antikoncepční náplast** neodpověděla respondentka žádná.

Tabulka 7. Aktuální antikoncepční metoda, kterou dívky užívají

Odpověď	Všechny respondentky		SZŠ		VŠ	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Žádnou	47	15,6	16	16,3	31	15,3
Mužský kondom	68	22,6	20	20,4	48	23,7
Přerušovaná soulož	28	9,3	8	8,2	20	9,9
Kalendářní metoda	5	1,7	2	2,0	3	1,5
Vaginální kroužek	3	1,0	0	0	3	1,5
Spermicidy	7	2,3	0	0	7	3,5
Vaginální pesar	1	0,3	0	0	1	0,5
Ženský kondom	2	0,7	0	0	2	1,0
Hormonální antikoncepce	134	44,5	49	50,0	85	41,9
Nitroděložní tělísko	3	1,0	1	1,0	2	1,0
Injekční antikoncepce	0	0	0	0	0	0
Implantáty	0	0	0	0	0	0
Pilulka "po"	3	1,0	2	2,0	1	0,5
Antikoncepční náplast	0	0	0	0	0	0
Σ	301	100	98	100	203	100

4.3 Povědomí dívek o hormonální antikoncepci

Otázka č. 11 - Slyšela jste někdy o mužské hormonální antikoncepci?

Vzhledem k tomu, že mužská hormonální antikoncepce je stále ve výzkumu a na trhu doposud není, je zajímavým výsledkem, že **ano** na otázku č. 11 odpovědělo celkem 72 (29,4 %) dívek z toho o 6,2 % více dívek z VŠ. 173 (70,6 %) respondentek, což byla většina, odpovědělo, že **neslyšelo** o mužské HA. Z tohoto souboru bylo 62 dívek (74,7 %) ze SZŠ a z VŠ s 111 dívkami bylo procentuální zastoupení menší, a to 68,5 %. Zde je možné konstatovat, že dívky z VŠ mají více zkušeností, jsou sečtější, starší, mají více zážitků, a proto je jejich informovanost o této antikoncepci vyšší než u dívek ze SZŠ.

Tabulka 8. Povědomí o mužské hormonální antikoncepci

Odpověď	Všechny respondentky		SZŠ		VŠ	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Ano	72	29,4	21	25,3	51	31,5
Ne	173	70,6	62	74,7	111	68,5
Σ	245	100	83	100	162	100

Otázka č. 12 - Myslíte si, že jsou informace, které o hormonální antikoncepci máte, dostatečné?

Na tuto otázku respondentky odpovídaly jen s jednou možností odpovědi. Nejvíce dívek – 149 (60,8 %) – si myslí, že **má** dostatečné informace týkající se hormonální antikoncepce. Z tohoto souboru 55 (66,3 %) dívek ze SZŠ odpovědělo kladně, o 8,3 % méně dívek z VŠ (94) si myslí, že má dostatečné informace. Dívek, které si myslí, že informace **nejsou** dostatečné, je celkem 51 (20,8 %), z toho převládá procento dívek z VŠ – 39 dívek (24,1 %) oproti 12 dívkám ze SZŠ – (14,5 %). Zde může být závěrem to, že čím jsou dívky starší, tím mají sice větší znalosti, ale narůstá u nich stále více nezodpovězených otázek a pochybností. Na odpověď **nevím** zodpovědělo celkem 45 (18,4 %) dívek, z toho ze SZŠ 16 (19,2 %) a z VŠ 29 (17,9 %).

Tabulka 9. Znalost informací o hormonální antikoncepci

Odpověď	Všechny respondentky		SZŠ		VŠ	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Ano	149	60,8	55	66,3	94	58,0
Ne	51	20,8	12	14,5	39	24,1
Nevím	45	18,4	16	19,2	29	17,9
Σ	245	100	83	100	162	100

Otázka č. 13 - Myslíte si, že hormonální antikoncepce způsobuje větší výskyt nádorů?

Mnoho již zmíněných studií, analýz a kazuistik toto tvrzení vyvrací a proto odpověď **ne** uvedlo 112 (45,7 %) dívek. **Ano** – 65 dívek (26,5 %) – a **nevím** – 68 dívek (27,8 %) – mají podobný výsledek. Z VŠ si více, tedy 47 dívek (29 %) myslí, že HA **způsobuje** větší výskyt nádorů, kdežto u studentek ze SZŠ se tato odpověď vyskytla **méně** – 18 studentek (21,7 %), podobně je tomu u odpovědi **nevím**. Zajímavým faktem je, že si (zaokrouhleně) o 15 % více dívek ze SZŠ myslí, že HA **nezpůsobuje** větší výskyt nádorů, oproti názoru dívek z VŠ.

Tabulka 10. Názor, zda způsobuje hormonální antikoncepce větší výskyt nádorů

Odpověď	Všechny respondentky		SZŠ		VŠ	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Ano	65	26,5	18	21,7	47	29,0
Ne	112	45,7	46	55,4	66	40,7
Nevím	68	27,8	19	22,9	49	30,3
Σ	245	100	83	100	162	100

Otázka č. 14 - Myslíte si, že se po hormonální antikoncepci tloustne?

Většina dívek – 129 (52,7 %) si myslí, že po HA **se tloustne**, 98 (40 %) dívek vyznačilo, že se po HA **netloustne** a jen 18 (7,4 %) dívek uvedlo, že **neví**. Názor, že se po HA **tloustne**, zastávají více dívky ze SZŠ – 54 dívek (65,1 %), oproti 75 dívkám (46,3 %) z VŠ. Zajímavé je, že 2 × více dívek z VŠ než ze SZŠ si myslí, že se po HA **netloustne**.

Tabulka 11. Názor, zda se po hormonální antikoncepci tloustne

Odpověď	Všechny respondentky		SZŠ		VŠ	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Ano	129	52,7	54	65,1	75	46,3
Ne	98	40,0	20	24,1	78	48,1
Nevím	18	7,4	9	10,8	9	5,6
Σ	245	100	83	100	162	100

Otázka č. 15 - Myslíte si, že nemít „pravou“ menstruaci je škodlivé?

V této otázce nejsou rozdíly v odpovědích tak velké, jako v otázkách předchozích. 95 (38,8 %) dívek si myslí, že nemít „pravou“ menstruaci škodlivé **není**, 82 (33,5 %) dívek odpovědělo, že to škodlivé naopak **je** a 68 (27,7 %) dívek **nevědělo**. 58 (35,8 %) dívek z VŠ odpovědělo, že nemít „pravou“ menstruaci **je škodlivé**, méně bylo dívek ze SZŠ se stejným názorem – 24 (28,9 %) dívek. Taktéž byl větší výskyt dívek z VŠ s odpovědí **ne** 70 (43,2 %) oproti dívkám ze SZŠ, jejichž počet byl 25 (30,1 %). Odpověď **nevím** zaujalo stejné zastoupení v počtu odpovědí SZŠ i VŠ, rozdíl však byl procentuálně téměř dvojnásobně větší u dívek ze SZŠ (41 %) než u vysokoškolských studentek (21 %).

Tabulka 12. Názor, zda nemít „pravou“ menstruaci je škodlivé

Odpověď	Všechny respondentky		SZŠ		VŠ	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Ano	82	33,5	24	28,9	58	35,8
Ne	95	38,8	25	30,1	70	43,2
Nevím	68	27,7	34	41,0	34	21,0
Σ	245	100	83	100	162	100

Otázka č. 16 - Myslíte si, že hormonální antikoncepce snižuje libido?

Poklesem sexuálního zájmu neboli hypolibidie se zabývá Čepický a Čepická Líbalová (2011). Uvádí, že tento stav je během užívání hormonální antikoncepce relativně ojedinělou stížností a také českou zvláštností.

Z výše uvedeného lze předpokládat, že nejvíce odpovědi bude **ano**, což opravdu potvrdil vysoký počet 98 (40 %). Na druhém místě je názor 89 respondentek (36,3 %), že HA **nezpůsobuje** snížení libida a jen 58 (23,7 %) dívek vybralo, že **neví**. Pozoruhodné zde je, že **kladný** názor upřednostňují spíše dívky z VŠ – 82 (50,6 %) – ve srovnání s dívkami ze SZŠ – 16 (19,3 %). U **negativního** postoje tak velké rozdíly nebyly. Odpověď **nevím** byla označena vícekrát dívkami ze SZŠ – 35 (42,1 %) na rozdíl od dívek z VŠ, které odpověděly v počtu 23 (14,2 %).

Tabulka 13. Názor, zda hormonální antikoncepce snižuje libido

Odpověď	Všechny respondentky		SZŠ		VŠ	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Ano	98	40,0	16	19,3	82	50,6
Ne	89	36,3	32	38,6	57	35,2
Nevím	58	23,7	35	42,1	23	14,2
Σ	245	100	83	100	162	100

Otázka č. 17 – Kdy se postkoitální antikoncepce Postinor (pilulka „Po“, záchranná antikoncepce) užívá?

Správnou odpovědí u této otázky ohledně antikoncepční metody byla odpověď **po pohlavním styku, nejdéle do 72 hodin**, kterou zvolilo 107 (43,7 %) dívek. První nejčastější odpovědí však bylo se 127 (51,8 %) odpověďmi **po pohlavním styku, nejdéle do 48 hodin**. Ačkoliv tato odpověď není úplně správná, je vhodné podotknout, že je lepší, aby dívky užily tuto tabletu co nejdříve po nechráněném pohlavním styku a tudíž snížily možnost otěhotnění. Odpovědi mezi studentkami ze SZŠ a z VŠ se významně nelišily.

Tabulka 14. Užívání postkoitální antikoncepce Postinor

Odpověď	Všechny respondenty		SZŠ		VŠ	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Po pohlavním styku, nejdéle do 48 hodin	127	51,8	44	53,0	83	51,2
Minimálně 6 hodin před stykem	0	0	0	0	0	0
Po pohlavním styku, nejdéle do 72 hodin	107	43,7	34	41,0	73	45,1
Nevím	11	4,5	5	6,0	6	3,7
Σ	245	100	83	100	162	100

Otázka č. 18 – Jste věřící, praktikující římskokatolík?

Gregorová (2010) uvádí zmínku o vlivu **náboženského přesvědčení** na antikoncepční metodu při prvním styku. U věřících žen ze souboru 1 011 převládala jako antikoncepční metoda v 51 % žádná, na druhém místě s 36 % bylo použití kondomu. V těchto údajích se zkoumané dotazníkové šetření na školách v MS kraji značně liší. Vyskytuje se zde 31 (12,7 %) věřících dívek a 214 (87,3 %) dívek nevěřících. Dívky měly u otázky užitých metod možnost více odpovědí, tudíž byly některé metody zkombinované. Z věřících dívek užilo či užije nejčastěji při prvním pohlavním styku 18 (50 %) dívek **mužský kondom**, 10 (27,8 %) dívek uvedlo **jakákoliv HA** a **žádnou** antikoncepci neužilo či neužije jen 6 (16,6 %) dívek. **Kalendářní metodu i přerušovanou soulož** využila nebo využije 1 (2,8 %) dívka.

Tabulka 15. Víra u dívek

Odpověď	Věřící	
	n _i	f _i (%)
Ano	31	12,7
Ne	214	87,3
Σ	245	100

Tabulka 16. Užívané antikoncepční metody při prvním pohlavním styku

Odpověď	Věřící	
	n _i	f _i (%)
Jakákoliv HA	10	27,8
Mužský kondom	18	50
Kalendářní metoda	1	2,8
Žádná	6	16,6
Přerušovaná soulož	1	2,8
Σ	36	100

V druhé části dotazníku odpovídaly jen ty respondentky, které hormonální antikoncepci momentálně užívají, a ty, které ji již užívat přestaly. V dotazníku dále nepokračovalo z počátečního souboru 245 dívek celkem 50 (20,4 %) respondentek. Dále tedy pokračovalo 195 respondentek, z toho bylo 54 (27,7 %) dívek ze SZŠ a 141 (72,3 %) dívek z VŠ.

4.4 Užívání hormonální antikoncepce

Otázka č. 19 - Kolik let užíváte (nebo jste užívala) hormonální antikoncepci?

Výčet odpovědí obsahoval užívání HA méně než 1 rok až po dobu 11 let. Průměrný počet roků užívání hormonální antikoncepce zde byl 3,4 roky. Nejvíce dívek, 31 (15,8 %) užívá 4 roky HA, 2 roky ji užívá 30 (15,4 %) dívek, 5 let užívání vybralo 27 (13,8 %) dívek, méně než 1 rok, 1 rok a 3 roky zvolilo celkem 20 (10,3 %) dívek. Výčet dále klesá, a to na 22 (11,3 %) dívek u 6 let, 15 (7,7 %) dívek u 7 let, 6 (3,1 %) dívek u 8 let. 10 let užívají nebo užívaly HA 2 (1 %) dívky a u 9 a 11 let byla vždy 1 (0,5 %) dívka.

Tabulka 17. Počet let užívání hormonální antikoncepce

Odpověď	Všechny respondentky	
	n_i	f_i (%)
Méně než 1 rok	20	10,3
1 rok	20	10,3
2 roky	30	15,4
3 roky	20	10,3
4 roky	31	15,8
5 let	27	13,8
6 let	22	11,3
7 let	15	7,7
8 let	6	3,1
9 let	1	0,5
10 let	2	1,0
11 let	1	0,5
Σ	195	100

Otázka č. 20 - Z jakého důvodu jste začala užívat hormonální antikoncepci?

Na tuto otázku bylo možné odpovídat více možnostmi, s tím že bylo celkem 414 odpovědí, kde odpovědi, která předčila všechny ostatní, byl **antikoncepční účinek** u 161 (38,9 %) dívek, dvakrát méně oproti důvodu antikoncepčního účinku byla uváděna **pravidelnost cyklu, kontrola nad svým cyklem** – 81 (19,6 %) respondentek. Třetí nejčastější odpovědí bylo **snížení bolesti před nebo během menstruace** u 51 (12,3 %) respondentek a 45 (10,9 %) dívek **nevedlo** důvod žádný. Jen 39 (9,5 %) dívek uvedlo užití HA kvůli **příznivým účinkům na pleť** a 25 (6 %) z dotázaných začalo HA užívat z důvodu **kratší délky a intenzity krvácení během menstruace**. Dále jen 5 (1,2 %) dívek uvedlo jako důvod použití HA **bolesti hlavy a migrény**. Jako **jinou** odpověď dívky uvedly užití antikoncepce **kvůli polycystickým vaječníkům** 4 (1 %) a vždy 1 dívka užila či užívá HA **kvůli dovození, z jiných zdravotních důvodů** a **z důvodu doporučení gynekologem**.

Tabulka 18. Důvody k užívání hormonální antikoncepce

Odpověď	Všechny respondenty	
	n _i	f _i (%)
Antikoncepční účinek	161	38,9
Snížení bolesti před nebo během menstruace	51	12,3
Příznivé účinky na pleť	39	9,5
Pravidelnost cyklu, kontrola nad svým cyklem	81	19,6
Kratší délka a intenzita krvácení během menstruace	25	6
Kvůli bolestem hlavy, migrénám	5	1,2
Jiné:		
Kvůli polycystickým vaječníkům	4	1
Kvůli dovolené	1	0,2
Z jiných zdravotních důvodů	1	0,2
Doporučení gynekologem	1	0,2
Neuvedlo	45	10,9
Σ	414	100

Otázka č. 21 - Jaké znáte výhody při užívání hormonální antikoncepce (kromě antikoncepčního účinku)?

Odpovědi na tuto otázku se na SZŠ a VŠ liší jen nevýznamným rozdílem 1,4 %. Byl zde velmi vysoký počet odpovědí, a to 680, přičemž na jednu dívku připadalo průměrně 3,5 zvolených odpovědí. Nejvyšší počet odpovědí – 205 (30,2 %) – dosáhla výhoda **pravidelnosti cyklu a kontroly nad svým cyklem**, další odpovědi si jsou počtem respondentek podobné. 148 (21,7 %) dívek vybralo jako odpověď **kratší délku a intenzitu krvácení během menstruace**, **příznivé účinky na pleť** uvedlo jako výhodu 144 (21,2 %) dívek a 143 (21%), tedy o jednu dívku méně, zvolilo výhodu **snížení bolesti před nebo během menstruace**. 27 (4 %) dívek odpovědělo, že výhodou je **snížení rizika rakoviny a zánětu vaječníků a dělohy** a 13 (1,9 %) dívek **kromě antikoncepčního účinku žádné jiné nezná**.

Tabulka 19. Výhody při užívání hormonální antikoncepce

Odpověď	Všechny respondentky		SZŠ		VŠ	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Snížení bolesti před nebo během menstruace	143	21,0	44	20,1	99	21,5
Příznivé účinky na pleť	144	21,2	50	22,8	94	20,4
Pravidelnost cyklu, kontrola nad svým cyklem	205	30,2	65	29,7	140	30,4
Snížení rizika rakoviny a zánětu vaječníků a dělohy	27	4,0	9	4,1	18	3,9
Kratší délka a intenzita krvácení během menstruace	148	21,7	46	21,0	102	22,1
Kromě antikoncepčního účinku žádné jiné neznám	13	1,9	5	2,3	8	1,7
Σ	680	100	219	100	461	100

Otázka č. 22 - Jaký typ vyšetření Vám dělal lékař před nasazením hormonální antikoncepce?

Také u této otázky mohly dívky odpovídat více možnostmi. Odpovědí bylo celkem 512, kde na 1 dívku připadaly průměrně 2,6 odpovědi. Nejvíce zastoupeným typem vyšetření bylo **preventivní gynekologické vyšetření** u 172 (33,7 %) dívek. Vezmeme-li v úvahu, že vyšetření bylo celkem 195 dívek, které HA užívají či užívaly, dostaneme po odečtení 23 dívek, kterým toto vyšetření prováděné nebylo. Přičteme-li k nim 3 dívky, které si již **nepamatují** (0,7 % s pravděpodobnostním předpokladem, že jim gynekologická prohlídka prováděna nebyla) a zahrneme-li také 7 (1,5 %) dívek, které uvádějí **žádné** vyšetření, dostaneme se k ohromnému číslu 33 dívek, tj. 16,9 %, kterým tato preventivní gynekologická prohlídka před nasazením HA pravděpodobně nebyla vůbec provedena. Jen se 139 (27,3 %) dívkami proběhl **rozhovor pro zjištění osobní a rodinné anamnézy**, pouze 100 (19,5 %) dívkám byl **změřen krevní tlak** a 23 (4,6 %) dívkám byla **vyšetřena prsa**. Na druhou stranu je dobré vyzdvihnout **odběr krve** u 68 (13,4 %) dívek, který povinný není.

Tabulka 20. Typ vyšetření lékařem před nasazením hormonální antikoncepce

Odpověď	n _i	f _i (%)
Kontrola krevního tlaku	100	19,5
Rozhovor na osobní a rodinnou anamnézu	139	27,3
Preventivní gynekologické vyšetření	172	33,7
Vyšetření prsů	23	4,6
Odběr krve (např. vyšetření jaterních testů)	68	13,4
Žádné	7	1,5
Nepamatuji si	3	0,7
Σ	512	100

Otázka č. 23 - Užíváte/Užívala jste VĚTŠINOU hormonální antikoncepci kontinuálně (tj. bez vynechání, po kterém se běžně dostaví menstruace)?

U této otázky dívky volily jen jednu odpověď, přičemž většina dívek, 124 (63,6 %), užívala či užívá **pilulky s pravidelným, každoměsíčním menstruačním krvácením**. Tuto metodu upřednostňují více dívky ze SZŠ, 46 (85,2 %), než dívky z VŠ, 78 (55,3 %). Pouze 11 (5,6 %) dívek **užívá hormonální antikoncepci kontinuálně (tj. menstruaci má minimálně až po 2 měsících)**. Kombinaci obou předchozích odpovědí uvedlo 60 (30,8 %) dívek s tím, že ze SZŠ metodu kombinování upřednostňuje jen 6 (11,1 %) a z VŠ 54 (38,3 %) dívek.

Tabulka 21. Kontinuální užívání antikoncepce

Odpověď	Všechny respondentky		SZŠ		VŠ	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Užívám/užívala jsem pilulky a každý měsíc mám/měla jsem pravidelně menstruační krvácení	124	63,6	46	85,2	78	55,3
Užívám/užívala jsem pilulky déle než dva měsíce za sebou, (tj. menstruaci mám/měla jsem minimálně po 2 měsících)	11	5,6	2	3,7	9	6,4
Kombinace obou předchozích (kontinuálně užívám HA jen v případě potřeby - dovolená, sport, pobyty v cizím prostředí apod.)	60	30,8	6	11,1	54	38,3
Jiné	0	0	0	0	0	0
Σ	195	100	54	100	141	100

Otázka č. 24 - Myslíte si, že jste během sedmidenní pauzy během menstruace chráněna před otěhotněním?

Ano, hormonální antikoncepce účinkuje i během sedmidenní pauzy v týdnu menstruačního krvácení (Čepická Líbalová, 2011). Správně odpovědělo 133 (68,2 %) dívek, tzn., vybraly **ano**, z toho 99 (70,2 %) dívek z VŠ a ze SZŠ o něco méně, tedy 34 (63 %) dívek. 50 (25,6 %) dívek, což je z celkového souboru zhruba čtvrtina, odpovědělo, že **ne**. Dívky ze SZŠ si myslí, že **nejsou** během týdenní pauzy chráněny v 31,5 % případů, což je více ve srovnání s dívkami z VŠ, u nichž si to myslí 23,4 %. 12 (6,2 %) dotazovaných uvedlo, že **neví**, s nevýznamným rozdílem mezi oběma školami. Tímto zjištěním byl zodpovězený druhý relační problém, který zjišťoval, zda existuje rozdíl mezi povědomím dívek ze SZŠ a VŠ ohledně ochrany před nežádoucím otěhotněním i během sedmidenní pauzy.

Tabulka 22. Náзор, zda jsou uživatelky chráněny během sedmidenní pauzy v průběhu menstruace

Odpověď	Všechny respondentky		SZŠ		VŠ	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Ano	133	68,2	34	63,0	99	70,2
Ne	50	25,6	17	31,5	33	23,4
Nevím	12	6,2	3	5,5	9	6,4
Σ	195	100	54	100	141	100

Otázka č. 25 - Pociťujete/Pociťovala jste na sobě nežádoucí účinky při užívání hormonální antikoncepce?

Tato otázka taktéž umožňovala výběru více možných odpovědí, kterých bylo ve výsledku 445, z nichž na 1 dívku připadaly 2,3 odpovědi. Nejvíce se u dívek vyskytují **rychlé změny nálad**, celkem u 71 (16 %), nebyl zde významný rozdíl v počtu výběrů mezi školami. Druhou nejpočetnější odpovědí bylo nežádoucí **snížení libida** u 63 (14,2 %) dívek, kde již rozdíl mezi SZŠ, tj. 7 (5,6 %), a VŠ, tj. 56 (17,4 %), signifikantní byl. 62 (13,9 %) dotazovaných uvedlo, že pociťovalo nebo pociťuje **přírůstek hmotnosti**, u této odpovědi rozdíl mezi školami nebyl. Jen 49 (11,1 %) dívek **žádné nežádoucí účinky nepociťuje**, 40 (9 %) dívek provází nebo již provázelo při užívání HA **špinění**, které je častější u středoškolaček. **Depresivní stavy** uvedlo 38 (8,5 %) dívek, opět bez

významného rozdílu mezi typy škol, dále **bolesti hlavy a migrény** obtěžují nebo obtěžovaly 35 (7,9 %) dívek, jen o 2 odpovědi méně, tedy 33 (7,4 %), má u studentek nežádoucí **nevolnost**. **Napětí v prsou** dívky pociťovaly či pociťují v 29 (6,5 %) případech a **bolestivou menstruaci** již někdy při užívání HM prožilo 20 (4,5 %) dívek, počet vybrané odpovědi taktéž bez významného rozdílu mezi oběma školami. K **jiným** odpovědím dívky uvedly **akné** ve 2 (0,4 %) případech a **zvýšenou chuť k jídlu, mdloby a křeče** se vyskytly vždy po 1 (0,2 %) odpovědi.

Tabulka 23. Pociťování nežádoucích účinků během užívání hormonální antikoncepce

Odpověď	Všechny respondentky		SZŠ		VŠ	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Žádné nežádoucí účinky jsem nepociťovala	49	11,1	16	12,9	33	10,3
Nevolnost	33	7,4	12	9,8	21	6,5
Bolesti hlavy, migrény	35	7,9	10	8	25	7,9
Depresivní stavy	38	8,5	8	6,5	30	9,3
Rychlé změny nálad	71	16	18	14,5	53	16,5
Bolestivá menstruace	20	4,5	8	6,5	12	3,7
Přírůstek hmotnosti	62	13,9	18	14,5	44	13,7
Snížení libida	63	14,2	7	5,6	56	17,4
Špinění	40	9	15	12,1	25	7,9
Napětí v prsou	29	6,5	10	8	19	5,9
Jiné:						
Akné	2	0,4	1	0,8	1	0,3
Zvýšená chuť k jídlu	1	0,2	0	0	1	0,3
Mdloby	1	0,2	0	0	1	0,3
Křeče	1	0,2	1	0,8	0	0
Σ	445	100	124	100	321	100

Otázka č. 26 - Zapomněla jste si někdy za celou dobu užívání hormonální antikoncepce vzít pilulku?

Opět je zajímavým zjištěním, že většina dívek, 133 (68,2 %), v tomto souboru si **minimálně jednou zapomněla pilulku vzít**. V menším zastoupení, což je dle našeho škoda, jsou respondentky, které si **nikdy pilulku nezapomněly vzít** 55 (28,2 %) a jen 7 (3,6 %) dívek si již **nepamatuji**.

Tabulka 24. Zapomenutí pilulky během užívání hormonální antikoncepce

Odpověď	Všechny respondentky	
	n_i	f_i (%)
Nikdy jsem si pilulku nezapomněla vzít	55	28,2
Ano, minimálně jednou jsem si pilulku zapomněla vzít	133	68,2
Nevím o tom, nepamatuji si	7	3,6
Σ	195	100

Otázka č. 27 - Kolik Vás stojí/stála hormonální antikoncepce přepočteno na 1 měsíc?

Hormonální antikoncepce stojí většinu dívek, tedy 77 (39,5 %) respondentek, **do 200 Kč**, 54 (27,7 %) dívek platí **201 – 400 Kč**, dalším rozmezím bylo **401 – 600 Kč** v zastoupení 50 (25,6 %) dotazovaných a 14 (7,2 %) dívek uvedlo, že je hormonální antikoncepce stojí **více než 601 Kč**.

Tabulka 25. Cena hormonální antikoncepce na 1 měsíc

Odpověď	Všechny respondentky	
	n_i	f_i (%)
do 200 Kč	77	39,5
201 - 400 Kč	54	27,7
401 - 600 Kč	50	25,6
Více než 601 Kč	14	7,2
Σ	195	100

Otázka č. 28 - Pokud jste přestala užívat hormonální antikoncepci a momentálně již žádnou neužíváte, jaké jste k tomu měla důvody?

U tohoto výčtu mohly dívky vybírat více možností. Je vhodné uvést, že 21 respondentek ze SZŠ a 78 respondentek z VŠ z celkového počtu uživatelék již přestalo hormonální antikoncepci užívat, ostatní dívky ji užívají stále. Nejvíce dívek, dohromady 55 (31,6 %), uvedlo jako důvod pro ukončení, že **už nechtělo užívat umělé hormony**, s rozdílem počtu odpovědí mezi školami, a to u SZŠ 4 (11,8 %) dívky a u VŠ 51 (36,4 %) dívek. **Kvůli sníženému libidu** ukončilo užívání HA 23 (13,2 %) dívek,

zde opět převažoval větší počet dívek z VŠ, 20 (14,3 %) studentek, v porovnání se 3 (8,8 %) dívkami ze SZŠ. 20 (11,5 %) dívek nemělo důvody **žádné**, s tím rozdílem, že výskyt této odpovědi převládal na SZŠ u 7 (20,7 %) dívek vzhledem k 13 (9,3 %) vysokoškolačkám, kde bylo z celkového počtu této odpovědi méně. Důvod **nepřítomnosti stálého partnera** uvedlo 17 (9,8 %) dotazovaných, z nichž převládal počet studentek ze SZŠ, 5 (14,7 %), oproti dívkám z VŠ, 12 (8,6 %). Z důvodu **výskytu depresivních stavů** užívání ukončilo 16 (9,2 %) dívek a kvůli **přibírání na váze** přestalo brát HA 13 (7,5 %) dotazovaných s převahou 5 dívek na SZŠ (14,7 %) v porovnání s 8 dívkami na VŠ (5,7 %). **Bolesti hlavy** byly taktéž příčinou ukončení užívání u 13 (7,5 %) dívek bez signifikantního rozdílu mezi typem škol. 7 (3,9 %) dívek uvedlo, že dalším z důvodů ukončení užívání byl **strach z následné neplodnosti**, která skutečně může být způsobena užíváním exogenních hormonů, **špinění** taktéž vedlo u některých dívek 5 (2,9 %) k ukončení, stejně tak i **napětí v prsou**, které se objevilo v 1 (0,6 %) případě. K jiné odpovědi dívky dále uvedly **zjištění trombofilie** – 3 (1,7 %) dívky, a **křeče** u 1 (0,6 %) z dívek.

Zajímavé byly i další komentáře v sekci **jiné**, které samozřejmě byly započítány do tabulky. **21 let, VŠ:** „Na čas jsem přerušila, abych zjistila, zda menstruační cyklus funguje přirozeně.“ **23 let, VŠ:** „Myslím si, že by ženy neměly užívat antikoncepci. Má spoustu negativních dopadů jak na samotné ženy, tak na prostředí, ve kterém žijeme.“ **22 let, VŠ:** „Nechtěla jsem již užívat hormony, Přibírání na váze, Snížení libida, Bolesti hlavy, Špinění, rozhozený cyklus - delší menstruace, bolestivost, která se dříve nevyskytovala, neskutečné zavodnění těla, které nepřešlo ani po změně přípravku, mám jen jedno zdraví, raději jsem to ukončila.“

Tabulka 26. Důvody ukončení užívání hormonální antikoncepce

Odpověď	Všechny respondentky		SZŠ		VŠ	
	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)	n _i	f _i (%)
Nechtěla jsem již užívat umělé hormony	55	31,6	4	11,8	51	36,4
Nemám stálého partnera	17	9,8	5	14,7	12	8,6
Přibírání na váze	13	7,5	5	14,7	8	5,7
Snížení libida	23	13,2	3	8,8	20	14,3
Bolesti hlavy	13	7,5	3	8,8	10	7,1
Napětí v prsou	1	0,6	0	0	1	0,7
Špinění	5	2,9	1	2,9	4	2,9
Depresivní stavy	16	9,2	4	11,8	12	8,6
Kvůli početí (strach z následné neplodnosti)	7	3,9	1	2,9	6	4,3
Žádné	20	11,5	7	20,7	13	9,3
Jiné:						
Zjištění trombofilie	3	1,7	1	2,9	2	1,4
Křeče	1	0,6	0	0	1	0,7
Σ	174	100	34	100	140	100

Otázka č. 29 – Napište jakýkoliv komentář k tomuto dotazníku, pokud máte nějakou otázku nebo oblast ohledně hormonální antikoncepce, ve které nemáte jasno, vepište ji sem také.

Zde dívky odpovídaly podle svého uvážení. Tyto otázky nebyly hodnoceny, pouze sloužily ke zjištění, co neví či co by se zeptaly svého gynekologa. Objevovaly se zde i vlastní názory obecně na téma antikoncepce.

Dívky se zajímaly o **přibírání na váze**. **17 let, SZŠ** – „Mám spousty kamarádek, které po hormonální antikoncepci začaly přibírat. Chtěla bych se zeptat, jestli je to tak u každé. Nerada bych hledala jiné alternativy, ale opravdu se bojím, že přiberu.“ **19 let, SZŠ** – „Je nějaká hormonální antikoncepce, která pomáhá při růstu nebo zvětšení prsů a přitom nám nepůsobí přibírání na váze?“

Některé z respondentek pokládaly i otázky, u kterých si **nebyly jisté, a chtěly znát na ně odpověď**. Je opravdu pozoruhodné, že dívky již užívající hormonální antikoncepci, postrádají základní znalosti o tomto tématu nebo si nejsou jisté: **16 let, SZŠ** – „Jsem chráněná 100 %? Partner se moc bojí, že i přesto otěhotním.“

18 let, SZŠ – „Jaká je účinnost HA při užívání antibiotik?“ **23 let, VŠ** – „Každá jsme jiná a každá bereme jinou antikoncepci. Po užití antikoncepce jsem neměla nikdy problémy, nepřibrala jsem, žádné změny nálad. I když užívám někdy prášky tak, jak se mi to hodí, musím říct, že se na ně můžu spolehnout a to i v případě menstruačního týdne.“

24 let, VŠ – „Jaké následky má dlouhodobé užívání?“ **23 let, VŠ** – „Ovlivňuje délka brání HA (5 – 10 let) šanci otěhotnět?“ **24 let, VŠ** – „Je užívání hormonální antikoncepce bezpečné? Do jaké míry ohrožuje přirozené fungování těla?“ **23 let, VŠ** – „Jsem během sedmidenní pauzy opravdu chráněna před otěhotněním? Existují výzkumy, na jejichž základě se dá přesně říci, jaká onemocnění nebo zdravotní komplikace hormonální antikoncepce způsobuje? Je v řešení otázka zavedení plošného testování genetické predispozice pro TEN PŘED zahájením užívání?“

Nejčastěji však přidávaly **vlastní názory** na hormonální antikoncepci:

18 let, SZŠ – „Brala jsem hormonální antikoncepci, ale díky poruchám srážlivosti krve jsem musela přestat. Ted' mám nitroděložní tělísko na radu mamky a lékaře, ale spokojena s ním nejsem. Léky byly lepší.“ **22 let, VŠ** – „Hezky zpracovaný dotazník, líbil se mi. Takové dotazníky by se měly vyplňovat především na SŠ. Myslím, že by to bylo velmi prospěšné, holky by si byly jistější a kluci by o tom aspoň věděli více. Nejen z hodin, kde je to zřejmě moc nebaví.“ **24 let, VŠ** – „Zajímavá problematika, dobré zpracování, zajímaly by mě výsledky výzkumu.“ **24 let, VŠ** – „Antikoncepci nebrat. Pokud je to aspoň trochu možné používat jiné antikoncepční metody. Nikdo neví, jaké má důsledky na organismus. Je spousta spekulací a nikdo Vám neřekne pravdu. Proč? Protože je v tom hrozně moc peněz. Ať žije marketing.“ **22 let, VŠ** – „Myslím si, že HA po dlouhodobém užívání je škodlivá a lékaři se k tomu nechtějí nijak moc vyjadřovat. Také si myslím, že do těla sypeme jen samou chemii, která tělu škodí. Čím déle ji užíváme tím hůře (můj osobní pocit). Ano má své velké pozitivum, že je proti početí. Ale taky má řadu nevýhod.“

22 let, VŠ – „S antikoncepcí (COC) nemám dobré zkušenosti. Vyzkoušela jsem Lunafem, Tri-regol, Gracial, Minisiston a další a žádný mě nezbavil nepříjemného špinění. Už to bude více jak půl roku, co žádnou COC neberu a cítím se mnohem lépe.“

21 let, VŠ – „Přestala jsem ze zdravotních důvodů užívat antikoncepci na cca 2 měsíce. V této době mi popraskaly cysty na vaječnících a byla jsem nucena podstoupit laparoskopickou operaci. Po nasazení antikoncepce zpět problémy zmizely.“

24 let, VŠ – „Super dotazník. Myslím, že by se mělo začít více mluvit o negativech hormonální antikoncepce. Užíváme hormony, pak si vybíráme špatného partnera,

snižujeme si chuť na sex a nakonec z nás zůstanou mrzuté nezadané baby.“

21 let, VŠ – „Antikoncepci v podobě pilulek beru již od 15 let, chtěla bych změnit druh antikoncepce, ale nejsem obeznámena podrobně s jinými metodami. Jen málo z doslechu. Nevím na jakou přejít, tak aby co nejméně škoda tělu. Myslím si, že by se informovanost dívek ohledně antikoncepce měla zlepšit.“

23 let, VŠ – „Cítím se skvěle, když užívám tuto antikoncepci. Mám lepší pocit a celkově nemám strach z početí, i když se to může stát. Dotazník je dobře zformulovaný a vyplňování bylo snadné. Děkuji.“

21 let, VŠ – „Je velmi dobře, že se zajímáte o tuto problematiku. Téma hormonální antikoncepce by mělo být ve společnosti více otevřené.“

20 let, VŠ – „Kdysi jsem užívala HA - pilulky, dnes používám vaginální kroužky. Bylo mi řečeno, že nejsou až tak "agresivní" jako pilulky, jelikož dá se říct, že se tolik nedostávají do celého organismu a neuvolňují tolik hormonů a měly by být šetrnější. Jsem s nimi spokojená, i když si stejně myslím, že antikoncepce není úplně správná pro naše tělo. Při užívání tělo funguje trochu jinak, ale ne přirozeně. Ale zase na druhou stranu, než být mladou, nezajištěnou maminkou, tak na nějakou dobu asi toto raději zkousnu.“

19 let, VŠ – „Proč vesměs všichni gynekologové neinformují pacientky o možných nežádoucích účincích, které HA jednoznačně má? Proč gynekologové nedělají krevní odběry před naordinováním HA? Proč lékaři využívají HA jako 'lék' na menstruační potíže, který problém jenom 'překryje', ale absolutně ho nevyřeší“

5 Diskuze

V rámci dotazníkového šetření na středních zdravotnických školách a na Lékařské fakultě Ostravské univerzity bylo hlavním úkolem zjistit míru informovanosti, přehledu a osobní zkušenosti dívek s hormonální antikoncepcí. Celkový soubor 245 studentek, z výše uvedených škol z Moravskoslezského kraje, vytvořil pozoruhodné výsledky tohoto šetření.

Jak již bylo zmíněno, dotazník vyplnilo 245 studentek ve věku 15 – 26 let, z toho 83 bylo dívek ze středních zdravotnických škol a zbylých 162 studentek pocházelo z Lékařské fakulty Ostravské univerzity. Ve většině zpracovaných otázek se vyskytuje komparace odpovědí dívek z obou typů školy. Hned u otázky týkající se partnera dívek bylo možné porovnat počty studentek majících více stálých partnerů mezi oběma školami. Výsledek byl zřejmý – více stálých partnerů, a to 76 % (zaokrouhleno na celá čísla) z celkového zkoumaného souboru, měly dívky z Lékařské fakulty, nejspíše z toho důvodu, že jsou starší než dívky ze SZŠ, které uvedly, že stálého partnera mají, v 70 %. Nouzová (2010) ve své publikaci uvádí, že průměrný první pohlavní styk je v 17 letech. Bohužel nepopisuje, zda se jedná pouze o dívky, nebo pouze o chlapce, či je to myšleno v obou případech. Další výzkum, který se týkal studentů Univerzity Palackého v Olomouci, zjistil, že průměrný věk dívek při prvním pohlavním styku činí 16,9 let (Kikalová et al, 2014). U této otázky našeho dotazníku bylo pozoruhodné, že průměrný věk respondentek je ještě o cca 0,5 roku nižší, než jak uvádí Nouzová (2010) a Kikalová (2014) a to 16,5 let. První pohlavní styk pod věkovou, a zároveň právní, hranicí 15 let uvedlo v našem dotazníkovém šetření 16 dívek, a to ve 12 a 13 letech po jedné dívce a dále 14 dívek ve věku 14 let. S věkem počet dívek prudce stoupá až na hranici 71 respondentek v 16 letech, poté počet dívek pomalu postupně klesá.

Dívky si dnes mohou zjistit informace obecně o antikoncepci na internetu, u svého gynekologa či od kamarádek z jejich zkušeností, proto v naší otázce, která se týkala výběru antikoncepce při prvním pohlavním styku, uvedlo 46 %, tedy drtivá většina dívek, mužský kondom a hormonální antikoncepci vybralo z odpovědí 35 % dívek. Jen 7 % dívek uvedlo, že nepoužijí nebo nepoužily metodu žádnou. Dalším faktorem vyspělosti dívek je ten, že 45 % uživatelék antikoncepce využívá nyní COC, mužský kondom pak 23 % z nich. Na druhou stranu jde prudce do ústupu injekční antikoncepce, implantáty i antikoncepční náplast, kterou již neužívá žádná z dotazovaných. Tímto zjištěním jsme potvrdili a přijali

hypotézu, která tvrdila, že na prvním místě v antikoncepčních metodách bude kombinovaná hormonální antikoncepce a poté až mužský kondom.

Také v tomto dotazníkovém šetření je možnost pozorovat závislost věku na informovanost dívek o mužské hormonální antikoncepci. Ta s přibývajícím věkem stoupá z 25 % u SZŠ na 32 % u VŠ. Zajímavým zjištěním u otázky týkající se znalostí o hormonální antikoncepci bylo, že naopak s rostoucím věkem si studentky myslí, že o ní ví méně. Dostatečnost znalostí o HA uvedlo ze SZŠ 66 % dívek a z VŠ 58 % dívek a ,ne‘ u otázky, zda mají dívky dostatečné informace ze SZŠ odpovědělo 15 % dívek a z VŠ 24 % dívek, což je velký rozdíl, který se dá vysvětlit tím, že dívky s rostoucím věkem mají čím dále více různých informací o HA, které mohou jít mezi sebou do konfliktu, čímž si jsou dívky poté nejisté.

Jak již bylo výše uvedeno, mnoho studií, analýz a kazuistik vyvrací tvrzení, že hormonální antikoncepce způsobuje větší výskyt nádorů. Tyto studie většinou uvádí, že HA má spíše protektivní vliv na zdraví ženy, pokud je ona sama zdravá. U této otázky si naše dívky s rostoucím věkem nemyslí (SZŠ 55 %, VŠ 41 %), že by HA větší výskyt nádorů způsobovala. Často známé tvrzení, které je velice rozšířené, se týká možného tloustnutí při užívání hormonální antikoncepce. Čepický a Čepická Líbalová (2011) píší, že dnes toto tvrzení popírá mnoho studií. Příčiny potenciálního nárůstu hmotnosti je nutné hledat jinde, např. ve změně životního stylu poté, co žena začala užívat HA. Pravdu v názoru, že žena po HA tloustne, vidí mladší dívky ze SZŠ a to v 65 % případů, dívek z VŠ je však o 19 % méně a na druhou stranu odpověď ,ne‘ vybírají tyto dívky o 24 % více než dívky ze SZŠ. Otázku potenciální škodlivosti nepravé menstruace během cyklu uvádí taktéž na pravou míru Mazánková (2002), která tvrdí, že je tato informace starou pověrou s téměř nevyvratitelnými kořeny. Tzv. „Očištění těla od umělých hormonů“ vysazením HA je považováno za neodůvodněné a představuje pro organismus větší zátěž adaptace kvůli vysazení a opětovného nasazení HA než dlouhodobá blokáda ovulace pomocí nízkých dávkových hormonů. V tomto dotazníku si dívky myslí, že je škodlivá v 34 %, není škodlivá v 39 % případů a 27 % dívek neví.

Z dalších veřejně známých polopравd o HA lze uvést snížení libida během jejího užívání. Tímto tvrzením se taktéž zabývali Čepický a Čepická Líbalová (2011), kteří napsali, že pokles libida je ve většině případů psychosomatické povahy, jako například z postoje k sexu, k partnerovi, k rodičovství, k rodičům aj., většinou se ale jedná o nevědomé procesy a stavy. Zajímavým zjištěním byl rozdíl mezi názory dívek z VŠ

a SZŠ, přičemž dívky z VŠ si myslí v 51 %, že HA libido snižuje, ale totéž si myslí pouze 19 % dívek ze SZŠ. Další oblast v dotazníku se týkala informovanosti dívek o době, kdy se používá pilulka „po“ Postinor. Odpovědi mezi školami se však významně nelišily. 52 % dívek uvedlo, že se užívá nejdéle do 48 hodin po pohlavním styku a 44 % dívek odpovědělo, že ji lze užít až do 72 hodin po styku.

Druhá část dotazníku se zaměřovala na dívky užívající či dnes již neužívající hormonální antikoncepci. V dotazníku dále z počátečního souboru nepokračovalo 50 respondentek. Dále tedy odpovídalo respondentek 195, z toho bylo 54 studentek SZŠ a 141 studentek VŠ. Ze souboru dívek pokračujících v dotazníku, byla vypočtena průměrná doba jejich užívání HA, která činila 3,4 roky s tím, že nejčastěji dívky, celkem 31 z nich, užívají HA 4 roky, i když výčet odpovědí obsahoval možnou dobu užívání od méně než 1 roku až po 11 let. Počet let užívání hormonální antikoncepce se však stále nejvíce odvíjí od důvodu, kvůli kterému ji začala dívka užívat. Otázkou bylo, zda kvůli nepravidelnostem cyklu či z kosmetických důvodů, ale především samozřejmě zda začala s užíváním z důvodu antikoncepčního účinku, což potvrdilo 39 % dívek. Pozitivní zjištěním byl výsledek z dotazníku, že jen 10 % dívek začalo s užíváním HA kvůli příznivým účinkům na pleť. Ze zdravotních důvodů gynekologové předepisují dívkám hormonální antikoncepci, pokud mají migrény, polycystické vaječníky, dlouhotrvající, nepravidelnou a bolestivou menstruaci. Tím dívkám značně uleví s jejich problémy, ale musí zde přistupovat ke každé dívce zvlášť, byť by všechny měly ten samý problém. Velmi informované jsou dívky ohledně výhod hormonální antikoncepce, kde z výčtu pěti nejčastějších výhod připadaly 3,5 odpovědi na jednu dívku, z nichž byl ve 30 % nejčastěji uveden pravidelný cyklus a kontrola nad ním. Mezi dívkami ze SZŠ a VŠ žádné významné rozdíly nebyly, opět to lze přisuzovat možnostem internetu, na kterém si dívky pravděpodobně informace shánějí.

V poslední době se vyvíjí různá doporučení, jaká vyšetření by měl lékař dívce provést před tím, než ji hormonální antikoncepci předepíše. Záleží však na každém lékaři, jak moc chce ženu vyšetřit. Z tohoto důvodu byla taktéž dívkám položena otázka týkající se provedení vyšetření. V tabulce č. 27 uvádí Křepelka (2013) výčet vyšetření, u nichž ve většině případů závisí na lékaři a jeho prostředcích, metodách, zkušenostech a vůli, zda dané vyšetření provede. Zarážející je ve výsledcích dotazníkového šetření, že lékař provedl preventivní gynekologické vyšetření jen v 34 % případů, rozhovor pro zjištění osobní a rodinnou anamnézy probíhal jen u 27 % dívek, kontrola krevního

tlaku byla vyšetřena u 20 % dívek a odběr krve podstoupilo pouze 13 % dívek. Tato čísla by se měla postupem času zvyšovat, jedině tak lze předejít potenciálním negativním důsledkům hormonální antikoncepce, při jejíž indikaci nedošlo ani k preventivnímu přezkoumání příčiny.

Tabulka 27. Význam specifických vyšetření pro bezpečnost vybraných antikoncepčních metod (WHO 2004), Křepelka (2013, str. 177)

	COC	CIC	POP	DMPA/ETG	LNG-IUD
Vyšetření prsů	C	C	C	C	C
Gynekologické vyšetření	C	C	C	C	A
Screening cervikálního karcinomu	C	C	C	C	C
Laboratorní vyšetření	C	C	C	C	C
Krevní obraz	C	C	C	C	B
Stanovení rizik přenosu STD	C	C	C	C	A
STD/HIV laboratorní test	C	C	C	C	B
Krevní tlak	Q	Q	Q	Q	C

Vysvětlivky: COC – kombinovaná orální kontracepce, CIC – kombinovaná injekční kontracepce, POP – progestinová orální kontracepce, DPMA – Depotní medroxyprogesteronacetát, ETG – Etonogestrelové implantáty, LNG – IUD – nitroděložní kontracepční systém s levonorgestrem
A – Nutné a povinné vyšetření pro zajištění bezpečné aplikace metody
B – Přispívající k bezpečnosti a efektivitě metody, doporučení vyplývá z podmínek a dostupnosti metod
C – Nelze považovat za povinná vyšetření, jejich provedení nezvyšuje bezpečnost a efektivitu metody
Q – Vhodné vyšetřit krevní tlak před aplikací metody, není-li dostupné, není překážkou aplikace metody

Pozitivním zjištěním bylo u dívek, že hormonální antikoncepci užívají tak, aby měly každý měsíc pravidelnou pseudomenstruaci, která napodobuje přirozený menstruační cyklus, a také si tím potvrdí negravidní stav. Toto užívání HA upřednostňuje 64 % dívek s tím, že se nejvíce objevuje u dívek ze SZŠ a to v 85 %, u dívek z VŠ v 55 %. V otázce týkající se toho, zda jsou dívky chráněny i během sedmidenní pauzy, pokud užívají hormonální antikoncepci, by měly všechny respondentky bez váhání odpovědět, že ano, jak potvrzuje Čepická Líbalová (2011). Realita je ovšem jiná. Jen 68 % dívek odpovědělo správně, jaká je zde tedy informovanost zbylých 32 % dívek? Zde se opět potvrzuje tvrzení, že čím jsou dívky starší a vyspělejší, tím mají více zkušeností, jiných názorů a pohledů, protože správně odpovědělo 70 % dívek z VŠ a 63 % dívek ze SZŠ. Touto otázkou se zabývala i druhá hypotéza, která stanovila, že správnou odpověď bude mít v povědomí méně než 80 % dívek z VŠ a 70 % dívek ze SZŠ. Tímto se hypotéza

přijímá. Doufejme, že si aspoň některé dívky po vyplnění tohoto dotazníku dohledají, jaká je pravda.

Téměř každý lék má výčet nežádoucích účinků, které se mohou u člověka objevit, není tomu jinak ani u hormonální antikoncepce, o které se v souvislosti s negativními účinky často mluví. Nejvíce si jich na sobě dívky všimaly v podobě rychlých změn nálad, které uvádělo 16 % dívek. Z dalšího výčtu nežádoucích účinků se objevilo již zmíněné snížení libida, kde byl 12 % rozdíl mezi dívkami ze SZŠ a VŠ, ve prospěch vysokoškolaček, což se dá odůvodnit tím, že dívky z VŠ mají více stálých partnerů i zkušeností. Ve 14 % se objevil přírůstek hmotnosti, nevíme však, o kolik kilogramů dívky přibraly. Vzhledem ke statistikám, pokud přibere dívka během užívání HA, je to v průměru 1 – 2 kg, musíme brát taktéž v úvahu, že, pokud dívka začne užívat HA v 15 letech a pokračuje v ní další 3 roky, je zřejmé, že přibere na váze z důvodu dospívání, i za okolností, že by HA neužívala. Je snadné tyto nežádoucí “kilogramy navíc” zazlívát HA, ano, najdou se dívky, které díky ní přiberou, ale jsou to výjimky. Bohužel jen pouhých 11 % dívek nepocituje žádné nežádoucí účinky, což renomé hormonální antikoncepci moc nezvyšuje.

Očekávanou nejčastější odpovědí na otázku, zda někdy za celou dobu užívání dívka zapoměla užít pilulku, bylo, že ano. Tento předpoklad potvrdilo 68 % dívek. Je to vysoké číslo, vezmeme-li v úvahu, že z těchto někdy banálních opomenutí může dívka nečekaně otěhotnět. Je pravda, jak uvádí Mazánková (2002), že dokonalá uživatelka neexistuje, především ne mladé uživatelky ve svých prvních antikoncepčních cyklech. Je vhodné si uvědomit, že je normální dělat chyby, ale zároveň je potřeba takové riziko uvést na minimální úroveň a opakovaně připomínat, že je důležité pravidelné užívání HA.

Vzhledem k tomu, že si hormonální antikoncepci hradí ženy pravděpodobně samy, byla položena otázka týkající se ceny antikoncepce přepočtené na jeden měsíc. Tyto odpovědi však nelze pokládat za příliš relevantní, protože si dívky mohly přecíst rychle nebo z nepozornosti špatně zadání a uvést celou částku hormonální antikoncepci na 3 měsíce. Podezření vyplývá z toho, že drtivá většina dostupné hormonální antikoncepce se pohybuje v rozmezí 100 – 300 Kč na jeden měsíc a dívky v dotazníku uváděly až v 26 %, že si ji kupují v přepočtu na jeden měsíc za 401 – 600 Kč. Nejvíce dívek v 40 % však uvádělo, že za antikoncepci zaplatí do 200 Kč za měsíc.

V předposlední dvacáté osmé otázce byly dívky, které ukončily užívání HA, tázány, jaké k tomuto kroku měly důvody. Nepřekvapivým zjištěním byl argument, že již nechtěly

užívat umělé hormony, a to v 32 % případů. Mazánková (2002) argumentuje tím, že je důležité trpělivě nabízet informace o současném použití nízko či extrémně nízkodávkový preparátů, které jsou na trhu, protože stálý přísun nízkodávkových hormonů dokáže zmást zpětnou vazbu k řídícím centrům v hypofýze, která pak nedá signál k ovulaci. V přirozených cyklech hormony značně kolísají a je jich více, než kdyby žena užívala nízkodávkovou HA. Taktéž se doporučuje nechat ženě čas na rozmyšlenou a do ničeho ji nenutit, až poté bude HA pozitivně vnímána. Podle dotazníkového šetření dále ukončily dívky užívání HA z důvodu již několikrát zmíněného snížení libida, z důvodu nepřítomnosti partnera, depresivních stavů a přibírání na váze, kvůli bolestem hlavy, a také ze strachu z následné neplodnosti, pokud budou HA užívat nadále. Opět zde vidíme velkou neinformovanost v této oblasti, která se negativně zobrazuje v názorech a přesvědčeních u dívek v tak mladém věku. Poslední otázka nabízela volné pole působnosti pro dívky, které se chtěly k tématu hormonální antikoncepce vyjádřit samy.

Závěr

Diplomová práce Informovanost studentek středních a vysokých škol v Moravskoslezském kraji o hormonální antikoncepci zjišťovala možnosti, znalosti a povědomí o tomto druhu antikoncepce, což byl cíl hlavní. Mezi dílčí cíle patřilo popsat ucelený přehled o jednotlivých typech hormonální antikoncepce, zjistit především u dívek, jaká vyšetření podstoupily před předpisem hormonální antikoncepce, a také co je přimělo k tomu, aby již hormonální antikoncepci neužívaly.

Teoretická část uvádí přehled všech momentálně dostupných hormonálních metod, které jsou vždy vysvětleny včetně popisu, jejich rizik a nežádoucích účinků. Taktéž je zde popsána hormonální antikoncepce u mladých žen včetně vyšetření a doporučení výběru před předpisem hormonální antikoncepce. Nechybí ani výčet neantikoncepčních výhod hormonální antikoncepce, její budoucnost a stále mýty a pověry, které jsou stále u žen v povědomí.

Předem stanovené deskriptivní a relační problémy byly následně zodpovězeny v dotazníkovém šetření s vysvětlením v komentáři.

Základem empirické části diplomové práce byl vytvořený dotazník, díky kterému se podařilo zjistit informace o 245 respondentkách ze SZŠ (83 dívek) a z VŠ – LF (162 dívek). Dotazník byl distribuován jen pomocí sociálních sítí z důvodu neumožnění přístupu k vyplnění dotazníků oficiální cestou přes ředitele škol. Data byla zpracována a přehledně uspořádána do tabulek a grafů. Z výsledků je vhodné zmínit, že první pohlavní styk u dívek je průměrně již v 16,5 letech, s tím, že 16 dotazovaných dívek mělo styk před 15 rokem. 46 % dívek použije nebo použila při prvním pohlavním styku kondom a nejužívanější nynější metodou je hormonální antikoncepce s 45 %. 61 % dívek si myslí, že má dostatečné znalosti o hormonální antikoncepci. Zajímavým zjištěním zde bylo, že jen 68 % dívek ví, že hormonální antikoncepce účinkuje i během sedmidenní pauzy, což by měla vědět každá z nich.

Jsme rádi, že jsme se tomuto tématu mohli věnovat, zpracovat ho a přispět tím veřejnosti, která stále hledá a bude dále hledat odpovědi na otázky týkající se nejenom dnes aktuálnímu tématu o hormonální antikoncepci.

Souhrn

Diplomová práce se zabývá informovaností studentek středních a vysokých škol v Moravskoslezském kraji o hormonální antikoncepci. Teoretická část byla rozdělena do několika kapitol, které se jednotlivě zabývaly přehledem teoretických poznatků, efektivitou antikoncepčních metod, kontraindikacemi, riziky i vedlejšími účinky hormonální antikoncepce, další kapitola se zaměřovala na hormonální antikoncepci u mladých žen, na neantikoncepční přínosy hormonální antikoncepce a také na její cesty vývoje. Poslední kapitoly teoretické části se zabývaly právním postavením hormonální antikoncepce, náboženskými názory vzhledem k ní, a také mýty a pověrami o hormonální antikoncepci, které jsou, dle zjištění z dotazníkového šetření, stále v povědomí. Výzkum byl prováděn u celkového souboru 245 respondentek, přičemž 162 bylo z vysoké školy a 83 ze středních zdravotnických škol. Získaná data, porovnaná s některými podobnými výzkumy, byla v některých případech překvapivá. Výsledky z dotazníkového šetření považujeme za hlavní přínos této diplomové práce.

Referenční seznam

ALTMAN, A. 2009. *Gynekologie po promoci = Contemporary OB/GYN: Srovnání transdermální a perorální hormonální terapie*. Praha: Medical Tribune CZ. roč. 9, č. 2. ISSN 1213-2578.

BLITHEOVÁ, D. 2013. *Gynekolog: První globální konference o antikoncepci, reprodukčním a sexuálním zdraví, Kodaň, 22. - 25. Května 2013*. Třebechovice pod Orebem: medEXart. roč. 22, č. 3. ISSN 1210-1133.

BUŽGA, M. et al. 2009. *Česká gynekologie: Denzitometrické nálezy u žen užívajících gestagenní hormonální antikoncepci*. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. roč. 74, č. 6. ISSN 1210-7832.

CALDA, P. 2002. *Moderní gynekologie a porodnictví: Levonorgestrel - pohotovostní kontracepce*. Praha: LEVRET s.r.o., roč. 11, č. 1. ISSN 1211-1058.

CIBULA, D. 2003. *Moderní gynekologie a porodnictví: Shrnutí výsledků farmakologických a klinických studií s Implanonem*. Praha: LEVRET s.r.o., 2003, roč. 12, č. 2. ISSN 1211-1058.

Dostupné z: <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol12c2s/cibula.php>

COWETT, A. 2007. *Gynekologie po promoci = Contemporary OB/GYN: Možnosti kontracepce pro obézní pacientky*. Praha: Medical Tribune CZ. roč. 7, č. 4. ISSN 1213-2578.

CULLINS, V. E., a L. DOMINIQUEZ. 2009. *Gynekologie po promoci = Contemporary OB/GYN: Hormonální antikoncepce: chápou ženy skutečná rizika i výhody?*. Praha: Medical Tribune CZ, s. r. o., roč. 9, č. 6. ISSN 1213-2578.

ČEPICKÝ, P. et al. 2007. *Moderní babičtví: Doporučení k předpisu nitroděložního systému s levonorgestrem*. Praha: LEVRET s.r.o., č. 14. ISSN 1214-5572.

ČEPICKÝ, P., J. JANÁČ et al. 2007. *Moderní gynekologie a porodnictví: Mirena - závěry odborného workshopu o LNG-IUS*. Praha: LEVRET s.r.o., roč. 16, č. 2. ISSN 1211-1058.

ČEPICKÝ, P. a Z. LÍBALOVÁ. 2008. *Moderní babičtví: Jak si vybrat přípravek kombinované hormonální antikoncepce*. Praha: LEVRET s.r.o., roč. 16. ISSN 1214-5572.

ČEPICKÝ, P. 2009. *Moderní babictví: Quilaira - první antikoncepční pilulka s přirozeným estrogenem*. Praha: LEVRET s.r.o., roč. 18. ISSN 1214-5572.

ČEPICKÝ, P. a ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, Z. 2011. *Co by měli vědět o hormonální antikoncepci farmaceuti a farmaceutické laborantky*. Praha: LEVRET s.r.o., ISBN 978-80-87070-59-8.

DARNEY, P. D. 1994. Hormonal implants: contraception for a new century. *Am J Obstet Gynecol*. 170:1536

Department of Reproductive Health, World Health Organization. 2009. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 4th ed. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. ISSN 978 92 4 1563888.

DRIÁK, D. 2011. *Gynekolog: Akné a přehled léčby*. Třebechovice pod Orebem: medEXart, roč. 20, č. 4. ISSN 1210-1133.

DRIÁK, D. 2013. *Gynekolog: Problémy s mužskou antikoncepcí*. Třebechovice pod Orebem: medEXart. roč. 22, č. 2. ISSN 1210-1133.

DRIÁK, D. a I. ŠVANDOVÁ. 2013a. *Česká gynekologie: Blokáda vápníkových kanálů - perspektiva mužské antikoncepce?*. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. roč. 78, č. 2. ISSN 1210-7832.

DVOŘÁK, J. a A. TOMAN. 2012. *Česká gynekologie: Ektopická gravidita při IUS (Mirena)*. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. roč. 77, č. 5. ISSN 1210-7832.

FAIT, T. 2009. *Česká gynekologie: Klinické zkušenosti s kombinovanou vaginální antikoncepcí NuvaRing v České republice*. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. roč. 74, č. 4. ISSN 1210-7832.

FAIT, T. 2011. *Česká gynekologie: Kritéria českých a slovenských žen při výběru kombinované hormonální antikoncepce*. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. roč. 76, č. 3. ISSN 1210-7832.

FAIT, T. 2012. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi, sv. 52. ISBN 978-807-3452-803.

FAIT, T. 2012a. *Praktická gynekologie: Konzultace jako hlavní faktor ovlivňující volbu kombinované hormonální antikoncepce: srovnání výsledků studie CHOICE*. Brno: Facta Medica, s.r.o., roč. 16, č. 2-4. ISSN 1211-6645.

FAIT, T. 2012b. *Praktická gynekologie: Novinky v postkoitální antikoncepci*. Brno: Facta Medica, s.r.o., roč. 16, č. 1. ISSN 1211-6645.

FAIT, T. 2013. *Praktická gynekologie: Může antikoncepce ovlivnit demografické ukazatele?*. Brno: Facta Medica, s.r.o., roč. 17, č. 4. ISSN 1211-6645.

FANTA, M. 2000. *Moderní gynekologie a porodnictví: Hormonální léčba benigních gynekologických onemocnění: dysmenorey, PMS, děložních myomů*. Praha: LEVRET s.r.o., roč. 9, č. 3. ISSN 1211-1058.

Dostupné z: <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol9c3/fanta.php>

FROST, J. J. et al. 2012. *Reasons for using contraception: perspectives of US women seeking care at specialized family planning clinics*. Contraception , Volume 87 , Issue 4 , 465 - 472 .

GREGOROVÁ, P., P. WEISS, V. UNZEITING a D. CIBULA. 2010. *Česká gynekologie: Antikoncepční chování českých žen*. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. roč. 75, č. 2. ISSN 1210-7832.

GROSSMAN, D., M. CACKOVIC a M. J. PAIDAS. 2008. *Gynekologie po promoci = Contemporary OB/GYN: Měla by být perorální kontraceptiva volně prodejná?*. Praha: Medical Tribune CZ, s. r. o., roč. 8, č. 6. ISSN 1213-2578.

HAVLÍN, M. 2010a. *Gynekolog: Vliv vaginálního kroužku na množství vaginálních laktobacilů*. Třebechovice pod Orebem: medEXart. roč. 19, č. 6. ISSN 1210-1133.

HAVLÍN, M. 2011. *Praktická gynekologie: Sayana - nová tvář klasického depotního medroxyprogesteron acetátu*. Brno: Facta Medica. roč. 15, 3-4. ISSN 1211-6645.

HAVLÍN, M. 2012. *Gynekolog: Subjektivní tolerance kontraceptiv s obsahem 20 a 30 µg ethinylestradiolu mladistvými uživatelkami*. Třebechovice pod Orebem: medEXart. roč. 21, č. 1. ISSN 1210-1133.

- JANKŮ, P. 2001. *Moderní gynekologie a porodnictví: IUD - Intrauterinní kontracepce*. Praha: LEVRET s.r.o., roč. 10, č. 2. ISSN 1211-1058. Dostupné z: <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol10c2/janku.php>
- JENSEN, J. T. 2007. *Gynekologie po promoci = Contemporary OB/GYN: Nezapomínejte na ostatní výhody spojené s nitroděložním systémem s levonorgestrellem*. Praha: Medical Tribune CZ. roč. 7, č. 3. ISSN 1213-2578.
- KIKALOVÁ, K. et al. 2014. *Hygiena: Vybrané aspekty sexuálního chování a užívání antikoncepčních metod studentů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci*. Praha: Tigris spol. s r. o. roč. 59, č. 3. ISSN 1802-6281.
- KŘEPELKA, P. 2010. *Moderní babičství: Význam hormonální Antikoncepce pro plánované rodičovství*. Praha: LEVRET s.r.o., č. 19. ISSN 1214-5572.
- KŘEPELKA, P. 2013. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-802-0429-919.
- KUŽELOVÁ, M. 2004. *Moderní babičství: Nové trendy v hormonální antikoncepci*. Praha: LEVRET s.r.o., roč. 4. ISSN 1214-5572.
- MAREŠOVÁ, P. 2014. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3153-0.
- MAŠKOVÁ, H. a J. MAŠKOVÁ. 2011. *Gynekolog: IUS-LNG (Mirena) - Možná antikoncepční metoda pro nulipary*. Třebechovice pod Orebem: medEXart. roč. 20, č. 5. ISSN 1210-1133.
- MAZÁNKOVÁ, E. 2002. *Moderní gynekologie a porodnictví: Problémy s antikoncepcí – banality z praxe* [online]. Praha: LEVRET s.r.o., roč. 16, č. 2. ISSN 1211–1058.
- NACHTIGAL, L. E. 2009. *Gynekologie po promoci = Contemporary OB/GYN: Patofyziologie vlivu estrogenů na krevní srážlivost: perorální versus transdermální aplikace*. Praha: Medical Tribune CZ. roč. 9, č. 2. ISSN 1213-2578.
- NIEDERMAYEROVÁ, I. 2012. *Praktická gynekologie: Menstruační migréna (migréna bez aury): diagnostika a možnosti hormonální léčby*. Brno: Facta Medica, s.r.o., roč. 16, č. 1. ISSN 1211-6645.

NOUZOVÁ, K. 2010. *Gynekologická péče: příručka pro ženy, které neměly čas nebo se bojí svého lékaře zeptat*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 65 s. Lékař a pacient. ISBN 978-802-0420-725.

OGBURN, T. a E. ESPEY. 2007. *Gynekologie po promoci = Contemporary OB/GYN: Podpora žen k výběru nitroděložní kontracepce*. Praha: Medical Tribune CZ, s. r. o., roč. 7, č. 6. ISSN 1213-2578.

RAINE, T. 2007. *Gynekologie po promoci = Contemporary OB/GYN: pomoc mladým dívkám při výběru vhodné kontracepce*. Praha: Medical Tribune CZ, s. r. o., roč. 7, č. 6. ISSN 1213-2578.

POLOTSKY, A. J. 2010. *Gynekologie po promoci = Contemporary OB/GYN: Amenorea způsobená extrémní v tělesné hmotnosti: patofyziologie a následky*. Praha: Medical Tribune CZ. roč. 10, č. 4. ISSN 1213-2578.

PRUDIL, L. 2011. *Moderní gynekologie a porodnictví: Právní aspekty gynekologie a porodnictví II*. Praha: LEVRET s.r.o., roč. 20, č. 2. ISSN 1211-1058. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mgp/vol20c2/clanek?c=1>

RESSLER, I. B., a T. JAIN. 2010. *Gynekologie po promoci = Contemporary OB/GYN: Ovlivňuje dočasná antikoncepce budoucí plodnost?* Praha: Medical Tribune CZ. roč. 10, č. 4. ISSN 1213-2578.

SCHINDLER, A. E. 2013. *Gynekolog: První globální konference o antikoncepci, reprodukčním a sexuálním zdraví, Kodaň, 22.-25. Května 2013*. Třebechovice pod Orebem: medEXart. roč. 22, č. 3. ISSN 1210-1133.

STOLÍNOVÁ, J. 2001. *Moderní gynekologie a porodnictví: Právní aspekty antikoncepce, sterilizace a interrupce*. Praha: LEVRET s.r.o., roč. 10, č. 2. ISSN 1211-1058. Dostupné z: <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol10c2/stolinova.php>

TESAŘOVÁ, P. 2013. *Praktická gynekologie: Hormonální rizika vzniku karcinomu prsu*. Brno: Facta Medica, s.r.o., roč. 17, č. 1. ISSN 1211-6645.

TOŠER, J. 2011. *Gynekolog: Jak vybrat správnou perorální hormonální antikoncepci?*. Třebechovice pod Orebem: medEXart. roč. 20, č. 1. ISSN 1210-1133.

UNZEITIG, V. et al. 2012. *Česká gynekologie: Doporučení k předpisu kombinované hormonální antikoncepce*. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. roč. 77, č. 6. ISSN 1210-7832.

INTERNETOVÉ ZDROJE

BERAL, V., R. DOLL a C. HERMON. Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23 257 women with ovarian cancer and 87 303 controls. *The Lancet* [online]. 2008, roč. 371, č. 9609, s. 303-314 [cit. 2015-01-23]. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60167-1. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673608601671>

GLASIER, A., CAMERON, S., FINE, P., LOGAN, S., CASALE, W., et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *The Lancet*. Chichester, UK: John Wiley [online]. 2010, roč. 375, č. 9714, [cit. 2014-01-06]. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60101-8. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673610601018>

JIMOR, S., H. AL-SAYER a HEYS, S. D., et al. Breast cancer in women aged 35 and under: prognosis and survival. *J. R. Coll Surg Edinb.* [online]. 2002, roč. 47, č. 5. [cit. 2015-01-22]. Dostupné z: http://www.rcsed.ac.uk/RCSEDBackIssues/journal/vol47_5/47500008.html

MANSOUR, D., INKI, P., GEMZELL-DANIELSSON, K., SCHULZ K. a LOPEZ, L. Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. Chichester, UK: John Wiley [online]. 2010, roč. 15, č. 1. [cit. 2014-01-06]. DOI: 10.3109/13625180903427675. Dostupné z: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/13625180903427675>

STODDARD, A., MCNICHOLAS, C., PEIPERT, K. Efficacy and Safety of Long-Acting Reversible Contraception: A review of the literature. *Drugs*. Chichester, UK: John Wiley [online]. 2011, roč. 71, č. 8. [cit. 2014-01-06]. DOI: 10.2165/11591290-000000000-00000. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.2165/11591290-000000000-00000>

ZIEMAN, M. et al. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertil Steril* [online]. 2002. roč. 77, č. 2 [cit. 2015-01-23]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Přehled použitých zkratk

µg	mikrogram
BMI	z angl. Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
BRCA 1 a 2	z angl. BReast CAncer (nádor prsu)
cca	přibližně
CIC	kombinovaná injekční kontracepce
cm	centimetr
CMP	centrální mozková příhoda
COC	kombinovaná perorální kontracepce
ČR	Česká republika
DM	diabetes mellitus
DPMA	depotní medroxyprogesteronacetát
EE	ethinylestradiol
ETG	etonogestrelové implantáty
FDA	z angl. Food and Drug Administration (americký úřad pro léky a potraviny)
f_i	relativní četnost
HA	hormonální antikoncepce
HDL	z angl. High – density lipoprotein, (vysokodenzitní lipoprotein)
HIV	z angl. Human Immunodeficiency Virus, (virus lidské imunitní nedostatečnosti)
ICT	informační a komunikační technologie
ICHs	ischemická choroba srdeční
IM	infarkt myokardu
IUD – LNG	nitroděložní tělísko s levonorgestrel
IUD	nitroděložní tělísko
kg	kilogram
LF	lékařská fakulta
mg	miligram
ml	mililitr
mm	milimetr
MM	menstruační migréna
mmHg	milimetr rtuťového sloupce
n_i	absolutní četnost

POP	progestinová orální kontracepce
Σ	souhrnné hodnoty – suma
SPgŠ	střední pedagogická škola
STD	z angl. Sexually Transmitted Diseases, (sexuálně přenosné nemoci)
SZŠ	střední zdravotnická škola
TEN	tromboembolická nemoc
VOŠZ	vyšší odborná škola zdravotnická
VŠ	vysoká škola
WHO	z angl. World Health Organization, (Světová zdravotnická organizace)

Seznam tabulek a grafů

- Tabulka 1.** Antikoncepční účinnost vybraných metod hormonální antikoncepce vyjádřená rizikem selhání (WHO 2011)
- Tabulka 2.** Kontraindikace u vybraných metod hormonální antikoncepce (WHO 2010)
- Tabulka 3.** Počet respondentek v závislosti na konkrétní škole
- Tabulka 4.** Vztah s partnerem
- Tabulka 5.** První pohlavní styk dle věku
- Tabulka 6.** Typ antikoncepce, která byla nebo bude použita prvním pohlavním styku
- Tabulka 7.** Aktuální antikoncepční metoda, kterou dívky užívají
- Tabulka 8.** Povědomí o mužské hormonální antikoncepci
- Tabulka 9.** Znalost informací o hormonální antikoncepci
- Tabulka 10.** Názor, zda způsobuje hormonální antikoncepce větší výskyt nádorů
- Tabulka 11.** Názor, zda se po hormonální antikoncepci tloustne
- Tabulka 12.** Názor, zda nemít „pravou“ menstruaci je škodlivé
- Tabulka 13.** Názor, zda hormonální antikoncepce snižuje libido
- Tabulka 14.** Užívání postkoitální antikoncepce Postinor
- Tabulka 15.** Víra u dívek
- Tabulka 16.** Užité antikoncepční metody při prvním pohlavním styku
- Tabulka 17.** Počet let užívání hormonální antikoncepce
- Tabulka 18.** Důvody k užívání hormonální antikoncepce
- Tabulka 19.** Výhody při užívání hormonální antikoncepce
- Tabulka 20.** Typ vyšetření lékařem před nasazením hormonální antikoncepce
- Tabulka 21.** Kontinuální užívání antikoncepce
- Tabulka 22.** Názor, zda jsou uživatelky chráněny během sedmidenní pauzy během menstruace
- Tabulka 23.** Pociťování nežádoucích účinků během užívání hormonální antikoncepce
- Tabulka 24.** Zapomenutí pilulky během užívání hormonální antikoncepce
- Tabulka 25.** Cena hormonální antikoncepce na 1 měsíc
- Tabulka 26.** Důvody ukončení užívání hormonální antikoncepce
- Tabulka 27.** Význam specifických vyšetření pro bezpečnost vybraných antikoncepčních metod (WHO 2004)
- Graf 1.** Napište název školy, kterou aktuálně navštěvujete
- Graf 2.** Věk respondentek

Seznam příloh

Příloha 1: Přehled dostupných přípravků v ČR

Příloha 2: Dotazník

Příloha 1: Přehled přípravků dostupných v ČR

1 Perorální přípravky

a) Vysoká dávka etinylestradiolu (EE)

i. progestin s reziduální androgenní aktivitou, monofázické

Gravistat 125 (EE 50 µg + levonorgestrel 125 µg, 21 tablet)

ii. progestin s reziduální androgenní aktivitou, bifázické

Anteovin (1. fáze: EE 50 µg + levonorgestrel 50 µg, 2. fáze: EE 50 µg + levonorgestrel 125 µg, 21 tablet)

b) Nízká dávka etinylestradiolu (EE)

i. progestin s reziduální androgenní aktivitou, monofázické

Microgynon (EE 30 µg + levonorgestrel 150 µg, 21 tablet)

Minisiston (EE 30 µg + levonorgestrel 125 µg, 21 tablet)

Stediril 30 (EE 30 µg + levonorgestrel 125 µg, 21 tablet)

ii. progestin s reziduální androgenní aktivitou, trifázické

Trinordiol 21 (1. fáze: EE 30 µg + levonorgestrel 50 µg, 2. fáze: EE 40 µg + levonorgestrel 75 µg, 3. fáze: EE 30 µg + levonorgestrel 125 µg, 21 tablet)

Trinovum (1. fáze: EE 35 µg + norethisteron acetát 500 µg, 2. fáze: EE 40 µg + norethisteron acetát 750 µg, 3. fáze: EE 30 µg + norethisteron acetát 1000 µg, 21 tablet)

Triquilar (1. fáze: EE 30 µg + levonorgestrel 50 µg, 2. fáze: EE 40 µg + levonorgestrel 75 µg, 3. fáze: EE 30 µg + levonorgestrel 125 µg, 21 tablet)

Tri-Regol (1. fáze: EE 30 µg + levonorgestrel 50 µg, 2. fáze: EE 40 µg + levonorgestrel 75 µg, 3. fáze: EE 30 µg + levonorgestrel 125 µg, 21 tablet)

Tri-Regol 21+7 (21 tablet jako Tri-Regol + 7 tablet placebo)

iii. progestin s minimální androgenní aktivitou, monofázické

Cilest 21 (EE 35 µg + norgestimat 250 µg, 21 tablet)

Cilest 28 (21 tablet jako Cilest 21 + 7 tablet placebo)

Femoden (EE 30 µg + gestoden 75 µg, 21 tablet)

Katya (EE 30 µg + gestoden 75 µg, 21 tablet)

Marvelon (EE 30 µg + desogestrel 150 µg, 21 tablet)

Minulet (EE 30 µg + gestoden 75 µg, 21 tablet)

Regulon (EE 30 µg + desogestrel 150 µg, 21 tablet)

iv. progestin s minimální androgenní aktivitou, kombifázické

Gracial (1. fáze: EE 40 µg + desogestrel 25 µg, 2. fáze: EE 30 µg + desogestrel 125 µg, 22 tablet)

v. progestin s minimální androgenní aktivitou, trifázické

Miligest (1. fáze: EE 30 µg + gestoden 50 µg, 2. fáze: EE 40 µg + gestoden 70 µg, 3. fáze: EE 30 µg + gestoden 100 µg, 21 tablet)

Pramino 21 (1. fáze: EE 35 µg + norgestimát 180 µg, 2. fáze: EE 35 µg + norgestimát 215 µg, 3. fáze: EE 35 µg + norgestimát 250 µg, 21 tablet)

Pramino 28 (21 tablet jako Pramino 21 + 7 tablet placebo)

Tri-Minulet (1. fáze: EE 30 µg + gestoden 50 µg, 2. fáze: EE 40 µg + gestoden 70 µg, 3. fáze: EE 30 µg + gestoden 100 µg, 21 tablet)

vi. progestin s antiandrogenní aktivitou, monofázické

Belara (EE 30 µg + chlormadinon acetát 2 mg, 21 tablet)

Diane-35 (EE 35 µg + cyproteron acetát 2 mg, 21 tablet)

Chloe (EE 35 µg + cyproteron acetát 2 mg, 21 tablet + 7 tablet placebo)

Jeanine (EE 30 µg + dienogest 2 mg, 21 tablet)

Minerva (EE 35 µg + cyproteron acetát 2 mg, 21 tablet)

Vreya (EE 35 µg + cyproteron acetát 2 mg, 21 tablet)

vii. progestin s antiandrogenní a antimineralokortikoidní aktivitou, monofázické

Yadine (EE 30 µg + drospirenon 3 mg, 21 tablet)

c) Velmi nízká dávka etinylestradiolu (EE)

i. progestin s reziduální androgenní aktivitou, monofázické

Loette (EE 20 µg + levonorgestrel 100 µg, 212 tablet + 7 tablet placebo)

ii. progestin s minimální androgenní aktivitou, monofázické

Harmonet (EE 20 µg + gestoden 75 µg, 21 tablet)

Lindynette 20 (EE 20 µg + gestoden 75 µg, 21 tablet)

Logest (EE 20 µg + gestoden 75 µg, 21 tablet)

Lunafem (EE 20 µg + gestoden 75 µg, 21 tablet)

Mercilon (EE 20 µg + desogestrel 150 µg, 212 tablet)

Minesse (EE 15 µg + gestoden 60 µg, 24 tablet + 4 tablety placebo)

Mirelle (EE 15 µg + gestoden 60 µg, 24 tablet + 4 tablety placebo)

Novynette (EE 20 µg + desogestrel 150 µg, 21 tablet)

Sunya (EE 20 µg + gestoden 75 µg, 21 tablet)

iii. progestin s antiandrogenní a antimineralokortikoidní aktivitou, monofázické

Yasminelle (EE 20 µg + drospirenon 3 mg, 21 tablet)

YAZ (EE 20 µg + drospirenon 3 mg, 24 tablet + 4 tablety placebo)

4.2. Parenterální přípravky

a) Transdermální

Evra (EE 600 µg + norelgestormin 6 mg, 3 náplasti, tj. 21 dni)

b) Vaginální

NuvaRing (EE 2,7 mg + etonogestrel 11,7 mg, 1 kroužek, tj. 21 dni)

Čepický, Líbalová (2008, str. 9 – 11)

Příloha: 2 Dotazník

Milé studentky,

chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku, který se týká **informovanosti studentek středních a vysokých škol v Moravskoslezském kraji o hormonální antikoncepci**.

Dotazník slouží jako podklad pro zpracování výzkumné části diplomové práce, je zcela dobrovolný, anonymní a trvá přibližně 5 min.

Děkuji za spolupráci a za Váš čas, Bc. Daniela Drobíková, studentka 2. ročníku oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, Univerzita Palackého v Olomouci.

Pokud není uvedeno jinak, uveďte vždy jen 1 odpověď.

1. **Kolik je vám let?**
(vypište)
2. **Vaše výška?**
(vypište)
3. **Vaše váha?**
(vypište)
4. **Kouříte?**
 - ☐ Ano
 - ☐ Ne
5. **Pokud kouříte, kolik cigaret denně?**
(vypište)
6. **Napište přesný název školy, kterou aktuálně navštěvujete.** (Zda střední zdravotní školu v MS kraji či Lékařskou fakultu Ostravské univerzity).
(vypište)
7. **Máte stálého partnera?**
 - ☐ Mám stálého partnera
 - ☐ Nemám stálého partnera
 - ☐ Jiné (vypište)
8. **V kolika letech jste měla první pohlavní styk?**
 - ☐ (vypište)
9. **Jakou antikoncepci jste použila nebo použijete při prvním pohlavním styku?**
(možnost více odpovědí)
 - ☐ Žádnou
 - ☐ Mužský kondom
 - ☐ Přerušovaná soulož
 - ☐ Kalendářní metoda (plodné a neplodné dny)
 - ☐ Vaginální kroužek

- ☐ Spermicidy
- ☐ Vaginální pesar
- ☐ Ženský kondom
- ☐ Hormonální antikoncepce
- ☐ Nitroděložní tělísko
- ☐ Injekční antikoncepce
- ☐ Implantáty
- ☐ Pilulka „po“
- ☐ Antikoncepční náplast
- ☐ Nevím
- ☐ Jinou (vypište)

10. Jakou antikoncepci používáte nyní? (možnost více odpovědí)

- ☐ Žádnou
- ☐ Mužský kondom
- ☐ Přerušovaná soulož
- ☐ Kalendářní metoda
- ☐ Vaginální kroužek
- ☐ Spermicidy
- ☐ Vaginální pesar
- ☐ Ženský kondom
- ☐ Hormonální antikoncepce
- ☐ Nitroděložní tělísko
- ☐ Injekční antikoncepce
- ☐ Implantáty
- ☐ Pilulka „po“
- ☐ Antikoncepční náplast
- ☐ Jinou (vypište)

11. Slyšela jste někdy o mužské hormonální antikoncepci?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

12. Myslíte si, že jsou informace, které o hormonální antikoncepci máte, dostatečné?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

13. Myslíte si, že hormonální antikoncepce způsobuje větší výskyt nádorů?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

14. Myslíte si, že se po hormonální antikoncepci tloustne?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

15. **Myslíte si, že nemít „pravou“ menstruaci je škodlivé?**
- ☐ Ano
 - ☐ Ne
 - ☐ Nevím
16. **Myslíte si, že hormonální antikoncepce snižuje libido?**
- ☐ Ano
 - ☐ Ne
 - ☐ Nevím
17. **Kdy se postkoitální antikoncepce Postinor (pilulka „po“, záchranná antikoncepce) se užívá?**
- ☐ Po pohlavním styku, nejdéle do 48 hodin
 - ☐ Minimálně 6 hodin před stykem
 - ☐ Po pohlavním styku, nejdéle do 72 hodin
 - ☐ Nevím
18. **Jste věřící, praktikující římskokatolík?**
- ☐ Ano
 - ☐ Ne

Ty z Vás, které jste NĚKDY hormonální antikoncepci UŽÍVALY nebo ji stále UŽÍVÁTE, prosím o dokončení dotazníku. Pokud jste hormonální antikoncepci NIKDY neužívaly, děkuji Vám za předešlé odpovědi, dotazník pro Vás tímto končí (na konci zadat "odeslat formulář").

19. **Kolik let užíváte (nebo jste užívala) hormonální antikoncepci?**
- ☐ (vypište)
20. **Z jakého důvodu jste začala užívat hormonální antikoncepci? (možnost více odpovědí)**
- ☐ Antikoncepční účinek
 - ☐ Snižování bolesti před nebo během menstruace
 - ☐ Příznivé účinky na pleť
 - ☐ Pravidelnost cyklu, kontrola nad svým cyklem
 - ☐ Kratší délka a intenzita krvácení během menstruace
 - ☐ Kvůli bolestem hlavy, migrénám
 - ☐ Jiné (vypište)
21. **Jaké znáte výhody při užívání hormonální antikoncepce (kromě antikoncepčního účinku)? (možnost více odpovědí)**
- ☐ Snižování bolesti před nebo během menstruace
 - ☐ Příznivé účinky na pleť
 - ☐ Pravidelnost cyklu, kontrola nad svým cyklem
 - ☐ Snižování rizika rakoviny a zánětu vaječníků a dělohy
 - ☐ Kratší délka a intenzita krvácení během menstruace
 - ☐ Kromě antikoncepčního účinku žádné neznám
 - ☐ Jiné (vypište)

22. **Jaký typ vyšetření Vám dělal lékař před nasazením hormonální antikoncepce?**
(možnost více odpovědí)
- ☐ Kontrola krevního tlaku
 - ☐ Rozhovor na osobní a rodinnou anamnézu
 - ☐ Preventivní gynekologické vyšetření
 - ☐ Vyšetření prsů
 - ☐ Odběr krve (např. vyšetření jaterních testů)
 - ☐ Žádné
 - ☐ Jiné (vypište)
23. **Užíváte/Užívala jste VĚTŠINOU hormonální antikoncepci kontinuálně (tj. bez vynechání, po kterém se běžně dostaví menstruace)?**
- ☐ Užívám/užívala jsem pilulky a každý měsíc mám/měla jsem pravidelně menstruační krvácení
 - ☐ Užívám/užívala jsem pilulky déle než dva měsíce za sebou, (tj. menstruaci mám/měla jsem minimálně po 2 měsících)
 - ☐ Kombinace obou předchozích (kontinuálně užívám HA jen v případě potřeby - dovolená, sport, pobyty v cizím prostředí apod.)
 - ☐ Jiné (vypište)
24. **Myslíte si, že jste během sedmidenní pauzy během menstruace chráněna před otěhotněním?**
- ☐ Ano
 - ☐ Ne
 - ☐ Nevím
25. **Pocit'ujete/Pocit'ovala jste na sobě nežádoucí účinky při užívání hormonální antikoncepce?** (možnost více odpovědí)
- ☐ Žádné nežádoucí účinky jsem nepocit'ovala
 - ☐ Nevolnost
 - ☐ Bolesti hlavy, migrény
 - ☐ Depresivní stavy
 - ☐ Rychlé změny nálad
 - ☐ Bolestivá menstruace
 - ☐ Přírůstek hmotnosti
 - ☐ Snížení libida
 - ☐ Špinění
 - ☐ Napětí v prsou
 - ☐ Jiné (vypište)
26. **Zapomněla jste si někdy za celou dobu užívání hormonální antikoncepce vzít pilulku?**
- ☐ Nikdy jsem si pilulku nezapomněla vzít
 - ☐ Ano, minimálně jednou jsem si pilulku zapomněla vzít
 - ☐ Nevím o tom, nepamatuji si

27. Kolik Vás stojí/stála hormonální antikoncepce přepočteno na 1 měsíc?

- ☐ do 200 Kč
- ☐ 201 – 400 Kč
- ☐ 401 – 600 Kč
- ☐ Více než 601 Kč

28. Pokud jste přestala užívat hormonální antikoncepci a momentálně již žádnou neužíváte, jaké jste k tomu měla důvody? (možnost více odpovědí)

- ☐ Nechtěla jsem již užívat hormony
- ☐ Nemám stálého partnera
- ☐ Přibírání na váze
- ☐ Snížení libida
- ☐ Bolesti hlavy
- ☐ Napětí v prsou
- ☐ Špinění
- ☐ Depresivní stavy
- ☐ Kvůli početí (strach z následné neplodnosti)
- ☐ Žádné
- ☐ Jiné (vypište)

29. Napište jakýkoliv komentář k tomuto dotazníku, pokud máte nějakou otázku nebo oblast ohledně hormonální antikoncepce, ve které nemáte jasno, vepište ji sem také.

- ☐ (vypište)

Anotace

Jméno a příjmení:	Daniela Drobíková, Bc.
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Informovanost studentek středních a vysokých škol v Moravskoslezském kraji o hormonální antikoncepci
Název v angličtině:	Awareness and hormonal contraception among female students at secondary schools and universities in the Moravian-Silesian region
Anotace práce:	Diplomová práce na téma informovanost studentek středních a vysokých škol v Moravskoslezském kraji o hormonální antikoncepci je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá přehledem teoretických poznatků, kontraindikacemi, vedlejšími účinky, přínosy hormonální antikoncepce vzhledem k mladým ženám, dále náboženskými názory, mýty a pověrami o hormonální antikoncepci. V praktické části práce je prezentováno výzkumné šetření, prováděné mezi studentkami středních a vysokých škol, o informovanosti hormonální antikoncepce.
Klíčová slova:	hormonální antikoncepce, informovanost, efektivita, kontraindikace, nežádoucí účinky, přínosy, Moravskoslezský kraj
Anotace v angličtině:	The diploma theses about awareness and hormonal contraception among female students at secondary schools and universities in the Moravian-Silesian region is divided into the theoretical and practical part. Theoretical part concerns summary of theoretical knowledge, contraindications, side effects, contribution of hormonal contraception to young women, it also includes religious opinions, myths and superstitions about hormonal contraception. In practical part there is presented scientific investigation performed among female students of secondary schools and universities about their awareness of hormonal contraception.
Klíčová slova v angličtině:	hormonal contraception, awareness, effectivity, contraindication, side effects, contribution, Moravian-Silesian region
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 Přehled přípravků dostupných v ČR Příloha 2 Dotazník
Rozsah práce:	77 s., 8 s. příloh
Jazyk práce:	Čeština