

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.**

**Praha 5**

**INFORMOVANOST DÍVEK/ŽEN O HORMONÁLNÍ  
ANTIKONCEPCI**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ZUZANA EMROVÁ**

**Praha 2014**

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**INFORMOVANOST DÍVEK/ŽEN O HORMONÁLNÍ  
ANTIKONCEPCI**

Bakalářská práce

ZUZANA EMROVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2014



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Emrová Zuzana**  
**3. A PA**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 12.3.2013 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Informovanost dívek/žen o hormonální antikoncepci

*Girl's Knowledge about Hormonal Contraception*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 2.9.2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Ivaně Jahodové za vedení bakalářské práce, za čas, který mi věnovala a poskytnuté rady. Rovněž bych jí také chtěla poděkovat za přednášení předmětu Semináře k bakalářské práci. Velké poděkování patří i mé rodině, která mě po celé studium podporovala a samozřejmě také děkuji všem respondentům za jejich spolupráci.

## ABSTRAKT

EMROVÁ, Z. *Informovanost dívek/žen o hormonální antikoncepci*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2014. 89s.

Tématem bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti dívek/žen o hormonální antikoncepci. Užívání antikoncepce je stále rozšířenější, a proto je tato problematika stále aktuální. Mnoho dívek/žen význam informací podceňuje. Proto jsme se na toto téma zaměřili a provedli průzkumné šetření u adolescentních dívek/žen, které patří do rizikové skupiny z hlediska četnosti užívání a tudíž i nutnosti informovanosti v této problematice. V teoretické části jsme se zabývali účinky hormonální antikoncepce, jejími druhy, výhodami i nevýhodami, indikacemi, kontraindikacemi, vedlejšími účinky, novými poznatky o hormonální antikoncepci a vlivem hormonální antikoncepce na již existující onemocnění. V další kapitole jsme se zabývali prekoncepční přípravou, zásadami péče o uživatelku, nekontracepčními výhodami a profilem ideální uživatelky. Cílem praktické části práce bylo získat určitý náhled, zda mají mladé dívky/ženy ve věku 15–25 let dostatek informací o této problematice. Empirická část zobrazuje výsledky vlastního průzkumného šetření. Soubor tvořily studentky gymnázia a vysoké školy v Praze. Záměrně jsme se zaměřili na vzorek vzdělanější populace, kde jsme předpokládali větší informovanost a zodpovědnost při výběru antikoncepční metody.

Klíčová slova: Adolescentní. Antikoncepce. Dívky. Hormonální. Informovanost.

## ABSTRACT

EMROVÁ, Z. *Girl's Knowledge about Hormonal Contraception*. Medical College.  
Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2014. 89 pages

The topic of this bachelor thesis is to find out the level of awareness of girls/women about hormonal contraception. Usage of the contraception is spreading and therefore this issue is still current. Many girls/women underestimate the value of information. That is why we focused on this topic and made an observation within adolescent girls/women, which belong to a group with a higher risk in terms of the frequency of usage and therefore it's necessary to inform about this issue. Theoretical part focused on the effects of hormonal contraception, different kinds of hormonal contraception and its advantages and disadvantages, indications, contraindications, side effects, new illnesses and old illnesses caused or affected by hormonal contraception. Another chapter dealt with preconception preparation, principles of taking care of the user, non-contraception advantages, profile of an ideal user and new gathered knowledge about hormonal contraception. The main goal of the practical part was to find out whether young girls/women at the age of 15-25 years have enough information about this kind of issue. The empirical part contains results of the observation. The sample was composed of high school and university students studying in Prague. We deliberately focused on a sample of more educated population, where we have assumed greater awareness and responsibility in choosing a contraceptive method.

Keywords: Adolescent.,- Awareness.,- Contraception.,- Girls.,- Hormonal.

# OBSAH

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

## SEZNAM ZKRATEK

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>ÚVOD</b>	<b>15</b>
<b>1 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE</b>	<b>17</b>
<b>1.1 PRINCIP A DĚLENÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE</b>	<b>17</b>
<b>1.2 EFEKTIVITA A COMPLIANCE PERORÁLNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE</b>	<b>19</b>
<b>2 POZITIVA A NEGATIVA PERORÁLNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE</b>	<b>21</b>
<b>2.1 POZITIVNÍ TERAPEUTICKÉ ÚČINKY PERORÁLNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE</b>	<b>21</b>
2.1.1 PŘÍZNVÉ ÚČINKY GYNEKOLOGICKÉ POVAHY	21
2.1.2 NEGYNEKOLOGICKÉ PŘÍZNVÉ ÚČINKY	24
<b>2.2 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY A NEGATIVA PERORÁLNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE</b>	<b>25</b>
2.2.1 VELMI ZÁVAŽNÉ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY	25
2.2.2 STŘEDNĚ ZÁVAŽNÉ A NEZÁVAŽNÉ ÚČINKY	26
<b>2.3 KONTRAINDIKACE UŽÍVÁNÍ PERORÁLNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE</b>	<b>29</b>
<b>2.4 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE A JEJICH VLIV NA JIŽ EXISTUJÍCÍ ONEMOCNĚNÍ</b>	<b>31</b>
<b>3 PERORÁLNÍ ANTIKONCEPCE U ADOLESCENTNÍCH DÍVEK</b>	<b>36</b>
<b>3.1 PROFIL IDEÁLNÍ UŽIVATELKY Z HLEDISKA ADOLESCENCE</b>	<b>38</b>



<b>3.2 VÝZNAM INFORMOVANOSTI V PROCESU VÝBĚRU VHODNÉ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE</b>	<b>40</b>
<b>3.3 PREKONCEPČNÍ PŘÍPRAVA A DOPORUČENÁ VYŠETŘENÍ</b>	<b>42</b>
<b>3.4 ZÁSADY PÉČE O UŽIVATELKU</b>	<b>43</b>
<b>4 INFORMOVANOST DÍVEK/ŽEN O HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCI</b>	<b>45</b>
<b>4.1 METODIKA PRŮZKUMU</b>	<b>46</b>
<b>4.2 PRŮZKUMNÝ SOUBOR</b>	<b>47</b>
<b>4.3 ČASOVÝ HARMONOGRAM</b>	<b>47</b>
<b>4.4 VÝSLEDKY PRŮZKUMU</b>	<b>48</b>
<b>4.5 ANALÝZA A INTERPRETACE PRŮZKUMU</b>	<b>79</b>
<b>4.6 DISKUZE</b>	<b>83</b>
<b>ZÁVĚR</b>	<b>87</b>
<b>SEZNAM LITERATURY</b>	<b>88</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Kde, od koho jste se dozvěděla prvotní a základní informace o hormonální antikoncepci (odpovědi z hlediska užívání antikoncepce)	50
Tabulka 2 Absolvujete minimálně jednou do roka některé z níže uvedených vyšetření u svého gynekologa (odpovědi z hlediska věku)	51
Tabulka 3 Užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti (odpovědi z hlediska věku)	58
Tabulka 4 Užívání HAK zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci (odpovědi z hlediska věku)	64
Tabulka 5 HAK snižuje bolestivost menstruace (odpovědi z hlediska věku)	65
Tabulka 6 HAK zpravidelňuje menstruační cyklus z hlediska věku (odpovědi z hlediska věku)	67
Tabulka 7 Vyskytuje se ve Vaší rodině některé z těchto onemocnění (odpovědi z hlediska věku)	71
Tabulka 8 Vyskytuje se u Vás některé z těchto onemocnění (odpovědi z hlediska věku)	74
Tabulka 9 Vyskytuje se u Vás některé z těchto onemocnění (odpovědi z hlediska užívání HAK)	75
Tabulka 10 Jaký druh HAK užíváte	76
Tabulka 11 Užíváte pilulky	77
Tabulka 12 Co bylo důvodem pro začátek užívání HAK	78
Tabulka 13 Absolvovala jste některá z níže uvedených vyšetření před zahájením užívání HAK	79
Graf 1 Kde, od koho jste se dozvěděla prvotní a základní informace o hormonální antikoncepci	49
Graf 2 Absolvujete minimálně jednou do roka některé z níže uvedených vyšetření u svého gynekologa (odpovědi z hlediska užívání HAK)	52
Graf 3 Informoval Vás Váš gynekolog dostatečně o výhodách, nevýhodách, indikacích, kontraindikacích a rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce (odpovědi z hlediska věku)	52
Graf 4 Informoval Vás Váš gynekolog dostatečně o výhodách, nevýhodách, indikacích, kontraindikacích a rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce (odpovědi z hlediska užívání HAK)	53

Graf 5 Užívání HAK snižuje sexuální touhu (odpovědi z hlediska věku)	54
Graf 6 Užívání HAK snižuje sexuální touhu (odpovědi z hlediska užívání HAK)	54
Graf 7 Užívání HAK snižuje výskyt nádoru vaječníků a nezhoubných nádorů prsu, (odpovědi z hlediska věku)	55
Graf 8 Užívání HAK snižuje výskyt nádoru vaječníků a nezhoubných nádorů prsu (odpovědi z hlediska užívání HAK)	56
Graf 9 Užívání HAK vede k promiskuitě (odpovědi z hlediska věku)	56
Graf 10 Užívání HAK vede k promiskuitě (odpovědi z hlediska užívání HAK)	57
Graf 11 Užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímou způsobuje riziko neplodnosti (odpovědi z hlediska užívání HAK)	59
Graf 12 Užívání HAK zvyšuje krevní tlak (odpovědi z hlediska věku)	59
Graf 13 Užívání HAK zvyšuje krevní tlak, (odpovědi z hlediska užívání HAK)	60
Graf 14 Relativní kontraindikací užívání HAK je tromboembolické onemocnění v rodině (odpovědi z hlediska věku)	61
Graf 15 Názor – relativní kontraindikací užívání HAK je tromboembolické onemocnění v rodině (odpovědi z hlediska užívání HAK)	62
Graf 16 Kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK (odpovědi z hlediska věku)	62
Graf 17 Kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK (odpovědi z hlediska užívání HAK)	63
Graf 18 Užívání zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci (odpovědi z hlediska užívání HAK)	65
Graf 19 HAK snižuje bolestivost menstruace (odpovědi z hlediska užívání HAK)	66
Graf 20 HAK zpravidelňuje menstruační cyklus (odpovědi z hlediska užívání HAK)	68
Graf 21 HAK má pozitivní vliv na pleť z hlediska věku (odpovědi z hlediska věku)	68
Graf 22 HAK má pozitivní vliv na pleť (odpovědi z hlediska užívání HAK)	69
Graf 23 HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství (odpovědi z hlediska věku)	69

Graf 24 HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství (odpovědi z hlediska užívání HAK)	70
Graf 25 Vyskytuje se ve Vaší rodině některé z těchto onemocnění (odpovědi z hlediska užívání HAK)	72
Graf 26 Kouříte (odpovědi z hlediska věku)	73
Graf 27 Kouříte (odpovědi z hlediska užívání HAK)	73
Graf 28 Jaký druh pilulek HAK užíváte	76
Graf 29 V kolika letech jste začala s užíváním HAK	77
Graf 30 Proběhl výběr Vaší antikoncepce na základě podrobné analýzy Vaší rodinné a osobní anamnézy	80

## SEZNAM ZKRATEK

**BRCA 1,2** – geny, jejichž mutace má za následek vysokou pravděpodobnost vzniku karcinomu mammy (Breast Cancer)

**CIC** – antikoncepční injekce (Combinated Injection Contraceptive)

**COC** – kombinovaná perorální antikoncepce (Combinated Oral Contraceptive)

**FSH** – folikulostimulační hormon

**GnRH** – gonadoliberin

**HAK** – hormonální antikoncepce

**ILGF – 1** – růstový faktor 1 (Insulin-Like Growth Factor)

**IPPF** – mezinárodní federace plánovaného rodičovství (International Planned Parenthood Federation)

**IUD** – nitroděložní tělísko (Intra-Uterine Device)

**LH** – luteinizační hormon

**P** – antikoncepční náplast (Plaster)

**TBG** – transportní protein krve pro hormon štítné žlázy

**TEN** – tromboembolická nemoc (ADAMCZYK, 2005).

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Algomenorea** – bolestivá menstruace

**Amenorea** – nepřítomnost menstruace v době, kdy se měla dostavit

**Androgenní/neandrogenní** - týkající se/netýkající se receptorů pro mužské pohlavní hormony androgeny

**Ceruloplazmin** - transportní bílkovina pro měď

**Dysmenorea** - bolestivá menstruace, menstruace s obtížemi

**Etinylestradiol** – typ ženského hormonu estrogenu

**Fibrinolytický** – rozpouštějící fibrin, tromby

**Hereditární** - dědičný

**Hypermenorea** – silné menstruační krvácení

**Interference** – vzájemné ovlivňování

**Katamenální** – vztahující se k období menstruace

**Korpusluteální cysta** – cysta žlutého tělíska ve vaječníku

**Modalita** – způsob vyjádření způsobu platnosti určité výpovědi

**Oligomenorea** – porucha rytmu menstruačního krvácení, při níž krvácení přichází v intervalech delších než 31 dnů

**Polymenorea** – porucha rytmu menstruačního krvácení, při níž krvácení přichází v intervalech kratších než 25 dnů

**Preskripce** – předpis léků

**Reziduální** – zbylý, doznívající

**Seborhea** – neinfekční kožní onemocnění

**Teleangiektázie** – lokalizované rozšířené drobné kapiláry viditelné na kůži nebo sliznici v podobě červených nitek (KLIMEŠ 2005), (KRAUS 2006).

# ÚVOD

Hormonální antikoncepce se začala objevovat na trhu v 2. polovině 20. století a její užívání nepochybně změnilo životní styl populace. Od počátku svého objevení se vývoj hormonální antikoncepce stále posouvá kupředu. Zásadně se změnila úprava dávkování, složení i způsob podávání. V současné době je na takové úrovni, že je schopna pokrýt celé reprodukční období ženy, tj. od prvních měsíčků až po období klimakteria. Složení současné hormonální antikoncepce je natolik promyšlené, že ženu maximálně chrání před otěhotněním, ale zároveň nepředstavuje pro ženské tělo zbytečnou hormonální zátěž, která by se mohla projevit řadou nepříjemných fyzických i psychických problémů.

V průběhu let se však chování žen i mužů ve vztahu k antikoncepci výrazně mění ve smyslu stále masovějšího užívání. Užívání hormonální antikoncepce přináší svobodu a možnost svůj život lépe plánovat. Řada žen užíváním hormonů řeší i poruchy hormonální činnosti nebo kosmetické problémy. Ve shodě s H. Máslovou a J. Jonášem můžeme říci, že dochází k nadužívání hormonální antikoncepce, což může mít a má sociálně psychologické, psychosomatické a ekologické důsledky. Jistě není otázkou, zda hormonální antikoncepce ano či ne, ale jaká antikoncepce, komu a kdy.

Z tohoto důvodu, má významnou roli lékař, který je povinen poskytnout ženě věcně správné, ty nejaktuálnější informace a z nich vyplývající doporučení. Měl by postupovat podle poznatků současné lékařské vědy čili lege artis, abstrahovat od vnějších tlaků a poskytnout ženám informace podložené znalostí vědecké medicíny. Ne vždy se tak děje, a to je problém nejen odborný, ale i etický. Nedílnou součástí v podání informací má i sestra, či porodní asistentka, která by měla být dostatečně vzdělaná v této problematice a pacientce umět sdělit možnosti kontracepčních metod, výhody, nevýhody a možná rizika.

Cílem bakalářské práce je zjistit míru informovanosti dívek/žen v oblasti užívání hormonální antikoncepce, zda jsou informovány o indikacích, kontraindikacích, výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce, jakým způsobem přistupují k výběru HAK a zda odpovídá jejich životní styl a chování specifikům HAK.

V bakalářské práci se nejprve v teoretické části zaměříme na teoretická východiska, zmapujeme, podle jakého principu dělíme perorální hormonální antikoncepci, jaké jsou pozitivní a negativní účinky užívání HAK, jaké jsou indikace a kontraindikace a v neposlední řadě se budeme věnovat problematice ideálního profilu uživatelky, způsobu informování před zahájením užívání a jak následně pečovat o uživatelku.

Na základě teoretických poznatků v praktické části zpracujeme dotazník pro průzkum informovanosti dívek/žen ve věku 15 – 25 let, který po zpracování výsledků bude sloužit jako námět pro zlepšení informovanosti dívek/žen.

Práce je určena studentům zdravotnických škol, zdravotnickému personálu, který se s touto problematikou dostane do styku, dívkám/ženám, které plánují hormonální antikoncepci užívat, ale též pro dívky/ženy, které již hormonální antikoncepci užívají.



# 1 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Moderní pohled zabírá antikoncepci do širšího rámce lidských práv. V roce 1968 na konferenci v Teheránu bylo přijato, že *rodiče mají základní lidské právo svobodně a zodpovědně určovat počet svých dětí a časový odstup mezi nimi*. I. světová populační konference (Bukurešť, 1974) zdůraznila, že *potenciálním rodičům se má dostat informací a prostředků, aby tak mohli učinit*. V Mezinárodním roce dítěte (1979) bylo konstatováno, že *dítě má právo se narodit jako dítě chtěné, jehož příchod na svět rodiče plánují*. Mezinárodní společnost plánovaného rodičovství (IPPF) formulovalo své stanovisko v roce 1990, mj. v zásadě, že *společnost musí podniknout všechno, aby se zabránilo neplánovanému těhotenství, především důkladnou sexuální výchovou a dostupnou antikoncepcí* (ČEPICKÝ, 2008). Z výše uvedeného vyplývá, že primární zisk z antikoncepce, tedy regulovaného počtí, je pro ženu i pro eventuální dítě velmi významný.

## 1.1 PRINCIP A DĚLENÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Antikoncepce přerostla v samostatný obor, prolíná však ostatní obory natolik, že nezbyvá, než aby se každý lékař seznámil, alespoň s jejími principy, jinak riskuje poškození svých pacientek, ať v důsledku komplikací nechtěné gravidity, tak v důsledku komplikací vzniklých z interference použité antikoncepční metody a konkrétních zdravotních problémů ženy. *Antikoncepční anamnéza by měla být běžnou součástí anamnézy lékaře kteréhokoli oboru medicíny* (ČEPICKÝ, 2008, s. 10).

Antikoncepce je metoda, která slouží k trvalému či dočasnému zabránění oplodnění, a tím i následnému těhotenství. Vedle pojmu antikoncepce je užíván i pojem kontracepce. Význam obou synonym je zcela totožný. Antikoncepci lze rozdělit například jako hormonální antikoncepci, bariérovou metodu, přirozenou metodu a chirurgickou metodu. Hormonální antikoncepce patří mezi nejefektivnější metodu zábrany počtí. Můžeme ji ve shodě s literaturou rozdělit na kombinovanou HAK (hormonální antikoncepci) a gestagenní (progestinovou) HAK (ČEPICKÝ, 2008).

Do oblasti kombinované hormonální antikoncepce patří nitroděložní tělísko (IUD), kombinovaná antikoncepční náplast (P), kombinovaná injekční antikoncepce (CIC) a

implantáty. U adolescentních dívek v Praze se na základě šetření ukázalo, že mezi nejužívanější druh hormonální antikoncepce patří kombinovaná perorální hormonální antikoncepce (COC), proto se dále v naší práci zaměříme na tento druh.

**Kombinovaná hormonální antikoncepce**, dále jen (COC – combined oral contraception), spočívá v užívání estrogestagenní kombinace, nejčastěji v podobě tablet („pilulek“). Prakticky vše, co si představíme pod pojmem hormonální antikoncepce, patří do této skupiny, takže když se řekne antikoncepční pilulka, míní se právě tato (ČEPICKÝ, 2011; BARTÁK, 2006). Estrogestagenní kombinace se nejčastěji užívá v cyklickém režimu, což pak vede k pravidelnému pseudomenstruačnímu krvácení. Drtivá většina přípravků je perorálních, nicméně existuje i přípravek injekční (na českém trhu není), náplastový a vaginální kroužek.

*Základním účinkem COC je blokáda ovulace. Steroidy pilulky cestou negativní zpětné vazby ovlivňují hypotalamo - hypofyzární centra. Hlavní mechanismus je trojí: přímá inhibice pulzní sekrece GnRH (gonadotropiny uvolňující hormon), pokles citlivosti hypofýzy na GnRH a následně pokles sekrece FSH (folikul stimulační hormon), blokáda vzestupu LH (luteinizační hormon) uprostřed cyklu. Důsledkem těchto změn je anovulační cyklus. Spolehlivost blokády ovulace závisí na dávce estrogenů, u moderních pilulek s nízkým dávkováním lze asi v 5 % cyklů prokázat „ovulační“ hladiny progesteronu (ČEPICKÝ, 2011, s. 87).*

Jak jsme již uvedli, až na výjimky se kombinovaná hormonální antikoncepce užívá ve formě tablet. Jejich složení jsou však různá. Čepický (2011) dělí:

- přípravky COC podle použitého estrogenu,
- přípravky COC podle použitého progestinu,
- přípravky COC podle množství etinylestradiolu (EE),
- přípravky COC podle cyklicity,
  - Přípravky monofázické – množství estrogenu a progestinu je ve všech tabletách stejné, nejoblíbenější.
  - Přípravky trifázické – ve srovnání s první třetinou cyklu je ve druhé třetině cyklu vyšší dávka estrogenu i progestinu, ve třetí třetině cyklu je dávka estrogenu opět nižší a dávka progestinu vyšší.

- Přípravky kombifázické – v první polovině cyklu je vyšší dávka estrogenu a nižší dávka progestinu než ve druhé polovině cyklu (ČEPICKÝ, 2011, s. 87).

Obvyklý způsob užívání COC je ve 28 denních cyklech. Balení na jeden cyklus obsahuje 21-26 účinných tablet, zbývajících 2-7 dní se tablety neužívají. Poměr estrogenu a progestinu v jednotlivých dnech nemusí být neměnný (ČEPICKÝ, 2011).

Z výše uvedeného vyplývá, že existuje velké množství druhů HAK a záleží tedy především na očekávání žen, ale také na jejich věku, zdravotním stavu, na fázi životního cyklu, ve které se právě nacházejí a v neposlední řadě na životním stylu. Ženy mají základní požadavek neotěhotnět a tudíž velké nároky na vysokou spolehlivost, ale mají i mnohá jiná očekávání. Antikoncepce by měla mít minimální vedlejší účinky a navíc se očekává i zdravotní přínos. Neměla by mít vliv na sexuální, ani jinou část života a samozřejmě velký požadavek je i na reverzibilitu antikoncepční metody. V praktické části nás bude zajímat, zda ženy/dívky znají druhy HAK a jejich užití s ohledem na jejich životní fázi – adolescenci, a dále s ohledem na jejich zdravotní stav a životní styl.

## 1.2 EFEKTIVITA A COMPLIANCE PERORÁLNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Základním požadavkem HAK je požadavek neotěhotnět, zajímá nás tedy spolehlivost HAK. **Spolehlivost (efektivita)** kontracepčních metod je dána počtem selhání použité metody v souboru žen v definovaném časovém období. Selhání může nastat chybou uživatelky, nebo chybou metody. Riziko nechtěné koncepce je ovlivněno řadou faktorů. V první řadě je dáno mírou schopnosti ženy otěhotnět, dále frekvencí pohlavních styků, účinností užívané antikoncepční metody a správným použitím metody. *Zatímco riziko selhání při optimálním užití vyjadřuje účinnost vlastního antikoncepčního mechanismu, kterým metoda působí, riziko selhání při typickém užití souvisí velmi významně se správným použitím metody* (KŘEPELKA, 2013, s. 60).

Existuje matematické vyjádření spolehlivosti antikoncepce, tzv. **Pearlův index**, pojmenovaný podle amerického biologa Raymonda Pearla. Zjednodušeně řečeno vyjadřuje, kolik žen ze 100, za rok, při používání dané metody neplánovaně otěhotní. Poprvé byl zveřejněn v roce 1933. Pearlův index nejprve určuje pravděpodobnost

neplánovaného početí za 1 měsíc užívání dané metody antikoncepce, poté se výsledek násobí 12 (zobecnění na 1 rok) a pro přehlednost se výsledek násobí 100. I když je tato metoda již zastaralá, používá se dodnes. Pearlův index COC je 0,1-0,5 (SEIDLOVÁ, 1997).

**Compliance** je definována jako míra shody praxe s klinickým doporučením. Je-li metoda používána v souladu se specifickým návodem podaným lékařem, anebo písemným doporučením, hovoříme o compliance. Naproti tomu nesouhlas mezi reálným a ideálním užitím metody je označován jako non-compliance. Metody antikoncepce, jejichž užívání je zatíženo nižší mírou compliance, jsou současně méně spolehlivé. Dále se řeší tolerabilita a ovladatelnost antikoncepční metody. Tolerabilita je dána přijatelností vedlejších účinků, jejich závažnosti, trvání, frekvence a vztahu k výhodám metody. Ovladatelnost určuje potřeba odborného dohledu nad metodou, či nutnost speciální přípravy a pravděpodobnost selhání metody při nesprávném užití. Míru compliance metody reflektuje i podíl žen, které v metodě pokračují po prvním roce užívání. Riziko selhání COC při typickém užití je 5-8 % (KŘEPELKA, 2013).

Hlavními faktory non-compliance antikoncepční metody je kromě ztráty motivace prevence těhotenství zejména obtížná dostupnost metody, chyba v aplikaci a nepříjemné vedlejší účinky. Velmi významné jsou kognitivní faktory, mezi které patří chybné informace, chybný úsudek a iracionální obavy uživatelky. *Compliance antikoncepčních metod lze zlepšit zkvalitněním poradenství v oblasti antikoncepce* (KŘEPELKA, 2013, s. 60).

## 2 POZITIVA A NEGATIVA PERORÁLNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Pro všechny léky platí důležitá zásada, a to pečlivě posoudit všechny výhody a nevýhody. Když výhody mnohonásobně převažují možná rizika, měl by lékař preparát předepsat a s pacientem probrat vedlejší účinky, a především podmínky užívání léku. To platí rovněž pro hormonální antikoncepci.

### 2.1 POZITIVNÍ TERAPEUTICKÉ ÚČINKY PERORÁLNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

COC má velké množství příznivých účinků a dokonce terapeutických indikací. Jejich účinek sahá od banalit kosmetického charakteru až po pokles rizika závažných a život přímo ohrožujících stavů. Tyto příznivé vedlejší účinky vždy musíme mít na mysli, když hodnotíme rizika pilulky. *Dnes všeobecně přijatý názor říká, že za normálních okolností příznivé zdraví a život ochraňující vlivy pilulky daleko převyšují její zdravotní rizika* (ČEPICKÝ, 2011, s. 97).

Moderní HAK už nabízí více než jen ochranu před nechtěným početím. Má pozitivní vliv na zlepšování kvality života a větší spokojenosti žen se svým vzhledem, ale může mít vliv i jako prevence závažnějších onemocnění. H. Máslová a J. Jonáš však na druhé straně varují před masovým užíváním HAK. Příznivé účinky můžeme rozdělit na gynekologické a negynekologické povahy.

#### 2.1.1 PŘÍZNVÉ ÚČINKY GYNEKOLOGICKÉ POVAHY

##### **Maligní nádory (endometrium, ovaria, prsa)**

Vliv hormonální antikoncepce a zhoubných nádorů byl analyzován řadou studií. Relativní riziko maligních nádorů uživatelk COC řešila studie britských praktických lékařů. Soubor porovnával dlouhodobě výskyt zhoubných nádorů u žen, které v průběhu života užívaly COC, se ženami, které ji nikdy neužívaly. Soubory byly standardizovány podle věku, parity, sociálního postavení a dalších rizikových faktorů jako je kouření a užívání hormonální terapie. Ženy, které v průběhu života užívaly COC proti ženám antikoncepci nikdy neužívajícím, trpěly méně často kolorektálním karcinomem,

karcinomem endometria a ovaria. Naopak neuživatelky měly oproti uživatelkám méně často karcinom děložního hrdla, tumory centrálního nervového systému a hypofýzy. Současně bylo prokázáno, že COC není spjata s celkovým zvýšením nádorového rizika. Poměr mezi výhodami a riziky kombinované orální antikoncepce se liší ve vztahu k typu orální antikoncepce a incidencí různých typů nádorů. Nebyly zjištěny rozdíly ve všeobecné mortalitě uživatelék kombinované antikoncepce a žen antikoncepci nikdy neužívajících (KŘEPELKA, 2013). *Omezením uvedené studie je, že tým britských lékařů analyzovala skutečnost na COC, která byla na trhu v 60. a 70. letech 20. století, tedy u kontraceptiv s vyšší denní dávkou estrogenů. Výsledky tudíž nemusí být aplikovatelné na kontraceptiva s nižší dávkou steroidních hormonů* (KŘEPELKA, 2013, s. 121).

### **Hormonální antikoncepce a karcinom prsu**

Pravděpodobně nejčastěji je diskutován vliv hormonální antikoncepce a karcinom prsu. Reanalýza 54 studií z roku 1996 zaměřená na uživatelky starších typů kombinované orální antikoncepce prokázala zvýšení relativního rizika karcinomu prsu u aktuálních uživatelék a uživatelék antikoncepce v uplynulých deseti letech na 1,24. Riziko je mírně zvýšené u aktuálních uživatelék a zůstává takto zvýšené do 10 let po vysazení. Nebyla prokázána žádná souvislost s celkovou dobou podávání, dávkou, typem progestinu a estrogeneru (SEIDLOVÁ, 1997)

Další studie však neprokázaly žádnou souvislost mezi užíváním moderních přípravků kombinované hormonální antikoncepce a vyššího rizika rozvoje karcinomu prsu.

Existují vrozené dispozice zvyšující riziko karcinomu prsu při užívání exogenních steroidů. Dále je to vysoká hladina růstového faktoru 1 (ILGF – 1), která je spjata s vývojem objemných prsů a vede ke zvýšenému riziku časného výskytu karcinomu prsu. Vrozenou dispozicí, která způsobuje zvýšenou citlivost vůči estrogenům riziko karcinomu prsu, jsou mutace genů BRCA-1, BRCA-2 (KŘEPELKA, 2013). *Podáváním kombinované hormonální antikoncepce pacientkám s mutacemi genů BRCA-1/2 je kontroverzní. Existují důkazy, že časově omezená aplikace moderních orálních kontraceptiv u nosiček uvedených mutací snižuje riziko karcinomu ovaria, vliv na vznik karcinomu prsu je však nejistý* (KŘEPELKA, 2013, s. 122).

## **Benigní nádory**

Pokles rizika vzniku děložního myomu u uživatelék COC je velmi výrazný, relativní riziko je jen 0,3. Bohužel, po skončení antikoncepce ochrana klesá. Děložní myom není kontraindikací COC (ČEPICKÝ, 2011)

Efekt COC je nepochybný, především na riziko vzniku korpusluteálních cyst, v menší míře na riziko vzniku folikulárních cyst. Avšak, účinek souvisí s dávkou estrogenů a s klesajícím množstvím estrogenů v moderních přípravcích klesá i tato ochrana. Dalším důležitým faktorem je fázicita přípravku, účinek je výrazný pouze u monofázických přípravků. Ženy s opakovaným výskytem funkčních ovariálních cyst by měly užívat COC, a sice monofázické přípravky raději s vyšší dávkou estrogenu. V terapii již vzniklé cysty však COC nehrají roli a její další trvání či zánik nikterak neovlivňují (ČEPICKÝ, 2011).

*COC se dále používají jako modalita konzervativní terapie endometriózy. Mají nepochybný vliv na snížení bolesti při endometrióze, zvláště když jde o algomenoreu. Zde se dají používat v dlouhých cyklech a lze je pokládat za lék první volby. Význam kombinované hormonální antikoncepce v prevenci však není znám (ČEPICKÝ, 2011, s. 99).*

## **Poruchy menstruačního cyklu**

COC blokuje vlastní menstruační cyklus a vytváří cyklus umělý. To se týká i situací, kdy primární cyklus byl patologický, ať už jakkoliv. Je však třeba si uvědomit, že COC není v tomto případě terapie ve vlastním slova smyslu, jde spíše o substituci. Základní porucha přetrvává a po ukončení antikoncepce se znovu objeví. Tímto způsobem žena na svůj primární problém zapomíná a po ukončení antikoncepce problém opět nastane, již se však už obtížně léčí, jinak než opět nasazením antikoncepce (ČEPICKÝ, 2011).

COC elegantně řeší problematiku polymenorey, hypermenorey, dysfunkčního krvácení, a to u perimenopauzálních žen. Podobně lze podat COC u žen s oligomenoreou či amenoreou, ať má jakoukoliv příčinu. Oligomenorea, nebo amenorea je vždy buď hypoestrinní nebo normo- až hyperestrinní. V prvním případě je žena z dlouhodobé perspektivy ohrožena především rozvojem osteoporózy, ve druhém případě je ohrožena dysfunkčním krvácením a z celoživotního pohledu karcinomem

endometria. Pilulka tato rizika výrazně snižuje, nehledě k tomu, že mnoho žen si pravidelné krvácení přeje (ČEPICKÝ, 2011).

Primární dysmenorea je způsobena nadměrnou tvorbou prostaglandinů sekrečním endometriem. COC jsou nejefektivnější terapií, dosahují úspěchu asi v 90 % případech. Nestačí-li aplikace COC obvyklým způsobem, lze je podávat kontinuálně (ČEPICKÝ, 2011).

*Ve výčtu pozitivních zdravotních účinků COC nelze opominout výraznou ochranu před mimoděložním těhotenstvím, což souvisí s velmi vysokou antikoncepční spolehlivostí (ČEPICKÝ, 2011, s. 102).*

### **2.1.2 NEGYNEKOLOGICKÉ PŘÍZNIVÉ ÚČINKY**

Při užívání kombinované hormonální antikoncepce je pseudomenstruační krvácení slabší, než normální menstruace. Důsledkem je vzestup zásob železa a pokles rizika sideropenické anemie u uživatelky (ČEPICKÝ, 2011).

Další příznivý vliv mají estrogeny obsahující hormonální antikoncepce na kostní denzitu. Všeobecně se také uznává, že užívání snižuje riziko rozvoje osteoporózy a to i z dlouhodobé perspektivy. Důležité je především užívání COC u ženy vyššího věku (po 40. roce života), zde byla popsána redukce rizika fraktury krčku femuru o 25 %. U žen mladších mají COC význam především v těch skupinách dívek, které jsou primárně hypoestrinní. U velmi mladých normálně menstrujících dívek byly naopak vysloveny obavy z pomalejšího nárůstu kostní hmoty při užívání COC s velmi nízkým dávkováním - obavy jsou zřejmě nepodložené (ČEPICKÝ, 2011).

U žen se zvýšenou krvácivostí je COC vysloveně vhodná. Kromě toho jsou tyto ženy ohroženy vznikem korpusluteální hemoragické cysty, která může prasknout s následným rychlým rozvojem život ohrožujícího hemoperitonea – této komplikaci užívání COC pochopitelně brání. Kombinovaná kontraceptiva jsou indikována také u žen chronicky léčených antikoagulancii. Důvod i zde spočívá v prevenci hemoperitonea následkem ruptury ovariální korpusluteální cysty (ČEPICKÝ, 2011).

V literatuře lze nalézt zprávy o řadě dalších příznivých neantikoncepčních vlivů antikoncepce, které však prozatím nejsou dostatečně potvrzeny. *Na prvním místě je to revmatoidní arthritida, kde je k dispozici již dlouhá řada studií se zcela rozpornými výsledky; ochranný efekt snad existuje, ale patrně jen pro současné uživatelky,*



*nepřetrvává po skončení antikoncepce. Dále se uvádí určitá ochrana před peptickým vředem a před nemocemi thyreoidey. Při užívání COC se také obvykle zlepšuje alergie (ČEPICKÝ, 2011, s. 104). Dále se HAK antikoncepce nasazuje pro zpravidelnění menstruace, zmírnění premenstruačního syndromu, odstranění bolesti při menstruaci a pro potlačení projevů akné. Nasazování HAK v těchto případech je však terčem kritiky představitelky psychogynekologie v ČR MUDr. Hany Máslové a představitel detoxikační medicíny MUDr. Josefa Jonáše.*

## **2.2 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY A NEGATIVA PERORÁLNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE**

Vzhledem k tomu, že hormonální antikoncepce je užívána stále větším počtem žen a snižuje se věková hranice uživatelů, je důležité se zabývat problematikou nežádoucích účinků.

Již v prvních letech klinického zkoušení hormonálních kontraceptiv byla nejen prokázána vysoká kontracepční spolehlivost, ale současně se projevíly nezanedbatelné nežádoucí účinky. Některé z nich přitom vedly ke vzniku trvalých následků, ale i k úmrtí. Na nežádoucích účincích se podílejí v různé míře a různým způsobem, jak estrogény, tak progestiny (SEIDLOVÁ, 1997).

Intenzivní studium nežádoucích účinků vedlo během více než 30 let užívání hormonální kontracepce k dvěma významným změnám. Za první vedla ke snížení dávky ethinylestradiolu a za druhé k vývoji nových typů progestinů (SEIDLOVÁ, 1997).

Nežádoucí účinky můžeme dělit do tří skupin: na velmi závažné, středně závažné a nezávažné.

### **2.2.1 VELMI ZÁVAŽNÉ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY**

Mezi velmi závažné nežádoucí účinky patří zvýšení krevní srážlivosti a z toho plynoucí nebezpečí žilní trombózy, která postihuje dolní i horní končetiny s hrozbou plicní embolie.

Trombofilní účinek byl prokázán pouze u kombinované hormonální antikoncepce. COC obsahující estrogenní komponent je však nejčastěji užívanou metodou. Proces hemokoagulace ovlivňují oba komponenty, klinicky významným byl prokázán na denní

dávce závislý účinek ethinylestradiolu modulovaný různými typy progestinů. Hlavním mechanismem ovlivňujícím hemokoagulaci je alterace fibrinolytického systému (BARTÁK, 2006).

Užívání COC je jedním z mnoha nezávislých rizikových faktorů pro rozvoj TEN (tromboembolické nemoci). Jeho význam spočívá ve vysokém počtu žen, které COC celosvětově užívají. Ovlivnění hemokoagulace samotnou antikoncepcí je ve srovnání s ostatními rizikovými faktory poměrně nízké. Kombinovaná hormonální antikoncepce ovlivňuje hemokoagulaci ihned po zahájení aplikace, riziko manifestaci žilní trombózy je nejvyšší v prvním roce podávání a vyskytuje se obvykle u žen s dalšími rizikovými faktory (KŘEPELKA, 2013) *Pravděpodobnost, že se budou manifestovat tromboembolické projevy u ženy s absencí jiných rizikových faktorů, je velmi malá. Mezi další rizikové faktory patří zejména obezita, imobilizace a velmi heterogenní skupina trombofilních stavů přechodného či trvalého charakteru, vrozeného, získaného, či neznámého původu* (KŘEPELKA, 2013, s. 110). Je tedy nutné pečlivé vyšetření žen a zjištění jejich osobní a rodinné anamnézy. V praktické části se zaměříme na to, zda ženy/dívky o tomto zvýšeném riziku vědí, a zda byla provedena potřebná vyšetření a analýza anamnézy (KŘEPELKA, 2013).

## **2.2.2 STŘEDNĚ ZÁVAŽNÉ A NEZÁVAŽNÉ NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY**

### **Poruchy menstruačního cyklu**

Při užívání COC se dle Čepického objevuje krvácení dvojího druhu:

- Krvácení ze spádu, pseudomenstruační krvácení, nastává během týdenní pauzy v užívání tablet. Bývá slabší než obvyklá menstruace, nikoli výjimečně může být tak slabé, že ho žena nezpozoruje. Tato hypomenorea nemá žádné zdravotní následky, malá skupina žen ji však vnímá negativně. Přeje-li si žena léčbu, pomůže změna přípravku za jiný z vyšší dávkou estrogenu.
- Krvácení z průniku je krvácení, obvykle jen slabé či pouhé špinění, které se objevuje během užívání tablet a je způsobeno prosakováním z nízkého endometria při setrvalé nízké hladině estrogenu následkem jeho relativního nedostatku. Tento typ krvácení je častější u kuřaček a v prvním cyklu užívání COC. I zde pomůže zvýšení dávky estrogenu

v přípravku. *Zvláště při užívání přípravků s extrémně nízkým dávkováním se mohou objevit současně amenorea a krvácení z průniku, čímž nepoučená žena bývá zcela zmatena* (ČEPIČKÝ, 2011, s. 105).

### **Molimina (obtíže)**

Uživatelkami COC i odbornou literaturou bývají popisovány různé somatické a psychické nezávažné problémy. Jejich farmakologická souvislost s hormony pilulky je často problematická a jejich etiologii lze hledat spíše v psychosomatické oblasti, v oživení nevědomých konfliktů a obav spojených s reprodukcí, sexem a antikoncepcí.

Mezi takové problémy dle Bartáka řadíme:

Nauzea a zvracení jsou někdy přičítány estrogenům. Dnes je to vzácná záležitost. Radí se užívat tablety po jídle, nebo před spaním.

Bolesti a napětí prsů mohou souviset s estrogény, u moderních přípravků jsou však neobvyklé. Objeví-li se přece, je na místě snížit množství estrogenu a zvolit přípravek obsahující drospirenon, kde je zablokována i malá retence vody, kterou způsobují estrogény. Některé mladé dívky chovají naději, že COC způsobí zvětšení prsů, bohužel toto není pravda (BARTÁK, 2006).

Nárůst hmotnosti je častá obava a stížnost vyslovovaná mladými dívkami. Již řada studií prokázala, že průměrný nárůst hmotnosti u uživatelék a neuvivatelék COC je stejný a stejný je také počet žen, které neočekávaně rychle ztloustly. Ve výše zmíněné studii s antikoncepčním placebem byl nárůst hmotnosti dokonce vyšší v placebové skupině než ve skupině užívající účinný preparát. Průměrný nárůst hmotnosti při užívání COC je asi 0,5-1kg za rok, což odpovídá průměrnému nárůstu hmotnosti v populaci. Vzestup hmotnosti u mladých dívek zřejmě souvisí s nedokončeným tělesným vývojem, nikoliv s užíváním kombinované antikoncepce. Občas se objeví naopak i stížnost na snížení hmotnosti, která je stejně neoprávněná (SEIDLOVÁ, 1997).

Negativní kožní změny souvisí rovněž s estrogény. Mohou se objevit kožní hyperpigmentace, především na obličeji. Někdy přetrvávají i po ukončení užívání antikoncepce. Jinou vzácnou komplikací je kožní fotosenzitivita, která může být dále potencována užíváním antibiotik tetracyklinové řady. Přípravky obsahující progestiny s reziduální androgenní aktivitou mohou ve vzácných případech zhoršit nebo snad i

vyvolat akné či seborheu. Zhoršit se mohou vzácně i některá další kožní onemocnění – teleangiektázie, rosacea, ekzém, neurodermatitis (SEIDLOVÁ, 1997).

Deprese a emoční labilita se přičítaly v minulosti estrogenům a jejich vlivu na „funkční deficit pyridoxinu“, po zjištění, že estrogény působí naopak jako antidepressiva, se přičítá spíše progestinům. V minulosti se u žen, které si stěžovaly na depresi, doporučovalo současné podávání vitamínu B6. Dobrou zkušenost z té doby můžeme potvrdit, domníváme se však, že šlo jen o placebový efekt (ČEPICKÝ, 2011).

Sexuální prožitek, touha se u žen užívající COC častěji zlepšuje, než zhoršuje (obvykle se nemění). *Velká celoevropská studie dokonce prokázala vyšší zájem o sex a vyšší kvalitu sexuálního života u žen užívajících COC – jedinou kuriózní výjimkou však byla Česká republika. Roli může hrát i efekt očekávání (v ČR je pověra o zhoršení sexuálního života vlivem COC poměrně rozšířená)*, (ČEPICKÝ, 2011, s. 106).

U přípravků s velmi nízkým a extrémně nízkým dávkováním by snad bylo možno výjimečně připustit negativní vliv na lubrikaci.

Na tomto místě je důležité zmínit i negativní důsledky masového užívání HAK z pohledu psychosociálního, o kterých se zmiňuje H. Máslová. Jako další důsledek masového užívání antikoncepčních pilulek uvádí odsouvání založení rodiny, *protože pilulka umožňuje užívat si sex bez rizika nechtěného těhotenství a rovněž umožňuje nevzít na sebe závazek v podobě založení rodiny. V současné době jsme v počtu sňatků i porodů na historickém minimu. Dříve muži byli více motivováni zamilovat se a oženit, aby si v manželství mohli užívat sexualitu povoleného formátu. Teď se muži ženit nechtějí. Očekávání žen a mužů se rozcházejí* (MÁSLOVÁ, 2013).

Dalším rizikem užívání HAK je i to, že *díky užívání HAK ženy přetáhnou svoje nejplodnější období a teprve později, často až kolem 35 let si vzpomenou, že by přeci jenom dítě chtěly. Plodnost v tomto věku už není taková jako dřív a navíc se díky spolykaným hormonům mohou překrýt určité zdravotní dysfunkce, které by se daly léčit, ale pod náhradním cyklem zůstaly skryty. Avšak tím to nekončí. Žena, která bere roky i desetiletí antikoncepci a vysadí ji, zjistí, že nemůže přirozeně otěhotnět, a podstoupí proces asistované reprodukce, pak dostane další hormonální zátěž pro stimulaci vaječnicků. Tím může být vážně ohrožena* (MÁSLOVÁ, 2013).

Podle Jonáše je *hormonální antikoncepce především problémem pro přírodu. Nerozložené pohlavní hormony odcházejí močí a dostávají se skrze vodu k rostlinám i k lidem. Nakonec mění i život ryb a jiných vodních živočichů. Dá se říci, že svět je zaplaven ženským hormonem, což má za následek změny chování u mužů, ale i předčasné vyspívání dívek. Ryby mění pohlaví, pod vlivem hormonů se mění i celá řada dalších živočichů. Pro lidský organismus může mít dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce rovněž negativní dopad (JONÁŠ, 2013).*

Dále podle Jonáše má užívání HAK vliv na změnu psychického stavu ženy. *Užívání hormonální antikoncepce souvisí se změnou osobnosti ženy a změnami vlastností. Zajímavé jsou například studie, které ukazují, že žena si partnera vybírá čichem a je schopna ucítit nejen vůni nebo zápach, ale dokáže intuitivně rozlišit vhodného partnera třeba z hlediska metabolismu nebo imunity. Antikoncepcí tuto vlastnost ženy ztrácí. Při vysazení antikoncepce se jim tyto schopnosti vrací. Ženy pak mohou snadno zjistit, že je vlastně partner vůbec nezajímá, že jim nevoní, nepřitahuje je. S tím souvisí i řada rozvodů. Pochopitelně, že hormonální antikoncepce má dopad i na promiskuitní chování partnerů, což přináší další zdravotní problémy, možná i větší než hormonální antikoncepce sama. Jde o nebezpečí HIV infekce, ale také o přenos papilomavirů, které se dnes s jistotou řadí mezi karcinogeny a způsobují také některá závažnější onemocnění pohlavních orgánů. Ztrácí se i pojem partnerské odpovědnosti a to, jak jsem uvedl, jsou možná horší důsledky než nějaké zdravotně nepříznivé následky užívání hormonální antikoncepce (JONÁŠ, 2013).*

### **2.3 KONTRAINDIKACE UŽÍVÁNÍ PERORÁLNÍ HORMONÁLNÍ ANIKONCEPCE**

Kontraindikace i rizika je nutné vždy zvažovat s kontraindikacemi a riziky případného těhotenství a následky interrupce, stejně tak s příznivými „neantikoncepčními“ zdravotními účinky. Kontraindikace lze rozdělit na absolutní a relativní.

### **Absolutní kontraindikace jsou podle Čepického:**

- šestinedělí – v prvních 3 týdnech po porodu u nekojících žen, do konce šestinedělí u kojících žen (doporučení dle WHO),
- věk nad 35 let a kouření více než 15 cigaret denně,
- hypertenze- neléčená, nebo špatně léčbou kontrolovaná, s krevním tlakem 160/100 torr nebo vyšším,
- aktuální hluboká žilní trombóza – známé závažné trombofilní mutace, tj. faktor V leyden v homozygotní formě, deficit antitrombinu III. deficit proteinu C,
- aktuální nebo anamnestická ischemická choroba srdeční, anamnéza cévní příhody mozkové,
- komplikované srdeční vady,
- migréna s aurou,
- karcinom prsu do 5 let po léčbě,
- aktivní virová hepatitida,
- dekompenzovaná cirhóza, benigní i maligní nádory jater (ČEPICKÝ, 2011, s. 121).

### **Relativní kontraindikace podle Čepického:**

Relativními kontraindikacemi se míní: žena by raději měla volit jinou metodu, avšak pokud jiná metoda není možná nebo nevyhovuje, je možné uvážit kombinovanou hormonální antikoncepci.

- kojení do 6 měsíců po porodu (doporučení dle WHO),
- trombofilní mutace,
- věk nad 35 let a kouření méně než 15 cigaret denně,
- přítomnost více faktorů zvyšujících riziko arteriálních kardiovaskulárních nemocí,
- hypertenze kontrolovaná léčbou, nebo krevní tlak nepřesahující 155/95 torr.,
- migréna bez aury, u ženy starší 35 let,
- karcinom prsu po 5 letech po léčbě,
- komplikovaný diabetes,
- symptomatická nebo farmakologicky léčená cholelithiáza,

- kompenzovaná cirhóza,
- anamnéza cholestatické hepatopatie– vzniklé v těhotenství nebo při předchozím užívání COC,
- terapie rifampicinem – antibiotika (ČEPICKÝ, 2011, s. 122).

### **Kontracepce a kouření**

Již v prvních letech širšího užívání orálních kontraceptiv byla zjišťována vyšší mortalita u žen – kuřáček, a to zvláště u žen starších než 35 let a to z důvodu většího rizika infarktu myokardu. *Mechanismem je pravděpodobně synergické působení nikotinu a kontracepčních steroidů přímo na cévní stěnu a na systém homeostázy. Dochází k lokálním spasmům, odlupují se endotelie a v takto poškozených místech se může snadno rozvinout trombóza* (ČEPICKÝ, 2011, s. 105). Kouření ovlivňuje i myokard, oxid uhelnatý snižuje dostupnost kyslíku v myokardu, zatímco nikotin stimuluje myokard k vyššímu výkonu a tím k zvýšené spotřebě energie. Průměrné relativní riziko kardiovaskulárního onemocnění u žen užívajících kombinovanou hormonální antikoncepci se udává kolem 1,5 %, relativní riziko infarktu myokardu 3,3 %. Přitom však u nekuřáček je riziko vzniku infarktu myokardu prakticky nezvýšené, zatímco relativní riziko u kuřáček je 20 %. U silných kuřáček by neměla být COC nasazována (ČEPICKÝ, 2011).

## **2.4 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE A JEJICH VLIV NA JIŽ EXISTUJÍCÍ ONEMOCNĚNÍ**

### **Gynekologické infekce a záněty**

COC chrání ženu před rozvojem pánevní zánětlivé nemoci. U uživatelek je však častější, ve srovnání s ženami, které používají jiné antikoncepční metody, cervicitis způsobená Chlamydia trachomatis a papillomavirová infekce čípku. *Patrně rozhodující podíl na tomto riziku má vyšší počet sexuálních partnerů těchto žen a malá obvyklost současného používání bariérových metod. Určitou roli ve výskytu těchto infekcí však může mít i větší cervikální ektopie, popisovaná u uživatelek COC. Tou se vysvětluje i údajně vyšší riziko přenosu HIV* (ČEPICKÝ, 2011, s. 107).

*COC bývá někdy spojována s chronickou nebo recidivující mykotickou vulvovaginitidou. Současné studie tento vztah vyvracejí, při nejmenším pro moderní přípravky s nízkým obsahem estrogenu a progestinovou dominancí, u přípravků s velmi nízkým dávkováním estrogenu by dokonce mohl být vliv na recidivující mykózy příznivý (ČEPICKÝ, 2011, s. 107).*

### **Metabolické a endokrinní změny**

Všeobecně lze shrnout, že klinický význam vlivu COC na metabolismus a endokrinní systém je minimální.

### **Metabolismus glycidů a diabetes mellitus**

Diabetem trpí v České republice přibližně každý dvanáctý obyvatel. V roce 2011 bylo evidováno celkem 825 382 nemocných osob, z toho bylo 27 901 žen s diabetem prvního typu a 403 012 žen s diabetem druhého typu (KŘEPELKA, 2013).

Steroidní hormony ovlivňují metabolismus glukózy. Pacientky s diabetem prvního typu trpí řadou obtíží, které se častěji vyskytují právě u žen: hmotnostní přírůstek, hypererestrinismus, opožděný pubertální vývoj, poruchy menstruačního cyklu a předčasná menopauza. Uvedené poruchy souvisí se zvýšenou inzulinorezistencí v souvislosti s nedostatečnou produkcí endogenních estrogenů. Ženy s diabetem užívají hormonální antikoncepci méně často, než ženy zdravé (KŘEPELKA, 2013).

COC nemají zvýšené riziko, ani pozitivního glukózotolerančního testu, ani manifestního diabetu. *COC není kontraindikováno u diabetiček s nekomplikovaným onemocněním, dokonce spíše naopak. U diabetiček je naprosto nezbytné vyloučit neplánovanou graviditu vzhledem k nutnosti precizní kompenzace diabetu před otěhotněním, jinak je zvýšené riziko vzniku vrozených vývojových vad, především syndromu kaudální regrese. Rozvoj negativních cévních změn vlivem COC se u diabetiček neprokázal (ČEPICKÝ, 2011, s. 108).* COC je kontraindikováno pouze u diabetiček s cévními a orgánovými komplikacemi diabetu a u diabetiček s diabetem trvajícím déle než 20 let (ČEPICKÝ, 2011).

### **Metabolismus lipidů a hypercholesterolemie**

Obě složky COC působí na produkci HDL-cholesterolu a LDL-cholesterolu opačně. Zatímco estrogény zvyšují hladinu HDL-cholesterolu a snižují koncentraci



LDL-cholesterolu, progestiny působí opačně. *Při předpisu COC ženám s poruchami metabolismu lipidů se lze bez obav řídit doporučením, které říká, že COC lze předepsat tam, kde jako terapie stačí dieta* (ČEPICKÝ, 2011, s. 108). COC mohou užívat i mladé ženy s familiární hypercholesterolemií s vysokým LDL-C bez dalších rizikových faktorů (ČEPICKÝ, 2011).

### **Štítná žláza**

Nemoci thyreoidy se při užívání COC nezhoršují, COC má možná dokonce určitý ochranný účinek, není nikterak kontraindikována. *Užitečné je však vědět, že u uživatelék COC je zvýšená hladina TBG o 30-100 %, takže celková hladina hormonů thyreoidey v krvi stoupá* (ČEPICKÝ, 2011, s. 109).

### **Hepatobiliární systém a nemoci jater**

Játra obsahují estrogenní receptory a hormony pilulky se při obvyklém perorálním podání dostávají do organismu cestou portálního oběhu. V běžné praxi je vliv COC na játra a jaterní onemocnění až bizarně přeceňován, což je patrně historický relikv z prvopočátků kombinované kontracepce, kdy šlo o předběžnou opatrnost, kdy používané dávky steroidů byly z dnešního pohledu extrémní. Stále místy přetrvávající zvyk opakovaného vyšetřování jaterních testů nemá žádné vědecké odůvodnění a žádný klinický přínos (ČEPICKÝ, 2011).

Všeobecné doporučení říká, že COC je kontraindikována u akutních nemocí jater a u chronických nemocí jater s poruchou funkce jater, s výslovnou výjimkou benigní hyperbilirubinémie. *Za absolutní kontraindikaci COC se pokládá morbus Wilson, protože někteří věří, že COC způsobuje vzestup plazmatické hladiny ceruloplazminu a tak zvyšuje intestinální resorpci mědi, objektivně to však ještě prokázáno nebylo. Další absolutní kontraindikací je také syndrom Budd-Chiari a alkoholové poškození jater. Kompenzovaná cirhóza se pokládá za kontraindikaci pouze relativní* (ČEPICKÝ, 2011, s. 110).

### **Neurologická onemocnění**

#### **Migréna**

V souvislosti s COC je důležitá vaskulární migréna (nonvaskulární formy bolesti hlavy nemají COC žádný vztah). Informace o vztahu migrény a COC jsou nesourodé –

někteří udávají, že záchvatů je víc, jiní, že záchvatů není více, ale jsou těžší. U třetiny žen se migréna zlepšuje (ČEPICKÝ, 2011).

Vaskulární migréna, především je-li provázena aurou, se uznává za kontraindikaci COC z obavy ze zvýšeného rizika cévních příhod mozkových, objektivní důkazy jsou však slabé. Když už se COC ženě trpící migrénou předepíše, má se dát přednost monofázickým přípravkům, protože kolísání hormonálních hladin může mít k migrénám vztah. Jiná situace je situace u menstruační migrény, kterou lze s úspěchem léčit kontinuálním užíváním COC. Stejný postup můžeme použít, objevují-li se bolesti hlavy v týdnu, kdy se tablety vynechávají (ČEPICKÝ, 2011).

### **Epilepsie**

Teoreticky lze vliv COC na epilepsii předpokládat, nicméně účinek obou složek pilulky je protikladný. Například na EEG estrogeny aktivitu zvyšují, progestiny snižují. Progestiny se dokonce u epileptiček s refrakterní epilepsií, nebo u dívek s tzv. katamenialními záchvaty, doporučují. Některé antiepileptika zvyšují jaterní metabolismus steroidů. U žen užívajících tento druh antiepileptik je často zapotřebí podat COC s vyšší dávkou estrogenů, nebo prostě volit jinou metodu (ČEPICKÝ, 2011).

### **Kardiovaskulární problémy**

#### **Hypertenze**

Při užívání COC dochází k malému a zcela reverzibilnímu vzestupu krevního tlaku. Příčinou je aktivace systému renin-angiotensin-aldosteron a klinický význam není žádný. Zaznamatelný vzestup krevního tlaku se může objevit u žen, které mají v anamnéze hypertenzi a neužívají žádnou léčbu (ČEPICKÝ, 2011).

Hypertenze kontrolovaná léčbou není kontraindikací kombinovaná hormonální antikoncepce, pokud hodnota krevního tlaku nepřesahuje 140/90. Krevní tlak nižší než 160/100 se pokládá za relativní kontraindikaci. Anamnéza preeklampsie je pro předpis COC bezvýznamná. *Změření krevního tlaku před předpisem COC a další kontroly předpisujícím lékařem (doporučuje se za 3 měsíce a poté jednou za rok) jsou však žádoucí. Důvodem je to, že kombinovaná COC a hypertenze, zvláště pak u kuřáček, zvyšuje riziko arteriálních příhod (ČEPICKÝ, 2011, s. 112).*

## **Tromboembolická nemoc (TEN)**

Byly-li v 80. letech hlavním tématem literatury o COC arteriální příhody, je tématem tohoto tisíciletí žilní trombóza a tromboembolie.

Skutečně závažné komplikace však provází COC velmi vzácně. Závažné tromboembolické komplikace postihují především predisponované jedince s hereditárními, nebo získanými trombofilními stavy. Mezi specifickou trombofilní situací nutno řadit i stavy spojené s dlouhodobou imobilizací v kontextu traumat, operací a dlouhodobé cesty letadlem (ČEPICKÝ, 2011).

Trombofilní stav je stav představující zvýšené riziko tvorby krevních sraženin – trombů. Ty se mohou kdykoliv uvolnit a ucpat některou z cév a vyvolat embolii (proto tromboembolická nemoc). Ucpáním některé z plicních cév dochází k plicní embolii, což je stav, který bezprostředně ohrožuje pacientův život. Vrozená trombofilie může být způsobena širokou škálou genetických mutací, nejznámější a nejrozšířenější je leydenská mutace, již trpí 5–9 % evropské populace (RIEGROVÁ, 2013).

Současná medicína nám prostřednictvím jednoduchého genetického testu umožňuje tyto mutace, které významně zvyšují riziko tromboembolických onemocnění, včas rozeznat a zabránit dalšímu zvyšování rizika. Takovéto preventivní vyšetření je důležité zejména pro ženy, které užívají běžnou hormonální antikoncepci nebo se k tomu chystají. V případě pozitivního výsledku genetického testu je nasazení hormonální antikoncepce kontraindikováno. Je vhodné informovat gynekologa, který doporučí jiný vhodný typ antikoncepce. Test je doporučen také těhotným ženám, popř. pacientům před operacemi nebo jinými chirurgickými zákroky, při kterých mohou trombofilní mutace sehrát svou negativní roli. Leydenskou mutaci lze zjistit z odběru vzorku krve s následným zasláním do laboratoře, kde je vyšetřen (RIEGROVÁ, 2013).

### 3 PERORÁLNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE U ADOLESCENTNÍCH DÍVEK

Metody hormonální antikoncepce nejsou omezeny věkem, paritou, ani dobou podávání. V různých životních etapách však mají ženy specifické potřeby ve výběru antikoncepční metody, a vyžadují tak specifický přístup ovlivňující správná doporučení pro výběr antikoncepčního přípravku.

Pro průzkum jsme si vybrali cílovou skupinu adolescentních dívek, které začínají se sexuálním životem, a tudíž se rozhodují pro nějakou antikoncepční metodu. Výzkumy ukazují, že stále více žen dává přednost hormonální antikoncepci před kondomem a přerušovanou souloží (GREGOROVÁ, 2010). *Podle studie Fuchse je většina dívek poprvé žádající hormonální kontracepci ve věku 16 – 19 let* (FUCHS, 1996, s. 157).

*Při preskripci COC dnes mladé dívky preferují spolehlivý antikoncepční efekt, dobrou kontrolu cyklu se snížením krevních ztrát při menstruaci, vymizení dysmenorey, zlepšení akné a jednoznačně udržení stabilní hmotnosti. V neposlední řadě přistupuje požadavek dobré snášenlivosti (compliance) a dlouhodobých výhod kombinovaných kontraceptiv* (GERŽOVÁ, 2005, s. 156).

Pro dospívající dívky se tedy jako optimální antikoncepční metoda jeví kombinované hormonální tablety. Dnes jsme si zcela jisti, že podávání hormonální antikoncepce nemá žádný vliv na budoucí plodnost ani na budoucí pravidelnost menstruačního cyklu. Avšak musíme brát v potaz všechny výše uvedené kontraindikace a vedlejší účinky (BARTÁK, 2006).

V naší bakalářské práci se zabýváme obdobím adolescence a rané dospělosti. Adolescencí je označován biopsychosociální proces, který začíná již před pubertou a je ukončen završením tělesného růstu. *Podle WHO se adolescence vztahuje k věkovému intervalu 10-19 let. Adolescence se dělí na časnou ve věku 10-13 let, střední 14-17 let a pozdní 17-21 let. První menstruační krvácení (menarche) nastává ve věku 12,3-12,8 let. Historické snižování věku menarche, které lze v některých rozvinutých zemích sledovat i*

*v současnosti, souvisí pravděpodobně s narůstající prevalencí obezity v populaci. Věk menarche neovlivňuje budoucí plodnost v intervalu 18-40 let. Časnější věk menarche však vede k časnějšímu zahájení sexuální aktivity. Věk menarche je tedy významný pro strategii aplikace antikoncepce u adolescentní populace (KŘEPELKA, 2013, s. 66). Geržová uvádí, že srovnávacími pracemi autoři potvrdili snižování věku menarche za posledních 120 let z 16,5 na 12,5 let (GERŽOVÁ, 2005).*

Životní etapa adolescence je významná pro utváření reprodukčního i obecného zdraví, neboť je obdobím obvyklého zahájení sexuálního života. Ačkoliv je po menarche obvyklá přítomnost častých anovulačních cyklů s projevy nepravidelností menstruačního krvácení., již krátce po menarche je však přibližně 15 % cyklů ovulačních. Již krátce po menarche může dojít při nechráněném styku ke koncepci. *Právě s obdobím adolescence je spjata tzv. "nová morbidita" zahrnující kromě abúzu návykových látek, delikvence a agresivity právě též předčasnou sexuální aktivitu. Sexualita v adolescenci je zatížena vyšším rizikem potratovosti a infekcemi sexuálně přenosných chorob se všemi negativními důsledky (ektopická gravidita, tubární neplodnost, rizikovost průběhu gravidity, psychosociální patologie adolescentních matek), (KŘEPELKA, 2013, s. 67). Podle studií z 90. let 20. století je průměrný věk koitarche v České republice 18 let, u dívek žijících ve městech je časnější než u dívek žijících na venkově. Při prvním styku nepoužilo žádnou antikoncepční metodu 42 % dívek, kondom byl použit ve 30,4 % a hormonální antikoncepce pouze u 2,3 % (RABOCH, 1994), (KŘEPELKA, 2013).*

Adolescentní dívky častěji volí interrupci, častěji samovolně potrací a častěji rodí předčasně. Počet gravidit u adolescentní populace je vyšší tam, kde je horší přístup k antikoncepčním metodám a nízká míra compliance v užití těchto metod. *Česká republika patří mezi země s menším podílem těhotných adolescentek, ve srovnání například s USA (KŘEPELKA, 2013, s. 67). V roce 1995 bylo v České republice zaznamenáno u žen ve věku 15-19 let 44 gravidit na 1000 obyvatel a předpokládá se, že v roce 2020 dosáhne 42 gravidit na 1000 obyvatel. Rodičky mladší devatenácti let tvoří v současnosti v ČR na celkovém počtu rodiček podíl 2,9 % a na 1000 žen ve věku 1-19 let připadá 11,3 porodu (KŘEPELKA, 2013).*

Podle studií z 90. let 20. století je průměrný věk koitarche v České republice 18 let, u dívek žijících ve městech je časnější než u dívek žijících na venkově. Při prvním

styku nepoužilo žádnou antikoncepční metodu 42 % dívek, kondom byl použit ve 30,4 % a hormonální antikoncepce pouze u 2,3 % (RABOCH, 1994), (KŘEPELKA, 2013).

Rizikové sexuální chování s výsledkem předčasné a neplánované gravidity končící interrupcí či patologickým průběhem gravidity je významným rizikovým faktorem pro reprodukční poruchy v průběhu dalšího života. Použití vhodné vysoce efektivní antikoncepční metody již při zahájení pohlavního života je pro ochranu zdraví adolescentní populace opatřením zásadního významu.

### **3.1 PROFIL IDEÁLNÍ UŽIVATELKY Z HLEDISKA ADOLESCENCE**

Kombinovaná hormonální antikoncepce vyhovuje většině žen. Ideální uživatelka je jakákoliv zdravá žena, jedinou výjimkou mohou být starší kuřačky. Tato metoda je obvykle nabídkou první volby a v některých skupinách dosahuje její podíl na moderní antikoncepci téměř 100 % (ČEPICKÝ, 2006). Je vhodná pro ženy s preferencí pravidelného cyklického krvácení, naopak ženy preferující absenci cyklického krvácení mohou využít prodloužených cyklů, nebo kontinuální aplikaci. *Vhodné využití nekontracepčních výhod je zejména u žen se silným menstruačním krvácením, akné a premenstruačním syndromem, syndromem polycystických ovarií, hyperandrogenemií a dysfunkčním krvácením, či předčasným ovariálním selháním* (KŘEPELKA, 2013, s. 159).

Nehodí se pro ženy, pro které je problém nezapomenout. Pilulka se má užívat každý den vždy ve stejnou dobu, tedy buď ráno, nebo večer. Pokud žena zapomene, radí se vzít následující den pilulky dvě. Obvykle se nic nestane. Ale právě nejmodernější pilulky mají hladinu hormonů v tablete sníženou na co možno nejnižší mez, což zvyšuje riziko při případné chybě ženy. *Při správném užívání je pilulka mimořádně spolehlivá antikoncepce. Ze sta žen, které ji užívají, otěhotní za rok stěží jediná. Při chybách v používání však toto číslo stoupá. Ve výběru kombinované hormonální antikoncepce, je dobré se poradit se svým lékařem, na trhu je dnes větší výběr, než v minulosti* (ČEPICKÝ, 1993, s. 87).

Protektivní účinky COC u adolescentek jsou obecně stejné jako u dospělých žen, mají však významnější specifika. *Je to podstatné snížení zdravotního rizika při*

*nežádoucím těhotenství mladistvé, snížení výskytu funkčních ovariálních cyst a benigních lézí prsů, v adolescenci poměrně častých, prevence vzniku karcinomu ovaria u mladé dívky s pozitivní rodinnou anamnézou, snížení intenzity dysmenorey, zlepšení symptomů premenstruačního syndromu a příznivý efekt na kožní androgenní projevy u dospívajících dívek. Toto vše jednoznačně podporuje požadavek preskripce COC v gynekologických ambulancích pro adolescentky (GERŽOVÁ, 2005, s. 156).*

V souvislosti hormonální antikoncepce a adolescentky si dle Geržové klademe šest otázek:

**Způsobuje COC předčasný uzávěr epifýzárních štěrbin, zástavu růstu a definitivně menší výšku?** NE. Retrospektivní studie růstových křivek u dívek užívajících kontracepci neprokázaly zpomalení růstu.

**Způsobují COC s velmi nízkou dávkou estrogenu osteoporózu u mladých dívek?** U adolescentek s nepříznivou genetickou dispozicí či patologickými frakturami v anamnéze, s poruchami výživy by v dlouhodobém horizontu teoreticky mohlo vzniknout riziko osteoporózy. U zdravých adolescentek je teoretické riziko nepravděpodobné.

**Ovlivňuje užívání COC u adolescence hypotalamo-hypofýzo ovariální (H-H-O) osu nevratným způsobem?** Současné dostupné poznatky ani retrospektivní studie neprokázaly trvalé ovlivnění H-H-O osy u adolescentek užívajících COC. V budoucnu by neměl být ovlivněn ani menstruační cyklus ani fertilita.

**Je pro užívání COC nezbytné, aby mladá dívka měla zcela pravidelný menstruační cyklus?** Hormonální antikoncepci lze předepsat pouze dívkám, které mají nastartovaný hormonální cyklus a proběhlo menarché. Vzhledem k tomu, že v naší populaci nastupuje menarché kolem 12,5 let a většina dívek požadujících antikoncepci je ve věku 16 – 19 let, tak se dá předpokládat, že menarché a další cykly již proběhly. Pokud ne, je nutno pátrat po příčině.

**Mohou chronicky nemocné dívky užívat COC?** U těchto dívek je třeba zaujmout specifický přístup a více než u zdravé populace zde platí přísné dodržení základních kontraindikací, častější kontroly, pomocná laboratorní vyšetření a pravidelné konzultace specialistů podle typu onemocnění – kardiologů, neurologů, diabetologů, nefrologů,

endokrinologů, psychiatrů či onkologů. V případě preskripce COC je volba preparátu vždy vysoce individuální.

**Lze snížit vedlejší účinky COC a zlepšit compliance u adolescentek?** Compliance souvisí s nežádoucími účinky estrogenů (napětí v prsou, retence vody s otoky, bolest hlavy, nauzea, vomitus, premenstruační syndrom, či přírůstek hmotnosti). Tyto vedlejší účinky jsou závislé na množství estrogeneru v COC. Při použití preparátů s velmi nízkým obsahem EE (ethinylestradiol) se tyto nežádoucí účinky výrazně snížily do 4 měsíců. U adolescentek je otázka přírůstku hmotnosti při užívání COC na jednom z prvních míst důležitosti. Adolescentky totiž přibývají přirozeně na hmotnosti ještě několik let po menarché, což je dáno přirozeným růstem a vývojem. Dívky, jejichž organismus je zvýšeně citlivý na účinky hormonů, mohou na začátku užívání COC pozorovat hmotnostní přírůstek 2-3 kg. Je nutno upozornit na zvýšenou chuť k jídlu při užívání COC, zároveň je důležité zdůraznit sebeovládání v jídle, pohybovou aktivitu, složení stravy a dietní návyky dospívající dívky. Zlepšení compliance u adolescentek užívajících COC docílíme buď snížením dávky EE, nebo preskripcí kombinovaného orálního kontraceptiva (GERŽOVÁ, 2005).

### **3.2 VÝZNAM INFORMOVANOSTI V PROCESU VÝBĚRU VHODNÉ ANTIKONCEPCE**

Předepsání antikoncepce je jedním z nejběžnějších úkonů v gynekologické ambulanci, je to však proces velmi zodpovědný. Může ovlivnit nejen spokojenost ženy, ale může také zásadně ovlivnit pozitivně či negativně její zdravotní stav či dokonce ohrozit její život. Poradenství při výběru vhodné antikoncepční metody je založeno na dialogu lékaře a ženy, žádající antikoncepci. Lékař podává ženě informace o aktuálně dostupných antikoncepčních metodách, výběr ženy vychází z aktuálních potřeb a specifických očekávání, současně reflektuje zkušenost z dříve užívaných metod.

Součástí povinné informace lékaře jsou údaje o antikoncepční účinnosti metody, trvání antikoncepčního účinku a podmínkách obnovení plodnosti. Dále je třeba vysvětlit způsob aplikace, její technické požadavky podmínky opakovaného použití. Klíčovým požadavkem je náležité vysvětlení možných vedlejších zdravotních účinků a to takových, které se vyskytují velmi často, dále pak vzácně se vyskytujícími závažnými



komplikací. Současně je třeba uvést možné nekontracepční výhody v obecné rovině i nekontracepční výhody významné pro žadatelku. Mezi základní kritéria výběru konkrétní metody tedy patří efektivita, bezpečnost, způsob aplikace, přítomnost vedlejších účinků, tolerabilita a cena.

*V rámci kvalifikovaného poradenství při výběru antikoncepční metody je nutné zhodnotit preference a očekávání ženy, plán dalších gravidit v budoucnu, charakteristiky sexuality, preference partnera, sociálně-kulturní faktory, schopnost metodu správně používat, dosavadní zkušenosti s antikoncepčními metodami i ekonomická přijatelnost zvažované metody (KŘEPELKA, 2013, s. 159).*

Při rozhodování o vhodné COC je dobré také vědět, na jak dlouhou dobu antikoncepci plánuje užívat, zda užívá trvale jiné léky apod.

### **Otázky před indikací hormonální antikoncepce**

*Plánujete v budoucnu graviditu, jestliže ano, za jak dlouho?*

*Jak je pro vás důležité zabránit početí? Co byste dělala, pokud byste nyní otěhotněla?*

*Jaké kritérium antikoncepce je pro vás nejdůležitější: účinnost, cena, interval podávání, nebo možné vedlejší účinky?*

*Jaké vedlejší účinky antikoncepční metody jsou pro vás přijatelné?*

*Uvažujete o nějaké určité antikoncepční metodě?*

*Je pro vás přijatelná antikoncepční metoda založená na podávání hormonů?*

*Kouříte? Kolik cigaret denně?*

*Prodělala jste někdy žilní trombózu?*

*Trpí někdo z Vaší rodiny na žilní trombózy, měl infarkt, iktus do 50 let věku?*

*Léčíte se pro onemocnění jater?*

*Léčíte se pro cukrovku?*

*Máte vysoký krevní tlak? Migrénu?*

*Máte Vy nebo Vaši nejbližší příbuzní zvýšenou hladinu krevních tuků?*

*Léčila jste se pro zhoubný nádor?*

*Léčila jste se pro pohlavní chorobu?*

*Jak častý je pohlavní styk?*

(KŘEPELKA, 2013, s. 160), (TOŠNER, 2011, s. 7)

### **3.3 PREKONCEPČNÍ PŘÍPRAVA A DOPORUČENÁ VYŠETŘENÍ**

Klíčovým tématem prekoncepční přípravy ženy je určení individuálních rizik těhotenství a zhodnocení možnosti aplikace preventivních opatření. Základem je pečlivá analýza rodinné, osobní a reprodukční anamnézy. Z rodinné anamnézy jsou významné údaje signalizující možná genetická rizika, dále pak riziko hereditárních trombofilií. Zásadním požadavkem při doporučení všech metod hormonální antikoncepce je vyloučit platné a prokázané kontraindikace, které jsou specifické pro metody kombinované a čistě progestagenní. Vyloučení aplikace metod hormonální antikoncepce u žen s nepřijatelným rizikem metody je založeno na pečlivé anamnéze a stanovení aktuálně se vyskytujících onemocnění, která jsou hodnocena jako zdravotní kontraindikace. Vyloučíme-li kontraindikace, záleží výběr konkrétní metody na preferencích uživatelky. (KŘEPELKA, 2013). *Existuje relativně malý počet onemocnění, které představují jednoznačnou a absolutní kontraindikaci hormonální antikoncepce* (KŘEPELKA, 2013, s. 160).

Osobní anamnéza pomůže identifikovat specifická rizika související s chronickými chorobami ženy. Významným faktorem je též způsob stravování, aplikace speciální diet a tělesná hmotnost. Důležité jsou také údaje o alergiích či prodělané anafylaktické reakci ve vztahu k lékům nebo potravinám.

Před preskripcí antikoncepční metody odebereme podrobnou, strukturovanou anamnézu. Základní anamnéza obsahuje údaje o očekávání ženy, její základní charakteristiky, socioekonomický, etnický a kulturní profil, údaje gynekologické a sexuologické anamnézy i další psychosociální aspekty. Rozšířená anamnéza obsahuje identifikaci rizikových faktorů z osobní i rodinné anamnézy. Průběžná anamnéza pak hodnotí výskyt rizikových faktorů, jejich vznik a vývoj v čase. Významné jsou především rizikové faktory kardiovaskulární morbidity, nádorových onemocnění zejména estrogen-dependentních, onemocnění jater a tromboembolického onemocnění.

Před zahájením aplikace všech metod kombinované hormonální antikoncepce změříme krevní tlak. Odběry krve k biochemickému či hematologickému vyšetření

nejsou u zdravých žen indikovány. Kontrola krevního tlaku je doporučení též po třech měsících od začátku užívání přípravku. Dále provedeme palpační vyšetření, včetně prsů, kolposkopii, cervikální cytologii a neposledně poskytneme podrobné informace uživatelce o antikoncepci (TOŠNER, 2011).

### 3.4 ZÁSADY PÉČE O UŽIVATELKU

Moderní metody hormonální antikoncepce jsou za předpokladu správného používání vysoce účinné a při respektování kontraindikací i vysoce bezpečné.

Nesprávná aplikace hormonální antikoncepce vede buď k selhání antikoncepčního účinku, nebo zdravotním komplikacím. Dispenzární péče u ženy užívající hormonální antikoncepci je základním předpokladem efektivity a bezpečnosti používaných metod. *Odborné poradenství a cílený dohled nad uživatelkami hormonální antikoncepce patří v našich podmínkách do oblasti kompetencí praktických gynekologů. Náležitě a kontinuální vzdělávání lékařů v oblasti hormonální antikoncepce je nutné pro skutečně odborné poradenství a naplnění podmínek správné praxe* (KŘEPELKA, 2013, s. 159).

V následné péči o ženu užívající dlouhodobě některou z metod kombinované hormonální antikoncepce doporučujeme jedenkrát ročně preventivní gynekologické vyšetření s kontrolou krevního tlaku a v intervalu 6 měsíců provést dispenzární kontrolu (KŘEPELKA, 2013), (NOVOTNÁ, 2011).

Užitečná je konzultace po prvních třech měsících užívání, kdy je zhodnocen dosavadní průběh a diskutovány případné vedlejší účinky metody. Konzultace a cílené vyšetření je indikováno též vždy, vyskytnou-li se závažné komplikace či je vysloveno podezření na selhání antikoncepčního účinku metody (KŘEPELKA, 2013), (NOVOTNÁ, 2011).

Nesprávná aplikace hormonální antikoncepce může být způsobená i zapomětivostí nebo přílišnou zaměstnaností ženy, která není schopná pravidelného užívání nebo zvracení a průjmy. Dalšími rizikovými situacemi mohou být větší operační výkony, úrazy s dlouhodobou imobilizací, dlouhé cesty a dehydratace (NOVOTNÁ, 2011).

Moderní přístup dnes znamená především flexibilitu. Nejdůležitější je bezpečnost antikoncepce – tedy neohrozit uživatelku komplikací, které lze předejít. Hlavním úkolem praktických gynekologů je udržet žádoucí trend širokého používání HAK. Dosáhnout toho lze jen erudovaným předepisováním antikoncepce specialisty s důrazem na požadavky budoucí uživatelky a s využitím všech moderních dostupných antikoncepčních prostředků (NOVOTNÁ, 2011).

## **4 INFORMOVANOST DÍVEK/ŽEN O HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCI**

### **Průzkumný problém**

Jsou studentky gymnázia a VŠ, ve věku 15-25 let v Praze dostatečně informovány o hormonální antikoncepci a přistupují k výběru HAK zodpovědně?

### **Průzkumné cíle, průzkumné otázky**

Hlavním cílem této práce je zjistit, zda jsou ženy/dívky (studující gymnázium, VŠ) ve věku 15-25 let informovány o indikacích, kontraindikacích, výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce, jakým způsobem přistupují k výběru HAK a zda odpovídá jejich životní styl a chování specifikům HAK?

**Cíl 1:** Zjistit procento uživatelů HAK.

Průzkumná otázka 1: Užívá většina respondentek ve věku 15-25 HAK?

**Cíl 2:** Zjistit míru informovanosti uživatelů o perorální HAK.

Průzkumná otázka 2: Mají respondentky dostatek informací o perorální HAK?

**Cíl 3:** Zjistit zda chování a životní styl uživatelů odpovídá specifikům perorální HAK.

Průzkumná otázka 3: Odpovídá chování respondentek znalostem o perorální hormonální antikoncepci?

## 4.1 METODIKA PRŮZKUMU

Pro zjišťování dat byl využit kvantitativní průzkum informovanosti pomocí dotazníkového šetření. Průzkum proběhl v následujících čtyřech fázích: přípravná fáze, sběr dat, statistické zpracování dat a interpretace výsledků.

Cílem přípravné fáze byla především tvorba dotazníku průzkumu informovanosti. Dotazník byl vytvořen na základě studia literatury.

Byly využity otázky uzavřené pro jednodušší vyplňování (minimální zátěž pro respondenty), ale také pro jednodušší vyhodnocování. Zároveň rozvíjející otázky otevřené, aby byly zjištěny i detailnější informace. Dotazník ve finální podobě obsahoval 18 otázek.

Před samotným zahájením fáze dotazování (vyplňováním dotazníku oslovenými respondentkami), bylo provedeno pilotní otestování dotazníku na omezeném vzorku respondentek (10) se srovnatelnými charakteristikami jako cílová skupina, pro ověření, zda jsou otázky správně formulovány a zda kopírují cíle průzkumu.

Následně bylo zpracováno motivační úvodní slovo k dotazníku, jehož cílem bylo zajistit informovanost respondentek o cílech a zároveň je motivovat k vyplnění a vrácení dotazníků.

V průběhu listopadu 2013 proběhl sběr dat formou dotazníkového šetření prostřednictvím klasických papírových dotazníků (pen and paper). Byla oslovena jedna střední škola (gymnázium) – studentky 1. - 2. ročníku a studentky 1. a 3. ročníku VŠ. Jednotlivé třídy jsme osobně navštívili, vysvětlili jim způsob vyplňování a osobně jsme si dotazníky po vyplnění vybrali. Sběr dat proběhl v průběhu jednoho měsíce. Celkově se vrátilo 175 vyplněných dotazníků, avšak jen 150 z nich bylo možno použít k celkovému vyhodnocení a zpracování průzkumu.

Pro zpracování dat byla využita excelová tabulka pro zadání dat a následně vytvořena kontingenční tabulka pro jednodušší zjištění výstupů a následnou interpretaci. Statistické zpracování dat probíhalo v průběhu měsíce prosince a ledna. Výsledky jsou zpracovány v podobě analýzy, tabulkového a grafického zpracování výstupů.

## 4.2 PRŮZKUMNÝ SOUBOR

Průzkumný soubor tvoří vybrané studentky gymnázia a vysoké školy v Praze, ve věku od 15-25 let. Všem byl rozdán dotazník v průběhu probíhající hodiny, přednášky. Věkovou kategorii 15-25 let jsme si vybrali, z důvodu zaměření celé práce na adolescentní dívky, které začínají se sexuálním životem a tudíž uvažují o výběru vhodné antikoncepční metody. Ze základního souboru všech dívek/žen ve věku 15-25 let jsme se záměrně zaměřili na vzorek vzdělanější populace, kde jsme předpokládali větší informovanost a zodpovědnost při výběru antikoncepční metody.

Na základě identifikačních položek v dotazníku, jsme zjistili tyto údaje. Z celkového počtu 150 respondentek (100 %) vyplnilo dotazník 50 dívek/žen (33,33 %) ve věku 15-17 let, 50 dívek/žen (33,33 %) ve věku 18-20 let a 50 dívek/žen (33,33 %) ve věku 21-25 let.

Z celkového počtu 150 respondentek (100 %) vyplnilo dotazník 53 dívek/žen (35 %) studujících gymnáziem a 97 dívek/žen (65 %) studujících vysokou školu.

Na základě položek dotazujících se na věk a užívání HAK odpověděly respondentky takto: Z celkového počtu 150 respondentek (100 %) odpovědělo 19 dívek/žen (38 %), ve věku 15-17 let, že užívají HAK, 41 dívek/žen (82 %) ve věku 18-20 let a 40 dívek/žen (80 %) ve věku 21-25 let, z toho vyplývá, že celkově vyplnilo dotazník 100 dívek/žen (67 %), které užívají HAK a 50 dívek/žen (33 %), které HAK neužívají. Ze 150 respondentek (100 %) odpovědělo 31 dívek/žen (62 %) ve věku 15-17 let, 9 dívek/žen (18 %) ve věku 18-20 let a 10 dívek/žen (20 %) ve věku 20-25 let, že HAK neužívají.

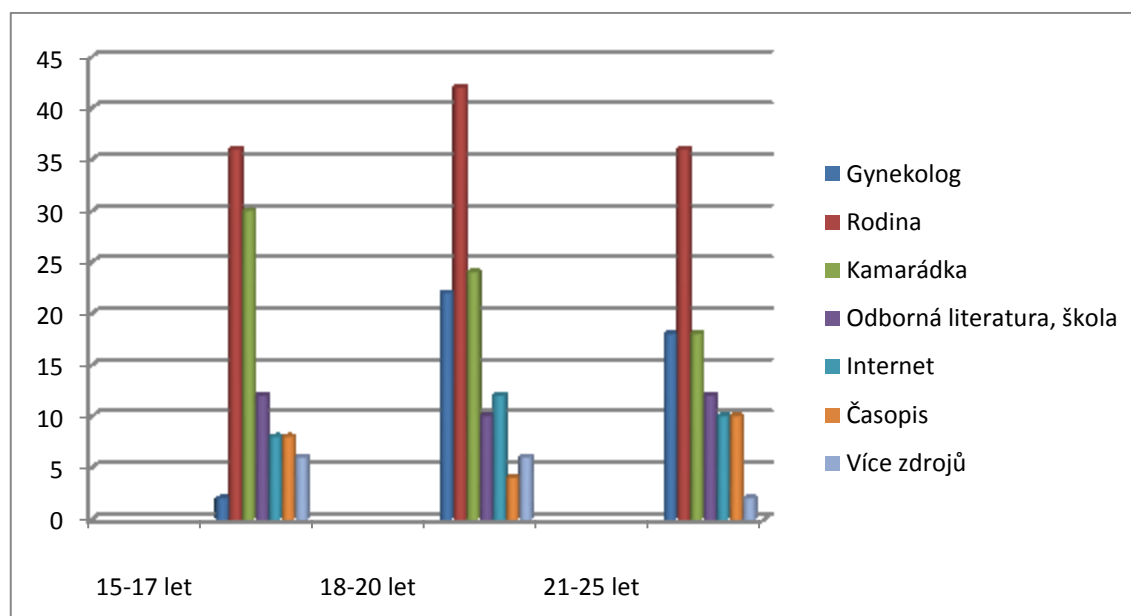
## 4.3 ČASOVÝ HARMONOGRAM

V září 2013 jsme kompletovali literární zdroje potřebné pro teoretickou část, v říjnu 2013 jsme stanovili cíl práce a na základě průzkumných otázek jsme konstruovali dotazník. Vlastní sběr dat probíhal od 11. listopadu 2013 do 20. prosince 2013. Zpracování získaných informací proběhlo v průběhu měsíce ledna 2014.

## 4.4 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Položka 1 Kde, od koho jste se dozvěděla prvotní a základní informace o hormonální antikoncepci?

Graf 1 Kde, od koho jste se dozvěděla prvotní a základní informace o hormonální antikoncepci



Z 50 respondentek ve věku 15-17 let, odpověděla 1 dívka/žena (2 %), že se prvotní informace o HAK dozvěděla od gynekologa, 28 dívek/žen (56 %) od rodiny, 15 dívek/žen (30 %) od kamarádky, 6 dívek/žen (12 %) z odborné literatury, školy, 4 dívky/ženy (8 %) z internetu, 4 dívky/ženy (8 %) z časopisu a 3 dívky/ženy (6 %) z více výše uvedených zdrojů. Z 50 respondentek ve věku 18-20 let, odpovědělo 11 dívek/žen (22 %), že se prvotní informace o HAK dozvěděly od gynekologa, 21 dívek/žen (42 %) od rodiny, 12 dívek/žen (24 %) od kamarádky, 5 dívek/žen (10 %) z odborné literatury, školy, 6 dívek/žen (12 %) z internetu, 2 dívky/ženy (4 %) z časopisu a 3 dívky/ženy (6 %) z více výše uvedených zdrojů. Z 50 respondentek ve věku 21-25 let, odpovědělo 9 dívek/žen (18 %), že se prvotní informace o HAK dozvěděly od gynekologa, 18 dívek/žen (36 %) od rodiny, 9 dívek/žen (18 %) od kamarádky, 6 dívek/žen (12 %) z odborné literatury, školy, 5 dívek/žen (10 %) z internetu, 5 dívek/žen (10 %) z časopisu a 1 dívka/žena (2 %) z více výše uvedených zdrojů.



Tabulka 1 Kde, od koho jste se dozvěděla prvotní a základní informace o hormonální antikoncepci (odpovědi z hlediska užívání antikoncepce)

<i>Odpoředi</i>	Uživají HAK		Neuživají HAK	
	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>
Gynekolog	19	19	2	4
Rodina	45	45	22	44
Kamarádka	21	21	14	28
Odborná literatura, škola	8	8	9	18
Internet	9	9	6	12
Časopis	7	7	3	6
Z více zdrojů	4	4	3	6
Celkem	100		50	

Ze 100 respondentek, které užívají hormonální antikoncepci se 19 dívek/žen (19 %) prvotní informace dozvěděly od gynekologa, 45 dívek/žen (45 %) od rodiny, 21 dívek/žen (21 %) od kamarádky, 8 dívek/žen (8 %) z odborné literatury, školy, 9 dívek/žen (9 %) z internetu, 7 dívek/žen (7 %) z časopisu a 4 dívky/ženy (4 %) z více výše uvedených zdrojů. Z 50 respondentek, které neužívají hormonální antikoncepci, se 2 dívky/ženy (4 %) prvotní informace dozvěděly od gynekologa, 22 dívek/žen (44 %) od rodiny, 14 dívek/žen (28 %) od kamarádky, 9 dívek/žen (18 %) z odborné literatury, školy, 6 dívek/žen (12 %) z internetu, 3 dívky/ženy (6 %) z časopisu a 3 dívky/ženy (6 %) z více výše uvedených zdrojů.

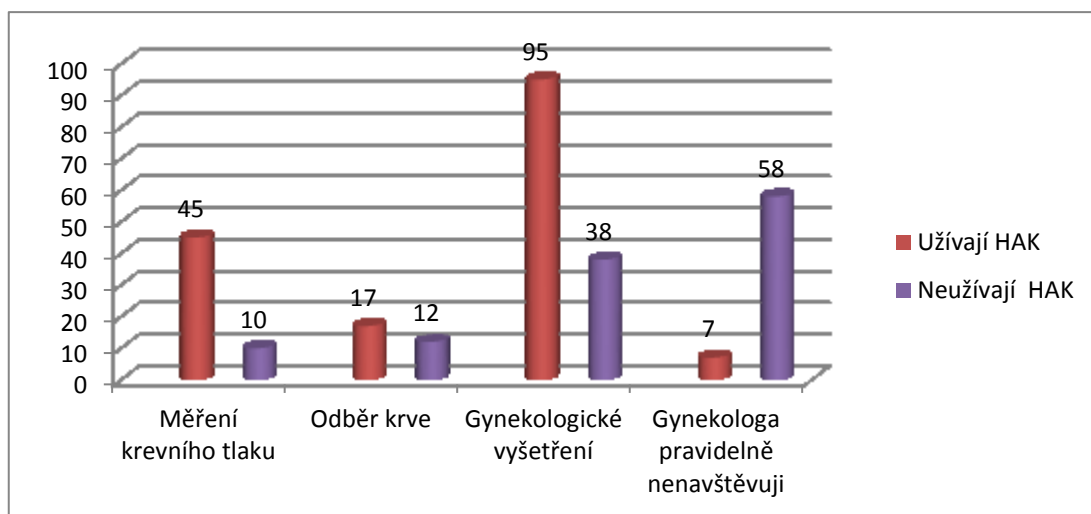
Položka 2 Absolvujete minimálně jednou do roka některé z níže uvedených vyšetření u svého gynekologa?

Tabulka 2 Absolvujete minimálně jednou do roka některé z níže uvedených vyšetření u svého gynekologa (odpovědi z hlediska věku)

<i>Odpovědi</i>	15-17 let		18-20 let		21-25 let	
	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>
Měření krevního tlaku	8	16	21	42	21	42
Odběr krve	9	18	11	22	3	6
Gynekologické vyšetření	23	46	45	90	46	92
Gynekologa pravidelně nenavštěvuji	26	52	6	12	4	8
Více výkonů	10	20	23	46	21	42
Celkem	50		50		50	

Z 50 respondentek ve věku 15-17 let 23 dívek/žen (46 %) absolvuje pravidelně u svého gynekologa gynekologické vyšetření, 26 dívek/žen (52 %) gynekologa pravidelně nenavštěvuje, 10 dívek/žen (20 %) absolvuje pravidelně více výkonů. Z 50 respondentek ve věku 18-20 let 45 dívek/žen (90 %) absolvuje pravidelně u svého gynekologa gynekologické vyšetření, 23 dívek/žen (46 %) absolvuje pravidelně více výkonů. Z 50 respondentek ve věku 21-25 let 46 dívek/žen (92 %) absolvuje pravidelně u svého gynekologa gynekologické vyšetření, 21 dívek/žen (42 %) absolvuje pravidelně více výkonů.

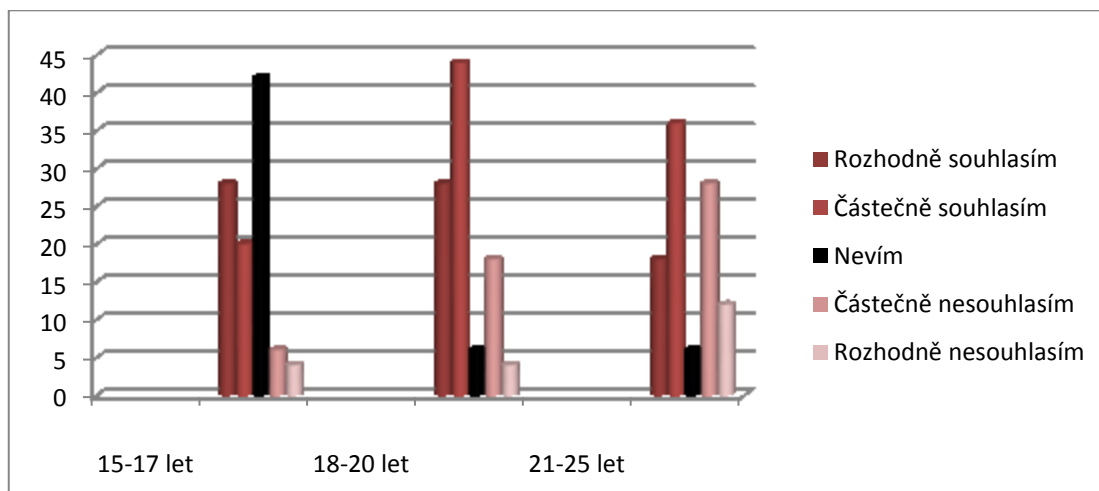
Graf 2 Absolvujete minimálně jednou do roka některé z níže uvedených vyšetření u svého gynekologa (odpovědi z hlediska užívání HAK)



Ze 100 respondentek, které užívají hormonální antikoncepci, absolvují pravidelně u svého gynekologa 45 dívek/žen (45 %) měření krevního tlaku, 17 dívek/žen (17 %) odběr krve, 95 dívek/žen (95 %) gynekologické vyšetření, 7 dívek/žen (7 %) gynekologa pravidelně nenavštěvuje. Z 50 respondentek, které neužívají hormonální antikoncepci, absolvují pravidelně 5 dívek/žen (10 %) měření krevního tlaku, 6 dívek/žen (12 %) odběr krve, 19 dívek/žen (38 %) gynekologické vyšetření, 29 dívek/žen (58 %) gynekologa pravidelně nenavštěvuje.

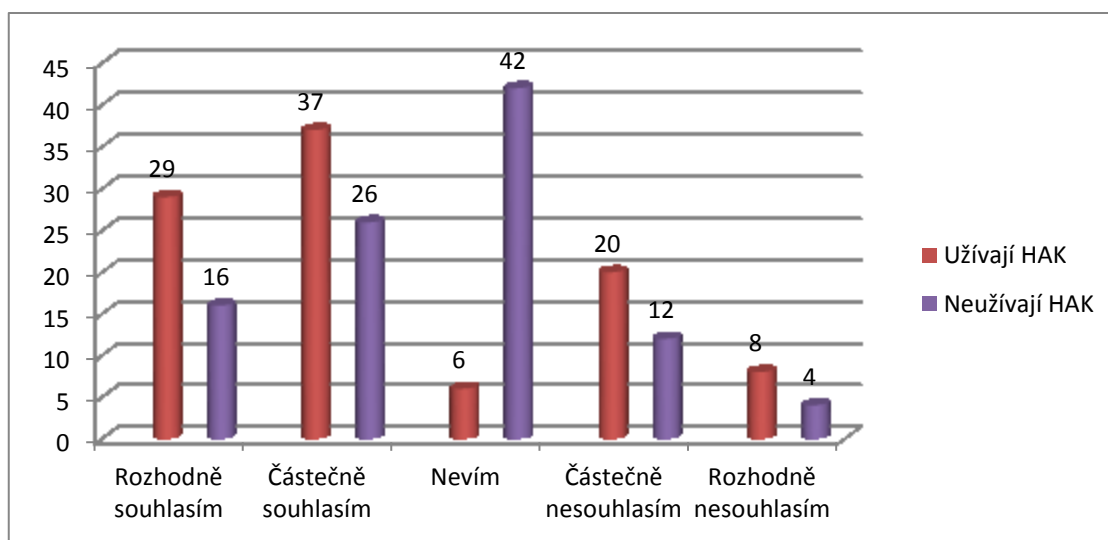
Položka 3 Informoval Vás Váš gynekolog dostatečně o výhodách, nevýhodách, indikacích, kontraindikacích a rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce?

Graf 3 Informoval Vás Váš gynekolog dostatečně o výhodách, nevýhodách, indikacích, kontraindikacích a rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce (odpovědi hlediska věku)



Z 50 respondentek ve věku 15-17 let 14 dívek/žen (28 %) rozhodně souhlasí, že je jejich gynekolog dostatečně informoval o hormonální antikoncepci, 21 dívek/žen (42 %) neví, zda dostaly informace od svého gynekologa. Z 50 respondentek ve věku 18-20 let 14 dívek/žen (28 %) rozhodně souhlasí, že je jejich gynekolog dostatečně informoval o hormonální antikoncepci, 22 dívek/žen (44 %) částečně souhlasí. Z 50 respondentek ve věku 21-25 let 9 dívek/žen (18 %) rozhodně souhlasí, že je jejich gynekolog dostatečně informoval o hormonální antikoncepci, 18 dívek/žen (36 %) částečně souhlasí, 14 dívek/žen (28 %) částečně nesouhlasí

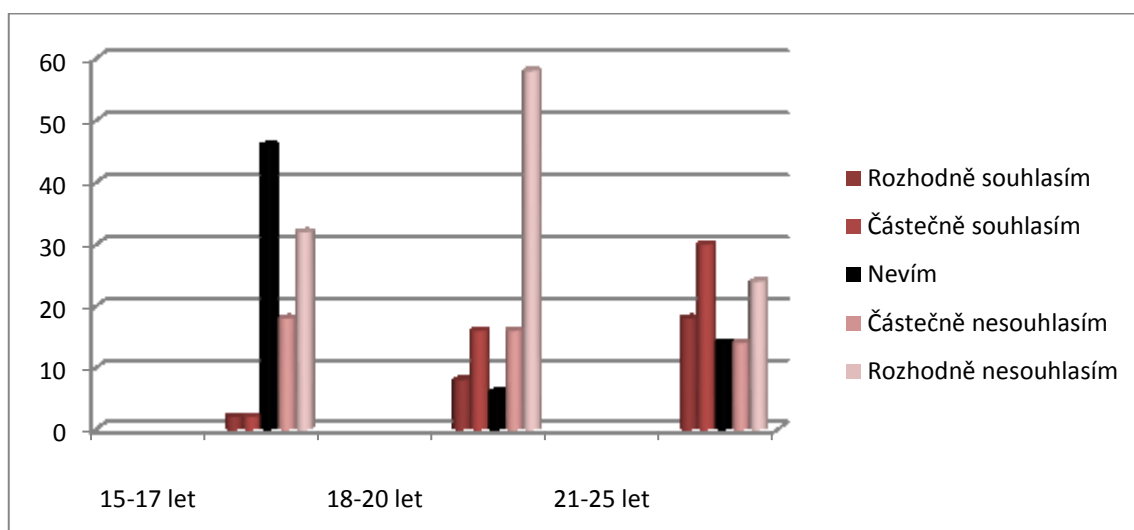
Graf 4 Informoval Vás Váš gynekolog dostatečně o výhodách, nevýhodách, indikacích, kontraindikacích a rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce (odpovědi z hlediska užívání HAK)



Ze 100 respondentek (100 %), které užívají hormonální antikoncepci uvedlo, že 29 dívek/žen (29 %) rozhodně souhlasí, že je jejich gynekolog dostatečně informoval o hormonální antikoncepci, 37 dívek/žen (37 %) částečně souhlasí, 20 dívek/žen (20 %) částečně nesouhlasí. Z 50 respondentek (100 %), které neužívají hormonální antikoncepci 8 dívek/žen (16 %) rozhodně souhlasí, že je jejich gynekolog dostatečně informoval o hormonální antikoncepci, 13 dívek/žen (26 %) částečně souhlasí, 21 dívek/žen (42 %) neví.

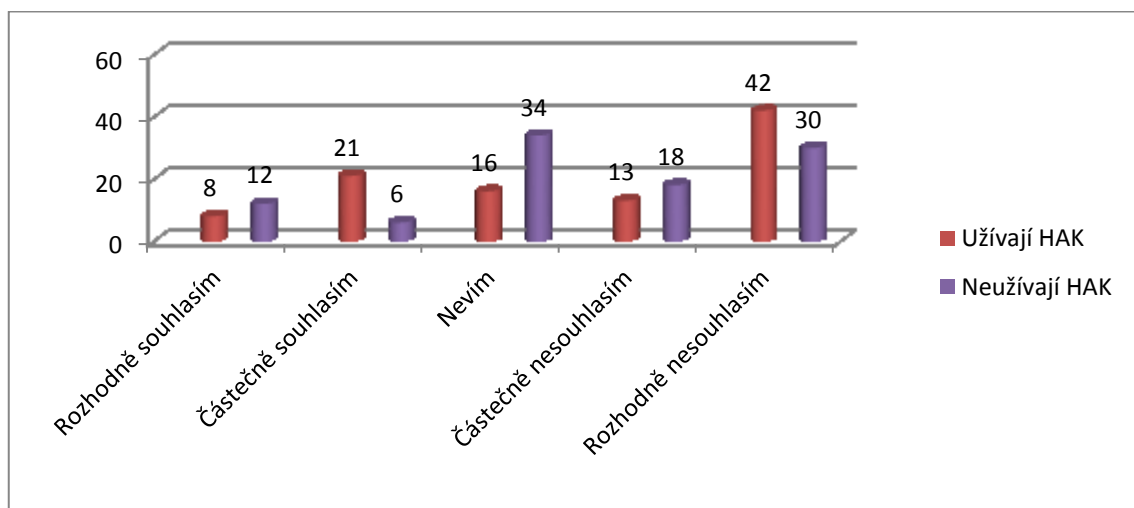
#### Položka 4 Užívání HAK snižuje sexuální touhu

Graf 5 Užívání HAK snižuje sexuální touhu (odpovědi z hlediska věku)



Z 50 respondentek ve věku 15-17 let 23 dívek/žen (46 %) neví, zda užívání hormonální antikoncepce snižuje sexuální touhu, 9 dívek/žen (18 %) částečně nesouhlasí, 16 dívek/žen (32 %) rozhodně nesouhlasí. Z 50 respondentek ve věku 18-20 let 29 dívky/ženy (58 %) rozhodně nesouhlasí, že užívání hormonální antikoncepce snižuje sexuální touhu, 8 dívek/žen (16 %) částečně souhlasí, 6 dívek/žen (12 %) částečně nesouhlasí, 29 dívky/ženy (58 %) rozhodně nesouhlasí. Z 50 respondentek ve věku 21-25 let 9 dívek/žen (18 %) rozhodně souhlasí, že užívání hormonální antikoncepce snižuje sexuální touhu, 15 dívek/žen (30 %) částečně souhlasí, 12 dívek/žen (24 %) rozhodně nesouhlasí

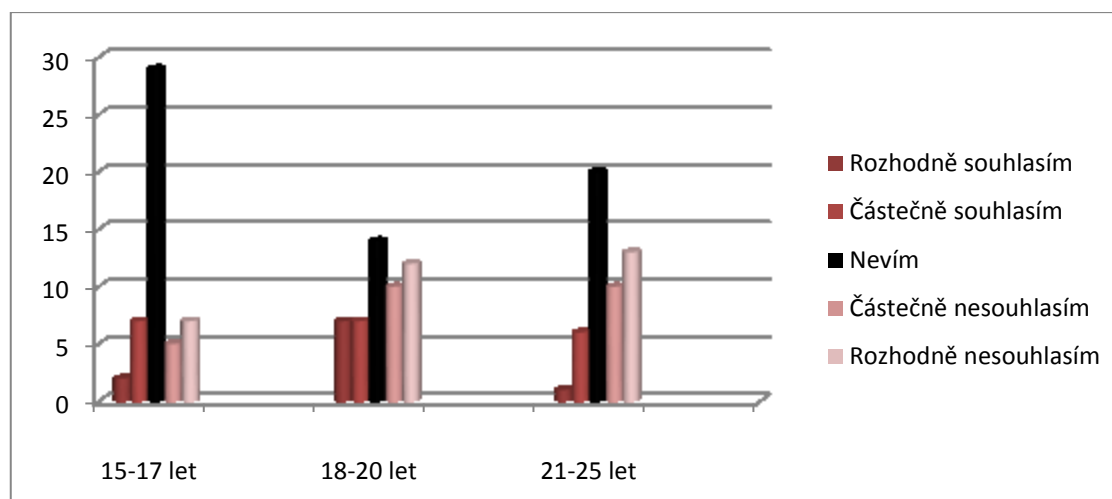
Graf 6 Užívání HAK snižuje sexuální touhu (odpovědi z hlediska užívání HAK)



Ze 100 respondentek (100 %), které užívají hormonální antikoncepci, uvedlo, že 21 dívek/žen (21 %) částečně souhlasí, že užívání hormonální antikoncepce snižuje sexuální touhu, 16 dívek/žen (16 %) neví, 13 dívek/žen (13 %) částečně nesouhlasí, 42 dívek/žen (42 %) rozhodně nesouhlasí. Z 50 respondentek (100 %), které neužívají hormonální antikoncepci 17 dívek/žen (34 %) neví, že užívání hormonální antikoncepce snižuje sexuální touhu, 17 dívek/žen (34 %) neví, 9 dívek/žen (18 %) částečně souhlasí, 15 dívek/žen (30 %) rozhodně nesouhlasí.

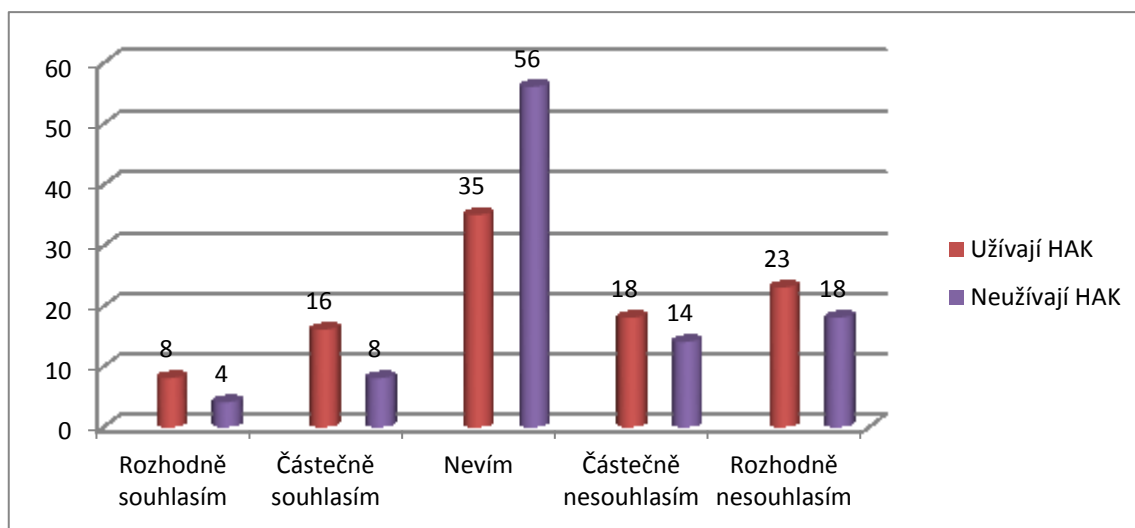
Položka 5 Užívání HAK snižuje výskyt nádoru vaječníků a nezhoubných nádorů prsu

Graf 7 Užívání HAK snižuje výskyt nádoru vaječníků a nezhoubných nádorů prsu, (odpovědi z hlediska věku)



Z 50 respondentek ve věku 15-17 let 29 dívek/žen (58 %) neví, zda užívání hormonální antikoncepce snižuje výskyt nádoru vaječníků a nezhoubných nádorů prsu. Z 50 respondentek ve věku 18-20 let dívek/žen (28 %) neví, zda užívání hormonální antikoncepce snižuje výskyt nádoru vaječníků a nezhoubných nádorů prsu. Z 50 respondentek ve věku 21-25 let 20 dívek/žen (40 %) neví, zda užívání hormonální antikoncepce snižuje výskyt nádoru vaječníků a nezhoubných nádorů prsu.

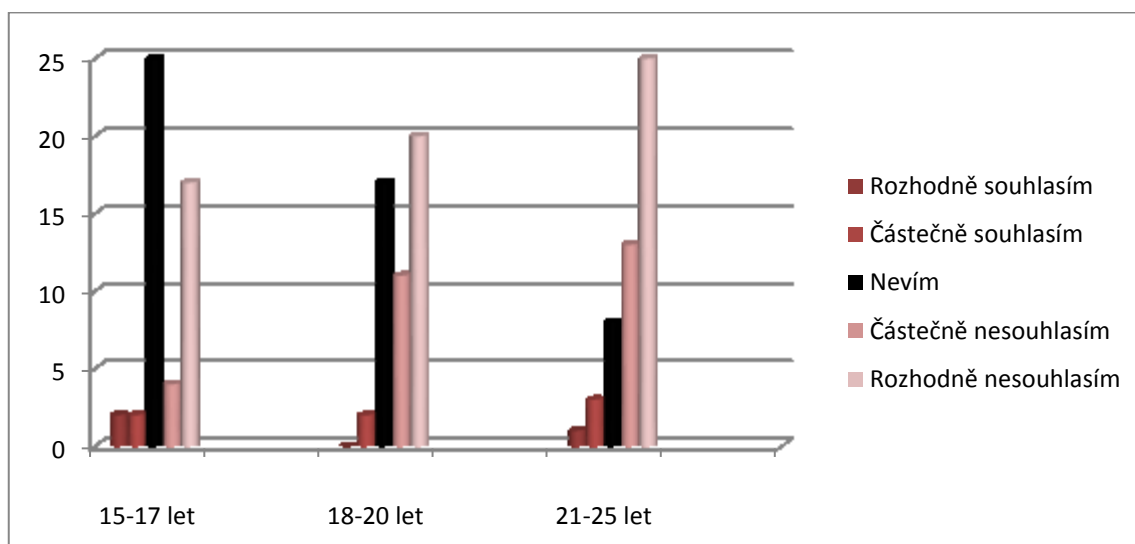
Graf 8 Užívání HAK snižuje výskyt nádoru vaječníků a nezhoubných nádorů prsu (odpovědi z hlediska užívání HAK)



Z počtu 100 dívek/žen, které užívají HAK, 35 dívek/žen (35 %) neví, zda užívání HAK snižuje výskyt nádoru vaječníků a nezhoubných nádorů prsu, 18 dívek/žen (18 %) částečně souhlasí, 23 dívek/žen (23 %) rozhodně nesouhlasí. Z počtu 50 dívek/žen, které HAK neužívají 28 dívek/žen (56 %) neví, zda užívání HAK snižuje výskyt nádoru vaječníků a nezhoubných nádorů prsu.

#### Položka 6 Užívání HAK vede k promiskuitě

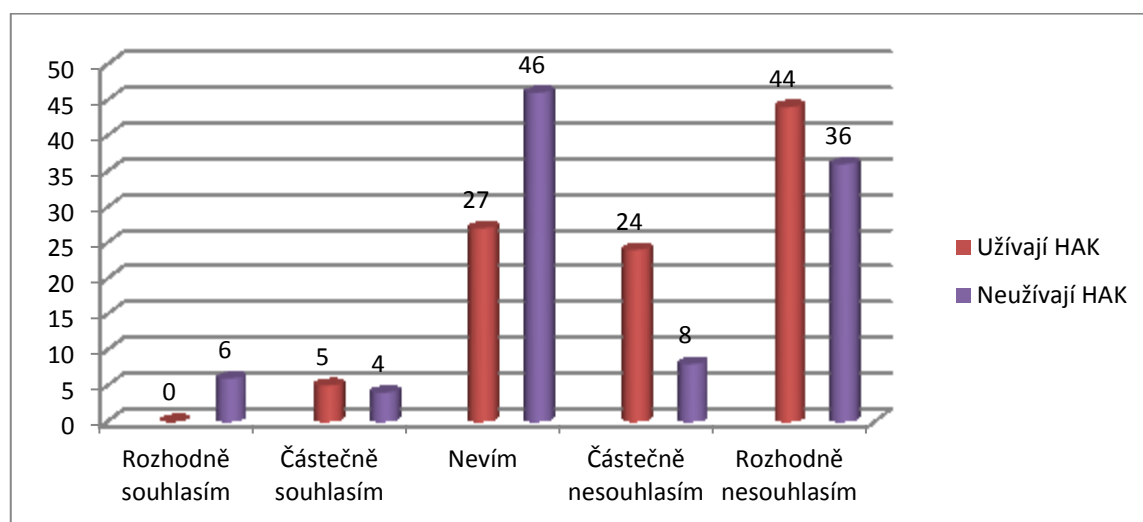
Graf 9 Užívání HAK vede k promiskuitě (odpovědi z hlediska věku)



Z 50 respondentek ve věku 15-17 let 25 dívek/žen (50 %) neví, zda užívání HAK vede k promiskuitě, 4 dívky/ženy (8 %) částečně nesouhlasí a 17 dívek/žen (36 %) rozhodně nesouhlasí. Z 50 respondentek ve věku 18-20 let 17 dívek/žen (36 %) neví,

zda užívání HAK vede k promiskuitě, 11 dívek/žen (22 %) částečně nesouhlasí a 20 dívek/žen (40 %) rozhodně nesouhlasí. Z 50 respondentek ve věku 21-25 let 8 dívek/žen (16 %) neví, zda užívání HAK vede k promiskuitě, 13 dívek/žen (26 %) částečně nesouhlasí a 25 dívek/žen (50 %) rozhodně nesouhlasí.

Graf 10 Užívání HAK vede k promiskuitě (odpovědi z hlediska užívání HAK)



Z počtu 100 dívek/žen, které užívají HAK, 27 dívek/žen (27 %) neví, zda užívání HAK vede k promiskuitě, 24 dívek/žen (24 %) částečně nesouhlasí a 44 dívek/žen (44 %) rozhodně nesouhlasí, že užívání HAK vede k promiskuitě. Z počtu 50 dívek/žen, které HAK neužívají 23 dívek/žen (46 %) neví, zda užívání HAK vede k promiskuitě, 4 dívky/ženy (8 %) částečně nesouhlasí a 18 dívek/žen (36 %) rozhodně nesouhlasí, že užívání HAK vede k promiskuitě.



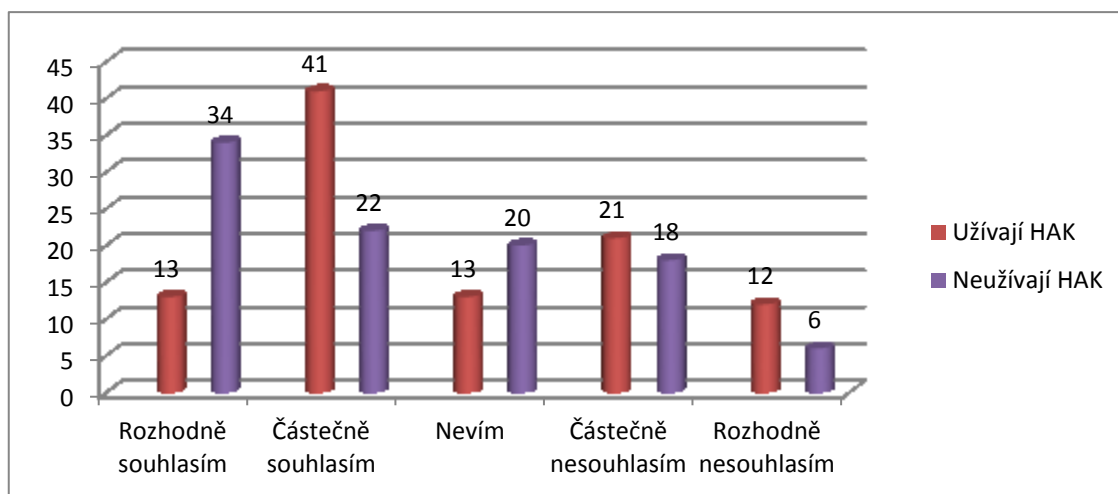
Položka 7 Užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti

Tabulka 3 Užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti (odpovědi z hlediska věku)

<i><b>Odpo</b></i>	15-17 let		18-20 let		21-25 let	
	<i><b>Absolutní četnost</b></i>	<i><b>Relativní četnost (v %)</b></i>	<i><b>Absolutní četnost</b></i>	<i><b>Relativní četnost (v %)</b></i>	<i><b>Absolutní četnost</b></i>	<i><b>Relativní četnost (v %)</b></i>
Rozhodně souhlasím	15	30	4	8	11	22
Částečně souhlasím	10	20	26	52	16	32
Nevím	13	26	5	10	5	10
Částečně nesouhlasím	5	10	11	22	14	28
Rozhodně nesouhlasím	7	14	4	8	4	8
Celkem	50	100	50	100	50	100

Z 50 respondentek ve věku 15-17 let odpovědělo 15 dívek/žen (30 %), že rozhodně souhlasí, že užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti, 10 dívek/žen (20 %) částečně souhlasí a 13 dívek/žen (26 %) neví, zda užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti. Z 50 respondentek ve věku 18-20 let odpovědělo 26 dívek/žen (53 %), že částečně souhlasí, že užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti, 5 dívek/žen (10 %) neví a 11 dívek/žen (22 %) částečně nesouhlasí, zda užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti. Z 50 respondentek ve věku 21-25 let odpovědělo 11 dívek/žen (22 %), že rozhodně souhlasí, že užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti, 16 dívek/žen (32 %) částečně souhlasí, 5 dívek/žen (10 %) neví, 14 dívek/žen (28 %) částečně nesouhlasí, zda užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti.

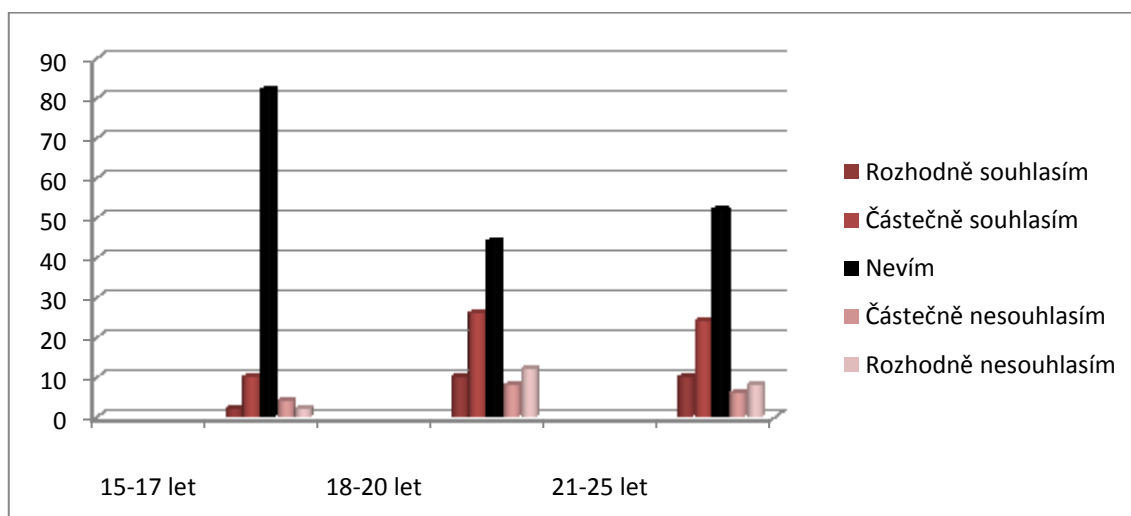
Graf 11 Užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti (odpovědi z hlediska užívání HAK)



Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpovědělo 13 dívek/žen (13 %), že rozhodně souhlasí, že užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti, 41 dívek/žen (41 %) částečně souhlasí, 13 dívek/žen (13 %) neví, 21 dívek/žen (21 %) částečně nesouhlasí a 12 dívek/žen rozhodně nesouhlasí s tímto tvrzením. Z 50 respondentek, které neužívají HAK, odpovědělo 17 dívek/žen (36 %), že rozhodně souhlasí, že užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti, 11 dívek/žen (22 %) částečně souhlasí, 10 dívek/žen (20 %) neví a 9 dívek/žen (18 %) částečně nesouhlasí s tímto tvrzením

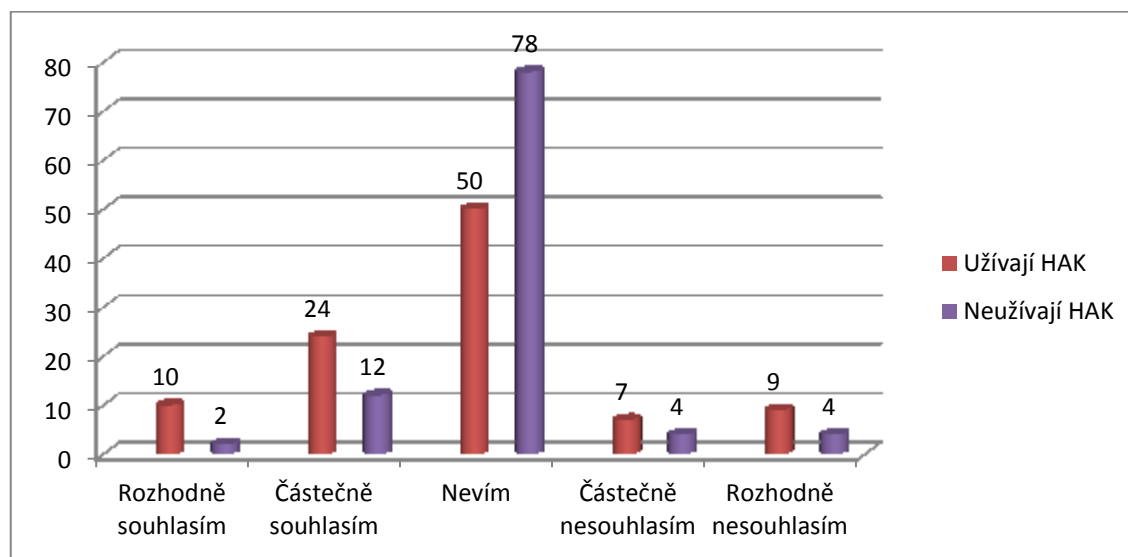
#### Položka 8 Užívání HAK zvyšuje krevní tlak

Graf 12 Užívání HAK zvyšuje krevní tlak (odpovědi z hlediska věku)



Z 50 respondentek ve věku 15-17 let odpověděla 1 dívka/žena (2 %), že rozhodně souhlasí, že užívání HAK zvyšuje tlak, 5 dívek/žen (10 %) částečně souhlasí a 41 dívek/žen (82 %) neví, zda užívání HAK zvyšuje tlak. Z 50 respondentek ve věku 18-20 let odpovědělo 13 dívek/žen (26 %), že částečně souhlasí, že užívání HAK zvyšuje tlak, 22 dívek/žen (44 %) neví a 4 dívky/ženy (8 %) částečně nesouhlasí, s tvrzením, že užívání HAK zvyšuje tlak. Z 50 respondentek ve věku 21-25 let odpovědělo 5 dívek/žen (10 %), že rozhodně souhlasí, že užívání HAK zvyšuje tlak, 12 dívek/žen (24 %) částečně souhlasí a 26 dívek/žen (52 %) neví, zda užívání HAK zvyšuje tlak.

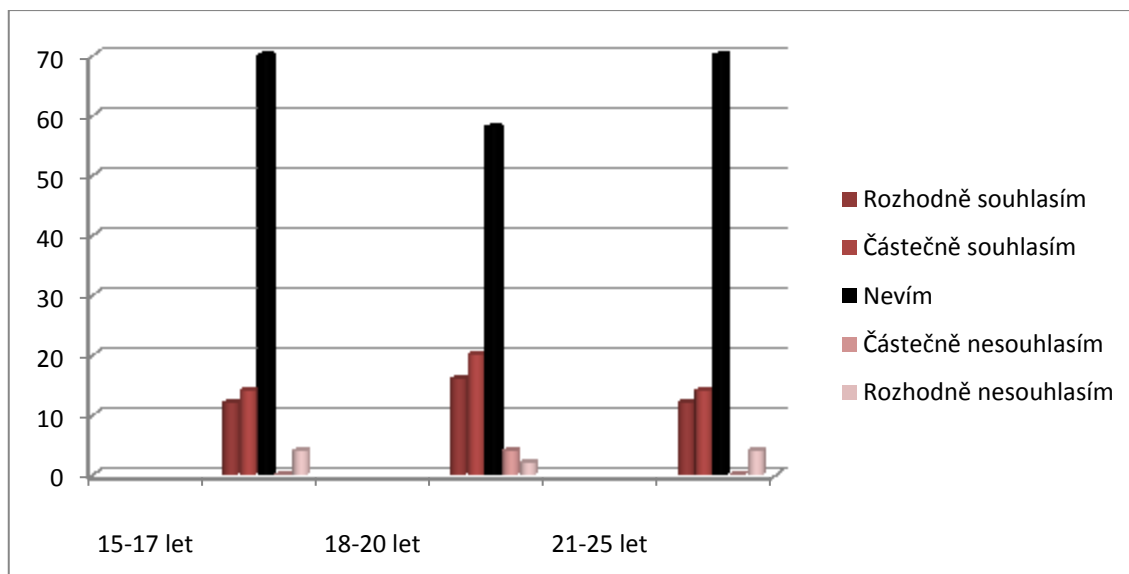
Graf 13 Užívání HAK zvyšuje krevní tlak, odpovědi z hlediska užívání HAK



Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpovědělo 10 dívek/žen (10 %), že rozhodně souhlasí, že užívání HAK zvyšuje tlak, 24 dívek/žen (24 %) částečně souhlasí a 50 dívek/žen (50 %) neví, zda užívání HAK zvyšuje krevní tlak. Z 50 respondentek, které neužívají HAK, odpověděla 1 dívka/žena (2 %), že rozhodně souhlasí, že užívání HAK zvyšuje tlak, 6 dívek/žen (12 %) částečně souhlasí a 39 dívek/žen (78 %) neví, zda užívání HAK zvyšuje krevní tlak, či nikoliv

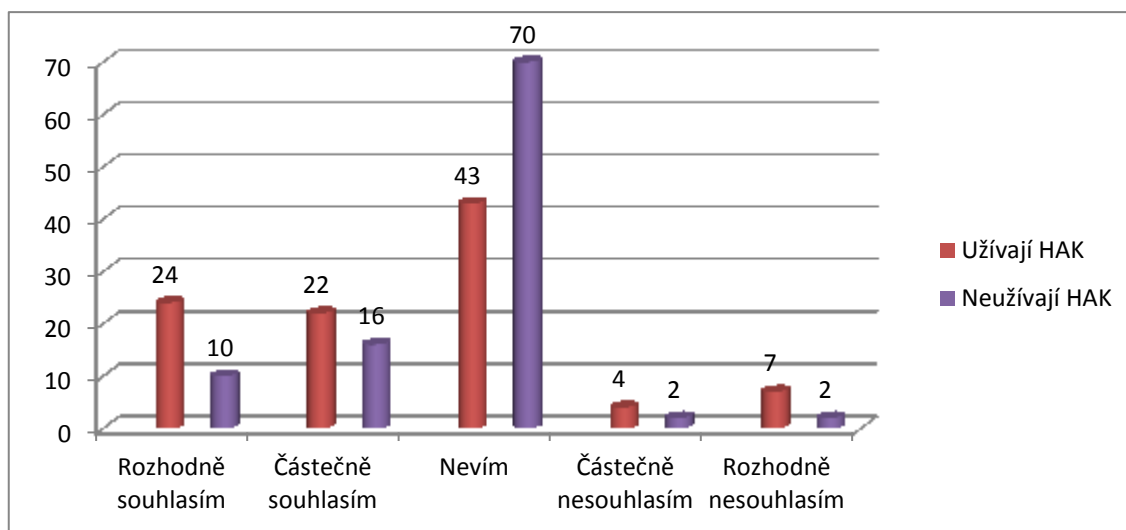
Položka 9 Relativní kontraindikací užívání HAK je tromboembolické onemocnění v rodině

Graf 14 Relativní kontraindikací užívání HAK je tromboembolické onemocnění v rodině (odpovědi z hlediska věku)



Z 50 respondentek ve věku 15-17 let odpovědělo 6 dívek/žen (12 %), že rozhodně souhlasí s tvrzení, že relativní kontraindikací užívání HAK je tromboembolické onemocnění v rodině, 7 dívek/žen (14 %) částečně souhlasí a 35 dívek/žen (70 %) neví, zda relativní kontraindikací užívání HAK je tromboembolické onemocnění v rodině. Z 50 respondentek ve věku 18-20 let odpovědělo 8 dívek/žen (16 %), že částečně souhlasí, že relativní kontraindikací užívání HAK je tromboembolické onemocnění v rodině a 29 dívek/žen (58 %) neví, zda relativní kontraindikací užívání HAK je tromboembolické onemocnění v rodině. Z 50 respondentek ve věku 21-25 let odpovědělo 6 dívek/žen (12 %), že rozhodně souhlasí, relativní kontraindikací užívání HAK je tromboembolické onemocnění v rodině, 7 dívek/žen (14 %) částečně souhlasí a 35 dívek/žen (70 %) neví, zda relativní kontraindikací užívání HAK je tromboembolické onemocnění v rodině

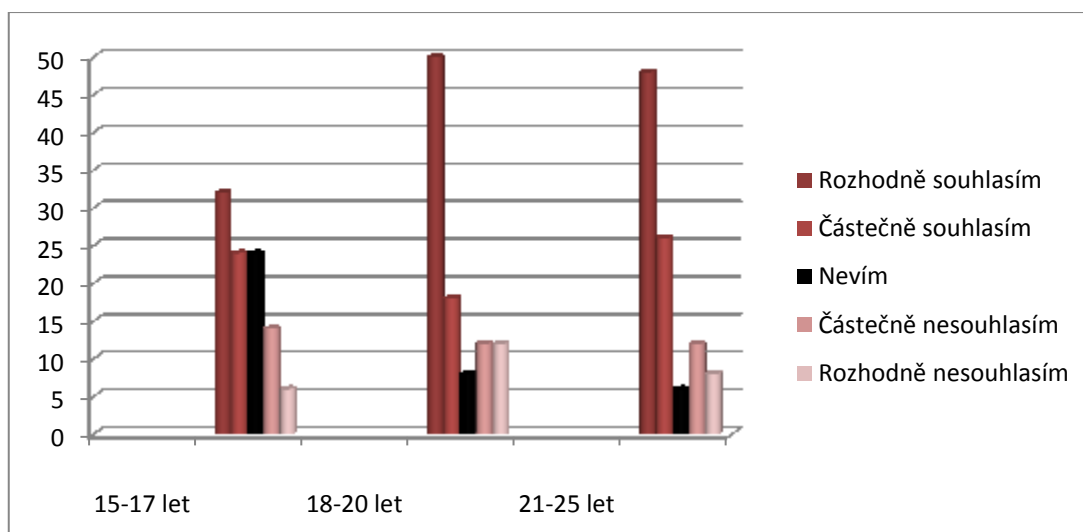
Graf 15 Názor – relativní kontraindikací užívání HAK je tromboembolické onemocnění v rodině (odpovědi z hlediska užívání HAK)



Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpovědělo 24 dívek/žen (24 %), že rozhodně souhlasí, že relativní kontraindikací užívání HAK je tromboembolické onemocnění v rodině, 22 dívek/žen (22 %) částečně souhlasí a 43 dívek/žen (43 %) neví, zda relativní kontraindikací užívání HAK je tromboembolické onemocnění v rodině. Z 50 respondentek, které neužívají HAK, odpovědělo 5 dívek/žen (10 %), že rozhodně souhlasí, relativní kontraindikací užívání HAK je tromboembolické onemocnění v rodině, 8 dívek/žen (16 %) částečně souhlasí a 35 dívek/žen (70 %) neví, zda relativní kontraindikací užívání HAK je tromboembolické onemocnění v rodině.

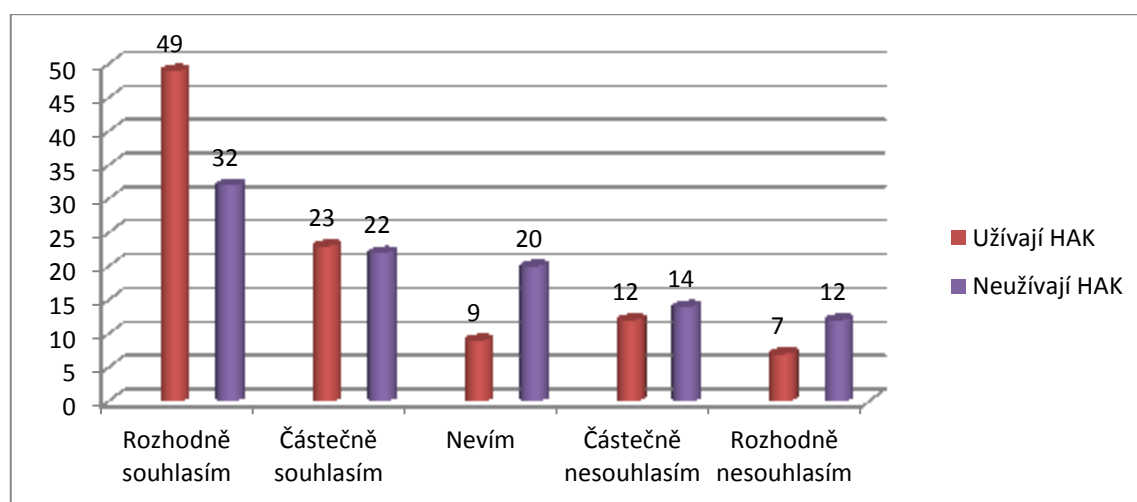
Položka 10 Kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK

Graf 16 Kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK (odpovědi z hlediska věku)



Z 50 respondentek ve věku 15-17 let odpovědělo 16 dívek/žen (32 %), že rozhodně souhlasí s tvrzením, že kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK, 12 dívek/žen (24 %) částečně souhlasí a 12 dívek/žen (24 %) neví, kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK. Z 50 respondentek ve věku 18-20 let odpovědělo 25 dívek/žen (50 %), že rozhodně souhlasí, že kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK. Z 50 respondentek ve věku 21-25 let odpovědělo 24 dívek/žen (48 %), že rozhodně souhlasí, že kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK a 13 dívek/žen (26 %) částečně souhlasí, že kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK.

Graf 17 Kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK (odpovědi z hlediska užívání HAK)



Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpovědělo 49 dívek/žen (49 %), že rozhodně souhlasí s tvrzením, že kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK a 23 dívek/žen (23 %) částečně souhlasí. Z 50 respondentek, které neužívají HAK, odpovědělo 16 dívek/žen (32 %), že rozhodně souhlasí, že kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK, 11 dívek/žen (22 %) částečně souhlasí a 10 dívek/žen (20 %) neví, zda kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK.

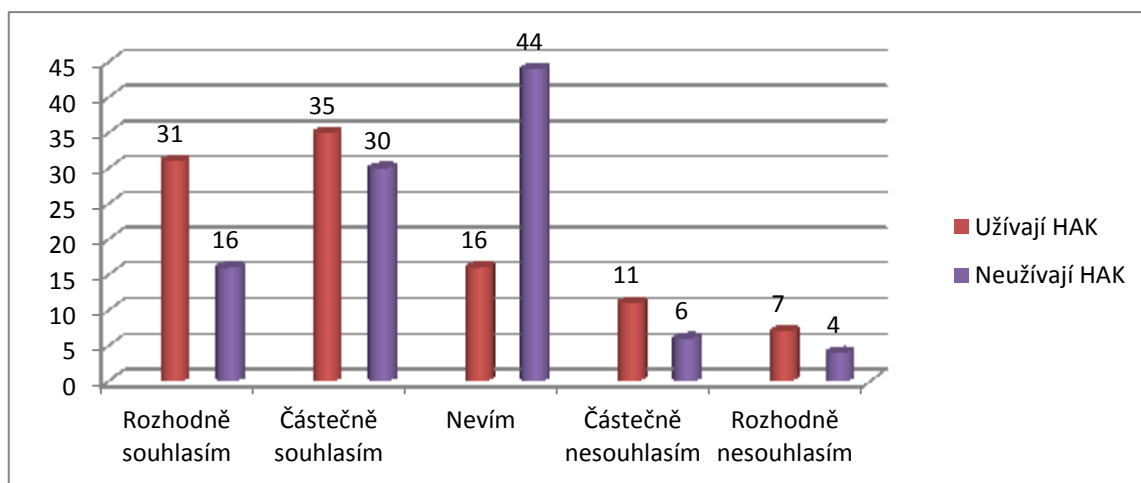
Položka 11 Užívání HAK zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci

Tabulka 4 Užívání HAK zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci (odpovědi z hlediska věku)

<i>Odpořvědi</i>	15-17 let		18-20 let		21-25 let	
	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>
Rozhodně souhlasím	8	16	15	30	16	32
Částečně souhlasím	13	26	22	44	15	30
Nevím	22	44	3	6	13	26
Částečně nesouhlasím	5	10	6	12	3	6
Rozhodně nesouhlasím	2	4	4	8	3	6
Celkem	50	100	50	100	50	100

Z 50 respondentek ve věku 15-17 let odpovědělo 8 dívek/žen (16 %), že rozhodně souhlasí s tvrzením, že užívání HAK zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci, 13 dívek/žen (26 %) částečně souhlasí a 22 dívek/žen (44 %) neví, zda užívání HAK zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci. Z 50 respondentek ve věku 18-20 let odpovědělo 15 dívek/žen (30 %), že rozhodně souhlasí, že HAK zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci, 22 dívek/žen částečně souhlasí a 3 dívky/ženy neví, zda užívání HAK zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci. Z 50 respondentek ve věku 21-25 let odpovědělo 16 dívek/žen (32 %), že rozhodně souhlasí, že užívání HAK zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci, 15 dívek/žen (30 %) částečně souhlasí a 13 dívek/žen neví, zda užívání HAK zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci.

Graf 18 Užívání zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci (odpovědi z hlediska užívání HAK)



Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpovědělo 31 dívek/žen (31 %), že rozhodně souhlasí s tvrzením, že užívání zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci, 35 dívek/žen (35 %) částečně souhlasí a 16 dívek/žen neví, zda užívání zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci. Z 50 respondentek, které neužívají HAK, odpovědělo 8 dívek/žen (16 %), že rozhodně souhlasí, že užívání zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci, 15 dívek/žen (30 %) částečně souhlasí a 22 dívek/žen (44 %) neví, zda užívání zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci.

Položka 12 HAK snižuje bolestivost menstruace

Tabulka 5 HAK snižuje bolestivost menstruace (odpovědi z hlediska věku)

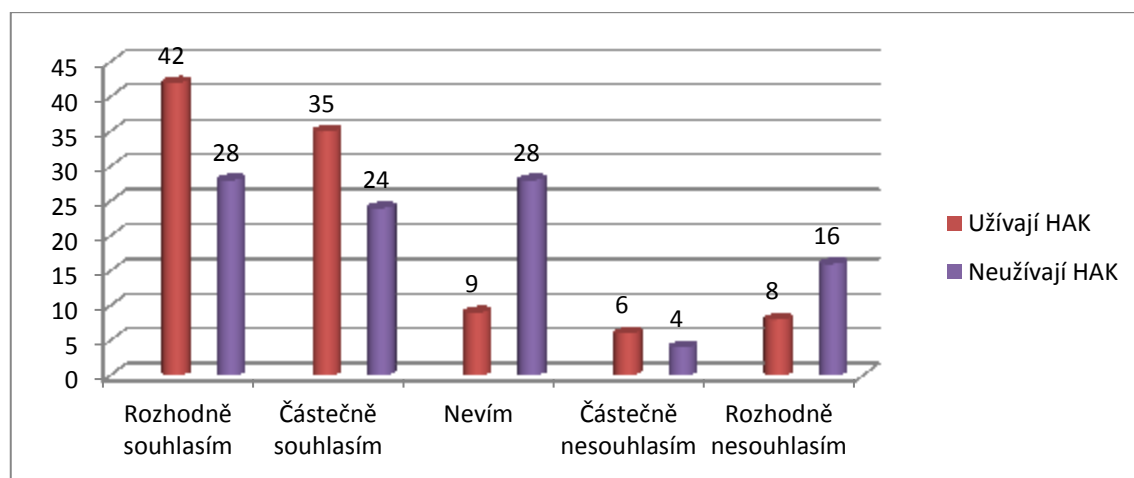
<i>Odpovědi</i>	15-17 let		18-20 let		21-25 let	
	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>
Rozhodně souhlasím	13	26	24	48	19	38
Částečně souhlasím	10	20	18	26	19	38
Nevím	15	30	3	6	5	10
Částečně nesouhlasím	2	4	3	6	3	6
Rozhodně nesouhlasím	10	20	2	4	4	8
Celkem	50	100	50	100	50	100

Z 50 respondentek ve věku 15-17 let odpovědělo 13 dívek/žen (26 %), že rozhodně souhlasí s tvrzením, že HAK snižuje bolestivost menstruace, 10 dívek/žen (20



%) částečně souhlasí a 15 dívek/žen (30 %) neví, zda HAK snižuje bolestivost menstruace. Z 50 respondentek ve věku 18-20 let odpovědělo 24 dívek/žen (48 %), že rozhodně souhlasí, že HAK snižuje bolestivost menstruace, 18 dívek/žen částečně souhlasí a 3 dívky/ženy neví, zda HAK snižuje bolestivost menstruace. Z 50 respondentek ve věku 21-25 let odpovědělo 19 dívek/žen (38 %), že rozhodně souhlasí, HAK snižuje bolestivost menstruace, 19 dívek/žen (38 %) částečně souhlasí a 5 dívek/žen neví, zda HAK snižuje bolestivost menstruace.

Graf 19 HAK snižuje bolestivost menstruace (odpovědi z hlediska užívání HAK)



Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpovědělo 42 dívek/žen (42 %), že rozhodně souhlasí s tvrzením, že HAK snižuje bolestivost menstruace, 35 dívek/žen (35 %) částečně souhlasí, 9 dívek/žen (9 %) neví a 8 dívek/žen (8 %) rozhodně nesouhlasí s tvrzením, že HAK snižuje bolestivost menstruace. Z 50 respondentek, které neužívají HAK, odpovědělo 14 dívek/žen (28 %), že rozhodně souhlasí, že HAK snižuje bolestivost menstruace, 12 dívek/žen (24 %) částečně souhlasí a 14 dívek/žen (28 %) neví, HAK snižuje bolestivost menstruace.

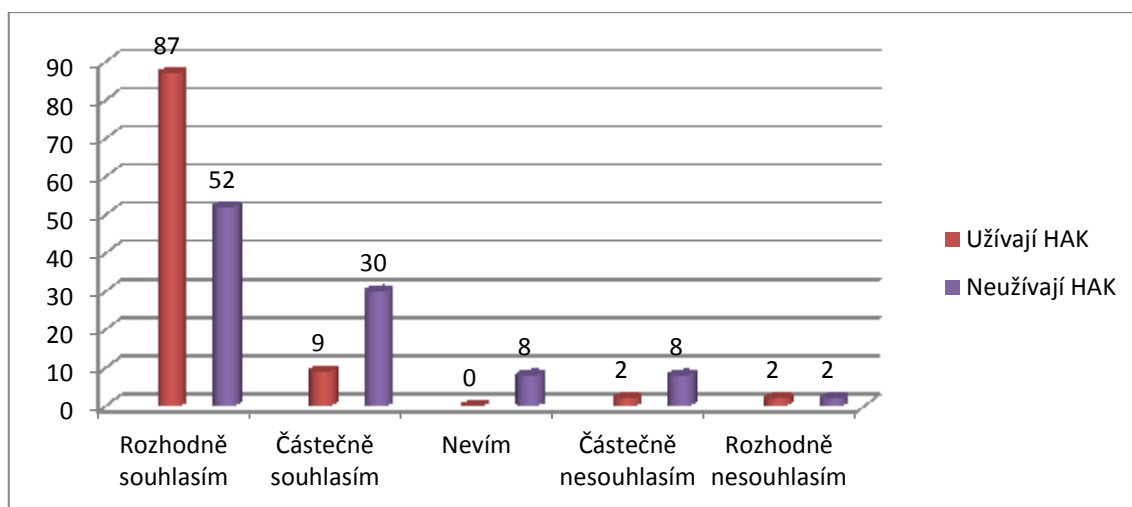
Položka 13 HAK zpravidelňuje menstruační cyklus

Tabulka 6 HAK zpravidelňuje menstruační cyklus z hlediska věku (odpovědi z hlediska věku)

<i>Odpovědi</i>	15-17 let		18-20 let		21-25 let	
	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>
Rozhodně souhlasím	30	60	30	60	41	82
Částečně souhlasím	13	26	13	26	5	10
Nevím	4	8	4	8	0	0
Částečně nesouhlasím	1	2	1	2	3	6
Rozhodně nesouhlasím	2	4	2	4	1	1
Celkem	50	100	50	100	50	100

Z 50 respondentek ve věku 15-17 let odpovědělo 30 dívek/žen (60 %), že rozhodně souhlasí s tvrzením, že HAK zpravidelňuje menstruační cyklus, 13 dívek/žen (26 %) částečně souhlasí a 4 dívky/ženy (8 %) neví, zda HA zpravidelňuje menstruační cyklus. Z 50 respondentek ve věku 18-20 let odpovědělo 30 dívek/žen (60 %), že rozhodně souhlasí, že HAK zpravidelňuje menstruační cyklus, 13 dívek/žen (26 %) částečně souhlasí a 4 dívky/ženy neví (8 %), zda HAK zpravidelňuje menstruační cyklus. Z 50 respondentek ve věku 21-25 let odpovědělo 41 dívek/žen (82 %), že rozhodně souhlasí, že HAK zpravidelňuje menstruační cyklus a 5 dívek/žen (10 %) částečně souhlasí s tvrzením, že HAK zpravidelňuje menstruační cyklus.

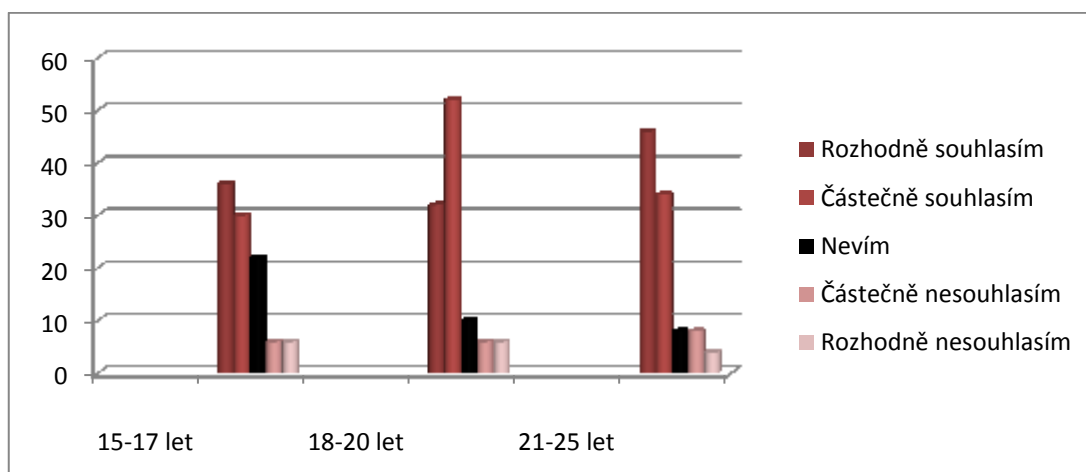
Graf 20 HAK zpravidelňuje menstruační cyklus (odpovědi z hlediska užívání HAK)



Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpovědělo 87 dívek/žen (87 %), že rozhodně souhlasí s tvrzením, že HAK zpravidelňuje menstruační cyklus a 9 dívek/žen (9 %) částečně souhlasí, že HAK zpravidelňuje menstruační cyklus. Z 50 respondentek, které neužívají HAK, odpovědělo 26 dívek/žen (52 %), že rozhodně souhlasí, že HAK zpravidelňuje menstruační cyklus a 15 dívek/žen (30 %) částečně souhlasí s tvrzením, že HAK zpravidelňuje menstruační cyklus.

Položka 16 HAK má pozitivní vliv na pleť

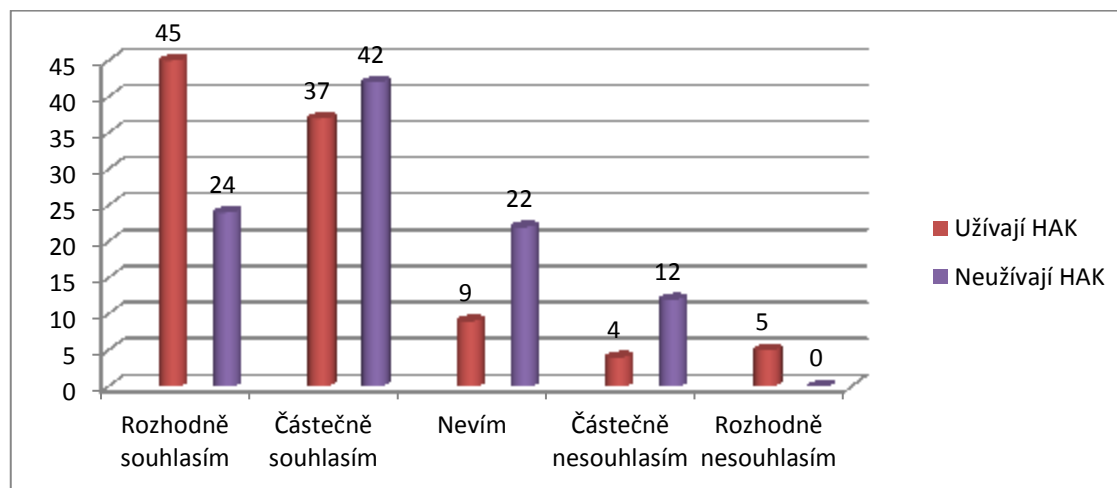
Graf 21 HAK má pozitivní vliv na pleť z hlediska věku (odpovědi z hlediska věku)



Z 50 respondentek ve věku 15-17 let odpovědělo 18 dívek/žen (36 %), že rozhodně souhlasí s tvrzením, že HAK má pozitivní vliv na pleť, 15 dívek/žen (30 %) částečně souhlasí a 11 dívek/žen (22 %) neví, zda HAK má pozitivní vliv na pleť. Z 50 respondentek ve věku 18-20 let odpovědělo 16 dívek/žen (32 %), že rozhodně souhlasí,

že HAK má pozitivní vliv na pleť, 26 dívek/žen (52 %) částečně souhlasí a 5 dívek/žen (10 %) neví, zda HAK má pozitivní vliv na pleť. Z 50 respondentek ve věku 21-25 let odpovědělo 23 dívek/žen (46 %), že rozhodně souhlasí, že HAK má pozitivní vliv na pleť a 17 dívek/žen (34 %) částečně souhlasí s tvrzením, že HAK má pozitivní vliv na pleť.

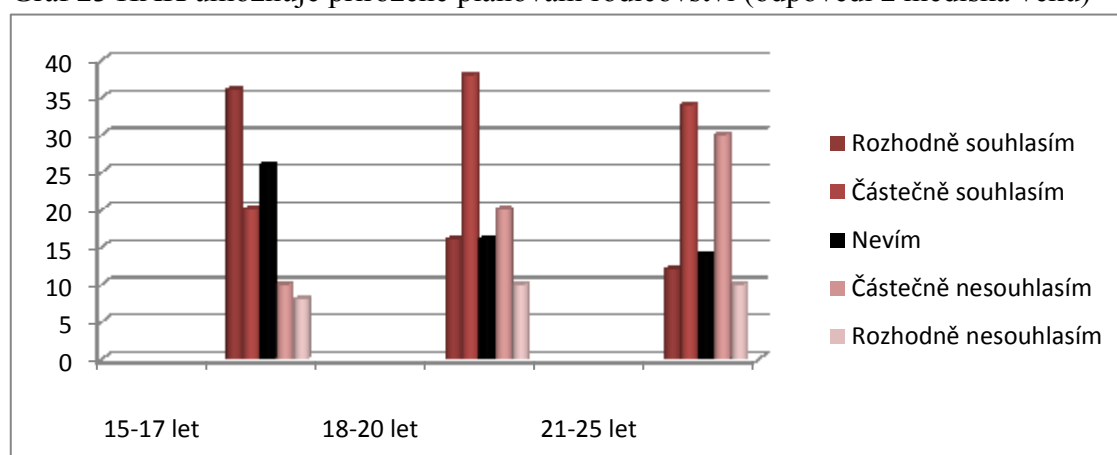
Graf 22 HAK má pozitivní vliv na pleť (odpovědi z hlediska užívání HAK)



Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpovědělo 45 dívek/žen (45 %), že rozhodně souhlasí s tvrzením, HAK má pozitivní vliv na pleť, 37 dívek/žen (37 %) částečně souhlasí a 9 dívek/žen neví, zda má HAK pozitivní vliv na pleť. Z 50 respondentek, které neužívají HAK, odpovědělo 12 dívek/žen (24 %), že rozhodně souhlasí, že HAK má pozitivní vliv na pleť, 21 dívek/žen (42 %) částečně souhlasí a 11 dívek/žen neví, zda HAK má pozitivní vliv na pleť.

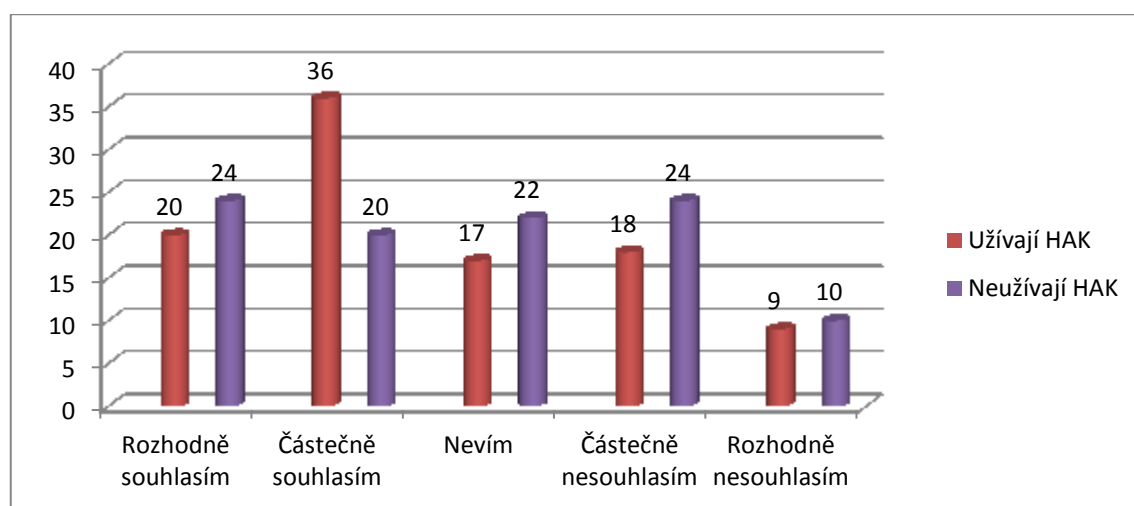
#### Položka 14 HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství

Graf 23 HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství (odpovědi z hlediska věku)



Z 50 respondentek ve věku 15-17 let odpovědělo 18 dívek/žen (36 %), že rozhodně souhlasí s tvrzením, že HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství, 10 dívek/žen (20 %) částečně souhlasí a 13 dívek/žen (26 %) neví, zda HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství. Z 50 respondentek ve věku 18-20 let odpovědělo 8 dívek/žen (16 %), že rozhodně souhlasí s tvrzením, že HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství, 19 dívek/žen (38 %) částečně souhlasí a 8 dívek/žen (16 %) neví, zda HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství. Z 50 respondentek ve věku 21-25 let odpovědělo 6 dívek/žen (12 %), že rozhodně souhlasí s tvrzením, že HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství, 17 dívek/žen (34 %) částečně souhlasí, 7 dívek/žen (14 %) neví a 15 dívek/žen (30 %) částečně nesouhlasí s tvrzením, že HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství.

Graf 24 HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství (odpovědi z hlediska užívání HAK)



Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpovědělo 20 dívek/žen (20 %), že rozhodně souhlasí s tvrzením, HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství, 36 dívek/žen (36 %) částečně souhlasí, 17 dívek/žen neví (17 %), 18 dívek/žen (18 %) částečně nesouhlasí a 9 dívek/žen rozhodně nesouhlasí s tvrzením, že umožňuje přirozené plánování rodičovství. Z 50 respondentek, které neužívají HAK, odpovědělo 12 dívek/žen (24 %), že rozhodně souhlasí, že umožňuje přirozené plánování rodičovství, 10 dívek/žen (20 %) částečně souhlasí, 11 dívek/žen (22 %) neví, 12 dívek/žen (24 %) částečně nesouhlasí a 5 dívek/žen rozhodně nesouhlasí s tvrzením, že HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství.

Položka 15 Vyskytuje se ve Vaší rodině některé z těchto onemocnění?

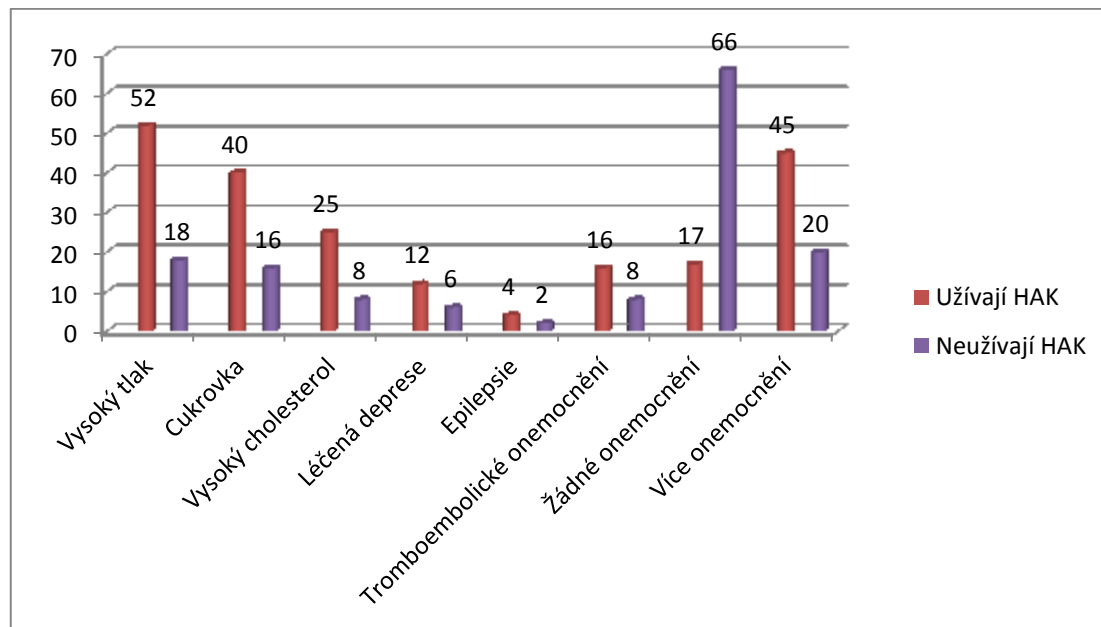
Tabulka 7 Vyskytuje se ve Vaší rodině některé z těchto onemocnění (odpovědi z hlediska věku)

<i>Odpovědi</i>	15-17 let		18-20 let		21-25 let	
	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>
Vysoký tlak	15	30	25	50	21	42
Cukrovka	11	22	19	38	18	36
Vysoký cholesterol	6	12	11	22	12	24
Léčená deprese	5	10	6	12	4	8
Epilepsie	2	4	1	2	2	4
Tromboembolické onemocnění	3	6	8	16	9	18
Žádné onemocnění	25	50	13	26	12	24
Více onemocnění	15	30	22	44	18	36
Celkem	50		50		50	

Z 50 respondentek, ve věku 15-17 let odpovědělo 15 dívek/žen (30 %), že se v jejich rodinné anamnéze vyskytuje vysoký tlak, 11 dívek/žen (22 %) odpovědělo, že cukrovka, 6 dívek/žen (12 %) odpovědělo, že vysoký cholesterol, 5 dívek/žen (10 %) odpovědělo, že léčená deprese, 2 dívky/ženy (4 %) odpověděly, že epilepsie, 3 dívky/ženy (6 %) odpověděly, že tromboembolické onemocnění, 25 dívek/žen (50 %) odpověděly, že se v jejich rodinné anamnéze neobjevuje žádné z výše uvedených onemocnění a 15 dívek/žen (30 %) odpovědělo, že se v jejich rodinné anamnéze vyskytuje více z výše uvedených onemocnění. Z 50 respondentek, ve věku 18-20 let odpovědělo 25 dívek/žen (50 %), že se v jejich rodinné anamnéze vyskytuje vysoký tlak, 19 dívek/žen (38 %) odpovědělo, že cukrovka, 11 dívek/žen (22 %) odpovědělo, že vysoký cholesterol, 6 dívek/žen (12 %) odpovědělo, že léčená deprese, 1 dívka/žena (2 %) odpověděla, že epilepsie, 8 dívek/žen (16 %) odpovědělo, že tromboembolické onemocnění, 13 dívek/žen (26 %) odpovědělo, že se v jejich rodinné anamnéze nevyskytuje žádné onemocnění a 22 dívek/žen (44 %) odpovědělo, že se v jejich rodinné anamnéze vyskytuje více z výše uvedených onemocnění. Z 50 respondentek, ve věku 21-25 let odpovědělo 21 dívek/žen (42 %), že se v jejich rodinné anamnéze vyskytuje vysoký tlak, 18 dívek/žen (36 %) odpovědělo, že cukrovka, 12 dívek/žen (24 %) odpovědělo, že vysoký cholesterol, 4 dívky/ženy (8 %) odpověděly, že léčená deprese, 2 dívky/ženy (4 %) odpověděly, že epilepsie, 9 dívek/žen (18 %) odpověděly,

že tromboembolické onemocnění, 12 dívek/žen (24 %) odpovědělo, že se v jejich rodinné anamnéze nevyskytuje žádné onemocnění a 18 dívek/žen (36 %) odpovědělo, že se v jejich rodinné anamnéze vyskytuje více z výše uvedených onemocnění.

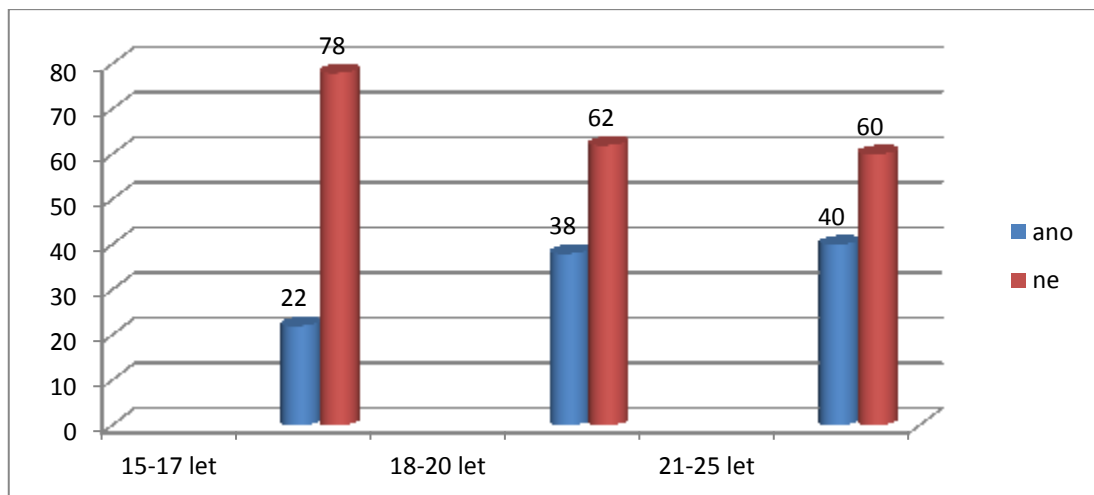
Graf 25 Vyskytuje se ve Vaší rodině některé z těchto onemocnění (odpovědi z hlediska užívání HAK)



Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpovědělo 52 dívek/žen (52 %), že se v jejich rodinné anamnéze vyskytuje vysoký tlak, 40 dívek/žen (40 %) odpovědělo, že cukrovka, 25 dívek/žen (25 %) odpovědělo, že cukrovka, 12 dívek/žen (12 %) odpovědělo, že léčená deprese, 4 dívky/ženy (4 %) odpověděly, že epilepsie, 16 dívek/žen (16 %) odpovědělo, že tromboembolické onemocnění, 17 dívek/žen (17 %) odpovědělo, že se v jejich rodinné anamnéze nevyskytuje žádné z výše uvedených onemocnění a 45 dívek/žen (45 %) odpovědělo, že se v jejich rodinné anamnéze vyskytuje více z výše uvedených onemocnění. Z 50 respondentek, které neužívají HAK, odpovědělo 9 dívek/žen (18 %), že se v jejich rodinné anamnéze vyskytuje vysoký tlak, 8 dívek/žen (16 %) odpovědělo, že cukrovka, 4 dívky/ženy (8 %) odpovědělo, že cukrovka, 3 dívky/ženy (6 %) odpověděly, že léčená deprese, 1 dívka/žena (2 %) odpověděla, že epilepsie, 4 dívky/ženy (8 %) odpověděly, že tromboembolické onemocnění, 33 dívek/žen (66 %) odpovědělo, že se v jejich rodinné anamnéze nevyskytuje žádné z výše uvedených onemocnění a 10 dívek/žen (20 %) odpovědělo, že se v jejich rodinné anamnéze vyskytuje více z výše uvedených onemocnění.

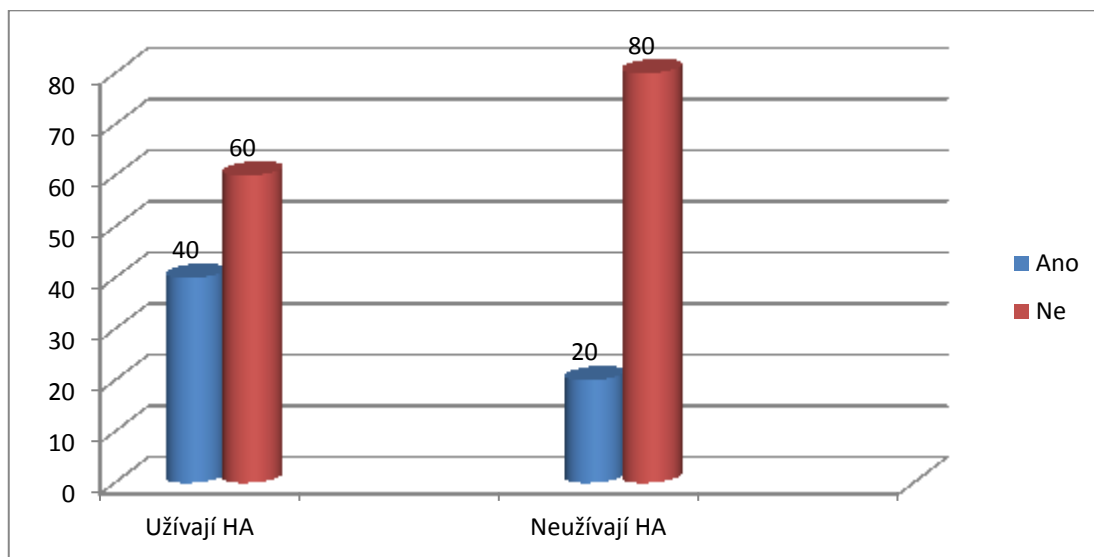
## Položka 15 Kouříte?

Graf 26 Kouříte (odpovědi z hlediska věku)



Z 50 respondentek ve věku 15-17 let odpovědělo 11 dívek/žen (22 %), že kouří a 39 dívek/žen (78 %), že nekouří. Z 50 respondentek ve věku 18-20 let odpovědělo 19 dívek/žen (38 %), že kouří a 31 dívek/žen (62 %), že nekouří. Z 50 respondentek ve věku 21-25 let odpovědělo 20 dívek/žen (40 %), že kouří a 30 dívek/žen (60 %), že nekouří.

Graf 27 Kouříte (odpovědi z hlediska užívání HAK)



Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpovědělo 40 dívek/žen (40 %), že kouří a 60 dívek/žen (60 %), že nekouří. Z 50 respondentek, které neužívají HAK, odpovědělo 10 dívek/žen (20 %), že kouří a 40 dívek/žen (80 %), že nekouří.



Položka 16 Vyskytuje se u Vás některé z těchto onemocnění?

Tabulka 8 Vyskytuje se u Vás některé z těchto onemocnění (odpovědi z hlediska věku)

<i>Odpovědi</i>	15-17 let		18-20 let		21-25 let	
	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>
Vysoký tlak	0	0	0	0	2	4
Cukrovka	1	2	0	0	0	0
Vysoký cholesterol	0	0	1	2	1	2
Epilepsie	2	4	0	0	1	2
Léčená deprese	1	2	2	4	1	2
Tromboembolické onemocnění	0		0	0	1	2
Leydenská mutace	1	2	0	0	0	0
Žádné onemocnění	45	90	47	94	44	88
Více onemocnění	0	0	0	0	0	0
Celkem	50		50		50	

Z 50 respondentek, ve věku 15-17 let neodpověděla ani jedna dívka/žena (0 %), že se v její osobní anamnéze vyskytuje vysoký tlak, 1 dívka/žena (2 %) odpověděla, že cukrovka, žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že vysoký cholesterol, 2 dívky/ženy (4 %) odpověděly, že epilepsie, 1 dívka/žena (2 %) odpověděla, že léčená deprese, žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že tromboembolické onemocnění, 1 dívka/žena (1 %) odpověděla, že Leydenská mutace, 45 dívek/žen (90 %) odpovědělo, že se v jejich osobní anamnéze nevyskytuje žádné z výše uvedených onemocnění a žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že se v její osobní anamnéze vyskytuje více z výše uvedených onemocnění. Z 50 respondentek, ve věku 18-20 let neodpověděla ani jedna dívka/žena (0 %), že se v její osobní anamnéze vyskytuje vysoký tlak, žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že cukrovka, 1 dívka/žena (2 %) odpověděla, že vysoký cholesterol, žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že epilepsie, 2 dívky/ženy (4 %) odpověděly, že léčená deprese, žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že tromboembolické onemocnění, žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že Leydenská mutace, 47 dívek/žen (94 %) odpovědělo, že se v jejich osobní anamnéze nevyskytuje žádné z výše uvedených onemocnění a žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že se v její osobní

anamnéze vyskytuje více z výše uvedených onemocnění. Z 50 respondentek, ve věku 21-25 let odpověděly 2 dívky/ženy (4 %), že se v jejich osobní anamnéze vyskytuje vysoký tlak, žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že cukrovka, 1 dívka/žena (2 %) odpověděla, že vysoký cholesterol, 1 dívka/žena (2 %) odpověděla, že epilepsie, 1 dívka/žena (2 %) odpověděla, že léčená deprese, 1 dívka/žena (2 %) odpověděla, že tromboembolické onemocnění, žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že Leydenská mutace, 44 dívek/žen (88 %) odpovědělo, že se v jejich osobní anamnéze nevyskytuje žádné z výše uvedených onemocnění a žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že se v její osobní anamnéze vyskytuje více z výše uvedených onemocnění.

Tabulka 9 Vyskytuje se u Vás některé z těchto onemocnění (odpovědi z hlediska užívání HAK)

<i><b>Odpo</b></i>	Užívají HAK		Neužívají HAK	
	<i><b>Absolutní četnost</b></i>	<i><b>Relativní četnost (v %)</b></i>	<i><b>Absolutní četnost</b></i>	<i><b>Relativní četnost (v %)</b></i>
Vysoký tlak	2	2	0	0
Cukrovka	1	1	0	0
Vysoký cholesterol	2	2	0	0
Epilepsie	2	2	1	2
Léčená deprese	4	4	0	0
Tromboembolické onemocnění	1	1	0	0
Leydenská mutace	1	1	0	0
Žádné onemocnění	87	87	49	98
Více onemocnění	0	0	0	0
Celkem	100		50	

Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpověděly 2 dívky/ženy (2 %), že se v jejich osobní anamnéze vyskytuje vysoký tlak, 1 dívka/žena (1 %) odpověděla, že cukrovka, 2 dívky/ženy (2 %) odpověděly, že vysoký cholesterol, 2 dívky/ženy (2 %) odpověděly, že epilepsie, 4 dívky/ženy (4 %) odpověděly, že léčená deprese, 1 dívka/žena (1 %) odpověděla, že tromboembolické onemocnění, 1 dívka/žena (1 %) odpověděla, že Leydenská mutace, 87 dívek/žen odpovědělo, že se v jejich osobní anamnéze nevyskytuje žádné z výše uvedených onemocnění a žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že se v její osobní anamnéze vyskytuje více z výše uvedených

onemocnění. Z 50 respondentek, které neužívají HAK, neodpověděla žádná dívka/žena (0 %), že se v její osobní anamnéze vyskytuje vysoký tlak, žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že cukrovka, žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že vysoký cholesterol, 1 dívka/žena (2 %) odpověděla, že epilepsie, žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že léčená deprese, žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že tromboembolické onemocnění, žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že Leydenská mutace, 49 dívek/žen odpovědělo, že se v jejich osobní anamnéze nevyskytuje žádné z výše uvedených onemocnění a žádná dívka/žena (0 %) neodpověděla, že se v její osobní anamnéze vyskytuje více z výše uvedených onemocnění.

Položka 17 Jaký druh HAK užíváte?

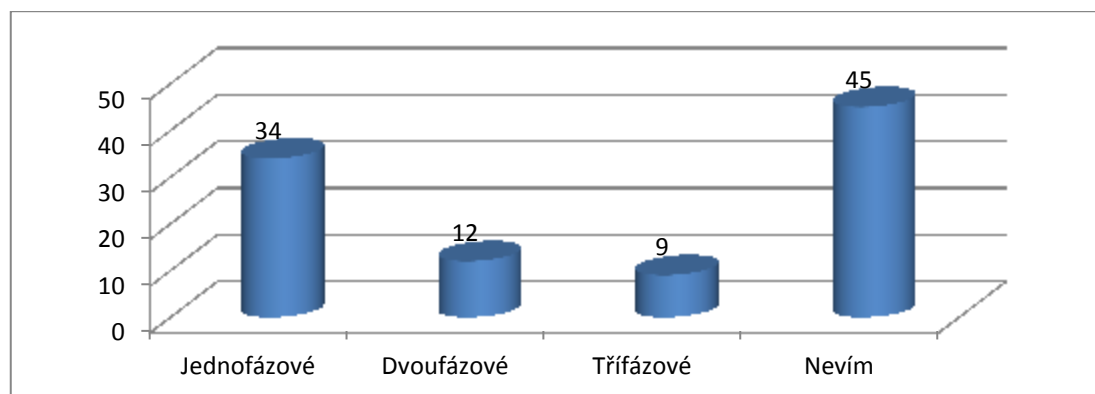
Tabulka 10 Jaký druh HAK užíváte

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>
<b><i>Odpovědi</i></b>		
Pilulky	98	98
Náplast	1	1
Injekce	0	0
Nitroděložní tělísko	1	1
Celkem	100	100

Ze 100 respondentek, které užívají HAK 98 dívek/žen (98 %) odpovědělo, že užívají pilulky jako druh HAK, 1 dívka/žena (1 %) odpověděla, že náplast, žádná dívka/žena neodpověděla, že injekci a 1 dívka/žena (1 %) odpověděla, že nitroděložní tělísko.

Položka 18 Jaký druh pilulek HAK užíváte?

Graf 28 Jaký druh pilulek HAK užíváte



Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpovědělo 34 dívek/žen (34 %), že užívají jednofázové pilulky HAK, 12 dívek/žen (12 %) dvoufázové pilulky, 9 dívek/žen (9 %) třífázové pilulky a 45 dívek/žen (45 %) neví, jaký druh pilulek užívají.

Položka 19 Užíváte pilulky?

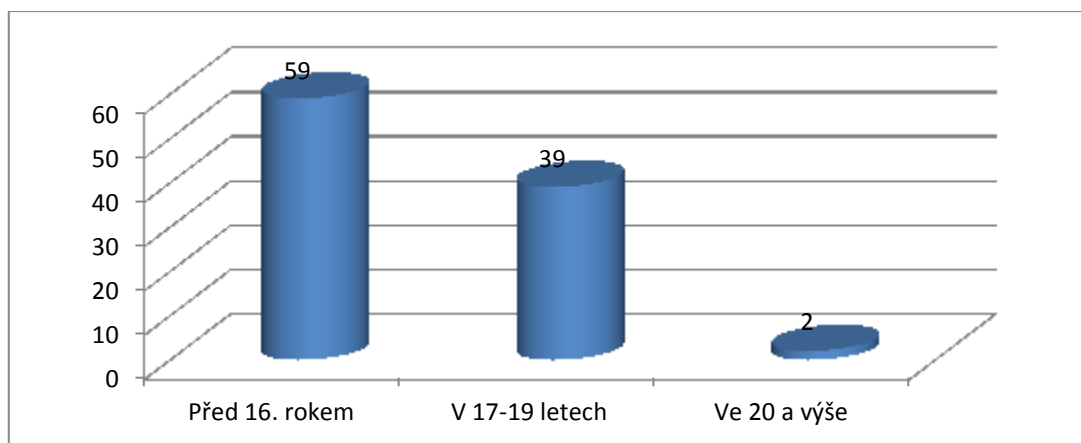
Tabulka 11 Užíváte pilulky

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>
<b><i>Odpovědi</i></b>		
Pravidelně	66	66
Občas zapomenu	25	25
Často zapomínám	1	1
Přizpůsobuji si užívání pilulek svým individuálním potřebám	8	8
Celkem	100	100

Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpovědělo 66 dívek/žen (66 %), že užívají pilulky pravidelně, 25 dívek/žen (25 %) občas zapomene si vzít pilulku, 1 dívka/žena (1 %) často zapomíná si vzít pilulku a 8 dívek/žen (8 %) si přizpůsobuje užívání pilulek svým individuálním potřebám.

Položka 20 V kolika letech jste začala s užíváním HAK?

Graf 29 V kolika letech jste začala s užíváním HAK



Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpovědělo 59 dívek/žen (59 %), že s užíváním HAK začaly před 16. rokem věku, 39 dívek/žen (39 %) v 17-19 letech a 2 dívky/ženy (2 %) odpověděly, že s užíváním HAK začaly ve 20 a více letech.

Položka 21 Co bylo důvodem pro začátek užívání HAK?

Tabulka 12 Co bylo důvodem pro začátek užívání HAK

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>
<b><i>Odpovědi</i></b>		
Ochrana před početím	74	74
Nepravidelná menstruace	37	37
Více důvodů	31	31
Problémy s pletí	17	17
Bolest při menstruaci	6	6
Cysty	2	2
Bez důvodu	1	1
Celkem	100	100

Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpovědělo 74 dívek/žen (74 %), že důvodem pro začátek užívání HAK byla ochrana před početím, 37 dívek/žen (37 %) odpovědělo, že důvodem byla nepravidelná menstruace, 17 dívek/žen (17 %) odpovědělo, že důvodem byly problémy s pletí, 1 dívka/žena (1 %) odpověděla, že neměla žádný z výše uvedených důvodů, proč začala s užíváním HAK, 2 dívky/ženy (2 %) odpověděly, že důvodem byly cysty, 6 dívek/žen (6 %) odpovědělo, že důvodem byla bolest při menstruaci a 31 dívek/žen (31 %) odpovědělo, že měly více z výše uvedených důvodů, proč začaly HAK užívat.

Položka 22 Absolvovala jste některá z níže uvedených vyšetření před zahájením užívání HAK?

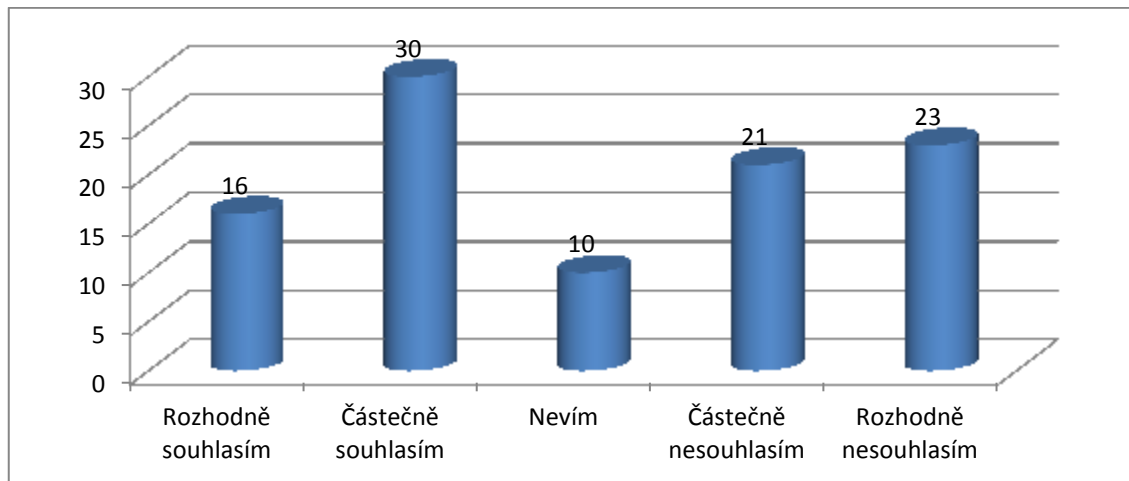
Tabulka 13 Absolvovala jste některá z níže uvedených vyšetření před zahájením užívání HAK

	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost (v %)</i>
<b><i>Odpovědi</i></b>		
Gynekologické vyšetření	88	88
Více vyšetření	67	67
Zjišťování osobní a rodinné anamnézy	55	55
Měření krevního tlaku	50	50
Odběry krve	34	34
Měření BMI	20	20
Nevím	4	4
Žádné vyšetření	2	2
Celkem	100	

Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpovědělo 50 dívek/žen (50 %), že před zahájením užívání HAK jim byl změřen tlak, 20 dívek/žen (20 %) odpovědělo, že jim bylo změřeno BMI, 34 dívek/žen (34 %) odpovědělo, že jim byla odebrána krev, 88 dívek/žen (88 %) odpovědělo, že jim bylo provedeno gynekologické vyšetření, 55 dívek/žen (55 %) odpovědělo, že jim byla zjišťována osobní a rodinná anamnéza, 4 dívky/ženy (4 %) odpověděly, že nevědí, jaké absolvovaly vyšetření před zahájením užívání HAK, 67 dívek/žen (67 %) odpovědělo, že absolvovaly více z výše uvedených vyšetření před zahájením užívání HAK a 2 dívky/ženy (2 %) odpověděly, že jim nebylo provedeno žádné z výše uvedených vyšetření.

Položka 22 Proběhl výběr Vaší antikoncepce na základě podrobné analýzy Vaší rodinné a osobní anamnézy?

Graf 30 Proběhl výběr Vaší antikoncepce na základě podrobné analýzy Vaší rodinné a osobní anamnézy



Ze 100 respondentek, které užívají HAK, odpovědělo 16 dívek/žen (16 %), že rozhodně souhlasí s tvrzením, že výběr jejich antikoncepce proběhl na základě podrobné analýzy jejich rodinné a osobní anamnézy, 30 dívek/žen (30 %) částečně souhlasí, 10 dívek/žen (10 %) neví, 21 dívek/žen (21 %) částečně nesouhlasí a 23 dívek/žen (23 %) rozhodně nesouhlasí s tvrzením, že výběr jejich antikoncepce proběhl na základě podrobné analýzy jejich rodinné a osobní anamnézy

#### 4.5 ANALÝZA A INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda jsou ženy/dívky ve věku 15-25 let informovány o indikacích, kontraindikacích, výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce, jakým způsobem přistupují k výběru HAK a zda odpovídá jejich životní styl a chování specifikům HAK? Průzkumného šetření se účastnilo 150 dívek/žen. Cílené věkové rozmezí respondentek bylo stanoveno na 15-25 let. Respondentky byly shodně zastoupeny 33 % 15-17 letých, 33 % 18-20 letých a 33 % 21-25 letých. Všechny respondentky navštěvovaly střední nebo vysokou školu.

Z celkového počtu 150 dotazovaných 67 % respondentek hormonální antikoncepci užívá, 33 % respondentek hormonální antikoncepci nikoliv.

## **Cíl 1**

Zjistit procento uživatelék HAK.

Průzkumná otázka 1: Užívá většina respondentek ve věku 15-25 let hormonální antikoncepci?

### **Celkové shrnutí výsledků**

V souladu se závěry průzkumu můžeme říci, že většina našich respondentek, které užívají HAK je ve věku nad 17 let (80 %). Tyto respondentky začaly HAK užívat z 59 % již před 16. rokem věku. 62 % respondentek z nejmladší skupiny (15 – 17 leté) HAK neužívají. Mohly bychom říci, že věk pro užívání HAK se mírně zvyšuje u SŠ vzdělaných dívek.

## **Cíl 2**

Zjistit míru informovanosti uživatelék o perorální HAK.

Průzkumná otázka 2: Mají respondentky dostatek informací o perorální HAK?

### **Celkové shrnutí výsledků**

Z průzkumu vyplynulo, že dívky/ženy, které užívají HAK, jsou více informovány, přesto jejich informovanost není příliš vysoká. Prvotní informace dostávají dívky v rodině (45 %) případně od kamarádek. Od gynekologa mají více informací dívky, které již HAK užívají a starší dívky. Z průzkumu rovněž vyplynulo, že dívky, které neužívají HAK, gynekologa nenavštěvují (52 %). Z tohoto vyplývá, že role gynekologa při poskytování prvotních informací je velmi nízká, ať už z důvodu, že dívky gynekologa nenavštěvují nebo informace nedostanou. Průzkum nám rovněž poukázal na to, že dívky, které užívají HAK, se více podrobují měření krevního tlaku a mají pravidelné krevní odběry. Přesto se tato vyšetření nedělají pravidelně – pouze 45 % respondentek uvedlo pravidelné měření tlaku a pouze 17 % odběry krve. Což považujeme rovněž za nedostatečné, s ohledem na riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění, infarktu myokardu a dalších onemocnění v pozdějším věku.

Co se týče informovanosti dívek/žen, tak nám průzkum ukazuje na to, že nejméně je informovaná skupina nejmladších dívek 42 %. Obě dvě skupiny starších dívek informace spíše mají, přesto průzkum ukazuje, že až 40 % dívek ve věku 21 – 25 let nebylo informováno gynekologem o výhodách a nevýhodách, indikacích a



kontraindikacích. Z hlediska užívání HAK se ukazuje, že uživatelky jsou více informované, přesto 1/3 respondentek uvedla, že nebyly informovány o výhodách a nevýhodách, indikacích a kontraindikacích.

V souvislosti s informovaností jsme se zaměřili na jednotlivé položky, které považujeme za důležité v souvislosti s užíváním HAK, které jsou zároveň indikacemi a případně relativními kontraindikacemi ve vztahu k užívání HAK.

Z průzkumu vyplynulo, že nejméně informované jsou dívky z 1. skupiny (15-17 let), nejmladší respondentky.

Největší informovanost je v oblasti, která se týká menstruace (krevní ztráta, bolestivost, pravidelnost). Ženy, které antikoncepci neužívají, jsou méně informované, než ty, které ji užívají. Ty dívky/ženy, které informace mají, tak je mají správné, souhlasí s tím, že HAK zpravidelňuje menstruační cyklus, zajišťuje nižší krevní ztrátu a snižuje bolestivost menstruace.

Nejméně informované jsou dívky/ženy v oblasti, která se týká HAK a jejího vlivu na zdravotní stav. Z průzkumu vyplývá, že dívky/ženy, které HAK neužívají z 56 % nemají informace o tom, zda užívání HAK snižuje výskyt nádoru vaječníků a nezhoubných nádorů prsu, pokud mají nějaký názor, tak nesprávný. Uživatelky jsou více informované, ale také mají nesprávný názor. Dívky/ženy nemají dostatečné informace o tom, zda užívání HAK zvyšuje krevní tlak, či nikoliv. Pouze 1/3 uživatelk si myslí, že HAK zvyšuje krevní tlak. 71% respondentek neví, že relativní kontraindikací užívání HAK je tromboembolické onemocnění v rodině.

Dále nás zajímala otázka přirozeného plánování početí a nepřímého rizika vzniku neplodnosti. V této otázce je zajímavé, že ve všech skupinách se objevilo přibližně 20 % dívek, které nevědí, zda HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství. S přibývajícím věkem respondentek navíc se zvyšuje názor, že HAK neumožňuje přirozené plánování rodičovství z 18 % (1.sk.) na 40 % (3.sk.). Pouze polovina dívek/žen ve všech věkových kategoriích je přesvědčena, že HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství. V této otázce je zajímavé, že uživatelky HAK jsou pouze z 56 % přesvědčené, že HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství. Další zajímavostí je, že 55 % dívek si myslí, že užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím

nepřímo způsobuje riziko neplodnosti. Pouze 30% dívek s výše uvedeným nesouhlasí. Rovněž uživatelky HAK z 54% souhlasí s tím, že užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti. Respondentky, které neužívají antikoncepci, mají stejný názor z 56 %.

Poslední oblastí, na kterou jsme se zaměřili bylo to, zda vědí, do jaké míry užívání HAK ovlivňuje životní styl. Zde se nám opět ukázalo, že nejmladší respondentky mají nejméně informací. Respondentky převážně nesouhlasí s tím, že by HAK snižovala sexuální touhu. S věkem se zvyšuje informovanost dívek/žen - čím starší dívky, tím více jsou přesvědčené o tom, že užívání HAK má pozitivní vliv na pleť. Poněkud zneklidňující je, že nejmladší skupina dívek nemá informace, zda užívání HAK vede k promiskuitě. U starších dívek převažuje názor, že užívání HAK nevede k promiskuitě u nadpoloviční většiny. Uživatelky HAK si myslí, že užívání HAK nevede k promiskuitě z 95 %. Pozitivní je, že více jak polovina respondentek považuje kouření za rizikový faktor (56% - 74%). Co je však znepokojující je fakt, že ačkoli uživatelky vědí, že kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK, přesto kouří (72% uživatelek).

### **Cíl 3**

Zjistit zda chování a životní styl uživatelek odpovídá specifickým perorální HAK.

Průzkumná otázka 3a: Odpovídá chování respondentek znalostem o perorální hormonální antikoncepci?

#### **Celkové shrnutí výsledků**

Zjistit zda chování a životní styl uživatelek odpovídá specifickým perorální HAK.

Průzkumná otázka 3: Odpovídá chování respondentek znalostem o perorální hormonální antikoncepci?

Z našeho průzkumu vyplynulo, že nejčastějšími důvody pro zahájení užívání HAK je ochrana před početím, dále pak nepravidelná menstruace a problémy s pleť.

Většina dívek/žen absolvuje před zahájením užívání HAK gynekologické vyšetření, polovina absolvuje měření krevního tlaku a zjišťování osobní a rodinné anamnézy. 67 % dívek/žen absolvovalo více vyšetření. Dívky/ženy nejvíce užívají pilulky, ale 45 % z nich nemá informace o tom, jaký druh pilulek používají.

Co se týče životního stylu je důležité poukázat na to že ženy, které užívají HAK více kouří, než ženy, které HAK neužívají, dále pak na to, že se u nich častěji vyskytují některá z vážnějších onemocnění (vysoký krevní tlak, cukrovka, vysoký cholesterol, deprese, epilepsie, tromboembolické onemocnění), jak v rodinné, tak osobní anamnéze. V neposlední řadě je třeba upozornit na to, že 34 % dívek/žen odpovědělo, že pilulky neužívá pravidelně. Z průzkumu vyplynulo, že dívky/ženy spíše nepřizpůsobují svůj životní styl při užívání HAK.

## 4.6 DISKUZE

Téma hormonální antikoncepce je stále aktuální a názory na její užívání se pohybují na celé škále od jednoho extrému ke druhému. Není pochyb o tom, že široká dostupnost a vysoká bezpečnost a účinnost výrazně pomohla dívkám/ženám plánovat svoje rodičovství a tím zvýšit jejich svobodu a nezávislost. Přehledy o mladistvých těhotných, nebo přehledy o umělých ukončení těhotenství do 18 let vykazují velmi nízká čísla. Křepelka například uvádí, že v roce 1995 bylo v České republice zaznamenáno u žen ve věku 15-19 let 44 gravidit na 1000 obyvatel a předpokládá se, že v roce 2020 dosáhne 42 gravidit na 1000 obyvatel. Rodičky mladší devatenácti let tvoří v současnosti v ČR na celkovém počtu rodiček podíl 2,9 %. Geržová uvádí, že na jejich klinice v roce 2004 řešili celkem 49 těhotenství u dospívajících dívek ve věku 13 – 18 let, ani jedna neužívala antikoncepci. Tato fakta jednoznačně podporují doporučení k výběru vhodné antikoncepce u adolescentek jako prevenci snižování zdravotního rizika nežádoucího těhotenství.

Gregorová poukazuje i na to, že v České republice je odpovědnější kontracepční chování, než je tomu např. u polských, ale také amerických a britských adolescentek.

Otázkou však je, zda masovější užívání hormonální antikoncepce v ČR skutečně souvisí s odpovědnějším chováním. Z našeho průzkumu vyplynulo, že dívky/ženy sice užívají hormonální antikoncepci, ale jejich informovanost o jejich příznivých a nepříznivých účincích, indikacích a kontraindikacích není vysoká. Zdá se, že české ženy/dívky užívají antikoncepci, ale neřeší jakou antikoncepci ve vztahu k osobní a rodinné anamnéze či zdravotnímu stavu či životnímu stylu. Vzhledem k tomu, že náš průzkum se zaměřil na středoškolačky a vysokoškolačky a jejich informovanost nebyla

příliš vysoká, pak můžeme usuzovat, že informovanost základního souboru žen bude ještě nižší.

Na problematiku hormonální antikoncepce poukazují i jiní autoři, kteří varují před masovým užíváním až nadužíváním hormonální antikoncepce. Jmenujme H. Máslovou a J. Jonáše, kteří zdůrazňují zodpovědný přístup k užívání antikoncepce i z pohledu psychosociálního a ekologického.

Zajímavé by jistě bylo srovnání informovanosti s dívkami/ženami s nižším vzděláním, ale to by přesahovalo rámec bakalářské práce.

### **Doporučení pro praxi**

Pro každou dívku/ženu je žádoucí najít pro sebe spolehlivou a bezpečnou formu antikoncepce v souladu se svým zdravotním stavem, ale i životním stylem. K tomu je však důležité, aby proběhl základní rozhodovací proces, kde důležitou roli hraje praktický gynekolog a sama dívka/žena. Rozhodně doporučujeme zvýšit povědomí mladých dívek o nutnosti navštěvovat gynekologa jako účinnou prevenci všech pozdějších gynekologických komplikací, tak apelovat na gynekology, aby aktivně poskytovali dívkám informace ohledně užívání hormonální antikoncepce.

Na základě našeho průzkumu navrhuje následující doporučení pro praxi a pro dívky/ženy, které uvažují o začátku užívání hormonální antikoncepce, či již hormonální antikoncepci užívají.

### **Doporučení pro praxi:**

#### **1. návštěva – identifikace uživatelky**

- zjištění reprodukčních plánů dívky,
- zjištění očekávání a určité požadavky dívky,
- analýza osobní a rodinné anamnézy – udělení si přehledu o potencionálních kontraindikacích,
- provedení gynekologického vyšetření – zjištění potencionálních obtíží spojených s menstruačním cyklem nebo hormonální situací,
- provedení vyšetření krevního tlaku a udělení odběrů krve pokud vyplynou rizika z anamnézy,

- poskytnutí přehledné a srozumitelné informace o typech HAK ve vztahu k účinkům pozitivním i negativním, informace o kontraindikacích a rizicích,
- identifikování rizikové uživatelky a nerizikové informovat o zátěžových situacích,

## **2. návštěva – výběr konkrétního vhodného preparátu**

- zvážení očekávání a další neantikoncepční požadavky potencionální uživatelky,
- poučení o způsobech užívání a omezení z hlediska životního stylu (např. kouření, obezita, dlouhé cesty, časté průjmy...),
- zvážení i finanční možnosti,
- u rizikových uživatelek konzultace se specialisty s ohledem na onemocnění,
- s časovým odstupem znovu vyhodnotit spokojenost uživatelky a reagovat na případně vzniklé obtíže,
- 1x ročně provádět gynekologické vyšetření a zjištění zdravotního stavu, u rizikových pacientek měření tlaku a odběry krve,

## **Doporučení pro dívky/ženy (uživatelky, budoucí uživatelky)**

- zdrojem informací by měl být gynekolog, ke kterému si dívka/žena vybuduje důvěru,
- zvážit všechna svoje očekávání a požadavky ve vztahu k hormonální antikoncepci,
- připravit si informace z rodinné a osobní anamnézy (onemocnění v rodině, vlastní zdravotní komplikace),
- mít informace o svém menstruačním cyklu,
- neřešit svoje gynekologické či jiné obtíže nasazením hormonální antikoncepce,
- zvážit svoje reprodukční plány,
- zvážit svoje finanční možnosti,
- vyžádat si veškeré informace o typech, metodách antikoncepce, indikacích a kontraindikacích,
- respektovat pokyny ohledně způsobu užívání hormonální antikoncepce a životního stylu (zvláště v otázkách kouření, obezity, náročného zaměstnání, které vylučuje pravidelné užívání hormonální antikoncepce),
- pravidelně sledovat svůj zdravotní stav a konzultovat jej s gynekologem,
- 1x ročně absolvovat preventivní gynekologickou prohlídku,

- u rizikových uživatelů pravidelné kontroly specialistů (především kardiovaskulární onemocnění v rodině či u uživatelky, diabetes, jaterní onemocnění, hormonální nádory ale i obezita, kouření, rovněž operace, dlouhodobé úrazy, dlouhé cesty, dehydratace)

Zodpovědnost při výběru hormonální antikoncepce je především na samotné ženě a jejím gynekologovi, ale jako mezičlánek zde působí sestra, či porodní asistentka, jejichž úkolem je potenciální uživatelku edukovat, poskytnout veškeré informace týkající se rizikových faktorů, metodách antikoncepce a společně s gynekologem spolupracovat, s cílem dívce/ženě podat veškeré informace a zabránit tak rizikovým situacím.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou ženy/dívky ve věku 15-25 let informovány o indikacích, kontraindikacích, výhodách a nevýhodách hormonální antikoncepce, jakým způsobem přistupují k výběru HAK a zda odpovídá jejich životní styl a chování specifikům HAK? Hlavní cíl se podařilo splnit – zjistili jsme, že ačkoli dívky/ženy antikoncepci užívají, přesto nemají dostatečné informace především o kontraindikacích a o vztahu HAK a jejich zdravotního stavu, což považujeme za významné a alarmující zjištění.

Dalším důležitým zjištěním bylo, že uživatelky nejsou dostatečně proaktivní v získávání informací od svých gynekologů. Na druhé straně by se mohla zvýšit role gynekologů společně se sestrami, či porodními asistentkami, v poskytování informací, a tím se podílet na zodpovědném výběru – určitě by bylo vhodnější vybírat antikoncepci na míru podle individuálních potřeb a zdravotních a osobnostních indikací každé žadatelky. Dívky/ženy nejčastěji získávají informace v rodině nebo z vlastních zkušeností, což může poukazovat na to, že není dostatečně vytvořený vztah mezi jejich gynekologem a jimi samotnými, na což také ukazuje fakt, že dívky/ženy, které hormonální antikoncepci neuvívají, ke gynekologovi nechodí.

V neposlední řadě je důležitý fakt, že ženy nezvažují jiné formy antikoncepce, pokud se v jejich osobní či rodinné anamnéze vyskytnou nějaké rizikové faktory. Předpokládáme, že je to z důvodu toho, že nemají informace o novinkách a možnostech nového modernějšího řešení.

Hlavním úkolem gynekologů, sester a porodních asistentek proto je udržet žádoucí trend širokého používání nejrůznějších forem antikoncepce erudovaným předepisováním antikoncepce s důrazem na požadavky budoucí uživatelky a s využitím nejmodernějších antikoncepčních prostředků.

## SEZNAM LITERATURY

- ADAMCZYK, R., 2005. *Slovník zdravotnických zkratk.* Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-680-0.
- BARTÁK, A., 2006. *Antikoncepce: druhy antikoncepce: hormony, když všechno selže.* Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1351-9.
- B. BRAUN MEDICAL s. r. o, 2011. *Otestujte se na trombofilii.* [online]. [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: <http://www.zelenahvezda.cz/pacientska-sekce/p-cevni-problemy/otestujte-se-na-trombofilii>
- CULLINS E. V. a L. DOMINIQUEZ, 2009. Hormonální antikoncepce: chápou ženy skutečná rizika i výhody? In: *Gynekologie po promoci.* 9(6), 19-24. ISSN 1213-2578.
- ČEPICKÝ, P., 1993. *Antikoncepce.* Praha: Národní centrum podpory zdraví. ISBN 80-707-1004-7.
- ČEPICKÝ, P. a Z. ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, 2010. *Jak odpovídat na otázky o antikoncepci a plánovaném rodičovství.* Praha: Levret. ISBN 978-80-87070-49-9.
- ČEPICKÝ, P. a M. FANTA, 2011. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology.* Praha: Levret. ISBN 978-80-87070-51-2.
- FUCHS, N., 2005. Current view on hormone contraception in adolescence. In: *Gynekolog: časopis ženských lékařů.* 14(4), 157. ISSN 1210-1133.
- GERŽOVÁ, H., 2005. Současný pohled na hormonální antikoncepci u adolescentek. In: *Gynekolog: časopis ženských lékařů.* 14(4), 156-160. ISSN 1210-1133.
- GREGOROVÁ, P. a kol., 2010. Antikoncepční chování českých žen: Výsledky národního výzkumu. In: *Česká gynekologie.* 75(2), 141-148. ISSN 1210-7832.
- HOUROVÁ, M., 2007. Není všechno pravda, co se říká! 20 mýtů a pověr kolem antikoncepce. In: *Sanquis.* 54, 33-35. ISSN 1212-6631.
- HYÁNEK, J. a kol., 2010. Tromboembolické příhody u dívek a mladých žen užívajících hormonální antikoncepci. In: *Česko-slovenská pediatrie.* 65, 369-384. ISSN 0069-2328.
- JENIČEK, J., 2009. Hormonální antikoncepce a rizikové faktory civilizačních chorob. In: *Diagnózy v ošetrovatelství.* 5(10), 18. ISSN 1801-1349.
- JONÁŠ, J., 2013. *Kauza: Hormonální antikoncepce* [online]. [cit. 2013-11-04]. Dostupné z: <http://www.cestyzdravi.cz/clanky/kauza-hormonalni-antikoncepce>
- KLIMEŠ, L., 2005. *Slovník cizích slov.* Praha: SPN. ISBN 978-80-7235-446-7.



- KRAUS, J., 2006. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1415-3.
- KŘEPELKA, P., 2013. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. Praha: Mladá fronta a. s. ISBN 978-80-204-2991-9.
- MÁSLOVÁ, H., 2011. Pilulka, která změnila svět. In: *Regenerace*. **19(3)**, 18-20. ISSN 1210-6631.
- MÁSLOVÁ, H., 2013. *O mužích, kterým nerostou vousy, a ženách, co odkládají mateřství* [online]. [cit. 2013-12-20]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/298969-o-muzich-kterym-nerostou-vousy-a-zenach-co-odkladaji-materstvi.html>
- NEWCOMB, P. A. a kol., 1999. Zvyšuje hormonální antikoncepce riziko zhoubných nádorů? In: *Gynekolog*. **8(1)**, 29. ISSN 1210-1133.
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea, s. r. o. ISBN 978-80-902876-9-3.
- NOVOTNÁ, M., 2011. Moderní trendy v hormonální antikoncepci. In: *Medicína pro praxi*. **8(12)**, 544-546. ISSN 1214-8687.
- RAINE R. T. a D. WEISS, 2005. Podporuje postkoitální antikoncepce rizikové sexuální chování u dospívajících? In: *Gynekologie po promoci*. **5(6)**, 52-56. ISSN 1213-2578.
- RIEGROVÁ, D., 2013. *Získané trombofilní stavy* [online]. [cit. 2014-02-20]. Dostupné z: <http://pfyziolfup.upol.cz/castwiki2/?p=9800>
- SEIDLOVÁ, D., 1997. *Kontracepce pro praxi*. Praha: MAXDORF-JESSENIUS. ISBN 80-858-0039-X.
- SKÁLOVÁ, A., 2008. Ženy se zajímají především o výhody kontracepčních metod. In: *Zdravotnické noviny*. **57(19)**, 10-11. ISSN 1805-2355.
- ŠIMŮNKOVÁ, M., 2008. Antikoncepce – metoda plánování rodičovství, nebo byznys? In: *Zdravotnické noviny*. **57(13)**, 15-18. ISSN 1805-2355.
- TOŠNER, J., 2011. Jak vybrat správnou perorální hormonální antikoncepci? In: *Gynekolog*. **20(1)**. 7-14. ISSN 1210-1133.

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha A</b>	Dotazník	I
<b>Příloha B</b>	Čestné prohlášení	V

## **Příloha A - Dotazník**

**Dobrý den,**

**jsem studentkou oboru porodní asistentka na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s.**

**Touto cestou Vás prosím o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Informovanost dívek/žen o hormonální antikoncepci“. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze k účelům mé bakalářské práce. U každé otázky zaškrtněte pravdivě 1 odpověď, pokud není přímo u otázky uvedeno jinak. Předem děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.**

**Zuzana Emrová**

**1) Kolik Vám je let?**

- 15-17 let
- 18-20 let
- 21-25 let

**2) V současné době studujete?**

- gymnázium
- vysokou školu

**3) Kde, od koho jste se dozvěděla prvotní a základní informace o hormonální antikoncepci? (možnost více odpovědí)**

- gynekolog
- rodina
- kamarádka
- odborná literatura, škola
- internet
- časopis

**4) Absolvujete minimálně jednou do roka některé z níže uvedených vyšetření u svého gynekologa? (možnost více odpovědí)**

- měření krevního tlaku
- odběr krve
- gynekologické vyšetření (zrcadla, cytologie...)
- svého gynekologa pravidelně nenavštěvuji

**5) Informoval Vás Váš gynekolog dostatečně o výhodách, nevýhodách, indikacích, kontraindikacích a rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce?**

- rozhodně souhlasím
- částečně souhlasím
- nevím
- částečně nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím

**6) Napište vedle tvrzení Váš názor k níže uvedeným informacím: vybírat můžete z těchto možností: rozhodně souhlasím (A), částečně souhlasím (B), nevím (C), částečně nesouhlasím (D), rozhodně nesouhlasím (E)**

- Užívání HAK snižuje sexuální touhu. \_\_\_\_\_
- Užívání HAK snižuje výskyt nádoru vaječníků a nezhoubných nádorů prsu. \_\_\_\_\_
- Užívání HAK vede k promiskuitě. \_\_\_\_\_
- Užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti. \_\_\_\_\_
- Užívání HAK zvyšuje krevní tlak. \_\_\_\_\_
- Relativní kontraindikací užívání HAK je tromboembolické onemocnění v rodině. \_\_\_\_\_
- Kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK. \_\_\_\_\_
- Užívání HAK zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci. \_\_\_\_\_
- Užívání HAK snižuje bolestivost menstruace. \_\_\_\_\_
- Užívání HAK zpravidelňuje menstruační cyklus. \_\_\_\_\_
- Užívání HAK má pozitivní vliv na pleť. \_\_\_\_\_
- Užívání HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství. \_\_\_\_\_

**7) Vyskytovalo se/vyskytuje se ve Vaší rodině některé z těchto onemocnění? (možnost více odpovědí)**

- vysoký krevní tlak
- cukrovka
- vysoká hladina cholesterolu
- léčená deprese
- epilepsie
- tromboembolické onemocnění

**8) Kouříte?**

- ano
- ne

**9) Máte některá z těchto onemocnění? (možnost více odpovědí)**

- vysoký krevní tlak
- cukrovka
- vysoká hladina cholesterolu
- epilepsie
- léčená deprese

**10) Užíváte hormonální antikoncepci (pilulky, náplast, injekci, nitroděložní tělíčko)? (odpovíte-li na tuto otázku NE, dále již ve vyplňování dotazníku nepokračujte)**

- ano
- ne

**11) Jaký druh hormonální antikoncepce užíváte?**

*(odpovíte-li na tuto otázku odpověď a) pokračujte u otázky č. 12., jinak pokračujte u otázky č. 14.)*

- pilulky
- náplast
- injekce
- nitroděložní tělíčko

**12) Jaký druh pilulek hormonální antikoncepce užíváte?**

- jednofázové
- dvoufázové
- třífázové
- nevím

**13) Užíváte pilulky:**

- pravidelně
- občas zapomenu
- stává se mi, že často zapomínám
- přizpůsobuji si užívání pilulek svým individuálním potřebám (např. oddalování menstruace...)

**14) V kolika letech jste začala s užíváním hormonální antikoncepce?**

- před 16. rokem včetně
- 17 – 19 letech
- 20 a výše

**15) Co bylo důvodem pro začátek užívání hormonální antikoncepce? (možnost více odpovědí)**

- ochrana před početím
- nepravidelná menstruace
- problémy s pletí
- bez důvodu
- jiné? Vypište.

.....

**16) Proběhl výběr Vaší antikoncepce na základě podrobné analýzy Vaší osobní a rodinné anamnézy?**

- rozhodně souhlasím
- částečně souhlasím
- nevím
- částečně nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím

**17) Absolvovala jste některá z níže uvedených vyšetření před zahájením užívání hormonální antikoncepce? (možnost více odpovědí)**

- měření krevního tlaku
- měření BMI
- odběr krve
- gynekologické vyšetření
- zjišťování osobní a rodinné anamnézy
- nevím

**18) Proběhl výběr Vaší antikoncepce na základě podrobné analýzy Vaší osobní a rodinné anamnézy?**

- rozhodně souhlasím
- částečně souhlasím
- nevím
- částečně nesouhlasím
- rozhodně nesouhlasím

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že gymnázium a vysoká škola v Praze souhlasily s provedením dotazníkového šetření studentek, se sběrem dat a s následným zpracováním výsledků k účelům bakalářské práce, na téma informovanost dívek/žen o hormonální antikoncepci. Gymnázium a vysoká škola si však přejí zůstat anonymní.

V Praze dne

Podpis