

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

**INFORMOVANOST O KOMBINOVANÉ
HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCI**

Bakalářská práce

NIKOLA NĚMEČKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

Praha 2014



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

Němečková Nikola
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 26. 9. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Informovanost o kombinované hormonální antikoncepci

Knowledge about Combined Hormonal Contraception

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Lidmila Hamplová, Ph.D.

V Praze dne: 1. 11. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

Podpis:

PODĚKOVÁNÍ

Největší poděkování patří samozřejmě vedoucí této bakalářské práce MUDr. Lidmile Hamplové, PhD. Tímto bych ji chtěla poděkovat především za vedení naší práce, ochotný přístup, cenné připomínky a rady. V neposlední řadě, bych ji chtěla ještě poděkovat za její čas a trpělivost, kterou této práci obětovala.

Dále bych chtěla poděkovat vedení SZŠ a VOŠZ v Havlíčkově Brodě a VOŠ a Obchodní akademii v Chotěboři, které umožnilo uskutečnit výzkum na jejich škole. Děkuji také respondentkám, které věnovaly svůj čas vyplněním dotazníku.

A nakonec děkuji všem, kteří jakýmkoliv způsobem přispěli k tvorbě této práce.

ABSTRAKT

NĚMEČKOVÁ, Nikola. *Informovanost o kombinované hormonální antikoncepci*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. Praha. 2014. 97 s.

Tématem bakalářské práce je zjistit informovanost dívek o kombinované hormonální antikoncepci a jejich rizicích. Práce má průzkumný charakter. Průzkumné šetření bylo realizováno u dívek, které užívají kombinovanou hormonální antikoncepci („formu pilulky“). Toto téma je v současné době velmi aktuální, především v souvislosti s riziky, které antikoncepční metodu provází. Z tohoto důvodu jsme se na téma zaměřili a provedli průzkumné šetření.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část přibližuje historii, vývoj, druhy antikoncepčních metod. Především však charakterizuje kombinovanou hormonální antikoncepci a komplikace spojené s jejím užíváním.

Nosnou částí práce je empirická část, která zobrazuje vyhodnocení výsledků vlastního šetření. Informovanost dívek ve věkové kategorii 17-19 let jsme se rozhodli zjistit formou anonymního dotazníku, který má 20 položek. Jednotlivé položky v dotazníku byly formulovány na podkladě předem stanovených cílů. Celkem jsme rozdali 110 dotazníků dívkám, které užívají kombinovanou hormonální antikoncepci („formu pilulky“). Průzkumné šetření bylo uskutečněno v Kraji Vysočina s cílem porovnat znalosti dívek středních škol zdravotnických a nezdravotnických oborů. Praktická část je zakončena vyhodnocením získaných výsledků průzkumného šetření, které jsou zobrazeny v tabulkách a grafech s celkovým shrnutím.

Klíčová slova

Antikoncepce. Dívky. Estrogen. Kontraindikace. Metody. Progesteron. Účinky.

ABSTRACT

NĚMEČKOVÁ, Nikola. *Knowledge about Combined Hormonal Contraception*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc). Supervisor: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD. Prague. 2014. 97 pages.

Topic of bachelor's thesis is to find out a level of knowledge of girls about the combined hormonal contraception and their risks. The thesis contains survey character. The researches were conducted among girls taking the combined hormonal contraception ("the pill form"). This topic is today very topical, primarily in connection with risks which accompany with contraceptive method. That's the reason why we have focused on the topic and carried out the researches.

The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part explains the history, evolution and sorts of contraceptive methods. However this part describes mainly the combined hormonal contraception and complications associated with its use.

The main part of the thesis is the empirical part, which shows the evaluation of results of the researches. We decided to find out knowledge of girls at the age 17-19 years by means of using an anonymous questionnaire, which has got 20 items. Individual items in the questionnaire were based on predetermined targets. In total, we distributed 110 questionnaires to the girls taking the combined hormonal contraception ("the pill form"). The researches were implemented in the Vysočina Region with the purpose to compare the knowledge of girls from Secondary Schools of nursing and non-nursing professions. The practical part contains the evaluation of results of the researches which are shown in tables and graphs with total summary.

Key words

Contraception. Girls. Oestrogen. Contraindication. Methods. Progesterone. Effects.

PŘEDMLUVA

Antikoncepce (kontracepce) je termín pro reverzibilní metodu ochrany před početím. Umožňuje regulovat reprodukci, která provází lidský druh od jeho vzniku. S rozvojem civilizace se metody stávají sofistikovanějšími (ČEPICKÝ et al., 2011).

Moderní antikoncepce nebrání pouze nechtěnému těhotenství, ale v současné době má také velké množství příznivých léčebných účinků. Jejich spektrum sahá od banalit kosmetického charakteru (projevy akné, libovolný posun pseudomenstruace) až po pokles rizika závažných a život ohrožujících stavů (karcinom endometria, ovaria, prsu a tračnicku). Tyto příznivé vedlejší účinky musíme také zvažovat, pokud hodnotíme rizika kombinované perorální hormonální antikoncepce (COC). Dnes, však všeobecně přijatý názor říká, že příznivé léčebné účinky COC daleko převyšují její zdravotní rizika (BARTÁK, 2006).

Především rozhodnutí ženy je základním předpokladem k užívání antikoncepce. Hlavním důvodem, který může vést dospívající dívky k rozhodnutí pro užívání kombinované hormonální antikoncepce, může být právě strach z těhotenství. Nejvýznamnějším postojem zaujatým proti užívání COC může být obava z rizik a nežádoucích účinků, či snad pověr, které s užíváním COC úzce souvisí. Žena, jež se rozhodne užívat tento druh kontracepce, by měla být dostatečně informovaná od svého gynekologa (ČEPICKÝ et al., 2011).

Cílem této práce je všestranně přiblížit kombinovanou perorální (užívanou ústy) hormonální antikoncepci. Toto téma je v současné době velmi aktuální, jelikož se na užívání tohoto druhu antikoncepce váže řada zdravotních komplikací. Právě to je hlavním důvodem, proč se na tento druh antikoncepční metody zaměřují cíleně některá média. Bohužel je spousta médií, která negativně ovlivňují společnost. V našem okolí existuje mnoha žen, které mají obavy z rizik a komplikací, jakou může být např. plicní embolie. Dívky užívající tuto antikoncepční metodu by se měly v této oblasti dostatečně orientovat. Znalosti o COC dívkám pomohou mít přehled v neúplných a mylných informacích, které publikují některá bulvární či tzv. „seriózní“ média. Jedině tak vystrašené dívky dokážou ignorovat zkreslené informace, které novináři distribuují. Nejlépe náš zdravý rozum s rukou v ruce se zdravým životním

stylem a poznatky lékařské vědy (tzv. „lege artis“) ověřené studií nás uchrání od leckdy naprosto zbytečných obav (ČEPICKÝ et al., 2011).

Je dobré si také uvědomit, jaké nám hrozí riziko při užívání COC a jakému se vystavujeme riziku při každodenních lidských činnostech, které by žena měla mít taktéž na paměti (ČEPICKÝ et al., 2011).

V České republice na komplikace COC umírá asi 2:1 milionu žen za rok. Při dopravních nehodách je úmrtnost cca 100:1 milionu za rok, tudíž je o mnoho vyšší než při užívání COC. Zajímavé také je, že riziko uhoření při požáru v domácnosti je cca 7:1 milionu za rok. Shrnutím těchto informací by se dalo říci, že riziko úmrtí v důsledku plicní embolie při užívání COC je stejné, jako riziko úmrtí v důsledku teroristického útoku na letadlo (ČEPICKÝ et al., 2011).

Ženy, které se úzkostlivě obávají zdravotních rizik a komplikací z důvodu užívání COC, by se měly obávat především jezdit autem a rovněž i prostého pobytu v domácnosti (ČEPICKÝ et al., 2011).

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD.....	20
1 HISTORIE ANTIKONCEPCE.....	22
2 ANTIKONCEPCE	25
2.1 ETICKÉ A PRÁVNÍ ASPEKTY ANTIKONCEPCE	25
2.2 SPOLEHLIVOST ANTIKONCEPCE (PEARL INDEX)	26
2.3 MUŽSKÉ ANTIKONCEPČNÍ METODY	27
2.3.1 PŘERUŠOVANÁ SOULOŽ (COITUS INTERRUPTUS)	27
2.3.2 PREZERVATIV (KONDOM)	27
2.3.3 STERILIZACE	28
2.4 ŽENSKÉ ANTIKONCEPČNÍ METODY	28
2.4.1 PŘIROZENÁ ANTIKONCEPCE	28
2.4.2 BARIÉROVÁ ANTIKONCEPCE.....	28
2.4.3 CHEMICKÁ ANTIKONCEPCE (SPERMICIDY).....	30
2.4.4 NITRODĚLOŽNÍ TĚLÍSKO (IUD).....	30
2.4.5 GESTAGENNÍ ANTIKONCEPCE (HORMONÁLNÍ).....	31
2.4.6 POSTKOITÁLNÍ ANTIKONCEPCE (HORMONÁLNÍ)	33
2.4.7 STERILIZACE	34
3 KOMBINOVANÁ PERORÁLNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE	35
3.1 MECHANISMUS ÚČINKU	35
3.2 FARMAKOLOGIE.....	36
3.3 COC A PLODNOST ŽENY.....	36
3.4 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY COC	37

3.4.1	ŽILNÍ SYSTÉM.....	37
3.4.2	SRDCE A TEPNY	38
3.4.3	JATERNÍ POŠKOZENÍ.....	38
3.4.4	RAKOVINA PRSU	39
3.4.5	VÁHOVÝ PŘÍRŮSTEK.....	39
3.4.6	POKLES LIBIDA A PSYCHICKÉ ZMĚNY	39
3.4.7	BOLESTI HLAVY	40
3.4.8	NAUSEA.....	40
3.4.9	NEPRAVIDELNÉ KRVÁCENÍ	40
3.4.10	OSTATNÍ NEPŘÍJEMNOSTI.....	40
3.5	PŘÍZNIVÉ ÚČINKY COC	41
3.5.1	RAKOVINA DĚLOHY A VAJEČNÍKŮ	41
3.5.2	GYNEKOLOGICKÉ ZÁNĚTY.....	41
3.5.3	BOLESTIVÁ MENSTRUACE A PŘEDMENSTRU. POTÍŽE	42
3.5.4	MIMODĚLOŽNÍ TĚHOTENSTVÍ.....	42
3.5.5	KREVNÍ ZTRÁTA PŘI MENSTRUACI A ÚPRAVA CYKLU	42
3.5.6	KOSMETICKÝ EFEKT	42
3.5.7	DALŠÍ PŘÍJEMNÉ VEDLEJŠÍ ÚČINKY	43
3.6	KONTRAINDIKACE COC	43
3.6.1	ABSOLUTNÍ KONTRAINDIKACE	43
3.6.2	RELATIVNÍ KONTRAINDIKACE	43
3.7	KOUŘENÍ, VĚK A ANTIKONCEPCE	44
4	KOMBINOVANÁ NEPERORÁLNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....	45
4.1	TRANSDERMÁLNÍ ANTIKONCEPČNÍ NÁPLASTI.....	45
4.2	VAGINÁLNÍ KROUŽEK.....	45
5	PREVENTIVNÍ PROHLÍDKA V GYNEKOLOGI A PORODNICTVÍ	46
6	POPIS ŘEŠENÍ PRŮZKUMU	48

6.1	PRŮZKUMNÝ PROBLÉM	48
6.2	PRŮZKUMNÉ CÍLE	48
6.3	HYPOTÉZY	48
6.4	PRŮZKUMNÁ TVRZENÍ	49
6.5	METODIKA PRŮZKUMU	49
6.6	ČASOVÝ HARMONOGRAM	49
6.7	PRŮZKUMNÝ SOUBOR	50
6.8	TECHNIKA DOTAZNÍKU	50
6.9	ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	51
6.9.1	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ANAMNESTICKÝCH ÚDAJŮ ..	52
6.9.2	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 1	53
6.9.3	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 2	55
6.9.4	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 3	56
6.9.5	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 4	57
6.9.6	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 5	58
6.9.7	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 6	59
6.9.8	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 7	60
6.9.9	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 8	62
6.9.10	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 9	64
6.9.11	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 10	66
6.9.12	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 11	67
6.9.13	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 12	69
6.9.14	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 13	71
6.9.15	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 14	73
6.9.16	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 15	74
6.9.17	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 16	75
6.9.18	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 17	76

6.9.19	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 18	77
6.9.20	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 19	78
6.9.21	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ POLOŽKY 20	81
6.10	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	82
6.10.1	PRŮZKUMNÉ CÍLE	82
6.10.2	HYPOTÉZY	83
6.10.3	PRŮZKUMNÁ TVRZENÍ	84
6.11	DISKUZE	87
6.11.1	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINÝMI PRŮZKUMY	87
6.11.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	89
	ZÁVĚR	92
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	94
	PŘÍLOHY	98

SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ATB	antibiotika
atd.	a tak dále
COC	Combined Oral Contraception
Cm	centimetr
č.	číslo
ČR	Česká republika
DM	diabetes mellitus
Dr.	doktor
g	gram
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IUD	Intrauterine Device
kg	kilogram
l	litr
mg	miligram
ml	mililitr
mm	milimetr
např.	například
N. Ú.	nežádoucí účinky
NO	nezdravotnický obor
pH	Potential of Hydrogen
PMS	premenstruální syndrom
př. n. l.	před naším letopočtem
TEN	tromboembolická nemoc
tzv.	takzvaně
µg	mikrogram
µm	mikrometr
WHO	World Health Organisation
ZO	zdravotnický obor
↓ a ↑	snížení, nižší; zvýšení, vyšší

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Amenorea – vynechání (absence) menstruace

Androgen – mužský pohlavní hormon

Anémie – chudokrevnost

Antikoagulační – protisrážlivý

Antikonvulziva – léky proti křečovým stavům

Artérie – tepna

Artritida – zánět kloubů

Ateroskleróza – kornatění tepen

Coitus interruptus – přerušovaný pohlavní styk

Corpora cavernosa – topořivá tělesa

Cysta – váček, patologická dutina v orgánu

Depotní – prodloužený účinek (zásobní)

Diabetes mellitus – cukrovka

Diafragma – vaginální pesar

Dyslipidémie – porucha hladiny tuků v krvi

Dysmenorea – bolestivá menstruace

Dyspnoe – dušnost

Embolie – stav, při kterém materiál (tkáň, tuk, vzduch, krevní sraženina atd. – tzv. embolus) cestuje krevním řečištěm a pak se usazuje v žíle či tepně a brání průtoku krve touto cévou

Embryo – zárodek

Endometrium – děložní sliznice

Eliminace – vyloučení, odstranění

Epilepsie – padoucnice

Escherichia coli – střevní bakterie (enterobakterie)

Estrogen – ženský pohlavní hormon

Femidom – ženská forma prezervativu

First pass efekt – účinek prvního průchodu játry

Flexibilní – pohyblivý, pružný

Gonadotropin – hormon, který stimuluje vývoj pohlavních orgánů, navozuje v těle vývoj pohlavních buněk a stimuluje produkci dalších pohlavních hormonů

Hemodynamika – fyzikální vlastnost krve a cév na tlak krve a její proudění cévami

Hypercholesterolémie – vysoká hladina cholesterolu v krvi

Hyperlipidémie – vyšší hladina tuků v krvi

Hyperprolaktinémie – zvýšená hladina hormonu prolaktinu v krvi

Hypertenze – vysoký krevní tlak

Hypofýza – žláza s vnitřní sekrecí uložená na spodině mozku, podvěsek mozkový

Hypotalamus – spodní část mezimozku

Chlamydia trachomatis – gramnegativní bakterie, které parazitují uvnitř vnímavých buněk sliznic, přenáší se pohlavním stykem

Chloasma – nadměrné tvoření pigmentu v obličeji

Cholecystitiáza – tvorba kamenů ve žlučníku

Cholestáza – porušení toku žluči do střeva

Imobilizace – krátkodobé nebo dlouhodobé znahybnění

Infarktu myokardu – ohraničené odumření srdeční svaloviny po zamezení přívodu krve z uzavřené tepny

Inhibice – blokáda, překážka, zábrana

Intramuskulárně – do svalu, nitrosvalově

Intrauterine Device – nitroděložní kontracepce (antikoncepce)

Interrupce – umělé přerušování těhotenství

Ireverzibilní – nevratný, nezvratný

Ischémie – místní nedokrevnost tkání nebo orgánů

Kardiovaskulární – týkající se srdce a cév

Koagulace – srážení krve

Koagulopatie – porucha srážlivosti krve

Koitus – pohlavní styk

Kontracepce – antikoncepce (jakákoliv metoda zabraňující početí)

Lactobacilus – bakterie, která je součástí pozitivní střevní mikroflóry

Leukocyty – bílé krvinky

Libido – pohlavní pud

Malformace – vrozená vývojová odchylka tvaru

Mastopatie – nezhoubné onemocnění prsní žlázy provázené vznikem cyst

Migréna – záchvatovitá bolest hlavy, zpravidla jen jedné poloviny, která je často provázená nevolností, zvracením a světloplachostí

Nausea – nevolnost, pocit na zvracení

Neisseria gonorrhoea – gramnegativní bakterie z kmene proteobakterií, která vyvolává pohlavně přenosnou chorobu kapavku

Neurotransmitter – chemická látka uvolňovaná z nervového zakončení na synapsi, která slouží k přenosu impulsu přes synaptickou štěrbinu a umožňuje tak další šíření podráždění (v nervovém systému)

Ovaria – vaječníky

Peristaltika – rytmické smršťování svalstva trávicího ústrojí

Pesar – ženský bariérový antikoncepční prostředek

Postkoitální – po pohlavním styku, po souloži

Post – pill – po ukončení užívání pilulek, prášků (např. COC)

Prezervativ – mužský gumový ochranný a antikoncepční prostředek, kondom

Progestin (progesteron) – ženský pohlavní hormon ovlivňující početí a průběh těhotenství

Pseudomenstruace – umělý menstruační cyklus, který vzniká při užívání hormonální antikoncepce

Reverzibilní – vratný, schopný zpětného procesu

Retence – zadržování

Revmatoidní artritida – zánětlivé autoimunitní onemocnění kloubů

Reziduální – zbylý, zbytkový, doznívající

Sterilizace – zákrok, který způsobí neplodnost, ale nepoškodí pohlavní žlázy

Transdermální – působící přes kůži (např. léčivá náplast)

Treponema pallidum –

Tromboembolie – krevní sraženina (trombus), která se uvolnila do krevního oběhu a uzavírá krevní cévu, může nastat v žilním systému (žilní tromboembolie) nebo v tepnách (tepenná tromboembolie)

Trombofilie – vrozený sklon ke zvýšenému srážení krve

Tromboflebitida – zánět povrchových žil

Trombóza – ucpání cévy trombem, který vznikl na místě ucpání

Trombus – krevní sraženina

Tuba uterina – vejcovod

Tumor – nádor, novotvar, otok zanícené tkáně

Tyreopatie – chorobné postižení štítné žlázy, které způsobuje např. snížení funkce (hypothyreóza), zvýšení funkce (hypertyreóza) nebo vede k morfologickým změnám např. k strumě (zvětšení štítné žlázy)

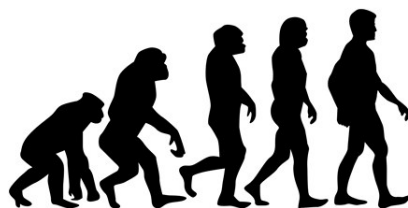
Vazektomie – přerušení chámovodů a podvázání jejich obou konců v šourku

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 Evoluce	20
Obrázek 2 Antikoncepční tablety	24
Obrázek 3 Bariérová antikoncepce	29
Obrázek 4 IUD – hormonální	33
Obrázek 5 Depotní injekce.....	33
Obrázek 6 Bolesti hlavy	43
Obrázek 7 Migréna	43
Obrázek 8 Zdravotnická dokumentace	47
Tabulka 1 Věk dotazovaných respondentek	52
Tabulka 2 Respondentka je kuřačka nebo nekuřačka	52
Tabulka 3 Počet vykouřených cigaret za 24 hod. – u kuřaček	52
Tabulka 4 Věk zahájení užívání COC	53
Tabulka 5 Důvod užívání COC	55
Tabulka 6 Znalost příbalového letáku COC	56
Tabulka 7 Obsah hormonů v pilulce COC	57
Tabulka 8 Princip fungování COC	58
Tabulka 9 Způsob užívání COC	59
Tabulka 10 Kontraindikace v užívání COC	60
Tabulka 11 Získané informace o COC	62
Tabulka 12 Nežádoucí účinky COC	64
Tabulka 13 Výskyt nežádoucích účinků při užívání COC	66
Tabulka 14 Nejčastější výskyt nežádoucích účinků při užívání COC	67
Tabulka 15 Příznivé účinky COC	69
Tabulka 16 Kouření a kardiovaskulární onemocnění při užívání COC	71

Tabulka 17 Znalost pojmu žilní trombóza	73
Tabulka 18 Vliv antibiotik na kontracepční účinek COC	74
Tabulka 19 Vliv zapomenutí COC na kontracepční účinek	75
Tabulka 20 Ochrana před pohlavními chorobami	76
Tabulka 21 Gynekologické kontroly	77
Tabulka 22 Vyšetření při gynekologické kontrole	78
Tabulka 23 Interval předepsané antikoncepce	81
Graf 1 Věk zahájení užívání COC	53
Graf 2 Znalost příbalového letáku COC	55
Graf 3 Obsah hormonů v pilulce COC	57
Graf 4 Princip fungování COC	58
Graf 5 Způsob užívání COC	59
Graf 6 Kontraindikace v užívání COC	60
Graf 7 Získané informace o COC	62
Graf 8 Nežádoucí účinky COC	64
Graf 9 Nejčastější výskyt nežádoucích účinků při užívání COC	67
Graf 10 Příznivé účinky COC	69
Graf 11 Kouření a kardiovaskulární onemocnění při užívání COC	71
Graf 12 Znalost pojmu žilní trombóza	73
Graf 13 Vliv antibiotik na kontracepční účinek COC	74
Graf 14 Vliv zapomenutí COC na kontracepční účinek	75
Graf 15 Ochrana před pohlavními chorobami	76
Graf 16 Vyšetření při gynekologické kontrole	78
Graf 17 Interval předepsané antikoncepce	81

ÚVOD



Zdroj: <http://www.lidovky.cz>

Obrázek 1 Evoluce

Sexus je generátorem evoluce.

Camillo Boito

Lidská sexualita je v mozku člověka zakódovaná jako evoluční úmysl. Lidská bytost však spojila smysl evoluční (rozmnožovací) s příjemnými sexuálními zážitky. Vznik a vývoj antikoncepčních metod vedl tedy k tomu, aby se oddělil pohlavní život od plození potomků. Moderní antikoncepce tak umožnila člověku, aby odděleně užíval příjemných sexuálních zážitků, aniž by nesl následky rodičovské zodpovědnosti. Používání antikoncepčních metod je zodpovědnost vůči sobě, svému zdraví, partnerovi a dětem, které se mají narodit. Děti by se měly narodit tehdy, kdy jim jsou rodiče schopni zajistit dobré zázemí. Od roku 1960 má lidstvo k dispozici bezpečné a spolehlivé antikoncepční metody, pomocí nichž může zodpovědněji plánovat rodičovství (ČEPICKÝ et al., 2011).

V bakalářské práci na téma „Informovanost o kombinované hormonální antikoncepci“ se zaměřujeme ze všech možných kontracepčních metod především na užívání kombinované perorální hormonální antikoncepce u dospívajících dívek, jelikož tato kontracepční metoda je ve 21. století nejoblíbenější, nejpoužívanější a nejspolehlivější antikoncepční metodou. Kombinovaná hormonální antikoncepce je estrogenagenní kombinace nejčastěji v podobě tablet („pilulek“) – odtud pochází zkratka COC (Combined Oral Contraception). Na užívání kombinované hormonální antikoncepce se váže řada pověr, mýtů, nesmyslů a polopravd, ve kterých se spousta žen nemůže orientovat. Na podkladě této skutečnosti jsme se rozhodli přiblížit problematiku COC v naší bakalářské práci. Právě pověry, které se mezi lidmi šíří jsou často ovlivněny přesvědčením, názorem, zkušeností či ideologií než znalostmi poznatků vědecké medicíny (ČEPICKÝ et al., 2011).

Cíl této práce je strukturován mezi dvě hlavní části. První částí je část teoretická, která přibližuje historii antikoncepce, její vývoj a druhy antikoncepčních

metod. Především však charakterizuje COC a komplikace spojené s jejím užíváním. Druhá, empirická část práce je věnována průzkumu, který mapoval míru informovanosti dospívajících dívek (17-19 let) o COC a jejich rizicích u dívek, které užívají COC („formu pilulky“). Téma jsme si zvolili z důvodu, že je v současné době velmi aktuální, především v souvislosti s riziky, které antikoncepční metodu provází. Domníváme se, že většina dospívajících dívek je velmi málo informována o COC a jejich rizicích. Realizací průzkumného šetření jsme se chtěli dozvědět a porovnat, jaký je rozdíl v informovanosti o COC mezi studentkami středních škol zdravotnických a nezdravotnických oborů. Také nás zajímalo, od kolika let nejčastěji dospívající dívky užívají COC, jaký byl jejich nejčastější důvod k nasazení, kdo je informoval o rizicích COC a jakou mají úroveň znalostí v dané problematice. Dále nás zajímalo, zda se u těchto dospívajících dívek vyskytly nežádoucí účinky v souvislosti s užíváním COC, zda zodpovědně chodí na preventivní gynekologické kontroly, a jaký je rozdíl ve věku nasazení COC mezi dívkami zdravotnických a nezdravotnických oborů.

V závěru praktické části naší práce interpretujeme vlastní vyhodnocení všech získaných dat z průzkumného šetření. Z analyzovaných a interpretovaných výsledků lze vyvodit skutečnost, že mladá populace je o COC nedostatečně informována, přestože je problematika COC poměrně diskutované téma. Pokud se žena rozhodne pro užívání COC měla by dobře znát její složení, princip, kterým působí žádoucí zábranu otěhotnění, dále pak kontraindikace, příznivé léčebné účinky, nepříznivé nežádoucí účinky, rizika a komplikace stejně dobře jako způsob užívání kontracepční metody. Proto je nezbytné, aby neinformovaná mladá populace dívek byla vhodným způsobem o problematice COC informovaná. Navrhli jsme možná řešení (viz doporučení pro praxi), která by mohla vést ke zvýšení a prohloubení informovanosti dospívajících dívek a žen v této problematice oblasti.

1 HISTORIE ANTIKONCEPCE

Snaha oddělit pohlavní život od plození dětí, je stará jako lidstvo samo. Tuto prevenci lze zaznamenat v lidské kultuře od doby, kdy člověk rozpoznal spojitost koitu a gravidity. Mezi nejstarší antikoncepční metodu patřila přerušovaná soulož, která byla popsána již v Bibli. Biblickým hrdinou je Ónan, který je legendárním vynálezcem nejprostší antikoncepční metody která se nazývá přerušovaná soulož (BARTÁK, 2006).

Již staří Egypťané doporučovali a využívali řadu metod, které měly zabránit početí. Kolem roku 1850 př. n. l. byl v Egyptě sepsán tzv. Petriho papyrus, který doporučoval zavést před souloží do pochvy pastu vyrobenou z krokodýlího trusu. Jiné prameny nabízejí zase trus sloní, popřípadě volskou žluč, stromovou smůlu nebo zeli (BARTÁK, 2006).

Staří arabští učenci zase doporučovali použití pravého varlete vlka, které se obalí bavlnou nasáknutou olivovým olejem. Tento antikoncepční čípek se zaváděl do pochvy před pohlavním stykem (BARTÁK, 2006).

Indové, plodnost žen potlačovali zařikáváním a někteří i vykuřováním pochvy. Jakkoliv takovéto metody vypadají velmi bizarně, mohou mít i racionální jádro, neboť v řadě těchto podivných substancí a metod, jsou někdy obsaženy látky usmrcující spermie. Stejný princip je ostatně v antikoncepci využíván dosud a moderní antikoncepční čípky mají vlastně hodně společného s těmito zvláštními prostředky. Zabíjení spermií obstarávají nyní látky modernější, které navíc působí i dezinfekčně (BARTÁK, 2006).

Již ve starověku si však lidé uvědomovali omezení těchto tzv. bariérových metod. Především si uvědomili nutnosti rušivé a nepříjemné manipulace na pohlavních orgánech těsně před stykem. Proto hledali i jiné metody, které by byly snadněji použitelné. Ve starověké Číně mělo například ochranu před početím ženy na plných 5 let zajistit spolknutí 24 živých pulců chycených v předjaří. O spolehlivosti si nedělali iluze a nedělal si je ani ve 13. století profesor pařížské univerzity, filozof Albert, zvaný později Veliký, který za spolehlivější považoval polykání živých včel (BARTÁK, 2006).

Až středověk se svým restriktivním postojem k sexualitě přinesl do regulace reprodukce něco málo nového. Kladl důraz na sexuální čistotu (chápáno jako svéráznou „antikoncepční“ metodu). Vytvořil mechanické překážky soulože, jako je pás cudnosti a především objevil návlek na penis. Tento návlek měl mít zprvu funkci ochrany před francouzskou nemocí (lues) a až později antikoncepční (ČEPICKÝ et al., 2011).

Ani renesance a počátky novověku nezaznamenaly žádný zvrat. A žádná z těchto metod nedoznala většího rozšíření a neudržela se až do současnosti (ČEPICKÝ et al., 2011).

Historie moderní antikoncepce se začíná psát až roku 1921, kdy si Rakušan Dr. Haberlandt povšiml, že výtažky z vaječnicků těhotných zvířat mohou být použity jako antikoncepce. Tyto výtažky totiž blokují uvolnění zárodečných buněk z vaječniku. Z dnešního pohledu je mechanismus účinku jasný. Vaječnický obsahují hormony estrogen a progesteron stejně jako novodobé antikoncepční pilulky. Jenže, tyto výtažky z vaječnicků nebyly vhodné k širokému použití. Bylo nutné je podávat injekčně (protože přirozené hormony se z trávicího ústrojí nevstřebávají), a navíc vyšly také dost draze. K získání pouhých 12 mg estrogenu, což byla dávka tak pro 1 uživatelku, bylo zapotřebí vaječnicků z 80 tisíc prasnic (BARTÁK, 2006).

Naději přinesla umělá syntéza progesteronu (ženského hormonu), kterou získal americký chemik Russel Marker z výtažku mexické rostliny. V roce 1951 vytvořili z téže suroviny jiní američtí vědci norethisteron a progestin dodnes široce využívaný v gynekologii. Předpoklady tak byly vytvořeny. Tato látka se využívala v léčbě ženských nemocí, ale stále se váhalo s jejím podáním (formou antikoncepce) zdravým lidem. Těmi statečnými, byli biologové Gregory Pincus a H. C. Chang s porodníkem Johnem Rockem, kteří se poprvé odvážili vyzkoušet pokus na malé skupině dobrovolnic v Bostonu. Dokázali, že tato metoda je použitelná. V roce 1956 se přistoupilo k prvnímu velkému pokusu na Portoriku, díky tamějšímu mimořádně pokrokovému guvernérovi. A již v roce 1960 Americký úřad pro potraviny a léčiva schválil do výroby první antikoncepční tabletku nazvanou Enavid-10, i když bylo třeba ještě doladit hormonální dávky (BARTÁK, 2006).

Z dnešního pohledu obsahovala antikoncepční tableta hormonů příliš mnoho. Dávka estrogeneru v 1 tabletě dnešní uživatele stačí na 5 dní a dávka progestinu dokonce na 20 dní. Letopočet 1960 se stal rokem, kdy antikoncepční tablety, jež dnes v USA užívá každá druhá žena, zahájily své vítězné tažení světem (BARTÁK, 2006).



Zdroj: <http://zeny.e15.cz>

Obrázek 2 Antikoncepční tablety

2 ANTIKONCEPCE

Pojem kontracepce označuje reverzibilní metody ochrany před početím. Ve vlastním slova smyslu by do oblasti antikoncepce neměla patřit postkoitální antikoncepce a sterilizace. Tyto metody již nejsou preventivní, ale přesto se do oblasti antikoncepce zařazují (ČEPICKÝ, et al., 2011). Antikoncepce by měla být především účinná, jednoduchá, cenově přístupná, nesmí být pro ženu toxická a ohrožovat její pozdější fertilitu. Mezi prostředky, které nám umožňují regulovat potomstvo, patří např. přirozené metody, bariérové, hormonální a v neposlední řadě interrupce. Hlavní smysl moderní antikoncepce je přežití člověka jako druhu. Jinými slovy, zabránit stoupajícím počtům uměle přerušovaných těhotenství – interrupcí (BARTÁK, 2006).

Moderní pohled se soustředí na antikoncepci z hlediska lidských práv. Na konferenci v Teheránu v roce 1968 bylo přijato, že: *rodiče mají základní lidské právo svobodně a zodpovědně určovat počet svých dětí a časový odstup mezi nimi.* V Bukurešti v roce 1974 zdůraznila I. světová populační konference, že: *potenciálním rodičům se má dostat informací a prostředků, aby tak mohli učinit.* V roce 1979, bylo konstatováno v Mezinárodním roce dítěte, že: *dítě má právo narodit se jako dítě chtěné, jehož příchod na svět rodiče plánují.* V roce 1990 formulovala své stanovisko Mezinárodní společnost plánovaného rodičovství (IPPF) v zásadě, že: *společnost musí podniknout všechno, aby se zabránilo neplánovanému těhotenství, především důkladnou sexuální výchovou a dostupností antikoncepce* (ČEPICKÝ et al., 2011, s. 8).

Mezinárodní úmluvy se shodují v postoji pro zavedení antikoncepce, ne však ze samoučelného důvodu, nýbrž jako prostředku k zajištění základních lidských práv rodičů a dětí (ČEPICKÝ et al., 2011).

2.1 Etické a právní aspekty antikoncepce

Moderní pohled antikoncepce zahrnuje antikoncepci do širšího rámce lidských práv. Závažným etickým přínosem moderní spolehlivé antikoncepce jsou důsledky jejího užívání a snížení počtu interrupcí. Kolerace mezi procentem žen užívajících

spolehlivou antikoncepci s počtem interrupcí je jednoznačná a antikoncepce zůstává jedinou známou cestou, jak počet interrupcí snížit na minimální hodnoty. Jediná významná skupina, která stojí proti moderní antikoncepci, je katolická církev (ROZTOČIL, 2011, s. 106).

Lékař je povinen informovat o způsobu užívání antikoncepce, spolehlivosti a možných nežádoucích účincích, rizicích a komplikacích. Ze strany lékaře podléhá užívání antikoncepce pochopitelně povinné mlčenlivosti. Dívky mladší 18 let se o užívání antikoncepce mohou rozhodovat samy, bez souhlasu rodičů. Komplikace nastává u dívek mladších 15, zde je právní situace velmi složitá. U žen, které jsou zbaveny svéprávnosti, musí o užívání antikoncepce rozhodnout opatrovník, který je stanoven soudem. Pokud o antikoncepci žádá rodina u žen s duševní poruchou, které ještě nejsou zbaveny svéprávnosti, tak zde záleží na individuálním posouzení lékařem (ROZTOČIL, 2011).

2.2 Spolehlivost antikoncepce (Pearl index)

Spolehlivost antikoncepčních metod je udávána Pearlovým indexem (tzv. těhotenským číslem). Pearlův index nám umožňuje posoudit bezpečnost antikoncepční metody. Při jedné ochranné metodě, kterou se chrání 100 žen po dobu 1 roku nám Pearlův index představuje počet nežádoucích otěhotnění v průběhu 1 roku. Například, je-li uveden Pearlův index číslem 2, tak došlo v průběhu 1 roku ke dvěma nechtěným těhotenstvím ze 100 žen. Nízký Pearlův index znamená vysoký stupeň spolehlivosti, vysoký stupeň pak naopak nízkou spolehlivost dané antikoncepční metody. Při volbě druhu kontracepčního prostředku je nutno brát v úvahu nejen přednosti dané metody (spolehlivost), ale i její riziko a nežádoucí účinky (VRÁNOVÁ, 2010).

Chyba při užívání určité kontracepční metody bývá nejčastější příčinou jejího selhání. U COC to bývá právě opomenutí užití tablety. Riziko opomenutí se u aplikačních systémů snižuje, jelikož mohou být podávány jednou týdně nebo jednou měsíčně. Nižší riziko selhání mají také dlouhodobé reverzibilní antikoncepční metody. Tyto metody se aplikují na delší dobu než je jeden menstruační cyklus (např. nitroděložní tělíska a gestagenní depotní přípravky (FAIT, 2012).

Hodnoty Pearlova indexu je nutno brát pouze jako přibližné neboť se opírají o časté metodologické problémy. Důležité je, že obecně Pearlův index klesá s věkem. S věkem totiž klesá jak počet pohlavních styků, tak i přirozená plodnost ženy (ROZTOČIL, 2011).

2.3 Mužské antikoncepční metody

2.3.1 Přerušovaná soulož (coitus interruptus)

Přerušovaná soulož patří mezi tzv. „přirozené metody“, protože u této metody nepotřebujeme žádná instrumentální opatření. Princip metody je prostý. Muž ukončí pohlavní styk ještě před svým orgasmem. K ejakulaci tedy dojde mimo rodidla ženy. Cílem je zabránit tomu, aby se spermie dostaly do pohlavního ústrojí ženy. Tato metoda má však ještě několik bezpečnostních pravidel: neejakulovat ani na zevní rodidla ženy a po souloži se dojít umýt a vymočit. Metoda přerušované soulože vykazuje velmi malou spolehlivost. Pearlův index je udáván číslem 20 (BARTÁK, 2006).

2.3.2 Prezervativ (kondom)

Kondom je nejjednodušším a běžně dostupným prostředkem. Patří mezi nejvýznamnější představitele tzv. „bariérové antikoncepce“. Dnes vyráběný obvykle z latexu. Na penis se nasazuje těsně před pohlavním stykem a po ejakulaci se snímá (FAIT, 2012). Kondom nesmí přijít do styku s mastnými krémy, protože zvyšuje propustnost a narušuje jeho strukturu. Umožňuje také optimální ochranu proti přenosu pohlavních nemocí (AIDS, kapavka). Trh nám nabízí širokou škálu kondomů různých velikostí, tvarů, barev a povrchových úprav. Pearlův index je udáván číslem kolem 10 (ŠIMŮNKOVÁ, 2002).

Blanka kondomu je v napjatém stavu silná asi 0,05 mm. Na jednom konci je zesílený okraj, který je zarolován kvůli snadnějšímu použití. Na vrcholku je menší rezervoár pro sperma. Pružnost materiálu je téměř neuvěřitelná: vejde se do něj 1 l vody a nafouká se do něj dokonce přes 30 l vzduchu (BARTÁK, 2006).

2.3.3 Sterilizace

Je jednoduchý chirurgický výkon, při kterém dojde k vazektomii (přerušení chámovodů). Tato metoda je nejspolehlivější, ale bohužel již nezvratnou formou mužské antikoncepce. Ve světě je velmi využívána. Pearlův index je udáván číslem přibližně kolem 0,02 (MACKŮ, 1995).

2.4 Ženské antikoncepční metody

2.4.1 Přirozená antikoncepce

Takto se označují kontracepční metody, při kterých se neužívá mechanických, chemických, ani hormonálních či jiných preparátů.

1. **Coitus interruptus** – přerušovaná soulož, byla již popsána v předchozí kapitole týkající se mužských antikoncepčních metod (BARTÁK, 2006).
2. **Periodická abstinence – metoda Ogina – Knause** – mohou používat ženy s pravidelným menstruačním cyklem. Tato metoda vychází z pravidla, že ovulace nastává 14 dní před začátkem dalšího menstruačního krvácení, životnost spermií je 2–3 dny a vajíčko je možno oplodnit 24 hodin. Při půlročním až ročním sledování délky cyklu může žena ohraničit plodné dny odečtením 18 dnů od nejkratšího a 11 dnů od nejdelšího cyklu. Neplodné jsou tedy ty ostatní dny. Pearlův index je udáván číslem kolem 30 (FAIT, 2012).

Zároveň může žena sledovat ovulační termín měřením bazálních teplot. Bazální teplota je měřena ráno v pochvě. Při ovulaci se zvýší teplota o 0,5 stupně, která trvá do konce cyklu. Od 4. dne zvýšené teploty tak nastává neplodné období. Pearlův index je udáván 1–3 (FAIT, 2012).

2.4.2 Bariérová antikoncepce

Předpokladem této metody je vytvoření překážky proti vniknutí spermií do cervikálního kanálu. Metody je vhodné kombinovat se spermicidními krémy.

Dnes jsou používány tyto metody:

1. **Vaginální pesar (diafragma)** – Ženy si vaginální pesar zavádějí do horizontální polohy mezi zadní stěnu poševní a symfýzu. Gumová membrána je opatřena pružným kovovým prstencem po obvodu. Před pohlavním stykem žena přeloženou membránu zavede do pochvy co nejvýše. Zde se membrána pružností obvodového prstence rozvine a vytvoří tak příčnou přepážku před čípkem, která zachytí ejakulát. Lze jej v pochvě ponechat 24-72 hodin. Lékař určí velikost pesaru. Nevýhodou pesaru je vysoká míra selhání, nesprávné zavedení, výtok a pocit tlaku. Pearlův index je udáván číslem kolem 15 (FAIT, 2012).
2. **Cervikální klobouček (pesar)** – má miskovitý tvar a je vyroben z plastické hmoty o průměru 22-31 mm. Zavádí se před pohlavním stykem na hrdlo děložní a měl by překrýt zevní ústí cervikálního kanálu. Cervikální klobouček lze v pochvě ponechat až 3 týdny. Po vyjmutí se očistí a může být znovu použit. Velikost kloboučku je nutné konzultovat s lékařem (FAIT, 2012).
3. **Femidom** – je ženská forma prezervativu. Připomíná pánský kondom, který je však delší, větší a má flexibilní kroužky na obou koncích. Femidom se vyrábí z polyuretanu. Manipulace je podobná jako s pesarem. Vnitřní kroužek se přikládá k čípku a zevní zůstává před rodidly. Membránou femidomu je kryta celá pochva. Femidom bývá vybaven lubrikanciem a Pearlův index je kolem 2 (ČEPICKÝ, 2011).



Zdroj: <http://www.naseinfo.cz>

Obrázek 3 Bariérová antikoncepce

2.4.3 Chemická antikoncepce (spermicidy)

Kontracepce chemická (lokální) je založena na principu imobilizace spermií v ejakulátu. Po léta byl nejužívanější látkou nonoxynol-9, který byl spojen s rizikem poškození poševní sliznice a vysokým Pearl indexem 3–21. Vyráběl se ve formě krémů, gelů, čípků, sprejů a vaginálních hubek. Nyní existuje spermicid nové generace: benzalkonium chlorid, který má srovnatelnou antikoncepční účinnost s perorální kombinovanou kontracepcí. Má 4x vyšší spermicidní schopnost a také je účinnější v antiinfekční aktivitě proti: *Neisseria gonorrhoea*, *Chlamydia trachomatis*, *Escherichia coli*, *Treponema pallidum*, HIV atd., než nonoxynol. Nenarušuje přirozenou poševní flóru, není tedy účinný proti *Lactobacilum*. Působí výhradně lokálně, nešíří se do krve ani do mateřského mléka. Preparáty obsahují 1,2 % účinné látky. Vyrábějí se různé aplikační formy: krém, pesar, tampon, vaginální globule a tablety. Vaginální globule a tablety se stávají účinnými od 5 do 10 minut. Ostatní formy účinkují ihned po aplikaci. Preparáty mají i různé trvání účinnosti: 10 hodin, 4 hodiny, 24 hodin. Tento spermicid se stává volbou pro ženy s vysokým rizikem pohlavně přenosných infekcí nebo ženy, které nemohou užívat hormonální antikoncepci. Současně má také vysokou lubrikační účinnost, nezpůsobuje léze na poševní sliznici a nemá žádné nežádoucí účinky. Tuto metodu lze užívat současně i s kondomem, aniž by se metody vzájemně ovlivňovaly. Pearlův index je udáván číslem 0,68–2,6 (FAIT, 2012).

2.4.4 Nitroděložní tělísko (IUD)

Nitroděložní tělísko je účinná, dlouhodobá a levná metoda ochrany proti otěhotnění. Vhodná je především pro ženy, které již rodily. Nedoporučuje se mladým bezdětným ženám a dívkám. Nitroděložní tělíska, která obsahují hormon žlutého tělíska, patří do skupiny hormonální antikoncepce (GUILLEBAUD et al., 2012).

V současné době se nitroděložní tělíska (zkratka IUD z anglického intrauterine device) vyrábějí z kvalitních plastů, někdy i v kombinaci s kovem. Nejčastěji se jedná o měděný drátek, který zesiluje antikoncepční efekt. Měď má malou rozpustnost a její sloučeniny imobilizují spermie. Plast má tvarovou paměť, které se využívá při zavádění. Tělísko se vtáhne do tenké trubičky a spolu s trubičkou se zavede děložním hrdlem do děložní dutiny. Tam se z trubičky jakýmsi „pístem“

vytlačí. Dojde k rozvinutí tělíska do původního tvaru a k vytažení trubičky. Tělíska mají určitý tvar, který mu nedovolí vypadnout. Nejužívanější je tělísko ve tvaru písmene T. Většina tělísek, je opatřena vláknem, které vyčnívá do pochvy. V případě potřeby se dá tedy snadno vytáhnout (BARTÁK, 2006).

Na princip antikoncepčního účinku tělíska existuje několik hypotéz. Jedna hypotéza říká, že zavedené tělísko působí jako cizí těleso, které přitahuje větší množství leukocytů (bílých krvinek). Leukocyty ničí a pohlcují bakterie, cizorodé buňky nevyjímaje přítomných spermii. Druhá hypotéza zase říká, že cizí těleso zrychluje transport tekutiny děložní dutinou. Oplodněné vajíčko (embryo), které přijde vejcovodem do dělohy, nemá dost času na uhnízdění v děloze. Účinnost metody se liší podle typu tělíska. Pearlův index IUD s mědí je 0,3 a IUD s hormonem je 0,05 (BARTÁK, 2006).

Tělíska rozdělujeme na 2 hlavní typy:

- 1. Inertní** – působí jako cizí těleso. Dá se zavést na prakticky neomezenou dobu a nemusí se ani po několika letech vyměňovat. Dokonce je lépe je ponechat, protože k nejvíce komplikacím s tělískem dochází v prvním roce po zavedení (BARTÁK, 2006).
- 2. Medikovaná** – obsahují látku, která zvyšuje jejich účinnost tím, že se uvolňuje do organismu. Zástupcem jsou např. tělíska s mědí nebo s hormonem (levonorgestrem). Látka obsažená v tělísku se časem vyčerpá a účinnost se po 5 letech snižuje (BARTÁK, 2006).

2.4.5 Gestagenní antikoncepce (hormonální)

Gestagenní antikoncepce se zařazuje do skupiny hormonální antikoncepce. Tato metoda je starší než kombinovaná hormonální antikoncepce. Princip metody spočívá v kontinuální aplikaci progestinu. Ten má několik antikoncepčních účinků. Progestin však funguje na jiném principu, než kombinovaná hormonální antikoncepce. Gestagenní antikoncepce neobsahuje estrogeny, takže neblokuje ovulaci. Základním mechanismem je vliv na strukturu hlenu v hrdle děložním.

Hlen se stává vazkým a pro spermie nepropustným. Další účinky progestinu působí na změny peristaltiky tuby a struktury endometria (ČEPICKÝ et al., 2011).

Způsoby gestagenní antikoncepce (formy):

- 1. Minipilulky** – se nazývají právě proto, že pracují s dávkami hormonů o řád nižší. V současné době přípravky obsahují v jedné tabletě pouze 75 µg desogestrelu, který patří do tzv. „třetí generace“ progestinů, s minimální reziduální androgenní aktivitou. Minipilulky se užívají bez přerušování jednou denně (LANGBEIN et al., 1993). Nevýhodou je, že minipilulky přinášejí často nepravidelnou menstruaci, různé špinění a krvácení mimo cyklus. Posunování a řízení menstruace tedy není možné. Také se u této metody neobjevují příznivé kosmetické účinky právě z důvodu absence estrogenů. Výhodou je, že absence estrogenů umožňuje tablety brát ženám, které nemohou užívat kombinované tablety kvůli vlivu na srážlivost krve. U minipilulek není srážlivost krve ovlivněna. Metodu mohou užívat také kojící ženy, které jsou hlavní „cílovou skupinou“ této metody. Pearlův index je udáván kolem 0,5 (BARTÁK, 2006).
- 2. Depotní injekce** – mají stejný mechanismus účinku jako minipilulky. Používá se téměř a výhradně medroxyprogesteron acetát. Je to čistý progestin, bez estrogeních a androgeních účinků. Injekční depotní forma má charakter vodní suspenze mikrokrystalů (LANGBEIN et al., 1993). Injekce se aplikuje hluboko intramuskulárně (do hyždového svalu). Mikrokrystaly se pomalu rozpouštějí ve svalové tkáni a zajišťují tak dostatečnou antikoncepční hladinu nejméně po 3 měsíce. Toto kontraceptivum se podává v dávce 150 mg intramuskulárně jednou za 3 měsíce. V současné době se depotní injekce zavádí i v podkožní aplikaci v dávce 104 mg. Výhody a nevýhody jsou stejné jako u minipilulek. Pearlův index je udáván kolem 0,05 (ČEPICKÝ et al., 2011).

- 3. Podkožní implantáty** – mají často vzhled dutých tyčinek. Dříve podkožní implantát tvořilo 6 tyčinek, které se zaváděly najednou. Nyní je k dispozici tyčinka jediná, se kterou se i lépe zachází. Tyčinka je vyrobena z polopropustné hmoty na bázi silikonu o průměru asi 2 mm a délky několik cm. Uvnitř skrývá zásobu antikoncepčního progestinu na několik let. Tyčinka obsahuje 68 mg etonogestrelu, který se uvolňuje přes stěnu tyčinky do tkáně a krev jej roznese do celého těla. Nejprve se uvolňuje 60 µg etonogestrelu denně, později jen 30 µg denně. Účinek trvá po dobu 3 let. Výhody a nevýhody jsou stejné jako u předešlých gestagenních forem. Pearlův index je udáván kolem 0,1 (BARTÁK, 2006).



Zdroj: <http://www.naseinfo.cz>

Obrázek 4 IUD – hormonální



Zdroj: <http://www.prozeny.cz>

Obrázek 5 Depotní injekce

2.4.6 Postkoitální antikoncepce (hormonální)

Tato antikoncepce nepatří mezi metody preventivní. Jedná se o antikoncepci „postkoitální“, což znamená „po souloži“. Obsahuje vysokou dávku estrogenu a gestagenu. Musí se užít nejpozději do 3 dnů po koitu. Po požití tablety se často objevuje nevolnost a zvracení (LÜLLMANN et al., 2012).

Zabránit těhotenství se dá 2 způsoby:

- 1. Vyšší dávkou hormonů** – tzv. Yuzpeho metodou. Konkrétně se provede tak, že se podají 4 tablety kombinované hormonální antikoncepce a za 12 hodin se podají další 4 tablety. První dávka by se měla podat do 12 hodin po styku. Další možností je užití vyšší dávky pouze progestinového preparátu, který je na trhu běžně dostupný.

U tohoto preparátu stačí 1 tableta do 1 hodiny po styku. Pokud tabletu užijete později, tak musíte za 12 hodin spolknout další (LACKOVÁ et al., 2003).

Obavy ze zdravotních poruch způsobené vysokou dávkou hormonů jsou neoprávněné. Dávka hormonů není zase tak vysoká a hladina hormonů je zvýšena pouze krátkodobě. Jediné, co hrozí, může být přechodná žaludeční nevolnost. Pokud se tableta použije v první polovině cyklu, může vyvolat za 3–4 dny krvácení podobné menstruačnímu. Proto by se měla používat v případech výjimečného selhání, aby nenastal nepřehledný zmatek v měsíčkách (BARTÁK, 2006).

2. **Nitroděložním tělískem** – které se zavede nejpozději do 5 dnů po styku. Zavedení tělíska nepřipadá v úvahu a mladých žen, které ještě nerodily. Pro svoji rizikovost se již téměř nepoužívá (BARTÁK, 2006).

2.4.7 Sterilizace

Jedná se o trvalou antikoncepci přerušením průchodnosti vejcovodů. Tato metoda vede k trvalé ztrátě plodnosti, ale současně zachovává normální funkci pohlavních žláz. Chirurgická sterilizace ženy má udáván Pearlův index kolem 0,02.

Lze ji provést i z těchto důvodů:

1. **Zdravotních** – u žen se závažným onemocněním. V tomto případě by těhotenství mohlo ohrozit zdraví, nebo dokonce život ženy.
2. **Genetických** – porodila-li žena opakovaně těžce malformovaný plod nebo plod s jinou závažnou dědičnou vadou.
3. **Porodnických** – porodila-li žena císařským řezem a to opakovaně (MACKŮ et al., 1996).

3 KOMBINOVANÁ PERORÁLNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Současných antikoncepčních metod je královnou kombinovaná hormonální antikoncepce. COC je tvořena po chemické stránce dvěma hormony: estrogenem a progestinem. Estrogen je ženský pohlavní hormon a progestin je syntetický hormon žlutého tělíska. Někdy se také používá výraz estrogen-gestagení antikoncepce. Podávání samotného estrogenu by nestačilo, protože způsobuje růst děložní sliznice. Následkem toho by bylo nepravidelné krvácení a zvýšené riziko rakoviny dělohy. Proto, se přidává ještě progesteron, který zabrzdí růst sliznice dělohy, a také právě on zajistí pravidelné měsíční krvácení. Stejně jak tomu je v přirozeném cyklu (BARTÁK, 2006).

COC je velmi citlivá na pravidelnost užívání. Tablety se podávají obvykle po 1 tabletě v intervalu 21 dnů, po nichž následuje sedmidenní přestávka, kdy žena žádné tablety neužívá. V organismu dojde k prudkému poklesu hladiny hormonů až k nule. Pokles hormonů napodobí zánik žlutého tělíska a žena dostane menstruaci (pseudomenstruaci), která nastane většinou 3 dny po užití poslední tablety (LACKOVÁ et al., 2003).

COC užívají ženy jednou za 24 hodin. Naprostá pravidelnost užívání je ideální, ovšem tableta nemusí být užívána na minutu přesně. Snad největší chyby v užívání dělají velmi mladé dívky mezi 15-19 rokem života (UZEL, 1999, s. 90-92).

3.1 Mechanismus účinku

Mechanismus účinku je kombinovaný. Základním účinkem je inhibice (blokáda) ovulace ovlivněná zpětnou vazbou v ose hypotalamo - hypofyzárního centra. Hypofýza je oklamána estrogenem tabletovým a domnívá se, že jej vytvořily vaječníky. Dostává tak falešnou zprávu o činnosti vaječnicků. Řídící centrum přestane vydávat řídicí hormony gonadotropiny. Hypofýza přestane pracovat, vaječníky také a žena dostane pseudomenstruaci. K tomu se přidává ještě vliv progestinu na motilitu vejcovodů, trofiku sliznice a cervikální hlen (FAIT, 2012).

Antikoncepční tablety můžeme rozdělit podle hladiny hormonu estrogeneru v 1 tabletě, hladina kolísá od 15 do 50 µg. Tablety se rozdělují i podle dávkování progestinu (BARTÁK, 2006).

Antikoncepční tablety dělíme na:

1. **Jednofázové** - obsahují v každé tabletě kombinaci neměnicí se dávky estrogeneru a některého progestinu.
2. **Dvoufázové** - obsahují neměnicí se dávku estrogeneru a dvě odlišné (stoupající) dávky některého progestinu.
3. **Třífázové** - obsahují dvě až tři odlišné dávky estrogeneru a tři odlišné (stoupající) dávky některého progestinu (MARTÍNKOVÁ et al., 2007).

3.2 Farmakologie

Ve většině dostupných COC je jako estrogenní složka použit ethinylestradiol. Ten postupně zcela nahradil dříve užívaný mestranol. Nově se objevují přípravky s estradiolvalerátem a estradiolem. Ethylestradiol má významné metabolické ztráty v sliznici střeva a v játrech (FAIT, 2012, s. 22).

Progestiny v COC lze označit jako reziduálně androgenní – norethisteron, lynestrenol, levonorgestrel a slabě androgenní až s téměř nulovou reziduální androgenní aktivitou – desogestrel, gestoden, norgestimát. A dále jako antiandrogenní – cyproteronacetát, chlormadinonacetát, dienogest, drospirenon (FAIT, 2012, s. 22-23).

3.3 COC a plodnost ženy

Návrat plodnosti ženy vykazují studie za 1–3 měsíce od vysazení kombinované hormonální antikoncepce. Návrat plodnosti je úměrná věku pacientky. Při snaze o těhotenství není nutný žádný odstup od užívání. První menstruační cyklus se po vysazení tablet může dostavit déle. Při době trvání delší než tři měsíce hovoříme o post - pill amenoree. Její léčba je stejná jako u ostatních sekundárních amenoreí. Pokud antikoncepce byla nasazena hlavně k zpravidelnění menstruačního cyklu, po

vysazení lze očekávat návrat menstruace k původnímu nepravidelnému krvácení (FAIT, 2012).

3.4 Nežádoucí účinky COC

Časté nežádoucí účinky neohrožují zdraví ženy. Do této skupiny patří např.: bolesti hlavy, napětí prsů, zvětšení prsou, nervozita, depresivní nálady, podrážděnost a zvýšení hmotnosti. Za důsledky jejich vzniku je považována retence tekutin (HYNIE, 2001).

Mezi vzácné nežádoucí účinky patří: migrény, změny libida, kožní změny, emoční labilita, zvracení a nesnášenlivost kontaktních čoček (STONE et al., 2003).

Mezi velmi vzácné nežádoucí účinky a potenciálně smrtící patří: tromboembolická nemoc (TEN), arteriální komplikace ve smyslu infarktu myokardu, cévní mozkové příhody, hypertenze a cholestatická žloutenka. Varovnými signály těchto komplikací jsou: dyspnoe a bolest na hrudi, silná bolest hlavy, poruchy vidění, nejasné bolesti břicha a bolesti dolních končetin (MARTÍNKOVÁ et al., 2007).

Mezi nejčastější nežádoucí účinky vedoucí k přerušování užívání patří: zvýšená hmotnost, bolest hlavy, pokles libida a nepravidelnost menstruačního cyklu (FAIT, 2012).

3.4.1 Žilní systém

V jaterní buňce se tvoří většina krevních bílkovin. Kromě jiného i bílkoviny, které jsou zodpovědné za srážení krve (koagulační faktory). Obsah estrogenů v tabletkách kombinované hormonální antikoncepce zvyšuje srážlivost krve a přináší tedy riziko vzniku žilní trombózy a embolie. Za normálních okolností organismus vzniklé sraženiny okamžitě rozpustí mechanismem tzv. antikoagulační systém. Mohou ale existovat některá onemocnění, která komplikují zvýšenou srážlivost krve. Takové křečové žíly na dolních končetinách jsou rozšířené, krev v žilách proudí pomaleji a navíc bývá poškozena i žilní stěna. V tomto případě antikoagulační ochrana nestačí. Stačí jen o něco málo zvýšená srážlivost a začnou se tvořit sraženiny (tromby). Žíla se ucpe a ještě se k tomu přidá zánět. Vznikne trombóza se zánětlivou komplikací (tromboflebitida). Největší nebezpečí hrozí u žen nad 35 let a silných

kuřáček. Další ohroženou skupinou jsou ženy s pozitivní vrozenou Leidenskou mutací v rodinné anamnéze. Jedná se o dědičnou poruchu srážlivosti krve. Proto je vhodné u žen s tromboembolickou nemocí v rodině vyšetřovat vrozené trombofilie (BARTÁK, 2006).

3.4.2 Srdce a tepny

Bylo zjištěno, že estrogen poškozují žíly a progestin zase tepny. Vzniká onemocnění tepen nazývané ateroskleróza. Do stěn cév se ukládá cholesterol a vytváří ze vnitř stěny stále tlustší pláty, které tepnu zužují, až ji postupně uzavřou. Tkáň, dříve zásobovaná krví přestává dostávat kyslík a odumírá. Pokud je postiženou tkání srdeční sval, jde o infarkt myokardu. Když je postiženou tkání mozek, onemocnění se nazývá cévní mozková příhoda. Jedná se tedy o závažná a smrtelná onemocnění (BARTÁK, 2006).

Relativní riziko infarktu myokardu u uživatelék kombinované hormonální antikoncepce je 2–3,2. U žen do 35 let není prakticky zvýšeno. Nicméně v kombinaci kouření a užívání kombinované hormonální antikoncepce se situace razantně mění. U žen kuřáček pod 35 let je relativní riziko infarktu myokardu rovno 10 a u žen nad 35 let je 120 (FAIT, 2012).

3.4.3 Jaterní poškození

Jaterní poškození hrozilo v dobách, kdy tablety obsahovaly velké dávky hormonů. Estrogenu minimálně 5x více a progestinu až 20x více než dnes. Od té doby dávky hormonů poklesly. Ale mýtus o poškození jater přetrvává stále. U zdravých lidí jaterní poškození nehrozí. Předpokládá se jen u lidí s játry chorobně změněnými. Ale tito lidé mají i jiné příznaky a o onemocnění většinou vědí. Jsou sledováni pod přísným lékařským dohledem. Z tohoto důvodu se dnes nepožaduje vyšetření jaterních testů před nasazením antikoncepce. Doporučení odborníků zní: *u zdravých lidí vyšetřit jaterní funkci po 3-12 měsících užívání, pokud výsledky jsou normální a uživatelka nemá potíže, není nutno jaterní testy opakovat.* Podle odborníků na jaterní problematiku je však vyšetření jaterních testů zbytečné, neboť jejich výpovědní hodnota je v tomto případě téměř nulová (BARTÁK, 2006, s. 72).

3.4.4 Rakovina prsu

Karcinom prsu je nejčastějším zhoubným nádorem u žen. Mléčná žláza je závislá na hormonech. Proto je také obava o rakovinu prsu při užívání COC velmi rozšířená. Kombinovaná hormonální antikoncepce riziko rakoviny prsu rozhodně nezvyšuje. Má na prs naopak příznivý vliv. Snižuje riziko nezhooubných onemocnění mléčné žlázy – mastopatie (BARTÁK, 2006).

3.4.5 Váhový přírůstek

Tento nežádoucí účinek je spíše nepříjemností, než vážným problémem. Tloustnutí je však důsledkem toho, že ženy odvrhnou antikoncepční tablety a riskují nežádoucí těhotenství. Antikoncepční tablety obsahující hormony estrogenu a progestinu mohou způsobit přírůstek váhy. **Každý hormon působí jiným způsobem:**

1. **Estrogen** – působí na mezibuněčnou hmotu, která „nasaje“ více vody. Dochází tedy k zadržování vody v těle. To má za následek rychlý přírůstek na váze od 2 do 3 kg. Je to tedy nepravé tloustnutí, protože se nejedná o podkožní tuk (BARTÁK, 2006).
2. **Progestin** – způsobuje také váhový přírůstek, ale jinak. Způsobuje vyšší chuť k jídlu a za přírůstkem váhy je tentokrát opravdový tuk. Za zvýšení hmotnosti nemohou hormonální účinky, ale dobrý apetit a slabá vůle. COC naladí organismus podobně jako těhotenství (BARTÁK, 2006).

3.4.6 Pokles libida a psychické změny

Druhým nejčastějším důvodem, proč ženy antikoncepční tablety odmítají jsou změny nálad, deprese a pokles libida (snížená chuť na sex). Chemickými látkami v mozku (neurotransmitery) jsou ovlivňovány nálady. Tyto sloučeniny slouží k výměně informací mezi nervovými buňkami. Právě progestiny mohou ovlivňovat jejich tvorbu a tím i nálady a jiné duševní pochody (BARTÁK, 2006).

3.4.7 Bolesti hlavy

Bolesti hlavy jsou také častým důvodem odmítání COC. Předpokládá se, že progestiny a jejich vliv na cévy způsobují tyto problémy, ale více o tom lékaři nic neví. Lékaři ale vědí, že ženy trpící migrénami mají záchvaty mnohem častěji v souvislosti s užíváním COC. Proto jsou migrény jednou z kontraindikací kombinované hormonální antikoncepce. Obyčejné bolesti hlavy však mohou ustoupit se záměnou za jiný preparát (BARTÁK, 2006).

3.4.8 Nausea

Nausea je odborný výraz pro nevolnost. Ta je charakterizována pocitem nevolnosti od žaludku, případně pocitem na zvracení. Ani zde není lékařům příčina jasná. Antikoncepce ženský organismus naladí tak trochu jako v těhotenství. Snad proto je ženám špatně, tak jako na začátku těhotenství. Do třetího měsíce odezní těhotenská nevolnost a zvracení. Stejně tak se i ve stejné lhůtě upraví tyto potíže u uživatelék COC (BARTÁK, 2006).

3.4.9 Nepravidelné krvácení

Žena, která užívá COC, by měla mít pravidelný cyklus. Žena dostává menstruaci obvykle třetí den po užití poslední tabletky v platičku. Menstruace by měla být kratší, než v době, kdy žena antikoncepci neužívala. Někdy se při užívání tablet objevuje špinění a krvácení i mimo menstruační cyklus. Je to známka toho, že užívaná antikoncepce konkrétní ženě nevyhovuje, protože je některé hormonální složky pro danou ženu příliš málo (BARTÁK, 2006).

3.4.10 Ostatní nepříjemnosti

Někdy se objevuje pigmentace v obličeji (chloasma). Pigmentace vypadá jako nepravidelné skvrny hnědavé barvy. Příčina výskytu není příliš jasná. Těhotné ženy mají stejný problém, takže možná vzniká v rámci jakéhosi „těhotenského naladění“. Nejvíce však závisí na vlastnostech pleti určité ženy než na preparátu, který žena užívá. Období výskytu je převážně v létě a v době solárií. U některých žen je to však problém celoroční. Jelikož není známá příčina, tak bohužel ani léčba. Snad by pomohlo se vyvarovat slunečnímu záření (BARTÁK, 2006).

Existuje ještě řada dalších drobných nepříjemností, které se při užívání COC mohou vyskytnout. Jde spíše o potíže vzácné, které vůbec nemusejí s užíváním tablet opravdu souviset. Některé potíže mohou souviset jen s časovou shodou užívání antikoncepce, jiné zase s autosugescí, ale některé snad mohou opravdu mít příčinu v antikoncepčních hormonech. Každý organismus reaguje totiž jinak. Právě to je důležitý fakt, který musíme mít neustále na paměti (BARTÁK, 2006).

3.5 Příznivé účinky COC

V současné době není COC pouze jen tabletky, která má zabránit nechtěnému těhotenství. Existuje již více důvodů používání COC, než jen strach z otěhotnění. Pilulky totiž mají i celou řadu příznivých, neantikoncepčních vedlejších účinků, pro které je ženy vyhledávají (BARTÁK, 2006).

3.5.1 Rakovina dělohy a vaječníků

Užívání COC snižuje riziko karcinomu děložní sliznice a vaječníků. Hlavním důvodem snížení karcinomu je, že ženský organismus je blíže přirozenému stavu (tzv. přírodnímu) při užívání antikoncepce, než když žena tablety neužívá (BARTÁK, 2006).

3.5.2 Gynekologické záněty

COC výrazně ovlivňuje riziko zánětlivých onemocnění vnitřních rodidel. Děložní hrdlo je uzavřeno neprostupnou hlenovou zátkou, která žádné mikroorganismy nepustí a tím se výrazně redukuje riziko gynekologických zánětů. V plodných dnech se hrdlo děložní otevírá, aby byly dovnitř vpuštěny spermie a žena mohla otěhotnět. Vlivem vysoké hladiny estrogenu se v plodných dnech hlen rozpustí a hrdlo se doširoka otevírá. Kromě spermií mohou do dělohy vniknout i mikroorganismy. Žena, která užívá, COC žádné plodné dny nemá. Hlenová zátka se tedy nerozpustí a je pro mikroorganismy stále neprostupná (BARTÁK, 2006).

Častou příčinou neplodnosti bývá neprůchodnost vejcovodů kvůli prodělaným zánětům vnitřních rodidel (vaječníků a vejcovodů), můžeme tedy říci, že COC chrání budoucí plodnost ženy (BARTÁK, 2006).

3.5.3 Bolestivá menstruace a předmenstruační potíže

Bolestivá menstruace (dysmenorhea) bývá často přítomna u mladých bezdětných žen. U žen kolem třicátého roku jejich věku se objevují různé předmenstruační potíže jako: bolesti hlavy, změny nálad, otoky, atd. Těmto potížím se souhrnně říká premenstruální syndrom (PMS). U těchto stavů neznají lékaři podrobnou příčinu jejich vzniku. COC pomáhá odstranit oba tyto nepříjemné stavy tím, že snižuje výšku děložní sliznice a zabraňuje tak kolísání hladin hormonů. Dokonce se dá o této léčbě říci, že je neúčinnější. V tomto případě jsou neúčinnější jednofázové preparáty, které obsahují nejnižší dávky estrogenu. Nedoporučují se preparáty třífázové (BARTÁK, 2006).

3.5.4 Mimoděložní těhotenství

Je usídlení oplozeného vajíčka ve vejcovodu. Mimoděložní těhotenství může způsobit krvácení a vést až k smrti těhotné ženy. Postižený vejcovod v každém případě těžce zdevastuje. Žena se tak stane neplodnou, protože vejcovod ztratí schopnost dovést oplodněné vajíčko do dělohy. COC brání mimoděložnímu těhotenství. Ve srovnání s nitroděložními tělísky v tomto COC vyniká, protože právě ony ženu před mimoděložním těhotenstvím neochrání (BARTÁK, 2006).

3.5.5 Krevní ztráta při menstruaci a úprava cyklu

Při užívání preparátu, který ženě naprosto vyhovuje, je menstruační cyklus absolutně pravidelný. Dochází i k menším krevním ztrátám, protože intenzita krvácení bývá slabší, což je pro organismus blahodárné. Velká ztráta krve znamená především ztrátu železa (BARTÁK, 2006).

3.5.6 Kosmetický efekt

Mladé dívky často chodí ke svému gynekologovi s prosbou o předepsání antikoncepce, která by snížila tvorbu akné a nežádoucího ochlupení v obličeji. COC má i takovéto příznivé účinky. Žena trpící akné, nebo ochlupením by měla užívat zejména preparáty s tzv. neandrogenními nebo androgenními progestiny a s dávkou estrogenu nejméně 30 µg, ale raději i více v jedné tabletce (BARTÁK, 2006).

3.5.7 Další příjemné vedlejší účinky

Celá řada dalších blahodárných účinků se váže na užívání COC. Nemohou se tvořit cysty na vaječnicích. Dále bylo zjištěno i výrazné snížení rizika některých revmatických onemocnění (konkrétně tzv. revmatoidní artritidy). Kladů spojených s užíváním COC by se jistě našlo i více (BARTÁK, 2006).

3.6 Kontraindikace COC

3.6.1 Absolutní kontraindikace

Jsou u hormonálně závislých nádorů, či podezření na ně (např.: karcinom prsu, endometria, ovarií). Osobní anamnéza s tromboembolickou nemocí, cévní mozkovou příhodou, ischemickou chorobou srdeční, nebo závažnou vrozenou trombofilií (PERLÍK, 2011). Dalšími kontraindikacemi jsou: akutní onemocnění jater, tumory jater, neléčená hypertenze, primární plicní hypertenze, diabetes mellitus s orgánovými komplikacemi, bolesti hlavy (migrény) s neurologickými symptomy, těhotenství, kojení do 6 měsíců věku kojence, kouření u žen nad 35 let a dlouhodobá imobilizace (RABE, 1994).

3.6.2 Relativní kontraindikace

Mezi relativní kontraindikace patří: rodinná anamnéza s tromboembolickou nemocí, vrozená koagulopatie, významná hemodynamická srdeční vada, cholecystolitiáza, hyperlipidémie, diabetes mellitus (DM) bez komplikací, srpková anémie, hyperprolaktinémie a plánované rozsáhlé operace (FAIT, 2012).

Při relativních kontraindikací WHO doporučuje hodnocení případných zdravotních obtíží do kategorií 1–4. Stav 1 a 2 podání COC umožňují. Stav ze skupiny 3–4 podání již neumožňují (FAIT, 2012).



Zdroj: <http://uvedomenie.wordpress.com>

Obrázek 6 Bolest hlavy



Zdroj: <http://www.ordinace.cz>

Obrázek 7 Migréna

Kontraindikacemi kombinované hormonální antikoncepce nejsou:

diabetes mellitus bez orgánových změn, dyslipidemie na dietoterapii, familiární hypercholesterolemie bez dalších rizikových faktorů, tyreopatie, obezita, vyšší krevní tlak, vada srdeční chlopně, křečové žíly, epilepsie. Při těchto stavech je třeba brát zvláštní opatrnosti při užívání COC. Některé zdravotní stavy (např. obezita), nebo léky (např. antikonvulziva – při epilepsii) mohou snížit antikoncepční účinek (FAIT, 2012).

3.7 Kouření, věk a antikoncepce

Žena, která je považována za kuřačku denně vykouří v průměru 15 a více cigaret. Taková žena by si měla řádně rozmyslet, jestli přestane kouřit, nebo užívat tablety. Toto stanovisko zaujímá úřad (American Food and Drug Administration), který vydává závazné pokyny zdravotní nezávadnosti potravin a léčiv. Stanovisko nelze brát na lehkou váhu, jelikož kouření především poškozuje cévy, a proto mají kuřáci tak vysoké riziko kardiovaskulárních (srdečních a cévních) onemocnění. COC zvyšuje srážlivost krve a změny na cévách mohou skončit až fatálně. Žena kuřačka by neměla v žádném případě užívat kombinovanou hormonální antikoncepci po třicátém pátém roce věku! Riziko cévních komplikací u žen kuřaček neúměrně stoupá (BARTÁK, 2006).

4 KOMBINOVANÁ NEPERORÁLNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Nově se objevují i další různé neperorální aplikační formy COC. Za velkou výhodou je u nových forem aplikace považována eliminace chyb při užívání, jelikož není třeba neperorální formy aplikovat denně (FAIT, 2012).

4.1 Transdermální antikoncepční náplasti

Zajišťují trvalou a plynulou dodávku hormonů do organismu (estrogenu a progesteronu). Množství obsaženého estrogenu je 6 mg, ze kterého se denně uvolňuje 20 µg, a 0,6 mg norelgestrominu, uvolňujícím se v množství 0,15 mg za den. Množství účinných látek odpovídá tabletám s velmi nízkou dávkou estrogenu. Náplast je 4,5 x 4,5 cm velká. Aplikuje se jednou za týden po dobu tří týdnů. Ve čtvrtém týdnu se náplast neaplikuje a dojde k pseudomenstruačnímu krvácení (BARTÁK, 2006). V lepidelné hmotě, kterou náplast drží na kůži, je obsažena aktivní léčivá látka. Princip účinku, indikace, kontraindikace a vedlejší účinky jsou stejné jako u tablet. Transdermální aplikace by měla vykazovat nižší riziko tromboembolické nemoci z důvodu vynechání „first pass“ efektu (neboli průchodu jaterní buňkou). Také užívání antibiotik by nemělo ovlivnit kontracepční účinek, jelikož se hormony nevstřebávají přes střevní stěnu, která je ovlivněna střevními bakteriemi při užívání antibiotik. Byla zjištěna nižší antikoncepční účinnost u žen vážících nad 90 kg (FAIT, 2012).

4.2 Vaginální kroužek

Je flexibilní kroužek o tloušťce 4 mm a zevním průměru 54 mm, který je tvořen plastem, v němž jsou obsaženy účinné látky kryté membránou o tloušťce 110 µm. Zhruba po 3 týdny uvolňuje denně 15 µg estrogenů a 0,12 mg etonogestrelu. Vaginální kroužek zajišťuje vyrovnané hladiny účinných látek. Dochází k vynechání jaterního „first pass“ efektu a je vyloučený vliv vstřebávání střevní sliznicí (FAIT, 2012).

5 PREVENTIVNÍ PROHLÍDKA V GYNEKOLOGII A PORODNICTVÍ

Podle platné vyhlášky 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách má veřejnost právo na preventivní onkologické vyšetření u svého gynekologa, které je hrazené zdravotní pojišťovnou.

Obsahem gynekologické preventivní prohlídky, která se provádí v 15 letech věku a dále jedenkrát ročně, zpravidla po uplynutí 11 měsíců po provedení poslední gynekologické preventivní prohlídky, je:

- a) založení zdravotnické dokumentace při přijetí do péče,*
- b) rodinná, osobní a pracovní anamnéza a aktualizace této anamnézy se zřetelem na známé rizikové faktory,*
- c) klinické vyšetření prsů od 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze na dědičný nebo familiární výskyt zhoubného nádoru prsu nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů,*
- d) prohlídka kůže a palpační vyšetření mizních uzlin v oblasti pohlavních orgánů,*
- e) vyšetření v zrcadlech a kolposkopické vyšetření; neprovádí se u virgo žen,*
- f) odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému, případně bakteriologickému nebo virologickému vyšetření; neprovádí se u virgo žen,*
- g) palpační bimanuální vyšetření; při nejasném výsledku doplnění vyšetření vaginální ultrazvukovou sondou,*
- h) poučení o významu preventivní protirakovinné prohlídky,*
- i) nácvik samovyšetřování prsů při první prohlídce u registrujícího poskytovatele,*
- j) u žen od 45 let věku doporučení k provedení screeningového mamografického vyšetření a nezbytných doplňujících vyšetření ve dvouletých intervalech; jestliže žena již absolvovala vyšetření podle § 2 písm. e) bodu 5 v posledních 2 letech a je k dispozici jeho výsledek, vyšetření se nezajišťuje,*

- k) *stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem u žen od 50 let do 54 let věku, od 55 let věku se toto vyšetření provádí ve dvouletých intervalech a toto vyšetření je možné nahradit doporučením k provedení screeningové kolonoskopie jednou za 10 let; jestliže žena absolvovala vyšetření podle § 2 písm. e) bodu 4 v uvedených intervalech a je k dispozici jeho výsledek, vyšetření se nezajišťuje (ČESKO, 2012. Zákon č. 70 ze dne 29. února 2012. Vyhláška o preventivních prohlídkách, 846-847 s.)*



Zdroj: <http://www.superkariera.cz>

Obrázek 8 Zdravotnická dokumentace

6 POPIS ŘEŠENÍ PRŮZKUMU

6.1 Průzkumný problém

Míra informovanosti studentek středních škol (zdravotnického a nezdravotnického oboru) o rizicích užívání kombinované hormonální antikoncepce.

6.2 Průzkumné cíle

Cíl 1: Zjistit, od kolika let většinou dospívající dívky začínají užívat kombinovanou hormonální antikoncepci.

Cíl 2: Zjistit, jaký byl nejčastější důvod k nasazení a užívání COC.

Cíl 3: Zjistit nejčastější zdroj informací dospívajících dívek o rizicích COC.

Cíl 4: Zjistit úroveň znalostí dospívajících dívek o kombinované hormonální antikoncepci a jejích rizicích.

Cíl 5: Zjistit, zda se u dospívajících dívek vyskytly nějaké nežádoucí účinky v souvislosti s užíváním COC.

Cíl 6: Zjistit, zda dospívající zodpovědně chodí na pravidelné gynekologické kontroly.

Cíl 7: Zjistit, zda je rozdíl ve věku nasazení hormonální antikoncepce mezi dívkami zdravotnických a nezdravotnických oborů.

6.3 Hypotézy

Hypotéza 1: Předpokládáme, že studentky zdravotnického oboru se v problematice COC orientují lépe a mají více znalostí o kombinované hormonální antikoncepci než studentky nezdravotnického oboru.

Hypotéza 2: Předpokládáme, že dívky zdravotnických oborů si vzhledem k typu studia častěji žádají o předpis COC v nižším věku než dívky z nezdravotnických oborů.

6.4 Průzkumná tvrzení

Průzkumné tvrzení 1: Předpokládáme, že většina dívek začíná užívat COC ve věku 16 let.

Průzkumné tvrzení 2: Předpokládáme, že nejčastějším důvodem k nasazení a užívání COC je u dospívajících dívek zábrana nechtěného těhotenství.

Průzkumné tvrzení 3: Domníváme se, že dominantním zdrojem informací o COC je pro dospívající dívky právě jejich gynekolog.

Průzkumné tvrzení 4: Předpokládáme, že se u dospívajících dívek nejčastěji objevil přírůstek na váze jako nežádoucí účinek COC.

Průzkumné tvrzení 5: Domníváme se, že většina dospívajících dívek pravidelně absoluuje preventivní gynekologickou prohlídku 1x ročně.

6.5 Metodika průzkumu

Zvolili jsme si standardizovanou metodu sběru dat pomocí kvantitativního průzkumu s využitím anonymního dotazníku vlastní konstrukce, který byl nástrojem k získání potřebných dat.

6.6 Časový harmonogram

V únoru 2014 byly stanoveny cíle práce v úzké souvislosti s průzkumnými otázkami. Na tomto základě byl zkonstruován dotazník potřebný pro realizaci průzkumného šetření, které bylo uskutečněno rovněž v tomto měsíci. Dotazník byl hlavním nástrojem ke sběru dat potřebných pro vypracování empirické části průzkumné práce.

6.7 Průzkumný soubor

Soubor byl cílený, tvořily ho dívky, které užívají kombinovanou hormonální antikoncepci („formu pilulky“). Průzkum byl uskutečněn v Kraji Vysočina na SZŠ v Havlíčkově Brodě a na Obchodní akademii v Chotěboři. Velikost vzorku byla v jednom oboru studia přibližně 55 respondentek. Respondentky jsme oslovili osobně ve spolupráci s vedením škol, které souhlasilo s protokolem k provádění sběru dat jako podkladů pro zpracování bakalářské práce. Zaměřili jsme se především na dívky druhého, třetího a čtvrtého ročníku těchto středních škol. Aktivně jsme vyhledávali dívky, které užívají tento druh antikoncepční metody. Věkovou kategorii dívek jsme zvolili od 17 do 19 let, z důvodu předpokládaného věkového období, kdy je COC pro dospívající dívky nejvyhledávanější antikoncepční metodou. Respondentky jsme rozdělili na studentky zdravotnických oborů a nezdravotnických oborů. Toto rozdělení jsme učinili záměrně s cílem porovnat informovanost těchto respondentek.

6.8 Technika dotazníku

Anonymní dotazník vlastní konstrukce obsahoval 20 položek, které byly formulované převážně jako zavřené položky, v počtu 16, 3 polootevřené položky a 1 otevřená. U převážné části otázek byla nabízena pouze jedna správná odpověď. V pěti případech bylo možné zvolit více správných odpovědí. Ve čtyřech případech se dala odpověď zaznamenat dopsáním upřesňujícího údaje. Na začátek dotazníku jsme zařadili položky označené jako anamnestické údaje týkající se věku, druhu studijního oboru, informací o kuřáctví a počtu vykouřených cigaret za den. Tyto otázky nebyly očíslované a sloužily k získání kategorizačních údajů. Následující znalostní otázky označené číslem mapovaly informovanost dívek o kombinované hormonální antikoncepci. Hypotézu 1 ověřovaly položky s číselným označením 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17. Hypotézu 2 jsme ověřovali položkami s číselným označením 1 a 20. Položka s číslem 1 se rovněž vztahovala k průzkumnému tvrzení 1. Průzkumnému tvrzení 2 odpovídala položka s číslem 2. Průzkumné tvrzení 3 jsme ověřovali položkou s číslem 8. Položky 10, 11 se vztahovaly k průzkumnému tvrzení 4. Průzkumné tvrzení 5 jsme ověřovali položkami s číslem 18 a 19. Jednotlivé otázky v dotazníku byly formulovány na podkladě předem stanovených cílů.

Celkem bylo rozdáno 110 tištěných dotazníků a 110 vlastních informačních brožur. Každá respondentka byla seznámena s tématem a účelem průzkumného šetření této práce, a také způsobem vyplnění dotazníku. Po rozdáni dotazníků návratnost byla stoprocentní, ale 10 dotazníků nebylo vyplněno řádně dle pokynů, a tak byly pro neúplné vyplnění vyřazeny. Response činila 90,9 %. Po vyplnění a navrácení všech dotazníků byly respondentkám rozdány vlastnoručně vypracované informační brožury. Informační brožura je uvedena v plném znění v příloze C. Dotazník je uveden v plném znění v příloze B.

6.9 Analýza výsledků průzkumu

V této části průzkumné práce je uveden rozbor všech odpovědí respondentek ve věkové kategorii od 17 do 19 let na dané položky v dotazníku. Anamnestické údaje jsou zobrazeny pouze ve formě tabulek. Téměř každá položka z dotazníku je zobrazena v podobě tabulky a grafu s doprovodným slovním komentářem. V tabulkách je znázorněna absolutní četnost (n) a relativní četnost (%). V grafech je pro lepší přehlednost znázorněna četnost relativní (%).

V tabulce výsledků, kde respondentky volily pouze jednu nebo více možných správných odpovědí na danou otázku, jsou správné odpovědi podbarveny zelenou barvou a označeny tučným písmem. V některých otázkách mohly respondentky volit i více možných odpovědí zároveň (odpovídají tomu tabulky: 10, 11, 12, 15, 22). V těchto tabulkách je tedy uvedeno percentuelní zastoupení odpovědí v dané skupině respondentek.

Po analýze výsledků vyhodnocujeme a interpretujeme dosažení předem stanovených cílů, potvrzení či vyvrácení hypotéz a průzkumných tvrzení. Ke zpracování dat byly použity programy Word a Excel.

6.9.1 Interpretace výsledků anamnestických údajů

V následujících tabulkách jsou zpracovány anamnestické údaje respondentek. Tyto údaje se týkají věku, studia zdravotnického nebo nezdravotnického oboru, kuřáctví a počtu vykouřených cigaret za 24 hodin. Výsledné údaje jsou pro lepší přehlednost zobrazeny pouze ve formě tabulek. Zjištěné hodnoty jsou zobrazeny v absolutní (n) a relativní (%) četnosti.

Tabulka 1 Věk dotazovaných respondentek

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
17 let	17	34,00 %	19	38,00 %
18 let	21	42,00 %	22	44,00 %
19 let	12	24,00 %	9	18,00 %
Celkem	50	100,00 %	50	100,00 %

Zdroj: Vlastní

Tabulka 2 Respondentka je kuřačka nebo nekuřačka

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
kuřačka	14	28,00 %	16	32,00 %
nekuřačka	36	72,00 %	34	68,00 %
Celkem	50	100,00 %	50	100,00 %

Zdroj: Vlastní

Tabulka 3 Počet vykouřených cigaret za 24 hod. – u kuřáček

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 až 4 cigarety	7	50,00 %	6	37,50 %
5 až 9 cigaret	5	35,71 %	8	50,00 %
10 a více cigaret	2	14,29 %	2	12,50 %
Celkem	14	100,00 %	16	100,00 %

Zdroj: Vlastní

6.9.2 Vyhodnocení dotazníkové položky 1

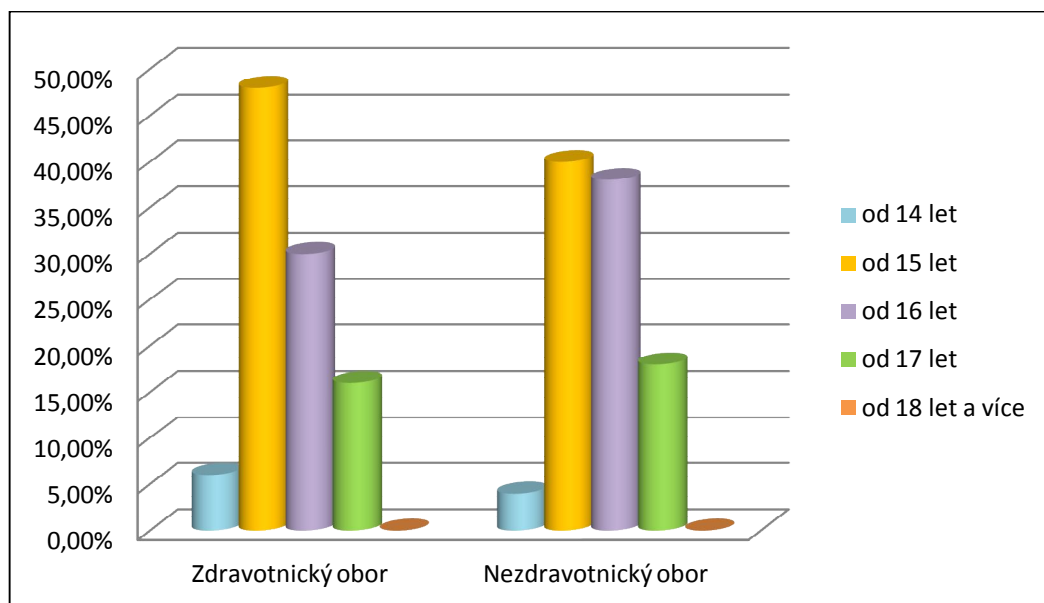
Položka 1 – *Od kolika let užíváte kombinovanou hormonální antikoncepci?*

Tabulka 4 Věk zahájení užívání COC

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
od 14 let	3	6,00 %	2	4,00 %
od 15 let	24	48,00 %	20	40,00 %
od 16 let	15	30,00 %	19	38,00 %
od 17 let	8	16,00 %	9	18,00 %
od 18 let a více	0	0,00 %	0	0,00 %
Celkem	50	100,00 %	50	100,00 %

Zdroj: Vlastní

Graf 1 Věk zahájení užívání COC



Zdroj: Vlastní

Z výsledků výzkumu vyplývá, že z celkového počtu 50 respondentek (100,00 %) užívá kombinovanou hormonální antikoncepci „od 15 let“ 24 respondentek ze zdravotnického oboru (48,00 %) a 20 respondentek (40,00 %) z nezdravotnického oboru. Celkem 15 respondentek (30,00 %) zdravotnického oboru (ZO) a 19 respondentek (38,00 %) nezdravotnického oboru (NO) odpovědělo, že

COC užívají „od 16 let“. Dále respondentky odpověděly, že COC užívají „od 17 let“, a to v počtu 8 respondentek (16,00 %) ZO a 9 respondentek (18,00 %) NO. Nejméně však odpověděly 3 respondentky (6,00 %) ZO, že COC užívají „od 14 let“, rovněž tak odpověděly i 2 respondentky (4,00 %) NO. Odpověď „18 let a více“ ne zvolila žádná respondentka (0,00 %).

6.9.3 Vyhodnocení dotazníkové položky 2

Položka 2 - Z jakého důvodu jste začala používat kombinovanou hormonální antikoncepci?

Tabulka 5 Důvod užívání COC

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ochrana před otěhotněním	34	68,00 %	33	66,00 %
potlačení projevů akné	4	8,00 %	6	12,00 %
poruchy menstruačního rytmu	6	12,00 %	6	12,00 %
zmírnění menstruačních bolestí	6	12,00 %	5	10,00 %
jiné důvody	0	0,00 %	0	0,00 %
Celkem	50	100,00 %	50	100,00 %

Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 50 respondentek (100,00 %) byla odpověď „ochrana před otěhotněním“ vybrána u dívek zdravotnického oboru v počtu 34 odpovědí (68,00 %) a u dívek nezdravotnického oboru v počtu 33 odpovědí (66,00 %). Druhou nejčastější odpovědí byly zvoleny „poruchy menstruačního rytmu“, a to u 6 dívek (12,00 %) ZO a 6 dívek (12,00 %) NO. Odpověď „zmírnění menstruačních bolestí“ vybralo 6 dívek (12,00 %) ZO a 5 dívek (10,00 %) NO. Odpověď „potlačení projevů akné“ byla zvolena v nejméně zastoupeném počtu dívek oproti předchozím odpovědím. Tuto odpověď zvolily 4 dívky (8,00 %) ZO a 6 dívek (12,00%) NO. Položka 2 byla polootevřená. Zde se dívky mohly vyjádřit, jaký jiný důvod je k užívání COC vedl. Na odpověď „jiné důvody“ neodpověděla žádná respondentka (0,00 %).

Téměř 70 % dotazovaných dívek z obou oborů užívá COC pouze z důvodu ochrany před těhotenstvím. Jako další nejčastější důvody pro nasazení COC jsou uváděny problémy s menstruačním cyklem. Léčba akné pomocí COC je nejméně častým důvodem k nasazení COC.

6.9.4 Vyhodnocení dotazníkové položky 3

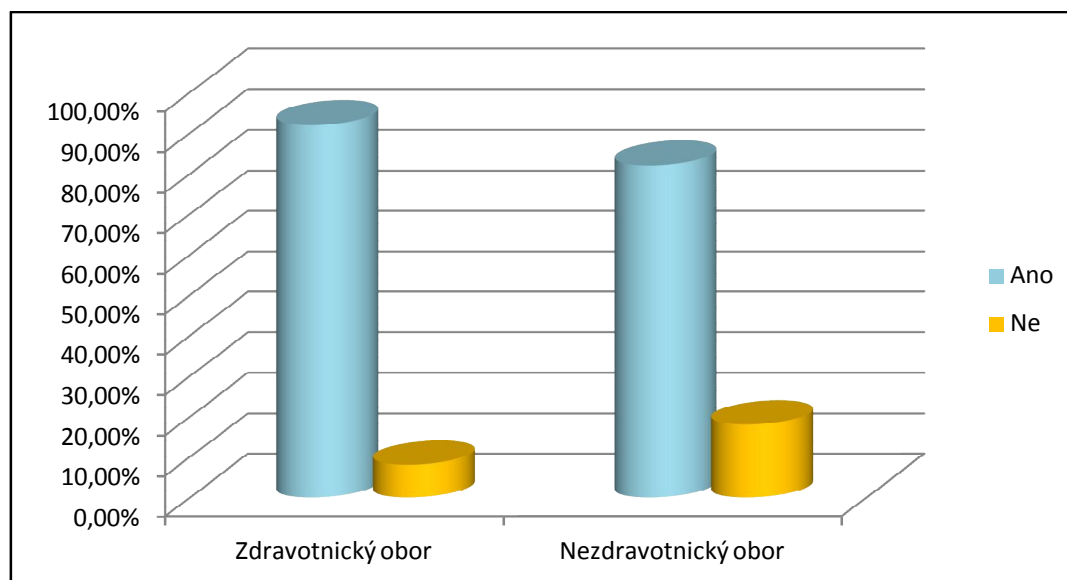
Položka 3 - *Přečetla jste si příbalový leták před začátkem užívání kombinované hormonální antikoncepce?*

Tabulka 6 Znalost příbalového letáku COC

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	46	92,00 %	41	82,00 %
ne	4	8,00 %	9	18,00 %
Celkem	50	100,00 %	50	100,00 %

Zdroj: Vlastní

Graf 2 Znalost příbalového letáku COC



Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 50 respondentek (100,00 %) vyplývá, že **příbalový leták** si před začátkem užívání COC **přečetlo** 46 respondentek (**92,00 %**) ze zdravotnického oboru (**ZO**) a 41 respondentek (**82,00 %**) z nezdravotnického oboru (**NO**). Odpověď „ne“ zvolily 4 dívky (8,00 %) ZO a 9 dívek (18,00 %) NO. Je zde patrný rozdíl v přístupu a zájmu o informace. Dívky ZO jsou více zodpovědné a mají vyšší zájem o informace k užívání COC. Nicméně z výsledků je patrné, že většina dívek je zodpovědná v přístupu k informacím a tudíž by měla být dostatečně informována. Zda příbalovému letáku porozuměly a mají dostatečné znalosti o COC nám ukážou položky s číslem 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17.

6.9.5 Vyhodnocení dotazníkové položky 4

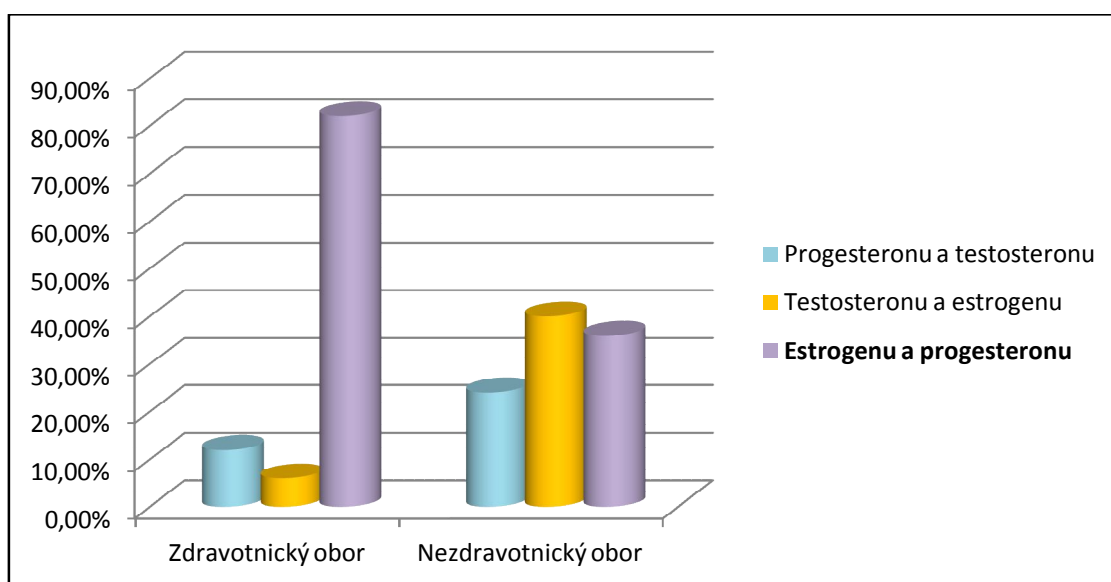
Položka 4 - *Kombinovaná hormonální antikoncepce („pilulka“) se skládá ze dvou hormonů:*

Tabulka 7 Obsah hormonů v pilulce COC

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
progesteronu a testosteronu	6	12,00 %	12	24,00 %
testosteronu a estrogeneru	3	6,00 %	20	40,00 %
estrogenu a progesteronu	41	82,00 %	18	36,00 %
Celkem	50	100,00 %	50	100,00 %

Zdroj: Vlastní

Graf 3 Obsah hormonů v pilulce COC



Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 50 respondentek (100,00 %) správnou odpověď „**estrogen a progesteron**“ označilo 41 dívek (**82,00 %**) **zdravotnického oboru** a 18 dívek (**36,00 %**) **NO**. Dále se 3 dívky (6,00 %) ZO a 20 dívek (40,00 %) NO domnívá, že COC se skládá z „**testosteronu a estrogeneru**“. Zbýlých 6 dívek (12,00 %) ZO a 12 dívek (24,00 %) NO zvolilo odpověď „**progesteron a testosteron**“. Překvapilo nás, že 32 dívek (64 %) nezdravotnického oboru neví, z jakých hormonů se kombinovaná hormonální antikoncepce skládá, přestože si 41 dívek (82,00 %) NO příbalový leták COC přečetly (viz položka 3).

6.9.6 Vyhodnocení dotazníkové položky 5

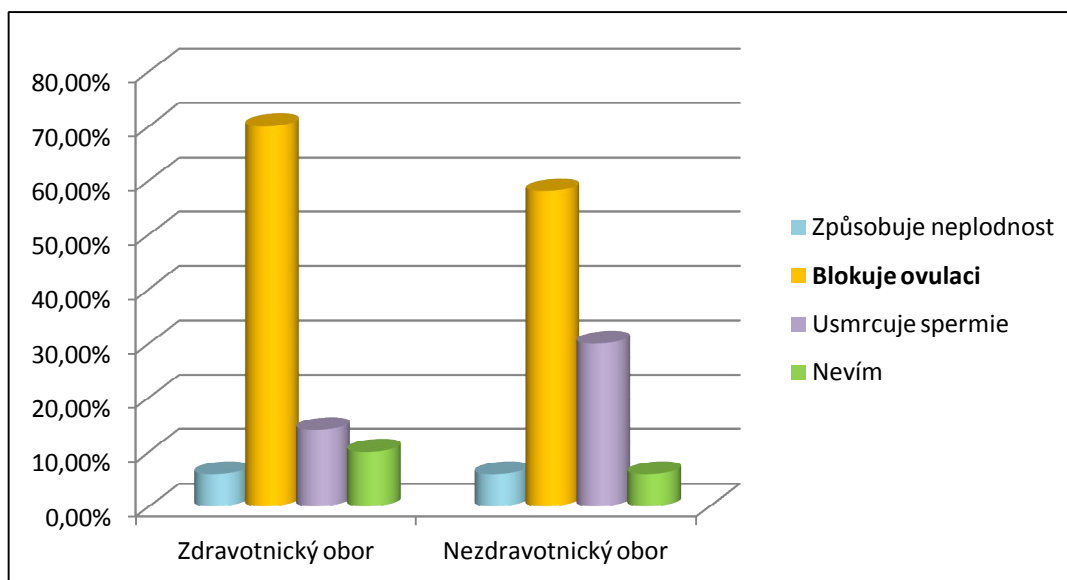
Položka 5 - Na jakém principu funguje kombinovaná hormonální antikoncepce?

Tabulka 8 Princip fungování COC

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
způsobuje neplodnost	3	6,00 %	3	6,00 %
blokuje ovulaci	35	70,00 %	29	58,00 %
usmrcuje spermie	7	14,00 %	15	30,00 %
nevím	5	10,00 %	3	6,00 %
Celkem	50	100,00 %	50	100,00 %

Zdroj: Vlastní

Graf 4 Princip fungování COC



Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 50 respondentek (100,00 %) se 35 respondentek (**70,00 %**) zdravotnického oboru (**ZO**) a 29 respondentek (**58,00 %**) nezdravotnického oboru (**NO**) domnívá, že COC „**blokuje ovulaci**“, což se domnívají správně. Dále se 7 respondentek (14,00 %) ZO a 15 respondentek (30,00 %) NO domnívá, že COC „**usmrcuje spermie**“. Odpověď „**nevím**“ zvolilo 5 respondentek (10,00 %) ZO a 3 respondentky (6,00 %) NO. Některé respondentky se domnívají, že COC „**způsobuje neplodnost**“. Takto odpověděly 3 respondentky (6,00 %) ZO a 3 respondentky (6,00 %) NO. Z analýzy je patrný výrazný rozdíl v úrovni znalostí odpovědi na tuto otázku mezi studentkami ZO a NO.

6.9.7 Vyhodnocení dotazníkové položky 6

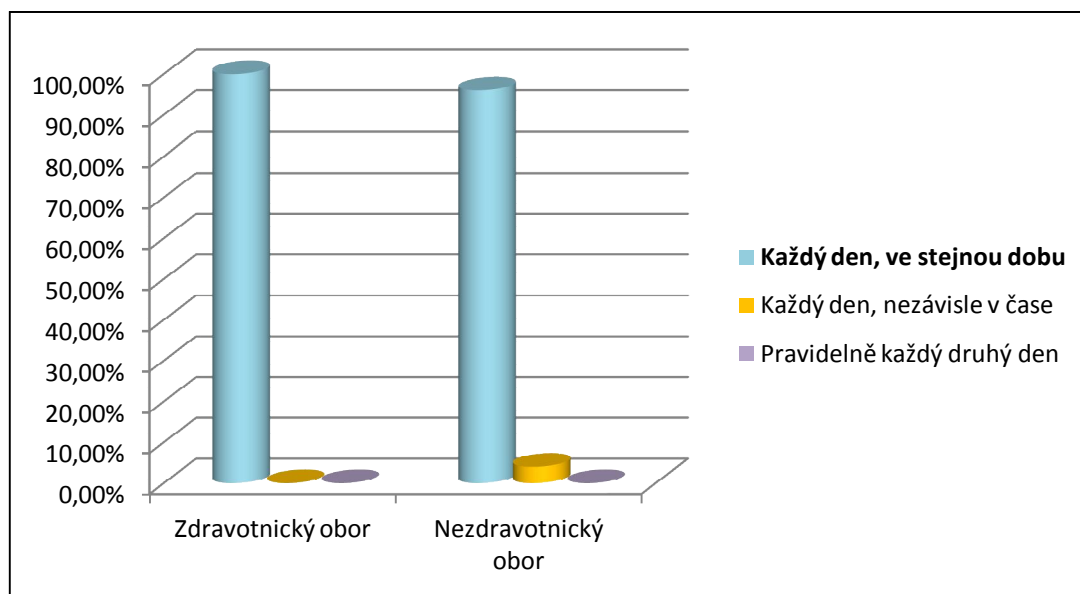
Položka 6 - Kombinovaná hormonální antikoncepce se užívá:

Tabulka 9 Způsob užívání COC

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
každý den, ve stejnou dobu	50	100,00 %	48	96,00 %
každý den, nezávisle v čase	0	0,00 %	2	4,00 %
pravidelně každý druhý den	0	0,00 %	0	0,00 %
Celkem	50	100,00 %	50	100,00 %

Zdroj: Vlastní

Graf 5 Způsob užívání COC



Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 50 respondentek (100,00 %) odpovědělo 50 dívek (100,00 %) zdravotnického oboru a 48 dívek (96,00 %) nezdravotnického oboru, že COC se užívá pravidelně „každý den, ve stejnou dobu“. Překvapilo nás, že 2 dívky (4,00 %) nezdravotnického oboru se domnívají, že COC se užívá „každý den, nezávisle v čase“. Odpověď „pravidelně každý druhý den“ nezvolila žádná respondentka (0,00 %).

6.9.8 Vyhodnocení dotazníkové položky 7

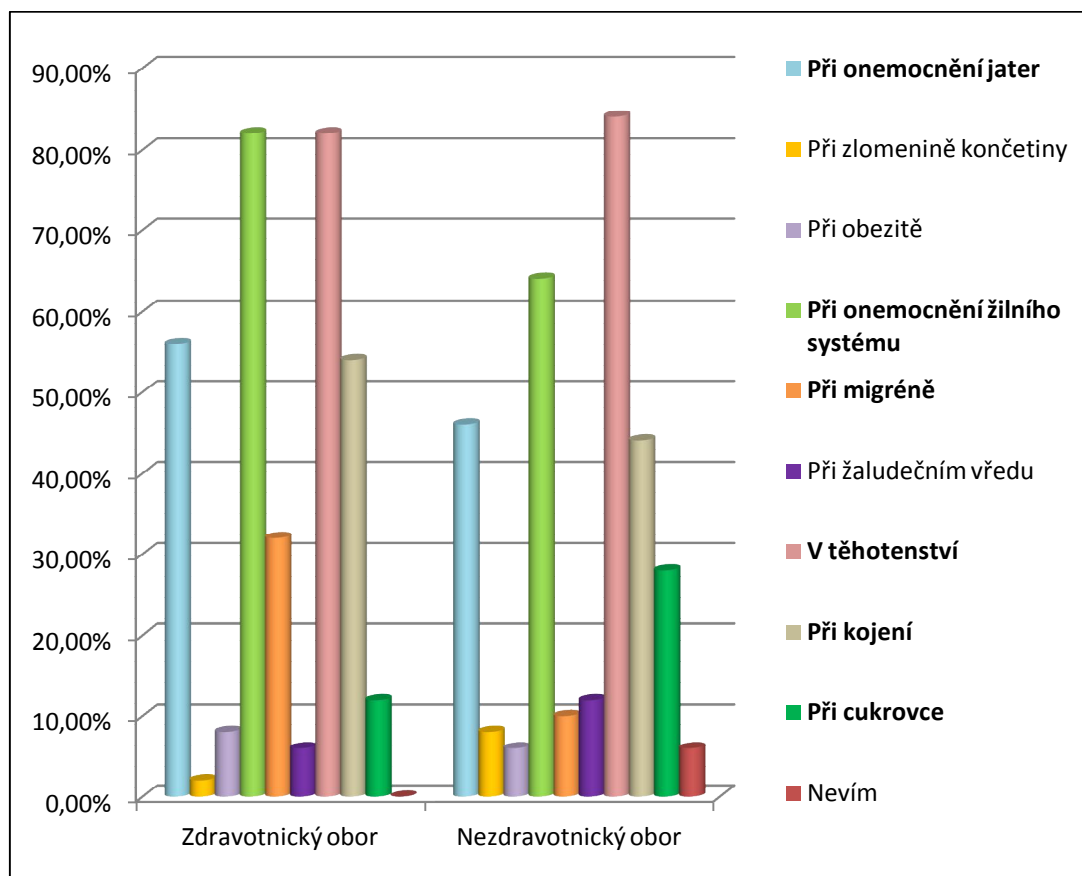
Položka 7 - Hormonální antikoncepce se nesmí užívat při:

Tabulka 10 Kontraindikace v užívání COC

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
při onemocnění jater	28	56,00 %	23	46,00 %
při zlomenině končetiny	1	2,00 %	4	8,00 %
při obezitě	4	8,00 %	3	6,00 %
při onemocnění žilního systému	41	82,00 %	32	64,00 %
při migréně	16	32,00 %	5	10,00 %
při žaludečním vředu	3	6,00 %	6	12,00 %
v těhotenství	41	82,00 %	42	84,00 %
při kojení	27	54,00 %	22	44,00 %
při cukrovce	6	12,00 %	14	28,00 %
nevím	0	0,00 %	3	6,00 %

Zdroj: Vlastní

Graf 6 Kontraindikace v užívání COC



Zdroj: Vlastní

U této položky bylo možné zvolit více odpovědí. K výběru bylo celkem 10 odpovědí, ze kterých bylo 5 správných a 5 chybných. Na tuto otázku odpovídalo 50 respondentek ze ZO a 50 respondentek z NO. Celkový počet odpovědí mohl činit až 500 odpovědí u studentek jednoho oboru za předpokladu, že studentky zvolí všechny možné varianty, které měly k dispozici. Z variant které byly dívkám nabídnuty, bylo možno odpovědět 250x správně a 250x chybně.

Respondentky ze ZO odpověděly na otázku **celkem 167x**. Z tohoto počtu bylo **153 odpovědí správných** (z možných 250) a **14 odpovědí chybných** (z možných 250). Většina z 50 dospívajících odpověděla správně. Odpověď „**při onemocnění žilního systému**“ byla uvedena 41x (**82,00 %**). Odpověď „**v těhotenství**“ byla zvolena rovněž 41x (**82,00 %**), dále bylo 28 odpovědí (**56,00 %**) „**při onemocnění jater**“, 27 odpovědí (**54,00 %**) „**při kojení**“ a 16 odpovědí (**32,00 %**) „**při migréně**“.

Respondentky z NO odpověděly na otázku **celkem 154x**. Z tohoto počtu bylo **127 odpovědí správných** (z možných 250) a **30 odpovědí chybných** (z možných 250). Na otázku, kdy se hormonální antikoncepce nesmí užívat, bylo 42 odpovědí (**84,00 %**) „**v těhotenství**“ z celkového počtu 50 respondentek. Dále byla odpověď „**při onemocnění žilního systému**“ uvedena 32x (**64,00 %**), 23x odpověď (**46,00 %**) „**při onemocnění jater**“, 22x odpověď (**44,00 %**) „**při kojení**“ a 5x odpověď (**10,00 %**) „**při migréně**“.

Na tuto položku byla nesprávná odpověď „**při cukrovce**“, zvolena 6x (12,00 %) u respondentek ZO a 14x (28,00 %) u respondentek NO. Dále byly zvoleny špatně odpovědi: „**při obezitě**“ 4x (8,00 %) u ZO a 3x (6,00 %) u NO, „**při žaludečním vředu**“ 3x (6,00 %) u ZO a 6x (12,00 %) u NO, „**při zlomenině končetiny**“ 1x (2,00 %) u ZO a 4x (8,00 %) u NO a odpověď „**nevím**“ 3x (6,00 %) u respondentek NO.

Je však nutno podotknout, že diabetes mellitus je považován za kontraindikaci, pouze v případě výskytu komplikací. V tomto případě, kde jsme zapomněli uvést, zda je onemocnění komplikované, či není, nemusíme „cukrovku“ považovat nutně za kontraindikaci, i když by za jistých okolností kontraindikací být mohla.

Z analýzy těchto dat vyplývá, že **dívky mají málo informací o COC**. Z výše zobrazeného grafu je však patrné, že hůře si se znalostmi o COC stojí studentky NO.

6.9.9 Vyhodnocení dotazníkové položky 8

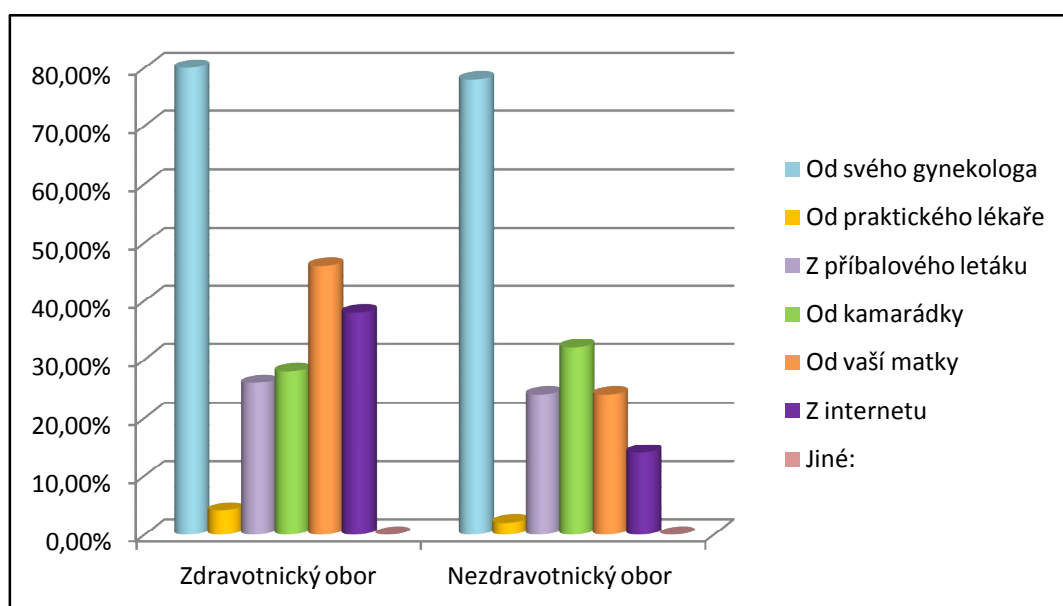
Položka 8 - *Než jste začala užívat hormonální antikoncepci, získala jste o ní informace od:*

Tabulka 11 Získané informace o COC

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
od svého gynekologa	40	80,00 %	39	78,00 %
od praktického lékaře	2	4,00 %	1	2,00 %
z příbalového letáku	13	26,00 %	12	24,00 %
od kamarádky	14	28,00 %	16	32,00 %
od vaší matky	23	46,00 %	12	24,00 %
z internetu	19	38,00 %	7	14,00 %
jiné:	0	0,00 %	0	0,00 %

Zdroj: Vlastní

Graf 7 Získané informace o COC



Zdroj: Vlastní

U této položky bylo možné zvolit více odpovědí. K výběru bylo celkem 7 odpovědí, ze kterých si dívky mohly libovolně vybrat počet zvolených odpovědí. Na tuto otázku odpovídalo 50 respondentek ze ZO a 50 respondentek z NO. Celkový počet odpovědí u této položky mohl činit až 350 odpovědí u studentek jednoho oboru za předpokladu, že studentky zvolí všechny možné varianty, které měly k dispozici.

Respondentky ze ZO odpověděly na položku **celkem 111x**. Na otázku, kde dívky získaly informace o COC před začátkem užívání, byla z celkového počtu 50 respondentek nejčastěji uvedena odpověď: „**od svého gynekologa**“ 40 (80,00 %) respondentkami. Druhá nejčastější odpověď byla „**od své matky**“ zvolena 23x (46,00 %) a třetí nejčastější odpověď byla „**z internetu**“ zvolena 19x (38,00 %).

Dále informace čerpaly „**od kamarádky**“ 14x (28,00 %), „**z příbalového letáku**“ 13x (26,00 %), a „**od praktického lékaře**“ 2x (4,00 %).

Zajímavá je skutečnost, že **dívky ZO** získávají **výrazně více informací od svých matek**, než studentky NO. Tato skutečnost může být důsledkem toho, že se jedná o matky – zdravotnice.

Respondentky z NO odpověděly na položku **celkem 87x**. Na otázku, kde dívky získaly informace o COC před začátkem užívání bylo z celkového počtu 50 respondentek nejčastěji uvedena odpověď: „**od svého gynekologa**“ 39 (78,00 %) respondentkami. Druhá nejčastější odpověď byla „**od kamarádky**“ zvolena 16x (32,00 %) a třetí nejčastější odpověď byla „**od své matky**“ a „**z příbalového letáku**“ zvolena 12x (24,00 %).

Dále informace čerpaly „**z internetu**“ 7x (14,00 %) a „**od praktického lékaře**“ 1x (2,00 %).

Položka 8 byla polootevřená. Zde se dívky mohly vyjádřit, kde jinde získaly informace o COC, než jim bylo nabídnuto. Na odpověď „**jiné**“ neodpověděla žádná respondentka (0,00 %).

6.9.10 Vyhodnocení dotazníkové položky 9

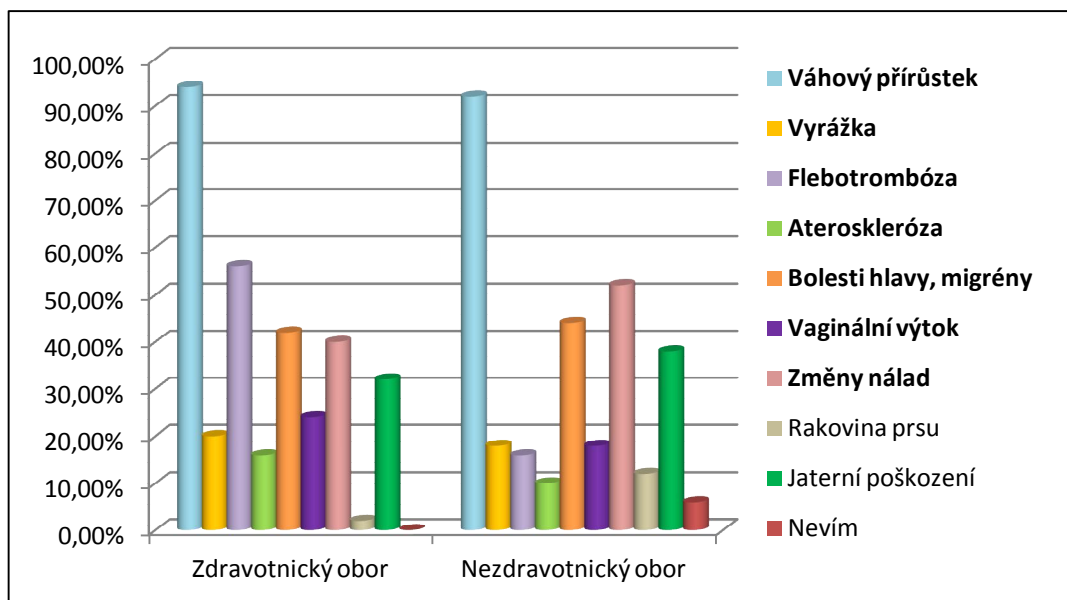
Položka 9 - Jaké jsou nežádoucí účinky kombinované hormonální antikoncepce?

Tabulka 12 Nežádoucí účinky COC

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
váhový přírůstek	47	94,00 %	46	92,00 %
vyrážka	10	20,00 %	9	18,00 %
flebotrombóza	28	56,00 %	8	16,00 %
ateroskleróza	8	16,00 %	5	10,00 %
bolesti hlavy, migrény	21	42,00 %	22	44,00 %
vaginální výtok	12	24,00 %	9	18,00 %
změny nálad	20	40,00 %	26	52,00 %
rakovina prsu	1	2,00 %	6	12,00 %
jaterní poškození	16	32,00 %	19	38,00 %
nevím	0	0,00 %	3	6,00 %

Zdroj: Vlastní

Graf 8 Nežádoucí účinky COC



Zdroj: Vlastní

U této položky bylo možné zvolit více odpovědí. K výběru bylo celkem 10 odpovědí. Z těchto odpovědí bylo 7 odpovědí správných a 3 chybné. Na tuto otázku odpovídalo 50 respondentek ze ZO a 50 respondentek z NO. Celkový počet odpovědí mohl činit až 500 odpovědí u studentek jednoho oboru za předpokladu, že studentky

zvolí všechny možné varianty, které měly k dispozici. Z variant které byly dívkám nabídnuty, bylo možno odpovědět 350x správně a 150x chybně.

Respondentky ze ZO odpověděly na otázku **celkem 163x**. Z tohoto počtu bylo **146 odpovědí správných** (z možných 350) a **17 odpovědí chybných** (z možných 150).

Z celkového počtu 50 respondentek zvolily studentky správné odpovědi takto: odpověď „**váhový přírůstek**“ byla uvedena 47x (**94,00 %**), odpověď „**flebotrombóza**“ byla zvolena 28x (**56,00 %**), dále bylo 21 odpovědí (**42,00 %**) „**bolesti hlavy, migrény**“, 20 odpovědí (**40,00 %**) „**změny nálad**“, 12 odpovědí (**24,00 %**) „**vaginální výtok**“, 10 odpovědí (**20,00 %**) „**vyrážka**“ a 8 odpovědí (**16,00 %**) „**ateroskleróza**“.

Respondentky z NO odpověděly na otázku **celkem 153x**. Z tohoto počtu bylo **125 odpovědí správných** (z možných 350) a **28 odpovědí chybných** (z možných 150).

Z celkového počtu 50 respondentek zvolily studentky správné odpovědi takto: odpověď „**váhový přírůstek**“ byla uvedena 46x (**92,00 %**), odpověď „**změny nálad**“ byla zvolena 26x (**52,00 %**), dále bylo 22 odpovědí (**44,00 %**) „**bolesti hlavy, migrény**“, 9 odpovědí (**18,00 %**) „**vyrážka**“, 9 odpovědí (**18,00 %**) „**vaginální výtok**“, 8 odpovědí (**16,00 %**) „**flebotrombóza**“ a 5 odpovědí (**10,00 %**) „**ateroskleróza**“.

Na tuto položku byla nesprávná odpověď „**jaterní poškození**“, zvolena 16x (32,00 %) u respondentek ZO a 19x (38,00 %) u respondentek NO. Dále byla zvolena špatně odpověď „**rakovina prsu**“ 1x (2,00 %) u ZO a 6x (12,00 %) u NO. Odpověď „**nevím**“ byla zaznamenána pouze 3x (6,00 %) u respondentek nezdravotnického oboru.

Překvapilo nás, že byla 16x (32 %) uvedena odpověď jaterní poškození u dívek ZO a 19x (38,00 %) u dívek NO. Tato odpověď je chybná, přesto z této analýzy dat vyplývá, že mýtus o jaterním poškození stále přetrvává.

Za překvapivý výsledek lze také považovat, že respondentky **NO ví pouze v 16 %** (8 odpovědí z 50 možných), že mezi nežádoucí účinky kombinované hormonální antikoncepce **patří také flebotrombóza**. Překvapuje nás to právě proto, že toto téma je hodně diskutované (zejména v médiích) v souvislosti s kouřením.

6.9.11 Vyhodnocení dotazníkové položky 10

Položka 10 - *Objevily se u Vás nějaké nežádoucí účinky v souvislosti s užíváním kombinované hormonální antikoncepce?*

Tabulka 13 Výskyt nežádoucích účinků při užívání COC

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	18	36,00 %	21	42,00 %
ne	32	64,00 %	29	58,00 %
Celkem	50	100,00 %	50	100,00 %

Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 50 respondentek (100,00 %) odpovědělo 18 dívek (**36,00 %**) **zdravotnického oboru** a 21 dívek (**42,00 %**) **nezdravotnického oboru** „*ano*“ na výskyt nežádoucích účinků v souvislosti s užíváním COC. Odpověď „*ne*“ uvedlo 32 dívek (64,00 %) **zdravotnického oboru** a 29 dívek (58,00 %) **nezdravotnického oboru**.

Anamnestickými údaji zjišťujeme, zda jsou uživatelky COC kuřačky či nekuřačky. Tímto údajem jsme chtěli porovnat výskyt nežádoucích účinků u kuřaček a nekuřaček. Při analýze výsledků se nežádoucí účinky („váhový přírůstek“ a „změny nálad“) objevily pouze u 3 dívek (6,00 %) **zdravotnického oboru** a 5 dívek (10,00 %) **nezdravotnického oboru**, které kouří. Kouření tedy nemělo významný vliv na výskyt nežádoucích účinků u těchto respondentek užívajících COC.

6.9.12 Vyhodnocení dotazníkové položky 11

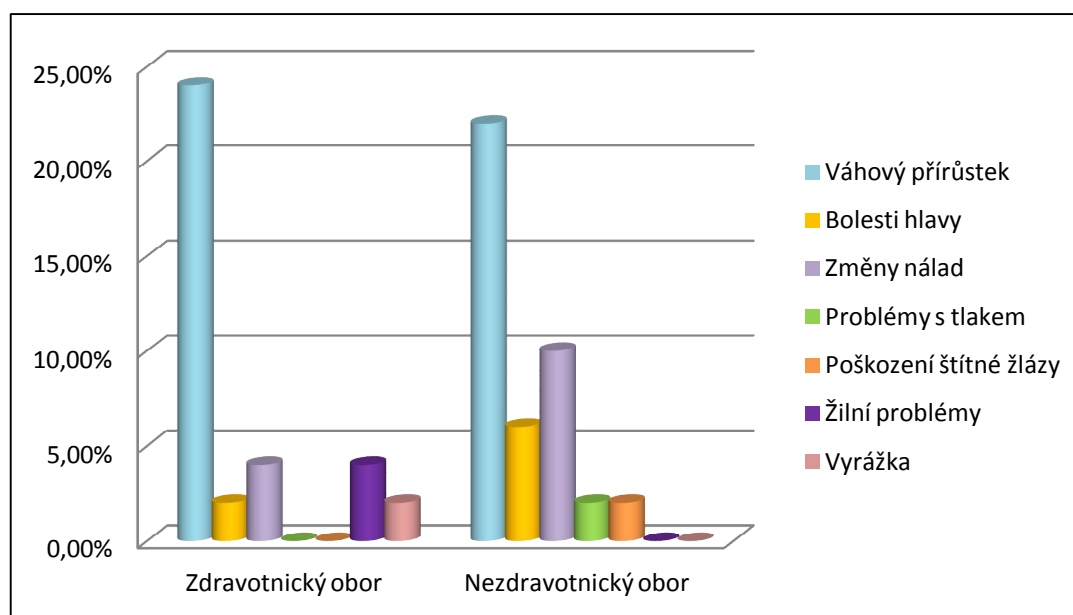
Položka 11 - Pokud se nežádoucí účinky objevily, tak jaké?

Tabulka 14 Nejčastější výskyt nežádoucích účinků při užívání COC

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
váhový přírůstek	12	24,00 %	11	22,00 %
bolesti hlavy	1	2,00 %	3	6,00 %
změny nálad	2	4,00 %	5	10,00 %
problémy s tlakem	0	0,00 %	1	2,00 %
poškození štítné žlázy	0	0,00 %	1	2,00 %
žilní problémy	2	4,00 %	0	0,00 %
vyrážka	1	2,00 %	0	0,00 %

Zdroj: Vlastní

Graf 9 Nejčastější výskyt nežádoucích účinků při užívání COC



Zdroj: Vlastní

Tato položka v dotazníku měla otevřenou formu a odpovídaly na ni pouze respondentky, které v předchozí položce 10 odpověděly „ano“ na výskyt nežádoucích účinků. Z celkového počtu 50 dospívajících (100%) se pouze u 18 respondentek (**36,00 %**) **zdravotnického oboru (ZO)** vyskytly nežádoucí účinky v souvislosti s užíváním COC. Nejčastěji se objevil „**váhový přírůstek**“ a to u 12

dívek (**24,00 %**). Jako další nežádoucí účinky, které respondentky uvedly, byly: „**změny nálad**“ u 2 dívek (4,00 %), „**žilní problémy**“ také u 2 dívek (4,00 %), „**bolesti hlavy**“ u 1 dívky (2,00 %) a „**vyrážka**“ u 1 dívky (2,00 %). Zajímavé bylo, že 2 dívky (4 %) uvedly „jakýsi“ výskyt „**žilních problémů**“, bez specifikování daných problémů.

Z celkového počtu 50 dospívajících (100%) se u 21 respondentek (**42,00 %**) **nezdavotnického oboru** (NO) vyskytly nežádoucí účinky v souvislosti s užíváním COC. Nejčastěji se objevil „**váhový přírůstek**“ u 11 dívek (**22,00 %**). Jako další nežádoucí účinky, které respondentky uvedly, byly: „**změny nálad**“ u 5 dívek (10,00 %), „**bolesti hlavy**“ u 3 dívek (6,00 %), „**problémy s tlakem**“, u 1 dívky (2,00 %) a „**poškození štítné žlázy**“ u 1 dívky (2,00 %).

Překvapila nás odpověď zaznamenaná pouze ve 2 % výskytu, týkající se „**poškození štítné žlázy**“. Tento uvedený problém v souvislosti s výskytem nežádoucích účinků při užívání COC jsme v žádné literatuře ani příbalovém letáku nezaznamenali.

6.9.13 Vyhodnocení dotazníkové položky 12

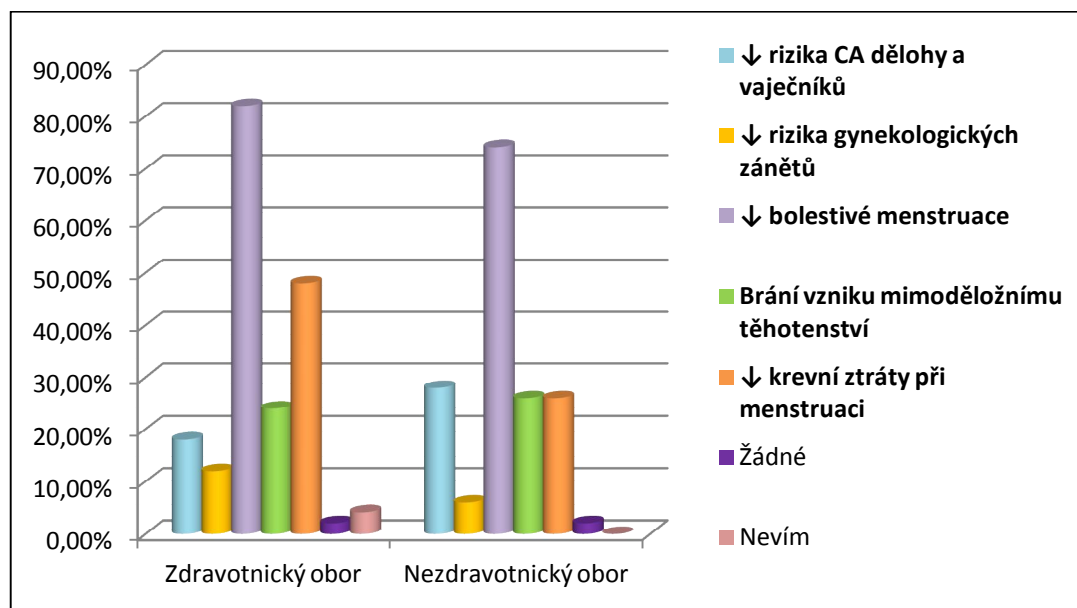
Položka 12 - Jaké jsou příznivé účinky kombinované hormonální antikoncepce?

Tabulka 15 Příznivé účinky COC

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
↓ rizika CA dělohy a vaječníků	9	18,00 %	14	28,00 %
↓ rizika gynekologických zánětů	6	12,00 %	3	6,00 %
↓ bolestivé menstruace	41	82,00 %	37	74,00 %
brání vzniku mimoděložního těhotenství	12	24,00 %	13	26,00 %
↓ krevní ztráty při menstruaci	24	48,00 %	13	26,00 %
žádné	1	2,00 %	1	2,00 %
nevím	2	4,00 %	0	0,00 %

Zdroj: Vlastní

Graf 10 Příznivé účinky COC



Zdroj: Vlastní

U této položky bylo možné zvolit více odpovědí. K výběru bylo celkem 7 odpovědí, ze kterých bylo 5 odpovědí správných a 2 chybné. Na tuto otázku odpovídalo 50 respondentek ze ZO a 50 respondentek z NO. Celkový počet odpovědí mohl činit až 350 odpovědí u studentek jednoho oboru za předpokladu, že studentky

zvolí všechny možné varianty, které měly k dispozici. Z variant které byly dívkám nabídnuty, bylo možno odpovědět 250x správně a 100x chybně.

Respondentky ze ZO odpověděly na otázku **celkem 95x**. Z tohoto počtu bylo **92 odpovědí správných** (z možných 250) a **3 odpovědi chybné** (z možných 100).

Celkem z 50 respondentek byly odpovědi zvoleny takto: odpověď „**snížení bolestivé menstruace**“ byla uvedena 41x (**82,00 %**), odpověď „**snížení krevní ztráty při menstruaci**“ byla zvolena 24x (**48,00 %**), dále bylo 12 odpovědí (**24,00 %**) „**brání vzniku mimoděložního těhotenství**“, 9 odpovědí (**18,00 %**) „**snížení rizika rakoviny dělohy a vaječníků**“, 6 odpovědí (**12,00 %**) „**snížení rizika gynekologických zánětů**“, 2 odpovědi (4,00 %) „**nevím**“ a 1 odpověď (2,00 %) „**žádné**“.

Respondentky z NO odpověděly na otázku **celkem 81x**. Z tohoto počtu bylo **80 odpovědí správných** (z možných 250) a **1 odpověď chybná** (z možných 100).

Celkem z 50 respondentek byly odpovědi zvoleny takto: odpověď „**snížení bolestivé menstruace**“ byla uvedena 37x (**74,00 %**), odpověď „**snížení rizika rakoviny dělohy a vaječníků**“ byla zvolena 14x (**28,00 %**), dále bylo 13 odpovědí (**26,00 %**) „**brání vzniku mimoděložního těhotenství**“, 13 odpovědí (**26,00 %**) „**snížení krevní ztráty při menstruaci**“, 3 odpovědi (**6,00 %**) „**snížení rizika gynekologických zánětů**“, 1 odpověď (2,00 %) „**žádné**“ a odpověď „**nevím**“ nebyla zvolena.

Tyto výsledky nás vůbec nepřekvapily, protože o příznivých účincích kombinované hormonální antikoncepce se mluví a ví málo, přestože je také najdeme zaznamenány v příbalovém letáku antikoncepce.

6.9.14 Vyhodnocení dotazníkové položky 13

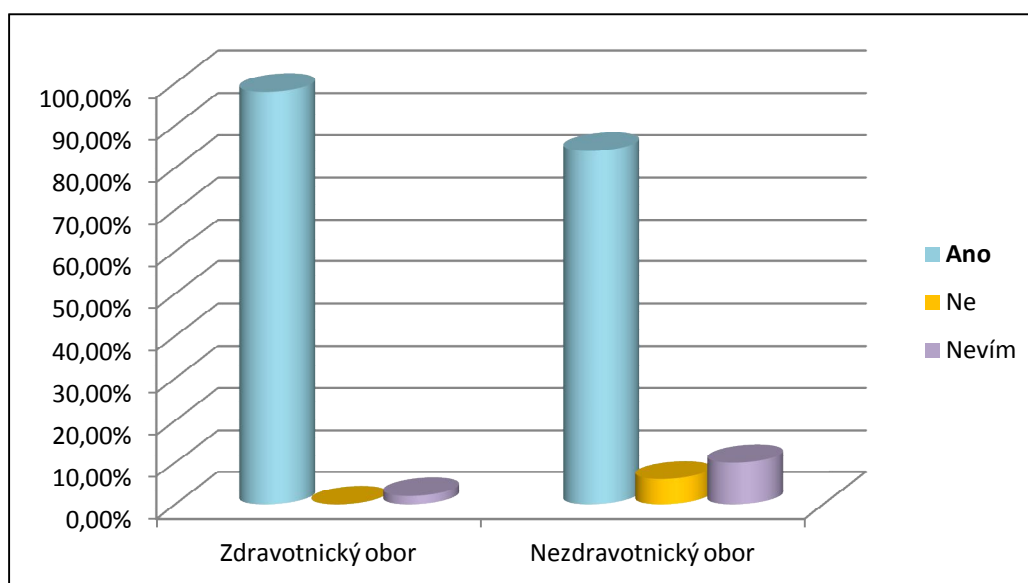
Položka 13 - *Myslíte si, že kouření v souvislosti s užíváním kombinované hormonální antikoncepce zvyšuje riziko kardiovaskulárních (srdečních a cévních) onemocnění?*

Tabulka 16 Kouření a kardiovaskulární onemocnění při užívání COC

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	49	98,00 %	42	84,00 %
ne	0	0,00 %	3	6,00 %
nevím	1	2,00 %	5	10,00 %
Celkem	50	100,00 %	50	100,00 %

Zdroj: Vlastní

Graf 11 Kouření a kardiovaskulární onemocnění při užívání COC



Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 50 respondentek (100,00 %) odpovědělo 49 dívek (98,00 %) zdravotnického oboru a 42 dívek (84,00 %) nezdravotnického oboru „ano“ na otázku, zda kouření v souvislosti s užíváním COC zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění. Odpověď „nevím“ uvedla 1 dívka (2,00 %) zdravotnického oboru a 5 dívek (10,00 %) nezdravotnického oboru. Na položku „ne“ odpověděly pouze 3 dívky (6,00 %) NO. Z výše uvedeného grafu je patrné, že dívky ZO jsou více informované o rizicích COC v souvislosti s kouřením než dívky NO.

Zajímavé bylo, že 98 % (**49**) studentek odpovědělo na tuto položku správně, přestože v položce 9 týkající se vzniku **flebotrombózy** jako nežádoucího účinku COC bylo správných odpovědí **28 u dívek zdravotnického oboru** z 50 možných správných odpovědí. Nežádoucí účinek - **ateroskleróza**, byla zvolena pouze **8x** za správnou odpověď u dotazovaných dívek (z 50 možných správných odpovědí). Tato otázka dokazuje, že dívky sice ví o riziku kardiovaskulárních komplikací v souvislosti s kouřením, ale tyto komplikace neumí zřejmě přesně definovat, nebo neví, o jaké konkrétní komplikace se jedná.

Studentky nezdravotnického oboru zvolily správnou odpověď v 84 % (**42**). Přesto ale na položku 9 týkající se vzniku **flebotrombózy** jako nežádoucího účinku COC bylo správných odpovědí pouze **8 od studentek NO** z 50 možných správných odpovědí. Nežádoucí účinek - **ateroskleróza**, byla zvolena pouze **5x** u dotazovaných **dívek z nezdravotnického oboru** (z 50 možných správných odpovědí). Přesto se ale 42 studentek domnívá, že ví o možných rizicích COC.

Z výsledků je zřejmé, že při sečtení těchto odpovědí bylo správně pouze **36** odpovědí u **dívek ze ZO** (z možných 100) a pouze **13 odpovědí** u **dívek z NO** (z možných 100). Tato skutečnost nás velmi překvapila, protože především komplikacím v souvislosti s kouřením a užíváním COC je v příbalovém letáku COC věnována zvláštní pozornost. Klademe si tedy otázku, zda si dospívající dívky skutečně příbalový leták COC přečetly nebo informacím v příbalovém letáku pouze neporozuměly?

6.9.15 Vyhodnocení dotazníkové položky 14

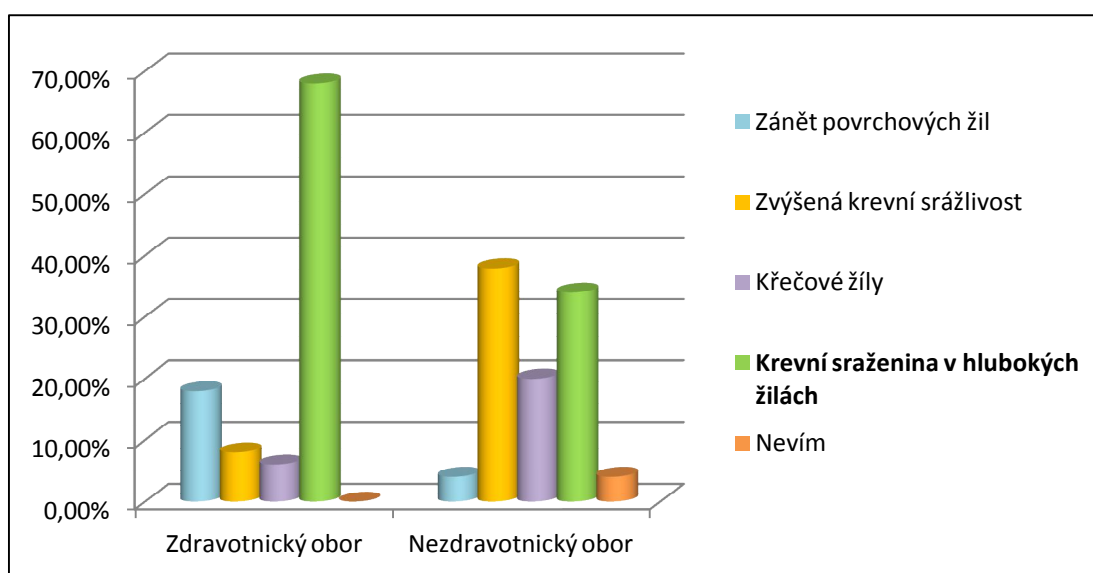
Položka 14 - *Víte, co je žilní trombóza (flebotrombóza)?*

Tabulka 17 Znalost pojmu žilní trombóza

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
zánět povrchových žil	9	18,00 %	2	4,00 %
zvýšená krevní srážlivost	4	8,00 %	19	38,00 %
křečové žíly	3	6,00 %	10	20,00 %
krevní sraženina v hlubokých žilách	34	68,00 %	17	34,00 %
nevím	0	0,00 %	2	4,00 %
Celkem	50	100,00 %	50	100,00 %

Zdroj: Vlastní

Graf 12 Znalost pojmu žilní trombóza



Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 50 respondentek (100,00 %) odpovědělo správně 34 dívek (68,00 %) zdravotnického oboru (ZO) a 17 dívek (34,00 %) nezdravotnického oboru (NO) „krevní sraženina v hlubokých žilách“. Chybně byly zvoleny odpovědi: „zvýšená krevní srážlivost“ u 4 dívek (8,00 %) ZO a 19 dívek (38,00 %) NO, „křečové žíly“ u 3 dívek (6,00 %) ZO a 10 dívek (20,00 %) NO, „zánět povrchových žil“ u 9 dívek (18,00 %) ZO a 2 dívek (4,00 %) NO a odpověď „nevím“ označily pouze 2 dívky (4,00 %) NO. Z výše znázorněného grafu 12 a vyhodnocené položky 9 je patrné, že **studentky NO nemají dostatečné znalosti o rizicích COC.**

6.9.16 Vyhodnocení dotazníkové položky 15

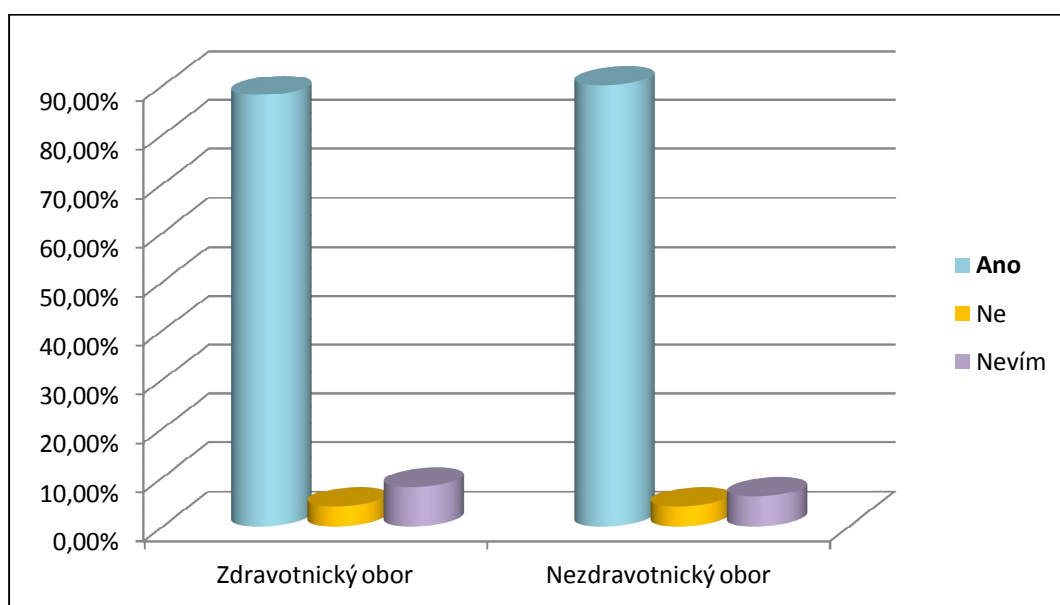
Položka 15 - Snižují některá antibiotika (ATB) spolehlivost kombinované hormonální antikoncepce?

Tabulka 18 Vliv antibiotik na kontracepční účinek COC

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	44	88,00 %	45	90,00 %
ne	2	4,00 %	2	4,00 %
nevím	4	8,00 %	3	6,00 %
Celkem	50	100,00 %	50	100,00 %

Zdroj: Vlastní

Graf 13 Vliv antibiotik na kontracepční účinek



Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 50 respondentek (100,00 %) na otázku, zda některá ATB snižují spolehlivost COC odpovědělo 44 dívek (**88,00 %**) **zdravotnického oboru** a 45 dívek (**90,00 %**) **nezdravotnického oboru** „ano“. Odpověď „nevím“ uvedly 4 dívky (8,00 %) zdravotnického oboru a 3 dívky (6,00 %) nezdravotnického oboru. Na položku „ne“ odpověděly 2 dívky (4,00 %) ZO a 2 dívky (4,00 %) NO. Bylo zajímavé, že při celkovém sečtení obou souborů **znalo až 89 dívek (89,00 %) riziko snížení účinku COC při užívání ATB**. O vlivu ATB na účinek COC jsou dívky dostatečně informované.

6.9.17 Vyhodnocení dotazníkové položky 16

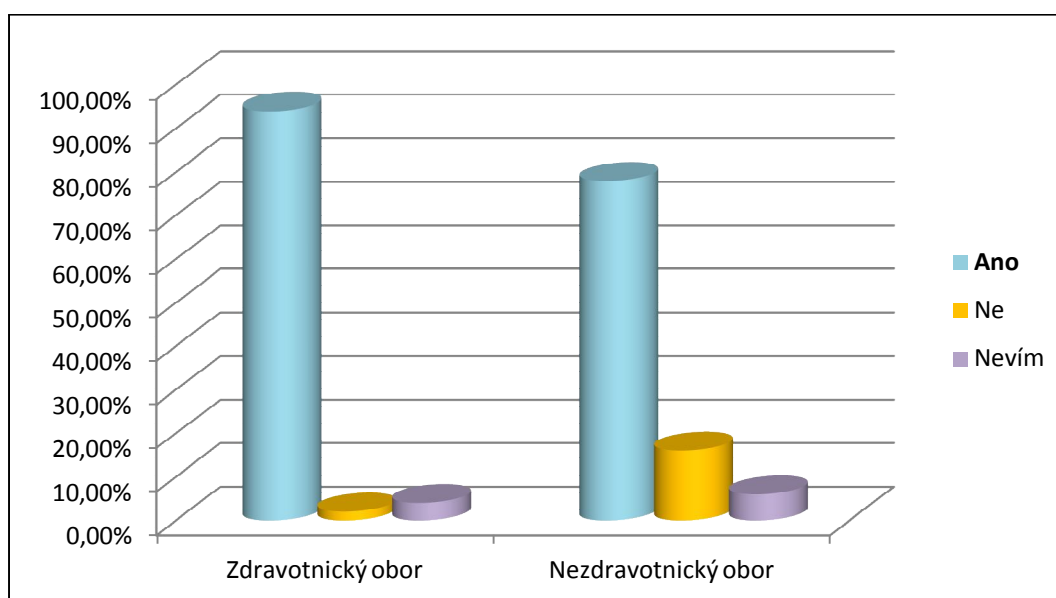
Položka 16 - *Snižuje zapomenutí kombinované hormonální antikoncepce „kontracepční“ („zabraňující otěhotnění“) účinek?*

Tabulka 19 Vliv zapomenutí COC na kontracepční účinek

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	47	94,00 %	39	78,00 %
ne	1	2,00 %	8	16,00 %
nevím	2	4,00 %	3	6,00 %
Celkem	50	100,00 %	50	100,00 %

Zdroj: Vlastní

Graf 14 Vliv zapomenutí COC na kontracepční účinek



Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 50 respondentek (100,00 %) na otázku, zda zapomenutí COC snižuje kontracepční účinek COC odpovědělo 47 dívek (**94,00 %**) **zdravotnického oboru** a 39 dívek (**78,00 %**) **nezdravotnického oboru** „ano“. Odpověď „ne“ uvedla 1 dívka (2,00 %) zdravotnického oboru a 8 dívek (16,00 %) nezdravotnického oboru. Na položku „nevím“ odpověděly 2 dívky (4,00 %) ZO a 3 dívky (6,00 %) NO. Z grafu 14 je patrné, že **22 % (11) studentek NO nemá dostatečné znalosti o možném snížení kontracepčního účinku COC v souvislosti s nesprávným užíváním.**

6.9.18 Vyhodnocení dotazníkové položky 17

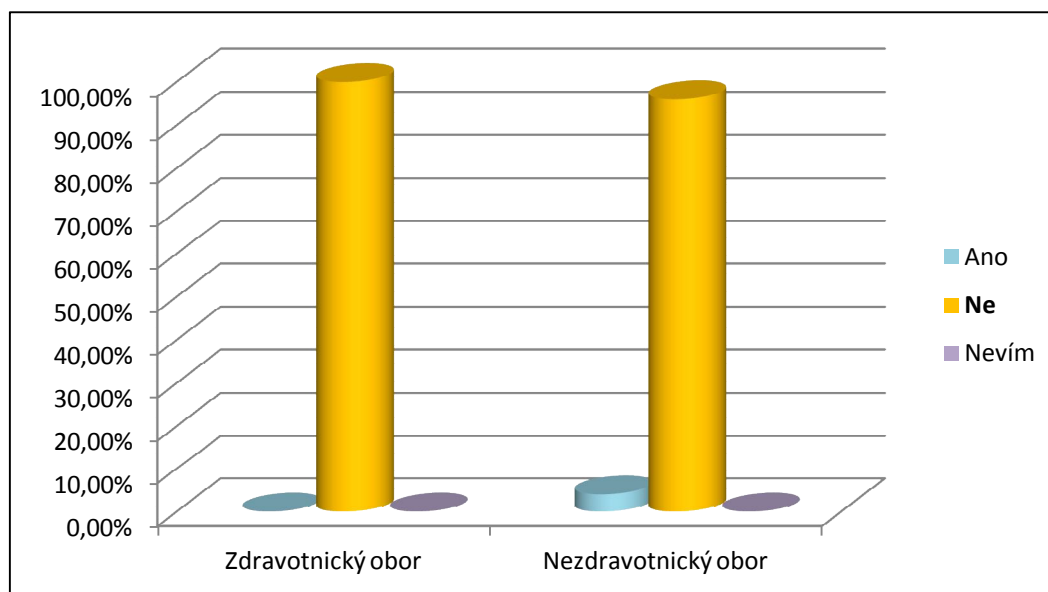
Položka 17 - Ochrání Vás kombinovaná hormonální antikoncepce před pohlavně přenosnými chorobami?

Tabulka 20 Ochrana před pohlavními chorobami

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	0	0,00 %	2	4,00 %
ne	50	100,00 %	48	96,00 %
nevím	0	0,00 %	0	0,00 %
Celkem	50	100,00 %	50	100,00 %

Zdroj: Vlastní

Graf 15 Ochrana před pohlavními chorobami



Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 50 respondentek (100,00 %) na otázku, zda COC chrání před pohlavně přenosnými chorobami, odpovědělo 50 dívek (100,00 %) **zdravotnického oboru** a 48 dívek (96,00 %) **nezdravotnického oboru „ne“**. Odpověď „ano“ uvedly 2 dívky (4,00 %) nezdravotnického oboru. Odpověď „nevím“ nevolila žádná respondentka.

6.9.19 Vyhodnocení dotazníkové položky 18

Položka 18 - Jak často chodíte na pravidelné gynekologické prohlídky?

Tabulka 21 Gynekologické kontroly

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
1x za půl roku	4	8,00 %	7	14,00 %
1x ročně	46	92,00 %	41	82,00 %
1x za 2 roky	0	0,00 %	0	0,00 %
nechodím pravidelně	0	0,00 %	2	4,00 %
Celkem	50	100,00 %	50	100,00 %

Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 50 respondentek (100,00 %) odpovědělo 46 dívek (92,00 %) zdravotnického oboru (ZO) a 41 dívek (82,00 %) nezdravotnického oboru (NO), že na pravidelné gynekologické kontroly chodí „1x ročně“. Odpověď „1x za půl roku“ odpověděly 4 respondentky (8,00 %) ZO a 7 respondentek (14,00 %) NO. Překvapivé bylo, že 2 dívky (4,00 %) NO odpověděly, že na gynekologické kontroly „nechodí pravidelně“. Odpověď „1x za 2 roky“ nevolila žádná respondentka (0,00 %).

Zajímavé bylo, že při celkovém sečtení obou souborů odpovědělo 11 (22 %) respondentek, že na pravidelné gynekologické kontroly chodí „1x za půl roku“. Standardně je v gynekologii preventivní onkologická prohlídka prováděna 1x ročně. Důvodem těchto častějších gynekologických kontrol může být familiární přítomnost některých rizikových faktorů. Můžeme se ale také domnívat, že dívky mylně považovaly návštěvu gynekologa za účelem preskripce COC za pravidelnou gynekologickou prohlídku.

Z analýzy výsledků je patrné, že většina dívek ZO i NO pravidelně absolvuje preventivní gynekologické kontroly. Z tabulky 21 je patrné, že dívky ZO k preventivním prohlídkám přistupují ještě zodpovědněji než dívky z NO.

6.9.20 Vyhodnocení dotazníkové položky 19

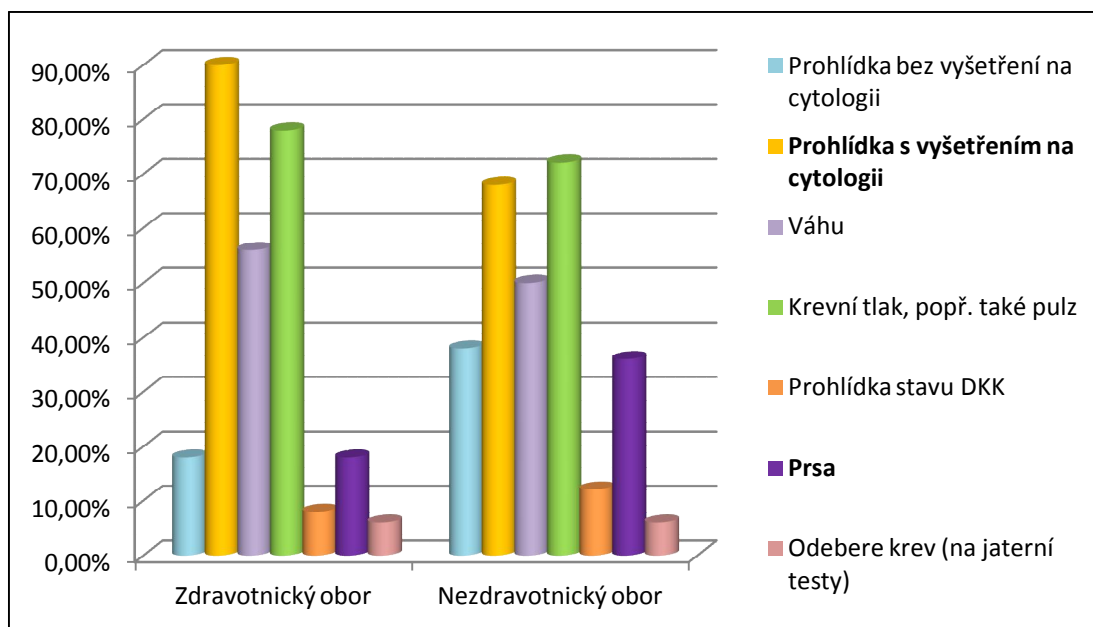
Položka 19 - Co u Vás ženský lékař vyšetřuje při pravidelné gynekologické kontrole:

Tabulka 22 Vyšetření při gynekologické kontrole

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
prohlídka bez vyšetření na cytologii	9	18,00 %	19	38,00 %
prohlídka s vyšetřením na cytologii	45	90,00 %	34	68,00 %
váhu	28	56,00 %	25	50,00 %
krevní tlak, popř. také pulz	39	78,00 %	36	72,00 %
prohlídka stavu DKK	4	8,00 %	6	12,00 %
prsa	9	18,00 %	18	36,00 %
odebere krev (na jaterní testy)	3	6,00 %	3	6,00 %

Zdroj: Vlastní

Graf 16 Vyšetření při gynekologické kontrole



Zdroj: Vlastní

U této položky bylo možné zvolit více odpovědí. K výběru bylo celkem 7 odpovědí. Z těchto odpovědí byla nejpodstatnější odpověď: „**prohlídka s vyšetřením na cytologii**“, kterou bylo možné zaznamenat celkem 100x u obou oborů. Na tuto otázku odpovídalo 50 respondentek ze ZO a 50 respondentek z NO.

Celkový počet odpovědí mohl činit až 350 odpovědí u studentek jednoho oboru za předpokladu, že studentky zvolí všechny možné varianty, které měly k dispozici.

Respondentky ze ZO odpověděly na otázku celkem 137x. Z tohoto počtu bylo 45 správných odpovědí (90,00 %) „prohlídka s vyšetřením na cytologii“ (z možných 50).

Dále respondentky zvolily odpovědi takto: odpověď „**krevní tlak, pulz**“ byla zvolena 39x (78,00 %), dále bylo 28 odpovědí (56,00 %) „**váha**“, 9 odpovědí (18,00 %) „**prsa**“, 9 odpovědí (18,00 %) „**prohlídka bez vyšetření na cytologii**“, 4 odpovědi (8,00 %) „**prohlídka stavu dolních končetin**“ a 3 odpovědi (6,00 %) „**odběr krve**“.

Respondentky z NO odpověděly na otázku celkem 141x. Z tohoto počtu bylo 34 správných odpovědí (68,00 %) „prohlídka s vyšetřením na cytologii“ (z možných 50).

Dále respondentky zvolily odpovědi takto: odpověď „**krevní tlak, pulz**“ byla uvedena 36x (72,00 %), dále bylo 25 odpovědí (50,00 %) „**váha**“, 19 odpovědí (38,00 %) „**prohlídka bez vyšetření na cytologii**“, 18 odpovědí (36,00 %) „**prsa**“, 6 odpovědi (12,00 %) „**prohlídka stavu dolních končetin**“ a 3 odpovědi (6,00 %) „**odběr krve**“.

Zajímavé bylo, že odpověď „**prohlídka s vyšetřením na cytologii**“ nebyla u dívek 100%. Obzvláště u dívek nezdravotnického oboru. Zřejmě otázce na toto vyšetření, které je standardně prováděno 1x ročně dostatečně neporozuměly a podstata tohoto vyšetření jim není dostatečně známa.

Důvodem toho, proč byla celkem z obou oborů zaznamenána u dospívajících dívek 28x odpověď (56 %) „**prohlídka bez vyšetření na cytologii**“ by mohlo být, že dívky dostatečně neporozuměly otázce. Studentky se mohly mylně domnívat, že „**prohlídka bez vyšetření na cytologii**“ je v podstatě fyzikální bimanuální vyšetření, které lékař rovněž provádí. K této domněnce nás přivedla skutečnost, že při vyhodnocování dotazníků některé dívky odpověděly jak odpověď: „**prohlídka s vyšetřením na cytologii**“, tak i: „**prohlídka bez vyšetření na cytologii**“.

Překvapivé také bylo, že dívky **zdravotnického oboru** uvedly v 18 % (9 odpovědí) a dívky **nezdravotnického oboru** v 36 % (18 odpovědí) vyšetření „**prsů**“. Přestože dle platné vyhlášky (vyhláška 70/2012 Sb. o preventivních

prohlídkách), která se týká preventivních onkologických vyšetření, je v obsahu gynekologické prohlídky klinické vyšetření prsů uvedeno od 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů (viz teoretická část na straně 46–47). Vyšetření prsů je významnou součástí preventivní onkologické prohlídky. Někteří lékaři jej možná **cíleně provádějí již dříve a záměrně častěji u studentek NO**, aby své klientky dostatečně a především v čas poučili o nácviku samovyšetřování prsů.

Dále bylo ještě zajímavé, že se dívky z **obou souborů** shodly v počtu 6 odpovědí (**12 %**) na tom, že u nich lékař stále ještě vyšetřuje **krev na jaterní testy**. Toto vyšetření opravdu není nutné a ani vyhláška jej nepřikazuje, jak již bylo zmíněno v teoretické části (viz COC a její nežádoucí účinky na straně 38). Nicméně, možná ještě někteří lékaři podléhají mýtům o vlivu COC na játra a zřejmě jsou jiného názoru. Svoji práci tak raději provedou co nejsvědomitěji, nebo mohla vyšetření být provedena u dívek s určitými rizikovými faktory.

6.9.21 Vyhodnocení dotazníkové položky 20

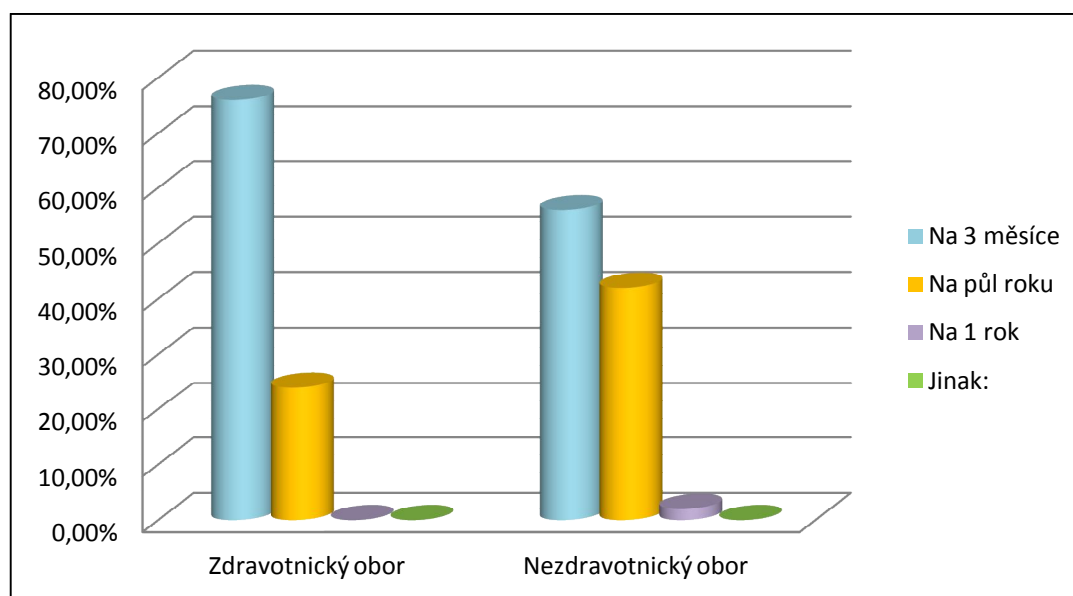
Položka 20 - Na jak dlouho dopředu Vám předepisuje lékař antikoncepci?

Tabulka 23 Interval předepsané antikoncepce

Odpovědi	Zdravotnický obor		Nezdravotnický obor	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
na 3 měsíce	38	76,00 %	28	56,00 %
na půl roku	12	24,00 %	21	42,00 %
na 1 rok	0	0,00 %	1	2,00 %
jinak:	0	0,00 %	0	0,00 %
Celkem	50	100,00 %	50	100,00 %

Zdroj: Vlastní

Graf 17 Interval předepsané antikoncepce



Zdroj: Vlastní

Z celkového počtu 50 respondentek (100,00 %) odpovědělo 38 dívek (76,00 %) zdravotnického oboru (ZO) a 28 dívek (56,00 %) nezdravotnického oboru (NO) interval „3 měsíce“, na který si nechávají předepisovat COC. Dále si COC nechává předepisovat 12 dívek (24,00 %) ZO a 21 dívek (42,00 %) z NO „na půl roku“. Odpověď „na 1 rok“ označila 1 respondentka (2,00 %) NO. Z grafu 17 je patrný velký rozdíl mezi studentkami ZO a NO v intervalu na který si nechávají předepisovat COC. Důvodem častějších návštěv gynekologa studentkami ZO za účelem preskripce COC by mohl být zodpovědnější přístup k užívání COC.

6.10 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Při realizaci průzkumu bylo zajímavé, že COC užívala většina dívek, které jsme oslovili, ale objevilo se i pár výjimek. Čtyři dívky z Obchodní akademie a tři dívky ze Zdravotnické školy, odmítly vyplnit dotazník, z důvodu používání jiné antikoncepční metody. Z toho plyne, že COC je v současné době opravdu nejvyhledávanější antikoncepční metodou. Doslova je kombinovaná hormonální antikoncepce (COC – Combined Oral Contraception) v současné době královnou všech antikoncepčních metod (BARTÁK, 2006).

V úvodu empirické části jsme si zvolili sedm cílů, dvě hypotézy a pět průzkumných tvrzení, které následně ověříme a vyhodnotíme.

6.10.1 Průzkumné cíle

Cíl 1: Zjistit, od kolika let většinou dospívající dívky začínají užívat kombinovanou hormonální antikoncepci.

Cíl 2: Zjistit, jaký byl nejčastější důvod k nasazení a užívání COC.

Cíl 3: Zjistit nejčastější zdroj informací dospívajících dívek o rizicích COC.

Cíl 4: Zjistit úroveň znalostí dospívajících dívek o kombinované hormonální antikoncepci a jejích rizicích.

Cíl 5: Zjistit, zda se u dospívajících dívek vyskytly nějaké nežádoucí účinky v souvislosti s užíváním COC.

Cíl 6: Zjistit, zda dospívající zodpovědně chodí na pravidelné gynekologické kontroly.

Cíl 7: Zjistit, zda je rozdíl ve věku nasazení hormonální antikoncepce mezi dívkami zdravotnických a nezdravotnických oborů.

6.10.2 Hypotézy

Hypotéza 1: *Předpokládáme, že studentky zdravotnického oboru se v problematice COC orientují lépe a mají více znalostí o kombinované hormonální antikoncepci než studentky nezdravotnického oboru.*

Hypotézu 1 jsme ověřovali položkami s číselným označením 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17. Na podkladě výsledků zjištěných z dotazníkových otázek s číselným označením 3-17 jsme zjistili, že **vyšší míru znalostí** o kombinované hormonální antikoncepci **mají studentky zdravotnického oboru**. Skutečnost, že se v této problematice lépe orientují studentky ZO, dokazuje těchto 12 výše vyhodnocených položek, na které měly studentky odpovědět.

Většina respondentek (↑ než 25 respondentek) ze **ZO** odpověděla na 12 položek (100 %) celkem **10x správně (83,33 %)** a **2x chybně (16,67 %)**. Vyšší počet správných odpovědí byl zaznamenán u dotazníkových položek 3, 4, 5, 6, 7, 13, 14, 15, 16 a 17. Vyšší počet chybných odpovědí byl zaznamenán u položek 9, 12.

Zatímco **většina respondentek** (↑ než 25 respondentek) z **NO** odpověděla na 12 položek (100 %) celkem **7x správně (58,33 %)** a **5x chybně (41,67 %)**. Vyšší počet správných odpovědí byl zaznamenán u dotazníkových položek 3, 5, 6, 13, 15, 16 a 17. Vyšší počet chybných odpovědí byl zaznamenán u položek 4, 7, 9, 12 a 14.

Zjištěné výsledky poukazují na výrazně rozdílnou míru informací, které dívky z obou souborů o kombinované hormonální antikoncepci mají. Jak je patrné z vyhodnocení dotazníkových položek 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17 a grafů 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15 jsme hypotézu 1 týkající se **problematiky v obsahu znalostí** o COC mezi **studentky ZO** a **studentky NO** potvrdili.

Hypotéza 1 se nám zcela potvrdila.

Hypotéza 2: *Předpokládáme, že dívky zdravotnických oborů si vzhledem k typu studia častěji žádají o předpis COC v nižším věku než dívky z nezdravotnických oborů.*

Na základě analýzy ze získaných dat z dotazníkových položek 1 a 20 jsme zjistili, že dívky zdravotnického oboru začaly s užíváním COC dříve, než stejně staré dívky nezdravotnického oboru. Od **14-15 let** začaly dospívající dívky **ZO** užívat COC v **54 %** a dívky **NO** ve **44 %**.

Tato skutečnost, která je patrná z vyhodnocených dotazníkových položek (1 a 20) a grafů (1 a 17) potvrzuje naši hypotézu 2, kterou předpokládáme, že **dívky ZO** si vzhledem k typu studia **častěji žádají o předpis COC v nižším věku**. Tímto zjištěním se dá usuzovat na předpoklad, že dívky ZO začínají s užíváním COC dříve, z důvodu zodpovědnějšího přístupu k sexualitě a větší orientaci v této problematice.

Položkou 20 jsme zjišťovali, na jak dlouho dopředu si dívky nechávají předepisovat COC. Z analýzy získaných dat jsme zjistili, že **76,00 %** dívek **ZO** a **56,00 %** dívek **NO** si nechávají COC předepisovat na **3 měsíce**.

Hypotéza 2 se nám zcela potvrdila.

6.10.3 Průzkumná tvrzení

Průzkumné tvrzení 1: *Předpokládáme, že většina dívek začíná užívat COC ve věku 16 let.*

Na podkladě výsledku zjištěného z dotazníkové položky označené číslem 1 jsme zjistili, že při sečtení všech respondentek z obou sledovaných souborů většina dospívajících (**44 %**) **začala s užíváním COC ve věku 15 let**. Od 16 let užívá COC 34 % dívek, od 17 let 17 % dívek a pouhých 5 % dospívajících začalo s užíváním COC již od 14 let.

Náš předpoklad, že většina dívek začíná užívat COC ve věku 16 let se nám nepotvrdil.

Průzkumné tvrzení 1 se nám nepotvrdilo.

Průzkumné tvrzení 2: *Předpokládáme, že nejčastějším důvodem k nasazení a užívání COC je u dospívajících dívek zábrana nechtěného těhotenství.*

Průzkumné tvrzení 2 jsme ověřovali položkou s číselným označením 2. Při sečtení všech respondentek z obou sledovaných souborů jsme zjistili, že **67 %** dospívajících dívek nejčastěji užívá COC z důvodu **ochrany před otěhotněním**. Zbýlých 23 % dívek užívá COC z důvodu problémů s menstruačním rytmem, a pouze u 10 % dospívajících byl uveden jako nejméně častý důvod pro nasazení COC – léčba akné.

Předpoklad, že nejčastějším důvodem k nasazení a užívání COC je u dospívajících dívek zábrana nechtěného těhotenství se nám potvrdil.

Průzkumné tvrzení 2 se nám zcela potvrdilo.

Průzkumné tvrzení 3: *Domníváme se, že dominantním zdrojem informací o COC je pro dospívající dívky právě jejich gynekolog.*

Na základě analýzy ze získaných dat z dotazníkové položky 8 jsme zjistili, že při součtu všech odpovědí respondentek dospívající dívky nejvíce čerpaly informace **od svého gynekologa** před začátkem užívání COC. Na tuto otázku nám takto odpovědělo celkem **79 %** studentek při součtu obou souborů. Mezi další nejčastější odpovědi studentek patřily informace získané od své matky (35 %), od kamarádky (30 %) a z internetu (26 %).

Tato skutečnost potvrzuje naši domněnku, že dominantním zdrojem informací o COC pro dospívající dívky je právě jejich gynekolog.

Průzkumné tvrzení 3 se nám zcela potvrdilo.

Průzkumné tvrzení 4: *Předpokládáme, že se u dospívajících dívek nejčastěji objevil přírůstek na váze jako nežádoucí účinek COC.*

K tomuto průzkumnému tvrzení se vztahovaly položky 10 a 11. Při vyhodnocení získaných výsledků jsme zjistili, že z obou sledovaných souborů se **nežádoucí účinky objevily** celkem u **39 %** respondentek. Dívky, které na výskyt nežádoucích účinků v souvislosti s užíváním COC odpověděly „ano“, následně odpovídaly na navazující otevřenou položku 11. U této položky měly studentky upřesnit dle vlastních slov, o jaké nežádoucí účinky se vlastně jednalo. Při součtu obou souborů jsme zjistili, že nejčastěji se u **23 %** dospívajících dívek objevil **přírůstek na váze** jako nežádoucí účinek COC. Změny nálad byly označeny za druhý nejčastější nežádoucí účinek, který uvedlo 7 % respondentek a jako třetí nežádoucí účinek označilo celkem 4 % dospívajících dívek z obou souborů bolesti hlavy. Z výsledků je patrné, že u dospívajících dívek se nejčastěji objevil přírůstek na

váze jako nežádoucí účinek COC. Tato skutečnost potvrdila náš předpoklad průzkumného tvrzení 4.

Průzkumné tvrzení 4 se nám zcela potvrdilo.

Průzkumné tvrzení 5: *Domníváme se, že většina dospívajících dívek pravidelně absolvuje preventivní gynekologickou prohlídku 1x ročně.*

Průzkumné tvrzení 5 jsme ověřovali položkami s číselným označením 18 a 19. Při sečtení všech respondentek z obou sledovaných souborů jsme zjistili, že **87 %** dospívajících dívek nejčastěji chodí **1x ročně** na pravidelnou gynekologickou prohlídku. Dále celkem 11 % respondentek chodí 1x za půl roku, 2 % dívek jsou nezodpovědné a chodí ke svému gynekologovi nepravidelně, tzn. pouze při nějakém problému či dotazu. Položkou 19 jsme zjišťovali, zda se dospívající dívky orientují v podstatě vyšetření, které jim je při pravidelné gynekologické kontrole prováděno. Z analýzy výsledků jsme zjistili, že při součtu obou souborů je **vyšetření na cytologii známé** pouze **79 %** dospívajícím, přestože jich pravidelně na gynekologické prohlídce chodí **1x ročně 87 %**. Vyšší počet správné odpovědi byl zaznamenán u dívek zdravotnického oboru. **Studentky nezdravotnického oboru** zřejmě otázce na toto vyšetření, které je standardně prováděno 1x ročně dostatečně neporozuměly a **podstata tohoto vyšetření jim není dostatečně známa**. Naše domněnka, že většina dospívajících dívek pravidelně absolvuje preventivní gynekologickou prohlídku 1x ročně byla správná.

Průzkumné tvrzení 5 se nám zcela potvrdilo.

6.11 DISKUZE

Pro potřebu sběru dat bylo rozdáno celkem 110 dotazníků dívkám, které užívají COC, přičemž 10 dotazníků nebylo vyplněno řádně dle pokynů a tak byly pro neúplné vyplnění vyřazeny. Response tedy činila 90,9 %. Průzkumný soubor tvořilo 100 dívek středních škol ve věkové kategorii od 17 do 19 let, které užívají COC. Cíleně jsme si zvolili tuto věkovou kategorii z důvodu předpokládaného období, kdy je COC pro dospívající dívky nejvyhledávanější antikoncepční metodou. Porovnávali jsme, jaký je rozdíl v informovanosti o COC mezi studentkami středních škol zdravotnických a nezdravotnických oborů. Toto rozdělení jsme učinili s cíleným záměrem zjistit, zda existuje rozdíl v míře informovanosti těchto respondentek. Dále nás zajímalo, od kolika let nejčastěji dospívající dívky užívají COC, jaký byl nejčastější důvod k nasazení, kdo je informoval o rizicích, jakou mají úroveň znalostí, zda se u nich vyskytly nežádoucí účinky v souvislosti s užíváním, zda zodpovědně chodí na preventivní gynekologické kontroly, a jaký je rozdíl ve věku nasazení COC mezi dívkami zdravotnických a nezdravotnických oborů. Věkový průměr všech respondentek byl 17,9 let. Nejpočetněji byly z obou sledovaných souborů zastoupeny respondentky ve věku 18 let. Nejmenší skupinu tvořily dívky ve věku 19 let (24,00% u ZO a 18,00% u NO). Z celkového počtu 50 respondentek (100,00 %) ZO a 50 respondentek (100,00 %) NO převážná část dívek uvedla, že nekouří. Za kuřačky se označilo pouze 14 dívek (28,00%) ZO a 16 dívek (32,00%) NO.

6.11.1 Porovnání výsledků s jinými průzkumy

Autorka Lenka Lavická (Olomouc 2012) se ve své průzkumné bakalářské práci zabývala problematikou hormonální antikoncepce a jejího působení na dospívající dívky. Autorka zjišťovala různé problémy týkající se užívání hormonální antikoncepce u dospívajících dívek. Ve svém průzkumu uvádí, že nejčastěji dospívající dívky volí jako ochranu před nežádoucím těhotenstvím perorální kombinovanou antikoncepci. Naše průzkumná práce byla zaměřena pouze na dospívající dívky (17-19 let), které již užívají COC ve formě pilulek. Na tyto dívky jsme se zaměřili cíleně, jelikož jsme předpokládali, že COC je v současné době nejvyhledávanější antikoncepční metodou. Z výsledků průzkumu autorky Lavické

vyplývá, že hlavním kritériem pro užívání COC je dle respondentek právě spolehlivost, jednoduchost a rychlost aplikace této antikoncepční metody. Lavická uvádí, že výběr metody ovlivní hlavně individuální poradenství od gynekologa nebo porodní asistentky, protože mladistvé dívky mají velmi nepřesné a zavádějící informace, které získávají z internetových stránek nebo od svých kamarádek. Právě v našem průzkumném šetření jsme se také zabývali, jaký je dominantní zdroj informací pro dospívající dívky. Z analýzy výsledků se ukázalo, že 79 % respondentek z obou sledovaných souborů nejčastěji čerpalo informace před začátkem užívání COC u svého gynekologa. Dále pak dívky nejčastěji získávaly informace od své matky (35 %), od kamarádky (30 %) a z internetu (26 %). Domníváme se, že výsledky našeho průzkumu jsou s autorkou téměř obdobné. Průzkumným šetřením jsme totiž zjistili, že třebaže je dominantním zdrojem informací pro dospívající dívky jejich gynekolog, především dívky NO mají v dané problematice stále nedostatek znalostí.

Autorka Ivana Králová (Zlín 2013) vedla ve své bakalářské práci obdobné průzkumné šetření, které směřovala především na studující dívky ve věku od 15-20 let. Ve své bakalářské práci se zabývala tím, zda tyto dívky užívají hormonální antikoncepci, jaký typ antikoncepce preferují a z jakého důvodu začaly hormonální antikoncepci užívat. Dále se zaměřovala na informovanost dívek o nových metodách hormonální antikoncepce a využití metody postkoitální antikoncepce. Průzkumným šetřením rovněž zjistila, že metoda kombinované perorální antikoncepce je nejvyhledávanější antikoncepční metodou. Z průzkumu této autorky vyplynulo, že tuto metodu užívá celkem 51,5 % dívek.

Dále ve své práci uvádí, že nejvíce respondentek začalo COC užívat z důvodu zabránění otěhotnění (54,9 %). Mezi další důvody patřily problémy s menstruačním cyklem (20,9 %), kosmetické důvody (14,3 %) a důvody dívek, které si žádaly kontrolu nad menstruačním cyklem (9,9 %). Cílem naší práce bylo rovněž zjistit nejčastější důvod, pro který dospívající dívky začaly COC užívat. Z výsledků šetření vyplynulo, že dívky volí tuto metodu nejen pro její antikoncepční účinek, ale i pro její příznivé léčebné účinky.

Analýzou našich výsledků došlo k obdobnému zjištění. Při sečtení všech respondentek z obou sledovaných souborů jsme zjistili, že 67 % dospívajících dívek užívá COC z důvodu ochrany před otěhotněním. Přibližně 23 % dívek užívá COC kvůli problémům s menstruačním rytmem a 10 % pro léčebný účinek akné.

Výsledky těchto průzkumů jsou tedy obdobné, jelikož si dospívající dívky volí COC především z důvodu zabránění nechtěnému těhotenství a z důvodu problémů s menstruačním cyklem.

Také v bakalářské práci **autorky Lenky Liedermanové** (Jihlava 2012) najdeme podobné průzkumné šetření. Liedermanová realizovala průzkum u 100 respondentek ve věkové kategorii od 20 do 30 let v kraji Vysočina. Stejně jako nás ji zajímalo, zda si respondentky přečetly příbalový leták před začátkem užívání COC. Ve své práci uvádí, že s výsledky průzkumu byla velice spokojena, poněvadž si před začátkem užívání COC příbalový leták přečetlo 98,00 % dotazovaných žen. Z našeho průzkumného šetření vyplynulo, že si příbalový leták před začátkem užívání COC přečetlo celkem 87 % respondentek z obou sledovaných souborů. Přesto jsme ale se zjištěnými výsledky šetření moc spokojeni nebyly. Při detailnějším šetření, které souviselo s obsahem vědomostí o COC a jejich rizicích jsme zjistili, že studentky NO mají pouze v 58,33 % správné informace o COC. Toto zjištění bylo výrazně rozdílné oproti studentkám ZO, které mají správné informace v 83,33 %. Navzdory našemu předpokládanému rozdílu v informovanosti mladých studentek zdravotnických a nezdravotnických oborů byly pro nás výsledky zarážející, protože je COC každodenní součástí životního stylu mnoha dívek.

Autorka Liedermanová se také zabývala, zda samy uživatelky měly nějakou komplikaci v souvislosti s užíváním COC. Zjistila, že u většiny (80,00 %) žen se žádná komplikace neobjevila. Komplikaci uvedlo pouze 20,00 % dotazovaných žen. Mezi komplikace, které ženy nejčastěji uvedly, patřilo zvyšování hmotnosti a změny nálad. Při vyhodnocení našeho šetření vyplynulo, že se u respondentek z obou sledovaných souborů objevily nežádoucí účinky u 39 % dívek. Jako nejčastější nežádoucí účinky respondentky uvedly: přírůstek na váze (23 %), změny nálad (7 %) a bolesti hlavy (4 %). Při srovnání našich výsledků průzkumného šetření s výsledky autorky Liedermanové lze konstatovat, že zjištěné výsledky našich bakalářských prací jsou obdobné.

6.11.2 Doporučení pro praxi

Z našeho průzkumného šetření vyplývá, že studentky nezdravotnického oboru nemají dostatečné znalosti o COC. Proto je důležité dostat potřebné informace o COC do podvědomí dospívajících dívek studujících nezdravotnické obory.

Domníváme se, že velké množství dospívajících má špatné, neúplné nebo zkreslené informace o kombinované hormonální antikoncepci. Je důležité, aby každá žena dobře znala preparát, který užívá a chodila na pravidelné gynekologické kontroly ke svému lékaři. Studující se zdravotnickým typem studia by měly mít co nejvyšší úroveň znalostí, aby mohly samy sloužit jako zdroj kvalitních informací pro své kamarádky z nezdravotnických oborů.

Na zjištěnou nedostatečnou informovanost dospívajících dívek o problematice COC navrhuje následující řešení:

Pro praxi bychom doporučili zrealizovat semináře a přednášky pro dospívající zdravotníky i nezdravotníky, které by vedly k rozšíření informací o antikoncepci. Některé přednášky by mohly být uskutečněny přímo studentkami SZŠ, VOŠZ a VŠ na základních školách druhého stupně a středních školách v rámci předmětu „Edukace v ošetrovatelství“. Tyto přednášky by mohly přinést značný úspěch v informovanosti u studentek nezdravotnických oborů, neboť právě v oblasti reprodukčního zdraví doporučuje WHO jako ideální využívat formu edukace pomocí peerů, tedy edukaci pomocí proškolených vrstevníků.

Nedílnou součástí je spolupráce s lékaři a všeobecnými sestrami. Především lékaři by měli poskytnout základní informace o COC a zdravotní sestry by měly získané informace více prohlubovat. Důležité je, aby gynekologové získali potřebnou důvěru žen, které je navštěvují. Primárně aby tyto ženy důsledně edukovali již před prvním nasazením COC. Dostatečně naslouchali jejich přáním a obavám. Respektovali jejich obavy související se vznikem možných rizik a komplikací, které novináři mediálně jen prohlubují a problémy zbytečně zveličují. Každá žena by se měla držet zásady, že: „pro novináře je každá špatná zpráva tou dobrou zprávou“. V rámci přednášek je třeba dospívajícím dívkám vysvětlit, že musejí svému gynekologovi náležitě důvěřovat, protože jedině on by měl dospívajícím dívkám a ženám poskytnout ty správné informace (podložené studií a výzkumem). Především lékař by měl být tím dobrým rádcem.

Dále bychom pro praxi doporučili distribuovat více informačních letáků o kombinované hormonální antikoncepci do zdravotnických zařízení, hlavně v oboru gynekologie a praktického lékařství pro děti a dorost.

Propagačního materiálu, který vyzdvihuje kvalitu výrobků COC od jednotlivých firem, je všude dostatek. Alespoň tak dopadlo naše zjištění. Bohužel, jde opravdu o materiál zejména propagační, nikoliv v dostatečné míře informační. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli vytvořit vlastní informační brožuru pro dívky ve věkové kategorii od 17 do 19 let, které se účastnily našeho průzkumného šetření. Informační brožura byla vytvořena tak, aby jí každá respondentka dobře porozuměla a našla v ní ty nejdůležitější informace o kombinované hormonální antikoncepci. Na tvorbu těchto informačních brožur, letáků by se mohl zaměřit např. lékař ve spolupráci se všeobecnou sestrou. Lékař by pak mohl tyto informační brožury, letáky rozdávat svým pacientkám a zveřejnit je ve své ordinaci a čekárně.

V neposlední řadě by informovanost o kombinované hormonální antikoncepci mohla být zvýšena nejen prostřednictvím odborných časopisů, odborných internetových stránek, či spotů, ale i cestou časopisů určených mládeži. Cílené zvýšení informovanosti u žen s nezdravotnickým typem studia by určitě prospělo uveřejnění výsledků a závěrů naší práce v tisku, který by mohl být i neoborného zaměření (např. Blesk zdraví).

Nadále je nezbytná ze strany Ministerstva zdravotnictví podpora celorepublikovým peer projektem, např. projektem Hrou proti AIDS, který se kromě ochrany před infekcí HIV a onemocnění AIDS věnuje též antikoncepci.

ZÁVĚR

V lidské kultuře lze zaznamenat snahu zabraňující početí od doby, kdy člověk rozpoznal spojitost mezi pohlavním stykem a graviditou. Současné moderní antikoncepční metody se stávají nejen spolehlivou ochranou před nežádoucím otěhotněním, ale i běžnou součástí životního stylu mnoha žen. Při rozhodování o začátku užívání jakékoliv antikoncepce je důležitá především znalost výhod a nevýhod dané antikoncepční metody. Je zajímavé, že v současné době počet uživatelů moderních antikoncepčních metod stále stoupá. V České republice užívá COC 60 % českých žen ve věkové kategorii 15–25 let (ČEPICKÝ et al., 2011).

Pro naši bakalářskou práci jsme zvolili toto téma především pro jeho aktuálnost týkající se problematiky užívání COC v současné době. Také ale proto, že tato antikoncepční metoda je spouště žen velmi blízká, neboť je součástí jejich životního stylu. Bohužel, nevědomky je COC spouště žen snad ještě více vzdálená, poněvadž mají o této antikoncepční metodě nedostatečné nebo dokonce i mylné informace. Náš cílený soubor tvořily studentky středních škol zdravotnického a nezdravotnického oboru. Cíle práce se nám podařilo úspěšně splnit. Zrealizovaným průzkumem jsme zjišťovali všestrannou míru informovanosti dospívajících dívek ve věkové kategorii od 17 do 19 let o COC a rizicích souvisejících s jejím užíváním. Z výsledků tohoto šetření se ukázalo, že studentky NO stále mají nedostatky v informovanosti v dané problematice, přestože COC již nějakou dobu užívají z důvodu zabránění nechtěnému těhotenství. Z průzkumu však vyplynula řada pozitivních zjištění, a to:

- že, dominantním zdrojem informací byl u dívek před nasazením COC právě jejich gynekolog,
- většina dospívajících dívek pravidelně absolvuje pravidelnou preventivní gynekologickou prohlídku 1x ročně,
- dívky ZO se chovají zodpovědně v oblasti reprodukčního zdraví a vzhledem k typu studia si častěji žádají o předpis COC v nižším věku,
- studentky ZO se v problematice o COC orientují velmi dobře a mají velmi dobré znalosti.

Z těchto zjištěných výsledků jsme usoudili, že studentky ZO mají nejen více informací o COC a více se v této problematice orientují, ale mají i zodpovědnější přístup k užívání COC. Proto je nezbytné, aby i v této oblasti plně kompetentní odborná veřejnost více edukovala laickou veřejnost.

Na základě implementace a analýzy získaných výsledků tohoto šetření jsme navrhli možná řešení (viz výše uvedené doporučení pro praxi), která by mohla vést ke zvýšení a prohloubení informovanosti dospívajících dívek a žen v této oblasti. Informace by měly být pro dívky více dostupné, jasné a srozumitelné. Na podkladě této skutečnosti jsme se rozhodli přispět k informovanosti studentek, které se našeho šetření účastnily, tvorbou a distribucí vlastní informační brožury, čímž jsme alespoň trošku přispěli k doplnění chybějících znalostí respondentek NO.

Domníváme se, že potenciál naší bakalářské práce byl splněn a práce byla přínosná jak pro nás, tak i pro účastnice průzkumného šetření, které bylo realizováno v rámci praktické části naší bakalářské práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTÁK, Alexandr. 2006. *Antikoncepce*. Praha: Grada. 132 s. ISBN 80-247-1351-9.

ČEPICKÝ, Pavel a Michael FANTA. 2011. *Úvod do antikoncepce pro lékaře gynekology*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Levret. 138 s. ISBN 978-80-87070-51-2.

DYLEVSKÝ, Ivan. 2000. *Somatologie*. Olomouc: Epava. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.

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

GUILLEBAUD, John and Anne MACGREGOR. 2012. *Contraception: Your Questions Answered*. 6. vyd. United Kingdom: Elsevier Churchill Livingstone. 608 s. ISBN 978-070-2046-193.

HYNIE, Sixtus. 2001. *Farmakologie v kostce*. 2. přeprac. vyd. Praha: Triton. 520 s. ISBN 80-7254-181-1.

KRÁLOVÁ, Ivana. 2013. *Současné trendy v užívání hormonální antikoncepce*. [online]. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav porodní asistence. [cit. 2014-02-03]. Vedoucí práce Mgr. Dagmar Moravčíková. Dostupná z:
<https://theses.cz/id/dwb076>.

LACKOVÁ, Zdena a Hana ČERNÁ – ŠÍPKOVÁ. 2003. Přehled moderní hormonální antikoncepce. *Sestra*. **13**(11), 33-34. ISSN 1210-0404.

LANGBEIN, K., H. P. MARTIN a H. WEISS. 1993. *Hořké pilulky*. Praha: Victoria. 1060 s. ISBN 80-85605-06-6.

LAVICKÁ, Lenka. 2012. *Užívání hormonální antikoncepce u dospívajících dívek*. [online]. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav porodní asistence. [cit. 2014-02-03]. Vedoucí práce Mgr. Věra Vránová, Ph.D. Dostupná z:
http://theses.cz/id/rrj25z/BcP_Lenka_Lavicka_3_PA.pdf.

LIEDERMANOVÁ, Lenka. 2012. *Komplikace spojené s užíváním hormonální antikoncepce jako ošetrovatelský problém*. [online]. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií, obor Všeobecná sestra. [cit. 2014-02-03]. Vedoucí práce Mgr. Lenka Drahošová. Dostupná z:
<https://theses.cz/id/r8au7u>.

LÜLLMANN, H., K. MOHR a L. HEIN. 2012. *Barevný atlas farmakologie*. 4. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Grada. 366 s. ISBN 978-80-247-3908-3.

MACKŮ, František. 1995. *Gynekologie*. Praha: Scientia Medica. 88 s. ISBN 80-85526-41-7.

MACKŮ, František a Jaroslava MACKŮ. 1996. *Gynekologové ženám*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 80-7169-323-5.

MARTÍNKOVÁ, J., J. CHLÁDEK, S. MIČUDA a J. CHLÁDKOVÁ. 2007. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 379 s. ISBN 978-80-247-1356-4.

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. 2009. *Přehled anatomie*. 2. vydání. Praha: Galén. 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.

PERLÍK, František. 2011. *Základy farmakologie*. 2. přeprac. a doplň. vyd. Praha: Galén. 182 s. ISBN 978-80-7262-759-2.

RABE, Thomas. 1994. *Gynekologie*. Praha: Scientia Medica. 319 s. ISBN 80-85526-25-5.

ROZTOČIL, Aleš et al. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

STONE, Trevor a Gail DARLINGTONOVÁ. 2003. *Léky, drogy, jedy*. Praha: Academia. 440 s. ISBN 80-200-1065-3.

ŠIMŮNKOVÁ, Marta. 2002. Plánované rodičovství. *Sestra*. **12**(3), 37-39. ISSN 1210-0404.

UZEL, Radim. 1999. *Antikoncepční kuchařka aneb cesty k sexuálnímu zdraví*. Praha: Grada. 140 s. ISBN 978-807-1697-671.

VRÁNOVÁ, Věra. 2010. *Výchova k reprodukčnímu zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 108 s. ISBN 978-80-244-2629-7.

ČESKO, 2012. Zákon č. 70 ze dne 29. února 2012 Vyhláška o preventivních prohlídkách (gynekologické preventivní prohlídky). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 846-847 s. ISSN 1211-1244. Dostupný z:

http://www.mzcr.cz/dokumenty/preventivni-prohlidky_8092_2956_1.html

Citování podle normy ČSN ISO 690: 2011

PŘÍLOHY

Příloha A – Souhlasy s provedením průzkumu	I
Příloha B – Dotazník vlastní konstrukce	III
Příloha C – Informační brožura vlastní konstrukce	IX

SOUHLAS S PROVEDENÍM PRŮZKUMU 1

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Dušková 7, 150 00 Praha 5


**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO
ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Němečková Nikola	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník: 3.CVS
Téma práce	Informovanost o kombinované hormonální antikoncepci	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	SZŠ a VOŠZ Havlíčkův Brod	
Jméno vedoucího práce	MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>Hamplová</i>
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (vedoucího pracovníka instituce)	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>Mužatková</i>

Střední zdravotnická škola
a Vyšší odborná škola zdravotnická
Havlíčkův Brod
Masarykova 2033

AAVK, B. B. J. D. E. dne 20.2.2014

Nikola Němečková
podpis studenta

SOUHLAS S PROVEDENÍM PRŮZKUMU 2

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Němečková Nikola	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník: 3.CVS
Téma práce	Informovanost o kombinované hormonální antikoncepci	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Vyšší odborná škola a Obchodní akademie Chotěboř	
Jméno vedoucího práce	MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Hamplová</i>	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (vedoucího pracovníka instituce)	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Němečková Nikola</i>	

v CHOTĚBOŘI dne 20.2.2014

Němečková Nikola
.....
podpis studenta

Příloha B

DOTAZNÍK VLASTNÍ KONSTRUKCE

Dobrý den,

jmenuji se Nikola Němečková a jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. v Praze 5. Obracím se na Vás s žádostí o pomoc při realizaci průzkumného šetření bakalářské práce na téma: „**Informovanost o kombinované hormonální antikoncepci**“. Cílem tohoto průzkumného šetření je zjistit, jaká je informovanost dospívajících dívek středních škol o hormonální antikoncepci (formy „pilulky“). Zdůrazňuji, že tento dotazník je zcela **anonymní**. Získané informace budou použity pouze pro zpracování praktické části bakalářské práce. Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

Pokyny pro vyplňování dotazníku:

Pozorně si přečtěte každou otázku.

Odpověď na otázku označte **zakroužkováním příslušné varianty** (pouze jedné), výjimečně – a to u otázky č. 7, 8, 9, 12, 19 je možné zvolit více odpovědí (je uvedeno v textu). Tam, **kde je to možné**, můžete **odpovědět stručným vypsáním odpovědi do vymezeného volného prostoru**.

Anamnestické údaje:

Věk:	Studujete zdravotnický obor?	Kouříte cigarety? Pokud ano, tak kolik?
.....	a) ano	a) 1 až 4 cigarety/24hod.
	b) ne	b) 5 až 9 cigaret/24hod.
		c) 10 a více cigaret/24hod.

1) Od kolika let užíváte kombinovanou hormonální antikoncepci?

- a) od 14 let
- b) od 15 let
- c) od 16 let
- d) od 17 let
- e) od 18 let a více

2) Z jakého důvodu jste začala používat kombinovanou hormonální antikoncepci?

- a) ochrana před otěhotněním
 - b) potlačení projevů akné
 - c) poruchy menstruačního rytmu
 - d) zmírnění menstruačních bolestí
 - e) jiné důvody:
-

3) Přečetla jste si příbalový leták před začátkem užívání kombinované hormonální antikoncepce?

- a) ano
- b) ne

4) Kombinovaná hormonální antikoncepce („pilulka“) se skládá z 2 hormonů:

- a) progesteronu a testosteronu
- b) testosteronu a estrogeneru
- c) estrogeneru a progesteronu

5) Na jakém principu funguje kombinovaná hormonální antikoncepce?

- a) způsobuje neplodnost
- b) blokuje ovulaci (zabraňuje zrání a uvolnění vajíčka)
- c) usmrcuje spermie
- d) nevím

6) Kombinovaná hormonální antikoncepce se užívá:

- a) každý den, přibližně vždy ve stejnou dobu
- b) každý den, bez ohledu na její pravidelnost v čase
- c) pravidelně každý druhý den (obden)

7) Hormonální antikoncepce se nesmí užívat při: *(je možné zvolit více odpovědí)*

- a) při onemocnění jater
- b) při zlomenině končetiny
- c) při obezitě
- d) při onemocnění žilního systému (žilní trombóze)
- e) při migréně
- f) při žaludečním vředu
- g) v těhotenství
- h) při kojení
- i) při cukrovce
- j) nevím

8) Než jste začala užívat hormonální antikoncepci, získala jste o ní informace od: *(je možné zvolit více odpovědí)*

- a) od svého gynekologa
- b) od praktického lékaře pro děti a dorost
- c) z příbalového letáku antikoncepce
- d) od kamarádky
- e) od Vaší matky
- f) z internetu
- g) jiné:

.....

9) Jaké jsou nežádoucí účinky kombinované hormonální antikoncepce? (je možné zvolit více odpovědí)

- a) váhový přírůstek
- b) vyrážka
- c) onemocnění žilního systému („flebotrombóza“)
- d) onemocnění tepenného systému („ateroskleróza“)
- e) bolesti hlavy, migrény
- f) vaginální výtok
- g) změny nálad
- h) rakovina prsu
- i) jaterní poškození
- j) nevím

10) Objevily se u Vás nějaké nežádoucí účinky v souvislosti s užíváním kombinované hormonální antikoncepce?

- a) ano
- b) ne

11) Pokud se nežádoucí účinky objevily, tak jaké?

.....

12) Jaké jsou příznivé účinky kombinované hormonální antikoncepce? (je možné zvolit více odpovědí)

- a) snížení rizika rakoviny dělohy a vaječnicků
- b) snížení gynekologických zánětů
- c) snížení bolestivé menstruace
- d) brání vzniku mimoděložního těhotenství
- e) snižuje krevní ztráty při menstruaci
- f) žádné
- g) nevím

13) Myslíte si, že kouření v souvislosti s užíváním kombinované hormonální antikoncepce zvyšuje riziko kardiovaskulárních (srdečních a cévních) onemocnění?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14) Víte, co je žilní trombóza („flebotrombóza“)?

- a) zánět povrchových žil
- b) zvýšená krevní srážlivost
- c) křečové žíly
- d) krevní sraženina v hlubokých žilách
- e) nevím

15) Snižují některá antibiotika (ATB) spolehlivost kombinované hormonální antikoncepce?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16) Snižuje zapomenutí kombinované hormonální antikoncepce „kontracepční“ („zabraňující otěhotnění“) účinek?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17) Ochrání Vás kombinovaná hormonální antikoncepce před pohlavně přenosnými chorobami?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

18) Jak často chodíte na pravidelné gynekologické prohlídky?

- a) 1x za půl rok
- b) 1x ročně
- c) 1x za 2 roky
- d) nechodím pravidelně, jenom když mám nějaký problém nebo něco potřebuji

19) Co u Vás ženský lékař vyšetřuje při pravidelné gynekologické kontrole?

(je možné zvolit více odpovědí)

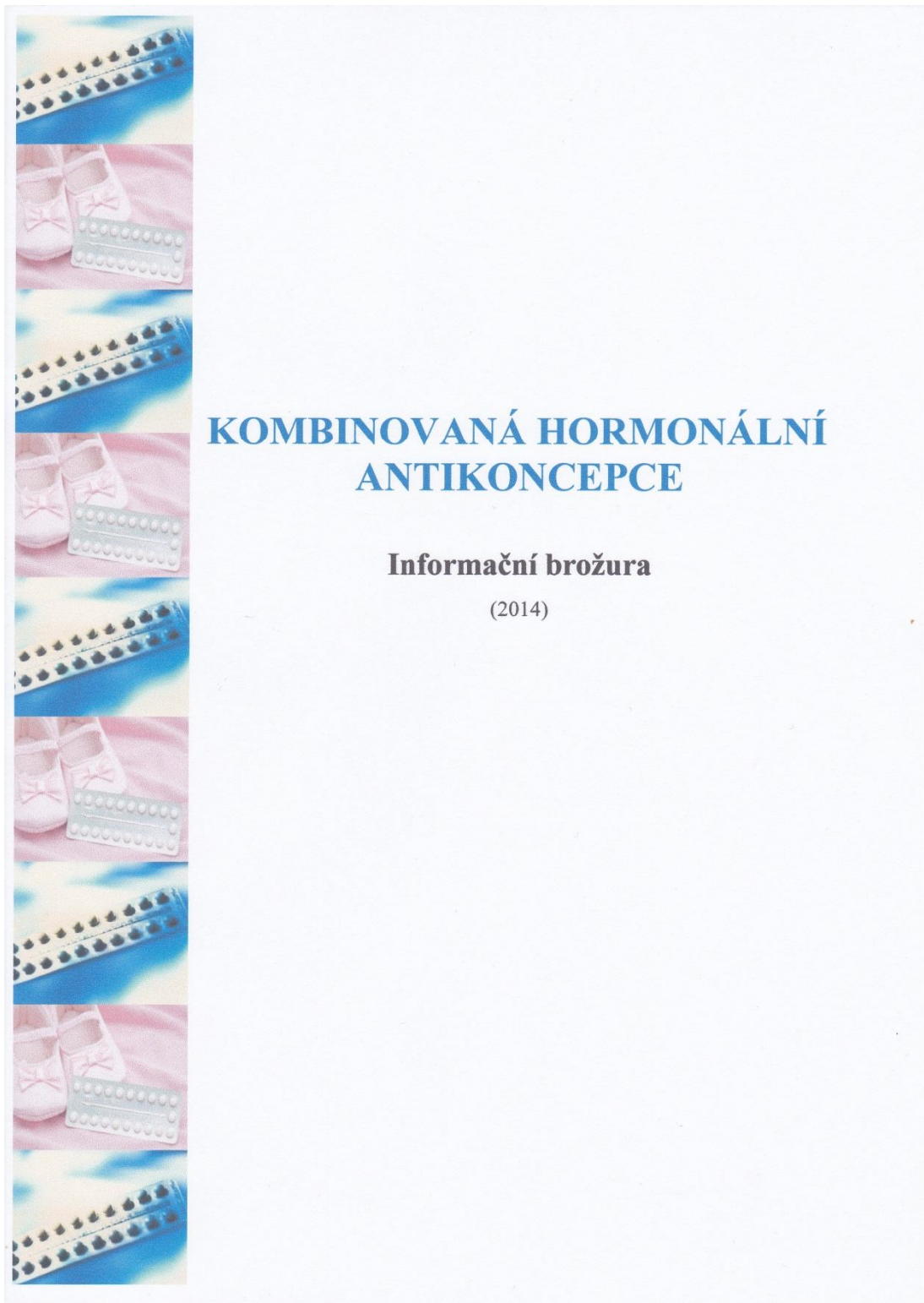
- a) gynekologická prohlídka bez vyšetření na cytologii (stěr z děložního čípku)
- b) gynekologická prohlídka s vyšetřením na cytologii (stěr z děložního čípku)
- c) váhu
- d) krevní tlak, popř. také pulz
- e) prohlíží stav dolních končetin – otoky, žíly (křečové žíly apod.)
- f) prsa
- g) odebere krev (na jaterní testy apod.)

20) Na jak dlouho dopředu Vám předepisuje lékař antikoncepci?

- a) na 3 měsíce
- b) na půl roku
- c) na 1 rok
- d) jinak:

.....

INFORMAČNÍ BROŽURA VLASTNÍ KONSTRUKCE





Kombinovaná hormonální antikoncepce

Kombinovaná hormonální antikoncepce (COC – Combined Oral Contraception) je v současné době královnou všech antikoncepčních metod. Antikoncepční pilulka je kombinovaná orální (z lat. *oralis*, ústní) antikoncepce. Pojem „kombinovaná“ znamená, že pilulka je tvořena dvěma hormony, *estrogenem* (ženským pohlavním hormonem), a *progestinem* (syntetickým hormonem žlutého tělíska). Význam slova antikoncepce znamená, že po dobu užívání zajišťuje dočasnou ochranu před otěhotněním (BARTÁK, 2006).

Kombinovaná hormonální antikoncepce se obvykle užívá 3 týdny, po nichž následuje týdenní přestávka, (tzn., že týden žena nebere nic). Tím dojde k poklesu hladiny hormonů v organismu prudec k nule, tím se napodobí pokles hormonů při zániku žlutého tělíska a žena dostane menstruaci. Obvykle se menstruace dostaví asi 3 dny po užití poslední tablety (BARTÁK, 2006).

Antikoncepční tablety se dělí podle obsahu estrogeneru v 1 tabletě, množství estrogeneru kolísá od 15 do 50 µg. Dále se dělí na: *jednofázové*, *dvoufázové* a *třífázové* podle dávkování progestinu v tabletě. Důležitá je rovněž i rychlost vylučování z organismu. Při rychlém vylučování nedochází ke kumulaci (hromadění) látky v organismu, spojené s nežádoucími účinky. Přípravek je pak ale velmi citlivý na pravidelnost užívání (BARTÁK, 2006).

Kombinovaná hormonální antikoncepce, která se užívá ve formě tablet („pilulek“ respektive „mikropilulek“), může mít v současné době i různou formu použití. Na trhu jsou již k dispozici i přípravky ve formě náplastí a tzv. vaginálního kroužku (ČEPICKÝ, FANTA, 2011).

Mechanismus účinku

Mechanismus účinku v první řadě spočívá v *blokování ovulace*. Tím dojde tedy k *zabránění uvolnění vajíčka z vaječniku* (toho je dosaženo tak, že „cizí“ hormon poskytuje falešnou informaci mozgovým centrům, která vaječnick řídí, která se pak domnívají, že jsou v jiné fázi menstruačního cyklu a nevydají signál pro ovulaci). Přidatým mechanismem, který zvyšuje spolehlivost, je vliv progestinů na strukturu cervikálního hlenu (což je *hlen v kanálku děložního hrdla*), který se tak stane vazkým a pro spermie *neprůchodným* (ČEPICKÝ, FANTA, 2011).

Příznivé účinky COC

Hlavní předností COC je spolehlivost antikoncepční metody a *přidatné příznivé zdravotní účinky*. Tato antikoncepční metoda je vhodná pro většinu žen. Nehodí se pro ženy zapomnětlivé a pro ženy s některými nemocemi.



Příznivé zdravotní účinky této pilulky zahrnují: pravidelný menstruační cyklus, vymizení bolestivé menstruace, zlepšení premenstruačního syndromu, výrazný pokles rizika pozdějšího rozvoje rakoviny dělohy, vaječníků a dokonce i tračnicku.

Výrazný pokles rizika vzniku vaječnickových cyst, snížení výskytu tzv. fibrocystické nemoci prsu a fibroadenomu prsu. Dále napomáhá ke **snížení rizika zánětů dělohy a vejcovodů**, brání vzniku mimoděložního těhotenství a vede k **poklesu výskytu anémie a osteoporózy** (ČEPIČKÝ, FANTA, 2011).

Antikoncepční pilulku lze použít v léčbě některých ženských a kožních nemocí. Především v léčbě hirsutismu (nadměrného ochlupení) a akné jsou antikoncepční tablety neúčinnější, ale jiné kosmetické nepříjemnosti ovšem řešit neumí (BARTÁK, 2006).

Kontraindikace COC

Absolutní kontraindikace: jsou u hormonálně závislých nádorů, či podezření na ně (např.: karcinom prsu, endometria, ovarii). Osobní anamnéza s tromboembolickou nemocí, cévní mozkovou příhodou, ischemickou chorobou srdeční, nebo závažnou vrozenou trombofilií. **Dalšími kontraindikacemi jsou:** akutní onemocnění jater, tumory jater, neléčená hypertenze, primární plicní hypertenze, diabetes mellitus s orgánovými komplikacemi, bolesti hlavy (migrény) s neurologickými symptomy, těhotenství, kojení do 6 měsíců věku kojence, kouření u žen nad 35 let a dlouhodobá imobilizace (FAIT, 2012; NAŇKA, 2009).

Nežádoucí účinky a jiné problémy okolo antikoncepčních tablet

Z praktického hlediska můžeme nežádoucí účinky antikoncepčních tablet rozdělit na 2 skupiny: **závažné a nezávažné** (nepříjemné). **Závažné komplikace** jsou ty, které se týkají **cévního systému** (žil a tepen) a **jaterní tkáně**. Všechno ostatní jsou pouze nepříjemnosti (BARTÁK, 2006).

Žilní systém

Největší rizika přináší obsah **estrogenů** v tabletkách hormonální antikoncepce. Ten má na svědomí zvyšování tvorby koagulačních faktorů (což jsou bílkoviny zodpovědné za srážlivost krve) a tedy také riziko vzniku **žilní trombózy a embolie**. Toto **nebezpečí se zvyšuje u žen nad 35 let a silných kuřáček** (BARTÁK, 2006).

Žilní trombóza:

Trombóza (obstrukce cév) je způsobena hlavně **tvorbou krevních sraženin v hlubokých žilách**, což je přisuzováno hlavně estrogenní složce. Estrogeny, jak již bylo zmíněno výše, zvyšují produkci a tvorbu některých faktorů krevní srážlivosti a proto se zvyšuje srážlivost krve. Pokud je tento děj ještě doprovázen poraněním cévní stěny nebo zpomalením krevního toku, riziko se tedy ještě zvyšuje.



Alarmující jsou tyto faktory:

- ❖ kouření cigaret ve zvýšené míře (nejméně 15 cigaret denně)
- ❖ kouření cigaret v kombinaci s vyšším věkem nad 35 let
- ❖ vysoký krevní tlak
- ❖ diabetes (cukrovka) s cévním poškozením
- ❖ porucha metabolismu tuků
- ❖ výrazné křečové žíly nebo jiné cévní choroby
- ❖ režim dlouhodobého klidu na lůžku (onemocnění, operace, úrazy,...)
- ❖ úmrtí v rodině na srdeční onemocnění ve věku do 50 let (FAIT, 2012).

Srdce a tepny

Zatímco estrogen poškozuje žíly, problémy s tepnami mají na svědomí progestiny. Nejohrovanějším onemocněním tepen je skleróza, přesněji **ateroskleróza**. Jedná se o velmi závažné onemocnění, které spočívá v tom, že **do stěn cév se ukládá cholesterol** a vytváří tak na nich uvnitř stále tlustší pláty, které tepnu postupně **zúžují, až ji uzavřou**. V danou chvíli přestává dostávat kyslík tkáň, která byla dříve zásobovaná krví prostřednictvím nemocné cévy, a v důsledku toho odumírá. Pokud je postiženou tkání srdeční sval, jde o infarkt myokardu, pokud je postižen mozek, jedná se o mozkovou mrtvici (odborně cévní mozkovou příhodu). Může tedy dojít k závažným a smrtelným onemocněním na, jejichž počátku stojí právě sklerotické změny tepen. Krevní hladina cholesterolu (LDL cholesterolu) má vliv na rychlost tohoto nebezpečného procesu (BARTÁK, 2006).

Jaterní poškození

„Zprávy o poškození jater pocházejí z dob, kdy tablety obsahovaly velké dávky hormonů, estrogenu minimálně 5x a progestinu až 20x (!) víc než dnes“ (BARTÁK, 2006, s. 72).

Od té doby dávky hormonů značně poklesly a přešlo se na hormony mnohem vhodnější, ale mýtus o nebezpečí pro játra se udržuje stále. **Jaterní poškození ve skutečnosti alespoň u zdravých lidí nehrozí!** (BARTÁK, 2006).

„Oficiální doporučení odborníků zní: u zdravých lidí vyšetřit jaterní funkci po 3-12 měsících užívání, pokud výsledky jsou normální a uživatelka nemá potíže, **není nutno jaterní testy opakovat**“ (BARTÁK, 2006, s. 72).



Antikoncepce a rakovina prsu

Obecně se ví, že mléčná žláza je tkáň závislá na hormonech. Bohužel je velmi rozšířená obava, že právě hormonální antikoncepce zvyšuje riziko tohoto onemocnění. Prokázalo se, že nade všechnu pochybnost, to není pravda. **Hormonální antikoncepční tablety riziko rakoviny prsu rozhodně nezvyšují.** Pokud vůbec mají tablety na prs nějaký vliv, tak jedině příznivý. Hormonální antikoncepce totiž riziko nezhoubných onemocnění mléčné žlázy snižuje (BARTÁK, 2006).

Váhový přírůstek

Tento nežádoucí účinek nás dostává spíše do oblasti nepříjemností než vážných problémů. Tloustnutí je jedním z nejčastějších důvodů, proč ženy odvrhnou hormonální antikoncepční tablety a riskují raději nežádoucí těhotenství. **Na tomto procesu se podílí:**

❖ **Estrogen** – ten má právě na svědomí to, že mezibuněčná hmota „nasaje“ více vody. Což vede právě k jistému **zadržování vody v těle**. Důsledkem toho je samozřejmě **následek hmotnostního přírůstku**, který není sice velký, nejvýše tak 2 - 3 kg, ale za to rychlý. Není to tedy doslova to „pravé“ tloustnutí, protože se nejedná o podkožní tuk.

❖ **Progestin** – ten může také způsobit přírůstek váhy, ale trochu jiným způsobem. Progestin je záladnější, protože právě způsobuje to, co je pro ženu pohromou – způsobuje **vyšší chuť k jídlu**. Za **přírůstkem váhy** je tentokrát **opravdu tuk**, nikoli voda. Nemohou za to tedy pouze jen hormonální účinky, ale dobrý apetit ruku v ruce se slabou vůlí. Hormonální antikoncepce naladí organismus tak trochu jako v období těhotenství (BARTÁK, 2006).

Pokles libida a psychické změny

Druhým nejčastějším důvodem, proč ženy tablety odmítají, jsou deprese, změny nálad a pokles libida (jak se odborně nazývá chuť na milostné hrátky). Mohou za to právě chemické látky v mozku, nazývané neurotransmitery, které ovlivňují lidské nálady. Jsou to vlastně sloučeniny, které slouží k výměně informací mezi nervovými buňkami a hormony ze skupiny progestinů. Mohou tak tedy ovlivňovat jejich tvorbu a tím i náladu a jiné duševní pochody (BARTÁK, 2006).



Bolesti hlavy

Pro opravdovou migrénu je charakteristický záchvatovitý průběh. Bolest bývá obvykle jen poloviny hlavy a často jsou i poruchy vidění. Všechno ostatní, co nemá tento typický průběh, jsou pouze bolesti hlavy obvyčejné, nikoliv migréna. Bohužel i migrénu mohou hormonální tablety vyprovokovat, ale obvykle stačí tablety vyměnit za jinou značku a je po potížích (BARTÁK, 2006).

Nausea

„Nausea je odborný výraz pro stav, kdy je někomu *špatně od žaludku*, případně se mu chce zvracet. Ani zde není příčina jasná, snad je stejná, jaká vede k tomu, že mnohým ženám je špatně na začátku těhotenství. I u antikoncepce je ženský organismus tak trochu těhotensky naladěn“ (BARTÁK, 2006, s. 76).

Tahle nepříjemnost, která se často vyskytuje u uživatelek antikoncepce, zvláště pak u nových se většinou sama upraví. Stejně jako těhotenská nausea a zvracení odezní skoro vždy do třetího měsíce, tak tyto potíže se upraví přibližně ve stejné lhůtě (BARTÁK, 2006).

Nepravidelné krvácení

Při užívání hormonální antikoncepce by žena měla mít naprosto pravidelný cyklus. Menstruační krvácení by se mělo vždy dostavit zhruba 3 dny po poslední tabletě v pláťku. Krvácení by mělo být poměrně krátké, tedy kratší, než bývalo v dobách, kdy žena žádnou antikoncepci neužívala. Někdy se však i při užívání tablet objevuje krvácení a špinění mimo menstruaci. Nejedná se o nežádoucí účinek tablet, ale je to vlastně známka toho, že užívaná antikoncepce konkrétní ženě prostě nevyhovuje. Většinou to však znamená, že je pro danou ženu některé hormonální složky příliš málo (BARTÁK, 2006).

Ostatní nepříjemnosti

Někdy se u uživatelek hormonální antikoncepce objevuje *pigmentace v obličeji*, říká se tomu „*chloasma*“. Pigmentace vypadá jako hnědavé, nepravidelné skvrny. Příčina není příliš jasná, pravděpodobně vzniká v rámci jakoby takového celkového těhotenského naladění (BARTÁK, 2006).



Gynekologie

Gynekologie je lékařský obor zabývající se: prevencí, léčbou a výzkumem ženských pohlavních orgánů. Gynekologická pracoviště se zaměřují na **prevenci a léčbu nádorových onemocnění**, jak ženských pohlavních orgánů, tak i prsů. Obor gynekologie se snaží používat moderní technologii a nejnovější vyšetřovací metody, s cílem získat co nejlepší a nejpřesnější obraz o zdravotním stavu pacientek. Účelem je dosáhnout co možná nejvyššího procenta úspěšnosti léčebných postupů (ANTIKONCEPCE, DRUHY ANTIKONCEPCE ©, 2008).

Více zde: <http://druhy-antikoncepce.webnode.cz/gynekologie/>

Gynekologické preventivní prohlídky

Podle platné vyhlášky 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách má veřejnost právo na preventivní onkologické vyšetření u svého gynekologa, které je hrazené zdravotní pojišťovnou.

Více zde: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70>

„Obsahem gynekologické preventivní prohlídky, která se provádí v 15 letech věku a dále jedenkrát ročně, zpravidla po uplynutí 11 měsíců po provedení poslední gynekologické preventivní prohlídky, je:

- a) založení zdravotnické dokumentace při přijetí do péče,
- b) rodinná, osobní a pracovní anamnéza a aktualizace této anamnézy se zřetelem známé rizikové faktory,
- c) klinické vyšetření prsů od 25 let věku při pozitivní rodinné anamnéze na dědičný nebo familiární výskyt zhoubného nádoru prsu nebo při přítomnosti jiných rizikových faktorů,
- d) prohlídka kůže a palpační vyšetření mízních uzlin v oblasti pohlavních orgánů,
- e) vyšetření v zrcadlech a kolposkopické vyšetření; neprovádí se u virgo žen,
- f) odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému, případně bakteriologickému nebo virologickému vyšetření; neprovádí se u virgo žen,
- g) palpační bimanuální vyšetření; při nejasném výsledku doplnění vyšetření vaginální ultrazvukovou sondou,



h) poučení o významu preventivní protirakovinné prohlídky,

i) nácvik samovyšetřování prsů při první prohlídce u registrujícího poskytovatele,

j) u žen od 45 let věku doporučení k provedení screeningového mamografického vyšetření a nezbytných doplňujících vyšetření ve dvouletých intervalech; jestliže žena již absolvovala vyšetření podle § 2 písm. e) bodu 5 v posledních 2 letech a je k dispozici jeho výsledek, vyšetření se nezajišťuje,

k) stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem u žen od 50 let do 54 let věku, od 55 let věku se toto vyšetření provádí ve dvouletých intervalech a toto vyšetření je možné nahradit doporučením k provedení screeningové kolonoskopie jednou za 10 let; jestliže žena absolvovala vyšetření podle § 2 písm. e) bodu 4 v uvedených intervalech a je k dispozici jeho výsledek, vyšetření se nezajišťuje“ (Vyhláška 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách).

Vypracovala: Nikola Němečková, DiS.

Obor: Všeobecná sestra – bakalářka (Bc.)

Studentka: VŠZ, o. p. s. v Praze 5

Studijní skupina: 3. CVS

Školní rok: 2013–2014

Tato informační brožura byla vytvořena ve spolupráci s MUDr. Lidmilou Hamplovou, PhD., jako podklad k bakalářské práci na téma: *Informovanost o kombinované hormonální antikoncepci*.

nide 24.3.2014

Hlavová