

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**INFORMOVANOST DÍVEK A ŽEN O HORMONÁLNÍ  
ANTIKONCEPCI**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**LINDA GVOZDKOVÁ**

**Praha 2018**

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

**INFORMOVANOST DÍVEK A ŽEN O HORMONÁLNÍ  
ANTIKONCEPCI**

Bakalářská práce

LINDA GVOZDKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD.

Praha 2018



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

GVOZDKOVÁ Linda

3APA

### Schválení tématu bakalářské práce

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

Informovanost dívek a žen o hormonální antikoncepci

*Girls and Women' Awareness of Hormonal Contraception*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 21. března 2018

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala mé vedoucí práce PhDr. Ivaně Jahodové, PhD. za odborné rady, vedení, ochotu během zpracovávání bakalářské práce a za čas, který mi věnovala.

## ABSTRAKT

GVOZDKOVÁ, Linda. *Informovanost dívek a žen o hormonální antikoncepci*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Praha. 2018. 58 s.

Tématem bakalářské práce je posouzení informovanosti dívek a žen o hormonální antikoncepci na základě průzkumu na výběrovém souboru adolescentních dívek. Teoretická část se zabývá celkově pojmem hormonální antikoncepce, jejím rozdělením, nežádoucími a pozitivními účinky při užívání. Jsou zde uvedeny důležité kontraindikace, zvláštní pozornost je věnována trombofilii. Teoretická část také rozvíjí problematiku hormonální antikoncepce ve vztahu ke specifickým adolescentní části ženské populace. Nosnou částí práce je její praktická část. Tato je zaměřena na dívky a mladé ženy ve věku 15-20 let, studující na gymnáziu a na učebním oboru bez maturity. Kvantitativní průzkum je proveden formou dotazníků předaných 120 respondentkám. Cílem je zjistit míru informovanosti dívek a žen o okolnostech a důsledcích užívání hormonální antikoncepce, ověření znalosti rizik jejího užívání, ale také případných výhod spojených s hormonální antikoncepcí. Pozornost je věnována zdrojům a okolnostem, které ovlivňují informovanost mladých dívek i jejich postoje k hormonální antikoncepci. Většina získaných informací je analyzována z pohledu věkového složení respondentek a rovněž z pohledu, zda jsou uživatelkami hormonální antikoncepce či nikoliv. Prezentace výsledků je založena převážně na zpracování ve formě grafů, s navazujícími komentáři, doporučeními a závěry.

### Klíčová slova

Adolescence. Hormonální antikoncepce. Hypertenze. Indikace. Kontraindikace. Tromboembolické onemocnění.

## ABSTRACT

GVOZDKOVÁ, Linda. *Girls and Women's Awareness of Hormonal Contraception*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová, PhD. Prague. 2018. 58 pages.

The topic of this bachelor thesis is the assessment of girls' and women's awareness of hormonal contraception based on a survey of a selected sample of adolescent girls. Theoretical part deals generally with the concept of hormonal contraception, its classification, undesirable and positive effects of its use. It also deals with important contraindications, with a special focus to thrombophilia. Theoretical part also develops an issue of hormonal contraception in relation to the specifics of the adolescent part of female population. The practical part represents a crucial part of the thesis. It is focused on girls and young women aged 15-20, studying at high school or apprenticeship without GCSE. A quantitative research is conducted by means of questionnaires submitted to 120 respondents. The aim is to find out the ratio of girls' and women's awareness of circumstances and consequences of using hormonal contraception, verification of knowledge of the risks of its use, but also of possible advantages associated with hormonal contraception. Attention is also focused on sources and circumstances affecting young girls' awareness and their attitude to hormonal contraception. Most of the information obtained is analysed from the point of view of respondents' age groups as well as from the point of view of whether they use hormonal contraception or not. The results are presented predominantly by means of graphs with follow-up comments, recommendations and conclusions.

### Keywords

Adolescence. Contraindication. Hormonal Contraception. Hypertension. Indication. Thromboembolic Disease.

# OBSAH

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD .....	15
<b>1 VÝVOJ A DĚLENÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE .....</b>	<b>17</b>
<b>1.1 DĚLENÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....</b>	<b>19</b>
1.1.1 KOMBINOVANÁ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE .....	19
1.1.2 GESTAGENNÍ ANTIKONCEPCE .....	21
1.1.3 NITRODĚLOŽNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE .....	22
1.1.4 POSTKOITÁLNÍ ANTIKONCEPCE .....	23
<b>2 KONTRAINDIKACE A INDIKACE PŘI UŽÍVÁNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 KONTRAINDIKACE A NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY .....</b>	<b>24</b>
2.1.1 HYPERTENZE .....	24
2.1.2 DIABETES MELLITUS .....	25
2.1.3 TROMBOFILNÍ STAVY.....	26
<b>2.2 RIZIKA A KOMPLIKACE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....</b>	<b>28</b>
2.2.1 KARCINOM PRSU .....	28
2.2.2 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU.....	29
2.2.3 HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA .....	29
2.2.4 BOLEST BŘICHA.....	29
2.2.5 JINÉ KOMPLIKACE .....	30
<b>2.3 POZITIVNÍ VLIVY PŘI UŽÍVÁNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....</b>	<b>30</b>



2.3.1 KOMBINOVANÁ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE .....	30
2.3.2 GESTAGENNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE .....	31
2.3.3 PŘÍKLADY POZITIVNÍCH VLIVŮ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....	31
2.4 ROZHODOVACÍ FAKTORY Z HLEDISKA LÉKAŘE .....	33
<b>3 ANTIKONCEPCE U ADOLESCENTNÍCH DÍVEK .....</b>	<b>34</b>
3.1 PORADENSTVÍ U ADOLESCENTNÍCH OSOB.....	35
3.2 METODY HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE V ADOLESCENCI .....	36
3.3 SNÍŽENÍ ÚČINNOSTI HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE ...	36
<b>4 INFORMOVANOST DÍVEK A ŽEN O HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCI – VLASTNÍ PRŮZKUM A JEHO VYHODNOCENÍ .</b>	<b>38</b>
4.1 PŘÍPRAVA A METODIKA PRŮZKUMU .....	39
4.1.1 VÝBĚROVÝ SOUBOR A ORGANIZACE PRŮZKUMU.....	40
4.2 VÝSLEDKY SBĚRU DAT, JEJICH ZPRACOVÁNÍ A INTERPRETACE.....	40
4.2.1 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT .....	41
4.2.2 GRAFICKÉ A TABULKOVÉ ZPRACOVÁNÍ A INTERPRETACE DAT.....	42
4.3 VYHODNOCENÍ CÍLŮ PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	65
<b>5 DISKUZE .....</b>	<b>68</b>
5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	69
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>73</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Návratnost dotazníků .....	40
Tabulka 2 Skutečné četnosti .....	41
Tabulka 3 Očekávané četnosti .....	41
Tabulka 4 Respondentky z hlediska věku a školy .....	42
Tabulka 5 Respondentky z hlediska užívání HAK a školy .....	43
Tabulka 6 Kouření z hlediska užívání HAK.....	47
Tabulka 7 Režim užívání HAK a jeho zahájení .....	62
Tabulka 8 Jste se svým druhem HAK spokojena .....	65
Graf 1 Zdroj prvotní a základní informace o HAK (z hlediska věku).....	43
Graf 2 Zdroj prvotní a základní informace o HAK (z hlediska užívání HAK) .....	44
Graf 3 Absolvovaná vyšetření u gynekologa minimálně jednou ročně (z hlediska věku) .....	44
Graf 4 Absolvovaná vyšetření u gynekologa minimálně jednou ročně (z hlediska užívání HAK).....	45
Graf 5 Dostatečnost a srozumitelnost informací od gynekologa o výhodách, nevýhodách, indikacích, kontraindikacích a rizicích spojených s užíváním HAK (z hlediska věku).....	45
Graf 6 Dostatečnost a srozumitelnost informací od gynekologa o výhodách, nevýhodách, indikacích, kontraindikacích a rizicích spojených s užíváním HAK (z hlediska užívání HAK) .....	46
Graf 7 Vyskytovalo se/vyskytuje se ve Vaší rodině některé z těchto onemocnění (z hlediska věku).....	46
Graf 8 Vyskytovalo se/vyskytuje se ve Vaší rodině některé z těchto onemocnění (z hlediska užívání HAK) .....	47
Graf 9 Užívání HAK snižuje výskyt nádoru vaječnicků a nezhoubných nádorů prsu (z hlediska věku).....	48
Graf 10 Užívání HAK snižuje výskyt nádoru vaječnicků a nezhoubných nádorů prsu (z hlediska užívání HAK) .....	48
Graf 11 Užívání HAK vede k promiskuitě (z hlediska věku).....	49
Graf 12 Užívání HAK vede k promiskuitě (z hlediska užívání HAK).....	49

Graf 13 Užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti (z hlediska věku).....	50
Graf 14 Užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti (z hlediska užívání HAK) .....	50
Graf 15 Užívání HAK zvyšuje krevní tlak (z hlediska věku).....	51
Graf 16 Užívání HAK zvyšuje krevní tlak (z hlediska užívání HAK) .....	51
Graf 17 Užívat HAK se nemá v případě výskytu tromboembolického onemocnění v rodině (z hlediska věku).....	52
Graf 18 Užívat HAK se nemá v případě výskytu tromboembolického onemocnění v rodině (z hlediska užívání HAK) .....	52
Graf 19 Kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK (z hlediska věku).....	53
Graf 20 Kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK (z hlediska užívání HAK) ...	53
Graf 21 Užívání HAK zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci (z hlediska věku) ...	54
Graf 22 Užívání HAK zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci (z hlediska užívání HAK) .....	54
Graf 23 Užívání HAK snižuje bolestivost menstruace (z hlediska věku) .....	55
Graf 24 Užívání HAK snižuje bolestivost menstruace (z hlediska užívání HAK).....	55
Graf 25 Užívání HAK zpravidelňuje menstruační cyklus (z hlediska věku) .....	56
Graf 26 Užívání HAK zpravidelňuje menstruační cyklus (z hlediska užívání HAK)....	56
Graf 27 Užívání HAK má pozitivní vliv na pleť (z hlediska věku).....	57
Graf 28 Užívání HAK má pozitivní vliv na pleť (z hlediska užívání HAK).....	57
Graf 29 Užívání HAK zvyšuje pravděpodobnost obezity (z hlediska věku).....	58
Graf 30 Užívání HAK zvyšuje pravděpodobnost obezity (z hlediska užívání HAK) ....	58
Graf 31 Užívání HAK zvyšuje emoční citlivost (z hlediska věku) .....	59
Graf 32 Užívání HAK zvyšuje emoční citlivost (z hlediska užívání HAK).....	59
Graf 33 Užívání HAK není 100% spolehlivé vzhledem k nechtěnému otěhotnění (z hlediska věku).....	60
Graf 34 Užívání HAK není 100% spolehlivé vzhledem k nechtěnému otěhotnění (z hlediska užívání HAK) .....	60
Graf 35 Užívání HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství (z hlediska věku)....	61
Graf 36 Užívání HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství (z hlediska užívání HAK) .....	61
Graf 37 Jaké jsou důvody, proč HAK neužíváte .....	62
Graf 38 Co bylo důvodem pro začátek užívání hormonální antikoncepce.....	63

Graf 39 Proběhl výběr Vaší antikoncepce na základě podrobné analýzy Vaší osobní a rodinné anamnézy .....	64
Graf 40 Absolvovala jste některá z níže uvedených vyšetření před zahájením užívání hormonální antikoncepce.....	64

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

**CMP** - cévní mozková příhoda

**COC** - ang. zkratka combined oral contraception – kombinovaná orální kontracepce

**HAK** - hormonální antikoncepce

**HDL** - ang. zkratka lipoprotein s vysokou hustotou

**HŽT** - hluboká žilní trombóza

**IUD, IUCD** - angl. zkratka nitroděložní tělísko (intrauterine device, intrauterine contraceptive device)

**IUS** - intrauterinní systém

**LDL** - ang. zkratka lipoprotein s nízkou hustotou

**LNG** - levonorgestrel

**TEN** - tromboembolická nemoc

(VOKURKA, HUGO A KOL., 2015)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Adenom** - nádor ze žlázovitého epitelu

**Compliance** - dodržování předepsaného léčebného režimu či jiné intervence

**Dyslipidémie** - porucha normálního složení krevních tuků

**Dysmenorea** - menstruace spojená se značnou bolestivostí a celkovými obtížemi

**Endokarditida** - zánět nitroblány srdeční (endokardu)

**Endometrium** - slizniční vrstva dělohy, pokryta jednovrstevným cylindrickým epitelem

**Estrogen** - ženské pohlavní hormony, tvoří se především ve vaječnicích, dále kůře nadledvin, v tukové tkáni a v placentě

**Etinylestradiol** – vysoce účinný estrogen; užívá se v léčbě amenorey, poruch menstruace a je hlavním estrogenem obsaženým v kontraceptivech

**Gestageny (progestiny)** - skupina ženských pohlavních hormonů, k nimž patří progesteron; vznikají ve větším množství ve vaječnicích ve žlutém tělísku.

**Hepatocelulární** – týkající se jaterních buněk (hepatocytů)

**Heterozygot** - jedinec, který má ve svém genovém páru dvě různé alely

**Homozygot** - jedinec, který má ve svém genovém páru stejné alely

**Hyperhomocystémie** - zvýšená koncentrace homocysteinu v krvi

**Hypogonadotropní** – charakterizovaný nízkou koncentrací a vylučováním gonadotropinů

**Intercepce** - zabránění eventuálního vzniku těhotenství po proběhlé nechráněné souloži

**Koagulopatie** – nemoc, charakterizovaná zvýšenou krvácivostí způsobenou nedostatkem nebo poruchou koagulačních faktorů, popř. přítomností jejich inhibitorů

**Levonorgestrel** – progestin; používá se jako kontraceptivum (v kombinaci, ve vyšší dávce samostatně jako postkoitální přípravek)

**Malignity** – doslova zhoubnost, častěji se tak označuje zhoubné onemocnění (ve smyslu nádoru).

**Menarche** - první menstruační krvácení v životě ženy

**Mestranol** - syntetický pohlavní hormon ze skupiny estrogenů; podává se u některých poruch menstruace a v menopauze; je rovněž součástí některých kombinovaných kontraceptiv

**Morbidita** – nemocnost; číselný údaj vztažený pro danou nemoc k určitému časovému úseku a počtu obyvatel

**Myeloproliferativní** - charakterizovaný chorobně zvýšenou tvorbou krvinek v kostní dřeni

**Myom** - nezhoubný nádor vzniklý z buněk svalů, zejm. hladkého. Může se vyskytovat v orgánech, jejichž stěnu tvoří svalovina, např. v děloze a zažívacím ústrojí

**Norethisteron acetát** - látka odvozená od pohlavních hormonů (nejvýraznější účinek je gestagenní), která je součástí některých hormonálních kontraceptiv; užívá se v gynekologii k léčbě poruch menstruace a jejímu krátkodobému oddálení

**Ovarium** - latinsky vaječník; párová ženská pohlavní žláza, která je umístěna v malé pánvi

**Progesteron** - ženský pohlavní hormon tvořený ve žlutém tělísku vaječnicků a placentě (v malé míře i kůře nadledvin a varlatech); steroid, hlavní představitel přirozených gestagenů

**Sterilizace** - umělé vyvolání neplodnosti, obvykle chirurgickým zákrokem

**Subarchnoidální krvácení** - krvácení do subarchnoidálního prostoru, druh intrakraniálního krvácení; vzniká nejčastěji jako důsledek prasknutí tepenného aneurysmatu, které se vyskytuje často v místě větvení tepen

**Syndrom Budd-Chiari** - onemocnění charakterizované obliterací jaterních žil (zejm. v důsledku jejich trombózy), které vedou krev z jater do dolní duté žíly; jedna z příčin posthepatální - portální hypertenze

(VOKURKA, HUGO A KOL., 2015)

## ÚVOD

Otázky lidského zdraví intenzivně zajímají značnou část populace. Specifickou problematikou široce diskutovanou zejména mezi ženami, je problematika těhotenství a mateřství, a to nejen v případě jeho realizace, ale i jeho dočasného zamezení – tedy antikoncepce.

V moderních společnostech se otázky antikoncepce jako důležité součásti osobního života dívek a žen historicky řešily různými způsoby. Hormonální antikoncepce, která je stěžejní náplní této práce, je nejmodernější formou posledních desetiletí. Zaznamenává rychlý a neustálý vývoj. Stala se nejrozšířenější formou antikoncepce, s řadou variant účinných složek či způsobů aplikace. Je dnes široce aplikovaná, ale v řadě případů chybí cílové skupině, to je dívkám a ženám v produktivním věku, přesnější povědomí o jejích možnostech a omezeních.

Nejodbornějším zdrojem informací jsou nejen odborní gynekologové a porodníci, ale i nelékařští zdravotní pracovníci v daném oboru, zejména sestry a porodní asistentky. Jejich přístup k ženám a zejména mladým dívkám, které vstupují do věku, kdy řeší problematiku antikoncepce a nabízí se i zvážení hormonální antikoncepce, může významně ovlivnit jejich další rozhodování a způsob života i vlastní zdraví a životní styl. Nelze podcenit ani jiné zdroje informací o hormonální antikoncepci.

Zvlášť velký význam mají tyto informace pro mladé dívky, které se v problematice teprve začínají orientovat. Autorka této práce patří stále ještě do této věkové kategorie a její vlastní zkušenosti podporují tento názor.

Cílem této práce bylo v teoretické části vysvětlit pojem hormonální antikoncepce, uvést její základní charakteristiky, účinné složky a dělení. Formy aplikace rovněž umožňují variabilitu ve výběru, důraz byl kladen na nejrozšířenější formu perorální aplikace. Kvalifikované rozhodnutí o používání hormonální antikoncepce není vhodné bez znalosti jejich účinků, výhod a nevýhod. Tato témata byla zpracována se zaměřením na problematiku dívek v adolescentním věku.

Těžiště práce je v praktické části, kde formou kvantitativního průzkumu na cílové skupině středoškolaček dvou různých škol s různou úrovní studia byla vyvinuta snaha zjistit a analyzovat jejich informace o hormonální kontracepci a motivaci pro její případné používání.



**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Zjistit okolnosti, které ovlivňují rozhodování potenciálních uživatelek o volbě či odmítnutí HAK z pohledu informačních zdrojů.

**Cíl 2:** Posoudit míru informovanosti mladých dívek o projevech spojovaných s užíváním HAK.

**Cíl 3:** Kvantifikovat a analyzovat vztah mladých dívek k HAK.

Práce je určena studentům zdravotnických oborů, pro nelékařské zdravotnické pracovníky a dívky a ženy, které o HAK uvažují nebo ji již užívají.

**Vstupní literatura:**

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 4. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. ISBN 978-80-905728-1-2.

ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART, 2008. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Nakladatelství Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.

ROZTOČIL, Aleš a kol., 2011. *Moderní gynekologie*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.

**Popis rešeršní strategie:** Pro vyhledávací strategii byl zvolen vyhledávací systém ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz)), kde byla vložena klíčová slova a pomocí databáze katalogu Národní lékařské knihovny byla nalezena doporučená literatura. Další zdroje, které jsou použity v této práci, byly nalezeny pomocí klíčových slov na stránce elektronických databází Google Scholar (<https://books.google.com/>). Všechny bibliografie byly hledány v rozmezí let 2008-2018.

# 1 VÝVOJ A DĚLENÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Antikoncepce (kontracepce) je termín reverzibilní metody ochrany před početím. Slovo antikoncepce je užíváno mezi lidmi tradičně a proto termín kontracepce, který je původem z anglické literatury, není moc znám, ale v poslední době se prosazuje stále průrazněji. Do oblasti antikoncepce nepatří sterilizace, tj. ireverzibilní metoda ochrany před početím, při níž jde o operační výkony na vejcovodech nebo chámovodech (ČEPICKÝ a FANTA, 2011).

Zabránění nechtěnému těhotenství nepochází z dob 20. století, první zmínky o antikoncepčních pokusech byly nalezeny na starých egyptských papyrech, napsány kolem roku 4000 před naším letopočtem. Staří Egypťané jevíli snahu o výrobu „přírodního estrogenu“ roztloukáním jader granátových jablek, které pak představovaly účinnou látku voskových antikoncepčních čípků, dále vkládali do pochvy (spermicidní) krokodýlí trus (ŠIMŮNKOVÁ, 2008).

IUD je arabského původu. První bylo vyzkoušeno na velbloudicích, kterým Arabové vkládali kamínky do dělohy, aby jim těhotenství a porod nezasahovaly do jejich poutí pouští. Nicméně i Hippokrates znal nitroděložní antikoncepci, kdy vkládal do dělohy žen předměty ze slonoviny. Dříve se antikoncepční tělíska vyráběla z různých materiálů, ze zlata či platiny posetými diamanty. Poté tato metoda antikoncepce upadla a dlouhá léta se o ní nemluvalo (ŠIMŮNKOVÁ, 2008).

Velký přínos pro vznik hormonální antikoncepce měl rozvoj endokrinologie na počátku 20. století. Innsbrucký fyziolog Ludwig Haberlandt (1885-1932) v roce 1901 prokázal, že menstruace je řízená hormony, a později v roce 1919 při pokusech na králíčních samicích, u kterých dokázal zabránit ovulaci podáním extraktu z vaječníku březích samic, objevil princip antikoncepční pilulky. Dále v roce 1938 byl vyvinut německými vědci Hansem Inhoffenem a Walterem Hohlwegem první estrogen na světě, účinkující při perorálním podání - etinylestradiol. Tato látka je dodnes obsažena v perorální kombinované hormonální antikoncepci (ŠIMŮNKOVÁ, 2008).

Velmi důležité jméno spojováno s hormonální antikoncepcí je Margaret Sangerová, která je nazývána matkou antikoncepční pilulky. Ta v roce 1950 přesvědčila Gregoryho Pincuse, což byl biochemik a neurofyziolog a také zakladatel americké organizace Planned Parenthood, aby začal pracovat na vývoji spolehlivé hormonální antikoncepce. V roce 1960 byl schválen přípravek Enovid, který obsahoval 0,15 mg

mestranolu a 10 mg norethynodrelu od firmy Searle. Dne 1. června 1961 dostala Evropa svou pilulku, která se jmenovala Anovlar. Ta obsahovala 50 µg etinylestradiolu a 4 mg norethisteronu. Její indikací byly poruchy menstruačního cyklu a jen u vdaných žen (ŠIMŮNKOVÁ, 2008). Tyto přípravky byly spojeny s nepříjemnými pocity a také nežádoucími účinky z důvodu vyššího množství hormonů v pilulkách a jiného složení oproti přípravkům dnešním (JENÍČEK, 2009).

V době, kdy byla antikoncepční pilulka novinkou, se o ní nejevil dostatečný zájem. Vypadalo to spíše tak, že jí budou užívat pouze výstřední herečky, které nechtějí otěhotnět. Až téměř po dvaceti letech se začala vyrábět ve velkém množství díky změně společenského vzorce, kdy došlo k uvolnění předmanželského sexu (ŠIMŮNKOVÁ, 2008).

V roce 1968 studentské hnutí v západoevropských zemích podporovalo právo žen rozhodovat se o svém těle. Diskuze o antikoncepci a sexu jsou tématem probíraným pravidelně mediálně a ve společnosti (ŠIMŮNKOVÁ, 2008).

Hormonální antikoncepce má své zastánce i odpůrce. Často však rezolutní odmítání užívání je spojeno s nedostatkem informací. HAK má samozřejmě i svá negativa, velmi ovlivnila způsob života dnešní populace. Tento lék vyvolal od uvedení do praxe velmi rozporuplné reakce. Po téměř padesáti letech od jejího uvedení je stále spousta pochybností o jejich účincích ne pouze ve smyslu medicínském, ale zejména společenském (ŠIMŮNKOVÁ, 2008).

Hormonální antikoncepce dala velkou volnost především mužům, kteří při otěhotnění ženy museli převzít veškerou zodpovědnost a oženit se. Nyní je pro spousta mužů založení rodiny finančně náročné, musí omezit své koníčky a také slevit ze svých ambicí. Nejde zde o projev sobeckosti, pouze je dnešní společnost tímto způsobem nastavená. Naši tatínci a dědečkové měli touhu po potomstvu, což v dnešní době bohužel vymizelo (MÁSLOVÁ, 2011).

Ženy s pravidelným cyklem mají jiné sexuální preference, než ženy užívající hormonální antikoncepci. Ženy v těhotenství mají podobné sexuální touhy jako ženy při užívání HAK. Bylo prokázáno, že ženy, které se setkaly s partnerem při užívání hormonální antikoncepce, měly vyšší úroveň sexuální touhy v páru, než ty, které mají pravidelný cyklus. Naproti tomu hladina párové touhy nebyla spojena s předchozím užíváním nebo neužíváním hormonální antikoncepce (COBBEY a kol., 2016).

Důvodem brzkého a rozsáhlého užívání HAK v dnešní době je především velký strach matek z těhotenství jejich mladé dcery. Mladé dívky, které vstupují do reprodukčního věku, jsou tlakem z okolí nuceny k tomu, aby byly dostatečně zodpovědné, což znamená, aby začaly užívat hormonální antikoncepci. Také jsou důvodem muži, pro které je to příjemnější a jednodušší. Nechtějí řešit problém nechtěného těhotenství a nést zodpovědnost za početí, které je z jejich pohledu problém hlavně žen. Proto mnoho žen v dnešní době nebere ohled na partnera, zda chce nebo nechce být otcem, a rozhodnou se samy pro těhotenství s tím, že nepočítají s rolí otce od partnera. To je v téhle moderní době zcela nový jev (MÁSLOVÁ, 2011).

## 1.1 DĚLENÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Je zřejmé, že antikoncepce je dnes dostupná v různých formách. Vedle tradičních forem nehormonální antikoncepce (kalendářní metoda, hlenová metoda, teplotní metoda) a metod bariérových (kondom, vaginální pesary v kombinaci se spermicidními látkami) jsou hojně používány různé formy hormonální antikoncepce (ROB, MARTAN a CITTERBART, 2008).

*Hormonální antikoncepci dělíme podle obsahu účinných látek na dvě skupiny: kombinovaná (estrogen-gestagenní) a čistě gestagenní (PROCHÁZKA a PROCHÁZKOVÁ, 2010, s. 369).* Teoretická část práce je zaměřena právě na tyto formy antikoncepce. Na hormonální bázi je založena postkoitální antikoncepce a v některých případech nitroděložní antikoncepce (ROB, MARTAN a CITTERBART, 2008). V dalších podkapitolách jsou podrobněji zmíněny výše uvedené formy hormonální antikoncepce z důvodu jejich rozhodujícího podílu na používané hormonální antikoncepci.

### 1.1.1 KOMBINOVANÁ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Tato metoda je založená na aplikaci estrogestagenní kombinace. Dále kombinovanou hormonální antikoncepci dělíme podle způsobu aplikace na perorální a ostatní formy: náplasti, injekce či vaginální kontracepční kroužek. Podávání hormonů je nejčastěji po dobu tří týdnů s následnou sedmidenní pauzou. Přípravky, které obsahovaly po celou dobu užívání stejnou dávku hormonů, řadíme mezi **monofázické**. U přípravků **bifázických** zůstává stejná dávka estrogenu a ve druhé části cyklu se zvyšuje množství progestinu. **Trifázické** přípravky jsou charakterizovány zvýšenou

hladinou estrogenu a progestinu v druhé třetině a ve třetí třetině stoupá opět hladina progestinu a klesá hladina estrogenu. U **kombifázických** přípravků je v druhé polovině nižší hladina estrogenů a vyšší dávka progestinů (PROCHÁZKA a PROCHÁZKOVÁ, 2010).

Nejoblíbenější a nejčastěji formou užívání kombinované hormonální antikoncepce je perorální antikoncepce (COC – combined oral contraception), která je aplikována jednou denně. Mezi nízko dávkované preparáty patří Mirelle, či Minesse. Jedná se o podávání 21 tablet a sedmidenní pauzy nebo sedmi placebových tablet. Nejnovější preparát s drospirenonem (YAZ) má 24 účinných tablet a čtyři tablety placebové. *Ve dnech bez podávání hormonů dochází vlivem spádu jejich hladin k děložnímu krvácení – pseudomenstruaci* (FAIT, 2008, s. 15).

Perorální kombinovanou antikoncepci dělíme podle dávky estrogenu a progestinu v každé z tablet měsíčního balení (FAIT, 2008).

- **Přípravky COC podle použitého estrogenu:**

- a) **Etinylestradiol** – 17 $\beta$ -etinylestradiol je obsažen téměř ve všech u nás dostupných přípravcích.
- b) **Mestranol** – je 3-metyléster etinylestradiolu. Může mít negativní vliv na jaterní buňky. Tyto přípravky byly proto již staženy z trhu. České ženy znaly starší přípravek Biogest, který jej obsahoval.
- c) **17 $\beta$ -estradiol** – jedná se o přirozený ovariální estrogen, který se v COC objevil až v nedávné době. Dlouho nebylo možno vytvořit přípravek, díky kterému by nedocházelo k tzv. krvácení z průniku. Až díky kombinaci estradiolvalerátu a diegonestu se podařilo krvácení z průniku zmírnit.

- **Přípravky COC podle použitého progestinu:**

- a) **Progestiny s reziduální androgenní aktivitou** - zde patří norethisteron acetát (NES), představitel tzv. „první generace“ progestinů. Ve Spojených státech amerických je pro něj používán název norethindron. Nyní je nejoblíbenějším progestinem patřícím do této skupiny norgestrel, konkrétně jeho aktivní levotočivý izomer levonorgestrel (LNG), představující tzv. „druhou generaci“ progestinů.
- b) **Progestiny s minimální androgenní aktivitou** – zde patří progestiny tzv. „třetí generace“, tj. desogestrel, gestoden a norgestimát.

Desogestrel (DSG) je prohormon, rychle metabolizující především na 3-ketodesogestrel neboli etonogestrel, představující vlastní účinnou molekulu. Gestoden (GSD) je desogestrelu velmi podobný, pouze se liší tím, že oproti desogestrelu je sám účinnou látkou. Je u něj typická mírná antimineralokortikoidní aktivita, která ale nemá z klinického hlediska žádný význam.

Norgestimát (NGM) sám je účinný jako progestin, je rychle metabolizován na celé spektrum molekul, které také mají biologický účinek. Hlavní z nich je 17-deacetylnorgestimát neboli norelgestromin, asi 10–20 % tvoří levonorgestrel (ČEPICKÝ A FANTA, 2011).

- c) **Progestiny s antiandrogenní aktivitou** – mezi nejvíc výrazné progestiny s antiandrogenní aktivitou řadíme cyproteron acetát (CPA), který je následován dienogestem (DNG), chlormadinon acetátem a drospirenonem (DRSP). Mezi zvláštnosti drospirenonu patří přídatný antimineralokortikoidní účinek, proto jej zařazujeme do zvláštní skupiny.
- d) **Progestiny s antiandrogenní aktivitou a antimineralokortikoidní aktivitou.** Zde řadíme drospirenon. Antimineralokortikoidní aktivita zde není samoučelná. Estrogeny obsažené v kombinované hormonální antikoncepci totiž zvyšují produkci angiotensinogenu v játrech a následně tak zvyšují aktivitu systému renin-angiotensin-aldosteron. *Antimineralokortikoidní účinek drospirenonu tento efekt estrogenů vyrovnává (podobně činí přirozený progesteron, který rovněž má antimineralokortikoidní aktivitu)* (ČEPICKÝ A FANTA, 2011, s. 88-89).

### 1.1.2 GESTAGENNÍ ANTIKONCEPCE

Gestagenní antikoncepce se liší aplikační formou a použitým gestagenem. Všechny formy gestagenní antikoncepce díky dávce použitého hormonu ovlivňují nejen viskozitu cervikálního hlenu a růst endometria, ale i motilitu vejcovodu. Užívá se jednou denně (FAIT, 2008). Při nasazení gestagenní antikoncepce nejsou zapotřebí žádná laboratorní vyšetření, je zde doporučena jen podrobná anamnéza a preventivní onkogynekologické vyšetření (FAIT, 2008).

*Gestagenní antikoncepce je užívána ve formě tablet (tzv. minipilulky, též POP-progestin only pills), ve formě depotních injekcí a jako podkožní implantáty* (ČEPICKÝ A FANTA, 2011, s. 71).

- **Minipilulky:** užívají se nejlépe od prvního dne menstruačního krvácení. Dochází u nich k okamžitému účinku, což se nedá říct o přípravcích obsahujících desogestrel, kde je tolerance chyby 12 hodin (u jiných jen tři hodiny). Užívání tablet probíhá denně bez ohledu na krvácení. Po vysazení minipilulek je nástup plodnosti bezprostřední. Ženy mohou po porodu či potratu začít s užíváním minipilulek kdykoliv a to stejné platí i u kojících žen. Nejsou zde zapotřebí žádná speciální vyšetření. Měla by proběhnout pouze obvyklá onkologická prohlídka (ČEPICKÝ a FANTA, 2011).
- **Depotní medroxyprogesteron acetát (DMPA):** aplikuje se intramuskulárně, buď s dávkou 150 mg (Depo-Provera) nebo subkutánně s dávkou 104 mg (Sayana) jednou za tři měsíce, maximální povolený interval je 14 týdnů. První injekce se obvykle podává během prvních pěti dnů menstruačního cyklu. Při pozdějším podání první injekce je doporučena na první dva týdny bariérová antikoncepce, protože první ovulace nemusí být inhibována. Také u této metody není problém s aplikací po porodu, potratu a u kojících žen. Nejsou zde zapotřebí žádná speciální vyšetření, jsou doporučeny preventivní onkologické prohlídky (ČEPICKÝ a FANTA, 2011). Zvláštností je pomalý návrat plodnosti. *U poloviny žen se většinou vrátí ovulační cykly do deseti měsíců od poslední injekce, ale u menšího procenta žen může dojít k neobnovení ovulačních cyklů až po dobu osmnácti měsíců od poslední injekce. Na tuto okolnost je nutno ženy důrazně upozornit předem* (ČEPICKÝ a FANTA, 2011, s. 73-74).
- **Podkožní implantáty:** jsou zaváděny obvykle v prvních pěti dnech menstruačního cyklu. Při včasném podání bývá v prvním cyklu inhibována ovulace. Zavádění implantátu se provádí v místní anestezii. Nástup účinku po zavedení je okamžitý (zavádí se na začátku cyklu). Gestagení implantáty můžeme zavést kdykoli (v šestinedělí, po potratu, u kojících žen) (ČEPICKÝ a FANTA, 2011).

### 1.1.3 NITRODĚLOŽNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Nitroděložní neboli intrauterinní tělísko (IUD – intrauterine device) momentálně užívá 85-100 miliónů žen na světě. Je to nejvýhodnější metoda antikoncepce ve srovnání cena – spolehlivost – zdravotní bezpečnost. Tělísko gynekolog zavádí při menses z důvodu ujištění, že žena není těhotná, mírného otevření děložního hrdla a skrytí případného krvácení po inserci. Zavádění se provádí bez anestezie, upozorníme

ženu na případnou bolest v podbřišku. Zavést nitroděložní tělísko můžeme po porodu placenty, císařském řezu nebo dva dny po porodu. Pokud není těleso zavedeno do dvou dnů po porodu *je vhodné inserci odložit na 4.-6. týden po porodu, kdy je již technika stejná jako v ostatních obdobích života. Tělísko nemá žádný vliv na složení a množství mléka, stejně jako na zdraví novorozence* (FAIT, 2008, s. 65).

Nitroděložní tělíska mohou být inertní, s mědí či jiným kovem (ČEPICKÝ a FANTA, 2011).

Existují rovněž **nitroděložní tělíska s hormonem** – levonorgestrel, což je gestagen s reziduální androgenní aktivitou, který se po dobu 5 let uvolňuje a lokálním účinkem ovlivňuje endometrium (ROB, MARTAN a CITTERBART, 2008).

#### 1.1.4 POSTKOITÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Postkoitální kontracepce by se měla užívat pouze v nouzových situacích. Mezi nejznámější postkoitální kontracepce patří Postinor 2 a RU 486. Postinor (tabletky) se užívá maximálně do 72 hodin po nechráněném styku, druhá za 12 hodin od první. Balení obsahuje dvě tablety levonorgestrelu a je dostupné ve všech lékárnách. Mifepriston (RU 486) neboli „potratová pilulka“ je schopna vyvolat potrat v prvním trimestru. Používá se však i u následujících indikací: indukce potratu v druhém trimestru, postkoitální antikoncepce, prevence krvácení z průniku při depotních formách kontracepce. Nejčastější indikací je indukce abortu v prvním nebo druhém trimestru. Využívá se buď mifepriston samotný nebo v kombinaci s prostaglandinem. Tato metoda je alternativou k chirurgické evakuaci děložní neboli interrupce. Její užití je provázáno častější bolestí a nauzeou oproti Postinoru 2 (ŠIMŮNKOVÁ, 2008).

Do 72 hodin se dá též použít tzv. Yuzpeho metoda, kde dívka/žena užije minimálně 100 mikrogramů etinylestradiolu spolu s 500 mikrogramy levonogestrelu, dvakrát v intervalu 12 hodin, k tomu nejlépe Minisiston 2x4 tablety (kombinovaná hormonální antikoncepce). Spolehlivost u této metody je nižší než u předchozích. Mezi vedlejší účinky patří nevolnost a zvracení.

Mezi další přípravky postkoitální antikoncepce řadíme přípravek EllaOne, ve kterém je obsaženo 30 miligramů ulipristal acetátu (hormon, blokující účinek hormonu žlutého tělíska). Přes použití tohoto přípravku otěhotní cca 1,5–2 % žen, což je sice o trochu více než po levonorgestrelu, ale výhodou je možnost pozdějšího užití. Do 120 hodin po koitu lze zavést IUD s mědí (ČEPICKÝ a LÍBALOVÁ, 2010).



## 2 KONTRAIKACE A INDIKACE PŘI UŽÍVÁNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Významným faktorem rozhodujícím o případném užití hormonální antikoncepce je znalost účinků užívání konkrétního typu HAK. Kapitola je zaměřena na pozitivní i negativní vlivy HAK v kombinaci s rizikovými faktory.

### 2.1 KONTRAIKACE A NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY

#### **Absolutní kontraindikace (COC):**

- *Tromboembolická choroba (v osobní a také v rodinné anamnéze)*
  - *Deficit antitrombinu III*
  - *Deficit proteinu S, C*
  - *Homozygotní forma faktoru V Leiden*
  - *Homozygotní a heterozygotní forma F II Protrombinu*
- *Věk ženy nad 35 let a kouření více než 15 cigaret denně*
- *Poruchy jaterních funkcí (aktivní virová hepatitis, dekompenzovaná cirhóza, Wilsonova nemoc, syndrom Budd-Chiari, benigní i maligní nádory jater)*
- *Srdeční vady komplikované plicní hypertenzí, subakutní endokarditidou a/nebo s rizikem fibrilace síní*
- *Karcinom prsu*
- *Krvácení z pochvy nejasné etiologie*
- *Neuroophthalmické onemocnění*
  - *Hypertenze (TK 160/100 torr nebo vyšší a/nebo hypertenze s arteriálními komplikacemi)*
  - *Komplikovaný diabetes mellitus (vaskulární komplikace diabetu, diabetická nefropatie, diabetes mellitus trvající déle než 20 let)*
  - *Migréna s aurou (TOŠNER, 2011, s. 8)*

#### 2.1.1 HYPERTENZE

Díky exogenním estrogenům dochází k rozvoji sekundární hypertenze u žen. U uživatelů HAK byl vyzorován jak vzestup systolického, tak i diastolického krevního

tlaku. Vzestup tlaku závisí na dávce estrogenů, kterou žena přijímá, zatímco progesteron na tlak nemá žádný vliv. Pro ženy, které užívají kombinovanou hormonální antikoncepci je riziko vzniku hypertenze 2-3krát vyšší, než u žen stejného věku neužívajících hormonální antikoncepci. Samozřejmě je riziko hypertenze spojeno také se stoupajícím věkem, délkou užívání antikoncepce a tělesnou hmotností ženy. The nurses health study poukázala na to, že jako rizikový faktor k rozvoji arteriální hypertenze přispívají i nízké dávky estrogenů. Po vysazení HAK by se měl krevní tlak vrátit do fyziologických hodnot. Aktivace reninangiotenzinového systému je velmi podstatný faktor při rozvoji hypertenze během užívání hormonální antikoncepce, protože nastává dobrá reakce na léčbu inhibitory ACE. U drospirenonu byl při studii, kde sledovali 60 žen po šestiměsíčním užívání kombinovaného přípravku právě s drospirenonem, zjištěn pokles hmotnosti o 0,8–1,7 kg. Ženy užívající antikoncepci 1. a 2. generace mají vyšší riziko rozvoje arteriální hypertenze a infarktu myokardu. U těchto uživatelék dochází ke zvýšené koncentraci LDL-cholesterolu a ke snížení HDL - cholesterolu. Ženy užívající 3. generaci hormonální antikoncepce mají riziko infarktu myokardu nižší, ale je zde vyšší riziko hluboké žilní trombózy. Co se lipidového spektra týče, jeví se zde jako neutrální (MANDOVEC, 2008).

### **2.1.2 DIABETES MELLITUS**

V ČR onemocní diabetem mellitem každý dvanáctý obyvatel. V roce 2011 bylo evidováno 825 382 osob léčených s diabetem, z toho 27 901 žen s diabetem mellitem prvního typu a 403 012 s diabetem druhého typu. K prvnímu typu se přidružují příznaky jako přírůstek hmotnosti, hypogonadotropní hypogonadismus, hyperestrinismus, opožděný pubertální vývoj, porucha menstruačního cyklu a časná menopauza. Příčinou těchto poruch je zvýšená inzulínová rezistence a nedostatek produkce endogenních estrogenů. Progestin působí na glukózový metabolismus hůř než estrogeny. Progestin má totiž tendenci zvyšovat inzulínovou rezistenci. Při kombinaci estrogenu a progestinu dochází k omezení vlivů estrogenu. V současné době kombinovaná hormonální kontraceptiva jsou složena tak, aby nedocházelo ke zhoršování diabetu u zdravých žen bez jakýchkoliv nám známých rizikových faktorů. Studie zabývající se diabetogenním vlivem přípravků COC různého složení nezaznamenaly významné klinické rozdíly mezi jednotlivými přípravky HAK u žen, které se s diabetem neléčí. Dodnes není prokázáno, že by působení COC mělo u obézních žen negativní vliv. Rizika COC jsou cévní komplikace diabetu a protrombogenní aktivita steroidů. Onemocnění diabetem mellitem

není samo o sobě kontraindikace, ale komplikace jemu přidružené ano. Pro ženu s diabetem mellitem je vhodnou antikoncepční metodou nitroděložní tělísko s levonorgestrelm (KŘEPELKA, 2013).

### 2.1.3 TROMBOFILNÍ STAVY

Gynekologové jsou toho názoru, že jedinou vážnou kontraindikací k užívání perorální antikoncepce (COC) je trombofilie, charakterizována jako trombofilní stav podmíněný Leidenskou mutací, což je *autozomálně intermediální onemocnění, jehož příznaky se objevují jak u heterozygotů, tak u homozygotních nositelů této genetické varianty. U homozygotů jsou vyjádřeny intenzivněji* (ŠIMŮNKOVÁ, 2008, s. 13-14). Leidenská mutace se vyskytuje asi u 5 % populace střední Evropy. Problémem je obtížnější degradace faktoru V, díky kterému dochází ke zvýšené srážlivosti krve a trombotizaci (ŠIMŮNKOVÁ, 2008). Ta je buď vrozená nebo získaná a dochází při ní k poruše hemostatického mechanismu. Pro výskyt trombóz je typický mladý věk. V tomto období dochází k častým recidivám či lokalizacím na neobvyklých místech. (PROCHÁZKA a PROCHÁZKOVÁ, 2010).

- **Vrozené formy.** Pro vrozené formy je charakteristický výskyt trombofilie v rodinné anamnéze. Jedná se zde hlavně o mutaci genů kódujících faktor V Leiden (Leidenská mutace), protrombin G20210A, dále se jedná o hyperhomocysteinémii, autosomálně dědičný deficit antitrombinu (AT), proteinu C a proteinu S. Výjimečně se můžeme setkat s trombofilií podmíněnou hyperfibrinogenémií a disfibrinogenémií. V gynekologii a především v porodnictví zde hraje důležitou roli v kauzální patogenezi mnoha závažných stavů, které jsou spojeny se zvýšeným rizikem mateřské perinatální morbidity a mortality (PROCHÁZKA a PROCHÁZKOVÁ, 2010).
- **Získané formy.** Zde řadíme – malignity, nefrotický syndrom, protahovanou imobilizaci, myeloproliferativní onemocnění, pooperační stavy, antifosfolipidový syndrom, který připomíná svým klinickým obrazem formy vrozené (PROCHÁZKA a PROCHÁZKOVÁ, 2010).
- **Rezistence na aktivovaný protein C (mutace faktoru V – Leidenská).** Jedná se o nejčastěji vrozenou koagulopatii, kde je riziko tromboembolie mezi nosiči v průběhu života 30% a dále stoupá, pokud dojde k přidání jiných získaných či vrozených forem trombofilie. Vzniká bodovou

mutací faktoru V koagulační kaskády v místě, kde se váže protein C a poté jej štěpí a inaktivuje. O mechanismu APC rezistence se poprvé zmínil v roce 1993 Dahlbäck ve Švédsku. Jde o záměnu aminokyselin v řetězci faktoru V, který způsobí rezistenci na aktivovaný protein C - APC rezistence a tím je způsobena náchylnost k tvorbě trombóz. V bílé populaci je faktor V Leiden nejčastějším genetickým defektem způsobující trombózu. Zatímco heterozygotní forma faktoru V Leiden zvyšuje riziko trombózy 3-8krát, homozygotní postižení představuje až 80násobné riziko. Tudiž představuje nejčastější genetickou abnormalitu u pacientů s trombózou (PROCHÁZKA a PROCHÁZKOVÁ, 2010).

- **Deficit antitrombinu.** Jedná se o poruchu s nejsilnějšími protrombotickými účinky s vysokým rizikem rozvoje TEN 70–90 %. **Proteiny C a S (PC a PS)** jsou syntetizovány v hepatocytech, kde plazmatický poločas je asi šest až osm hodin, respektive 42 hodin. Trpících deficitem PC a PS je 0,2-0,5 %, resp. 0,8 %, dědičnost je téměř vždy autosomálně dominantní. Riziko vzniku trombózy je u obou deficitů okolo 50 %. **Homocystein** je odvozen od aminokyseliny methioninu. V plazmě je obsažen v množství v koncentraci přibližně 5-16  $\mu\text{mol/l}$ . Vrozená hyperhomocysteinémie bývá zapříčiněna řadou enzymatických defektů. Klinické projevy mohou být výraznější při deficitu vitamínu B6, B12 a kyseliny listové nebo při léčbě metotrexátem. *Lehké a střední formy vedou k urychlení aterosklérotické a rozvoji tromboembolie* (PROCHÁZKA a PROCHÁZKOVÁ, 2010, s. 370).

Mutace v oblasti protrombinového genu byla popsána u dvou až třech procent populace. Tato mutace je spojena se zvýšenou hladinou protrombinu a současně se zvýšeným rizikem trombózy. Výše uvedený druh mutace byl popsán ve vysoké prevalenci v rodinách s trombózou. U pacientů s první trombózou v 6,2 % případů. Výskyt mutace v bílé populaci kolísá okolo 2 %, co se týče geografických variací, je výskyt vyšší v jižní oblasti (PROCHÁZKA a PROCHÁZKOVÁ, 2010).

Před užíváním kombinované hormonální antikoncepce je doporučeno být otestován na: APC, LMFV, protrombin, II, FVIII, tHcy a antifosfolipidové protilátky. U operací uživatelé HAK trvajících déle než 30 minut je nutno ukončit užívání HAK

měsíc před operací a antikoncepci zajistit jinak. Je-li operace neodkladná, je vhodná miniheparnizace (PROCHÁZKA A PROCHÁZKOVÁ, 2010).

## **2.2 RIZIKA A KOMPLIKACE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE**

Posouzení rizika komplikací před rozhodnutím o používání HAK a jejího konkrétního druhu jsou podstatným úkolem odborných gynekologů. Bez jejich posouzení může dojít s vyšší pravděpodobností ke komplikacím a ohrožení zdraví dívek či žen, které se často projeví až po delším čase.

**Absolutní riziko.** Řada lékařů se spíše soustředí na rizika relativní, proto není mnoho přesných informací o kardiovaskulárních rizicích a TEN. Pro zjištění četnosti jevu u populace je nutno se nejprve zaměřit na riziko absolutní, což představuje počet žen v souboru, u nichž se nežádoucí účinky projeví, dělený počtem žen, u kterých se nežádoucí účinek může projevit. Při porovnávání např. rizika vzniku TEN u užívajících žen 3. generace hormonální antikoncepce, kde je možný výskyt nežádoucích účinků, je očekávaný počet žen s tromboembolickou nemocí v dané skupině 30:100 000/rok. U uživatelék druhé generace hormonální antikoncepce obsahující levonorgestrel je tento poměr 20:100 000/ rok (CULLINS a DOMINIQUEZ, 2009).

**Relativní riziko.** U dívek/žen užívajících třetí generaci kontraceptiv zjistíme výpočet relativního rizika dělením absolutního rizika exponované populace (uživatelky 3. generace hormonální antikoncepce) absolutním rizikem neexponované populace. Tzn. relativní riziko TEN mezi užívajícími kontraceptiva třetí generace v porovnání s uživatelkami druhé generace kontraceptiv je 1,5 (30 případů tromboembolického onemocnění na 100 000 paciento-roků děleno 20 na 100 000 paciento-roků). Výsledná frekvence výskytu tromboembolického onemocnění u obou skupin užívajících antikoncepci je rozdíl 1,5 % nebo tedy 50% nárůst rizika u třetí generace kontraceptiv oproti druhé generaci (CULLINS a DOMINIQUEZ, 2009).

### **2.2.1 KARCINOM PRSU**

Četné studie také poukázaly na zvýšené riziko karcinomu prsu při dlouhodobém užívání hormonální antikoncepce. Nejvíce rizikové jsou ženy do deseti let od ukončení užívání HAK. Po více než deseti letech nebylo prokázáno zvýšení vzniku karcinomu

prsu. Studie probíhající ve Švédsku zjistila nejvyšší riziko karcinomu u kombinovaných přípravků (antikoncepce obsahující estrogeny i gestageny) po deseti letech podávání. U jiných studií bylo zjištěno naopak snížení rizika vzniku onemocnění, další studie zase potvrzují zvýšení rizika po patnácti letech od ukončení užívání HAK. Jako výsledek těchto studií lze shrnout, že dlouhodobý vliv estrogenů pro ženu určité riziko vzniku karcinomu prsu představuje (ABRAHÁMOVÁ a kol., 2009).

### **2.2.2 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU**

Jedná se o velmi vzácnou komplikaci spojenou s užíváním HAK. U žen mladších 35 let se riziko nezvyšuje. Výskyt infarktu u žen ve věku 35-44 let byl podle Framinghamské studie na 5,2/1000 žen v průběhu deseti let. Nejdůležitějším rizikovým faktorem je nikotinismus a pozitivní rodinná anamnéza na kardiovaskulární choroby. Mezi typické příznaky infarktu myokardu patří: bolest na hrudi, dyspnoe, nauzea, emesis, palpitace srdeční, synkopa nebo úplná zástava srdeční. Průběh infarktu myokardu bez bolesti na hrudi je spíše u starších pacientů, lidí léčených s diabetem a žen (KŘEPELKA, 2013).

### **2.2.3 HLUBOKÁ ŽILNÍ TROMBÓZA**

Hluboká žilní trombóza je nejčastější cévní komplikací spojenou s užíváním kombinované hormonální kontracepce. Její užívání zvyšuje riziko až čtyřnásobně a její vznik bývá u 15–25/100 000 žen za rok. Faktorem, který zvyšuje její vznik, jsou ženy se sádrovou fixací dolní končetiny s kombinací užívání HAK a vrozených trombofilních mutací. Mezi další příznaky řadíme bolest DK spolu s otokem i s možným zarudnutím končetiny, palpační bolestivost lýtkového svalstva, bolestivost dorzální flexe hlezenního kloubu a zvětšení obvodu lýtky. Pro určení diagnózy je používán skórovací systém dle Wellse. Každý symptom je hodnocen jedním bodem. Jakmile dojde k součtu 6–8 bodů je diagnóza hluboké žilní trombózy velmi vysoká, středně vysoká při součtu 2-5 a nízká v rozmezí 0-2 (KŘEPELKA, 2013).

### **2.2.4 BOLEST BŘICHA**

Onemocnění spojeno s bolestí břicha se nazývá akutní mezenterická ischemie, kde dojde k náhlému vzniku hyperperfuze tenkého a tlustého střeva okluzivní nebo neokluzivní obstrukcí buďto arteriálního, nebo venózního krevního toku. Užívání COC přispívá k trombóze mezenterických žil. Hlavními příznaky jsou náhlá bolest kolem pupku, nauzea a emesis (KŘEPELKA, 2013).

### **2.2.5 JINÉ KOMPLIKACE**

Ve většině hormonálních preparátů je ethinyestradiol, který je uznán jako karcinogenní látka. Proto při užívání HAK dochází ke zvýšení rizika vzniku zhoubného nádoru. HAK tlumí u ženy chuť na sex a je také příčinou současné snížení plodnosti mužů z důvodu kontaminace povrchových vod ženskými hormony. Při dlouhodobém užívání HAK po vysazení dojde k rozhození menstruačního cyklu, či dokonce neplodnosti (NOVÁKOVÁ a kol., 2017).

Nežádoucí účinky perorální hormonální antikoncepce mohou být očekávané – bolest a napětí prsou, nevolnost, nárůst hmotnosti, krvácení z rodidel, špinění, hyperpigmentace.

Velmi vzácně se objevují nežádoucí účinky jako zvýšená nemocnost žen s dysplazií děložního čípku, dochází k negativnímu vlivu na lipidový metabolismus, zvýšenou nemocnost žen trpících cholelithiázou (TOŠNER, 2011).

Nežádoucí účinky můžeme u očekávat v prvních 3 měsících, je důležité a užitečné přesvědčit pacientku, aby u zvolené perorální antikoncepce zůstala (TOŠNER, 2011).

## **2.3 POZITIVNÍ VLIVY PŘI UŽÍVÁNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE**

Primární indikace k užívání COC je zábrana nechtěného těhotenství, což mohou antikoncepční přípravky z 99,5 % zaručit. Díky užívání dochází ke snížení rizika extrauterinní gravidity, karcinomu endometria a ovárií, nezhojných nádorů prsu, hluboké zánětlivé pánevní choroby, předchází anemizaci z nadměrných krevních ztrát při menstruaci. Dále dochází k úpravě nepravidelného cyklu, snížení incidence ovariálních cyst a pomáhá s léčbou akné. *Diskutuje se o přínosu v léčbě endometriózy, revmatických chorob a myomů* (ŠIMŮNKOVÁ, 2008, s. 17), (TOŠNER, 2011, s. 8).

### **2.3.1 KOMBINOVANÁ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE**

Kombinovaná hormonální antikoncepce má velmi příznivé účinky při problémech s akné díky androgenům, které řídí stimulaci sebaceózní žlázy, abnormální keratinizaci, pomnožení bakterie *Propionibacterium acnes*. Vliv HAK na akné *vulgaris* je především antiandrogenní. Akné *vulgaris* trpí asi 12 % žen ve věku 25 let a

5 % žen ve věku 45 let. Má také velmi příznivé účinky při syndromu polycystických ovárií (PCOs), což je chronické onemocnění, kterým mohou trpět ženy od pubertálního věku až do senia. Mezi typické příznaky patří poruchy menstruačního cyklu (slabá menstruace, úplné vymizení menstruace), poruchy plodnosti a hyperandrogenní projevy (hirsutismus, zvýšení objemu svalové hmoty a hrubší hlas) (KŘEPELKA, 2013).

### **2.3.2 GESTAGENNÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE**

Gestagenní hormonální antikoncepce má příznivé vedlejší účinky při poruchách menstruačního cyklu jako je např. hypermenorea, kde dokáže zmírnit intenzitu krvácení a navodit úplnou amenorheu, blokuje ovulaci a menstruaci, dokáže odstranit dysmenorheu a je vhodná u žen léčených s endometriózou. Má také pozitivní vliv na pelipatii a pánevní bolest. Díky ní došlo k velmi razantnímu poklesu karcinomu endometria (po jednom roce užívání pokles až o 80 %). Depo–Provera se užívá v dávkách 500 mg denně při léčbě generalizovaného karcinomu endometria a prsu. Také riziko pánevní zánětlivé nemoci je sníženo díky vlivu progestinu na cervikální hlen, který je obsažen u gestagenních nitroděložních tělísek a kombinované hormonální antikoncepce. Dále je gestagenní antikoncepce vhodná pro epileptičky, protože má progestin dobrý vliv na epilepsii, a také pro kojící ženy, u kterých byla dokonce dokázána vyšší tvorba mléka při užívání gestagenní antikoncepce (ČEPICKÝ a FANTA, 2011).

### **2.3.3 PŘÍKLADY POZITIVNÍCH VLIVŮ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE**

**Cyproteronacetát** (CPA) patří do skupiny antiandrogenů a je nejsilnější. Přípravek Diane-35, který má spoustu generik, má pozitivní účinky v léčbě syndromu polycystických ovárií, hirsutismu a dalších hyperandrogenních stavů. Byl také využíván u mužů léčených na karcinom prostaty a také dřív byl přípravek Diane-35 velmi oblíbený při léčbě akné u žen.

**Dienogest** (DNG - přípravek Jeanine) a chlormadinonacetát (CMA - přípravek Belara) patří k velmi šetrným progestinům a jsou určeny k léčbě mírného až středního akné u žen.

**Drospirenon** (DRSP - Yadine, Yasminelle) má pozitivní vliv na psychiku a mírný premenstruační syndrom. Také je u něj velmi pozitivní, že má antimineralkortikoidní účinky, což znamená, že brání zadržování vody v organismu (ŠIMŮNKOVÁ, 2008).



Díky antikoncepčním metodám mohou ženy léčené s diabetem mellitem plánovaně otěhotnět, což má velmi dobrý vliv a pozitivní výsledky v perinatálním období. Vhodná je pro ženy léčené s diabetem také jako forma antikoncepce nitroděložní tělísko s kontinuálním vylučováním progestinů. Ženy trpící gestačním diabetem v průběhu gravidity mající po porodu normální hodnoty OGTT mohou bez problému užívat jakoukoliv metodu antikoncepce stejně jako ženy, které se s gestačním diabetem v těhotenství neléčily. Zde by mělo pouze docházet k pravidelnosti sledování laboratorních hodnot (ROZTOČIL a kol., 2008).

Ženy kojící po porodu mají možnost užívat hormonální antikoncepci, která nijak nenaruší a negativně neovlivní miminko. Se začátkem užívání je možno začít hned po šestinedělí. Pokud žena z nějakého důvodu nekojí, je výběr metody kontracepce neomezený. Po skončení šestinedělí není problém např. zavedení nitroděložního tělíska (GREGORA a VELEMÍNSKÝ, 2013). Antikoncepční účinek laktace je závislý na stupni výživy ženy, která kojí – čím je stupeň nižší, tím je antikoncepční účinek delší. Dále závisí na intenzitě kojení a množství doplňkové výživy kojence. Při snížení frekvence kojení se antikoncepční účinek sníží. Prvních šest měsíců po porodu dochází až k 10 % otěhotnění.

Laktační amenorea je účinná pouze při tzv. plném kojení. Pokud je kojenec přiložen u ženy s laktační amenoreou v denních intervalech 4 hodiny nebo méně nebo v nočních intervalech 6 hodin a méně, dochází k chránění ženy před nechtěným těhotenstvím po dobu šesti měsíců od porodu s 98% spolehlivostí. V následujících měsících se antikoncepční účinek snižuje na přibližně 92 % (KŘEPELKA, 2013).

Co se hmotnosti týká, bývá tato často spojena právě s užíváním hormonální antikoncepce nebo při hormonální substituční léčbě v přechodu z důvodu vysoké dávky estrogenů. V současnosti jsou dávky estrogenů v takovém množství, aby užívání těchto hormonů nepřispívalo k obezitě ženy. Při nedávno provedené analýze bylo zjištěno, že štíhlé ženy pohybující se okolo čtyřiceti let mají vyšší vzdělání, dobré socioekonomické postavení, nižší hladinu androgenů, která byla spojena se správnou funkcí aromatázy v tukové tkáni. Rizikový faktor pro nárůst váhy je období gravidity a období po porodu. V graviditě stoupá hmotnost fyziologicky o 12,5 kg. Mnoho kuřáček v období gravidity přestane kouřit, což bývá taky častým důvodem k nárůstu hmotnosti. Ženy, které na začátku gravidity přestaly kouřit, přibraly v těhotenství o 17 % více než kuřáčky. Po porodu zde mají velký vliv i psychosociální faktory a celkově změna životního stylu

(HAINER A KOL., 2011). HAK je také výhodou u obézních žen, především ve středním věku, trpícími poruchami menstruačního cyklu a dysfunkčním krvácením, protože všechny typy hormonální kontracepce dokážou významně omezit intenzitu krvácení. U obézních žen se spíše doporučuje antikoncepce gestagenní než kombinovaná, protože COC pro tyto ženy představuje určitý druh rizika kardiovaskulární morbiditity (KŘEPELKA, 2013).

## 2.4 ROZHODOVACÍ FAKTORY Z HLEDISKA LÉKAŘE

Správný postup odborného lékaře musí ověřit, zda má žena v anamnéze kontraindikace, které užívání HAK neumožňují, a to např. riziko tromboembolie. Dalšími faktory je, zda se léčí s hypertenzí, diabetem, dyslipidémií, zda kouří (popřípadě kolik cigaret denně). V neposlední řadě nás zajímá také věk, obezita, akné, nepravidelnost cyklu, kojení, premenstruační syndrom, dysmenorea, ovariální cysty (TOŠNER, 2011).

Důkladná znalost zdravotního stavu dívky/ženy je předpokladem využití možností, které současný stav nabízených antikoncepčních forem umožňuje aplikovat. Dá se říci, že tento proces je vysoce individuální a jeho výsledkem by mělo být optimální řešení pro pacientku (TOŠNER, 2011).

### ***VYŠETŘENÍ V SOUVISLOSTI S NASAZENÍM ANTIKONCEPCE:***

- *Podrobná anamnéza (kontraindikace, kouření, sexuální zvyklosti)*
- *Palpační vyšetření, včetně prsů*
- *Kolposkopie, cervikální cytologie*
- *Kontrola hmotnosti, TK*
- *Laboratorní vyšetření dle stavu*
- *Poskytnutí podrobné informace uživatelce o antikoncepci, o přínosech, zdravotních rizicích, opatřeních v případě chybného užívání, o nevhodnosti kouření*
- *Informace o nutnosti přerušit užívání COC (náhlé bolesti hlavy, ikterus, depresivní stavy, zánět žil, dlouhodobá imobilizace, zvýšení krevního tlaku) (TOŠNER, 2011, s. 8).*

### 3 ANTIKONCEPCE U ADOLESCENTNÍCH DÍVEK

Adolescence je označována jako biopsychosociální proces začínající před pubertou a končící zástavou tělesného růstu. Podle WHO se jedná o období mezi 10-19 lety. Také ji můžeme dělit na časnou od 10-13 let, střední 14-17 let a pozdní 17-21 let. První menstruační (menarche) krvácení obvykle nastává ve věku 12,3-12,8 let. Nynější snižování věku první menstruace souvisí pravděpodobně s narůstající obezitou v populaci. Věk menarche neovlivňuje budoucí plodnost. Časnější věk menarche vede k častějšímu zahájení sexuální aktivity. Věk menarche je tedy významný pro strategii aplikace antikoncepce u adolescentních dívek (KŘEPELKA, 2013).

Pro menarche je obvyklá přítomnost časných anovulačních cyklů s nepravidelností menstruačního krvácení. Krátce po menarche je přibližně 15 % cyklů ovulačních a může dojít při nechráněném styku ke koncepci. Brzké zahájení sexuální aktivity nese riziko specifických poruch zdraví. Zahrnují např. abúzy návykových látek, delikvenci a agresivitu spojenou s předčasnou sexuální aktivitou a následnou vyšší potratovostí a infekcemi sexuálně přenosných chorob s negativními důsledky jako ektopická gravidita, tubární neplodnost, rizikovost v průběhu gravidity, psychosociální patologie adolescenčních matek. Dívky v období adolescence také častěji volí interrupci, častěji samovolně potrací a rodí předčasně. Počet gravidit u dívek je vyšší v oblastech, kde je horší přístup k antikoncepčním metodám. Česká republika patří mezi země s menším podílem těhotných dívek než např. USA. *V roce 1995 bylo v České republice zaznamenáno u žen ve věku 15-19 let 44 gravidit na 1000 obyvatel a předpokládá se, že v roce 2020 dosáhne hodnoty 42 gravidit na 1000 obyvatel. Rodičky mladší devatenácti let tvoří v současnosti v ČR na celkovém počtu rodiček podíl 2,9 % a na 1000 žen ve věku 15-19 let připadá 11,3 porodu. Ve věkové skupině 15-19 let bylo zaznamenáno 62,43 interrupcí na 100 živě narozených dětí* (KŘEPELKA, 2013, s. 67).

Podle studií Rabocha z 90. let 20. století je průměrný věk první sexuální aktivity v České republice 18 let. U dívek žijících ve městě je časnější než u dívek žijících na venkově. Sexuální styk před 16. rokem uvedlo 45 % dívek, styk s více partnery 38 %. Žádnou antikoncepční metodu při prvním styku nepoužívá 42 % adolescentních dívek, kondom 30,4 % a HAK pouze u 2,3 % případů (KŘEPELKA, 2013).

### 3.1 PORADENSTVÍ U ADOLESCENTNÍCH OSOB

*„Brzy se stanu ženou“, pomyslela jsem si, když jsem seděla v čekárně gynekologické ambulance. Bylo mi sedmnáct a měla jsem svého prvního kluka. Toho, se kterým si holka začne představovat svatbu, rodinu a šťastný život až do smrti. Poprvé jsem někoho k sobě pustila tak blízko a chtěla s ním prožít své poprvé. Vstoupím do dospělého světa, z panny se stanu ženou. A tak jsem odvážně vstoupila do ordinace a poprosila doktora o předepsání hormonální antikoncepce. Přišlo mi přirozené zvolit si tuhle metodu antikoncepce. Jak ve škole, tak v dívčích časopisech to vedle kondomu byla nejběžnější forma ochrany. Berou ji všechny, i moje máma, tak je to přece normální (NOVÁKOVÁ a kol., 2017, s. 25).*

Kromě dobré dostupnosti antikoncepčních metod u adolescentů se předpokládá i kvalitní poradenství. Nedostatečná informovanost tvoří bariéru pro praktické užití antikoncepčních metod. Faktory, díky kterým dochází k rizikovému sexuálnímu chování, souvisí s nedostatečným přístupem informací a nesprávnými domněnkami o sexualitě. Kontraproduktivní může být i dohled a moralizování rodičů. Informace by měla poučit o specifických rizicích, které sexuální aktivita přináší a měla by motivovat k přiměřené sexuální abstinenci. Adolescent by měl být podpořen vůči nátlaku svých vrstevníků a tak být zdrženlivější před zahájením sexuální aktivity. Zda si přeje adolescent zahrnout rodiče do informačního procesu, by mělo být pouze na něm, co se lékaře týče, ten je během procesu nezastupitelný. Jakmile dojde k výběru konkrétní antikoncepční metody, musí být adolescentka dostatečně poučena o mechanismu účinku, kontraindikacích, indikacích a o nežádoucích vedlejších účincích (KŘEPELKA, 2013).

Edukace adolescentních dívek, jako široce chápaný proces vzdělávání a výchovy dívek k získání a osvojení vědomostí a poznatků v oblasti antikoncepčních metod, je součástí výchovy mladých lidí k péči o své zdraví. Jeho cílem má být i reakce ve svém osobnostním profilu tak, aby se realizovaly získané poznatky i v praktickém životě mladé ženy (ČEPICKÝ a LÍBALOVÁ, 2010).

## **3.2 METODY HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE V ADOLESCENCI**

Všechny reverzibilní antikoncepční metody jsou vhodné i pro věk adolescence, není zde žádné věkové omezení. Dle WHO jsou po první menstruaci metody kombinované orální antikoncepce a prostagenní orální antikoncepce zařazeny do kategorie 1 stejně jako levonorgestrelové a etonogestrelové implantáty. Správná antikoncepční metoda by měla ve věku adolescence splňovat požadavky na bezpečnost a efektivitu, měla by být ekonomicky dostupná, dlouhodobě účinná s rychlou možností otěhotnění po vysazení (KŘEPELKA, 2013).

*Antikoncepční metody lze rozdělit na metody působící po omezenou dobu, které vyžadují přesnou a pravidelnou aplikaci, tzv. „user-based“ a dlouhodobě působící reverzibilní antikoncepční metody (KŘEPELKA, 2013, s. 73). Míra compliance a spolehlivosti je vyšší, čím déle metoda působí a čím méně je závislá na subjektivní chybě uživatelky. Míra compliance je u adolescentů menší než u dospělých žen. Mezi tzv. „user-based“ metody řadíme kombinovanou orální a čistě progestagenní antikoncepci, vyžadující pravidelnou denní aplikaci, dále zde řadíme kombinovanou antikoncepci ve formě transdermálních náplastí, kde je nutná aplikace v týdenních intervalech a kombinovanou hormonální antikoncepci ve formě vaginálního rezervoáru, který je aplikován po dobu tří týdnů. Mezi dlouhodobě reverzibilní metody HAK řadíme nitroděložní systém s levonorgestrellem, který působí tři roky nebo pět let a podkožní implantát působící tři roky (nyní není v ČR registrován). Mezi těmito kategoriemi stojí depotní medroxyprogesteronacetát, který je aplikován v intervalu tří měsíců. Všechny formy hormonální antikoncepce jsou vhodnou metodou pro adolescentní uživatelky za předpokladu vysoké míry compliance. Díky vysoké spolehlivosti je při respektování kontraindikací bezpečná, po jejím vysazení nastává rychlé obnovení plodnosti (KŘEPELKA, 2013).*

## **3.3 SNÍŽENÍ ÚČINNOSTI HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE**

O spolehlivosti a bezpečnosti HAK bylo poprvé jednáno na kongresu v Tokiu v roce 1955, je prověřována tedy více jak 60 let (ŠIMŮNKOVÁ, 2008). V dnešní době je kvalita a spolehlivost antikoncepce vysoká a každá dívka či žena může pro sebe najít

ten nejvhodnější medikament, samozřejmě s uvědoměním a prodiskutováním s lékařem. (BOSÁKOVÁ, 2010).

Nejčastější příčinou snížení účinnosti HAK je zapomínání a nepravidelnost užívání. Podle studií je prokázáno, že si v jednom cyklu zapomene vzít 47 % žen jednu tabletu, dvě a více až 22 % žen. S věkem se zapomínání žen snižuje z důvodu větší zodpovědnosti a protože si po delší době užívání zvyknou brát tabletky tak, jak mají. Starší ženy berou tabletky pravidelněji díky zaběhnutým stereotypům. Naproti tomu u adolescentních dívek, s často nepravidelným denním režimem, není těžké si pilulku zapomenout vzít. Při zapomenutí jedné tablety na začátku cyklu nemusí dojít k otěhotnění, ale nemělo by se to stát pravidlem.

Mezi rizika, která snižují účinnost HAK, také patří:

**Zvracení** - tabletka HAK jako každá jiná potřebuje nějakou dobu setrvat v zažívacím traktu, aby došlo k jejímu vstřebání, proto při žaludečních či střevních komplikacích, kdy žena např. zvrací do čtyř hodin po užití tabletky je její účinnost nulová (dá se to brát, jako kdyby k užití tabletky ani nedošlo, protože se dostatečně nevstřebá). Je proto třeba spolknout další tabletu anebo se chránit prezervativem.

**Průjem** - kromě zažívacího traktu musí také dojít ke vstřebání tabletky v tenkém střevě. Při dietní chybě nebo střevní chřipce dochází také ke snížení účinnosti. Dojde-li k průjmu po dvou až třech hodinách od užití, dochází k narušení účinku HAK. U kombinace zvracení a průjmu je riziko poruchy vstřebání mnohokrát větší. Zastavení průjmu antidiaroiiky nezachrání spolehlivost antikoncepce, protože díky nim dochází k snížení účinku všech léků užitých dvě hodiny před nebo po užití léků zastavující průjem.

Zvracení nebo průjem nemá žádný vliv na antikoncepční náplasti nebo jiné netabletové formy kombinované antikoncepce. Látky z antikoncepčních náplastí pronikají do těla kůží (obvykle přes pokožku na pažích, zádech nebo břichu) a jsou vstřebávány přímo do krve. Ke snížení účinku může dojít i při kombinaci antikoncepce s jinými léky (HOUROVÁ, 2009).

## **4 INFORMOVANOST DÍVEK A ŽEN O HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCI – VLASTNÍ PRŮZKUM A JEHO VYHODNOCENÍ**

Vzhledem ke zvolenému tématu bylo rozhodnuto provést vlastní empirický průzkum, se zaměřením na věkově nejmladší část cílové skupiny potenciálních uživatelů hormonální antikoncepce. Informace a návyky této věkové části ženské populace zřejmě zakládají vztah k HAK i pro další etapy života žen.

### **Průzkumný problém**

Jsou studentky gymnázia a integrované střední školy – v učebních oborech bez maturity, ve středně velkém městě na Valašsku, informovány o hormonální antikoncepci v dostatečné míře, rozumějí těmito informacím a vyvozují svá rozhodnutí ve vztahu k případnému užívání HAK zodpovědně?

**Cíl 1 :** Zjistit okolnosti, které ovlivňují rozhodování potenciálních uživatelů o volbě či odmítnutí HAK z pohledu informačních zdrojů

Průzkumná otázka 1: Je struktura informačních zdrojů o hormonální antikoncepci pro dívky v adolescentním věku vhodná?

Verifikace v dotazníku: otázky 3, 4, 5, 7 a 8.

**Cíl 2 :** Posoudit míru informovanosti mladých dívek o projevech spojovaných s užíváním HAK

Průzkumná otázka 2: Jsou respondenty dostatečně informovány a jsou jejich hodnocení HAK v souladu s převažujícím odborným názorem?

Verifikace v dotazníku: otázka č. 6.

**Cíl 3 :** Kvantifikovat a analyzovat vztah mladých dívek k HAK

Průzkumná otázka 3: Jaké jsou motivace pro užívání, resp. neužívání HAK mladých dívek?

Verifikace v dotazníku: otázky č. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17.

## 4.1 PŘÍPRAVA A METODIKA PRŮZKUMU

Po výběru tématu a důležitém stanovení průzkumného problému, cílů a průzkumných otázek (viz v kapitole 4 výše) a zpracování teoretické části práce, byla pozornost zaměřena na přípravu a provedení vlastního průzkumu, jako nezbytné podmínky pro získání relevantních výstupů pro zodpovězení průzkumných otázek a naplnění cílů práce. Jako vhodná metoda byl určen kvantitativní průzkum vycházející ze sběru dat podle dotazníku vlastní konstrukce. Jeho použitá finální podoba je uvedena jako Příloha A.

Přípravě dotazníku byla věnována značná pozornost. S ohledem na zamýšlený výběrový soubor byl kladen důraz na srozumitelnost otázek. K definici vhodných otázek přispělo studium literatury i vlastní zkušenost z období studia na střední škole. Významným zdrojem inspirace byla bakalářská práce (EMROVÁ, 2014), jejíž zaměření na podobný výběrový soubor (respondentky ve věku 15-25 let) nutně vedlo k zařazení části obdobných otázek, které jsou relevantní, logické a nezbytné po splnění cílů.

V dotazníku jednoznačně převažují uzavřené otázky, a to komparativní položky s 5 stupňovou hodnotící škálou. Velmi často byly zařazeny polytomické výběrové otázky, s výběrem ze 4–7 možností. Možnost více odpovědí byla přitom umožněna v 6 případech. Polootevřené otázky byly v dotazníku pouze 2, pouze pro případnou bližší specifikaci odpovědi typu „jiné“.

Dotazník byl sestaven jako strukturovaný a ve výsledné podobě obsahuje 17 položek, představujících příslušný počet otázek. Výjimku tvoří otázka č. 6, obsahující celkem 14 podotázek. Při otestování dotazníku v průběhu jeho přípravy došlo ke zpřesnění formulace některých otázek a potvrdilo se, že přes jejich vysoký počet je časový rozsah zpracování v rámci doporučených 10 minut. Dotazník byl přehlednou formou strukturován tak, že jeho zpracování končilo pro dívky, které HAK neužívají, již u otázky č. 10. Uživatelky HAK odpovídaly na všechny otázky v dotazníku, mimo otázku č. 10.

Vedle otázek, které sloužily k verifikaci jednotlivých dílčích cílů a průzkumných otázek, byly uplatněny i důležité identifikační otázky pod čísly 1,2 a 9. Z věcných i praktických důvodů bylo uplatněno kritérium věku respondentek (otázka č. 1) a kritérium, zda respondentka je či není uživatelkou HAK (otázka č. 9).



#### 4.1.1 VÝBĚROVÝ SOUBOR A ORGANIZACE PRŮZKUMU

Základní soubor ve vztahu k tématu práce byl velmi široký. Bylo proto nezbytné najít optimální výběrový soubor tak, aby výsledky zkoumání na něm zjištěné bylo možno vztáhnout na celý soubor, z něž byl vzorek vybrán. Důležitým předpokladem tohoto zobecnění bylo dosáhnout dostatečně početnou skupinu respondentek podle kritérií, která byla vybrána k analýze dotazníkových odpovědí. Z tohoto důvodu byla vybrána 2 vzdělávací zařízení – gymnázium a integrovaná střední škola v městě střední velikosti na Valašsku. Respondentky z těchto 2 subjektů plně odpovídaly věkovému kritériu 15-20 let. V rámci integrované střední školy byl výběr respondentek omezen pouze na učební obory v rámci tříletého studia bez maturity, aby byla populace zastoupena rovnoměrněji i z pohledu stupně vzdělání. Je třeba uvést, že tato informace nakonec ale nebyla z časových důvodů a příliš velkého rozsahu práce využita k bližší analýze dat podle tohoto kritéria. Mohla by ovšem být zajímavou informací a stát se případným námětem pro podobné bakalářské práce.

Tabulka 1 Návratnost dotazníků

	Jednotka	Gymnázium	Integrovaná střední škola	Celkem
Oslovené respondentky	osoby	60	60	120
Návratnost dotazníků	%	98,3	96,7	97,5
Získané dotazníky	osoby	<b>59</b>	<b>58</b>	<b>117</b>

*Zdroj: Linda Gvozdková, 2018*

Dle tab. 1 k vysoké návratnosti dotazníků (97,5 %) přispěla dobrá příprava dotazníku a jeho srozumitelnost. Potěšitelná byla i vstřícná reakce a podpora vedení obou škol. Dotazníky byly rozdány v rámci výuky, z větší části za účasti autorky práce. Sběr dat probíhal v lednu a únoru 2018, příprava dat na analýzu v únoru 2018.

#### 4.2 VÝSLEDKY SBĚRU DAT, JEJICH ZPRACOVÁNÍ A INTERPRETACE

Smyslem zpracování shromážděných dat je jejich utřídění v takové podobě, která umožní vytvořit přehlednou numerickou podporu pro získání zajímavých a užitečných informací, jejich následné komentování, interpretaci a vyhodnocení stanovených cílů. Je třeba usilovat o přehlednost, srozumitelnost a využitelnost pro

předpokládaný okruh uživatelů. Shromážděná dotazníková data mohou být zpracovávána a analyzována více způsoby.

#### 4.2.1 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT

Možnosti statistického zpracování dat jsou v práci pouze naznačeny, s využitím testu nezávislosti chí-kvadrát, který je základním a nejpoužívanějším testem nezávislosti dat sestavených do kontingenční tabulky. Míra nezávislosti byla dále vyjádřena pomocí Cramerova koeficientu.

##### Test nezávislosti – test chí-kvadrát ( $\chi^2$ )

V rámci souboru dat získaných z výběrového souboru bylo zajímavé posoudit závislost dvou kvalitativních veličin, s nimiž se dále bude nejvíce pracovat v následné grafické a tabulkové části.

Tabulka 2 Skutečné četnosti

	15-17	18-20	Celkem
ANO	10	19	29
NE	43	45	88
Celkem	53	64	117

*Zdroj: Linda Gvozdková, 2018*

V tab. 2 se jedná se o posouzení závislosti užívání či neužívání HAK (otázka 9 dotazníku) v řádcích, na věku respondentky (otázka 1 dotazníku) ve sloupcích. Jako skutečné četnosti jsou uvedeny hodnoty získané z odpovědí na příslušné otázky dotazníku.

K této jednoduché kontingenční tabulce skutečných četností byla níže vytvořena výpočtem obdobná tabulka očekávaných četností. Ve výpočtu byla použita hladina významnosti  $\alpha = 0,05$ . Při výpočtu byla předpokládána platnost nulové hypotézy, která znamená tvrzení, že užívání HAK nesouvisí s věkem.

Tabulka 3 Očekávané četnosti

	15-17	18-20	Celkem
ANO	13,14	15,86	29
NE	39,86	48,14	88
Celkem	53	64	117

*Zdroj: Linda Gvozdková, 2018*

Podmínky pro použití testu nezávislosti jsou splněny, neboť žádná očekávaná četnost v tab. 3 není menší než 1,00 a rovněž není více než 20 % očekávaných četností menších než 5,00.

Na základě testu nezávislosti chí-kvadrát (byl použit program pro statistiku testu nezávislosti chí-kvadrát <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>) byla zjištěna hodnota testového kritéria ve výši 1,824. Stanovená kritická hodnota na hladině významnosti 0,05 při 1 stupni volnosti je 3,841. Kritická hodnota je větší než vypočtená hodnota testového kritéria. Na použité hladině významnosti 5 % je hypotéza o nulové závislosti potvrzena a platí, že obě veličiny, věk a užívání HAK, jsou na sobě nezávislé.

**Cramerův koeficient** dosahuje hodnot v intervalu (0;1) a vyjadřuje sílu vztahu závislosti. Dosazením hodnoty testového kritéria ( $\chi^2 = 1,824$ ), počtu řádků či sloupců ( $n=2$ ) a rozsahu souboru ( $n=117$ ) do vzorce pro Cramerův koeficient, byla stanovena jeho výše na 0,125. Tato hodnota naznačuje, že mezi věkem a užíváním HAK je jenom slabá závislost.

#### 4.2.2 GRAFICKÉ A TABULKOVÉ ZPRACOVÁNÍ A INTERPRETACE DAT

V této obsáhlé části je provedeno zpracování dat zpravidla v podobě grafů (graf 1 až graf 40), protože je nejpřehlednější a umožňuje rychlou orientaci ve výsledcích. Hodnoty v grafech jsou vyjádřeny v relativní podobě (v %). Absolutní zjištěné četnosti jsou uváděny jen v tabulkách (tabulka 4 až tabulka 8), pokud se tato informacejevila jako důležitá či zajímavá.

K otázce 1) dotazníku: Váš věk a k otázce 2) dotazníku: Co nyní studujete

Tabulka 4 Respondentky z hlediska věku a školy

	Gymnázium	Integrovaná střední škola	Celkem
15-17 let	18	35	<b>53</b>
18-20 let	41	23	<b>64</b>
<b>Celkem</b>	59	58	<b>117</b>

*Zdroj: Linda Gvozdková, 2018*

Tabulka 4 poskytuje základní informaci o věkovém a vzdělanostním složení respondentek výběrového souboru. Vhodnější pro následná grafická srovnání podle věkového kritéria bylo dosáhnout významné a rovnoměrné zastoupení obou věkových skupin, což se přibližně podařilo v celkovém souhrnu za obě školy poměrně dobře, v rámci jednotlivých škol nikoliv. Aby se objektivizovaly výsledky srovnání, jsou veškerá potřebná porovnání dále založena na vyjádření v relativní podobě (jako podíl v % na celkovém počtu respondentek dané věkové kategorie).

K otázce 1) dotazníku: Váš věk a k otázce 9) dotazníku: Užíváte HAK

Tabulka 5 Respondentky z hlediska užívání HAK a školy

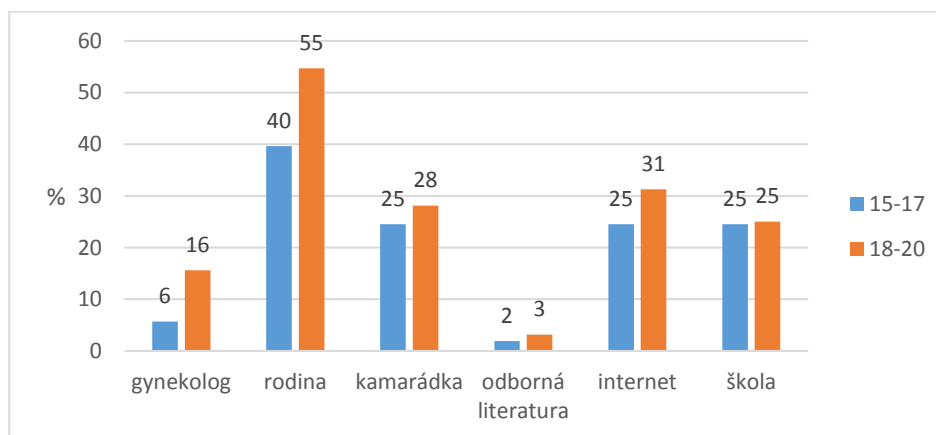
	Gymnázium	Integrovaná střední škola	Celkem
ANO	15	14	<b>29</b>
NE	44	44	<b>88</b>
<b>Celkem</b>	59	58	<b>117</b>

Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Z tab. 5 je zřejmé zastoupení uživatelek HAK v rámci výběrového souboru (29 dívek, tj. 24,8 %). Pro následná grafická srovnání bylo jako další kritérium zvoleno hledisko užívání či neužívání HAK. Aby se objektivizovaly výsledky srovnání, jsou opět veškerá potřebná porovnání dále založena na vyjádření v relativní podobě (jako podíl v % na celkovém počtu respondentek užívajících či neužívajících HAK).

K otázce 3) dotazníku: Jaký byl Váš zdroj prvotní a základní informace o hormonální antikoncepci?

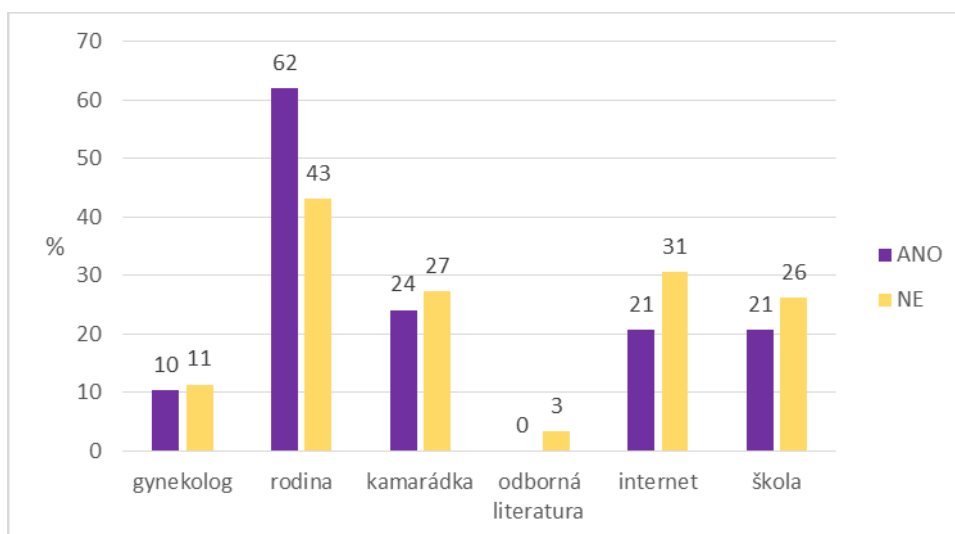
Graf 1 Zdroj prvotní a základní informace o HAK (z hlediska věku)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

V grafu 1 s rostoucím věkem roste procento informovaných dívek, a to u všech uvedených zdrojů informací, nejvýrazněji od gynekologa. Pozice gynekologa jako informačního zdroje je přesto poměrně slabá. V obou sledovaných věkových skupinách dominuje informační význam rodiny (55 % respondentek ve věku 18-20 let, resp. 40 % respondentek ve věku 15-17 let).

Graf 2 Zdroj prvotní a základní informace o HAK (z hlediska užívání HAK)

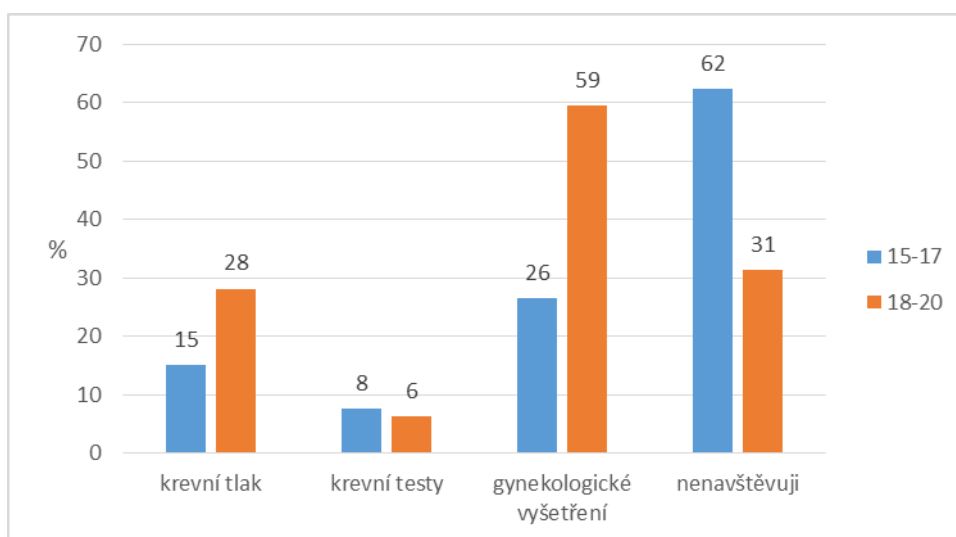


Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

V grafu 2 je poměrně překvapivé zjištění, že uživatelky HAK jsou rodinou informovány v 62 %, což je výrazně více než dívky, které HAK neužívají (jen 43 %). Tyto dívky pak více spoléhají na ostatní zdroje informací, zejména internet (jeho prostřednictvím bylo informováno 31 % dívek, které HAK neužívají).

K otázce 4) dotazníku: Absolvujete minimálně jednou do roka některé z níže uvedených vyšetření u svého gynekologa?

Graf 3 Absolvovaná vyšetření u gynekologa minimálně jednou ročně (z hlediska věku)

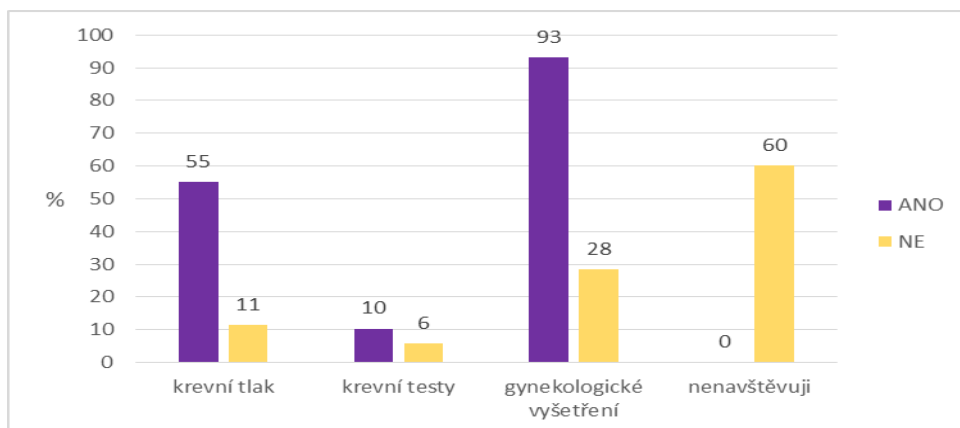


Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Podle grafu 3 v kategorii 15-17 let 62 % dívek gynekologa nenavštěvuje pravidelně, proto i jimi uváděná vyšetření jsou na nízkých procentech (nejvíce, 26 % dívek, absolvuje gynekologické vyšetření). S rostoucím věkem se tento poměr výrazně

mění, výrazně převažuje klasické gynekologické vyšetření (59 %). Měření tlaku a krevní testy jsou prováděny spíš výjimečně, zřejmě v souvislosti s indikacemi dle anamnézy.

Graf 4 Absolvovaná vyšetření u gynekologa minimálně jednou ročně (z hlediska užívání HAK)

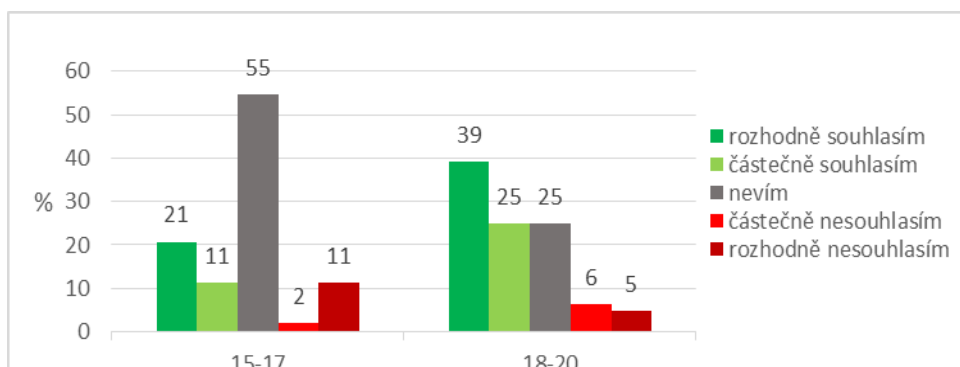


Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Z grafu 4 je zřejmá diametrální odlišnost u návštěv a rozsahu vyšetření uživatelék HAK oproti ostatním dívkám. Zatímco 60 % dívek neužívajících HAK gynekologa pravidelně ani nenavštěvuje, uživatelky HAK z 93 % absolvují pravidelná vyšetření a výrazně vyšší je i jejich zkušenost se sledováním krevního tlaku gynekologem (55 %).

K otázce 5) dotazníku: Jsou informace od Vašeho gynekologa o výhodách, nevýhodách, indikacích, kontraindikacích a rizicích spojených s užíváním HAK dostatečné a srozumitelné?

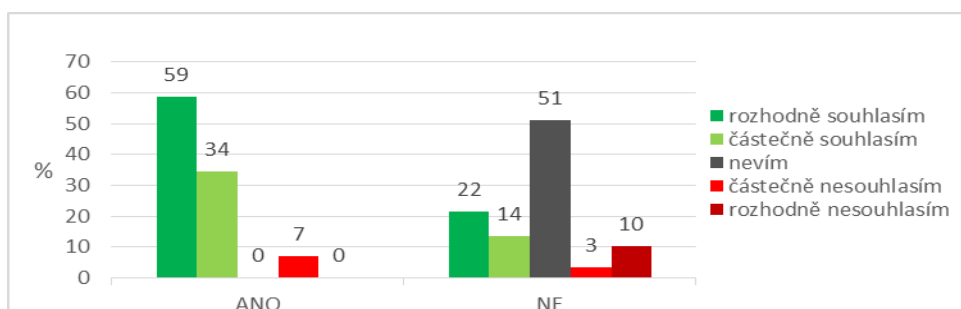
Graf 5 Dostatečnost a srozumitelnost informací od gynekologa o výhodách, nevýhodách, indikacích, kontraindikacích a rizicích spojených s užíváním HAK (z hlediska věku)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Podle grafu 5 se hodnocení informací od gynekologa výrazně odlišuje v závislosti na věku. Mladší skupina nemá v 55 % názor (souvisí s tím, že gynekologa v dostatečné míře či vůbec nenavštěvuje). Pokud názor má, tak převážně (celkem 32 %) pozitivní. Starší skupina (18-20 let), v důsledku vyšších zkušeností s vlastním gynekologem, hodnotí informace od něj kladně (celkem 64 %). Názor na opačném pólu spektra má celkem 11 % respondentek, což ale signalizuje rezervy v této oblasti.

Graf 6 Dostatečnost a srozumitelnost informací od gynekologa o výhodách, nevýhodách, indikacích, kontraindikacích a rizicích spojených s užíváním HAK (z hlediska užívání HAK)

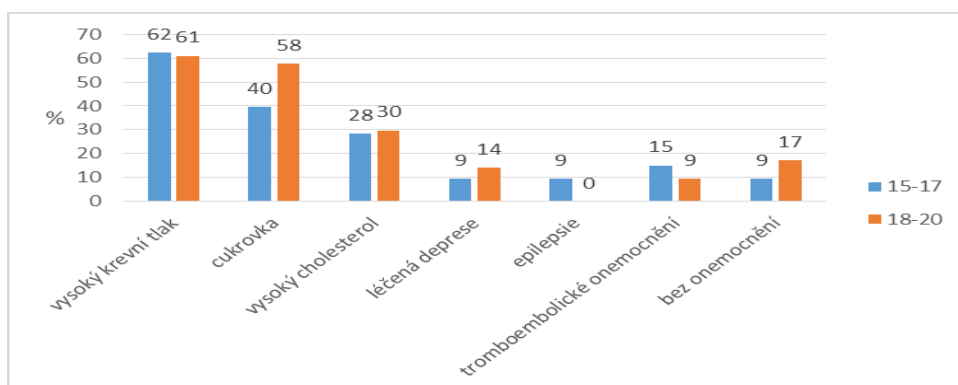


Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Graf 6 uvádí, že uživatelky HAK jsou v podstatě (celkem 93 %) s informacemi gynekologa spokojeny (59 % dokonce bez výhrad). Takové hodnocení signalizuje, že z jejich pohledu gynekologové převážně plní svou roli při rozhodování dívek o případném užívání HAK. Dívky neužívající HAK v 51 % hodnotící pozici zatím zaujmout neumějí.

K otázce 7) dotazníku: Vyskytovalo se/vyskytuje se ve Vaší rodině některé z těchto onemocnění?

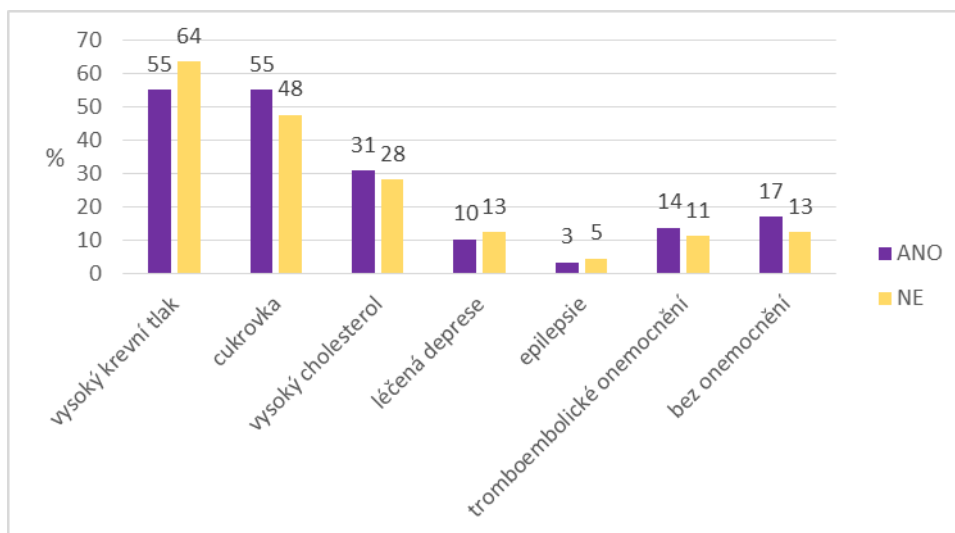
Graf 7 Vyskytovalo se/vyskytuje se ve Vaší rodině některé z těchto onemocnění (z hlediska věku)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Vysoká četnost rizikových a vážných onemocnění v rodině (viz graf 7) signalizuje nutnost poskytovat gynekologovi přesné a správné informace, pro odborné posouzení rizik, které v těchto souvislostech případná volba HAK může přinést.

Graf 8 Vyskytovalo se/vyskytuje se ve Vaší rodině některé z těchto onemocnění (z hlediska užívání HAK)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Riziková onemocnění v rodině podle grafu 8 jsou zastoupena prakticky ve shodné míře mezi oběma skupinami dívek. Vzhledem k mládí respondentek je jejich vlastní zdravotní stav jistě podstatně lepší, ale u uživatelek HAK znamená zvýšenou nutnost pravidelného sledování odborníkem, a to nejen před prvním zahájením užívání HAK, ale pokud možno pravidelně. Zvláštní pozornost je třeba věnovat tromboembolickému onemocnění jako jednoznačné absolutní kontraindikaci.

K otázce 8) dotazníku: Kouření

Tabulka 6 Kouření z hlediska užívání HAK

	Absolutně (osob)		Relativně (%)
<b>Uživatelky HAK</b>	8	29	28
<b>Ostatní respondentky</b>	13	88	15

Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

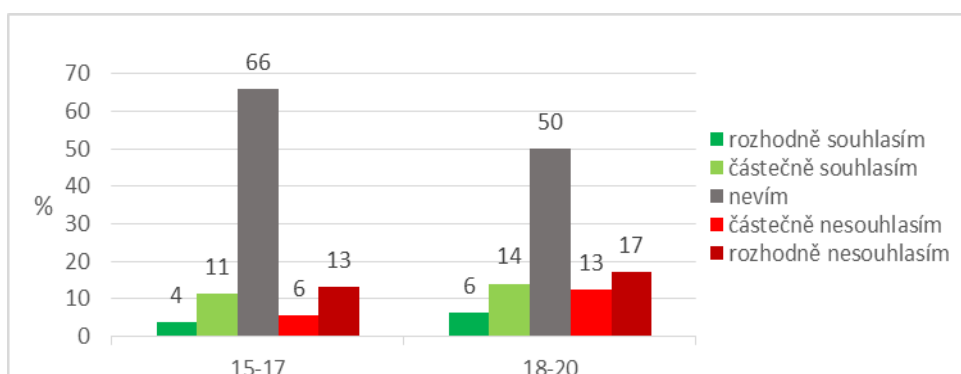
Dle tab. 6 relativně vyšší zastoupení kuřáček mezi uživatelkami HAK (28 %) než u ostatních respondentek (15 %) indikuje, že tento rizikový faktor v praktickém životě nevede k nižšímu podílu kuřáček u uživatelek HAK. Větší rizika kouření



v kombinaci s užíváním HAK jsou spojována až s věkem nad 35 let a dívky preferující kouření je nepocítují jako limit směrem k užívání HAK.

K otázce 6a) dotazníku: Užívání HAK snižuje výskyt nádoru vaječníků a nezhoubných nádorů prsu

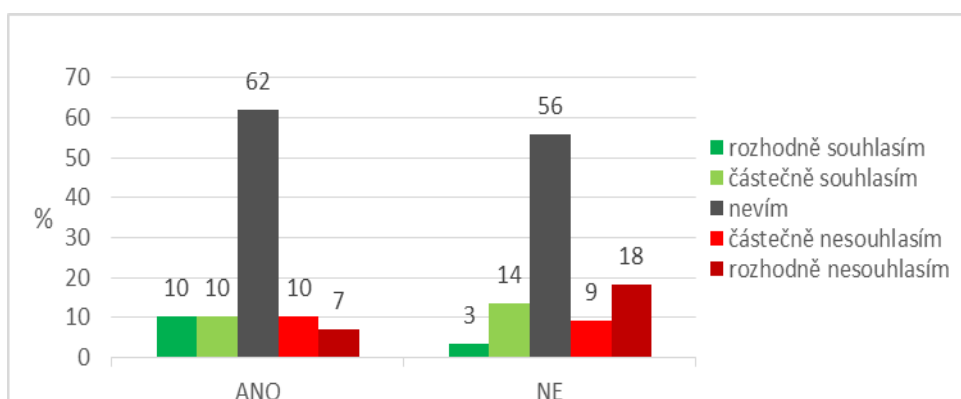
Graf 9 Užívání HAK snižuje výskyt nádoru vaječníků a nezhoubných nádorů prsu (z hlediska věku)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Informovanost o této problematice dle grafu 9 je v obou věkových skupinách velmi slabá, ale pokud dívky názor mají, tak není vyhraněný a ani neodpovídá převažujícímu odbornému názoru, který představuje především pozitivní vliv na snížení rizika rakoviny vaječníků.

Graf 10 Užívání HAK snižuje výskyt nádoru vaječníků a nezhoubných nádorů prsu (z hlediska užívání HAK)



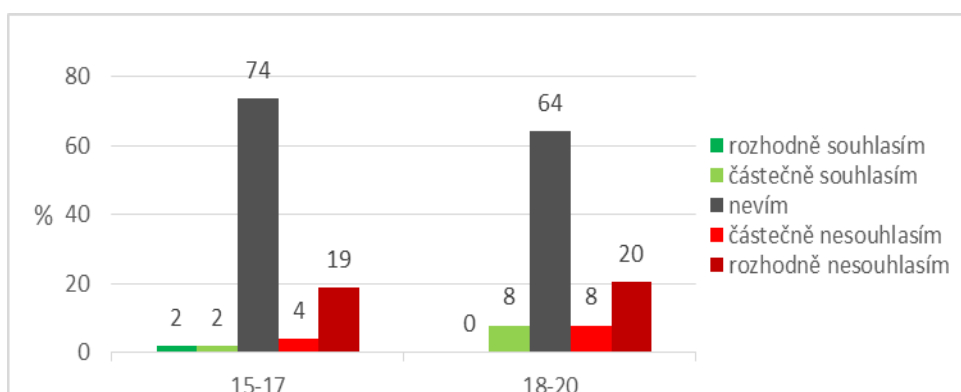
Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Podle grafu 10 ani z pohledu názoru uživatelék HAK překvapivě není informovanost vyšší a lepší. Je zřejmé, že ve svém mladém věku toto téma nemá

u dívek prioritu. Je předpoklad, že s rostoucím věkem význam i znalost této informace poroste.

K otázce 6b) dotazníku: Užívání HAK vede k promiskuitě

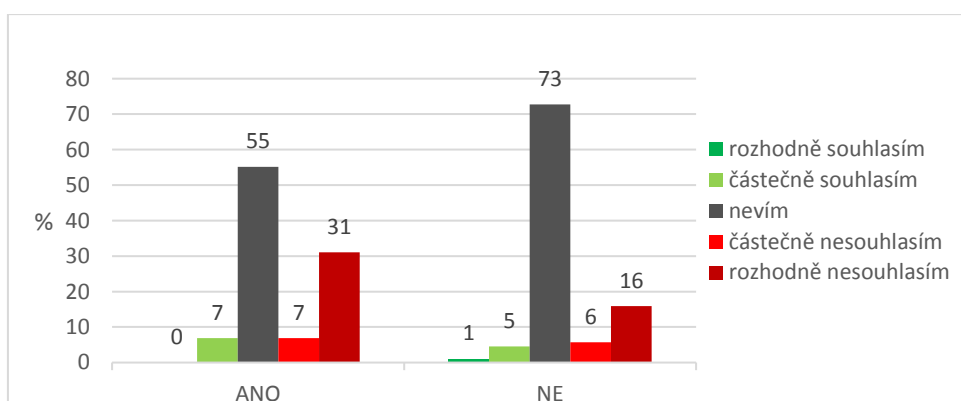
Graf 11 Užívání HAK vede k promiskuitě (z hlediska věku)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Graf 11 vypovídá o extrémně vysoká míře neschopnosti zaujmout konkrétnější stanovisko v rámci dané škály postojů. Vyjádřený nesouhlas s tvrzením (23 % u skupiny 15-17 let, 28 % u dívek starších) lze hodnotit kladně, jako projev zodpovědného osobního postoje k sexuálnímu životu.

Graf 12 Užívání HAK vede k promiskuitě (z hlediska užívání HAK)

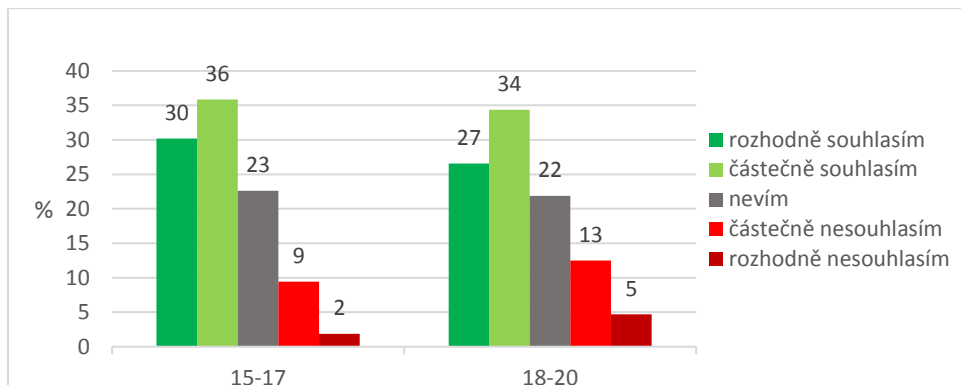


Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Graf 12 umožňuje obdobné hodnocení jako grafu předchozího. Přesto u uživatelék HAK je tento postoj ještě zvýrazněn (celkem 38 % s tvrzením nesouhlasí).

K otázce 6c) dotazníku: Užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti

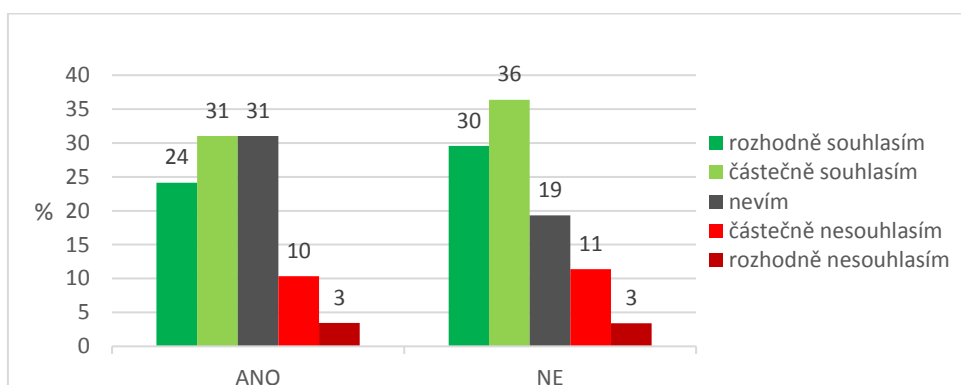
Graf 13 Užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti (z hlediska věku)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Poměrně vysoká míra celkového souhlasu s tvrzením (66 %, resp. 61 %) ukazuje, že většina dívek přes svůj mladý věk vnímá toto riziko. Zajímavý je mírný pokles s rostoucím věkem. Je však vhodné zdůraznit, že vliv užívání HAK je opravdu jen nepřímý a problémy s otěhotněním v pozdějším věku jsou nesprávně připisovány přímému vlivu HAK a nikoliv poklesu spontánní plodnosti.

Graf 14 Užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti (z hlediska užívání HAK)

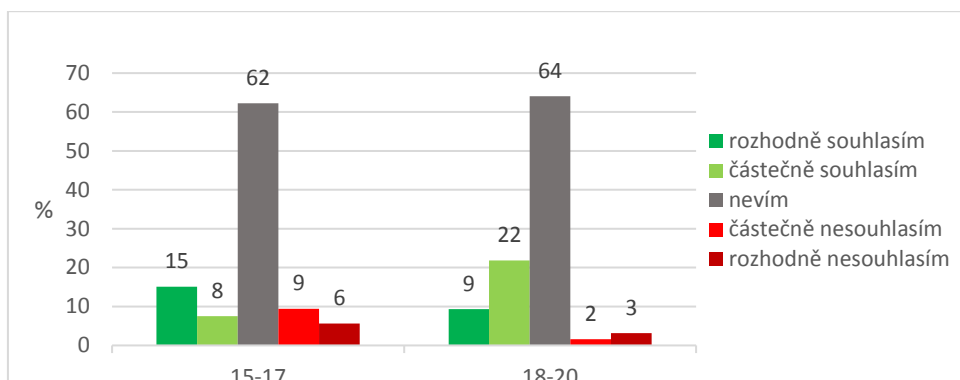


Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Celkový souhlas (55 %) u uživatelék HAK v grafu 14 je nižší než u ostatních respondentek. U uživatelék HAK se dá s rostoucím věkem předpokládat zvýšení zájmu o informovanost o působení HAK v této otázce.

K otázce 6d) dotazníku: Užívání HAK zvyšuje krevní tlak

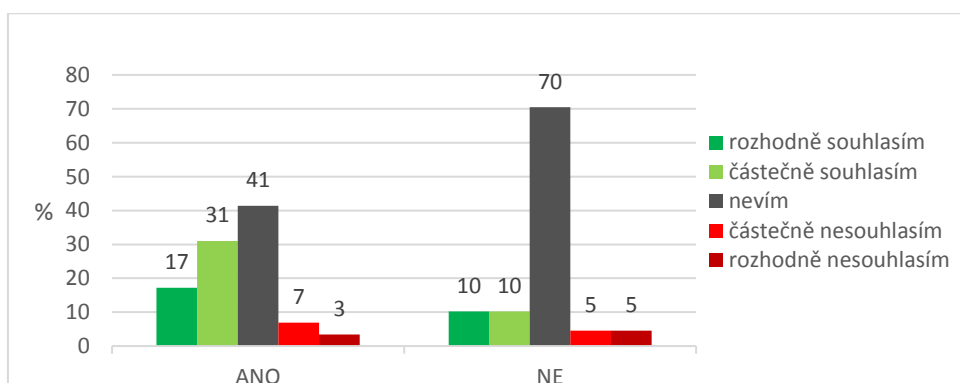
Graf 15 Užívání HAK zvyšuje krevní tlak (z hlediska věku)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Z grafu 15 je zřejmá velmi nízká míra informovanosti a její správné interpretace (jen 23 %, resp. 31 %). Při výrazném zastoupení vysokého krevního tlaku v rodinné anamnéze (graf 7) může další stimul k jeho růstu být problém.

Graf 16 Užívání HAK zvyšuje krevní tlak (z hlediska užívání HAK)

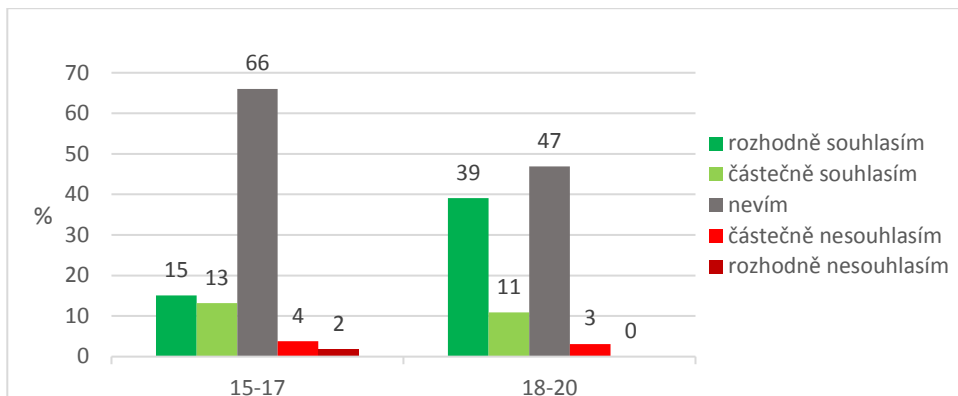


Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Informovanost o negativním vlivu HAK na výši krevního tlaku z grafu 16 je u uživatelky HAK výrazně lepší, zřejmě pod vlivem odborných vyšetření, návštěv a informací gynekologa. Přesto není tento postoj ani většinový (48 %). Je určitě správné a potřebné, aby sledování krevního tlaku zvláště u uživatelky HAK bylo pravidelnou součástí gynekologických vyšetření. Rizikové uživatelky by měl sledovat i praktický lékař či odborný internista.

K otázce 6e) dotazníku: Užívat HAK se nemá v případě výskytu tromboembolického onemocnění v rodině

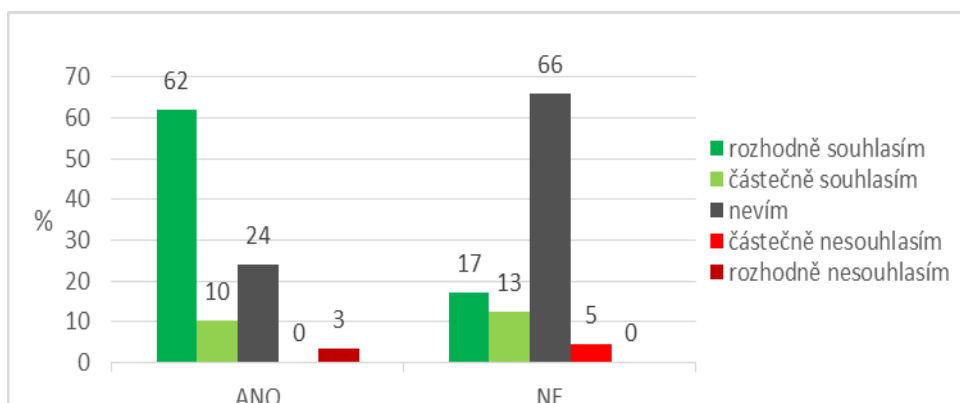
Graf 17 Užívat HAK se nemá v případě výskytu tromboembolického onemocnění v rodině (z hlediska věku)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Informovanost mladých dívek o tromboembolických onemocněních podle grafu 17 obecně není v jejich věku vysoká, proto je i nízká míra správných odpovědí (celkem 28 %, resp. 50 % u vyšší věkové kategorie).

Graf 18 Užívat HAK se nemá v případě výskytu tromboembolického onemocnění v rodině (z hlediska užívání HAK)

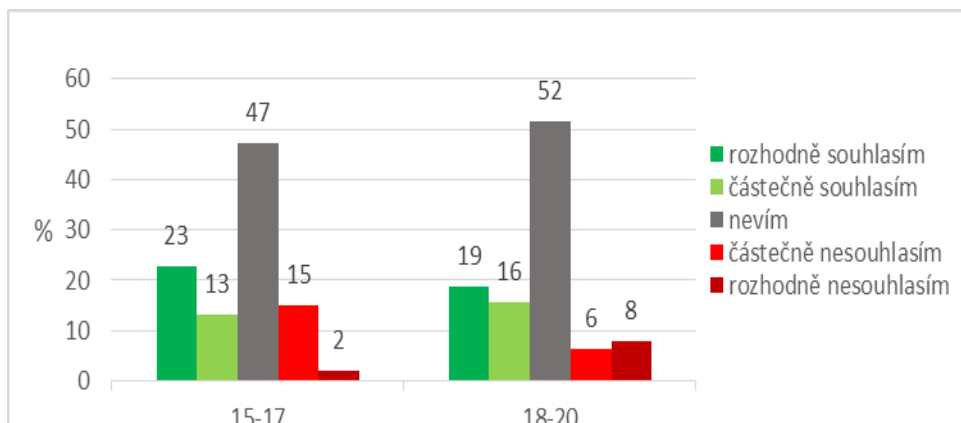


Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

V grafu 18 je již diametrálně lepší a správná informovanost uživatelék HAK (celkem 72 % správného postoje, oproti 66 % neinformovaných dívek ve zbytku respondentek).

K otázce 6f) dotazníku: Kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK

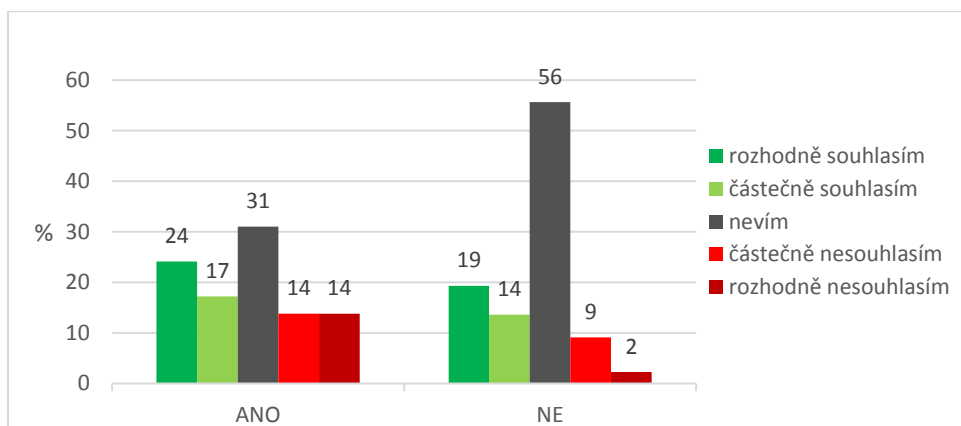
Graf 19 Kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK (z hlediska věku)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Výsledek grafu 19 ukazuje překvapivě vysokou neinformovanost dívek o negativním vlivu kouření (47 % u dívek ve věku 15-17 let, dokonce 52 % ve věku 18-20 let) v kombinaci s užíváním HAK. Pravdou je, že rizikovost kouření je spojována převážně až s věkem nad 35 let, což u mladší populace může vést k podceňování tohoto rizika.

Graf 20 Kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK (z hlediska užívání HAK)

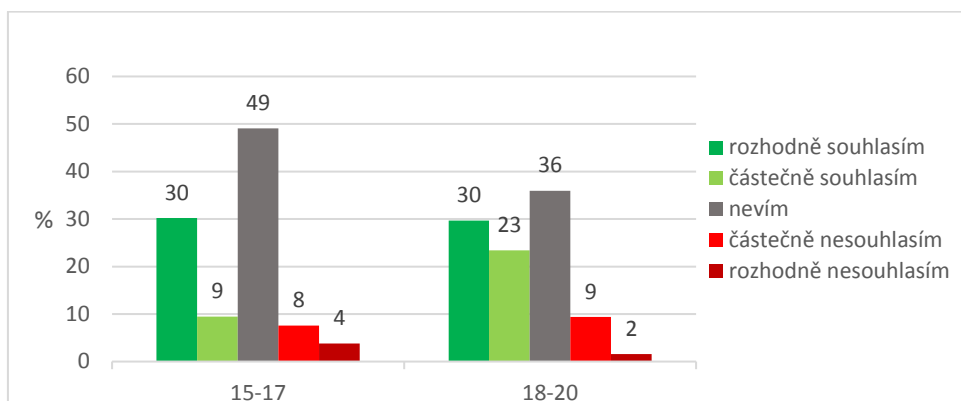


Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

V grafu 20 je informovanost uživatelky HAK o rizikovosti kouření již lepší (celkem 41 %), ale stále neuspokojivě nízká. Navíc, uživatelky HAK toto riziko nerady připouštějí a v praktickém životě je rády ignorují a kouří dokonce častěji než ostatní respondentky (viz tab. 6).

K otázce 6g) dotazníku: Užívání HAK zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci

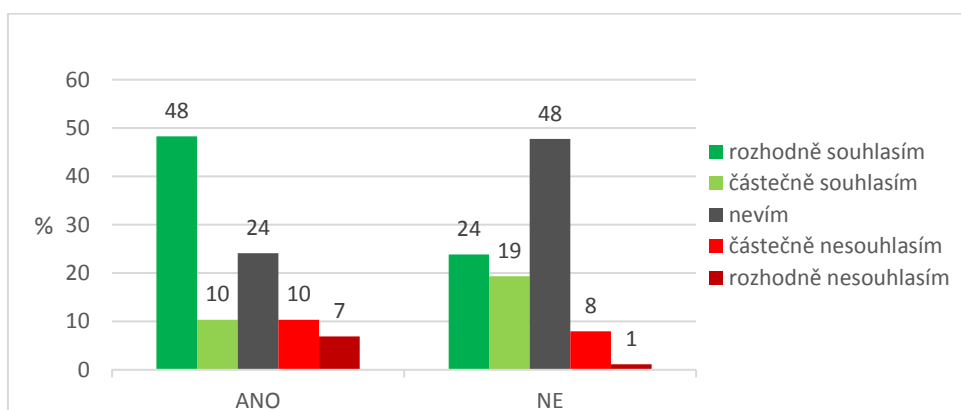
Graf 21 Užívání HAK zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci (z hlediska věku)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

V grafu 21 přes poměrně vysokou nerozhodnost respondentky potvrzují tvrzení, o pozitivním vlivu na krevní ztrátu při menstruaci. Informovanost i zvyšující se souhlas (celkem 53 %) se zvyšují s rostoucím věkem a zkušenostmi. Dá se předpokládat, že toto téma a osobní zkušenosti jsou v mladé generaci diskutovány a jsou jí blízké.

Graf 22 Užívání HAK zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci (z hlediska užívání HAK)

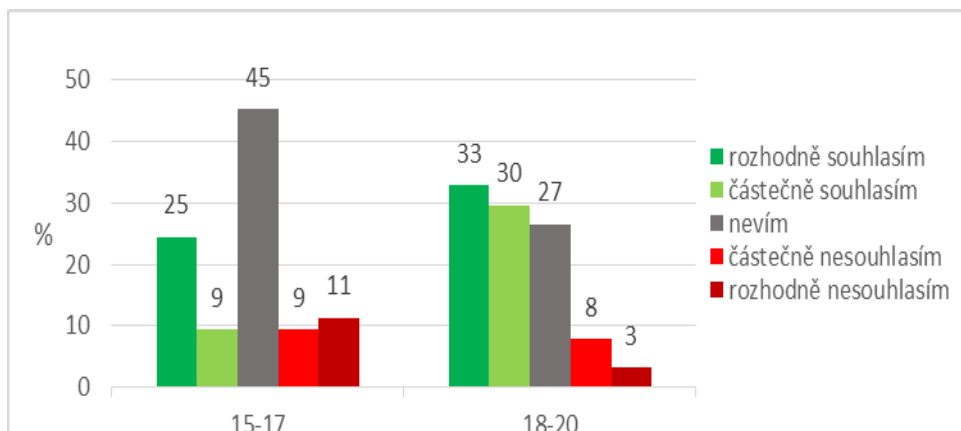


Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Uživatelky HAK v grafu 22 zastávají celkem z 58 % názor o příznivém vlivu HAK na krevní ztráty při menstruaci a mohou jej opřít o vlastní zkušenost. Souhlasný názor uživatelky HAK má svou váhu při ovlivňování postojů i ostatní ženské populace.

## K otázce 6h) dotazníku: Užívání HAK snižuje bolestivost menstruace

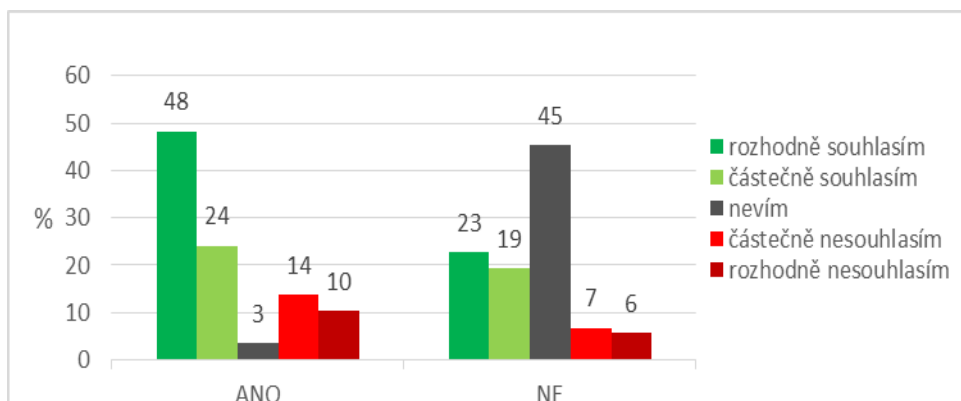
Graf 23 Užívání HAK snižuje bolestivost menstruace (z hlediska věku)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

V grafu 23 s rostoucím věkem roste informovanost dívek, vyšší věková skupina s tvrzením souhlasí již z 63 % a záporný názor má jen malá část dívek ve věku 18-20 let (celkem 11 %).

Graf 24 Užívání HAK snižuje bolestivost menstruace (z hlediska užívání HAK)



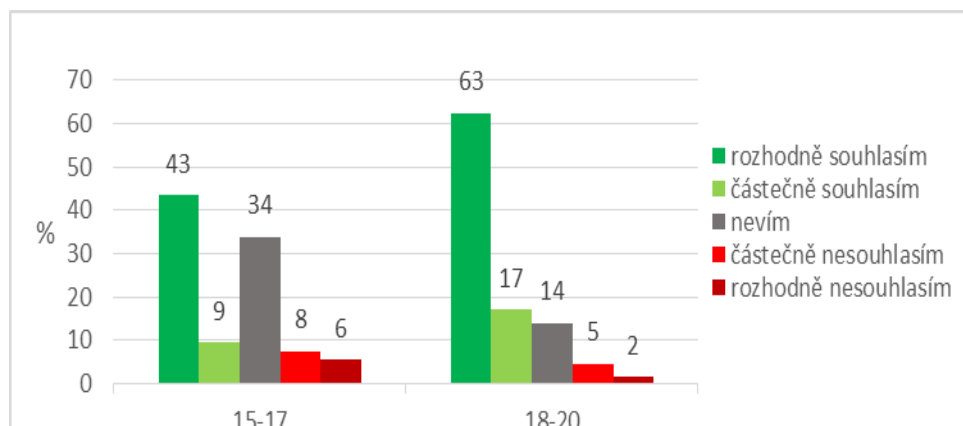
Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

V grafu 24 jednoznačně příznivý účinek HAK na omezení bolestivosti menstruace podporuje 48 % respondentek – uživatelék HAK, celkově souhlasí až 72 % této skupiny. Výrazný je rozdíl v hodnocení (nevím), kde postoj nezaujala jen 1 uživatelka HAK, což činí 3 % všech uživatelék. Dívky neužívající HAK své postoje o osobní zkušenost nemohou opřít, a proto jich postoj nezaujalo 45 %.



K otázce 6i) dotazníku: Užívání HAK zpravidelňuje menstruační cyklus

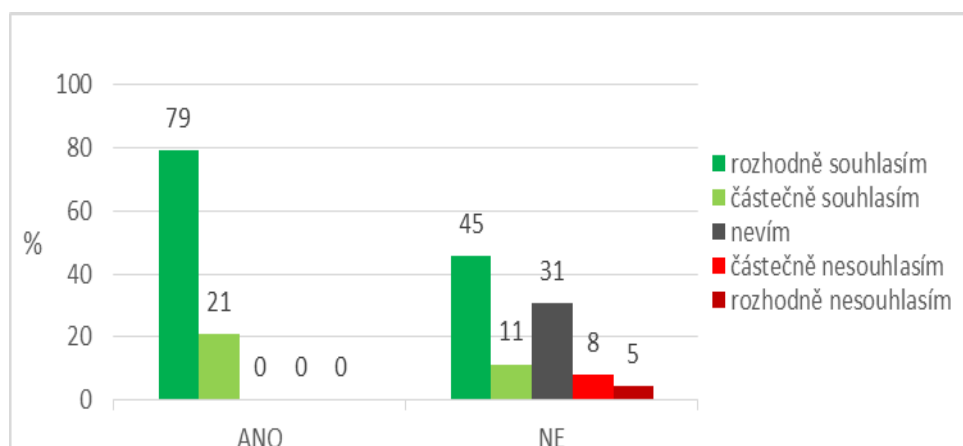
Graf 25 Užívání HAK zpravidelňuje menstruační cyklus (z hlediska věku)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Znalost pozitivního vlivu HAK na pravidelnost menstruačního cyklu je potvrzen v grafu 25 velkou většinou respondentek vyšší věkové skupiny (80 %).

Graf 26 Užívání HAK zpravidelňuje menstruační cyklus (z hlediska užívání HAK)

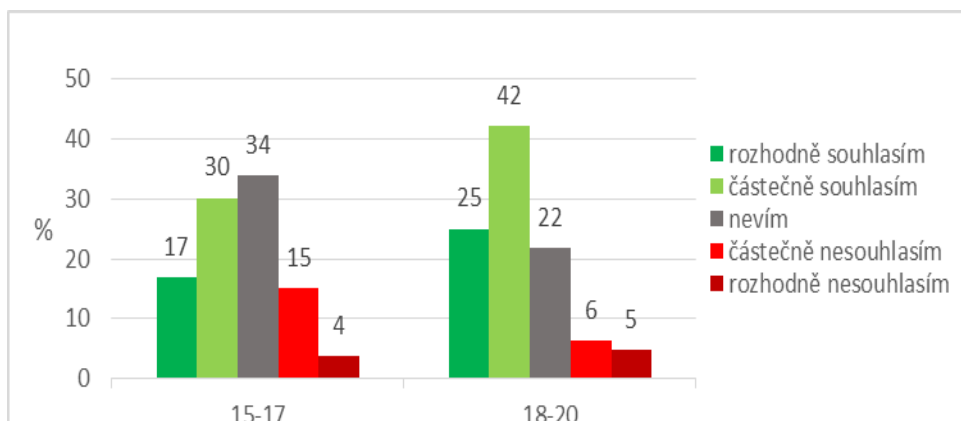


Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Podle grafu 26 je pozoruhodný 100% souhlas s tímto tvrzením u uživatelek HAK. Jejich osobní zkušenost nemůže být tedy v rozporu s tímto tvrzením a často se stává zdrojem informací o tomto účinku pro ostatní (kamarádka je informačním zdrojem dívek neujívajících HAK v 27 % případů – viz graf 2). Pozitivní vliv HAK na menstruační cyklus patří k silným vedlejším motivacím pro užívání HAK (podrobněji dále graf 38).

K otázce 6j) dotazníku: Užívání HAK má pozitivní vliv na pleť

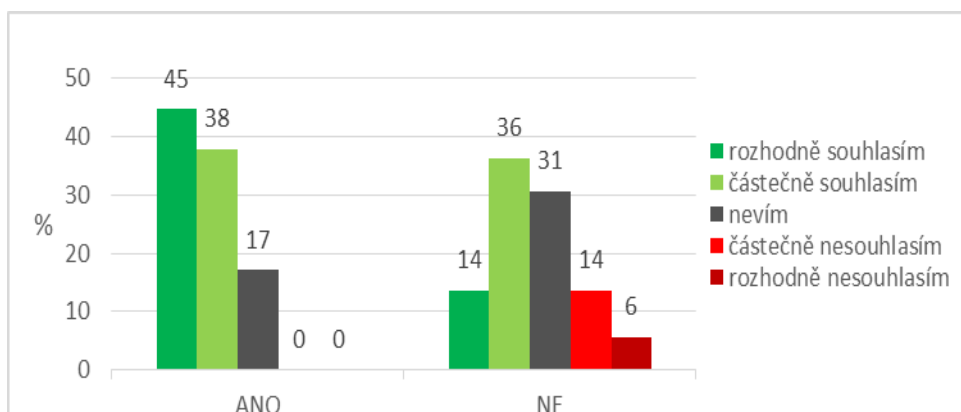
Graf 27 Užívání HAK má pozitivní vliv na pleť (z hlediska věku)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Podle grafu 27 účinek HAK na pleť zřejmě považují respondentky v mladém věku za důležitý. Míra informovanosti o něm je poměrně vysoká, s příznivým hodnocením (až 67 % souhlasu) u vyšší věkové skupiny.

Graf 28 Užívání HAK má pozitivní vliv na pleť (z hlediska užívání HAK)

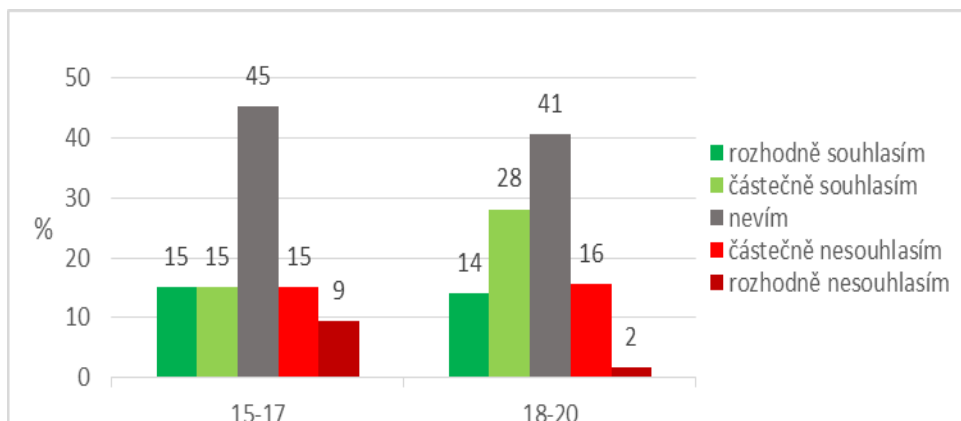


Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Z grafu 28, podobně jako u předchozí otázky 6i), vyplývá vysoká informovanost při celkem 83 % souhlasu s předkládaným tvrzením a nulové negativní vyjádření uživatelék HAK. Spektrum názorů dívek neujívajících HAK je pestřejší. Účinky HAK spojené s vlivy na pleť opět patří k doprovodné motivaci pro užívání HAK (dále graf 38).

K otázce 6k) dotazníku: Užívání HAK zvyšuje pravděpodobnost obezity

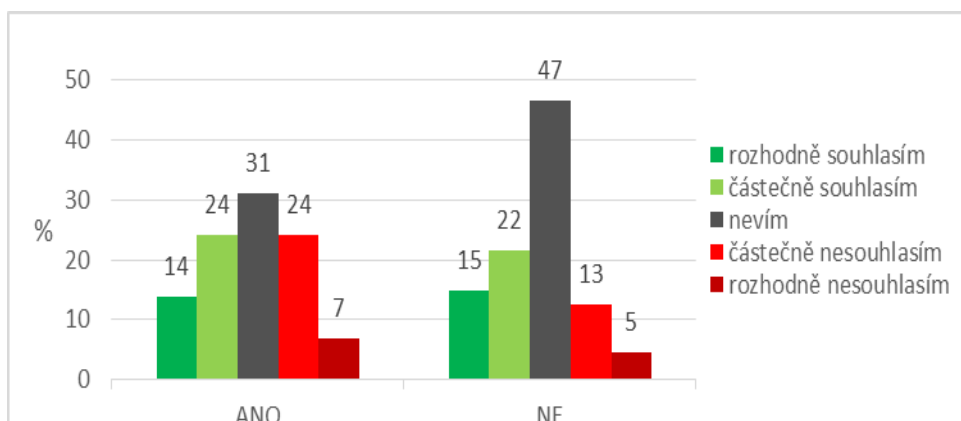
Graf 29 Užívání HAK zvyšuje pravděpodobnost obezity (z hlediska věku)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Z grafu 29 se nedá konstatovat, že názor respondentek na vliv HAK vůči riziku obezity je jasný nebo výrazný. Přesto, ve vyšší věkové kategorii tento názor převažuje (celkem 42 %), ve srovnání s názorem opačným (jen 18 %). Toto hodnocení může být spíše subjektivně ovlivněno ukončením fyzického vývoje obecně než vedlejšími účinky HAK.

Graf 30 Užívání HAK zvyšuje pravděpodobnost obezity (z hlediska užívání HAK)

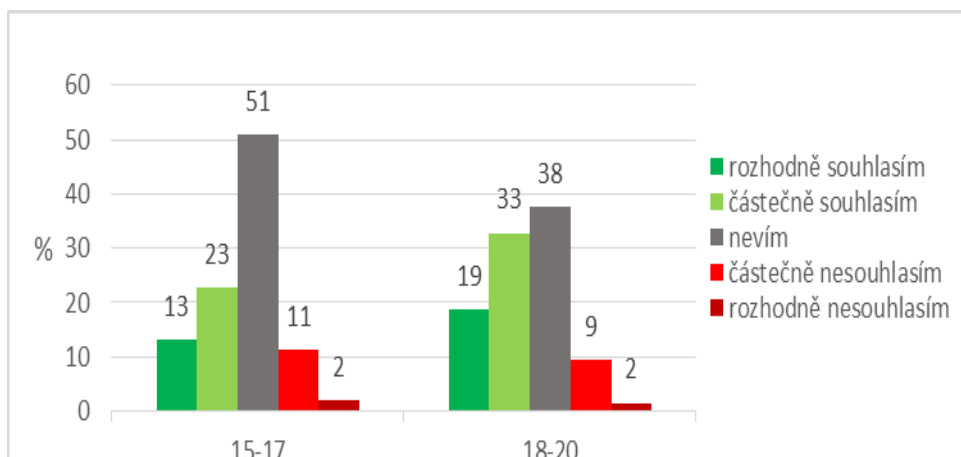


Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Podle grafu 30 uživatelky HAK v ní nespátřují významný rizikový faktor pro obezitu. Potvrzují tím převažující odborné názory na tento problém.

K otázce 6l) dotazníku: Užívání HAK zvyšuje emoční citlivost

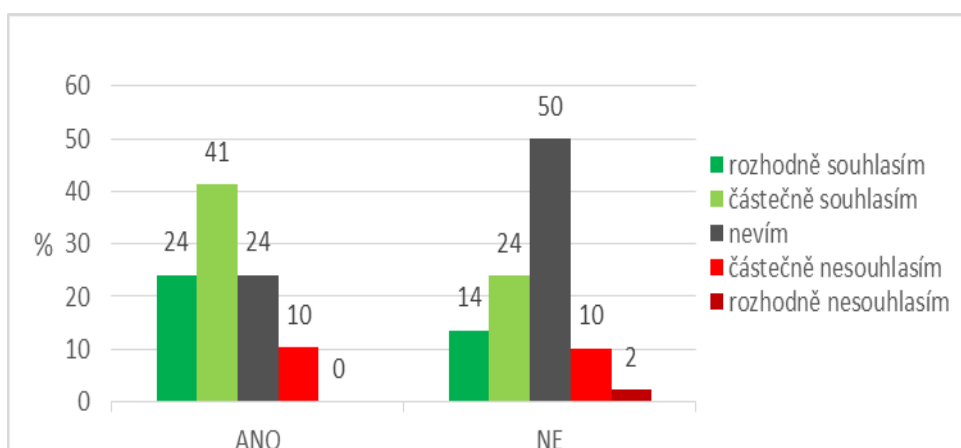
Graf 31 Užívání HAK zvyšuje emoční citlivost (z hlediska věku)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

S rostoucím věkem se v grafu 31 výrazně zvyšuje názor na hodnocení HAK (z 36 % na 51 %) jako faktoru s vedlejšími účinky na emoční život. Nedá se uvést, jak respondentky tuto skutečnost vnímají, zda pozitivně či nikoliv.

Graf 32 Užívání HAK zvyšuje emoční citlivost (z hlediska užívání HAK)

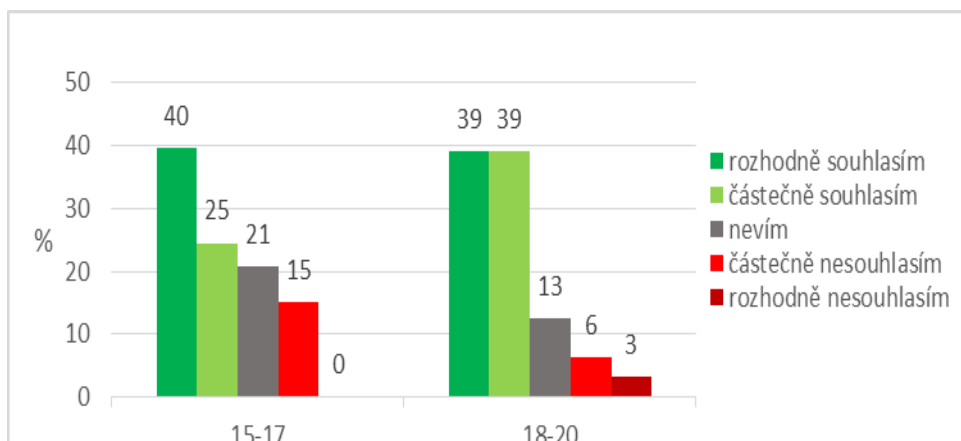


Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Dle grafu 32 HAK jako faktor zvyšující emoční citlivost hodnotí celkem 65 % její uživatelek a jen minimum (10 %) má opačný názor.

K otázce 6m) dotazníku: Užívání HAK není 100% spolehlivé vzhledem k nechtěnému otěhotnění

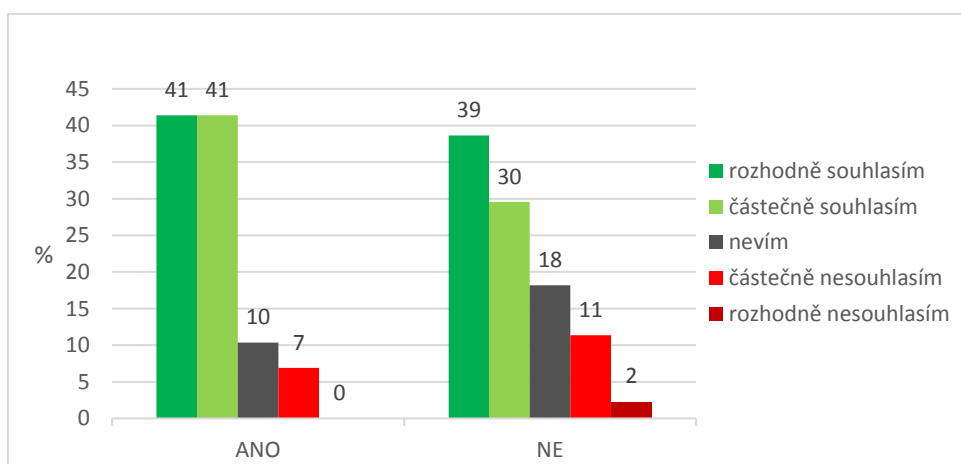
Graf 33 Užívání HAK není 100% spolehlivé vzhledem k nechtěnému otěhotnění (z hlediska věku)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Přestože mladé dívky HAK všeobecně znají a jednoznačně používají zejména jako ochranu před nechtěným těhotenstvím (podrobněji graf 38), tak z grafu 33 je výrazná byla podpora názoru, že HAK není 100% spolehlivá.

Graf 34 Užívání HAK není 100% spolehlivé vzhledem k nechtěnému otěhotnění (z hlediska užívání HAK)

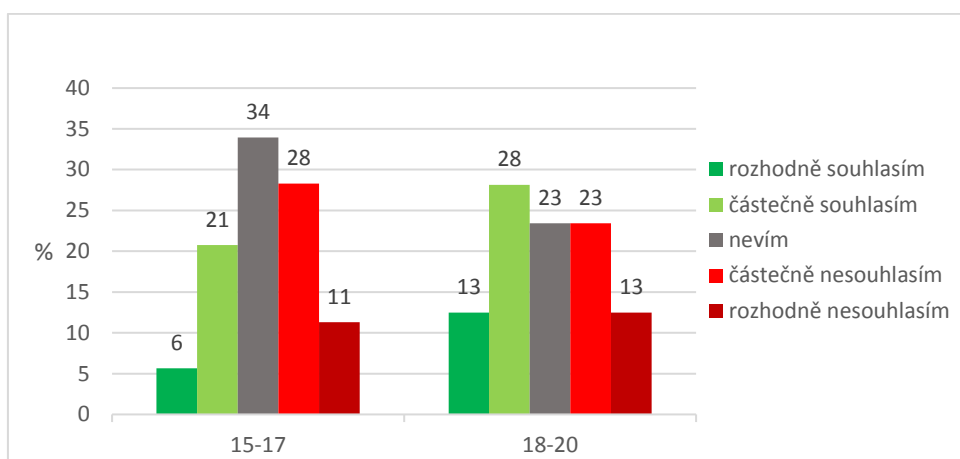


Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Podle grafu 34 i samy uživatelky HAK (celkem 82 %) jsou si vědomy určitého rizika selhání HAK. Určitě by jejich chování (např. způsob užívání, spolupráce s gynekologem, s partnerem) mělo pomoci toto riziko minimalizovat.

K otázce 6n) dotazníku: Užívání HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství

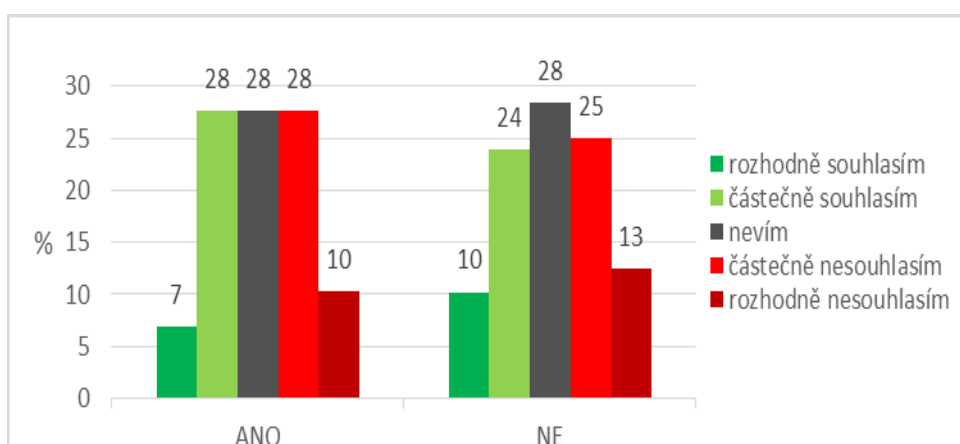
Graf 35 Užívání HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství (z hlediska věku)



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Z grafu 35 je vidět, že zde jsou informovanost a postoje respondentek velmi ploché. Nad touto otázkou se zatím mladé dívky dostatečně nezamýšlejí.

Graf 36 Užívání HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství (z hlediska užívání HAK)

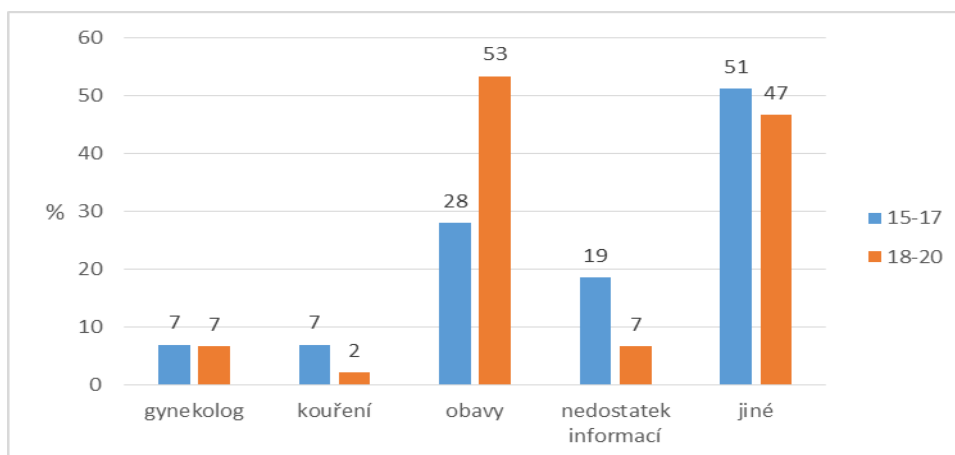


Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Ani v grafu 36 mezi názory a informovaností obou skupin respondentek není významnější rozdíl. Plně platí rovněž komentář uvedený u grafu 35.

K otázce 10) dotazníku: Jaké jsou důvody, proč HAK neužíváte?

Graf 37 Jaké jsou důvody, proč HAK neužíváte



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

V tab. 3 bylo uvedeno, že z 117 respondentek neužívá HAK celkem 88 dívek. Poslední dotazníkovou otázkou pro tyto respondentky byly důvody neužívání HAK. Jejich odpovědi jsou shrnuty v grafu 37. Respondentky mohly u této otázky uvést i více důvodů, což využilo 10 dívek. Z pohledu věkových skupin v té tvořené nejmladšími respondentkami 22 dívek (51 %) uvedlo jako důvod jiné, s tím, že 11 dívek HAK nepotřebuje, 4 dívky HAK celkově odsuzují a 7 své důvody blíže nespécifikovalo. Obavy z negativních účinků uvedlo 12 dívek (28 %) a nedostatek informací 8 respondentek (19 %). Ve věkové skupině 18-20 let má obavy z negativních účinků 24 dívek (53 %), jiné důvody uvedlo 21 dívek (47 %). Mezi jinými důvody 5 dívek HAK nepotřebuje, 5 dívek HAK odsuzuje a 11 své důvody nevysvětlilo. V této věkové skupině poklesl jako důvod neužívání HAK nedostatek informací na 7 %.

K otázce 12) dotazníku: Jak tablety užíváte a k otázce 13) dotazníku: V kolika letech jste začala s užíváním hormonální antikoncepce?

Tabulka 7 Režim užívání HAK a jeho zahájení

věk	počet		režim užívání HAK		zahájení užívání	
	respondentek	uživatelek	pravidelně	občas zapomenou	17 a méně	18-20
15-17	53	10	7	3	10	0
18-20	64	19	15	4	8	11
celkem	117	29	22	7	18	11

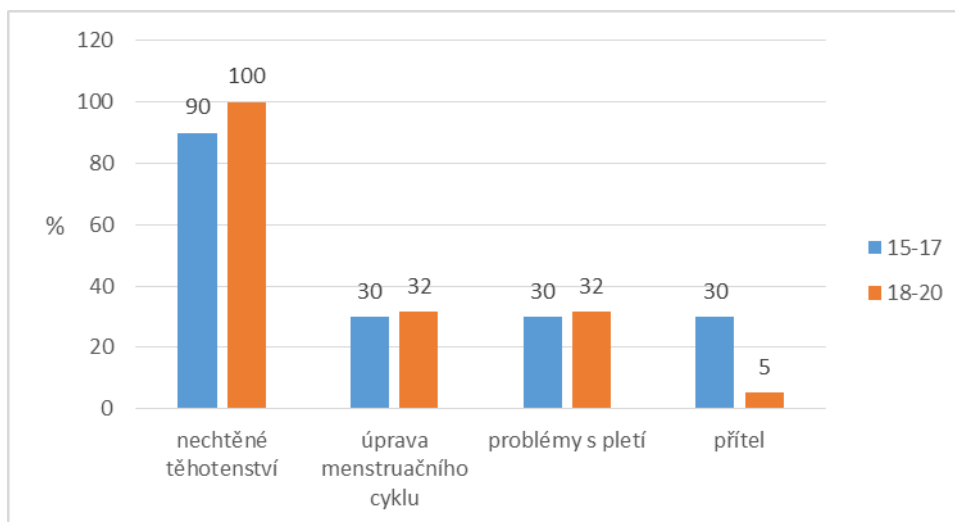
Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Uživatelky HAK je ve výběrovém souboru 29 (viz tab. 3). V rámci otázky 11) dotazníku všechny respondentky uvedly jediný užívaný druh HAK – perorální užití (tablety) a proto nebyly její výsledky zvlášť prezentovány.

Výše uvedená tab. 7 krátce analyzuje jejich uživatelskou disciplínu dle věkových skupin. Pravidelnými uživatelkami je 70 %, resp. 79 % dívek, ostatní občas zapomenou a zvyšují tím svá rizika neplánovaného otěhotnění. Většina uživatelky zahájila užívání ve věku do 17 let (18 dívek, tj. 62 %).

K otázce 14) dotazníku: Co bylo důvodem pro začátek užívání hormonální antikoncepce?

Graf 38 Co bylo důvodem pro začátek užívání hormonální antikoncepce



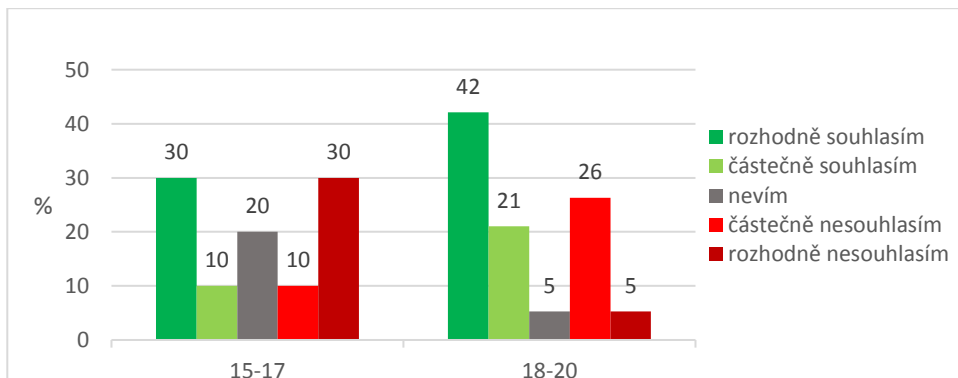
Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Respondentky mohly při odpovědi na tuto otázku uvést i více důvodů, což využilo 16 dívek. Odpovědi jsou zachyceny v grafu 38. S výjimkou 1 dívky všech 28 ostatních dívek uvedlo jako svůj důvod pro užívání HAK zamezení nechtěnému těhotenství. Téměř třetina respondentek uvádí jako důvody i úpravu menstruačního cyklu či problémy s pletí. Často zřejmě nebyly základní příčinou, ale respondentky tyto efekty spojují s HAK velmi těsně. Mezi věkovými skupinami uživatelky nejsou zásadnější rozdíly. Přání přítele jako důvod uvádí 30 % mladší věkové skupiny. Svědčí to o malé ochotě partnerů těchto dívek nést větší podíl odpovědnosti na zabránění případnému otěhotnění partnerky v tomto jejím mladém věku.



K otázce 15) dotazníku: Proběhl výběr Vaší antikoncepce na základě podrobné analýzy Vaší osobní a rodinné anamnézy?

Graf 39 Proběhl výběr Vaší antikoncepce na základě podrobné analýzy Vaší osobní a rodinné anamnézy

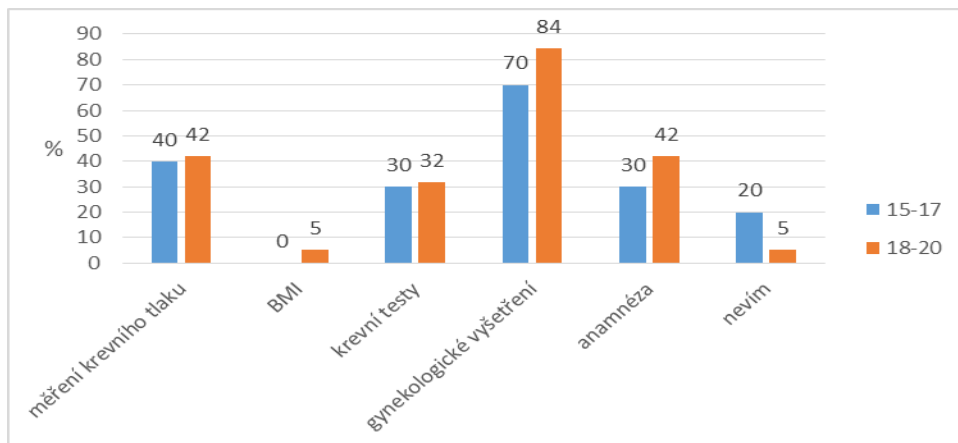


Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Podle grafu 39 uživatelky HAK ve věku 15-17 let reagují na okolnosti zjišťování anamnézy při výběru HAK dosti rozporupně. Pokud jsou jejich odpovědi objektivní, nevytváří nízký podíl uspokojivých odpovědí (celkem 40 %) dobrou vizitku po gynekologu předepisující danou HAK. V kategorii 18-20 let vypadá výsledek rozsahu hodnocení anamnézy lépe (celkem 63 % pozitivních odpovědí), přesto je to ale neuspokojivé až zarážející.

K otázce 16) dotazníku: Absolvovala jste některá z níže uvedených vyšetření před zahájením užívání hormonální antikoncepce

Graf 40 Absolvovala jste některá z níže uvedených vyšetření před zahájením užívání hormonální antikoncepce



Zdroj: Linda Gvozdková, 2018

Odpovědi uživatelék dle grafu 40 v této otázce částečně podporují údaje předchozího grafu 39, kde se uvádí překvapivě nízká míra zjišťování osobní a rodinné anamnézy. Ani úroveň u samotných druhů vyšetření není vysoká, snad s výjimkou samotného gynekologického vyšetření (70 %, resp. 84 %). I zde by byl logičtější výsledek na úrovni blížíící se 100 %.

K otázce 17) dotazníku: Jste se svým druhem HAK spokojena

Tabulka 8 Jste se svým druhem HAK spokojena

věk	počet uživatelék	spokojenost uživatelék HAK			
		plně	částečně	uvažují o změně	uvažují o jiné formě
15-17	10	5	3	1	1
18-20	19	12	6	1	0
celkem	29	17	9	2	1

*Zdroj: Linda Gvozdková, 2018*

Tabulka 8 signalizuje celkově velmi uspokojivé naplnění očekávání uživatelék s používanou HAK. Okolnosti a potřeby se věkem budou měnit, podobně i dostupné prostředky. V této souvislosti současná spokojenost neznamena, že další informace zejména od gynekologa není potřeba dostávat relativně často.

### 4.3 VYHODNOCENÍ CÍLŮ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Data získaná sběrem dotazníků a setříděním 117 vrácených odpovědí respondentek, byla setříděna a v rámci podkapitoly 4.2 sestavena do přehledných grafů či tabulek. Tyto výsledky byly v rámci podkapitoly 4.2 u každé tabulky či grafu podrobněji analyzovány a komentovány tak, aby byly podkladem k vyhodnocení stanovených cílů. Následuje krátké souhrnné vyhodnocení a posouzení splnění cílů praktické části práce.

**Cíl 1:** Zjistit okolnosti, které ovlivňují rozhodování potenciálních uživatelék o volbě či odmítnutí HAK z pohledu informačních zdrojů

Průzkumná otázka 1: Je struktura informačních zdrojů o hormonální antikoncepci pro dívky v adolescentním věku vhodná?

Verifikace: otázky 3, 4, 5, 7 a 8. Odpovědi zpracovány v grafech 1 až 8 a tabulce 6, na s. 43 až s. 48, včetně vlastního komentáře.

Jako prvotní a základní zdroj informací je uvedena rodina. Významné je i postavení internetu a kamarádek respondentek, následuje škola. Nízké je zapojení gynekologa, roste až s věkem a případným užíváním HAK. Struktura těchto zdrojů, hlavně postavení rodiny, je s ohledem na nízký věk, ve kterém jsou tyto informace potřebné a jejich citlivou osobní povahu vhodné.

U těchto informačních zdrojů hrozí ale neobornost a nesprávnost informací. Proto je třeba věnovat pozornost vyššímu využití následných informací odborných (zejména od gynekologa), protože procento respondentek, které gynekologa nenavštěvují, je vysoké. Zde musí dojít ke kvalifikovanému doplnění a utřídění předchozích informací, zejména v situaci, kdy je řešena otázka antikoncepce a zvláště hormonální antikoncepce. Přínos gynekologa je v tomto respondentkami hodnocen převážně kladně.

Závěr: Struktura informačních zdrojů o HAK je vhodná, ale měla by být více doplněna zvýšením rozsahu věcně správných a srozumitelných informací od odborných zdrojů, hlavně gynekologa. Informovanost budoucích uživatelů pomáhá ovlivnit rozhodování o případném užívání HAK.

**Cíl 2:** Posoudit míru informovanosti mladých dívek o projevech spojovaných s užíváním HAK

Průzkumná otázka 2: Jsou respondentky dostatečně informovány a jsou jejich hodnocení HAK v souladu s převažujícím odborným názorem?

Verifikace v dotazníku: otázka č. 6. Odpovědi zpracovány v grafech 9 až 36, na s. 48 až s. 61, včetně vlastního komentáře.

Soubor 14 podotázek zaměřených na kontraindikace, rizika, výhody či nevýhody užívání HAK byl velmi obsáhlý a umožnil postihnout řadu zjištění. Ve všech případech byly odpovědi respondentek posuzovány z hlediska věku a rovněž z hlediska užívání či neužívání HAK.

Závěr:

- informovanost mladších dívek (15-17 let) nižší než věkově starší skupiny (18-20 let) a často velmi nízká
- vyšší informovanost uživatelék HAK
- neuspokojivá míra informovanosti i zaujetí správných postojů u kontraindikací
- dobrá informovanost a správnost postojů u vlivů na menstruační cyklus
- nízká míra informovanosti a správného postoje ve vztahu ke kouření

**Cíl 3:** Kvantifikovat a analyzovat vztah mladých dívek k HAK

Průzkumná otázka 3: Jaké jsou motivace pro užívání, resp. neužívání HAK mladých dívek?

Verifikace v dotazníku: otázky č. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 a 17. Odpovědi zpracovány v grafech 37 až 40 a tabulkách 7 a 8, na s. 62 až s. 65, včetně vlastního komentáře.

Závěr:

Dívky neužívající HAK vytvořily nejrozsáhlejší část výběrového souboru (88 dívek, tj. 75,2 % výběrového souboru). Obavy z negativních účinků HAK i nízká informovanost o HAK, stejně jako část odpovědí bez uvedení důvodů signalizují prostor pro zlepšení informací a schopností jim porozumět.

Uživatelky HAK (29 dívek, tj. 24,8 %) užívají HAK pouze perorálně, z důvodu ochrany před nechtěným těhotenstvím a jsou ve vysoké míře (90 %) s HAK spokojeny. Jejich motivace k užívání HAK je doplněna i doprovodnými vedlejšími efekty (úprava menstruačního cyklu, vliv na pleť).

## 5 DISKUZE

Hormonální antikoncepce je již dlouhá desetiletí součástí života dívek a žen. Podpora výzkumu a rozvoj znalostí a poznání vytvářejí podmínky pro minimalizaci negativních vlivů na zdraví ženy. Naopak, nově se objevují průzkumy či studie, které korigují dřívější hodnocení, zpravidla ve prospěch HAK.

Zároveň trendem posledních let je tzv. zdravý životní styl. Jeho součástí je rovněž odmítání negativních vlivů. O alkoholu, kouření či stresu jako negativním vlivu pochybuje málokdo. Postoj k hormonální antikoncepci je přes všechny informace rozporuplný. Projevuje se to v různých názorech mezi specialisty i ženami.

Cílem praktické části práce bylo zdokumentovat vztah mladých dívek k hormonální antikoncepci, na základě jejich informovanosti o ní, rizicích či výhodách s ní spojenými a jejich motivaci k užívání či jejímu aktuálnímu zamítnutí.

Vlastní sběr dat probíhal na gymnáziu a na integrované střední škole na Valašsku. Bylo by zajímavé i porovnání výsledků respondentek mezi oběma školami z důvodu různé úrovně vzdělání a předpokládaných životních plánů. Vzhledem k velkému množství otázek v dotazníku, které byly na hranici zpracovatelnosti v rámci šetření i bakalářské práce, nebylo reálné práci o pohled z toto kritéria dále rozšířit.

Kladem byla vysoká úspěšnost navrácení dotazníků (117 ze 120 distribuovaných). Osobní, i když jen krátký kontakt s respondentkami při předání dotazníků byl pozitivem po obě strany a zřejmě pomohl motivovat respondentky k nečekaně odpovědnému přístupu k vypracování odpovědí. Autorka práce věří, že pro mnohé z respondentek zamyšlení nad dotazníkem bude inspirací i pro řešení antikoncepce ve vlastním životě.

Zejména vedení integrované střední školy, s učebními obory bez maturity, se častěji potýká se situacemi způsobenými neplánovaným těhotenstvím a o výsledky práce projevilo zájem.

Nejen tato škola byla překvapena ze zjištění, že uživatelkou HAK je 29 z 117 respondentek výběrového šetření. To je pouze 24,8 %. Výsledek je to překvapivý i při srovnání s výsledky průzkumného šetření provedeného v rámci bakalářské práce Zuzany Emrové, absolventky Vysoké školy zdravotnické, o.p.s v Praze z roku 2014. Její práce obdobného zaměření se věnovala informovanosti o hormonální antikoncepci na

souboru studentek v Praze, ve věku 15-25 let. V této práci, na souboru studentek ve věku 15-20 let, uvádí Emrová užívání HAK při 100 respondentkách ve výši 60 %. I s přihlédnutím k odlišnostem prostředí (menší město, resp. velkoměsto) a religióznějšímu regionu Valašska je rozdíl zarážející. Mohlo by to podporovat zjištění poslední doby, že dochází k určitému odklonu od hormonální antikoncepce, se zdůvodněním, že to je žádoucí s ohledem na skutečnost, že ČR je nad úroveň ostatních vyspělých zemí. Zde se jeví jako zajímavý námět pro jiné práce podrobnější posouzení titulů, které jsou uváděny jako důvod pro odmítání hormonální antikoncepce.

Otázky řešení antikoncepce u dívek, pokud ji potřebují a neužívají antikoncepci hormonální, způsoby jejich řešení a srovnání jejich spokojenosti se spokojeností uživatelék HAK by bylo zajímavé posoudit jako přínos k řešení problematiky zabránění nechtěného těhotenství.

Zajímavý rozdíl se objevil i při porovnání důvodů pro zahájení užívání HAK. V práci Emrové ochranu před nechtěným těhotenstvím uvádí 74 % respondentek, zatímco v této práci to je 97 %. Vzhledem k tomu, že HAK je prioritně určena pro tento účel, je chování respondentek této práce logičtější. Respondentky rovněž uvádějí i další vedlejší očekávané efekty, které podpořily jejich rozhodnutí pro HAK, ale chápou je jako jakýsi bonus navíc (úprava menstruačního cyklu, vliv na pleť). Užívání HAK jen z těchto důvodů směřuje k nadužívání HAK a nemělo by být preferováno.

Mezi oběma pracemi by šlo hledat další zajímavá porovnání (větší část otázek je postavena obdobně), ale s ohledem na rozsah této práce to zde nebylo možné. Hlavní tendence, tj. nižší informovanost mladších dívek, lepší informovanost uživatelék HAK a neuspokojivá míra informovanosti u kontraindikací je však společná.

## **5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Mezi zdroji informací o HAK má odborný gynekolog zvláštní postavení. Nefiguruje významně jako prvotní zdroj informací o HAK, což je logické. Rodina má k mladé dívce nejbližší. S rostoucím věkem je potřebné vnímat tuto lékařskou odbornost. Často se tak neděje, o čemž svědčí skutečnost, že podle grafu 3 ve věkové kategorii 15-17 let 62 % respondentek nenavštěvuje minimálně jednou ročně svého gynekologa a v kategorii 18-20 let to je stále vysokých 31 % respondentek.

Vytvoření vztahu důvěry a informovanosti mezi lékařem a pacientem je důležité ve všech lékařských odbornostech. U gynekologa a jeho pacientek to platí dvojnásob.

Toto konstatování není žádným objevem. Když ale bude toto v praxi fungovat, budou výsledky péče o zdraví dívek a žen lepší.

Jako doporučení pro praxi je potřeba připomenout mladým dívkám - budoucím pacientkám gynekologů základní otázky, jejichž kladné zodpovězení jim pomůže při výběru antikoncepce.

#### **Doporučení pro praxi – adresované budoucím uživatelkám antikoncepce:**

- Mám gynekologa, kterému důvěřuji?
- Mé životní plány – plánuji v budoucnu otěhotnění?
- Pokud ano – v jakém časovém horizontu?
- Potřebuji nyní zabránit neplánovanému těhotenství?
- Pokud ano, zajímám se o hormonální antikoncepci?
- Pokud ano, očekávám od antikoncepce jiné pozitivní účinky?
- Jsem ochotna akceptovat případná rizika a vedlejší účinky HAK?
- Zním dobře osobní a rodinnou anamnézu?
- Není můj životní styl v rozporu s užíváním HAK?
- Mám dosavadní vlastní informace a znalosti o HAK?
- Preferuji nějakou formu užívání?
- Zním nějaký přípravek, o kterém uvažuji?
- Není pro mne problém finanční náročnost HAK?
- Jsem schopna dodržovat pokyny spojené s užíváním HAK?

## ZÁVĚR

Hlavním cílem práce bylo vyhodnotit úroveň informovanosti mladých dívek o projevech spojených s užíváním hormonální antikoncepce, kvantifikovat jejich vztah k ní a zjistit okolnosti, jaké informační zdroje ovlivňují rozhodování potenciálních uživatelek HAK. Pomocí průzkumu ve dvou školních zařízeních různého stupně vzdělání byl zajištěn dostatečně rozsáhlý výběrový soubor 117 respondentek ve věku 15-20 let.

Souhrnná zjištění potvrzují nízkou informovanost dívek ve věku 15-17 let. Situace u starších dívek (18-20letých) je mírně lepší. Neuspokojivá míra informovanosti je u kontraindikací. Informovanost uživatelek HAK je lepší, i když i jejich zkušenosti s rozsahem absolvovaných vyšetření a zjišťování osobní a rodinné anamnézy před zahájením užívání HAK či v jeho průběhu se liší. Uživatelky HAK tvoří jen necelých 25 % respondentek, což patřilo k nejpřekvapivějším zjištěním. Cíle práce byly naplněny.

V současnosti mají potenciální uživatelky hormonální antikoncepce dostatek možných informačních zdrojů, včetně mladým dívkám blízkého internetu. Pokud nemají přímou motivaci, která spočívá prakticky výhradně na potřebě řešit riziko nechtěného těhotenství, přistupují k těmto informacím spíše cestou klasických zdrojů neodborných, tedy rodiny či kamarádek. Jejich úloha by neměla spočívat jen v předávání osobních zkušeností či vlastních různě kvalitních interpretací, ale zejména v případě rodiny by měla pomoci nasměrovat tyto mladé dívky k odbornému gynekologovi.

Utvoření vztahů vzájemné důvěry a informovanosti je nezbytné pro přístup ke kvalifikovaným informacím. V dnešní době, s pokračujícím rozvojem poznání o vlivech jednotlivých forem antikoncepce, se díky četným odborným studiím upřesňují názory na vlivy zejména kombinované hormonální antikoncepce na rizika ohrožení jinými onemocněními. Množství přípravků, s různým složením a různou formou aplikace, rovněž vyžaduje nutnost spolupráce s gynekologem. Hormonální antikoncepce, kterou má smysl jako prevenci používat, vyžaduje návštěvu gynekologa. Určitě je lepší, když k této situaci dojde ne až v souvislosti s aktuální potřebou pacientky řešit antikoncepci.

V této situaci pak je třeba vyhodnotit všechny potřebné informace, a to z obou stran (gynekolog – pacientka) vzájemně, aby došlo k optimálnímu individuálnímu



řešení. Toto řešení nemusí nutně, v danou chvíli, znamenat rozhodnutí pro hormonální antikoncepci.

Řešení antikoncepce je problém, se kterým se potká ve svém životě, v jeho různých etapách, drtivá většina žen. Informovanost o antikoncepci ve všech jejích formách podporuje svobodu volby každé ženy a přispívá k její spokojenosti.

..

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ABRAHÁMOVÁ, Jitka, 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada. Doktor radí. ISBN 978-80-247-3063-9.
- BOSÁKOVÁ, Karolína, 2010. *Modeling: cesta za snem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3288-6.
- COBBEY, Kelly D. a kol., 2016. *Hormonal Contraceptive Use During Relationship Formation and Sexual Desire During Pregnancy*. Archives of Sexual behavior. roč. 45, č. 8, s. 2117–2122. ISSN 0004-0002.
- CULLINS, Vanessa E. a Linda DOMINIQUEZ, 2009. *Hormonální antikoncepce: Chápu ženy skutečná rizika i výhody?* Gynekologie po promoci. roč. 9, č. 6, s. 19-24. ISSN 1213-2578.
- ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, 2010. *Jak odpovídat na otázky o antikoncepci a plánovaném rodičovství*. Praha: Levret. ISBN 978-80-87070-49-9.
- ČEPICKÝ, Pavel a Michael FANTA, 2011. *Úvod do antikoncepce pro lékaře negynekology*. Praha: Levret. ISBN:978-80-87070-51-2.
- EMROVÁ, Zuzana. *Informovanost dívek/žen o hormonální antikoncepci*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., 2014. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
- FAIT, Tomáš, 2008. *Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. ISBN:978-80-204-2991-9.
- GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ, 2013. *Čekáme děťátko*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3781-2.
- HAINER, Vojtěch, 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3252-7.
- HOUROVÁ, Martina, 2009. *Kdy mohou selhat pilulky? Co snižuje účinnost hormonální antikoncepce?* Praha: Sanquis. roč. 2009, č. 72-73, s. 89, ISSN:1212-6535.
- JENÍČEK, Jaroslav, 2009. *Hormonální antikoncepce a rizikové faktory civilizačních chorob*. Praha: Diagnóza v ošetrovatelství. roč. 5, č. 10, s.18. ISSN:1801-1349.

- KÁBRT, Milan, 2011. *Aplikovaná statistika* [online]. Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce [cit. 18-08-2015]. Dostupné z: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>
- KŘEPELKA, Petr, 2013. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2991-9.
- MANDOVEC, Antonín, 2008. *Kardiovaskulární choroby u žen*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2807-0.
- MÁSLOVÁ, Helena, 2011. *Pilulka, která změnila svět: Důsledky objevu hormonální antikoncepce*. Praha: Regenerace. roč. 19, č. 3, s. 18-20. ISSN:1210-6631.
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2016. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 4. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. ISBN 978-80-905728-1-2.
- NOVÁKOVÁ, Adéla a kol. 2017. *Život bez hormonální antikoncepce*. PRAHA: Kořeny- Suchý Radek. ISBN:978-80-906629-4-0.
- PROCHÁZKA, Martin a Jana PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Hormonální antikoncepce a trombofilní stavy*. Interní medicína pro praxi. roč. 12, č. 7-8, s. 369-371. ISSN:1212-7299.
- ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART, 2008. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Nakladatelství Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.
- ROZTOČIL, Aleš a kol., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.
- ŠIMŮNKOVÁ, Marta, 2008. *Antikoncepce- metoda plánovaného těhotenství, nebo byznys?* Zdravotnické noviny (Avicentrum, Mladá fronta), roč. 57, č. 13, s.15-18. ISSN:1805-2355.
- TOŠNER, Jindřich, 2011. *Jak vybrat správnou hormonální perorální antikoncepci?* Gynekolog-Hradec Králové, roč. 20, č.1, s.7-15. ISSN:1210-1133.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

## **PŘÍLOHY**

Příloha A – Dotazník.....	I
Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce (gymnázium).....	V
Příloha C – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce (integrovaná střední škola).....	VI

## Příloha A - Dotazník

**Dobrý den,**  
jmenuji se Linda Gvozdková a jsem studentkou 3. ročníku oboru porodní asistentka na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s.

Obracím se na vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je důležitou součástí mé bakalářské práce na téma „Informovanost dívek a žen o hormonální antikoncepci“. Zajišťuji plnou anonymitu odpovědí, které budou statisticky vyhodnoceny v rámci mé bakalářské práce.

Doporučuji postupovat podle zadaných otázek. Na vyplnění není třeba déle než 10 minut vašeho času. U každé otázky zaškrtněte pravdivě 1 odpověď, pokud není přímo u otázky uvedeno jinak. Věřím, že zpracování dotazníku vás přivede i k hlubšímu zamyšlení nad vaším postojem k této problematice, důležité pro vaše zdraví a osobní život.

Předem děkuji za vaši ochotu a spolupráci.

### 1) Váš věk je?

- 15-17 let
- 18-20 let
- 21 a více

### 2) Co nyní studujete?

- gymnázium
- bezmaturitní učební obor

### 3) Jaký byl Váš zdroj prvotní a základní informace o hormonální antikoncepci?

*Možnost více odpovědí.*

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

### 4) Absolvujete minimálně jednou do roka některé z níže uvedených vyšetření u svého gynekologa?

*Možnost více odpovědí.*

- měření krevního tlaku
- krevní testy
- gynekologické vyšetření (zrcadla, cytologie)
- svého gynekologa pravidelně nenavštěvuji

### 5) Jsou informace od Vašeho gynekologa o výhodách, nevýhodách, indikacích, kontraindikacích a rizicích spojených s užíváním hormonální antikoncepce (dále HAK) dostatečné a srozumitelné?

- určitě ano
- částečně souhlasím
- nevím
- částečně nesouhlasím
- určitě ne

**6) Vyjádřete vlastní názor k níže uvedeným tvrzením.**

*Vyberte 1 z těchto možností: rozhodně souhlasím (A), částečně souhlasím (B), nevím (C), částečně nesouhlasím (D), rozhodně nesouhlasím (E):*

- a) Užívání HAK snižuje výskyt nádoru vaječníků a nezhoubných nádorů prsu. \_\_\_\_\_
- b) Užívání HAK vede k promiskuitě. \_\_\_\_\_
- c) Užívání HAK oddaluje otěhotnění a tím nepřímo způsobuje riziko neplodnosti. \_\_\_\_\_
- d) Užívání HAK zvyšuje krevní tlak. \_\_\_\_\_
- e) Užívat HAK se nemá v případě výskytu tromboembolického onemocnění v rodině. \_\_\_\_\_
- f) Kouření je rizikovým faktorem při užívání HAK. \_\_\_\_\_
- g) Užívání HAK zajišťuje nižší krevní ztrátu při menstruaci. \_\_\_\_\_
- h) Užívání HAK snižuje bolestivost menstruace. \_\_\_\_\_
- i) Užívání HAK zpravidelňuje menstruační cyklus. \_\_\_\_\_
- j) Užívání HAK má pozitivní vliv na pleť. \_\_\_\_\_
- k) Užívání HAK zvyšuje pravděpodobnost obezity. \_\_\_\_\_
- l) Užívání HAK zvyšuje emoční citlivost. \_\_\_\_\_
- m) Užívání HAK není 100% spolehlivé vzhledem k nechtěnému otěhotnění. \_\_\_\_\_
- n) Užívání HAK umožňuje přirozené plánování rodičovství. \_\_\_\_\_

**7) Vyskytovalo se/vyskytuje se ve Vaší rodině některé z těchto onemocnění?**

*Možnost více odpovědí.*

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

**8) Kouříte?**

- ano
- ne

**9) Užíváte hormonální antikoncepci (pilulky, náplast, injekci, nitroděložní tělísko s obsahem hormonu)?**

- ano
- ne

**10) Jaké jsou důvody, proč HAK neuvžíváte?**

*Na tuto otázku odpovězte, jen pokud jste na předchozí otázku odpověděla NE.*

*Možnost více odpovědí.*

- dle doporučení gynekologa
- kouření
- obavy z negativních účinků HAK
- malá informovanost o HAK
- jiné – uveďte: .....

**Po této odpovědi pro Vás otázky končí. Děkuji!**

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

*(odpovíte-li na tuto otázku první nabízenou možností, pokračujte u otázky č. 12., jinak pokračujte až u otázky č. 13.)*

- perorální (tablety)
- náplast
- injekce
- nitroděložní tělísko s obsahem hormonu
- vaginální kroužek

**12) Tablety užíváte:**

- pravidelně
- občas zapomenu
- často zapomínám
- přizpůsobuji si užívání pilulek svým individuálním potřebám (např. oddalování menstruace)

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

- před 17. rokem včetně
- 18 – 20 letech
- 21 a více

**14) Co bylo důvodem pro začátek užívání hormonální antikoncepce?**

*Možnost více odpovědí.*

- ochrana před nechtěným těhotenstvím
- úprava menstruačního cyklu
- problémy s pletí
- přání přítele
- jiné? Uveďte .....

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

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

**16) Absolvovala jste některá z níže uvedených vyšetření před zahájením užívání hormonální antikoncepce?**

***Možnost více odpovědí.***

- měření krevního tlaku
- měření BMI
- krevní testy
- gynekologické vyšetření
- zjišťování osobní a rodinné anamnézy
- nevím

**17) Jste se svým druhem HAK spokojena?**

- a) plně
- b) částečně
- c) uvažuji o změně
- d) uvažuji o jiné formě antikoncepce

**Po této odpovědi dotazník končí i pro Vás. Děkuji!**



Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce (gymnázium)

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	Linda Gvozdková	
Studijní obor	Porodní asistentka	Ročník 3.
Téma práce	Informovanost dívek a žen o hormonální antikoncepci	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Gymnázium Františka Palackého, Valašské Meziříčí	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Ivana Jahodová, Ph.D.	
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	
Souhlas ředitele školy	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

ve Valašském Meziříčí dne 11. 12. 2014

Gvozdková  
podpis studenta

Příloha C – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce  
(integrováná střední škola)

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	Linda Gvozdková	
Studijní obor	Porodní asistentka	Ročník 3.
Téma práce	Informovanost dívek a žen o hormonální antikoncepci	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Integrovaná střední škola, Valašské Meziříčí	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Ivana Jahodová, Ph.D.	
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
Souhlas ředitele školy	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis

v Valašském Meziříčí, dne 4. 4. 2014

Gvozdková  
podpis studenta