

Současné trendy v užívání hormonální antikoncepce

Ivana Králová

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivana KRÁLOVÁ**
Osobní číslo: **H10775**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Současné trendy v užívání hormonální antikoncepce**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Zpracování literárního přehledu o hormonální antikoncepci.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu pomocí dotazníkového šetření.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Shrnutí výsledků šetření a formulace doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

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

FAIT, Tomáš, 2012. Antikoncepce: průvodce ošetřujícího lékaře. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-280-3.

NOUZOVÁ, Kamila, 2010. Gynekologická péče: příručka pro ženy, které neměly čas anebo se bojí svého lékaře zeptat. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2072-5.

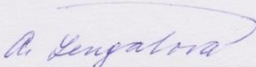
ROZTOČIL, Aleš et al., 2011. Moderní gynekologie. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2832-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Dagmar Moravčíková**
Ústav porodní asistence


Datum zadání bakalářské práce: **15. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. května 2013**

Ve Zlíně dne 15. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 7.3.2013

Kralov

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užitje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma Současné trendy v užívání hormonální antikoncepce pojednává o nejnovějších dostupných metodách užívání hormonální antikoncepce. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. První kapitola teoretické části se zabývá hormonální antikoncepcí. Zde jsou popisovány uživatelské typy, etické a právní aspekty hormonální antikoncepce. Tato kapitola přechází v hlavní část této práce, která se zaměřuje na jednotlivé moderní metody hormonální antikoncepce. V praktické části je pomocí dotazníkového šetření zkoumáno, jaké současné moderní metody hormonální antikoncepce využívají dívky na středních školách. Praktická část je zakončena shrnutím a vyhodnocením výsledků šetření.

Klíčová slova: hormonální antikoncepce, estrogen, progestin, dívky

ABSTRACT

The bachelor's thesis on Current Trends in the Use of Hormonal Contraceptives discusses the latest available methods of hormonal contraception. The first chapter of this part deals with hormonal contraceptives. Here is described the user types, ethical and legal aspects of hormonal contraception. This chapter goes into the main part of this study, that focuses on the individual modern methods of hormonal contraception. The practical part of the questionnaire survey examined what the modern methods of hormonal contraception are used by girls in the secondary schools. The practical part ends with a summary and evaluation result questionnaire survey.

Keywords: hormonal contraception, estrogen, progestin, girls

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Mgr. Dagmar Moravčíkové za odborné vedení v průběhu práce, uvedení do problematiky a seznámení s praktickou částí výzkumu. Děkuji za cenné rady a připomínky.

Rovněž děkuji všem dívkám, které se podílely na realizaci výzkumné části bakalářské práce vyplněním dotazníků.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE (HA)	12
1.1 ETICKÉ A PRÁVNÍ ASPEKTY ANTIKONCEPCE	12
1.2 ROZDĚLENÍ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE	13
1.3 SPOLEHLIVOST ANTIKONCEPCE (PEARL INDEX).....	14
2 KOMBINOVANÁ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE	15
2.1 FARMAKOLOGIE	15
2.2 MECHANISMUS ÚČINKU COC.....	16
2.3 UŽÍVÁNÍ KOMBINOVANÉ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE.....	16
2.3.1 Začátek užívání COC	17
2.3.2 Postup při chybě v užívání COC	17
2.3.3 Praktické poznámky k užívání kombinované hormonální antikoncepce	17
2.4 PŘÍZNVIVÉ VEDLEJŠÍ ÚČINKY KOMBINOVANÉ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE	18
2.5 ZDRAVOTNÍ RIZIKA A KOMPLIKACE HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE	18
2.5.1 Riziko tromboembolické nemoci (TEN).....	19
2.6 KONTRAINDIKACE UŽÍVÁNÍ COC.....	19
2.6.1 Absolutní kontraindikace	20
2.6.2 Relativní kontraindikace	20
2.7 TRENDY V KOMBINOVANÉ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCI.....	20
2.7.1 Kombinovaná injekční kontracepce (CICs)	21
2.7.2 Kombinovaná kontracepční náplast	21
2.7.3 Kombinovaný vaginální systém	22
2.7.4 COC s antiandrogenní aktivitou.....	22
2.7.5 COC s antimineralokortikoidní aktivitou.....	23
2.7.6 Nové progestiny používané v COC.....	23
2.7.7 Nové estrogény používané v COC	23
3 GESTAGENNÍ ANTIKONCEPCE	24
3.1 KONTRAINDIKACE GESTAGENNÍ ANTIKONCEPCE.....	24
3.2 FORMY GESTAGENNÍ ANTIKONCEPCE	25
3.2.1 Gestagenní perorální antikoncepce	25
3.2.2 Depotní medroxyprogesteron acetát (DMPA)	25
3.2.2.1 Užívání DMPA	26
3.2.2.2 Indikace užívání DMPA	26
3.2.3 Subkutánní implantáty	27
3.2.3.1 Aplikace subkutánní antikoncepce	27
3.2.3.2 Druhy subkutánních implantátů.....	27
3.2.4 Nitroděložní kontracepční systém s levonorgestrem (LNG - IUS).....	28
3.2.4.1 Příznivé vedlejší účinky LNG - IUS.....	28
3.2.4.2 Kontraindikace a komplikace LNG - IUS	29
4 POSTKOITÁLNÍ ANTIKONCEPCE (EC)	30
4.1 DRUHY POSTKOITÁLNÍ ANTIKONCEPCE	30
4.1.1 Yuzpeho metoda.....	30

4.1.2	Podání gestagenu levonorgestrelu	31
4.1.3	Ulipristalacetát jako postkoitální antikoncepce	31
4.1.4	Mifepriston jako postkoitální antikoncepce	31
4.1.5	Nitroděložní tělísko jako postkoitální antikoncepce	31
II	PRAKTICKÁ ČÁST	33
5	METODIKA PRÁCE.....	34
5.1	CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	34
5.2	UŽITÁ METODIKA VÝZKUMU	34
5.3	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	35
6	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	36
7	DISKUZE	57
7.1	POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINÝMI VÝZKUMY	57
7.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	58
	ZÁVĚR	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	62
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	65
	SEZNAM TABULEK.....	67
	SEZNAM GRAFŮ	68
	SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

„Mezi lidmi panuje názor, že antikoncepce je něco nepřirozeného, násilného, co by se dospívajícím dívkám nemělo dávat vůbec, protože by to mohlo na jejich vyvíjejícím se organismu zanechat trvalé následky. Z tohoto důvodu se mladým lidem doporučuje především kondom. Občas se doporučují i spermicidní krémy a čípky jako „šetrné“, protože jsou nehormonální. Pomineme-li nyní otázku, proč by hormonální mělo být nešetrné, vadí u těchto chemických metod jejich malá spolehlivost. U mladistvých nepřipadá v úvahu ani žádná nitroděložní antikoncepce. Jednak zvyšuje riziko zánětu a špatně se zavádějí, protože děvčata v této věkové skupině za sebou ještě obvykle nemají porod. Pro dospívající dívky se tedy jako optimální antikoncepční metoda jeví kombinované hormonální antikoncepce. Podávání hormonální antikoncepce nemá žádný vliv na budoucí plodnost ani na budoucí pravidelnost menstruačního cyklu. Jediná výhrada proti hormonální antikoncepci v teenagerské věku, je snad jen šíření obávaných pohlavních chorob“ (Barták, 2006, s. 115- 116).

Bakalářskou práci na téma „Současné trendy v užívání hormonální antikoncepce“ jsme si zvolili z toho důvodu, že se domníváme, že většina žen a hlavně mladých dívek je velmi málo informována o nejnovějších a dostupných metodách, které zabraňují nechtěnému početí. Chtěli bychom se také dozvědět, jaké metody hormonální antikoncepce mladé dívky nejčastěji využívají a z jakého důvodu začaly hormonální antikoncepci užívat. Zda dívky začaly hormonální antikoncepci užívat z důvodu zabránění nechtěného těhotenství nebo například z důvodu nepravidelnosti menstruačního krvácení. Dále by nás zajímalo, zda jsou mladé dívky informovány o dostupné postkoitální antikoncepci bez lékařského předpisu a zda tuto možnost antikoncepce někdy využily. Proto jsme toto šetření zaměřili na tuto problematiku, abychom zjistili, zda jsou již mladé dívky dobře informovány o všech dostupných metodách hormonální antikoncepce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE (HA)

Antikoncepce je primární prevencí nechtěného otěhotnění a tedy i porodu nechtěného dítěte. Tyto stavy, které při doslovném pojmání definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace, lze hodnotit jako nemoc. Právo rozhodnout se, zda a kdy mít děti, je zakotveno v Prohlášení teheránské konference OSN o lidských právech z roku 1968, Světovém akčním populačním plánu z roku 1974, Úmluvě o odstranění všech diskriminací žen, Úmluvě o právech dítěte z roku 1989, Světové deklaraci o přežití, ochraně a rozvoji dětí i Akčním programu mezinárodní konference Spojených národů o populaci a rozvoji ICPD z roku 1994 (Fait, 2012, s. 10).

Antikoncepci lze rozdělit na reverzibilní s jednoduchým návratem plodnosti po jejím vysazení a ireverzibilní. Z reverzibilních metod antikoncepce je v současnosti u nás nejužívanější hormonální forma antikoncepce. Ovlivňuje nejen funkci hypotalamo - hypofyzo - ovariální osy, ale přímo i další hormonálně závislé procesy. Ireverzibilní antikoncepce ukončuje přirozenou možnost oplodnění (Fait, 2012, s. 13).

Hormonální antikoncepce tvoří v našich podmínkách nejpoužívanější metodu. Společá se na ně 46 % žen fertilního věku (od 15 - 49 let) žijících v České republice. Dominantním mechanismem antikoncepčního účinku je zabránění ovulace, zpomalení peristaltického vlnitého pohybu vejcovodů od jejich ústí v malé pánvi k jejich vyústění do dělohy a tím brzdí pohyb zralého vajíčka ke spermií. Gestagenní složky hormonální antikoncepce zhušťují hlenovitý sekret v děložním hrdle, což se stává pro spermie a další mikroorganismy neprostupným. Užívání hormonální antikoncepce také ovlivňuje růst sliznice v děloze a její nízká vrstva je též nepříznivá pro uhnízdění vajíčka (Nouzová, 2010, s. 47).

Hormonální antikoncepci lze rozdělit podle složení na čistě gestagenní a kombinovanou estrogen - gestagenní (Fait, 2012, s. 13).

1.1 Etické a právní aspekty antikoncepce

„Moderní pohled antikoncepce zahrnuje antikoncepci do širšího rámce lidských práv. Závažným etickým přínosem moderní spolehlivé antikoncepce jsou důsledky jejího užívání a snížení počtu interrupcí. Kolerace mezi procentem žen užívajících spolehlivou antikoncepci s počtem interrupcí je jednoznačná a antikoncepce zůstává jedinou známou cestou, jak počet interrupcí snížit na minimální hodnoty. Jediná významná skupina, která stojí proti moderní antikoncepci, je katolická církev“ (Rožtočil, 2011, s. 106).

Antikoncepce nesleduje léčebný cíl, který se vztahuje na obecná ustanovení o poskytování zdravotní péče. Z těchto ustanovení je zásadní požadavek postupovat v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Dále je lékař povinen informovat o způsobu užívání, spolehlivosti a možných komplikacích. Užívání antikoncepce pochopitelně podléhá ze strany lékaře povinné mlčenlivosti. U dívek mladších 18 let se všeobecně přijímá právní výklad, že o užívání antikoncepce mohou rozhodnout samy a souhlas rodičů není zapotřebí. U dívek mladších 15 let je právní situace velmi komplikovaná. U žen zbavených svéprávnosti může o užívání antikoncepce rozhodnout soudem stanovený opatrovník. U žen s duševní poruchou, které nejsou zbaveny svéprávnosti, a kde o antikoncepci žádá rodina, záleží na individuálním posouzení lékařem (Roztočil, 2011, s. 107).

1.2 Rozdělení hormonální antikoncepce

V současnosti se využívá řada antikoncepčních metod jak u žen, tak i u mužů a pro každou ženu nebo pár je vhodná jiná metoda. Výběr metody je závislý na věku, zdravotním stavu, frekvenci pohlavních styků, počtu partnerů, počtu porodů a svou úlohu má i světový názor. V současnosti se používá řada antikoncepčních metod jak u žen, tak i u mužů (Vránová, 2010, s. 27). Hormonální antikoncepční prostředky jsou syntetické steroidy, estrogeny a progestiny, které se užívají se ve formě kombinované, sekvenční a trojfázové antikoncepce (Kobilková, 2005, s. 189).

Kombinovaná hormonální antikoncepce obsahuje vždy estrogen i progestin. Estrogen v dávce 30 - 35 µg s progestinem 0,5 - 0,075 mg v jedné tabletě ve stejném poměru, celkem obsahuje 21 tablet. Dále zahrnuje sekvenční, což jsou progestiny, které se přidávají k estrogenům až v druhé polovině cyklu, proto jsou tablety dvojí: dvoufázová antikoncepce a trojfázová antikoncepce, která má tablety s estrogenem a progestinem v různém poměru. Množství estrogenů v sadě tablet může v první, druhé a třetí třetině stoupat současně s gestageny (Kobilková, 2005, s. 189). Charakteristickým znakem pro tento typ je pravidelné cyklické krvácení v období týdenní pauzy během podávání. Existují však též způsoby podání s prodlouženým cyklem nebo aplikace dlouhodobá, kdy je krvácení z rodidel méně časté, nebo úplně chybí. Můžeme se s ní setkat ve formě tablet, náplastí a vaginálního systému (Křepelka, 2010, s. 1).

Čistě **gestagenní** antikoncepce obsahuje jen progestin. Typickým je, že se podává nepřetržitě a že krvácení nenastává nebo se může dostavit nepravidelně či velmi slabě. Tato antikoncepce je ve formě tablet, injekcí a podkožního implantátu. Zvláštním typem této

antikoncepce je nitroděložní systém obsahující progestin, který se v děložní dutině po dobu pěti let uvolňuje (Křepelka, 2010, s. 1).

Postkoitální antikoncepce je směsí estrogenů a gestagenů ve vyšších dávkách. Obsahuje ethinylestradiol 50 mg, levonorgestrel 0,5 mg ve čtyřech tabletách. Do progestinové hormonální antikoncepce patří levonorgestrel 0,75 mg v tabletě (Kobilková, 2005, s. 190).

1.3 Spolehlivost antikoncepce (Pearl index)

Spolehlivost antikoncepčních metod se vyjadřuje tzv. těhotenským číslem, tj. počtem nežádoucích otěhotnění u 100 žen používajících danou metodu nepřetržitě po dobu jednoho roku (Vránová, 2010, s. 26).

Přesněji se k vyjádření účinnosti a spolehlivosti antikoncepce používá tzv. Pearlova indexu, který se vypočítává takto: počet nežádoucích otěhotnění $\times 12 \times 100$: počtem sledovaných cyklů. Nízký index znamená vysoký stupeň spolehlivosti, vysoký naopak nízkou spolehlivost. Při volbě antikoncepčních prostředků je nutno brát v úvahu nejen přednosti metody, což je spolehlivost, ale i její riziko a nežádoucí účinky (Vránová, 2010, s. 27). Stanovení Pearlova indexu naráží na četné metodologické problémy a jeho hodnoty je nutno brát jako přibližné. Důležité je, že obecně klesá s věkem, protože s věkem klesá i přirozená plodnost ženy a obvykle klesá i počet pohlavních styků. Nezávisle na věku klesá s délkou používání antikoncepční metody (Roztočil, 2011, s. 106).

Nejčastější příčinou selhání antikoncepce je chyba při užívání. U hormonální antikoncepce je to opomenutí užití tablety. Toto riziko opomenutí se snižuje u aplikačních systémů podávaných jednou týdně nebo jednou měsíčně. Nižší riziko je také u dlouhodobých reverzibilních antikoncepčních metod. Tyto metody se aplikují na dobu delší než jeden menstruační cyklus a jsou představovány nitroděložními tělísky a gestagenními depotními přípravky. (Fait, 2012, s. 15).

2 KOMBINOVANÁ HORMONÁLNÍ ANTIKONCEPCE

Metoda kombinované hormonální antikoncepce spočívá v cyklickém a v menší míře, kontinuálním užívání. Zahrnuje kombinaci estrogenu, téměř výhradně etinylestradiolu, využívá se také estradiol valerát a progestin. Kombinovaná hormonální antikoncepce se užívá cyklickým způsobem, to znamená, že po 21 - 24 dnech následuje čtyř- až sedmidenní přestávka v užívání. Během ní je antikoncepční ochrana zachována a nastupuje pseudo-menstruační krvácení. Oblíbenější je užívání v dlouhých cyklech, případně i stejně dlouhých, nebo zcela kontinuální užívání. K takovému způsobu aplikace se hodí pouze jednofázové přípravky (Roztočil, 2011, s. 111).

Kombinované hormonální antikoncepce jsou na trhu v podobě tablet tzv. pilulek, obsahují-li méně než 50 µg etinylestradiolu, používá se někdy termínu mikropilulky. Dále jsou ve formě náplastí a vaginálního kroužku (Roztočil, 2011, s. 112).

V současné době je na trhu asi 40 kombinovaných pilulek. Pearlův index je u ideální uživatelky (ženy, které neudělaly v užívání antikoncepce žádnou chybu) kombinovaných pilulek asi 0,2 což jsou dvě těhotenství na 1 000 žen za rok. Ženy ale také občas udělají v užívání antikoncepce chybu, a proto u běžné uživatelky je Pearlův index zhruba 0,4 (Kučelová, 2004, s. 2).

Vyšetření doporučená při nasazení kombinované hormonální antikoncepce zahrnují řádnou anamnézu, preventivní onkogynekologickou prohlídku, měření krevního tlaku před nasazením, dále pak za tři měsíce a dále jednou ročně. U rizikových žen jaterní testy a trombofilní mutace. Po třech měsících užívání hormonální antikoncepce je vhodná kontrola jaterních testů i u nerizikových žen, pokud je výsledek v normě, tak jsou další kontroly zbytečné (Fait, 2012, s. 18).

2.1 Farmakologie

„COC (kombinovaná perorální kontracepce) lze rozdělovat podle konstrukce, tedy podle dávky estrogenu a progestinu v jednotlivých tabletách měsíčního balení. Pokud jsou dávky obou složek konstantní, jde o monofazický přípravek, zvýšení dávky progestinu v druhé polovině cyklu je charakteristické pro bifazický modul, trifazické přípravky mění dávku dvakrát, případně současně mění dávku EE (ethinylestradiol). V kombifazické konstrukci se v polovině cyklu změní hladina EE i progestinu“ (Fait, 2012, s. 20). Ve většině dostupných COC je jako estrogenní složka použit ethinylestradiol. Ten zcela nahradil dříve

užívaný mestranol. Nově se objevují přípravky s estradiol valerátem a estradiolem. Ethilestradiol má významné metabolické ztráty v sliznici střeva a v játrech (Fait, 2012, s. 22).

Progestiny v kombinované hormonální antikoncepci lze označit jako reziduálně androgenní- noresthisteron, lynestrenol, levonorgestrel a slabě androgenní až s téměř nulovou reziduální androgenní aktivitou- desogestrel, gestoden, norgestimát. A dále jako antian-drogenní- cyproteron acetát, chlormadinon acetát, dienogest, drospirenon (Fait, 2012, s. 22 - 23).

2.2 Mechanismus účinku COC

Mechanismus jejího účinku tohoto druhu antikoncepce je kombinovaný. Dominantní je inhibice ovulace ovlivněním zpětných vazeb v ose hypotalamus- hypofýza- ovarium. Přidává se vliv progestinu na motilitu vejcovodů, atrofuje sliznice a dochází ke zhuštění cervikálního hlenu, který se působením progestinu stává hůře prostupný pro spermie. Tento poslední antikoncepční mechanismus snižuje současně výskyt pánevního zánětu (Fait, 2012, s. 18).

2.3 Užívání kombinované hormonální antikoncepce

Klasickou hormonální tabletu užívají ženy jednou za 24 hodin. Naprostá pravidelnost užívání je ideální, ovšem tableta nemusí být užívána na minutu přesně (Uzel, 1999, s. 90). Pokud žena i po dvanáctihodinovém zpoždění užití tabletky antikoncepci neužije, lze tento prohřešek prominout. Nutné je dodržení již zmíněného 24 hodinového intervalu (Uzel, 1999, s. 91). Nepravidelné užívání totiž může vést nejen ke ztrátě antikoncepčního účinku, ale také k nepravidelnosti menstruačního krvácení. Snad největší chyby v užívání dělají velmi mladé dívky mezi 15 - 19 rokem života (Uzel, 1999, s. 92).

Jednou z četných výhod kombinované kontracepce je možnost, že si ženy mohou kontrolovat pravidelnost děložního krvácení. Zatímco některé ženy trvají na pravidelném měsíčním krvácení, jiné by daly přednost amenoree. Z historického pohledu do dob, kdy ženy rodily větší množství dětí a dlouho kojily, je amenorea přirozenější stav než pravidelná menstruace. Vedle amenorey, kterou si může žena využít například při dovolené, zaměstnání, životnímu stylu, můžeme najít množství zdravotních indikací, které nastolují kontinuální užívání kombinované antikoncepce. K těmto indikacím patří endometrióza, premenstruační syndrom, hyperandrogenní syndrom, dysmenorea, hypermenorea, dysfunkční

krvácení, hematologické nemoci, neurologické potíže vázané na menstruační cyklus, mentální postižení nebo ochrana gonád při chemoterapii (Fait, 2012, s. 39).

Antikoncepční účinek může být výrazně snížen při užívání některých léků. Na prvním místě jsou to širokospektrální antibiotika. Na užívání antikoncepce z důvodu užívání jiných léků či před plánovanou operací nebo v případě úrazu, kdy je nutná dlouhodobá imobilizace, by měla žena upozornit svého lékaře (Uzel, 1999, s. 93).

2.3.1 Začátek užívání COC

Kombinovaná hormonální antikoncepce se začíná užívat první den menstruace, pak je nástup účinku od prvního dne užívání. COC se také může začít užívat nebo druhý až pátý den od začátku menstruace, pak je nástup účinku od osmého dne užívání. V zásadě je možno začít s užíváním i jindy, v tomto případě je nástup účinku od osmého dne užívání (Roztočil, 2011, s. 113).

2.3.2 Postup při chybě v užívání COC

Tolerance chyby při užívání je dvanáct hodin. Překročí-li se tato doba, platí následující pravidla. Chyba v prvním týdnu užívání je riziková chyba, spolehlivost může být snížena už sedm dní před chybou. Opětný nástup normálního účinku nastává od osmého dne dalšího užívání. Chyba ve druhém týdnu užívání je neriziková chyba. Při chybě ve třetím týdnu užívání se doporučuje buď udělat ihned obvyklou sedmidenní pauzu, nebo v lepším případě pokračovat v užívání a následující sedmidenní pauzu vynechat. Pak je spolehlivost zachována. Také zvracení může narušit spolehlivost perorální antikoncepce, nastane-li do tří až čtyř hodin po spolknutí tablety, tak je zapotřebí vzít tabletu náhradní (Roztočil, 2011, s. 114).

2.3.3 Praktické poznámky k užívání kombinované hormonální antikoncepce

U žen starších 35 let jsou vhodné přípravky s velmi nízkým dávkováním a s progestinem bez androgenního účinku. Naopak u žen mladších 20 let se doporučují spíše přípravky s tzv. nízkým dávkováním. Ženy, které požadují možnost prodlužování cyklu podle potřeby nebo chtějí používat antikoncepci kontinuálně, jsou doporučovány jednofázové přípravky. Pokud ženy vyžadují výrazný vliv na mastnou pleť a akné, bývají voleny přípravky s antiandrogenním progestinem a spíše s tzv. nízkým dávkováním. Při obávaném váhovém přírůstku nebo při premenstruačním syndromu jsou vhodné přípravky s drospirenonem. U žen, které vyžadují tzv. přirozenou antikoncepci, je doporučován pří-

pravek s estradiol valerátem (Roztočil, 2011, s. 113). U žen ve fertilním věku, kterým byla diagnostikována rakovina či se léčí na určitý karcinom se doporučuje, aby se vyhnuly užívání kombinované hormonální antikoncepce, protože může dále docházet ke zvýšení rizika žilní trombembolie. V tomto případě lze považovat za nejvhodnější metodu antikoncepce nitroděložní tělíčko bez obsahu hormonů (Patel and Schwarz, 2012).

2.4 Příznivé vedlejší účinky kombinované hormonální antikoncepce

Kombinovaná hormonální antikoncepce snižuje riziko sideropenické anémie, vzniku pánevního zánětu, funkčních ovariálních cyst, karcinomu ovaria, karcinomu endometria, mimoděložního těhotenství, dysmenorei, kongestivní pelipatie, krvácení a riziko hyperandrogenního syndromu. Mezi další vedlejší účinky, dosud však neprokázané, se dá zařadit snížení rizika vzniku benigní nemoci prsu, kolorektálního karcinomu, děložních myomů, revmatoidní artritidy, thyreopatie a žaludečních vředů (Fait, 2012, s. 27).

Kombinovaná hormonální antikoncepce výrazně snižuje riziko karcinomu endometria a ovaria. Pokles rizika je úměrný délce užívání antikoncepce a přetrvává dlouhodobě i po jejím skončení a patrně i celoživotně. Snižuje také výskyt dysplázie a fibroandrogenu prsu a funkčních ovariálních cyst. Odstraňuje subjektivní potíže, hlavně tedy bolesti u žen s endometriózou a je snížen výskyt pánevní zánětlivé nemoci, v souvislosti se změnou struktury cervikálního hlenu (Roztočil, 2011, s. 112).

Kombinovaná hormonální antikoncepce je léčbou první volby u dysmerooorey. Především přípravky obsahující drospirenon mají příznivý vliv na premenstruační syndrom. Lze ji využít v terapii a prevenci amenorey, oligomenorey, polymenorey, dysfunkčního krvácení, hypermenorey a ovulačního krvácení. Pokud se kombinovaná hormonální antikoncepce užívá kontinuálně, má také terapeutický účinek u menstruační migrény a katameniální epilepsie (Roztočil, 2011, s. 112).

2.5 Zdravotní rizika a komplikace hormonální antikoncepce

Při užívání hormonální antikoncepce se může vyskytnout krvácení či špinění z průniku, často v prvním cyklu užívání. Většinou ze začátku užívání se může objevit citlivost v prsou nebo nevolnost. Může také docházet k retenci moči v organismu, kdy jsou příčinou přípravky obsahující androgenní progestin. Dochází také k mírným hormonálním změnám a to ke zvýšení hladiny HDL - cholesterolu a poklesu hladiny LDL - cholesterolu, což nemá nejspíš klinický význam. Mírně sloupá i hladina prolaktinu. Při užívání kombi-

nované hormonální antikoncepce dochází k nevýznamnému vzestupu krevního tlaku a riziko infarktu myokardu není zvýšeno u užívání moderních přípravků s progestiny bez androgenní aktivity. Kombinovaná hormonální antikoncepce ale zvyšuje riziko hluboké žilní trombózy, ohroženy jsou především nositelky trombofilních mutací (Roztočil, 2011, s. 112).

Mezi nejčastější komplikace v užívání hormonální antikoncepce, které vedou k přerušování jejího užívání, patří nepravidelnosti menstruačního cyklu zejména ve smyslu krvácení a přibírání na hmotnosti. **Mezi vzácné komplikace** jsou někdy řazeny migrény, změny libida, kožní změny, tvorba akné, změny nálady, emoční labilita, zvracení a nesnášenlivost kontaktních čoček (Fait, 2012, s. 27).

2.5.1 Riziko tromboembolické nemoci (TEN)

TEN se v populaci vyskytuje s incidencí 1 : 1000, ve věku do 45 let jen 1 : 10 000. Kombinovaná hormonální antikoncepce je jedním z nejčastějších získaných rizikových faktorů. Příčina je vždy multifaktoriální. Nejčastěji musíme na riziko TEN u uživatelék kombinované hormonální antikoncepce myslet při imobilizaci po operaci či při dlouhodobé operaci a také v kombinaci s dalšími rizikovými faktory. Pečlivě odebraná anamnéza může odhalit vyšší riziko TEN (Fait, 2012, s. 29).

Nasazení COC vede ke zvýšení hladin koagulačních faktorů, snížení inhibitorů srážení a změnám fibrinolýzy. U žen, které mají pozitivní rodinnou anamnézu TEN, je vhodné vyšetření vrozených trombofilií, jako je Leidenská mutace nebo hyperhomocysteinémie. Jednou z cest snížení rizika TEN je snižování dávky estrogenu (Fait, 2012, s. 30- 31).

2.6 Kontraindikace užívání COC

Uváděné relativní a absolutní kontraindikace se dle různých autorů liší mírně. Při užívání COC je nutno počítat s mírným zvýšením hladiny prolaktinu, přesto hyperprolaktinémie není absolutní kontraindikací COC. Nejčastější nežádoucí účinky mají charakter dyskomfortu a nemají vliv na ohrožení zdraví ženy. Můžeme zde zařadit bolest hlavy, podrážděnost, zvětšení a napětí prsou, zvýšení hmotnosti (Fait, 2012). V běžné praxi jsou tyto kontraindikace spíše přeceňovány než podceňovány a mnohé byly v minulosti založeny pouze na spekulacích, které se v budoucnu nepotvrdily (Čepický, 2005).

2.6.1 Absolutní kontraindikace

K absolutním kontraindikacím patří například **šestinedělí**. U žen, které nekojí je doba kontraindikace tři týdny, u kojících žen je to doba do konce šestinedělí. Další kontraindikací je kouření více jak patnácti cigaret denně u žen ve věku na 35 let (Čepický a Líbalová, 2008). Dále **hypertenze** o hodnotách vyšších jak 160 / 100 mm Hg a hypertenze s arteriálními komplikacemi (Roztočil, 2011, s. 113). Zvýšené riziko dále představuje hluboká **žilní trombóza** či známé trombofilní mutace, jako je deficit antitrombinu III, deficit proteinu C, faktor V leiden v homozygotní formě. Dále sem řadíme komplikované **srdeční vady**, anamnestickou ischemickou chorobu srdeční či prodělanou cévní mozkovou příhodu (Čepický a Líbalová, 2008). **Migréna** s aurou či bez aury je další absolutní kontraindikací užívání kombinované hormonální antikoncepce, ale pouze u žen starších než 35 let, vznikla-li během užívání COC (Roztočil, 2011, s. 113). Pět let po léčbě karcinomu prsu je též kontraindikací užívání kombinované hormonální antikoncepce, stejně jako dekompenzovaná cirhóza jater či aktivní virové hepatitis (Čepický a Líbalová, 2008).

2.6.2 Relativní kontraindikace

K relativním kontraindikacím můžeme zařadit například kojení po šesti měsících po porodu, **kouření** méně jak patnácti cigaret denně u ženy starší 35 let. Přítomnost několika faktorů zvyšující riziko arteriálních i kardiovaskulárních příhod jsou také relativní kontraindikací k užívání COC. Mezi tyto faktory patří kouření, hypertenze, hyperlipidemie, diabetes mellitus či rodinná zátěž s arteriální a venózní příhodou (Čepický, 2005). Mezi další časté relativní kontraindikace můžeme zařadit neléčenou či kolísavou hypertenzi, **migrénu** bez aury u ženy starší 35 let, migrénu bez aury u ženy mladší 35 let pokud vznikla během užívání antikoncepce a **karcinom prsu** po dobu pěti let po skončení léčby (Roztočil, 2011, s. 113).

2.7 Trendy v kombinované hormonální antikoncepci

Ve skoro čtyřicetileté historii hormonální kombinované antikoncepce můžeme nepochybně sledovat snižování množství estrogenu v tabletce. Ženy preferují užívání monofázických tabletek, které mají v každé tabletce stejné množství estrogenu a progestinu. V poslední době se objevují stále jiné formy kombinované hormonální antikoncepce, jako jsou například antikoncepční náplasti či kombinované antikoncepční injekce. Ženy si stále častěji vybírají preparáty, které obsahují progestiny a které jsou kromě antikoncepční spo-

lehlivosti obohaceny antiandrogenní a antimineralokortikoidní aktivitou (Kuželová, 2004, s. 2).

2.7.1 Kombinovaná injekční kontracepce (CICs)

Intramuskulární aplikace souboru estrogenu a progestinu vytvoří hormonální depo, které konstantně uvolňuje látky do krevního oběhu a zajistí tak kontracepční účinek podobně jako orální forma kombinované hormonální antikoncepce. Injekční kombinovaná kontracepce je tvořena 25 mg medroxyprogesteron acetátu a 5 mg estradiol cypionátu. Zajistí spolehlivý antikoncepční efekt při aplikaci jedenkrát měsíčně. Mechanismus účinku, kontraindikace, vedlejší účinky a bezpečnost jsou obdobné jako u orální kombinované antikoncepce. Oproti gestagenní injekční antikoncepci se nevyskytuje tak často průnikové krvácení a obnovení fertility nastává okamžitě po ukončení aplikace přípravku (Křepelka, 2007).

2.7.2 Kombinovaná kontracepční náplast

Kombinovaná matrixová náplast o rozměrech 4,5 x 4,5 cm, uvolňuje transdermálně 6 mg ethinylestradiolu a 0,6 mg norelgestrominu (Fait, 2012, s. 41). K uvolňování těchto látek dochází denně po dobu jednoho týdne. Náplasti jsou aplikovány po dobu tří týdnů s týdenní pauzou, kdy nastává krvácení, z důvodu rychlého poklesu hormonů (Křepelka, 2007). Místo umístění náplastí se doporučuje na vnitřní plochu paže (Barták, 2006, s. 102). Efektivita, bezpečnost, kontraindikace a vedlejší účinky jsou analogické s kombinovanou orální kontracepcí. Účinnost kontracepčních náplastí může být snížena u žen s tělesnou hmotností nad 90 kg (Křepelka, 2007).

Náplasti mají nepochybnou výhodu, zajišťují trvalou plynulou dodávku hormonů do organismu. Jejich hladina nezávisí na pravidelném každodenním užívání perorálních tablet, což ocení zejména ženy, které s tímto mají potíže. Při užívání antibiotik nehrozí ani snížení antikoncepčního účinku při použití náplasti (Barták, 2006, s. 101). Na rozdíl od perorální formy antikoncepce, vykazuje transdermální forma nižší riziko tromboembolické nemoci (Fait, 2012, s. 41). Jednou z nevýhod používání náplastí je jejich viditelnost. Náplast se také může odlepit, i když je navržena tak, aby vydržela i delší pobyt ve vodě (Barták, 2006, s. 101).

2.7.3 Kombinovaný vaginální systém

Kombinovaná hormonální kontracepce ve formě vaginálního kroužku využívá toho, že pochva ženy je schopna absorbovat steroidní hormony. Systém lze snadno umístit do pochvy, kde uvolňuje konstantní minimální množství k zajištění kontracepčního účinku: 15 µg EE a 0,12 mg etonogestrelu (Křepelka, 2007). Kroužek je o tloušťce 4 mm, zevním průměru 54 mm a je tvořen plastem, v němž jsou navázány účinné látky (Fait, 2012, s. 42). Vaginální kroužek si zavádí uživatelka do pochvy na dobu tří týdnů. V průběhu čtvrtého týdne po jeho vyjmutí nastává pseudomenstruační krvácení. Metoda je velmi dobře tolerována oběma partnery. Vedlejší účinky jsou minimální. Navrácení plodnosti nastává okamžitě po ukončení užívání (Křepelka, 2007). Některé studie však naznačující, že hormonální terapie může zhoršit glukózovou toleranci a rozšířit inzulinovou rezistenci u zdravých žen. Inzulinová rezistence je nejlépe zdokumentovaný metabolický účinek progesteronu. Mnohé studie také dokázaly, že gestagenní součást kombinované antikoncepce navozuje poruchu citlivosti na inzulin a zvyšuje inzulinovou odpověď po glukóze u zdravých uživatelék. Vzhledem k tomu, že orální kombinovaná antikoncepce může zhoršit citlivost na inzulin, může její užívání zhoršovat již narušení metabolismus glukózy, a to zejména u obézních žen a žen se syndromem polycystických ovarií. Z tohoto hlediska se jeví vaginální hormonální antikoncepce jako nejvhodnější pro tyto ženy (Elkind - Hirsch a Darenbourg, 2007).

2.7.4 COC s antiandrogenní aktivitou

Tato forma hormonální antikoncepce je vhodná pro ženy, které trpí akné, mastnou pleť, nadměrných ochlupením mužského typu či plešatěním. Je také první volbou užívání při léčbě hyperandrogenního syndromu. Hyperandrogenní syndrom (syndrom polycystických ovarií) nelze léčit, pouze lze snížit progresi tohoto onemocnění (Kuželová, 2004, s. 3). Antiandrogenní účinek COC závisí na antiandrogenně působícím progestinu. Mezi nejčastější užívaný androgen patří cyproteron acetát (Rulcová, 2005, s. 226). Cyproteron acetát je hormon, který blokuje účinek androgenů na buňky. Proto je účinný při léčbě akné, nežádoucího ochlupení a jiných kosmetických problémů (Barták, 2006, s. 65). Pro zamezení poruch menstruačního cyklu a zajištění antikoncepčního účinku se kombinuje s estrogeny (Rulcová, 2005, s. 226).

2.7.5 COC s antimineralokortikoidní aktivitou

Tato forma antikoncepce s antimineralokortikoidní aktivitou je vhodná pro ženy, které při užívání jiné formy antikoncepce trpí na otoky, přibývání na hmotnosti, napětí a bolest prsou či premenstruační syndrom (Kuželová, 2004, s. 3).

2.7.6 Nové progestiny používané v COC

Současné metody se snaží o zlepšení snášenlivosti COC cestou vývoje progestinů. Nové progestiny jsou někdy řazeny na takzvané čtvrté generace, kde patří **dienogest, drospirenon, nestoron, nomegestrol acetát a trimegeston** (Fait, 2012, s. 44 - 45).

Dienogest (DNG) je derivát 19 - nortestosteronu s minimální antiestrogenní a významnou antiandrogenní aktivitou. Jsou prokázány vlivy na CNS a endometrium, protektivním účinkem na kosti a je také výborně snášen (Fait, 2012, s. 45).

Některé studie ukazují, že nežádoucí účinky, jako napětí prsů, bolest hlavy, nevolnost, deprese a otoky se po třech měsících užívání pohybovaly pod hranicí 5 %. U 80 % uživatelů došlo ke zlepšení kožních projevů, zejména akné (Fait, 2012, s. 46).

2.7.7 Nové estrogeny používané v COC

Dominantním estrogenem je **ethinylestradiol**. Nevýhodou ethinylestradiolu proti estradiolu je, že ovlivňuje funkci cytochromu a tvorbu bílkovin v játrech, teoreticky to vysvětluje zvýšení rizika trombembolické nemoci. Pearl index je 0,42 (Fait, 2012, s. 49).

Hlavním přirozeným estrogenem lidského organismu je **17 β - estradiol**, tedy E2. Při perorálním podání je v játrech rychle metabolizován na estron, k této přeměně dochází i ve tkáních. Tento estrogen má také minimální vliv na jaterní funkce (Fait, 2012).

3 GESTAGENNÍ ANTIKONCEPCE

Gestagenní kontracepce se proti kombinované hormonální antikoncepci liší aplikační formou a použitým gestagenem. Všechny formy gestagenní antikoncepce díky dávce použitého hormonu ovlivní vazkost cervikálního hleny, růst endometria, motilitu vejcovodu a narušení folikulogeneze (Fait, 2012, s. 55). Z čehož vyplývá mechanismus účinku této antikoncepce, kdy pod vlivem gestagenu je cervikální hlen sporný, vazký a zcela neprostupný pro spermie. Dále dochází k blokádě ovulace, na základě negativní zpětné vazby progesteronu (Kuželová, 2004, s. 3).

V začátku užívání gestagenní antikoncepce nejsou nutná žádná laboratorní vyšetření. Doporučuje se pouze zjistit podrobnou anamnézu a provést preventivní onkologické vyšetření (Fait, 2012, s. 55).

Aplikace gestagenní antikoncepce může být spojena s amenoreou, což nebývá problémem, ovšem žena musí být o tomto efektu dobře informována. Některé ženy dávají dokonce amenoree přednost. Obdobně je možné se setkat zejména na počátku užívání s nepravidelným krvácením či špiněním (Fait, 2012, s. 56).

Moderní gestagenní antikoncepce funguje stejně spolehlivě a bezpečně jako kombinované přípravky (Nouzová, 2010, s. 50). Čistě gestagenní antikoncepce je doporučována u žen, kterým bylo kontraindikováno užívání estrogenů a kombinované kontracepce. Také u žen se zvýšeným rizikem tromboembolické nemoci, hypertenze, srdečních vad, plicní hypertenze, riziko fibrilace síní, nemoci jater, diabetes mellitus s vaskulárními komplikacemi, subjektivní nesnášenlivost estrogenů, kouření ve věku nad 35 let, kojení, zvýšené riziko karcinomu endometria a opakující se vulvovaginitidy (Fait, 2012, s. 56).

Gestageny mají také neantikoncepční indikace, mezi které patří například poruchy menstruačního cyklu, jako je menometroragie či polymenorea. Dále hyperplazie endometria, endometrióza, vaskulární migréna a klimakterický syndrom. Gestagenní antikoncepce až o 80 % snižuje riziko karcinomu endometria. Gestagenní antikoncepce nemá protektivní vliv na kostní hmotu jako kombinovaná hormonální antikoncepce (Fait, 2012, s. 57).

3.1 Kontraindikace gestagenní antikoncepce

Kromě těhotenství a karcinomu prsu nemá gestagenní antikoncepce absolutní kontraindikace. V některých doporučeních je jako kontraindikace uvedena cévní mozková příhoda a akutní žilní trombóza. Mezi relativní kontraindikace můžeme zařadit ischemickou

chorobu srdeční, akutní tromboembolickou nemoc, migrénu či nadváhu (Fait, 2012, s. 56). Často bývají nepravidelnosti menstruačního cyklu, které někdy přecházejí v amenoreu. Může se vyskytovat zhoršení akné, obzvláště u užívání DMPA. U gestagenní antikoncepce je také zvýšený výskyt funkčních ovariálních cyst. U DMPA nastává během užívání mírný pokles kostní hmoty. Po skončení užívání je reverzibilní a též je možnost hmotnostního přírůstku a pokles libida (Roztočil, 2011, s. 109).

3.2 Formy gestagenní antikoncepce

Gestagenní antikoncepci nalezneme na trhu ve třech podobách. Ve formě tabletek jsou „**minipilulky**“, které jsou citlivé na přesnost užívání. Tato forma antikoncepce je vhodná pro kojící ženy. Aplikace **injekcí** depotního medroxyprogesteronu je další formou gestagenní antikoncepce, která se aplikuje jedenkrát za tři měsíce a uvádí se jako jedna z nejspolehlivějších metod. Třetí možností je gestagenní **podkožní implantát**, který se zavádí pod kůži vnitřní strany nadloktí na 3 roky (Kuželová, 2004, s. 4).

3.2.1 Gestagenní perorální antikoncepce

Čistě gestagenní perorální antikoncepce se užívá jednou denně kontinuálně. Pokud zahájíme užívání od prvního dne menstruačního krvácení je účinek okamžitý. Opětný nástup plodnosti je též okamžitý. V současnosti jediným zástupcem těchto tak zvaných minipilulek je tableta s 0,075 mg desogestrelu. Jde o čistě gestagenní perorální antikoncepci nové generace, která nahradila předchozí lynestrenol. Desogestrel na rozdíl od lynestrenolu mění konzistenci cervikálního hlenu a současně zabraňuje ovulaci. Tato míra inhibice je zachována i při dvanáctihodinovém opomenutí užití tablety. Pearl index činí 0,14 (Fait, 2012, s. 57 - 58).

3.2.2 Depotní medroxyprogesteron acetát (DMPA)

Depotní medroxyprogesteron acetát je mikrokrytalická směs progestinu. Kontracetivního efektu je dosaženo potlačením sekrece folikulostimulačního i luteinizačního hormonu. Kromě toho působí podání medroxyprogesteron acetátu na zvýšení vazkosti cervikálního hlenu. Antikoncepční účinek této metody je velmi vysoký a selhání nastává

v méně než 0,3 % případů. Výhodou metody je vyloučení účinku estrogenů, a je tudíž alternativní metodou u stavů, kdy jsou estrogeny kontraindikovány. Vzhledem k vymizení menstruačního krvácení dochází též k omezení krevních ztrát a nevyskytuje se dysmenorea. Riziko rozvoje karcinomu ovaria a endometria je u uživatelůk menší. K častým nežádoucím vedlejším účinkům patří nepravidelné krvácení z rodidel. Obnovení fertility nemusí nastat okamžitě. Většina žen, které metodu používaly, otěhotní do jednoho roku po ukončení metody. K dalším nežádoucím účinkům patří přírůstek tělesné hmotnosti, nepravidelnosti cyklu, deprese, které se mohou objevovat i dále po vysazení. Tato antikoncepce představuje určité riziko pro adolescenty a mladé ženy, protože při dlouhodobém užívání dochází ke snížení hustoty kostní tkáně (Křepelka, 2007).

3.2.2.1 Užívání DMPA

První injekce by měla být podána během prvních pěti dnů normálního menstruačního cyklu z důvodu vyloučení možnosti těhotenství. U nekojících maminek se doporučuje podat první injekci během prvních pěti dnů od porodu dítěte a u kojících maminek po šestinedělí. Jestliže pacientka přechází z perorální formy antikoncepce na DMPA, tak by první injekce měla být podána během sedmi dnů po užití poslední pilulky (Nouzová, 2012, s. 51). Je zde významná možnost aplikovat první dávku prakticky v libovolné fázi cyklu, i když jiné než doporučené podávání může mít za následek nejen nepravidelné krvácení, ale rovněž nízkou účinnost v prvním měsíci užívání (Fait, 2012, s. 57 - 58). DMPA byl užíván v dávce 150 mg jako intramuskulární aplikace. Ta byla aplikována jednou za jedenáct až třináct týdnů. V současnosti je nahrazována subkutánní injekcí, která se aplikuje do přední části stehna nebo do břicha s nižší dávkou 104 mg v 0,65 ml injekční suspenze v prvních pěti dnech menstruačního cyklu. S rostoucí dobou užívání přípravku si stále méně pacientek stěžuje na nepravidelné krvácení a více jich udává amenoreu (Fait, 2012, s. 57).

3.2.2.2 Indikace užívání DMPA

Depotní preparáty jsou nejlepší volbou pro ženy, u kterých velmi záleží na spolehlivosti metody. Nehrozí zde žádná chyba v pravidelnosti užívání. DMPA není vhodná pro ženy, které plánují těhotenství brzy po vysazení antikoncepce. Návrat fertility je totiž možný průměrně za deset až osmnáct měsíců. Depotní gestagenní antikoncepce je vhodná pro mentálně postižené, u kterých je riziko neochoty spolupracovat. Současně navozená amenorea snižuje náročnost osobní hygieny u těchto pacientek (Fait, 2012, s. 57 - 58). Tato

forma hormonální antikoncepce je vhodná i u kojících žen, ale lze jej samozřejmě užívat i mimo období kojení (Fait, 2012, s. 53).

3.2.3 Subkutánní implantáty

Subkutánní implantáty s obsahem levonorgestrelu jsou na našem trhu již od roku 1991 (Barták, 2006, s. 109). Je to v současnosti jediná dostupná extrahovatelná čistě gestagenní depotní forma antikoncepce. Snadno se zavádí i odstraňuje. Je to flexibilní tyčinka délky 40 mm a tloušťky 2 mm z ethinyl vinyl acetátu obsahující 68 mg etonogestrelu. Etonogestrel v dávce 40 µg tlumí ovulaci a nikoli folikulogenezi, tedy snižuje estrogenní produkci uživatelky. Zavádí se těsně pod kůži nedominantní paže po místním znecitlivění oblasti vpichu. Je prokazatelně účinný po dobu tří let (Fait, 2012, s. 63).

Nežádoucí účinky jsou málo frekventní. V malé míře se může vyskytovat akné, bolesti hlavy, zvýšení hmotnosti a bolesti prsů. V zanedbatelné míře se mohou u žen vyskytnout deprese, alopecie, změny libida, dysmerorea a bolesti břicha (Fait, 2012, s. 63). Společným jmenovatelem všech dostupných implantátů je poměrně vysoká cena, zato uživatelky této metody nemusí na antikoncepci vůbec myslet a navíc je to jedna z nejspolehlivějších metod. Subkutánní implantáty jsou vhodné především u nullipar (Barták, 2006, s. 109).

3.2.3.1 Aplikace subkutánní antikoncepce

Aplikace je doporučována do pátého dne menstruace. Pokud uživatelka v předchozí době užívala kombinovanou orální antikoncepci, tak se implantát zavádí do dne plánovaného zahájení dalšího balení. Při předchozím užívání čistě gestagenní antikoncepce se zavádí současně s poslední tabletkou (Fait, 2012, s. 63 - 64).

3.2.3.2 Druhy subkutánních implantátů

Jsou známy dva typy subkutánních implantátů, etonogestrelové a levonorgestrelové implantáty.

Etonogestrelové implantáty jsou dostupné ve formě plastového implantátu. Její antikoncepční účinek trvá tři roky (Křepelka, 2010, s. 3). Je to jeden implantát tvořený ethylenvinyl acetátem o rozměrech 40 x 2 mm a obsahuje 68 mg etonogestrelu (Křepelka, 2007). Uživatelky uvádějí mezi nejčastější vedlejší účinky nepravidelné krvácení z rodidel, zvýšení tělesné hmotnosti, změny nálad a bolesti prsou (Křepelka, 2010, s. 3).

Levonorgestrelové podkožní implantáty jsou v podobě šesti nebo dvou silastikových implantátů. První systém v podobě šesti implantátů, obsahuje v každém implantátu o rozměrech 34 x 2,4 mm, 36 mg levonorgestrelu. Po umístění do podkoží paže uvolňuje systém levonorgestrel v dávce 80 µg denně. Systém zajišťuje vysoký antikoncepční efekt po dobu pěti let. Druhý z uvedených systémů je tvořen dvěma implantáty 45 x 2,4 mm s obsahem 75 mg levonorgestrelu v každém z nich. Jsou schopni zajistit kontracepční účinek po dobu pěti let (Křepelka, 2007).

3.2.4 Nitroděložní kontracepční systém s levonorgestrem (LNG - IUS)

LNG - IUS je nitroděložní systém, který obsahuje syntetický progestin levonorgestrel. Má tvar písmene T, o rozměrech 32 x 19 mm a je opatřeno vláknem. Obsahuje 52 mg levonorgestrelu, denně se uvolňuje 20 µg, systémová hladina je minimální (Křepelka, 2007). LNG - IUS se zavádí na pět let, kdy je poté možná výměna (Roztočil, 2011, s. 109).

Mechanismus účinku je kombinovaný. Využívá se účinek nemedikovaných nitroděložních tělísek a gestagenní antikoncepce. Účinek je založen na kombinaci nitroděložního tělíska progestinového implantátu (Roztočil, 2011, s. 109).

Metodu LNG - IUS je vhodné doporučit ženám, které již vaginálně rodily a v nejbližších pěti letech neplánují další těhotenství. Dále je tato metoda vhodná pro ženy, kterým bylo kontraindikováno podávání estrogenů a užívání kombinované hormonální antikoncepce. Jako metoda první volby by mohla být u kojících žen, perimenopauzálních žen nebo u žen s hypermenoreou, polymenoreou a dysmenoreou (Čepický, Obula a Dvořák, 2007, s. 1 - 2).

3.2.4.1 Příznivé vedlejší účinky LNG - IUS

Příznivým vedlejším účinkem je hypomenorea až amenorea, kdy dochází k minimálním krevním ztrátám. Účinek progestinu rovněž brání vývoji hyperplazie a karcinomu endometria. Kromě využití v antikoncepci lze LNG - IUS výhodně použít i jako gestagenní složku hormonální substituce postmenopauzy (Roztočil, 2011, s. 109). Fait (2012, s. 86) také uvádí, že je prokázáno snížení rizika mimoděložního těhotenství při aplikaci LNG - IUS.

3.2.4.2 *Kontraindikace a komplikace LNG - IUS*

Pro LNG - IUS platí jako absolutní kontraindikace prokázané či suspektní progestagen - dependentní nádory, jako je například karcinom prsu (Fait, 2012, s. 86). Dále k absolutním kontraindikacím můžeme zařadit choriokarcinom, vrozené vady dělohy, submukózní myomy či nevysvětlitelné krvácení z rodidel. Jako relativní kontraindikace můžeme zmínit aktuální TEN, aktivní jaterní porucha, karcinom prsu v anamnéze a zavedení tělíska není možné ani do 4 týdnů od porodu (Fait, 2012, s. 85).

Čepický, Obula a Dvořák (2007, s. 3) tvrdí, že mezi komplikace, které se mohou vyskytnout při užití nitroděložního kontracepčního systému s levonorgestrem jsou nejčastěji:

- Poruchy menstruačního cyklu.
- Folikulární- ovariální cysty.
- Poranění dělohy.
- Endometritis či jiné závažnější zánětlivé onemocnění pánve

4 POSTKOITÁLNÍ ANTIKONCEPCE (EC)

Poslední kapitolou, kterou se zabýváme, je postkoitální antikoncepce. Záchranná, emergentní, postkoitální antikoncepce někdy uváděna jako intercepce, je určena pro ženy s velmi nízkou frekvencí pohlavních styků (Fait, 2012, s. 75). Není vhodná pro každodenní užití (Uzel, 1999, s. 96). Spíše je vhodná při selhání jiné metody, například prezervativu nebo pro případy náhodného styku (Fait, 2012, s. 75). Je to také metoda, která zabraňuje otěhotnění po pohlavním styku v období ovulace či při zapomenutí tabletky při užívání kombinované perorální antikoncepce. Slíva a Fait (2012, s. 87) uvádí, že není vhodné ji aplikovat častěji než čtyřikrát měsíčně.

Dávka užitých hormonů není tak vysoká, hladina v těle je zvýšena pouze krátkodobě a navíc kromě přechodné žaludeční nevolnosti nehrozí uživateli žádné zdravotní komplikace (Barták, 2006, s. 119).

Účinnost preparátu klesá s dobou, proto se uvádí, že by měla žena užít postkoitální antikoncepci co nejdříve po pohlavním styku. Její účinnost však není stoprocentní. Věk ženy a fáze cyklu nehrají roli (Kuželová, 2006, s. 1).

Na konci roku 2011 jsou v České republice základní typy postkoitální antikoncepce prodejné bez lékařského předpisu s omezením, což znamená, že nesmějí být nabízeny prostřednictvím zásilkového prodeje, vydáváno je jenom jedno balení a nesmějí se prodávat bez lékařského předpisu ženám mladším 16 let. Je vhodné, aby lékárník poučil klientku o správném užití a je potřeba evidovat výdej léčivého přípravku formou hlášení (Slíva a Fait, 2012, s. 86).

4.1 Druhy postkoitální antikoncepce

Zabránění otěhotnění po nechráněném pohlavním styku se dá dvěma způsoby. Prvním způsobem je podání vysoké hormonální dávky. Druhým způsobem je podání gestage-
nu či zavedení nitroděložního tělíska (Barták, 2006, s. 118).

4.1.1 Yuzpeho metoda

Tato metoda je založena na podání vyšší dávky běžné kombinované perorální kontracepce. Podává se 100 µg ethinylestradiolu a 500 µg levonorgestrelu (Kuželová, 2006, s. 1). Konkrétně se tato metoda provede tak, že se podají najednou čtyři tabletky běžné kombinované hormonální antikoncepce a za dvanáct hodin poté další čtyři tabletky (Bar-

ták, 2006, s. 118). Tato metoda sebou nese ale i časté vedlejší účinky jako je nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, bolesti břicha, únava nebo napětí prsou (Kuželová, 2006, s. 1).

4.1.2 Podání gestagenu levonorgestrelu

Svým složením patří k čistě gestagenní antikoncepci, obsahuje 0,75 mg levonorgestrelu. Tato dávka se musí podat do 72 hodin po pohlavním styku a druhá tableta by se měla užít do 12 hodin po první tabletě. Stejně účinná je i při jednorázovém podání do 72 hodin po styku, kdy se užije 1,5 mg levonorgestrelu (Fait, 2012, s. 75). Mechanismus účinku spočívá v zabránění ovulace a porušení motility tub. Jediným rizikem této metody je nepravidelné krvácení a gastrointestinální obtíže (Fait, 2012, s. 75).

4.1.3 Ulipristalacetát jako postkoitální antikoncepce

Další možností je podání jedné dávky, tzn. 30 mg ulipristalacetátu do 120 hodin po pohlavním styku. Jedná se o vybraný modulátor progesteronového receptoru, jehož mechanismem je blokáda či zabránění ovulace. Při srovnání užití levonorgestrelu a ulipristalacetátu bylo prokázáno stejné procento nežádoucích účinků. Ženy při užití této formy záchranné antikoncepce musí počítat s prodloužením menstruačního cyklu průměrně o tři dny (Fait, 2012, s. 76).

4.1.4 Mifepriston jako postkoitální antikoncepce

Mifepriston je za přítomnosti progesteronu jeho silným antagonistou. Lze ho užít jako kontraceptivum a jako postkoitální kontraceptivum. Podání mifepristonu je kontraindikováno při užívání antikoagulancií, při poruchách krevní srážlivosti či při dlouhodobém užívání kortikoidů (Fait, 2008, s. 1). Účinek mifepristonu je takový, že blokuje receptory progesteronu, to vede ke zhoršení děložní stěny, v níž je již implantováno embryo, což způsobí, že děloha již není schopna těhotenství udržet (Gacek, 2000 - 2012). V České republice je nejpoužívanější metodou podání 10 mg mifepristonu do 120 hodin po styku. Jednorázové podání 600 mg ukončí asi 80 % gravidit do 42. dne těhotenství (Fait, 2012, s. 77-78).

4.1.5 Nitroděložní tělísko jako postkoitální antikoncepce

Pokud si žena perorální formu postkoitální antikoncepce nestihla vzít či z nějakého jiného důvodu nemůže tuto formu aplikovat, může jí lékař nabídkou inzerci IUD s mědí či jiným kovem. Tato metoda je účinná a lze ji použít do 120 hodin po nechráněném pohlav-

ním styku (Kuželová, 2006, s. 2). Vzhledem k tomu, že žena není chráněná proti sexuálně přenosným chorobám, je vhodná antibiotická clona (Roztočil, 2011, s. 114). Dle firemního doporučení se k tomuto účelu LNG- IUS nepoužívá. Účinnost této metody je velmi vysoká (Kuželová, 2006, s. 2).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

Obsahem praktické části bakalářské práce je zpracování dotazníkového šetření a následné vyhodnocení. Dotazník (příloha P II) je směřován především na studující dívky ve věku od 15 - 20 let. Zabývá se tím, zda tyto dívky užívají hormonální antikoncepci, jaký typ antikoncepce preferují a z jakého důvodu začaly dívky hormonální antikoncepci užívat. Dále se dotazník zaměřuje na informovanost dívek o nových metodách hormonální antikoncepce a využití metody postkoitální antikoncepce.

Dotazník byl sestaven na základě předem stanovených cílů bakalářské práce.

5.1 Cíle bakalářské práce

Cíl č. 1: Zjistit, jaké současné moderní metody hormonální antikoncepce využívají dívky na středních školách.

Cíl č. 2: Zjistit, zda jsou respondentky informovány o nejnovějších antikoncepčních metodách.

Cíl č. 3: Zjistit, nejčastější důvod užívání hormonální antikoncepce.

5.2 Užitá metodika výzkumu

Empirická část práce je realizována metodou kvantitativního výzkumu. Výzkumné šetření bylo uskutečněno pomocí anonymního dotazníku, který byl distribuován v tištěné podobě a obsahoval 16 položek. Na tyto položky odpovídaly respondentky pomocí otevřených, polouzavřených a uzavřených odpovědí. U pěti položek v dotazníku mají respondentky možnost zvolit si více odpovědí. Každá položka v dotazníkovém šetření byla zpracována v podobě tabulky, grafu a slovního komentáře. V tabulkách je absolutní a relativní četnost, v grafech je četnost relativní, která je zaokrouhlena na jedno desetinné číslo.

Celkem bylo rozdáno 100 tištěných dotazníků a vráceno bylo 92 dotazníků. Celkem tedy bylo zpracováno 92 dotazníků. Průzkum probíhal od února 2013 do dubna 2013. Položky byly řazeny do následujícího pořadí. Položka č. 1 - 3 se zabývala věkem respondentek, jaký typ školy respondentky studují a zda užívají hormonální antikoncepci. Další položky č. 4 - 7 zahrnovaly, jakou antikoncepci respondentky užívají, její přesný název, z jakého důvodu antikoncepci užívají a zda jim daná metoda antikoncepce vyhovuje. Položky č. 8 - 12 zjišťují, jak si respondentky počínají při opomenutí užití pilulky, kdy měly respondentky svůj první pohlavní styk a jak jsou informovány o moderních metodách hor-

monální antikoncepce. O informovanosti, užívání metody postkoitální antikoncepce a využití volného prodeje postkoitální antikoncepce se zabývaly otázky č. 13 - 15. V poslední položce se mohou respondentky vyjádřit k danému tématu nebo zaznamenat své připomínky.

5.3 Charakteristika souboru

Dotazníkové šetření bylo určeno pro dívky ve věku od 15 - 20 let. Průměrný věk respondentek byl 17 let. Dotazník byl zaměřen především na dívky, které studují maturitní obor zdravotnický asistent v následujících školách: Střední škola průmyslová, hotelová a zdravotnická Uherské Hradiště, dále Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola Emanuela Pöttinga, Olomouc a Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Vsetín.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

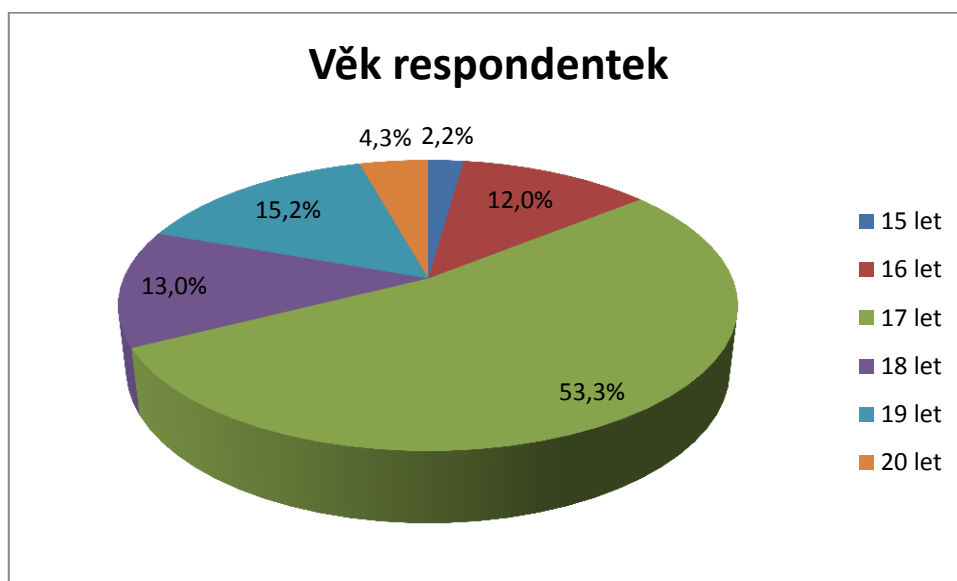
Položka č. 1: Kolik je Vám let?

Tabulka 1: Věk respondentek.

Odpořď	Absolutní řetnost	Relativní řetnost (%)
15 let	2	2,2%
16 let	11	12,0%
17 let	49	53,3%
18 let	12	13,0%
19 let	14	15,2%
20 let	4	4,3%
Celkem	92	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 1: Věk respondentek.



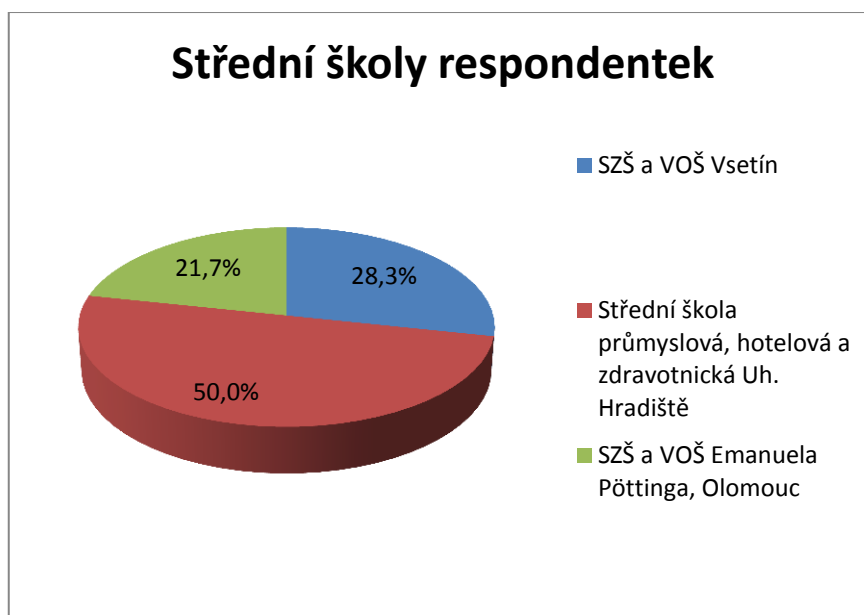
Zdroj: Vlastní

Komentář:

Z řesultku průzkumu vyplývá, ře nejvíce zastoupenou skupinou v počtu 53,3% je skupina řívek ve věku 17 let. Ve věku 19 let je uvedeno 15,2% řívek, 13% respondentek je ve věku 18 let, 12% dotazovaných je ve věku 16 let a 4,3 % řívek uvedlo svůj věk 20 let. Ve věku 15 let se pohybovalo celkem 2,2 % respondentek.

Položka č. 2: Jaký typ školy studujete?**Tabulka 2:** Typ střední školy respondentek.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
SZŠ a VOŠ Vsetín	26	28,3%
Střední škola průmyslová, hotelová a zdravotnická Uh. Hradiště	46	50,0%
SZŠ a VOŠ Emanuela Pöttinga, Olomouc	20	21,7%
Celkem	92	100%

*Zdroj: Vlastní***Graf 2:** Typ střední školy respondentek.*Zdroj: Vlastní***Komentář:**

Z výsledků je patrné, že 50% dotazovaných respondentek studuje Střední školu průmyslovou, hotelovou a zdravotnickou v Uherském Hradišti. Celkem 28,3% respondentek studuje na Střední zdravotnické škole a Vyšší odborné školy Vsetín a studujících na střední zdravotnické škole a Vyšší odborné škole Emanuela Pöttinga V Olomouci je 21,7%.

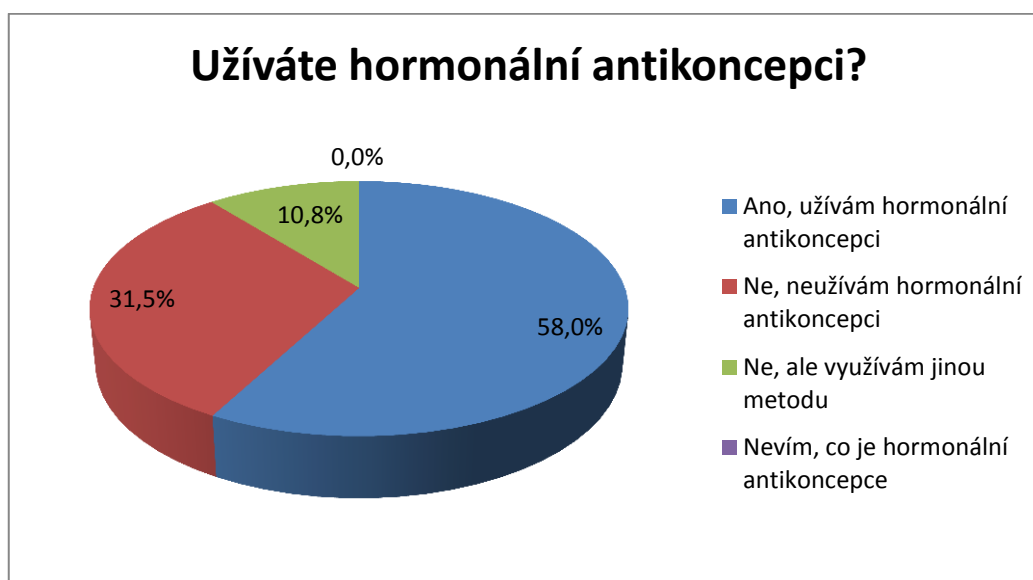
Položka č. 3: Užíváte hormonální antikoncepci?

Tabulka 3: Užívání hormonální antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, užívám hormonální antikoncepci	53	58,0%
Ne, neužívám hormonální antikoncepci	29	31,5%
Ne, ale využívám jinou metodu	10	10,8%
Nevím, co je hormonální antikoncepce	0	0,0%
Celkem	92	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 3: Užívání hormonální antikoncepce.



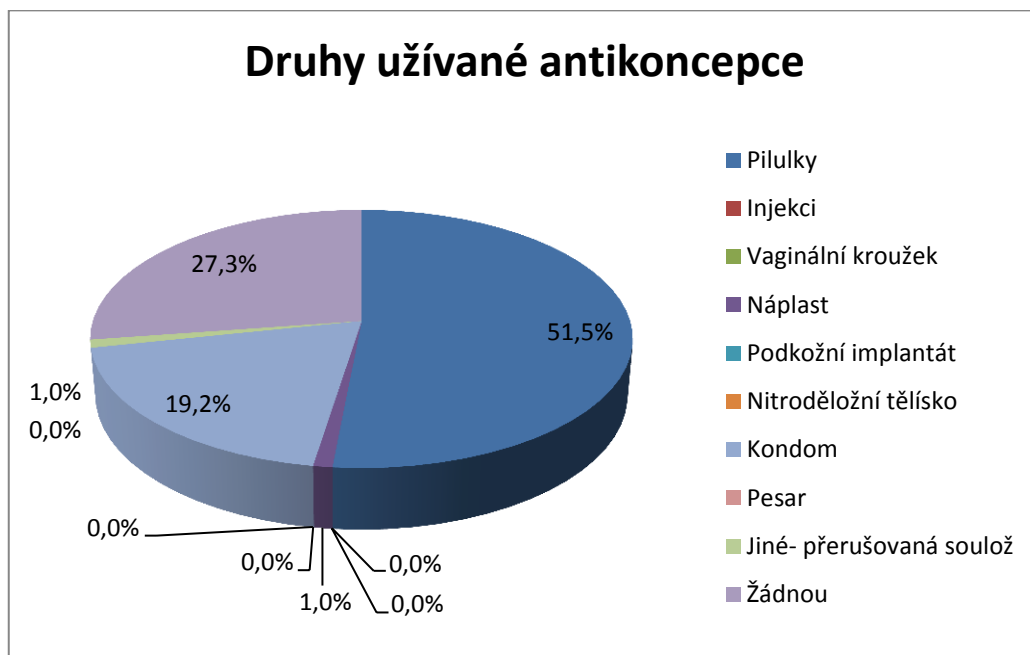
Zdroj: Vlastní

Komentář:

Z dat vyplývá, že 58% respondentek užívá hormonální antikoncepci. Hormonální antikoncepci neužívá 31,5% a zbylých 10,8% dotazovaných dívek využívá jinou metodu antikoncepce. Na odpověď, nevím, co je hormonální antikoncepce neodpověděla žádná (0%) respondentka.

Položka č. 4: Jakou používáte antikoncepci?**Tabulka 4:** Druhy užívané antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pilulky	51	51,5%
Injekci	0	0,0%
Vaginální kroužek	0	0,0%
Náplast	1	1,0%
Podkožní implantát	0	0,0%
Nitroděložní tělísko	0	0,0%
Kondom	19	19,2%
Pesar	0	0,0%
Jiné- přerušovaná soulož	1	1,0%
Žádnou	27	27,3%
Celkem	99	100%

*Zdroj: Vlastní***Graf 4:** Druhy užívané antikoncepce.*Zdroj: Vlastní***Komentář:**

U této položky bylo možné zvolit více odpovědí, proto celkový počet tvoří 99 (100%) odpovědí. Z výsledků je zřejmé, že u 51,5% dívek užívá hormonální antikoncepci ve formě pilulek, 27,3% dotazovaných dívek nevyužívá žádnou formu antikoncepce, 19,2% dívek

jako antikoncepci využívají kondom a 1% uvedlo náplast a přerušovanou soulož jako svou antikoncepci. Injekci, vaginální kroužek, podkožní implantát, nitroděložní tělísko a pesar neoznačila žádná (0%) respondentka.

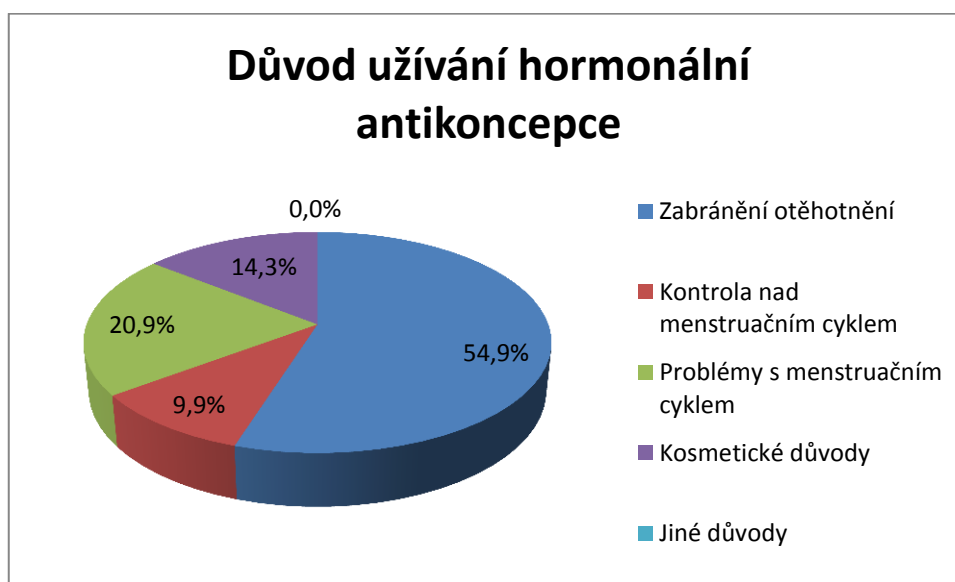
Položka č. 5: Z jakého důvodu jste začala antikoncepci užívat?

Tabulka 5: Důvod užívání antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zabránění otěhotnění	50	54,9%
Kontrola nad menstruačním cyklem	9	9,9%
Problémy s menstruačním cyklem	19	20,9%
Kosmetické důvody	13	14,3%
Jiné důvody	0	0,0%
Celkem	91	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 5: Důvod užívání hormonální antikoncepce.



Zdroj: Vlastní

Komentář:

Na tuto položku odpovídaly pouze ty respondentky, které využívají určitý druh antikoncepce, tzn. celkem 63 respondentek. U této položky měly respondentky možnost si zvolit více odpovědí, proto celkový počet tvoří 91 (100%) odpovědí. Z analýzy dat je zřejmé, že 54,9% respondentek užívá antikoncepci z důvodu zabránění otěhotnění, 20,9% užívá hormonální antikoncepci z důvodu problémů s menstruačním cyklem. Z kosmetických důvodů užívá hormonální antikoncepci celkem 14,3% dotazovaných dívek a 9,9% respondentek užívá hormonální antikoncepci kvůli kontrole nad menstruačním cyklem. Jiné důvody užívání antikoncepce nevedla žádná (0%) respondentka.

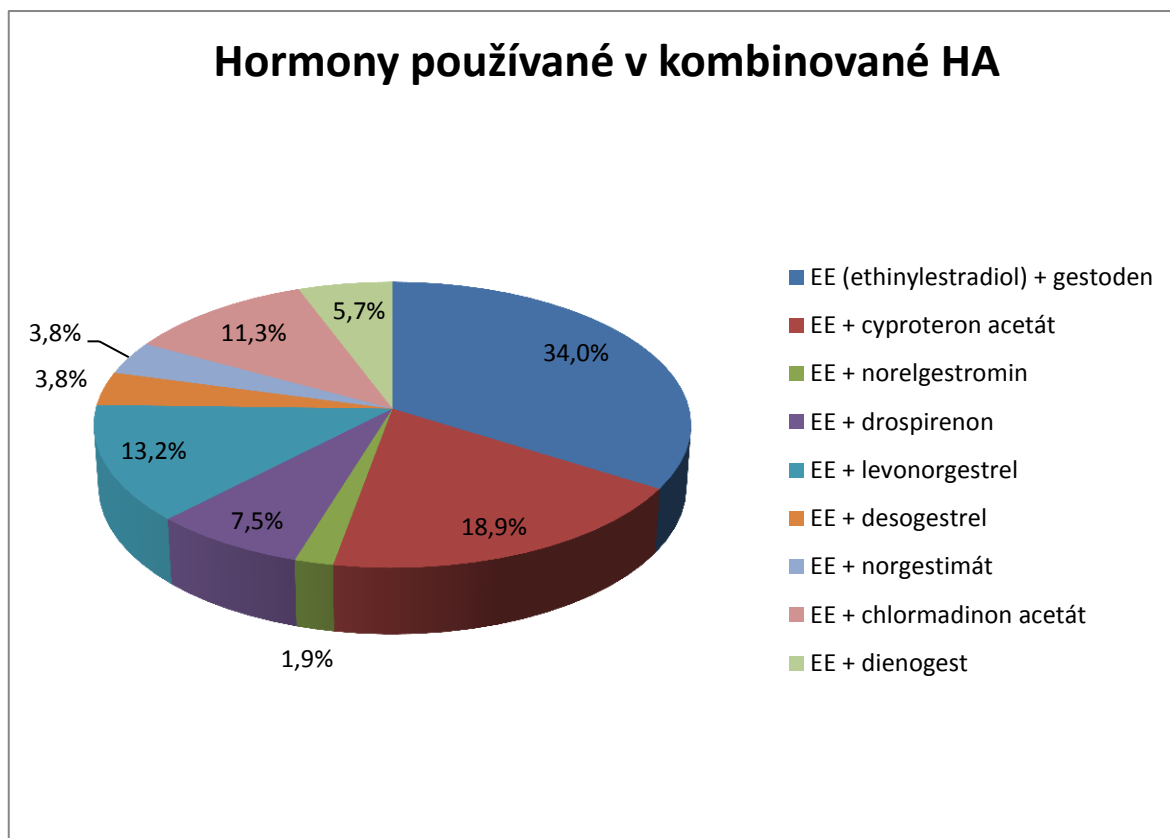
Položka č. 6: Uveďte prosím přesný výrobní název antikoncepce, kterou užíváte.

Tabulka 6: Hormony používané v kombinované HA.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
EE (ethinylestradiol) + gestoden	18	34,0%
EE + cyproteron acetát	10	18,9%
EE + norelgestromin	1	1,9%
EE + drospirenon	4	7,5%
EE + levonorgestrel	7	13,2%
EE + desogestrel	2	3,8%
EE + norgestimát	2	3,8%
EE + chlormadinon acetát	6	11,3%
EE + dienogest	3	5,7%
Celkem	53	100,0%

Zdroj: Vlastní

Graf 6: Hormony používané v kombinované HA.



Zdroj: Vlastní

Komentář:

Na tuto položku odpovědělo 53 respondentek, tzn. ty dívky, které užívají hormonální antikoncepci. Respondentky odpovídaly formou otevřené odpovědi, kdy uvedly výrobní název své antikoncepce a na základě toho, došlo ke zjištění, jaké typy hormonů jsou využívány v jejich antikoncepci. Z analýzy dat je zřejmé, že 34% respondentek užívá kombinovanou orální antikoncepci s látkami EE (ethinylestradiol) a gestoden. EE v kombinaci s cyproteron acetátem užívá 8,9% dívek. Účinné látky EE a levonorgestrelu obsahuje antikoncepce u 13,2% dívek. Antikoncepci s obsahem EE a chlormadinon acetátu užívá 11,3% respondentek a 7,5% užívá EE v kombinaci s drospirenonem. Dívky, které uvedly název své antikoncepce, která obsahuje EE s dienogestem bylo 5,7%. V 3,8% užívají dívky hormonální antikoncepci s obsahem EE a desogestrelu a rovněž u 3,8% užívají EE spolu s norgestimátem. Antikoncepci s obsahem EE a norelgestrominu využívá transdermálně 1% respondentek.

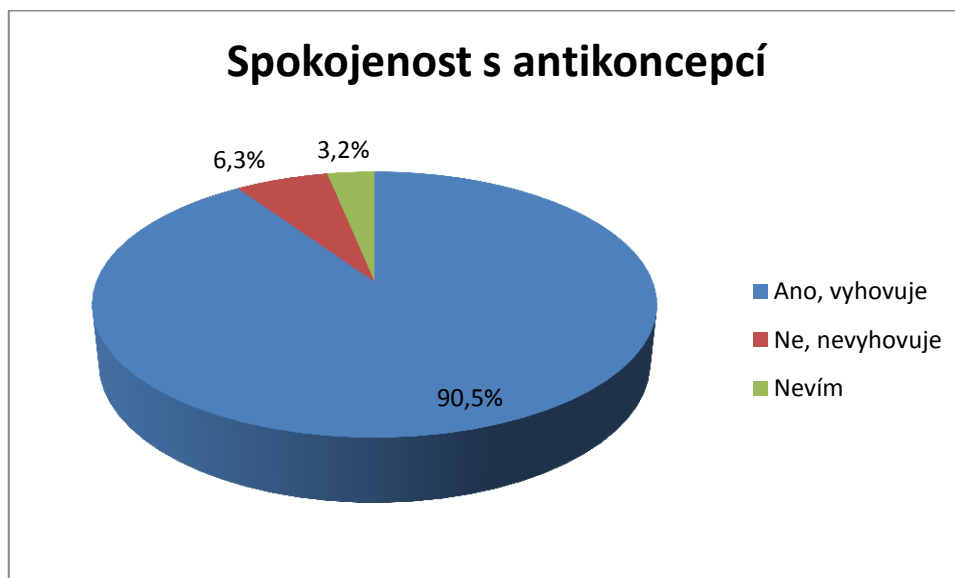
Položka č. 7: Vyhovuje Vám metoda antikoncepce, kterou využíváte?

Tabulka 7: Spokojenost s antikoncepcí.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vyhovuje	57	90,5%
Ne, nevyhovuje	4	6,3%
Nevím	2	3,2%
Celkem	63	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 7: Spokojenost s antikoncepcí.



Zdroj: Vlastní

Komentář:

U položky č. 7 odpovídaly ty respondentky, které využívají určitý druh antikoncepce, celkem tedy odpovědělo 63 respondentek. Z průzkumu plyne, že 90,5% dotazovaných vyhovuje metoda antikoncepce, kterou preferují na rozdíl od 6,3% dívek, které odpověděly, že jim metoda antikoncepce, kterou využívají, nevyhovuje a ostatní respondentky, tedy 3,2% neví, zda jim metoda vyhovuje.

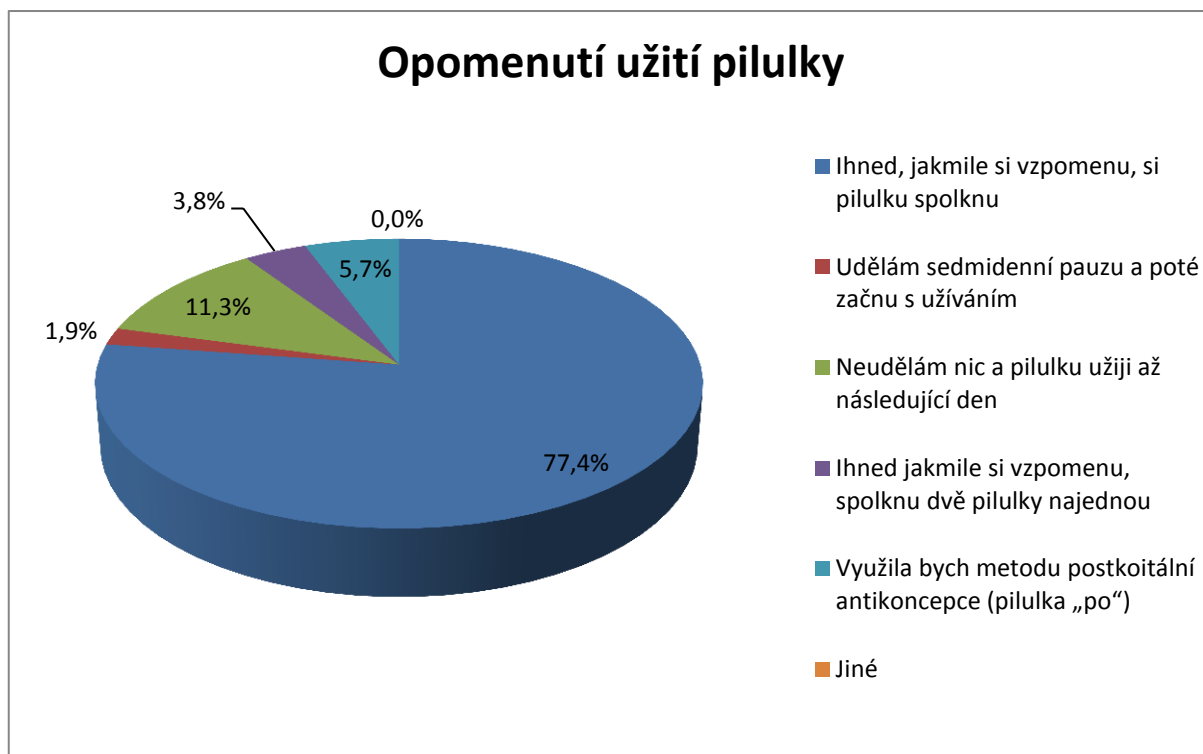
Položka č. 8: Co děláte, pokud si zapomenete vzít pilulku?

Tabulka 8: Opomenutí pilulky.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ihned, jakmile si vzpomenu, si pilulku spolknou	41	77,4%
Udělám sedmidenní pauzu a poté začnu s užíváním	1	1,9%
Neudělám nic a pilulku užiji až následující den	6	11,3%
Ihned jakmile si vzpomenu, spolknou dvě pilulky najednou	2	3,8%
Využila bych metodu postkoitální antikoncepce (pilulka „po“)	3	5,7%
Jiné	0	0,0%
Celkem	53	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 8: Opomenutí užití pilulky.



Zdroj: Vlastní

Komentář:

Z tabulky č. 8 a grafu č. 8 je patrné, že 77,4% si pilulku spolkne ihned, jakmile si vzpomene a 11,3% si pilulku spolkne až následující den. Metodu postkoitální antikoncepce při opomenutí užití pilulky by využilo 5,7% dotazovaných a dvě pilulky najednou by užilo

3,8% dívek. Pro možnost sedmidenní pauzy a poté začít s užíváním pilulek zvolilo 1,9% respondentek. Jinou možnost ne zvolila žádná (0%) respondentka.

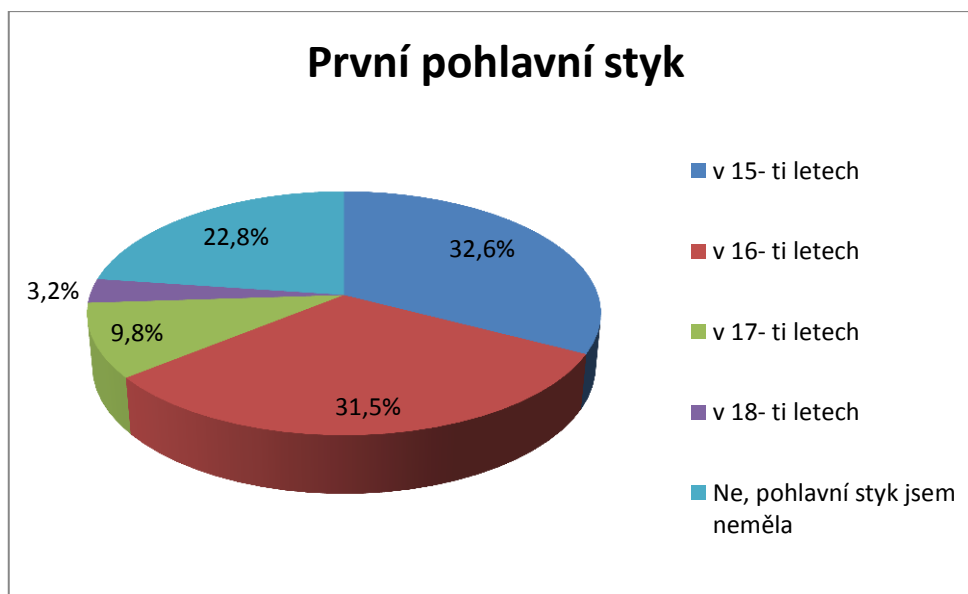
Položka č. 9: Měla jste už pohlavní styk? (Pokud ano, uveďte prosím, kolik vám bylo let)

Tabulka 9: První pohlavní styk.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
v 15- ti letech	30	32,6%
v 16- ti letech	29	31,5%
v 17- ti letech	9	9,8%
v 18- ti letech	3	3,2%
Ne, pohlavní styk jsem neměla	21	22,8%
Celkem	92	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 9: První pohlavní styk.



Zdroj: Vlastní

Komentář:

Analýzou dat bylo zjištěno, že nejvíce, 32,6 % respondentek mělo první pohlavní styk v 15- ti letech. V 16- ti letech mělo 31,5% dívek první pohlavní styk. Pohlavní styk nemělo 22,8% dotazovaných dívek a 9,8% mělo styk v 17- ti letech. V 18- ti letech mělo styk 3,2% dívek.

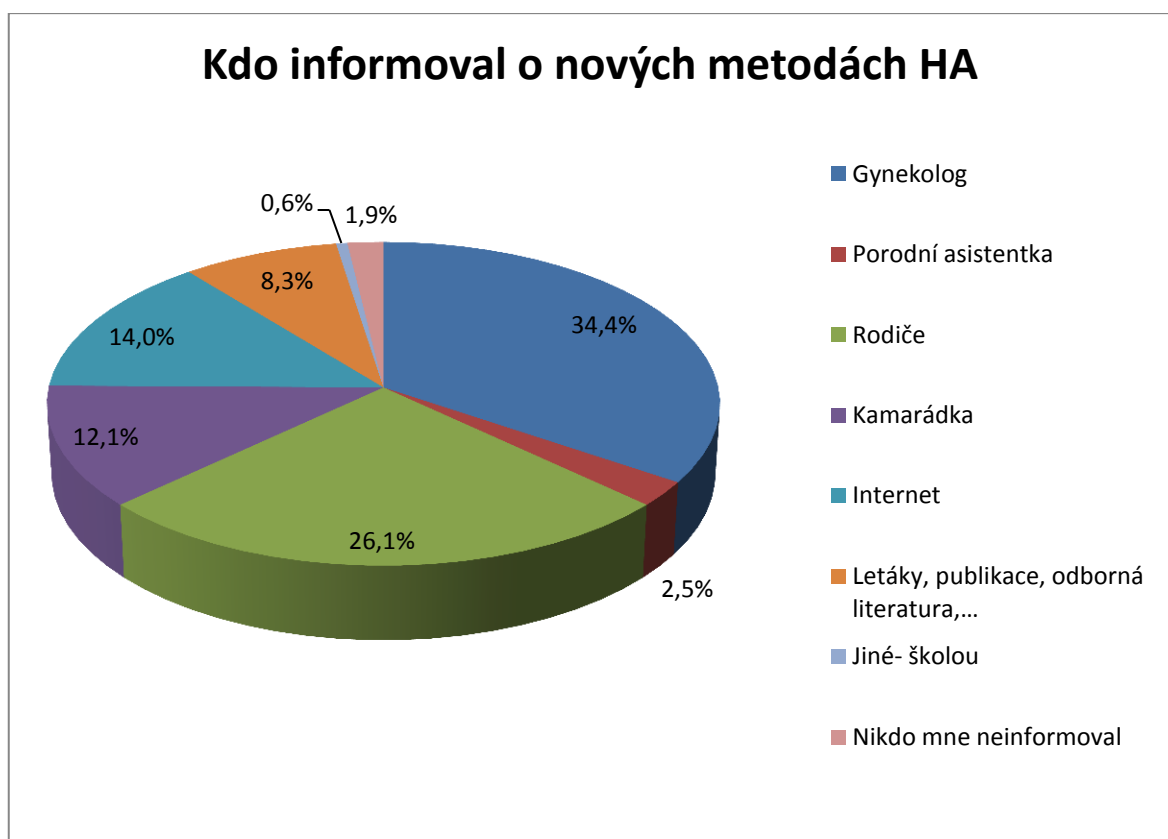
Položka č. 10: Kým jste byla informována o moderních metodách hormonální antikoncepce?

Tabulka 10: Kdo informoval o nových metodách HA.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Gynekolog	54	34,4%
Porodní asistentka	4	2,5%
Rodiče	41	26,1%
Kamarádka	19	12,1%
Internet	22	14,0%
Letáky, publikace, odborná literatura,...	13	8,3%
Jiné- školou	1	0,6%
Nikdo mne neinformoval	3	1,9%
Celkem	157	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 10: Kdo informoval o nových metodách HA.



Zdroj: Vlastní

Komentář:

U položky č. 10 bylo možno vybrat více odpovědí a odpovídalo zde celkem 92 respondentek, celkový počet tvoří tedy 157 (100%) odpovědí. Z odpovědí plyne, že 34,4% bylo informováno gynekologem, 26,1% o nových metodách antikoncepce, informovali, rodiče. 14% dívek se o nových trendech v antikoncepci dozvědělo pomocí internetu a 12,1% bylo informováno kamarádkou. Pomocí letáků, odborné literatury či publikace se seznámilo s novými metodami 8,3 % dotazovaných. Porodní asistentka informovala o nových metodách HA 2,5% dívek a 1,9% dotazovaných dívek nikdo neinformoval. Jinou možnost si zvolilo 0,6% dívek, které byly seznámeny s novými metodami antikoncepce ve škole.

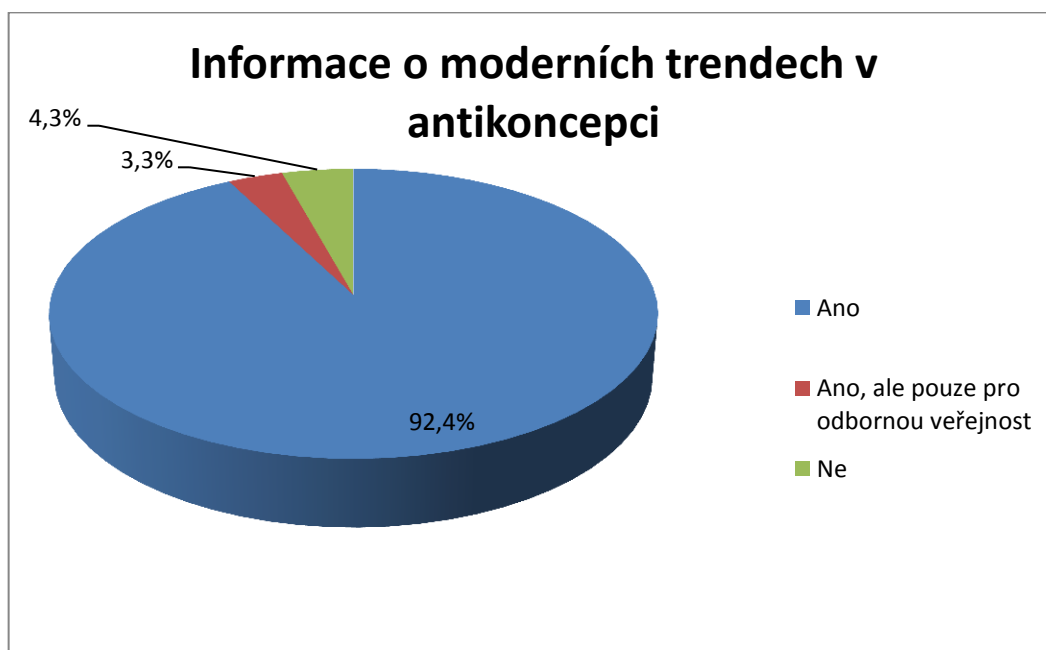
Položka č. 11: Myslíte si, že je k dispozici dostatek informací o moderních trendech v antikoncepci?

Tabulka 11: Informace o trendech v antikoncepci.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	85	92,4%
Ano, ale pouze pro odbornou veřejnost	3	3,3%
Ne	4	4,3%
Celkem	92	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 11: Informace o trendech v antikoncepci.



Zdroj: Vlastní

Komentář:

Z výsledků vyplývá, že 92,4% dotazovaných respondentek si myslí, že je dostatek informací o moderních trendech v antikoncepci. Celkem 4,3% respondentek si zvolilo možnost, že o trendech v antikoncepci není dostatek informací a 3,3% si myslí, že dostatek informací o nejnovějších metodách antikoncepce je pouze pro odbornou veřejnost.

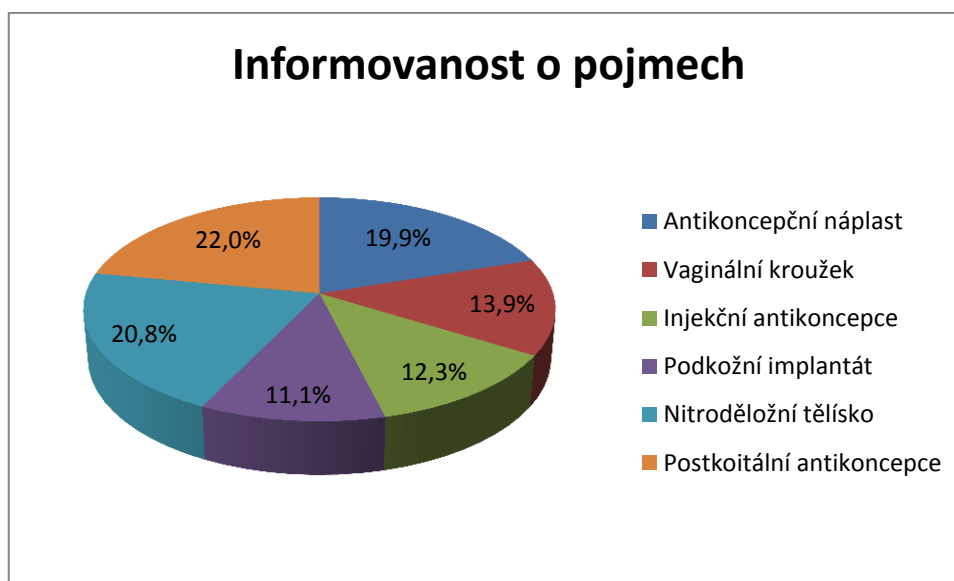
Položka č. 12: Se kterými pojmy jste se v oblasti hormonální antikoncepce setkala?

Tabulka 12: Informovanost o pojmech.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Antikoncepční náplast	66	19,9%
Vaginální kroužek	46	13,9%
Injekční antikoncepce	41	12,3%
Podkožní implantát	37	11,1%
Nitroděložní tělísko	69	20,8%
Postkoitální antikoncepce	73	22,0%
Celkem	332	100,0%

Zdroj: Vlastní

Graf 12: Informovanost o pojmech.



Zdroj: Vlastní

Komentář:

Na tuto položku odpovídaly všechny respondentky a měly možnost zvolit si více odpovědí, proto celkový počet činí 332 (100%) odpovědí. Z výsledků je patrné, že nejvíce informací mají dívky o postkoitální antikoncepci, což činí 22,0% odpovědí. Informace o nitroděložním tělísku má 20,8% dívek a 19,9% je informováno o antikoncepční náplasti. S pojmem vaginální kroužek bylo seznámeno 13,9% dotazovaných dívek, injekční antikoncepci zná 12,3% respondentek a o podkožním implantátu má informace 11,1% středoškolaček.

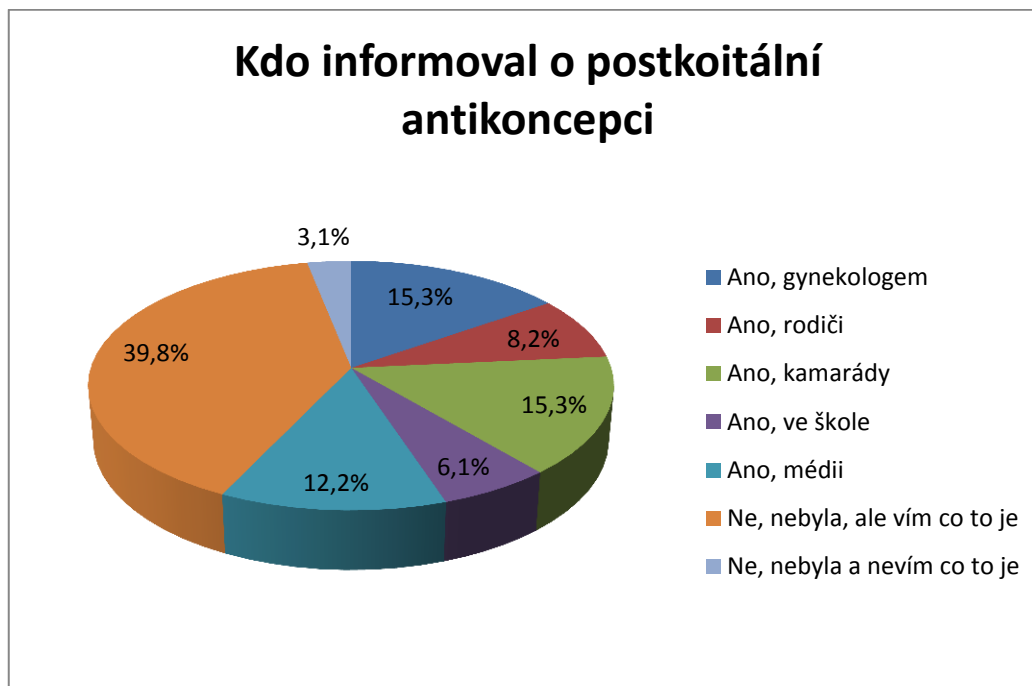
Položka č. 13: Byla jste informována o metodě postkoitální antikoncepce (pilulka „po“, záchranná antikoncepce), pokud ano, kým?

Tabulka 13: Kdo informoval o postkoitální antikoncepci.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, gynekologem	15	15,3%
Ano, rodiči	8	8,2%
Ano, kamarády	15	15,3%
Ano, ve škole	6	6,1%
Ano, médií	12	12,2%
Ne, nebyla, ale vím co to je	39	39,8%
Ne, nebyla a nevím co to je	3	3,1%
Celkem	98	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 13: Kdo informoval o postkoitální antikoncepci.



Zdroj: Vlastní

Komentář:

U této položky odpovídalo celkem 92 respondentek, které se mohly rozhodnout pro více odpovědí, proto počet odpovědí činí 98 (100%). Z tabulky č. 13 a grafu č. 13 vyplývá, že 39,8% respondentek nebyla informována o metodě postkoitální antikoncepce, 15,3% dívek

označilo, že byly informovány o postkoitální antikoncepci gynekologem a rovněž 15,3% informovaly o této metodě kamarádky. Informace pomocí médií získalo 12,2% středoškoláček a rodiči bylo informováno 8,2% dívek. O pilulce „po“ se dozvědělo 6,1% tázaných ve škole a 3,1% o této metodě antikoncepce nebyla dosud informována a o této metodě neví nic.

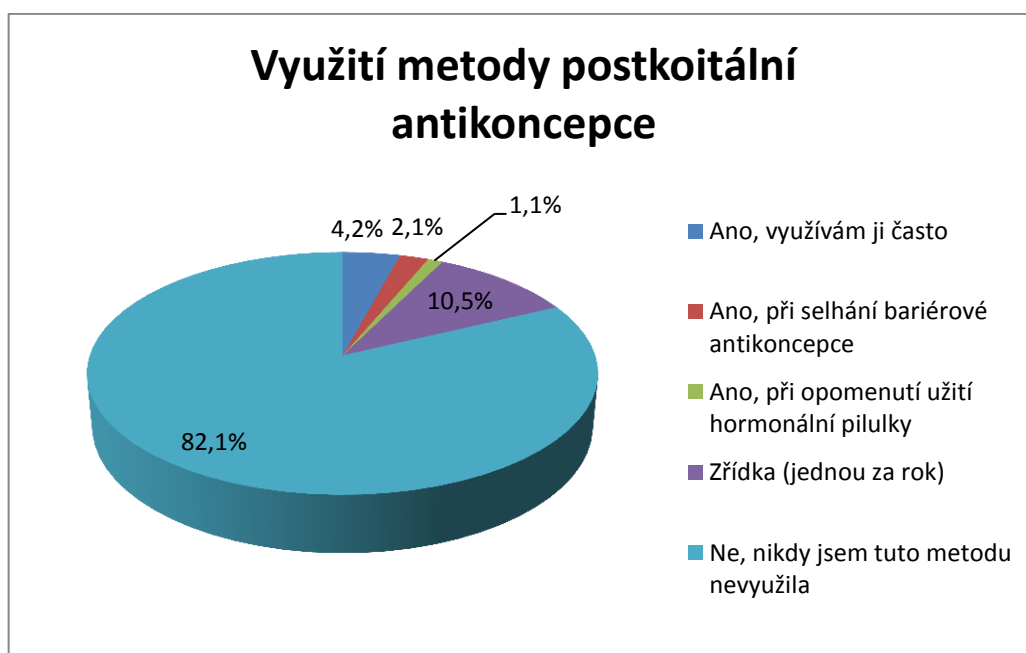
Položka č. 14: Využila jste někdy metodu postkoitální antikoncepce?

Tabulka 14: Využití metody postkoitální antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, využívám ji často	4	4,2%
Ano, při selhání bariérové antikoncepce	2	2,1%
Ano, při opomenutí užití hormonální pilulky	1	1,1%
Zřídka (jednou za rok)	10	10,5%
Ne, nikdy jsem tuto metodu nevyužila	78	82,1%
Celkem	95	100,0%

Zdroj: Vlastní

Graf 14: Využití metody postkoitální antikoncepce.



Zdroj: Vlastní

Komentář:

Celkový počet dotazovaných respondentek bylo 92, které měly možnost volby více odpovědí, celkový počet je tedy 95 (100%) odpovědí. Z průzkumu vyplývá, že nejvíce 82,1% dívek nikdy nevyužilo metodu postkoitální antikoncepce, 10,5% respondentek označilo, že tuto metodu využívá pouze zřídka a 4,2% zvolilo, že tuto metodu využívá často. Při selhání bariérové antikoncepce se na metodu postkoitální obrací 2,1% tázaných a při opomenutí užití pilulky hormonální antikoncepce využije tuto metodu 1,1% středoškolaček.

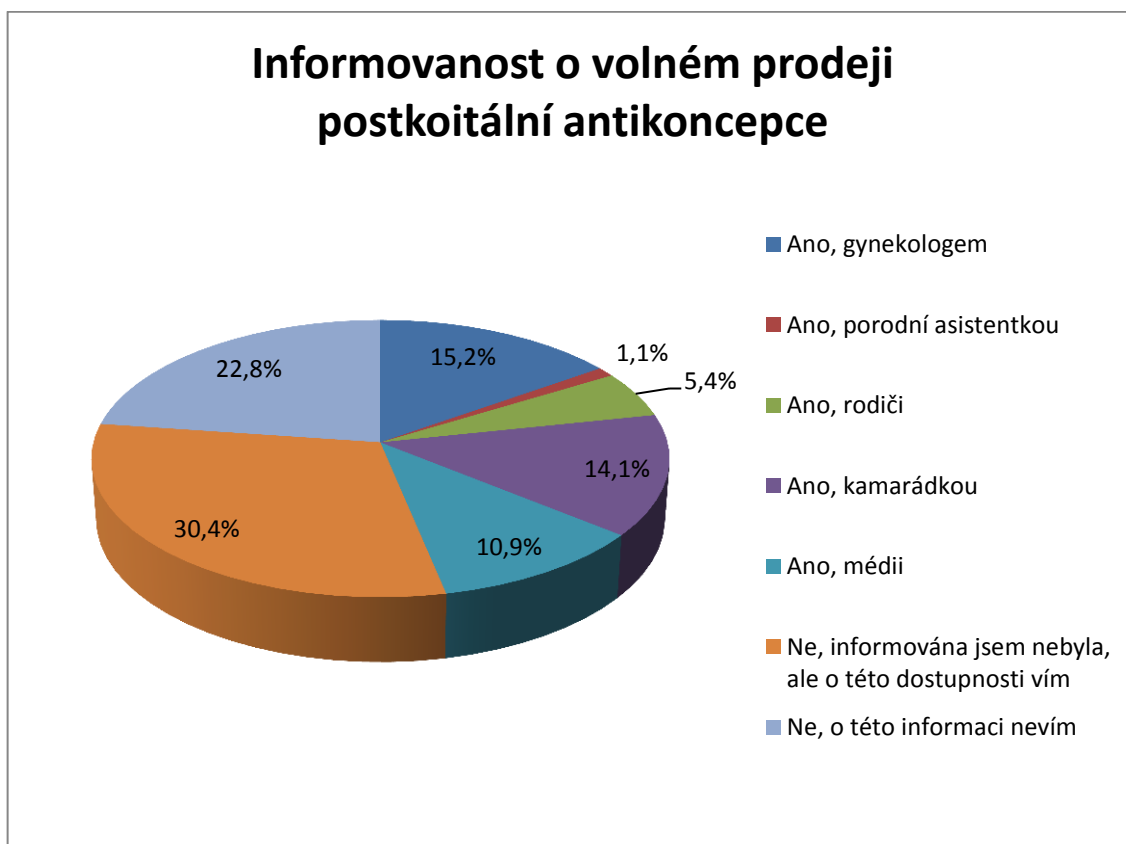
Položka č. 15: Od roku 2011 je v ČR volně prodejná postkoitální antikoncepce ženám starším 16- ti let, víte o tomto volném prodeji?

Tabulka 15: Informovanost o volném prodeji postkoitální antikoncepce.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, gynekologem	14	15,2%
Ano, porodní asistentkou	1	1,1%
Ano, rodiči	5	5,4%
Ano, kamarádkou	13	14,1%
Ano, médii	10	10,9%
Ne, informována jsem nebyla, ale o této dostupnosti vím	28	30,4%
Ne, o této informaci nevím	21	22,8%
Celkem	92	100%

Zdroj: Vlastní

Graf 15: Informovanost o volném prodeji postkoitální antikoncepce.



Zdroj: Vlastní

Komentář:

Na poslední položku č. 15 odpovídalo celkem 92 (100%) respondentek. Z analýzy dat vyplynulo, že 30,4% dotazovaných dívek nebylo informováno o volném prodeji postkoitální antikoncepce, ale přesto o této metodě ví. O tomto volném prodeji postkoitální antikoncepce neví vůbec 22,8% tázaných dívek. Informováno gynekologem bylo 15,2% dívek a 14,1% bylo informováno kamarádkou. Médii se o této informaci dozvědělo 10,9% respondentek a 5,4% dívek bylo informováno rodiči. Porodní asistentkou bylo informováno 1,1% tázaných dívek.

7 DISKUZE

7.1 Porovnání výsledků s jinými výzkumy

Autorka Vančurová (2012) prostřednictvím svého výzkumu zjišťovala, jaké mají ženy názory a postoje na antikoncepci a COC. Její výzkumné šetření se týkalo 419 respondentek a dotazování probíhalo v gynekologické ordinaci v Praze. Uvádí, že největší skupinu tvořily ženy ve věku od 19 - 25 let, celkem 259 žen. Druhou nejpočetnější skupinou jsou ženy 25 - 30 let. V našem šetření bylo zjištěno, že nejpočetnější skupinou byly ženy ve věku 17 let (53,3%), 19 let uvedlo 15,2% respondentek, 13% respondentek je ve věku 18 let, 12% dívek je ve věku 16 let a nejméně uvedlo svůj věk 20 let 4,3 % žen. Ve věku 15 let se pohybovalo celkem 2,2 % respondentek. **Nejpočetnější věková kategorie se v těchto výzkumech liší. Nejvíce žen v našem výzkumu se pohybovalo ve věku 17 let, zatím co ve výzkumu Ing. Vančurové byla většina žen ve věku 19 - 25 let.** Tato autorka se dále zabývala tím, jakou formu antikoncepci ženy užívají. Z jejich výsledků vyplývá, že nejvíce respondentky užívají hormonální antikoncepci, celkem 225. Další nejvíce zastoupenou antikoncepcí byl mužský kondom, celkem 121 krát a 75 respondentek neužívá žádnou antikoncepci. Z našeho šetření vyplývá, že nejvíce 51,5% dívek užívá hormonální antikoncepci, 27,3% neužívá žádnou antikoncepci a 19,2% používá mužský kondom. **V obou případech respondentky nejvíce užívají hormonální antikoncepci, dále byl nejvíce zastoupen mužský kondom a v dalším nejpočetnějším zastoupení bylo uvedeno, že respondentky neužívají antikoncepci žádnou.**

Autor Hensley Alford, et al. (2010) srovnával užívání postkoitální (záchranné) antikoncepce u dívek mezi 11 - 17 roky a dospívajících žen mezi 18 - 24 lety. Z větší části se jednalo o studenty. Zkoumaný soubor tvořilo celkem 344 žen. Z důvodu selhání jiné antikoncepce užívá postkoitální antikoncepci celkem 30% respondentek ve věku od 11 - 17 let a 24% ve věku od 18 - 24 let. Z našeho průzkumu plyne, že celkem 82,1% respondentek ve věku od 15 - 20 let nevyužilo metodu postkoitální antikoncepce nikdy a 10,5% tuto metodu využívá zřídka (přibližně jednou ročně). Ze zahraničního výzkumu plyne, že využívá metodu postkoitální antikoncepce při selhání jiné metody antikoncepce, celkem 54% respondentek. V našich výsledcích užívají pilulku „po“ při opomenutí užití perorální hormonální antikoncepce 1,1% a při selhání bariérové antikoncepce 2,1% respondentek.

Hormonální antikoncepcí a jejího působení na dospívající dívky se zabývala autorka Lavická (2012). Jedním z cílů její práce bylo zjistit, jaké možnosti aplikace hormonální

antikoncepce si dívky nejčastěji vybírají. Dotazované respondentky v jejím průzkumu nejčastěji volí perorální kombinovanou antikoncepci. Cílem naší práce bylo zjistit, jaké současné moderní metody hormonální antikoncepce využívají dívky na středních školách. Naše výsledky naznačují, že nejčastěji využívaná je antikoncepce kombinovaná hormonální antikoncepce ve formě pilulek. **Při srovnání lze konstatovat, že nejvíce užívanou metodou antikoncepce je stále perorální hormonální antikoncepce.** Lenka Lavická (2012) dále uvádí, že dalším cílem její práce je zjistit nejčastěji vyhledávané účinky hormonální antikoncepce. Z výsledků vyplývá, že dívky volí hormonální antikoncepci nejen pro její antikoncepční účinek, ale i pro zlepšení pleti nebo potlačení premenstruačních a menstruačních obtíží. Z našeho průzkumu plyne, že nejvíce respondentek (54,9%) užívá HA z důvodu zabránění otěhotnění. Celkem 20,9% respondentek uvedlo, že využívá hormonální antikoncepci z důvodu problémů s menstruačním cyklem a 14,3% užívá HA z kosmetických důvodů. **Výsledky těchto průzkumů jsou obdobné, přičemž nejčastěji si respondentky volí hormonální antikoncepci z důvodu zabránění otěhotnění, z důvodu problémů s menstruačním cyklem a z kosmetických důvodů.**

Autorka Pilková (2010) se v první části své práce zabývala moderními metodami antikoncepce. V této části zjistila, že 29 žen z 50 užívá hormonální antikoncepci. Spokojené se svou antikoncepcí je 8 žen a nespokojená se svou antikoncepcí je pouze jedna respondentka. Z našich výsledků plyne, že 58,0% dotazovaných respondentek užívá hormonální antikoncepci a 90,5% tázaných metoda antikoncepce, kterou využívají, vyhovuje. Celkem 6,3% respondentek metoda antikoncepce nevyhovuje. V obou průzkumech se dále zkoumalo, kdo byl nejčastěji zdrojem informací o nových metodách antikoncepce. Respondentky autorky Pilkové (2010) uváděly nejčastěji gynekologického lékaře a u mladší věkové skupiny převládal jako zdroj informací internet. Z našich výsledků je zřejmé, že nejvíce 34,4% dívek bylo informováno gynekologem a překvapivě 26,1% bylo informováno rodiči. Internet jako zdroj informací uvedlo celkem 14,0% respondentek. **Výsledky obou průzkumů jsou podobné, je zřejmé, že nejvíce respondentek uvedlo, jako zdroj informací o moderních metodách antikoncepce, gynekologického lékaře.**

7.2 Doporučení pro praxi

Z průzkumů vyplývá, že dívky začínají svůj sexuální život poměrně časně a velká řada z nich jich užívá hormonální antikoncepci. Tyto dívky, ale nemají mnoho informací

o všech metodách, které v dnešní době trh nabízí a omezují se na využívání klasických metod antikoncepce. Většina dotazovaných dívek získává informace od své rodiny, kamarádů či gynekologa, k informovanosti o antikoncepci ale v minimální míře přispívá škola. Bylo by tedy vhodné, aby měly dívky přístup k informacím právě zde. Díky této nutnosti, byla sestavena brožurka v podobě edukačního materiálu, která by měla sloužit pro studentky středních zdravotnických škol. Edukační materiál popisuje novinky v oblasti hormonální antikoncepce, zaměřuje se na postkoitální antikoncepci, její účinnost, komplikace, nežádoucí účinky a volný prodej této antikoncepce.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké současné moderní metody hormonální antikoncepce využívají dívky na středních školách, jakou hormonální metodu antikoncepce užívají, jejich informovanost o moderních metodách antikoncepce a důvod užívání antikoncepce.

Prvním cílem bylo zjistit, jaké současné moderní metody hormonální antikoncepce využívají dívky na středních školách.

Na tuto položku se zaměřovaly otázky č. 3, 4. Bylo zjištěno, že 58% dotazovaných užívá hormonální antikoncepci a 10,8% využívá jinou metodu antikoncepce. Metodu kombinované perorální antikoncepce využívá celkem 51,5% dívek, 27,3% nevyužívá žádný druh antikoncepce a 19,2% používá jako antikoncepci mužský kondom. Novější metodu antikoncepce jako je např. náplast užívá 1% respondentek a vaginální kroužek či implantát nevyužívá žádná dotazovaná respondentka.

První cíl - splněn.

Druhým cílem bylo zjistit, zda jsou respondentky informovány o nejnovějších antikoncepčních metodách.

Na tento cíl se zaměřovaly položky č. 10, 11, 12, 13 a 15. Respondentky často uváděly, že mají informace o pojmech postkoitální antikoncepce, nitroděložní tělísko a antikoncepční náplast. Méně dívek má informace o vaginálním kroužku (13,9%), injekční antikoncepci (12,3%) či podkožním implantátu (11,1%). Že je hodně informací o nových trendech v antikoncepci si myslí 92,4% respondentek a informace o nich získaly převážně od gynekologa (34,4%), rodiny (26,1%) či kamarádů (12,1%) nebo je získali na internetu (14,0%). O metodě postkoitální antikoncepce nebylo celkem 39,8% respondentek informováno vůbec, pomocí gynekologa a kamarádky získalo informace 15,3%. O informaci volného prodeje metody postkoitální antikoncepce vědělo celkem 77,2% dotazovaných, z toho 30,4% nebylo informováno a 15,2% bylo informováno gynekologem. O této informaci neví nic 22,8% respondentek.

Cíl 2 - splněn.

Třetím cílem je zjistit, nejčastější důvod užívání hormonální antikoncepce.

Tímto cílem se zabývala položka č. 5. Nejvíce respondentek uvádělo, že začalo užívat hormonální antikoncepci z důvodu zabránění otěhotnění (54,9%). Z důvodu problémů

s menstruačním cyklem užívá antikoncepci celkem 20,9%, z kosmetických důvodů se rozhodlo užívat antikoncepci celkem 14,3% dotazovaných dívek. Z důvodu kontroly nad menstruačním cyklem užívá hormonální antikoncepci 9,9%.

Cíl 3 - splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTÁK, Alexandr, 2006. *Anti - koncepce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1351-9.

ČEPICKÝ, Pavel, 2005. *Doporučení k předpisu kombinované hormonální kontracepce*. [online]. Praha: Levret. [cit. 2012-11-21]. Dostupné z <http://www.levret.cz/doskolovani/nesnaze/postupy/files/cc.htm>

ČEPICKÝ, Pavel, D. OBULA a V. DVOŘÁK, et al., 2007. *Doporučení k předpisu nitro-děložního systému s levonorgestrellem (LNG - IUS)*. [online]. Praha: Levret. [cit. 2012-11-21]. Dostupné z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-14/?pdf=25>

ČEPICKÝ, Pavel a Zuzana LÍBALOVÁ, 2008. *Jak si vybrat přípravek kombinované hormonální antikoncepce*. [online]. Praha: Levret, č. 16. [cit. 2012-11-21]. Dostupné z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=8>

ELKIND- HIRSCH, Karen a Carmen DARENSBOURG, 2007. *Contraceptive vaginal ring use for women has less adverse metabolic effects than an oral contraceptive*. [online]. USA: Elsevier [cit. 2012-08-12]. Dostupné z <http://www.sciencedirect.com.katalog.vfu.cz:2048/science/article/pii/S0010782407003502>

FAIT, Tomáš, 2008. *Mifepriston*. [online]. Praha: Levret. [cit. 2012-12-15]. Dostupné z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=7>

FAIT, Tomáš, 2012. *Antikoncepce: Průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. Vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-280-3.

FAIT, Tomáš, 2012. *Současný vývoj v perorální kombinované antikoncepci*. [online]. Praha: Mladá fronta Zdravotnické noviny. [cit. 2012-11-21]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/soucasny-vyvoj-v-peroralni-kombinovane-antikoncepci-467143>

GACEK, Christopher M., © 2000 - 2012. *RU- 487 (Mifepristone) side effects, 2000 – 2012*. [online]. Washington, D. C.: Family Research Council. [cit. 2012-12-15]. Dostupné z <http://downloads.frc.org/EF/EF12F08.pdf>

HENSLEY ALFORD, Sharon et al., 2010. *Adolescent and Young Adult Women's Use of Emergency Contraception*. Michigan, USA. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com.katalog.vfu.cz:2048/science/article/pii/S1083318810001154> #. Study. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Michigan.

KOBILKOVÁ, Jitka et al., 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-315-X.

KŘEPELKA, Petr, 2007. *Hormonální kontracepce*. [online]. Praha: Mladá fronta Zdravotnické noviny. [cit. 2012-11-29]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/hormonalni-kontracepce-285067>

KŘEPELKA, Petr, 2010. *Význam hormonální antikoncepce pro plánované rodičovství*. [online]. Praha: Levret. č. 19. [cit. 2012-09-29]. Dostupné z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2010-19/?pdf=106>

KUŽELOVÁ, Monika, 2004. *Moderní gynekologie a porodnictví: Nové trendy v hormonální antikoncepci*. [online]. Praha: Levret. č. 4. [cit. 2012-29-09]. Dostupné z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-4/?pdf=131>

KUŽELOVÁ, Monika, 2006. *Intercepce (Postkoitální antikoncepce)*. [online]. Praha: Levret. č. 11. [cit. 2012-09-12]. Dostupné z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-11/?pdf=48>

LAVICKÁ, Lenka, 2012. *Užívání hormonální antikoncepce u dospívajících dívek*. Olomouc. Dostupné z http://theses.cz/id/rrj25z/BcP_Lenka_Lavicka_3_PA.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

LINCOVÁ Dagmar a Hassan FARGHALLI et al., 2007. *Základní a aplikovaná farmakologie*. 2. Vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-373-0.

NOUZOVÁ, Kamila, 2010. *Gynekologická péče: Příručka pro ženy, které neměly čas anebo se bojí svého lékaře zeptat*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2072-5.

PATEL, Ashlesha a Bimla SCHWARZ, 2012. *Cancer and contraception*. [online]. New York: Elsevier Science. [cit. 2012-27-11]. Dostupné z http://www.sciencedirect.com.katalog.vfu.cz:2048/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=50294100&_sort=r&_st=13&view=c&_acct=C000053550&_version=1&_urlVersion=0&_userid=1528133&md5=76da434ff15d21c7d0f82be78617846f&searchtype=a

PILKOVÁ, Petra, 2010. *Nové trendy v oblasti reprodukčního zdraví*. Brno. Dostupné z http://is.muni.cz/th/252575/pedf_b/bakalarka_pilkova.pdf?info=1;zpet=https:%2F%2Ftheses.cz%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dpetra%20pilkov%C3%A1%26start%3D1. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce PhDr. Jitka Reissmannová

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

RULCOVÁ, Jarmila, 2005. *Kombinovaná orální kontraceptiva s pozitivním vlivem na pleť z dermatologického hlediska*. [online]. Brno: Klin Farmacol Farm. [cit. 2012-11-21]. Dostupné z <http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2005/04/07.pdf>

SLÍVA, Jiří a Tomáš FAIT, 2012. *Samoléčba v gynekologii aneb sama sobě gynekologem*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-282-7.

VANČUROVÁ, Markéta, 2012. *Trendy ve spotřebě kombinované hormonální kontracepce za období 2007-2011*. Jindřichův Hradec. Dostupné z: https://isis.vse.cz/zp/portal_zp.pl?podrobnosti=121929. Diplomová práce. Vysoká škola ekonomická v Praze. Vedoucí práce Ing. Ondřej Lešetický.

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

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

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CICs	Kombinovaná injekční kontracepce
CNS	Centrální nervový systém.
COC	Kombinovaná perorální kontracepce.
DMPA	Depotní medroxyprogesteronacetát.
DNG	Dienogest.
E2	17 β -estradiol.
EC	Záchranná antikoncepce.
EE	Ethinylestradiol.
FSH	Folikulostimulační hormon.
HA	Hormonální antikoncepce.
HDL	Vysokodenzitní lipoprotein.
ICPD	Mezinárodní konference o populaci a rozvoji.
LDH	Nízkodenzitní lipoprotein.
LH	Luteinizační hormon.
LNG- IUS	Nitroděložní kontracepční systém s levonorgestremem.
mm	Milimetr.
mm Hg	Milimetr rtuťového sloupce.
mg	Miligram.
ml	Mililitr.
OSN	Organizace spojených národů.
TEN	Trombembolická nemoc.
Tj.	To je.
Tzn.	To znamená.
Tzv.	Takzvaný.

VLDL Velmi nízkodenzitní lipoprotein.

β Beta.

μg Mikrogram.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Věk respondentek.....	36
Tabulka 2: Typ střední školy respondentek.	37
Tabulka 3: Užívání hormonální antikoncepce.	38
Tabulka 4: Druhy užívané antikoncepce.....	39
Tabulka 5: Důvod užívání antikoncepce.....	41
Tabulka 6: Hormony používané v kombinované HA.	42
Tabulka 7: Spokojenost s antikoncepcí.....	44
Tabulka 8: Opomenutí pilulky.	45
Tabulka 9: První pohlavní styk.	47
Tabulka 10: Kdo informoval o nových metodách HA.....	48
Tabulka 11: Informace o trendech v antikoncepci.....	50
Tabulka 12: Informovanost o pojmech.	51
Tabulka 13: Kdo informoval o postkoitální antikoncepci.....	52
Tabulka 14: Využití metody postkoitální antikoncepce.....	54
Tabulka 15: Informovanost o volném prodeji postkoitální antikoncepce.....	55

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk respondentek.....	36
Graf 2: Typ střední školy respondentek.....	37
Graf 3: Užívání hormonální antikoncepce.....	38
Graf 4: Druhy užívané antikoncepce.....	39
Graf 5: Důvod užívání hormonální antikoncepce.....	41
Graf 6: Hormony používané v kombinované HA.....	42
Graf 7: Spokojenost s antikoncepcí.....	44
Graf 8: Opomenutí užití pilulky.....	45
Graf 9: První pohlavní styk.....	47
Graf 10: Kdo informoval o nových metodách HA.....	48
Graf 11: Informace o trendech v antikoncepci.....	50
Graf 12: Informovanost o pojmech.....	51
Graf 13: Kdo informoval o postkoitální antikoncepci.....	52
Graf 14: Využití metody postkoitální antikoncepce.....	54
Graf 15: Informovanost o volném prodeji postkoitální antikoncepce.....	55

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: PŘEHLED HORMONŮ UŽÍVANÝCH V HA

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P I: PŘEHLED HORMONŮ UŽÍVANÝCH V HA

Hormon	Druh	Doplňující údaje
17 β - estradiol = E2	Estrogenní steroid	Přirozený estrogen lidského organismu. Má minimální vliv na játra.
Cyproteron acetát	Progestin	Používá se také k léčbě karcinomu prostaty a akné.
Depotní medroxyprogesteron acetát	Progestin	Čistě gestagenní, vysoce účinný.
Desogestrel	Progestin	Jeho metabolitem je etonogestrel. Je nahrazen lynestrenolem.
Dienogest	Progestin	Minimální antiestrogenní a významná antiandrogenní aktivita.
Drospirenon	Progestin	Vyazuje se antimineralokortikoidní a antiandrogenní aktivitou.
Estradiol	Přirozený estrogen	Dobře vstřebatelný, metabolizován na estron a estriol.
Estradiol cypionát	Syntetický ester	
Estradiol valerát	Polysyntetický estrogen	Je také esterem estradiolu.
Estrogeny	Skupina steroidů	Primárně představují ženské pohlavní hormony.
Ethinylestradiol	Syntetický estrogen	Vysoce odolný při průchodu játry.
Ethinyl vinyl acetát	Polymer ethilenu a vinyl acetátu	Skládá se z něj vaginální kroužek.
Etonogestrel	Progestin - skupina gonanů	Odvozený od 19 - nortestosteronu.
Gestoden	Progestin - gonany	Jedná se o progestin třetí generace.

Chlormadinon acetát	Gestagen	
Levonorgestrel	Progestin	Aktivní složka v kombinované, gestagenní antikoncepci.
Lynestrenol	Progestin - skupina gonanů	Odvozený od 19 - nortestosteronu. K terapii poruch menstruačního cyklu.
Medroxyprogesteron acetát	Derivát progesteronu	
Mifepriston	Syntetický steroid	Používá se také jako abortivum v kombinaci s prostaglandiny.
Nestoron	Syntetický progestin	Využívá se v antikoncepci, k terapii endometriózy a menopauzy.
Nomegestrol acetát	Progestin	
Norelgestromin	Progestin - skupina gonanů	Odvozený od 19 - nortestosteronu.
Norgestimát	Progestin - skupina gonanů	
Progestin	Syntetický gestagen	Má gestagenní účinky podobné progesteronu.
Ulipristal acetát	Progestin	Používá u metody postkoitální antikoncepce.

Zdroj: LINCOVÁ Dagmar a Hassan FARGHALLI et al., 2007. *Základní a aplikovaná farmakologie*. 2. Vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-373-0.

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Ivana Králová a studuji 3. ročník Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně na fakultě humanitních studií, obor Porodní asistentka. V současné době píši bakalářskou práci na téma Současné trendy v užívání hormonální antikoncepce. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění krátkého a anonymního dotazníku, který bude sloužit k vypracování praktické části mé bakalářské práce. Odpověď, kterou si vyberete, vždy prosím zakroužkujte. Děkuji.

1. Kolik Vám je let?

..... Let

2. Jaký typ školy studujete? (Vypište)

.....

3. Užíváte hormonální antikoncepci?

- a) Ano, užívám hormonální antikoncepci
- b) Ne, neužívám hormonální antikoncepci
- c) Ne, neužívám hormonální antikoncepci, ale využívám jinou metodu antikoncepce
- d) Nevím, co je hormonální antikoncepce

4. Jakou používáte antikoncepci?

- a) Pilulky
- b) Injekci
- c) Vaginální kroužek
- d) Náplast
- e) Podkožní implantát
- f) Nitroděložní tělísko
- g) Kondom
- h) Pesar

- i) Jinou (vypište):
- j) Žádnou

5. Z jakého důvodu jste začala antikoncepci užívat?

- a) Zabránění otěhotnění (Plánované rodičovství)
- b) Kontrola nad menstruačním cyklem
- c) Problémy s menstruačním cyklem (bolest, nepravidelnost, atd.)
- d) Z kosmetických důvodů (akné, atd.)
- e) Jiné důvody (vypište):

6. Uveďte prosím přesný výrobní název antikoncepce, kterou užíváte.

.....

7. Vyhovuje Vám metoda antikoncepce, kterou využíváte?

- a) Ano, metoda antikoncepce, kterou využívám, mi vyhovuje
- b) Ne, má antikoncepce mi nevyhovuje
- c) Nevím, zda mi má antikoncepce vyhovuje

8. Co děláte, pokud si zapomenete vzít pilulku?

- a) Ihned, jakmile si vzpomenu, si pilulku spolknou
- b) Udělám sedmidenní pauzu a poté opět začnu s užíváním
- c) Neudělám nic a pilulku užiji až následující den
- d) Ihned jakmile si vzpomenu, spolknou dvě pilulky najednou
- e) Pokud by to bylo nutné, využila bych metodu postkoitální antikoncepce (pilulka „po“)
- f) Jiné (vypište)

9. Měla jste už pohlavní styk? (Pokud ano, uveďte prosím, kolik vám bylo let)

- a) Ano, první pohlavní styk jsem měla v letech (vypište)
- b) Ne, pohlavní styk jsem neměla

10. Kým jste byla informována o moderních metodách hormonální antikoncepce?

- a) Gynekologem
- b) Porodní asistentkou
- c) Rodiči
- d) Kamarádkou
- e) Internetem
- f) Letáky, publikací, odbornou literaturou,...
- g) Jiné.....
- h) Nikdo mne neinformoval

11. Myslíte si, že je k dispozici dostatek informací o moderních trendech v antikoncepci?

- a) Ano, informací je hodně
- b) Ano, ale pouze pro odbornou veřejnost
- c) Ne, informací je málo

12. Se kterými pojmy jste se v oblasti hormonální antikoncepce setkala?

- a) Antikoncepční náplast
- b) Vaginální kroužek (NuvaRing)
- c) Injekční antikoncepce
- d) Podkožní implantáty
- e) Nitroděložní tělísko
- f) Postkoitální antikoncepce (pilulka „po“)

13. Byla jste informována o metodě postkoitální antikoncepce (pilulka „po“, záchranná antikoncepce), pokud ano, kým?

- a) Ano, kým (vypište):
- b) Ne, nebyla jsme informována, ale vím co to je
- c) Ne, nebyla jsme informována, ani nevím co to je

14. Využila jste někdy metodu postkoitální antikoncepce?

- a) Ano, využívám ji často
- b) Ano, vždy při selhání bariérové antikoncepce
- c) Ano, vždy při opomenutí užití hormonální pilulky

- d) Zřídka (jednou za rok)
- e) Ne, nikdy jsem tuto metodu nevyužila

15. Od roku 2011 je v ČR volně prodejná postkoitální antikoncepce ženám starším 16-ti let, víte o tomto volném prodeji?

- a) Ano, byla jsem informována gynekologem
- b) Ano, byla jsem informována porodní asistentkou
- c) Ano, byla jsem informována rodiči
- d) Ano, byla jsem informována kamarádkou
- e) Ano, byla jsem informována médii (televize, internet)
- f) Ne, informována jsem nebyla, ale o dostupnosti této antikoncepce vím
- g) Ne, o této informaci nevím nic

Pokud Vás v průběhu vyplňování dotazníku cokoliv napadlo a ráda byste to sdělila, prosím, vyjádřete se zde.

.....

.....

.....